

Totalrevision des Gesundheitsgesetzes (GesG) und Änderung des Gebührentarifs (GT)

Botschaft und Entwurf des Regierungsrates
an den Kantonsrat von Solothurn
vom, RRB Nr.

Zuständiges Departement

Departement des Innern

Vorberatende Kommission(en)

Sozial- und Gesundheitskommission
Finanzkommission

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	5
1. Ausgangslage.....	7
1.1 Notwendigkeit einer Totalrevision.....	7
1.2 Zielsetzungen der Totalrevision	8
1.3 Grundzüge der Vorlage.....	9
1.3.1 Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens.....	9
1.3.1.1 Bewilligungspflichtige Tätigkeiten.....	9
1.3.1.2 Bewilligungsvoraussetzungen	10
1.3.1.3 Erlöschensgründe.....	10
1.3.1.4 Assistentenbewilligungen	10
1.3.1.5 Notfalldienst.....	11
1.3.2 Einrichtungen des Gesundheitswesens.....	11
1.3.2.1 Bewilligungspflichtige Einrichtungen	11
1.3.2.2 Bewilligungsvoraussetzungen	11
1.3.3 Palliative Care	12
1.3.4 Gesundheitsförderung und Prävention.....	12
1.3.4.1 Erhöhung des Mindestalters für den Verkauf von Tabakwaren	12
1.3.4.2 Schulärztlicher Dienst und Schulzahnpflege	12
1.3.5 Epidemienrecht.....	13
1.3.5.1 Höhere Regelungsdichte des teilrevidierten EpG.....	13
1.3.5.2 Regelung der Datenbearbeitung und -bekanntgabe zwischen den Vollzugsorganen ..	13
1.3.6 Heilmittel und Betäubungsmittel.....	13
1.3.6.1 Aufhebung des kantonalen Heilmittelgesetzes.....	13
1.3.6.2 Zuständigkeiten, Privatapotheken sowie Datenbearbeitung und -bekanntgabe	13
1.3.7 Aufsicht und Verwaltungs- sowie Disziplinarmaßnahmen.....	14
1.3.8 Änderungen des SpiG.....	14
1.3.8.1 Ambulant vor stationär	14
1.3.8.2 Detaillierte Regelung des Spitalplanungsverfahrens	15
1.3.8.3 Regelung der Datenlieferung, -bearbeitung und -veröffentlichung.....	15
1.4 Vernehmlassungsverfahren	15
2. Verhältnis zur Planung	15
3. Auswirkungen.....	15
3.1 Personelle und finanzielle Konsequenzen	15
3.2 Vollzugsmassnahmen	15
3.3 Folgen für die Gemeinden.....	16
3.4 Wirtschaftlichkeit.....	16
4. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen der Vorlage.....	16
4.1 Beschlussesentwurf 1: Gesundheitsgesetz.....	16
4.1.1 Erlassstitel.....	16
4.1.2 Allgemeine Bestimmungen	16
4.1.3 Organisation und Zuständigkeiten.....	17
4.1.4 Berufe des Gesundheitswesens.....	17
4.1.5 Einrichtungen des Gesundheitswesens.....	30
4.1.6 Rechte und Pflichten der Patienten und Patientinnen.....	33
4.1.7 Versorgungssicherheit	37
4.1.8 Gesundheitsförderung und Prävention.....	37
4.1.9 Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen.....	40
4.1.10 Heilmittel und Betäubungsmittel.....	42
4.1.11 Aufsicht und Verwaltungs- und Disziplinarmaßnahmen.....	44
4.1.12 Strafbestimmungen	46

4.1.13	Fremdänderungen	49
4.1.13.1	EG ZGB	49
4.1.13.2	Volksschulgesetz	49
4.1.13.3	Gesetz über die Kantonspolizei	50
4.1.13.4	SpiG	50
4.1.13.5	SG	53
4.1.14	Aufhebungen	55
4.2	Beschlussesentwurf 2: Gebührentarif	55
4.3	Inkrafttreten	57
5.	Rechtliches	57
5.1	Rechtmässigkeit	57
5.2	Zuständigkeit	57
6.	Antrag	57

Beilagen

Beschlussesentwürfe / Synopsen

Kurzfassung

Das Gesundheitsgesetz (GesG) wurde am 27. Januar 1999 erlassen. Die starke Dynamik des Gesundheitsrechts erforderte wiederholte Teilrevisionen des GesG. Letztere haben dessen Lesbarkeit und Systematik merklich beeinträchtigt. Infolge diverser neuer und geänderter Vorschriften des übergeordneten Rechts (z.B. in den Bereichen Gesundheitsberufe, Krebserkrankungen, Epidemienwesen, Heilmittel etc.) besteht aktuell ein ausgewiesener Revisionsbedarf. Da die Les- und Überblickbarkeit des GesG durch die bisherigen Teilrevisionen erheblich beeinträchtigt worden sind, erweist sich die Schaffung eines totalrevidierten GesG mit einer übersichtlichen Strukturierung als zweckmässig und nachhaltig.

Auf wesentliche Änderungen der bewährten Aufgabenbereiche des Kantons und der Gemeinden im öffentlichen Gesundheitswesen wird verzichtet. Es werden auch keine zusätzlichen Kosten der öffentlichen Hand ausgelöst und es ist keine Erhöhung der im Gebührentarif (GT) enthaltenen Gebühren des Gesundheitssektors vorgesehen.

Die Hauptziele der Totalrevision des GesG (Beschlussesentwurf 1) und der Änderung des GT (Beschlussesentwurf 2) sind insbesondere:

- die Anpassung an Vorschriften des übergeordneten Rechts,
- eine übersichtliche Systematik sowie harmonisierte Begrifflichkeiten,
- die gebührende Berücksichtigung des Legalitätsprinzips und des Datenschutzes,
- die Behebung der im Rahmen des Gesetzesvollzugs erkannten Regelungsdefizite,
- soweit möglich, die Reduktion der Regelungsdichte (Aufhebung von zwei Gesetzen).

Inhaltlicher Schwerpunkt der Gesetzesvorlage bilden verschiedene Neuerungen im Bewilligungswesen. Der Kreis der bewilligungspflichtigen Tätigkeiten soll inskünftig durch Verweise auf das übergeordnete Recht definiert werden. Ferner benötigen Gesundheitsfachpersonen mit einer Tätigkeit in einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung und erheblichen fachlichen Autonomiebereichen neu eine Berufsausübungsbewilligung (z.B. Pflegedienstleiterinnen und -leiter oder Chefärztinnen und -ärzte in einem öffentlichen Spital). Zudem ist für Praxisassistenzen gemäss Medizinalberufegesetz (MedBG) oder Psychologieberufegesetz (PsyG) neu eine Assistentenbewilligung einzuholen. Überdies sollen die innerhalb des GesG und im kantonalen Heilmittelgesetz verstreuten Vorschriften über die bewilligungspflichtigen Einrichtungen in einem eigenen Abschnitt umfassend geregelt werden. Insbesondere werden öffentliche Spitäler neu der Bewilligungspflicht unterstellt.

Weitere, zentrale Neuerungen betreffen namentlich die folgenden Sachbereiche:

- moderne Regelung der „Palliative Care“,
- höheres Mindestalter für den Verkauf von Tabakwaren (18 Jahre),
- Regelung der Grundzüge des schulärztlichen Dienstes und der Schulzahnpflege im Gesetz und der Details in einer Verordnung (Aufhebung Gesetz über die Schulzahnpflege),
- Regelung der Grundzüge des Heilmittel- und Betäubungswesens im Gesetz und der Details in einer Verordnung (Aufhebung kantonales Heilmittelgesetz),
- optimierte Regelung der Aufsicht und der Verwaltungs- und Disziplinarmaßnahmen,
- Verankerung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ in der Spitalgesetzgebung.

Das totalrevidierte GesG und der geänderte GT sollen voraussichtlich, koordiniert mit dem zugehörigen Verordnungsrecht, per 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen nachfolgend Botschaft und Entwurf über die Totalrevision des Gesundheitsgesetzes (GesG) und die Änderung des Gebührentarifs (GT).

1. Ausgangslage

1.1 Notwendigkeit einer Totalrevision

Das Gesundheitsgesetz vom 27. Januar 1999 (GesG; BGS 811.11) trat am 1. Januar 2000 in Kraft und ist mittlerweile über 18 Jahre alt. Der betreffende Erlass hat sich über diese ausgedehnte Zeitspanne hinweg überaus bewährt. Der Bereich des Gesundheitsrechts ist durch eine starke Dynamik und stetige, sich in einem konstanten Fluss befindende Entwicklungen geprägt. Aufgrund dessen wurde das GesG im Rahmen von diversen Teilrevisionen jeweils punktuell an die Bedürfnisse der Praxis und an bundesrechtliche oder interkantonale Vorschriften angepasst. Die diversen Teilrevisionen und die verschiedenen Einschübe von Paragraphen haben die Lesbarkeit und die Gesetzssystematik des GesG merklich beeinträchtigt. Es wurden bisher namentlich folgende Anpassungen vorgenommen:

- Änderung vom 23. August 2005: Berücksichtigung des neuen Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11),
- Änderung vom 26. November 2006: Einführung einer Regelung betreffend die Tabakprävention und Erlass von Vollzugsvorschriften zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 8. Oktober 2004 (Transplantationsgesetz; SR 810.21),
- Änderung vom 9. November 2011: Einführung von Vorschriften betreffend Krebsregistrierung, Versorgungssicherheit, visuelle Überwachung und Disziplinar massnahmen, Anpassung der Straftatbestände und Berücksichtigung des neuen Bundesgesetzes über die Psychologieberufe vom 18. März 2011 (Psychologieberufegesetz, PsyG; SR 935.81),
- Änderung vom 25. Januar 2012: Anpassungen an das neue Erwachsenenschutz-, Personen- und Kindesrechts des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210) in den Bereichen Melderechte und -pflichten, Patientenrechte und Zwangsmassnahmen,
- Änderung vom 29. August 2012: Erlass detaillierterer Bestimmungen betreffend den Notfalldienst (z.B. Höhe der Ersatzabgabe),
- Änderung vom 10. Dezember 2013: Verabschiedung von umfassenden Vorschriften zur Ethikkommission gemäss dem Bundesgesetz über die Forschung am Menschen vom 30. September 2011 (Humanforschungsgesetz, HFG; SR 810.30).

Aktuell sind aufgrund diverser Neuerungen und Änderungen auf Stufe Bund sowie auf interkantonaler Ebene erneut zahlreiche Gesetzesanpassungen notwendig. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Rechtsgrundlagen:

- neues Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe vom 30. September 2016 (Gesundheitsberufegesetz, GesBG; BBl 2016 7599) mit Fremdänderungen des MedBG, des PsyG und des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10): Inkrafttreten voraussichtlich per 1. Januar 2020,
- neues Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier vom 19. Juni 2015 (EPDG; SR 816.1): in Kraft getreten per 15. April 2017,

- neues Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen vom 18. März 2016 (Krebsregistrierungsgesetz, KRG; BBl 2016 1939): gestaffeltes Inkrafttreten per 1. Januar 2018 und 1. Januar 2019,
- totalrevidiertes Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012 (Epidemiengesetz, EpG; SR 818.101): in Kraft getreten per 1. Januar 2016,
- teilrevidiertes MedBG: gestaffeltes Inkrafttreten: der erste Teil trat per 1. Januar 2016 in Kraft, Inkrafttreten des zweiten Teils per 1. Januar 2018,
- teilrevidiertes Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21): Inkrafttreten voraussichtlich per Ende 2017,
- teilrevidiertes Transplantationsgesetz: in Kraft getreten per 1. Januar 2017,
- teilrevidiertes Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung vom 18. Dezember 1998 (Fortpflanzungsmedizinengesetz, FMedG; SR 810.11): Inkrafttreten voraussichtlich per 1. September 2017,
- teilrevidierte Interkantonale Vereinbarung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen vom 18. Februar 1993 (IKV; BGS 411.251): in Kraft getreten per 1. November 2015.

Obwohl das GesG in der Vergangenheit wiederholt Teilrevisionen unterzogen worden ist, drängt sich – insbesondere aus Gründen der Lesbarkeit und der Gesetzssystematik – eine Totalrevision auf. Eine erneute Teilrevision erheblichen Umfangs würde die Les- und Überblickbarkeit des GesG noch weiter beeinträchtigen. Das neue Regelwerk ist im Interesse der Nachhaltigkeit und der Adressatengerechtigkeit zeitgemäss auszugestalten und übersichtlich zu strukturieren. Es soll sowohl für die Bevölkerung als auch für die Vollzugsbehörden einen erheblichen Mehrwert schaffen.

Die vorliegende Gesetzesvorlage beinhaltet folgende Beschlussesentwürfe:

- Beschlussesentwurf 1: Totalrevision des GesG;
- Beschlussesentwurf 2: Änderung des Gebührentarifs vom 8. März 2016 (GT; BGS 615.11).

1.2 Zielsetzungen der Totalrevision

Mit der vorliegenden Totalrevision des GesG erfolgen keine wesentlichen Änderungen der Zuständigkeiten von Kanton und Gemeinden im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens. Es werden auch keine zusätzlichen Kosten der öffentlichen Hand ausgelöst. Des Weiteren sind keine Erhöhungen der Gebühren im Gesundheitssektor geplant. Die politische Tragweite der vorgesehenen Änderungen ist folglich überschaubar.

Die primären Ziele der Totalrevision stellen insbesondere die formelle und inhaltliche Angleichung an die bundesrechtlichen und interkantonalen Vorschriften, eine übersichtliche Gesetzssystematik, die Modernisierung und Harmonisierung von Begriffen sowie die gebührende Berücksichtigung des Legalitätsprinzips (z.B. Delegation von Rechtssetzungskompetenzen) und des Datenschutzes (z.B. Epidemien- sowie Heilmittel- und Betäubungsmittelrecht) dar. Ferner werden im Rahmen des Gesetzesvollzugs erkannte Regelungsdefizite behoben. Die Grundstrukturen des gegenwärtigen GesG sollen im Vorentwurf ablesbar bleiben. Die Anpassungen im Gebührenrecht bezwecken primär die Harmonisierung mit den im totalrevidierten GesG verwendeten Begrifflichkeiten, die Optimierung der Systematik sowie die Ergänzung von bislang fehlenden oder neu notwendig werdenden Gebührentatbeständen (z.B. Ausstellung von Leichenpässen, Umgang mit Patientendokumentationen bei Berufsaufgabe oder im Todesfall etc.).

Die Regelungsdichte der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung soll möglichst reduziert oder zumindest nicht erhöht werden. Lediglich die grundlegenden Bestimmungen sind auf Gesetzes-ebene zu regeln. Vorschriften mit untergeordnetem oder überwiegend technischem Charakter sind auf Verordnungsebene anzusiedeln. Zudem sollen bundesrechtliche oder interkantonale Vorschriften im kantonalen Recht nicht ohne Not (z.B. für ein besseres Verständnis) wiederholt werden. Mit der vorliegenden Totalrevision wird – entsprechend den Grundsätzen des Gesetzes über die wirkungsorientierte Verwaltungsführung vom 3. September 2003 (WoV-G; BGS 115.1) – ein wesentlicher Beitrag an die Verschlankung der kantonalen Gesetzgebung geleistet. Der Vor-entwurf für ein totalrevidiertes GesG weist – trotz stetig steigender Komplexität und zunehmender Regelungsdichte im Bereich des Gesundheitswesens – einen Paragraphen weniger auf als das gegenwärtige GesG. Ferner sollen im Rahmen der vorliegenden Totalrevision das Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 10. September 2003 (Heilmittelgesetz; BGS 813.111) sowie das Gesetz über die Schulzahnpflege vom 29. Oktober 1944 (BGS 815.131) aufgehoben werden. Die in diesen beiden Erlassen geregelten Grundsatzbestimmungen werden neu im totalrevidierten GesG geregelt. Die untergeordneten, technischen Vorschriften sollen hingegen auf Verordnungsebene normiert werden. Die Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1999 (GesV; BGS 811.12) enthält gegenwärtig noch 86 Paragraphen. Es zeichnet sich ab, dass die totalrevidierte GesV inskünftig noch rund 30 Paragraphen beinhalten wird.

Anlässlich der Totalrevision werden zudem diverse weitere Gesetze und Erlasse, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsgesetzgebung stehen, angepasst. Es sind dies insbesondere:

- Gesetz über die Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 4. April 1954 (EG ZGB; BGS 211.1),
- Volksschulgesetz vom 14. September 1969 (BGS 413.111),
- Gesetz über die Kantonspolizei vom 23. September 1990 (BGS 511.11),
- Spitalgesetz vom 12. Mai 2004 (SpiG; BGS 817.11),
- Sozialgesetz vom 31. Januar 2007 (SG; BGS 831.1).

Es ist geplant, dass das totalrevidierte GesG – koordiniert mit dem zugehörigen Verordnungsrecht – per 1. Januar 2019 in Kraft treten wird.

1.3 Grundzüge der Vorlage

1.3.1 Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens

1.3.1.1 Bewilligungspflichtige Tätigkeiten

Hinsichtlich der Bewilligungspflicht soll neu nicht mehr auf die einzelnen gesundheitsbezogenen Verrichtungen abgestellt werden. Zudem ist auf eine namentliche Aufzählung der bewilligungspflichtigen Tätigkeiten im GesG und in der GesV zu verzichten. Aufgrund der fließenden Entwicklungen im Bereich des Gesundheitswesens entstehen regelmässig neue Berufsbilder, die anschliessend der Bewilligungspflicht unterstellt werden. Zwecks Wahrung der erforderlichen Flexibilität soll daher neu auf die einschlägigen Bundesgesetzgebungen (MedBG, PsyG, GesBG, KVG), interkantonalen Vereinbarungen (IVK) sowie – im Sinne einer Auffangbestimmung – auf weitere bundesrechtliche oder interkantonale Vorschriften oder Register sowie auf eidgenössische Anerkennungen verwiesen werden (§ 8). Dadurch lassen sich sämtliche bewilligungspflichtigen Tätigkeiten mit international, gesamtschweizerisch oder interkantonale anerkannten Diplomen erfassen. Die übrigen Tätigkeiten sind dem Departement des Innern, wie bisher, lediglich zu melden und unterstehen dessen Aufsicht (§ 10).

Das neue GesBG enthält für die Berufsbilder Pflegefachfrau und Pflegefachmann, Physiotherapeutin und -therapeut, Ergotherapeutin und -therapeut, Hebamme, Ernährungsberaterin und

-berater, Optometristin und Optometrist sowie Osteopathin und Osteopath insbesondere Vorschriften betreffend Bewilligungspflicht, -voraussetzungen und -entzug sowie Berufspflichten und Disziplinarrecht. Mit dem Inkrafttreten des GesBG per 1. Januar 2020 wird für alle Tätigkeiten gemäss MedBG (z.B. Ärztinnen und Ärzte), PsyG (Psychologinnen und Psychologen) und GesBG die Berufsausübung „in eigener fachlicher Verantwortung“ der Bewilligungspflicht unterstellt. Von dieser Formulierung werden sämtliche in privaten und neu auch öffentlich-rechtlichen Einrichtungen (z.B. öffentliche Spitäler) tätigen Personen erfasst, die nicht unter der Aufsicht einer oder eines Angehörigen der gleichen Berufsgattung stehen. Diese Terminologie soll – im Interesse der Einheitlichkeit und der Rechtsgleichheit – in das kantonale Recht übernommen werden und ebenfalls für die nicht dem MedBG, PsyG oder GesBG unterstehenden Gesundheitsfachpersonen Geltung beanspruchen (vgl. § 8 Abs. 1). Mit Bewilligung des Departements des Innern soll es Inhaberinnen und Inhabern einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung künftig zudem erlaubt sein, Zweigpraxen zu führen. Sie sind jedoch zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet (§ 8 Abs. 3).

1.3.1.2 Bewilligungsvoraussetzungen

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung orientiert sich die Formulierung der Bewilligungsvoraussetzungen an denjenigen des MedBG, PsyG und GesBG (§ 11 Abs. 2). Inhaberinnen und Inhaber von Berufsausübungsbewilligungen müssen die in den jeweiligen Spezialgesetzen vorgeschriebenen fachlichen Voraussetzungen erfüllen (Bst. a), vertrauenswürdig sein sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten (Bst. b) und neu generell die deutsche Sprache beherrschen (Bst. c [Niveau B gemäss europäischem Referenzrahmen für Sprachen]). Das Vorliegen ausreichender Sprachkenntnisse erweist sich für die Ausübung einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens als unabdingbar.

1.3.1.3 Erlöschensgründe

Die Gründe für das Erlöschen von Berufsausübungsbewilligungen werden in Nachachtung des Legalitätsprinzips neu von der GesV in das GesG überführt (§ 13). Inskünftig soll eine Bewilligung mit der Vollendung des 70. Altersjahres erlöschen, sofern der Inhaber oder die Inhaberin der Bewilligung keinen ärztlichen Nachweis betreffend die weiterhin mögliche, fachgerechte Berufsausübung zu erbringen vermag (§ 13 Abs. 1 Bst. g). Diese Regelung steht aufgrund des öffentlichen Interesses an einer hochstehenden Gesundheitsversorgung sowie am Schutz der Patientinnen und Patienten mit der Wirtschaftsfreiheit der Berufsausübenden (Art. 27 Bundesverfassung vom 18. April 1999 [BV; SR 101]) im Einklang. Analoge Vorschriften existieren zudem in zahlreichen anderen Kantonen.

1.3.1.4 Assistentenbewilligungen

Bislang war die Anstellung von unter der fachlichen Aufsicht der Inhaberinnen und Inhaber von Berufsausübungsbewilligung stehenden Assistenzen (sog. Praxisassistenten) – im Rahmen der vorgegebenen, maximalen Anzahl der möglichen Anstellungen und Stellenprozente – für alle Tätigkeiten im Gesundheitsbereich bewilligungsfrei zulässig (§ 15 Abs. 3 GesG sowie § 16 Abs. 3 GesV). Neu soll für Assistenzen mit einer Tätigkeit gemäss MedBG und PsyG jeweils eine Assistentenbewilligung beantragt werden (§ 15 Abs. 3).

Die Beurteilung der fachlichen Kompetenz der Assistenzen ist inskünftig nicht mehr gänzlich den anstellenden Bewilligungsinhaberinnen und -inhabern anheim zu stellen. Diese Neuregelung rechtfertigt sich im Hinblick auf die umfassenden Kompetenzbereiche der betreffenden Assistentinnen und Assistenten mit universitären Medizinalberufen und Psychologieberufen bereits aus Gründen des Patientenschutzes. Ferner haben die für die Organisation des Notfalldienstes zuständigen Berufsverbände, die Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAeSO) sowie die Zahnärztegesellschaft des Kantons Solothurn (SSO-Solothurn), ange-regt, im GesG für Tätigkeiten gemäss MedBG inskünftig eine Pflicht zur Beantragung von Assis-

tentenbewilligungen vorzusehen. Sie begründen dies im Wesentlichen damit, dass sie gegenwärtig keinen zuverlässigen Überblick über die im Kanton Solothurn angestellten Assistentinnen und Assistenten haben. Dies sei für die Erstellung der Notfalldienstpläne aber unerlässlich. Für alle nicht durch das MedBG oder das PsyG erfassten Tätigkeiten soll die Anstellung von Assistenten aber weiterhin bewilligungsfrei zulässig sein (§ 15 Abs. 4).

1.3.1.5 Notfalldienst

Neu werden Tierärztinnen und -ärzte der Notfalldienstpflicht unterstellt. Dies wird auch in zahlreichen anderen Kantonen so gehandhabt. Tierärztinnen und -ärzte sind bereits gemäss Art. 40 Bst. g MedBG nach Massgabe des kantonalen Rechts zur Mitwirkung in Notfalldiensten verpflichtet. Die Einzelheiten der kantonalen Notfalldienstorganisation werden zudem detaillierter geregelt. So wird neu ausdrücklich festgehalten, dass die kantonalen Berufsorganisationen der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte sowie Tierärztinnen und -ärzte eine zweckmässige Notfalldienstorganisation zu gewährleisten haben. Hierfür erlassen sie ein Notfalldienstreglement, das vom Regierungsrat in einer Verordnung als verbindlich zu erklären und in der kantonalen Gesetzessammlung (BGS) zu veröffentlichen ist. Für die Erfüllung ihrer Aufgaben können die Berufsorganisationen die hierfür notwendigen Personendaten erheben. Zudem wird ihnen die Möglichkeit eingeräumt, bei Unstimmigkeiten hinsichtlich der Notfalldienst- oder Ersatzabgabepflicht eine medizinische Gutachterstelle mit den gesundheitlichen Abklärungen zu beauftragen. Der aktuelle Gebührenrahmen für die Erhebung von Ersatzabgaben bleibt unangetastet (vgl. § 20 Abs. 2).

1.3.2 Einrichtungen des Gesundheitswesens

1.3.2.1 Bewilligungspflichtige Einrichtungen

Gegenwärtig sind die Vorschriften betreffend die bewilligungspflichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens im GesG und im kantonalen Heilmittelgesetz verstreut (§ 48 und § 57 GesG und §§ 7 ff. Heilmittelgesetz). Neu sollen die bewilligungspflichtigen Einrichtungen in einem zentralen Paragraphen des GesG aufgeführt werden, wobei die betreffende Aufzählung nicht abschliessend ist (§ 21 Abs. 1).

Im Gegensatz zum geltenden Recht werden ausdrücklich auch öffentliche Spitäler als bewilligungspflichtig erklärt (Bst. a). Dies wird ebenfalls von der Grossmehrheit der übrigen Kantone so geregelt. Unter die Bewilligungspflicht sollen neu zudem Tages- und Nachtkliniken für pflege- und betreuungsbedürftige Personen gestellt werden (Bst. b). Ferner sind Einrichtungen gemäss KVG, FMedG und HMG sowie gemäss weiteren einschlägigen bundesrechtlichen Vorschriften bewilligungspflichtig (Bst. c und d). Die Erteilung von Betriebsbewilligungen für soziale Einrichtungen, wie namentlich Pflegeheime und Spitex-Organisationen, richtet sich hingegen nach der Sozialgesetzgebung (§ 21 Abs. 3). Betriebsbewilligungen für Krankentransport- und Rettungsunternehmen sollen im Interesse einer koordinierten und effizienten Einsatzplanung künftig lediglich beim Vorliegen eines entsprechenden Versorgungsbedarfs erteilt werden (§ 21 Abs. 2). Dies lässt sich mit den Grundsätzen zur Wirtschaftsfreiheit vereinbaren und wird auch in anderen Kantonen so gehandhabt.

1.3.2.2 Bewilligungsvoraussetzungen

Aktuell werden die Bewilligungsvoraussetzungen für private Spitäler in § 48 Abs. 1 GesG und jene für die übrigen bewilligungspflichtigen Einrichtungen in § 57 Abs. 2 GesG in relativ rudimentärer Weise geregelt. Detailliertere Vorgaben finden sich dahingegen in § 78 Abs. 2 GesV betreffend die einzureichenden Gesuchsunterlagen. Neu sollen die Bewilligungsvoraussetzungen in genereller Weise für sämtliche Einrichtungen des Gesundheitswesens geregelt werden. Diese basieren zu weiten Teilen auf den Vorgaben des aktuellen GesG sowie den Kriterien gemäss KVG für die Zulassung als Leistungserbringer (Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG und Art. 51 ff.

Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 [KVV; SR 832.102]). Die Bewilligungsvoraussetzungen gemäss Art. 22 sind inskünftig auch für soziale Einrichtungen, wie Pflegeheime und Spitex-Organisationen, die gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung zur Gruppe der Leistungserbringer zählen und ihre Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenkasse (OKP) erbringen können, als sinngemäss anwendbar zu erklären (vgl. § 22 Abs. 1 Bst. f Vorentwurf SG). Dadurch wird eine weitgehende Gleichbehandlung sämtlicher Leistungserbringer gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung hinsichtlich der zu erfüllenden Bewilligungsvoraussetzungen gewährleistet.

1.3.3 Palliative Care

§ 40 GesG thematisiert den Aspekt „Palliative Care“ unter der Überschrift „Sterben“ und sieht ein Recht der Patientinnen und Patienten auf ein „menschenwürdiges Sterben“ vor. Diese Formulierung entspricht nicht mehr den heutigen Erkenntnissen und Bedürfnissen und ist folglich, im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes, anzupassen. Unheilbar kranke und sterbende Menschen sollen ein Anrecht auf eine angepasste, ganzheitliche Betreuung sowie auf eine grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen gemäss den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung haben (§ 27 Abs. 3).

1.3.4 Gesundheitsförderung und Prävention

1.3.4.1 Erhöhung des Mindestalters für den Verkauf von Tabakwaren

Der von der Bundesversammlung an den Bundesrat zur Überarbeitung zurückgewiesene Entwurf für ein neues Bundesgesetz über Tabakprodukte (TabPG; BBl 2015 9471) sieht ein Verbot zur Abgabe von Tabakprodukten an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren vor (vgl. Art. 19 TabPG). Diese Bestimmung war in der Bundesversammlung – im Gegensatz zu den Vorschriften betreffend Sponsoring- und Werbeeinschränkungen – gänzlich unbestritten und wird somit im überarbeiteten TabPG unverändert übernommen werden. Im Kanton Solothurn ist gegenwärtig die Abgabe von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahre untersagt (§ 6^{bis} Abs. 1 GesG). Zwecks Gewährleistung der Bundesrechtskonformität nach erfolgtem Inkrafttreten des TabG ist das Mindestalter auf 18 Jahre zu erhöhen (§ 45 Abs. 1).

1.3.4.2 Schulärztlicher Dienst und Schulzahnpflege

Aktuell sind § 9 GesG, § 16 des Volksschulgesetzes sowie das Gesetz über die Schulzahnpflege für diese Bereiche die einschlägigen Rechtsgrundlagen. Im Rahmen der vorliegenden Totalrevision soll das Gesetz über die Schulzahnpflege aufgehoben werden. Die wesentlichen Grundsätze betreffend den schulärztlichen Dienst und die Schulzahnpflege werden neu etwas ausführlicher im GesG geregelt (§ 48). Es erfolgen lediglich untergeordnete inhaltliche Neuerungen. Neu sollen die Erziehungsberechtigten wählen können, ob die zahnärztliche Untersuchung ihrer Kinder durch die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt oder aber – auf eigene Kosten – durch eine andere Zahnärztin oder einen anderen Zahnarzt durchgeführt werden soll (§ 48 Abs. 4). Die Einzelheiten können vom Regierungsrat in einer Verordnung über den schulärztlichen Dienst und die Schulzahnpflege normiert werden (§ 48 Abs. 5). Die Kompetenz der Gemeinden zur Regelung des schulärztlichen Dienstes entfällt zu weiten Teilen. An der gegenwärtigen Kostenverteilung zwischen den Gemeinwesen und den Erziehungsberechtigten soll nichts geändert werden. Des Weiteren sind vereinzelte Anpassungen im Volksschulgesetz erforderlich (vgl. §§ 16 f. Vorentwurf Volksschulgesetz).

1.3.5 Epidemienrecht

1.3.5.1 Höhere Regelungsdichte des teilrevidierten EpG

Das teilrevidierte EpG enthält neu wesentlich detailliertere Vorschriften als bisher. Deshalb sind die Bestimmungen des GesG betreffend Zwangsmassnahmen, Kosten und Entschädigungsregelungen zu streichen (§§ 60 f. GesG). Die Ausführungsbestimmungen zum Epidemienrecht, die nicht zwingend auf Gesetzesstufe zu regeln sind, kann der Regierungsrat, wie bisher, auf dem Verordnungswege erlassen. Die betreffenden Regelungsbereiche werden in nicht abschliessender Weise aufgezählt (§ 52).

1.3.5.2 Regelung der Datenbearbeitung und -bekanntgabe zwischen den Vollzugsorganen

Die Vorschriften des EpG betreffend die Bearbeitung und Bekanntgabe von Personen- und Gesundheitsdaten durch die Vollzugsbehörden sind auf die gemäss der kantonalen Gesetzgebung mit dem Vollzug des Epidemienrechts betrauten Stellen nicht vollumfänglich anwendbar (vgl. Art. 59 f. EpG). Ferner sind die kantonalen Behörden gemäss EpG lediglich berechtigt, Personen- und Gesundheitsdaten den mit der Behandlung übertragbarer Krankheiten beauftragten Ärztinnen und Ärzten sowie den kantonalen Behörden mit Aufgaben im Bereich des Epidemienwesens bekannt zu geben (Art. 57 Abs. 3 EpG). Hingegen existiert keine bundesrechtliche Regelung betreffend den Datenaustausch zwischen den kantonalen Vollzugsbehörden und Einrichtungen mit einem erhöhten Expositions- oder Übertragungsrisiko (z.B. Schulen, Kindertagesstätten etc.). Das EpG enthält ferner keine Vorschrift, welche die kantonalen Vollzugsbehörden ermächtigt, die Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber bzw. die Verantwortlichen einer Person, welcher die Ausübung ihres Berufs oder einer anderen Tätigkeit aufgrund einer ansteckbaren Krankheit ganz oder teilweise untersagt worden ist, diesbezüglich zu informieren. Diese Regelungslücken sollen mit § 51 geschlossen werden.

1.3.6 Heilmittel und Betäubungsmittel

1.3.6.1 Aufhebung des kantonalen Heilmittelgesetzes

Das kantonale Heilmittelgesetz soll aufgehoben werden. Die zwingend auf Gesetzesstufe zu regelnden Vorschriften im Heil- und Betäubungsmittelbereich (Zuständigkeiten, Privatapotheken sowie Datenbearbeitung und -bekanntgabe) werden neu in den §§ 53-58 vorgesehen. Der Regierungsrat wird ausdrücklich ermächtigt, die erforderlichen Ausführungsbestimmungen mit einem ausgeprägten technischen Charakter in einer Verordnung zu regeln. Die zentralen Punkte werden in nicht abschliessender Weise aufgelistet (§ 58 Abs. 1).

1.3.6.2 Zuständigkeiten, Privatapotheken sowie Datenbearbeitung und -bekanntgabe

Die im kantonalen Heilmittelgesetz vorgesehenen Zuständigkeiten haben sich bewährt und erfahren folglich keine Änderungen. Wie bis anhin, ist das Departement des Innern für den Vollzug des Heil- und Betäubungsmittelwesens zuständig (§ 53). Die gegenwärtigen Regelungen betreffend die ärztlichen, zahnärztlichen und tierärztlichen Privatapotheken bzw. die Berechtigung zur Selbstdispensation sowie betreffend die Spitalapotheken werden ebenfalls beibehalten. Die Führung einer Heimapotheke soll neu ausdrücklich der Bewilligungspflicht unterstellt werden. Sofern Arzneimittel hingegen ausschliesslich für bestimmte Patientinnen und Patienten beschafft, verwaltet oder durch eine Pflegefachperson abgegeben werden, benötigen die betreffenden Spitäler und Heime keine Bewilligung. Damit wird eine differenzierte, den Grundsätzen der Verhältnismässigkeit Rechnung tragende Bestimmung geschaffen (§§ 54 ff.). Um Missbräuche mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen sowie mit gefälschten oder mehrfach beschafften Rezepten für Arzneimitteln besser verhindern zu können, sollen die für ärztliche und pharmazeutische Belange zuständigen Stellen des Departements des Innern zudem inskünftig über die Möglichkeit verfügen, mit Apothekerinnen und Apothekern sowie mit

Ärztinnen und Ärzten die hierfür notwendigen Personen- und Gesundheitsdaten auszutauschen (§ 57).

1.3.7 Aufsicht und Verwaltungs- sowie Disziplinar massnahmen

Die Regelungen zur Aufsicht sowie zu den Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen sind aktuell sowohl innerhalb des GesG als auch im kantonalen Heilmittelgesetz verstreut und überdies unvollständig. Zwecks Förderung der Übersichtlichkeit soll den betreffenden Vorschriften künftig ein eigenes Kapitel gewidmet werden.

Die unterschiedlichen Aufsichtsbefugnisse des Departements des Innern, wie z.B. das Betreten von Räumlichkeiten und die provisorische Beschlagnahmung, werden inskünftig ausdrücklich im Gesetzestext genannt (§ 59 Abs. 2). Ferner werden neu exemplarisch die wichtigsten Verwaltungssanktionen (z.B. Beschlagnahmung, amtliche Verwahrung oder Vernichtung von Gegenständen, Schliessung von Betrieben) angeführt (§ 60 Abs. 2). Das kantonale Disziplinarrecht soll in Zukunft für folgende Personen und Einrichtungen Geltung beanspruchen:

- alle unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht einer Inhaberin oder eines Inhabers einer Berufsausübung ausgeübten Tätigkeiten gemäss MedBG, PsyG und GesBG (wie bisher),
- alle in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübten, bewilligungspflichtigen Tätigkeiten, die nicht dem MedBG, dem PsyG oder dem GesBG unterstehen (wie bisher),
- alle unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht einer Inhaberin oder eines Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung ausgeübten Tätigkeiten, die nicht dem MedBG, dem PsyG und dem GesBG unterstehen (wie bisher),
- alle auskunfts- und meldepflichtigen Tätigkeiten (wie bisher),
- alle bewilligungspflichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens mitsamt den sozialen Einrichtungen, die als Leistungserbringer zu Lasten der OKP abrechnen (neu).

1.3.8 Änderungen des SpiG

1.3.8.1 Ambulant vor stationär

Der heute unbestrittene Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird gegenwärtig bereits in der vom Regierungsrat am 22. September 2015 genehmigten Eigentümerstrategie der Solothurner Spitäler AG (soH) festgehalten (RRB Nr. 2015/1516). Gemäss Ansicht der GDK werden aktuell noch zu viele Leistungen stationär, anstatt ambulant erbracht. Dies ist nach deren Auffassung einerseits nicht medizinisch indiziert und andererseits zu teuer. In diesem Bereich existiere ein erhebliches Sparpotenzial. Aufgrund dessen soll dem Departement des Innern die Möglichkeit eingeräumt werden – nach Beurteilung der Wirksamkeit der Pilotprojekte der Kantone LU, VS, ZG und ZH sowie entsprechend dem Verlauf des geplanten Revisionsvorhabens des Bundes betreffend „ambulant vor stationär“ – einen Katalog für ambulant zu erbringende Leistungen zu erlassen. Nach dem Erlass dieser Liste wird das Departement des Innern den Kantonsanteil für stationäre Leistungen lediglich noch dann bezahlen, wenn eine stationäre Durchführung aus besonderen medizinischen oder sozialen Gründen notwendig ist (§ 5^{quinquies} Abs. 2 Vorentwurf SpiG). Die Einzelheiten soll der Regierungsrat in der Verordnung über die Spitalliste vom 27. September 2011 (SpiVO; BGS 817.116) regeln (§ 5^{quinquies} Abs. 3 Vorentwurf SpiG). Eine einheitliche Lösung auf Bundesebene wäre aber – gegenüber unterschiedlichen, kantonalen Ansätzen – klar zu bevorzugen.

1.3.8.2 Detaillierte Regelung des Spitalplanungsverfahrens

Der Regierungsrat hat per 26. Juni 2017 die Grundlagenberichte zur Spitalplanung Akutsomatik 2012-2025 genehmigt (RRB 2017/1108). Diese thematisieren insbesondere den Spitalplanungsprozess sowie die für die Aufnahme eines Spitals auf die kantonale Spitalliste relevanten Planungskriterien. Anhand dieser aktualisierten Grundlagen sollen einerseits die in § 3^{bis} SpiG angeführten Planungskriterien ergänzt werden (§ 3^{bis} Abs. 1 Vorentwurf SpiG). Andererseits sind die wesentlichen Elemente des Spitalplanungsverfahrens, namentlich die Erarbeitung und Genehmigung des Spitalplanungsberichts, die Veröffentlichung der Spitalliste sowie die periodische Überprüfung der Spitalplanung und der Spitalliste, gesetzlich zu verankern (§ 3 Vorentwurf SpiG).

1.3.8.3 Regelung der Datenlieferung, -bearbeitung und -veröffentlichung

Hinsichtlich der Datenlieferung, -bearbeitung und -veröffentlichung im Zusammenhang mit der Spitalplanung und der Spitalfinanzierung existieren im kantonalen Recht aktuell keine ausdrücklichen gesetzlichen Grundlagen. Solche sind für die Bearbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten aber zwingend erforderlich. Über entsprechende Bestimmungen verfügen auch zahlreiche weitere Kantone. Die vorhandenen Regelungslücken sollen im Rahmen der vorliegenden Totalrevision geschlossen werden (§ 5^{sexies} und § 5^{septies} Vorentwurf SpiG).

1.4 Vernehmlassungsverfahren

2. Verhältnis zur Planung

Die Totalrevision des Gesundheitsgesetzes ist im integrierten Aufgaben- und Finanzplan (IAFP) 2018-2021 enthalten.

3. Auswirkungen

3.1 Personelle und finanzielle Konsequenzen

Die vorliegende Gesetzesvorlage hat keine wesentlichen Änderungen der Zuständigkeiten von Kanton und Gemeinden im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens zur Folge. Es werden auch keine zusätzlichen Kosten der öffentlichen Hand ausgelöst. Einzelne finanzielle Mehrbelastungen des Kantons resultieren hingegen aus neu erlassenen oder geänderten Bundesgesetzen. Hierauf hat der Kanton aber keinen Einfluss. So ist etwa die Führung eines Krebsregisters für die Kantone von Bundesrechts wegen neu obligatorisch. Des Weiteren benötigen Personen mit einer Tätigkeit gemäss MedBG, PsyG und GesBG, die in einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung eine Leitungsfunktion innehaben oder über einen grossen Autonomiegrad verfügen, gestützt auf bundesrechtliche Vorschriften, eine Berufsausübungsbewilligung. Dadurch wird sich der Aufwand des Departements des Innern für das Bewilligungswesen minimal erhöhen.

3.2 Vollzugsmassnahmen

Der Regierungsrat wird zum Erlass von Ausführungsbestimmungen ermächtigt (vgl. § 8 Abs. 2, § 15 Abs. 5, § 18 Abs. 3, § 21 Abs. 4, § 47 Abs. 3, § 48 Abs. 5, § 52, § 58 Abs. 1 und § 66). Es ist insbesondere vorgesehen, eine totalrevidierte GesV, eine neue Verordnung über die Heilmittel und Betäubungsmittel, eine neue Verordnung über den schulärztlichen Dienst und die Schulzahnpflege sowie eine neue Verordnung über den Vollzug der eidgenössischen Epidemiengesetzgebung zu erlassen.

3.3 Folgen für die Gemeinden

Für die Gemeinden resultieren keine personellen oder finanziellen Folgen, da durch die vorliegende Gesetzesvorlage weder neue kommunale Aufgaben vorgesehen noch zusätzliche Kosten zu Lasten der Gemeinden begründet werden.

3.4 Wirtschaftlichkeit

Es werden, wie bereits erwähnt, durch die vorliegende Gesetzesvorlage keine neuen Kosten zu Lasten der öffentlichen Hand ausgelöst. Zudem ist vorgesehen, die Regelungsdichte möglichst zu reduzieren sowie das kantonale Heilmittelgesetz und das Gesetz über die Schulzahnpflege aufzuheben und deren Regelungsgehalte inskünftig schwergewichtig auf die Verordnungsebene zu überführen. Dadurch wird dem Grundgedanken des WoV-G nachgelebt und ein Beitrag an die Verschlankung der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung geleistet. Durch den Verzicht auf allzu detaillierte Vorschriften auf Gesetzesstufe (z.B. Nennung einzelner Gesundheitsberufe) zugunsten von flexiblen Regelungen wird die Häufigkeit von künftigen Gesetzesrevisionen, soweit möglich, angemessen reduziert. Allenfalls notwendig werdende Anpassungen können vor-derhand auf Verordnungsebene erfolgen.

4. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen der Vorlage

4.1 Beschlussesentwurf 1: Gesundheitsgesetz

4.1.1 Erlassstitel

Das Gesundheitsgesetz wird in der Praxis mit „GesG“ abgekürzt, die Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz mit „GesV“. Eine offizielle, ausdrücklich im Erlassstitel angeführte Abkürzung existiert nicht. Im GT wird das Gesundheitsgesetz hingegen mit „GHG“ und die dazugehörige Vollzugsverordnung mit „VVGHG“ abgekürzt. Zwecks Klarstellung betreffend die massgebliche Erlassabkürzung soll im Titel des Gesundheitsgesetzes neu das Kürzel „GesG“ angeführt werden. Die Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz wird inskünftig entsprechend mit „GesV“ abgekürzt.

4.1.2 Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Geltungsbereich

§ 1 widmet dem Geltungsbereich neu einen eigenen Paragraphen. § 1 Abs. 1 GesG wird inhaltlich lediglich dahingehend präzisiert, dass dieser das öffentliche Gesundheitswesen „im Kanton Solothurn“ regelt. § 1 Abs. 2 entspricht, abgesehen von einigen redaktionellen Anpassungen, § 1 Abs. 3 GesG.

§ 2 Zweck

Das GesG enthält aktuell keine eigentliche Zweckbestimmung. Mit § 2 soll ein entsprechender Zweckartikel geschaffen werden. § 2 Abs. 1 erklärt die Erhaltung, die Förderung, den Schutz und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung sowie die Prävention als die übergeordneten Ziele der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung. § 2 Abs. 2 beinhaltet einen Appell an die Bevölkerung zur Wahrnehmung einer angemessenen Eigenverantwortung für ihre Gesundheit. Damit wird auch gleichzeitig die Subsidiarität staatlicher Massnahmen im Gesundheitsbereich angesprochen.

§ 3 Zusammenarbeit

Da der inner- und interkantonalen Zusammenarbeit im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens eine stetig wachsende Bedeutung zukommt, soll § 3 ausdrücklich auf die Zusammenarbeit und deren Wichtigkeit Bezug nehmen. § 3 Abs. 1 entspricht inhaltlich exakt § 1 Abs. 2 GesG. § 3 Abs. 2 nennt – im Sinne einer „Kann-Vorschrift“ – die möglichen Kooperationspartner von Kanton und Gemeinden. Inskünftig soll – entsprechend der neueren kantonalen Praxis im Bereich der Gesetzgebung – lediglich noch von den „Gemeinden“ gesprochen werden. Im Falle einer Auslagerung von bestimmten Aufgaben an Dritte, welche besonders schützenswerte Personendaten bearbeiten, haben der Kanton und die Gemeinden mittels Vorsehung entsprechender vertraglicher Regelungen (z.B. Sicherheitskonzepte, Datenvernichtung nach Vertragsende) die Einhaltung der Datensicherheit zu gewährleisten.

4.1.3 Organisation und Zuständigkeiten

§ 4 Regierungsrat

Wie bisher (vgl. § 2 GesG), obliegt dem Regierungsrat die Aufsicht über das öffentliche Gesundheitswesen.

§ 5 Departement

§ 5 entspricht inhaltlich weitgehend § 3 GesG. Es wurden lediglich redaktionelle Änderungen untergeordneter Natur vorgenommen.

§ 6 Ethikkommission

Die Tätigkeit der Ethikkommission wird gegenwärtig in § 51^{bis} GesG – im Abschnitt zu den Spitälern – geregelt. Die betreffende Bestimmung wird nahezu unverändert in § 6 überführt. Aus systematischen Gründen erweist sich die Ansiedlung dieser Bestimmung im Abschnitt zu den kantonalen Gesundheitsbehörden aber als sachgerechter. Neu werden die Aufgaben der Ethikkommission in § 6 Abs. 1 bereits durch den Verweis auf die einschlägigen Artikel des HFG definiert. Aktuell fehlt eine entsprechende Kompetenzfestlegung im GesG. Ferner wird in § 6 Abs. 2 neu vorgesehen, dass das Departement des Innern, zusammen mit den zuständigen Departementen der übrigen Vereinbarungskantone, ein interkantonales Aufsichtsorgan einsetzt, dessen Mitglieder wählt und die Reglemente über die Organisation, das Verfahren und die Kompetenzen des Aufsichtsorgans genehmigt. In § 51^{bis} Abs. 3 GesG wird hierfür – im Widerspruch zur bereits abgeschlossenen Vereinbarung über die Einsetzung einer gemeinsamen Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz vom 6. September 2013 (Vereinbarung Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz – EKNZ; BGS 813.161) – fälschlicherweise der Regierungsrat als zuständig erklärt.

§ 7 Gemeinderat

§ 7 entspricht in inhaltlicher Hinsicht § 4 GesG.

4.1.4 Berufe des Gesundheitswesens

§ 8 Bewilligungspflicht

Das MedBG spricht gegenwärtig von „selbstständiger Berufsausübung“ (vgl. Art. 34 und Art. 36 Abs. 1 MedBG). Gemäss den am 20. März 2015 von der Bundesversammlung erlassenen – aber erst ab 1. Januar 2018 in Kraft stehenden – Änderungen des MedBG wird demgegenüber von „privatwirtschaftlicher Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“ gesprochen. Dadurch sollen neu sämtliche unselbstständig tätigen bzw. angestellten Medizinalpersonen er-

fasst werden, die in fachlicher Hinsicht eigenständig und ohne ständige Beaufsichtigung arbeiten. Im PsyG wird diese Formulierung bereits aktuell verwendet (vgl. Art. 22 PsyG).

Die vorerwähnte Anpassung wird mittelfristig durch das von der Bundesversammlung per 30. September 2016 beschlossene GesBG, das voraussichtlich per 1. Januar 2020 in Kraft treten wird, bereits wieder hinfällig. Dem MedBG, dem PsyG oder dem GesBG unterstehende Fachpersonen benötigen inskünftig dann eine Berufsausübungsbewilligung, wenn es sich um eine Berufsausübung „in eigener fachlicher Verantwortung“ handelt (vgl. 11 GesBG). Dies bedeutet, dass die betreffende Fachperson nicht unter der Aufsicht einer oder eines Angehörigen der gleichen Berufsgattung steht. Diese Formulierung erfasst überdies neu sowohl den privatwirtschaftlichen als auch den öffentlich-rechtlichen Sektor. In Zukunft sollen ebenfalls angestellte Führungskräfte im öffentlichen Sektor, welche die fachliche Verantwortung für die einwandfreie Berufsausübung der ihnen unterstellten Mitarbeitenden tragen, sowie angestellte Fachkräfte, die ihre Tätigkeit alleine ausüben und keiner fachlichen Aufsicht unterstehen, über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen. Das MedBG und das PsyG sollen ebenfalls in diesem Sinne – mittels Fremdänderungen im GesBG – angepasst werden.

Somit unterstehen inskünftig Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte, Chiropraktorinnen und -praktoren, Apothekerinnen und Apotheker sowie Tierärztinnen und -ärzte (MedBG), Psychotherapeutinnen und -therapeuten (PsyG), Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Ernährungsberaterinnen und -berater, Optometristinnen und Optometristen sowie Osteopathinnen und Osteopathen (GesBG) mit einer Leitungsfunktion bzw. einer selbstständigen Funktion im öffentlichen Dienst mittelfristig ebenfalls der Bewilligungspflicht. Im Sinne der Einheitlichkeit und der Gleichbehandlung sollen – gestützt auf das kantonale Recht – auch jene Gesundheitsfachpersonen von dieser Neuerung erfasst werden, deren Tätigkeiten nicht durch das MedBG, das PsyG oder das GesBG geregelt werden. Ansonsten würden je nach Berufsgattung unterschiedliche Bewilligungsgrundsätze gelten. § 10 Abs. 1 GesG enthält die Wendung „unter eigener fachlicher Verantwortung gegen Entgelt, insbesondere berufsmässig“. Diese Formulierung ist in etwa deckungsgleich mit den künftig geplanten Bundesregelungen. Es sind diesbezüglich somit keine Gesetzesanpassungen notwendig. In der Praxis wird dies jedoch – entgegen dem offenen Wortlaut von § 10 Abs. 1 GesG – anders gehandhabt. Personen im öffentlichen Dienst sowie übrige, in der Privatwirtschaft angestellte Personen mit hoher fachlicher Selbstständigkeit benötigen in der Regel keine Berufsausübungsbewilligung. Lediglich die gesamtverantwortlichen Leitungspersonen bedürfen einer solchen (vgl. § 79^{bis} Abs. 1 GesV).

Die Gesundheitsgesetzgebung stellt aktuell hinsichtlich der Bewilligungspflicht einerseits auf die gesundheitlichen Verrichtungen ab. § 10 Abs. 1 GesG erklärt insbesondere die Feststellung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen oder anderen Störungen der körperlichen oder seelischen Gesundheit (Bst. a), die Ausübung der Geburtshilfe (Bst. b) sowie die Herstellung, Prüfung, Lagerung von Heilmitteln oder deren Abgabe oder Vertrieb im Kleinhandel (Bst. c) als bewilligungspflichtig. Als unter der Bewilligungspflicht stehende Berufe werden gemäss § 10, § 22 und §§ 26 ff. GesG und §§ 24 ff. GesV sodann die Folgenden genannt:

- Medizinalberufe (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte, Tierärztinnen und -ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Chiropraktorinnen und -praktoren),
- Psychologieberufe,
- Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sowie Tierheilpraktikerinnen und Tierheilpraktiker,
- Optometristin und Optometrist,
- Dentalhygienikerin und Dentalhygieniker,
- Drogistin und Drogist,
- Ergotherapeutin und Ergotherapeut,

- Ernährungsberaterin und Ernährungsberater,
- Hebamme und Entbindungspfleger,
- Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker,
- Pflegefachfrau und Pflegefachmann,
- Spezialist und Spezialistin für labormedizinische Analytik,
- Logopädin und Logopäde,
- Medizinische Masseurin und medizinischer Masseur,
- Orthopädistin und Orthopädist,
- Osteopathin und Osteopath,
- Physiotherapeutin und Physiotherapeut,
- Podologin und Podologe,
- Rettungssanitäterin und Rettungssanitäter.

Eine namentliche Aufzählung jener Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens, die eine Berufsausübungsbewilligung benötigen, erweist sich sowohl auf Gesetzes- als auch auf Verordnungsebene als unzweckmässig und unnötig. Da sich die Entwicklungen im Gesundheitssektor – sowohl auf internationaler als auch auf nationaler und interkantonaler Ebene – in einem ununterbrochenen Fluss befinden, resultieren regelmässig Änderungen betreffend die bewilligungspflichtigen Berufe und deren Rechtsgrundlagen. Um diesbezüglich eine optimale Flexibilität zu gewährleisten, soll in der neuen Gesundheitsgesetzgebung inskünftig auf eine namentliche Aufzählung der bewilligungspflichtigen Tätigkeiten verzichtet werden. Ferner ist nicht mehr auf die gesundheitlichen Verrichtungen bzw. die Art der Behandlungen als solche abzustellen. Vielmehr soll die Festlegung der bewilligungspflichtigen Tätigkeiten anhand eines Verweises auf die einschlägigen Bundesgesetzgebungen, interkantonalen Vereinbarungen sowie Register erfolgen. Im Interesse eines adäquaten Vollzugs sollen ausserdem lediglich jene Tätigkeiten der Bewilligungspflicht unterstellt werden, für die auf internationaler, nationaler oder interkantonaler Ebene einheitliche und anerkannte Diplome existieren. Dieses Vorgehen steht im Einklang mit den Empfehlungen der GDK.

Da sich die Tätigkeitsfelder, die fachlichen Voraussetzungen für die Berufsausübung (z.B. Ausbildungendiplome) sowie die Berufspflichten der einzelnen Tätigkeiten hauptsächlich direkt aus dem MedBG, dem PsyG, dem GesBG, der Krankenversicherungsgesetzgebung und aus den im Anhang der IKV angeführten Bildungsgängen ergeben, erweisen sich diesbezügliche kantonale Regelungen als obsolet. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere die §§ 24-66^{ter} der geltenden GesV ersatzlos zu streichen. Dadurch kann ein wesentlicher Beitrag an eine schlanke Gesetzgebung geleistet werden.

Gemäss § 8 sollen folgende Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens der Bewilligungspflicht unterstellt werden:

- Tätigkeiten gemäss MedBG (Bst. a)
Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte, Tierärztinnen und -ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Chiropraktorerinnen und -praktoren benötigen für die selbstständige Berufsausübung eine kantonale Bewilligung (vgl. Art. 34 MedBG). Sobald das GesBG, mit welchem auch das MedBG teilweise geändert wird, in Kraft tritt, untersteht die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung der Bewilligungspflicht.
- Tätigkeiten gemäss PsyG (Bst. b)
Psychotherapeutinnen und -therapeuten bedürfen für die privatwirtschaftliche Ausübung einer kantonalen Bewilligung (vgl. Art. 22 Abs. 1 PsyG). Sobald das GesBG, mit

welchem auch das PsyG teilweise geändert wird, in Kraft tritt, untersteht die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung der Bewilligungspflicht.

- Tätigkeiten gemäss GesBG (Bst. c)

Per 1. Januar 2020 benötigen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Ernährungsberaterinnen und -berater, Optometristinnen und Optometristen sowie Osteopathinnen und Osteopathen, die ihre Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, eine kantonale Bewilligung (Art. 11 GesBG).

- Tätigkeiten gemäss Krankenversicherungsgesetzgebung (Bst. d)

Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Logopädinnen und Logopäden, Ernährungsberaterinnen und -berater sowie Laborleiterinnen und -leiter müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen, damit diese als Leistungserbringer zu Lasten der OKP zugelassen werden (vgl. Art. 38 ff. KVV). Sie müssen einerseits gemäss kantonalem Recht zugelassen sein und andererseits zusätzliche Voraussetzungen, wie etwa gewisse Anforderungen betreffend die Aus- und Weiterbildung sowie die praktische Erfahrung, erfüllen.

Sobald das GesBG in Kraft tritt, richtet sich die Bewilligungspflicht für die darin geregelten Berufe abschliessend nach diesem Erlass. Lediglich für die Laborleiterin und den Laborleiter wird die Krankenversicherungsgesetzgebung diesbezüglich noch weiterhin einschlägig sein. Bis das GesBG in Kraft tritt, ist aber hinsichtlich der Bewilligungspflicht der betreffenden Gesundheitsberufe weiterhin auf die Krankenversicherungsgesetzgebung abzustellen.

Es ist jedoch völkerrechtswidrig, die Bewilligungserteilung weiterhin von einer zweijährigen Berufspraxis nach Abschluss der Ausbildung abhängig zu machen (vgl. § 31 Bst. b [Dentalhygiene], § 36 Bst. b [Ergotherapie], § 37 Bst. b [Ernährungsberatung], § 40 Bst. b [Entbindungspflege], § 43 Bst. b [Hörgeräteakustik], § 46 Bst. b [Pflege], § 50 Bst. b [Logopädie], § 52 Bst. b [Medizinische Massage], § 54 Bst. b [Orthopädie], § 58 Bst. b [Physiotherapie], § 60 Bst. b [Podologie] und § 66^{ter} Bst. b GesV [Rettungssanität]). Die Schweiz hat im Rahmen des Abkommens über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (FZA; SR 0.142.112.681) und des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) vom 4. Januar 1960 (SR 0.632.31) die Richtlinie 2005/36/EG der Europäischen Union (EU) betreffend die Anerkennung von Berufsqualifikationen übernommen. Die betreffende Richtlinie findet auf alle reglementierten Berufe Anwendung und normiert die Anerkennung von Bildungsabschlüssen (automatische Anerkennung und allgemeine Regelung für die Anerkennung mit Einzelfallprüfung). Sofern ein Abschluss anerkannt wird, ist dessen Inhaberin oder Inhaber unter denselben Voraussetzungen wie Inländerinnen und Inländer zur Berufsausübung ermächtigt. Folglich darf der Aufnahmestaat bei den der automatischen Anerkennung unterstehenden Abschlüssen keine zusätzlichen Ausbildungen, Praktika oder Berufserfahrung verlangen. Die Zulassung als Leistungserbringer zu Lasten der OKP darf jedoch weiterhin von einer zweijährigen Berufspraxis unter Aufsicht abhängig gemacht werden. Die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung ist somit strikte von der Zulassung als Leistungserbringer zu Lasten der OKP zu trennen.

- Tätigkeiten gemäss Anhang der IKV (Bst. e)

Die betreffende Vereinbarung listet in deren Anhang sämtliche Ausbildungsabschlüsse für Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens auf, die von den Konkordatskantonen anerkannt worden sind. Dabei handelt es sich um die folgenden Ausbildungsabschlüsse:

- Augenoptikerin und Augenoptiker HFP / EFZ mit kantonaler Berufsausübungsbewilligung,

- Aktivierungsfachfrau und Aktivierungsfachmann HF,
- Bachelor of Science FH in Ernährung und Diätetik,
- Bachelor of Science FH in Hebamme,
- Bachelor of Science FH in Optometrie,
- Bachelor / Master of Science FH in Ergotherapie,
- Bachelor / Master of Science FH in Physiotherapie,
- Bachelor / Master of Science FH in Pflege / Master of Science in Nursing,
- Biomedizinische Analytikerin und biomedizinischer Analytiker HF,
- Dentalhygienikerin und Dentalhygieniker HF,
- Diplomierte Logopädin und diplomierter Logopäde (EDK),
- Drogistin und Drogist HF,
- Fachfrau und Fachmann für medizinisch-technische Radiologie HF,
- Fachfrau und Fachmann Operationstechnik HF,
- Naturheilpraktikerin und Naturheilpraktiker mit eidgenössischem Diplom,
- Medizinische Masseurin und medizinischer Masseur mit eidg. Fachausweis,
- Orthoptistin und Orthoptist HF,
- Osteopathin und Osteopath mit interkantonalem Diplom GDK,
- Pflegefachfrau und Pflegefachmann HF,
- Podologin und Podologe HF/EFZ mit kantonaler Berufsausübungsbewilligung,
- Rettungssanitäterin und Rettungssanitäter HF.

Mittels Verweis auf den Anhang der IKV lassen sich sämtliche dort gegenwärtig und inskünftig angeführten Gesundheitsberufe als bewilligungspflichtig erklären. Ferner ist für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung die Vorlage der im Anhang genannten Ausbildungsdiplome notwendig. Für jene im Anhang der IKV angeführten Berufe, die durch das GesBG abschliessend geregelt werden, richten sich Bewilligungspflicht und -voraussetzungen vollumfänglich nach diesem.

- andere Tätigkeiten, die gemäss weiteren bundesrechtlichen oder interkantonalen Vorschriften als bewilligungspflichtig bezeichnet werden oder in einem entsprechenden Register aufgeführt oder eidgenössisch anerkannt sind (Bst. f)

Damit erneuter Revisionsbedarf aufgrund neuer bewilligungspflichtiger Berufe möglichst vermieden werden kann, enthält § 10 Abs. 1 Bst. f eine Generalklausel. Es wird demnach jede Tätigkeit einer Bewilligungspflicht unterstellt, die gemäss weiteren bundesrechtlichen oder interkantonalen Vorschriften als bewilligungspflichtig bezeichnet wird, in einem entsprechenden Register aufgeführt ist oder eidgenössisch anerkannt wird.

Aufgrund der geplanten Neuregelung wären somit folgende Gesundheitsberufe neu bewilligungspflichtig:

- Augenoptikerin und Augenoptiker (bisher waren nur Optometristen bewilligungspflichtig),
- Aktivierungsfachfrau und Aktivierungsfachmann,
- biomedizinische Analytikerin und biomedizinischer Analytiker,

- Fachfrau und Fachmann für medizinisch-technische Radiologie,
- Operationstechnikerin und Operationstechniker,
- Orthoptistin und Orthoptist.

Für neu der Bewilligungspflicht unterstellte Tätigkeiten ist innerhalb von sechs Monaten seit Inkrafttreten des totalrevidierten GesG ein Bewilligungsgesuch einzureichen. Anderenfalls ist die weitere Ausübung der betreffenden Tätigkeit untersagt (§ 65 Abs. 4).

Nicht mehr bewilligungspflichtig sind Hörgeräteakustikerinnen und -akustiker, Orthopädistinnen und Orthopäden sowie Tierheilpraktikerinnen und -praktiker. Dies erweist sich aufgrund des beschränkten Gefährdungspotenzials dieser Tätigkeiten als sachgerecht. Sofern eine Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens gemäss dem totalrevidierten GesG nicht mehr bewilligungspflichtig ist, erlischt die betreffende Berufsausübungsbewilligung, vorbehaltlich des übergeordneten Rechts, mit dessen Inkrafttreten (vgl. § 65 Abs. 1). Bereits erteilte Berufsausübungsbewilligungen für Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker in den Bereichen Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin und Akupunktur, die nicht gestützt auf ein eidgenössisch anerkanntes Diplom erteilt worden sind, bleiben während einer Übergangsfrist von sieben Jahren nach dem Inkrafttreten des totalrevidierten GesG gültig (vgl. § 65 Abs. 2).

Da die bewilligungspflichtigen Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens inskünftig weder auf Gesetzes- noch auf Verordnungsebene aufgelistet werden sollen, wird das Gesundheitsamt periodisch Merkblätter betreffend die aktuell bewilligungspflichtigen Tätigkeiten auf seiner Internetseite veröffentlichen. Dadurch wird den Ansprüchen der Transparenz und der Klarheit gebührend Rechnung getragen. Sofern sich aufgrund des übergeordneten Rechts Änderungen ergeben, wird das Gesundheitsamt die betreffenden Merkblätter jeweils anpassen und dies entsprechend kommunizieren.

Logopädinnen und Logopäden, welche im pädagogisch-therapeutischen Sektor – insbesondere im schulischen Bereich – tätig sind, sollen von der Bewilligungspflicht ausgenommen werden. Die entsprechenden Fachpersonen sind in der Regel als Lehrpersonen oder Lehrbeauftragte bei einem öffentlichen Schulträger angestellt und in den Schulbetrieb eingebunden. Hingegen ist die Tätigkeit jener Logopädinnen und Logopäden im medizinisch-therapeutischen Bereich – beinhaltend Therapien im Nachgang zu einer Krankheit, einem Unfall oder einer Operation – bewilligungspflichtig, die Leistungen zu Lasten der OKP erbringen (§ 8 Abs. 2).

Sämtliche Inhaberinnen und Inhaber einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung sollen neu eine oder mehrere Zweigpraxen führen können. Zentral ist, dass die Zweigpraxis persönlich zu führen ist. Dies bedeutet, dass der Bewilligungsinhaber stets persönlich anwesend sein muss. Es kann somit gleichzeitig nur eine einzige Praxis – entweder die Haupt- oder die Zweigpraxis – geführt werden (§ 8 Abs. 3).

Der Regierungsrat soll ermächtigt werden, in einer Verordnung – im Einklang mit den Vorgaben der GDK – weitere Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens mit einem wesentlichen Gefährdungspotenzial der Bewilligungspflicht zu unterstellen oder einzelne Tätigkeiten von der Bewilligungspflicht auszunehmen (§ 8 Abs. 4). Ferner soll der Regierungsrat auf Verordnungsebene die Einzelheiten betreffend die Bewilligungspflicht sowie die Ausnahmen von der Bewilligungspflicht regeln (vgl. § 66 Bst. a).

§ 9 Ausnahmen von der Bewilligungspflicht

Gemäss § 12 GesG benötigen in anderen Kantonen praxisberechtigte Heilpersonen, die in besonderen Fällen von der behandelnden Bewilligungsinhaberin oder vom behandelnden Bewilligungsinhaber beigezogen werden, keine Bewilligung. Dasselbe gilt für die im Grenzgebiet benachbarter Kantone wohnhaften und dort praxisberechtigten Heilpersonen für die Berufstätig-

keit, die sie von ihrem Wohnort aus im Kanton Solothurn ausüben. Die betreffende Vorschrift ist ersatzlos zu streichen, da sie gegen völker- und bundesrechtliche Vorschriften verstösst. Personen mit Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufen können von Bundesrechts wegen längstens 90 Tage pro Kalenderjahr in einem anderen Kanton tätig sein, ohne dafür eine Bewilligung des betreffenden Kantons einzuholen (vgl. Art. 35 Abs. 2 MedBG, Art. 23 Abs. 1 PsyG und Art. 15 Abs. 2 GesBG). Das Bundesgesetz über den Binnenmarkt vom 6. Oktober 1995 (Binnenmarktgesetz, BGBM; SR 943.02) enthält ebenfalls Vorschriften betreffend das Recht, Dienstleistungen und Arbeitsleistungen auf dem gesamten Gebiet der Schweiz anzubieten und betreffend kantonale oder kantonal anerkannte Fähigkeitsausweise zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit (vgl. Art. 2 ff. BGBM). Daher dürfen sämtliche Personen, die über eine Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons verfügen, während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr im Kanton Solothurn tätig sein. Sie haben sich aber vorgängig beim Departement des Innern zu melden (vgl. § 9 Abs. 1).

In § 9 Abs. 2 werden die Grundsätze für die bewilligungsfreie Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht festgelegt. Eine ordnungsgemässe fachliche Aufsicht lässt sich einzig durch eine Inhaberin oder einen Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung der gleichen Berufsgattung in angemessener Weise gewährleisten. Da bei Ärztinnen und Ärzten ein hoher Grad an Spezialisierung besteht, ist in diesem Bereich zusätzlich erforderlich, dass die beaufsichtigende Person über denselben Facharztstitel wie die zu beaufsichtigende Person verfügt.

§ 10 Auskunfts- und Meldepflicht

Jene Personen, die berufsmässig oder sonst entgeltlich eine nicht bewilligungspflichtige Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ausüben, sollen gemäss § 10 Abs. 1 – wie gemäss gegenwärtigem Recht (vgl. § 11 GesG) – der Aufsicht des Departements des Innern unterstellt werden. Die betreffenden Personen sind dem Departement des Innern gegenüber auskunfts- und meldepflichtig (§ 10 Abs. 2). Letzteres soll neu ermächtigt werden, einzelne Tätigkeiten und Handlungen zu verbieten, sofern Gesundheitsgefährdungen zu befürchten sind. Im Sinne der Verhältnismässigkeit kann die betreffende Tätigkeit vorerst lediglich eingeschränkt oder deren Weiterführung von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht werden (vgl. § 10 Abs. 3). Die Verwaltungs- und Strafverfolgungsbehörden sowie die Gerichte haben dem Departement des Innern – im Rahmen der Amtshilfe – inskünftig Vorfälle und Wahrnehmungen im Zusammenhang mit bewilligungsfreien Tätigkeiten zu melden (vgl. § 10 Abs. 4). Dazu zählen sämtliche Behörden des Kantons, der Gemeinden oder weiterer öffentlich-rechtlicher Körperschaften. Nicht erforderlich ist, dass die jeweilige Behörde im Bereich des Gesundheitswesens tätig ist. Auch Behörden der Leistungsverwaltung (z.B. Sozialregionen) fallen beispielsweise unter den Begriff „Verwaltungsbehörden“. Sofern öffentliche Aufgaben an Dritte ausgelagert werden, sind diese ebenfalls zur Meldung verpflichtet. Als „Strafverfolgungsbehörden“ gelten die Polizei, die Staatsanwaltschaft und die Übertretungsstrafbehörden. Nicht erfasst wird hingegen die Legislative. Der Regierungsrat soll die näheren Vorschriften zur Auskunfts- und Meldepflicht in einer Verordnung regeln (vgl. § 66 Bst. b).

§ 11 Bewilligungsvoraussetzungen

Für die durch das MedBG, das PsyG und das GesBG geregelten Tätigkeiten werden die Bewilligungsvoraussetzungen abschliessend durch das Bundesrecht geregelt. In § 11 Abs. 1 soll daher für die betreffenden Berufskategorien auf die entsprechenden Bundeserlasse verwiesen werden.

Lediglich für die übrigen, nicht abschliessend durch die drei vorerwähnten Bundeserlasse geregelten Tätigkeiten sind eigenständige, kantonalrechtliche Bewilligungsvoraussetzungen notwendig und zulässig. Damit eine einheitliche Rechtsanwendung gewährleistet werden kann, orientiert sich § 11 Abs. 2 weitgehend an den im MedBG, im PsyG und im GesBG vorgesehenen Bewilligungsvoraussetzungen. So sollen inskünftig alle Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber

die deutsche Sprache beherrschen. Dabei ist auf den europäischen Referenzrahmen für Sprachen abzustellen. Als ausreichend wird der Nachweis von Sprachkenntnissen im Bereich Niveau B (selbstständige Sprachverwendung) erachtet (vgl. dazu Botschaft zum Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe vom 18. November 2015 [15.077; BBl 8715 ff., 8748]).

Neu soll zudem ausdrücklich festgehalten werden, dass Berufsausübungsbewilligungen unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips – ebenso wie Bewilligungen in anderen Rechtsbereichen – mit Einschränkungen fachlicher, zeitlicher und räumlicher Natur verknüpft sowie mit weiteren Auflagen und Bedingungen verbunden werden können (vgl. § 11 Abs. 3). Ferner sollen Inhaberinnen und Inhaber von Berufsausübungsbewilligungen gemäss § 11 Abs. 4 bereits auf Gesetzesstufe ausdrücklich dazu verpflichtet werden, dem Departement des Innern sämtliche, für ihre Bewilligung relevanten Tatsachen und Änderungen unverzüglich zu melden. Gemäss gegenwärtigem Recht existiert eine entsprechende Vorschrift lediglich auf Verordnungsstufe (vgl. § 10 GesV). Zur Optimierung der Aufsicht des Departements des Innern über die Inhaberinnen und Inhaber von Berufsausübungsbewilligungen werden Letztere inskünftig dazu angehalten, eine – in schriftlicher oder elektronischer Form geführte – Dokumentation betreffend die ununterbrochene Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen anzulegen. Diese ist dem Departement des Innern auf Anfrage hin jederzeit zur Verfügung zu stellen (vgl. § 11 Abs. 5).

§ 12 Entzug der Bewilligung

Das MedBG, das PsyG sowie das GesBG regeln den Bewilligungsentzug für die von ihnen erfassten Tätigkeiten abschliessend. Für kantonales Recht verbleibt kein Raum. Aufgrund dessen wird in § 12 Abs. 1 auf die entsprechenden Bundesgesetze verwiesen.

Für die übrigen Tätigkeiten ist der Bewilligungsentzug jedoch durch das kantonale Recht zu regeln. § 12 Abs. 2 übernimmt zu weiten Teilen die in § 14 Abs. 1 GesG vorgesehenen Entzugsgründe. Neu wird aber vorgesehen, dass ein Bewilligungsentzug auch dann erfolgt, falls nachträglich Tatsachen bekannt werden, aufgrund derer die Bewilligung hätte verweigert werden müssen (vgl. § 12 Abs. 2 Bst. b). Zudem soll ein Bewilligungsentzug inskünftig nicht lediglich aufgrund schwerwiegender falscher Rechnungsstellung zu Lasten der Patientinnen und Patienten, sondern generell bei schwerwiegender oder wiederholter finanzieller Übervorteilung von Patientinnen und Patienten oder deren Kostenträger oder Beihilfe hierzu erfolgen (vgl. § 12 Abs. 2 Bst. d). § 14 Abs. 1 Bst. c GesG, welcher die fehlende Vertrauenswürdigkeit der Inhaberin oder des Inhabers der Berufsausübungsbewilligung aufgrund eines Strafurteils als Entzugsgrund anführt, erweist sich als obsolet, da dieser Sachverhalt bereits unter § 12 Abs. 2 Bst. a oder b fällt.

§ 12 Abs. 3 ist deckungsgleich mit § 14 Abs. 2 GesG. § 14 Abs. 3 GesG äussert sich zum Disziplinarrecht und ist aus inhaltlichen sowie systematischen Gründen zu streichen. Es ergibt sich bereits aus den Grundsätzen zum Verhältnismässigkeitsprinzip, dass in leichteren Fällen vorerst eine Verwarnung, mit Androhung des Bewilligungsentzugs, auszusprechen ist.

§ 13 Erlöschen der Bewilligung

Die Erlöschensgründe sollen – aufgrund der rechtlichen Tragweite dieser Vorschriften – neu bereits auf Gesetzesstufe geregelt werden. Gegenwärtig sind diese auf Verordnungsstufe angesiedelt (§ 11 Abs. 1 GesV), was sich im Lichte des Legalitätsprinzips nicht sachgerecht ist. Die in § 11 Abs. 1 GesV vorgesehenen Erlöschensgründe werden unverändert in § 13 Abs. 1 Bst. a, b, d und e überführt. Zusätzlich sollen neu drei weitere Erlöschensgründe geregelt werden. Insbesondere ist vorgesehen, dass die Berufsausübungsbewilligung mit dem schriftlich erklärten Verzicht auf die Berufsausübung und aufgrund eines in einem Strafverfahren rechtskräftig ausgesprochenen Berufsverbots erlischt (vgl. § 13 Abs. 1 Bst. c und f). Zudem soll die Berufsausübungsbewilligung inskünftig mit der Vollendung des 70. Altersjahres der Inhaberin oder des Inhabers der Bewilligung erlöschen, sofern diese oder dieser nicht den ärztlichen Nachweis für

eine in physischer und psychischer Hinsicht einwandfreie Berufsausübung erbringt. Der betreffende Nachweis muss alle zwei Jahre erbracht werden (vgl. § 13 Abs. 1 Bst. g). Diese Regelung schränkt zwar die Wirtschaftsfreiheit gemäss Art. 27 BV ein, ist aber im Interesse des Gesundheitsschutzes der Gesamtbevölkerung ohne Weiteres gerechtfertigt. Diverse Kantone mit Gesundheitserlassen neueren Datums kennen ebenfalls solche Vorschriften (z.B. die Kantone AI [Vernehmlassungsentwurf], BS, GR, NW, OW, SZ, TG, UR und ZG).

§ 13 Abs. 2 sieht vor, dass der Inhaberin oder dem Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung vom Departement des Innern eine angemessene Frist, sich bei diesem zu melden, gesetzt werden kann, sofern die Inhaberin oder der Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung, deren oder dessen Stellvertretung sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter länger als drei Monate nicht erreicht werden können. Falls innert der bezeichneten Frist keine Rückmeldung erfolgt, erlischt die Berufsausübungsbewilligung. Unter die Wendung „nicht erreicht“ fallen Kontaktversuche per Telefon, Fax, E-Mail oder Brief. Durch diese Bestimmung soll die Aufsicht im Bereich der Gesundheitsberufe optimiert werden.

§ 14 Berufspflichten

Das Bundesrecht regelt die Berufspflichten im MedBG, im PsyG sowie im GesBG für die darin geregelten, in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübten Tätigkeiten in abschliessender Weise. Für ergänzendes kantonales Recht verbleibt kein Raum. Dementsprechend soll für diese Tätigkeiten in § 14 Abs. 1 ein Verweis auf das Bundesrecht erfolgen. Für die übrigen Personen mit einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens wird in § 14 Abs. 2 ein umfassender Katalog der wichtigsten Berufspflichten vorgesehen. Unter den Begriff „übrige Tätigkeiten“ fallen Personen mit einer Tätigkeit gemäss MedBG, PsyG und GesBG, die unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht der Inhaberin oder des Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung der gleichen Berufsgattung stehen (1), in eigener fachlicher Verantwortung arbeitende sowie unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht der Inhaberin oder des Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung der gleichen Berufsgattung stehende mit einer Tätigkeit gemäss § 8 Abs. 1 Bst. d-f (2) sowie Personen, die der Auskunfts- und Meldepflicht gemäss § 10 unterstehen (3). Der betreffende Katalog orientiert sich inhaltlich weitgehend an den entsprechenden Regelungen im MedBG, im PsyG sowie im GesBG. Damit wird eine einheitliche Rechtsanwendung gewährleistet. Im GesG sind die Berufspflichten derzeit nicht vollständig abgebildet. Die betreffenden Bestimmungen sind überdies sowohl auf Gesetzes- als auch auf Verordnungsebene verstreut (vgl. § 15 Abs. 1, § 17, § 18 und § 21 GesG sowie §§ 8 f. GesV). § 25 des geltenden GesG hält fest, dass Medizinalpersonen verpflichtet sind, unterstützungsbedürftige Patientinnen und Patienten zu Lasten des zuständigen Gemeinwesens nach dem Krankenkassen- bzw. dem Sozialtarif zu behandeln. Diese Bestimmung wird nicht in das neue GesG übernommen, da der betreffende Themenbereich nicht durch die Gesundheitsgesetzgebung zu regeln ist. Vielmehr sind hierfür die Vorschriften der Krankenversicherungs- und der Sozialgesetzgebung einschlägig. Der Regierungsrat soll ermächtigt werden, in einer Verordnung ergänzende Vorschriften zu den Berufspflichten zu erlassen (§ 66 Bst. c).

§ 15 Berufsausübung

Die betreffende Tätigkeit ist gemäss § 15 Abs. 1 persönlich auszuüben (vgl. auch § 15 Abs. 1 GesG). § 15 Abs. 2 übernimmt die Regelungen von § 15 Abs. 2 GesG und § 15 GesV.

§ 15 Abs. 3 führt im Bereich der Medizinal- und Psychologieberufe neu eine Assistentenbewilligung für angestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, die unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht der Inhaberin oder des Inhabers der Berufsausübungsbewilligung stehen. Die betreffende Bewilligung wird auf die verantwortliche Inhaberin oder den verantwortlichen Inhaber der Berufsausübungsbewilligung ausgestellt. Diese Neuerung wurde insbesondere von der GAESO und der SSO-Solothurn beantragt, die für die Organisation des Notfalldienstes zuständig sind. Gemäss geltendem GesG ist die Anstellung von Mitarbeiterinnen und

Mitarbeitern der gleichen Berufsgattung für sämtliche Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens ohne Bewilligung zulässig. Vorausgesetzt ist jeweils, dass sich die Anstellungen auf höchstens vier Stellen und 200 Stellenprozent für Medizinalpersonen sowie auf höchstens acht Stellen und 400 Stellenprozent für die übrigen im Bereich des Gesundheitswesens tätigen Personen beschränken (vgl. § 15 Abs. 2 GesG und § 16 Abs. 1 und 3 GesV). Die künftige Bewilligungspflicht für Assistenzen ermöglicht unter anderem einen besseren Überblick über die im Kanton angestellten Assistentinnen und Assistenten. Dadurch lässt sich die Organisation des Notfalldienstes etwas vereinfachen. Diese Neuerung ist ferner generell im Interesse des Schutzes der Patientinnen und Patienten gerechtfertigt, da angestellte Personen der betreffenden Berufsgattungen über relativ umfassende Kompetenzbereiche verfügen. Im Bereich der Medizinal- und Psychologieberufe soll es künftig nicht mehr alleine der Inhaberin oder dem Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung überlassen werden, die nötigen fachlichen Qualifikationen und Fähigkeitsausweise seiner Angestellten zu prüfen. Vielmehr hat zusätzlich eine Prüfung durch das Departement des Innern zu erfolgen.

Hinsichtlich der übrigen Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens wird die bewilligungsfreie Anstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch eine verantwortliche Inhaberin oder einen verantwortlichen Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung der gleichen Berufsgattung jedoch in unveränderter Form beibehalten (§ 15 Abs. 2 GesG sowie § 16 Abs. 1 und 3 GesV).

Der Regierungsrat soll in § 15 Abs. 4 – wie bisher (vgl. § 15 Abs. 4 GesG) – ermächtigt werden, die Einzelheiten betreffend die Stellvertretung, die Tätigkeit von angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Praktikantinnen und Praktikanten unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht der Inhaberin oder des Inhabers der Berufsausübungsbewilligung sowie die maximale Anzahl der zulässigen Anstellungen und Stellenprozent auf dem Verordnungsweg zu regeln.

§ 16 Berufsgeheimnis

Der Regelungsinhalt von § 18 des GesG wird neu in § 16 überführt. Jedoch soll das Berufsgeheimnis neu für Personen mit einer Tätigkeit gemäss MedBG, PsyG und GesBG, die unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht der Inhaberin oder des Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung der gleichen Berufsgattung stehen (1), in eigener fachlicher Verantwortung arbeitende sowie unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht der Inhaberin oder des Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung der gleichen Berufsgattung stehende mit einer Tätigkeit gemäss § 8 Abs. 1 Bst. d-f (2) sowie Personen, die der Auskunft- und Meldepflicht gemäss § 10 unterstehen (3) Geltung beanspruchen. Gemäss § 18 GesG gilt das Berufsgeheimnis gegenwärtig lediglich für Inhaberinnen und Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung sowie ihre Hilfspersonen.

Der Klarheit halber sei an dieser Stelle zudem erwähnt, dass es sich beim Recht auf Verschwiegenheit betreffend den Inhalt der Patientendokumentation um ein höchstpersönliches Recht der Patientin oder des Patienten handelt, das über den Tod hinaus zu wahren ist. Folglich können die Angehörigen bzw. die Hinterbliebenen nicht ohne vorgängig ein Gesuch um Entbindung vom Berufsgeheimnis zu stellen, in die Patientendokumentation des Verstorbenen Einsicht nehmen. § 31 Abs. 2 Bst. a sieht aber ausdrücklich vor, dass die Zustimmung für Auskünfte an die nächsten Angehörigen und an den Lebenspartner vermutet wird, sofern aus den Umständen nicht auf einen Geheimhaltungswillen des Verstorbenen geschlossen werden muss. Beim Vorliegen medizinischer Gründe (Erbkrankheiten), hängigen Prozessen bzw. Abklärungen in Zusammenhang mit einer Strafuntersuchung oder einer Untersuchung durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden liegt regelmässig ein überwiegendes Interesse für die Einsichtnahme in die Patientendokumentation vor. Die Grundsätze betreffend die Patientendokumentationen von Verstorbenen sind auch im Zusammenhang mit den §§ 30 zu beachten.

§ 16 Abs. 2 entspricht nahezu vollumfänglich § 18 Abs. 2 GesG. Neu wird lediglich vorgesehen, dass sich Geheimnisträgerinnen und -träger im Rahmen von Bewilligungsentzugs- und Disziplinarverfahren gemäss der Gesundheitsgesetzgebung ohne vorgängige Entbindung vom Berufsgeheimnis zur Sache äussern dürfen (vgl. § 16 Abs. 2 Bst. g). Durch diese massvolle Erweiterung der Konstellationen, in welchen bereits von Gesetzes wegen eine Entbindung vom Berufsgeheimnis erfolgt, kann den Bedürfnissen der Praxis angemessen Rechnung getragen werden. Des Weiteren werden die Rechte der Geheimnisträgerinnen und -träger dadurch nicht übermässig beschnitten.

§ 17 Meldepflichten und -rechte

§ 17 entspricht grossmehrheitlich § 19 des GesG. Anstatt von „Anzeigepflichten und -rechten“ soll neu aber von „Meldepflichten und -rechten“ gesprochen werden. Diese Terminologie entspricht dem gängigen Sprachgebrauch. Neu sind den für ärztliche oder pharmazeutische Belange zuständigen Stellen des Departements des Innern – und somit der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt sowie der Kantonsapothekerin oder dem Kantonsapotheker – ebenfalls jene Wahrnehmungen zu melden, die auf eine erhebliche Gefährdung der Bevölkerung (z.B. übertragbare Krankheiten) schliessen lassen (§ 17 Abs. 1). Zudem sollen den Strafverfolgungsbehörden inskünftig lediglich noch Wahrnehmungen, die auf ein Verbrechen oder Vergehen – nicht aber auf reine Übertretungen – schliessen lassen, gemeldet werden. Zwecks Präzisierung werden die relevanten Bereiche (Leib und Leben, sexuelle Integrität, öffentliche Gesundheit) in nicht abschliessender Weise im Gesetzestext bezeichnet (§ 17 Abs. 2). In § 17 Abs. 3 sind die Meldungen für die Erstellung und Führung des Krebsregisters nicht mehr speziell zu erwähnen, da hierfür nun in Art. 3 f. KRG entsprechende Rechtsgrundlagen vorhanden sind. Da sowohl spezialgesetzliche Meldepflichten als auch entsprechende Melderechte existieren, ist § 17 Abs. 4 diesbezüglich zu ergänzen.

§ 18 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

Als Überschrift von § 18 soll neu „Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht“ vorgesehen werden, da der betreffende Paragraph beide Aspekte regelt (vgl. § 20 GesG: „Aufzeichnungspflicht“). Zudem wird in der Praxis überwiegend von „Patientendokumentation“ und nur noch selten von „Aufzeichnung“ gesprochen. Aufgrund dessen soll in § 18 durchwegs von Patientendokumentationen die Rede sein.

Gemäss § 18 Abs. 1 sollen neu sämtliche Personen mit einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens zur Anlegung einer laufend nachzuführenden Patientendokumentation verpflichtet werden. Aktuell sind lediglich die Inhaberinnen und Inhaber von Berufsausübungsbewilligungen ausdrücklich hierzu verpflichtet (§ 11 Abs. 1 GesG). Personen mit meldepflichtigen Tätigkeiten unterliegen somit keiner Dokumentationspflicht. Diese Ungleichbehandlung erweist sich im Hinblick auf den Schutz der Patientinnen und Patienten als unbefriedigend. Die Patientendokumentation darf sowohl schriftlich als auch elektronisch geführt werden. Zwecks Rückverfolgung von Handlungen und Ereignissen müssen Änderungen bestehender Einträge stets dokumentiert werden. Änderungen auf Papier müssen durchgestrichen werden. In elektronischen Systemen hat eine Historisierung zu erfolgen, wobei sowohl Zeitpunkt als auch Autorin oder Autor erfasst werden müssen.

§ 18 Abs. 2 listet – in nicht abschliessender Weise – die klassischen Inhalte einer Patientendokumentation auf. In § 20 Abs. 2 GesG werden diese in relativ unbestimmter Art definiert.

§ 20 Abs. 3 GesG legt für Patientendokumentationen eine fixe Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach Abschluss der letzten Behandlung fest. Diese Regelung erweist sich in zweierlei Hinsicht als zu undifferenziert. Einerseits existieren gemäss Bundesrecht vereinzelt längere Aufbewahrungsfristen. So sind es künftig 30 Jahre im Heilmittelbereich (Art. 40 Abs. 1 nHMG), 20 Jahre im Bereich der Transplantationen (Art. 35 Transplantationsgesetz [SR 810.21]) oder 20 Jahre

im Bereich der Bestrahlungen (Medizinische Strahlenquellen-Verordnung [MeSV; SR 814.501.512]). Andererseits können im Einzelfall bestimmte öffentliche oder private Interessen für eine längere Aufbewahrungsdauer sprechen. § 18 Abs. 3 trägt diesen beiden Umständen dadurch Rechnung, dass längere Aufbewahrungsfristen gemäss Bundesrecht ausdrücklich vorbehalten werden und eine Mindestaufbewahrungsdauer von 10 Jahren vorgesehen wird. Zudem soll der Regierungsrat in begründeten Fällen in einer Verordnung längere Aufbewahrungsfristen vorsehen können. Dabei hat er den Interessen der Patientinnen und Patientinnen angemessen Rechnung zu tragen.

Weder das GesG noch die GesV enthalten eine Regelung betreffend den Umgang mit Patientendokumentationen bei einer vorübergehenden oder endgültigen Berufsaufgabe oder bei Tod der behandelnden oder pflegenden Person. § 18 Abs. 4 hält neu – im Sinne eines Grundsatzes – fest, dass die Patientendokumentation der Patientin oder dem Patienten auch in solchen Konstellationen zugänglich bleiben muss, wobei das Berufsgeheimnis stets zu wahren ist. Der Regierungsrat wird die näheren Einzelheiten hierzu mittels Verordnung regeln (§ 66 Bst. c).

Sowohl schriftlich als auch elektronisch geführte Patientendokumentationen sind gemäss § 18 Abs. 5 mittels organisatorischen und sicherheitstechnischen Massnahmen vor dem Zugriff von unberechtigten Personen in angemessener Weise zu schützen (Verlust, Diebstahl, Hochwasser, fehlende Backups, Unlesbarkeit infolge Formatänderung, unerlaubte Einsichtnahme und Veränderungen).

§ 19 Elektronisches Patientendossier

Gemäss EPDG sind gewisse stationäre Leistungserbringer, wie beispielsweise Spitäler und Geburtshäuser, zwingend verpflichtet, Verträge zur Gründung von oder zum Anschluss an Stammgesellschaften zwecks Errichtung und Betrieb des elektronischen Patientendossiers abzuschliessen. Für die ambulanten Leistungserbringer, wie z.B. Ärztinnen und Ärzte, ist der Anschluss an eine Stammgesellschaft freiwillig. Die soH ist in der Form einer Aktiengesellschaft rechtlich selbstständig. Die übrigen Spitäler mit Standort im Kanton Solothurn sind privatrechtlich organisiert. In der Folge sind die betreffenden stationären Leistungserbringer primär selber dafür verantwortlich, die Führung des elektronischen Patientendossiers fristgerecht zu gewährleisten bzw. finanzielle Leistungen zu erbringen.

In § 19 Abs. 1 ist vorgesehen, dass der Kanton subsidiär tätig werden kann, wenn die zuständigen Leistungserbringer ihre Aufgaben betreffend die Einführung des elektronischen Patientendossiers nicht oder nicht ordnungsgemäss zu erfüllen vermögen (sog. „Kann-Vorschrift“). Diesfalls soll der Regierungsrat über die Möglichkeit verfügen, hinsichtlich der Einführung des elektronischen Patientendossiers die erforderlichen Massnahmen zur Steuerung, Koordination und Förderung der Zusammenarbeit sowie zur Vernetzung der Gemeinschaften zu treffen.

§ 19 Abs. 2 räumt dem Kanton – ebenfalls im Sinne einer „Kann-Vorschrift“ – die Befugnis ein, gegebenenfalls Beiträge für die Einführung des elektronischen Patientendossiers zu gewähren.

§ 20 Notfalldienst

§ 24 GesG, welcher die Beistands- sowie die Notfalldienstpflicht von Medizinalpersonen regelt, hat sich in der Praxis bisher bewährt. Aus Gründen der Transparenz und der Rechtssicherheit soll die Organisation des Notfalldienstes inskünftig aber noch einlässlicher geregelt werden. Ferner ist § 24 Abs. 1 GesG obsolet, da sich die Beistandspflicht bereits aus Art. 40 Bst. g des MedBG, dem Berufsethos und sinngemäss auch aus Art. 128 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs vom 21. Dezember 1937 (StGB; SR 311.0 [Unterlassung der Nothilfe]) ergibt.

§ 20 Abs. 1 gibt zu weiten Teilen § 24 Abs. 2 GesG wieder. Neu sollen sich ebenfalls Tierärztinnen und -ärzte an einem regionalen Notfalldienst beteiligen. Dies wird ebenfalls in den Kantonen AG, AI, AR, BL, BS, FR, LU, OW, SG, SH, UR und ZG vorgesehen. Die Notfalldienstpflicht

ergibt sich unmittelbar gestützt auf Art. 40 Bst. g MedBG und ist somit nicht von der Mitgliedschaft in einer kantonalen Berufsorganisation abhängig. Zudem erstreckt sich die Notfalldienstpflicht sowohl auf die Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung als auch die Tätigkeit unter der direkten Aufsicht und der fachlichen Verantwortung einer Inhaberin oder eines Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung der gleichen Berufsgattung.

Die kantonalen Berufsorganisationen der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte sowie der Tierärztinnen und Tierärzte sollen gemäss § 20 Abs. 2 ausdrücklich zur Gewährleistung einer zweckmässigen Notfalldienstorganisation verpflichtet werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich die Berufsorganisation in einer juristischen Person konstituiert hat. Als kantonale Berufsorganisation gelten – im Sinne einer einfachen Gesellschaft gemäss Art. 530 ff. des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1991 (OR; SR 220) – auch die Gesamtheit der notfalldienstpflichtigen Personen eines bestimmten Berufszweigs. Zwecks sachgerechter Organisation des Notfalldienstes haben die Berufsorganisationen ein Notfalldienstreglement zu erlassen, das vom Regierungsrat in einer Verordnung als verbindlich zu erklären und in der offiziellen Gesetzessammlung des Kantons Solothurn (BGS) zu publizieren ist. Die Berufsorganisationen haben dem Departement des Innern ihre Notfalldienstreglemente zwecks Prüfung und Vorbereitung von deren Verbindlichkeitserklärung innert sechs Monaten seit Inkrafttreten des totalrevidierten GesG einzureichen (§ 65 Abs. 7). Sie sind überdies berechtigt, die für Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Personendaten zu erheben. Die kantonalen Berufsorganisationen sind gemäss § 24 Abs. 2 insbesondere zuständig für:

- die Bestimmung der Art, des Umfangs sowie des Orts der Einsätze der notfalldienstpflichtigen Personen (vgl. § 24 Abs. 1 und 2 GesG),
- die Heranziehung von weiteren Personen, die eine Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ausüben, sofern ein ausgewiesener Bedarf hierfür besteht (vgl. § 24 Abs. 1 GesG),
- die Befreiung notfalldienstpflichtiger Personen vom Notfalldienst, sofern wichtige Gründe vorliegen (§ 24 Abs. 3 und 4 GesG),
- die Beauftragung einer medizinischen Gutachterstelle bei Unstimmigkeiten betreffend gesundheitliche Gründe für die Dispensation vom Notfalldienst (neu),
- die Erhebung einer Ersatzabgabe von den von der Notfalldienstpflicht befreiten Personen in der Höhe von 300-1'000 Franken pro Notfalldienst und maximal 15'000 Franken pro Jahr, wobei sich die Höhe nach dem Umfang der von den Angehörigen der Berufsgruppe jährlich zu leistenden Notfalldienste richtet (vgl. § 24 Abs. 3 und 4 GesG).

§ 20 Abs. 3 entspricht grossmehrheitlich § 24 Abs. 6 GesG. Präzisierend wird jedoch festgehalten, dass nicht nur Verfügungen über die Ersatzabgaben, sondern auch Verfügungen über die Befreiung oder den Ausschluss vom Notfalldienst beim Departement des Innern angefochten werden können.

Der Regierungsrat soll – wie bereits gegenwärtig gemäss § 24 Abs. 5 GesG – ermächtigt werden, die Einzelheiten zum Notfalldienst, insbesondere zur Bemessung und Verwendung der Ersatzabgabe sowie zur Erhebung von Personendaten, auf dem Verordnungsweg zu regeln (§ 66 Bst. d).

4.1.5 Einrichtungen des Gesundheitswesens

Vorbemerkungen

Gemäss § 56 GesG kann der Kanton Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe und Laboratorien einrichten und betreiben. Er kann sich an solchen Einrichtungen anderer öffentlicher oder privater Träger beteiligen oder Errichtung und Betrieb durch Beiträge unterstützen. Diese Bestimmung entspricht nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten. Dieser Bereich obliegt vielmehr der Privatwirtschaft oder den für das Bildungswesen zuständigen Behörden. Dementsprechend ist § 56 GesG aufzuheben.

§ 21 Bewilligungspflicht

§ 21 Abs. 1 enthält eine nicht abschliessende Aufzählung bewilligungspflichtiger Einrichtungen des Gesundheitswesens. Bislang waren die entsprechenden Vorschriften innerhalb des GesG (§ 48 und § 57 GesG) und im kantonalen Heilmittelgesetz verstreut.

Neu sollen auch öffentliche Spitäler der Betriebsbewilligungspflicht unterstellt werden (§ 21 Abs. 1 Bst. a). Gemäss § 48 GesG benötigen aktuell lediglich private Spitäler eine Betriebsbewilligung (vgl. auch Art. 101 Abs. 2 Verfassung des Kantons Solothurn vom 8. Juni 1986 [KV, BGS 111.1]). Öffentliche Spitäler unterstehen zwar generell von Verfassungs wegen sowie konkret im Zusammenhang mit deren Aufnahme auf die kantonale Spitalliste sowie den anschliessend abgeschlossenen Leistungsaufträgen und -vereinbarungen einer kantonalen Aufsicht (vgl. Art. 101 Abs. 3 und §§ 3 ff. SpiG). Eine Betriebsbewilligungspflicht besteht gegenwärtig hingegen nicht. Eine durch die Einführung einer Bewilligungspflicht ermöglichte, präventive Aufsicht über die Gesundheitsdienstleistungen der öffentlichen Spitäler ist aus Gründen des Schutzes der öffentlichen Gesundheit – auch ausserhalb der Spitalplanung – zwingend notwendig. Die überwiegende Mehrzahl der übrigen Kantone sieht für öffentliche Spitäler ebenfalls eine Betriebsbewilligungspflicht vor (z.B. die Kantone AG, AI, AR, BE, BL [Vernehmlassungsentwurf], GL, GR, LU, NW, OW, SZ, TG, UR, ZG und ZH). Art. 101 Abs. 2 und 3 KV steht der Einführung einer Bewilligungspflicht in keiner Weise entgegen.

Ferner sollen Tages- und Nachtkliniken für pflege- und betreuungsbedürftige Personen künftig als bewilligungspflichtig erklärt werden (§ 21 Abs. 1 Bst. b). Entsprechende Dienstleistungsangebote bezwecken die Entlastung von pflegenden Angehörigen. Die Patientin oder der Patient wohnt zu Hause und hält sich während des Tags bzw. der Nacht in der Tages- und Nachtklinik auf.

Weiter sollen neu generell alle Einrichtungen der Bewilligungspflicht unterstellt werden, die gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung des Bundes, dem FMedG oder gemäss weiteren bundesrechtlichen Vorschriften zur Gruppe der Leistungserbringer zählen oder eine kantonale Zulassung benötigen (§ 21 Abs. 1 Bst. c). Die Krankenversicherungsgesetzgebung bezeichnet insbesondere Organisationen der Ergotherapie, Organisationen der Physiotherapie, Organisationen der Ernährungsberatung, Laboratorien, Einrichtungen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, Geburtshäuser und Transport- und Rettungsunternehmen sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, als Leistungserbringer. Diese benötigen in aller Regel eine kantonale Zulassung (vgl. Art. 35 ff. KVG und Art. 51 ff. KVV). Unter den Begriff „Einrichtungen, welche der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen“ fallen Anstellungsverhältnisse von Ärzten und Ärztinnen ausserhalb von Spitälern, wie etwa HMO's, und juristische Personen, die Ärzte und Ärztinnen anstellen, ohne dem HMO-Modell zu folgen. Einzelarztpraxen gehören folglich nicht zu dieser Kategorie und benötigen keine Betriebsbewilligung. Einrichtungen bzw. Labore, die Fortpflanzungsverfahren anwenden oder gespendete Spermazellen vermitteln, ohne selber Fortpflanzungsverfahren anzuwenden, bedürfen gemäss der Fortpflanzungsmedizin-gesetzgebung des Bundes eine kantonale Bewilligung (vgl. Art. 8 ff. FMedG und Art. 1 ff. Fort-

pflanzungsmedizinverordnung vom 4. Dezember 2000 [FMedV; SR 810.112.2]). Mit dem Verweis auf „weitere bundesrechtliche Vorschriften“ soll – im Sinne einer Generalklausel – sichergestellt werden, dass – sofern relevant – auch künftige Bundesgesetzgebungen erfasst werden.

Ferner ist vorgesehen, Einrichtungen, die gemäss dem HMG eine kantonale Bewilligung benötigen, bereits – im Sinne einer Grundsatzbestimmung – in § 21 Abs. 1 Bst. d der Betriebsbewilligungspflicht zu unterstellen. Darunter fallen Detailhandelsgeschäfte, wie öffentliche Apotheken, ärztliche, zahnärztliche und tierärztliche Privatapotheken, Spital- und Heimapotheken, Drogerien, Privatapotheken von Fachleuten der Komplementärmedizin, Zoo- und Imkerfachgeschäfte sowie Versandhandelsgeschäfte, und Betriebe, die Blut oder Blutprodukte lagern. Die Bewilligungspflicht dieser Einrichtungen ist gegenwärtig in den §§ 7 ff. des kantonalen Heilmittelgesetzes geregelt. Die wesentlichen Grundsätze zu den ärztlichen, zahnärztlichen und tierärztlichen Privatapotheken sowie zu den Spital- und Heimapotheken werden bereits im Gesetz selber geregelt (§§ 54 ff.). Die übrigen Detailregelungen zu den Betriebsbewilligungen im Heilmittelbereich erfolgen auf Verordnungsebene.

Aufgrund des neu vorgeschlagenen Katalogs für bewilligungspflichtige Einrichtungen des Gesundheitswesens reduziert sich inskünftig die Anzahl der bewilligungspflichtigen Einrichtungen. So werden beispielsweise durch juristische Personen betriebene Optikergeschäfte in Zukunft keine Betriebsbewilligung mehr benötigen. Ebenfalls unterstehen private Labore nicht mehr generell der Bewilligungspflicht. Medizinische Institute und private Ausbildungsstätten bedürfen inskünftig ebenfalls keiner gesundheitsrechtlichen Betriebsbewilligung mehr.

Gemäss § 21 Abs. 2 sollen neue Betriebsbewilligungen für Krankentransport- und Rettungsunternehmen nur noch dann erteilt werden, sofern ein entsprechender Versorgungsbedarf ausgewiesen ist. In diesem Sektor liegt die Festlegung einer Höchstzahl der zugelassenen Einrichtungen im Interesse eines koordinierten und effizienten Einsatzdispositivs. Vor diesem Hintergrund erweist sich die daraus resultierende Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit gemäss Art. 27 BV als sachgerecht. Analoge Regelungen kennen etwa die Kantone TG und ZG. Es handelt sich bei der Bewilligung für Krankentransport- und Rettungsunternehmen somit inskünftig nicht mehr um eine eigentliche Polizeibewilligung, auf deren Erteilung bei Erfüllung sämtlicher gesundheitsspezifischer Voraussetzungen ein Anspruch besteht. Vielmehr wird die Bewilligungserteilung zusätzlich ausdrücklich von einem vorhandenen Versorgungsbedarf abhängig gemacht.

§ 21 Abs. 3 weist darauf hin, dass sich die Erteilung von Betriebsbewilligungen für soziale Einrichtungen, wie namentlich Pflegeheime und Spitex-Organisationen, nach der kantonalen Sozialgesetzgebung richtet. Die entsprechenden Bewilligungen werden durch das Amt für soziale Sicherheit erteilt (vgl. §§ 21 f. SG). Obwohl Pflegeheime und Spitex-Organisationen gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung des Bundes zur Gruppe der Leistungserbringer zählen, ist für deren Betriebsbewilligungspflicht nicht § 21 Abs. 1 Bst. c, sondern die Sozialgesetzgebung massgeblich.

Der Regierungsrat soll ausdrücklich dazu ermächtigt werden, auf dem Ordnungswege weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens der Bewilligungspflicht zu unterstellen und die damit zusammenhängenden Einzelheiten zu regeln (vgl. § 21 Abs. 4).

§ 22 Bewilligungsvoraussetzungen

§ 22 enthält generelle, auf alle gemäss § 21 Abs. 1 bewilligungspflichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens anwendbare Bewilligungsvoraussetzungen. Diese orientieren sich zu weiten Teilen an den in der Krankenversicherungsgesetzgebung vorgegebenen Kriterien (Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG und Art. 51 ff. KVV).

§ 22 Bst. a betreffend ausreichende medizinische Betreuung und erforderliches Fachpersonal übernimmt weitgehend die Regelungsinhalte von § 48 Abs. 2 Bst. a und b sowie § 57 Abs. 2

GesG. Präzisierend wird zusätzlich verlangt, dass eine Einrichtung über Fachpersonal in einer der Art und Grösse der betreffenden Einrichtung entsprechenden Anzahl zu verfügen hat. § 22 Bst. b betreffend medizinische und betriebliche Infrastruktur, pharmazeutische Versorgung sowie Qualitätssicherungssystem basiert im Wesentlichen auf 48 Abs. 2 Bst. b und § 57 Abs. 2 GesG. Neu wird aber vorgeschrieben, dass eine Einrichtung über ein gesamtschweizerisch anerkanntes Qualitätssicherungssystem (z.B. Sanacert oder DIN EN ISO 9000 ff.) verfügen muss. Sofern für einzelne Einrichtungen kein gesamtschweizerisch anerkanntes Qualitätssicherungssystem existiert, verfügt der Regierungsrat über die Möglichkeit, die betreffenden Einrichtungen von der Erfüllung dieser Bewilligungsvoraussetzung zu befreien.

Gemäss § 22 Bst. c ist eine gesamtverantwortliche Leitungsperson sowie deren Stellvertretung zu bezeichnen. Beide Personen müssen über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen und das Leistungsangebot der betreffenden Einrichtung fachlich abdecken können. Eine annähernd analoge Regelung findet sich gegenwärtig in § 79^{bis} GesV. Zudem wird in § 22 Bst. d ausdrücklich als Bewilligungsvoraussetzung vorgesehen, dass auf den Zeitpunkt der Betriebsaufnahme eine Betriebshaftpflichtversicherung mit angemessener Deckungssumme abzuschliessen oder eine andere gleichwertige Sicherheit zu erbringen ist (vgl. § 78 Bst. p GesV). Sofern das übergeordnete Recht – aktuell oder inskünftig – weitere Bewilligungsvoraussetzungen für bestimmte Einrichtungen vorsieht, sind diese selbstredend zu berücksichtigen (§ 22 Bst. e).

Die Ausführungsvorschriften betreffend die Bewilligungsvoraussetzungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sind vom Regierungsrat auf Verordnungsebene zu erlassen (vgl. Art. 66 Bst. e). Insbesondere werden namentlich für Spitäler und Rettungs- und Transportunternehmen spezifische, § 22 konkretisierende Bewilligungsvoraussetzungen erforderlich sein.

§ 23 Erlöschen der Bewilligung

Die Erlöschensgründe für Betriebsbewilligungen sind gegenwärtig in § 11 Abs. 2 GesV geregelt. In Nachachtung des Legalitätsprinzips sollen die Erlöschensgründe – analog wie bei § 11 – neu in § 23 Abs. 1 überführt werden. Inhaltlich werden bis auf zwei Neuerungen keine Anpassungen vorgenommen. Inskünftig soll eine Betriebsbewilligung ebenfalls mit dem schriftlich erklärten Verzicht auf das Betreiben der Einrichtung erlöschen (§ 23 Abs. 1 Bst. b). Des Weiteren soll der Tod oder der Wechsel der gesamtverantwortlichen Leitungsperson nicht mehr automatisch zum Erlöschen der Betriebsbewilligung führen. In der heutigen Zeit kommen Wechsel in der Leitung einer Einrichtung des Gesundheitswesens regelmässig vor. Weder die bewilligungspflichtigen Einrichtungen, die für die neue Bewilligung eine Gebühr zu entrichten haben, noch der Kanton, dem dadurch im Bewilligungswesen zusätzlicher Aufwand erwächst, verfügen über ein Interesse an dieser Regelung. Deshalb soll eine Einrichtung gemäss § 23 Abs. 2 inskünftig verpflichtet werden, dem Departement des Innern den Wechsel oder den Tod der gesamtverantwortlichen Person unverzüglich zu melden. Der betreffenden Einrichtung wird anschliessend eine angemessene Frist zur Bezeichnung einer neuen Leitungsperson gesetzt. Sofern dies nicht innert Frist erfolgt, erlischt die Betriebsbewilligung.

§ 24 Visuelle Überwachung

§ 24 übernimmt § 51^{ter} GesG zu weiten Teilen. Neu sollen, sofern hierfür im konkreten Einzelfall ein ausgewiesenes Bedürfnis besteht, auch in Notfallbehandlungsräumen Überwachungen mit Echtzeitübertragungen ohne Speicherungen durchgeführt werden können.

§ 25 Ergänzende Vorschriften

Die in § 25 angeführten, unter dem Kapitel zur Berufsausübungsbewilligung geregelten Vorschriften gelangen für die Einrichtungen des Gesundheitswesens sinngemäss zur Anwendung. Durch die entsprechenden Verweise lässt sich das Gesetz schlanker und vollzugsfreundlicher ausgestalten.

4.1.6 Rechte und Pflichten der Patienten und Patientinnen

Vorbemerkungen

Gemäss § 42 Abs. 1 GesG sind Beanstandungen und Beschwerden über Verstösse gegen die Patientenrechte gegenüber den Inhaberinnen und Inhabern einer Berufsausübungsbewilligung, den Privatspitälern, Alters- und Pflegeheimen sowie Spitex-Organisationen an das Departement des Innern zu richten. Bei entsprechenden Beanstandungen gegenüber ihrem Personal ist die soH die zuständige Instanz. Da es bei den in § 42 Abs. 1 GesG erwähnten Beanstandungen und Beschwerden nicht um eigentliche Rechtsmittel, sondern lediglich um aufsichtsrechtliche Anzeigen bzw. Aufsichtsbeschwerden handelt, ist eine diesbezügliche gesetzliche Regelung nicht notwendig. Die Zuständigkeiten ergeben sich vielmehr unmittelbar aus der Aufsicht des Departements des Innern über die Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber und der Aufsicht der soH über ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. § 42 Abs. 1 GesG kann daher gestrichen werden. Gemäss § 42 Abs. 2 GesG werden zudem strafrechtliche Massnahmen sowie Klagen nach dem Verantwortlichkeitsgesetz bei öffentlichen Institutionen bzw. zivilrechtliche Klagen in den übrigen Fällen ausdrücklich vorbehalten. Auch diese Vorschrift weist auf „Selbstverständliches“ hin und ist zu streichen.

§ 26 Geltungsbereich

Die Vorschriften betreffend die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten gelten für sämtliche Inhaberinnen und Inhaber von Berufsausübungsbewilligungen (1), alle unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht einer Inhaberin oder eines Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung stehenden Personen (2), alle Personen mit einer meldepflichtigen Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens (3) sowie für die bewilligungspflichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens (4). Für Personen mit einer meldepflichtigen Tätigkeit werden die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten aktuell nicht ausdrücklich als anwendbar erklärt (vgl. § 29 GesG). Im Rahmen einer Fremdänderung des SG ist überdies vorgesehen, dass die betreffenden Vorschriften ebenfalls für soziale Institutionen gelten, die gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung des Bundes zur Gruppe der Leistungserbringer zählen (§ 22 Abs. 2^{bis} Bst. d Vorentwurf SG).

§ 27 Allgemeine Grundsätze

§ 27 Abs. 1 und 2 entsprechen inhaltlich – abgesehen von redaktionellen Anpassungen – § 30 Abs. 1-3 GesG.

In § 27 Abs. 2 sollen neu die Grundsätze der Palliativ Care in präzisierter, den heutigen Bedürfnissen angemessener Form verankert werden. § 40 GesG spricht aktuell in undifferenzierter Weise von „einem Recht auf menschenwürdiges Sterben“. Gemäss § 27 Abs. 2 haben unheilbar kranke und sterbende Menschen ein Anrecht auf Behandlung und Pflege mittels Palliativmassnahmen. Hierzu zählen medizinische und pflegerische Massnahmen sowie begleitende Palliativmassnahmen. Dazu gehört ebenfalls, sofern von der Patientin oder vom Patienten gewünscht und verhältnismässig, auch die Respektierung religiös-spirituelle Aspekte.

§ 28 Aufklärung

§ 28 basiert weitgehend auf § 30 GesG. Neu wird aber betont, dass Patientinnen und Patienten unaufgefordert aufzuklären sind (vgl. § 28 Abs. 1). Inskünftig soll zudem vom umfassenderen Begriff „Behandlung“ und nicht mehr von „Therapie“ gesprochen werden. § 28 Abs. 2 regelt neu das sog. „therapeutische Privileg“. Demnach soll in Ausnahmefällen dann von einer umfassenden Aufklärung abgesehen werden können, wenn Grund zur Annahme besteht, dass eine solche der Patientin oder dem Patienten zum Nachteil gereichen würde. Das therapeutische Pri-

vileg ist lediglich restriktiv und in Härtefällen zu beanspruchen (z.B. bei Bewirken von Angstzuständen, die den Behandlungserfolg negativ beeinflussen).

§ 29 Mitwirkungspflichten

Patientinnen und Patienten kommen gegenüber den im Bereich des Gesundheitswesens tätigen Fachpersonen nicht nur bedeutsame Rechte zu. Vielmehr haben sie auch bestimmte Pflichten. Aktuell werden die betreffenden Pflichten in § 82 GesV geregelt. Da es sich hierbei um die Auflegung von Pflichten bzw. einen ausdrücklichen Appell handelt, ist die Überführung der betreffenden Vorschriften auf Gesetzesstufe im Hinblick auf das Legalitätsprinzip angezeigt. Patientinnen und Patienten sind angehalten, aktiv und in zumutbarer Weise an den Untersuchungen und Behandlungen mitzuwirken (§ 29 Abs. 1). Sie sind ferner verpflichtet, die für die von ihnen gewünschte, sachgemässe Untersuchung und Behandlung sowie für eine ordnungsgemässe Administration notwendigen Auskünfte über ihre Gesundheit und ihre Person zu erteilen (§ 29 Abs. 2). Überdies haben sie auf andere Patientinnen und Patienten sowie auf die im Bereich des Gesundheitswesens tätigen Personen Rücksicht zu nehmen und die Hausordnung der betreffenden Betriebe und Einrichtungen zu respektieren (§ 29 Abs. 3).

§ 30 Einsicht und Herausgabe

§ 30 entspricht grossmehrheitlich § 32 Abs. 1 GesG. Im Sinne einer Präzisierung wird neu ausdrücklich festgehalten, dass das Einsichtsrecht ebenfalls der „gesetzlichen und echten“ Vertretung der Patientin oder des Patienten zusteht. Inskünftig sollen Patientinnen und Patienten zusätzlich über die Möglichkeit verfügen, die Patientendokumentation im Original herauszuverlangen, sofern diese schriftlich auf die Einhaltung der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist für Patientendokumentationen gemäss § 18 Abs. 3 verzichten. Nicht zur Patientendokumentation gehören persönliche Notizen, weshalb hierfür kein Einsichtsrecht besteht (§ 30 Abs. 1). Aus überwiegenden schutzwürdigen Interessen kann das Einsichts- und Herausgaberecht entsprechend eingeschränkt werden (z.B. Abdecken gewisser Stellen, Anonymisierung etc.). Dadurch lässt sich – im Sinne der Rechtsvereinheitlichung – eine weitgehende Harmonisierung mit dem kantonalen Datenschutzrecht erreichen (vgl. § 30 Abs. 2).

In Ausnahmefällen können für die Ausfertigung von Kopien Kosten in Rechnung gestellt werden. Die Kostenbeteiligung der Patientin oder des Patienten beträgt maximal 300 Franken. Die entsprechende Regelung orientiert sich an der Bundesgesetzgebung über den Datenschutz, die für private, im Bereich des Gesundheitswesens tätige Personen und Einrichtungen ohnehin gilt und inskünftig aus Gründen der Rechtsgleichheit auch für den öffentlichen Sektor Geltung beanspruchen soll. Gemäss Art. 2 Abs. 1 Bst. a der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz vom 14. Juni 1993 (VDSG; SR 235.11) wird die Patientin oder der Patient einerseits dann kostenpflichtig, wenn ihr oder ihm in den zwölf Monaten vor dem Gesuch die gewünschten Auskünfte bereits mitgeteilt wurden und kein schutzwürdiges Interesse an einer neuen Auskunftserteilung nachgewiesen werden kann. Andererseits liegt gemäss Art. 2 Abs. 1 Bst. b VDSG ein Ausnahmefall dann vor, wenn die Auskunftserteilung mit einem besonders grossen Arbeitsaufwand verbunden ist. Die Patientin oder der Patient ist über die Höhe der Kostenbeteiligung vor der Auskunftserteilung zu informieren und hat die Möglichkeit, sein Gesuch innert 10 Tagen zurückzuziehen (Art. 2 Abs. 2 VDSG). Die Erstellung von Kopien zuhanden der Patientinnen und Patienten – und das Behalten des Originals – stellt ein Interesse der Fachpersonen des Gesundheitswesens, die fachgerechte Behandlung jederzeit belegen zu können, dar. Deshalb sollte lediglich in besonderen Fällen, in welchen z.B. gesamte oder grosse Teile von umfangreichen Patientendokumentationen kopiert werden müssen, eine entsprechende Rechnungsstellung erfolgen.

§ 31 Auskunft an Dritte

§ 31 bildet – abgesehen von redaktionellen Anpassungen – vollumfänglich den Regelungsinhalt von § 33 GesG ab.

§ 32 Behandlungsverhältnis

§ 32 regelt die Grundzüge des Behandlungsverhältnisses und fasst die damit in Zusammenhang stehenden Vorschriften des GesG in einer zentralen Vorschrift zusammen. Das Behandlungsverhältnis umfasst alle Massnahmen die gemäss den Erkenntnissen der Fachkunde zur Besserung des Gesundheitszustandes notwendig sind (§ 32 Abs. 1). Besonderheiten ergeben sich im Rahmen der Palliative Care (vgl. § 27 Abs. 3). Diesfalls ist die Behandlung primär auf die Linderung der Schmerzen – und nicht vordergründig auf die Besserung des eigentlichen Gesundheitszustandes – ausgerichtet. Patientinnen und Patienten haben das Recht, die Vornahme einzelner medizinischer Eingriffe sowie die Einnahme von Medikamenten jederzeit abzulehnen. Zudem kann das Behandlungsverhältnis jederzeit aufgelöst werden (§ 32 Abs. 2). § 32 Abs. 3 und 4 betreffend die Ablehnung von medizinischen Massnahmen durch die Patientin oder den Patienten oder durch die behandelnden Personen stützen sich vollumfänglich auf die §§ 37 f. GesG ab.

§ 33 Urteilsfähige Patienten und Patientinnen

§ 33 Abs. 1 stützt sich zu weiten Teilen auf § 34 GesG ab. Zusätzlich wird präzisiert, dass eine rechtsgültige Zustimmung zu medizinischen und pflegerischen Massnahmen die vorgängige Aufklärung sowie die für die Erteilung der Zustimmung vorhandene Urteilsfähigkeit der Patientin oder des Patienten voraussetzt. Eine stillschweigende Einwilligung genügt für Massnahmen ohne Eingriffscharakter und für einfache Eingriffe ohne erhebliches Risiko. (§ 33 Abs. 2).

§ 34 Urteilsfähige Patienten und Patientinnen unter Beistandschaft

Gemäss § 34 Abs. 1 soll die Beiständin oder der Beistand inskünftig lediglich bei Personen unter umfassender Beistandschaft in jedem Fall über grössere oder mit erheblichem Risiko verbundene medizinische Eingriffe informiert werden. Bei Personen, die nicht unter umfassender Beistandschaft stehen, haben entsprechende Informationen an die Beiständin oder den Beistand zu unterbleiben, soweit diese für die Mandatsführung nicht zwingend notwendig sind. Die Patientin oder der Patient müssen vorgängig jeweils angehört werden. Zudem ist der Grund für die unterbliebene Information in der Patientendokumentation zu vermerken (§ 34 Abs. 2).

§ 34 ist neu wesentlich patientenfreundlicher ausgestaltet als § 35 GesG. Gemäss gegenwärtigem Recht hat bei grösseren oder mit wesentlichem Risiko verbundenen Eingriffen bei sämtlichen Arten von Beistandschaften – als Grundsatz – eine Information der Beiständin oder des Beistands zu erfolgen (§ 35 Abs. 1 GesG). Die verbeiständete Person muss stets aktiv intervenieren und wichtige Gründe geltend machen, damit eine für die Mandatsführung nicht zwingend notwendige Information unterbleibt (§ 35 Abs. 2 GesG). Einzig bei umfassender Beistandschaft erfolgt ausnahmslos eine Information an den Beistand oder die Beiständin (§ 35 Abs. 3 GesG). Es ist der verbeiständeten Person aber nicht zuzumuten, jeweils aktiv zu intervenieren, damit eine Information an die Beiständin oder den Beistand unterbleibt. Vielmehr sollen die behandelnden Fachpersonen jeweils eine entsprechende Interessensabwägung vornehmen und die verbeiständete Person vorgängig anhören.

§ 35 Urteilsfähige, minderjährige Patienten und Patientinnen

Diese Bestimmung entspricht grossmehrheitlich § 36 GesG. Gemäss § 36 Abs. 1 GesG „können“ Informationen an die gesetzliche Vertretung aktuell dann unterbleiben, sofern es die Patientin oder der Patient aus „wichtigen“ Gründen verlangt. Diese „Kann-Vorschrift“ erweist sich jedoch im Sinne des Patientenschutzes als unbefriedigend. Neu wird deshalb in § 35 Abs. 2 vorgesehen,

dass entsprechende Informationen unterbleiben müssen, sofern die Patientin oder der Patient dies aus „zureichenden“ Gründen verlangt.

§ 36 Lehre und Forschung

Anstatt von „Unterricht“ (vgl. § 39 GesG) wird neu vom modernen Begriff „Lehre“ gesprochen. § 39 GesG ist des Weiteren betreffend Miteinbezug von Patientinnen und Patientinnen in die Forschung nicht mehr aktuell und entsprechend anzupassen. Für den Einbezug in Lehrveranstaltungen ist, wie bisher, die Zustimmung der Patientin oder des Patienten erforderlich, wobei deren oder dessen Persönlichkeit und Intimsphäre jederzeit zu wahren sind. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden (§ 36 Abs. 1). Für den klinischen Unterricht am Krankenbett wird die Zustimmung usanzgemäss jeweils vermutet (§ 36 Abs. 2). Für Forschungsvorhaben an lebenden und verstorbenen Personen verlangt § 36 Abs. 3 neu – im Einklang mit dem übergeordneten Recht – ausdrücklich die Zustimmung der Ethikkommission.

§ 37 Obduktion

§ 37 entspricht inhaltlich zu weiten Teilen § 41 GesG. Anstatt die zur Zustimmung zu einer Obduktion berechtigten Personen ausdrücklich zu nennen, soll inskünftig auf das Schweizerische Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210) verwiesen werden (§ 37 Abs. 1). Die bei medizinischen Massnahmen vertretungsberechtigten Personen werden in Art. 378 Abs. 1 ZGB – im Sinne einer Kaskade – aufgeführt. § 37 Abs. 2 führt jene Fälle auf, in welchen eine Obduktion ohne die Zustimmung der Personen gemäss § 37 Abs. 1 aufgeführten Personen durchgeführt werden darf. Zwecks Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen besteht ein öffentliches Interesse (z.B. Schutz von Kontaktpersonen) an der Vornahme einer Obduktion bei einer verstorbenen Person, damit abgeklärt werden kann, ob diese aufgrund einer übertragbaren Krankheit verstorben ist. Sofern die Voraussetzungen für die Durchführung einer Obduktion im Rahmen eines Strafverfahrens (Art. 253 Schweizerische Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007 [StPO; SR 312.0]) erfüllt sind, darf ebenfalls eine Obduktion ohne Zustimmung der Personen gemäss § 37 Abs. 1 erfolgen.

§ 38 Entnahme von Organen, Gewebe oder Zellen bei urteilsunfähigen oder minderjährigen Personen

Diese Bestimmung gibt den Regelungsinhalt von § 36^{bis} GesG in nahezu unveränderter Form wieder. Neu soll die Zustimmung für die ausnahmsweise erfolgende Entnahme von Organen, Geweben oder Zellen bei urteilsunfähigen oder minderjährigen Personen durch die Ethikkommission – und nicht mehr durch das Departement des Innern – erfolgen. Die Neuzuteilung dieser Kompetenz rechtfertigt sich insbesondere auch deshalb, weil die Ethikkommission, die sich schwerpunktmässig mit Fragen im Zusammenhang mit der Humanforschung beschäftigt, in diesem Bereich über ein grosses Fachwissen verfügt.

§ 39 Besondere Patientenrechte und -pflichten für stationäre und teilstationäre Einrichtungen

§ 39 fasst die Vorschriften betreffend die besonderen Patientenrechte und -pflichten für stationäre und teilstationäre Einrichtungen gemäss den §§ 51 ff. GesG zusammen. In inhaltlicher Hinsicht wurden keine Anpassungen vorgenommen. Der Regierungsrat soll gemäss § 66 Bst. f ermächtigt werden, diesbezüglich nähere Vorschriften zu erlassen.

§§ 40 und 41 Einschränkung der Bewegungsfreiheit und Behandlung ohne Zustimmung

Die §§ 40 f. geben den Regelungsinhalt von § 54 Abs. 1 und § 54^{bis} Abs. 1 GesG in unveränderter Form wieder.

§ 42 Beschränkung der Kontakte

§ 42 entspricht § 55 GesG.

4.1.7 Versorgungssicherheit

§ 43 Versorgungssicherheit

§ 43 gibt § 9^{bis} GesG in unveränderter Form wieder.

4.1.8 Gesundheitsförderung und Prävention

Vorbemerkungen

In der Überschrift zu den §§ 44 ff. soll neu von „Gesundheitsförderung und Prävention“ und nicht mehr von „Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten und Unfällen“ gesprochen werden. Die angepasste Formulierung ist moderner und entspricht jener in den Gesundheitserlassen der übrigen Kantone neueren Datums.

§ 8 GesG regelt die besonderen Vorkehrungen gegen Gesundheitsschädigungen. Der Regierungsrat ist in diesem Zusammenhang ermächtigt, entsprechende Vorschriften, insbesondere über den Bau, Unterhalt und Benützung allgemein zugänglicher Einrichtungen sowie die Ausübung von Gewerben, zu erlassen. § 8 GesG erweist sich mittlerweile nicht mehr als zeitgemäss. Entsprechende Vorschriften finden sich gegenwärtig bereits in den privaten Normen des Schweizerischen Ingenieur- und Architektenverbands (SIA) und weiteren privaten Regelwerken. Vorgaben zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen werden ferner im Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel vom 13. März 1964 (Arbeitsgesetz, ArG; SR 822.11) sowie in den dazugehörigen Verordnungen gemacht. Aus diesen Gründen regeln die übrigen Kantone diesen Aspekt nicht mehr in ihren Gesundheitserlassen. § 8 GesG ist folglich zu streichen.

§ 44 Grundsatz

§ 44 Abs. 1 entspricht weitgehend § 5 GesG und hält – im Sinne von Staatszielen programmatischer Natur – fest, dass der Kanton und die Einwohnergemeinden gesundheitsfördernde Lebensbedingungen, die Kompetenzen der Bevölkerung im Bereich Gesundheit sowie eine angemessene Prävention zwecks Verhütung von Krankheiten sowie die Früherkennung von Krankheiten, Suchterkrankungen und weiteren Gesundheitsgefährdungen fördern.

§ 44 Abs. 2 und 3 geben – abgesehen von vereinzelt redaktionellen Anpassungen – den Regelungsinhalt von § 6 GesG wieder.

§ 45 Tabakprävention

Der Entwurf für ein neues TabPG wurde von der Bundesversammlung an den Bundesrat zur Überarbeitung zurückgewiesen. Im Herbst 2017 soll das überarbeitete TabPG erneut in die Vernehmlassung gegeben werden. Nicht einverstanden war das Parlament insbesondere mit den rigorosen Werbe- und Sponsoringbeschränkungen für Tabakprodukte. Unbestritten war hingegen das Verbot zur Abgabe von Tabakprodukten an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. § 6^{bis} Abs. 1 GesG sieht aktuell vor, dass Tabakprodukte nicht an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren abgegeben werden dürfen. Die betreffende Regelung ist somit weniger streng als die geplante Bundesregelung im TabPG. Da Letzteres inskünftig ein für die Schweiz einheitliches Mindestalter festlegen soll, wird § 6^{bis} Abs. 1 GesG im Zeitpunkt des Inkrafttretens des TabPG bundesrechtswidrig. Aufgrund dessen sieht § 45 Abs. 1 und 2 neu ein Verbot für die Abgabe von

Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren vor. Abgesehen davon werden an den beiden Absätzen keine Anpassungen vorgenommen.

Hinsichtlich Werbung und Sponsoring ist davon auszugehen, dass die Kantone auch in Zukunft weiterhin strengere Bestimmungen als jene des Bunds vorsehen dürfen. Dies war bislang bereits beim Alkohol der Fall. Ausserdem existiert im – an den Bundesrat zurückgewiesenen – Entwurf für ein neues TabPG eine Bestimmung, wonach die Kantone betreffend Werbung und Sponsoring strengere Vorschriften als der Bund vorsehen dürfen (vgl. Art. 18 TabPG). Die bestehenden kantonalen Regelungen betreffend Werbung und Sponsoring gemäss § 6^{bis} Abs. 3 GesG können folglich in unveränderter Form in § 45 Abs. 3 überführt werden. Inhaltlich unangetastet bleibt auch § 6^{bis} Abs. 4 GesG, welcher neu in § 45 Abs. 4 abgebildet wird.

§ 46 Forschung

Diese Bestimmung entspricht inhaltlich § 7 Abs. 1 GesG. Diesbezüglich ist aber ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass § 46 keine Rechtsgrundlage für die Bearbeitung besonders schützenswerter Personendaten darstellt.

§ 47 Krebsregister

Gemäss Krebsregistrierungsgesetzgebung des Bundes (Art. 32 Abs. 1 KRG) sind die Kantone neu ausdrücklich zur Führung eines Krebsregisters verpflichtet. Das KRG enthält umfassende Regelungen betreffend die zu registrierenden Daten, die Meldepflichten durch die Gesundheitsfachpersonen sowie den Patientenschutz. Es wird gestaffelt in Kraft treten und durch die Verordnung über die Registrierung von Krebserkrankungen (Krebsregistrierungsverordnung, KRV) komplettiert. Aufgrund des vom Kantonsrat am 25. Juni 2008 (KRB Nr. A 195/2007) beschlossenen Auftrags zur Führung eines kantonalen Krebsregisters existieren in § 7 GesG bereits seit dem 1. April 2012 Vorschriften betreffend das Betreiben eines Krebsregisters und die Erhebung entsprechender Daten. Aufgrund dessen, dass das Bundesrecht dieses Sachgebiet neu umfassend regelt, werden einzelne Passagen von § 7 GesG obsolet.

§ 47 Abs. 1 ersetzt § 7 Abs. 2 GesG. Gegenstand und Zweck der Führung eines Krebsregisters werden neu im KRG geregelt (vgl. Art. 1 f. KRG). Daher erübrigen sich entsprechende Ausführungen in § 47 Abs. 1. Ferner sind die Kantone neu von Bundesrechts wegen ausdrücklich zur Führung eines Krebsregisters verpflichtet. Dementsprechend verstösst die gemäss § 7 Abs. 2 GesG vorgesehene, fakultative Führung eines Krebsregisters gegen Bundesrecht.

§ 47 Abs. 2 übernimmt vollumfänglich den Regelungsinhalt von § 7 Abs. 3 GesG. Der Regierungsrat hat den Betreiber des Krebsregisters zu bezeichnen. Es ist sowohl die Übertragung der Registerführung an eine im Kanton Solothurn tätige öffentlich-rechtliche oder private Institution, Organisation oder Einrichtung oder an eine andere Person als auch der Anschluss an ein ausserkantonales Krebsregister möglich. Diese Regelung ist weiterhin bundesrechtskonform, da Art. 32 Abs. 1 KRG ausdrücklich festhält, dass mehrere Kantone gemeinsam ein Krebsregister führen können. Die Erhebung von Basis- und Zusatzdaten wird neu bereits in Art. 3 f. KRG geregelt. Aufgrund dessen ist § 7 Abs. 4 GesG, welcher die zu erfassenden Daten im Einzelnen auflistet, zu streichen.

Art. 13 KRG hält fest, dass die kantonalen Krebsregister den Früherkennungsprogrammen die für die Qualitätssicherung erforderlichen Daten zusammen mit der Versicherungsnummer bekannt geben, sofern das kantonale Gesetz dies vorsieht und die Patientin oder der Patient am Früherkennungsprogramm teilgenommen hat. Dem Regierungsrat soll die Kompetenz eingeräumt werden, die Einzelheiten zur Krebsregistrierung, insbesondere den vorerwähnten Punkt sowie die Abgleichung von Personendaten durch das Krebsregister mit den Einwohnerregistern im Rahmen eines Abrufverfahrens, in einer Verordnung zu regeln (§ 47 Abs. 3).

§ 48 Schulärztlicher Dienst und Schulzahnpflege

§ 48 regelt neu die Grundzüge betreffend den schulärztlichen Dienst und die Schulzahnpflege. Gegenwärtige kantonale Rechtsgrundlagen für diese Bereiche sind aktuell § 9 GesG, § 16 des Volksschulgesetzes sowie das Gesetz über die Schulzahnpflege. Die Gemeinden erlassen im Bereich des schulärztlichen Dienstes kommunale Reglemente. Wie bereits in Ziff. 1.3.4.2 des Berichts erwähnt, soll das Gesetz über die Schulzahnpflege aufgehoben werden. Inskünftig werden die zentralen Grundsätze betreffend die Schulzahnpflege bereits im totalrevidierten GesG geregelt. Die Einzelheiten sollen dahingegen in einer Verordnung normiert werden. Es ist geplant, eine gemeinsame Verordnung über den schulärztlichen Dienst und die Schulzahnpflege zu erlassen. Über entsprechende Verordnungen verfügen auch einige andere Kantone (z.B. Kanton LU). Ferner sind einige Anpassungen im Volksschulgesetz vorzunehmen. Die kommunalen Regelungskompetenzen auf dem Gebiet des schulärztlichen Dienstes entfallen inskünftig.

§ 48 Abs. 1 entspricht zu weiten Teilen § 9 Abs. 1 GesG. Wie bisher, sind die Gemeinden für die Sicherstellung des schulärztlichen Dienstes in der Regelschule zuständig. Die Regelschule umfasst gemäss § 3^{bis} des Volksschulgesetzes den Kindergarten und die Primarschule, die Sekundarschule sowie die Spezielle Förderung. Neu werden die Aufgaben des schulärztlichen Dienstes in den Grundzügen gesetzlich umschrieben. Dieser unterstützt die Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen während der obligatorischen Schulzeit und ist in besonderen Situationen Ansprechpartner für medizinische Belange. § 48 Abs. 2, wonach der Kanton den schulärztlichen Dienst in den vom Kanton getragenen Heilpädagogischen Schulzentren (HPSZ) gewährleistet, bildet ebenfalls die gegenwärtige Praxis ab. In den privat geführten sonderpädagogischen Einrichtungen wird der schulärztliche Dienst durch diese selber gewährleistet. Entsprechende Verpflichtungen werden jeweils in den Leistungsvereinbarungen mit dem Kanton festgehalten.

§ 48 Abs. 3 übernimmt den Regelungsinhalt von § 1 Abs. 2, § 2 Abs. 1 und § 6 des Gesetzes über die Schulzahnpflege. Wie bisher, sorgen die Gemeinden für die regelmässige Schulzahnpflege während der obligatorischen Schulzeit und bezeichnen die Schulzahnärztinnen und -ärzte. Die alljährlichen Reihenuntersuchungen sind weiterhin obligatorisch. Den Erziehungsberechtigten soll es gemäss § 48 Abs. 4 neu offenstehen, ob sie die zahnärztliche Untersuchung ihrer Kinder durch die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt oder aber, auf eigene Kosten durch eine andere Zahnärztin oder einen anderen Zahnarzt durchführen lassen möchten. Gemäss § 6 des Gesetzes über die Schulzahnpflege ist aktuell einzig die Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung durch die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt vorgesehen.

§ 48 Abs. 5 delegiert die Regelung der Einzelheiten an den Regierungsrat. Letzterer kann in einer Verordnung insbesondere die Aufgaben des schulärztlichen Dienstes sowie der Schulzahnärztinnen und -ärzte im Einzelnen festlegen, im Rahmen des übergeordneten Rechts bestimmte Vorsorgeuntersuchungen für obligatorisch erklären, die Kostenverteilung zwischen dem Kanton, den Gemeinden und den Erziehungsberechtigten regeln sowie die Tarife und Taxen für die entsprechenden Dienstleistungen festlegen. Die betreffende Aufzählung ist aber nicht abschliessend. Die gegenwärtige Kostenverteilung zwischen den Gemeinden und den Erziehungsberechtigten betreffend den schulärztlichen Dienst in der Regelschule sowie jene zwischen dem Kanton und den Erziehungsberechtigten betreffend den schulärztlichen Dienst in den Heilpädagogischen Sonderschulen soll nicht geändert werden. Im Bereich der Schulzahnpflege werden die Gemeinden weiterhin die Kosten der vorbeugenden Zahnpflege sowie der obligatorischen Reihenuntersuchungen tragen. Die Erziehungsberechtigten sollen wie bis anhin – entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit und ihrer Kinderzahl – ganz oder teilweise die Kosten der zahnärztlichen Behandlung übernehmen (§ 8 Abs. 1 und 2 Gesetz über die Schulzahnpflege). Im Bereich des schulärztlichen Dienstes sollen die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen weiterhin freiwilliger Natur sein. Diese erfolgen in der Regel im Rahmen der ärztlichen Grundversorgung. Lediglich subsidiär können entsprechende Untersuchungen durch die Schulärztin oder den Schularzt erfolgen. Schulärztinnen und Schulärzte führen überdies keine Impfungen an Kindern

und Jugendlichen durch. Lediglich im Auftrag und auf Anordnung der Kantonsärztin oder des Kantonsarztes führen sie allenfalls bestimmte Massnahmen zur Bekämpfung von übertragbaren Erkrankungen in einer Schulklasse oder einem Schulhaus aus. Die entsprechenden Grundsätze in solchen Fällen sind abschliessend in der Epidemiengesetzgebung des Bundes geregelt.

4.1.9 Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen

Vorbemerkungen

Wie bereits in Ziff. 1.3.5.1 dieses Berichts erwähnt, ist das teilrevidierte EpG wesentlich detaillierter ausgefallen. Die Zwangsmassnahmen im Bereich des Epidemienrechts werden neu abschliessend in Art. 30 ff. EpG geregelt. Folglich ist § 60 GesG zu streichen. Die Regelung der Kosten erfolgt in Art. 71 EpG und die Entschädigungsregelungen sind in Art. 63 f. EpG normiert. Aufgrund dessen kann § 61 GesG gestrichen werden.

§ 49 Zuständigkeiten

§ 49 Abs. 1 entspricht weitestgehend § 58 Abs. 2 GesG (vgl. auch Art. 75 EpG). Es wird aber präzisiert, dass das Departement des Innern lediglich dann für den Vollzug der Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen zuständig ist, „sofern diese Aufgaben nicht ausdrücklich anderen Behörden oder Organen übertragen sind“. Dieser Vorbehalt ist deshalb notwendig, weil der Kanton die Durchführung bestimmter Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen gemäss § 49 Abs. 2 an die Gemeinden, an Personen mit einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens, bewilligungspflichtige Einrichtungen des Gesundheitswesens, öffentlich-rechtliche oder private Institutionen, Organisationen und Einrichtungen sowie an weitere Personen übertragen kann. Epidemiologische Abklärungen und die Bekämpfung von übertragbaren Lungenerkrankungen werden in der Praxis regelmässig an Dritte übertragen (z.B. Lungenliga). Die Möglichkeit zur Übertragung von öffentlichen Aufgaben im Bereich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen besteht bereits gemäss gegenwärtigem Recht (Art. 59 Abs. 1 GesG). § 49 Abs. 3, wonach der Kanton im Falle der Übertragung von entsprechenden Aufgaben an Dritte Beiträge gewähren kann, entspricht vollumfänglich § 59 Abs. 3 GesG.

§ 50 Impfungen

Der Regierungsrat soll – wie bisher (vgl. 62 Abs. 1 GesG) – öffentliche Impfungen durchführen lassen können (vgl. § 50 Abs. 1). Zudem ist vorgesehen, dass dieser – wie bis anhin (§ 62 Abs. 2 GesG) – ermächtigt werden soll, Impfungen für obligatorisch zu erklären, sofern die Voraussetzungen von Art. 22 EpG erfüllt sind (§ 50 Abs. 2). Es muss sich dabei stets um gefährdete Bevölkerungsgruppen handeln. Die betreffende Personengruppe (exponierte Personen oder Personen, welche eine bestimmte Tätigkeit ausüben) ist überdies klar und eindeutig zu bezeichnen. Zusätzlich muss eine erhebliche Gefahr bestehen. Art. 38 Abs. 1 der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 29. April 2015 (Epidemienverordnung, EpV; SR 818.101.1) nennt die Kriterien, anhand welcher die Kantone das Vorliegen einer erheblichen Gefahr festzustellen haben. In Art. 38 Abs. 2 EpV wird präzisiert, auf welche Tätigkeitsbereiche ein Impfblogatorium zu beschränken ist. Ferner muss ein Impfblogatorium stets befristet werden. Die Durchsetzung des Impfblogatoriums mittels physischem Zwang ist von Bundesrechts wegen strikt untersagt (vgl. Art. 38 Abs. 3 EpV).

§ 51 Datenbearbeitung und -bekanntgabe

Gemäss Art. 58 EpG können das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die zuständigen kantonalen Behörden und die mit Aufgaben gemäss EpG betrauten öffentlichen und privaten Institutionen Personendaten, einschliesslich Daten über die Gesundheit, bearbeiten oder bearbeiten lassen. Dies setzt aber voraus, dass die Datenbearbeitung zur Identifizierung von kranken, krankheits-

verdächtigen, angesteckten, ansteckungsverdächtigen und Krankheitserreger ausscheidenden Personen im Hinblick auf Massnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit (Erkennung, Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten) zwingend erforderlich ist. Zudem können sich die für den Vollzug des EpG zuständigen Stellen des Bundes und der Kantone gegenseitig Personendaten, einschliesslich Daten über die Gesundheit, bekannt geben, die sie zur Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz zugewiesenen Aufgaben benötigen (Art. 59 Abs. 2 EpG). Zur Schliessung allfälliger Lücken hält § 51 Abs. 1 fest, dass sich die Bearbeitung und der gegenseitige Austausch der zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten notwendigen Personen- und Gesundheitsdaten durch die für den Vollzug zuständigen Stellen gemäss § 49 nach den Art. 58 und Art. 59 Abs. 1 und 2 EpG richten. Entsprechende Daten sollen jedoch nur dann und in dem Umfang bearbeitet und ausgetauscht werden, als es zur Erfüllung der Aufgaben im Einzelfall erforderlich ist. Zudem gilt das betreffende Melderecht gemäss § 51 Abs. 1 lediglich für jene Krankheiten, die Epidemien verursachen können, die schwerwiegende Auswirkungen zur Folge haben können, die neuartig oder unerwartet sind oder deren Überwachung international vereinbart ist (Art. 12 Abs. 6 EpG). Bagatellen, wie normale Erkältungen, fallen hingegen nicht darunter.

Das BAG und die für den Vollzug des EpG zuständigen kantonalen Behörden können die für die Verhinderung der Verbreitung von übertragbaren Krankheiten erforderlichen Personen- und Gesundheitsdaten den mit der Behandlung übertragbarer Krankheiten beauftragten Ärztinnen und Ärzten, den involvierten kantonalen Behörden oder anderen, im Bereich der Schnittstellen zum Epidemienrecht tätigen Bundesbehörden bekannt geben (Art. 57 Abs. 3 EpG). Die Bekanntgabe von Personen- und Gesundheitsdaten an Einrichtungen mit einem erhöhten Expositions- oder Übertragungsrisiko wird bundesrechtlich hingegen nicht geregelt. Als solche Einrichtungen gelten insbesondere Schulen, Schulhorte, Kindertagesstätten, Einrichtungen für die Betreuung von behinderten Menschen sowie anderweitige Einrichtungen für die Betreuung. Übertragbare Krankheiten können sich in derartigen Einrichtungen überaus schnell ausbreiten. Dies liegt namentlich im engen körperlichen Kontakt sowie in der oftmals eingeschränkten Abwehrfähigkeit der einzelnen Personen begründet. Deshalb sollen die gemäss § 49 für den Vollzug des Epidemienrechts zuständigen Stellen über die Möglichkeit verfügen, Einrichtungen mit einem erhöhten Expositions- oder Übertragungsrisiko jene Personen- und Gesundheitsdaten zu übermitteln, die zur Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich sind (§ 51 Abs. 2). Umgekehrt sollen die betreffenden Einrichtungen berechtigt werden, den für den Vollzug zuständigen Stellen gemäss § 49 auf Anfrage hin die zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten gemäss Art. 12 Abs. 6 EpG notwendigen Personen- und Gesundheitsdaten gemäss Art. 59 Abs. 2 EpG mitzuteilen (§ 51 Abs. 4). Auch hier wird es sich stets um Krankheiten mit einem ernst zu nehmenden Gefährdungspotenzial handeln.

Bei einer Person, die eine übertragbare Krankheit weiterverbreiten kann, besteht die Möglichkeit, dieser die Ausübung ihres Berufs oder anderer Tätigkeiten ganz oder teilweise zu untersagen (Art. 38 EpG). In solchen Fällen soll dem Departement des Innern gemäss § 51 Abs. 3 die Befugnis zustehen, der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber oder den für die Tätigkeit der Person, die eine übertragbare Krankheit weiterverbreiten kann, Verantwortlichen (z.B. Vorstand eines Vereins), die notwendigen Personen- und Gesundheitsdaten mitzuteilen. Dadurch wird der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber sowie den Verantwortlichen ein rasches Handeln ermöglicht.

§ 52 Ergänzende Vorschriften

Der Regierungsrat soll ermächtigt werden, die Einzelheiten des Epidemienrechts in einer Verordnung zu regeln. Diese Befugnis kommt ihm gemäss § 58 Abs. 1 GesG bereits gegenwärtig zu. Der Regierungsrat kann insbesondere die Zuständigkeiten im Detail festlegen, die Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten, namentlich im Bereich Tuberkulose, regeln, die Vorkehrungen gegen antibiotikaresistente Keime normieren sowie die Einzelheiten der Datenbearbeitung und -bekanntgabe definieren.

4.1.10 Heilmittel und Betäubungsmittel

Vorbemerkungen

Wie bereits in Ziff. 1.3.6.1 des vorliegenden Berichts erwähnt, soll das kantonale Heilmittelgesetz im Rahmen der Totalrevision des GesG aufgehoben werden. Die zentralen Regelungen im Bereich Heil- und Betäubungsmittel sollen neu in das totalrevidierten GesG integriert werden. Die notwendigen Ausführungsbestimmungen, die einen ausgeprägten, technischen Charakter aufweisen, sind inskünftig Bestandteil einer eigenen Verordnung über die Heilmittel und die Betäubungsmittel zu regeln.

§ 53 Zuständigkeiten

Die Zuständigkeit des Departements des Innern im Bereich Heilmittel ergibt sich gegenwärtig aus § 2 des Heilmittelgesetzes. Diese Bestimmung wird in § 53 Abs. 1 überführt. Die Kompetenzbereiche des Departements des Innern im Sektor Betäubungsmittel werden aktuell in § 27^{bis} des Heilmittelgesetzes aufgezählt. Der Regelungsinhalt dieser Bestimmung wird in § 53 Abs. 2 weitgehend übernommen und, soweit erforderlich, entsprechend den vom Bundesrecht vorgeschriebenen kantonalen Vollzugsaufgaben (vgl. Art. 29d Abs. 1 Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951 [Betäubungsmittelgesetz, BetmG; SR 812.121]) ergänzt. § 53 Abs. 3 entspricht vollumfänglich § 5 Abs. 3 des Heilmittelgesetzes.

§ 54 Privatapotheken

Die Privatapotheken, umfassend Apotheken von selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und -ärzten sowie Tierärztinnen und -ärzten sowie Spitalapotheken, werden aktuell in den §§ 19 ff. des Heilmittelgesetzes geregelt. Da das kantonale Heilmittelgesetz aufgehoben werden soll, finden sich die zentralen Vorschriften betreffend Privatapotheken nun in den §§ 54-56. Neu sollen auch Heimapotheken eine ausdrückliche gesetzliche Regelung erfahren. Gegenwärtig existieren lediglich betreffend Spitalapotheken gesetzliche Vorgaben. Auch ein wesentlicher Teil der übrigen Kantone regelt die Heimapotheken in den jeweiligen Gesundheitsgesetzgebungen explizit.

§ 55 Ärztliche, zahnärztliche und tierärztliche Privatapotheken

Diese Vorschrift regelt die Bewilligung von ärztlichen, zahnärztlichen und tierärztlichen Privatapotheken. Die Bewilligungsvoraussetzungen entsprechen vollumfänglich den in § 20 Abs. 1 des Heilmittelgesetzes formulierten Anforderungen (§ 55 Abs. 1). Wie bisher in § 20 Abs. 2 des Heilmittelgesetzes vorgesehen, ist für die unmittelbare Anwendung von Arzneimitteln an Patientinnen und Patienten sowie für deren Abgabe in Notfällen und bei Hausbesuchen keine Bewilligung erforderlich (§ 55 Abs. 2). Neu wird in § 55 Abs. 3 präzisierend festgehalten, dass die direkte Abgabe von Arzneimitteln lediglich für den eigenen Praxisbedarf gestattet ist. Die Arzneimittelabgabe hat zudem stets durch die Bewilligungsinhaberin oder den Bewilligungsinhaber oder unter deren oder dessen unmittelbaren Verantwortung zu erfolgen. Ferner soll der Handverkauf an Dritte und die Belieferung von Wiederverkäuferinnen und -verkäufern ausdrücklich verboten werden. In Weiterführung der gegenwärtigen Regelung in § 21 des Heilmittelgesetzes müssen Patientinnen und Patienten oder Tierhalterinnen und -halter stets auf die Möglichkeit hingewiesen werden, dass Arzneimittel von ihrer Privatapotheke, einer öffentlichen Apotheke freier Wahl oder von einer Versandapotheke bezogen werden können (§ 55 Abs. 4).

§ 56 Spital- und Heimapotheken

§ 56 Abs. 1 übernimmt den Regelungsinhalt von § 22 Abs. 1 des Heilmittelgesetzes. Spital- und neu auch Heimapotheken sollen grundsätzlich nur von einer Apothekerin oder einem Apothe-

ker mit Berufsausübungsbewilligung betrieben werden dürfen. Ferner muss stets die fachgerechte Lagerung, Überwachung und Abgabe der Arzneimittel gewährleistet sein. Sofern Spitäler oder Heime Arzneimittel aber lediglich für bestimmte Patientinnen und Patienten oder Heimbewohnerinnen und -bewohner aus einer Privatapotheke oder auf ärztliches Rezept hin in einer öffentlichen Apotheke beschaffen, verwalten oder durch eine Pflegefachperson ausschliesslich der Bestimmungsperson abgeben, ist hingegen keine Bewilligung erforderlich (§ 56 Abs. 2). Neu wird zusätzlich festgehalten, dass die direkte Abgabe von Arzneimitteln, mit Ausnahme von Notfällen, lediglich für spital- und heimeigene Patientinnen und Patienten gestattet ist (§ 56 Abs. 3).

§ 57 Datenbearbeitung und -bekanntgabe

Missbräuche im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen sowie mit gefälschten oder mehrfach beschafften Rezepten für Arzneimittel sollen in Zukunft noch effizienter bekämpft und verhindert werden können. Deshalb ist es notwendig, dass die für ärztliche und pharmazeutische Belange zuständigen Stellen des Departements des Innern neu ausdrücklich dazu ermächtigt werden, mit Apothekerinnen und Apothekern sowie mit Ärztinnen und Ärzten die hierfür notwendigen Personen- und Gesundheitsdaten über die missbräuchlich handelnden sowie die behandelnden Personen auszutauschen. § 57 Abs. 1 schafft hierfür die notwendige gesetzliche Grundlage und zählt jene Personen- und Gesundheitsdaten auf, die zwecks Bekämpfung des Missbrauchs im Betäubungs- und Heilmittelwesen bearbeitet und ausgetauscht werden dürfen. Der Datenaustausch soll ebenfalls im Rahmen eines Abrufverfahrens, namentlich mittels einer Internet-Plattform, möglich sein (§ 57 Abs. 2). Das Departement soll die technischen und datenschutzspezifischen Einzelheiten in Richtlinien regeln. § 57 Abs. 3 führt die zentralen Punkte an, welche zwingend Gegenstand dieser Richtlinien zu bilden haben. Zu regeln sind mindestens der Kreis der zugriffsberechtigten Personen, die Sorgfaltspflichten, die Zuständigkeiten für die Erteilung, die Aktualisierung und den Entzug der Zugangsberechtigungen, die technischen Massnahmen zum Schutz vor unbefugtem Zugriff sowie die Verantwortung für den technischen Betrieb der Datenplattform. Durch diese Regelung wird den Anforderungen des Legalitätsprinzips sowie den Anforderungen an eine ausreichend bestimmte Delegationsnorm angemessen Rechnung getragen.

§ 58 Ergänzende Vorschriften

Der Regierungsrat soll die Einzelheiten im Bereich des Heilmittel- und Betäubungsmittelrechts auf Verordnungsebene regeln (§ 58 Abs. 1). Zwecks Schaffung der erforderlichen Transparenz werden die zentralen Punkte, die vom Regierungsrat in der Verordnung normiert werden sollen, bereits auf Gesetzesstufe genannt. Er hat insbesondere die Herstellung, die Verschreibung, die Anwendung und die Abgabe von Arzneimitteln zu regeln (vgl. Art. 5 Abs. 2 Bst. a und Art. 24 ff. HMG). Ferner sind nähere Bestimmungen über die bewilligungspflichtigen Einrichtungen im Heilmittelbereich, wie Apotheken, Drogerien und weitere Detailhandelsgeschäfte (Art. 30 HMG), Versandhandelsgeschäfte (Art. 27 HMG) und Betriebe, welche Blut oder Blutprodukte nur lagern (Art. 34 Abs. 4 HMG), zu erlassen. Ausführungsbestimmungen erweisen sich überdies im Zusammenhang mit Bewilligungen und Massnahmen im Betäubungsmittelbereich sowie mit Behandlungen mit Betäubungsmitteln und entsprechende Bestandeskontrollen als notwendig (vgl. etwa Art. 3e, Art. 14 f., Art. 16 ff. und Art. 29d BetmG). Zudem sind allenfalls Vorschriften betreffend die Sperrung des Bezugs von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen zu erlassen.

Dem Regierungsrat soll in § 58 Abs. 2 überdies die Möglichkeit eingeräumt werden, mit anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, öffentlich-rechtlichen oder privaten Institutionen, Organisationen und Einrichtungen sowie weiteren Personen zusammenzuarbeiten und entsprechende Vereinbarungen abzuschliessen. Diese Befugnisse stehen ihm zu gewissen Teilen bereits gemäss § 31 Abs. 2 des Heilmittelgesetzes zu.

4.1.11 Aufsicht und Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen

Vorbemerkungen

Die Vorschriften betreffend Aufsicht und Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen sind aktuell innerhalb des GesG und im kantonalen Heilmittelgesetz verstreut (vgl. § 3 Abs. 1, § 14^{bis} und § 64 GesG sowie § 2, §§ 5 f. und § 27 Heilmittelgesetz). Die betreffenden Vorschriften sollen zwecks Optimierung der Gesetzessystematik neu in einem eigenen Kapitel zusammengefasst und sinnvoll ergänzt werden.

§ 59 Aufsichts befugnisse

Dem Departement des Innern obliegt die zweckmässige Aufsicht über sämtliche Personen mit einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens sowie über sämtliche bewilligungspflichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ein wesentliches – aber nicht das einzige Aufsichtsmittel – stellen Betriebskontrollen dar (§ 59 Abs. 1). Diese sind innerhalb von sachgerechten Zeitintervallen durchzuführen. Die Aufsicht kann zudem mit weiteren, dem konkreten Einzelfall angemessen Rechnung tragenden Mitteln gewährleistet werden. Dem Departement des Innern kommt im Rahmen seiner Tätigkeit als Aufsichtsbehörde ein erheblicher Ermessensspielraum zu, der aber stets in pflichtgemässer Weise auszufüllen ist.

Die Durchführung von Betriebskontrollen und die Entnahme von Proben wird gegenwärtig lediglich für den Heilmittel- und Betäubungsmittelbereich ausdrücklich vorgesehen (vgl. §§ 5 f. Heilmittelgesetz). Im GesG findet sich gegenwärtig keine entsprechende Vorschrift. Zudem regelt § 64 GesG einzig die Beschlagnahmung im Falle des Vorliegens einer Gefahr für die öffentliche Gesundheit, nicht aber die Beschlagnahmung zwecks Vornahme von näheren Untersuchungen und Abklärungen. Aufgrund dessen sollen die Aufsichts befugnisse neu umfassend in § 59 Abs. 2 geregelt werden. Dadurch soll dem Departement des Innern eine zweckmässige Wahrnehmung seiner Aufsichtsfunktionen ermöglicht werden. Es kann namentlich Auskünfte einholen und die Herausgabe von Unterlagen verlangen, wobei nicht anonymisierte Patientendokumentationen nicht ohne das Vorliegen einer Befreiung vom Berufsgeheimnis einverlangt werden dürfen (Bst. a). Da es sich bei den betreffenden Daten in aller Regel um sensible Personendaten handeln dürfte, ist dabei jeweils im Sinne der Verhältnismässigkeit vorzugehen. Das Berufsgeheimnis der Personen mit einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens oder der gemäss der Gesundheitsgesetzgebung bewilligungspflichtigen Einrichtungen gilt gegenüber der Aufsichtsbehörde nur dann nicht, wenn diese im Rahmen eines Bewilligungsentzugs- oder Disziplinarverfahrens ermitteln (vgl. § 16 Abs. 2 Bst. g). Ferner soll die Möglichkeit des Departements des Innern, Räumlichkeiten zu betreten, ausdrücklich normiert werden (Bst. b). In aller Regel hat eine Betriebskontrolle unter vorgängiger Voranmeldung und innerhalb der ordentlichen Geschäftszeiten zu erfolgen. In Ausnahmefällen, namentlich bei zeitlicher Dringlichkeit oder bei Verdacht auf Beseitigung bzw. Verwischung von Beweisen, kann von diesem Grundsatz abgewichen werden. Im Heilmittelbereich finden hingegen regelmässig unangemeldete Betriebskontrollen statt. Das Departement des Innern soll zudem inskünftig zu Untersuchungs- und Abklärungszwecken Proben erheben und Gegenstände provisorisch beschlagnahmen dürfen (Bst. c). Sofern die vorgenommenen Abklärungen ergeben, dass die beschlagnahmten Gegenstände unproblematisch sind, hat die Rückgabe an deren Eigentümer zu erfolgen. Die in § 59 Abs. 2 enthaltene Aufzählung ist nicht abschliessend. Vielmehr können weitere, verhältnismässige Aufsichtsmassnahmen ergriffen werden.

§ 60 Verwaltungsmassnahmen

Das GesG beinhaltet aktuell, abgesehen von der Möglichkeit, Einrichtungen, Drucksachen und Geräte, die einer verbotenen Tätigkeit dienen oder gedient haben, sowie Stoffe und Geräte, die unrechtmässig abgegeben worden oder zur unrechtmässigen Abgabe bestimmt sind, zu beschlagnahmen (vgl. § 64 GesG), keine Regelung betreffend die möglichen Verwaltungsmass-

nahmen im Rahmen der Aufsichtstätigkeit. § 60 Abs. 2 sieht aufgrund dessen neu eine nicht abschliessende Aufzählung möglicher Massnahmen vor. Gegenstände, die einer verbotenen Tätigkeit dienen oder gedient haben oder Gegenstände, welche die Gesundheit gefährden, können definitiv beschlagnahmt, verwahrt oder vernichtet werden (Bst. a). Des Weiteren soll dem Departement des Innern die Befugnis zukommen, die Benützung von Räumen und Einrichtungen (z.B. Benützung eines Operationssaals) zu untersagen sowie Betriebsschliessungen (z.B. Schliessung einer Drogerie) anzuordnen (Bst. b). Derartig einschneidende Massnahmen rechtfertigen sich jedoch lediglich beim Vorliegen von schweren Missständen. Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit ist im Einzelfall stets zu berücksichtigen. Eine Betriebsschliessung kann, sofern dies als zielführend erachtet wird, vorerst nur angedroht werden, unter Ansetzung einer angemessenen Frist zur Behebung der Missstände. Vor Erlass einer Verfügung betreffend das Verbot zur Benützung von Räumen und Einrichtungen oder betreffend Betriebsschliessungen ist der fehlbaren Person oder Einrichtung, abgesehen von dringlichen Fällen, jeweils vorgängig das rechtliche Gehör zu gewähren. Zudem soll dem Departement des Innern die Befugnis zum Verbieten und Beseitigen von unzulässigen Bekanntmachungen und zur Beschlagnahmung der dazu verwendeten Mittel (Bst. c) eingeräumt werden. Der Begriff „Bekanntmachungen“ umfasst neben der Werbung im engeren Sinne gleichzeitig alle Formen der Information betreffend die Heiltätigkeit (z.B. Briefkopf mit unzutreffenden akademischen Titeln, Telefoneinträge etc.).

§ 61 Disziplinar massnahmen

Die Disziplinar massnahmen werden im MedBG, im PsyG und im GesBG für die darin geregelten, in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübten Tätigkeiten abschliessend normiert (vgl. Art. 43 MedBG, Art. 30 PsyG und Art. 19 E GesBG). In § 14^{bis} GesG wird auf diese Differenzierungen aber in keiner Weise hingewiesen. Zwecks Schaffung klarer Verhältnisse soll in § 61 Abs. 1 ausdrücklich festgehalten werden, dass sich die Disziplinar massnahmen für Tätigkeiten gemäss MedBG, PsyG und GesBG, die in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübt werden, abschliessend nach den betreffenden Bundesregelungen richten.

Lediglich für die übrigen Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens sind kantonale Regelungen betreffend Disziplinar massnahmen zulässig. § 61 Abs. 2 unterstellt einerseits Tätigkeiten gemäss MedBG, PsyG und GesBG, die unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht einer Inhaberin oder eines Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung der gleichen Berufsgattung ausgeübt werden, dem kantonalen Disziplinarrecht. Andererseits gilt das kantonale Disziplinarrecht für alle nicht durch das MedBG, das PsyG und das GesBG geregelten Tätigkeiten, die in eigener fachlicher Verantwortung oder unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht einer Inhaberin oder eines Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung der gleichen Berufsgattung bzw. der vorgesetzten Person ausgeübt werden. Auch Tätigkeiten, die gemäss § 10 lediglich auskunfts- und meldepflichtig sind, unterstehen – wie bisher gemäss § 14^{bis} Abs. 1 GesG – dem kantonalen Disziplinarrecht. Neu sollen gemäss § 61 Abs. 2 ebenfalls die bewilligungspflichtigen Einrichtungen ausdrücklich dem kantonalen Disziplinarrecht unterstellt werden. Erfahrungen haben gezeigt, dass Missstände in den betreffenden Einrichtungen gegenwärtig oftmals nicht sachgerecht sanktioniert werden können. Aktuell sind lediglich das Aussprechen einer Verwarnung oder ein Bewilligungsentzug möglich (vgl. § 48 Abs. 3 und § 57 Abs. 2 GesG, § 4 Abs. 3 Heilmittelgesetz und § 22 Abs. 3 SG). Damit sieht die kantonale Gesetzgebung gegenwärtig lediglich jeweils die mildeste und die schärfste Disziplinar massnahme vor. Im Bereich der bewilligungspflichtigen Einrichtungen fehlt es folglich an einem, nach dem Schweregrad der entsprechenden Verfehlungen differenzierenden Sanktionssystem. Durch die Unterstellung der bewilligungspflichtigen Einrichtungen unter das für die Gesundheitsfachpersonen geltende Disziplinarrecht wird diese Regelungslücke geschlossen. Entsprechende Vorschriften finden sich auch in zahlreichen anderen Kantonen.

Im Interesse der Einheitlichkeit orientiert sich der in § 61 Abs. 2 vorgesehene Disziplinar massnahmen-Katalog an demjenigen des Bundesrechts. Aufgrund dessen wird der im Bundesrecht bekannte „Verweis“ neu ebenfalls angeführt. Ausserdem ist das Verbot der Berufsausübung auf

bestimmte Zeit, wie in den bundesrechtlichen Vorschriften vorgesehen, auf maximal sechs Jahre zu befristen.

In den bundesrechtlichen Disziplinarvorschriften ist vorgesehen, dass eine Busse zusätzlich zu einem Verbot der Berufsausübung in eigener Verantwortung angeordnet werden kann (vgl. Art. 43 Abs. 3 MedBG, Art. 30 Abs. 3 PsyG und Art. 19 Abs. 3 GesBG). Dieser Grundsatz soll neu in das kantonale Disziplinarermassnahmenrecht übernommen werden (§ 61 Abs. 3).

§ 61 Abs. 4 regelt neu die Anordnung von vorsorglichen Massnahmen im Rahmen von laufenden Disziplinarermassnahmen. Entsprechende Bestimmungen sieht ebenfalls das Bundesrecht vor (Art. 43 Abs. 4 MedBG, Art. 30 Abs. 4 PsyG und Art. 19 Abs. 4 GesBG). Das Departement des Innern soll inskünftig über die Möglichkeit verfügen, die Bewilligung zur Ausübung einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens oder zum Betreiben einer entsprechenden Einrichtung einzuschränken, mit Auflagen zu verbinden oder zu entziehen. Für jene Tätigkeiten oder Einrichtungen, die nicht der Bewilligungspflicht unterstehen, kann es Verbote zur Ausübung der betreffenden Tätigkeiten oder zum Betrieb der jeweiligen Einrichtungen aussprechen.

§ 62 Verjährung

Das GesG regelt die Verjährung der disziplinarischen Verfolgung gegenwärtig nicht. Das Bundesrecht kennt hingegen solche notwendigen Verjährungsvorschriften (vgl. Art. 46 MedBG, Art. 33 PsyG und Art. 22 GesBG). § 62 übernimmt den Regelungsinhalt der betreffenden Bundesvorschriften für das kantonale Disziplinarrecht vollumfänglich.

§ 63 Meldung und Veröffentlichung

§ 63 Abs. 1 entspricht, abgesehen von minimalen redaktionellen Anpassungen, vollumfänglich § 14^{bis} Abs. 2 GesG.

Das Bundesrecht sieht für den Fall einer Eröffnung eines Disziplinarverfahrens gegen die Inhaberin oder den Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons vor, dass die betreffende Aufsichtsbehörde jene des anderen Kantons informiert (Art. 44 Abs. 1 MedBG, Art. 31 Abs. 1 PsyG und Art. 20 Abs. 1 GesBG). Eine analoge Regelung für die nicht vom Bund geregelten Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens in § 63 Abs. 2 erweist sich als sachgerecht. Zusätzlich gilt die Orientierungspflicht ebenfalls hinsichtlich der Eröffnung von Disziplinarverfahren gegenüber bewilligungspflichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Im Interesse des Schutzes der Patientinnen und Patienten vor Gesundheitsgefährdungen soll dem Departement des Innern – im Rahmen seines pflichtgemässen Ermessens – die Möglichkeit eingeräumt werden, die Erteilung, die Einschränkung, den Entzug und das Erlöschen von Bewilligungen, die Schliessung von Praxen und Einrichtungen, Berufsausübungsverbote sowie Verbote zur Ausübung jeglicher Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens zu veröffentlichen (§ 63 Abs. 3). Dies setzt aber stets voraus, dass die entsprechenden Verfügungen bzw. Bewilligungen in Rechtskraft erwachsen sind. Eine entsprechende Veröffentlichung soll aber lediglich bei Verfehlungen erfolgen, bei welchen eine Information der Bevölkerung massgeblich im öffentlichen Interesse liegt.

4.1.12 Strafbestimmungen

§ 64 Strafbestimmungen

Das GesG sieht in § 63 aktuell keinen Maximalbetrag für Bussen vor. In den Gesundheitsgesetzen der übrigen Kantone wird mehrheitlich eine Obergrenze festgelegt. Im Interesse der Rechtssicherheit sieht § 64 Abs. 1 daher neu einen Maximalbetrag von 100'000 Franken vor. Entsprechende Beträge haben ebenfalls die Kantone AI (Vernehmlassungsentwurf [im Wiederholungs-

fall]), AR, FR (für Einrichtungen), NW, OW (im Wiederholungsfall), SZ und VS in ihren Gesundheitserlassen verankert. Sofern gewerbsmässig oder aus Gewinnsucht gehandelt worden ist, soll sich der Bussenrahmen gemäss § 64 Abs. 2 auf 500'000 Franken erhöhen. Dies ist aufgrund dessen, dass bei solchen Taten eine erhöhte kriminelle Energie vorhanden ist und dem Schutz der Patientinnen und Patienten in derartigen Fällen ein erhöhtes Gewicht beizumessen ist, gerechtfertigt.

Die in § 64 Abs. 1 angeführten Straftatbestände entsprechen nahezu vollumfänglich jenen gemäss § 63 Abs. 1 GesG. Neu soll jedoch lediglich die „erhebliche oder wiederholte“ Überschreitung von Befugnissen durch Inhaberinnen und Inhaber von Bewilligungen gemäss der Gesundheitsgesetzgebung strafrechtlich relevant sein (Bst. b). Überschreitungen von Befugnissen, die weder als erheblich noch als wiederholt qualifiziert werden können, sind im Sinne der Verhältnismässigkeit – als milderer Mittel – mit Disziplinar massnahmen gemäss § 61 zu sanktionieren. Dasselbe gilt für Verstösse gegen die Berufspflichten oder die Patientenrechte, welche inskünftig nur in „schwerwiegenden oder wiederholten“ Fällen zu einer strafrechtlichen Bestrafung führen sollen (Bst. c).

Versuch und Gehilfenschaft werden nur in den vom Gesetz ausdrücklich bestimmten Fällen bestraft (Art. 105 Abs. 2 StGB). Die Gehilfenschaft ist gemäss StGB nur dann strafbar, wenn vorsätzlich zu einem Verbrechen oder Vergehen Hilfe geleistet wird (Art. 25 StGB). Auch der Versuch wird nur bei Verbrechen oder Vergehen als strafbar erklärt (Art. 22 Abs. 1 StGB). Da die Gehilfenschaft und der Versuch auch für Übertretungen gemäss § 64 Abs. 1 unter Strafe gestellt werden sollen, ist dies in § 64 Abs. 3 speziell zu regeln. Aus Gründen der Klarheit soll ebenfalls darauf hingewiesen werden, dass auch die Anstiftung strafbar ist.

Eine juristische Person oder Personengesellschaft wird bestraft, wenn die eigentliche Täterin oder der Täter, also die handelnde, natürliche Person, nicht ohne unverhältnismässigen Untersuchungsaufwand ermittelt werden kann. Dies entspricht dem Grundsatz von Art. 102 StGB zur strafrechtlichen Verantwortung innerhalb eines Unternehmens (§ 64 Abs. 4).

Wie dies bereits gegenwärtig in § 63 Abs. 2 GesG vorgesehen ist, haben die Strafverfolgungsbehörden und die Gerichte die Strafentscheide, die in Anwendung der eidgenössischen und kantonalen Gesundheitsgesetzgebung ergehen, dem Departement des Innern zuzustellen (§ 64 Abs. 5).

§ 65 Übergangsbestimmungen

§ 65 Abs. 1 hält neu fest, dass eine vor Inkrafttreten des totalrevidierten GesG erteilte Berufsausübungs- oder Betriebsbewilligung automatisch erlischt, sofern die betreffende Tätigkeit oder die entsprechende Einrichtung gemäss dem neuen Recht nicht mehr bewilligungspflichtig sind. Gemäss gegenwärtigem GesG erteilte, nicht auf einem eidgenössisch anerkannten Diplom beruhende Berufsausübungsbewilligungen von Naturheilpraktikerinnen und -praktikern in den Bereichen Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin und Akupunktur (vgl. § 10 Abs. 2 und § 27 GesG sowie §§ 24 GesV) bleiben aber noch während einer Übergangsfrist von sieben Jahren nach Inkrafttreten des totalrevidierten GesG gültig (§ 65 Abs. 2).

Wie bereits in § 65 Abs. 1 GesG vorgesehen, sollen die übrigen, vor Inkrafttreten des totalrevidierten GesG erteilten Bewilligungen weiterhin gültig bleiben. Ihr Inhalt richtet sich jedoch nach dem neuen Recht. Fallen die im totalrevidierten GesG vorgesehenen Bewilligungsvoraussetzungen im Vergleich zum alten Recht strenger aus, so soll die Inhaberin oder der Inhaber einer Bewilligung neu verpflichtet werden, diese nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren seit Inkrafttreten des totalrevidierten GesG zu erfüllen. Andernfalls erlischt die betreffende Bewilligung (§ 65 Abs. 3).

§ 65 Abs. 4 entspricht inhaltlich weitgehend § 65 Abs. 2 GesG. Inskünftig soll die Frist für die Einreichung eines Gesuchs für neu der Bewilligungspflicht unterstellte Tätigkeiten und Einrichtungen sechs – anstatt drei – Monate betragen. Erfolgt die Gesuchstellung nicht innert dieser Frist, ist die weitere Ausübung der betreffenden Tätigkeit oder der Betrieb der betreffenden Einrichtungen untersagt. Vorbehalten bleiben aber stets abweichende Vorschriften des übergeordneten Rechts.

In § 13 Abs. 1 Bst. g wird neu vorgesehen, dass die Berufsausübungsbewilligung mit dem Erreichen der Altersgrenze von 70 Jahren grundsätzlich erlischt. Erstere kann jedoch auf Gesuch hin – mittels Vorlage eines ärztlichen Nachweises für eine in physischer und psychischer Hinsicht einwandfreie Berufsausübung – jeweils um zwei Jahre verlängert werden. Zwecks Verhinderung eines ungewollten Erlöschens der Berufsausübungsbewilligung sieht § 65 Abs. 5 vor, dass Personen, die über 70 Jahre alt sind, innert sechs Monaten nach Inkrafttreten des totalrevidierten GesG ein Gesuch um Verlängerung der Berufsausübungsbewilligung einzureichen haben.

Das totalrevidierte GesG wird mit grosser Wahrscheinlichkeit vor dem GesBG in Kraft treten. Ersteres stellt jedoch bereits massgeblich auf die Bestimmungen des GesBG und die darin vorgesehenen Fremdänderungen des MedBG und des PsyG ab. Aufgrund dessen soll in § 65 Abs. 6 ausdrücklich festgehalten werden, dass sich die Bewilligungspflicht, die Bewilligungsvoraussetzungen, die Entzugsgründe, die Berufspflichten und die Disziplinar massnahmen für die Bereiche Pflege, Hebammenwesen, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Optometrie und Osteopathie bis zum Inkrafttreten des GesBG nach dem kantonalen Recht richten (Bst. a). Für universitäre Medizinalberufe sowie Psychologieberufe besteht die Bewilligungspflicht bis zum Inkrafttreten des GesBG entsprechend für die „privatwirtschaftliche“ Berufsausübung (Bst. b). Ferner sollen in öffentlich-rechtlichen Einrichtungen bis zum Inkrafttreten des GesBG einzig gesamtverantwortliche Leitungspersonen sowie deren Stellvertretung eine Berufsausübungsbewilligung benötigen (Bst. c).

Den Berufsorganisationen muss eine angemessene Zeit für die Erarbeitung bzw. Überarbeitung ihrer Notfalldienstreglemente eingeräumt werden. Dies gilt insbesondere für die Berufsorganisation der Tierärztinnen und -ärzte, die den Notfalldienst für ihren Tätigkeitsbereich komplett neu zu organisieren hat. Deshalb sieht § 65 Abs. 7 vor, dass die Berufsorganisationen ihre Notfalldienstreglemente zwecks Prüfung und Vorbereitung von deren Verbindlichkeitserklärung durch den Regierungsrat innert sechs Monaten seit Inkrafttreten des totalrevidierten GesG dem Departement des Innern einzureichen haben.

§ 66 Ausführungsbestimmungen

Wie bisher, soll der Regierungsrat auf Verordnungsebene die notwendigen Ausführungsbestimmungen erlassen (vgl. § 66 Abs. 1 GesG). Es ist einerseits vorgesehen, dass der Regierungsrat eine totalrevidierte Vollzugsverordnung zum neuen Gesundheitsgesetz (GesV) verabschieden wird. Die wichtigsten Regelungsbereiche der betreffenden Verordnung werden in § 66 in nicht abschliessender Weise aufgezählt:

- Bewilligungspflicht für in eigener fachlicher Verantwortung tätige Personen, Ausnahmen von der Bewilligungspflicht sowie Bewilligungsvoraussetzungen,
- Auskunfts- und Meldepflicht bei bewilligungsfreien Tätigkeiten,
- Berufspflichten, namentlich Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht,
- Notfalldienst,
- Bewilligungsvoraussetzungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens, namentlich besondere Bewilligungsvoraussetzungen für bestimmte Einrichtungen,
- besondere Patientenrechte und -pflichten für stationäre und teilstationäre Einrichtungen,

- Entnahme von Organen, Gewebe oder Zellen bei urteilsunfähigen oder minderjährigen Personen.

Ferner kann der Regierungsrat bei Bedarf weitere Gesundheitsberufe der Bewilligungspflicht unterstellen oder einzelne Tätigkeiten als bewilligungsfrei erklären (§ 8 Abs. 2). Er regelt überdies die Einzelheiten betreffend die Stellvertretung, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter der fachlichen Verantwortung und der direkten Aufsicht der Inhaberin oder des Inhabers der Berufsausübungsbewilligung, die Praktikantinnen und Praktikanten sowie die maximale Anzahl der zulässigen Anstellungen und Stellenprozente gemäss § 15 Abs. 4 (§ 15 Abs. 5). Der Regierungsrat kann ausserdem weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens als bewilligungspflichtig erklären und die damit zusammenhängenden Einzelheiten regeln (§ 21 Abs. 4). Überdies kann er in begründeten Fällen längere Aufbewahrungsfristen für Patientendokumentationen vorsehen (§ 18 Abs. 3). Weiter ist er ermächtigt, Ausführungsbestimmungen betreffend die Krebsregistrierung zu erlassen (§ 47 Abs. 3).

Die totalrevidierte GesV wird sich als erheblich schlanker präsentieren als die bisherige, da inskünftig auf die Regelung des Tätigkeitsbereichs, die erforderlichen Fachkenntnisse und die besonderen Berufspflichten für jede einzelne Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens verzichtet werden soll.

Andererseits ist geplant, dass der Regierungsrat zusätzlich die folgenden Verordnungen erlässt:

- Verordnung über die Heilmittel und die Betäubungsmittel (§ 58 Abs. 1),
- Verordnung über den Vollzug der eidgenössischen Epidemiengesetzgebung (§ 52),
- Verordnung über den schulärztlichen Dienst und die Schulzahnpflege (§ 48 Abs. 5).

4.1.13 Fremdänderungen

4.1.13.1 EG ZGB

§ 142 (geändert)

§ 142 EG ZGB wird mit dem Zusatz „sofern das übergeordnete Recht keine abweichenden Vorschriften vorsieht“ ergänzt. Diese Präzisierung ist deshalb notwendig, da unter Umständen auch Personen, die eine öffentliche Aufgabe wahrnehmen, von Bundesrechts wegen lediglich als meldeberechtigt bezeichnet werden.

4.1.13.2 Volksschulgesetz

§ 16 (geändert)

§ 16 des Volksschulgesetzes steht gegenwärtig mit der Gesundheitsgesetzgebung nicht im Einklang. Aufgrund dessen ist die betreffende Bestimmung mit dem totalrevidierten GesG zu harmonisieren. Neu soll § 16 einzig den Schulpsychologischen Dienst zum Gegenstand haben.

§ 16 Abs. 1 entspricht weitgehend § 16 Abs. 1 des gegenwärtigen Volksschulgesetzes. Der Passus, wonach der Kanton für die kinderpsychiatrische Betreuung sorgt, wurde gestrichen. Die kinderpsychiatrische Betreuung im Allgemeinen wird durch die Leistungserbringer (z.B. Psychiater, psychiatrische Kliniken) gewährleistet. Der Kanton ist lediglich für das Unterhalten eines Schulpsychologischen Dienstes zuständig. § 16 Abs. 1^{bis} sieht zudem neu vor, dass der Regierungsrat die Einzelheiten der Organisation in einer Verordnung regelt.

§ 16^{bis} (neu)

Diese Bestimmung äussert sich zum schulärztlichen Dienst sowie zur Schulzahnpflege und verweist hinsichtlich der Zuständigkeiten, der Aufgaben und der Organisation auf das totalrevidierte GesG.

4.1.13.3 Gesetz über die Kantonspolizei

§ 36^{sexies} (geändert)

§ 36^{sexies} des Gesetzes über die Kantonspolizei regelt gegenwärtig einzig die Modalitäten für die Durchführung von Alkohol-Testkäufen, hingegen nicht von Tabak-Testkäufen. Ohne gesetzliche Grundlage sind Tabak-Testkäufe zwar bereits aktuell zulässig, jedoch sind deren Ergebnisse in einem allfälligen Strafverfahren nicht verwertbar, wohingegen diese im Rahmen von verwaltungsrechtlichen Verfahren berücksichtigt werden dürfen (Urteil des Bundesgerichts 6B_334/2011 vom 10. Januar 2012). Es existiert keine Bundesregelung für Tabak-Testkäufe. Folglich eine entsprechende formell-gesetzliche Grundlage im kantonalen Recht erforderlich. Es ist lediglich eine entsprechende Ergänzung der Sachüberschrift von § 36^{sexies} notwendig.

4.1.13.4 SpiG

Vorbemerkungen

Im SpiG wird einzig von Spitälern gesprochen. Jedoch werden auch Geburtshäuser ausdrücklich von Krankenversicherungsgesetzgebung des Bundes erfasst (vgl. Art. 39 Abs. 1 und 3 KVG). Aufgrund dessen soll inskünftig stets von „Spitälern und Geburtshäusern“ gesprochen werden.

§ 2 Abs. 2 (neu)

Die Kantone sind von Bundesrechts wegen verpflichtet, den hochspezialisierten Leistungsbereich gesamtschweizerisch zu planen (vgl. Art. 39 Abs. 2^{bis} Satz 1 KVG). Per 1. Januar 2009 ist die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008 in Kraft getreten, der alle Kantone beigetreten sind. Die IVHSM hat ein interkantonales Beschlussorgan eingesetzt, das zum einen die hochspezialisierten, einer schweizweiten Konzentration bedürftigen Leistungsbereiche definiert und zum anderen diese Leistungen an die Spitäler zuteilt. Letztere sind anschliessend zur Leistungserbringung zu Lasten der OKP berechtigt (vgl. Art. 9 Abs. 1 IVHSM). Abweichende Spitallistenzulassungen der Kantone gelten im entsprechenden Umfang als aufgehoben (Art. 9 Abs. 2 IVHSM). Zwecks Klarstellung dieser Mechanismen sollen in § 2 Abs. 2 rechtskräftige Entscheide gestützt auf die IVHSM ausdrücklich vorbehalten werden.

§ 3 (geändert)

In § 3 soll das Verfahren der Spitalplanung im Vergleich zum gegenwärtigen Recht eingehender geregelt werden. So wird in § 3 Abs. 1 neu vorgesehen, dass die Spitalplanung in einem entsprechenden Bericht zu dokumentieren ist. Dies wurde und wird bereits aktuell so gehandhabt. Die Spitalplanung kann sich selbstverständlich auch auf mehrere Berichte abstützen. § 3 Abs. 1^{bis} den Spitalplanungsbericht ausdrücklich der regierungsrätlichen Genehmigungspflicht. Dies entspricht der geltenden Praxis im Kanton Solothurn. So genehmigte der Regierungsrat am 26. Juni 2017 diverse Grundlagenberichte zur Spitalplanung Akutsomatik 2012-2025 (RRB 2017/1108). Diese beinhalten insbesondere eine Beschreibung des Spitalplanungsprozesses sowie der Planungskriterien, anhand welcher das auf der kantonalen Spitalliste zu sichernde Angebot bestimmt wird. Ebenfalls Gegenstand der Grundlagen sind ein Wirtschaftlichkeitsvergleich sowie eine Aktualisierung der Bedarfsermittlung. § 3 Abs. 2 hält neu in präzisierender Weise fest, dass gestützt auf die Spitalplanung für die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation die

nach Leistungsgruppen gegliederte Spitalliste erlassen wird. Dies widerspiegelt die gegenwärtige Praxis, wonach auf der Spitalliste für jeden Leistungserbringer das konkrete Leistungsspektrum bzw. die Leistungsgruppen (z.B. Gynäkologie, Urologie etc.) aufgeführt wird bzw. werden. Spitäler können auch lediglich für Teile ihres Angebots auf die Spitalliste aufgenommen werden. Der Kanton Solothurn veröffentlicht die aktuelle Spitalliste zwecks Schaffung der erforderlichen Transparenz jeweils im Internet (Homepage des Gesundheitsamts). Diese Usanz wird neu in § 3 Abs. 3 ausdrücklich festgehalten.

Gemäss § 3 Abs. 4 überprüft der Regierungsrat sowohl die Spitalplanung als auch die Spitalliste periodisch und nimmt bei Bedarf sowie nach erfolgter Anhörung der Betroffenen, wie namentlich betroffene Spitäler und Geburtshäuser, Gemeinden und allenfalls Versicherer, die erforderlichen Anpassungen vor. Nicht anzuhören sind hingegen Dritte, wie namentlich politische Parteien. Auf die Festlegung von konkreten Planungs- und Überprüfungsintervallen im Gesetz soll verzichtet werden, da sich die relevanten Planungsparameter jeweils in unterschiedlichen, nicht vorhersehbaren Zeitabständen verändern.

§ 3^{bis} (geändert)

§ 3^{bis} Abs. 1^{bis} hält neu fest, dass die Aufnahme eines Spitals oder eines Geburtshauses – nebst dem quantitativen Bedarf gemäss Versorgungsplanung (Art. 3^{bis} Abs. 1 SpiG) – die Erfüllung der Kriterien gemäss Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG, namentlich betreffend Qualität und Wirtschaftlichkeit, voraussetzt.

Der Regierungsrat genehmigte per 26. Juni 2017 unter anderem den Bericht Grundlagen Spitalplanung Akutsomatik 2012-2025. Dieser enthält die aktuellen, überarbeiteten Planungskriterien in quantitativer und qualitativer Hinsicht, anhand welcher das auf der kantonalen Spitalliste zu sichernde Angebot bestimmt wird. Gemäss § 3^{bis} Abs. 2 SpiG wird der Regierungsrat gegenwärtig einzig zur Festlegung der qualitativen Kriterien für die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste ermächtigt. Diese Vorschrift greift zu kurz. Vielmehr soll der Regierungsrat, basierend auf den in § 3^{bis} Abs. 2 angeführten Vorgaben, sämtliche Voraussetzungen für die Aufnahme eines Spitals oder Geburtshauses auf die Spitalliste sowie die weiteren Einzelheiten in einer Verordnung, namentlich in der Verordnung über die Spitalliste vom 27. September 2011 (SpiVO; BGS 817.116), regeln können. § 3^{bis} Abs. 2 Bst. a enthält neu ausschliesslich Vorgaben betreffend die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Die relevanten Parameter betreffend die Qualität werden in einem separaten § 3^{bis} Abs. 2 Bst. a^{bis} geregelt. Als zusätzliche Maxime im Bereich der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung soll die Förderung der ambulanten Versorgung neu ausdrücklich genannt werden. Dabei handelt es sich um einen wichtigen Grundsatz, da nach einhelliger Auffassung der Kantone davon ausgegangen wird, dass durch die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich Kosteneinsparungen realisiert werden können. Durch eine optimale Abstimmung zwischen stationären und ambulanten Angeboten lassen sich Synergien und allfällige Effizienzvorteile sinnvoll nutzen. Im Bereich der Qualität der Leistungserbringung werden zusätzlich geringe Fallzahlen als zu berücksichtigender Faktor angeführt. Dieses Kriterium trägt der Tatsache Rechnung, dass geringe Fallzahlen eines Leistungserbringers in einer bestimmten Leistungsgruppe gewichtige Indizien dafür sind, dass die betreffenden Fachpersonen in diesem Bereich nicht über die angezeigte Routine verfügen. Neu werden zudem explizit die ausreichende Abdeckung der medizinischen Versorgung und die Versorgungsrelevanz der Spitäler und Geburtshäuser als zu berücksichtigende Punkte erwähnt. Der Abdeckungsgrad der Spitalliste, der sich zur Abdeckung des Bedarfs der Bevölkerung des Kantons Solothurn an medizinischen Dienstleistungen durch die auf der Spitalliste angeführten Leistungserbringer äussert, ist ein zentraler Indikator in Bezug auf die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots zugunsten der kantonalen Wohnbevölkerung. Die Versorgungsrelevanz fokussiert auf die Rolle der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungssystems. Dabei wird unterschieden zwischen der Versorgungsrelevanz auf Ebene des Leistungserbringers im Gesamten sowie der Versorgungsrelevanz auf Ebene der Leistungsgruppen.

§ 3^{bis} Abs. 3 SpiG sieht unter anderem vor, dass der Regierungsrat Leistungsaufträge mit Auflagen, „insbesondere bezüglich Verwendung des Investitionsanteils“ verbinden kann. Neu soll der Passus betreffend den Investitionsanteil weggelassen werden, da der Kanton in diesem Bereich nicht in die Unternehmensstrategien der Leistungserbringer eingreifen möchte.

Die Pflicht der Leistungserbringer mit einem kantonalen Leistungsauftrag, das Departement des Innern unverzüglich über sämtliche Änderungen der im Zusammenhang mit der Spitalplanung stehenden Verhältnisse zu informieren, soll neu explizit in § 3^{bis} Abs. 3^{bis} festgehalten werden. Die betreffende Pflicht haben die Leistungserbringer gestützt auf entsprechende Bestimmungen in den Leistungsaufträgen und -vereinbarungen bereits heute. Im Zusammenhang mit den Leistungsvereinbarungen sieht § 3^{ter} Abs. 3 SpiG schon gegenwärtig entsprechende Auskunftspflichten auf Gesetzesstufe vor.

§ 3^{bis} Abs. 4 SpiG wird dahingehend konkretisiert, dass Leistungsaufträge nicht einzig ganz oder teilweise entzogen, sondern auch befristet oder nicht mehr verlängert werden können. Zudem sollen entsprechende Massnahmen inskünftig nicht nur dann angeordnet werden können, wenn ein Leistungserbringer die Voraussetzungen für die Aufnahme gänzlich nicht mehr erfüllt. Auch bei bloss teilweiser Erfüllung der betreffenden Anforderungen soll die Befristung, Nichtverlängerung sowie die teilweise oder gänzliche Entziehung des Leistungsauftrags möglich sein.

§ 3^{ter} Abs. 3

Der betreffende Absatz, welcher die Datenübermittlung und Auskunftspflicht der Spitäler und Geburtshäuser im Zusammenhang mit dem Abschluss und der Überprüfung der Leistungsvereinbarung zum Gegenstand hat, kann aufgehoben werden, da dieser Aspekt neu in § 5^{sexies} geregelt wird.

§ 5^{quinquies} (neu)

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist heute unbestritten. In der vom Regierungsrat am 22. September 2015 (RRB Nr. 2015/1516) genehmigten Eigentümerstrategie der soH ist dementsprechend ausdrücklich festgehalten, dass bei den Behandlungen insbesondere der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu berücksichtigen ist. Die GDK vertritt den Standpunkt, dass in der Schweiz gegenwärtig noch zu viele Leistungen stationär erbracht werden, welche aus medizinischer Sicht ambulant erbracht werden könnten, und ortet in diesem Sektor ein Potenzial zur Senkung der Kosten bei gleichbleibender Behandlungsqualität. Sowohl auf nationaler als auch auf kantonaler Ebene gibt es Bestrebungen, den Spitälern in einem Katalog festgehaltene Leistungen in der Regel nur noch dann zu vergüten, wenn sie ambulant erbracht werden. Selbstredend sollen aus medizinischer Sicht gerechtfertigte Ausnahmen möglich sein. Der Bund hat im Oktober 2017 das Konsultationsverfahren zur geplanten Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 [Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31] betreffend „ambulant vor stationär“ eröffnet.

Der Kanton Solothurn beabsichtigt, die Entwicklungen auf nationaler Ebene und in den übrigen Kantonen zu beobachten und eingehend zu analysieren. Dem Departement des Innern soll gemäss § 5^{quinquies} Abs. 1 die Möglichkeit eingeräumt werden – zum gegebenen Zeitpunkt und nach erfolgter Beurteilung der Wirksamkeit der jeweiligen Pilotprojekte der Kantone LU, VS, ZG und ZH – einen Katalog jener Untersuchungen und Behandlungen festzulegen, bei welchen die ambulante Durchführung in aller Regel wirksamer, zweckmässiger oder wirtschaftlicher ist als die stationäre (Art. 32 Abs. 1, Art. 49 Abs. 4 und Art. 56 Abs. 1 KVG). Nachdem der entsprechende Katalog festgelegt worden ist, wird das Departement des Innern den Kantonsanteil für stationäre Behandlungen lediglich noch dann leisten, wenn eine stationäre Durchführung aus besonderen, in § 5^{quinquies} Abs. 2 Bst. a-c nicht in abschliessender Weise angeführten Gründen notwendig

ist (§ 5^{quinquies} Abs. 2). Der Kanton ZH verfügt über eine vergleichbare Vorschrift auf Gesetzesstufe, in den Kantonen BL und BS sind entsprechende Bestimmungen geplant.

Die Einzelheiten, insbesondere die Pflichten der Spitäler und Geburtshäuser, die eine Ausnahme gemäss § 5^{quinquies} Abs. 2 geltend machen, die Einsichtsrechte des Departements des Innern in die Patientendokumentationen sowie das Verfahren sollen durch den Regierungsrat auf dem Verordnungswege, namentlich in der SpiVO, geregelt werden (§ 5^{quinquies} Abs. 3). Damit lässt sich die nötige Flexibilität für allfällige Entwicklungen in diesem Sektor gewährleisten.

§ 5^{sexies} und § 5^{septies} (neu)

Das SpiG enthält gegenwärtig keine Vorschriften betreffend die Datenlieferung, -bearbeitung und -veröffentlichung im Zusammenhang mit der Spitalplanung und der Spitalfinanzierung (vgl. die einschlägigen Vorschriften zugunsten der Bundesbehörden: Art. 23 KVG und Art. 59a KVG sowie Art. 28 ff. KVV). Für die Bearbeitung von Daten ist eine formell-gesetzliche Grundlage im kantonalen Recht erforderlich. Die gegenwärtigen Regelungslücken sollen durch § 5^{sexies} und § 5^{septies} geschlossen werden.

§ 5^{sexies} regelt die Datenlieferung der Spitäler und Geburtshäuser an das Departement des Innern. Erstere sind angehalten, innert der angesetzten Frist sämtliche patienten- und betriebsbezogenen Daten zu liefern, die das Departement des Innern für den Spitalplanungsprozess (Erarbeitung der Spitalplanung, Erstellung der Spitalliste, Vergabe der Leistungsaufträge, Abschluss der Leistungsvereinbarungen, Controlling, Qualitäts- und Kostenvergleiche) sowie die Spitalfinanzierung (Rechnungskontrolle im Zusammenhang mit Referenz- und Standorttarifen, Prüfung des Kantonsanteils, Ausübung des Rückgriffsrechts des Kantons) benötigt.

§ 5^{septies} hat die Datenbearbeitung und -veröffentlichung zum Gegenstand. Das Departement ist ermächtigt, im Rahmen seiner Aufgaben in den Bereichen Spitalplanung und Spitalfinanzierung sämtliche hierzu erforderlichen patienten- und betriebsbezogenen Daten zu bearbeiten (§ 5^{septies} Abs. 1). Betriebsbezogene Daten, wie insbesondere Angaben über Zusatzhonorare, Personalbestand und die fallbezogene Kostenträgerrechnung, dürfen ohne Anonymisierung bearbeitet werden (§ 5^{septies} Abs. 2). Es handelt sich hierbei insbesondere um Daten der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS). Patientenbezogene Daten, wie insbesondere Name, Alter, Geschlecht, Wohnort, AHV-Nummer sowie Art und Umfang der bezogenen Leistung, sind hingegen vor der Datenerhebung zwingend zu anonymisieren, sofern diese nicht für die Rechnungskontrolle, die Prüfung des Kantonsanteils, die Kodierrevision oder die Leistungsstatistik verwendet werden (§ 5^{septies} Abs. 3). Das Departement des Innern soll gemäss § 5^{septies} Abs. 4 ermächtigt werden, unter Wahrung der jeweiligen Geschäftsgeheimnisse, betriebsbezogene Daten der Spitäler und Geburtshäuser von öffentlichem Interesse in nicht anonymisierter Form zu veröffentlichen. Patientenbezogene Daten sind stets in anonymisierter Form zu veröffentlichen, wobei keine Rückschlüsse auf natürliche Personen möglich sein dürfen.

4.1.13.5 SG

§ 22 Abs. 2 (aufgehoben) und Abs. 3 (geändert)

Für die Frage der Bewilligungspflicht soll es sinnigerweise keine Rolle spielen, ob eine soziale Institution durch ein kantonales oder kommunales Gemeinwesen oder durch Private betrieben wird. Auch in anderen Rechtsgebieten benötigen kantonale oder kommunale Einrichtungen jeweils eine Bewilligung. Das Krankenversicherungsrecht des Bundes unterscheidet beispielsweise auch nicht zwischen öffentlich-rechtlichen und privaten Einrichtungen (z.B. öffentliche und private Spitäler). Dementsprechend ist § 22 Abs. 2 SG aufzuheben. Bewilligungen werden zudem ausschliesslich als Betriebsbewilligung, Anerkennung oder Berufsausübungsbewilligung erteilt. Der in § 22 Abs. 3 SG vorgesehene Passus „in der Regel“ soll deshalb gestrichen werden.

§ 22 Abs. 1 Bst. f, Abs. 2^{bis} (neu) und Abs. 3 (geändert)

Zu den sozialen Institutionen gemäss §§ 21 SG zählen unter anderem auch Einrichtungen, die gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung zur Gruppe der Leistungserbringer zählen und zu Lasten der OKP abrechnen können. Dabei handelt es sich insbesondere um Pflegeheime (Art. 39 Abs. 3 KVG) und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bzw. die öffentlichen und privaten Spitex-Organisationen (Art. 51 KVV). Sofern diese sozialen Institutionen als Leistungserbringer zu Lasten der OKP tätig werden möchten, haben diese bereits von Bundesrechts wegen spezifische Voraussetzungen zu erfüllen. So müssen Pflegeheime eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung sicherstellen (vgl. Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG). Spitex-Organisationen benötigen eine kantonale Zulassung, müssen ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festlegen, über das erforderliche Fachpersonal mit einer dem Tätigkeitsbereich entsprechenden Ausbildung und über dem Tätigkeitsbereich entsprechende Einrichtungen verfügen. Zudem haben sie an Massnahmen zur Qualitätssicherung teilzunehmen, die eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige Erbringung der Krankenpflege gewährleisten (Art. 51 KVV).

§ 22 Abs. 1 SG enthält gegenwärtig keine auf die medizinischen und gesundheitsrechtlichen Anforderungen fokussierende Bewilligungsvoraussetzungen. Vielmehr steht diesbezüglich die sozialpolitische Ausrichtung im Vordergrund. § 22 Abs. 2 SG hält lediglich fest, dass eine Bewilligung mit Bedingungen und Auflagen namentlich betreffend die Eignung des Personals in fachlicher und persönlicher Hinsicht sowie die Begleitung, Betreuung und Behandlung der betroffenen Menschen verbunden werden „kann“. Dies erweist sich für soziale Einrichtungen, die in der Krankenversicherungsgesetzgebung als Leistungserbringer bezeichnet und zu Lasten der OKP tätig sein können, als unzureichend. Deshalb sieht § 22 Abs. 2 Bst. e für die vorerwähnten sozialen Institutionen neu die sinngemässe Anwendbarkeit der Bewilligungsvoraussetzungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens gemäss GesG vor. Dadurch wird sichergestellt, dass die betreffenden sozialen Institutionen die gesundheitspezifischen Anforderungen, die für einen Leistungserbringer gelten, zu beachten haben. Für andere Einrichtungen, die nicht zur Gruppe der Leistungserbringer zählen, wie etwa Kinderheime, Pflegeheime und dergleichen, gelangt § 22 Abs. 1 Bst. f hingegen nicht zur Anwendung.

Für jene sozialen Institutionen, die gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung zur Gruppe der Leistungserbringer zählen und zu Lasten der OKP abrechnen können, sollen die gleichen Grundsätze wie für die im totalrevidierten GesG geregelten Einrichtungen des Gesundheitswesens gelten. Eine unterschiedliche Behandlung würde gegen den Grundsatz der Rechtsgleichheit (Art. 8 BV) verstossen. Dementsprechend wird in § 22 Abs. 2^{bis} vorgesehen, dass die im GesG geregelten Grundsätze betreffend die Berufsausübung, das Berufsgeheimnis, die Meldepflichten, die Berufspflichten, die Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht, das Verfahren und die Modalitäten betreffend die Betriebsbewilligungen, die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten, die Aufsicht sowie die Straf- und Übergangsbestimmungen für soziale Institutionen, die zur Gruppe der Leistungserbringer zählen, sinngemäss zur Anwendung gelangen. Bislang werden lediglich die in den betreffenden Einrichtungen tätigen Gesundheitsfachpersonen durch die Bestimmungen der Gesundheitsgesetzgebung in die Pflicht genommen, hingegen nicht die sozialen Einrichtungen als solche. Einzig die Patientenrechte werden ebenfalls gegenüber Alters- und Pflegeheimen sowie Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege als massgeblich erklärt (vgl. § 29 GesG). Dies erweist sich aufgrund der personellen Fluktuationen in den betreffenden Einrichtungen als unzweckmässig. Verantwortlich sollte sinnigerweise stets die Einrichtung als solche sein. Mit § 22 Abs. 2^{bis} wird die gegenwärtige, unbefriedigende Regelung korrigiert. § 22 Abs. 3 SG wird dahingehend präzisiert, dass sich die Entzugsgründe für soziale Einrichtungen, die gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung nicht zur Gruppe der Leistungserbringer zählen, nach der Sozialgesetzgebung richten. Deren Bewilligung kann entzogen werden, sofern die Voraussetzungen gemäss § 22 Abs. 1 SG nicht mehr erfüllt sind.

4.1.14 Aufhebungen

Der vorliegende Vorentwurf zum GesG soll an die Stelle des bisherigen GesG treten, weshalb Letzteres aufzuheben ist. Da die zentralen Grundsätze betreffend Heilmittel und Betäubungsmittel neu im Vorentwurf zum GesG geregelt und die Einzelheiten in einer separaten Verordnung normiert werden sollen, ist überdies das kantonale Heilmittelgesetz aufzuheben. Das Gesetz über die Schulzahnpflege wird obsolet, da die zentralen Punkte neu im totalrevidierten GesG normiert werden und die notwendigen Ausführungsbestimmungen, zusammen mit dem schulärztlichen Dienst, in eine spezielle Verordnung überführt werden.

4.2 Beschlussesentwurf 2: Gebührentarif

Vorbemerkung

Die §§ 41 ff. GT nennen neben den Gebührentatbeständen und dem Gebührenrahmen stets die zugrundeliegenden gesetzlichen Grundlagen. Darauf soll inskünftig verzichtet werden. Erstens erwähnt der GT in den meisten übrigen Sachbereichen ebenfalls keine spezifischen Rechtsgrundlagen. Zweitens ändern sich die betreffenden Rechtsgrundlagen regelmässig, wodurch die Aktualität des GT unnötig leidet.

§ 40 Abs. 1 Bst. a (geändert), Bst. b und c (aufgehoben) und Bst. d (geändert) sowie Abs. 2 (neu)

Die Bestimmung soll neu einzig die Gebühren für die Erteilung oder die Verweigerung von Berufsausübungsbewilligungen und die weiteren Bewilligungen im Zusammenhang mit der Berufsausübung regeln. Die Gebühren für den Bewilligungsentzug werden hingegen in § 44, zusammen mit den Gebühren für Disziplinar massnahmen, normiert. Dies rechtfertigt sich deshalb, da sowohl Bewilligungsentzüge als auch Disziplinar massnahmen sanktionierenden Charakter aufweisen und daher an gleicher Stelle zu regeln sind.

Inskünftig soll in § 40 Bst. a für sämtliche Tätigkeiten, die in eigener fachlicher Verantwortung im Bereich des Gesundheitswesens ausgeübt werden, ein einheitlicher Gebührenrahmen festgelegt werden. Gegenwärtig sieht § 40 Abs. 1 Bst. a, b und d GT für Medizinalpersonen (1), Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Heilpraktikerinnen und -praktiker (2) sowie für die anderen Berufe der Gesundheitspflege (3) je separate Gebührenregelungen vor, ohne dass dies zwingend notwendig wäre. Der neu vorgesehene Gebührenrahmen entspricht vollumfänglich dem gegenwärtig geltenden Rahmen. Der Gebührenrahmen für die Bewilligung von Assistenzen und Stellvertretungen wird leicht gesenkt. Neu sollen Gebühren zwischen 100-200 Franken – und nicht mehr generell von 200 Franken – erhoben werden (vgl. § 40 Abs. 1 Bst. d). Damit kann dem unterschiedlich grossen Bearbeitungsaufwand entsprechender Gesuche im Einzelfall angemessen Rechnung getragen werden.

Gemäss dem totalrevidierten GesG soll eine Berufsausübungsbewilligung neu erlöschen, sofern eine Bewilligungsinhaberin oder ein Bewilligungsinhaber nicht den ärztlichen Nachweis für eine in physischer und psychischer Hinsicht einwandfreie Berufsausübung erbringt. Aufgrund dessen ist eine entsprechende Gebührenregelung im GT notwendig, wonach für die Prüfung und Bescheinigung, dass eine Inhaberin oder ein Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung weiterhin eine einwandfreie Berufsausübung zu gewährleisten vermag, Gebühren von 50-200 Franken erhoben werden können.

§ 41 Abs. 1 Bst. a, b, c (geändert), c^{bis} (neu), d (geändert), e (aufgehoben), f und g (geändert), h (aufgehoben) und i (geändert), Abs. 2 Bst. a (geändert), a^{bis} und a^{ter} (neu) und Abs. 3 (neu)

Analog zur Regelung bei den Berufsausübungsbewilligungen und den weiteren Bewilligungen im Zusammenhang mit der Berufsausübung sollen die Gebühren für den Bewilligungsentzug neu in § 44, zusammen mit den Gebühren für Disziplinar massnahmen, normiert werden.

Der in § 44 Abs. 1 Bst. b GT verwendete Begriff „Privatapotheken“ wird an die Terminologie des totalrevidierten GesG angepasst. Deshalb soll inskünftig von „ärztlichen, zahnärztlichen und tierärztlichen Privatapotheken“ die Rede sein. Ferner sollen zusätzlich zu den Spitalapotheken auch Heimapotheken in § 41 Abs. 1 Bst. c ausdrücklich genannt werden, da diese im totalrevidierten GesG neu geregelt werden. Neben Apotheken und Drogerien existieren noch weitere Detailhandelsgeschäfte und Abgabestellen (vgl. § 41 Abs. 1 Bst. c^{bis}). Darunter fallen namentlich Privatapotheken von Fachleuten der Komplementärmedizin, Zoo- und Imkerfachgeschäfte sowie die Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Rahmen der Berufsausübung. Der betreffende Gebührentatbestand ist aus systematischen Gründen im Anschluss an jenen betreffend die Spital- und Heimapotheken zu regeln. § 41 Abs. 1 Bst. e GT ist daher aufzuheben. Da neu sowohl öffentliche als auch private Spitäler eine Betriebsbewilligung benötigen, muss in der Folge auch für beide Spitalarten die Erhebung von Gebühren möglich sein. Dementsprechend soll in § 41 Abs. 1 Bst. g lediglich noch von „Spitälern“ im Allgemeinen gesprochen werden. Da in Zukunft nicht mehr alle privaten Laboratorien eine Betriebsbewilligung benötigen und medizinische Institute sowie Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe bewilligungsfrei zulässig sein sollen, ist § 41 Abs. 1 Bst. h GT aufzuheben.

Das Departement des Innern kann vom Grundsatz, dass Arzneimittel der Kategorien A-D grundsätzlich, abgesehen von Haus- und Bestandesbesuchen sowie im Notfall, nicht ausserhalb der ständigen Geschäftsräume abgegeben werden dürfen, Ausnahmen bewilligen. Für die Bewilligung zur ausnahmsweisen Abgabe von Arzneimitteln an Messen und Ausstellungen existiert im geltenden GT hingegen keine entsprechende Gebührenregelung. Letztere soll mit § 41 Abs. 2 Bst. a^{bis} geschaffen werden. Die Höhe des Gebührenrahmens orientiert sich an den Vorschriften der übrigen Kantone. Der GT sieht gegenwärtig ebenfalls keine Gebührenregelung betreffend den Bezug, die Lagerung und die Verwendung von Betäubungsmitteln durch Spitäler und Institute der wissenschaftlichen Forschung vor. Diese Regelungslücke soll durch § 41 Abs. 2 Bst. a^{ter} geschlossen werden. Wiederum wurde der Gebührenrahmen unter Heranziehung von entsprechenden Regelungen anderer Kantone festgelegt.

Der Regierungsrat wird in der neuen Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz Vorschriften betreffend den Umgang mit Patientendokumentationen bei Berufsaufgabe sowie im Todesfall erlassen. Das Departement des Innern wird in solchen Fällen teilweise ebenfalls involviert sein (Meldung an das Gesundheitsamt bei der Übergabe von Patientendokumentationen an geeignete Einrichtungen oder Institutionen zwecks Aufbewahrung und Prüfung des gewählten Vorgehens durch das Gesundheitsamt). Für entsprechende Dienstleistungen sollen Gebühren erhoben werden können, weshalb § 41 Abs. 3 neu geschaffen wird.

§ 44 (geändert)

Der für Disziplinar massnahmen vorgesehene Gebührenrahmen soll neu auch für den Entzug von Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen sowie von weiteren Bewilligungen gemäss den §§ 40 f. zur Anwendung gelangen.

86^{bis} (neu)

Gemäss § 4 Abs. 1 Bst. c Ziff. 2 der Verordnung über die Delegation der Unterschriftsberechtigungen in den Departementen vom 25. Mai 2004 (BGS 122.218) sind die Vorsteherinnen und Vorsteher der Oberämter für die Ausstellung von Leichenpässen (internationale Transportbewilligung) zuständig (vgl. auch Art. 70 Abs. 1 EpV). Jedoch sieht der GT gegenwärtig keine Gebührenregelung betreffend die Ausstellung von Leichenpässen vor. Diese Lücke soll mit § 86^{bis} geschlossen werden. Gemäss den Erfahrungen der Oberämter erscheint eine Gebühr von 30 Franken pro Leichenpass als angemessen und kostendeckend.

4.3 Inkrafttreten

Praxisgemäss bestimmt der Regierungsrat das Inkrafttreten des totalrevidierten GesG und der damit einhergehenden Fremdänderungen (Beschlussesentwurf 1) sowie des geänderten GT (Beschlussesentwurf 2). Er wird den Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem Erlass der zugehörigen, totalrevidierten GesV, der Verordnung über Heilmittel und Betäubungsmittel, der Verordnung über den Vollzug der Epidemiengesetzgebung des Bundes und der Verordnung über den schulärztlichen Dienst und die Schulzahnpflege koordinieren.

5. Rechtliches

5.1 Rechtmässigkeit

Der Kanton regelt das öffentliche Gesundheitswesen. Er schafft die Voraussetzungen für eine angemessene und wirtschaftlich tragbare medizinische Versorgung. Er fördert zusammen mit den Gemeinden die gesundheitliche Vorsorge und Fürsorge sowie die Haus- und Krankenpflege. Ferner übt der Kanton die Aufsicht über die Berufe der Gesundheitspflege aus (Art. 100 KV). Der Kanton führt allein oder mit anderen Trägern Spitäler und Heime. Private Einrichtungen sind bewilligungspflichtig. Das Gesetz umschreibt die Voraussetzungen. Alle privaten und öffentlichen Spitäler und Heime stehen unter der Aufsicht des Kantons (Art. 101 KV). Der Kanton ist demnach berechtigt, das öffentliche Gesundheitswesen im Kanton Solothurn mitsamt der Spitalversorgung umfassend zu regeln.

5.2 Zuständigkeit

Die Zuständigkeit des Kantonsrates zum Erlass des totalrevidierten Gesundheitsgesetzes (Beschlussesentwurf 1) ergibt sich aus Art. 71 Abs. 1 KV. Beschliesst der Kantonsrat die Gesetzesänderungen mit weniger als zwei Dritteln der anwesenden Mitglieder, unterliegt sie dem obligatorischen Referendum (Art. 35 Abs. 1 Bst. d KV), andernfalls dem fakultativen Referendum (Art. 36 Abs. 1 Bst. b KV).

Der Gebührentarif wurde gestützt auf Art. 71 Abs. 2 KV erlassen. Die Änderung des Gebührentarifs (Beschlussesentwurf 2) unterliegt dem fakultativen Referendum (Art. 36 Abs. 1 Bst. b KV).

6. Antrag

Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten und den Beschlussesentwürfen zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates

Dr. Remo Ankli
Landammann

Andreas Eng
Staatsschreiber

Verteiler KRB

Departement des Innern, Gesundheitsamt (2)

Kantonale Finanzkontrolle

Staatskanzlei (Eng, Rol)

Amtsblatt (Referendum)

Parlamentsdienste

GS, BGS