

Vernehmlassungsbericht zur Totalrevision des Gesundheitsgesetzes (GesG)

vom 4. November 2025

1. Ausgangslage und Revisionsbedarf

1.1. Geltendes Gesundheitsgesetz

Das Gesundheitsgesetz (GesG)¹ wurde vom Kantonsrat am 21. Mai 2012 verabschiedet und vom Regierungsrat auf den 1. Januar 2013 in Kraft gesetzt. Gestützt darauf erliess der Regierungsrat die Verordnung zum Gesundheitsgesetz (GesV)². In den folgenden Jahren wurden einzelne Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes angepasst. Eine grundsätzliche Gesamtschau i. S. einer Totalrevision fand bisher jedoch nicht statt.

1.2. Übergeordnetes Recht

Obwohl auf Bundesebene kein eigentliches Gesundheitsgesetz existiert, wird der gesetzgeberische Handlungsspielraum der Kantone im Gesundheitswesen aufgrund neuer Bundeserlasse zunehmend eingeschränkt. So bestehen heute mehr oder weniger umfangreiche Bundesgesetze und Bundesverordnungen zu den Medizinal- und Gesundheitsberufen, zu Arzneimitteln und Medizinalprodukten, zu Betäubungsmitteln, zur Transplantations- und Fortpflanzungsmedizin, zur Forschung am Menschen und an embryonalen Stammzellen, zu übertragbaren Krankheiten, zu Tabakprodukten, Chemikalien oder zum Strahlenschutz etc.

Seit dem Erlass des Gesundheitsgesetzes im Jahr 2012 hat sich das Gesundheitsrecht auf Bundesebene stark weiterentwickelt. So ist 2013 das Psychologieberufegesetz (PsyG)³ in Kraft getreten. 2014 folgte das Humanforschungsgesetz (HFG)⁴. 2016 trat das Epidemiengesetz (EpG)⁵ in Kraft und 2020 das Krebsregistrierungsgesetz (KRG)⁶ sowie das Gesundheitsberufegesetz (GesBG)⁷. Zuletzt haben sich die Stimmberchtigten im Jahr 2022 für die Widerspruchslösung bei der Organspende ausgesprochen. Zwecks Anpassung an medizinische Entwicklungen und veränderte Rahmenbedingungen haben die vorgängig erwähnten Erlasse in der Zwischenzeit bereits zahlreiche Revisionen erfahren. Neben

¹ Gesundheitsgesetz vom 21. Mai 2012 (GesG; SHR 810.100)

² Verordnung zum Gesundheitsgesetz vom 26. Februar 2013 (GesV; SHR 810.102)

³ Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011 (Psychologieberufegesetz [PsyG]; SR 935.81)

⁴ Bundesgesetz über die Forschung am Menschen vom 30. September 2011 (Humanforschungsgesetz [HFG]; SR 810.30)

⁵ Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012 (Epidemiengesetz [EpG]; SR 818.101)

⁶ Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen vom 18. März 2016 (Krebsregistrierungsgesetz [KRG]; SR 818.33)

⁷ Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe vom 30. September 2016 (Gesundheitsberufegesetz [GesBG]; SR 811.21)

der Tätigkeit des Gesetzgebers auf Bundesebene hat auch die Rechtsprechung wesentlich zur Weiterentwicklung des Gesundheitsrechts beigetragen.

Mit dieser Verlagerung der Gesundheitsgesetzgebung auf die Bundesebene verbleiben den Kantonen – wenn überhaupt – in den bundesrechtlich geregelten Bereichen nur noch ergänzende Kompetenzen. Anders sieht es in denjenigen Bereichen aus, welche vom Bund noch nicht geregelt sind, wie beispielsweise bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Aber auch hier gibt es Einschränkungen, wie etwa beim Schutz vor Passivrauchen.

1.3. Mängel des geltenden Gesundheitsgesetzes

Mit dem Erlass des Medizinalberufegesetzes (MedBG)⁸, des Psychologieberufegesetzes und des Gesundheitsberufegesetzes ergeben sich die Bewilligungspflichten und Rahmenbedingungen für die Berufsausübung für dreizehn zentrale Berufe im Gesundheitsbereich inzwischen nicht mehr aus dem Gesundheitsgesetz, sondern aus den erwähnten Bundesgesetzen. Als höherrangiges Recht gehen diese dem Gesundheitsgesetz vor. Bei den erwähnten Berufen handelt es sich um folgende:

- Ärztin / Arzt
- Zahnärztin / Zahnarzt
- Chiropraktorin / Chiropraktor
- Apothekerin / Apotheker
- Tierärztin / Tierarzt
- Pflegefachfrau / Pflegefachmann
- Physiotherapeutin / Physiotherapeut
- Ergotherapeutin / Ergotherapeut
- Hebamme
- Ernährungsberaterin / Ernährungsberater
- Optometristin / Optometrist
- Osteopathin / Osteopath
- Psychotherapeutin / Psychotherapeut

Der Bund regelt für die erfassten Berufe nicht nur die Bewilligungspflicht, sondern auch die Bewilligungsvoraussetzungen, die Berufspflichten und das Disziplinarwesen umfassend und vielfach abschliessend. Der Erlass bzw. die Anwendung von kantonalem Gesundheitsrecht ist damit in all diesen Bereichen nicht mehr möglich. Damit fällt ein wesentlicher Regelungsbereich des geltenden Gesundheitsgesetzes weg. Die blosse Wiederholung bundesrechtlicher Bestimmungen im Gesundheitsgesetz macht jedoch keinen Sinn.

⁸ Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz [MedBG]; SR 811.11)

Hinzu kommt, dass sich das Gesundheitswesen in den letzten Jahren rasant weiterentwickelt hat und vor neuen Herausforderungen steht. Das geltende Gesundheitsgesetz trägt diesen Veränderungen nicht genügend Rechnung. In der Praxis bzw. bei der Rechtsanwendung hat sich ausserdem gezeigt, dass im Gesundheitsgesetz zum Teil uneinheitliche oder vom Bundesrecht abweichende Begrifflichkeiten verwendet werden. Dies führt zu Unklarheiten und eröffnet, insbesondere in strittigen Fällen, die Möglichkeit für Beschwerden.

Schliesslich sind auch die Schnittstellen des geltenden Gesundheitsgesetzes zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPG)⁹ sowie zum Spitalgesetz¹⁰ nicht sauber geklärt, was immer wieder Diskussionen zur Folge hat.

1.4. Entwicklungen

Wie bereits erwähnt, hat sich das Gesundheitswesen in den letzten Jahren rasant entwickelt. Damit verbunden sind neue Herausforderungen, die wiederum vielfältigen Regelungsbedarf nach sich ziehen. Als Beispiele hierfür seien folgende Aspekte erwähnt:

- Versorgungsprobleme infolge Fachkräftemangels
- Sicherstellung der integrierten Versorgung
- Sicherstellung der Versorgung im psychiatrischen Bereich und im Demenzbereich
- Implementierung von Vorsorgeuntersuchungen (Screenings)
- Förderung der Pflegeberufe
- Umsetzung der Tabakproduktegesetzgebung (inkl. Vornahme von Testkäufen)
- Zulassungssteuerung im Gesundheitswesen
- Umsetzung von Projekten im Bereich eHealth
- Implementierung eines Krebsregisters
- Implementierung des elektronischen Patientendossiers

1.5. Hängige Vorstösse im Kantonsrat

Aktuell ist eine Motion hängig, der Kantonsrat in seiner Sitzung vom 2. Juni 2025 mit 39 zu 14 Stimmen überwiesen hatte und die im Rahmen der vorliegenden Gesetzesrevision zu berücksichtigen ist. Es handelt sich um die Motion Nr. 2024/4 von Gianluca Looser, Urs Wohlgemuth und Tim Bucher vom 1. Juli

⁹ Altersbetreuungs- und Pflegegesetz vom 2. Juli 2007 (AbPG; SHR 813.500)

¹⁰ Spitalgesetz vom 22. November 2004 (SHR 813.100)

2024 betreffend «Konversionsmassnahmen verbieten» (Verbot von Massnahmen, die eine Veränderung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung oder der Geschlechtsidentität zum Ziel haben).

Betreffend «Heimaufsicht» besteht kein parlamentarischer Auftrag. Der Kantonsrat beschäftigte sich im Rahmen der Orientierungsvorlage zur Verbesserung der Aufsicht über die Pflegeheime im Kanton Schaffhausen (Amtsdruckschrift 23-101) vertieft mit dieser Thematik. Die Spezialkommission 2023/9 verfasste dazu einen separaten Bericht (Amtsdruckschrift 24-66). Ein Rückweisungsantrag anlässlich der Sitzung des Kantonsrates vom 3. Juni 2024 wurde mit 28 zu 22 Stimmen abgewiesen. Unbestritten blieb jedoch, dass die gesetzlichen Grundlagen zur Verbesserung der Heimaufsicht angepasst werden müssen. So soll bei der kantonalen Aufsicht künftig nicht mehr zwischen privaten und kommunalen Heimen unterschieden werden. Ebenso sollen die Mittel für die Aufsicht (Reporting, Kontrollbesuche, Zutritts- und Einsichtsrechte) umfassend umschrieben werden.

In der Volksabstimmung vom 18. Juni 2023 bewilligten die Stimmberechtigten mit einem Ja-Stimmenanteil von 87,2 Prozent eine neue wiederkehrende Ausgabe in der Höhe von 960'000 Franken pro Jahr zur Fortführung der palliativen Spezialversorgung im Kanton Schaffhausen. Im Bericht und Antrag des Regierungsrates an den Kantonsrat (ADS 22-143) wird diesbezüglich ausgeführt, dass anlässlich einer Revision des Gesundheitsgesetzes die neuen spezialisierten Palliative Care-Dienste genauer umschrieben und die in diesem Zusammenhang anfallenden Aufwände künftig als gesetzlich gebundene Ausgaben behandelt werden sollen. Zusätzlich soll auch der Demenzbereich bei den Rechtsanpassungen entsprechend berücksichtigt werden. Auf Antrag des Regierungsrates (ADS 21-123) stimmte der Kantonsrat am 30. Mai 2022 mit 57 zu 0 Stimmen einem Verpflichtungskredit in der Höhe von 2'250'000 Franken zur Umsetzung des kantonalen Demenzkonzepts während einer Pilotphase von fünf Jahren (2023–2027) zu.

2. Ziele und Neuerungen der Gesetzesrevision

Mit der geplanten Totalrevision soll ein Gesundheitsgesetz geschaffen werden, welches sowohl den aktuellen Erfordernissen des Gesundheitswesens im Kanton Schaffhausen als auch den Bedürfnissen der verschiedenen Anspruchsgruppen gerecht wird. Dabei sollen bewährte Regelungen – falls erforderlich in optimierter Form – beibehalten und zugleich neue Regelungen aufgenommen werden, um zentrale und richtungsweisende Entwicklungen des Gesundheitswesens angemessen berücksichtigen zu können.

Mit der vorliegenden Totalrevision werden insbesondere die folgenden Ziele erreicht:

- a) Hinsichtlich der Berufsausübungsbewilligungen werden die rechtlichen Grundlagen mit dem Bundesrecht harmonisiert. Dabei werden die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes über die bisher nur nach kantonalem Recht bewilligungspflichtigen Berufe inhaltlich und sprachlich soweit möglich an jene des Bundesrechts angeglichen. Dies erleichtert einerseits der Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde den Vollzug. Andererseits sorgt es bei den betroffenen Berufsleuten für mehr Transparenz und Rechtssicherheit.

Gemäss § 13 der Verordnung zum Gesundheitsgesetz werden zurzeit folgende Berufe nach kantonalem Recht einer Bewilligungspflicht unterstellt:

- Dentalhygienikerin / Dentalhygieniker
- Drogistin / Drogist
- Logopädin / Logopäde
- Orthoptistin / Orthoptist
- Zahntechnikerin / Zahntechniker
- Rettungssanitäterin / Rettungssanitäter
- Medizinische Masseurin / medizinischer Masseur
- Podologin / Podologe
- Naturheilpraktikerin / Naturheilpraktiker

Aufgrund der Krankenversicherungsgesetzgebung macht es Sinn, wenn für diese Gesundheitsberufe oder zumindest einen Teil davon die Bewilligungspflicht in gleicher oder ähnlicher Form bestehen bleibt.

- b) Es wird klar geregelt, welche Betriebe im Gesundheitsbereich einer Bewilligungspflicht unterstehen. Auch wird berücksichtigt, dass zahlreiche Leistungserbringer nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)¹¹ über eine kantonale Zulassung verfügen müssen, damit sie zulasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sein können.
- c) Neu geregelt und gestärkt wird die gesundheitspolizeiliche Aufsichtskompetenz des Kantons Schaffhausen. Sie besteht gegenüber Spitälern, Pflegeheimen und anderen Institutionen des Gesundheitswesens. Künftig sollen die bisher in anderen Gesetzen (Altersbetreuungs- und Pflegegesetz sowie Spitalgesetz) festgehaltenen Bestimmungen zwecks besserer Übersichtlichkeit ausschliesslich im Gesundheitsgesetz geregelt werden.
- d) Mit der Totalrevision werden die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, um angemessen auf die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen reagieren zu können. Dies umfasst u. a. die Förderung von Ausbildungsver-

¹¹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10)

pflichtungen für Pflegeberufe die Ausrichtung von kantonalen oder kommunalen Beiträgen bei einer Unterversorgung oder für innovative Vorhaben. Ebenso werden die Palliative Care, die Demenzversorgung, das Krebsregister und eHealth gesetzlich geregelt.

- e) Die Totalrevision wird dazu genutzt, das Gesundheitsgesetz generell zu überarbeiten und die erforderlichen Anpassungen vorzunehmen. Davon nicht betroffen sind Regelungen, die sich bisher bewährt haben. Sie werden in den vorliegenden Revisionsentwurf übernommen.

3. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

3.1. Geltungsbereich, Zweck und Zuständigkeit (Art. 1–3 GesG)

Art. 1 Abs. 1 GesG enthält als Zweckartikel den Hinweis auf höherrangiges Recht. Damit wird klargestellt, dass Bundesrecht vorgeht und kantonales Recht lediglich ausführend und allenfalls ergänzend ist. Art. 1 Abs. 2 GesG fasst die Aufgaben des Kantons zusammen. Diese umfassen den Erhalt, die Förderung, den Schutz sowie die Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung als auch jener der einzelnen Person. Dies wird mittels Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsschutzes erreicht.

In Art. 2 und 3 GesG sind die Zuständigkeiten geregelt. Demnach erwachsen den Gemeinden im Geltungsbereich des Gesundheitsgesetzes nur dort Aufgaben, wo dies ausdrücklich festgehalten wird. In allen anderen Fällen ist der Kanton zuständig. Dessen Kompetenzen werden aufgrund der zunehmenden Gesetzgebung auf Bundesebene immer mehr eingeschränkt.

Gemäss Art. 3 GesG erlässt der Regierungsrat die zum Vollzug des revidierten Gesundheitsgesetzes erforderlichen Ausführungsbestimmungen. Im Rahmen dieser Ausführungsbestimmungen bezeichnet es das für das Gesundheitswesen zuständige Departement. In § 1 der Organisationsverordnung¹² werden wiederum der Aufgabenbereich des Departements festgelegt und dessen Dienststellen aufgeführt. Die weitere Unterteilung der Dienststellen in «Abteilungen» ist aufgrund § 8 der Organisationsverordnung Sache des Departements. Mit der Unterteilung ist auch die Zeichnungsberechtigung zu regeln. Für die Übertragung von gesetzlichen Entscheidungsbefugnissen des Departements an nachgeordnete Dienststellen bleibt jedoch gemäss Art. 3 Abs. 3 des Revisionsentwurfs GesG der Regierungsrat zuständig. Diese Regelung entspricht Art. 70 der Verfassung des Kantons Schaffhausen¹³.

¹² Verordnung über die Organisation der kantonalen Verwaltung vom 6. Mai 1986 (Organisationsverordnung; SHR 172.101)

¹³ Verfassung des Kantons Schaffhausen vom 17. Juni 2002 (SHR 101.000)

Die Bundesgesetzgebung überträgt zahlreiche Vollzugsaufgaben im Gesundheitsbereich auf die Kantone. In Art. 3 Abs. 4 des Revisionsentwurfs GesG ist deshalb vorgesehen, dass der Regierungsrat dafür die zuständigen kantonalen Stellen bezeichnet. Der Regierungsrat kann weitere Verwaltungsaufgaben an kantonale Stellen übertragen.

3.2. Bewilligungspflichtige Berufe und Betriebe

Berufe im Gesundheitswesen (Art. 4–17 GesG)

Heute wird weitgehend durch den Bund festgelegt, welche Medizinal- und Gesundheitsberufe bewilligungspflichtig sind. Gemäss Art. 4 Abs. 2 GesG untersteht zudem der Bewilligungspflicht, wer gewerbsmäßig Krankheiten, Verletzungen, sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Schwangerschaften feststellt oder behandelt, wer eine Tätigkeit ausübt, wofür das Bundesrecht eine kantonale Bewilligung oder Zulassung verlangt, oder wer hauptverantwortliche Fachperson in einem bewilligungspflichtigen Betrieb im Gesundheitsbereich ist.

Grundvoraussetzung für die Bewilligungspflicht ist insbesondere, dass die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfolgt. Darunter fällt jede Berufstätigkeit, die nicht unter Aufsicht eines Angehörigen desselben Berufs stattfindet. Dies unabhängig davon, ob es sich um eine wirtschaftlich unselbstständige Tätigkeit in einem öffentlichen oder privaten Unternehmen oder um eine selbstständige Tätigkeit handelt. Wesentlich ist, dass die fachliche Verantwortung für die eigene Berufstätigkeit sowie die Tätigkeit allfälliger Mitarbeitenden bei der betreffenden Medizinal- oder Gesundheitsfachperson selbst liegt.

Der Bund hat darauf verzichtet, den Begriff «Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung» weiter zu konkretisieren oder die Anforderungen an die Aufsichtstätigkeit festzulegen. Vielmehr müssen die kantonalen Behörden entscheiden, wann eine Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht stattfindet und deshalb bewilligungsfrei ausgeübt werden darf. Nach einem Rechtsgutachten zuhanden des Amtes für Gesundheit des Kantons Zürich vom Januar 2025 muss durch die Überwachung der beaufsichtigten Person gewährleistet sein, dass bei Schwierigkeiten eine Drittperson einschreiten und die beaufsichtigte Person jederzeit um weitere Instruktion und Unterstützung durch die sie beaufsichtigende Person ersuchen kann. Nach Auffassung des Gutachters muss somit sichergestellt sein, dass die beaufsichtigende Person für die beaufsichtigte Person jederzeit erreichbar ist und innert sachgemässer Frist die Behandlung persönlich übernehmen kann, falls dies angezeigt ist. Dabei sei jedoch kein allzu strenger Massstab anzulegen.

Es ist davon auszugehen, dass die Anforderungen an die Aufsichtstätigkeit der Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber bündesrechtlich, interkantonal und/oder durch die Rechtsprechung weiter konkretisiert werden. Unter diesen Umständen macht es Sinn, diesen Bereich, wie unter Art. 5 Abs. 5 GesG vorgesehen, soweit möglich auf Verordnungsstufe zu regeln. Dadurch wird eine differenziertere Regelung ermöglicht, welche den verschiedenen Berufen im Gesundheitswesen und dem jeweiligen Berufsumfeld Rechnung trägt. So kann beispielsweise bei Oberärztinnen und Oberärzten im Spital oder bei Tierärztinnen und Tierärzten in einer Tierarztpraxis für die ersten drei Jahre ihrer Berufstätigkeit von einer Bewilligungspflicht abgesehen werden.

Gemäss Art. 5 Abs. 3 GesG arbeitet die unter fachlicher Aufsicht tätige Person im Namen der Bewilligungsinhaberin oder des Bewilligungsinhabers. Der Bewilligungsinhaberin bzw. dem Bewilligungsinhaber obliegt die fachliche Verantwortung. Diese umfasst die Auswahl der unter ihrer bzw. seiner Aufsicht tätigen Person sowie die Prüfung, ob Letztere die Voraussetzungen für die Berufsausübung (z. B. genügender Bildungsabschluss, Vertrauenswürdigkeit und deutsche Sprachkenntnisse) erfüllt. Ebenso haben Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber gemäss Art. 5 Abs. 4 GesG dem zuständigen Departement die bei ihnen unter fachlicher Aufsicht tätigen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zu melden. Diese Meldepflicht wird zum Teil die bisherige Bewilligungspflicht ersetzen, was zu einer administrativen Entlastung sowohl der Gesuchstellenden als auch der Verwaltungsbehörden führen sollte. Hinzu kommt, dass in nächster Zeit ein elektronisches Verfahren eingeführt werden soll, um das kantonale Bewilligungs- und Zulassungsverfahren zu digitalisieren. Dadurch lassen sich die administrativen Hürden weiter senken.

Nach Art. 9 GesG können die Bewilligungen mit Einschränkungen fachlicher, zeitlicher und räumlicher Art oder mit Auflagen verbunden werden. Somit wird es auch in Zukunft möglich sein, die bisher in Art. 10 GesG geregelten «Seniorenbewilligungen» auszustellen.

Der Entzug einer Bewilligung gemäss Art. 10 GesG muss verhältnismässig sein. Dieses Grundprinzip des Verwaltungsrechts gilt es auch hier zu beachten. Der Entzug muss geeignet und notwendig sein, um den angestrebten Zweck zu erreichen. Ebenso muss er in einem vernünftigen Verhältnis zu den Belastungen stehen, die der bzw. dem Betroffenen auferlegt werden. Wäre ein Bewilligungsentzug unverhältnismässig, so kann gemäss Art. 10 Abs. 2 GesG stattdessen eine mit Einschränkungen oder Auflagen verbundene Bewilligung erteilt werden.

Die Berufspflichten und das Disziplinarrecht für die nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Medizinal- und Gesundheitsberufe sind in den jeweiligen Bundeserlassen geregelt. Art. 12 Abs. 2 GesG gilt somit nur für Gesundheitsberufe, die nach kantonalem Recht bewilligungspflichtig sind, sowie für die Medizinal-

und Gesundheitsfachpersonen, welche unter fachlicher Aufsicht tätig sind. Die ihnen obliegenden Berufspflichten sind mit dem Bundesrecht abgestimmt. Im Gegensatz dazu richten sich Art. 12 Abs. 4 und 5 GesG an sämtliche Inhaberinnen und Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung, also auch an Personen, welche einen nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Medizinal- und Gesundheitsberuf ausüben. Neben den gesetzlichen Berufspflichten haben sie die Richtlinien und Empfehlungen der Berufsverbände und Fachorganisationen zu berücksichtigen. Diesen Empfehlungen kommt vor allem im Streitfall eine wichtige Rolle zu. Nicht disziplinarisch zur Verantwortung gezogen werden können Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, welche unter fachlicher Aufsicht bewilligungsfrei tätig sind. Die disziplinarische Verantwortlichkeit liegt hier bei der Bewilligungsinhaberin bzw. dem Bewilligungsinhaber.

Die Pflicht zur Führung einer Patientendokumentation nach Art. 15 GesG ist vor allem auf medizinische Behandlungen ausgerichtet. Dazu zählen insbesondere Untersuchungen, Diagnosen sowie medizinische und therapeutische Massnahmen. Für einzelne Berufe sind deshalb im Sinne von Art. 15 Abs. 5 GesG spezielle Regelungen oder allenfalls sogar Ausnahmen vorzusehen. Die Aufzeichnungspflicht ergibt sich aus dem Einsichtsrecht in Patientendokumentation gemäss Art. 39 GesG und leitet sich überdies aus der Sorgfaltspflicht ab.

Die Schweigepflicht gemäss Art. 16 GesG gilt nach den allgemeinen Regeln nur, sofern die geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen unbekannt sind und der/die Geheimnisträger/-in ein Geheimhaltungsinteresse und einen Geheimhaltungswillen hat. Die Regelungen gemäss Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs (StGB)¹⁴ gelten – mit Ausnahme der Tierärztinnen und Tierärzte – für sämtliche Personen, die in nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Medizinal- und Gesundheitsberufe tätig sind sowie für deren Hilfspersonen. Der Geltungsbereich von Art. 16 GesG beschränkt sich also auf Tierärztinnen und Tierärzte sowie auf die Gesundheitsberufe, für die das kantonale Recht eine Bewilligung verlangt. Dieser Schutz ist gerechtfertigt, da es sich um sensible Daten handelt. Zudem kennen die meisten anderen Kantone ebenfalls eine solche Regelung.

In Art. 17 GesG werden das Melderecht und die Meldepflicht geregelt. Das Melderecht gemäss Art. 17 Abs. 2 GesG gilt nicht nur für begangene Straftaten, sondern auch bei der Gefahr, dass solche erst verübt werden. Gemäss Art. 17 Abs. 3 GesG haben Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber ausserordentliche Vorkommnisse, die von gesundheitspolizeilicher Relevanz sein können, zu melden. Derartige Meldungen verstossen somit nicht gegen die gesetzliche Schweigepflicht. Sie tragen im Übrigen dazu bei, dass das zuständige Departement seine Aufsichtstätigkeit besser wahrnehmen kann.

¹⁴ Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0)

Betriebe im Gesundheitsbereich (Art. 18–20 GesG)

Sinn und Zweck der Bewilligungspflicht für Einrichtungen des Gesundheitswesens ist der Patientenschutz. Für Patientinnen und Patienten können sich aus der behandlungsbedingten Eingliederung in ein betriebliches Organisationsgefüge zusätzliche oder andere Gefahren ergeben als bei einer Behandlung durch eine einzelne Medizinal- oder Gesundheitsfachperson. Wird eine gesundheitsrelevante Leistung nicht durch eine allein tätige Person, sondern durch mehrere, gemeinsam wirkende Personen erbracht, ist den betrieblichen und organisatorischen Risiken entsprechend Rechnung zu tragen.

Die Bewilligung wird auf die Inhaberin oder den Inhaber des Betriebs ausgestellt. Dabei kann es sich um Einzelpersonen oder Organisationen handeln. Betriebsinhaberinnen und Betriebsinhaber zeichnen sich dadurch aus, dass der Betrieb auf ihre Rechnung und in der Regel auch auf ihren Namen geführt wird.

Wichtig ist, dass bei Betrieben des Gesundheitswesens die Verantwortlichkeiten klar geregelt sind. Neben einer gesamtverantwortlichen Betriebsleitung braucht es eine hauptverantwortliche Fachperson mit Berufsausübungsbewilligung pro Leistungsbereich. Dagegen können die weiteren angestellten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen gemäss Art. 19 Abs. 3 GesG bewilligungsfrei tätig sein, sofern sie über einen genügenden Bildungsabschluss verfügen und die fachliche Aufsicht im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems gewährleistet ist. Vielfach legt das Bundesrecht fest, in welchen Fällen ein Bildungsabschluss als genügend anerkannt wird. Im Übrigen entspricht die Regelung weitgehend § 30 der Verordnung zum Gesundheitsgesetz.

Die Liste der bewilligungspflichtigen Betriebe ergibt sich zu einem wesentlichen Teil aus der Krankenversicherungsgesetzgebung des Bundes, soweit diese für Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenversicherung eine kantonale Zulassung verlangt. Darauf wird in Art. 18 Abs. 1 lit. m GesG ausdrücklich hingewiesen. Für Drogerien, welche Arzneimittel abgeben, verlangt zudem Art. 30 des Heilmittelgesetzes (HMG)¹⁵ eine kantonale Bewilligung. Ebenso sieht Art. 27 Abs. 4 HMG eine Bewilligungspflicht für den Versandhandel mit Arzneimitteln vor. Unter Art. 18 Abs. 1 lit. a GesG fallen im Übrigen auch Tierkliniken sowie Organisationen mit Sitz im Kanton Schaffhausen, die medizinische Ferndienstleistungen anbieten.

Keine Bewilligung gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. b und d GesG benötigen hingegen Pflegeheime und weitere Einrichtungen der stationären Langzeitpflege mit höchstens fünf Betten sowie ambulante, ärztliche, zahnärztliche und chiropraktische Einrichtungen, in denen bewilligungspflichtige Leistungen durch maximal

¹⁵ Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz [HMG]; SR 812.21)

drei Inhaberinnen und Inhaber erbracht werden. In diesen Fällen sind die Betriebe mit einem Einzelunternehmen mit wenigen Angestellten vergleichbar, und es bestehen keine zusätzlichen betriebsbezogenen Risiken bezüglich Prozesse, Strukturen, Verantwortlichkeiten etc. Ebenfalls nicht bewilligungspflichtig sind Ferndienstleistungen, die von einem ausserkantonalen Standort her erbracht werden. Gemäss Territorialitätsprinzip ist hier jeweils der Standortkanton bzw. das Herkunftsland zuständig. Auch der Verkauf von Brillen ohne spezielle Beratung sowie der Transport von Menschen mit Beeinträchtigungen ist ohne Bewilligung möglich.

Die in Art. 19 Abs. 1 GesG erwähnten strengen Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung werden durch Art. 19 Abs. 2 GesG relativiert. Dies ist notwendig, da an die verschiedenen Betriebsarten höchst unterschiedliche Anforderungen gestellt werden. Dies gilt nicht nur in personeller Hinsicht (vgl. Richtstellenpläne), sondern auch was die Räumlichkeiten und Einrichtungen betrifft. Als Beispiel seien die Pflegeheime erwähnt, für die schon heute gemäss § 6ff. der Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPV)¹⁶ eine spezielle Regelung gilt.

Grundsätzlich müssen die Betriebe gemäss Art. 19 lit. f GesG über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Darunter wird ein ganzheitliches System verstanden, das alle qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Prozesse in einer Organisation abdeckt und zum Ziel hat, die Qualität von Produkten, Dienstleistungen und Prozessen kontinuierlich zu verbessern. Zur Umsetzung des Qualitätsmanagements gehört auch das Controlling mittels interner und externer Audits. Ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem ist für Gesundheitsinstitutionen besonders wichtig und dient zur Minimierung von Risiken, zur Vermeidung von Fehlern bei der Behandlung, zur Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sowie zur Effizienzsteigerung. Zahlreiche Vorschriften dazu finden sich auch im Krankenversicherungsgesetz und in der Heilmittelgesetzgebung. Das Qualitätsmanagement stellt somit einen essenziellen Bestandteil einer modernen und patientenorientierten Gesundheitsversorgung dar und leistet überdies einen wichtigen Beitrag zur Kostensenkung. Es gilt jedoch zu beachten, dass kein einheitlich gültiges Qualitätsmanagementsystem besteht. Vielmehr muss ein solches auf die jeweilige Betriebsart abgestimmt sein.

Aufsicht (Art. 21 GesG)

Neu wird die Aufsicht über das Gesundheitswesen explizit und einheitlich im Gesundheitsgesetz geregelt. Die Aufsicht umfasst nicht nur die bewilligungspflichtigen Medizinal- und Gesundheitsberufe und Betriebe, sondern ebenso die nicht bewilligungspflichtigen Tätigkeiten und Betriebe.

¹⁶ Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz vom 10. Februar 2009 (SHR 813.501)

Die Aufsichtsbehörde kann Inspektionen und Kontrollen durchführen, um abzuklären, ob gesetzliche Vorschriften verletzt wurden. Eine Inspektion und eine Kontrolle unterscheiden sich primär in ihrem Umfang und der verfolgten Zielsetzung. Eine Inspektion (Visitation) ist eine gründliche, oft systematische Überprüfung eines Objekts, einer Anlage oder eines Prozesses. Eine Kontrolle erfolgt dagegen gezielt und bezieht sich auf die Überprüfung, ob bestimmte Standards, Vorschriften oder Bedingungen eingehalten werden. Inspektionen und Kontrollen können präventiver Natur sein und gegebenenfalls auch unangemeldet erfolgen; ein Anfangsverdacht ist im Gegensatz zum Strafrecht nicht erforderlich.

Art. 21 GesG unterscheidet nicht mehr zwischen Aufsicht und Oberaufsicht, wie das bisher im Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPG) der Fall war. Art. 2 Abs. 1 und 1^{bis} AbPG werden daher aufgehoben. Unter Art. 21 GesG fällt auch die «Heimaufsicht», bei welcher sich anlässlich der Vorkommnisse in der Pflegeinstitution «Hand in Hand» Mängel gezeigt hatten. Mit diesen hatte sich in der Folge der Kantonsrat befasst (vgl. dazu die Ausführungen unter Ziff. 1.5.). Gemäss Art. 21 Abs. 3 GesG können für die Aufsichtstätigkeit geeignete Dritte hinzugezogen oder diese Aufgabe sogar ganz an jene übertragen werden.

Art. 21 Abs. 2 GesG räumt der Aufsichtsbehörde ein jederzeitiges und unbeschränktes Zugangs-, Einsichts- und Auskunftsrecht ein. In diesem Rahmen obliegt Betroffenen und Dritten eine Mitwirkungs- und Auskunftspflicht.

Die aufsichtsrechtlichen Massnahmen können administrativer, disziplinarischer oder strafrechtlicher Natur sein. Sie müssen auf einer gesetzlichen Grundlage basieren und verhältnismässig sein.

3.3. Sicherung und Förderung der Gesundheitsversorgung (Art. 22–33 GesG)

Art. 22–33 GesG umfassen einerseits Bestimmungen über die Versorgungssicherung, welche weitgehend aus dem geltenden Gesundheitsgesetz übernommen werden, und andererseits neue Regelungen zur Förderung der Gesundheitsversorgung, wie etwa Vorschriften zur Ausbildung (Art. 23–24 GesG), zur Palliative Care und zum spezialisierten Demenz- und Psychiatriekonsiliardienst (Art. 28 GesG), zur Förderung innovativer Vorhaben im Gesundheitsbereich (Art. 29 GesG), zum elektronischen Informations- und Datenaustausch (Art. 30 GesG) und zum Krebsregister (Art. 31 GesG). Damit trägt der vorliegende Entwurf den Entwicklungen im Gesundheitswesen sowie aktuellen und künftigen Herausforderungen Rechnung.

Der in Art. 22 GesG festgehaltene Grundsatz, wonach die ambulante Gesundheitsversorgung primär durch private Leistungserbringer sicherzustellen ist, soll weiterhin gelten. Die Spitäler sollen lediglich ergänzende Aufgaben im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und der gesetzlichen Regelungen wahrnehmen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Notfallstation der Spitäler Schaffhausen sowie die Sprechstunden der Spitalärztinnen und -ärzte vermehrt von ambulanten Patientinnen und Patienten besucht werden und die Grenzen zwischen der Spitalmedizin und der privatwirtschaftlichen Tätigkeit der niedergelassenen Ärzteschaft zunehmend verschwimmen.

Integrierte Gesundheitsversorgung

Art. 22 Abs. 2 GesG sieht neu vor, dass die Anbieter von ambulanten und stationären Leistungen zum Wohl der Patientinnen und Patienten eng zusammenarbeiten, um die Koordination während der gesamten Behandlung zu gewährleisten. Damit soll die Gesundheitsversorgung noch mehr in Richtung einer integrierten Versorgung gelenkt werden. Dies mit dem Ziel, die Patientensicherheit, die Ergebnisqualität und die Effizienz zu verbessern.

Unterversorgung

Die in Art. 22 Abs. 3 und 4 GesG enthaltenen Regelungen sollen helfen, Versorgungslücken (z. B. infolge Fachkräftemangels) vorzubeugen. Im Falle einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung können der Kanton und die Gemeinden den Aufbau und Betrieb von Einrichtungen mit finanziellen Beiträgen oder anderen geeigneten Mitteln unterstützen. Von einer solchen Unterstützung können sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen profitieren.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Gemäss Art. 117a der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft¹⁷ sorgen Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Ein wichtiger Beitrag daran kann durch die Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Medizinal- und Gesundheitsberufen geleistet werden. Art. 23 GesG überträgt diese Aufgabe den Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Der Kanton unterstützt sie bei diesen Bestrebungen und kann ihnen hierfür Beiträge gewähren, sofern damit die Grundversorgung (inkl. Psychiatrieversorgung) gestärkt wird.

¹⁷ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)

Noch einen Schritt weiter geht die in Art. 24 GesG enthaltene Regelung, mit der die von Volk und Ständen 2021 angenommene «Pflegeinitiative» umgesetzt wird. In der Zwischenzeit hat zwar der Kantonsrat am 1. Juli 2024 das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (EG FAP)¹⁸ verabschiedet, mit dem u. a. eine Ausbildungsverpflichtung auf kantonaler Ebene eingeführt wurde. Dieser Erlass ist jedoch befristet und läuft per Ende 2023 aus. Das Modell der Ausbildungsverpflichtung ist jedoch auf eine längere Frist ausgelegt, zumal der Nachwuchsbedarf bis 2032 nicht gedeckt werden kann. Die Überbrückung der bestehenden Differenz zwischen Bedarf und Ausbildungskapazitäten der Betriebe ist mit Augenmass anzugehen. Die von der Ausbildungspflicht betroffenen Einrichtungen benötigen für ihre internen Personal- und Investitionsentscheide Planungssicherheit. Deshalb macht es Sinn, im Rahmen der Totalrevision des Gesundheitsgesetzes die gesetzlichen Grundlagen für eine Weiterführung der Ausbildungsverpflichtung über 2032 hinaus zu schaffen. Eine Änderung des EG FAP erübrigt sich dadurch.

Notfalldienst – Rettungsdienst – Notrufzentrale

Art. 25–27 GesG regeln den Notfalldienst, den Rettungsdienst und die Notrufzentrale. Dabei werden die bisherigen Regelungen im Wesentlichen übernommen, wobei festgehalten wird, dass die Notfalldienste durch die Standesorganisationen zu organisieren und sicherzustellen sind. Letztere bestimmen auch, unter welchen Voraussetzungen eine Befreiung vom Notfalldienst infrage kommt und wer – neben den hauptberuflich in den Spitätern tätigen Ärztinnen und Ärzten – davon entbunden wird. Die Ersatzabgaben, welche nach Art. 25 Abs. 5 GesG zu leisten sind, gehen direkt an die Standesorganisationen. Gegen letztinstanzliche Entscheide der Standesorganisationen ist aufgrund der verfassungsrechtlichen Rechtsweggarantie ein Rekurs an den Regierungsrat möglich. Die Tierärztinnen und Tierärzte verfügen über keine Standesorganisation. Solange dies der Fall ist, wird die Organisation des Notfalldienstes für das Veterinärwesen gemäss Art. 25 Abs. 4 GesG direkt durch den Regierungsrat geregelt.

Palliative Care und spezialisierter Demenz- und Psychiatriekonsiliardienst

Neu werden in Art. 28 GesG die Palliative Care sowie die spezialisierten Demenz- und Psychiatriekonsiliardienste geregelt, wie dies vom Kantonsrat verlangt wurde (vgl. dazu die Ausführungen unter Ziff. 1.5.). Gemäss Art. 28 Abs. 1 GesG hat der Kanton für ein angemessenes Angebot im Bereich der palliativen Spezialversorgung zu sorgen. Dafür hat die Stimmbevölkerung neue wiederkehrende Ausgaben in der Höhe von 960'000 Franken pro Jahr bewilligt. Hinzu kommt der

¹⁸ Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege vom 1. Juli 2024 (EG FAP; SHR 811.100)

Konsiliardienst, welcher von den Spitätern Schaffhausen angeboten und über eine separate Leistungsvereinbarung abgegolten wird. Zusätzliche Ausgaben, welche dem Kanton im Rahmen dieser nun gesetzlich geregelten Aufgaben erwachsen, gelten als gebunden und unterstehen nicht mehr dem Finanzreferendum. Allerdings besteht auf die in Art. 28 Abs. 1 GesG aufgelisteten Angebote nicht gleichermaßen ein Anspruch. Vielmehr können sie den sich wandelnden Bedürfnissen angepasst werden.

Förderung innovativer Vorhaben

Nach Art. 29 GesG fördert der Kanton künftig innovative Vorhaben, welche zur Verbesserung der medizinischen Grundversorgung oder der wirtschaftlichen Leistungserbringung beitragen. Mit diesem Förderartikel wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Sicherstellung einer ausreichenden, allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität, aber auch eine wirtschaftliche Leistungserbringung zwei zentrale Pfeiler der kantonalen Gesundheitspolitik darstellen. Um die zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens notwendigen Neuerungen umsetzen zu können, kann der Regierungsrat im Rahmen des Budgets entsprechende Förderbeiträge ausrichten. Beispiele für innovative Vorhaben sind Apotheken mit neuartigen Angeboten und Rollenverständnissen, integrative oder telemedizinische Versorgungsmodelle sowie Automations- und Robotikprojekte. Gemäss Art. 29 Abs. 3 GesG sollen die Vorhaben inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt sein. Allerdings können erfolgreiche Vorhaben bis zur Überführung in den Regelbetrieb befristet weitergefördert werden.

Elektronischer Informations- und Datenaustausch – eHealth – elektronisches Patientendossier

Der elektronische Information- und Datenaustausch spielt im Gesundheitswesen eine immer wichtigere Rolle. Er verbessert die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen und ermöglicht eine massgeschneiderte Gesundheitsversorgung. Deshalb wurden in diesem Bereich durch den Bund bereits zahlreiche Programme und Projekte lanciert, welche zusammen mit den Kantonen umgesetzt werden sollen. Soweit die Bundesgesetzgebung die Kantone in diesem Zusammenhang zum Handeln verpflichtet, schafft Art. 30 GesG die zugehörige gesetzliche Grundlage. Dies gilt insbesondere für eHealth-Projekte und die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers. Der Bund hat dazu das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG)¹⁹ erlassen, mit dem die Rollen von Bund und Kanton sowie die Finanzierung klarer geregelt werden sollen.

¹⁹ Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier vom 19. Juni 2015 (EPDG; SR 816.1)

Krebsregister

Nach Art. 32 des KRG sind die Kantone verpflichtet, ein Krebsregister zu führen. Art. 31 GesG schafft nun die gesetzliche Grundlage für diese Aufgabe. Im Übrigen ist die Krebsregistrierung auf Bundesebene umfassend geregelt. Es ist den Kantonen freigestellt, gemeinsam ein Register führen. Per 1. Januar 2020 hatte sich der Kanton Schaffhausen zusammen mit dem Kanton Schwyz dem damals bereits bestehenden Krebsregister der Kantone Zürich und Zug angeschlossen.

Bevölkerungsschutz

Die revidierte Version des Gesundheitsgesetzes enthält keine spezifische Regelung betreffend bevölkerungsschutzrelevante Ereignisse. Art. 32 GesG verweist für die Vorbereitung und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in solchen Fällen auf die entsprechenden Regelungen von Bund und Kanton. So enthält etwa das Bevölkerungsschutzgesetz (BevSG)²⁰ die Bestimmung, wonach der Regierungsrat im Falle eines bevölkerungsschutzrelevanten Ereignisses über die öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Heime verfügen und die freie Arzt- und Spitalwahl aufheben kann. Zudem enthält die eidgenössische Epidemiengesetzgebung zusätzliche Bestimmungen zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten (z. B. Möglichkeit, ein Veranstaltungsverbot auszusprechen oder Schul- und Betriebsschliessungen zu veranlassen; vgl. Art. 6 Abs. 2 lit. c und Art. 40 EpG). Das Bevölkerungsschutzgesetz enthält im Übrigen auch eine umfassende Regelung zur Kostentragung.

Bestattungswesen

Art. 33 GesG hält schliesslich in Übereinstimmung mit Art. 2 Abs. 2 lit. f des Gemeindegesetzes²¹ fest, dass das Bestattungs- und Friedhofswesen Sache der Gemeinden ist. Die Verordnung über die Leichenschau und die Bestattung²² fußt noch auf dem Gemeindegesetz von 1892 und dem Gesundheitsgesetz von 1970, welche jedoch beide nicht mehr in Kraft sind. Mit der vorliegenden Revision soll wieder eine gesetzliche Kompetenz des Regierungsrates zum Erlass der erwähnten Verordnung geschaffen werden. Der Bau und die Erweiterung eines Friedhofs sowie eine Graböffnung vor Ablauf der Ruhefrist sollen wie bisher der Genehmigung des Departements bedürfen.

3.4. Patientenrechte (Art. 34–44 GesG)

²⁰ Bevölkerungsschutzgesetz vom 22. August 2016 (BevSG; SHR 500.100)

²¹ Gemeindegesetz vom 17. August 1998 (SHR 120.100)

²² Verordnung über die Leichenschau und die Bestattung vom 31. Oktober 1972 (SHR 818.601)

Die Patientenrechte ergeben sich aus dem Behandlungsverhältnis. Inhaberinnen und Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung haben die Pflicht, die Rechte der Patientinnen und Patienten zu wahren (vgl. Art. 12 Abs. 2 lit. c GesG).

Art. 87 Abs. 4 der Verfassung des Kantons Schaffhausen hält fest, dass die Patientenrechte in einem Gesetz zu regeln sind. Als Patientenrechte gelten namentlich das Recht auf eine medizinische Behandlung, das Recht auf Schutz der Würde und Integrität, das Recht auf Aufklärung und Einwilligung sowie das Recht auf Führung einer Patientendokumentation bzw. auf Einsicht in ebendiese sowie das Recht auf den Schutz der Patientendaten. Mangels einer umfassenden Bundeskompetenz sind grundsätzlich die Kantone für die Regelung der Patientenrechte zuständig. Allerdings bestehen in vielen Teilbereichen Bundesregelungen, welche die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten betreffen. Zu erwähnen sind beispielsweise das Heilmittel- und Epidemienrecht. Im medizinischen Alltag sind ausserdem das Zivil- und Sozialversicherungsrecht des Bundes zu beachten. Inhaltlich wirkt sich diese Zersplitterung jedoch für Patientinnen und Patienten nicht nachteilig aus, da die zentralen Patientenrechte (z. B. das Recht auf medizinische Behandlung, auf hinreichende Aufklärung und Einwilligung sowie auf Schutz der Patientendaten) Ausfluss von Grundrechten sind, die auf allen Staatsebenen beachtet werden müssen. Deshalb sind in materiell-rechtlicher Hinsicht für Patientinnen und Patienten keine Lücken erkennbar.

Der vorliegende Gesetzesentwurf übernimmt gemäss Art. 34 ff. GesG – abgesehen von redaktionellen Anpassungen – im Wesentlichen die geltenden Regelungen. Die Zustimmung der Patientinnen und Patienten zur Behandlung im Sinne von Art. 37 GesG kann auch stillschweigend erfolgen oder sich aus dem Zusammenhang ergeben. Verzichtet wird auf Bestimmungen zur Patientenverfügung und zur fürsorgerischen Unterbringung, da diese Bereiche heute auf Bundesebene abschliessend geregelt sind. Neu eingeführt wird in Art. 34 Abs. 3 GesG ein Anzeigerecht der Patientinnen und Patienten an die Aufsichtsbehörde. Die Anzeige wird dabei im Rahmen eines Aufsichtsverfahrens behandelt.

Mitwirkungspflichten

Nach Art. 38 GesG haben Patientinnen und Patienten nicht nur Rechte, sondern sie sind im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch verpflichtet, die für eine sachgemäss Behandlung notwendigen Auskünfte über ihre Gesundheit und ihre Person zu erteilen und bei der Behandlung in zumutbarer Weise mitzuwirken. Die Einhaltung dieser Pflichten trägt wesentlich zur Qualität ihrer Behandlung bei. Ausserdem haben sie gegenüber anderen Patientinnen und Patienten sowie den Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sowie deren Hilfspersonen Rücksicht zu nehmen und eine allfällige Hausordnung zu respektieren.

Einsichtsrecht Dritter in Patientendokumentation

In der Praxis gibt es immer wieder Unklarheiten, in welchen Fällen Dritten Auskunft über die Gesundheit einer Patientin bzw. eines Patienten erteilt werden darf. Art. 39 Abs. 2–4 GesG regelt unterschiedliche Tatbestände. Art. 39 Abs. 2 und 3 betreffen den Fall, dass die Patientin oder der Patient noch lebt, wobei die Situation bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten im Zivilgesetzbuch geregelt ist (vgl. Art. 39 Abs. 3 GesG). Art. 39 Abs. 4 GesG gelangt nach dem Tod der Patientin oder des Patienten zur Anwendung. Hier ist das Einsichtsrecht auf wenige Personen beschränkt und wird nur dann erteilt, wenn diese besonders schützenswerte Interessen für eine Einsichtnahme in die Patientendokumentation glaubhaft machen können.

Informationsaustausch bei Vor-, Mit- und Nachbehandlung

Art. 40 GesG erlaubt grundsätzlich den Informationsaustausch zwischen den Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, welche bei der Vor-, Mit- und Nachbehandlung einer Patientin oder eines Patienten mitwirken. Diese Bestimmung bildet die Grundlage für funktionierende Behandlungsketten und eine integrierte Gesundheitsversorgung.

Rechte von unheilbar Kranken und Sterbenden

Art. 41 GesG schafft für unheilbar kranke und sterbende Personen ein Recht auf eine angepasste, ganzheitliche Betreuung sowie auf eine grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen. Diese Vorschrift bildet die Ergänzung zu Art. 28 GesG über die Palliative Care. Art. 41 Abs. 2 GesG soll überdies den Angehörigen und Bezugspersonen eine würdevolle Sterbegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen von der verstorbenen Person ermöglichen. Diese Regelung richtet sich primär an die behandelnden Institutionen und Bestattungsorganisationen. Gegenüber Privaten können hingegen keine Ansprüche geltend gemacht werden.

Transplantationen (inkl. Organspende)

Die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen zu Transplantationszwecken ist heute brenesrechtlich geregelt. Dazu gehört auch die Organspende, bei der sich die Stimmbevölkerung im Jahr 2022 für die Widerspruchslösung ausgesprochen hat. Wer nach dem Tod keine Organe und Gewebe spenden möchte, muss dies künftig explizit festhalten. Die neue Regelung ist allerdings noch nicht in

Kraft, da noch Details zur Umsetzung geregelt werden müssen. Bis die neue Regelung in Kraft tritt, gilt weiterhin die erweiterte Zustimmungslösung, bei welcher eine Entnahme von Organen und Geweben nach dem Tod nur dann möglich ist, wenn eine Zustimmung vorliegt.

Obduktion

Die in Art. 43 GesG festgehaltene Bestimmung zur Obduktion entspricht der heutigen Regelung und wird unverändert übernommen.

Ethikkommission

Das Humanforschungsgesetz verpflichtet die Kantone zur Bezeichnung einer Ethikkommission zwecks Begutachtung humanmedizinischer Forschungsprojekte und Beteiligung an einem Informationssystem über die bewilligten Versuche. Art. 44 GesG bildet die entsprechende Ausführungsvorschrift auf kantonaler Ebene. Insbesondere schafft Art. 44 GesG die gesetzliche Grundlage zur Übertragung dieser Aufgabe mittels Leistungsvereinbarung an einen anderen Kanton. Aufgrund einer Verwaltungsvereinbarung aus dem Jahr 2015²³ erfolgt die ethisch-medizinische Begutachtung humanmedizinischer Forschungsprojekte im Kanton Schaffhausen durch die Kantonale Ethikkommission Zürich.

3.5. Heilmittel- und Betäubungsmittelkontrolle (Art. 45 und 46 GesG)

Der Bund regelt die Zulassung, Herstellung, Einfuhr, Abgabe und Marktüberwachung für Arzneimittel und Medizinprodukte einheitlich, um schweizweit gleiche Standards zu gewährleisten. Die Kantone nehmen im Heilmittelbereich primär Vollzugsaufgaben wahr und verfügen nur vereinzelt über die Kompetenz, Ausführungsvorschriften erlassen zu können.

Die Kantone Schaffhausen und Thurgau führen im Sinne von Art. 45 Abs. 2 GesG gemeinsam eine Heilmittelkontrolle zwecks Vollzug der gesetzlichen Bestimmungen über die Heil- und Betäubungsmittel. Als deren Vertreter/-in berät und unterstützt der/die Kantonsapotheke/-in die Behörden in fachlichen Fragen zum Heilmittelwesen. Zu ihren/seinen Aufgaben gehören ausserdem die Aufsicht über den Verkehr mit Heil- und Betäubungsmitteln sowie die Aufsicht über die medizinische Wiederaufbereitung.

²³ Verwaltungsvereinbarung betreffend Übernahme der ethisch-medizinischen Begutachtungen humanmedizinischer Forschungsprojekte zwischen dem Kanton Zürich, vertreten durch die Gesundheitsdirektion und dem Kanton Schaffhausen, vertreten durch den Regierungsrat vom 27. März 2015 (SHR 812.113)

Der Kanton bleibt weiterhin zuständig für die Regelung der Selbstdispensation. Art. 46 GesG entspricht mit geringfügigen Anpassungen der bisherigen Regelung. Aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben werden jedoch zusätzlich Fachleute der Komplementärmedizin mit eidgenössischem Diplom in den Kreis der abgabeberechtigten Personen aufgenommen.

3.6. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Art. 47 und 48 GesG)

Die Epidemiengesetzgebung des Bundes enthält eine weitgehend abschliessende Regelung, sodass auf kantonaler Ebene weder die Möglichkeit noch ein Bedarf zum Erlass zusätzlicher Gesetzesvorschriften bestehen. Das Epidemiengesetz wird derzeit einer umfassenden Revision unterzogen. Damit soll die Kompetenzverteilung auf allen staatlichen Ebenen geklärt und die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen optimiert werden. Insgesamt hat sich das Epidemiengesetz während der COVID-19-Pandemie bewährt. In einigen Bereichen sind jedoch Anpassungen erforderlich, um die Prävention und die Bewältigung künftiger Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit zu verbessern.

Art. 48 GesG enthält eine Bestimmung betreffend Impfungen. Danach fördert das zuständige Departement nach Massgabe von Art. 21 EpG Impfungen, soweit sie im schweizerischen Impfplan enthalten sind. Eine Impfpflicht kann zudem nur eingeführt werden, wenn dies das Bundesrecht vorsieht.

3.7. Gesundheitsförderung und Prävention (Art. 49–55 GesG)

Rolle der Gemeinden

Im Vergleich zu anderen Kantonen werden die Schaffhauser Gemeinden im Bereich der Gesundheitsversorgung kaum in Pflicht genommen. Gegenüber dem bisherigen Gesetz werden sie – mit Ausnahme von Art. 47 Abs. 3 GesG – sogar von der Pflicht entbunden, den Kanton generell bei der Erfüllung der Aufgaben im Gesundheitswesen zu unterstützen. Nur bei der Gesundheitsförderung und der Prävention werden ihnen noch Aufgaben übertragen, da ihnen hier eine wichtige Rolle bei den Aktivitäten vor Ort zukommt. Gesundheitsförderung und Prävention müssen nahe bei der Bevölkerung und damit zusammen mit den Gemeinden stattfinden, um erfolgreich zu sein. Diese Rollenteilung entspricht auch der in Art. 87 Abs. 2 der Verfassung des Kantons Schaffhausen festgehaltenen Regelung, wonach Kanton und Gemeinden die Gesundheitsvorsorge und die Gesundheitserziehung gemeinsam unterstützen.

Gemäss Art. 50 GesG unterstützen die Gemeinden den Kanton bei der Erarbeitung, der Umsetzung und dem Monitoring der Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Darunter fällt zum Beispiel die Überprüfung der Werbe- und Sponsoringverbote oder die Zurverfügungstellung von Räumlichkeiten für Bewegungs- und Turnaktivitäten. Dazu haben die Gemeinden gemäss Art. 50 Abs. 2 GesG eine zuständige Stelle als Ansprechpartner für den Kanton zu bezeichnen und die Zusammenarbeit mit dem Kanton sicherzustellen. Gestützt auf Art. 50 Abs. 3 GesG leisten die Gemeinden sodann Beiträge an die vom Regierungsrat bezeichneten Spezialdienste. Diese sind in Art. 11 des Gesetzes über die öffentliche Sozialhilfe und soziale Einrichtungen (SHEG)²⁴ geregelt und können geschaffen werden, sofern eine Aufgabe nach Bundesrecht in der Zuständigkeit des Kantons liegt, oder eine Leistungserbringung mittels Spezialdienst gegenüber einer kommunalen oder regionalen Lösung als vorteilhafter erscheint. Dies gilt beispielsweise für den gesamten Bereich der Suchtberatung. Ebenso werden Leistungsangebote des Kantons, welche die Voraussetzungen für einen Spezialdienst erfüllen, nach dieser Bestimmung abgerechnet.

Screenings

Art. 51 schafft i. V. m. Art. 49 GesG eine gesetzliche Grundlage für die Unterstützung von Screenings (z. B. Brustkrebs, Darmkrebs).

Schutz vor Missbrauch und Abhängigkeit

In den letzten Jahren sind auf Bundesebene zahlreiche neue Gesetze zum Schutz vor Missbrauch und Abhängigkeit von Betäubungs- und Suchtmitteln erlassen worden. Derzeit laufen diverse Gesetzesrevisionen (z. B. Tabakproduktegesetz²⁵), weshalb es wenig Sinn macht, auf kantonaler Ebene zusätzliche Vorschriften auf Gesetzesstufe zu erlassen; diese würden mutmasslich in absehbarer Zeit durch neu geschaffenes Bundesrecht übersteuert. Der Schutz vor den schädlichen Auswirkungen des Konsums von Betäubungs- und Suchtmitteln richtet sich deshalb gemäss Art. 52 GesG grundsätzlich nach den bundesrechtlichen Vorgaben (inkl. Jugendschutzbestimmungen).

Fonds für Suchtprophylaxe und Gesundheitsförderung

Bereits heute besteht ein Fonds für Suchtprophylaxe und Gesundheitsförderung. Neu werden die Finanzflüsse so geregelt, dass – mit Ausnahme des Verwaltungsaufwands – sämtliche für die Suchtprophylaxe und Gesundheitsförderung

²⁴ Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe und soziale Einrichtungen vom 28. Oktober 2013 (SHEG; SHR 850.100)

²⁵ Bundesgesetz über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten vom 1. Oktober 2021 (Tabakproduktegesetz [TabPG]; SR 818.32)

anfallenden kantonalen Ausgaben über diesen Fonds getätigt werden. Der Fonds speist sich insbesondere aus dem Alkoholzehntel, der Alkoholabgabe gemäss Gastgewerbegegesetz, dem Anteil der kantonalen Spielbankenabgabe, der von Lotterie- und Wettunternehmen zu leistenden Spielsuchtabgabe sowie über diverse zweckgebundene Beiträge Dritter (z. B. Gesundheitsförderung Schweiz, Tabakpräventionsfonds, Swiss Olympic). Sofern diese Mittel nicht ausreichen, kann der Kantonsrat allgemeine Mittel aus dem Staatshaushalt in den Fonds einlegen.

Monitoring zum Gesundheitszustand der Bevölkerung

Der Kanton Schaffhausen befindet sich bei der Erhebung von Gesundheitsdaten gegenüber anderen Kantonen im Rückstand. Die Bestimmung von Art. 55 GesG ist daher notwendig, wobei Erhebungen nur bei ausgewiesenem Bedarf erfolgen sollen.

3.8. Rechtsschutz, Datenbearbeitung und Strafbestimmungen (Art. 56–58 GesG)

Der Rechtsschutz richtet sich nach dem Verwaltungsrechtspflegegesetz²⁶.

Um eine gesetzliche Grundlage zu schaffen und gleichzeitig den Datenschutzbestimmungen Rechnung zu tragen, enthält Art. 57 GesG eine Bestimmung über die Datenbearbeitung und den Datenaustausch.

Bei den Strafbestimmungen gemäss Art. 58 GesG wird die maximale Bussenhöhe gegenüber der bisherigen Regelung erhöht. Schwere oder mehrfache Widerhandlungen können damit angemessen geahndet werden. Gleichzeitig wird die maximale Bussenhöhe durch Art. 58 Abs. 4 und 5 GesG relativiert.

3.9. Übergangs- und Schlussbestimmungen (Art. 59–61 GesG)

Das neue Gesundheitsgesetz hat geringfügige Änderungen des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes sowie des Spitalgesetzes zur Folge.

4. Auswirkungen der Totalrevision des Gesundheitsgesetzes

4.1. Personelle Auswirkungen

²⁶ Gesetz über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen vom 20. September 1971 (Verwaltungsrechtspflegegesetz; SHR 172.200)

Die Totalrevision des Gesundheitsgesetzes hat keine erkennbaren personellen Auswirkungen.

4.2. Finanzielle Auswirkungen

Kanton

Die Totalrevision des Gesundheitsgesetzes hat für den Kanton keine direkten finanziellen Auswirkungen. Zur Sicherung und gezielten Förderung der Gesundheitsversorgung werden jedoch gesetzliche Grundlagen geschaffen, damit der Kanton bei Bedarf Bestrebungen in diese Richtung finanziell unterstützen kann. Für derartige Ausgaben gelten die ordentlichen verfassungsmässigen Finanzkompetenzen. Das neue Gesundheitsgesetz schafft keinen Rechtsanspruch auf derartige Beitragsleistungen.

Die in Art. 28 GesG enthaltene Regelung betreffend Palliative Care hat zur Folge, dass in diesem Bereich Ausgaben über den von der Stimmbevölkerung bewilligten Ausgaben von jährlich 960'000 Franken als «gebundene Ausgaben» abschliessend vom Kantonsrat auf dem Budgetweg bewilligt werden können.

Eine spezielle Regelung betrifft die Förderung der Ausbildungsverpflichtungen für Pflegeberufe gemäss Art. 24 GesG. Zwecks Sicherstellung einer nachhaltigen Versorgung mit Nachwuchskräften in den Pflegeberufen kann der Regierungsrat für Heime, Spitäler und Spitäx-Organisationen, welche mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen, Ausbildungsverpflichtungen festlegen. Er beteiligt sich dafür in Teilen an den ungedeckten Kosten, die bei diesen Einrichtungen anfallen. Bis zum 30. Juni 2032 ist analog zur Ausbildungsoffensive des Bundes das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (EG FAP) in Kraft. Dieses regelt, welche Beiträge an die praktische Ausbildung von Pflegefachpersonen im Sinne von Art. 1 Abs. 2 EG FAP durch den Kanton geleistet werden. Das EG FAP soll mit der vorliegenden Gesetzesrevision nicht übersteuert werden, sodass für den Kanton in diesem Zusammenhang bis zum 30. Juni 2032 keine zusätzlichen Kosten anfallen. Mit Auslaufen des EG FAP ist die Kantonsbeteiligung durch den Regierungsrat neu festzulegen. Sofern vorgängig zum Auslaufen des EG FAP Ausbildungspflichten in Bezug auf weitere Bildungsgänge der Pflege festgelegt werden, kann der Regierungsrat für diese Bildungsgänge die Höhe der Beiträge mit Orientierung an den ungedeckten Kosten für die Ausbildung festlegen. Diese Beiträge werden durch das EG FAP nicht geregelt.

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention werden – mit Ausnahme des Verwaltungsaufwands – sämtliche Einnahmen und Ausgaben über den be-

reits bestehenden Fonds für Gesundheitsförderung und Suchprophylaxe abgewickelt. Damit kann klar nachgewiesen werden, in welchem Ausmass dieser Bereich über den allgemeinen Staatshaushalt finanziert wird.

Gemeinden

Obwohl Art. 87 Abs. 1 und 2 der Verfassung des Kantons Schaffhausen nicht nur den Kanton, sondern auch die Gemeinden dazu verpflichten, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu fördern sowie die Gesundheitsvorsorge und -erziehung zu unterstützen, überträgt das neue Gesundheitsgesetz den Gemeinden nur wenige Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention i. S. v. Art. 50 GesG. Dazu gehört, dass sich die Gemeinden in diesem Bereich an jenen kantonalen Ausgaben beteiligen sollen, welche die Voraussetzungen von Art. 11 SHEG erfüllen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine kantonale Leistungserbringung mittels «Spezialdienst» als vorteilhaft gegenüber einer Lösung auf kommunaler oder regionaler Ebene erscheint. Mit dieser Ausweitung des Anwendungsbereichs von Art. 11 SHEG auf die Gesundheitsförderung und Prävention werden künftig in erster Linie jene Angebote, welche nicht eindeutig dem Sozial- oder dem Gesundheitsbereich zugeordnet werden können, sondern Elemente von beiden Aufgabengebieten enthalten, unter diese Bestimmung fallen.