

prio.swiss, Waisenhausplatz 25, 3011 Bern

---

Kanton St.Gallen  
Gesundheitsdepartement  
Oberer Graben 32  
9001 St.Gallen

Für Rückfragen:  
Agnes Stäuble  
[agnes.staeuble@prio.swiss](mailto:agnes.staeuble@prio.swiss)  
Tel. 058/ 521 26 10

Bern, 7. Januar 2026

**Vernehmlassung zur Totalrevision des kantonalen Gesundheitsgesetzes;  
Stellungnahme prio.swiss**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Entwurf des totalrevidierten Gesundheitsgesetzes des Kantons St.Gallen Stellung nehmen zu können.

Die vorgesehenen Änderungen erachten wir mehrheitlich als angezeigt, stellen sie doch insbesondere eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung dar.

Gesondert eingehen möchten wir auf die folgenden, für die Krankenversicherer relevanten Punkte:

**1. Datenlieferung und -bearbeitung – Beachtung EFAS**

Mit dem neuen Art. 58 legitimiert der Kanton St.Gallen die Abrufung von Daten aus der kantonalen Einwohnerdatenplattform zu bestimmten Zwecken.

In diesem Zusammenhang machen wir auf die Umsetzung von EFAS (einheitliche Finanzierung ambulant und stationär) aufmerksam. Demnach werden ambulante und stationäre Leistungen ab 2028 bekanntlich einheitlich finanziert. Es ist vorgesehen, dass die diesbezüglich notwendige Wohnsitzkontrolle effizient durch die Krankenversicherer zu Gunsten der Kantone erfolgen wird. Hierfür bietet sich der neue nationale Adressdienst an. Allerdings befindet sich das entsprechende Gesetz noch im Differenzbereinigungsverfahren im Parlament und die Schlussabstimmung findet voraussichtlich in der Frühlingssession 2026 statt. Das Inkrafttreten des Gesetzes wäre auf den 1. Januar 2028 vorgesehen. Falls der nationale Adressdienst wider Erwarten am 1. Januar 2028 noch nicht funktionsfähig sein sollte, müssten die Krankenversicherer die Wohnsitzkontrolle auf einem anderen Weg vornehmen. Zu denken wäre dabei an Listenabfragen bei den kantonalen Einwohnerregistern und Einwohnerplattformen. Entsprechend wäre dann in den kantonalen

Gesetzesgrundlagen zu regeln, wonach die Krankenversicherer Zugriff auf jene Daten bekommen, welche die im Zusammenhang mit EFAS notwendige Wohnsitzkontrolle erlauben.

## **2. Förderung von integrierten Versorgungsmodellen und von digitalen Diensten**

Mit Art. 23 Abs. 2 wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, gestützt auf welche der Kanton St.Gallen die Entwicklung und – in beschränktem Umfang – auch den Betrieb von integrierten Versorgungsmodellen mit Beiträgen unterstützen kann. Nach Ansicht von prio.swiss hat eine solche Subventionierung in völliger Transparenz zu erfolgen. Zudem darf sie sich ausschliesslich auf Kosten beziehen, welche nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. Ausserdem sollte es der Kanton nach unserem Dafürhalten unterlassen, Netzwerke zu subventionieren, an denen er selbst beteiligt ist. Es ist davon auszugehen, dass der Kanton solche Netzwerke bevorzugen wird, da er damit den Strukturen, an welchen er eine Beteiligung hält, weitere finanzielle Mittel zukommen lassen kann. Als massgebende Kriterien sollten in diesem Kontext allein die bestehenden Versorgungsbedürfnisse sowie die Qualität gelten. Darüber hinaus stellt sich uns denn auch die Frage nach der Sinnhaftigkeit, mittel- und langfristig defizitäre Strukturen zu finanzieren.

Schliesslich sieht der Kanton eine mögliche Finanzierung für die Entwicklung und Umsetzung von überbetrieblichen Massnahmen vor, welche Interoperabilität und Informationssicherheit gewährleisten (Art. 23 Abs. 2 lit. d). Diese Massnahme ist für prio.swiss im Sinne der Förderung von digitalen Diensten akzeptabel, sofern eine Koordination mit den im Rahmen von Bundesprogrammen betreffend die Digitalisierung ergriffenen Massnahmen erfolgt.

## **3. Bereitstellen der Versorgungsleistung – Es braucht eine klarere Kompetenzdefinition**

In Art. 30 Abs. 3 ist vorgesehen, dass die Gemeinde das Grundangebot der Langzeitpflege nicht zwingend selbstständig erbringen muss. Gemäss dem erläuternden Bericht (S. 58) kann sie sich mit anderen Gemeinden zusammenschliessen oder die Versorgungsleistungen auch durch Dritte erbringen lassen. Hier erscheint uns wichtig, dass noch genau definiert wird, wer als Dritte verstanden wird. Ansonsten besteht die Gefahr, dass grosse Spitexorganisationen denn plötzlich auch noch Pflegeplanung anbieten. Zudem müsste dieser Absatz mit dem nachfolgenden Art. 33 Abs. 1b abgestimmt werden. In diesem werden Dritte entsprechend nicht erwähnt.

## **4. Neue Bewilligungsvoraussetzungen – Vorzug einer einheitlichen Regelung im Sinne der bundesrechtlichen Vorgaben**

Es ist vorgesehen, das Bewilligungswesen gänzlich neu zu regeln. Insbesondere ist mit dem neuen Art. 76 vorgesehenen, dass Personen, welche die Voraussetzung für eine

Berufsausübungsbewilligung (BAB) erfüllen, ihren Beruf aber weiterhin unter fachlicher Aufsicht ausüben möchten, das Ausüben des Berufs unter fachlicher Aufsicht bewilligungsfrei gestattet werden kann. Es genügt eine entsprechende Meldepflicht.

Fakt ist, dass angestellte Personen, welche im ambulanten Bereich zulasten der OKP tätig sein möchten, zwingend eine BAB benötigen (vgl. z.B. für Ärztinnen und Ärzte Art. 39 Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Art. 38 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] oder für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten Art. 52 lit. c in Verbindung mit Art. 47 lit. a KVV). Dies dient zum einen der Qualitätssicherung und Patientensicherheit, zum anderen auch der Kontrolle der Leistungsabrechnung. Durch Verknüpfung der sogenannten K-Nummer der angestellten Person auf die ZSR-Nummer des Arbeitgebers wird gegenüber dem Versicherer das Anstellungsverhältnis ausgewiesen. Die K-Nummer (Kontroll-Nummer) ermöglicht es den Versicherern so, die Leistungen ausführender Fachpersonen zu kontrollieren. Fehlen dem Versicherer Informationen zu angestellten Personen, kann der Krankenversicherer seiner Prüfpflicht nicht mehr nachkommen. Die nun mit Art. 76 vorgesehene Regelung betreffend bewilligungsfreie Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht gilt demnach allein für angestellte Leistungserbringer, welche keine Leistungen im ambulanten Bereich zu Lasten der OKP abrechnen. Dies geht aus dem Artikel nicht deutlich genug hervor und schafft aus Sicht prio.swiss Unklarheiten bei allen involvierten Akteuren.

Weiter ist mit Art. 82 eine sogenannte Überbrückungsbewilligung vorgesehen. Die Überbrückungsbewilligung ist für Personen angedacht, die über einen ausländischen Weiterbildungstitel oder Bildungsabschluss für einen Medizinal- oder Gesundheitsberuf verfügen und diesen für den Erhalt einer BAB vorgängig bei der zuständigen schweizerischen Stelle anerkennen lassen müssen. prio.swiss ist klar der Meinung, dass solche Personen nur unter Aufsicht zu Lasten der OKP abrechnen und somit keine K-Nummer erhalten dürfen. Eine solche ist allein für eigenverantwortlich tätige Gesundheitspersonen, welche alle kantonalen Voraussetzungen erfüllen, vorgesehen.

Generell sieht prio.swiss im Zusammenhang mit der vorgesehenen, sehr individuell geprägten Neuregelung des Bewilligungswesens einen Mehraufwand für alle Beteiligten, insbesondere auch hinsichtlich der Kompatibilität der kantonalen Vorgaben bei der Ausübung einer Tätigkeit in mehreren Kantonen (Binnenmarkt). Entsprechend beantragt prio.swiss, das Bewilligungswesen gänzlich in Ausführung der bestehenden bundesrechtlichen Vorgaben zu regeln und auf kantonale Eigenheiten und Sonderlösungen zu verzichten.

## **5. Telemedizin – Prüfung der Vereinbarkeit mit den rechtlichen Grundlagen**

Im erläuternden Bericht steht auf S. 73 geschrieben, dass in der Telemedizin die Mitarbeitenden oft nicht am Betriebsstandort des Unternehmens tätig sind, sondern in vielen Fällen von zu Hause aus arbeiten. Diese «Heimarbeit» sei für die Vollzugsbehörde am Ort der Tätigkeit praktisch nicht erkennbar. Zudem könne die Tätigkeit vom Ausland her erbracht werden. Es rechtfertige sich

daher, im Bereich der Telemedizin die BAB-Pflicht nicht an den Tätigkeitsort der leistungserbringenden Person anzuknüpfen, sondern an den Betriebsstandort oder Sitz des Telemedizin-Betriebs.

Gestützt auf das im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verankerte, im erläuterten Bericht erwähnte Territorialitätsprinzip können telemedizinische Leistungen grundsätzlich nur von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, wenn diese in der Schweiz durch einen in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden.

Vor diesem Hintergrund bitten wir um eine vertiefte Prüfung der Frage, ob im Ausland erbrachte Fernbehandlungen, welche mittels einer auf dem Gebiet des Kantons St.Gallen ansässigen Einrichtung des Gesundheitswesens oder einer dort ansässigen Gesundheitsfachperson Patientinnen und Patienten zugänglich gemacht werden, in Beachtung des Territorialitätsprinzips effektiv rechtmässig sind. Es ist sicherzustellen, dass der jeweilige Leistungserbringer (nicht nur die entsprechende Institution und deren Leiterin oder deren Leiter) den schweizerischen Gesundheitsvorgaben unterstellt ist und über die Befugnis in der Schweiz verfügt, um die betreffende medizinische Massnahme erbringen zu können. Hierzu gilt auch festzuhalten, dass bei einer Anstellung in der Schweiz mit Homeoffice-Möglichkeiten entsprechende sozialversicherungsrechtliche, steuerrechtliche und arbeitsrechtliche Vorgaben bestehen und einzuhalten sind.

## **6. Fremdänderung «Gesetz über die Pflegefinanzierung vom 13. Februar 2011»**

- Art. 17a (neu) Kosten der ambulanten Pflege (a) Kostenträger)  
Um Missverständnisse zur vermeiden, müsste aus Absatz 2 dieser Bestimmung hervorgehen, dass es sich dabei um den Beitrag der obligatorischen Krankenpflege handelt.  
Der Absatz müsste folglich wie folgt lauten:  
«Der Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung.»
- Art. 17e 2 Abstufung der Normkosten nach dem Versorgungsniveau der erbrachten Pflegeleistungen  
prio.swiss unterstützt, wenn ein Kanton die Restfinanzierung im Zusammenhang mit der Tätigkeit von pflegenden Angehörigen kürzt oder ganz streicht, da bei ihnen beispielsweise die Wegkosten wegfallen. Doch legitimieren auch nicht erbrachte Qualitätsvorgaben zu einer entsprechenden Reduktion respektive Streichung dieses Beitrags? Seitens prio.swiss erachten wir eine Differenzierung nach Qualitätskriterien als problematisch. Wenn aufgrund der Nichteinhaltung bestimmter Qualitätsanforderungen die Restfinanzierung gesenkt oder ganz gestrichen wird, der OKP-Beitrag dabei aber gleich bleibt, wird dieselbe Qualität (egal, ob gleich gut oder gleich schlecht) unterschiedlich finanziert. Während der Kanton seine entsprechenden Kosten reduziert, bleibt der seitens Krankenversicherer resp. Prämienzahlerinnen und Prämienzahler zu leistende Betrag trotz Nichteinhalten der Qualitätsvorgaben gleich hoch. Diese Ungleichbehandlung ist nicht hinnehmbar. Vielmehr müssten aus unserer Sicht

im Rahmen der Zulassung höhere Qualitätskriterien auferlegt werden, gestützt auf welche sich die Restfinanzierer und die OKP nach denselben Standards an den Kosten beteiligen. Wir bitten den Kanton St.Gallen vor diesem Hintergrund, diesen Aspekt nochmals genau zu prüfen.

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse  
**prio.swiss**



Marco Romano  
Stv. Direktor  
Leiter Gesundheitspolitik und Public Affairs



Agnes Stäuble  
Rechtsdienst