



Gesundheitsgesetz

Bericht und Entwurf des Gesundheitsdepartementes vom 4. September 2025

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
1 Ausgangslage	6
1.1 Geltendes Gesundheitsgesetz	6
1.2 Rahmenbedingungen der Revision	6
1.2.1 Auftrag des Kantonsrates	6
1.2.2 Bundesrecht	7
1.2.3 Kantonale Vorgaben	8
1.3 Projekt der Regierung zur Revision des Gesundheitsgesetzes	9
1.4 Vorgezogene Anpassung der Zuständigkeiten in der Langzeitpflege	10
2 Schwerpunkte der Gesetzesvorlage	10
2.1 Verständnis von Gesundheit und Gesundheitswesen	10
2.2 Gesundheitsvorsorge	12
2.2.1 Ausgangslage	12
2.2.2 Regelungsanpassungen	13
2.3 Neue Versorgungsmodelle	16
2.3.1 Ausgangslage	16
2.3.2 Regelungsanpassungen	18
2.4 Langzeitpflege	20
2.4.1 Ausgangslage	20
2.4.2 Regelungsanpassungen	21
2.5 Patientenrechte und die Berufspflichten der Leistungserbringer	25
2.5.1 Ausgangslage	25
2.5.2 Regelungsanpassungen	27
2.6 Bewilligung und Aufsicht	30
2.6.1 Ausgangslage	30
2.6.2 Regelungsanpassungen	33
2.7 Weitere Anpassungen des Gesundheitsgesetzes	39
2.7.1 Datenmonitoring	39
2.7.2 Tabakprodukte und Passivrauchen	40
2.7.3 Errichtung und Betrieb von kantonalen oder kommunalen Gesundheitseinrichtungen	40
2.7.4 Rettungswesen	41
2.7.5 Übertragbare Krankheiten	41
2.7.6 Heilmittel	42
2.7.7 Organisation und Verfahren	42
2.7.8 Strafbestimmungen	45
2.8 Höchstansätze für Leistungen pflegender Angehöriger	46



2.9	Verbot von Konversionstherapien	46
3	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	47
3.1	Gesundheitsgesetz	47
3.1.1	Allgemeine Bestimmungen	47
3.1.2	Gesundheitsvorsorge	49
3.1.3	Gesundheitsversorgung	55
3.1.4	Forschung und Datenerhebung	61
3.1.5	Rechte der Patientinnen und Patienten	62
3.1.6	Gesundheitspolizei	65
3.1.7	Anbau von Hanf	92
3.1.8	Organisation und Verfahren	92
3.1.9	Schlussbestimmungen	96
3.2	Drittänderungen	96
3.2.1	Volksschulgesetz	96
3.2.2	Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege	96
3.2.3	Einführungsgesetz zur eidgenössischen Lebensmittelgesetzgebung	96
3.2.4	Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung	96
3.2.5	Gesetz über den Spitalverbund	97
3.2.6	Gesetz über den Psychiatrieverbund	97
3.2.7	Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung	97
3.2.8	Gesetz über die Pflegefinanzierung	98
3.2.9	Sozialhilfegesetz	100
3.2.10	Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege	100
3.2.11	Einführungsgesetz zur Schweizerischen Straf- und Jugendstrafprozessordnung	101
3.3	Geplanter Vollzugsbeginn	101
4	Personelle und finanzielle Auswirkungen	101
5	Vernehmlassungsverfahren	104
6	Erlass von Verordnungsrecht	104
7	Sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter	104
8	Referendum und Vollzug	105
9	Antrag	105

Zusammenfassung

Das geltende Gesundheitsgesetz wurde im Jahr 1979 erlassen und weist mittlerweile 14 Nachträge auf. Vor dem Hintergrund der geänderten Rahmenbedingungen auf kantonaler und nationaler Ebene und diverser, in der Zwischenzeit ergangener anderer Erlasse, aber auch mit Blick auf die Themen und Fragestellungen, die heute das Gesundheitswesen prägen, ist eine Gesamtrevision des Erlasses angezeigt. Entsprechend hiess der Kantonsrat in der Aprilsession 2022 die Motion 42.21.20 «Totalrevision Gesundheitsgesetz – ein neues, zeitgemässes Gesundheitsgesetz



für unseren Kanton» und in der Junisession 2025 zusätzlich die Motion 42.24.13 «Höchstkosten für Leistungen pflegender Angehöriger» gut. Ebenfalls im April 2022 überwies der Kantonsrat die Motion 42.21.23 «Verbot von Konversionstherapien».

Das neue Gesundheitsgesetz soll weiterhin die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung (mit Ausnahme der separat geregelten Spitalversorgung), der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitsschutzes sowie die damit verbundenen Zuständigkeiten, Rechte und Pflichten regeln. Ausgehend vom heutigen Verständnis des Gesundheitswesens, wonach dieses nicht nur den Schutz und die Wiederherstellung der Gesundheit umfasst, stärkt das neue Gesundheitsgesetz die Sichtbarkeit der Gesundheitsvorsorge gemäss seiner heutigen Bedeutung und regelt den Bereich in einem eigenen Kapitel. Darin wird die Aufgabenteilung zwischen Kanton, politischen Gemeinden und Schulträgern klarer festgelegt. Der Kanton ergreift wie bisher Massnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten oder auf gesundheitsförderliche Lebensbedingungen für die Bevölkerung hinwirken. Neu erarbeitet er hierfür einen mehrjährigen Gesundheitsvorsorgeplan. Die Gemeinden unterstützen die kantonalen Massnahmen durch Eigenleistungen wie die Kommunikation vor Ort. Im Bereich der Gesundheitsvorsorge in der öffentlichen Volksschule werden die – schon heute geltenden – obligatorischen ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen neu auf Gesetzesstufe verankert und löst eine Schulgesundheitskommission die bisherige Schulzahnpflegekommission ab. Wie bisher regelt der Kanton die Grundzüge der schulischen Gesundheitsvorsorge, während die Schulträger weiterhin für deren Organisation und den Vollzug zuständig sind und die Kosten der obligatorischen Vorsorgemassnahmen tragen.

Mit dem neuen Gesundheitsgesetz werden die Voraussetzungen verbessert, dass sich zukunftsweisende Versorgungsmodelle weiter ausbreiten können. Hierzu wird die Gesetzesgrundlage geschaffen, dass der Kanton die Entwicklung und Erprobung integrierter Versorgungsmodelle oder überbetrieblicher Digital-Health-Lösungen befristet unterstützen kann. Als förderungswürdig gelten u.a. Versorgungsmodelle, die strukturierte und verbindlich geregelte, interprofessionelle oder interdisziplinäre Kooperationen sowie eine digitale Integration vorsehen, und die im Ergebnis zur Verbesserung der Qualität oder Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung beitragen. Des Weiteren soll er Kosten von integrierten Versorgungsmodellen übernehmen können, die durch die bestehenden Vergütungssysteme nicht oder ungenügend abgegolten werden. Die Regierung schlägt hierfür einen Kostenrahmen von jährlich 1,0 Mio. Franken vor.

Im Bereich der Langzeitpflege wird der Bereich der stationären Versorgung durch Pflegeheime aus dem Sozialhilfegesetz ins Gesundheitsgesetz transferiert und mit dem ambulanten Bereich der Spitexversorgung zusammengeführt. Dies berücksichtigt einerseits die bereits von der Regierung vorgenommene Zusammenführung der beiden Bereiche im Gesundheitsdepartement per 1. Januar 2025 und erlaubt andererseits die konsistente Regelung der gesamten Langzeitpflege. So gilt neu, dass der Kanton die Planungsgrundlagen sowohl für die stationäre als auch ambulante Pflegeversorgung erarbeitet und die Gemeinden auf dieser Basis die Angebotsplanung für die Pflegeheimplätze und die pflegerischen Spitexleistungen vornehmen. Des Weiteren legt der Kanton künftig die qualitativen Mindestanforderungen sowohl für die Pflegeheime und alle (nicht nur die privaten) Spitex-Betriebe fest und unterstellt alle (nicht nur die privaten) Pflegeheime und Spitex-Betriebe der Betriebsbewilligungspflicht und seiner Aufsicht. Im Bereich der Finanzierung der pflegerischen Spitex-Leistungen wird ein Normkostenmodell eingeführt, das vom Verband St.Galler Gemeindepräsidenten initiiert und mit diesem sowie den Spitex-Verbänden erarbeitet wurde.

Die bisher auf Gesetzesstufe nur punktuell geregelten Patientenrechte werden im neuen Gesundheitsgesetz in Verbindung mit den Berufspflichten umfassend geregelt. So wird das Recht auf Einsicht und Herausgabe der Patientendokumentation einschliesslich der damit verbundenen Do-



kumentations- und Aufbewahrungspflichten der Gesundheitsfachpersonen und weiterer Leistungserbringer gesetzlich verankert. Ebenso werden – ergänzend zu übergeordnetem Recht – die Geheimhaltungspflichten der Gesundheitsfach- und ihrer Hilfspersonen sowie die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit oder nicht geplante Ausdehnungen von Operationen klar geregelt.

Im Bereich der Bewilligungen werden die Berufsausübungsbewilligungen (BAB) und Betriebsbewilligungen grundlegend neu geregelt. Künftig besteht der Zweck der BAB einzig darin, sicherzustellen, dass Personen, die in eigener fachlicher Verantwortung einen Gesundheitsberuf ausüben, dafür geeignet sind. Zweck der Betriebsbewilligungen ist es hingegen, die angemessene Organisation und Infrastruktur der Gesundheitsbetriebe zu gewährleisten.

Die Voraussetzungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung bzw. die Pflicht, eine BAB zu lösen, sind heute grösstenteils im Bundesrecht geregelt. Auf kantonaler Ebene wird das neue Gesundheitsgesetz nur noch für medizinische Masseurinnen und Masseur, Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker sowie Podologinnen und Podologen eine BAB-Pflicht vorschreiben, da deren Berufsausübung mit einem erheblichen Schädigungspotenzial verbunden ist. Dabei ist – analog zum Bundesrecht – für die BAB-Pflicht unerheblich, ob der Beruf wirtschaftlich selbständig oder im Anstellungsverhältnis, in einem öffentlichen oder privaten Gesundheitsbetrieb ausgeübt wird. Die übrigen bisherigen kantonalrechtlichen BAB-Pflichten werden mit dem neuen Gesundheitsgesetz aufgehoben (Augenoptikerinnen und Augenoptiker, Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker, Drogistinnen und Drogisten, Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, Logopädinnen und Logopäden, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, Therapeutinnen und Therapeuten der Komplementär- und Alternativmedizin, Zahntechnikerinnen und Zahntechniker). Weiterhin bewilligungspflichtig bleibt das Ausüben eines Berufs unter fachlicher Aufsicht, wenn die Voraussetzungen für eine BAB nicht erfüllt sind. Für diese Fälle stehen künftig die Assistenzbewilligung (für Personen in Ausbildung), die Überbrückungsbewilligung (für Personen mit ausländischem Weiterbildungstitel oder Bildungsabschluss) und die Bewilligung als Spitalärztin oder Spitalarzt unter fachlicher Aufsicht (dauerhaft im Spital tätige Ärztinnen und Ärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung zum Facharztstitel) zur Verfügung. Keine BAB benötigen Personen, die zwar die Voraussetzungen für eine BAB erfüllen, aber weiterhin ausschliesslich unter fachlicher Aufsicht arbeiten. Für diese Personen besteht zukünftig eine Meldepflicht.

Der Betriebsbewilligungspflicht sind künftig Betriebe unterstellt, die einen hohen Komplexitätsgrad aufweisen oder bei denen ein hohes Gefährdungspotenzial für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten besteht. Dies sind Spitäler, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken, Pflegeheime, Spitex-Betriebe, Rettungsdienste, medizinische Laboratorien, Betriebe der Dentalhygiene, Augenoptikgeschäfte sowie Betriebe, die telemedizinische Leistungen erbringen. Dabei gilt die Betriebsbewilligungspflicht neu auch für die öffentlich-rechtlichen Betriebe und die bisher von der Betriebsbewilligungspflicht befreiten privaten Gesundheitseinrichtungen (Ostschweizer Kinderspital, Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Klinik Sonnenhof, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St.Gallen sowie Kliniken Valens und Walenstadtberg). Nicht mehr bewilligungspflichtig sind hingegen die bisherigen «medizinischen Institute» wie insbesondere die Arzt-, Zahnarzt- oder Physiotherapiepraxen.

Weitere Anpassungen des Gesundheitsgesetzes betreffen die Regelung des Schutzes vor Tabakprodukten und Passivrauchen. Aufgrund der Entwicklungen im Bundesrecht erübrigt sich der Grossteil der bisherigen kantonalen Regelungen. Neu eingeführt wird indes ein Rauchverbot auf öffentlich zugänglichen Kinderspielplätzen. Im Rettungswesen werden die Beitragstatbestände präzisiert und insbesondere der Betrieb der Sanitätsnotrufzentrale als Aufgabe des Kantons aufgeführt. Im Bereich der übertragbaren Krankheiten wird angesichts der noch hängigen Revision



des eidgenössischen Epidemien-gesetzes die geltende Regelung weitgehend übernommen, aufgrund der Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie werden allerdings die Gemeinden stärker in den Vollzug einbezogen. Des Weiteren werden die umfangreichen organisationsrechtlichen Bestimmungen des geltenden Gesundheitsgesetzes künftig auf jene Funktionen beschränkt, deren Tätigkeit zwingend eine gesetzliche Grundlage benötigt (Amtsärztinnen und Amtsärzte, Kantonszahnärztin oder Kantonszahnarzt). Daneben bleibt aufgrund der besonderen Bedeutung der Gesundheitsvorsorge die Funktion der Präventivmedizinerin bzw. des Präventivmediziners im Gesetz verankert. Verzichtet wird hingegen auf den Gesundheitsrat, der heute nur noch selten bis nie zum Einsatz kommt. Schliesslich sieht das Gesundheitsgesetz im Bereich der Berufs- und Betriebsbewilligungen sowie der aufsichtsrechtlichen Massnahmen und der Disziplinar-massnahmen künftig einheitlich die Verwaltungsrekurskommission als erste Rechtmittelinstanz vor und werden Verstösse gegen gesundheitspolizeiliche Bestimmungen weitestgehend im Disziplinarrecht geregelt.

Die Motion 42.24.13 «Höchstkosten für Leistungen pflegender Angehöriger» und deren Anliegen, die Restkostenfinanzierung für ambulante Pflegeleistungen zu differenzieren, wird mit einer Drittänderung des Pflegefinanzierungsgesetzes erfüllt. Diese schafft die gesetzliche Voraussetzung für eine Abstufung der Restkosten, die sich nach den fachlichen Qualifikationen des Pflegepersonals, der Dauer des Anfahrtswegs zu den Patientinnen und Patienten sowie den Betriebszeiten der Leistungserbringer richtet. Damit kann u.a. spezifisch die Situation der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden.

Entgegen der ursprünglichen Absicht nicht in die Vorlage aufgenommen wurde hingegen das Verbot von Konversionstherapien gemäss Motion 42.21.23. Die Thematik wird derzeit auf Bundesebene im Rahmen des Postulats 21.4474 «Überprüfung der Verbreitung sogenannter Konversionstherapien in der Schweiz und Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung» behandelt. Im Rahmen dieses Auftrags erarbeitet der Bund umfassende Grundlagen, um beurteilen zu können, welche bundes- oder allenfalls kantonrechtlichen Gesetzesanpassungen für ein wirksames Verbot notwendig sind. Die Regierung schlägt vor, die Arbeiten auf Bundesebene abzuwarten, bevor kantonrechtliche Vorschriften geprüft werden.

Das neue Gesundheitsgesetz führt aufgrund der vorgeschlagenen Anpassungen im Bewilligungs- und Aufsichtswesen zu einem Personalmehraufwand von voraussichtlich 300 bis 500 Stellenprozenten oder jährlich rund 360'000 bis 600'000 Franken. Dieser soll dem Kantonsrat als ein über das ordentliche Personalbudget hinausgehender Niveaueffekt beantragt werden. Des Weiteren legt der vorliegende Gesetzesentwurf aufgrund der vorgesehenen Förderung von integrierten Versorgungsmodellen sowie der Finanzierung von Vorhalteleistungen für grosse Schadenereignisse die Grundlage für jährlich wiederkehrende Jahresausgaben von 1,38 Millionen Franken. Der Erlass untersteht damit dem fakultativen Finanzreferendum. Der geplante Vollzugsbeginn des neuen Gesundheitsgesetzes ist der 1. Januar 2028.

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen mit dieser Vorlage Botschaft und Entwurf eines neuen Gesundheitsgesetzes (nGesG).



1 Ausgangslage

1.1 Geltendes Gesundheitsgesetz

Das geltende Gesundheitsgesetz des Kantons St.Gallen (sGS 311.1; abgekürzt GesG) wurde im Jahr 1979 erlassen und beinhaltet die zentralen organisatorischen und inhaltlichen Bestimmungen zur Regelung des Gesundheitswesens. So regelt es die Aufgaben und Zuständigkeiten von Kanton und Gemeinden in der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsversorgung (ohne die separat geregelte Spitalversorgung). Weiter bestimmt es die Voraussetzungen, Pflichten und Rechte im Zusammenhang mit der Berufsausübung im Gesundheitswesen und dem Betrieb von Gesundheitseinrichtungen. Darüber hinaus regelt es die Massnahmen zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten sowie die Vorkehrungen gegen Gesundheitsschädigungen und enthält Ausführungen zum Verkehr mit Heilmitteln. Das Gesundheitsgesetz wird durch eine Reihe von Vollzugserlassen auf Verordnungsstufe ergänzt.

Das geltende Gesundheitsgesetz wurde seit seinem Erlass in insgesamt 14 Nachträgen punktuell den aktuellen Bedürfnissen, Problemstellungen und geänderten kantonalen und nationalen Rahmenbedingungen angepasst. Die Teilrevisionen beinhalteten im Wesentlichen folgende Themen:

- Einführung des Gesamtkonzepts Palliative Care (XIV. Nachtrag, Vollzug ab 1. Januar 2019);
- Regelung des ärztlichen Notfalldienstes (XIII. Nachtrag, Vollzug ab 1. Januar 2018);
- Schutz vor Passivrauchen (XII. Nachtrag, Vollzug ab 1. Januar 2014; XI. Nachtrag, Vollzug ab 1. Juli 2010; IX. Nachtrag, Vollzug ab 1. Oktober 2008);
- Werbeverbot für Tabakerzeugnisse und Abgabeverbot von Tabakerzeugnissen an unter 16-Jährige (VI. Nachtrag, Vollzug ab 1. Januar 2008; V. Nachtrag, Vollzug ab 1. Oktober 2006).

1.2 Rahmenbedingungen der Revision

1.2.1 Auftrag des Kantonsrates

Die vom Kantonsrat in der Aprilsession 2022 gutgeheissene Motion 42.21.20 «Totalrevision Gesundheitsgesetz – ein neues, zeitgemässes Gesundheitsgesetz für unseren Kanton» lud die Regierung ein, ein revidiertes Gesundheitsgesetz zu unterbreiten, das die Herausforderungen im Gesundheitswesen umfassend behandelt, aber bewährte und gut strukturierte Inhalte des aktuell geltenden Gesetzes übernimmt.

Ihren Vorstoss begründeten die Motionärinnen und Motionäre damit, dass das geltende Gesundheitsgesetz aus drei Gründen revisionsbedürftig sei: Erstens enthalte es Lücken (z.B. Kantonszahnärztin / Kantonszahnarzt) sowie auf ihre Relevanz und Notwendigkeit zu prüfende Inhalte (z.B. Zusammensetzung und Aufgaben des Gesundheitsrates, Verordnungen zu den Betriebsbewilligungen für medizinische Betriebe und Verordnungen zur Komplementärmedizin). Zweitens stelle sich die Frage, ob das Gesundheitsgesetz wegweisende und schwergewichtige Themenfelder der letzten Jahre strukturiert und umfassend abbilde, darunter die neuen Modelle und Konzepte der integrierten Gesundheitsversorgung, die Neuausrichtung der Spitalstrategie, die Herausforderungen durch die Pandemie sowie die Entwicklungen in den Bereichen E-Health und Digitalisierung. Drittens wurde die – bereits früher diskutierte – Kompetenzaufteilung des Bereichs «Betreuung und Pflege» als revisionsbedürftig erachtet, wonach das Departement des Inneren für die stationäre Pflege (in Alters- und Pflegeheimen) und das Gesundheitsdepartement für die ambulante Pflege (u.a. Spitex) verantwortlich ist. Die Motionäre sprachen sich dafür aus, dass der Bereich künftig umfassend im Gesundheitsdepartement angesiedelt wird.

Der Bereich ambulante Pflege wird zusätzlich in der Motion 42.24.13 «Höchstkosten für Leistungen pflegender Angehöriger» thematisiert, welche in der Junisession 2025 gutgeheissen wurde. Mit Blick auf die rasche Verbreitung von Anstellungen von pflegenden Angehörigen durch Spitex-



Betriebe und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Restkostenfinanzierung von Pflegeleistungen durch die Gemeinden, wurde die Regierung eingeladen, eine Änderung des Gesetzes über die Pflegefinanzierung (sGS 331.2; abgekürzt PFG) vorzulegen, mit der eine Differenzierung der Höchstkosten für ambulante Pflegeleistungen möglich ist.

Gleichzeitig mit der vorgenannten Motion hiess der Kantonsrat die Motion 42.21.23 «Verbot von Konversionstherapien» gut und lud die Regierung ein, die gesetzlichen Grundlagen für ein Verbot sogenannter Konversionstherapien¹ insbesondere bei Minderjährigen zu schaffen.

Eine weitere Motion hatte zum Ziel, E-Zigaretten und alle nikotinhaltigen Produkte im Kanton St.Gallen den gleichen rechtlichen Vorgaben wie Zigaretten und herkömmlichen Raucherwaren zu unterwerfen (42.20.16; «Jugendschutz auch bei nikotinhaltigen E-Zigaretten»). Mit Blick auf das im Oktober 2021 verabschiedete Bundesgesetz über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten wurde diese Motion in der Junisession 2022 jedoch abgeschrieben.

1.2.2 Bundesrecht

Das schweizerische Gesundheitsrecht liegt mehrheitlich im Kompetenzbereich der Kantone. Nichtsdestotrotz sind gemäss der Bundesverfassung (SR 101; abgekürzt BV) einige Bereiche dem Bund vorbehalten bzw. in den letzten Jahren dem Bund zugewiesen worden. Es handelt sich um folgende Bereiche:

- Regelung der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV);
- Aus- und Weiterbildung von Berufen der medizinischen Grundversorgung und Anforderungen an die Ausübung dieser Berufe (Art. 117a Abs. 2 Bst. a BV);
- Vorschriften über den Umgang mit Lebensmitteln, Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können (Art. 118 Abs. 2 Bst. a BV) sowie zum Schutz vor ionisierenden Strahlen (Art. 118 Abs. 2 Bst. c BV);
- Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren (Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV);
- Verbot von Werbung für Tabakprodukte, die Kinder und Jugendliche erreicht (Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV);
- Regelung der Forschung am Menschen (Art. 118b BV);
- Regelung der Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich (Art. 119 BV) sowie der Gentechnologie im Ausserhumanbereich (Art. 120 BV);
- Regelung der Transplantationsmedizin (Art. 119a BV).

Gestützt auf diese Verfassungsbestimmungen wurden zahlreiche Bundesgesetze erlassen, die bei der Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes zu berücksichtigen sind. Darunter befinden sich Erlasse, die einerseits gewisse Regelungen des geltenden Gesundheitsgesetzes überflüssig machen und andererseits zusätzliche Regelungen verlangen. Zu nennen sind insbesondere:

- Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz [SR 811.11; abgekürzt MedBG]) vom 23. Juni 2006;
- Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz [SR 811.21; abgekürzt, GesBG) vom 30. September 2016;
- Bundesgesetz über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz [SR 935.81; abgekürzt PsyG) vom 18. März 2011;
- Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz [SR 812.21, abgekürzt HMG) vom 15. Dezember 2000;

¹ Medizinische und andere Interventionen, die darauf gerichtet sind, die sexuelle Orientierung oder die selbstempfundene geschlechtliche Identität einer Person gezielt zu verändern oder zu unterdrücken.



- Bundesgesetz über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen (SR 813.1; abgekürzt ChemG) vom 15. Dezember 2020;
- Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz [SR 817.0; abgekürzt LMG) vom 29. Juni 2014;
Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz [SR 818.101; abgekürzt EpG) vom 28. September 2012;
- Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen (SR 818.33; abgekürzt KRG) vom 18. März 2016;
- Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen (SR 818.31) vom 3. Oktober 2008;
- Bundesgesetz über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten (SR 818.32; abgekürzt TabPG) vom 1. Oktober 2021;
- Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (SR 816.1; abgekürzt EPDG) vom 19. Juni 2015;
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) vom 18. März 1994;
- Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20; abgekürzt UVG) vom 20. März 1981.

1.2.3 Kantonale Vorgaben

Auf kantonaler Ebene führt Art. 15 der Verfassung des Kantons St.Gallen (sGS 111.1; abgekürzt KV) im Bereich Gesundheit folgende Staatsziele auf:

- die Bevölkerung erhält zu für sie tragbaren Bedingungen eine ausreichende Gesundheitsversorgung;
- es bestehen eine wirksame und breit gefächerte Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung;
- die Bevölkerung kann Sport betreiben.

Zu berücksichtigen sind auch andere kantonale Gesetze, auf die das Gesundheitsgesetz abgestimmt werden muss oder die infolge der Revision des Gesundheitsgesetzes ihrerseits angepasst werden müssen. Zu nennen sind namentlich:

- *Veterinärsgesetz (sGS 643.1; abgekürzt VetG)*: Das Gesundheitsgesetz wird sich künftig ausschliesslich auf den Humanbereich beziehen. Bestimmungen des geltenden Gesundheitsgesetzes, die den Veterinärbereich betreffen (z.B. Vorgaben zur Berufsausübungsbewilligung, zur Aufsicht oder zum Vollzug der eidgenössischen Heilmittelgesetzgebung), werden ins Veterinärsgesetz überführt. (Die Änderungen im Veterinärsgesetz sind in der vorliegenden Fassung nicht enthalten. Sie werden nach der Vernehmlassung eingefügt, da im Wesentlichen nur organisatorische Fragen – insbesondere Zuständigkeiten – zu regeln sind.)
- *Sozialhilfegesetz (sGS 381.1; abgekürzt SHG)*: Das Gesundheitsgesetz regelt neu die ambulante und die stationäre Langzeitpflege. Entsprechend wird der Teil «Stationäre Einrichtungen für Betagte und Sterbehospiz-Einrichtungen» einschliesslich der Änderungen gemäss VII. Nachtrag zum SHG (22.23.06, Förderung und Finanzierung von Spezialpflegeangeboten) ins Gesundheitsgesetz integriert.
- *Pflegefinanzierungsgesetz (sGS 331.2; abgekürzt PFG)*: Die Restkostenfinanzierung der ambulanten Pflege soll künftig statt auf Höchstkostenansätzen auf einem Normkostenmodell basieren. Die Bestimmungen zur Finanzierung der ambulanten Pflege werden an dieses Modell angepasst.
- *Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich Pflege (sGS 312.2; abgekürzt EG-BFAP)*: Die im Jahr 2021 angenommene Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» wird gemäss den Vorgaben des Bundesrates in zwei Etappen umgesetzt. Die erste Etappe betrifft die Förderung der Ausbildung im Bereich Pflege. Auf kantonaler Ebene wird dieser Bereich mit dem neuen EG-BFAP geregelt. Da die Geltung des EG-BFAP auf acht Jahre beschränkt ist, werden die Bestimmungen über die Ausbildungsverpflichtung und die daran anschliessende Ersatzabgabe sowie die Beiträge an Ausbildungsverbände ins neue Gesundheitsgesetz übernommen.



- *Sport- und Bewegungsförderungsgesetz (in Erarbeitung)*: Der neue Erlass hat Berührungspunkte zum Bereich Prävention und Gesundheitsförderung.

Weitere Erlasse, die kleinere Änderungen erfahren, sind das Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung (sGS 331.11; abgekürzt EG-KVG), das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung (sGS 320.1; abgekürzt SPFG), das Einführungsgesetz zur eidgenössischen Lebensmittelgesetzgebung (sGS 315.1; abgekürzt EG-LMG) sowie das Volksschulgesetz (sGS 213.1; VSG).

1.3 Projekt der Regierung zur Revision des Gesundheitsgesetzes

Das geltende Gesundheitsgesetz wurde in den vergangenen rund vierzig Jahren mehrfach angepasst, aber nie einer grundsätzlichen Gesamtschau unterzogen. Zugleich haben in den letzten Jahren verschiedene Rahmenbedingungen auf kantonaler und nationaler Ebene geändert sowie neue Themen und Fragestellungen an Bedeutung gewonnen, die eine adäquate Abbildung in der kantonalen Gesetzgebung benötigen.

Im Rahmen einer Kaderklausur identifizierte das Gesundheitsdepartement im Herbst 2022 sieben Themenfelder, die im Rahmen einer Gesamtschau und Gesamtrevision des Gesundheitsgesetzes zu bearbeiten seien. Diese umfassten:

- Zuständigkeiten der kantonalen Organe und Stellen mit hoheitlichen Funktionen sowie Grundsätze der Ausrichtung von Staatsbeiträgen;
- Zuständigkeiten im Bereich der Langzeitpflege zwischen dem Kanton und den Gemeinden sowie zwischen dem Departement des Inneren und dem Gesundheitsdepartement;
- Neuregelung des Bereichs Bewilligungen und Aufsicht;
- Umgang mit neuen Ansätzen der Gesundheitsversorgung einschliesslich der Digitalisierung;
- Stellung und gesetzliche Verankerung der Gesundheitsvorsorge;
- Regelung des Bereichs Heilmittel und Medikamentenabgabe;
- weitere Themen wie Patientenrechte, Suizidhilfe oder Rettungsversorgung.

Auf Basis dieser Grundlage erteilte die Regierung am 11. Oktober 2022 dem Gesundheitsdepartement den Auftrag für ein Projekt zur Revision des Gesundheitsgesetzes. Im Projektauftrag wurden folgende Phasen definiert:

1. Grundlagenerarbeitung bestehend aus Ist-Aufnahme, Identifikation des Revisionsbedarfs und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen bzw. Eckpunkten der künftigen Rechtsgrundlage unter Einbezug der zentralen internen und externen Anspruchsgruppen;
2. Erarbeitung des Entwurfs von Gesetz und Botschaft;
3. Vernehmlassung des Entwurfs von Gesetz und Botschaft und Ausarbeitung des massgeblichen Verordnungsrechts;
4. Beschlussfassung der Regierung, Zuleitung von Botschaft und Entwurf an den Kantonsrat.

Zur strategischen Steuerung des Projekts wurde ein Lenkungsausschuss (LA) eingesetzt, in dem der Vorsteher des Gesundheitsdepartementes (Vorsitz), die Vorsteherin des Departementes des Innern, weitere Vertreterinnen und Vertreter der beiden Departemente sowie ein Mitglied des Gesundheitsrates Einsitz nahmen. Für die Projektarbeiten setzte die Regierung eine Projektorganisation mit Vertretungen des Gesundheitsdepartementes, des Departementes des Innern, des Finanzdepartementes und der Staatskanzlei (Recht und Legistik) ein. Die Projektleitung wurde einer externen Stelle übertragen.



1.4 Vorgezogene Anpassung der Zuständigkeiten in der Langzeitpflege

Bereits nach der ersten Projektphase und mit Unterstützung einer externen Beratungsfirma klärte die Regierung im Frühjahr 2024 die im Motionsauftrag gestellte Frage der künftigen departementalen Zuständigkeit der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Sie beschloss, den Bereich auf 1. Januar 2025 vollständig im Gesundheitsdepartement anzusiedeln und das Geschäftsreglement der Regierung entsprechend anzupassen. Die Entscheidung, die Zuständigkeit einem einzigen Departement zu übertragen, erfolgte aufgrund der Schwachstellen, die sich aus der bisherigen Aufteilung auf zwei Departemente ergaben.

Die Wahl des Gesundheitsdepartements wiederum basierte zum einen auf der zunehmenden Bedeutung des pflegerischen Anteils sowohl im Spitexbereich als auch in Pflegeheimen. Zum anderen sah die Regierung in der Integration der stationären Pflege ins Gesundheitsdepartement die Möglichkeit, zukunftsorientierte, integrierte und interdisziplinäre Ansätze der Gesundheitsversorgung um ein zentrales Handlungsfeld zu erweitern.

Im Gegenzug soll das Departement des Innern künftig einen stärkeren Fokus auf die Alterspolitik und die nicht-pflegerischen Angebote erhalten. Dazu gehören die Umsetzung der Gestaltungsprinzipien der Alterspolitik², die Koordination der verschiedenen alterspolitischen Anspruchsgruppen (z.B. Netzwerk kommunale Altersverantwortliche, Fachkommission für Altersfragen) und die gesamthafte Abbildung und Planung der Leistungen im Altersbereich.

Aufgrund der neuen Zuständigkeiten hat das Gesundheitsdepartement den bei der Verabschiedung des VII. Nachtrags SHG (Förderung und Finanzierung von Spezialpflegeangeboten) vom Kantonsrat erteilten Auftrag übernommen, eine gesetzliche Regelung für die Förderung und Finanzierung der spezialisierten Demenzbetreuung zu prüfen. Im neuen Gesundheitsgesetz wird eine mögliche Finanzierung insofern vorbereitet, als die Regierung künftig die Kompetenz haben soll, weitere Spezialpflegeangebote zu bezeichnen. Ob die spezialisierte Demenzpflege dazugehört wird, ist indes Gegenstand weiterer inhaltlicher Abklärungen. Entsprechend den Vorgaben von Art. 95 des Geschäftsreglements des Kantonsrates (sGS 131.11, abgekürzt GeschKR) wird die Regierung dem Kantonsrat bis Mai 2027 einen Bericht über ihre Erkenntnisse vorlegen.

2 Schwerpunkte der Gesetzesvorlage

2.1 Verständnis von Gesundheit und Gesundheitswesen

Der Gesundheitsbegriff hat sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt und berücksichtigt heute mehrere Dimensionen des Wohlbefindens. Während in der Vergangenheit Gesundheit hauptsächlich mit der Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen gleichgesetzt wurde, ist heute das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägte Verständnis breit akzeptiert, das Gesundheit als einen Zustand des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlergehens beschreibt.

Das Verständnis des Gesundheitswesens hat sich ebenfalls erweitert. Neben dem Schutz der Gesundheit und deren Wiederherstellung im Rahmen des Gesundheitsversorgungssystems gehört heute einerseits die Palliativversorgung zum Gesundheitswesen, also die Linderung von Symptomen und der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität bei unheilbaren Krankheiten, um ein würdevolles Sterben zuzulassen. Andererseits wird – wie bereits in der Kantonsverfassung verankert (vgl. Abschnitt 1.2.3) – auch die Gesundheitsvorsorge mit Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung als integraler Bestandteil des Gesundheitswesens betrachtet. Damit ist die

² <https://www.sg.ch/gesundheits-soziales/soziales/alter/alterspolitik/gestaltungsprinzipien-der-alterspolitik-.html>



Auffassung verbunden, dass das Individuum im Rahmen seiner Fähigkeiten und Möglichkeiten eine aktive Rolle in der Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen soll, hierfür jedoch mehr in die Gesundheitskompetenz des Einzelnen investiert werden muss.

Das Zusammenspiel von Selbstverantwortung und Stärkung der Gesundheitskompetenz ist auch vor dem Hintergrund bedeutsam, dass die Gesundheit eines Menschen am stärksten durch sein Verhalten (rund 40 Prozent) sowie die Umwelt und sozio-ökonomischen Bedingungen (rund 30 Prozent) geprägt wird, während die genetische Ausstattung (20 Prozent) und die Gesundheitsversorgung (10 Prozent) von nachgeordneter Bedeutung sind.³ Der Gesundheitszustand in einer Bevölkerung ist also massgeblich davon abhängig, inwiefern der Einzelne der eigenen Gesundheit Sorge trägt und einen gesunden Lebensstil pflegt. Gleichzeitig sind die gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung zu beachten, die primär durch Unterschiede im Bildungsniveau, der beruflichen Stellung sowie der wirtschaftlichen Situation hervorgerufen werden. Diese führen zu systematischen Unterschieden sowohl im körperlichen als auch psychischen Gesundheitszustand in unterschiedlichen Gruppen und manifestieren sich am deutlichsten bei Erkrankungen, deren Entstehung und Verlauf durch Verhalten und äussere Rahmenbedingungen beeinflusst werden können.⁴ Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist entsprechend auch dahingehend auszurichten, dass ein Ausgleich der unterschiedlichen gesundheitlichen Voraussetzungen erreicht und das Potenzial für eine bessere Gesundheit in der gesamten Bevölkerung genutzt wird.

Das neue Gesundheitsgesetz nimmt das umfassendere Verständnis von Gesundheit und Gesundheitswesen und die Rolle der Selbstverantwortung in den allgemeinen Bestimmungen auf. Dort wird auch festgehalten, dass sich Kanton und Gemeinden dafür einsetzen, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner ungeachtet ihrer wirtschaftlichen und sozialen Situation Zugang zu einer ausreichenden Gesundheitsversorgung und im Falle einer unheilbaren Krankheit Anrecht auf Palliativmassnahmen haben.

Neu aufgenommen wird zudem der Grundsatz, dass der Kanton die wechselseitige Abhängigkeit der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt anerkennt und die Gesundheit auf der Basis eines integrierten Ansatzes gefördert wird. Dies widerspiegelt den «One Health»-Ansatz, der eine interdisziplinäre Zusammenarbeit propagiert, um Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen und effektiv zu bekämpfen.⁵ Auf Bundesebene ist One Health in der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates «Gesundheit2030» verankert und im «Unterorgan One Health» arbeiten Bundesämter, Kantons- und Verbandsvertreter aus den Bereichen Humanmedizin, Veterinärmedizin, Natur-, Umwelt und Lebensmittelwissenschaften gemeinsam an ausgewählten Gesundheitsthemen.⁶ Mit der Verankerung von One Health im neuen Gesundheitsgesetz soll der Ansatz der disziplinen- und departementsübergreifenden Diskussion und Lösungsfindung auf kantonaler Ebene fortgeführt werden.

³ <https://www.economiesuisse.ch/de/artikel/gesundheit-vier-faktoren-die-fuer-die-gesundheit-wichtiger-sind-als-behandlungen-und>

⁴ U.a. S. Geyer, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2021.

⁵ https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1.

⁶ <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/das-blv/auftrag/one-health.html>.



2.2 Gesundheitsvorsorge

2.2.1 Ausgangslage

Der Zweck der Gesundheitsvorsorge mit Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung besteht darin, Gesundheitsprobleme zu verhindern bevor sie auftreten oder schwere Krankheitsverläufe zu vermeiden. Damit wird nicht nur das individuelle Wohlbefinden verbessert, sondern können auch die Belastung des Gesundheitssystems verringert und die Gesundheitskosten reduziert werden. Die Gesundheitsförderung wirkt hierzu fortlaufend auf Lebensgewohnheiten und Lebensbedingungen hin, die der Gesundheit zuträglich sind. Massnahmen der Prävention zielen darauf, Erkrankungen und Unfälle zu verhüten, ihre Zahl und Schwere zu vermindern und Krankheits- und Unfallfolgen abzuschwächen. Die Früherkennung hat zum Ziel, mittels Screening-Programmen und Vorsorgeuntersuchungen Krankheiten vor dem Auftreten von Symptomen frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln.

Die moderne Präventivmedizin unterscheidet die auf den einzelnen Menschen bezogene individualmedizinische Prävention und die auf grössere Bevölkerungsgruppen ausgerichtete sozialmedizinische Prävention. Letztere war ursprünglich vor allem auf die Bekämpfung und Ausrottung der grossen Seuchen ausgerichtet (z.B. durch Verbesserung der hygienischen Massnahmen oder Massenimpfungen gegen Pocken). Später verstärkten sich die Bemühungen in der Aids- und Suchtprävention (Drogen, Rauchen) und hinsichtlich verbesserter Gesundheitsvorschriften beim Arbeits- und Umweltschutz sowie einer umfassenderen Gesundheitserziehung. Präventivmedizinische Massnahmen stehen immer auch im engen Zusammenhang mit der Sozialpolitik, da ungünstige soziale Bedingungen (Armut) als eine wichtige Ursache von Krankheitsanfälligkeit anerkannt sind. In diesem Kontext können Massnahmen der Gesundheitsvorsorge als präventive Sozialinvestitionen dazu beitragen, Heilbehandlungen und finanzielle Unterstützungsleistungen (inkl. Rentenzahlungen) zu vermeiden.

Die Zuständigkeit für die Gesundheitsförderung und Prävention liegt grösstenteils bei den Kantonen. Die Kompetenzen des Bundes beschränken sich nach Art. 118 BV im Wesentlichen auf den Bereich Gesundheitsschutz (vgl. 1.2.2). Dort hat der Bund die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten sowie den Umgang mit Lebensmitteln, Heilmitteln und Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gebrauchsgegenständen, welche die Gesundheit gefährden können – im Sinne der Produktesicherheit und der entsprechenden Informations- und Präventionsmassnahmen – geregelt. Im Bereich der Tabakprodukte und elektronischen Zigaretten ist ein erster Teil an Schutzmassnahmen am 1. Oktober 2024 in Kraft getreten. Diese werden mit der Umsetzung der Initiative zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung voraussichtlich im Jahr 2026 ergänzt, so dass sich diesbezügliche kantonale Regelungen zu einem wesentlichen Teil erübrigen. Ferner bestehen bundesrechtliche Regelungen in den Bereichen Unfallprävention, Arbeitssicherheit (Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten gemäss UVG) und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

Insbesondere im Bereich der Prävention von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten fehlt dem Bund jedoch eine umfassende gesetzliche Grundlage, so dass die Verantwortung für die rechtliche Verankerung von Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei den Kantonen liegt. Gleiches gilt für die Gesundheitserziehung, die in den Zuständigkeitsbereich der Kantone fällt.

Auf *Kantonsebene* enthält das geltende Gesundheitsgesetz unter dem Titel Gesundheitsvorsorge bereits verschiedene Bestimmungen zur Gesundheitserziehung, zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Früherkennung von Krankheiten (Art. 37 GesG). Die Aufgabenerfüllung ist einerseits dem Kanton zugewiesen, der Massnahmen der Gesundheitsvorsorge trifft und sich an diesen beteiligen oder sie durch Beiträge unterstützen kann (Art. 21 GesG). Andererseits sind die



Gemeinden dazu verpflichtet, die Aufklärung, Beratung und Hilfe in der Gesundheitsvorsorge zu fördern und, soweit erforderlich, für deren Durchführung zu sorgen (Art. 25 GesG). Sie errichten und unterstützen Beratungsstellen (Art. 40 GesG).

Die kantonalen Aufgaben der Gesundheitsvorsorge sind der Präventivmedizinerin oder dem Präventivmediziner übertragen (Art. 7 GesG), der bzw. dem eine programmatische, beratende, unterstützende sowie eine zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachpersonen, Gemeinden, Schulen und Betrieben koordinierende Funktion zukommt (Art. 38 und 39 GesG). Die Präventivmedizinerin oder der Präventivmediziner erfüllt ihre bzw. seine Aufgaben aktuell im Rahmen des von ihr bzw. ihm geleiteten Amtes für Gesundheitsvorsorge (AGVO). Dieses umfasst zum einen die Abteilung Präventivmedizin, die für Massnahmen zur Verhütung und Früherkennung spezifischer Krankheiten zuständig ist und u.a. Impfungen, den Bereich der Schulgesundheitsdienste sowie das Programm zur Früherkennung von Brustkrebs umfasst. Zum anderen führt das AGVO die Abteilung ZEPRA, die für die nicht-medizinische Prävention und Gesundheitsförderung zuständig ist und in den Bereichen Bewegung und Ernährung, Psychische Gesundheit, Gesundheit im Alter, Suchtprävention, Jugendschutz und Gesundheitsförderung im Betrieb Projekte und Programme umsetzt.⁷

2.2.2 Regelungsanpassungen

Im neuen Gesundheitsgesetz wird der Bereich Gesundheitsvorsorge, der die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Früherkennung von Krankheiten umfasst, stärker sichtbar gemacht und in einem eigenen Gesetzeskapitel geregelt. Die wesentlichen Anpassungen betreffen folgende Bereiche:

a) Aufgabenteilung Kanton und Gemeinden

Auch im neuen Gesundheitsgesetz sind Kanton, politische Gemeinden und Träger der öffentlichen Volksschule gemeinsam für die Gesundheitsvorsorge zuständig. Jedoch werden die Zuständigkeiten gegenüber heute klarer festgehalten und die Aufgabenerfüllung verbindlicher geregelt.

Die Gesundheitsvorsorge umfasst einerseits Massnahmen, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten abzielen und andererseits strukturelle Massnahmen, die auf gesundheitsförderliche Lebensbedingungen für die Bevölkerung hinwirken. Der Kanton ergreift wie bisher sowohl individuelle als auch strukturelle Massnahmen der Gesundheitsvorsorge. Hierzu kann er sich weiterhin an den nationalen Programmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung beteiligen, eigene kantonale Programme entwickeln und umsetzen sowie die Gemeinden und andere relevante Akteure in Fragen der Gesundheitsvorsorge unterstützen. Die Gemeinden beteiligen sich an der Umsetzung der kantonalen Massnahmen durch Eigenleistungen wie beispielsweise die Mitwirkung bei der Kommunikation oder die Koordination und Vernetzung der massgeblichen Anspruchsgruppen vor Ort.

Den Gemeinden obliegen demgegenüber die Gestaltung und Weiterentwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensraums für ihre Einwohnerinnen und Einwohner. Massnahmen zur gesundheitsförderlichen Lebensraumentwicklung können vielfältige Bereiche betreffen wie z.B. die Gestaltung von bewegungs- und begegnungsfreundlichen öffentlichen Plätzen, bewegungsfreundliche Naherholungsräume, Hitzeschutzmassnahmen, Verbesserung der Verkehrssicherheit, Lärmschutz, adäquater Wohnraum und allergiefreundliche Bepflanzungen. Ob und welche

⁷ Neben dem AGVO nehmen auch andere kantonale Stellen Aufgaben in der Gesundheitsvorsorge wahr, namentlich das Kantonsarztamt, das Amt für Soziales, das Amt für Sport und das Amt für Volksschule.



Massnahmen getroffen werden, legen die Gemeinden mit Blick auf die jeweiligen Voraussetzungen, Notwendigkeiten und Prioritäten fest.

Die kantonalen Aufgaben der Gesundheitsvorsorge werden weiterhin unter der fachlichen Leitung der kantonalen Präventivmedizinerin oder des kantonalen Präventivmediziner erfüllt. Für die Gemeindeebene legt das Gesundheitsgesetz fest, dass die Gemeinde eine für Gesundheitsfragen und damit auch für die Gesundheitsvorsorge zuständige Stelle bezeichnet. Diese Stelle nimmt innerhalb der Gemeinde zu gesundheitsrelevanten Geschäften Stellung und ist zugleich Anlaufstelle für den Kanton, wenn für die Umsetzung kantonalen Programme die Unterstützung der Gemeinden notwendig ist.

Das geltende Gesundheitsgesetz verpflichtet die Gemeinden zur Errichtung und Unterstützung von Beratungsstellen im Bereich der Gesundheitsvorsorge (Art. 40 GesG). Diese allgemein gehaltene Bestimmung wird nicht ins revidierte Gesundheitsgesetz übernommen. Zwar ist es aus präventiver Sicht notwendig, dass die Gemeinden Mütter- und Väterberatungsstellen führen, welche die Eltern von Kindern im Säuglings- bis Vorschulalter wohnortnah und niederschwellig bei Fragen zur Ernährung, Entwicklung, Gesundheitskontrolle und Erziehung beraten.⁸ Diese Aufgabe soll künftig jedoch im Einführungsgesetz zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch (sGS 911.1, abgekürzt EG-ZGB) verankert werden. Dieses verpflichtet die Gemeinden bereits heute zur ganzheitlichen Kinder- und Jugendhilfe (Art. 58bis EG-ZGB). Darüber hinaus wird mit der Sammelvorlage «Erledigung parlamentarische Aufträge im Bereich der frühen Förderung (EPAFF)» und dem darin enthaltenen XIII. Nachtrag EG-ZGB eine Angebotspflicht der Gemeinden im Bereich der frühen Förderung eingeführt. Letztere umfasst mit der sozialen Integration, Bildung und Gesundheit mehrere Wirkungsbereiche und beinhaltet als Teil des verpflichtenden Grundangebots u.a. die Bereitstellung der Mütter- und Väterberatung.

b) Gesundheitsvorsorge in der öffentlichen Volksschule

Mithilfe regelmässiger schulärztlicher und schulzahnärztlicher Untersuchungen können Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung und Gesundheitsprobleme frühzeitig entdeckt und behandelt werden, was für das körperliche und seelische Wohl der Kinder und Jugendlichen und die schulische Entwicklung bedeutsam ist. Entsprechend der Wichtigkeit dieses Bereichs sollen die heute lediglich auf Verordnungsstufe⁹ geregelten Aufgaben und Zuständigkeiten in der schulischen Gesundheitsvorsorge im Gesundheitsgesetz verankert werden, wobei die – bereits heute – obligatorischen Vorsorgemassnahmen (jährliche Zahnuntersuchung, Zahnprophylaxe, periodischen Untersuchung des Gesundheitszustandes, Impfkontrolle) ausdrücklich im Gesetz genannt werden. Der Kanton soll weiterhin die Vorgaben zum Inhalt und Vollzug der schulischen Gesundheitsvorsorge erlassen, während die Schulträger für den Vollzug und die Organisation der schulischen Gesundheitsvorsorge zuständig bleiben. Zudem haben die Schulträger wie bisher die Kosten der obligatorischen Vorsorgemassnahmen, die vom Schulgesundheitsdienst durchgeführt werden, zu tragen. Wie bereits heute ist es möglich, dass Eltern die obligatorischen Vorsorgemassnahmen auf eigene Kosten ausserhalb des Schulgesundheitsdienstes bei einer eigens gewählten Fachperson (Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt oder Dentalhygienikerin/Dentalhygieniker) durchführen lassen.

⁸ Im Rahmen der Sammelvorlage «Erledigung parlamentarische Aufträge im Bereich der frühen Förderung (EPAFF)» zeigte sich bei einer Befragung im Jahr 2023, dass alle Gemeinden im Kanton über eine Mütter- und Väterberatung verfügen.

⁹ Verordnung über den Schulärztlichen Dienst (sGS 211.21) und Schulzahnpflegeverordnung (sGS 213.13).



Die Vorschriften über die Gesundheitsvorsorge in der Schule gelten für die öffentliche Volksschule, d.h. für Schülerinnen und Schüler, die einen der in Art. 2 VSG genannten Schultypen besuchen. Bei der Erarbeitung des Entwurfs des neuen Gesundheitsgesetzes wurde geprüft, ob am Alter der Schülerinnen und Schüler bzw. der Schulpflicht nach Art. 45–49 VSG angeknüpft werden könnte, damit auch Schülerinnen und Schüler von Privatschulen und von Mittelschulen erfasst würden. Aus Gründen der Vollzugspraktikabilität wird jedoch weiterhin am Begriff der öffentlichen Volksschule angeknüpft. Mit dieser Regelung werden rund 97 Prozent der Kinder und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter erfasst¹⁰, zumal die Vorschriften über die Gesundheitsvorsorge in der öffentlichen Volksschule zukünftig auch für die anerkannten Privatschulen gelten werden (vgl. die Anpassung von Art. 1 Abs. 1^{bis} VSG, hinten bei den Drittänderungen).

Insgesamt wird die heutige Praxis der schulischen Gesundheitsvorsorge unverändert weitergeführt. Abweichend gilt, dass die Regierung anstelle der bisherigen *Schulzahnpflegekommission* künftig eine *Schulgesundheitskommission* wählen wird. Diese soll die Regierung und die zuständige Stelle des Kantons in inhaltlichen und vollzugsbezogenen Fragen der schulischen Gesundheitsvorsorge beraten. In der Schulgesundheitskommission werden die massgeblichen Akteurinnen und Akteure (insbesondere Schulträger, Ärzte- und Zahnärzteschaft, Lehrerschaft) vertreten sein. Dies soll gewährleisten, dass die Massnahmen der schulischen Gesundheitsvorsorge breit abgestützt und für die verschiedenen Anspruchsgruppen nachvollzieh- und umsetzbar sind. Grösse und genaue Zusammensetzung werden allerdings nicht im Gesetz geregelt, sondern in einer Verordnung festgelegt.

c) *Mehrfähriger Gesundheitsvorsorgeplan*

Die gesundheitsrelevanten Herausforderungen einer Gesellschaft unterliegen einem steten Wandel. So verändern sich die von Gesundheitsrisiken besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen, die Art und Ursachen von Gesundheitsrisiken sowie auch die Rahmenbedingungen, unter denen Gesundheitsprobleme vermieden werden können. Angesichts dieser Dynamik erweist es sich als wenig sinnvoll, Handlungsschwerpunkte oder Interventionsbereiche direkt im Gesetz festzuschreiben. Vielmehr ist es zielführend, in regelmässigen Abständen einen Prozess zur Entwicklung eines kantonalen Gesundheitsvorsorgeplans zu durchlaufen, der auf wissenschaftlichen Grundlagen und aktuellen Daten basiert. Mit einem solchen Prozess kann der Kanton flexibel auf sich ändernde gesundheitliche Probleme der Bevölkerung reagieren.

Im neuen Gesundheitsgesetz ist entsprechend vorgesehen, dass der Kanton regelmässig einen Gesundheitsvorsorgeplan erarbeitet, umsetzt und evaluiert. Der Plan hat sich dabei auf die bestehende Datenlage abzustützen. Im Vordergrund steht die Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, die auf Verlangen der Kantone erweitert werden kann (Erhöhung kantonale Stichprobe, Zusatzauswertungen). Zusätzliche Grundlagen sind weitere nationale Befragungen mit kantonalen Auswertungen (z.B. im Bereich Sucht), kantonale Erhebungen (vgl. nachstehend unter Bst. e) und wissenschaftliche Quellen.

Des Weiteren hat sich der Gesundheitsvorsorgeplan in die nationalen Strategien und Programme im Bereich Gesundheitsvorsorge – aktuell namentlich die nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie), nationale Strategie Sucht sowie die kantonalen Aktionsprogramme der Gesundheitsförderung Schweiz – einzufügen und deren Umsetzung für den Kanton zu konkretisieren und bei Bedarf zu ergänzen. Daneben kann der Kanton bei Bedarf neue gesundheitliche Herausforderungen behandeln, wenn diese auf nationaler Ebene (noch) nicht aufgegriffen werden oder für den Kanton besonders relevant sind.

¹⁰ Zahlenbasis Schuljahr 2020/21 aus dem Bericht der Regierung vom 4. Januar 2022 «Perspektiven der Volksschule 2023» (40.22.01).



Der Gesundheitsvorsorgeplan wird unter der Leitung der Präventivmedizinerin oder des Präventivmediziners erarbeitet und durch das zuständige Departement verabschiedet. Er wird vorgängig mit den anderen betroffenen Departementen abgesprochen. Auch werden die politischen Gemeinden vorgängig zu den geplanten Themen und Zielen angehört.

d) Früherkennungs- und Impfprogramme

Die Früherkennung von Krankheiten bei Einzelpersonen obliegt der Ärzteschaft, den Apotheken und anderen Gesundheitsfachpersonen wie zum Beispiel den Hebammen. Die Früherkennung auf Ebene der Bevölkerung oder bei bestimmten Personengruppen ist hingegen Aufgabe des Kantons. Dieser lässt – national abgestimmt – bereits heute Programme zur systematischen Früherkennung von Krankheiten durchführen, so in den Bereichen Brustkrebs und Darmkrebs. Darüber hinaus ist der Kanton für die Durchführung von Impfungen gemäss dem eidgenössischen Epidemiengesetz zuständig, wobei der Entwurf des neuen Gesundheitsgesetzes die Möglichkeit schafft, solche Impfungen für obligatorisch zu erklären. Ferner führt der Kanton kantonale Impfpromotions- und Impfprogramme durch. Künftig sollen diese Aufgaben gesamthaft im Gesundheitsgesetz geregelt sein.

e) Gesundheitsbildung

Aus präventiver Sicht ist es sinnvoll, von Gesundheitsfachpersonen sowie von weiteren Mitarbeitenden in Betrieben und Einrichtungen des Sozial- oder Bildungswesens Grundkenntnisse in der Gesundheitsvorsorge zu verlangen. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass die brachliegenden Potenziale der Gesundheitsvorsorge in den entsprechenden Systemen erkannt und genutzt werden können. Entsprechend soll in Umsetzung von Art. 15 Bst. b KV die Gesetzesgrundlage geschaffen werden, damit die Regierung die genannten Personen zu Aus- und Weiterbildungen im Bereich der Gesundheitsvorsorge verpflichten und der Kanton solche Bildungsangebote (auch für die zuständigen Stellen in den Gemeinden, vgl. oben Bst. a) durchführen kann.

2.3 Neue Versorgungsmodelle

2.3.1 Ausgangslage

2.3.1.a Integrierte Versorgung

Das Gesundheitswesen der Schweiz ist stark fragmentiert. Wichtige Treiber dafür sind die fortlaufende Spezialisierung der Fachpersonen und die zunehmende Differenzierung von Krankheitsbildern und Diagnosen. Gleichzeitig mangelt es an Vernetzung und Koordination der Akteure, sowohl bei den Behandlungsleistungen und den (vor- und nachgelagerten) Betreuungsleistungen als auch bei den Vergütungssystemen und Datenflüssen. Umso wichtiger sind Informations-, Beratungs- und Koordinationsleistungen, die sicherstellen, dass die richtigen Entscheide getroffen, die erforderlichen Fachleute eingebunden und die richtigen Kostenträger gefunden werden. Allerdings werden diese Leistungen heute nur bedingt vergütet. In der Folge verschlechtern sich Behandlungsergebnisse und Patientensicherheit und das Gesundheitssystem verteuert sich.

Vor diesem Hintergrund sind neue, zukunftsgerichtete Ansätze der Gesundheitsversorgung in erster Linie darauf auszurichten, die bestehenden Strukturen innerhalb und zwischen Akteuren und Organisationen des Gesundheitswesens durchlässiger zu machen. Das Mittel der Wahl sind integrierte oder koordinierte Ansätze zur Gesundheitsversorgung. Solche Ansätze:

- stellen die Bedürfnisse und Präferenzen der betroffenen Menschen ins Zentrum (*Patientinnen- und Patientenorientierung bzw. Kundenorientierung*);
- betrachten die betroffenen Menschen und ihre Vertrauenspersonen als Partner und Resource, welche die Behandlung samt vor- und nachgelagerter Betreuung wesentlich unterstützen können (*Partizipation*);



- streben nach einem strukturierten und verbindlichen Zusammenspiel der Akteure im Gesundheits- und Sozialbereich (Leistungserbringer, betroffene Menschen, Angehörige, Freiwillige, Kostenträger, Produkthanbieter) über den ganzen Behandlungs- und Betreuungsweg von Selbstsorge, zu Prävention, ambulanten und stationären Leistungen bis hin zu Palliative Care (*ganzheitliches Verständnis von Gesundheit*);
- verstehen die Behandlung und Betreuung von betroffenen Menschen als interprofessionelle und interdisziplinäre Teamleistung (*Integration*);
- nutzen digitale Hilfsmittel, um den medienbruchfreien Austausch und die mehrfache Nutzung von behandlungsrelevanten Daten zu organisieren sowie Prozesse zu vereinfachen und zu automatisieren (*Digital Health*).

Mit dieser Ausrichtung fokussieren integrierte Ansätze auf die Steigerung von Qualität und Effizienz, u.a. mit früheren Diagnosen, Vermeiden von Begleiterkrankungen, weniger Fehlversorgung, weniger Doppelspurigkeiten, besseren Behandlungsergebnissen und mehr Patientensicherheit. Je besser diese Steigerung an Effektivität und Effizienz gelingt, desto eher können in der Folge die Kosten gesenkt werden.

Im Kanton St.Gallen sind bereits hilfreiche Voraussetzungen für die stärkere Vernetzung und Koordination der Gesundheitsversorgung vorhanden. So gehört der Kanton St.Gallen zu den ersten Kantonen, in denen sich Ärztenetze sowie interprofessionelle Versorgungsnetze und -angebote entwickelten (z.B. Pizolcare, Rajovita, Thurvita), die heute als Anknüpfungspunkte für neue oder weitergehende Integrationsansätze dienen können. Ebenso bestehen langjährige Erfahrungen mit interprofessionellen Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. StoppSturz zur Sturzprävention in der Gesundheitsversorgung, PEPra zur Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischer Gesundheit in der ambulanten Grundversorgung). Schliesslich werden in den Bildungsangeboten des Departements für Gesundheit der Fachhochschule St.Gallen interprofessionelle Teamarbeit und moderne Aufgabenteilungen (z.B. in Richtung Advanced Practice Nurse [APN]) explizit gefördert.

Demgegenüber ist im Kanton St.Gallen – wie auch in anderen Kantonen – die Vernetzung im digitalen Bereich erst in Ansätzen erkennbar. Zwar sind zahlreiche IT-Systeme im täglichen Einsatz. Proprietäre «Insellösungen» und eine fragmentierte Systemlandschaft behindern aber den Einsatz von übergreifenden Digital-Health-Lösungen. Daten sind ein Kernelement der digitalen Transformation: Standardisierte Datenstrukturen und -inhalte sind die Grundvoraussetzung dafür, dass Systeme nahtlos zusammenarbeiten können (d.h. interoperabel sind) und Informationen nicht mehrfach, sondern nur einmal erhoben werden müssen (Once-Only-Prinzip). Es fehlt ein verbindlicher Ordnungsrahmen für Digital Health, der die Interoperabilität der Systeme und die Mehrfachnutzung der Daten sicherstellen kann.

Die zentralen Stellschrauben für durchlässigere Strukturen im Gesundheitswesen liegen beim Bund. Allem voran regelt das KVG, welche Leistungen von den Krankenversicherungen finanziert werden, und legt damit die Weiterentwicklungen in diesem Bereich fest. Hierzu gehören mehrere KVG-Revisionen, die für eine stärker integrierte Versorgung relevant sind, darunter die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) oder die Anerkennung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als Leistungserbringer (Teil des Kostendämpfungspakets 2). Daneben soll das nationale Programm DigiSanté unter der Leitung des Bundesamts für Gesundheit in den Jahren 2025-2034 die notwendigen Voraussetzungen für die digitale Transformation im Gesundheitswesen (u.a. Festlegung einer einheitlichen Zielarchitektur für die Informationssysteme sowie von eindeutigen Identifikatoren, Datenstrukturen, technischen und semantischen Standards) sowie die notwendige nationale Infrastruktur für einen sicheren und nahtlosen Datenaustausch schaffen.



2.3.1.b Elektronisches Patientendossier

Das elektronische Patientendossier (EPD) ist eine Sammlung von behandlungsrelevanten Daten aus der Patientendokumentation, die von den Gesundheitsfachpersonen zu führen ist (vgl. unten Abschnitt 0), sowie von Informationen, welche die Patientin oder der Patient selbst erfasst hat. Diese Daten und Informationen können in einem konkreten Behandlungsfall der behandelnden Person zugänglich gemacht. Durch die jederzeitige Verfügbarkeit von behandlungsrelevanten Daten sollen die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht, die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert und die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert werden.

Derzeit sind Listenspitäler (Akutspitäler, psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken), Pflegeheime, Geburtshäuser sowie ab 2022 neu zugelassene Arztpraxen aufgrund des KVG verpflichtet, sich einer Stammgemeinschaft nach Art. 11 Bst. a EPDG anzuschliessen (vgl. Art. 37 Abs. 3 und Art. 39 Abs. 1 Bst. f KVG) und bei Patientinnen und Patienten, die ein EPD haben, wichtige Informationen aus den Krankengeschichten bzw. Patientendokumentationen dort abzulegen. Die im EPD gespeicherten Daten können von den Patientinnen und Patienten jederzeit abgerufen und für Gesundheitsfachpersonen freigegeben werden. Diese Eigenverwaltung und Freigabe seitens der Patientinnen und Patienten unterscheidet das EPD von den Patientendokumentationen.

Die Rahmenbedingungen für die Einführung und Verbreitung des EPD sind im Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier geregelt. Das Gesetz wird derzeit umfassend revidiert. Ziel dieser Revision ist es einerseits, die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen bezüglich des EPD und dessen Finanzierung klar zu regeln. Andererseits soll das EPD inhaltlich weiterentwickelt werden, indem seine Funktionalität und Anwendungsgebiete erweitert werden. Darüber hinaus soll die Verbreitung und Nutzung des EPD sowohl in der Bevölkerung als auch bei den Leistungserbringern gestärkt werden.

Da die Revision des EPDG voraussichtlich mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird, haben die eidgenössischen Räte in der Frühjahrssession 2024 eine Teilrevision des EPDG beschlossen, die am 1. Oktober 2024 in Kraft getreten ist. Diese Teilrevision zielte insbesondere darauf ab, die Finanzierung des EPD kurzfristig sicherzustellen und führte eine befristete Übergangsförderung ein (vgl. Art. 23a ff. EPDG). Während fünf Jahren erhalten Stammgemeinschaften vom Bund Finanzhilfen für die Sicherstellung des Betriebs und der Weiterentwicklung des EPD. Die Finanzhilfen werden in Form eines festen Betrags pro eröffnetes EPD ausgerichtet, wobei in der Vergangenheit eröffnete EPD ebenfalls beitragsberechtigt sind. Der Bundesbeitrag beträgt maximal Fr. 30.– je eröffnetes EPD. Insgesamt hat der Bund einen Zahlungsrahmen von 30 Mio. Franken bewilligt.

Die Ausrichtung der Finanzhilfen ist an die Bedingung geknüpft, dass die Kantone die Stammgemeinschaften in mindestens gleichem Umfang wie der Bund finanziell unterstützen.

2.3.2 Regelungsanpassungen

Das neue Gesundheitsgesetz soll die Voraussetzungen verbessern, dass sich integrierte Versorgungsmodelle weiter ausbreiten und entwickeln können. Im Vordergrund stehen dabei finanzielle Anreize, welche die Bottom-Up-Entstehung zukunftsweisender Modelle erleichtern und beschleunigen können. Der Kanton St.Gallen folgt damit dem Beispiel verschiedener anderer Kantone, die in ihrer Gesundheitsgesetzgebung die Förderung von neuen Versorgungsmodellen ausdrücklich verankert haben (in der Deutschschweiz: AG, BE, GL, LU, VS, ZH). Vorgesehen sind folgende neuen Förderinstrumente:



a) Förderung von Pilotprojekten und Massnahmen zur Stärkung der Integration

Zum einen ermöglicht das neue Gesundheitsgesetz dem Kanton ganz allgemein, Massnahmen zur Stärkung der integrierten Versorgung zu initiieren oder umzusetzen (Art. 23 Abs. 1 nGesG). Beispiele hierfür sind Aktionspläne (z.B. in den Bereichen Interprofessionalität, Advanced Practice Nurses, digitale Vernetzung), Gefässe für den regelmässigen Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren (z.B. Innovationsboard, Regionalkonferenzen) oder Initiativen im Bereich Versorgungsforschung und Evaluation.

Zum anderen wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, dass der Kanton die Entwicklung und – in beschränktem Umfang – den Betrieb von integrierten Versorgungsmodellen mit Beiträgen unterstützen kann (Art. 23 Abs. 2 nGesG). Die Beitragsvoraussetzungen sollen in einer Verordnung näher umschrieben werden. Als förderungswürdig gelten Versorgungsmodelle, wenn sie zentrale Kriterien integrierter Versorgungsmodelle erfüllen, also strukturierte und verbindlich geregelte Kooperations- und Gemeinschaftsvorhaben, interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeitsformen (einschliesslich des Einsatzes von nichtärztlichen Fachpersonen mit erweiterten Kompetenzen wie Advanced Practice Nurses) sowie den Einbezug der Ressourcen der betroffenen Menschen und ihrer Vertrauenspersonen. Zudem sollen nur Versorgungsmodelle mit Beiträgen unterstützt werden, welche die Nutzung von Digital-Health-Instrumenten und anderer einheitlicher Arbeitsinstrumente vorsehen und die eine Verbesserung der Qualität oder Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung herbeiführen. Ferner ist vorgesehen, die Beitragsdauer für Pilotprojekte analog zum Experimentierartikel des Bundes (Art. 77o KVV) auf 3 Jahre zu begrenzen, wobei im Sinn einer Anschubfinanzierung bereits beim Förderentscheid ersichtlich sein muss, inwiefern ein Pilotprojekt skalierbar ist und nach Abschluss in den Regelbetrieb überführt werden kann. Die Ausrichtung von Beiträgen hängt des Weiteren davon ab, dass sich die Antragstellerin oder der Antragsteller angemessen, wenigstens zur Hälfte, an den Kosten beteiligen.

b) Beiträge an ungedeckte Kosten

Als zweites Förderinstrument schafft das neue Gesundheitsgesetz in Art. 23 Abs. 2 Bst. c eine gesetzliche Grundlage, dass der Kanton für die Umsetzung integrierter Versorgungsmodelle notwendige Leistungen mitfinanzieren kann, sofern diese durch die bestehenden Vergütungssysteme nicht oder nicht vollständig abgegolten werden. Dies betrifft (aktuell) die mangelhafte Vergütung von Koordinationsleistungen sowie fehlende oder lückenhafte Tarife für nichtärztliche Fachpersonen mit erweiterten Kompetenzen. Mit diesem neuen Fördertatbestand ergänzt das Gesundheitsgesetz Art. 24 SPFG, nach dem der Kanton den Spitälern Beiträge an ungedeckte Kosten gewähren kann.

c) Förderung von digitalen Diensten

Zur Verbesserung des Datenmanagements und -austauschs im Gesundheitswesen ist es notwendig, die Daten inhaltlich, strukturell und technisch zu standardisieren. Im Bereich der Digitalisierung soll der Kanton deshalb die Möglichkeit erhalten, die Anwendung von nationalen Standards und Empfehlungen sowie die Entwicklung und Umsetzung von Digital-Health-Lösungen (Austauschplattformen, Informationssysteme, Applikationen, Vorgaben zur Gewährleistung der Informationssicherheit, usw.) unterstützen zu können, sofern mehrere Betriebe daran beteiligt sind (Art. 23 Abs. 2 Bst. d nGesG).

d) Elektronisches Patientendossier

Im Bereich des EPD soll mit einer Übergangsbestimmung die gesetzliche Grundlage geschaffen werden, dass der Kanton Beiträge an neu eröffnete EPD gemäss Übergangsförderung des teilrevidierten EPDG ausrichten kann. *(Die Übergangsbestimmungen sind im Gesetzesentwurf der Vernehmlassungsvorlage noch nicht enthalten und folgen in der definitiven Botschaft.)*



2.4 Langzeitpflege

2.4.1 Ausgangslage

Langzeitpflege bezeichnet die Pflege und Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf über einen längeren Zeitraum, wenn diese wegen ihres hohen Alters, einer Krankheit oder einer Behinderung nicht mehr in der Lage sind, alle alltäglichen Aufgaben allein zu bewältigen. Die Pflegeleistungen werden von Spitex-Betrieben und selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen bei den Betroffenen zu Hause (ambulante Langzeitpflege) oder in Pflegeheimen (stationäre Langzeitpflege) erbracht.

Im Kanton St.Gallen ist die Sicherstellung der Langzeitpflege eine gemeinsame Aufgabe von Kanton und politischen Gemeinden:

Die Bereitstellung der Langzeitpflege liegt grösstenteils im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden. Diese stellen die Hilfe und Pflege zu Hause bzw. die Versorgung mit Spitex-Leistungen sicher (Art. 23 GesG und Art. 12 PFG) und sorgen – gestützt auf kantonale Planungsrichtwerte – für ein bedarfsgerechtes Grundangebot an stationären Pflegeplätzen in Betagten- bzw. Pflegeheimen (Art. 28 SHG). Die Gemeinden tragen des Weiteren die Pflegekosten, soweit diese nicht durch die Sozialversicherungen und den Selbstbehalt der Leistungsnutzenden gedeckt sind (Art. 9 und 16 PFG). Dem Kanton obliegt demgegenüber die Förderung der spezialisierten Langzeitpflege. Mit dem VII. Nachtrag SHG wurden die Zuständigkeiten des Kantons im stationären Bereich zuletzt dahingehend erweitert, dass er seit dem 1. Januar 2025 nicht nur für die Palliativpflege in Sterbehospizen, sondern auch für die spezialisierte Pflege in den Bereichen Gerontopsychiatrie sowie Schwerst- und komplexe Pflege die Angebotsgestaltung und Finanzierung der Zusatzkosten übernimmt.

Ebenfalls ist der Kanton für die Zulassung der Leistungserbringer zum Erbringen von Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zuständig (stationär: Art. 39 Abs. 3 KVG; ambulant: Art. 36 KVG). Desgleichen obliegt ihm die Bewilligung und Beaufsichtigung der privaten Pflegeheime (Art. 32 und 33 SHG) und der Spitex-Betriebe (Art. 51 GesG). Hingegen liegt die Aufsicht über die öffentlichen Pflegeheime und Spitex-Betriebe – wozu auch die privatrechtlichen Betriebe zählen, die mit einer Gemeinde eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben – bei den Gemeinden.¹¹

Darüber hinaus unterstützt der Kanton im ambulanten Bereich Spitex-Betriebe und Gemeinden mit Fachberatung und Information (Art. 36ter GesG). Zudem übernimmt er Aufgaben in der Pflegeentwicklung mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung für die Bevölkerung sicherzustellen und die interdisziplinäre, interprofessionelle sowie institutionenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Im Zuständigkeitsbereich des Kantons liegt schliesslich die Steuerung des Angebots an Pflegefachkräften. Hierzu wurde im Jahr 2024 das EG-BFAP erlassen, das u.a. Pflegeheime und Spitex-Betriebe zur Ausbildung von Pflegefachkräften verpflichtet. Die Bestimmungen sollen zu einem späteren Zeitpunkt mit Vorgaben zu den Arbeitsbedingungen im Pflegebereich ergänzt werden (im Rahmen der Umsetzung der zweiten Etappe der eidg. Pflegeinitiative).

Die bestehende Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden wurde im Rahmen der Gesetzgebungsprojekte gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Departemente,

¹¹ «Private» Pflegeheime oder Spitex-Betriebe sind Betriebe mit privater Trägerschaft ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde. Als «öffentliche» Pflegeheime oder Spitex-Betriebe gelten Betriebe mit öffentlicher Trägerschaft oder mit einer Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde.



des Verbands St.Galler Gemeindepräsidien (VSGP) und der Fachverbände (CURAVIVA, senesuisse, Spitex-Verband SG/AI/AR) eingehend diskutiert. Hierbei wurden verschiedene Schwachstellen identifiziert, die durch die ungleiche Regulierung des ambulanten und stationären Bereichs sowie durch unklare oder fehlende Zuständigkeiten hervorgerufen werden. Dies betrifft:

- *Angebotsplanung und -steuerung:* Im Spitex-Bereich fehlt eine übergeordnete Angebotssteuerung. Planungsrichtwerte, die mit Blick auf eine kantonal einheitliche Versorgung erstellt werden, und die anschliessend als Grundlage für die konkrete Angebotsplanung der Gemeinden dienen, bestehen nur für die Pflegeheime. Daraus resultiert ein Risiko von Fehlplanungen, aber auch eine fehlende Übersicht des gesamten Pflege- und Unterstützungsbedarfs¹² in den – zunehmend ineinandergreifenden – stationären, teilstationären, ambulanten und vorgelagerten Sektoren. Zwar berücksichtigen die kantonalen Planungsarbeiten für den stationären Bereich zusehends auch den ambulanten Sektor, doch fehlt eine verbindliche Regelung für die Erarbeitung und Weiterverwendung dieser Grundlagen.
- *Mindestanforderungen und Aufsicht:* Kantonale regulatorische Mindestanforderungen bestehen nur für Pflegeheime und die privaten Spitex-Betriebe, nicht aber für die öffentlichen Spitex-Betriebe. Bei diesen kommen höchstens Mindestanforderungen der Spitex-Verbände zur Anwendung. Ebenso fragmentiert sind die Zuständigkeiten für die Aufsicht. Pflegeheime werden entweder von der zuständigen Stelle des Kantons beaufsichtigt oder aber von der zuständigen Stelle der Gemeinde vgl. (Art. 33 Abs. 1 SHG). Private Spitex-Betriebe unterstehen der Aufsicht der für die Betriebsbewilligung zuständigen Stelle des Kantons, während bei öffentlichen Spitex-Betrieben keine kantonale Aufsicht vorgesehen ist. Die unterschiedlichen Aufsichtszuständigkeiten sind mit zeitlich und inhaltlich unterschiedlichen Prüflichten verbunden. Auch kann die Aufsicht durch die Gemeinde mit Governance-Problemen behaftet sein, wenn die Gemeinde zugleich Trägerin des Pflegebetriebs ist. In kleineren Gemeinwesen und bei begrenzten personellen Ressourcen besteht zudem die Gefahr, dass (betriebs-)interne und externe Aufsichtstätigkeiten vermischt werden.
- *Spezialisiertes Angebot:* Spezialisierte Pflegeangebote sind im Kanton sehr unterschiedlich verfügbar. Gerade kleinere Spitex-Betriebe und Pflegeheime sind oft nicht in der Lage, für spezialisierte Leistungen das notwendige Fachpersonal zu finden oder genügend auszulasten. Sinnvoll wären regionale Verbundlösungen, teilweise auch überregionale oder kantonsweite Projekte. Solche scheitern teils an ungeklärten Finanzierungszuständigkeiten und möglichen Finanzierungsfolgen. Auch können Projekte aufgrund der Heterogenität auf der Gemeindeseite nicht immer erfolgreich umgesetzt werden. So zeigte sich in der Vergangenheit, dass überregionale Projekte zur Unterstützung oder Weiterentwicklung der ambulanten Pflegeversorgung in Zusammenarbeit mit Dritten nicht oder nur mit erheblicher Verzögerung realisiert werden konnten, wenn dies eine Leistungsvereinbarung mit der Gemeindeseite (aber nicht mit jeder einzelnen Gemeinde) erforderte und der Kanton nicht zuständig war. Während mit dem VII. Nachtrag SHG im stationären Bereich die Aufgabenteilung dahingehend definiert wurde, dass die Gemeinden für das wohnortnahe Grundangebot zuständig sind und der Kanton das überregionale spezialisierte Angebot fördert, fehlt ein solcher Ansatz im Spitex-Bereich.

2.4.2 Regelungsanpassungen

Auf Basis der identifizierten Schwachstellen soll die Aufgabenteilung im Bereich Langzeitpflege zwischen Kanton und Gemeinden angepasst werden. Neben Anpassungen des Gesundheitsgesetzes sind hierfür auch Anpassungen des Gesetzes über die Pflegefinanzierung notwendig. Des

¹² Unterstützungsleistungen in den Bereichen Administration, Haushalt, Betreuung und Pflege.



Weiteren wird der Abschnitt III/1^{bis} «Stationäre Einrichtungen für Betagte und spezialisierte Pflegeeinrichtungen» des Sozialhilfegesetzes mit Ausnahme von Art. 35 (Fachkommission für Altersfragen) ins neue Gesundheitsgesetz transferiert. Das neue Gesundheitsgesetz regelt damit künftig sowohl die ambulante als auch die stationäre Langzeitpflege.

a) Unterscheidung Grund- und Spezialangebot

Im ambulanten Bereich soll der mit dem VII. Nachtrag SHG für den stationären Bereich eingeführte Grundsatz übernommen werden, wonach die Gemeinden für das Grundangebot zuständig sind und der Kanton überregionale spezialisierte Pflegeangebote fördert. Zur spezialisierten Pflege wird die Langzeitpflege in Gerontopsychiatrie, die Schwerst- und komplexe Langzeitpflege sowie die spezialisierte palliative Langzeitpflege gezählt.

b) Angebotsplanung und Pflegeheimliste

Künftig soll der Kanton nicht nur für die stationäre, sondern auch für die ambulante Langzeitpflegeversorgung Planungsgrundlagen erarbeiten. Dabei sollen auch Zwischenformen bzw. intermediäre Strukturen wie Tages- und Nachtstrukturen sowie Kurzeitaufenthalte in Pflegeheimen einbezogen werden. Die Planungsarbeiten sollen mit Blick auf das Kontinuum von Pflege, Betreuung und Begleitung erarbeitet werden und sowohl die ganze Versorgungskette (weitere ambulante Grundversorger, Spitäler, Rehakliniken etc.), die Gesundheitsvorsorge als auch die Bereiche Wohnen und soziale Teilhabe der älteren Bevölkerung berücksichtigen.

Neu soll im Gesundheitsgesetz festgelegt werden, dass der Kanton Prognosewerte für die Langzeitpflege bereitstellt und die Gemeinden auf dieser Basis die Angebotsplanung für die Pflegeheimplätze und (zusätzlich) die pflegerischen Spitex-Leistungen vornehmen. Andererseits soll in Art. 45^{bis} SHG ergänzt werden, dass der Kanton Planungsgrundlagen zur Förderung der integrierten Angebotsgestaltung für betagte Menschen erstellt. Letzteres spiegelt eine zukunftsgerichtete und ganzheitlich ausgerichtete Alterspolitik, die weiter geht als die Bereitstellung von geeigneten Pflegeangeboten für Betagte. Es ist wichtig, dass die ältere und alte Bevölkerung umfassende vor- und nebengelagerte Angebote (Beratung, Betreuung, Koordination) in ihrem Wohnumfeld vorfindet. Nur so können sie weiterhin in ihrem Umfeld verbleiben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Zu denken ist an Sozialberatungsangebote, die im besten Fall frühzeitige Heimeintritte verhindern können, indem sie Alternativen aufzeigen und Unterstützungsangebote koordinieren. Oder generationenübergreifende Quartierprojekte, welche die betagte Bevölkerung in das gesellschaftliche Leben einbinden und ihnen eine sinnvolle Aufgabe geben. Während die medizinisch-pflegerischen Planungsgrundlagen künftig gänzlich durch das Gesundheitsdepartement erstellt werden, bleibt das Departement des Innern für die Planung der Angebote zuständig, die einen Fokus auf die Bereiche Wohnen und soziale Teilhabe legen. Dies ist vor allem deshalb sinnvoll, weil zahlreiche Schnittstellenthemen wie etwa die Familienpolitik oder die Behindertenpolitik im Departement des Innern angesiedelt sind.

Nach Art. 35 Abs. 2 Bst. k KVG und Art. 39 Abs. 1 Bst. e i.V.m. Abs. 3 KVG muss ein Pflegeheim, das seine Leistungen zulasten der OKP abrechnet, auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt sein. Die Pflegeheimliste soll zukünftig von der Regierung erlassen werden, wodurch die mit dem VII. Nachtrag zum Sozialhilfegesetz eingeführte, entsprechende Zuständigkeit des zuständigen Departements (vgl. Art. 29 Abs. 3 SHG) wieder aufgehoben wird. Es gibt keinen Grund, die Zuständigkeit zum Erlass der Pflegeheimliste anders zu regeln als die Zuständigkeit zum Erlass der Spitalliste, die ebenfalls bei der Regierung liegt (vgl. Art. 4 Bst. b SPFG).

c) Mindestanforderungen

Der Kanton soll künftig qualitative Mindestanforderungen nicht nur für die Pflegeheime und privaten Spitex-Betriebe, sondern auch für die öffentlichen Spitex-Betriebe festlegen. Er soll die Fest-



legung wiederum in einer ganzheitlichen, bereichsübergreifenden Sichtweise vornehmen und insbesondere die Konsistenz der Anforderungen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sicherstellen. Das Erfüllen der Mindestanforderungen soll künftig für alle Pflegebetriebe mit Sitz in St.Gallen Voraussetzung für die Betriebsbewilligung und damit indirekt auch für die Zulassung zur Leistungsabrechnung bei der OKP sein. Zusätzlich werden die Pflegebetriebe grundsätzlich dazu verpflichtet, eine Kostenrechnung zu führen und der zuständigen Stelle des Kantons diejenigen Daten zur Verfügung zu stellen, die für die Angebotsplanung (Kanton und Gemeinden), Festlegung der Höchst- bzw. Normansätze für die Pflegekosten (Kanton) und administrative Abrechnung (Gemeinden bzw. zentrale Abrechnungsstelle) benötigt werden.

d) *Betriebsbewilligung und Aufsicht*

Neu benötigen sowohl die privaten als auch die öffentlichen Anbieter von Langzeitpflegeleistungen – also alle Spitex-Betriebe und Pflegeheime – eine Betriebsbewilligung des Kantons. Dementsprechend wird der Kanton künftig nicht nur für die Beaufsichtigung der privaten, sondern auch der öffentlichen Pflegebetriebe zuständig sein. Mit der Vereinheitlichung der Zuständigkeiten im Bereich Bewilligung und Aufsicht gleicht der Kanton St.Gallen seine Gesetzgebung an jene der umliegenden Kantone an. So benötigen in allen Nachbarkantonen ausser dem Kanton Appenzell Ausserrrhoden die Pflegebetriebe unabhängig von ihrer Trägerschaft eine kantonale Bewilligung und in allen Nachbarkantonen, ausgenommen im Kanton Zürich, ist eine kantonale Stelle für die Aufsicht zuständig.

e) *Finanzierung*

Im Bereich der ambulanten Pflegefinanzierung soll das von der VSGP gemeinsam mit den Fachverbänden entwickelte neue Spitex-Abgeltungsmodell umgesetzt werden. Dieses zielt auf eine Vereinheitlichung und Vereinfachung der Abrechnung der von den Gemeinden zu finanzierenden Restkosten ab und sieht die Abkehr vom aktuellen System kantonaler Höchstansätze (Art. 14 PFG) vor. Neu soll sich die Restfinanzierung der Gemeinden sowohl für öffentliche als auch private Leistungserbringer einheitlich nach *Normkosten* bemessen. Diese sollen nach vorgegebenen Versorgungsniveaus abgestuft werden und damit verbundene Unterschiede in den Personalanforderungen, Anfahrtszeiten und Betriebszeiten berücksichtigen (konkrete Festlegung auf Verordnungsstufe). Darüber hinaus sollen Gemeinden *Abgeltungen für definierte Zusatzleistungen* ausrichten können. Vorgesehen sind Zusatzabgeltungen für die verbindliche Bereitschaft zur Betreuung aller Klientinnen und Klienten in einem Gebiet (vgl. dazu die Erläuterungen zu Art. 17g PFG), erweiterte Betriebszeiten und Nachteinsätze sowie das Erbringen von Pflegeleistungen, die spezialisiertes bzw. höher qualifiziertes Personal erfordern. Die abgeltungsberechtigten Zusatzleistungen und die Höhe der Abgeltungen sollen ebenfalls vom Kanton festgelegt werden.

Die beschriebenen Anpassungen sollen als Drittänderung im Pflegefinanzierungsgesetz vorgenommen werden. Im Bereich der stationären Pflegefinanzierung bleibt das Finanzierungsmodell unverändert. Anzumerken ist, dass die Finanzierung der Langzeitpflege voraussichtlich im Jahr 2032 erneut ändern wird, wenn auf eidgenössischer Ebene die KVG-Reform zur einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen (EFAS) auch für den Pflegebereich in Kraft tritt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt zusammenfassend die im neuen Gesundheitsgesetz vorgesehenen Zuständigkeiten von Kanton und Gemeinden in der Langzeitpflege (Änderungen im Vergleich zum geltenden Recht sind unterstrichen):



	Kanton	Gemeinden
Planung und Steuerung (Langzeitpflege)	<ul style="list-style-type: none"> – Bereitstellung der Planungsprognosen für die <u>ambulante Pflegeversorgung</u> und die stationären Plätze in Pflegeheimen (Grund- und Spezialangebot) – Bedarfsplanung für das Pflegepersonal, Steuerung der Fachkräfteaus-/weiterbildung ambulant und stationär (gem. EG zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich Pflege) 	<ul style="list-style-type: none"> – Angebotsplanung der <u>ambulant</u>en und stationären Pflege (Grundangebot) auf Basis der kantonalen Prognosen und in Koordination mit den anderen Gemeinden
Bereitstellung	<ul style="list-style-type: none"> – Förderung von überregionalen spezialisierten <u>ambulant</u>en und stationären Pflegeangeboten 	<ul style="list-style-type: none"> – Bereitstellung der ambulanten und stationären Pflege (Grundangebot), ggf. gemeinsam mit anderen Gemeinden und/oder mittels Leistungsvereinbarung durch private Organisationen
Bewilligung und Aufsicht	<ul style="list-style-type: none"> – Festlegung der kantonalen Mindestanforderungen für alle privaten und <u>öffentlichen ambulanten</u> und stationären Leistungserbringer – Betriebsbewilligungspflicht für alle privaten und <u>öffentlichen ambulanten</u> und stationären Leistungserbringer; Bewilligungserteilung nur bei Erfüllen der kantonalen Mindestanforderungen – OKP-Zulassung aller Leistungserbringer – Kantonale Aufsicht über alle privaten und <u>öffentlichen ambulanten</u> und stationären Leistungserbringer 	
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> – Festlegung von kantonalen <u>Normkostenansätzen</u> und <u>Abgeltungen für Zusatzleistungen</u> für die ambulanten Pflegekosten und Höchstansätzen für die stationären Pflegekosten – Beiträge an den Zusatzaufwand von spezialisierten <u>ambulant</u>en und stationären Pflegeleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> – Restfinanzierung der ambulanten und stationären Pflegekosten subsidiär zur OKP und den Leistungsnutzenden (Grundangebot) – Möglichkeit der Abgeltung von ambulanten Zusatzleistungen – Möglichkeit der Beiträge an nicht-pflegerische Leistungen der Hilfe zu Hause und ergänzende Dienstleistungen



2.5 Patientenrechte und die Berufspflichten der Leistungserbringer

Die Rechte der Patientinnen und Patienten sind eng verknüpft mit den Berufspflichten der Personen, die Gesundheitsdienstleistungen erbringen. Damit die Patientin oder der Patient ein Recht ausüben kann, braucht es auf der Gegenseite einen Adressaten, gegenüber dem das Recht geltend gemacht werden kann. Der Adressat wird aus dem geltend gemachten Recht zu einem Handeln oder Unterlassen verpflichtet. Recht und Pflicht stehen also in einem gegenseitigen Bezugsverhältnis. Im vorliegenden Abschnitt 2.5 werden die Patientenrechte und die Berufspflichten daher gemeinsam behandelt.

2.5.1 Ausgangslage

2.5.1.a Patientenrechte

Im geltenden Gesundheitsgesetz gewährt Art. 40^{bis} Menschen mit einer unheilbaren Krankheit Anspruch auf Palliativmassnahmen und statuiert in Abs. 2 einen Anspruch auf würdevolle Sterbebegleitung sowie ein würdevolles Abschiednehmen. Zudem begründet Art. 34 Abs. 2 GesG ein Recht der Patientin oder des Patienten und von Angehörigen, gegen eine Obduktion Einspruch zu erheben. Es handelt sich dabei um die einzigen individuellen Patientenrechte, die im Gesundheitsgesetz heute auf Gesetzesstufe normiert sind. Insbesondere enthält das GesG keinen umfassenden Abschnitt über die Rechte der Patientinnen und Patienten. Auch wird der Begriff «Patientenrechte» nur gerade in Art. 32^{bis} GesG verwendet, in welchem die Regierung ermächtigt wird, die Rechte und Pflichten von Patientinnen und Patienten zu regeln, die in einem Spital auf der Spitalliste des Kantons behandelt werden (Listenspital).

Gestützt auf Art. 32^{bis} GesG hat die Regierung die Verordnung über die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten (sGS 321.2; abgekürzt PatV) erlassen. Die PatV gilt zwar für alle Listenspitäler mit Standort im Kanton St.Gallen, nicht aber für private Spitäler, die nicht auf der Spitalliste stehen, und auch nicht für Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen. Die PatV enthält neben Bestimmungen über Aufnahme, Austritt und Entlassung der Patientinnen und Patienten einen Abschnitt über die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten, in welchem die Themen Behandlungs- und Betreuungsanspruch, Aufklärung und Einwilligung sowie Besuchsrecht geregelt werden. In einem weiteren Abschnitt sind die Pflicht zum Führen einer Patientendokumentation geregelt sowie die entsprechenden Auskunfts- und Einsichtsrechte sowohl der Patientinnen und Patienten als auch von Dritten.

2.5.1.b Berufspflichten

Die Berufspflichten für universitäre Medizinalberufe, für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie für Gesundheitsberufe nach dem GesBG sind heute in der Bundesgesetzgebung¹³ geregelt. Es handelt sich dabei um abschliessende Regelungen. Kantonale Vorschriften sind nur noch zulässig, soweit sie die bundesrechtlich geregelten Berufspflichten präzisieren oder konkretisieren. Sie dürfen die Berufspflichten aber nicht erweitern (vgl. dazu den Entscheid des Bundesgerichtes 2C_95/2021 vom 27. August 2021, insb. Erw. 5.3.2).

Dementsprechend verweist das geltende Gesundheitsgesetz hinsichtlich der Ausübung eines medizinischen Berufs auf das MedBG (vgl. Art. 44 Abs. 1 GesG). Ergänzend hierzu werden Personen, die einen medizinischen Beruf ausüben, durch Art. 50 ff. GesG verpflichtet, in dringenden Fällen Beistand zu leisten sowie – wenn sie über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen – sich am Notfalldienst ihrer Standesorganisation zu beteiligen. Letzteres wird in Art. 13 der Verordnung über die Ausübung der medizinischen Berufe (sGS 312.0; abgekürzt VMB) wiederholt. Eine

¹³ Art. 40 MedBG, Art. 16 GesBG und Art. 27 PsyG.



eigenständige kantonrechtliche Berufspflicht statuiert Art. 16 VMB, der Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, im Auftrag von Behörden Gutachten und Untersuchungen durchzuführen bzw. solche Aufträge nur aus wichtigen Gründen abzulehnen. Die übrigen in Art. 11 ff. VMB aufgeführten Regeln zur Berufsausübung haben seit der umfassenden Geltung des MedBG für die Ausübung eines universitären Medizinalberufs in eigener fachlicher Verantwortung keine eigenständige Bedeutung mehr. Immerhin ist hier aber auf Art. 14 f. VMB hinzuweisen, welche die Pflicht zur Führung einer Krankengeschichte bzw. einer Patientendokumentation konkretisieren.

Für die übrigen Berufe der Gesundheitspflege hat die Regierung – gestützt auf Art. 46 Abs. 2 GesG – die Berufspflichten in der Verordnung über die Ausübung von Berufen der Gesundheitspflege (sGS 312.1; abgekürzt VBG) geregelt. Ergänzend hierzu erklärt Art. 46 Abs. 3 GesG die Bestimmungen über die Ausübung der medizinischen Berufe für anwendbar, im Ergebnis also wiederum die Berufspflichten des MedBG. Teilweise werden die in der VBG geregelten Berufspflichten heute durch das Bundesrecht überlagert, insbesondere die allgemeinen Grundsätze in Art. 12 VBG. Im Bereich der Gesundheitsberufe, die nicht vom GesBG oder vom PsyG geregelt sind, gelten die Berufspflichten des VBG allerdings noch immer umfassend. Zu nennen ist hier insbesondere die Schweigepflicht für diejenigen Gesundheitsberufe, die nicht in Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (SR 311.0; abgekürzt StGB) aufgezählt sind.

Andere Kantone haben Patientenrechte und Berufspflichten auf Gesetzesstufe verankert. So wird etwa im Bereich der Patientenaufklärung geregelt, dass Patientinnen und Patienten oder ihre gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertreter Anspruch haben auf eine Aufklärung zu Diagnose, Behandlungsplan, Risiken sowie teilweise auch zu Behandlungsalternativen, Übernahme der Kosten und Behandlungsergebnis (z.B. GR, TG, AR, AI). Im Weiteren haben einige Kantone (ZH, GR, AR) die Pflicht zur Patientendokumentation und die dabei geltenden Grundsätze (Eindeutigkeit über die Urheberschaft und Datierung von Eintragungen, jederzeitige Abrufbarkeit, unabänderbare Speicherung, Aufbewahrungsfrist) gesetzlich geregelt. Ferner enthalten die gesetzlichen Regelungen das Recht auf Einsicht und Herausgabe der Patientendokumentation. Weitere kantonale gesetzliche Regelungen betreffen:

- Recht auf Behandlung nach Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und medizinischen Grundsätzen im Interesse der Patientinnen und Patienten (GR, TG, AR);
- Recht auf Achtung der persönlichen Freiheit und Würde und Recht auf Selbstbestimmung bezüglich medizinischer und pflegerischer Massnahmen (GR, TG, AR, AI);
- Mitwirkungspflicht der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Pflicht zur Erteilung notwendiger Auskünfte (GR, TG).

2.5.1.c Zwangsmassnahmen

Weder das geltende Gesundheitsgesetz noch die PatV enthalten Bestimmungen über die zwangsweise Behandlung oder über andere Zwangsmassnahmen wie Einschränkungen der Bewegungsfreiheit. Die beiden Erlasse beruhen auf der Annahme, dass Zwangsmassnahmen ausreichend durch das Strafprozessrecht und das Bundesrecht, insbesondere das Erwachsenenschutzrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (SR 210; abgekürzt ZGB) geregelt seien (vgl. die Erläuterungen des Gesundheitsdepartementes zur PatV, Abschnitt 3.1.2 [Beilage zu RRB 2016/841]).

Das ZGB lässt nur in einem sehr engen Bereich Zwangsbehandlungen zu, nämlich nur bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten, die sich wegen einer psychischen Störung und aufgrund einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) in stationärer Behandlung befinden (vgl. Art. 434 ZGB). In einer Notfallsituation kann auch bei einer urteilsfähigen Patientin oder einem urteilsfähigen Patienten, die bzw. der sich in stationärer Behandlung befindet, eine Zwangsbehandlung vorgenommen werden, sofern es sich um eine Massnahme handelt, die zum Schutz der Patientin bzw. des Patienten oder zum Schutz Dritter unerlässlich ist (vgl. Art. 435 ZGB). Zudem können



die Kantone gestützt auf Art. 437 Abs. 2 ZGB ambulante Massnahmen gegen psychische Störungen vorsehen, die zwangsweise angeordnet werden können. Im Kanton St.Gallen findet sich die gesetzliche Grundlage für solche Massnahmen in Art. 38 f. des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (sGS 912.5; abgekürzt EG-KES). Nach Art. 39 Abs. 1 EG-KES kann die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde insbesondere die Einnahme medizinisch indizierter Medikamente oder die Teilnahme an einer Therapie anordnen.

Abgesehen von den oben genannten Fallkonstellationen sieht das ZGB keine Zwangsbehandlungen gegen den Willen einer Patientin oder eines Patienten vor. Da das ZGB den Kindes- und Erwachsenenschutz abschliessend regelt, dürfen die Kantone ausserhalb des Anwendungsbereichs von Art. 437 Abs. 2 ZGB keine eigenen Bestimmungen erlassen, die Zwangsbehandlungen zum Schutz von Interessen der betroffenen Patientin oder des Patienten vorsehen.

Neben den Zwangsbehandlungen regelt das ZGB als weitere Zwangsmassnahme die Einschränkung der Bewegungsfreiheit von urteilsunfähigen Personen in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen (vgl. Art. 383 ff. ZGB). Es geht dabei um die Beschränkung der körperlichen Bewegungsmöglichkeiten durch mechanische oder andere Mittel, wobei in der Lehre umstritten ist, ob das Ruhigstellen einer urteilsunfähigen Person durch Medikamente noch unter Art. 383 ZGB fällt oder schon als Zwangsbehandlung gilt. Art. 383 ff. ZGB gelten auch für die Einschränkung der Bewegungsfreiheit von Personen, die aufgrund einer psychischen Störung, einer geistigen Behinderung oder wegen schwerer Verwahrlosung fürsorgerisch in einer Einrichtung untergebracht sind (vgl. Art. 438 ZGB). Hingegen bietet Art. 383 ZGB keine Grundlage für die Einschränkung der Bewegungsfreiheit von (urteilsfähigen oder urteilsunfähigen) Patientinnen und Patienten, die freiwillig in ein Spital oder eine psychiatrische Klinik eingetreten sind.

2.5.2 Regelungsanpassungen

Im neuen Gesundheitsgesetz werden die Rechte der Patientinnen und Patienten und die Berufspflichten in je eigenen Abschnitten geregelt (vgl. Art. 59 ff. und Art. 97 ff. nGesG). Da die beiden Bereiche im gegenseitigen Bezugsverhältnis stehen, sind ihre Geltungsbereiche identisch und betreffen in beiden Geltungsbereichen die Gesundheitsfachpersonen¹⁴ sowie die Drogistinnen und Drogisten, Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker und Logopädinnen und Logopäden. Prophylaxeassistentinnen und Prophylaxeassistenten unterstehen nicht direkt den Berufspflichten, obwohl sie eine Tätigkeit ausüben, die der Tätigkeit von Dentalhygienikerinnen und Dentalhygienikern sehr ähnlich ist. Sie sind aber nicht berechtigt, ihren Beruf selbständig auszuüben, sondern sind immer entweder in einer Zahnarztpraxis oder einem Betrieb der Dentalhygiene angestellt. Allerdings unterstehen sie als Hilfsperson der Schweigepflicht nach Art. 105 Abs. 1 nGesG oder dem Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB.

2.5.2.a Patientenrechte

a) Patientendokumentation

Die Pflicht, eine Patientendokumentation zu führen, wird im neuen Gesundheitsgesetz bei den Berufspflichten geregelt (vgl. Art. 99 f. nGesG). Dort wird definiert, wer eine Patientendokumentation führen muss und was diese enthalten muss. Hingegen wird im Abschnitt über die Rechte der Patientinnen und Patienten geregelt, nach welchem Recht sich die Einsicht in die Patientendokumentation richtet und in welcher Form die Einsicht zu gewähren ist (Art. 60 f. nGesG).

¹⁴ Im neuen Gesundheitsgesetz gilt als Gesundheitsfachperson, wer einen Beruf des Gesundheitswesens in eigener fachlicher Verantwortung oder unter fachlicher Aufsicht ausübt, für dessen Ausübung in eigener fachlicher Verantwortung eine Berufsausübungsbewilligung benötigt wird (vgl. Abschnitt 2.6).



Zu berücksichtigen ist, dass Patientendokumentationen in der Regel schützenswerte Personendaten im Sinn der Datenschutzgesetzgebung enthalten, so dass der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Einsicht in ihre Daten und auf die Herausgabe dieser Daten bereits durch das anwendbare Datenschutzgesetz gewährleistet ist (vgl. Art. 17 des kantonalen Datenschutzgesetzes [sGS 142.1; abgekürzt kt. DSG] und Art. 25 des eidgenössischen Datenschutzgesetzes [SR 235.1; abgekürzt eidg. DSG]). Die Bekanntgabe solcher Daten an Dritte wird sodann durch das Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB stark eingeschränkt. Das neue Gesundheitsgesetz ergänzt die bestehende Rechtslage, indem es einen Anspruch auf Herausgabe der Patientendokumentation in einem gängigen elektronischen Format verankert. Zwar enthält auch Art. 28 eidg. DSG dieses Recht, doch gilt dieses nur gegenüber privaten Leistungserbringern und nur, wenn die Daten automatisiert bearbeitet wurden. Gegenüber Listenspitälern besteht heute ein Herausgabeananspruch aus Art. 20 Abs. 2 PatV, der allerdings erst nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist zur Anwendung kommt, während das kt. DSG gar keinen Anspruch auf Herausgabe der Patientendokumentation vorsieht.

b) Zwangsbehandlungen

Im Bereich der Einwilligung in eine Behandlung können nur sehr beschränkt kantonale Regeln aufgestellt werden. Ärztliche Behandlungen erfüllen – wenn sie eine gewisse Intensität aufweisen – den Straftatbestand der Körperverletzung und sind schon aus diesem Grund nur zulässig, wenn sie durch eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten abgedeckt sind. Ob bzw. in welchem Umfang urteilsunfähige oder minderjährige Patientinnen und Patienten gültig in eine Behandlung einwilligen können und durch wen sie dabei vertreten werden, ist ebenfalls weitgehend im Bundesrecht geregelt, insbesondere in Art. 19c und Art. 378 ZGB. Auch die Zwangsmassnahmen, insbesondere die Zwangsbehandlungen zum Schutz von Interessen der betroffenen Patientin oder des Patienten, sind durch das ZGB weitgehend und abschliessend geregelt (vgl. vorn Abschnitt 2.5.1.c). Das neue Gesundheitsgesetz hält dies in Art. 63 als Grundsatz fest, und regelt in Art. 65, unter welchen Voraussetzungen eine medizinische Operation über das mit der Patientin oder dem Patienten vereinbarte Mass hinaus ausgedehnt werden darf. Eine solche Ausdehnung ist nur unter strengen Voraussetzungen zulässig, da es sich dabei – mangels Zustimmung der Patientin oder des Patienten – um eine Zwangsbehandlung handelt.

c) Einschränkung der Bewegungsfreiheit

Im Weiteren erlaubt Art. 64 nGesG über den Anwendungsbereich von Art. 383 und Art. 438 ZGB hinaus, die Bewegungsfreiheit von Patientinnen und Patienten einzuschränken. Es kann nicht nur in Wohn- und Pflegeheimen oder im Rahmen einer FU notwendig werden, die Bewegungsfreiheit einer Patientin oder eines Patienten einzuschränken, sondern auch in Spitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Einschränkung der Bewegungsfreiheit von urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten, die in einem Wohn- und Pflegeheim oder im Rahmen eines FU in einer Einrichtung untergebracht sind, abschliessend im ZGB geregelt ist (vgl. vorn Abschnitt 2.5.1.c).

Im Gesundheitsgesetz soll daher vorab die Einschränkung der Bewegungsfreiheit von urteilsfähigen Patientinnen und Patienten geregelt werden, da es dabei nicht um typische Aspekte des Erwachsenenschutzrechts im Sinn des ZGB geht. Bei einer urteilsfähigen Patientin oder einem urteilsfähigen Patienten kann eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit gerechtfertigt sein, wenn sie oder er durch ihr bzw. sein Verhalten sich selbst oder Dritte ernsthaft gefährdet oder das Gemeinschaftsleben schwerwiegend stört.

d) Lehrveranstaltungen

Art. 66 nGesG regelt neu ausdrücklich, dass Patientinnen und Patienten nur mit ihrer Zustimmung oder mit Zustimmung der gesetzlichen Vertretung in Lehrveranstaltungen beigezogen werden dürfen.



e) Aufnahme- und Behandlungspflicht im Spitalbereich

Art. 33 des geltenden Gesundheitsgesetzes statuiert für Listenspitäler eine Aufnahme- und Behandlungspflicht für unaufschiebbare Behandlungen. Diese (Betriebs-)Pflicht wird heute einerseits von Art. 41a KVG überlagert, der Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten eine Aufnahmebereitschaft für Personen mit Wohnsitz im Standortkanton zu gewährleisten. Für Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons gilt die Aufnahmepflicht aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen. Andererseits sieht Art. 11 SPFG vor, dass sich die Listenspitäler im Leistungsauftrag zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten verpflichten müssen und Art. 12 SPFG bestimmt, dass der Leistungsauftrag mit Auflagen und Bedingungen zur Sicherstellung einer Notfallaufnahme verbunden werden kann. Vor diesem Hintergrund wird auf die Übernahme von Art. 33 GesG ins neue Gesundheitsgesetz verzichtet.

2.5.2.b Berufspflichten

a) Anspruch auf Patientenaufklärung

Eine Regelung der Patientenaufklärung im Gesundheitsgesetz ist an sich nicht nötig. Eine ausführliche, schriftliche Patientenaufklärung wird Ärztinnen und Ärzte in den Standesregeln ausdrücklich vorgeschrieben und von allen Leistungserbringern schon aus Haftungsgründen im Eigeninteresse vorgenommen. Nichtsdestotrotz soll eine Bestimmung ins neue Gesundheitsgesetz aufgenommen werden, die Patientinnen und Patienten einen Anspruch vermittelt, in einer geeigneten, verständlichen und der Situation angepassten Weise über ihren Gesundheitszustand informiert zu werden. Damit soll darauf hingewirkt werden, dass die Patientenaufklärung adressatengerecht erfolgt. Zudem wird ausdrücklich festgehalten, dass bei der Aufklärung die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden müssen.

b) Pflicht zur Patientendokumentation

Künftig wird die Pflicht zur Führung einer Patientendokumentation auf Gesetzesstufe festgehalten (zur Zulässigkeit einer kantonalen Regelung vgl. Entscheid des Bundesgerichts 2C_95/2021 vom 27. August 2021, Erw. 6.3.2). Eine sorgfältige Patientendokumentation ist mit Blick auf die Zunahme komplexer Krankheitsbilder und die steigende Zahl beteiligter Leistungserbringer im Diagnose-, Behandlungs- und Pflegeprozess von zentraler Bedeutung.

Grundsätzlich bleibt es den Leistungserbringern überlassen, ob sie die Dokumentation elektronisch oder in Papierform führen. Da jedoch neu ein Recht der Patientin oder des Patienten geschaffen wird, die Herausgabe der Patientendokumentation in einem gängigen elektronischen Format zu verlangen (Art. 61 nGesG), wird für die Leistungserbringer ein Anreiz geschaffen, die Patientendokumentation elektronisch zu führen.

Wie bisher schreibt das kantonale Gesundheitsrecht eine Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren vor. Diese wird neu im Gesundheitsgesetz festgelegt und nicht nur in einer Verordnung. Die Fixierung einer gesetzlichen Aufbewahrungsfrist dient nicht nur den Interessen der Patientinnen und Patienten, sondern auch jenen der Leistungserbringer und der Aufsichtsbehörde. Die Patientinnen und Patienten haben zwar schon nach dem Auftragsrecht des Obligationenrechts (SR 220; abgekürzt OR) einen Anspruch darauf, dass der Leistungserbringer die Patientendokumentation während der ganzen Dauer des Behandlungsverhältnisses aufbewahrt, da er sonst der auftragsrechtlichen Rechenschaftspflicht nicht nachkommen kann. Die gesetzliche Aufbewahrungspflicht schützt die Interessen der Patientinnen und Patienten aber darüber hinaus, indem sie die faktischen Voraussetzungen für die Durchsetzung des Einsichts- und Herausgaberechts nach Art. 60 f. nGesG schafft. Diese Rechte werden oft erst nach Beendigung eines Behandlungsverhältnisses geltend gemacht, z.B. bei einem Wechsel der Hausärztin oder des Hausarztes oder wenn sich im Nachhinein Behandlungsfehler bemerkbar machen. Wäre die Patientendokumentation zu diesem Zeitpunkt nicht mehr vorhanden, ginge das Einsichts- und Herausgaberecht ins Leere.



Dem Interesse der Leistungserbringer dient die gesetzliche Aufbewahrungspflicht aus datenschutzrechtlicher Sicht. Art. 6 des eidg. DSG schreibt vor, dass Daten vernichtet oder anonymisiert werden müssen, sobald sie zum Zweck der Bearbeitung nicht mehr erforderlich sind. Die gesetzliche Aufbewahrungsfrist begründet in diesem Sinn einen Rechtfertigungsgrund, die Daten über das Ende des Behandlungsverhältnisses aufbewahren zu dürfen (vgl. dazu die Botschaft des Bundesrates zum eidg. DSG, BBl 2017, S. 7026), soweit ein solcher Rechtfertigungsgrund nicht schon im Andauern der Verjährungsfrist erblickt wird. Und schliesslich dient die Aufbewahrungspflicht auch den Interessen der Aufsichtsbehörden, indem sie ermöglicht, dass das Einhalten der Dokumentationspflicht auch im Nachhinein kontrolliert werden kann.

2.6 Bewilligung und Aufsicht

2.6.1 Ausgangslage

2.6.1.a Berufsausübungsbewilligungen

Im Bereich der Berufsausübungsbewilligungen (BAB) besteht ein schwer zu durchschauendes Nebeneinander von bundesrechtlichen und kantonrechtlichen Bewilligungspflichten. Grundsätzlich gehen die Bewilligungspflichten des Bundesrechts vor, wobei dies aus dem geltenden kantonalen Gesundheitsrecht nur teilweise erkennbar ist. Bundesrechtlich geregelt sind folgende Berufe bzw. Berufsbewilligungspflichten:

- im Medizinalberufegesetz:
 - Ärztinnen und Ärzte;
 - Zahnärztinnen und Zahnärzte;
 - Chiropraktorinnen und Chiropraktoren;
 - Apothekerinnen und Apotheker;
 - Tierärztinnen und Tierärzte.
- im Gesundheitsberufegesetz:
 - Pflegefachfrau und Pflegefachmann;
 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut;
 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut;
 - Hebamme;
 - Ernährungsberaterin und Ernährungsberater;
 - Optometristin und Optometrist;
 - Osteopathin und Osteopath.
- im Psychologieberufegesetz:
 - Psychotherapeutin und Psychotherapeut.¹⁵

Das Bundesrecht regelt bei diesen Berufen nicht nur die Bewilligungsvoraussetzungen, sondern auch die Voraussetzungen für den sogenannten administrativen Entzug der Bewilligung¹⁶ sowie die Berufspflichten und das Disziplinarrecht. Allerdings regelt das Bundesrecht nur die Ausübung des Berufs in eigener fachlicher Verantwortung. Ob bzw. unter welchen Voraussetzungen ein

¹⁵ Das Psychologieberufegesetz regelt auch die anerkannten Hochschulabschlüsse für Psychologie sowie die eidgenössischen Weiterbildungstitel in Kinder- und Jugendpsychologie, klinischer Psychologie, Neuropsychologie und in Gesundheitspsychologie. Es sieht für diese Berufe aber keine Bewilligungspflicht vor.

¹⁶ Der administrative Entzug setzt im Gegensatz zum Entzug aus disziplinarischen Gründen kein Fehlverhalten der Berufsperson voraus. Eine BAB kann z.B. administrativ entzogen werden, wenn die Berufsperson aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, ihren Beruf ordnungsgemäss auszuüben.



bundesrechtlich geregelter Beruf unter fachlicher Aufsicht – z.B. als Assistenzärztin oder Assistenzarzt – ausgeübt werden darf, beurteilt sich weiterhin nach kantonalem Recht (vgl. zum Begriff der fachlichen Aufsicht Abschnitt 2.6.2.d).

Das geltende Gesundheitsgesetz kombiniert bei den Bewilligungspflichten zwei unterschiedliche Regelungsansätze. Art. 43 GesG erklärt jede Tätigkeit, die auf die Abklärung und Behandlung von Krankheiten und von anderen körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen ausgerichtet ist, sowie die Geburtshilfe für bewilligungspflichtig. In der Folge definiert das Gesundheitsgesetz jedoch keine Bewilligungsvoraussetzungen, die für diese Tätigkeiten gelten, sondern unterscheidet nach Berufen. Für die Ausübung der medizinischen Berufe bzw. die entsprechenden Bewilligungsvoraussetzungen verweist Art. 44 GesG auf das MedBG. Die anderen Berufe der Gesundheitspflege unterstehen nach Art. 42 Abs. 1 i.V.m. Art. 46 Abs. 1 GesG nur dann der Bewilligungspflicht, wenn die beruflichen Tätigkeiten im Interesse der öffentlichen Gesundheit der Kontrolle bedürfen. Die entsprechenden Berufe sind in Art. 3 VBG aufgeführt¹⁷:

- Augenoptikerin und Augenoptiker;
- Dentalhygienikerin und Dentalhygieniker;
- Drogistin und Drogist;
- Klinische Psychologin und klinischer Psychologe;
- Logopädin und Logopäde;
- Medizinische Masseurin und Medizinischer Masseur;
- Podologin und Podologe;
- Rettungssanitäterin und Rettungssanitäter;
- Therapeutin und Therapeut der Komplementär- und Alternativmedizin;
- Zahntechnikerin und Zahntechniker.

Voraussetzungen für die BAB sind bei den kantonalechtlich geregelten Berufen einerseits fachliche Voraussetzungen, die je nach Beruf unterschiedlich sind (vgl. Art. 19 ff. VBG). Andererseits muss die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller – gleich wie bei den bundesrechtlich geregelten Berufen¹⁸ – vertrauenswürdig sein sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten (Art. 44 GesG).

Das Gesundheitsdepartement erteilte im Geschäftsjahr 2024 rund 1'500 BAB. Davon stützten sich rund 1'200 Bewilligungen auf das Bundesrecht, während lediglich 299 Bewilligungen (= knapp 20 Prozent) einen kantonalechtlich geregelten Beruf betrafen. Von den kantonalechtlichen BAB betraf mehr als die Hälfte – nämlich 174 Bewilligungen (= rund 58 Prozent) – den Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin.

2.6.1.b Betriebsbewilligungen

Nach Art. 51 GesG ist der Betrieb privater Spitäler, psychiatrischer Kliniken, medizinischer Labordienste, medizinischer Institute¹⁹ sowie von Rettungs- und Transportdiensten und von Organisa-

¹⁷ Die Auflistung in Art. 3 VBG enthält sieben weitere Berufe, die heute aber durch Bundesrecht geregelt sind (Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Ergotherapeutin/Ergotherapeut, Hebamme, Ernährungsberaterin/Ernährungsberater, Osteopathin/Osteopath sowie Augenoptikerin/Augenoptiker bzw. neurechtlich Optometristin/Optometrist). Die formell noch bestehenden kantonalen Regelungen zu diesen Berufen haben keine Wirkung mehr, da sie vollständig vom Bundesrecht verdrängt werden.

¹⁸ Vgl. Art. 36 Abs. 1 Bst. b MedBG; Art. 12 Abs. 1 Bst. b GesBG; Art. 24 Abs. 1 Bst. b PsyG.

¹⁹ Medizinische Institute sind nach Art. 21 Abs. 1 VEG Einrichtungen zur Erbringung von ambulanten medizinischen oder gesundheitspflegerischen Leistungen, also nicht nur – wie die Bezeichnung vermuten liesse – Arztpraxen, sondern auch Physiotherapiepraxen, Betriebe der Komplementär- und Alternativmedizin, Podologiepraxen und weitere Einrichtungen der ambulanten Gesundheitspflege.



tionen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Betriebe) bewilligungspflichtig. Bewilligungsvoraussetzungen sind, dass das Personal über die notwendigen fachlichen Fähigkeiten verfügt, die erforderlichen Ausrüstungen vorhanden sind und eine gute Betriebsführung gewährleistet ist.

Keine Betriebsbewilligung brauchen die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen. Zudem nimmt Art. 5 der Verordnung über den Betrieb privater Einrichtungen der Gesundheitspflege (sGS 325.11; abgekürzt VEG) verschiedene private Betriebe von der Bewilligungspflicht aus, nämlich:

- das Ostschweizer Kinderspital;
- das Kinder- und Jugendpsychiatrische Zentrum Klinik Sonnenhof;
- die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St.Gallen;
- die Kliniken Valens und Walenstadtberg.

Apotheken und Drogerien sowie Einrichtungen der Veterinärmedizin sind ebenfalls von der Bewilligungspflicht ausgenommen bzw. diese Betriebe unterstehen den besonderen Vorschriften des Heilmittelrechts und des Veterinärrechts (vgl. Art. 1 Abs. 2 VEG).

Eine weitere gewichtige Ausnahme findet sich in Art. 21 Abs. 2 VEG, wonach medizinische Institute keine Betriebsbewilligung benötigen, wenn die Person, auf deren Name und Rechnung die Leistungen erbracht werden, sowie alle Mitarbeitenden, die einen medizinischen Beruf oder einen Beruf der Gesundheitspflege ausüben, über eine BAB verfügen.

Das Gesundheitsdepartement erteilte oder verlängerte im Geschäftsjahr 2024 insgesamt 240 Bewilligungen für den Betrieb einer privaten Einrichtung der Gesundheitspflege. Den grössten Anteil machten Betriebsbewilligungen für Arzt- und Zahnarztpraxen aus (107 Bewilligungen), gefolgt von den Bewilligungen für Physiotherapiebetriebe (49 Bewilligungen) und für Spitex-Betriebe (35 Bewilligungen).

2.6.1.c Schwachstellen der geltenden Regelung

Aufgrund der Veränderungen im Bundesrecht sind die kantonalen BAB nicht mehr auf das System der bundesrechtlich geregelten Bewilligungen abgestimmt. Das geltende kantonale Recht enthält Bewilligungspflichten für Berufe, die schon längst vom Bundesrecht geregelt werden.²⁰ Auch die Ausnahmen von der BAB-Pflicht für Mitarbeitende von öffentlichen Einrichtungen sind nicht mehr zulässig, da die Übergangsfristen des Bundesrechts für diesen Bereich am 31. Januar 2025 abgelaufen sind (vgl. dazu auch die Ausführungen in Abschnitt 2.6.2.d zur Frage, was als Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung gilt).

Zudem stellt das geltende Bundesrecht bei der Bewilligungspflicht darauf ab, ob der Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübt wird, während das kantonale Recht noch immer daran anknüpft, ob der Beruf wirtschaftlich selbständig ausgeübt wird.

Aus diesem Grund funktioniert zum einen das Zusammenspiel zwischen BAB und Betriebsbewilligung, wie es in Art. 21 Abs. 2 VEG und Art. 7 VBG für medizinische Institute vorgesehen ist, nicht mehr. Nach diesem Konzept brauchten entweder alle Mitarbeitenden eine BAB oder aber der Betrieb eine Betriebsbewilligung. Da das geltende Bundesrecht inzwischen für alle Mitarbeitenden, die einen Medizinal- oder Gesundheitsberuf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, eine BAB vorschreibt, braucht ein medizinisches Institut, das als Einzelunternehmen geführt wird, unabhängig von der Betriebsgrösse meist keine Betriebsbewilligung. Hingegen brauchen medizinischen Institute, die in Form einer juristischen Person geführt werden, weiterhin immer eine Be-

²⁰ Vgl. vorn Fussnote 17.



triebsbewilligung, selbst wenn es sich um einen Kleinbetrieb handelt, in dem neben der Firmeninhaberin oder dem Firmeninhaber keine weiteren Angestellten arbeiten. Der Anknüpfungspunkt für die Betriebsbewilligung sind also nicht mögliche Gesundheitsschäden, die aus einem unsachgemässen Betrieb folgen können, sondern allein die Rechtsform des Betriebs. Dieser falsche Anknüpfungspunkt hat sich durch die Änderungen im Bundesrecht deutlich akzentuiert.

Zum anderen haben die Stellvertreterbewilligungen für medizinischen Berufe ihre Berechtigung verloren. Der Zweck dieser Bewilligungen bestand darin, dass die Stellvertreterin oder der Stellvertreter für die kurze Zeit der Stellvertretung keine eigene BAB lösen, sondern lediglich die Voraussetzungen für eine BAB erfüllen musste. Da das geltende Bundesrecht für die Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung bei allen universitären Medizinalberufen eine BAB vorschreibt, braucht jede Stellvertreterin und jeder Stellvertreter in diesem Bereich zwingend eine eigene BAB, so dass eine zusätzliche Stellvertretungsbewilligung nicht mehr notwendig ist.

Im Weiteren wirkt die Auswahl der kantonal geregelten Gesundheitsberufe bzw. der Bewilligungspflichtigen nach Art. 3 VBG etwas zufällig. Zum Beispiel lässt sich nicht erklären, warum der Beruf der Augenoptikerin oder des Augenoptikers bewilligungspflichtig ist, nicht aber der Beruf der Hörsystemspezialistin bzw. des Hörsystemspezialisten. Oder warum es für Ergotherapie eine BAB braucht, nicht aber für Psychomotorik, obwohl sich deren Anwendungsgebiete überschneiden.²¹ In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass es mehr Gesundheitsberufe gibt, als die heutige Aufzählung in der VBG vermuten lässt. Auf www.berufsberatung.ch werden für die Gesundheitsbranche über 150 Berufe angegeben, ohne Berücksichtigung der Hochschulberufe. Darunter finden sich Berufe wie Fachfrau/Fachmann Operationstechnik HF, Orthoptistin/Orthoptist, Zahnprothetikerin/Zahnprothetiker, Biomedizinische Analytikerin/Analytiker HF oder Beraterin/Berater für respiratorische Erkrankungen, die alle klar in den Anwendungsbereich von Art. 43 Abs. 1 Bst. a GesG fallen. Für diese Berufe stellt aber weder das Bundesrecht noch das kantonale Gesundheitsrecht eine BAB zur Verfügung.

2.6.2 Regelungsanpassungen

2.6.2.a Vorbemerkung zum neuen Regelungskonzept

Im neuen Gesundheitsgesetz sollen die BAB und die Betriebsbewilligung grundlegend neu geregelt werden. Die beiden Bewilligungstypen sollen je eigene Funktionen wahrnehmen:

- Mit einer BAB sollen die fachlichen Kenntnisse, die Vertrauenswürdigkeit sowie die physische und psychische Konstitution der Person, die einen Gesundheitsberuf ausüben will, sichergestellt werden.
- Mit einer BB sollen organisatorische und infrastrukturelle Anforderungen an einen Betrieb sichergestellt werden. Dabei können Vorgaben an die fachliche Leitung oder den Personalmix einer Organisation gemacht werden (z.B. Vorgaben zum Mix aus Pflegefachpersonen und Pflegehelfer/-innen in Pflegeheimen und Spitex-Betrieben).

2.6.2.b Berufsausübungsbewilligungen, die beibehalten werden

Das neue Gesundheitsgesetz wird keine Generalklausel in Form des geltenden Art. 43 Abs. 1 Bst. a GesG mehr enthalten. Stattdessen wird es gleich wie das Bundesrecht die bewilligungspflichtigen Berufe im Einzelnen bezeichnen. Ebenfalls in Angleichung ans Bundesrecht wird die kantonalrechtliche BAB-Pflicht zukünftig daran anknüpfen, ob der Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübt wird. Es wird also keine Rolle mehr spielen, ob der Beruf wirtschaftlich selbstständig oder im Anstellungsverhältnis ausgeübt wird, und ebenso wird es unerheblich sein, ob

²¹ Vgl. z.B. Flussdiagramm des Heilpädagogischen Dienstes Graubünden zur Abgrenzung von Ergotherapie und Psychomotorik, abrufbar unter <https://www.hpd-gr.ch/Portals/0/adam/Content/qq9rwiG-cEEqBre89usSXUg/Link/2.4.1.9%20H-Ergo%20oder%20PMT%20Flussdiagramm.pdf>.



der Beruf in einer öffentlichen oder einer privaten Einrichtung des Gesundheitswesens ausgeübt wird.

Die kantonalrechtliche BAB-Pflicht wird auf diejenigen Berufe beschränkt, bei denen die Berufsausübung mit einem erheblichen Schädigungspotenzial verbunden ist. Es sollen diejenigen Berufe bewilligungspflichtig sein, bei denen die Patientin oder der Patient durch eine fehlerhafte Berufsausübung an der Gesundheit geschädigt werden kann. Dementsprechend wird die BAB-Pflicht für folgende Berufe beibehalten (Art. 70 nGesG):

- *Medizinische Masseurin und medizinischer Masseur*: Die Methoden der medizinischen Masseurinnen und Masseure unterscheiden sich deutlich von derjenigen anderer Massageberufe. Neben den klassischen Massagetechniken wenden sie Lymphdrainage, Colon- und Periostbehandlungen, Myofasziale Triggerpunkt-Therapie, Taping, unblutiges Schröpfen, Bindegewebsmassagen sowie Thermo-, Hydro-, Balneo- und Elektrotherapien an. Die Ausbildung zur medizinischen Masseurin oder zum medizinischen Masseur mit eidgenössischem Fachausweis dauert in Vollzeit 1–2 Jahre und umfasst inklusive Praktikum knapp 5'200 Stunden.

Das Schädigungspotenzial ist bei einigen der oben erwähnten Methoden erheblich. Zudem ermöglicht es die Bewilligungspflicht, Methoden wie die Lymphdrainage oder Dorn/Breuss Massagen den Personen mit einer BAB vorzubehalten, so dass sie nur von genügend ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen ausgeübt wird (vgl. dazu Art. 75 nGesG).

- *Naturheilpraktikerin und Naturheilpraktiker*: Als Naturheilpraktikerin oder Naturheilpraktiker gilt eine Gesundheitsfachperson, die Krankheiten mit den Mitteln ihres Fachgebiets feststellt, lindert und zur Heilung anregt und dabei den Anspruch hat, gesundheitliche Störungen auf der Basis eines alternativmedizinischen Gesamtsystems zu erkennen und zu behandeln. Im Unterschied zu den Therapeutinnen und Therapeuten der Komplementär- und Alternativmedizin nach Art. 3 VBG, die sich meist auf einzelne Heilmethoden und damit auch auf bestimmte Krankheitsbilder beschränken, haben Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker ein umfassenderes Tätigkeitsfeld und behandeln auch Patientinnen und Patienten mit unklaren Krankheitssymptomen. Es ist daher wichtig, dass die Tätigkeit als Naturheilpraktikerin oder der Naturheilpraktiker Personen vorbehalten ist, die eine medizinische Grundausbildung absolviert haben und einschätzen können, ob eine Patientin oder ein Patient mit alternativmedizinischen Therapiemitteln behandelt werden kann oder ob die Patientin oder der Patienten an die Schulmedizin zu überweisen ist.
- *Podologin und Podologe*: Bei der Podologie ist zwischen der Behandlung von Patientinnen und Patienten, die zur einer Risikogruppe gehören, und der Behandlung von Personen ohne Risikofaktoren zu unterscheiden. Bei Patientinnen und Patienten, die einer Risikogruppe angehören²², besteht das Risiko, dass sie Verletzungen, Entzündungen und Infektionen an ihren Füßen nicht wahrnehmen. Zudem fördern die verminderte Infektabwehr und verminderte Durchblutung bei diesen Personen das Risiko, dass bei der Behandlung entstandene Verletzungen schlecht oder gar nicht heilen und im schlimmsten Fall eine Amputation des Fusses notwendig wird. Es steht daher fest, dass podologische Leistungen für Patientinnen und Patienten, die einer Risikogruppe angehören, nur von Personen mit einer BAB erbracht werden dürfen.

Hingegen erfordert eine podologische Tätigkeit an Personen ausserhalb der Risikogruppe keine BAB. Da die Definition der relevanten Risikogruppen im Verlauf der Zeit ändern kann,

²² Vgl. zu den Risikogruppen Anhang 3 des Bildungsplans Podologin / Podologe mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) vom 29. September 2020, abrufbar unter Podologin EFZ (ab Lehrbeginn 2021) / Podologe EFZ (admin.ch).



wird die Podologie aus verwaltungsökonomischen Gründen generell der Bewilligungspflicht unterstellt, wobei auf Verordnungsebene zwei unterschiedliche Arten von Podologie-BAB vorgesehen sind. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die zur einer Risikogruppe gehören, wird weiterhin den diplomierten Podologinnen und Podologen HF vorbehalten sein. Die Podologinnen und Podologen EFZ werden eine BAB mit eingeschränkter Berechtigung erhalten, die aber eine selbständige Tätigkeit erlaubt.

Damit auf Entwicklungen in den Gesundheitsberufen flexibel reagiert werden kann, wird die Regierung ermächtigt, durch Verordnung weitere Berufe der BAB-Pflicht zu unterstellen, sofern diese ein vergleichbares Gefährdungspotenzial aufweisen (vgl. Art. 71 nGesG). Solche Unterstellungen unter die BAB-Pflicht sind aber zu befristen bzw. möglichst bald ins Gesetz zu überführen. Umgekehrt soll die Regierung bewilligungspflichtige Berufe von der Bewilligungspflicht ausnehmen können, wenn sich deren Gefährdungspotenzial erheblich verringert hat.

2.6.2.c Aufgehobene Berufsausübungsbewilligungen

Bei folgenden Berufen soll künftig auf eine kantonalrechtliche BAB verzichtet werden:

- *Augenoptikerin und Augenoptiker*: Nach der aktuellen Bildungsverordnung²³ ist der Beruf der Augenoptikerin/des Augenoptikers EFZ eine Mischung aus Verkaufs- und Handwerksberuf. Diese Tätigkeiten können bei der Kundschaft keine gesundheitlichen Schäden bewirken. Die Notwendigkeit einer BAB beruhte früher darauf, dass Augenoptikerinnen und Augenoptiker Korrekturwerte für Brillengläser bestimmen und Kontaktlinsen anpassen durften, wenn sie die eidgenössische höheren Fachprüfung in Augenoptik bestanden hatten. Art. 2 Abs. 1 Bst. f und Art. 11 GesBG setzen für diese Tätigkeiten heute eine BAB als Optometristin oder Optometrist FH voraus. Auf eine BAB für den Beruf der Augenoptikerin oder des Augenoptikers kann daher verzichtet werden.²⁴
- *Dentalhygienikerin und Dentalhygieniker*: Im Bereich der Dentalhygiene soll künftig auf eine BAB verzichtet werden, weil der Beruf – zumindest im Anstellungsverhältnis – in aller Regel nicht in eigener fachlicher Verantwortung, sondern unter der Aufsicht einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes ausgeübt wird. Hingegen wird für Dentalhygiene-Praxen, die nicht von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt fachlich geleitet werden, eine Betriebsbewilligungspflicht eingeführt (Art. 84 Abs. 1 Bst. c nGesG). Damit kann sichergestellt werden, dass die Leitung bei einer Dentalhygienikerin oder einem Dentalhygieniker liegt und keine Dentalhygiene-Praxen entstehen, in denen ausschliesslich Prophylaxeassistentinnen oder -assistenten arbeiten. In die Betriebsbewilligung soll auch die bisherige Bewilligung für Lokal- und Oberflächenanästhesieanwendungen (vgl. Art. 47 Abs. 2 VBG) und die Bewilligung zur Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nach Art. 52 der eidgenössischen Verordnung über die Arzneimittel integriert werden.
- *Drogistin und Drogist*: Auch bei den Drogistinnen und Drogisten wird künftig auf die BAB verzichtet, da faktisch schon bisher nur die Leiterin oder der Leiter einer Drogerie eine BAB benötigte (vgl. Art. 28 Abs. 2 Bst. a der Heilmittelverordnung [sGS 314.3; nachfolgend HMV] und

²³ SR 412.101.221.27.

²⁴ Es braucht jedoch eine Bestimmung für Personen, die mit einem altrechtlichen Abschluss bzw. der eidgenössischen höheren Fachprüfung in Augenoptik neu eine Tätigkeit im Kanton St.Gallen aufnehmen wollen, z.B. weil sie aus einem anderen Kanton zuziehen. Diese übergangsrechtliche Regelung ist jedoch auf Verordnungsebene zu treffen, wenn die geltende VBG ans neue Gesundheitsgesetz angepasst wird, da die Bewilligungspflicht und die Bewilligungsvoraussetzungen für Augenoptikerinnen und Augenoptiker aktuell in der VBG geregelt sind.



Art. 7 Abs. 2 VBG). Die fachlichen Anforderungen an die Leiterin oder den Leiter einer Drogerie und an die weiteren Fachpersonen sowie die Berechtigung zur Anwendung von Arzneimitteln werden zukünftig vollständig im Rahmen der Betriebsbewilligung geprüft bzw. erteilt.

- *Klinische Psychologinnen und Psychologen*: Im Gesundheitswesen arbeiten praktisch keine klinischen Psychologinnen und Psychologen, da sie nicht therapeutisch tätig sein dürfen.²⁵ In den psychiatrischen Kliniken und psychotherapeutischen Institutionen sind zwar viele Personen mit einem Studienabschluss in klinischer Psychologie tätig. Diese befinden sich jedoch grösstenteils in der Weiterbildung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten und benötigen keine BAB, sondern eine Assistenzbewilligung. Hingegen arbeiten klinische Psychologinnen und Psychologen bei schulpsychologischen Diensten und ähnlichen Einrichtungen. Sie benötigen hierfür jedoch schon bisher keine BAB (vgl. Art. 7 Abs. 1 VBG), da die meist öffentlichen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber keine gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung brauchen (vgl. Art. 51 GesG). Anzumerken ist auch, dass schon bisher nicht jede psychologische Tätigkeit bewilligungspflichtig war, sondern nur die psychologische Beratung und psychodiagnostische Beurteilung bei seelischen Krankheiten und seelischen Gesundheitsstörungen (vgl. Art. 41 Abs. 1 VBG). So ist etwa die psychologische Beratung bei Eheproblemen seit jeher bewilligungsfrei zulässig. Vor diesem Hintergrund kann auf die BAB für die klinische Psychologie verzichtet werden.
- *Logopädin und Logopäde*: Der Grossteil der Logopädinnen und Logopäden ist in öffentlichen Einrichtungen – insbesondere in Schulen – tätig.²⁶ Hierfür ist bereits heute keine BAB erforderlich. Die BAB-Voraussetzungen für die privatwirtschaftliche Tätigkeit sind in Art. 54 VBG geregelt, der jedoch direkt auf Art. 50 KVV verweist, der die OKP-Zulassung sehr detailliert regelt. Die Voraussetzungen für die OKP-Zulassung und für die BAB sind also identisch. Entsprechend kann auf die BAB-Pflicht für Logopädinnen und Logopäden verzichtet werden, da die notwendigen fachlichen Anforderungen bei den privat tätigen Logopädinnen und Logopäden im Rahmen der OKP-Zulassung geprüft werden.
- *Rettungssanitäterin und Rettungssanitäter*. Die Tätigkeit als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter kann nie allein gestützt auf eine BAB ausgeübt werden, sondern es braucht immer auch eine Betriebsbewilligung (vgl. Art. 86 Abs. 1 Bst. g nGesG), da bei einem Rettungsdienst die organisatorischen und infrastrukturellen Gegebenheiten von grosser Bedeutung sind. Dementsprechend sind bereits heute praktisch alle Rettungssanitäter/-innen im Anstellungsverhältnis tätig und benötigen nach geltendem Recht keine eigene BAB. Die BAB-Pflicht kann vor diesem Hintergrund aufgehoben werden. Die fachlichen Anforderungen an die Rettungssanitäter/-innen werden zukünftig vollständig im Rahmen der Betriebsbewilligung geprüft und die Berechtigung zur Anwendung von Arzneimitteln kann gestützt auf Art. 92 nGesG erteilt werden.
- *Therapeutinnen und Therapeuten der Komplementär- und Alternativmedizin (KAM)*: Im Unterschied zu den anderen kantonal geregelten Berufen beschreibt der Beruf der KAM-Therapeutin oder des KAM-Therapeuten kein klar umschriebenes Berufsfeld. Vielmehr üben KAM-Therapeutinnen und -Therapeuten in der Regel einzelne Methoden aus einer Vielzahl von komple-

²⁵ Die therapeutische Tätigkeit erfordert eine BAB nach Art. 22 PsyG. Vgl. auch Art. 41 Abs. 2 VBG.

²⁶ Gemäss Nationales Register der Gesundheitsberufe (NAREG) sind im Kanton St.Gallen nur 25 Logopädinnen und Logopäden mit einer BAB privatwirtschaftlich tätig.



mentär- und alternativmedizinischen Methoden aus. Heute erhält der Grossteil der Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller eine KAM-BAB, weil sie für eine oder mehrere Methoden im sogenannten Erfahrungsmedizinischen Register (EMR) registriert sind (vgl. Art. 51 VBG²⁷). Allerdings wurde das EMR für die Zulassung der Therapeutinnen und Therapeuten als Leistungserbringer bei den Krankenkassen-Zusatzversicherungen entwickelt. Dementsprechend enthält es inzwischen über 100 Methoden und 80 verschiedene (Berufs-)Abschlüsse, die ein sehr unterschiedliches Gefährdungspotenzial aufweisen. Daraus ergibt sich, dass mit der KAM-BAB sehr unterschiedliche Tätigkeiten mit unterschiedlichem Gefährdungspotenzial geregelt werden, was nicht zielführend ist. Im neuen Gesundheitsgesetz wird daher die umfassende Bewilligungspflicht für Methoden der Komplementär- und Alternativmedizin aufgehoben und nur die BAB-Pflicht für die Naturheilpraktikerin/den Naturheilpraktiker beibehalten. Ergänzend hierzu wird die Regierung gestützt auf Art. 75 nGesG verschiedene Behandlungsmethoden mit einem hohen Gefährdungspotenzial, die auch im Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin verwendet werden, verbieten oder Personen mit einer BAB vorbehalten.

- *Zahntechnikerin und Zahntechniker*: Zahntechnikerinnen und Zahntechniker stellen Produkte her, die anschliessend von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt «eingebaut» werden. Die Qualitätskontrolle kann also den Zahnärztinnen und Zahnärzten, die immer über eine BAB verfügen müssen, überlassen werden. Zudem können zahntechnische Produkte ausserkantonale oder im Ausland erworben werden, so dass eine Bewilligungspflicht beschränkt auf Zahntechnikerinnen und Zahntechniker mit einem Betriebsstandort im Kanton St.Gallen nicht sinnvoll ist. Im Übrigen unterstehen die Produkte, die eine Zahntechnikerin oder ein Zahntechniker herstellt, der eidgenössischen Medizinprodukteverordnung²⁸, so dass die Produktesicherheit gewährleistet ist.

Ebenfalls ersatzlos aufgehoben werden die bisherigen Stellvertretungsbewilligungen (vgl. dazu oben 2.6.1.c)

2.6.2.d Bewilligungen für das Ausüben eines Berufs unter fachlicher Aufsicht

Wie vorn erwähnt, regelt das Bundesrecht nur die Ausübung eines Medizinal- oder Gesundheitsberufs in eigener fachlicher Verantwortung. Das Ausüben eines Berufs unter fachlicher Aufsicht wird weiterhin vom kantonalen Recht geregelt (vgl. Abschnitt 2.6.1.a). Die Rechtsetzungskompetenzen sind somit – zumindest auf der theoretischen Ebene – klar abgegrenzt, da ein Beruf entweder in eigener fachlicher Verantwortung oder aber eben unter fachlicher Aufsicht ausgeübt wird. Unklar bzw. in der ganzen Schweiz umstritten ist jedoch seit einiger Zeit, was unter Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung zu verstehen ist. Nach der bisherigen Praxis des Gesundheitsdepartementes wurde die Tätigkeit von Personen, die ihre Ausbildung abgeschlossen hatten und die Voraussetzung für eine BAB erfüllten, immer als Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung beurteilt. Eine Tätigkeit unter Aufsicht war demnach nur für Personen in Ausbildung möglich. Demgegenüber stellen sich mehrere Kantone auf den Standpunkt, dass nur Personen, die ihren Beruf wirtschaftlich selbständig ausüben oder die eine Leitungsfunktion haben, eine BAB benötigen. Die Frage wird letztlich vom Bundesgericht oder vom Bundesgesetzgeber entschieden werden müssen. In jedem Fall aber müssen für beide Formen der Berufsausübung zwingend die fachlichen Voraussetzungen definiert werden, da auch die Tätigkeit unter Aufsicht gewisse fachliche Kenntnisse voraussetzt.

²⁷ Die übrigen in Art. 51 VBG genannten Fähigkeitsnachweise haben heute praktisch keine Bedeutung mehr. In letzter Zeit weisen die Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller allerdings vermehrt eine eidgenössische höhere Fachprüfung als Fähigkeitsnachweis vor.

²⁸ SR 812.213.



Das neue Gesundheitsgesetz sieht vor, dass das Ausüben eines Berufs unter fachlicher Aufsicht bei Personen, welche die Voraussetzung für eine BAB (noch) nicht erfüllen, weiterhin bewilligungspflichtig bleibt. Es stehen hierfür die Assistenzbewilligung, die Bewilligung als Spitalärztin oder Spitalarzt unter fachlicher Aufsicht sowie die Überbrückungsbewilligung zur Verfügung.

Personen, welche die Voraussetzung für eine BAB erfüllen, ihren Beruf aber weiterhin unter fachlicher Aufsicht ausüben möchten, kann hingegen das Ausüben des Berufs unter fachlicher Aufsicht bewilligungsfrei gestattet werden. Es genügt eine Meldepflicht. Anzumerken ist, dass diese Personen im ambulanten Bereich nicht zulasten der OKP tätig sein dürfen. Hierfür ist zwingend eine BAB erforderlich (vgl. z.B. für Ärztinnen und Ärzte Art. 39 Abs. 1 Bst. a in Verbindung mit Art. 38 Abs. 1 Bst. a KVV oder für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten Art. 52 Bst. c in Verbindung mit Art. 47 Bst. a KVV).

- *Assistenzbewilligung*: Die bisherigen Assistenzbewilligungen werden im Wesentlichen unverändert weitergeführt. Neu werden auch für Tätigkeiten im Rahmen einer Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf – z.B. für die praktische Tätigkeit während der Ausbildung zur Physiotherapeutin oder zum Physiotherapeuten – Assistenzbewilligungen erteilt. Zudem erhält die Regierung die Kompetenz, die Assistenzbewilligung für bestimmte Berufe durch eine Meldepflicht zu ersetzen. Von dieser Verordnungskompetenz wird die Regierung möglichst umfassend Gebrauch machen und insbesondere das Ausüben des Berufs als Apothekerin/Apotheker, Ärztin/Arzt oder Chiropraktorin/Chiropraktor während der Ausbildung zum entsprechenden eidgenössischen Weiterbildungstitel von der Bewilligungspflicht ausnehmen. Die Ausnahme wird zukünftig nicht nur für die öffentlichen Spitäler gelten, sondern für alle – auch privaten – Ausbildungsbetriebe. Auch die praktische Tätigkeit während der Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf soll weitgehend nur der Meldepflicht unterstehen. Zudem gelten Praktikumstätigkeiten bis vier Monate nicht als Ausüben des Berufs unter fachlicher Aufsicht.

Im Bereich der Psychotherapie wird voraussichtlich weiterhin eine formelle Assistenzbewilligung erforderlich sein. Zudem ist nicht vorgesehen, die Assistenzbewilligung für ausserordentliche Assistenzen von Ärztinnen und Ärzten ohne anerkanntes Diplom durch eine Meldepflicht zu ersetzen.

- *Bewilligung als Spitalärztin oder Spitalarzt unter fachlicher Aufsicht*: Diese neue Bewilligungsform ist für Ärztinnen und Ärzte vorgesehen, die ihre Weiterbildung zum Facharztstitel nicht vollenden, sondern dauerhaft in einem Spital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik als angestellte Ärztin oder als angestellter Arzt tätig sein wollen. Damit diese Bewilligungen nicht zur Umgehung der BAB-Pflicht missbraucht werden können, wird ihre Gültigkeitsdauer in der Verordnung auf fünf Jahre befristet und als Bewilligungsvoraussetzung der Nachweis über eine genügende Aufsicht verlangt werden.
- *Überbrückungsbewilligung*: Die Überbrückungsbewilligung ist für Personen vorgesehen, die über einen ausländischen Weiterbildungstitel oder Bildungsabschluss für einen Medizinal- oder Gesundheitsberuf verfügen und diesen für den Erhalt einer BAB vorgängig bei der zuständigen schweizerischen Stelle anerkennen lassen müssen. Diese Anerkennungsverfahren dauern je nach Beruf sehr lange. Die Überbrückungsbewilligung ist als Massnahme gegen den Fachkräftemangel gedacht und soll es den Betrieben ermöglichen, Interessentinnen und Interessenten schon vor Erhalt der BAB zu beschäftigen, um so gleich lange Spiesse zu den ausserkantonalen Anbietern von Arbeitsstellen zu schaffen.

Aufgrund des nicht unerheblichen Potenzials für Missbräuche wird die Höchstdauer der Überbrückungsbewilligung gesetzlich auf zwei Jahre festgelegt, wobei Verlängerungen ausgeschlossen sind.



Betriebsbewilligungen

Wie einleitend dargelegt, sollen mit der Betriebsbewilligung organisatorische und infrastruktur-mässige Anforderungen an den Betrieb sichergestellt werden. Allerdings sieht das neue Gesundheitsgesetz nur für diejenigen Betriebe eine Betriebsbewilligungspflicht vor, die in Bezug auf die genannten Anforderungen einen hohen Komplexitätsgrad aufweisen oder bei denen für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten ein hohes Gefährdungspotenzial besteht.

Eine Betriebsbewilligung benötigen aufgrund dieser Kriterien Spitäler, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken, medizinischen Laboratorien, Pflegeheime und Spitex-Betriebe sowie Rettungsdienste. Betriebe der Dentalhygiene, die nicht von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt fachlich geleitet werden, benötigen eine Betriebsbewilligung, damit die fachliche Leitung durch eine ausreichend ausgebildete Dentalhygienikerin oder einen Dentalhygieniker sichergestellt werden kann. Ebenso benötigen Augenoptikergeschäfte eine Betriebsbewilligung, um sicherstellen zu können, dass optometrische Leistungen durch Optometristinnen oder Optometristen erbracht werden. Betriebe, die telemedizinische Leistungen ab einem Betriebsstandort im Kanton erbringen, benötigen neu ebenfalls eine Betriebsbewilligung, unabhängig davon, ob sich ihr Angebot an Patientinnen und Patienten im Kanton richtet.

Die Betriebsbewilligungspflicht wird neu auch für die öffentlich-rechtlichen Betriebe und die bisher nach Art. 5 VEG von der Betriebsbewilligungspflicht ausgenommenen privaten Gesundheitseinrichtungen (Ostschweizer Kinderspital, Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Klinik Sonnenhof, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St.Gallen sowie Kliniken Valens und Walenstadtberg) gelten. Diese Ausnahmen sind nicht mehr sachgerecht, nachdem sich der Kanton bei den meisten Betrieben aus den Leitungsorganen zurückgezogen hat. Im Bereich der Langzeitpflege wird die Betriebsbewilligungspflicht auf Spitex-Betriebe mit einem Leistungsauftrag einer politischen Gemeinde ausgedehnt, die bisher nach Art. 26 Abs. 1 VBG ausgenommen waren, sowie auf öffentliche Pflegeheime, die bisher im Sozialhilfegesetz geregelt und dort von der Betriebsbewilligungspflicht ausgenommen waren. Die Ausdehnung der Betriebsbewilligungspflicht im Bereich der Langzeitpflege erfolgt aus Gründen der Gleichbehandlung der verschiedenen Anbieter und damit alle Anbieter im Interesse der Governance der kantonalen Aufsicht unterstellt werden können.

Als Auffangtatbestand sieht Art. 86 Abs. 2 nGesG vor, dass die Regierung weitere Betriebe mit einem besonders hohen medizinischen Gefährdungspotenzial durch Verordnung der Betriebsbewilligungspflicht unterstellen kann. Ausserhalb des Gesundheitsgesetzes geregelt bleibt die Betriebsbewilligungspflicht gemäss Heilmittelgesetzgebung für Apotheken und Drogerien sowie für stationäre Einrichtungen der Suchthilfe nach Art. 13 Abs. 1 des Suchtgesetzes (sGS 311.2; abgekürzt SuG).

2.7 Weitere Anpassungen des Gesundheitsgesetzes

2.7.1 Datenmonitoring

Für die effiziente Aufgabenerfüllung im Bereich Gesundheitsvorsorge ist eine ausreichende Basis an Gesundheitsdaten auf kantonaler Ebene und der punktuelle Zugang zu personenbezogenen Daten unumgänglich. Mit dem neuen Gesundheitsgesetz soll der Kanton deshalb ermächtigt werden, Gesundheitsdaten zu erheben und Register zu führen, sowie auch Gesundheitsdaten zu überwachen (Monitoring) und auszuwerten, sofern dies für seine Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Ferner soll das zuständige Departement Daten, die es für das Erheben von Gesundheitsdaten oder die Durchführung von auf Personengruppen bezogene Massnahmen (z.B. Brustkrebs- oder Darmkrebsscreening) benötigt, aus der kantonalen Einwohnerdatenplattform abrufen oder Dritten das Abrufverfahren auf die Einwohnerdatenplattform erlauben können.



2.7.2 Tabakprodukte und Passivrauchen

Der Schutz vor den schädlichen Auswirkungen von Tabakprodukten und von elektronischen Zigaretten sowie der Schutz vor dem Passivrauchen wird heute weitgehend durch die Bundesgesetzgebung gewährleistet.

Art. 23 TabPG – in Kraft seit dem 1. Oktober 2024 – verbietet die Abgabe von Tabakprodukten und elektronischen Zigaretten an Minderjährige, so dass die bisherige, weniger strenge Regelung von Art. 52^{ter} des geltenden Gesundheitsgesetzes, der die Altersgrenze auf 16 Jahre festsetzte, nicht weitergeführt werden muss. Dasselbe gilt für Art. 52^{bis} GesG, der die Werbung für Tabakerzeugnisse verbietet, da Art. 18 TabPG weitergehende Werbeverbote enthält.

Das Rauchverbot nach Art. 52^{quater} GesG entspricht weitgehend Art. 1 und 2 des Bundesgesetzes über das Passivrauchen (SR 818.31; nachfolgend BSP). Zwar werden die Messe- und Ausstellungsräume sowie die Festzelte und Festwirtschaften (Art. 52^{quater} Abs. 2 Bst. i und j GesG) in Art. 1 Abs. 2 BSP nicht ausdrücklich genannt. Beide Erlasse verbieten jedoch grundsätzlich das Rauchen in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind, so dass davon auszugehen ist, dass das bundesrechtliche Rauchverbot auch in Messe- und Ausstellungsräumen sowie in Festzelten und Festwirtschaften gilt. Zudem gilt das bundesrechtliche Rauchverbot auch in geschlossenen Räumen, die mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen (vgl. Art. 1 Abs. 1 BSP), und in Fahrzeugen des öffentlichen Verkehrs (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. i BSP). Das bundesrechtliche Rauchverbot hat somit einen weiteren Anwendungsbereich als Art. 52^{quater} GesG, weshalb im neuen Gesundheitsgesetz auf die Fortführung von Art. 52^{quater} verzichtet werden kann.

Im neuen Gesundheitsgesetz sind somit nur die – bereits bisher geltenden – Verschärfungen gegenüber dem bundesrechtlichen Schutz vor den schädlichen Auswirkungen von Tabakprodukten und von elektronischen Zigaretten sowie vor dem Passivrauchen zu regeln, nämlich das Verbot von Raucherlokalen, das Verbot von Ausschankvorrichtungen in Rauchzimmern sowie die Meldepflicht für Verkaufsstellen von Tabakprodukten oder elektronischen Zigaretten (vgl. dazu die Erläuterungen zu Art. 21 nGesG). Als neue Verschärfung soll ein Rauchverbot auf öffentlich zugänglichen Kinderspielplätzen eingeführt werden. Ein Rauchverbot auf Spielplätzen schützt Kinder vor den gesundheitlichen Risiken des Passivrauchens und verhindert, dass sie mit giftigen Zigarettenstummeln in Kontakt kommen. Gleichzeitig wird durch die Vorbildwirkung rauchfreier Spielumgebungen das Risiko gesenkt, dass Kinder später selbst mit dem Rauchen beginnen.

2.7.3 Errichtung und Betrieb von kantonalen oder kommunalen Gesundheitseinrichtungen

Das neue Gesundheitsgesetz enthält keine Berechtigungen des Kantons mehr, Einrichtungen der ambulanten oder stationären Gesundheitsversorgung zu führen, wie sie im geltenden Gesundheitsgesetz teilweise noch enthalten gewesen waren. Die öffentlichen Spitäler des Spitalverbundes und das Zentrum für Labormedizin beruhen seit langem auf eigenständigen Gründungserlassen (Gesetz über den Spitalverbund [sGS 320.2; abgekürzt GSV] und Gesetz über das Zentrum für Labormedizin [sGS 320.22]) und benötigen keine gesetzliche Grundlage im Gesundheitsgesetz mehr. Sollte zukünftig ein Bedürfnis entstehen, dass der Kanton selbst eine Einrichtung der ambulanten oder stationären Gesundheitsversorgung betreibt, wäre für die entsprechende Einrichtung ein eigenständiger Gründungserlass in Form eines Gesetzes zu schaffen. Die Regelungen in Art. 18, 19 und 20 GesG müssen daher nicht ins neue Gesundheitsgesetz übernommen werden.

Dies gilt auch für die bisher in Art. 18 Abs. 1 erwähnten Gesundheits- oder Notfallzentren. Zwar wird Art. 21^{ter} GesG unverändert ins neue Gesundheitsgesetz übernommen (vgl. Art. 24 nGesG). Jedoch enthielt Art. 21^{ter} weder eine Berechtigung noch eine Verpflichtung des Kantons, selbst



solche Zentren zu führen, sondern Art. 21^{ter} Abs. 4 ermächtigte die Regierung vielmehr, den Spitalverbund zu verpflichten, ein Gesundheits- oder Notfallzentrum zu führen, wenn in einer Region kein hinreichendes Angebot besteht.

Auch Art. 26 GesG muss nicht weitergeführt werden. Zum einen ist unwahrscheinlich, dass eine politische Gemeinde neu ein Spital, Labor oder medizinisches Institut errichten und betreiben wird. Falls doch, wird es hierfür ein kommunales Gesetz brauchen oder einen entsprechenden kommunalen Kreditbeschluss. Jedenfalls braucht es keine Bestimmungen im kantonalen Gesundheitsgesetz, die den Gemeinden die Befugnis einräumt, selbst ein Spital zu betreiben, da dies von der Gemeindeautonomie abgedeckt ist.

2.7.4 Rettungswesen

Die Bestimmungen über die sanitätsdienstliche Rettung werden weitgehend unverändert aus dem geltenden Recht übernommen. Allerdings wird klargestellt, dass der Kanton nur die landgestützte sanitätsdienstliche Rettung sicherstellt. Für die Seerettung sind nach Art. 13 der Schiffsfahrtsverordnung (sGS 714.11) die Ufergemeinden zuständig. Die Bergrettung und die Rettung aus der Luft werden nicht vom Kanton selber sichergestellt, können jedoch mit Beiträgen unterstützt werden. Neu wird der Betrieb einer Sanitätsnotrufzentrale ausdrücklich als Aufgabe des Kantons aufgeführt. Der Kanton kann die Durchführung der sanitätsdienstlichen Rettung und den Betrieb der Sanitätsnotrufzentrale an Dritte übertragen, wofür der Dritte zu entschädigen ist. Die Rettungsdienste finanzieren ihren Betrieb allerdings im Wesentlichen aus den Entschädigungen für geleistete Primär- und Sekundäreinsätze, die sie von den Krankenversicherern und den Patientinnen und Patienten erhalten.

Art. 21^{bis} des geltenden Gesundheitsgesetzes, der das Gesundheitswesen in ausserordentlichen Lagen regelt, wird ausgedehnt und umfasst neu das Rettungswesen bei grossen Schadenereignissen.

2.7.5 Übertragbare Krankheiten

Die Regelung in Art. 52 des geltenden Gesundheitsgesetzes stammt aus der Zeit, als auf Bundesebene noch das Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 18. Dezember 1970 und das Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose vom 13. Juni 1928 galten. Diese beiden Erlasse des Bundes wurden per 1. Januar 2016 vom geltenden EpG abgelöst. Aktuell ist auf Bundesebene eine grössere Teilrevision des EpG hängig, in der insbesondere Erkenntnisse aus der Covid-19-Pandemie berücksichtigt werden sollen.

Zwar wurden Art. 52 GesG und die Vollzugsverordnung vom 13. Mai 1986 zur eidgenössischen Gesetzgebung über übertragbare Krankheiten (sGS 313.1; abgekürzt VEpG) nie an die oben erwähnten Änderungen des Bundesrechts angepasst. Angesichts der hängigen Teilrevision des EpG ist es dennoch angezeigt, den bestehenden Art. 52 GesG inhaltlich weitgehend unverändert ins neue Gesundheitsgesetz zu übernehmen und lediglich klarer zu strukturieren. Allerdings rechtfertigen die Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie, die Gemeinden stärker in den Vollzug der Epidemiegesetzgebung einzubeziehen und dem Kanton die Möglichkeit einzuräumen, die politischen Gemeinden und Schulgemeinden zur Übernahme von Aufgaben zu verpflichten. Hingegen wird vorläufig darauf verzichtet, Bestimmungen über die Vorratshaltung von wichtigen medizinischen Gütern – insbesondere von Schutzmaterial – ins neue Gesundheitsgesetz aufzunehmen, da die Teilrevision des EpG voraussichtlich eine entsprechende Bestimmung enthalten wird (vgl. Art. 44 Abs. 4 des Vernehmlassungsentwurfs Teilrevision EpG vom November 2023)²⁹.

²⁹ Abrufbar unter <https://www.fedlex.admin.ch/de/consultation-procedures/ended/2023>.



Nicht übernommen wird Art. 52 Abs. 3 des geltenden Gesundheitsgesetzes, der ein Verbot von kantonalen Impfbefugnissen enthält. Die Impfpflicht bzw. die Zulässigkeit eines Impfbefugnisses wird neu in Art. 18 GesG, im Abschnitt über die Gesundheitsvorsorge geregelt.

2.7.6 Heilmittel

Das geltende Gesundheitsgesetz regelt in Art. 54bis und 54ter die Zuständigkeiten für den Vollzug der eidgenössischen Heilmittelgesetzgebung. Inhaltlich hat sich die Regelung bewährt und soll im Wesentlichen beibehalten werden. Allerdings sollen die materiellen Bestimmungen zum grössten Teil auf die Verordnungsebene verschoben werden. Die Bewilligungspflichten im Heilmittelbereich ergeben sich direkt aus dem Bundesrecht und brauchen keine zusätzliche Grundlage im Gesundheitsgesetz. Die Kantone können zwar in Teilbereichen eigenständige Bewilligungsvoraussetzungen statuieren (vgl. Art. 30 Abs. 3 und Art. 34 Abs. 4 HMG sowie Art. 8 der eidgenössischen Verordnung über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich [SR 812.212.1; abgekürzt AMBV]). Die geltende Heilmittelverordnung übernimmt in diesen Teilbereichen aber weitgehend die Bewilligungsvoraussetzungen des Bundesrechts³⁰.

Nicht mehr notwendig ist die Umschreibung des Begriffs Detailhandel. Zum einen ist dieser Begriff im geltenden HMG nicht mehr enthalten, zum anderen wird die Abgabe von Arzneimitteln weitgehend im HMG geregelt, so dass keine kantonale Definitionszuständigkeit besteht. Davon ausgenommen ist die Selbstdispensation, d.h. die Abgabe von Arzneimitteln direkt durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte an ihre Patientinnen und Patienten. Diese wird im neuen Gesundheitsgesetz unverändert beibehalten.

Die Vollzugszuständigkeiten müssen ebenfalls nicht im neuen Gesundheitsgesetz geregelt werden, zumal diese bereits heute (auch) in der Heilmittelverordnung festgelegt sind (vgl. Art. 2 HMV, der im Wesentlichen Art. 54^{bis} Abs. 1 GesG wiederholt).

2.7.7 Organisation und Verfahren

2.7.7.a Organisation

Das geltende Gesundheitsgesetz enthält verschiedene organisationsrechtliche Bestimmungen. Hierzu ist einleitend anzumerken, dass die Grundsätze der Staatsverwaltung im Staatsverwaltungsgesetz (sGS 140.1; abgekürzt StVG) geregelt sind und die Regierung die nähere Organisation durch Verordnung festlegt (vgl. Art. 16 Bst. d StVG). Zuständigkeiten müssen nur dann direkt in einem Gesetz festgelegt werden, wenn Aufgaben durch Personen ausserhalb der Kantonsverwaltung erledigt werden und diesen Personen hierfür hoheitliche Befugnisse übertragen werden sollen. In den übrigen Fällen ist es sachgerecht, die organisatorische Zuordnung der Aufgaben auf Verordnungsebene zu regeln, damit die Organisation einfacher an veränderte Bedürfnisse angepasst werden kann.

Art. 7–12 GesG zählen die folgenden Funktionen im Gesetz auf, wobei die mit den Funktionen verbundenen Aufgaben sehr rudimentär und nicht abschliessend im Gesetz umschrieben sind:

- Gesundheitsrat;
- Präventivmediziner;
- Kantonsarzt;
- Amtsärzte;
- Gerichtsmediziner;
- Kantonschemiker.

³⁰ Art. 3 HMV (Herstellung von Arzneimitteln) übernimmt Art. 6 Abs. 1 Bst. b HMG sowie Art. 8 Abs. 1 und 4 AMBV; Art. 4 HMV (Lagerung von Blut) übernimmt Art. 37 HMG; Art. 8 ff. HMV (Abgabe von Arzneimitteln), die Qualitätssicherung ist bereits in Art. 30 Abs. 2 HMG vorgeschrieben.



Von den oben aufgeführten Funktionen werden im neuen Gesundheitsgesetz nur noch die Amtsärztinnen / Amtsärzte, die Präventivmedizinerin / der Präventivmediziner sowie neu die Kantonszahnärztin / der Kantonszahnarzt geregelt. Die Amtsärztinnen und Amtsärzte sowie die Kantonszahnärztin oder der Kantonszahnarzt üben ihre Tätigkeit aktuell nicht als Angestellte des Kantons, sondern im Nebenamt aus. Da sie bei ihrer Tätigkeit teilweise hoheitliche Befugnisse ausüben, müssen diese beiden Funktionen in den Grundzügen im Gesetz geregelt werden. Bei der Präventivmedizinerin oder beim Präventivmediziner ist zwar nicht vorgesehen, die Funktion in einem Nebenamt zu besetzen und es sind mit dieser Funktion nicht zwingend hoheitliche Befugnisse verbunden. Sie wird dennoch weiterhin direkt im Gesetz erwähnt, um die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge zu betonen.

Zu den Amtsärztinnen und Amtsärzte ist einleitend anzumerken, dass die in Art. 9 des geltenden Gesundheitsgesetzes enthaltene Umschreibung nicht den tatsächlichen Aufgaben der Amtsärztinnen und Amtsärzte entspricht. Insbesondere üben die Amtsärztinnen und Amtsärzte keine Aufsichtsfunktionen aus und sie sind in keinem Bereich Vollzugsorgan des Gesundheitsdepartementes. Vielmehr ergeben sich ihre Aufgaben aus verschiedenen Erlassen ausserhalb des Geschäftsbereichs des Gesundheitsdepartementes. Aktuell haben die Amtsärztinnen und Amtsärzte folgende Aufgaben:

- Legalinspektion beim aussergewöhnlichen Todesfall (Art. 46 Abs. 4 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Straf- und Jugendstrafprozessordnung [sGS 962.1; abgekürzt EG-StPO]);
- Anordnung der fürsorgerischen Unterbringung (FU) bis zu einer Dauer von sechs Wochen (Art. 43 Abs. 1 EG-KES);
- Prüfung der physischen und psychischen Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten über 70 (Art. 9 VMB);
- Ausstellen des Leichenpasses für die Überführung eines Leichnams ins Ausland (Art. 30 Abs. 2 der Vollzugsverordnung zum Gesetz über die Friedhöfe und die Bestattungen [sGS 458.11; nachfolgend VO GFB]);
- Entgegennahme der Benachrichtigung über eine Totgeburt (Art. 29 Bst. c VBG);
- Anordnung der Sektion einer Leiche aus gesundheitspolizeilichen Gründen (Art. 11 Bst. b VO GFB);
- Zustimmung zur Graböffnung vor Ablauf der Grabesruhe (Art. 26 Abs. 1 Bst. b VO GFB);
- Verkürzung der Bestattungsfrist (Art. 16 Abs. 1 Bst. b VO GFB)
- Verfügen von Massnahmen gegen die Weiterverbreitung einer Krankheit, nach Absprache mit der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt (Art. 3 VEpG).

Die Umschreibung der Aufgaben der Amtsärztinnen und Amtsärzte soll mit dem neuen Gesundheitsgesetz wieder den bestehenden tatsächlichen und rechtlichen Verhältnissen angepasst werden. Zudem führt das neue Gesundheitsgesetz in einem Teilbereich die Möglichkeit ein, Ärztinnen und Ärzte zur Übernahme von amtsärztlichen Aufgaben zu verpflichten. Der Kanton hat schon seit längerer Zeit Mühe, genügend Ärztinnen und Ärzte zu finden, die bereit sind, amtsärztliche Aufgaben zu erfüllen bzw. die entsprechende Funktion zu übernehmen. Aufgrund des zunehmenden Bedarfs nach Amtsärztinnen und Amtsärzte für den Bereich der FU nach Art. 426 ZGB wird daher die Möglichkeit eingeführt, eine Person mit einem Facharztstitel in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder in Psychiatrie und Psychotherapie, die von der persönlichen Erfüllung der allgemeinen Notfalldienstpflicht dispensiert wurde, zum Dienst als nebenamtliche Amtsärztin oder nebenamtlicher Amtsarzt für fürsorgerische Unterbringungen zu verpflichten.

Die Kantonsärztin / der Kantonsarzt und die Kantonschemikerin / der Kantonschemiker sind Funktionen, die das Bundesrecht den Kantonen ausdrücklich vorschreibt (vgl. Art. 53 Abs. 1 EpG und Art. 49 Abs. 1 Bst. a LMG). Im Weiteren wird die Funktion der Kantonsapothekerin / des Kantonsapothekers in mehreren Bestimmungen des Bundesrechts als bestehend vorausgesetzt (vgl.



Art. 53 Abs. 2 EpG, Art. 11 EpV, Art. 20 GUB/GGA-Verordnung [SR 910.12]). Beides erfordert jedoch nicht, die drei Funktionen auf kantonaler Ebene im Gesetz zu regeln, sondern die mit ihnen verbundenen Aufgaben können, soweit sie sich nicht direkt aus dem Bundesrecht ergeben, durch Verordnung umschrieben werden. Die Kompetenz zur Begründung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses wird für die genannten drei Funktionen im Übrigen bereits in Art. 132 der Personalverordnung (sGS 143.11; abgekürzt PersV) geregelt bzw. der Regierung zugewiesen.

Ebenso kann darauf verzichtet werden, den Gerichtsmediziner weiterhin im Gesundheitsgesetz aufzuführen. Die Aufgaben und die Organisation des heutigen Instituts für Rechtsmedizin am Kantonsspital ergeben sich schon heute nicht mehr aus Art. 10 GesG, sondern aus dem gestützt auf das GSV erlassenen Statut des Spitalverbundes (sGS 320.30; abgekürzt SSV) und den weiteren Organisationserlassen von HOCH Health Ostschweiz. Im Übrigen bestimmt Art. 40 Bst. a EG-StPO selbständig, dass Fachpersonen des Instituts für Rechtsmedizin als amtliche Sachverständige für die Bereiche der forensischen Medizin gelten.

Nicht weitergeführt wird der Gesundheitsrat, der sich aus elf Mitgliedern, vorwiegend aus dem Bereich der Medizinalberufe, zusammensetzt. Gemäss Art. 5 GesG berät der Gesundheitsrat das zuständige Departement in Fragen der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitspolizei und schlägt entsprechende Programme oder Massnahmen vor. Des Weiteren nimmt er zu Gesetzes- und Verordnungsvorlagen Stellung und gibt politischen Gemeinden Gelegenheit, bei Geschäften mit erheblichen Auswirkungen ihre Interessen zu vertreten. Art. 6 überträgt dem Gesundheitsrat zudem die Kompetenz, Offenlegungen von Berufsgeheimnissen gemäss Art. 321 StGB zu bewilligen.

Die Prüfung der Tätigkeit des Gesundheitsrates im Rahmen der Erarbeitung dieser Vorlage ergab, dass der Gesundheitsrat heute nur noch selten bis nie zum Einsatz kommt, so dass eine Fortführung in der bisherigen Form entsprechend entbehrlich ist. Die Zuständigkeit für die Entbindung vom Berufsgeheimnis wird an das zuständige Departement übertragen, zumal bei Angestellten des Spitalverbundes, des Psychiatrieverbundes und des Zentrums für Labormedizin bereit heute der Rechtsdienst des Gesundheitsdepartementes die Entbindung vom Berufsgeheimnis erteilt (vgl. Nr.GD.A.09 des Anhangs zur Delegationsverordnung [sGS 141.41; abgekürzt DelV]). Es handelt sich hierbei um rein rechtliche Bewilligungen, für die kein medizinisches Fachwissen erforderlich ist. Besteht künftig Bedarf für ein beratendes Gremium soll das zuständige Departement eine solches gezielt für bestimmte Fragestellungen einsetzen. Eine gesetzliche Grundlage im Gesundheitsgesetz ist hierfür indes nicht notwendig.

Im Weiteren weist das geltende Gesundheitsgesetz die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege und der Gesundheitspolizei, die der politischen Gemeinde übertragen sind, direkt dem Gemeinderat zu (vgl. Art. 13 GesG) und schreibt der Schulgemeinde vor, einen Schularzt und einen Schulzahnarzt zu wählen (vgl. Art. 16 GesG). Das neue Gesundheitsgesetz weist den politischen Gemeinden und den Schulträgern zwar weiterhin verschiedene Aufgaben zu, insbesondere im Bereich der Gesundheitsvorsorge und der Langzeitpflege. Es überlässt die interne Aufgabenteilung aber der Gemeinde bzw. dem Schulträger, mit Ausnahme der Vorgaben an die Organisation des Schulgesundheitsdienstes (vgl. Art. 14 nGesG).

Schliesslich ist die Regierung gemäss geltendem Gesundheitsgesetz für die Wahl der Vertretung des Staates in Organen von Spitälern und psychiatrischen Diensten zuständig, wenn eine Vertretung durch Beschluss des Kantonsrates, der Stiftungsurkunde oder durch Vereinbarung vorgesehen ist (Art. 2 Abs. 2 Bst. d GesG). Auf diese Bestimmung kann verzichtet werden. Soweit Art. 2 Abs. 2 Bst. d GesG lediglich das zuständige Wahlorgan bezeichnet, wird die Bestimmung von Art. 16 Bst. g StVG überlagert, der in allgemeiner Form festlegt, dass die Regierung die Vertretung des Staates in zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Einrichtungen bezeichnet. Soweit



Art. 2 Abs. 2 Bst. d GesG generell eine Vertretung des Kantons in Organen von Spitälern vorsieht (vgl. dazu die Erläuterungen in der Botschaft zum Entwurf des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung, ABI 2011, 1519, insb. 1555), ist heute in den Gründungserlassen der öffentlichen Spitäler direkt geregelt, ob der Kanton Einsitz in ein Leitungsorgan nimmt (vgl. z.B. Art. 5 GSV und Art. 6 des Gesetzes über den Psychiatrieverbund [sGS 320.5; abgekürzt GPV], die beide keine zwingende Vertretung des Kantons mehr vorsehen).

2.7.7.b Verfahren

Das geltende Recht weist im Bereich der Rechtsmittelwege eine gewisse Uneinheitlichkeit auf. Ein Teil der gesundheitspolizeilichen Verfügungen des Gesundheitsdepartementes kann direkt beim Verwaltungsgericht angefochten werden, insbesondere die OKP-Zulassung sowie das Erteilen, das Verweigern und der (disziplinarische oder administrative) Entzug von Betriebsbewilligungen. Das Erteilen oder Verweigern einer Berufsausübungsbewilligung sowie Disziplinarmassnahmen gegenüber Gesundheitsfachpersonen sind hingegen bei der Verwaltungsrekurskommission (VRK) anzufechten. Erst der Rekursentscheid der VRK kann dann ans Verwaltungsgericht weitergezogen werden. Dies führt zu Problemen bei Verfügungen, die sowohl Aspekte der Berufsausübungsbewilligung als auch Aspekte der OKP-Zulassung regeln. Das Ganze wird überlagert durch die Rechtsmittelordnung im Bereich des Heilmittelrechts. Dort ist die Kantonsapothekerkammer erstverfügende Instanz und das Gesundheitsdepartement anstelle der VRK erste Rechtsmittelinstanz. In diesen Fällen kann es vorkommen, dass das Gesundheitsdepartement als Rechtsmittelinstanz z.B. den Entzug der Selbstdispensationsberechtigung einer Ärztin oder eines Arztes durch die Kantonsapothekerkammer zu beurteilen hat und – gestützt auf den gleichen Sachverhalt – gegen die Ärztin oder den Arzt ein erstinstanzliches Disziplinarverfahren einleiten muss.

Hinzukommt, dass die aktuell sehr umfassende Zuständigkeit des Gesundheitsdepartementes zum Erlass von erstinstanzlichen Verfügungen nicht für alle Zeit erhalten bleiben muss. Es ist denkbar, dass zukünftig einzelnen Ämtern oder Dienststellen des Gesundheitsdepartementes gesundheitspolizeiliche Bereiche zur eigenständigen Erledigung zugewiesen werden. Dies hätte zur Folge, dass das Gesundheitsdepartement in diesen Bereichen Rechtsmittelinstanz würde und das Nebeneinander von VRK und Departement noch verstärkt würde.

Der Entwurf des neuen Gesundheitsgesetzes sieht daher vor, der VRK eine umfassende Zuständigkeit als erste Rechtsmittelinstanz im Bereich des Gesundheitspolizeirechts einzuräumen, die unabhängig davon gilt, ob eine Verfügung des Gesundheitsdepartementes oder eine Verfügung eines Amtes oder einer Dienststelle angefochten ist (vgl. die Änderungen des VRP als Drittänderungen zum GesG). Angesichts der geringen Anzahl von Rekursfällen in diesem Bereich führt die Neuordnung nicht zu einer relevanten Zunahme der Arbeitslast der VRK (es handelt sich um höchstens zwei bis drei zusätzliche Rekurse je Jahr).

2.7.8 Strafbestimmungen

Das neue Gesundheitsgesetz regelt Verstösse gegen gesundheitspolizeiliche Vorschriften, die von Gesundheitsfachpersonen begangen werden, abschliessend im Disziplinarrecht. Dasselbe gilt für Betriebe, die der gesundheitspolizeilichen Aufsicht unterstehen. Eigene Strafbestimmungen sind im Gesundheitsgesetz nur notwendig für Verstösse, die von Personen begangen werden, die nicht dem Disziplinarrecht unterstehen. Dies trifft auf den Verstoß gegen die Sorgspflicht nach Art. 15 Abs. 2, den Verstoß gegen die Impfpflicht nach Art. 18, den Verstoß gegen das Rauchverbot auf öffentlichen Kinderspielflächen nach Art. 21 und den Verstoß gegen die Überweisungspflicht nach Art. 119 zu.

Verstösse gegen die heilmittelrechtliche Bewilligungspflicht nach Art. 94 werden zwar ebenfalls durch Personen begangen, die nicht dem Disziplinarrecht unterstehen. Solche Verstösse werden



aber von der Strafbestimmung nach Art. 86 Abs. 1 Bst. a HMG erfasst und daher nicht im nGesG geregelt.

2.8 Höchstansätze für Leistungen pflegender Angehöriger

Das Anliegen der Motion 42.24.13 «Höchstkosten für Leistungen pflegender Angehöriger» für eine Differenzierung der Restkostenfinanzierung für ambulante Pflegeleistungen wird mit der vorgeschlagenen Drittänderung des Pflegefinanzierungsgesetzes erfüllt. Art. 17e (neu) PFG schafft die gesetzliche Voraussetzung für abgestufte Restkosten, die sich nach den fachlichen Qualifikationen des Pflegepersonals, der Dauer des Anfahrtswegs zu den Patientinnen und Patienten sowie den Betriebszeiten der Leistungserbringer richten. Damit kann u.a. spezifisch die Situation der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden.

(Derzeit wird eine Datenerhebung bei den öffentlichen und privaten Spitex-Betrieben sowie selbstständigen Pflegefachpersonen vorgenommen, um anschliessend differenzierte Normkostenansätze für KLV-a-, -b- und -c-Leistungen ermitteln zu können. Die Ergebnisse dieser Abklärungen werden in die definitive Fassung der Botschaft eingefügt.)

2.9 Verbot von Konversionstherapien

Nach dem Verständnis in der Motion 42.21.23 «Verbote von Konversionstherapien» sind Konversionstherapien «Bemühungen, die sexuelle Orientierung oder die Geschlechtsidentität eines Menschen durch gezielte Interventionen zu beeinflussen». Die Regierung umschrieb in ihrer Antragstellung auf Gutheissung vom 14. Dezember 2021 die Konversionstherapie als Behandlung, die darauf abzielt, die sexuelle Orientierung oder die selbstempfundene geschlechtliche Identität einer Person zu ändern oder zu unterdrücken. In der Standesinitiative, die der Kanton Basel-Stadt am 7. Juni 2022 beim Bund eingereicht hatte, werden die Konversionstherapien umschrieben als «psychologische Therapien, die zum Ziel haben, die homosexuelle Veranlagung eines Menschen in eine heterosexuelle Neigung «umzupolen» oder die Geschlechtsidentität von betroffenen Personen zu verändern».

Bereits die drei angeführten Begriffsumschreibungen zeigen, dass der Begriff der Konversionstherapie klärungsbedürftig ist. Insbesondere stellt sich die Frage, ob nur psychologische Therapien zu regeln sind oder ob auch medizinische Eingriffe wie Geschlechtsumwandlungen, Veränderungen von Geschlechtsmerkmalen bei Kindern oder der Einsatz von Pubertätshemmern regelungsbedürftig sind.

Beim Bund wurden in den letzten Jahren neben der oben erwähnten Standesinitiative mehrere Vorstösse zum Thema Konversionstherapie eingereicht. Die Bundesversammlung hat diesen Vorstössen keine Folge geleistet, soweit darin konkrete gesetzgeberische Massnahmen verlangt wurden. Hingegen ist beim Bund das Postulat 21.4474 «Überprüfung der Verbreitung sogenannter Konversionstherapien in der Schweiz und Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung» hängig.

Es wird daher vorgeschlagen, das Verbot von Konversionstherapien nicht im Rahmen der laufenden Totalrevision zu behandeln, sondern zumindest den Bericht zum Postulat 21.4474 abzuwarten, in dem die Thematik umfassend dargestellt werden wird. Es wird auch erst dann beurteilt werden können, ob weitere Themen wie die oben erwähnten Veränderungen von Geschlechtsmerkmalen bei Kindern und der Einsatz von Pubertätshemmern zu berücksichtigen sind.



Anzumerken ist, dass Konversionstherapien, die von Gesundheitsfachpersonen mit einer Berufsausübungsbewilligung durchgeführt werden, bereits nach geltendem Recht eine Verletzung der Berufspflicht darstellen können. Die Tätigkeit der in der Motion 42.121.23 genannten Coaches, Sexualberaterinnen und Sexualberater, Geistlichen und selbsternannte Heilerinnen und Heiler, die ebenfalls Konversionstherapien anbieten, wird jedoch weder im geltenden noch im revidierten Gesundheitsgesetz geregelt. Ein Verbot von Konversionstherapien wäre im revidierten Gesundheitsgesetz daher nur beschränkt am richtigen Ort. Zudem sollten Fragen rund um den Wechsel der Geschlechtsidentität auf Bundesebene geregelt werden, da kantonale Regelungen sehr einfach durch ausserkantonale Behandlungen umgangen werden können.

3 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

3.1 Gesundheitsgesetz

3.1.1 Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 bis 4

Die Artikel 1 bis 4 enthalten neben dem Zweckartikel weitere Bestimmungen mit programmatischem Charakter. Die Bestimmungen begründen keine unmittelbar durchsetzbaren Rechte oder Pflichten, zeigen aber die handlungsleitenden Grundsätze, die bei der Anwendung des Gesetzes zu berücksichtigen sind.

Die in Art. 1 aufgezählten Werte sind untereinander gleich gewichtig und haben keinen grundsätzlichen Vorrang gegenüber Werten und Interessen, die Grundlage anderer Erlasse bilden wie zum Beispiel die Sicherheit oder die Nachhaltigkeit. Sie sind aber in Abwägungen, die gesundheitspolitische oder gesundheitspolizeiliche Fragen betreffen, beizuziehen. Die Nennung der Verschiedenheit der Menschen soll dabei zum Ausdruck bringen, dass die Gesundheit nicht bei allen Menschen im genau gleichen Ausmass gefördert werden muss. Alte Menschen oder Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen haben in der Regel mehr Förderbedarf als junge, gesunde Menschen.

Zum Verhältnis zwischen der in Art. 2 Abs. 2 genannten Selbstverantwortung und dem nach Art. 2 Abs. 3 angestrebten Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheit wird auf die Ausführungen in Abschnitt 2.1 verwiesen.

Art. 3 stützt sich auf das Staatsziel nach Art. 15 KV, wonach sich der Staat zum Ziel setzt, dass die Bevölkerung zu für sie tragbaren Bedingungen eine ausreichende Gesundheitsversorgung erhält.

Art. 4 übernimmt Art. 40^{bis} Abs. 1 des bisherigen Gesundheitsgesetzes. Palliative Care umfasst alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern, um ihm eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu gewährleisten. Palliativ Care setzt nicht erst dann ein, wenn die Krankheit akut lebensbedrohlich ist. Grundsätzlich liegt der Schwerpunkt der Palliative Care aber auf der Zeit, in der die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt.

Palliative Care strebt auch an, die nahestehenden Bezugspersonen von Patientinnen und Patienten zu unterstützen sowie diesen eine würdevolle Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen zu ermöglichen. Dieser bisher in Art. 40^{bis} Abs. 1 verankerte Grundsatz wird neu in Art. 114 bei den Pflichten der Gesundheitseinrichtungen geregelt, da er gegenüber allen sterbenden Patientinnen und Patienten gilt, unabhängig davon, ob diese zuvor palliativ gepflegt wurden (z.B. auch bei Unfallopfern).



Art. 5

Das neue Gesundheitsgesetz regelt im Gegensatz zum Bisherigen nur die Gesundheit von Menschen, während die Tiergesundheit zukünftig abschliessend im Tierschutz-, Tierseuchen- und Veterinärrecht geregelt wird. Jedoch bekennt sich der Kanton in Art. 5 Abs. 2 zur Gesundheitsförderung auf der Basis eines integrierten Ansatzes (One-Health) und schlägt damit eine Brücke zwischen den beiden Regelbereichen (vgl. dazu vorn Abschnitt 2.1).

Art. 6

Bst. a: Der im Gesundheitsgesetz verwendete Begriff der Gesundheit geht über das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen hinaus. Er lehnt sich an die Umschreibung in der Präambel der Verfassung der WHO vom 22. Juli 1946³¹ an.

Bst. b: Der Begriff des Listenspitals bezeichnet alle Arten von Betrieben, die auf einer der drei Spitallisten (Spitalliste Akutsomatik³², Spitalliste Psychiatrie³³, Spitalliste Rehabilitation³⁴) aufgeführt sind, also Spitäler, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken. Der Begriff «Spital», der im Gesundheitsgesetz an verschiedenen Stellen verwendet wird, meint hingegen nur Einrichtungen, die der stationären Behandlung akutsomatischer Krankheiten und Verletzungen dienen.

Bst. c: Als Pflegeheim gilt eine Einrichtung zur stationären Betreuung oder Pflege (einschliesslich spezialisierte Langzeitpflege im Sinn von Art. 6 Bst. f) von betagten Menschen. Damit werden die Pflegeheime im Sinn des Gesundheitsgesetzes gegenüber stationären Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung³⁵ abgegrenzt. Allerdings ist die Pflege von Menschen mit Behinderung nicht generell vom Begriff «Langzeitpflege» im Sinn von Art. 27 ff. ausgenommen, da Spitex-Leistungen auch den Pflegebedarf von Menschen mit Behinderung umfassen.

Der Begriff des Pflegeheims umfasst auch Einrichtungen, die nur oder hauptsächlich nicht-pflegerische Betreuungsleistungen für betagte Menschen anbieten, insbesondere Betagtenheime, in denen die pflegerischen Leistungen durch einen Spitex-Betrieb erbracht werden.

Bst. d: Nach dieser Begriffsdefinition ist nicht jede Leistung, die von einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von einer selbständig erwerbenden Pflegefachperson erbracht wird, eine Spitex-Leistung. Als Spitex-Leistung gelten nur Pflegeleistungen im Sinn des eidgenössischen Krankenversicherungsrechts, d.h. Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG bzw. nach Art. 7 der eidgenössischen Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV), und nur wenn diese ambulant erbracht. Das Gesundheitsgesetz verwendet bei der ambulanten Pflege somit einen engeren Begriff der Pflegeleistung als bei der stationären Pflege, denn wie oben ausgeführt ist eine Einrichtung auch dann ein Pflegeheim, wenn sie nur oder hauptsächlich nicht-pflegerische Betreuungsleistungen für betagte Menschen anbietet.

Bst. e: Das Gesundheitsgesetz knüpft in verschiedenen Bestimmungen an den Begriff des Spitex-Betriebs an, so bei der Betriebsbewilligungspflicht (Art. 84), bei der Ausbildungsverpflichtung (Art. 51) oder bei der Angebotsplanung und Datenlieferungspflicht (Art. 41). Als Spitex-Betrieb gelten alle juristischen und natürlichen Personen, die in eigenem Namen und auf eigene Rechnung Spitex-Leistungen erbringen. Damit sind Personen, die in einem Anstellungsverhältnis Spitex-Leistungen erbringen, bereits begrifflich ausgenommen. Zusätzlich nimmt der zweite Satz von

³¹ SR 0.810.1.

³² sGS 331.41.

³³ sGS 331.42.

³⁴ sGS 331.43.

³⁵ Vgl. Art. 8 des Gesetzes über die soziale Sicherung und Integration von Menschen mit Behinderung (sGS 381.4).



Bst. e Einpersonen-Betriebe vom Begriff des Spitem-Betriebs aus und zwar unabhängig von der Rechtsform des Einpersonen-Betriebs.

Bst. f: Die Bestimmung übernimmt im Wesentlichen die Aufzählung aus Art. 28 Abs. 3 SHG, der mit dem VII. Nachtrag zum Sozialhilfegesetz eingeführt wurde. Es kann daher auf die Erläuterungen in der Botschaft der Regierung vom 24. Oktober 2023 zum VII. Nachtrag zum Sozialhilfegesetz³⁶ verwiesen werden (vgl. auch die Ausführungen in Abschnitt 2.4.2 [Bst. a] der vorliegenden Botschaft).

Die Delegationsnorm in Bst. f Ziff. 4 soll es ermöglichen, insbesondere die Demenzpflege den Bestimmungen über die spezialisierte Langzeitpflege unterstellen zu können, ohne hierfür das Gesundheitsgesetz ändern zu müssen (vgl. dazu vorn Abschnitt 1.4).

Bst. g: Der Begriff der Gesundheitsfachperson umfasst alle Personen, die einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben, unabhängig davon, ob sie den Beruf in eigener fachlicher Verantwortung oder unter Aufsicht ausüben. Voraussetzung ist, dass es sich um einen Beruf handelt, der nur mit einer Bewilligung des Kantons St.Gallen in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübt werden darf. Dementsprechend gilt auch als Gesundheitsfachperson, wer einen Beruf unter fachlicher Aufsicht bewilligungsfrei ausübt, wenn die Ausübung dieses Berufs in eigener fachlicher Verantwortung eine Bewilligung erfordern würde. Insbesondere gelten Personen, die in der Ausbildung zu einem bewilligungspflichtigen Gesundheitsberuf sind, schon als Gesundheitsfachperson im Sinn von Art. 6 Bst. g.

Hingegen genügt es nicht, wenn ein Beruf aufgrund der Bundesgesetzgebung bewilligungspflichtig ist, sondern es muss im konkreten Fall aufgrund der örtlichen Anknüpfung eine Bewilligung des Kantons St.Gallen erforderlich sein (vgl. dazu Art. 83).

Bst. h: Telemedizin liegt vor, wenn für die Diagnostik oder Behandlung von Krankheiten und Verletzungen audiovisuelle Kommunikationstechnologien eingesetzt werden. Die rein telefonische Beratung oder Konsultation fällt somit nicht unter den Begriff der Telemedizin. Zudem muss die Diagnostik oder Behandlung einzelfallbezogen erfolgen, wodurch Plattformen ausgeschlossen werden, die in allgemeiner Form Behandlungsvorschläge für bestimmte Krankheiten und Verletzungen machen, oder in allgemeiner Form über die Symptome einer Krankheit informieren.

3.1.2 Gesundheitsvorsorge

3.1.2.a Allgemeines

Art. 7

Art. 7 umschreibt die Tätigkeitsfelder, die unter den Begriff der Gesundheitsvorsorge fallen:

- Gesundheitsförderung zielt darauf ab die Gesundheit einzelner Menschen, bestimmter Personengruppen oder der ganzen Bevölkerung zu verbessern, insbesondere durch Förderung gesunder Lebensgewohnheiten / Lebensführung und Lebensbedingungen;
- Mit Gesundheitsberatung ist Beratung gemeint, bei der den Patientinnen und Patienten Informationen vermittelt werden, wie sie das Leben mit einer Krankheit besser bewältigen und/oder das Verschlimmern ihrer Krankheit verhindern können. Hingegen fällt die Beratung in rechtlichen Fragen, wie sie etwa die SPO-Patientenorganisation anbietet, nicht unter den Begriff der Gesundheitsberatung, weshalb hierfür keine Beiträge gestützt auf Art. 9 Abs. 2 Bst. b ausgerichtet werden dürfen (vgl. aber Art. 25 Abs. 1 Bst. e, der Beiträge an gemeinnützige Organisationen vorsieht, die Interessen von Patientinnen und Patienten vertreten und diese in rechtlichen und medizinischen Fragen beraten und unterstützen);

³⁶ ABI 2025-00.125.007.



- Prävention hat zum Ziel, Erkrankungen und Unfälle zu verhüten sowie die gesundheitlichen Auswirkungen von Erkrankungen und Unfällen zu vermindern;
- Die Früherkennung von Krankheiten hat zum Ziel, mittels Vorsorgeuntersuchungen und Screening-Programmen Krankheiten vor dem Auftreten von Symptomen frühzeitig zu diagnostizieren, damit sie frühzeitig behandelt werden können.

Abs. 2 grenzt die Gesundheitsvorsorge nach dem Gesundheitsgesetz von Präventionstätigkeiten ab, die sich auf das SuG stützen. Im Bereich der Suchtprävention und Suchthilfe geht das SuG in der Regel dem Gesundheitsgesetz vor. Dementsprechend lässt Art. 9 Abs. 2 Bst. b keine Beiträge an Massnahmen der Suchtprävention zu. Lediglich der Schutz vor den schädlichen Auswirkungen von Tabakprodukten und von elektronischen Zigaretten richtet sich nach dem Gesundheitsgesetz (vgl. Art. 21, der eine besondere Bestimmung im Sinn von Art. 7 Abs. 2 ist).

Das Verhältnis zwischen Gesundheitsgesetz und Epidemiengesetzgebung verhält sich gerade umgekehrt. Die Gesundheitsvorsorge nach dem Gesundheitsgesetz umfasst grundsätzlich auch die übertragbaren Krankheiten. Die Epidemiengesetzgebung geht aber vor, wenn sie eine abweichende Regelung enthält oder Massnahmen vorsieht, die das Gesundheitsgesetz nicht kennt. Hingegen schliesst die Epidemiengesetzgebung nicht aus, dass im Bereich der übertragbaren Krankheiten Beiträge gestützt auf Art. 9 Abs. 2 Bst. b ausgerichtet werden. So stützen sich etwa Beiträge für Präventionsmassnahmen der Lungenliga³⁷ im Bereich der Tuberkulose oder Präventionsmassnahmen der AIDS-Hilfe auf Art. 9 Abs. 2 Bst. b ab.

Art. 8 bis 10

Art. 8 hält fest, dass die Gesundheitsvorsorge eine gemeinsame Aufgabe des Kantons, der politischen Gemeinden und der Träger der öffentlichen Volksschule ist. Die Aufgaben des Kantons und der politischen Gemeinden werden in Art. 9 und 10 umschrieben und voneinander abgegrenzt. In Bezug auf Art. 9 Abs. 1 Bst. b ist anzumerken, dass der Kanton sowohl Massnahmen treffen kann, welche die Gesundheitskompetenz von Einzelpersonen fördern, als auch Massnahmen, welche auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtet sind. Im Übrigen kann auf den Überblick und die Ausführungen in Abschnitt 2.2.2 verwiesen werden. Die Aufgaben der Träger der öffentlichen Volksschule sind in Art. 14 geregelt.

Art. 9 legt nicht nur die Aufgaben des Kantons bei der Gesundheitsvorsorge fest, sondern umschreibt auch die Massnahmen, mit denen er diese Aufgaben erfüllen soll. Dabei ist vor allem auf Art. 9 Abs. 2 Bst. b hinzuweisen, der für den Bereich der Gesundheitsvorsorge die allgemeine Grundlage für Beiträge an Dritte bildet. Neben Art. 9 Abs. 2 Bst. b enthält das Kapitel über die Gesundheitsvorsorge spezifische Beitragstatbestände mit zum Teil engeren Beitragsvoraussetzungen (vgl. z.B. Art. 19 Abs. 2). Die spezifischen Beitragstatbestände gehen Art. 9 Abs. 2 Bst. b vor. Es ist nicht zulässig, einen Beitrag, der thematisch durch einen spezifischen Beitragstatbestand geregelt wird, über Art. 9 Abs. 2 Bst. b laufen zu lassen, um dadurch die engeren Beitragsvoraussetzungen des spezifischen Beitragstatbestands zu umgehen.

Zu den Aufgaben der politischen Gemeinde gehört das Schaffen von gesundheitsförderlichen Lebenswelten für ihre Bevölkerung. Art. 10 Bst. a übernimmt damit einen Begriff aus der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung vom 21. November 1986³⁸. Nach Art. 10 Bst. b hat die politische Gemeinde zudem die Durchführung von kantonalen Massnahmen der Gesundheitsvorsorge zu unterstützen, soweit nicht der Schulträger zuständig ist (vgl. dazu Abschnitt 2.2.2).

³⁷ Beiträge an die Lungenliga für die Bekämpfung von Tuberkulose sind hingegen auf Art. 54 abzustützen.

³⁸ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.



Art. 11

Vgl. dazu Abschnitt 2.2.2 c).

3.1.2.b Gesundheitsvorsorge in der öffentlichen Volksschule

Art. 12 bis 14

Der Begriff der öffentlichen Volksschule richtet sich nach Art. 2 des Volksschulgesetzes (sGS 213.1; abgekürzt VSG). Er umfasst auch die anerkannten privaten Sonderschulen (vgl. die Änderung von Art. 1^{bis} VSG durch den vorliegenden Erlass, hinten Abschnitt 3.2.1). Nicht zur öffentlichen Volksschule gehört das Untergymnasium im Sinn von Art. 8 des Mittelschulgesetzes (sGS 215.1), auch wenn es das siebte und achte Jahr der Volksschule umfasst.

Die Aufgaben des Kantons sind auf drei Stufen verteilt:

- Die Regierung regelt unter Vorbehalt von Art. 15 und Art. 16 die Grundzüge der Gesundheitsvorsorge in der Schule sowie die organisatorischen Aspekte der kantonalen Schulgesundheitskommission durch Verordnung (Art. 12 und Art. 13 Abs. 3). Sie wählt die Mitglieder der Schulgesundheitskommission.
- Die Aufgaben der zuständigen Stelle des Kantons werden nicht direkt im Gesundheitsgesetz umschrieben, sondern von der Regierung durch Verordnung geregelt, gestützt auf ihre Kompetenz zur Organisation der Verwaltung. Es ist vorgesehen, dass die zuständige Stelle des Kantons ergänzende Regelungen in Form von Weisungen und Vorgaben erlässt und den Vollzug der Schulträger unterstützt und beaufsichtigt. Unter Vollzugsunterstützung ist nicht die Unterstützung in Einzelfällen gemeint, da dies zu Konflikten mit der Aufsichtsfunktion führen könnte, sondern die Unterstützung in Form von Merkblättern oder Mustern für Verfügungen und Verträge, die allen Schulträgern nützen.
- Die kantonale Schulgesundheitskommission hat ausschliesslich beratende Funktion. Sie kann sowohl die Regierung als auch die zuständige Stelle des Kantons beraten. Zudem gibt sie zuhanden der Schulträger eine Empfehlung über die Preise von obligatorischen Vorsorgemassnahmen ab, damit die Schulträger die zu erwartenden Ausgaben zuverlässig budgetieren können. Zur Grösse und Zusammensetzung der Schulgesundheitskommission vgl. Abschnitt 2.2.1.

Der Schulträger sorgt für die Durchführung der schulischen Gesundheitsvorsorge. Er muss die schulische Gesundheitsvorsorge nicht selbst – d.h. mit eigenem, angestelltem Personal – durchführen, sondern er kann Private mit der Durchführung beauftragen, soweit die von der Regierung gestützt auf Art. 12 erlassene Verordnung dies zulässt. Der Begriff des Schulgesundheitsdienstes in Art. 14 Abs. 2 meint also nicht eine bestimmte Organisationseinheit oder bestimmte Funktionen des Schulträgers, sondern ist ein Sammelbegriff für diejenigen verwaltungsinternen und verwaltungsexternen Stellen und Personen oder Organisationen, welche die schulische Gesundheitsvorsorge tatsächlich durchführen (vgl. aber die engere Bedeutung des Begriffs «Schulgesundheitsdienst» in Art. 16 Abs. 2, wo darauf abgestellt wird, ob ein Rechtsverhältnis zwischen dem Schulträger und der Person, welche die schulische Gesundheitsvorsorge tatsächlich durchführt, besteht).

Art. 15

Art. 15 zählt die obligatorischen Vorsorgemassnahmen abschliessend auf. Die Regierung wird gestützt auf Art. 12 die einzelnen Vorsorgemassnahmen in einer Verordnung inhaltlich umschreiben, wobei Folgendes vorgesehen ist:

- a) Jährliche Zahnuntersuchung:
 - Karieskontrolle, Mundhygienestatus, Stand des Zahnwechsels, kieferorthopädische Kurzbeurteilung;



- Fluoridierung der bleibenden Backen- sowie der Milchbackenzähne (nur mit Zustimmung der Eltern);
- Einmalige Bissflügelaufnahme in der Oberstufe zum Erkennen von Karies (nur mit Zustimmung der Eltern).
- b) Zahnprophylaxe:
 - Orientierung über eine gesunde Ernährung;
 - Anleitung zur Mundhygiene und zur richtigen Zahnpflege.
- c) Periodische Untersuchung des Gesundheitszustandes: während der Volksschulzeit drei schulärztliche Untersuchungen mit folgenden – nach Altersstufe unterschiedlichen – Untersuchungsschwerpunkten:
 - Messen von Länge und Gewicht;
 - Abhören der Herztöne;
 - Messen von Puls und Blutdruck;
 - Kontrolle von Augen und Gehör;
 - Beurteilung des Bewegungsapparates;
 - Individuelle Beratung in Fragen der Gesundheit und Pubertät;
 - Früherkennung von Risikogruppen.
- d) Impfkontrolle: Überprüfung des Impfausweises

Das Obligatorium richtet sich an die Schülerinnen und Schüler bzw. deren Eltern. Diese bzw. die Inhaberin und der Inhaber der elterlichen Sorge werden in Abs. 2 ausdrücklich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass ihr Kind an den obligatorischen Vorsorgemassnahmen teilnimmt. Die ausdrückliche Verpflichtung ist erforderlich, da nach Art. 141 Abs. 1 Bst. a ein Verstoß gegen die Sorgspflicht mit Busse bestraft werden soll. Verweigert das Kind selbst die Teilnahme an einer obligatorischen Vorsorgemassnahme, die in seine höchstpersönlichen Rechte eingreift, könnten die Eltern nicht belangt werden (vgl. Art. 15 Abs. 2 Satz 2).

Anzumerken ist, dass es der Inhaberin oder dem Inhaber der elterlichen Sorge freisteht, die obligatorischen Vorsorgemassnahmen durch eine freigewählte Fachperson (Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt oder Dentalhygienikerin/Dentalhygieniker) durchführen zu lassen statt vom Schulgesundheitsdienst. Der Schulträger kann jedoch einen Nachweis verlangen, dass die obligatorischen Vorsorgemassnahmen durchgeführt wurden (zu den Kosten siehe die Erläuterungen zu Art. 16).

Die Teilnahme an den übrigen Massnahmen der schulischen Gesundheitsvorsorge ist freiwillig und erfordert die Zustimmung der Schülerin oder des Schülers bzw. – wenn die Schülerin oder der Schüler in Bezug auf die zu beurteilende Massnahme nicht urteilsfähig ist – der Inhaberin oder des Inhabers der elterlichen Sorge.

Vorbehalten sind aufgrund von Art. 18 Impfungen, die aufgrund der Epidemiengesetzgebung für obligatorisch erklärt werden.

Art. 16

Art. 16 Abs. 1 und 2 regeln, wer die Kosten der obligatorischen Vorsorgemassnahmen tragen muss und in welcher Höhe. Wird eine Vorsorgemassnahme vom Schulgesundheitsdienst durchgeführt, übernimmt der Schulträger wie bisher die vollen Kosten der Massnahme. Als Schulgesundheitsdienst gelten alle Personen, die in direktem Auftrag des Schulträgers Vorsorgemassnahmen durchführen, also angestellte und/oder gewählte Schulärztinnen und Schulärzte, aber auch Ärztinnen und Ärzte, die sich gegenüber dem Schulträger vertraglich verpflichtet haben, Vorsorgemassnahmen im Auftrag des Schulträgers durchzuführen. Da zwischen diesen Perso-



nen und dem Schulträger eine Rechtsbeziehung besteht, die der Schulträger inhaltlich mitgestalten kann und die einen Einfluss auf die Kostenhöhe hat, rechtfertigt es sich, dem Schulträger die vollen Kosten aufzuerlegen.

Hingegen trägt die Inhaberin oder der Inhaber der elterlichen Sorge die Kosten selbst, wenn sie oder er eine obligatorische Vorsorgemassnahme nicht vom Schulgesundheitsdienst durchführen lässt, sondern eine andere Fachperson (Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt oder Dentalhygienikerin/Dentalhygieniker) damit beauftragt. Vorbehalten bleibt Abs. 2.

Hat der Schulträger gar keine Personen bezeichnet, die in seinem Auftrag obligatorische Vorsorgemassnahmen durchführen müssen, trägt er immer die vollen Kosten der obligatorischen Vorsorgemassnahmen. Die Eltern werden nicht mit Kosten belastet, obwohl sie die Fachperson selber beauftragen.

Der Schulträger kann nach Abs. 3 die Kosten von weiteren Vorsorgemassnahmen übernehmen. Abs. 3 bildet in diesen Fällen die gesetzliche Grundlage für die Ausgabe, so dass der Schulträger nur noch über einen entsprechenden Budgetposten verfügen muss.

3.1.2.c Weitere Bereiche der Gesundheitsvorsorge

Art. 17

Art. 17 Abs. 1 wird teilweise von Art. 21 EpG überlagert, der die Kantone verpflichtet, Impfungen gegen übertragbare Krankheiten zu fördern. Der Beitragstatbestand von Abs. 2 beschränkt sich aber nicht auf nationale Impfprogramme gegen übertragbare Krankheiten, sondern umfasst auch kantonale Impfprogramme sowie Impfprogramme gegen nicht übertragbare Krankheiten.

Art. 18

Art. 18 sieht vor, dass die Regierung Impfungen für obligatorisch erklären kann. Die Bestimmung wird allerdings teilweise durch Art. 22 EpG überlagert, der im Bereich der übertragbaren Krankheiten nur ein beschränktes Impfblogatorium zulässt. Ein Obligatorium ist nach Art. 22 EpG nur im Fall einer erheblichen Gefahr zulässig und muss auf gefährdete Bevölkerungsgruppen beschränkt werden. Dementsprechend handelt es sich bei Art. 18 lediglich um eine Ausführungsbestimmung zu Art. 22 EpG und nicht um die eigenständige kantonrechtliche Grundlage eines kantonalen Impfblogatoriums. Allerdings wird durch Art. 18 die bisher in Art. 52 Abs. 3 des geltenden Gesundheitsgesetzes ausdrücklich gewährleistete Freiwilligkeit von öffentlichen Impfungen aufgehoben. Anzumerken ist, dass sich diese Freiwilligkeit schon bisher nicht auf Impfungen erstreckte, die der Bundesrat im Fall einer besonderen Lage gestützt auf Art. 6 Abs. 2 Bst. d EpG anordnen kann.

Art. 19

Ein Programm im Sinn von Art. 19 ist auf die systematische, niederschwellige Früherkennung von Krankheiten in der gesamten Bevölkerung oder bei bestimmten Personengruppen ausgerichtet. Es zielt darauf ab, Krankheiten vor dem Auftreten von Symptomen frühzeitig zu diagnostizieren, damit die Krankheit rechtzeitig behandelt werden kann (vgl. dazu auch vorn die Erläuterungen zu Art. 7 Abs. 1 Bst. c).

Die Einschränkung in Abs. 2, wonach Beiträge an Programme zur Früherkennung nur zulässig sind, wenn die Früherkennung nicht von Dritten kostendeckend angeboten werden kann, gilt nicht für nationale Programme (Abs. 3).

Art. 20

Art. 20 übernimmt inhaltlich den Restbestand aus Art. 53 des geltenden Gesundheitsgesetzes, soweit dieser heute noch eine Bedeutung hat.



Art. 53 GesG bildete ursprünglich die gesetzliche Grundlage für die Verordnung über die Hygiene im Coiffeurberuf vom 17. Dezember 1962 und die Verordnung über die gesundheitspolizeilichen Anforderungen an die Wasseraufbereitungsanlagen in öffentlichen Bädern mit künstlichen Becken vom 15. Dezember 1970. Die Verordnung über die Hygiene im Coiffeurberuf wurde vor längerer Zeit aufgehoben und die gesundheitspolizeilichen Anforderungen an die Wasserqualität in Bädern, die nicht natürlich befüllt werden, sind heute durch das Bundesrecht, insbesondere in der Verordnung des EDI über Trinkwasser sowie Wasser in öffentlich zugänglichen Bädern und Duschanlagen (SR 817.022.11) geregelt.

Entsprechend dem verbliebenen, deutlich engeren Anwendungsbereich von Art. 53 des geltenden Gesundheitsgesetzes ermächtigt Art. 20 die Regierung nur noch zum Erlass von gesundheitspolizeilichen Vorschriften für öffentlich zugängliche Naturbäder und bildet neu die gesetzliche Grundlage für die Naturbäderverordnung (sGS 313.75).

Art. 21

Zu den Regelungen der Bundesgesetzgebung vgl. den Überblick vorn in Abschnitt 2.7.2.

Im Unterschied zum Bundesrecht (vgl. Art. 3 BSP) verbietet Art. 21 Abs. 2 Bst. a Raucherlokale. Als Raucherlokal gilt ein Restaurationsbetrieb, der nicht nur ein Rauchzimmer im Sinn von Art. 21 Abs. 2 Bst. b bzw. Art. 2 Abs. 2 BSP führt, sondern in dem in allen Räumen bzw. auf der Gesamfläche das Rauchen erlaubt ist. Dieses Verbot war bisher in Art. 52^{quater} des geltenden Gesundheitsgesetzes enthalten. Da die genannte Bestimmung nicht integral ins neue Gesundheitsgesetz überführt wird (vgl. dazu vorn Abschnitt 2.7.2), müssen Raucherlokale ausdrücklich verboten werden.

Abs. 2 Bst. b erhöht das Alter für den Zutritt zum Rauchzimmer von bisher 16 Jahren (vgl. Art. 52^{sexies} Abs. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes) auf 18 Jahre. Diese Erhöhung rechtfertigt sich, da sich die Altersgrenze für den Erwerb von Tabakprodukten (und von elektronischen Zigaretten) aufgrund von Art. 23 TabPG ebenfalls auf 18 Jahre erhöht hat.

Abs. 2 Bst. c führt die Regelung von 52^{sexies} Abs. 1 des geltenden Gesundheitsgesetzes weiter, wonach in Rauchzimmern keine Ausschankvorrichtungen vorhanden sein dürfen.

Abs. 2 Bst. d führt ein Rauchverbot auf öffentlich zugänglichen Kinderspielplätzen ein. Der Begriff «öffentlich zugänglich» orientiert sich an Art. 1 BSP. Er bedeutet nicht, dass der Kinderspielplatz auf öffentlichem Grund stehen muss. Auch der Kinderspielplatz einer privaten Wohnsiedlung mit vielen Bewohnerinnen und Bewohnern gilt als öffentlich zugänglich. Nicht öffentlich zugänglich ist hingegen ein Kinderspielplatz, der nur einer kleinen Anzahl von Nutzerinnen und Nutzern zur Verfügung steht, z.B. der Kinderspielplatz auf dem Grundstück eines Ein- oder Zweifamilienhauses. Das Rauchverbot beschränkt sich auf Spielplätze, die vorab für Kinder bestimmt sind. Damit sind nicht alle minderjährigen Personen gemeint. So sind etwa eine Skateranlage, ein Pumptrack oder eine Parkouranlage kein Kinderspielplatz, da solche Anlagen sehr stark auch oder gar ausschliesslich von Jugendlichen benützt werden.

Abs. 3 schafft die kantonalrechtliche Grundlage dafür, dass anerkannte Fachorganisationen mit der Durchführung von Testkäufen nach Art. 24 TabPG beauftragt werden können. Nach Satz 2 von Abs. 3 werden die Kosten aus der Durchführung von Testkäufen durch verwaltungsexterne Organisationen der Spezialfinanzierung nach Art. 14 SuG zu belasten (vgl. dazu Art. 7 Abs. 2), wobei das Verfahren nach Art. 14 Abs. 2 SuG einzuhalten ist. Das bedeutet konkret, dass die Regierung durch die Freigabe von Mitteln aus dem Alkoholzehntel darüber entscheidet, in welchem Umfang Testkäufe durchgeführt werden können (vgl. dazu auch die gleichlautende Anpassung im Einföhrungsgesetz zur eidgenössischen Lebensmittelgesetzgebung [sGS 315.1], hinten bei den Drittänderungen Abschnitt 3.2.1)



Art. 22

Vgl. dazu Abschnitt 2.2.2 e).

3.1.3 Gesundheitsversorgung

3.1.3.a Neue Versorgungsansätze

Art. 23

Zu den verschiedenen Fördertatbeständen vgl. die Ausführungen vorn in Abschnitt 2.3.2. Ergänzend ist anzumerken, dass Satz 2 von Art. 23 Abs. 2 Bst. c eine Doppelsubventionierung von integrierten Versorgungsmodellen verhindern soll. Beiträge an ein integriertes Versorgungsmodell können gestützt auf Art. 23 Abs. 2 Bst. c oder gestützt auf Art. 24 Abs. 1 Bst. c SPFG ausgerichtet, nicht aber kumuliert werden.

Ergänzend ist zu Art. 23 Abs. 2 Bst. d anzumerken, dass im Bereich der digitalen Dienste bzw. der Gewährleistung von Interoperabilität und Informationssicherheit nur Beiträge ausgerichtet werden für Massnahmen, die sich überbetrieblich auswirken, z.B. das Erarbeiten von Datenstandards. Hingegen werden einzelbetriebliche Massnahmen, wie z.B. der Anschluss an ein bestehendes digitales System, nicht mit Beiträgen unterstützt.

Die Ausrichtung von Beiträgen nach Abs. 2 Bst. a, b und d setzt im Weiteren grundsätzlich voraus, dass sich die Beitragsempfängerin oder der Beitragsempfänger wenigstens zur Hälfte an den Kosten der Massnahme beteiligt, die durch den Beitrag unterstützt wird (vgl. Art. 23 Abs. 3). Daraus folgt jedoch nicht, dass die Kosten grundsätzlich im Verhältnis 1:1 aufgeteilt werden sollen, sondern die für die Beitragsgewährung zuständige Stelle hat einen angemessenen Beitrag der Beitragsempfängerin oder des Beitragsempfänger zu verlangen, der je nach Art der Massnahme auch deutlich höher als 50 Prozent der Kosten sein kann. Zudem werden nur Massnahmen unterstützt, welche die Digitalisierung mitumfassen. Die entsprechenden Massnahmen müssen also mindestens in einem Teilbereich eine Digitalisierung der Leistungen bewirken oder verbessern.

3.1.3.b Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung

Art. 24

Art. 24 übernimmt in unveränderter Form Art. 21^{ter} des geltenden Gesundheitsgesetzes, der im Rahmen der Anpassung der Organisation der Spitalverbunde am 25. Juni 2024 mit dem V. Nachtrag zum GSV ins Gesundheitsgesetz eingefügt worden war.

Zum Begriff des Gesundheits- und Notfallzentrums kann auf die Erläuterungen in der Botschaft zum IV. Nachtrag zum GSV (ABI 2020-00.016.254, Abschnitte 3.3.1 und 7.1) sowie auf Art. 2^{bis} GSV in der Fassung gemäss IV. Nachtrag zum GSV verwiesen werden.

Art. 25

Art. 25 präzisiert die verschiedenen Beitragstatbestände des geltenden Gesundheitsgesetzes aus dem Bereich der Gesundheits**versorgung** und fasst sie in einer Bestimmung zusammen. Beiträge für die Gesundheits**vorsorge** laufen neu alle über die Beitragstatbestände, die im II. Kapitel geregelt sind, insbesondere über Art. 9 Abs. 2 Bst. b (vgl. dazu die synoptische Darstellung der bestehenden Beiträge in der Tabelle hinten in Abschnitt 4).

Abs. 1 Bst. a ersetzt Art. 18 Abs. 2 und Art. 52 Abs. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes. Er bildet Grundlage für Beiträge an Dritte, die medizinische oder pflegerische Leistungen erbringen. Kumulative Voraussetzung ist, dass die Leistungen im öffentlichen Interesse sind und dass sie ohne staatliche Unterstützung nicht angeboten werden. Das neue Gesundheitsgesetz enthält allerdings auch spezifische Beiträge an medizinische oder pflegerische Leistungen, z.B. die Beiträge an Rettungsorganisationen nach Art. 52. Solche spezifische Beitragstatbestände gehen Art.



25 Abs. 1 Bst. a vor. Es ist nicht zulässig, einen Beitrag, der thematisch durch einen spezifischen Beitragstatbestand geregelt wird, über Art. 25 Abs. 1 Bst. a laufen zu lassen, um dadurch die engeren Beitragsvoraussetzungen des spezifischen Beitragstatbestands zu umgehen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Art. 25 Abs. 1 Bst. a Beiträge an Dritte regelt und nicht die Entschädigung, die Dritten zusteht, wenn sie für den Kanton eine Aufgabe erledigen, die originär in den Aufgabenbereich des Kantons fällt (vgl. insb. Art. 54)

Abs. 1 Bst. b ersetzt Art. 19 Abs. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes.

Abs. 1 Bst. c bildet neu Grundlage für die Förderung der Hausarztmedizin. Insbesondere wird damit der spezielle Ausbildungsgang «Curriculum Hausarztmedizin Ostschweiz» unterstützt, der vom Kantonsspital geführt wird.

Abs. 1 Bst. d ersetzt Art. 21a des geltenden Gesundheitsgesetzes. Es geht hier insbesondere um die Beratung von «normalen» Pflegebetrieben im Bereich der palliativen Pflege und um die Koordination von palliativen Angeboten. Beiträge an den Zusatzaufwand für die palliative Langzeitpflege sind ausdrücklich ausgenommen, da diese in Art. 31 geregelt sind.

Abs. 1 Bst. e bildet neu die gesetzliche Grundlage für Beiträge an Organisationen, welche die Interessen von Patientinnen und Patienten vertreten und diese in rechtlichen und medizinischen Fragen beraten und unterstützen. Unterstützt werden nur gemeinnützige Organisationen.

Abs. 2 regelt die Beiträge an Organisationen der Arbeitswelt (OdA) für die Umsetzung von Aufgaben, die ihnen das Berufsbildungsrecht zuweist. Diese Beiträge werden in Abs. 2 gesondert geregelt, damit die Ausnahme von Abs. 1 Bst. b nicht anwendbar ist. Neben der OdA Gesundheit Soziales, die jährlich mit Fr. 420'000.– unterstützt wird (je hälftig von Gesundheitsdepartement und Departement des Innern), fallen weitere OdA von Gesundheitsberufen in den Anwendungsbereich von Abs. 2.

3.1.3.c Langzeitpflege

Vorbemerkung

Langzeitpflege bezeichnet die Pflege und Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf über einen längeren Zeitraum, wenn diese wegen ihres hohen Alters, einer Krankheit oder einer Behinderung nicht mehr in der Lage sind, alle alltäglichen Aufgaben allein zu bewältigen (vgl. vorn Abschnitt 2.4.1).

Art. 26

Die Angebotsplanung hat sich auf konkrete Daten zu stützen, insbesondere auf die Prognosewerte des zuständigen Departementes, die ebenfalls datenbasiert errechnet werden.

Damit die benötigten Daten beim Kanton vorhanden sind, begründet Abs. 2 eine Datenlieferungspflicht für Pflegeheime und Spitex-Betriebe. Die Datenlieferungspflicht gilt nicht für stationäre Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung sowie für «Einpersonen-Spitex-Betriebe», da diese nicht unter den Begriff des Pflegeheims oder des Spitex-Betriebs fallen (vgl. dazu Art. 6 Bst. c und e). Inhaltlich sind nicht nur die Daten zu liefern, die für die Angebotsplanung benötigt werden, sondern auch Daten, welche die Regierung für die Festsetzung der Höchstansätze³⁹, Normkosten⁴⁰ und Abgeltungen für Zusatzleistungen⁴¹ nach dem PFG benötigt.

³⁹ Art. 6 PFG.

⁴⁰ Art. 17e PFG.

⁴¹ Art. 17g PFG.



Die Datenlieferungspflicht gilt zudem nicht für Daten, die der Kanton beim Bundesamt für Statistik (BfS) beziehen kann. Dadurch soll vermieden werden, dass die Leistungserbringer dieselben Daten an mehrere Behörden liefern müssen. Allerdings darf das BfS dem Kanton nur Daten bekannt geben, die für die Planung des stationären Bereichs erforderlich sind, jedoch keine Daten für die Angebotsplanung im Spitex-Bereich (vgl. Art. 30b Abs. 1 Bst. b Ziff. 1 KVV), so dass sich in diesem Bereich doppelte Datenlieferung nicht vermeiden lassen.

Art. 27

Die Pflicht der politischen Gemeinde zur Angebotsplanung umfasst bei den Pflegeheimen nur Einrichtungen zur stationären Betreuung oder Pflege von betagten Menschen, nicht aber stationäre Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung (vgl. dazu vorn die Erläuterungen zu Art. 6 Bst. c). Bei den Spitex-Leistungen ist hingegen auch die Pflege von Menschen mit Behinderung in die Angebotsplanung einzubeziehen, soweit es sich nicht um spezialisierte Langzeitpflege im Sinn von Art. 6 Bst. f handelt (vgl. dazu nachfolgenden Absatz).

Als Grundangebot gilt die Langzeitpflege, die keine spezialisierte Langzeitpflege im Sinn von Art. 6 Abs. 1 Bst. f ist. Zudem werden die nicht-pflegerischen Leistungen im Sinn von Art. 35, die in Pflegeheimen und von Spitex-Betrieben erbracht werden, von der Pflicht zur Angebotsplanung nicht erfasst, da sie nicht unter den Begriff der Langzeitpflege fallen.

Die Angebotsplanung vermittelt Leistungserbringern keinen Rechtsanspruch, auf die Pflegeheimliste aufgenommen zu werden oder als Spitex-Betrieb eine Leistungsvereinbarung mit der politischen Gemeinde abschliessen zu können. Dies gilt zumindest für private Anbieter. Die politische Gemeinde hat einen bedingten Anspruch auf Aufnahme ihres Pflegeheims auf die Pflegeheimliste, wenn sie sonst ihre Verpflichtung aus Art. 31 Abs. 1 Bst. a nicht erfüllen kann.

Die Angebotsplanung des Kantons für die spezialisierte Langzeitpflege umfasst sowohl die ambulante als auch die stationäre Langzeitpflege.

Art. 28

Art. 28 auferlegt den Gemeinden, ihre Angebotsplanung mit den benachbarten Gemeinden oder den Gemeinden einer Planungsregion zu koordinieren. Diese Koordinationspflicht lehnt sich an Art. 39 Abs. 2 KVG an, der die Kantone verpflichtet, ihre Spitalplanung zu koordinieren. Es wird erwartet, dass die Gemeinden nicht nur den «eigenen» Bedarf und das eigene Angebot, sondern auch «Patientenströme» berücksichtigen. Eine Gemeinde soll nicht nur den Bedarf der eigenen Wohnbevölkerung, sondern auch die Nachfrage aus und ein allfälliges Überangebot in benachbarten Gemeinden in ihre Angebotsplanung einbeziehen.

Abs. 2 sieht vor, dass die Regierung Planungsregionen festlegen kann. Die Regierung wird von dieser Kompetenz allerdings erst dann Gebrauch machen, wenn die Koordinationsbemühungen der Gemeinden nicht erfolgreich sind.

Art. 29

Nach Art. 39 Abs. 3 KVG gelten die Voraussetzungen für die Zulassung von Spitälern sinngemäss auch für Pflegeheime. Dementsprechend müssen Pflegeheime, die ihre Leistungen zulasten der OKP abrechnen, auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt sein. Der Verweis in Abs. 1 auf die Vorgaben des Krankenversicherungsrechts verdeutlicht u.a., dass die Pflegeheimliste periodisch überprüft werden muss (vgl. Art. 58a Abs. 2 KVV).

Die Pflegeheimliste wird im Amtsblatt veröffentlicht, was mit der Regelung für die Spitallisten übereinstimmt (vgl. Art. 9 Abs. 1 SPFG). Nach Eintritt der Rechtskraft (Beschwerderecht nach Art. 53 KVG) werden die Pflegeheimliste wie auch die Spitallisten als rechtsetzender Erlass der



Regierung gestützt auf Art. 9 Abs. 1 Bst. c des Publikationsgesetzes (sGS 140.3) zudem in der Gesetzessammlung veröffentlicht.

Art. 30

Das Angebot ist bedarfsgerecht, wenn es der Angebotsplanung nach Art. 27 und damit auch den Prognosewerten nach Art. 26 entspricht.

Die politische Gemeinde muss das Grundangebot nicht zwingend selbständig erbringen. Sie kann sich mit anderen Gemeinden zusammenschliessen, wobei als Zusammenarbeitspartner nicht nur andere politische Gemeinden, sondern auch Ortsgemeinden in Frage kommen (anders noch Art. 28 Abs. 2 Bst. a SHG). Sie kann die Versorgungsleistungen auch durch Dritte erbringen lassen, wobei im Bereich der Spitex-Leistungen auch Dritte tätig sein können, die nicht über einen Leistungsauftrag der Gemeinde verfügen (vgl. Art. 30 Abs. 1 Bst. b).

Art. 31

Die spezialisierte Langzeitpflege fällt in die Zuständigkeit des Kantons. Er muss das bedarfsgerechte Angebot allerdings nicht sicherstellen, sondern in Fortführung der Bestimmung von Art. 28 Abs. 3 SHG lediglich fördern.

Die Beiträge des Kantons nach Abs. 2 (vgl. bisher Art. 30b SHG) heben die Zuständigkeit der Gemeinden für die Restkostenfinanzierung weder auf, noch vermindern sie diese. Der Kanton leistet nur an den Zusatzaufwand, der durch die spezialisierte Langzeitpflege entsteht, einen Beitrag, nicht aber an die gleichzeitig anfallende «normale» Langzeitpflege.

Art. 32

Keine Anmerkungen.

Art. 33

Bst. a entspricht im Wesentlichen Art. 36^{ter} Bst. a des bisher geltenden Gesundheitsgesetzes. Bst. b wird um die Pflegeheime erweitert, da diese neu im Gesundheitsgesetz geregelt werden, und auf alle Gemeindearten ausgedehnt, da Pflegeheime teilweise von Spezialgemeinden betrieben werden.

Art. 34

Mit dieser Bestimmung werden diejenigen Teile von Art. 23 und Art. 36^{bis} des bisher geltenden Gesundheitsgesetzes, die nicht bereits in den neuen Art. 27, 28 und 30 enthalten sind, ins neue Gesundheitsgesetz übernommen. Gleichzeitig wird die teilweise Integration von Art. 36^{quater} in Art. 17 PFG korrigiert bzw. die entsprechenden Bestimmungen ins Gesundheitsgesetz rückübertragen. Das PFG regelt nur die Finanzierung der Pflegeleistungen (vgl. Art. 1 PFG) bzw. die Restkostenfinanzierung im Sinn von Art. 25a Abs. 5 KVG, weshalb die in Art. 17 PFG geregelten Beiträge für nicht-pflegerische Leistungen im PFG ein Fremdkörper sind.

Ergänzende Dienstleistungen im Sinn von Abs. 2 sind z.B. Beratung in Gesundheitsfragen, Tagesheime, Abend- und Nachtdienste, Pikettdienste, Mahlzeitendienst, präventive Hausbesuche, Notrufdienst, Transportdienst (vgl. die Botschaft der Regierung zum Gesetz über die Umsetzung des NFA in: ABI 2007, Nr. 9, S. 696).

3.1.3.d Ausbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen

Art. 35 bis 40

Diese Bestimmungen entsprechen inhaltlich den Art. 2 bis 5, Art. 8 und 9 sowie Art. 17 EG-BFAP (vgl. dazu vorn Abschnitt 1.2.3). Art. 35 nGesG unterscheidet sich im Wortlaut von Art. 2 EG-



BFAP, um klarzustellen, dass die Bedarfsplanung auf die Angebotsplanung nach Art. 26 abzustellen ist und es nicht eine zusätzliche kantonale Versorgungsplanung gibt. Zudem werden die Begriffsdefinitionen aus Art. 1 Bst. a und b EG-BFAP nicht in die Begriffsdefinitionen von Art. 6 übernommen, sondern Art. 35 regelt direkt, dass es um Ausbildungsplätze für die praktische Ausbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen geht und zwar um die von der Regierung bestimmten Gesundheitsberufe. Dementsprechend sind mit dem Begriff «Ausbildungsplätze» in Art. 36 jeweils die Ausbildungsplätze nach Art. 35 gemeint.

Der Begriff «Ausbildungsplatz Pflege» in Art. 40 Abs. 1 meint wie bisher nach Art. 1 Bst. a EG-BFAP einen Arbeitsplatz für die praktische Ausbildung zur Pflegefachfrau HF oder zum Pflegefachmann HF oder zur Pflegefachfrau FH oder zum Pflegefachmann FH.

Hinsichtlich Art. 36 ist darauf hinzuweisen, dass «Einpersonen-Spitex-Betriebe» nicht unter den Begriff des Pflegeheims oder des Spitex-Betriebs fallen (vgl. dazu Art. 6 Bst. c und e) und dementsprechend keine Ausbildungsverpflichtung haben. Sie können sich aber – wenn sie dennoch Ausbildungsplätze anbieten – einem Ausbildungsverbund nach Art. 39 anschliessen und ihren Ausbildungsplatz dort einbringen.

Art. 40 regelt im Unterschied zur Art. 8 EG-BFAP auch die Rückforderung von Beiträgen, die im EG-BFAP in einer eigenen Bestimmung (Art. 17 EG-BFAP) geregelt ist. Inhaltlich sind die beiden Regelungen im Wesentlichen identisch. In Art. 40 Abs. 5 wird jedoch die handelnde Person, die durch ein strafbares Verhalten Beiträge erschleichen oder zweckwidrig verwenden kann, genauer bezeichnet, da ein Ausbildungsverbund selbst keine strafbaren Handlungen begehen kann.

3.1.3.e Ambulanter Notfalldienst

Nach Art. 50^{bis} Abs. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes sind Medizinalpersonen, die über eine BAB verfügen, verpflichtet, am Notfalldienst ihrer Standesorganisation teilzunehmen. Eine Medizinalperson kann von der Erfüllung dieser Pflicht befreit werden, hat dann aber eine Ersatzabgabe zu leisten.

Das Verwaltungsgericht beurteilte in seinem Entscheid B 2023/225 vom 8. Januar 2025 die gesetzliche Grundlage der Ersatzabgabe im Kanton St.Gallen als ungenügend. Seither ist es nicht mehr zulässig, eine Ersatzabgabe zu verlangen, wodurch den Standesorganisationen der Ärztinnen und Ärzte erhebliche Einnahmen wegfallen, mit denen sie Entschädigungen für geleistete Notfalldienste ausrichteten. Um zu verhindern, dass die Ärztinnen und Ärzte wegen der Kombination dieser beiden negativen Faktoren (Wegfall der Entschädigungen und Wegfall der «Sanktion» in Form der Ersatzabgabe) in grosser Zahl den Notfalldienst verweigern, und um zu verhindern, dass der Kanton den Wegfall der Einnahmen aus der Ersatzabgabe kompensieren muss, hat die Regierung beschlossen, im Rahmen der Gesetzesvorlagen für das Entlastungspaket 2026 einen XV. Nachtrag zum (geltenden) Gesundheitsgesetz vorzuschlagen. Darin soll der Notfalldienst neu geregelt und eine ausreichende gesetzliche Grundlage für die Ersatzabgabe geschaffen werden. In einem zweiten Schritt werden dann die Bestimmungen des XV. Nachtrags zum GesG unverändert in den Entwurf des neuen Gesundheitsgesetzes übernommen. Dies erfolgt allerdings erst nach Abschluss der Vernehmlassung bzw. erst wenn der XV. Nachtrag zum GesG vom Kantonsrat verabschiedet ist.

3.1.3.f Rettungswesen

Art. 51

Art. 51 übernimmt im Wesentlichen Art. 18^{bis} des geltenden Gesundheitsgesetzes, nimmt allerdings die Seerettung, die Bergrettung und die Rettung aus der Luft aus (vgl. dazu vorn Abschnitt 2.7.4). Unter sanitätsdienstlicher Rettung wird vorab die präklinische Versorgung der Patientinnen



und Patienten verstanden, d.h. die medizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten am Ort des Notfallereignisses und ihren Transport in ein Notfallspital.

Abs. 2 bezeichnet neu den Betrieb einer Sanitätsnotrufzentrale ausdrücklich als Aufgabe des Kantons, was aber der bisherigen, langjährigen Praxis entspricht. Die Sanitätsnotrufzentrale deckt das ganze Gebiet des Kantons ab, einschliesslich der Gewässer. In diesem Bereich ist der Vorbehalt der Seerettung nicht anwendbar.

Die zuständige Stelle des Kantons kann wie bisher die Erledigung der Aufgaben aus Abs. 1 und 2, d.h. die Organisation und Durchführung der sanitätsdienstlichen Rettung und/oder den Betrieb der Sanitätsnotrufzentrale, an Dritte übertragen. Als Dritte gelten insbesondere selbständige Rettungsorganisationen wie die Rettung St.Gallen AG oder die Regio 144. Da lediglich die Erledigung der Aufgabe übertragen wird und nicht die Verpflichtung aus Abs. 1 selbst, muss die Aufgabe den Dritten nicht durch Erlass übertragen werden, sondern die zuständige Stelle des Kantons kann die Dritten direkt – d.h. durch Leistungsvereinbarung – beauftragen.

Art. 52

Art. 52 bildet die Grundlage für Beiträge an Organisationen, die Leistungen im Bereich der Bergrettung oder der Rettung aus der Luft erbringen. Bei der Bergrettung und der Rettung aus der Luft macht die Suche nach verunfallten Personen und deren Bergung oft einen grossen Teil des Rettungseinsatzes aus. Der Begriff der Rettung nach Art. 52 geht daher über den Begriff der sanitätsdienstlichen Rettung nach Art. 51 hinaus.

Art. 53

Art. 53 Abs. 1, 3 und 4 entsprechen inhaltlich Art. 21^{bis} des geltenden Gesundheitsgesetzes. Zur Kommentierung kann daher im Wesentlichen auf die Botschaft der Regierung vom 21. Oktober 2003 zum Bevölkerungsschutzgesetz verwiesen werden (vgl. ABI 2003, 2399, insb. 2425). Allerdings wird der Anwendungsbereich umfassend auf grosse Schadenereignisse ausgedehnt und beschränkt sich nicht mehr auf ausserordentliche Lagen im Sinn von Art. 16c des Bevölkerungsschutzgesetzes (sGS 421.1; abgekürzt BevSG). Als grosses Schadenereignis gilt ein Schadenereignis mit mehr als fünf verletzten Personen.

Zudem hält Abs. 1 neu ausdrücklich fest, dass der Kanton lediglich Vorsorge für die medizinische Versorgung, die psychologische Betreuung und die sanitätsdienstliche Rettung bei grossen Schadenereignissen treffen muss. Das heisst, er muss organisieren, wie die medizinische Versorgung, psychologische Betreuung und sanitätsdienstliche Rettung bei einem grossen Schadenereignissen ablaufen sollen. Er muss die Versorgung, Betreuung oder Rettung jedoch nicht durch eigene Mittel sicherstellen.

Hingegen kann er Beiträge an Dritte ausrichten, die Vorhalteleistungen für grosse Schadenereignisse erbringen. Insbesondere kann er Beiträge an Dritte für die Organisation der Psychologischen Ersten Hilfe gewähren sowie an Träger von Feuerwehren, die sanitätsdienstliche Einsatzmittel für grosse Schadenereignisse bereithalten. Dies betrifft aktuell die Sanitätszüge einzelner Feuerwehren und die Sanitätshilfsstelle des Sicherheitsverbands Region Wil. Es handelt sich bei Abs. 2 um eine Kann-Bestimmung. Es besteht kein Anspruch auf Beiträge. Insbesondere kann der Kanton anhand seiner Vorsorgeplanung frei entscheiden, in welchen Regionen Beiträge an sanitätsdienstliche Einsatzmittel von Feuerwehren gewährt werden sollen. Zudem sind Doppelsubventionierungen ausgeschlossen, was insbesondere die Organisation der psychologischen Betreuung betrifft, die aktuell durch den Psychiatrieverbund «Psychiatrie St.Gallen» erfolgt und als gemeinwirtschaftliche Leistung nach dem SPFG abgegolten wird.



3.1.3.g Übertragbare Krankheiten

Art. 54 und 55

Der Kanton kann die Gemeinden und Dritte zur Abwehr und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten beiziehen. Allerdings sehen Art. 54 und Art. 55 zwei unterschiedliche Arten des Beitrags vor.

Werden gestützt auf Art. 54 Massnahmen zur Abwehr und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Dritte durchgeführt, beruht dies auf einer Vereinbarung zwischen dem Kanton und dem Dritten, in der unter anderem die Entschädigung geregelt wird. Beim Dritten kann es sich um eine natürliche Person oder um eine juristische Person des Privatrechts oder des öffentlichen Rechts handeln, z.B. eine Apothekerin, eine Arztpraxis, einen Verein oder ein öffentlich-rechtliches Spital. Denkbar ist auch eine Vereinbarung zwischen dem Kanton und einer politischen Gemeinde. Bei dieser Art der Zusammenarbeit können nur Aufgaben zur Erledigung übertragen werden, die keine hoheitlichen Befugnisse voraussetzen. Zudem sind je nach Art der Massnahme die gesundheitspolizeilichen Bewilligungspflichten zu beachten. Insbesondere muss die beauftragte Person über eine BAB als Ärztin oder Arzt verfügen, wenn sie ärztliche Massnahmen durchführen soll.

Die zuständige Stelle des Kantons kann aber auch bestimmte Aufgaben einseitig einer Gemeinde im Sinn von Art. 1 des Gemeindegesetzes (sGS 151.2; abgekürzt GG) – insbesondere einer politischen Gemeinde oder einer Schulgemeinde – zur Erledigung zuweisen. Die Regierung bezeichnet die entsprechenden Aufgaben durch Verordnung, während die zuständige Stelle des Kantons im konkreten Fall festlegt, welche Aufgaben eine Gemeinde übernehmen muss. Vorgesehen sind hier insbesondere die Kontrolle von Isolationsanordnungen, Durchführung von Testungen und Ähnlichem.

Weist der Kanton einer Gemeinde gestützt auf Art. 55 eine Aufgabe zu, leistet er einen Beitrag an die Kosten, die der Gemeinde aus der Erledigung der Aufgabe entstehen. Der Kanton übernimmt aber nicht die vollen Kosten.

3.1.4 Forschung und Datenerhebung

Art. 56

Art. 56 entspricht teilweise Art. 20 des bisher geltenden Gesundheitsgesetzes, der ursprünglich bezweckte, die Forschungstätigkeit des Kantonsspitals auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen (vgl. Botschaft des Regierungsrates zum [ersten] Entwurf eines Gesundheitsgesetzes vom 8. Januar 1974, ABl 1974, Nr.6, S. 156/157). Die Aufgaben des Kantonsspitals bzw. des Spitalverbundes sind heute in Art. 3 GSV geregelt und umfassen auch die Forschung. Zudem wird die Forschung heute mittels der Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen nach Art. 3 Abs. 1 bst. b SPFG unterstützt.

Art. 56 Abs. 2 erlaubt daher nur noch Beiträge an die anwendungsorientierte Forschung und nur, wenn die Beitragsempfängerin oder der Beitragsempfänger keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen für seine Forschungstätigkeit erhält. Damit sollen Doppelsubventionierungen vermieden werden. Der Wortlaut der Bestimmung verwendet zudem bewusst ein «wenn» und nicht «soweit», damit Forschungsgelder nicht aus GWL-Beträgen und Beiträgen nach Art. 56 Abs. 2 zusammengesetzt werden können. Es soll Transparenz über das Ausmass der Unterstützung für ein einzelnes Forschungsprojekt oder einen Forschungsbereich geschaffen werden.

Art. 57

Nach Art. 1 Abs. 1 Bst. b DSG sind Angaben über die Gesundheit einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person besonders schützenswerte Personendaten. Art. 57 schafft die



nach Art. 5 Abs. 2 Bst. a kt. DSG notwendige Grundlage für das Bearbeiten von solchen Gesundheitsdaten. Mit Bearbeiten ist jeder Umgang mit den Gesundheitsdaten im Sinn von Art. 1 Bst. e kt. DSG gemeint.

Abs. 2 erlaubt die Verwendung von Gesundheitsdaten aus obligatorischen Vorsorgemassnahmen der schulischen Gesundheitsvorsorge zu statistischen Zwecken (vgl. Art. 4 kt. DSG). Die Daten müssen dem Kanton aber in anonymisierter Form geliefert werden, da Art. 57 Abs. 2 keine Befreiung vom ärztlichen Berufsgeheimnis beinhaltet.

Abs. 3 stellt klar, dass Abs. 1 kein unbeschränktes Sammeln von Gesundheitsdaten zulässt. Zu beachten sind insbesondere:

- die Zweckbindung nach Art. 4 Abs. 1 und 2 kt. DSG. Dementsprechend ist es nicht ohne weiteres zulässig, Daten aus bestehenden Datensammlungen ins Datenmonitoring nach Art. 57 zu übernehmen;
- die Anonymisierungsvorschrift von Art. 7 kt. DSG;
- Art. 11 Bst. b des Statistikgesetzes (sGS 146.1; nachfolgend StatG) über die Aufnahme ins Mehrjahresprogramm. Art. 57 begründet keine gesetzlich vorgeschriebene Erhebung im Sinn von Art. 11 Bst. a StatG.

Art. 58

Nach Art. 16 Abs. 1 Bst. a des Gesetzes über Niederlassung und Aufenthalt (sGS 453.1; abgekürzt NAG) dürfen öffentliche Organe Daten aus der Einwohnerdatenplattform abrufen, wenn sie diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Impfprogramme und Programme zur Früherkennung von Krankheiten lassen sich nur dann effizient abwickeln, wenn der Erstkontakt zum Zielpublikum gezielt hergestellt werden kann, indem z.B. Personen einer bestimmten Altersgruppe oder eines bestimmten Geschlechts angeschrieben werden können. Art. 58 Abs. 1 anerkennt in diesem Sinn, dass für die Erfüllung dieser Aufgaben Daten aus der Einwohnerdatenplattform benötigt werden.

Den Organen, die sich mit der Durchführung solcher Programme befassen, wird aber nicht unbeschränkter Zugriff auf alle Daten gewährt, die in der Einwohnerdatenplattform vorhanden sind, sondern der Zugriff beschränkt sich nach Abs. 2 auf Daten, die zwingend benötigt werden und die nur mit unverhältnismässigem Aufwand auf andere Weise beschafft werden können.

3.1.5 Rechte der Patientinnen und Patienten

Art. 59

Der Geltungsbereich der Rechte der Patientinnen und Patienten deckt sich mit jenem der Berufspflichten (vgl. Art. 95). Er umfasst die Gesundheitsfachpersonen gemäss Art. 6 Bst. g sowie die Drogistinnen und Drogisten, Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker, sowie Logopädinnen und Logopäden (soweit diese Leistungen zulasten der OKP abrechnen) und die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter.

Im Weiteren hält Abs. 2 fest, dass die Rechte der Patientinnen und Patienten auch gegenüber Betrieben gelten, die Leistungen durch Personen erbringen, welche die Rechte der Patientinnen und Patienten zu beachten haben. Als Gegenstück haben diese Betriebe gewisse Pflichten, welche die Rechte der Patientinnen und Patienten spiegeln (vgl. z.B. Art. 113 zur Aufbewahrung der Patientendokumentation).

Art. 60

Art. 60 regelt nur das Einsichtsrecht gegenüber der Gesundheitsfachperson oder dem Betrieb, der die Patientendokumentation führt, und nicht z.B. gegenüber einem Versicherer oder einem



Gericht, das die Patientendokumentation bei seinen Akten hat. Zudem können gesetzliche Auskunftspflichten einen Anspruch auf Einsicht in die Patientendokumentation begründen, z.B. Auskunftspflichten der Gesundheitsfachperson gegenüber Sozialversicherern oder gegenüber der gesundheitspolizeilichen Aufsichtsbehörde.

Nach Art. 60 Abs. 1 richtet sich die Einsicht in die Patientendokumentation nach dem anwendbaren Datenschutzrecht (vgl. dazu vorn Abschnitt 2.5.2 a). Die betrifft sowohl die materiellen Voraussetzungen der Einsicht als auch das Verfahren. Die Frage, ob das kantonale oder das eidgenössische Datenschutzrecht anwendbar ist, lässt sich allerdings nicht immer schlüssig beantworten, da die beiden einschlägigen Gesetze ihren Geltungsbereich unterschiedlich anknüpfen. Aus diesem Grund unterstellt Abs. 2 alle (Gesundheits-)Betriebe mit einer öffentlich-rechtlichen Trägerschaft dem kt. DSG. Diese Unterstellung beschränkt sich allerdings auf Einsicht in die Patientendokumentation. Zudem gilt Abs. 2 nur für Betriebe mit einer öffentlich-rechtlichen Trägerschaft nach dem Recht des Kantons St.Gallen, nicht aber z.B. gegenüber dem Universitätsspital Zürich.

Mit Abs. 3 wird formellgesetzlich klargestellt, dass die Aufnahme eines privaten Leistungserbringers auf die Spitalliste oder die Pflegeheimliste nicht dazu führt, dass der Leistungserbringer einem öffentlichen Organ gleichgestellt wird und damit dem kantonalen Datenschutzgesetz untersteht (vgl. Art. 2 Abs. 1^{bis} kt. DSG). Diese Frage ist, soweit eine entsprechende ausdrückliche Regelung fehlt, in der Lehre umstritten.

Art. 61

Die Patientendokumentation steht im «Eigentum» der Person, die sie angelegt hat und nach Art. 98 zur Aufbewahrung verpflichtet ist. Es besteht kein Anspruch der Patientin oder des Patienten auf Herausgabe des Originals. Wer Anspruch auf Einsicht in eine Patientendokumentation hat, kann aber verlangen, dass die Daten alternativ oder zusätzlich in einem gängigen elektronischen Format herausgegeben werden. Dies gilt auch dann, wenn die Daten nur in analoger Form geführt wurden. Als gängiges elektronisches Format gelten insbesondere Word- und Excel-Dateien sowie PDF, nicht aber blosse Bilddateien wie JPEG u.ä..

Wurde die Patientendokumentation in elektronischer Form geführt, kann die Herausgabe einer Kopie im ursprünglichen Datenformat verlangt werden, damit sie der neue Leistungserbringer auf seinem IT-System direkt weiterführen kann. Allerdings setzt dies voraus, dass die gleiche oder eine kompatible Datenbankanlösung verwendet wird. Eine Konvertierung der Daten kann vom herausgabepflichtigen Leistungserbringer nicht verlangt werden.

Die Daten der Patientendokumentation sind nach Abs. 3 grundsätzlich kostenlos herauszugeben oder zu übertragen. Die Regierung kann durch Verordnung Ausnahmen vorsehen. Vorgesehen ist dies insbesondere für Fälle, in denen die Herausgabe oder Übertragung der Daten einen erheblichen Aufwand verursacht. Die kantonale Kostenregelung wird teilweise durch das eidgenössische Datenschutzgesetz überlagert, das einen eigenständigen Anspruch auf Herausgabe von Daten enthält und in Art. 28 Abs. 3 eidg. DSG die Kosten abweichend vom Gesundheitsgesetz regelt. Allerdings ist der Herausgabeanspruch nach Art. 28 eidg. DSG gegenüber Art. 61 GesG eingeschränkt, so dass im Einzelfall zu prüfen ist, ob die für die Patientin oder den Patienten grosszügigere Kostenregelung des eidg. DSG anwendbar ist.

Art. 62

Die Patientin oder der Patient hat Anspruch darauf, dass fehlerhafte Daten berichtigt werden, wenn das anwendbare Datenschutzrecht dies vorsieht. Allerdings dürfen fehlerhafte Daten nicht gelöscht werden, sondern sie müssen durch Ergänzung korrigiert werden (vgl. Art. 97 Abs. 3). Es besteht ein Interesse daran, dass in einer Patientendokumentation auch Diagnosen festgehalten



werden, die sich im weiteren Verlauf der Behandlung als unrichtig erweisen, damit die fehlerhafte Diagnose nicht erneut gestellt wird.

Art. 63

Art. 63 hält fest, dass Zwangsbehandlungen eine formelle Gesetzesgrundlage benötigen. Das neue Gesundheitsgesetz selbst regelt lediglich die Ausdehnung einer Operation über das vereinbarte Mass hinaus (vgl. Art. 65) und enthält keine weiteren Tatbestände von Zwangsbehandlungen. Für Personen im Strafvollzug sind Zwangsbehandlungen in Art. 59a Bst. c und Art. 61 Abs. 2 EG-StPO geregelt. In Bezug auf das Bundesrecht kann auf Abschnitt 2.5.1.c verwiesen werden.

Art. 64

Art. 64 dehnt inhaltlich die Regelung von Art. 383 ZGB (vgl. Abschnitt 2.5.1.c) auf Spitäler und Rehabilitationskliniken sowie auf urteilsfähige Patientinnen und Patienten aus. Zudem gilt Art. 64 nicht nur für den stationären Bereich, sondern auch für ambulante Patientinnen und Patienten von Spitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken, wobei bei diesen Personen wohl nur in Ausnahmefällen eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit notwendig ist.

Bei einer urteilsfähigen Patientin oder einem urteilsfähigen Patienten kann eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit gerechtfertigt sein, wenn die Patientin oder der Patient durch ihr bzw. sein Verhalten sich selbst oder Dritte ernsthaft gefährdet oder das Gemeinschaftsleben schwerwiegend stört. Die Patientin oder der Patient darf also z.B. durch ein Gitter davor geschützt werden, aus dem Bett zu fallen. Es besteht ein legitimes Interesse der Einrichtung, die Patientin oder den Patienten vor zusätzlichen Schädigungen zu schützen, für die sie haftpflichtig werden könnte. Da sich die Patientinnen und Patienten in einem Spital in der Regel ihre Mitpatientinnen und -patienten nicht aussuchen können, besteht in besonderen Fällen auch ein legitimes Interesse, die Bewegungsfreiheit einer Patientin oder eines Patienten zum Schutz der Mitpatientinnen und -patienten zu beschränken. Z.B. kann es in einer Notfallaufnahme notwendig werden, eine renitente Patientin oder einen renitenten Patienten vom übrigen Betrieb abzusondern und ihn zeitweise in einem Behandlungszimmer einzuschliessen.

Art. 64 ist auch auf urteilsunfähige Patientinnen und Patienten anwendbar, soweit nicht die Bestimmungen des Bundesrechts anwendbar sind. Es wäre insbesondere in psychiatrischen Kliniken nicht sinnvoll, wenn bei einer freiwillig eingetretenen Patientin oder einem freiwillig eingetretenen Patienten, die bzw. der zum Zeitpunkt des Eintritts noch urteilsfähig war, eine FU angeordnet werden müsste, damit die Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden kann, zumal die materiellen Voraussetzungen und der Rechtsschutz in Art. 64 den Bestimmungen des ZGB entsprechen.

Nach Abs. 2 haben die Einrichtungen schriftlich festzulegen, welche Ärztinnen und Ärzte eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit anordnen dürfen. Das Verfahren zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit richtet sich nach Art. 384 f. ZGB. Das bedeutet unter anderem, dass gegen die ärztliche Anordnung Rekurs bei der örtlich zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde erhoben werden kann.

Art. 65

Die Ausdehnung einer Operation über das mit der Patientin oder dem Patienten vereinbarte Mass hinaus ist nur unter engen Voraussetzungen zulässig. Es reicht nicht, wenn durch die Ausdehnung Kosten eingespart werden können oder der Patientin bzw. dem Patienten eine zweite Operation erspart werden kann. Zudem darf die Operation auch dann nicht ausgedehnt werden, wenn die Voraussetzungen von Bst. a und b erfüllt sind, die Patientin oder der Patient sich aber gegen eine weitergehende Behandlung ausgesprochen hatte.



Art. 66

Vgl. Abschnitt 2.5.2 d).

Art. 67

In Spitälern darf eine Obduktion durchgeführt werden, wenn eine der in Abs. 1 genannten Voraussetzungen erfüllt ist. Obduktionen in privaten Arztpraxen sind nicht zulässig. Allerdings wird die Einschränkung des bisherigen Rechts, wonach nur Spital- und Klinikpatientinnen und -patienten obduziert werden durften, aufgehoben.

Bei der Obduktion gilt wie bisher (vgl. Art. 34 GesG) das Einspracheprinzip. Eine Obduktion erfordert keine ausdrückliche Zustimmung der Patientin oder des Patienten bzw. einer vertretungsberechtigten Person. Diese können die Obduktion aber untersagen.

Wird die Obduktion nach den Bestimmungen des anwendbaren Strafprozessrechts durch die zuständige schweizerische Strafverfolgungsbehörde angeordnet, gelten die oben genannten Einschränkungen nicht. Dasselbe gilt, wenn das zuständige Departement eine Obduktion anordnet, weil Verdacht auf eine übertragbare Krankheit besteht. Zudem untersteht der Obduktionsbericht in diesen beiden Fällen nicht dem ärztlichen Berufsgeheimnis, sondern dem Amtsgeheimnis, da die Obduktion eine amtliche Handlung ist.

Im Bereich der Obduktionen nach Abs. 1 untersteht der Obduktionsbericht jedoch dem ärztlichen Berufsgeheimnis. Die bisher geltende Regelung in Art. 24 Abs. 1 PatV, wonach nächste Angehörige Einsicht in den Schlussbericht einer Obduktion nehmen können, wird bei der Anpassung des Verordnungsrechts ans neue Gesundheitsgesetz aufgehoben werden. Das ärztliche Berufsgeheimnis ist in Art. 321 StGB und damit im Bundesrecht geregelt. Ausnahmen hiervon sind nur in einem eng begrenzten Ausmass zulässig (vgl. die in Art. 104 geregelten Ausnahmen). Es gibt keinen Grund, Angehörigen generell die Einsicht in den Obduktionsbericht zu gewähren. Wenn berechtigte Interessen für die Einsicht bestehen, kann die zuständige Stelle des Kantons gestützt auf eine Interessenabwägung die Entbindung vom Berufsgeheimnis bewilligen.

3.1.6 Gesundheitspolizei

3.1.6.a Bewilligungen

Allgemeine Grundsätze

Art. 68

Einschränkungen und Auflagen sind nur zur Sicherung von gesundheitspolizeilichen Interessen zulässig. Zum Beispiel kann eine BAB entgegen dem Grundsatz von Art. 72 Abs. 1 im Einzelfall befristet werden, wenn Zweifel bestehen, dass die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller die Bewilligungsvoraussetzungen dauerhaft erfüllen wird. Hingegen sind Befristungen zwecks Kapazitätssteuerung in der Regel nicht zulässig, da es sich dabei meist um ein gesundheitspolitisches und nicht um ein gesundheitspolizeiliches Interesse handelt.

Als Auflage ist z.B. eine Anordnung in der Betriebsbewilligung denkbar, dass die Leitungsperson des Betriebs oder ihre Stellvertretung während den Hauptbetriebszeiten anwesend sein muss. Die Notwendigkeit einer Auflage muss sich aber aus den speziellen Verhältnissen eines Einzelfalls oder einer bestimmten Betriebsart ergeben, da das neue Gesundheitsgesetz bei den Betriebspflichten keine Anwesenheitspflichten statuiert.

Abs. 2 enthält für die BAB des Bundesrechts einen Vorbehalt. Die einschlägigen Bundesgesetze stellen nicht auf die Sicherung gesundheitspolizeilicher Interessen ab, sondern lassen Einschränkungen und Auflagen zu, «soweit dies für die Sicherung einer qualitativ hochstehenden [...] Versorgung erforderlich ist (vgl. Art. 37 MedBG, Art. 13 Art. GesBG und 25 PsyG).



Art. 69

Art. 69 regelt den Verzicht auf eine bestehende, gültige Bewilligung. Der Verzicht muss zwingend schriftlich erklärt werden. Er muss aber nicht begründet werden. Die Schriftform dient nicht primär der Beweissicherung, sondern soll die BewilligungsinhaberIn oder den Bewilligungsinhaber vor einem voreiligen Verzicht auf die Bewilligung schützen. Ein mündlich erklärter Verzicht oder eine schriftliche Verzichtserklärung, die nicht unterzeichnet ist, ist nicht formgültig und damit nicht wirksam.

Der Verzicht ist ein sogenanntes Gestaltungsrecht. Er wirkt nicht ab dem Zeitpunkt, in welchem die Verzichtserklärung verschickt wird – d.h. der Post übergeben ist – sondern erst ab Empfang durch die Bewilligungs- oder die Aufsichtsbehörde. Hingegen braucht es grundsätzlich kein weiteres Handeln der Behörde, damit der Verzicht wirksam ist. Insbesondere muss das Erlöschen der Bewilligung nicht durch Verfügung festgestellt oder herbeigeführt werden. Allerdings ist der Verzicht als Gestaltungsrecht bedingungsfeindlich und unwiderruflich. D.h. ein Verzicht, der an eine Bedingung geknüpft wird, ist nicht wirksam, es sei denn, die Bewilligungs- oder Aufsichtsbehörde kann den Eintritt der Bedingung selbst herbeiführen (sog. Potestativbedingung).

Folge des Verzichts ist, dass die früher einmal bewilligte Tätigkeit nicht mehr ausgeübt oder von einer bewilligten Berechtigung – z.B. der Berechtigung zur Selbstdispensation nach Art. 91 – kein Gebrauch mehr gemacht werden darf.

Bewilligungspflichtige Berufe

Art. 70

Zum Begriff der Tätigkeit «in eigener fachlicher Verantwortung» vgl. die Ausführungen in den Vorbemerkungen zum Abschnitt 2.6.2.d.

Ob ein bestimmter Beruf ausgeübt wird, richtet sich nach den ausgeübten Tätigkeiten und nicht nach der Berufsbezeichnung, welche die betreffende Person für sich verwendet. Welche Tätigkeiten zu einem Beruf gehören, richtet sich nach den Berufs- und Ausbildungsreglementen für den entsprechenden Beruf. Diese umschreiben, welche Tätigkeiten typischerweise zu einem Beruf gehören. Die nach kantonalem Recht bewilligungspflichtigen Berufe bzw. deren Tätigkeitsfelder werden in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz näher umschrieben werden.

Zur Bewilligungspflicht für Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker ist anzumerken, dass nur die umfassende naturheilpraktische Tätigkeit bewilligungspflichtig ist. KAM-Therapeutinnen und KAM-Therapeuten, die sich auf einzelnen Methoden beschränken (z.B. Kinesiologie), dürfen diese Tätigkeit neu bewilligungsfrei ausüben.

Art. 71

Abs. 1 ermächtigt die Regierung, weitere Berufe der Bewilligungspflicht zu unterstellen. Da eine Bewilligungspflicht ein erheblicher Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit ist und deshalb grundsätzlich eine Grundlage in einem Gesetz im formellen Sinn erfordert, setzt Art. 71 enge Grenzen für die Unterstellung weiterer Berufe unter die Bewilligungspflicht.

Zum einen muss es sich um einen Beruf mit einem hohen Gefährdungspotenzial handeln. Das Gefährdungspotenzial kann aus der Gefährlichkeit der Tätigkeit an sich folgen – d.h. auch bei fehlerfreier Ausübung der Tätigkeit bestehen – oder daraus, dass bei fehlerhafter Ausübung der Tätigkeit erhebliche Gesundheitsschäden entstehen können. Die Gefährdung muss erheblich sein, d.h. mit dem Gefährdungspotenzial der übrigen bewilligungspflichtigen Berufe vergleichbar sein. Es genügt zudem nicht, wenn in einem ausgesprochenen Spezialfall eine einzelne Patientin oder ein einzelner Patient gefährdet werden könnte. Andererseits ist auch nicht vorausgesetzt,



dass immer alle Patientinnen und Patienten erheblich gefährdet werden können. Ein erhebliches Gefährdungspotenzial für bestimmte Risikogruppen genügt.

Hingegen müssen keine konkreten Gefährdungen nachgewiesen werden, sondern es genügt ein abstraktes Gefährdungspotenzial. Die Bewilligungspflicht setzt also nicht voraus, dass konkrete Gefährdungen nachgewiesen sind, sondern es genügt, wenn eine Tätigkeit geeignet ist, die Gesundheit der Patientin oder des Patienten erheblich zu gefährden.

Zum anderen wird die Regierung nur zum Erlass einer zeitlich befristeten Bewilligungspflicht ermächtigt. Die Verordnung ist so zu befristen, dass die Bewilligungspflicht erlischt, wenn der Beruf nicht innert der fünf Jahre in Art. 70 Abs. 1 dieses Erlasses aufgenommen ist.

Art. 72

Abs. 1 regelt die Bewilligungsvoraussetzungen für die kantonal geregelten Berufe. Die Bewilligungsvoraussetzungen lehnen sich inhaltlich den Voraussetzungen der bundesrechtlich geregelten Bewilligungen an (vgl. Art. 36 Abs. 1 MedBG, Art. 12 GesBG und Art. 24 PsyG).

Die notwendigen fachlichen Qualifikationen für die kantonal geregelten Berufe wird die Regierung durch Verordnung festlegen. Es sind folgende Nachweise vorgesehen:

- Medizinische Masseurin oder Medizinischer Masseur: eidgenössischer Fachausweis;
- Naturheilpraktikerin oder Naturheilpraktiker: eidgenössisches Diplom oder das entsprechende Zertifikat der OdA AM über den Abschluss der Ausbildungsmodule M1 bis M6. Das Zertifikat berechtigt zur Ausübung des Berufs in eigener fachlicher Verantwortung unter Begleitung durch eine akkreditierte Mentorin oder einen akkreditierten Mentor;
- Podologin oder Podologe:
 - eidgenössisches Fähigkeitszeugnis «Podologin EFZ» oder «Podologe EFZ»
 - gleichwertiger Abschluss nach Art. 24 der Verordnung des SBFJ über die berufliche Grundbildung Podologin/Podologe mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) vom 29. September 2020⁴²;
 - Diplom einer höheren Fachschule «dipl. Podologin HF» oder «dipl. Podologe HF» gemäss Rahmenlehrplan Podologie vom 12. November 2010 in der Fassung vom 12. Dezember 2014 oder eine gleichwertige Ausbildung gemäss Ziffer 7.1 des Rahmenlehrplans.

Genügende Kenntnisse der deutschen Sprache hat, wer die selbständige Sprachanwendung gemäss Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen beherrscht. Für Tätigkeiten mit Kindern und Jugendlichen sowie im Bereich der Psychotherapie kann die Bewilligungsbehörde die kompetente Sprachanwendung gemäss Niveau C1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen verlangen.

Abs. 3 hält fest, dass sich die Bewilligungsvoraussetzungen für die nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Berufe sich nach der Bundesgesetzgebung richten. Der Vorbehalt gilt zwar bereits aufgrund des generellen Vorrangs des Bundesrechts. Er wird hier aber ausdrücklich erwähnt, damit bei Verweisen innerhalb des Gesundheitsgesetzes auf Art. 72 klar ist, dass die bundesrechtlichen Bewilligungsvoraussetzungen mitgemeint sind (vgl. z.B. Art. 76 Abs. 1).

Art. 73

Art. 73 gilt nicht nur für die kantonal geregelten Berufe nach Art. 70 Abs. 1 und Art. 71, sondern auch für die nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Berufe. Das Bundesrecht regelt die Gültigkeitsdauer der BAB nicht, sondern überlässt dies den Kantonen.

⁴² SR 412.101.220.15.



Eine BAB wird nach Abs. 1 zwar grundsätzlich auf unbefristete Dauer erteilt. Die Regierung kann die BAB aber für einzelne Berufe befristen. Eine Befristung ist insbesondere für die BAB der Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker vorgesehen, die noch nicht über ein eidgenössisches Diplom verfügen, sondern erst das Zertifikat der OdA Alternativmedizin (OdA AM) und für die Zulassung zur Höheren Fachprüfung mindestens 800 Stunden Berufspraxis nachweisen müssen. Diese Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker sollen eine auf fünf Jahre befristete BAB erhalten, die zur Ausübung des Berufs unter dem Mentorat einer von der OdA AM akkreditierten Mentoratsperson berechtigt. Es handelt sich dabei nicht um eine Tätigkeit unter Aufsicht im Sinn von Art. 76 ff., da die Berufstätigkeit in der Regel wirtschaftlich selbständig und damit auch in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübt wird.

Art. 74

Die BAB erlischt neu von Gesetzes wegen, sobald die Inhaberin oder der Inhaber das 70. Altersjahr vollendet hat. Eine Verlängerung setzt voraus, dass die Inhaberin oder der Inhaber weiterhin physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet. Der Nachweis hierfür muss von der Inhaberin oder vom Inhaber erbracht werden, wobei das Gesetz keine bestimmte Art des Nachweises vorschreibt. Es liegt im Ermessen der Bewilligungsbehörde, welche Nachweise sie als genügend erachtet. Insbesondere ist sie nicht an ein amtsärztliches Zeugnis gebunden, wenn sie begründete Zweifel daran hat, dass die Inhaberin oder der Inhaber physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet.

Da den betroffenen Personen die BAB oft erteilt worden war, als die fachlichen Voraussetzungen für den Erhalt einer BAB anders ausgestaltet waren als heute, richten sich die Anforderungen an die fachliche Qualifikation nach den Bestimmungen, die zum Zeitpunkt galten, als die zu verlängernde BAB erteilt worden war. Im Übrigen ist vorgesehen, dass sowohl die erstmalige Verlängerung einer altershalber abgelaufenen BAB als auch die nachfolgenden Verlängerungen gebührenfrei erfolgen, sofern die Verlängerungsgesuche vor Ablauf der BAB eingereicht werden. Dies ist jedoch nicht im Gesetz, sondern durch Verordnung zu regeln.

Art. 75

Art. 75 ermöglicht, dass die Regelung von Art. 53 VBG, die den KAM-Therapeutinnen und KAM-Therapeuten bestimmte Tätigkeiten verbietet, ins neue Recht übernommen werden kann. Diese Tätigkeiten müssen verboten oder Personen mit einer BAB vorbehalten bleiben, obwohl bzw. gerade weil der KAM-Bereich zukünftig weitgehend ohne Bewilligung zulässig ist. Ausserdem sollen einige Tätigkeiten, die heute mit einer KAM-BAB erlaubt sind, zukünftig nicht bewilligungsfrei ausgeübt werden dürfen, sondern Personen mit einer BAB vorbehalten sein, z.B. Lymphdrainage.

Die Regierung wird darüber hinaus ermächtigt, Tätigkeiten, welche die Gesundheit von Patientinnen oder Patienten erheblich gefährden können, vollständig zu verbieten. Diese Ermächtigung kompensiert teilweise die Streichung der bisher umfassenden Bewilligungspflicht nach Art. 43 des geltenden Gesundheitsgesetzes und ermöglicht, auf zukünftige Gefährdungen zeitgerecht reagieren zu können.

Art. 76

Grundsätzlich hat eine Gesundheitsfachperson keine Wahlfreiheit, ob sie eine BAB lösen will oder nicht. Übt sie ihre Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung aus, muss sie zwingend eine BAB haben. Ein bewilligungsfreies Ausüben des Berufs ist nur als Tätigkeit unter Aufsicht möglich. Dabei verlangt Abs. 2 eine unmittelbare fachliche Aufsicht. Es genügt daher nicht, wenn nur die oberste Leitung eines Betriebs oder einer Organisationseinheit mit vielen Mitarbeitenden über eine BAB verfügt, da die oberste Leitung keine unmittelbare fachliche Aufsicht über alle Mitarbeitenden ausüben kann. Im Übrigen legt die Regierung den notwendigen Umfang der fachlichen



Aufsicht durch Verordnung fest und bestimmt in der Verordnung auch, wie viele Personen eine Fachaufsicht gleichzeitig beaufsichtigen darf (vgl. Art. 84 Bst. c).

Zudem muss die Gesundheitsfachperson die Bewilligungsvoraussetzungen für eine BAB erfüllen, d.h. entweder die Voraussetzungen nach Art. 72 Abs. 1 oder die Bewilligungsvoraussetzungen des Bundesrechts, wenn es sich um einen nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Beruf handelt.

Abs. 3 schreibt vor, dass Gesundheitsfachpersonen, die ihren Beruf unter fachlicher Aufsicht ausüben, der zuständigen Stelle des Kantons gemeldet werden müssen. Da das neue Gesundheitsgesetz die Betriebsbewilligungspflichten gegenüber dem geltenden Gesundheitsgesetz stark einschränkt, kann die Aufsichtsbehörde nicht mehr anhand der Betriebsbewilligung kontrollieren, welche Personen in einem Betrieb tätig sind und ob sie eine BAB benötigen. Die Meldepflicht ermöglicht es, gezielte Kontrollen durchzuführen, ob die Gesundheitsfachpersonen ohne BAB tatsächlich unter Aufsicht arbeiten und ob die Aufsicht genügend wahrgenommen wird. Da die Kontrollen im Betrieb erfolgen müssen, ist die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber meldepflichtig. Ergänzend ist festzuhalten, dass Abs. 3 lediglich eine Meldepflicht statuiert. Die bewilligungsfreie Berufsausübung hängt nicht davon ab, dass die zuständige Behörde den Eingang der Meldung bestätigt hat oder sogar die Zulässigkeit der bewilligungsfreien Berufsausübung bejaht. Allerdings kann ein Verstoss gegen die Meldepflicht mit Disziplinarbusse geahndet werden. Zudem kann die Aufsichtsbehörde der Gesundheitsfachperson eine zusätzliche Disziplinar massnahme wegen Verletzung der Bewilligungspflicht auferlegen, wenn sich bei der Kontrolle herausstellt, dass die Voraussetzungen für eine bewilligungsfreie Berufsausübung nicht erfüllt waren.

Art. 77

Art. 77 regelt im Unterschied zu Art. 76 das Ausüben eines bewilligungspflichtigen Berufs durch Personen, welche die Voraussetzungen für eine BAB (noch) nicht erfüllen. Gemeint sind die nach Art. 70 Abs. 1 und Art. 71 bewilligungspflichtigen, kantonale geregelten Berufe, aber auch die nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Berufe im Sinn von Art. 70 Abs. 2.

Die zur Verfügung stehenden Bewilligungen sind in Art. 77 Abs. 1 abschliessend aufgezählt. Vgl. dazu auch oben Abschnitt 2.6.2.d.

Die Assistenzbewilligung kann für bestimmte Berufe durch eine Meldepflicht ersetzt werden (vgl. die Ausführungen zu Art. 84 Bst. d).

Art. 78

Als Praktikum gilt die Tätigkeit im Berufsfeld eines bewilligungspflichtigen Berufs, die vor oder während der Ausbildung zu einem bewilligungspflichtigen Beruf ausgeübt wird. Gemeint sind damit z.B. Kurzpraktika während der Ausbildung zur Physiotherapeutin / zum Physiotherapeuten, die Unterassistenzen und Famulaturen während des Medizinstudiums oder das sogenannte Häfelipraktikum⁴³. Nicht mehr unter den Begriff des Praktikums fällt hingegen z.B. das lange Praktikum von 9–10 Monaten am Ende der Physiotherapieausbildung, selbst wenn dieses auf mehrere Teilpraktika aufgeteilt wird, die einzeln gerechnet je für sich weniger als vier Monate dauern.

Die Abgrenzung gegenüber den Tätigkeiten, für die eine Assistenzbewilligung nach Art. 77 Bst. a erforderlich ist, erfolgt einerseits über die kurze Dauer der Praktikumstätigkeit von höchstens vier Monaten. Andererseits schreibt Bst. b vor, dass die Praktikantin oder der Praktikant ständig von einer ausgebildeten Person angeleitet und fachlich beaufsichtigt werden muss. Der Praktikant oder

⁴³ Praktikum für Medizinstudierende im Bereich Pflege.



die Praktikantin soll keine Tätigkeiten selbständig ausüben dürfen, sondern hauptsächlich zuschauen und/oder Tätigkeiten nur unter direkter Aufsicht ausüben.

Im Unterschied zur Fachaufsicht nach Art. 76 Abs. 2 und Art. 79 Bst. d, die immer von einer Person mit BAB ausgeübt werden muss, lässt Art. 78 Bst. b auch weniger qualifizierte Personen als unmittelbare Aufsicht zu. Insbesondere sind Assistenzärztinnen und Assistenzärzte berechtigt, Unterassistenten zu beaufsichtigen. Die Verantwortung für die Tätigkeiten einer Praktikantin oder eines Praktikanten trägt in solchen Konstellationen letztlich diejenige Person, welche die Fachaufsicht ausübt.

Art. 79

Die Bewilligungsvoraussetzungen entsprechen weitgehend Art. 72. Allerdings sind die geforderten fachlichen Kenntnisse sowie die physischen und psychischen Voraussetzungen auf das Ausüben des Berufs unter Aufsicht auszurichten.

Die Regierung kann nach Bst. e durch Verordnung regeln, dass die Fachaufsicht neben einer BAB über zusätzliche fachliche Qualifikationen verfügen muss. Dies betrifft insbesondere die Assistenzbewilligung, für die von der Fachaufsicht z.B. die SIWF-Anerkennung⁴⁴ als Praxisweiterbildnerin/Praxisweiterbildner verlangt werden wird.

Art. 80

Der Begriff der Aus- oder Weiterbildung in Abs. 1 Bst. a und b ist weit zu verstehen. Er umfasst alle Ausbildungsschritte, die nach Abschluss der allgemeinen Schulbildung absolviert werden und auf das Erfüllen der BAB-Voraussetzungen ausgerichtet sind. Hingegen gilt eine Person, die über einen noch nicht anerkannten ausländischen Ausbildungsabschluss verfügt, während der Dauer des Anerkennungsverfahrens nicht als Person in Ausbildung, selbst wenn sie von der Anerkennungsbehörde zu zusätzlichen Ausbildungsleistungen verpflichtet wurde. Personen im Anerkennungsverfahren haben eine Überbrückungsbewilligung nach Art. 82 zu lösen und erhalten keine Assistenzbewilligung.

Nach Abs. 1 Bst. b setzt die Assistenzbewilligung in der Regel voraus, dass es sich um eine Weiterbildung zu einem eidgenössischen Weiterbildungstitel handelt, was wiederum voraussetzt, dass der Weiterbildungstitel nach dem einschlägigen Bundesgesetz akkreditiert ist (vgl. Art. 23 Abs. 2 MedBG und Art. 12 PsyG). Die Bewilligungsbehörde kann eine Assistenzbewilligung für die Weiterbildung zu einem ausländischen Weiterbildungstitel erteilen (Abs. 2). Es besteht aber kein Rechtsanspruch auf eine solche Assistenzbewilligung, sondern es liegt im Ermessen der Bewilligungsbehörde, ob und unter welchen Voraussetzungen sie ausländische Weiterbildungsgänge berücksichtigt. Bei ausländischen Weiterbildungsgängen steht zum Zeitpunkt der Assistenzbetätigung nämlich meist noch nicht fest, ob der Weiterbildungsgang anerkannt werden wird.

Abs. 3 übernimmt die Regelung von Art. 26a Abs. 2 VMB. Die ausserordentliche Assistenz dient der direkten Zulassung zur eidgenössischen Prüfung in Humanmedizin von Personen, die keinen schweizerischen Studienabschluss in Humanmedizin haben. Nach der aktuellen Praxis der hierfür zuständigen eidgenössischen Medizinalberufekommission (Mebeko) wird die Inhaberin oder der Inhaber eines registrierten Diploms als Ärztin oder Arzt nach 36 Monaten klinischer Tätigkeit in der Schweiz zum Staatsexamen zugelassen, auch wenn die betreffende Person kein Studium in Medizin an einer schweizerischen Universität absolviert hat. Umfasst die klinische Tätigkeit in der Schweiz 60 Monate, wird der Inhaberin oder dem Inhaber eines registrierten Diploms zudem

⁴⁴ SIWF = Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung.



der praktische Teil des Staatsexamens erlassen. Anzumerken ist, dass kein Rechtsanspruch auf eine ausserordentliche Assistenzbewilligung besteht.

Art. 81

Faktisch ist eine ärztliche Tätigkeit ohne BAB nur im stationären Bereich möglich, da die OKP-Zulassung für den ambulanten Bereich eine BAB voraussetzt (vgl. Art. 38 Abs. 1 Bst. a KVV). Dementsprechend wird die Bewilligung nach Art. 81 nur für die ärztliche Tätigkeit in einem Spital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik erteilt und nur an angestellte Ärztinnen und Ärzte. Eine Tätigkeit als Belegärztin oder Belegarzt unter Aufsicht ist nur zulässig, wenn die Voraussetzungen von Art. 76 erfüllt sind, d.h. die Belegärztin oder der Belegarzt über einen Weiterbildungstitel verfügt.

Die Bewilligung als Spitalärztin oder Spitalarzt soll nicht Einfallstor für ausländische Ärztinnen und Ärzte ohne anerkanntes Diplom werden, weshalb ein bloss registriertes Diplom nicht ausreicht (vgl. Bst. b). Für diese Personen steht die ausserordentliche Assistenzbewilligung nach Art. 80 Abs. 3 zur Verfügung.

Auch widerspricht die Bewilligung nach Art. 81 den Bemühungen, den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu vermindern, und sie führt zu beruflichen Sackgassen. Die Bewilligung wird daher nur an Personen erteilt, die wenigstens zwei Vollzeitjahre in der Schweiz als Assistenzärztin oder Assistenzarzt tätig gewesen sind, damit die Facharztausbildung nicht leichtfertig abgebrochen wird.

Art. 82

Es besteht kein Rechtsanspruch auf eine Überbrückungsbewilligung. Insbesondere kann die Bewilligungsbehörde eine Überbrückungsbewilligung verweigern, wenn Hinweise vorliegen, dass der Betrieb, in dem die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller arbeiten wird, Überbrückungsbewilligungen «missbräuchlich» verwendet. Missbrauch liegt etwa vor, wenn ein Betrieb wiederholt Personen auf Basis einer Überbrückungsbewilligung beschäftigt und diese jeweils vor Abschluss des Anerkennungsverfahrens oder nach einem negativen Anerkennungsentscheid durch die nächste Person mit Überbrückungsbewilligung ersetzt.

Die Überbrückungsbewilligung kann erteilt werden, sobald das Gesuch um Anerkennung des ausländischen Weiterbildungstitels oder Bildungsabschlusses bei der zuständigen schweizerischen Stelle eingereicht ist. Zudem darf das Gesuch nicht offensichtlich aussichtslos sein, was vorab von der Bewilligungsbehörde zu beurteilen ist. Beurteilt die Anerkennungsbehörde später im Verlauf des Anerkennungsverfahrens das Gesuch als aussichtslos, kann die Bewilligungsbehörde die Überbrückungsbewilligung widerrufen.

Nach Art. 33a Abs. 1 MedBG setzt jedes Ausüben eines universitären Medizinalberufs voraus, dass die Berufsperson im Register nach Art. 51 MedBG eingetragen ist. Auch das Ausüben eines universitären Medizinalberufs unter fachlicher Aufsicht erfordert den Registereintrag, was von der Arbeitgeberin oder vom Arbeitgeber zu kontrollieren ist (vgl. Art. 33a Abs. 3 MedBG). Die Überbrückungsbewilligung für einen universitären Medizinalberuf wird daher nur an Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller erteilt, die bereits im Register eingetragen sind.

Um Missbräuche zu verhindern, wird die Überbrückungsbewilligung bewusst restriktiv ausgestaltet. Insbesondere ist zu verhindern, dass die Person mit einer Überbrückungsbewilligung das Anerkennungsverfahren bewusst verzögert. Aus diesem Grund wird die Überbrückungsbewilligung auf höchstens zwei Jahre befristet und eine Verlängerung ist gesetzlich ausgeschlossen (vgl. Abs. 3).



Art. 83

Der notwendige Umfang der fachlichen Aufsicht richtet sich nach dem Gefährdungspotenzial des betroffenen Berufs und dem Ausbildungsstand der beaufsichtigten Person. Die Bewilligungsbehörde kann den Umfang der fachlichen Aufsicht in der Bewilligung nach Art. 77 umschreiben oder entsprechende Richtlinien erlassen, was insbesondere für das bewilligungsfreie Ausüben eines Berufs nach Art. 76 sinnvoll erscheint. Die Bewilligungsbehörde kann es auch zulassen, dass die fachliche Aufsicht erst im Nachhinein erfolgt. Sie kann also z.B. zulassen, dass eine Psychotherapeutin in Ausbildung das Therapiegespräch mit einem Patienten selbständig und ohne Anwesenheit der Fachaufsicht führt und sich die Fachaufsicht nachträglich über den Inhalt und Verlauf des Therapiegesprächs informiert.

Nach Abs. 3 ist die Fachaufsicht nicht nur dafür verantwortlich, dass sie der Person unter ihrer Aufsicht keine Aufgaben überträgt, welche die beaufsichtigte Person fachlich überfordern, sondern sie hat auch dafür zu sorgen, dass andere weisungsbefugte Personen dieser Person keine solchen Aufgaben zuweisen.

Im Übrigen ist die beaufsichtigte Person mitverantwortlich, dass sie keine Aufgaben übernimmt, welche die Grenzen der fachlichen Kompetenzen überschreiten, die sie bisher erworben hat (vgl. Art. 109 Abs. 2 und Art. 110 Abs. 1).

Art. 84

Bst. a: Die Bewilligungen nach Art. 77 sind im Unterschied zur BAB immer befristet. Die Regierung legt die Höchstdauer der Bewilligungen nach Art. 77 Bst. a und b durch Verordnung fest. Es sind folgende Befristungen vorgesehen:

- Bewilligung als Spitalärztin/Spitalarzt: fünf Jahre, mehrfach verlängerbar;
- Assistenzbewilligung Psychotherapie: sechs Jahre, einmal verlängerbar um drei Jahre;
- ausserordentliche Assistenzbewilligung nach Art. 80 Abs. 3: beschränkt auf die Dauer der klinischen Tätigkeit, die für die Zulassung zur eidgenössischen Prüfung in Humanmedizin erforderlich ist (36 oder 60 Monate, vgl. Erläuterungen zu Art. 80 Abs. 3), wobei der Beschäftigungsgrad berücksichtigt wird.

Zu den übrigen Assistenzen vergleiche unten die Erläuterungen zu Bst. d. Die Höchstdauer der Überbrückungsbewilligung nach Art. 77 Bst. c ist direkt im Gesetz, in Art. 82 Abs. 3 festgelegt.

Bst. b: Die Regierung wird sich beim Festlegen der notwendigen fachlichen Qualifikationen an den Studien- und Ausbildungsreglementen orientieren, die für die entsprechenden Berufe gelten. Für das bewilligungsfreie Ausüben eines Berufs unter fachlicher Aufsicht müssen keine fachlichen Qualifikationen festgelegt werden, da die betroffenen Personen die Voraussetzungen für eine BAB bzw. die damit verbundenen fachlichen Anforderungen erfüllen müssen (vgl. Art. 76 Abs. 1).

Bst. c: Die Regierung bestimmt, wie viele Personen eine Fachaufsicht gleichzeitig beaufsichtigen darf. Für die Assistenzbewilligungen wird sie sich an den geltenden Regelungen in Art. 26 Abs. 4 VMB und Art. 37 VBG orientieren. Zudem wird sie neu für die Überbrückungsbewilligung, die Bewilligung als Spitalärztin/Spitalarzt unter fachlicher Aufsicht und für das bewilligungsfreie Ausüben eines Berufs unter fachlicher Aufsicht die zulässige Anzahl beaufsichtigte Personen je Fachaufsicht festlegen.

Bst. d: Die Regierung kann insbesondere für Berufe, bei denen die Ausbildung vereinheitlicht und stark strukturiert ist, die Assistenzbewilligung durch eine Meldepflicht ersetzen. Dies ist insbesondere vorgesehen für den Erwerb des Weiterbildungstitels als Apothekerin/Apotheker, Ärztin/Arzt



oder Chiropraktorin/Chiropraktor und zwar unabhängig davon, ob die Assistenzzeit an einem öffentlichen Spital oder an einer privaten Weiterbildungsstätte absolviert wird.

Bst. e: Betrifft die Meldepflichten nach Art. 76 Abs. 3 und 86 Abs. 3 sowie für Assistenzen (vgl. oben Bst. d).

Art. 85

Das Bundesrecht bestimmt, dass es für das Ausüben eines Medizinal- oder Gesundheitsberufs eine Bewilligung des Kantons braucht, «auf dessen Gebiet der Beruf ausgeübt wird» (vgl. Art. 34 MedBG, Art. 11 GesBG und Art. 22 PsyG). Die drei Bundesgesetze lassen aber offen, was darunter genau zu verstehen ist. Art. 85 definiert daher den örtlichen Umfang der Bewilligungspflicht sowohl für die bundesrechtlichen BAB als auch für die kantonal geregelten Bewilligungen.

Eine Bewilligung braucht einerseits, wer den Beruf unter physischer Anwesenheit im Kanton ausübt. Dies trifft auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die sich im Kanton St.Gallen aufhalten, meistens zu. Allerdings benötigt z.B. ein Radiologe, der bei einem st.gallischen Radiologiebetrieb angestellt ist, aber an seinem ausserkantonalen Wohnsitz zu Hause arbeitet – d.h. dort die Bilder auswertet –, keine BAB für den Kanton St.Gallen. Daran ändert nichts, dass er das Ergebnis seiner Arbeit zu seinem Arbeitgeber – oder direkt an eine Arztpraxis – in den Kanton St.Gallen liefert.

Andererseits benötigt eine Gesundheitsfachperson, die für einen Betrieb der Telemedizin mit Sitz oder Betriebsstandort im Kanton tätig ist, immer eine st.gallische Bewilligung, unabhängig davon, ob sie ihren Beruf unter physischer Anwesenheit im Kanton ausübt. In der Telemedizin sind die Mitarbeitenden oft nicht am Betriebsstandort des Unternehmens tätig, sondern arbeiten in vielen Fällen von zu Hause aus. Diese «Heimarbeit» ist für die Vollzugsbehörde am Ort der Tätigkeit praktisch nicht erkennbar. Zudem kann die Tätigkeit vom Ausland her erbracht werden. Es rechtfertigt sich daher, im Bereich der Telemedizin die BAB-Pflicht nicht an den Tätigkeitsort der Leistungserbringenden Person anzuknüpfen, sondern an den Betriebsstandort oder Sitz des Telemedizin-Betriebs.

Im umgekehrten Fall – d.h. wenn eine Medizinal- oder Gesundheitsfachperson für einen ausserkantonalen Betrieb der Telemedizin tätig ist – benötigt sie eine st.gallische Bewilligung, wenn sie ihren Beruf unter physischer Anwesenheit im Kanton ausübt, selbst wenn sie ausschliesslich ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandelt (vgl. Art. 85 Bst. a).

Bewilligungspflichtige Betriebe

Art. 86

Wie vorn erwähnt, benötigen neu auch öffentlich-rechtliche Einrichtungen sowie Einrichtungen und Betriebe mit einem öffentlich-rechtlichen Leistungsauftrag eine Betriebsbewilligung (vgl. Abschnitt 0). Dies betrifft insbesondere die in Bst. a und f genannten Einrichtungen und Betriebe. Zu Bst. f ist daran zu erinnern, dass Einpersonen-Betriebe, die Spitex-Leistungen erbringen, keine Betriebsbewilligung brauchen, da sie nicht als Spitex-Betrieb gelten (vgl. Art. 6 Bst. e).

Als Rettungsdienst im Sinn von Bst. g gelten Betriebe, die Primäreinsätze der Kategorien P1–P3 oder Sekundäreinsätze der Kategorien S1–S2 gemäss den Richtlinien zur Anerkennung von Rettungsdiensten des Interverbands für Rettungswesen durchführen. Betriebe, die lediglich Sekundäreinsätze der Kategorien S3 und S4 und Patiententransporte (S4) gemäss den Richtlinien zur Anerkennung von Unternehmen für Sekundäreinsätze und Patiententransporte des Interverbands für Rettungswesen durchführen, gelten nicht als Rettungsdienst im Sinn von Bst. g. Für diese Transporte schreiben die genannten Richtlinien nicht vor, dass eine diplomierte Rettungssanitäterin oder ein diplomierter Rettungssanitäter der Einsatzequipe angehören muss. Anzumerken ist,



dass nicht nur gewerbsmässige Rettungsdienste eine Betriebsbewilligung benötigen, sondern auch gemeinnützig tätige Rettungsdienste.

Abs. 2 ermächtigt die Regierung, für weitere Betriebe eine Bewilligungspflicht einzuführen. Dies ist aber nur für Betriebe zulässig, die in einem Bereich mit einem besonders hohen medizinischen Gefährdungspotenzial tätig sind, was insbesondere auf invasive Tätigkeiten zutreffen kann.

Abs. 3 wird voraussichtlich auf private Pflegeheime mit höchstens fünf Plätzen angewendet werden, die bereits nach dem geltenden Art. 32 SHG von der Bewilligungspflicht ausgenommen sind.

Art. 87

Die Betriebsbewilligung wird zwar dem Rechtsträger des Betriebs erteilt (vgl. Art. 86 Abs. 1), aber für einen bestimmten Betriebsstandort ausgestellt. Dementsprechend braucht der Rechtsträger für jeden wirtschaftlich eigenständigen Betriebsstandort eine separate Betriebsbewilligung.

Aktuell erbringen von den in Art. 86 Abs. 1 aufgeführten bewilligungspflichtigen Betriebsarten nur Spitex-Betriebe, Rettungsdienste und Telemedizin-Betriebe Leistungen im Kanton St.Gallen ab ausserkantonalen Standorten durch Mitarbeitende, die physisch im Kanton St.Gallen anwesend sind. Denkbar ist, dass zukünftig auch Leistungen der Dentalhygiene mobil erbracht werden. Bei ortsgebundenen Betrieben wie insbesondere den Spitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken ist es zum Vornherein nicht möglich, dass sie ihre Leistungen im Kanton St.Gallen erbringen, wenn sie den Betriebsstandort in einem anderen Kanton haben. Dies gilt zumindest für den stationären Bereich.

Spitex-Betriebe und Betriebe der Dentalhygiene sollen auch dann im Kanton St.Gallen eine Betriebsbewilligung lösen müssen, wenn sie ihre Leistungen ab einem ausserkantonalen Betriebsstandort im Kanton St.Gallen erbringen, denn sie erbringen den Schwerpunkt ihrer Leistungen durch Mitarbeitende, die physisch im Kanton St.Gallen anwesend sind bzw. hier die Leistungen erbringen. Diese Betriebe benötigen daher aufgrund der ausdrücklichen Regelung in Abs. 3 auch dann eine Betriebsbewilligung, wenn sie von einem ausserkantonalen Betriebsstandort aus Leistungen im Kanton erbringen.

Damit ist auch klar, dass Leistungen der anderen in Abs. 1 genannten Betriebsarten selbst dann keine Betriebsbewilligungspflicht begründen, wenn sie ab einem ausserkantonalen Betriebsstandort für Patientinnen und Patienten im Kanton St.Gallen erbracht werden. Dies betrifft insbesondere medizinische Laboratorien. Auch Telemedizin-Betriebe mit Sitz und Betriebsstandort ausserhalb des Kantons St.Gallen benötigen keine st.gallische Betriebsbewilligung, wenn sie Patientinnen und Patienten im Kanton St.Gallen beraten. Dies gilt selbst dann, wenn die beratende Person ab einem Standort im Kanton St.Gallen arbeitet, z.B. aus dem Homeoffice an ihrem st.gallischen Wohnort. Für solche Konstellationen gilt ausschliesslich der Grundsatz nach Abs. 1, wonach nur Betriebe mit Sitz oder Betriebsstandort im Kanton eine Betriebsbewilligung benötigen.

Eine weitere Ausnahme bzw. Erweiterung ermöglicht Abs. 4, wonach die Regierung den örtlichen Umfang der Bewilligungspflicht für Rettungsdienste und für Betriebe, die gestützt auf Art. 86 Abs. 2 der Bewilligungspflicht unterstellt werden, durch Verordnung festlegt. Es ist bei beiden Kategorien eine differenzierte Regelung erforderlich, die auf die verschiedenen Erscheinungsformen dieser Betriebsarten Rücksicht nimmt. Bei Rettungsdiensten wird unterschieden werden müssen, ob der Betrieb hauptsächlich Primäreinsätze leistet – also die Erstversorgung am Einsatzort und den Transport zum Notfallspital – oder Sekundäreinsätze, d.h. Verlegungstransporte von einem stationären Leistungserbringer zu einem anderen. Bei der Verlegung einer Patientin oder eines Patienten z.B. vom Kantonsspital Chur ins Universitätsspital Zürich werden zwar Leistungen auch



auf dem Gebiet des Kantons St.Gallen erbracht. In welchen Fällen dies eine Betriebsbewilligung des Kantons St.Gallen rechtfertigt, wird in der Verordnung detailliert umschrieben werden müssen.

Art. 88

Rechtsträger ist in der Regel der «Eigentümer» eines Betriebs. Da nicht alle Betreiber eines bewilligungspflichtigen Betriebs gleichzeitig Eigentümer der Betriebsmittel (Liegenschaften, techn. Infrastruktur usw.) sind, wird der Begriff «Rechtsträger» verwendet. Fallen Eigentümer und Betreiber auseinander, gilt der Betreiber als Rechtsträger.

Abs. 1 Bst. a: Eine zweckmässige Betriebsorganisation liegt vor, wenn sie einen ordnungsgemässen Betrieb gewährleistet. Art. 86 Abs. 1 Bst. a definiert nur ein Minimum, d.h. es genügt, wenn mit der Betriebsorganisation der Zweck erfüllt werden kann, selbst wenn es im konkreten Anwendungsfall andere Organisationsmöglichkeiten gibt, mit denen der Zweck besser erreicht werden könnte.

Dementsprechend meint das Erfordernis der klaren Organisationsstruktur nicht, dass die Bewilligungsbehörde dem Betrieb eine bestimmte Organisationsstruktur vorschreiben darf. Der Betrieb muss nur – aber immerhin – die Organisationsstruktur klar geregelt, insbesondere Verantwortlichkeiten und Kompetenzen innerhalb des Betriebs klar festgelegt haben.

Die Regierung kann gestützt auf Abs. 2 Vorgaben zum Personalmix machen. Dabei kann sie nicht nur die Anzahl Gesundheitsfachpersonen vorschreiben, die in einem Betrieb beschäftigt werden muss, sondern auch Vorgaben zur Anzahl und Qualifikation von weiterem Fachpersonal.

Abs. 1 Bst. b: Ein Betrieb erhält keine Betriebsbewilligung, wenn er Gesundheitsfachpersonen ohne die notwendigen BAB beschäftigt – und zwar unabhängig davon, ob eine Bewilligungspflicht des Kantons St.Gallen oder eine im konkreten Fall anwendbare ausserkantonale Bewilligungspflicht nicht eingehalten ist. Dementsprechend verlangt Art. 88 Abs. 1 Bst. b, dass der Betrieb nicht nur für den Kanton St.Gallen nachweist, dass jede vom Betrieb beschäftigte Gesundheitsfachperson zur Ausübung des Berufs berechtigt ist – d.h. über eine BAB verfügt oder zur bewilligungsfreien Ausübung des Berufs berechtigt ist –, sondern für alle Kantone, in denen die Person tätig ist. Z.B. hat ein Betrieb der mobilen Dentalhygiene mit Sitz im Kanton St.Gallen, der auch im Kanton Thurgau Leistungen erbringt, nachzuweisen, dass seine Mitarbeitenden in beiden Kantonen ihren Beruf ausüben dürfen.

Abs. 1 Bst. c: Die Infrastruktur ist zweckmässig, wenn sie es erlaubt, die betrieblichen Leistungen ordnungsgemäss zu erbringen. Z.B. könnte ein Spital, das keine Patientenzimmer, sondern nur einen grossen Schlafsaal hat, heute nicht mehr als zweckmässig anerkannt werden, da die notwendige Hygiene und Infektionsverhütung nicht gewährleistet ist. Hingegen ist der Komfort in den Patientenzimmern keine Frage der Zweckmässigkeit, sondern eine Frage der Angemessenheit, die in Bst. c nicht erwähnt wird.

Abs. 1 Bst. d: Die Regierung wird gestützt auf Abs. 2 in der Verordnung umschreiben, was unter einer angemessenen Betriebschaftpflichtversicherung zu verstehen ist, insbesondere in Bezug auf die Deckungssumme und den Selbstbehalt (vgl. dazu auch Art. 111 Bst. b).

Art. 89

Keine Anmerkungen.



Heilmittelrechtliche Bewilligungen

Art. 90

Im Sinn eines Hinweises hält Abs. 1 fest, dass sich die heilmittelrechtlichen Bewilligungen nach der eidgenössischen Heilmittelgesetzgebung⁴⁵ richten. Diese regelt die Bewilligungspflichten weitgehend abschliessend (vgl. Art. 5 Abs. 2 Bst. a und Art. 7a HMG, Herstellungsbewilligung für bestimmte in Apotheken hergestellte Arzneimittel; Art. 27 HMG, Versandhandel mit Arzneimitteln; Art. 30 HMG, Abgabe von Arzneimitteln; Art. 34 Abs. 4 HMG, Lagerung von Blut oder Blutprodukten).

Immerhin können die Kantone bei einigen wenigen heilmittelrechtlichen Berechtigungen den Umfang selber umschreiben (vgl. Art. 24 Abs. 3 HMG, Anwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen [vgl. dazu unten Art. 92] und Art. 25 Abs. 5 HMG, Abgabe von komplementärmedizinischen Arzneimitteln [vgl. dazu unten Art. 93]) und selber darüber entscheiden, ob sie die sogenannte Selbstdispensation zulassen (vgl. dazu unten Art. 91).

Auch die Bewilligungsvoraussetzungen sind zu einem grossen Teil im Bundesrecht geregelt, wobei aber die Kantone zusätzliche Bewilligungsvoraussetzungen aufstellen können (vgl. Art. 30 Abs. 3 HMG, Abgabe von Arzneimitteln und Art. 8 der eidgenössischen Verordnung über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich [SR 812.212.1; abgekürzt AMBV] betreffend kantonale Herstellungsbewilligung) oder die Bewilligungsvoraussetzung umfassend regeln müssen (vgl. Art. 34 Abs. 4 HMG, Lagerung von Blut oder Blutprodukten). Dementsprechend ermächtigt Abs. 2 die Regierung nur zur Regelung der Bewilligungsvoraussetzungen, soweit die eidgenössische Heilmittelgesetzgebung dem Kanton eine entsprechende Kompetenz einräumt. Da es sich bei oben genannten Bewilligungen um Betriebsbewilligungen handelt, hat sich die Regierung dabei an den Bewilligungsvoraussetzungen nach Art. 88 zu orientieren, die für die übrigen gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligungen gelten.

Anzumerken ist, dass das HMG nicht nur die Arzneimittel, sondern auch Medizinprodukte regelt, d.h. Produkte, einschliesslich Instrumente, Apparate, Geräte, In-vitro-Diagnostika, Software, Implantate, Reagenzien, Materialien und andere Gegenstände oder Stoffe, die für die medizinische Verwendung bestimmt sind oder angepriesen werden und deren Hauptwirkung nicht durch ein Arzneimittel erreicht wird (vgl. Art. 4 Abs. 1 Bst. b HMG). Im Bereich der Medizinprodukte gibt es jedoch keine Bewilligungspflichten, jedenfalls keine, die in die Vollzugszuständigkeit der Kantone fallen.

Art. 91

Wie bereits erwähnt, überlässt die eidgenössische Heilmittelgesetzgebung dem Kanton den Entscheid darüber, ob Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte ihren Patientinnen und Patienten Arzneimittel abgeben dürfen (Selbstdispensation). Es geht dabei nicht um die Anwendung von Arzneimitteln während der Behandlung in der Praxis, sondern darum, dass der Patientin oder dem Patienten Arzneimittel aus der Praxisapotheke mitgeben werden, so dass die Patientin oder der Patient die Arzneimittel nicht in einer Apotheke beziehen muss.

Art. 91 führt die Regelung von Art. 54^{ter} Abs. 2 Ziff. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes fort und erklärt die Selbstdispensation ausdrücklich als zulässig. Die Regierung regelt die Bewilligungsvoraussetzungen und den Umfang der Abgabeberechtigung durch Verordnung, wobei sie sich dabei nicht ausschliesslich an Art. 88 orientieren muss, da die entsprechende Bewilligung

⁴⁵ Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz), SR 812.21, und zugehörige Verordnungen.



wie bisher der einzelnen Ärztin oder dem einzelnen Arzt bzw. der einzelnen Zahnärztin oder dem einzelnen Zahnarzt erteilt werden können soll und nicht dem Betrieb.

Art. 92

Nach Art. 24 Abs. 3 HMG können die Kantone bewilligen, dass neben den Ärztinnen und Ärzten bzw. den Zahnärztinnen und Zahnärzten weitere Personen mit einer angemessenen Ausbildung verschreibungspflichtige Arzneimittel anwenden – d.h. während einer Behandlung unmittelbar einsetzen. Sie dürfen aber die Arzneimittel der Patientin oder dem Patienten nicht mitgeben. Die angemessenen Ausbildungen sind in Art. 52 Abs. 2 der Verordnung über die Arzneimittel (SR 812.212.21; abgekürzt Arzneimittelverordnung, VAM) aufgelistet. Es handelt sich um

- Bachelor of Science FH in Hebamme;
- diplomierten Dentalhygienikerinnen HF und Dentalhygienikern HF;
- diplomierten Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren;
- diplomierten Rettungssanitäterinnen HF und -sanitätern HF;
- Personen nach Artikel 49 VAM, d.h. Fachleute der Komplementärmedizin mit eidgenössischem Diplom;
- Bachelor of Science in Optometrie FH.

Die Regierung bestimmt nach Abs. 1 einerseits, welche Berufsgruppen aus obiger Liste berechtigt sind, verschreibungspflichtige Arzneimittel anzuwenden. Andererseits legt sie fest, welche Arzneimittel die einzelne Berufsgruppe anwenden darf. Art. 92 begründet nicht nur eine Ermächtigung der Regierung, diese Fragen durch Verordnung zu regeln, sondern verpflichtet die Regierung zum Erlass einer entsprechenden Verordnung. Inhaltlich sollen die bestehenden Abgabeberechtigungen übernommen werden, wie sie aktuell auf der Internetseite der Kantonsapothek publiziert sind.

Art. 93

Art. 93 betrifft nicht die Anwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, sondern die *Abgabe* von *nicht verschreibungspflichtigen* Arzneimitteln. Art. 25 HMG bezeichnet in Abs. 1 die Berufsgruppen, die nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben dürfen und bestimmt in Abs. 3, dass das Schweizerische Heilmittelinstitut (swissmedic) die von der Abgabeberechtigung umfassten Arzneimittel festlegt. Abgabeberechtigt sind einerseits die oben bei Art. 92 aufgelisteten Berufsgruppen sowie eidgenössisch diplomierte Drogistinnen und Drogisten (sowie die Personen, die verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben dürfen).

Darüber hinaus können die Kantone weitere Personen bzw. Berufsgruppen, die über eine kantonal anerkannte Ausbildung verfügen, zur Abgabe bestimmter Arzneimittelgruppen zulassen, insbesondere zur Abgabe von komplementärmedizinischen Arzneimitteln (vgl. Art. 25 Abs. 5 HMG). Art. 93 ermächtigt und verpflichtet die Regierung, die abgabeberechtigten Berufsgruppen bzw. die notwendigen Ausbildungen sowie die von der Abgabeberechtigung umfassten Arzneimittel festzulegen.

Für Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker im Sinn von Art. 70 Abs. 1 Bst. b folgt die Abgabeberechtigung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zukünftig direkt aus Art. 49 VAM. Hingegen wird bei der Erarbeitung des Ordnungsrechts zum Gesundheitsgesetz näher geprüft werden müssen, ob die heute bestehenden Abgabeberechtigungen für Therapeutinnen und Therapeuten der Komplementär- und Alternativmedizin, die nicht über ein eidgenössisch anerkanntes Diplom verfügen, weitergeführt werden können. Voraussichtlich werden für diese Berufsgruppe keine neuen Abgabeberechtigungen erteilt werden können, sondern es wird nur eine Besitzstandsgarantie für bestehende Abgabeberechtigungen, die in den entsprechenden BAB enthalten sind, geben.



Art. 94

Das neue Gesundheitsgesetz beruht auf dem Konzept, dass für Personen mit BAB-Pflicht die Anwendungs- und/oder Abgabeberechtigung generell abstrakt in einer Verordnung definiert wird und die heilmittelrechtliche Bewilligung in der BAB enthalten ist.

Personen ohne BAB hingegen brauchen eine Anwendungs- oder Abgabebewilligung, da Art. 30 Abs. 1 HMG eine kantonale Bewilligung vorschreibt und ihnen also eine individuelle Bewilligung erteilt werden muss. Dies betrifft insbesondere Dentalhygienikerinnen und -hygieniker sowie Rettungssanitäterinnen und -sanitäter. Art. 94 bildet die gesetzliche Grundlage für solche eigenständigen Anwendungs- oder Abgabebewilligungen.

Art. 95

Art. 95 bildet neu die gesetzliche Grundlage für die diagnostischen Tätigkeiten nach Art. 18a und die Impfungen nach 18b HMV, die von Apothekerinnen und Apothekern erbracht werden.

Art. 96

Art. 96 bildet neu die gesetzliche Grundlage für Art. 13 f. HMV.

3.1.6.b Berufs- und Betriebspflichten

Berufspflichten

Art. 97

Der Geltungsbereich der Berufspflichten entspricht dem Geltungsbereich der Rechte der Patientinnen und Patienten (vgl. Art. 59 Abs. 1). Es unterstehen also nicht nur Personen, die eine BAB haben und/oder benötigen, den Berufspflichten (vgl. die in Bst. b bis e genannten Berufsgruppen).

Art. 98

Schwerpunkt der Regelung von Art. 98 ist, dass die Patientinnen und Patienten in verständlicher Form aufgeklärt werden. Die Aufklärung hat in einer Form zu erfolgen, welche die konkrete Patientin oder der konkrete Patient verstehen kann. Es genügt z.B. nicht, wenn der Patientin oder dem Patienten einfach nur mitgeteilt wird, welches die nächste Untersuchungshandlung ist, sondern die Patientin oder der Patient muss verstehen können, warum die nächste Untersuchungshandlung gemacht wird und was diese für sie oder ihn für Auswirkungen hat. Die Patientin oder der Patient muss befähigt werden, aufgrund der Aufklärung einer Behandlung informiert zustimmen zu können. Im Weiteren hängt das Ausmass der notwendigen Aufklärung von der Schwere der Erkrankung und/oder den Auswirkungen der vorgeschlagenen Behandlung ab. Anzumerken ist, dass die medizinische Untersuchung oder Behandlung ein höchstpersönliches Recht der betroffenen Person betrifft. Urteilsfähige Kinder und Jugendliche müssen daher der Untersuchung oder Behandlung grundsätzlich selbst zustimmen. Dementsprechend hat die Aufklärung primär ihnen gegenüber zu erfolgen und für sie verständlich zu sein.

Nach Abs. 2 sind die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen. Dies betrifft vorab Behinderungen beim Sprechen und Hören, aber auch Einschränkungen beim Verstehen von Informationen. Implizit kommt in Abs. 2 zum Ausdruck, dass Menschen, die aufgrund einer Behinderung kognitiv eingeschränkt sind, so weit wie möglich persönlich in die Aufklärung einbezogen werden sollen. Menschen mit Behinderung sind direkt, soweit nötig unter Beizug von vertretungsberechtigten Personen, zu informieren. Es ist eine geeignete Form der Kommunikation zu wählen, die es erlaubt, über Zweck, Art, Folgen und Risiken des Eingriffs zu informieren.



Bei der Aufklärungspflicht handelt es um eine Berufspflicht der behandelnden Person, welche diese aktiv zu erfüllen hat. Es genügt nicht, wenn der Patientin oder dem Patienten erst auf Nachfrage die notwendigen Informationen gegeben werden.

Neu schreibt Art. 98 Abs. 1 Bst. e vor, dass die Patientin oder der Patient über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung aufgeklärt werden muss. Dies gilt vor allem, wenn verschiedene Untersuchungs- oder Behandlungsmassnahmen zur Auswahl stehen. Die Patientin oder der Patient soll sich in Kenntnis der zu erwartenden Kosten für die eine oder die andere Untersuchungs- oder Behandlungsmassnahme entscheiden können. Die Bestimmung soll darüber hinaus das Kostenbewusstsein der Patientinnen und Patienten ganz allgemein schärfen, selbst wenn oder gerade weil die Kosten meist vom Krankenversicherer getragen werden.

Abs. 3 meint Hinderungsgründe, die in der Person der Patientin oder des Patienten begründet sind, insbesondere Notfallsituationen mit einer vorübergehende Urteilsunfähigkeit. Hinderungsgründe auf Seiten der behandelnden Person gelten nur in Ausnahmefällen als genügender Grund, die Patientin oder den Patienten nicht vorgängig aufzuklären.

Der Anspruch auf Aufklärung steht der Patientin und dem Patienten aus Gründen ihrer Persönlichkeitsrechte zu. Er ist daher auch dann nachträglich zu erfüllen, wenn sich an der Art der Untersuchung oder Behandlung nichts mehr ändern lässt.

Art. 99

Logopädinnen und Logopäden unterstehen den Berufspflichten des neuen Gesundheitsgesetzes nur, soweit sie Leistungen zulasten der OKP abrechnen. Dementsprechend müssen sie nur für Patientinnen und Patienten, die sie über die OKP abrechnen, eine Patientendokumentation im Sinn von Art. 99 führen.

Vollständig von der Dokumentationspflicht ausgenommen sind Apothekerinnen und Apotheker sowie Drogistinnen und Drogisten, soweit sie nicht-verschreibungspflichtige Heilmittel abgeben oder Mittel und Gegenstände, auf welche die eidgenössische Heilmittelgesetzgebung⁴⁶ nicht anwendbar ist. Allerdings schreibt Abs. 2 Bst. d vor, dass die Patientendokumentation Auskunft über die abgegebenen Heilmittel geben muss, was auch die nicht-verschreibungspflichtigen Heilmittel umfasst. Das Zusammenspiel der beiden Bestimmungen ist so zu verstehen, dass Ärztinnen und Ärzte, die umfassend der Dokumentationspflicht unterstehen, in der von ihnen geführten Patientendokumentationen auch die Abgabe von nicht-verschreibungspflichtigen Heilmitteln dokumentieren müssen, während Apothekerinnen und Apotheker sowie Drogistinnen und Drogisten in diesem Bereich vollständig befreit von der Dokumentationspflicht sind.

«Aktuell» in Abs. 3 bedeutet, dass die Eintragungen möglichst unmittelbar nach Vornahme der eintragungspflichtigen Tätigkeit gemacht werden. Fortlaufend heisst, dass je Patientin oder Patient eine Dokumentation geführt wird, in der alle Behandlungen eingetragen werden. Abs. 3 schreibt zudem vor, dass fehlerhafte Daten nicht gelöscht werden dürfen, sondern durch eine Ergänzung berichtigt werden. Es handelt sich dabei um eine gesetzliche Vorschrift im Sinn von Art. 32 Abs. 1 Bst. a eidg. DSG.

Art. 100

Abs. 1: Die Patientendokumentation muss während der ganzen Dauer eines Behandlungsverhältnisses und zehn Jahre darüber hinaus aufbewahrt werden. Bei einem unbefristeten «Dauerver-

⁴⁶ Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (SR 812.21) und zugehörige Verordnungen.



hältnis», wie es insbesondere zwischen Hausärztin/Hausarzt und Patientin/Patient besteht, beginnt die zehnjährige Aufbewahrungsfrist mit jeder neuen Behandlung oder Konsultation neu zu laufen und umfasst auch sämtliche älteren Einträge in der Patientendokumentation.

Aus Sicht der Interessen der Aufsichtsbehörden genügt eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren ab Abschluss der letzten Behandlung, d.h. ab definitiver Beendigung des Behandlungsverhältnisses, da die absolute Verjährungsfrist für aufsichtsrechtliche Massnahmen nach der Bundesgesetzgebung zehn Jahre beträgt (vgl. Art. 46 Abs. 3 MedBG, Art. 22 Abs. 3 GesBG und Art. 33 Abs. 3 PsyG). Auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten genügt eine zehnjährige Aufbewahrungsfrist, da die Einsicht in eine mehr als zehn Jahre alte Patientendokumentation in den seltensten Fällen einen aktuell relevanten Erkenntnisgewinn bringen wird. Hingegen hat der Leistungserbringer ein berechtigtes Interesse, die Patientendokumentation während der gesamten Verjährungsfrist, die bis zwanzig Jahre dauern kann (vgl. Art. 60 Abs. 1^{bis} und Art. 128a OR), aufbewahren zu dürfen. Dies erfordert jedoch nicht, die gesetzliche Aufbewahrungspflicht auf zwanzig Jahre zu erhöhen (vgl. zum geltenden Recht Art. 15 Abs. 1 VMB und Art. 18 Abs. 3 VBG, die beide eine zehnjährige Aufbewahrungsfrist vorsehen).

Die Regeln über die Aufbewahrungspflicht richten sich primär an die Person, welche die Patientendokumentation erstellt hat. Nach Abs. 3 untersteht allerdings eine Person, die ihre Tätigkeit im Anstellungsverhältnis ausübt, nicht der Aufbewahrungspflicht. An ihrer Stelle ist die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber zur Aufbewahrung verpflichtet (vgl. Art. 115 Abs. 1).

Abs. 2: Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist darf die Patientendokumentation vernichtet werden. Es besteht keine Rechtspflicht, die Zustimmung der Patientin oder des Patienten einzuholen. Die aufbewahrungspflichtige Person trägt jedoch die Beweislast für den Ablauf der Aufbewahrungsfrist, weshalb eine vorgängige Information der Patientin oder des Patienten über die geplante Vernichtung der Patientendokumentation empfehlenswert ist.

Die aufbewahrungspflichtige Person muss die Patientendokumentation nicht zwingend vernichten, sondern darf diese behalten, solange das Datenschutzrecht keine Vernichtung verlangt. Insbesondere ist es zulässig, die Patientendokumentation weiter aufzubewahren, solange Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis nicht verjährt sind. Allerdings gilt dann auch das Einsichtsrecht der Patientin oder des Patienten weiter.

Ein öffentliches Organ darf eine Patientendokumentation nach Ablauf der Aufbewahrungspflicht nicht ohne Weiteres vernichten, sondern muss diese dem zuständigen Archiv zur Übernahme anbieten (vgl. Art. 11 ff. des Gesetzes über Aktenführung und Archivierung [sGS 147.1]). Art. 100 ist eine Berufspflicht, die sich an Personen richtet, die meist kein öffentliches Organ sind. Jedoch können z.B. Amtsärztinnen/Amtsärzte und Gefängnisärztinnen/Gefängnisärzte öffentliche Organe sein. Aufgrund des Verweises in Art. 115 gilt Art. 100 Abs. 2 zudem auch für Betriebe und somit unter anderem für öffentlich-rechtliche Spitäler, die öffentliche Organe sind.

Art. 101

Art. 101 regelt den Fall, dass die aufbewahrungspflichtige Person ihre berufliche Tätigkeit aufgibt. Dies kann unterschiedliche Auswirkungen auf die Aufbewahrungspflicht haben.

- Übergibt die aufbewahrungspflichtige Person die Patientendokumentation an die Patientin oder den Patienten, erlischt ihre Aufbewahrungspflicht mit der Übergabe. Ab diesem Zeitpunkt trägt die Patientin oder der Patient die Verantwortung für die sichere Aufbewahrung der Patientendokumentation;



- Die Aufbewahrungspflicht erlischt auch, wenn die aufbewahrungspflichtige Person die Patientin oder den Patienten über die bevorstehende oder bereits erfolgte Aufgabe der beruflichen Tätigkeit informiert, die Patientin oder der Patient auf diese Information aber nicht reagiert. Die Aufbewahrungspflicht endet in diesem Fall sechs Monate nach Erhalt der Information;
- Übergibt die aufbewahrungspflichtige Person die Patientendokumentation an eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger, geht die Aufbewahrungspflicht auf die Nachfolgerin oder den Nachfolger, wobei die Aufbewahrungsfrist nach Art. 100 Abs. 1 nicht neu beginnt, sondern weiterläuft. Als Nachfolgerin oder Nachfolger gilt diejenige natürliche oder juristische Person, die von der aufbewahrungspflichtigen Person den Betrieb oder die Patientin oder den Patienten übernimmt.

Gibt die aufbewahrungspflichtige Person ihre berufliche Tätigkeit auf, ohne eine der oben genannten Vorkehrungen hinsichtlich der Patientendokumentation zu treffen, ist sie weiterhin zur Aufbewahrung verpflichtet.

Art. 101 betrifft nur die Aufbewahrungspflicht. Die Frage, ob die ursprünglich aufbewahrungspflichtige Person für ihre eigenen Bedürfnisse eine Kopie der übergebenen Patientendokumentation anlegen darf, beurteilt sich nach dem anwendbaren Datenschutzrecht. Zudem regelt Art. 101 nur die Aufbewahrungspflicht nach dem Gesundheitsgesetz und gilt nicht für die bundesrechtlich geregelten Aufbewahrungspflichten und -fristen, für die das Bundesrecht teilweise eigene Regeln enthält (vgl. z.B. Art. 36 AMBV).

Art. 102

Zum anwendbaren Datenschutzgesetz vgl. die Erläuterungen zu Art. 60. Neben dem Datenschutzrecht ist auch das Berufsgeheimnis zu beachten.

Abs. 2 gilt nur für eine Patientendokumentation, für die eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist läuft, wobei damit sowohl die zehnjährige Frist nach Art. 100 Abs. 1 Satz 1 gemeint ist als auch längere Aufbewahrungsfristen des Bundesrechts. Bewahrt eine aufbewahrungspflichtige Person die Patientendokumentation nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist auf, muss sie zwar der Patientin oder dem Patienten aufgrund des Datenschutzrechts Einsicht in die Daten gewähren. Sie ist aber nicht verpflichtet, Vorkehrungen zu treffen, dass die Einsicht in die Patientendokumentation auch im Fall ihres Todes oder eines Konkurses noch sichergestellt ist.

Art. 102 enthält keine inhaltlichen Vorgaben, wie die ordnungsgemässe Einsicht in die Patientendokumentation und/oder deren Herausgabe durchzuführen ist. Die zur Aufbewahrung verpflichtete Person muss sich selbst überlegen, wie sie die Einsicht und/oder Herausgabe im Fall ihres Todes oder Konkurses sicherstellen will. Je nachdem ob die Patientendokumentation in Papierform oder elektronisch – entweder autonom oder durch IT-Dienstleister – geführt wird, sind unterschiedliche Lösungen denkbar.

Art. 103

Die zuständige Stelle des Kantons entscheidet nach Ermessen, ob und in welchen Fällen von Abs. 1 eine amtliche Aufbewahrung einer Patientendokumentation angeordnet wird. Es besteht keine Pflicht des Kantons, sämtliche Patientendokumentationen zu übernehmen, bei denen die aufbewahrungspflichtige Person die Einsicht und Herausgabe nicht mehr gewährleisten kann.

Die Einsicht in amtlich aufbewahrte Patientendokumentationen und deren Herausgabe richtet sich nach dem kt. DSG. Allerdings sind Einsicht und/oder Herausgabe bei amtlich aufbewahrten Patientendokumentationen für die Patientin oder den Patienten nicht in allen Fällen kostenfrei (vgl. Art. 104 Abs. 3, der von Art. 19 kt. DSG abweicht).



Die amtliche Aufbewahrung wird durch die zuständige Stelle des Kantons befristet (Abs. 2), wobei eine kürzere Frist als die Aufbewahrungsfrist nach Art. 100 Abs. 1 angeordnet werden kann. Nach Ablauf der Frist werden die amtlich aufbewahrten Patientendokumentationen vernichtet.

Art. 104

Art. 104 regelt neu und ausführlich die Kosten der amtlichen Aufbewahrung, da die Anzahl dieser Fälle in den letzten Jahren stark zugenommen hat und dabei oft sehr viele Patientendokumentationen betroffen waren. Zum Regelungsinhalt wird auf den Wortlaut der Bestimmung verwiesen.

Art. 105 und 106

Ein Grossteil der Gesundheitsfachpersonen untersteht dem Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB. Die kantonale rechtliche Schweigepflicht gilt nur für die nach kantonalem Recht bewilligungspflichtigen Gesundheitsberufe (vgl. Art. 70) sowie die weiteren Berufe, für welche die Berufspflichten gelten (vgl. Art. 97). Die Unterscheidung hat jedoch keine praktische Bedeutung, da die beiden Geheimhaltungsverpflichtungen inhaltlich identisch sind und auch die Ausnahmen in Art. 106 jeweils für beide Geheimhaltungsverpflichtungen gelten.

Die Ausnahmen von der Schweigepflicht und vom Berufsgeheimnis sind in Art. 106 abschliessend aufgezählt. Hinzuweisen ist dabei auf Folgendes:

- Die zuständige Stelle des Kantons kann die zur Geheimhaltung verpflichtete Person von der Schweigepflicht oder vom Berufsgeheimnis entbinden (Bst. b). Es wird hierfür eine Interessenabwägung vorgenommen zwischen dem Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten und den Interessen derjenigen Person, welche die Entbindung von der Geheimhaltungsverpflichtung beantragt oder von Dritten (Angehörige, Strafverfolgungsbehörden usw.), die das Entbindungsgesuch veranlasst haben;
- Bst. d enthält neu eine Ausnahme für die Herausgabe von geschützten Unterlagen zur Abklärung eines aussergewöhnlichen Todesfalls (agT). Die Herausgabe kann von derjenigen schweizerischen Strafverfolgungsbehörde angeordnet werden, die für die Untersuchung des agT zuständig ist, also auch von einer ausserkantonalen Strafverfolgungsbehörde oder von der Militärjustiz. Nach dem geltenden Gesundheitsgesetz muss die zur Geheimhaltung verpflichtete Person in solchen Fällen beim Gesundheitsdepartement ein Gesuch um Entbindung von der Geheimhaltungsverpflichtung einreichen, was lediglich unnötigen administrativen Aufwand bei allen Beteiligten verursacht, da solche Gesuche praktisch immer bewilligt werden;
- Bst. e und f regeln die in der Praxis bisher umstrittene Frage, ob sich eine vom Aufsichtsverfahren betroffene Person oder eine Drittperson gegenüber der Aufsichtsbehörde auf die Schweigepflicht oder das Berufsgeheimnis berufen und Auskünfte verweigern kann sowie ob eine zur Geheimhaltung verpflichtete Person von der Schweigepflicht oder vom Berufsgeheimnis entbunden werden muss, bevor sie eine aufsichtsrechtliche Anzeige gegen eine andere Gesundheitsfachperson einreichen darf. Art. 106 sieht für beide Konstellationen eine gesetzliche Ausnahme von den Geheimhaltungsverpflichtungen vor, da sonst die Aufsichtstätigkeit stark erschwert oder teilweise gar verunmöglicht würde;
- Nach Art. 9c SHG leistet der Kanton Nothilfe an Ausländerinnen und Ausländer mit Wohnsitz im Ausland, die sich vorübergehend und ohne Aufenthaltsbewilligung im Kanton aufhalten und während ihres Aufenthalts im Kanton in Not geraten. Gestützt auf diese Bestimmung kann eine Gesundheitsfachperson beim Kanton ein Gesuch um subsidiäre Kostengutsprache einreichen, wenn sie einer Ausländerin oder einem Ausländer bei einem medizinischen Notfall Hilfe leistet. Werden die Kosten der Hilfeleistung in der Folge von der Ausländerin oder vom Ausländer nicht bezahlt, vergütet der Kanton der Gesundheitsfachperson die uneinbringlichen Kosten. Sowohl das Gesuch um subsidiäre Kostengutsprache als auch das Einfordern der Kosten auf dem Betreibungsweg erfordern ein Offenlegen von geschützten Informationen. Eine Entbindung von der Schweigepflicht oder vom Berufsgeheimnis durch die Aufsichtsbehörde scheitert in vielen Fällen daran, dass die Kosten des Entbindungsverfahrens mit internationalem Bezug



die einzufordernden Kosten der medizinischen Hilfe übersteigen. Bst. g berechtigt die Gesundheitsfachperson daher, im Gesuch um subsidiäre Kostengutsprache das Behandlungsverhältnis offen zu legen. Für das Geltendmachen der Kosten dürfen gegenüber staatlichen Behörden oder gegenüber privaten Inkassobüros weitere Informationen offengelegt werden, soweit diese zum Erreichen des Zwecks notwendig sind (vgl. dazu auch Abs. 2).

Nach Abs. 3 sind Hilfspersonen nicht berechtigt, selbständig ein Gesuch um Entbindung von der Schweigepflicht oder vom Berufsgeheimnis zu stellen. Das Gesuch muss von einer Person eingereicht werden, die einen Beruf ausübt, der in Art. 321 StGB oder in Art. 97 aufgeführt ist.

Art. 107

Art. 107 Abs. 1 schränkt die Kostentragungspflicht gegenüber Art. 94 Abs. 1 VRP ein. Nach der Regelung von Art. 94 Abs. 1 VRP könnten die Kosten des Entbindungsverfahrens immer der zur Geheimhaltung verpflichteten Person auferlegt werden, da diese das Entbindungsverfahren durch ihr Gesuch veranlasst. In vielen Fällen verfolgt die zur Geheimhaltung verpflichtete Person mit dem Entbindungsgesuch jedoch keine eigenen Interessen, weshalb das Gesundheitsdepartement bisher die Entbindungsgesuche in der Regel kostenfrei behandelte. Angesichts dessen, dass Anzahl und Komplexität der Entbindungsverfahren stark zugenommen haben, kann diese Praxis nicht uneingeschränkt weitergeführt werden.

Neu können die Kosten des Entbindungsverfahrens der zur Geheimhaltung verpflichteten Person auferlegt werden, wenn diese mit ihrem Entbindungsgesuch eigene Interessen verfolgt. Zusätzlich muss das Entbindungsverfahren entweder von der zur Geheimhaltung verpflichteten Person «mitverschuldet» sein oder einen grossen Aufwand verursachen. Einen grossen Aufwand verursachen insbesondere Entbindungsgesuche, die Patientinnen oder Patienten mit Wohnsitz im Ausland betreffen, da je nach betroffenem Staat eine Zustellung der Entbindungsverfügung auf diplomatischen Weg erfolgen muss und/oder die Entbindungsverfügung in die Sprache des betroffenen Staates übersetzt werden muss. Die Kosten können der zur Geheimhaltung verpflichteten Person unabhängig vom Ausgang des Entbindungsverfahrens auferlegt werden – also sowohl bei einer Gutheissung des Entbindungsgesuchs als auch bei einer Abweisung.

Nach Abs. 2 können die Kosten des Entbindungsverfahrens Dritten auferlegt werden, wenn diese sich am Verfahren beteiligt haben und mit ihren Interessen unterliegen. Das Gesuch um Entbindung vom Berufsgeheimnis oder von der Schweigepflicht muss zwar immer von der zur Geheimhaltung verpflichteten Person eingereicht werden. Reicht diese das Gesuch nicht in eigenem Interesse ein, sondern weil Dritte von ihr Auskünfte aus einer Patientendokumentation verlangen, werden die Dritten meist ins Entbindungsverfahren beigegeben. Eine Beteiligung am Verfahren liegt aber erst vor, wenn eine Drittperson im Entbindungsverfahren eigene Anträge stellt oder Stellungnahmen einreicht.

Es liegt im Ermessen der für die Entbindung zuständigen Stelle, ob sie die amtlichen Kosten ganz oder teilweise Dritten auferlegt. Eine Kostenaufgabe kann angezeigt sein, wenn das Entbindungsverfahren einen grossen Aufwand verursacht, was bei einer Patientin oder einem Patienten mit Wohnsitz im Ausland der Fall sein kann oder wenn sich Erbinnen und Erben einer verstorbenen Patientin oder eines verstorbenen Patienten mit gegensätzlichen Interessen am Entbindungsverfahren beteiligen. Allerdings soll die für die Entbindung zuständige Stelle auch die Kosten eines nicht besonders aufwändigen Entbindungsverfahrens einer Drittperson auferlegen können, wenn diese aus haltlosen Gründen die zur Geheimhaltung verpflichtete Person um Auskunft aus einer Patientendokumentation ersucht. Amtlichen Stellen werden keine Kosten auferlegt, selbst wenn das Entbindungsverfahren mit grossem Aufwand verbunden sein sollte. Dies betrifft insbesondere die Erwachsenenschutzbehörde, die gestützt auf Art. 448 ZGB eigenständig die Entbindung einer Gesundheitsfachperson vom Berufsgeheimnis beantragen kann.



Art. 108

Art. 108 statuiert nicht direkt eine Berufspflicht, sondern regelt, ob bzw. unter welchen Umständen die Einstellung einer Behandlung kein Verstoss gegen die ärztliche Berufspflicht ist. Ob ein Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen strafrechtlich zulässig ist oder unter welchen Voraussetzungen die Ärztin oder der Arzt an eine entsprechende Weisung der Patientin oder des Patienten gebunden ist – d.h. die Behandlung einstellen **muss** – ist im Bundesrecht geregelt (vgl. insbesondere Art. 115 und 128 StGB sowie Art. 370 ff. ZGB).

Aus Abs. 1 ergibt sich, dass der Entscheid über das Einschränken oder das Einstellen von lebenserhaltenden Massnahmen von einer Ärztin oder einem Arzt mit einer BAB getroffen werden muss. Dies gilt sowohl für den Erstentscheid als auch für die in Bst. b vorgeschriebene ärztliche Zweitmeinung. Personen, die den ärztlichen Beruf unter fachlicher Aufsicht ausüben, und Personen mit einem anderen Beruf sind zu beidem nicht berechtigt.

Zudem muss gemäss Bst. d die nach Art. 378 ZGB vertretungsberechtigte Person dem Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen zustimmen. Diese hat nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Patientin oder des urteilsunfähigen Patienten zu entscheiden (vgl. Art. 378 Abs. 3 ZGB). Fehlt eine vertretungsberechtigte Person, hat die KESB eine Vertretungsbeistandschaft zu errichten (vgl. Art. 381 Abs. 1 ZGB), die dann als vertretungsberechtigte Person im Sinn von Art. 108 gilt (vgl. Art. 378 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB).

Abs. 2 behält abweichende Weisungen in einer Patientenverfügung oder einem Vorsorgeauftrag vor. Die Patientin oder der Patient kann darin den Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen sowohl erleichtern als auch erschweren.

Art. 109 und 110

Wie oben erwähnt gelten die Berufspflichten des Bundesrechts für die bundesrechtlich geregelten Berufe unmittelbar, zumindest für das Ausüben eines solchen Berufs in eigener fachlicher Verantwortung (vgl. Abschnitt 2.5.1.b und 2.6.1.a). Diese Berufspflichten müssen auch für die kantonal geregelten Berufe und das Ausüben von bundesrechtlich geregelten Berufen unter fachlicher Aufsicht gelten.

Für das Ausüben eines kantonalrechtlich geregelten Berufs in eigener fachlicher Verantwortung verweist Art. 109 Abs. 1 auf die Berufspflichten nach Art. 16 GesBG. Art. 16 GesBG entspricht weitgehend Art. 40 MedBG und Art. 27 PsyG. Der einzige Unterschied ist, dass Art. 40 Bst. g MedBG für universitäre Medizinalberufe eine Beistandspflicht und die Pflicht, Notfalldienst zu leisten, begründet.

Nach Art. 109 Abs. 2 ist Art. 16 GesBG auf Personen, die einen kantonal geregelten Beruf unter fachlicher Aufsicht ausüben, nicht unmittelbar, sondern nur sachgemäss anwendbar. Insbesondere ist die Verpflichtung zu lebenslangem Lernen (Art. 16 Bst. b) bei Personen, die erst in Ausbildung sind und daher ihren Beruf unter fachlicher Aufsicht ausüben, zu relativieren.

Auch für Personen, die einen nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Beruf unter fachlicher Aufsicht ausüben, gelten nach Art. 110 die Berufspflichten des Bundesrechts nur sachgemäss. Zudem sind Assistenzärztinnen und Assistenzärzte von der Beistandspflicht nach Art. 40 Bst. g MedBG befreit (vgl. Art. 110 Abs. 2). Das Praktikum im Bereich eines nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Berufs gilt nach Art. 76 nicht als Ausüben dieses Berufs – sondern eben als Praktikumsstätigkeit –, weshalb Praktikantinnen und Praktikanten zum Vornherein nicht den Berufspflichten unterstehen.



Art. 111

Das Bundesrecht schreibt als Berufspflicht ein lebenslanges Lernen bzw. eine lebenslange, kontinuierliche Fortbildung vor (vgl. Art. 40 Bst. b MedBG, Art. 16 Bst. b GesBG und Art. 27 Bst. b PsyG). In der Regel haben die Berufsverbände hierzu Richtlinien erlassen. Die Regierung kann solche Richtlinien als verbindlich erklären oder, wenn Richtlinien fehlen, eigene Vorgaben festlegen.

Die Betriebshaftpflichtversicherung ist bei der Betriebsbewilligung eine Bewilligungsvoraussetzung und kann nach Art. 86 Abs. 2 von der Regierung näher geregelt werden. Bei den bundesrechtlichen geregelten Berufen ist die Berufshaftpflichtversicherung ausdrücklich «nur» eine Berufspflicht, weshalb die Regierung in Art. 111 nochmals zum Erlass von ergänzenden Vorschriften ermächtigt werden muss.

Pflichten der Betriebe

Art. 112

Ein Betrieb, der eine Betriebsbewilligung des Kantons St.Gallen benötigt, untersteht nach Bst. a immer den Betriebspflichten des Gesundheitsgesetzes, und zwar unabhängig davon, wo er seinen Sitz oder Betriebsstandort hat (z.B. ein ausserkantonaler Spitex-Betrieb nach Art. 87 Abs. 3), und unabhängig davon, ob er Personal beschäftigt, das im Kanton St.Gallen den Berufspflichten untersteht (z.B. ein medizinisches Labor, das nicht von einer Ärztin oder einem Arzt, sondern von einer Person mit einer vom Bund anerkannten Hochschulausbildung [vgl. Art. 54 Abs. 3 KVV] geleitet wird).

Zahlenmässig bedeutsamer sind jedoch die Betriebe nach Bst. b Ziff. 1, also Betriebe mit Sitz oder Standort im Kanton, die zwar keine Betriebsbewilligung benötigen, aber Personen beschäftigen, die den Berufspflichten des Gesundheitsgesetzes unterstehen (vgl. dazu Art. 97).

Daneben sind Konstellationen möglich, in denen der Betrieb seinen Sitz oder Standort im Kanton St.Gallen hat, hier jedoch nicht der Betriebsbewilligungspflicht untersteht und dessen Mitarbeitende nicht den Berufspflichten des Gesundheitsgesetzes unterstehen, weil sie alle in anderen Kantonen tätig sind (vgl. das Beispiel des Radiologiebetriebs in den Erläuterungen zu Art. 85). Ein solcher Betrieb untersteht den Betriebspflichten des GesG, wenn er Personen beschäftigt, die in einem anderen Kanton gesundheitspolizeilichen Berufspflichten unterstehen. Bst. b Ziff. 2 bezweckt, dass gegen den Betrieb Massnahmen getroffen werden können, wenn seine Mitarbeitenden gegen ausserkantonale Berufspflichten verstossen und der Betrieb für die Verstösse mitverantwortlich ist.

Art. 113

Im Bereich der Berufspflichten besteht eine gemeinsame Verantwortlichkeit. Zwar haben die Mitarbeitenden eines Betriebs von sich aus ihre Berufspflichten zu erfüllen und können bei Verstössen disziplinarrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. Nach Abs. 1 ist aber auch der Betrieb verantwortlich dafür, dass seine Mitarbeitenden ihre Berufspflichten erfüllen. Er hat einerseits die Voraussetzungen zu schaffen, dass die Mitarbeitenden ihre Berufspflichten erfüllen können. Vor allem aber darf er nicht tatenlos zusehen, wenn er von Verstössen gegen Berufspflichten erfährt. Gemeint sind nicht nur die Berufspflichten nach dem Gesundheitsgesetz, sondern auch allfällige für die Mitarbeitenden geltenden Berufspflichten anderer Kantone (vgl. Art. 112 Bst. b Ziff. 2).

Zudem ist der Betrieb direkt dafür verantwortlich, dass alle seine Mitarbeitenden über die notwendigen BAB oder Bewilligungen für eine Tätigkeit unter Aufsicht verfügen oder berechtigt sind, ih-



ren Beruf bewilligungsfrei unter Aufsicht auszuüben. Es liegt in seiner Verantwortung zu kontrollieren, dass die notwendigen Bewilligungen im Zeitpunkt des Stellenantritts vorliegen. Zudem muss er die Meldepflichten nach Art. 76 Abs. 3 erfüllt haben.

Art. 114

Die Dokumentationspflicht ist bzw. bleibt eine Berufspflicht der einzelnen Mitarbeitenden. Der Betrieb hat gemäss Art. 113 Abs. 1 aber dafür zu sorgen, dass die Mitarbeitenden ihre Dokumentationspflicht erfüllen. Zudem wird er durch Art. 114 Abs. 1 berechtigt, Patientendokumentationen ganz oder teilweise zusammenzulegen. Die Zusammenlegung kann zeitlich und/oder sachlich erfolgen. Z.B. können Physiotherapeutinnen, die einen Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten behandeln, ihre Einträge alle in dieselbe Patientendokumentation machen. Darüber hinaus ist auch ein bereichsübergreifendes Zusammenlegen der Patientendokumentation zulässig, so dass z.B. alle Ärztinnen und Ärzte, die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut sowie die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die eine Patientin oder einen Patienten behandeln, ihre Einträge alle in dieselbe Patientendokumentation machen können.

Es bleibt dem Betrieb überlassen, ob und wie er gemeinsame Patientendokumentationen führen lassen will. Voraussetzung ist, dass der vorgesehene Umfang der Zusammenlegung durch die Zustimmung der Patientin oder des Patienten abgedeckt ist.

Nach Abs. 2 hat der Betrieb sicherzustellen, dass erkennbar ist, von wem die Eintragungen in einer zusammengelegten Patientendokumentation stammen. Das ist einerseits notwendig, damit überprüfbar bleibt, ob die einzelnen Mitarbeitenden ihre Dokumentationspflicht erfüllt haben. Andererseits muss aus der Patientendokumentation erkennbar bleiben, wer aus welchen Gründen zu welchen Diagnosen gekommen ist oder welche Behandlungen angeordnet wurden, damit allfällige Fehler dem verantwortlichen Mitarbeitenden individuell zugeordnet werden können.

Art. 115

Art. 116 Abs. 1 Satz 1 ist das Gegenstück zu Art. 100 Abs. 3. Dementsprechend kann auf die Erläuterungen zu Art. 100 bis 104 verwiesen werden.

Art. 116

Der Artikeltitel zu Art. 116 spricht von Sterbebegleitung. Damit soll deutlich gemacht werden, dass es um Patientinnen und Patienten geht, die im Sterben liegen bzw. dass Abs. 1 keinen Anspruch von unheilbaren Patientinnen und Patienten auf Sterbehilfe begründet. Abs. 1 entspricht im Übrigen weitgehend der bereits gelebten Praxis, wonach eine sterbende Patientin oder ein sterbender Patient im Spital in ein Einzelzimmer verlegt wird und dass die Rettungsdienste am Unfallplatz für einen Sichtschutz sorgen.

Art. 116 Abs. 2 übernimmt inhaltlich Art. 40^{bis} Abs. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes. Er umfasst sowohl das Abschiednehmen während des Sterbens als auch das Abschiednehmen von der Patientin oder vom Patienten nach ihrem oder seinem Tod.

Art. 117

Die Pflicht, das Behandlungs- oder Pflegeverhältnis zu regeln, gilt nur für öffentlich-rechtliche Einrichtungen nach st.gallischem Recht. Art. 117 knüpft bewusst an die Rechtsnatur der Einrichtung und nicht an die Rechtsnatur des Behandlungs- oder Pflegeverhältnisses an, da dieses umstritten sein kann und weil das Behandlungs- oder Pflegeverhältnis dem Bundesprivatrecht unterstellt werden kann (vgl. Abs. 3).

Die Rechtsnatur und die Grundzüge des Behandlungs- oder Pflegeverhältnisses sind grundsätzlich im Gründungserlass zu regeln. Die Trägerschaft kann aber das oberste Leitungsorgan der



Einrichtung ermächtigen, Rechtsnatur und Inhalt der Behandlungs- oder Pflegeverhältnisse zu regeln. Die Ermächtigung kann im Gründungserlass enthalten sein oder erst später erteilt werden, wobei sich dann nach dem Organisationsrecht der Trägerschaft entscheidet, in welcher Form dies zu geschehen hat.

Die Bestimmung hat für bestehende Einrichtungen lediglich hinweisenden Charakter. Insbesondere bedeutet der Verzicht auf eine entsprechende Übergangsbestimmung im GesG, dass bestehende öffentlich-rechtliche Pflegeheime ihre Gründungserlasse nicht nachträglich an Art. 117 anpassen müssen. Bei der Aufnahme auf die Pflegeheimliste wird zukünftig aber darauf geachtet werden, dass Art. 117 bei Neugründungen eingehalten ist.

Für den Spitalverbund und den Psychiatrieverbund wird Art. 117 durch je einen Nachtrag zum GSV und zum GPV umgesetzt (vgl. hinten bei den Drittänderungen).

Art. 118

Nach Art. 5 Abs. 2 Bst. a kt. DSG ist für die Videoüberwachung eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage erforderlich, wenn besonders schützenswerte Personendaten erhoben werden. Dies ist bei Einrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten behandelt oder gepflegt werden, regelmässig der Fall, da durch die Videoüberwachung das Bestehen eines Behandlungsverhältnisses und damit eine Angabe über die Gesundheit dokumentiert wird.

Nach Abs. 1 muss die Videoüberwachung dem Schutz von Personen und Sachen dienen. Die Bestimmung bietet keine Grundlage, mittels Videoüberwachung die Arbeit von Mitarbeitenden zu überwachen. Aufgrund der Zweckbindung nach Art. 4 Abs. 1 kt. DSG dürfen daher z.B. durch die Videoüberwachung erfasste Zigarettenpausen der Mitarbeitenden nicht zeitmässig ausgewertet und mit der Arbeitszeiterfassung abgeglichen werden.

Nach Abs. 2 muss die Videoüberwachung in Anlehnung an Art. 4 Abs. 2 kt. DSG für die betroffenen Personen erkennbar sein.

Nach Abs. 3 regelt das zuständige Leitungsorgan der Einrichtung die Einzelheiten der Videoüberwachung durch Reglement. Mit Reglement ist eine generell-abstrakte Regelung und nicht ein Einzelfallbeschluss gemeint, selbst wenn nur eine einzelne Kamera aufgestellt wird. Welches Leitungsorgan für die Regelung zuständig ist, bestimmt das Organisationsrecht der Einrichtung.

3.1.6.c Pflichten von Personen und Betrieben ohne Berufs- oder Betriebspflichten

Art. 119

Art. 119 ist eine Kompensation oder Rückversicherung dafür, dass die Bewilligungspflicht im Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin nahezu vollständig aufgehoben wird. Die Bestimmung stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten, deren Zustand ärztliche Abklärung oder Behandlung erfordert, nicht von Personen oder Betrieben behandelt werden, deren fachliche Kompetenzen nicht staatlich geprüft wurden.

Abs. 2 lässt das Weiterführen der nicht-ärztlichen Behandlung nur zu, wenn kumulativ zwei Voraussetzungen erfüllt sind:

- Zum einen muss die Patientin oder der Patient die nicht-ärztliche Behandlerin oder den nicht-ärztlichen Behandler über das Resultat der ärztlichen Abklärung informieren. Dies verhindert, dass die Überweisungspflicht nur pro forma eingehalten wird;
- Zum anderen muss die Ärztin oder der Arzt der weiteren Abklärung oder Behandlung durch eine nicht-ärztliche Person zustimmen oder die Patientin bzw. der Patient muss schriftlich und ausdrücklich erklären, dass sie oder er auf eine ärztliche Behandlung verzichtet.



Ein Verstoß gegen die Überweisungspflicht kann mit Busse geahndet werden (vgl. Art. 141 Abs. 2 Bst. b) und dazu führen, dass die fehlbare Person oder der fehlbare Betrieb der gesundheitspolizeilichen Aufsicht unterstellt wird (vgl. Art. 120 Abs. 2 Bst. a).

3.1.6.d Gesundheitspolizeiliche Aufsicht

Art. 120

Der gesundheitspolizeilichen Aufsicht unterstehen alle Personen und Betriebe, für welche die Berufs- oder Betriebspflichten des Gesundheitsgesetzes gelten. Dies schliesst auch Personen ein, die den bundesrechtlichen Berufspflichten unterstehen, da die Berufspflichten des Gesundheitsgesetzes für alle Gesundheitsfachpersonen i.S. von Art. 6 Bst. g gelten. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass nicht nur Personen, die über eine BAB verfügen, der gesundheitspolizeilichen Aufsicht unterstehen, sondern alle Personen, die einen Beruf des Gesundheitswesens in eigener fachlicher Verantwortung oder unter fachlicher Aufsicht ausüben, für dessen Ausübung in eigener fachlicher Verantwortung das neue Gesundheitsgesetz oder die Bundesgesetzgebung eine Bewilligung des Kantons St.Gallen vorschreibt (vgl. Art. 120 Abs. 1 i.V.m. Art. 97 Bst. a und Art. 6 Bst. g), sowie die in Art. 97 Bst. b bis e genannten Berufsgruppen, die keine BAB benötigen. Dieser weite Anwendungsbereich stellt sicher, dass sich eine Person nicht einfach dadurch der gesundheitspolizeilichen Aufsicht und den Disziplinar massnahmen entziehen kann, dass sie in Verletzung der Bewilligungspflicht keine BAB löst. Zudem ermöglicht der weite Anwendungsbereich der gesundheitspolizeilichen Aufsicht, Verstösse gegen Bewilligungspflichten disziplinarisch zu ahnden und auf zusätzliche Strafbestimmungen in diesem Bereich zu verzichten.

Nach Abs. 2 kann die zuständige Stelle des Kantons weitere Personen oder Betriebe durch Verfügung der Aufsicht unterstellen. Die Unterstellung unter die Aufsicht ermöglicht der Aufsichtsbehörde, aufsichtsrechtliche Abklärungen zu treffen und hierfür die gesetzlich vorgesehenen Zwangsmittel einzusetzen. Ohne die Unterstellung unter die Aufsicht hätte die Aufsichtsbehörde praktisch keine Möglichkeit, einen Sachverhalt abzuklären, da die betroffene Person oder der betroffene Betrieb nicht verpflichtet wäre, Auskünfte zu erteilen. Die Mitwirkungspflicht nach VRP, bei der es sich ohnehin nur um eine Obliegenheit handelt, reicht nicht aus.

Voraussetzung für die Unterstellung unter die Aufsicht kann der begründete Verdacht sein, dass die Person oder der Betrieb die Überweisungspflicht nach Art. 119 dieses Erlasses verletzt hat. Es sind keine mehrfachen Verletzungen der Überweisungspflicht vorausgesetzt, sondern es genügt der Verdacht, dass die Überweisungspflicht einmal verletzt wurde.

Die Unterstellung unter die Aufsicht kann bei einem Betrieb auch verfügt werden, wenn der begründete Verdacht besteht, dass in den Betriebsräumlichkeiten bewilligungspflichtige Tätigkeiten ausgeübt werden. Es geht hier um Konstellationen, in denen z.B. in einem Kosmetikbetrieb, der an sich nicht der Aufsicht untersteht, Botoxinjektionen gemacht werden. Diese Tätigkeit ist Ärztinnen und Ärzten mit einer BAB vorbehalten. Damit überhaupt erst abgeklärt werden kann, ob gegen gesundheitspolizeiliche Vorschriften verstossen wurde, muss der Betrieb der Aufsicht unterstellt werden. Eine Abklärung bzw. Kontrolle auf der Ebene der Ärztin oder des Arztes ist oft nicht möglich, da deren Namen oft nicht bekannt sind.

Ein begründeter Verdacht liegt nicht erst vor, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 Bst. a oder b sachverhältnismässig belegt werden können. Der Zweck der Unterstellung unter die Aufsicht besteht ja gerade darin, den Sachverhalt genauer abklären zu können. Die Stelle des Kantons, welche die Unterstellung unter die Aufsicht verfügt, wird aber immerhin begründen müssen, worauf sich ihr Verdacht stützt.



Nach Abs. 3 kann die Unterstellungsverfügung nicht selbständig angefochten werden. Wie bereits mehrfach erwähnt, dient die Unterstellung unter die Aufsicht in erster Linie dazu, den massgebenden Sachverhalt aufsichtsrechtlich abklären zu können. Dementsprechend lässt sich die Unterstellungsverfügung in der Regel (noch) nicht rechtsgenügend begründen. Ordnet die Aufsichtsbehörde aufgrund der Sachverhaltsabklärungen aufsichtsrechtliche Massnahmen an, kann mit dem Rechtsmittel gegen die Massnahmen auch die Unterstellung unter die Aufsicht vorfrageweise angefochten werden.

Art. 121

Keine Anmerkungen.

Vorbemerkung zu Art. 122 bis 124

Die in Art. 122 aufgeführten Aufsichtsmassnahmen sind vorab auf die direkte Beseitigung eines rechtswidrigen Zustands ausgerichtet. Demgegenüber haben die in Art. 123 und Art. 124 geregelten Disziplinar-massnahmen vorab präventiven Charakter und sollen die Wiederholung von rechtswidrigen Handlungen oder Zuständen verhindern.

Die Unterscheidung hat vor allem hinsichtlich der Verjährung eine Bedeutung. Aufsichtsmassnahmen verjähren nicht im technischen Sinn. Sie können aber unverhältnismässig sein, wenn der rechtswidrige Zustand während der Dauer des Aufsichtsverfahrens entfällt und keine unmittelbare Gefahr einer Wiederholung besteht.

Art. 122

Nach Abs. 1 kann die Aufsichtsbehörde alle Massnahmen anordnen, die für die direkte Beseitigung eines rechtswidrigen Zustands notwendig erscheinen. Sie verfügt über ein weites Ermessen bei der Auswahl der geeigneten und notwendigen Massnahmen, aber auch beim Entscheid, ob überhaupt eine Aufsichtsmassnahme anzuordnen ist. Abs. 2 listet – nicht abschliessend – die am häufigsten vorkommenden Massnahmen auf.

Hingegen liegt es nach Abs. 3 nicht im Ermessen der Aufsichtsbehörde, ob der administrative Entzug einer Bewilligung angeordnet wird. Sind die Voraussetzungen für die Erteilung der Bewilligung nicht mehr erfüllt oder werden nachträglich Tatsachen festgestellt, aufgrund derer die Bewilligung hätte verweigert werden müssen, muss die Aufsichtsbehörde die Bewilligung zwingend entziehen. Abs. 3 umfasst im Übrigen alle Arten von Bewilligungen, also die BAB, die verschiedenen Bewilligungen zum Ausüben eines Berufs unter Aufsicht und die Betriebsbewilligung.

Art. 123

Art. 123 unterscheidet zwischen den Personen, die einen nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Beruf ausüben, und den übrigen Personen, die den Berufspflichten unterstehen. Zur zweiten Gruppe gehören auch Personen, die einen vom Bundesrecht geregelten Beruf nicht in eigener fachlicher Verantwortung, sondern unter fachlicher Aufsicht ausüben.

Abs. 2 setzt für eine Disziplinar-massnahme die Verletzung einer Bewilligungspflicht oder einer Berufspflicht dieses Erlasses – einschliesslich der aufgrund der Verweise in Art. 109 und 110 anwendbaren bundesrechtlichen Berufspflichten – oder der eidgenössischen Heilmittelgesetzgebung voraus. Er übernimmt im Wesentlichen die Disziplinar-massnahmen des Bundesrechts, einschliesslich des Bussenrahmens bis Fr. 20'000.–. Allerdings wird auf den Verweis als eigenständige Massnahme verzichtet, da sich dieser nicht klar von der Verwarnung abgrenzen lässt.

Ebenfalls nicht übernommen wird die Einschränkung im Bundesrecht, wonach bei einem Verstoss gegen die Fortbildungspflicht nur Verwarnung, Verweis oder Busse zulässig sind, nicht aber ein Berufsverbot bzw. ein Entzug der BAB. In der Regel folgt diese Begrenzung bereits aus dem



Verhältnismässigkeitsprinzip. Bei einem krassen Verstoss gegen die Fortbildungspflicht sollte jedoch zumindest ein befristetes Berufsverbot ausgesprochen werden können, da in solchen Fällen eine erhebliche Gefährdung der Patientinnen und Patienten vorliegen kann.

Im Weiteren sieht Abs. 2 Bst. c den disziplinarischen Entzug der BAB vor, statt wie das Bundesrecht die Anordnung eines Berufsverbots. Im kantonalen Recht kann kein schweizweit geltendes Berufsverbot verankert werden.

Bst. d ist eine Disziplinarmassnahme, die auf die bewilligungsfreie Berufsausübung nach Art. 76 und die bewilligungsfreie Assistenzstätigkeit nach Art. 84 Bst. d ausgerichtet ist. In diesen Fällen muss ein kantonal geltendes Berufsverbot ausgesprochen werden, da keine Bewilligung entzogen werden kann. Als mildere Massnahme kann die bewilligungsfreie Tätigkeit disziplinarisch der Bewilligungspflicht unterstellt werden, um eine engere Kontrolle zu ermöglichen.

Art. 124

Zum Begriff des Rechtsträgers kann auf die Erläuterungen zu Art. 88 verwiesen werden. Es wird hier bewusst nicht der Begriff der Trägerschaft verwendet, da bei mehrstufigen Verhältnissen mehrere Ebenen als Trägerschaft bezeichnet werden können. Als Rechtsträger gilt diejenige Ebene, die direkt für den Betrieb zuständig ist. In diesem Sinn ist z.B. der Spitalverbund HOCH Rechtsträger des Kantonsspitals, während der Kanton die Trägerschaft des Spitalverbundes bildet.

Die Schliessung des Betriebs nach Abs. 1 Bst. c zielt auf Betriebe ab, die keine Betriebsbewilligung brauchen. Sie kann aber auch gegenüber Betrieben angeordnet werden, die zwar eine Betriebsbewilligung bräuchten, aber entweder nie eine gelöst haben oder denen die Betriebsbewilligung bereits früher entzogen wurde. Der Entzug und Schliessung können gleichzeitig angeordnet werden, z.B. wenn aufgrund des Verhaltens des Betreibers befürchtet werden muss, dass er den Betrieb trotz Entzugs der Betriebsbewilligung weiterführen wird.

Anders als ein Entzug der BAB wirkt der Entzug der Betriebsbewilligung oder eine Schliessung des Betriebs nicht umfassend in die Zukunft. Der Rechtsträger kann jederzeit ein Gesuch für einen neuen Betrieb – z.B. an einem neuen Standort oder mit einer neuen Leitung – einreichen. Mit dem Betriebsverbot nach Bst. d wird dem Rechtsträger selbst verboten, weiterhin einen Betrieb zu führen. Dadurch können Gesuche dieses Rechtsträgers um eine neue Betriebsbewilligung gestützt auf das rechtskräftige Betriebsverbot ohne weiteres abgewiesen werden.

Art. 125

Bei Personen, die einen nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, sind die Verjährungsbestimmungen der jeweiligen Bundesgesetze (Art. 46 MedBG, Art. 22 GesBG, Art. 33 PsyG) direkt anwendbar. Sie sind in allen drei Bundesgesetzen gleich formuliert.

Für die übrigen Personen, die aufgrund des GesG dem Disziplinarrecht unterstehen, richtet sich die Verjährung der disziplinarischen Verfolgung sachgemäss nach Art. 22 GesBG.

Art. 126

Das aufsichtsrechtliche Verfahren richtet sich grundsätzlich nach dem VRP. Dementsprechend gelten die Bestimmungen von Art. 12 VRP über die Ermittlung des Sachverhalts und die dort genannten Beweismittel. Zur Verdeutlichung werden einzelne Befugnisse, die auch aus Art. 12 VRP hergeleitet werden könnten, in der Praxis aber regelmässig zu Diskussionen Anlass geben, in Art. 126 ausdrücklich geregelt:



- Bst. a: Die aufsichtsrechtliche Kontrolle von Geschäftsräumen muss nicht vorgängig angekündigt werden. Damit wird der Grundsatz des VRP relativiert, wonach ein unangemeldeter Augenschein nur ausnahmsweise zulässig ist.⁴⁷ Hingegen ist die aufsichtsrechtliche Kontrolle in Anwesenheit der betroffenen Person durchzuführen bzw. eine Kontrolle ohne diese Person ist nur ausnahmsweise zulässig.
- Der Zutritt kann mit Hilfe der Polizei erzwungen werden. Die Polizei ist nach Art. 12 Abs. 1 Bst. d des Polizeigesetzes (sGS 451.1) verpflichtet, die Aufsichtsbehörde zu unterstützen.

Bei anderen Räumlichkeiten als den Geschäftsräumen muss eine Kontrolle direkt auf Art. 12 VRP abgestellt werden. Dementsprechend muss die Kontrolle dieser Räumlichkeiten vorgängig angekündigt werden. Auch beim Augenschein nach Art. 12 VRP besteht eine Duldungspflicht.⁴⁸

- Bst. b: Nach Art. 106 Abs. 1 Bst. e gelten die Schweigepflicht und das Berufsgeheimnis nicht, wenn die Aufsichtsbehörde in einem Aufsichtsverfahren geschützte Informationen oder Unterlagen herausverlangt. Dementsprechend kann die Aufsichtsbehörde bei einer Kontrolle vor Ort Einsicht in Patientendokumentationen nehmen und deren Herausgabe verlangen.
- Bst. c: Die Aufsichtsbehörde kann zur Beweissicherung Gegenstände und Unterlagen beschlagnahmen. Die Wirkung dieser prozessualen Beschlagnahme ist auf die Dauer des Aufsichtsverfahrens und das allfällige anschliessende Rechtsmittelverfahren beschränkt. Eine darüber hinausgehende, materiellrechtliche Beschlagnahme richtet sich nach Art. 122 Abs. 2 Bst. b.

Abs. 2 begründet nicht bloss eine Obliegenheit, sondern eine Pflicht der vom Aufsichtsverfahren betroffenen Person oder des Betriebs, an der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken. Die Mitwirkungspflicht kann nötigenfalls mit einer Strafandrohung nach Art. 292 StGB durchgesetzt werden.

Dritte haben eine Mitwirkungspflicht, soweit sie Herrschaft über ein Beweismittel haben. Damit sind Personen gemeint, die im Besitz eines Beweismittels sind, z.B. eine Urkunde in ihrem Besitz haben. Die Mitwirkungspflicht nach Abs. 2 gilt aber auch für Personen mit übergeordneter «Herrschaft», z.B. die Eigentümerin einer Praxisliegenschaft, die eine Inspektion der vermieteten Praxis nicht durch ein Betretungsverbot verhindern kann. Im Weiteren gilt die Mitwirkungspflicht für Personen, welche die «Herrschaft» über Daten haben, z.B. der Betreiber einer Datenbank, in der Patientendokumentationen abgespeichert sind.

Die Mitwirkungspflicht nach Abs. 2 wird durch die Verweigerungsrechte nach Art. 163 und Art. 166 ZPO eingeschränkt. Der gezielte Verweis auf zwei bestimmte Artikel der ZPO stellt klar, dass im Aufsichtsverfahren das Beweisrecht der ZPO nicht umfassend angewendet werden soll.⁴⁹ Insbesondere gilt das umfassende Verweigerungsrecht Dritter nach Art. 165 ZPO nicht und auch Art. 164 ZPO über die Folgen einer unberechtigten Verweigerung der Mitwirkung durch eine Partei ist im Aufsichtsverfahren nicht anwendbar.

⁴⁷ Vgl. dazu B. Märkli, in: Rizvi / Schindler / Cavelti (Hrsg.), Praxiskommentar VRP, Zürich / St.Gallen 2020, N 52 zu Art. 12–13.

⁴⁸ Vgl. B. Märkli, a.a.O., N 50 zu Art. 12–13.

⁴⁹ Vgl. demgegenüber zur sachgemässen Anwendung der ZPO im Bereich der Sachverhaltsermittlung nach Art. 12 VRP B. Märkli, a.a.O., N 3 und 45 zu Art. 12–13.



Zudem ist nochmals darauf hinzuweisen, dass gegenüber der Aufsichtsbehörde die Schweigepflicht und das Berufsgeheimnis nicht geltend gemacht werden können (vgl. Art. 106 Abs. 1 Bst. e), weshalb Art. 163 Abs. 1 Bst. b und Art. 166 Abs. 1 Bst. b ZPO nur anwendbar sind, wenn die Geheimhaltungsverpflichtung eines Berufs ausserhalb des Gesundheitswesens betroffen ist.

Die Stellung einer Person, die als Zeugin oder Zeuge befragt werden soll, richtet sich nach Art. 13 VRP.

Art. 127

Keine Anmerkungen.

Art. 128

Die Aufsichtsbehörde kann nicht nur Disziplinar massnahmen, sondern auch Aufsichts massnahmen im Sinn von Art. 122 veröffentlichen, insbesondere den administrativen Entzug einer Bewilligung, wenn dies zum Schutz der Allgemeinheit notwendig ist. Insbesondere ist eine Veröffentlichung zulässig, wenn die begründete Befürchtung besteht, dass die Adressatin oder der Adressat der Verfügung gegen die angeordnete Massnahme verstossen wird.

Die Veröffentlichung ist ausdrücklich anzuordnen, entweder in der Verfügung, in der die Massnahme angeordnet wird, oder in einer separaten Verfügung, damit die betroffene Person gegen die Veröffentlichung ein Rechtsmittel erheben kann. Wird ein aufsichtsrechtlicher Entscheid nicht zum Schutz der Allgemeinheit veröffentlicht, sondern gestützt auf Art. 4 des Öffentlichkeitsgesetzes (sGS 140.2; abgekürzt OeffG) bekannt gegeben, weil ein anderes legitimes Informationsinteresse der Öffentlichkeit besteht, muss die Bekanntgabe nicht durch Verfügung angeordnet werden. Es geht bei der Bekanntgabe nach Art. 4 OeffG um Entscheide in Aufsichts- oder Disziplinarverfahren, die mediale Aufmerksamkeit erlangt hatten und bei denen die Öffentlichkeit ein berechtigtes Interesse daran, über den Ausgang des Verfahrens informiert zu werden.

3.1.7 Anbau von Hanf

Art. 129 bis 131

Die Bestimmungen wurden (abgesehen von redaktionellen Anpassungen im Zusammenhang mit der sprachlichen Gleichbehandlung der Geschlechter) unverändert aus Art. 54^{quater} bis 54^{sexies} des geltenden Gesundheitsgesetzes übernommen, mit Ausnahme des Verweises in Art. 54^{quinquies} auf die Strafbestimmung von Art. 55 Bst. d des geltenden Gesundheitsgesetzes. Diese sehr allgemein gehaltene Strafbestimmung ist im neuen Gesundheitsgesetz nicht mehr enthalten.

3.1.8 Organisation und Verfahren

Art. 132

Die Aufgaben der Amtsärztinnen und Amtsärzte sind in verschiedenen bestehenden Gesetzen und Verordnungen ausserhalb des Gesundheitsgesetzes geregelt. Die Amtsärztinnen und Amtsärzte haben nicht mehr wie bisher direkt aufgrund des Gesundheitsgesetzes gesundheitspolizeiliche Aufsichts- und Vollzugsbefugnisse (vgl. vorn Abschnitt 2.7.7.a). Die Regierung kann ihnen aber durch Verordnung neue Aufgaben im Bereich der Gesundheitspolizei zuweisen, einschliesslich der damit verbundenen Aufsichts- und Vollzugsbefugnisse.

Abs. 2 übernimmt im Wesentlichen Art. 3 Abs. 1 Bst. ^{abis} des geltenden Gesundheitsgesetzes. Der Kanton ist verpflichtet, die amtsärztliche Tätigkeit flächendeckend für den ganzen Kanton sicherzustellen. Das zuständige Departement hat daher dafür zu sorgen, dass Amtsärztinnen und Amtsärzte in der erforderlichen Anzahl vorhanden sind.



Satz 2 bestimmt neu, dass das zuständige Departement den örtlichen und/oder den sachlichen Zuständigkeitsbereich einer Amtsärztin oder eines Amtsarztes einschränken kann. Eine Amtsärztin oder ein Amtsarzt ist grundsätzlich berechtigt, im ganzen Kanton amtsärztliche Befugnisse auszuüben, solange das zuständige Departement den örtlichen Zuständigkeitsbereich nicht eingeschränkt hat. Auch kann das zuständige Departement den sachlichen Zuständigkeitsbereich einschränken, indem eine Amtsärztin oder ein Amtsarzt z.B. nur zu Legalinspektionen beim aussergewöhnlichen Todesfall berechtigt wird.

Aus Abs. 2 ergibt sich auch, dass das zuständige Departement die Amtsärztinnen und Amtsärzte entweder in einem Arbeitsverhältnis anstellen oder sie – wie bisher – zur Amtsperson im Nebenamt ernennen kann.

Der Amtszwang nach Abs. 3 gilt nur für Personen mit einem Facharzttitel in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder in Psychiatrie und Psychotherapie, die gestützt auf Art. [...] von der persönlichen Erfüllung der Notfalldienstpflicht dispensiert wurden. Zudem können diese Personen nur zum Dienst als nebenamtliche Amtsärztin oder nebenamtlichen Amtsarzt mit besonderen Aufgaben verpflichtet werden, nämlich als Amtsärztin oder Amtsarzt, die oder der gestützt auf Art. 34 des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (sGS 912.5; abgekürzt EG-KES) eine FU nach Art. 426 ZGB bzw. eine ärztliche Unterbringung im Sinn von Art. 429 ZGB anordnen kann. Hingegen können sie nicht verpflichtet werden, sämtliche amtsärztliche Tätigkeiten zu übernehmen, also z.B. aussergewöhnliche Todesfälle zu untersuchen (vgl. dazu Art. 46 Abs. 4 EG-StPO).

Nach Abs. 4 kann das zuständige Departement öffentlich-rechtliche oder private Einrichtungen und Betriebe mit der Durchführung von amtsärztlichen Aufgaben beauftragen. Eine entsprechende Leistungsvereinbarung hat allerdings nicht zur Folge, dass die amtsärztlichen Kompetenzen direkt auf die Einrichtung oder den Betrieb übergehen. Die Mitarbeitenden der Einrichtung oder des Betriebs müssen weiterhin vom Departement zur Amtsärztin oder zum Amtsarzt im Nebenamt ernannt werden. Hingegen ist es Aufgabe der beauftragten Einrichtung oder des beauftragten Betriebs, die amtsärztliche Versorgung durch seine Mitarbeitenden zu planen und sicherzustellen.

Art. 133

Die Kantonszahnärztin oder der Kantonszahnarzt hat in erster Linie eine beratende Funktion. Die Regierung kann aber der Kantonszahnärztin oder dem Kantonszahnarzt gestützt auf Abs. 3 durch Verordnung Aufsichts- und/oder Vollzugsaufgaben im Bereich des Gesundheitswesens zuweisen, insbesondere im Bereich der BAB oder im Bereich der Aufsicht über zahnärztliche Gesundheitsfachpersonen und Betriebe. Wird die Funktion der Kantonszahnärztin oder des Kantonszahnarztes im Nebenamt ausgeübt, sind mit einer solchen Zuweisung von Aufsichts- und/oder Vollzugsaufgaben auch die hierfür erforderlichen hoheitlichen Befugnisse eingeräumt.

Nach Abs. 2 ist das zuständige Departement zwar berechtigt, aber nicht verpflichtet, die Funktion der Kantonszahnärztin oder des Kantonszahnarztes weiterhin im Nebenamt zu besetzen. Es kann die Aufgaben der Kantonszahnärztin oder des Kantonszahnarztes auch durch eigene Mitarbeitende im Anstellungsverhältnis erledigen lassen. Das zuständige Departement darf die Funktion der Kantonszahnärztin oder des Kantonszahnarztes aber nicht einfach unbesetzt lassen und damit faktisch abschaffen.

Art. 134

Art. 134 verpflichtet das zuständige Departement, eine Präventivmedizinerin oder einen Präventivmediziner zu benennen und dieser Person die fachliche Leitung der Tätigkeiten des Kantons im Bereich der Gesundheitsvorsorge zu übertragen.



Art. 135

Nach Art. 43^{bis} Abs. 1 Bst. b VRP können Verfügungen und Entscheide von Verwaltungsbehörden des Staates mit Rekurs beim zuständigen Departement angefochten werden, wenn nicht der Weiterzug an die Verwaltungsrekurskommission, ans Versicherungsgericht oder an die Regierung offensteht. Unter den Begriff der Verwaltungsbehörde des Staates fallen auch spezialgesetzlich bezeichnete Behörden wie die nebenamtlichen Amtsärztinnen und Amtsärzte. Da diese vor allem in Bereichen verfügen, die nicht vom Gesundheitsgesetz geregelt werden (vgl. vorn Abschnitt 2.7.7.a), stellt Art. 135 klar, dass der Rekurs bei demjenigen Departement einzureichen ist, in dessen Geschäftsbereich die Streitsache materiell liegt.

Die Anordnung einer FU durch eine nebenamtliche Amtsärztin oder einen nebenamtlichen Amtsarzt ist aufgrund von Art. 43^{bis} Abs. 1 Ingress i.V.m. Art. 41^{ter} VRP mit Beschwerde bei der Verwaltungsrekurskommission anzufechten.

Dasselbe gilt im Übrigen auch, falls der nebenamtlichen Kantonszahnärztin oder dem nebenamtlichen Kantonszahnarzt durch Verordnung Aufsichts- und Vollzugsaufgaben im Bereich des Gesundheitswesens zugewiesen werden. Verfügungen in diesem Bereich sind nach Art. 41 Bst. k und l VRP – in der Fassung gemäss dem vorliegenden neuen Gesundheitsgesetz – generell bei der Verwaltungsrekurskommission anzufechten.

Art. 136

Nebenamtliche Amtsärztinnen und Amtsärzte sowie die nebenamtliche Kantonszahnärztin oder der nebenamtliche Kantonszahnarzt stehen nicht in einem Arbeitsverhältnis im Sinn des Personalgesetzes (sGS 143.1; abgekürzt PersG) zum Staat. Nach Art. 2 Abs. 3 PersG i.V.m. Art. 2 der Personalverordnung (sGS 143.11; abgekürzt PersV) gelten nur einzelne Bestimmungen des Personalgesetzes für nebenamtlich tätige Personen. Die Bestimmungen, welche die personalrechtliche «Aufsicht» des Arbeitgebers regeln, zählen nicht dazu.

Art. 136 Abs. 1 unterstellt die nebenamtlichen Amtsärztinnen und Amtsärzte sowie die nebenamtliche Kantonszahnärztin und den nebenamtlichen Kantonszahnarzt der Aufsicht des Departementes, von dem sie ernannt werden, und erklärt Art. 71 PersG für sachgemäss anwendbar. Das zuständige Departement kann also bei einer Pflichtverletzung eine Ermahnung oder Beanstandung aussprechen. Bei einer schweren Pflichtverletzung kann das zuständige Departement die fehlbare Person des Amtes entheben.

Art. 137

Keine Anmerkungen.

Art. 138

Die ursprüngliche Fassung des geltenden Gesundheitsgesetzes verpflichtete den Gemeinderat, eine kommunale Gesundheitskommission zu wählen.⁵⁰ Diese Verpflichtung wurde beim Erlass des Einführungsgesetzes zum LMG im Jahr 1995 gestrichen, da die Aufgaben der Gemeinde im Bereich der Lebensmittelpolizei auf den Kanton übergingen und es nicht mehr als notwendig erachtet wurde, den Gemeinden eine Gesundheitskommission vorzuschreiben. Allerdings wurde schon damals in der Botschaft zum EG-LMG ausgeführt, dass im Rahmen einer Revision des Gesundheitsgesetzes zu prüfen sein werde, in welcher Form die Stellung der bisherigen Ortskoordinatoren im Gesetz zu verankern sei (vgl. ABI 1995, 2014).

⁵⁰ Vgl. Art. 14 und 15 des Gesundheitsgesetzes vom 28. Juni 1979, nGS 15–33.



Art. 138 übernimmt also die früheren Ortskoordinatoren, weist ihnen aber neue Aufgaben zu. Die für Gesundheitsfragen zuständigen Stellen der politischen Gemeinden dienen in erster Linie als Kontaktstelle zu den mit dem Gesundheitswesen befassten Departementen, Ämtern und Dienststellen des Kantons. Um die Umsetzung von Art. 10 GesG sicherzustellen, hat die politische Gemeinde ihre für Gesundheitsfragen zuständige Stelle bei allen Geschäften anzuhören, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben können.

Art. 139

Art. 139 übernimmt unverändert den bisherigen Art. 35 GesG. Nach Art. 13 Abs. 2 Bst. i des Bundesgesetzes über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz [SR 810.21]) muss bei urteilsunfähigen oder minderjährigen Personen eine unabhängige Instanz der – nur ausnahmsweise zulässigen – Entnahme regenerierbarer Gewebe oder Zellen zustimmen. Die Kantone haben die unabhängige Instanz zu bezeichnen und das Verfahren zu regeln (Art. 13 Abs. 4 Transplantationsgesetz).

Das Verfahren richtet sich nach dem VRP, Rechtsmittelinstanz ist die Verwaltungsrekurskommission (vgl. Art. 41^{ter} VRP)

Art. 140

In der Lehre wird die Hilfeleistung, die eine Verwaltungsbehörde zugunsten einer anderen Verwaltungsbehörde leistet, als Amtshilfe bezeichnet, während unter Rechtshilfe die Unterstützung zwischen Gerichten verstanden wird. Das VRP verwendet allerdings für beide Formen den Begriff «Rechtshilfe» (vgl. Art. 5 VRP). Art. 140 verwendet demgegenüber bewusst den Doppelbegriff «Amts- und Rechtshilfe», um anzuzeigen, dass es sich um eine eigenständige Informationsberechtigung neben Art. 5 VRP handelt.

Art. 140 gibt der Bewilligungs- oder Aufsichtsbehörde nicht nur das Recht, einer anderen Verwaltungsbehörde des Gesundheitswesens oder einem Krankenversicherer auf deren Gesuch hin Informationen zur Verfügung zu stellen, sondern sie darf diese Stellen auch von sich aus informieren. Art. 140 geht diesbezüglich über Art. 5 VRP hinaus, der nur die Rechtshilfe auf Gesuch hin regelt. Jedoch begründet Art. 140 keine eigentliche Informationspflicht der Bewilligungs- oder Aufsichtsbehörde, sondern es liegt in deren Ermessen, ob und welche der in Abs. 1 genannten Stellen aktiv informiert werden.

Das Auskunftsrecht nach Art. 140 gilt nur gegenüber Verwaltungsbehörden des Gesundheitswesens, nicht aber gegenüber Gerichten. Gerichte und Verwaltungsbehörden ausserhalb des Gesundheitswesens können aber bei der Bewilligungs- oder Aufsichtsbehörde gestützt auf Art. 5 VRP ein Gesuch um Rechtshilfe stellen (vgl. Art. 140 Abs. 2). Allerdings gilt Art. 5 VRP nur im interkantonalen Verhältnis. Die Amts- oder Rechtshilfe an ausserkantonale Gerichte und an ausserkantonale Verwaltungsbehörden ausserhalb des Gesundheitswesens erfordert eine Grundlage in einem Bundesgesetz, soweit sich der Informationsanspruch bzw. die Informationsberechtigung nicht auf eine interkantonale Vereinbarung oder direkt auf Art. 44 Abs. 2 der Bundesverfassung (SR 101; abgekürzt BV) abstützen lässt.

Abs. 3 hält im Sinn eines Hinweises fest, dass sich die Amts- und Rechtshilfe bei Bewilligungen und Disziplinar massnahmen, die auf Bundesrecht beruhen, nach der Bundesgesetzgebung richtet (vgl. insb. Art. 42 und 44 MedBG, Art. 18 und 20 GesBG, Art. 29 und 31 PsyG). Der Anwendungsbereich von Art. 140 beschränkt sich im Ergebnis somit auf die kantonalrechtlich geregelten Gesundheitsberufe und auf Betriebsbewilligungen. Ergänzend ist anzumerken, dass die OKP-Zulassungen nicht im GesG geregelt sind, sondern auf dem KVG beruhen, so dass sich die Amts- und Rechtshilfe in diesem Bereich nach Art. 32 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1; abgekürzt ATSG) richtet.



3.1.9 Schlussbestimmungen

Art. 141

Der Bussenrahmen bei Verstössen gegen das Rauchverbot auf öffentlichen Kinderspielplätzen entspricht dem Bussenrahmen des Bundesrechts für die bundesrechtlich geregelten Rauchverbote (vgl. Art. 5 BSP). Dieser Bussenrahmen ist auch bei Verstössen gegen Art. 15 angemessen.

Der Bussenrahmen nach Abs. 2 entspricht dem Bussenrahmen für Disziplinarbussen nach Art. 123 Abs. 2 Bst. b. Dies ist angezeigt, weil die Missachtung der Überweisungspflicht je nachdem, ob die fehlbare Person gestützt auf Art. 120 Abs. 2 Bst. a bereits der gesundheitspolizeilichen Aufsicht unterstellt wurde, mit strafrechtlicher Busse nach Art. 141 Abs. 2 oder eben mit einer Disziplinarbusse nach Art. 123 Abs. 2 Bst. b zu ahnden ist. Der Verstoss gegen die Impfpflicht ist ebenfalls dem höheren Bussenrahmen nach Abs. 2 zu unterstellen, da das Missachten der Impfpflicht die öffentliche Gesundheit gefährdet.

Art. 142 Übergangsbestimmungen

Die Übergangsbestimmungen werden nach Abschluss der Vernehmlassung eingefügt, da zur Zeit noch nicht abschliessend feststeht, in welchen Bereichen eine übergangsrechtliche Regelung erforderlich ist.

3.2 Drittänderungen

3.2.1 Volksschulgesetz

Die Änderung in Art. 11 Abs. 1bis Bst. c bezweckt, dass die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes über die Gesundheitsvorsorge in der öffentlichen Volksschule auch für anerkannte private Sonderschulen gelten.

3.2.2 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege

Die Geltung des EG-BFAP ist an die Geltungsdauer des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege vom 16. Dezember 2022⁵¹ gebunden (vgl. nGS 2024-050 Ziffer IV). Dieses wiederum ist nur während der Dauer von acht Jahren, d.h. bis 30. Juni 2032 gültig.

Die Regierung hatte bereits in der Botschaft zum EG-BFAP angekündigt, dass die Bestimmungen über die Ausbildungsverpflichtung ins neue Gesundheitsgesetz übernommen und dort dauerhaft verankert würden. Dementsprechend wird die Ausbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen neu in Art. 35 ff. des neuen Gesundheitsgesetzes geregelt und die entsprechenden Bestimmungen des EG-BFAP werden aufgehoben.

3.2.3 Einführungsgesetz zur eidgenössischen Lebensmittelgesetzgebung

Mit Erlass des Tabakproduktegesetzes führte der Bundesgesetzgeber auch im eidgenössischen Lebensmittelgesetz die Möglichkeit von Testkäufen ein (vgl. Art. 14a LMG). Im EG-LMG wird daher eine analoge Bestimmung zu Art. 21 Abs. 3 des neuen Gesundheitsgesetzes eingefügt.

3.2.4 Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung

Mit der Anpassung von Art. 24 Abs. 1 Ingress SPFG soll die Möglichkeit zur Ausrichtung zusätzlicher kantonaler Beiträge, die bisher auf Spitäler mit Standort im Kanton beschränkt war, auf alle Spitäler ausgeweitet werden, die auf der Spitalliste des Kantons stehen. Diese Ausweitung macht v.a. mit Blick auf die gemeinsame Spitalplanung der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell

⁵¹ SR 811.22.



Innerrhoden und St.Gallen Sinn. Im Vordergrund stehen Beiträge an ambulante und tagesklinische Leistungen in der Psychiatrie. Damit wäre es z.B. möglich, entsprechende Beiträge an die Psychiatrische Klinik in Herisau auszurichten, zumal sich der Kanton Appenzell Ausserrhoden bereits heute an der Behandlung seiner Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie St.Gallen beteiligt. Die zusätzlichen kantonalen Beiträge werden aber nur an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton gewährt. Der Kanton leistet keine Beiträge an die Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne Wohnsitz im Kanton.

Nach Art. 23 Abs. 2 Bst. c des neuen Gesundheitsgesetzes können integrierte Versorgungsmodelle ausserhalb des Geltungsbereichs des SPFG finanziell unterstützt werden. Da integrierte Versorgungsmodelle sektorübergreifend ausgelegt sind, ist im Geltungsbereich des SPFG eine Beschränkung auf Versorgungsmodelle der Psychiatrie hinfällig, weshalb Art. 24 Abs. 1 Bst. c SPFG entsprechend angepasst wird.

Neu können nach Art. 24 Abs. 1 Bst. f SPFG zusätzliche kantonale Beiträge an Versorgungsangebote geleistet werden, welche die stationäre Spitalversorgung entlasten.

Der Grundsatz, wonach zusätzliche kantonale Beiträge nur an versorgungspolitisch sinnvolle Leistungen gewährt werden, bleibt bestehen, soll neu für alle Beiträge nach Abs. 1 Bst. a–f gelten und wird deshalb in Abs. 2 Ziff. 3 geregelt. Alternativ hierzu sind zusätzliche kantonale Beiträge zulässig, wenn die Versorgungskette verbessert wird.

3.2.5 Gesetz über den Spitalverbund

Die Änderungen in Art. 6 GSV setzen Art. 117 und 118 des neuen Gesundheitsgesetzes für den Spitalverbund um. Zu inhaltlichen Bedeutung kann daher auf die Erläuterungen zu Art. 117 und 118 verwiesen werden.

3.2.6 Gesetz über den Psychiatrieverbund

Die Änderungen in Art. 7 GPV setzen Art. 117 des neuen Gesundheitsgesetzes für den Psychiatrieverbund um.

Da im Psychiatrieverbund die Geschäftsleitung alle Aufgaben erfüllt, die nicht dem Verwaltungsrat zugewiesen sind (vgl. Art. 8 Bst. d GPV), ist davon auszugehen, dass die Geschäftsleitung im Sinn von Art. 118 Abs. 3 des neuen Gesundheitsgesetzes zur Regelung der Videoüberwachung zuständig ist.

3.2.7 Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung

Art. 19 des neuen Gesundheitsgesetzes regelt die Unterstützung von Programmen zur Früherkennung von Krankheiten umfassend. Zudem regelt das neue Gesundheitsgesetz in Art. 58 Abs. 1 Bst. a den Bezug von Daten zur Durchführung von Früherkennungsprogrammen generell. Es gibt daher keinen Grund, ein einzelnes Früherkennungsprogramm wie das Mammographie-Screening-Programm speziell zu regeln. Zudem sollte der Kanton nicht durch Gesetz verbindlich verpflichtet werden, ein einzelnes, bestimmtes Früherkennungsprogramm zu unterstützen, sondern die Unterstützungswürdigkeit von solchen Programmen sollte vom zuständigen Departement laufend neu beurteilt werden können.

Art. 16^{bis} und Art. 16^{ter} EG-KVG sind daher aufzuheben.



3.2.8 Gesetz über die Pflegefinanzierung

Art. 2

Die Änderungen in Art. 2 sind weitgehend redaktioneller Natur. Abs. 1 Bst. b wird aufgehoben, da es keine eigenständige OKP-Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen gibt. Tages- und Nachtstrukturen werden entweder als Teil eines Pflegeheims zugelassen oder aber über eine Zulassung nach Art. 51 KVV als Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex-Betrieb).

Art. 6

Der Einschub des Begriffs «wenigstens» soll der Regierung ermöglichen, flexibel auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren zu können.

Art. 10

Hintergrund der Änderung ist eine geplante Anpassung des IT-Systems der Sozialversicherungsanstalt (SVA). Die Änderung soll es ermöglichen, zukünftig auf einen formellen, schriftlichen Antrag der versicherten Person verzichten zu können. Als Antrag soll das erstmalige Einreichen einer Rechnung im Sinn von Art. 5 PFV gelten, die das Pflegeheim für die versicherte Person bei der SVA einreicht.

Vorbemerkung zu Art. 17a bis 17i

Wie bereits vorn in Abschnitt 2.4.2 e) ausgeführt, soll im Bereich der ambulanten Pflegefinanzierung das vom VSGP gemeinsam mit den Fachverbänden entwickelte neue Spitex-Abgeltungsmodell umgesetzt werden. Dieses sieht einen Wechsel von Höchstansätzen zu Normkosten vor. Zu den Einzelheiten des neuen Abgeltungsmodells wird auf die Ausführungen in Abschnitt 2.4.2 e) verwiesen.

Der Systemwechsel erfordert eine umfassende Überarbeitung der bisherigen Art. 12 bis 17 PFG. Insbesondere werden zum besseren Verständnis der neuen Regelung die Gesetzessystematik neu geordnet und einzelne Bestimmungen redaktionell vereinfacht. Zudem werden Art. 12 und Art. 17 PFG ins Gesundheitsgesetz verschoben (vgl. Art. 30 und 34 des neuen Gesundheitsgesetzes).

Art. 17a

Art. 17a zeigt den Grundsatz auf, nach welchem die Kosten der ambulanten Pflege verteilt werden. Es handelt sich dabei um eine rein deklaratorische Bestimmung, da der Kostenteiler durch Art. 25a KVG vorgegeben ist.

Art. 17b

Art. 17b entspricht inhaltlich dem bisherigen Art. 15 PFG, stellt jedoch klar, dass sich der Anteil der versicherten Person nicht nach dem Betrag berechnet, den der Spitex-Betrieb dem Krankenversicherer in Rechnung stellt, sondern nach dem Beitrag, den der Krankenversicherer an die erbrachten Pflegeleistungen leistet.

Abs. 1 und Abs. 2 sehen eine doppelte Begrenzung vor. Abs. 2 statuiert eine absolute Obergrenze je Pfl egetag von 20 Prozent des höchsten Stundensatzes für Beiträge der OKP an die ambulante Pflege. Dieser beträgt aktuell Fr. 76.90 (vgl. Art. 7a Abs. 1 Bst. a KLV). Die versicherte Person leistet also an die ambulanten Pflegekosten höchstens einen Anteil von Fr. 15.38 (=20 Prozent von Fr. 76.90) je Pfl egetag. Allerdings beziehen die pflegebedürftigen Personen in zahlreichen Fällen je Pfl egetag keine ganze Stunde Pflegeleistungen und/oder Pflegeleistungen, die nicht zum höchsten Stundenansatz verrechnet werden dürfen. Liegt der Beitrag, den die OKP an die Pflegeleistungen eines Pfl egetags zu leisten hat, unter Fr. 76.90, so richtet sich der Anteil der versicherten Person nach Abs. 1 und beträgt dann 20 Prozent des Beitrags des Krankenversiche-



rrs. Bezieht also eine versicherte Person an einem Pflageetag z.B. ein halbe Stunde Pflageleistungen nach Art. 7a Abs. 1 Bst. b KLV, an die der Krankenversicherer einen Beitrag von Fr. 31.50 (= Fr. 63.–/Std. x 0.5 [da nur halbe Stunde]) zu leisten hat, beträgt der Anteil der versicherten Person für diesen Pflageetag nur Fr. 6.30.

Abs. 3 hält neu ausdrücklich fest, dass die versicherte Person neben ihrem Anteil an den Pflagekosten die krankenversicherungsrechtliche Franchise und den Selbstbehalt zu bezahlen hat.

Abs. 4 entspricht dem bisherigen Art. 15 Abs. 3 PFG.

Art. 17c

Das PFG unterscheidet neu zwischen den Restkosten, die sich nach den Normkosten berechnen und das flächendeckend notwendige Versorgungsniveau abdecken (vgl. Art. 17d und 17e), sowie den Abgeltungen für Zusatzleistungen, die das flächendeckend notwendige Versorgungsniveau übersteigen. Mit Abgeltungen für Zusatzleistungen sind die Abgeltungen nach Art. 17g PFG gemeint, nicht die Beiträge für nicht-pflegerische Leistungen nach Art. 34 des neuen Gesundheitsgesetzes.

Restkosten und Abgeltungen für Zusatzleistungen bilden zusammen den Anteil, den die zuständige politische Gemeinde an die Kosten ambulanten Pflege zu leisten hat. Die Abgeltungen für Zusatzleistungen zählen aber nicht zur Restkostenfinanzierung im Sinn von Art. 25 Abs. 5 KVG.

Art. 17d und 17e

Mit der Regelung in Art. 17d und 17e wird der Wechsel von Höchstansätzen zu Normkosten umgesetzt. Die von der politischen Gemeinde nach Art. 17c zu tragenden Restkosten bemessen sich nach den Normkosten für die Pflageleistung abzüglich des Anteils der versicherten Person und des Beitrags der OKP. Die Abgeltungen für Zusatzleistungen nach Art. 17g gelten nicht als Restkostenentschädigung im Sinn von Art. 25a Abs. 5 KVG, sondern als eigenständige Abgeltungen des kantonalen Rechts. Die krankenversicherungsrechtliche Franchise und der Selbstbehalt der versicherten Person sind bei der Berechnung der Restkosten ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

Die Normkosten können gemäss Art. 17e Abs. 2 nach unterschiedlichen Versorgungsniveaus abgestuft werden bzw. den damit verbundenen Unterschieden in den Personalanforderungen, Anfahrtszeiten und Betriebszeiten. Sie sind auf die Kosten auszurichten, die den Spitex-Betrieben für das Erbringen der Pflageleistungen eines Versorgungsniveaus notwendigerweise entstehen. Die Definition der Versorgungsniveaus und die konkreten Normkosten wird die Regierung nach Anhörung der politischen Gemeinden durch Verordnung regeln.

Art. 17f

Ergänzend zur Datenlieferungspflicht nach Art. 26 des neuen Gesundheitsgesetzes verpflichtet Art. 17f PFG die Leistungserbringer eine Kostenrechnung zu führen und die Daten der Kostenrechnung jährlich dem zuständigen Departement einzureichen.

Nach Abs. 3 kann die Regierung Ausnahmen von der Pflicht zum Führen einer Kostenrechnung festlegen. Insbesondere ist vorgesehen, «Einpersonen-Spitex-Betriebe» (vgl. dazu Art. 6 Bst. c und e) von dieser Pflicht zu befreien, da diese auch der Datenlieferungspflicht nach Art. 26 des neuen Gesundheitsgesetzes nicht unterstehen.



Art. 17g

Als abgeltungsberechtigte Zusatzleistungen, die nicht durch die Normkosten abgedeckt sind, kommen die verbindliche Bereitschaft, alle Klientinnen und Klienten in einer Gemeinde unabhängig von der Dauer des Anfahrtswegs zur Patientin oder zum Patienten zu betreuen, sowie erweiterte Betriebszeiten – insbesondere das Gewährleisten von Wochenend- und Nachteinsätzen – in Frage. Ebenfalls als Zusatzleistung im Sinn von Art. 17g kommt das Erbringen von Pflegeleistungen in Frage, das spezialisiertes bzw. höher qualifiziertes Personal erfordert, soweit die Zusatzleistung nicht als Zusatzaufwand im Sinn von Art. 31 des neuen Gesundheitsgesetzes vom Kanton abgegolten wird (spezialisierte Langzeitpflege). Die abgeltungsberechtigten Zusatzleistungen und die Höhe der Abgeltungen sollen ebenfalls vom Kanton festgelegt werden.

Während alle Leistungserbringer aufgrund von Art. 25a Abs. 5 KVG einen gesetzlichen Anspruch auf Vergütung der Restkosten im Sinn von Art. 17d haben – sofern sie über eine OKP-Zulassung nach Art. 49 oder 51 KVV für den Kanton St.Gallen verfügen –, besteht im Bereich der Zusatzleistungen lediglich ein bedingter Anspruch auf Abgeltungen. Die Regierung kann die Abgeltung auf Leistungserbringer beschränken, die über eine Leistungsvereinbarung mit der politischen Gemeinde verfügen (Abs. 3). Wird keine entsprechende Beschränkung in die Verordnung aufgenommen, haben alle Leistungserbringer aufgrund von Abs. 1 Anspruch auf Abgeltung der von ihnen erbrachten Zusatzleistungen, soweit es sich um abgeltungsberechtigte Zusatzleistungen im Sinn von Art. 17g Abs. 2 handelt.

Art. 17h

Art. 17h ermöglicht den politischen Gemeinden, sich an einem Pilotprojekt nach Art. 59b KVG zu beteiligen und hierfür eine von Art. 17d bis 17g abweichende Finanzierung zu vereinbaren.

Art. 17i

Art. 17i übernimmt die bisherige Regelung von Art. 13 PFG und stellt klar, dass es sich dabei nicht nur um eine Ordnungsbestimmung betreffend Rechnungsmodalitäten geht, sondern um eine zwingende Tarifschutzbestimmung. Ein Missachten von Art. 17i kann nach Art. 124 des neuen Gesundheitsgesetzes oder nach Art. 16 Bst. d GesBG disziplinarisch geahndet werden

3.2.9 Sozialhilfegesetz

Die Langzeitpflege von betagten, pflegebedürftigen Menschen wird neu einheitlich – d.h. für die stationäre und die ambulante Langzeitpflege – im Gesundheitsgesetz geregelt (vgl. Art. 26 bis 34 des neuen Gesundheitsgesetzes), worauf im neuen Art. 28a SHG hingewiesen wird. Dementsprechend können die bisherigen Bestimmungen des SHG über die stationäre Langzeitpflege zum grössten Teil aufgehoben werden. Im SHG verbleiben die Bestimmungen über die stationäre Sozialhilfe für Opfer häuslicher Gewalt und deren Kinder und von nicht pflegebedürftigen Erwachsenen. Die Einrichtungen für Menschen mit Behinderung bleiben wie bisher im Gesetz über die soziale Sicherung und Integration von Menschen mit Behinderung (sGS 381.4) geregelt. Zudem bleiben die Einrichtungen zur Betreuung und Behandlung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen im SuG geregelt und die Sonderschulen im VSG (vgl. zum Ganzen Art. 39 Abs. 2 SHG).

Art. 45^{bis} wird um einen Abs. 2 ergänzt, der dem zuständigen Departement die Aufgabe erteilt, Planungsgrundlagen zur Förderung der integrierten Angebotsgestaltung zu erstellen, vgl. hierzu Abschnitt 2.4.2.b.

3.2.10 Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege

Wie vorn in Abschnitt 2.7.7.b erläutert, soll die Verwaltungsrekurskommission zukünftig umfassend erste Rechtsmittelinstanz in gesundheitspolizeilichen Verfahren sein. Die entsprechenden



Anpassungen werden in Art. 41 Abs. 1 VRP durch das Einfügen der neuen Bst. k und l vorgenommen. Art. 41^{quater} Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 VRP gilt weiterhin für BAB ausserhalb des Gesundheitsrechts⁵², weshalb die Bestimmung nicht vollständig aufgehoben werden kann.

Auf Streitigkeiten über die Restfinanzierung ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts das Verfahren gemäss ATSG anwendbar, wenn der kantonale Gesetzgeber keine oder keine abweichende Regelung getroffen hat (vgl. BGE 140 V 58 E. 4.2; 138 V 377 E. 5). Dementsprechend ist auf Streitigkeiten zwischen einem Leistungserbringer und der politischen Gemeinde über den Anspruch auf Restkosten nach Art. 17d PFG oder deren Höhe das ATSG anwendbar und nach Art. 42 Abs. 1 Bst. a VRP das Versicherungsgericht erste Rechtsmittelinstanz. Abgeltungen für Zusatzleistungen nach Art. 17g PFG sind keine Restkosten (vgl. die Erläuterungen zu Art. 17c PFG), sondern Ansprüche aus autonomem kantonalen Recht, auf welche das ATSG nicht anwendbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_756/2019 vom 23. April 2020 E. 5.3 ff.). Da aber Restkosten regelmässig in einem engen Zusammenhang zu den Abgeltungen für Zusatzleistungen stehen, sollen Verfügungen und Entscheide des Gemeinderates über Abgeltungen für Zusatzleistungen ebenfalls beim Versicherungsgericht angefochten werden können (vgl. den neuen Art. 42 Abs.1 Bst. a^{quater} VRP).

3.2.11 Einführungsgesetz zur Schweizerischen Straf- und Jugendstrafprozessordnung

Art. 47 Abs. 2 EG-StPO wird an die seit dem 1. Februar 2020 geltende Fassung von Art. 321 StGB angepasst. Hilfspersonen der in Art. 321 aufgelisteten Gesundheitsfachpersonen sollen weiterhin kein eigenes Anzeigerecht haben (vgl. dazu auch 106 Abs. 3 des neuen Gesundheitsgesetzes, der den Hilfspersonen kein Recht zugesteht, selbständig ein Gesuch um Entbindung von der Schweigepflicht oder vom Berufsgeheimnis zu stellen).

3.3 Geplanter Vollzugsbeginn

Der Vollzugsbeginn des neuen Gesundheitsgesetzes und der Drittänderungen sollen von der Regierung festgelegt werden. Es wird voraussichtlich einen gestaffelten Vollzugsbeginn brauchen. Der Grossteil des neuen Gesundheitsgesetzes soll auf den 1. Januar 2028 in Vollzug gesetzt werden. Die Meldepflicht nach Art. 21 Abs. 2 Bst. d für Tabakverkaufsstellen erfordert sowohl auf Seiten der Verwaltung als auch auf Seiten der Betriebe eine gewisse Vorlaufzeit für die organisatorischen Vorbereitungen, so dass diese Bestimmung auf einen späteren Zeitpunkt in Vollzug gesetzt werden wird.

Bei den neuen Betriebsbewilligungspflichten für öffentliche Einrichtungen ist noch zu prüfen, ob ebenfalls ein aufgeschobener Vollzugsbeginn oder ein Aufschub durch übergangsrechtliche Bestimmungen passender ist.

4 Personelle und finanzielle Auswirkungen

Das neue Gesundheitsgesetz führt aus heutiger Sicht zu einem Personalmehraufwand von 300 bis 500 Stellenprozenten. Zwar fallen im Bereich der kantonalrechtlichen Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen künftig mehrere Bewilligungskategorien weg und wird der Bewilligungsprozess mit einer neuen IT-Lösung vereinfacht. Auf der anderen Seite werden jedoch künftig alle Pflegeheime und Spitex-Betriebe der Bewilligungspflicht und kantonalen Aufsicht unterstellt und

⁵² Vgl. dazu die Zusammenstellung in: Rizvi / Schindler / Cavelti (Hrsg.), Praxiskommentar VRP, Zürich / St.Gallen 2020, N 6 zu Art. 41^{quater}.



gilt neu auch für die öffentlichen und alle privaten Spitäler eine Betriebsbewilligungspflicht. Auch müssen bei Betrieben, die künftig keine Betriebsbewilligungen mehr benötigen, weiterhin OKP-Zulassungen erteilt werden, womit der aufwändigere Teil der Betriebszulassungen bestehen bleibt. Ferner ist im Bereich der Kantonsapotheke aufgrund der Anwendungs- und Abgabebewilligungen für Personen, die neu keine BAB mehr benötigen, mit Mehraufwand zu rechnen. Der Personalmehraufwand fällt damit vorwiegend im Dienst für Pflege und Entwicklung, dem Rechtsdienst des Gesundheitsdepartementes und der Kantonsapotheke an. Dieser zusätzliche Personalbedarf entspricht einem zusätzlichen jährlichen Personalaufwand von rund 360'000 bis 600'000 Franken, der dem Kantonsrat als ein über das ordentliche Personalbudget hinausgehender Niveaueffekt beantragt werden soll.

Direkte finanzielle Auswirkungen des neuen Gesundheitsgesetzes ergeben sich primär aus der neu vorgesehenen Förderung von integrierten Versorgungsmodellen und Digital Health gemäss Art. 23 nGesG. In Anlehnung an den Kanton Aargau, der die Entwicklung und Pilotierung neuer Versorgungsmodelle ebenfalls unterstützt⁵³ und für eine Vierjahresperiode (Aufgaben- und Finanzplan [AFP] 2024–2027) 3,5 Mio. Franken reserviert hat, soll im Kanton St.Gallen ein jährlicher Betrag von 1,0 Mio. Franken je Jahr als Kreditrahmen vorgesehen werden. Dieser umfasst auch Beiträge an ungedeckte Kosten von integrierten Versorgungsmodellen. Die finanziellen Auswirkungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs werden im AFP 2027–2029 berücksichtigt.

Ein weiterer Mehraufwand ergibt sich aus Art. 53 Abs. 2 nGesG, der Beiträge an Vorhalteleistungen im Zusammenhang mit dem Gesundheits- und Rettungswesen in besonderen und ausserordentlichen Lagen (GRAL) gesetzlich verankert. Zu beachten ist indes, dass das Gesundheitsdepartement bereits heute Beiträge in Zusammenhang mit GRAL ausrichtet und im Rahmen des Budgets 2026 – leicht höher als in den Vorjahren – ein Betrag von rund 380'000 Franken beantragen wird.

Weitere finanzielle Wirkungen löst das neue Gesundheitsgesetz nicht aus; die weiteren Fördertatbestände in Art. 9, 17, 19, 25, 31, 51, 52, 53 und 54 sind bereits im geltenden Recht enthalten, wie folgende Übersicht über die vom Gesundheitsdepartement jährlich ausgerichteten Staatsbeiträge zeigt (Basis Budget 2025, aufgeführt sind alle Beiträge ab Fr. 20'000.–, die von der vorliegenden Gesetzesrevision einschliesslich Drittänderungen tangiert sind):

Empfänger und Zweck	Betrag in Fr.	Geltende Grundlage	Grundlage nGesG
<u>Gesundheitsvorsorge</u>			
AIDS-Hilfe St.Gallen: Übertragung öffentlicher Aufgaben der HIV-, AIDS- und STI-Prävention	416'700	Art. 21 Abs. 2 GesG	Art. 9 Abs. 2 Bst. b und Art. 25 Abs. 1 Bst. e
Lungenliga St.Gallen – Appenzell: Beitrag an Durchführung von Aufgaben zur Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose	75'600	Art. 52 Abs. 2 GesG	Art. 54 und Art. 9 Abs. 2 Bst. b
St.Gallische Rheumaliga: Bekämpfung von rheumatischen Erkrankungen	20'000	Art. 18 Abs. 2 GesG	Art. 9 Abs. 2 Bst. b

⁵³ <https://www.ag.ch/de/verwaltung/dgs/gesundheitsversorgung/pilotprojekte-in-der-gesundheitsversorgung>.



Krebsliga Ostschweiz: Führung des Mammographie-Screening-Programms	320'000	Art. 16 ^{bis} EG-KVG	Art. 19 Abs. 2
Krebsliga Ostschweiz: Aufbau des Darmkrebs-Screening-Programms	380'000	Art. 21 Abs. 2 GesG	Art. 19 Abs. 2
<u>Gesundheitsversorgung</u>			
Tox Info Suisse: Betrieb Notrufnummer 145 (u.a.)	106'900	Leistungsvereinbarung mit GDK	Art. 25 Abs. 1 Bst. a
Krebsliga Ostschweiz: Palliativer Brückendienst und Unterstützung von Leistungen im Bereich der stationären Langzeitpflege	300'000	Art. 21a GesG und Art. 40 Abs. 1 Bst. a, c SHG	Art. 25 Abs. 1 Bst. d und Art. 31 Abs. 2
Palliative Ostschweiz: Koordination und Förderung palliativer Leistungen	35'000	Art. 21a GesG	Art. 25 Abs. 1 Bst. d
Schweizerische Patientenorganisation (SPO): Beratung von Patientinnen und Patienten	22'000	Art. 18 Abs. 2 GesG	Art. 25 Abs. 1 Bst. e
Verein Altea: Beitrag an Plattform Long Covid	37'700	Art. 18 Abs. 2 GesG	Art. 25 Abs. 1 Bst. e
<u>Aus- und Weiterbildung</u>			
Organisation der Arbeitswelt der Gesundheits- und Sozialberuf (Oda GS): Beitrag an die Unterstützung und Förderung der Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialbereich (höher Grundbildung und höhere Berufsbildung)	210'000	Art. 19 Abs. 2 GesG	Art. 25 Abs. 2
Samariterverband SG/FL: Beiträge zur Durchführung von Nothelferkursen usw.	25'000	Art. 19 Abs. 2 GesG	Art. 25 Abs. 1 Bst. b
Psychiatrie SG: Nachwuchssicherung im psychiatrischen Bereich	50'000	Art. 19 Abs. 2 GesG	Art. 25 Abs. 1 Bst. b
HOCH Health Ostschweiz; Förderung der Hausarztmedizin (Curriculum Hausarztmedizin Ostschweiz)	2'025'000	Art. 19 Abs. 2 GesG	Art. 25 Abs. 1 Bst. c
<u>Langzeitpflege</u>			
Klinik für Infektiologie: Infektionsprävention und -kontrolle für Pflegeheime	50'000	Art. 40 Abs. 1 Bst. a und c SHG	Art. 25 Abs. 1 Bst. b abgedeckt und Art. 40 Abs. 1 Bst. a und c SHG
Hospizbetriebe St.Gallen und Werdenberg: Beiträge an Koordinationsleistungen, Leistungen im Bereich der spezialisierten Langzeitpflege, Deckung Debitorenverluste	950'000	Art. 30b Abs. 2 und 4 SHG	Art. 25 Abs. 1 Bst. d und Art. 31 Abs. 2



Verschiedene Institutionen: Unterstützung von Angeboten im Bereich der spezialisierten Langzeitpflege	3'300'000	Art. 30b Abs. 2 SHG	Art. 31 Abs. 2
<u>Rettung und Notfalldienst</u>			
Rettung St.Gallen: Betrieb Sanitätsnotrufzentrale	1'420'000	Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) auf Basis KVG i.V m. SPFG und GSV	Art. 51 Abs. 2 und 3
Alpine Rettung Schweiz	80'000	Art. 18 ^{bis} Abs. 2 GesG	Art. 52 Abs. 1
Sicherheitsverbund Region Wil: Wechselladebehälter	30'500	Art. 21 ^{bis} Abs. 1 Bst. b GesG	Art. 52 Abs. 2 Bst. b
Kantonale Ärztesgesellschaft: Organisation Notfalldienst	250'000	Art. 50 ^{sexies} Abs. 1 GesG	Art. 50i gemäss Entwurf XV. NT GesG

5 Vernehmlassungsverfahren

[wird später ergänzt]

6 Erlass von Verordnungsrecht

Nach Art. 5 Abs. 1^{bis} des Staatsverwaltungsgesetzes (sGS 140.1; abgekürzt StVG) unterbreitet die Regierung dem Kantonsrat bei Entwürfen mit Gesetzesrang im Rahmen der Botschaft auch die Grundzüge des vorgesehenen zugehörigen Verordnungsrechts, wenn die Verordnung von erheblicher Bedeutung ist. Verschiedene für das vorliegende Gesetz nötige Verordnungsbestimmungen sind von erheblicher Bedeutung. Der vorliegende Entwurf für das Vernehmlassungsverfahren enthält bei der Kommentierung der einzelnen Gesetzesartikel und im allgemeinen Teil verschiedene Hinweise auf die geplanten Ausführungsbestimmungen. Nach Abschluss der Vernehmlassung werden diese hier zusammengefasst werden.

7 Sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter

Der Kantonsrat hat in der Septembersession 2022 den Bericht der Redaktionskommission «Sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter in Erlassen» (82.22.06) zur Kenntnis genommen. Demnach soll die Umsetzung der sprachlichen Gleichbehandlung künftig nicht nur in allen Entwürfen neuer bzw. totalrevidierter Erlasse, sondern grundsätzlich auch in allen Änderungen bisheriger Erlasse erfolgen. Aus gewichtigen Gründen kann von dieser Umsetzung Abstand genommen werden, was in der Botschaft zu begründen ist.

Im neuen Gesundheitsgesetz wird die sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter umgesetzt. In wenigen Erlassen, die im Rahmen dieser Vorlage durch eine Drittänderung geändert werden, ist die sprachliche Gleichbehandlung noch nicht umgesetzt. Dies gilt insbesondere für das VRP. Eine Anpassung zur Umsetzung der sprachlichen Gleichbehandlung wäre allerdings relativ umfassend und aufwändig und würde den Umfang des vorliegenden, ohnehin schon komplexen Erlasses nochmals deutlich erhöhen. Beim VRP steht zudem eine Totalrevision bevor, in deren Rahmen die sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter umgesetzt werden wird. Daher erweist sich vorliegend die Umsetzung mit Blick auf die Erlasse, die durch eine Drittänderung geändert werden, als unverhältnismässig. Folglich wird darauf verzichtet.



Eine Ausnahme stellt die Änderung von Art. 47 EG-StPO dar. Da im EG-StPO die sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter weit überwiegend bereits umgesetzt ist, wird dies auch im Rahmen der materiell ohnehin erforderlichen Änderung von Art. 47 EG-StPO nachgeführt.

8 Referendum und Vollzug

Gemäss Art. 7 des Gesetzes über Referendum und Initiative (sGS 125.1; abgekürzt RIG) unterstehen Gesetze und Beschlüsse des Kantonsrates, die während wenigstens zehn Jahren wiederkehrende neue Jahresausgaben von 300'000 bis 1'500'000 Franken zur Folge haben, dem fakultativen Finanzreferendum. Der vorliegende Entwurf hat für den Kanton wiederkehrende neue Jahresausgaben in der Höhe von rund 1,38 Mio. Franken (1,0 Mio. Franken für die Förderung von integrierten Versorgungsmodellen und Digital Health sowie Fr. 380'000.– für GRAL-Vorhalteleistungen)⁵⁴ zur Folge und untersteht damit dem fakultativen Finanzreferendum.

Zugleich untersteht der vorliegende Nachtrag nach Art. 49 Abs. 1 Bst. a KV i.V.m. Art. 5 RIG dem fakultativen Gesetzesreferendum.

9 Antrag

Wir beantragen Ihnen, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, auf das Gesundheitsgesetz einzutreten.

Im Namen der Regierung

Beat Tinner
Präsident

Dr. Benedikt van Spyk
Staatssekretär

⁵⁴ Der für den Vollzug des Gesundheitsgesetzes notwendige, zusätzliche jährliche Personalaufwand von rund 360'000 bis 600'000 Franken (vgl. Abschnitt 4) gilt nicht als wiederkehrende neue Jahresausgabe im Sinn von Art. 7 RIG.