econcept

Forschung / Beratung / Evaluation / Recherche / Conseil / Evaluation / Research / Consulting / Evaluation

Bundesamt für Gesundheit BAG

# Evaluation des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG)

Schlussbericht

24. September 2025

**In Zusammenarbeit mit:**


DR. HOŠEK-CONSULTING
Kompetenz für Sie – La compétence entre vos mains

Dr. Hošek-Consulting
Zeughausgasse 9
6300 Zug
+41 79 776 48 19

glp

grosz | poledna rc ag
Münstergasse 9
8001 Zürich
+41 43 233 40 33

| | |
|---|---|
| Vertragsnummer: | 142006571 |
| Laufzeit der Evaluation: | Mai 2024 – August 2025 |
| Datenerhebungsperiode: | Mai 2024 – März 2025 |
| Leitung Evaluationsprojekt im BAG: | Gabriele Wiedenmayer und Fabian Kraus, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) |
| Meta-Evaluation: | Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.<br><br>Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht. |
| Bezug: | Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), www.bag.admin.ch/evaluationsberichte |
| Zitiervorschlag: | econcept (2025): Probst, C., Lügstenmann, M., Kaiser, N., Elsener, N., Hošek, M. & Poledna, T.: Evaluation des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG). Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. |
| Korrespondenzadresse: | econcept AG, Gerechtigkeitsgasse 20, CH-8001 Zürich |

**Erarbeitet durch**

econcept AG / Gerechtigkeitsgasse 20 / 8001 Zürich
www.econcept.ch / info@econcept.ch / + 41 44 286 75 75

Dr. Hošek-Consulting / Zeughausgasse 9 / 6300 Zug
www.hosek.ch / info@hosek.ch / + 41 79 776 48 19

grosz | poledna rc ag / Münstergasse 9 / 8001 Zürich
www.poledna.legal / office@poledna.legal / +41 43 233 40 33

**Autor:innen**

Carole Probst, Marco Lügstenmann, Nadine Elsener, Nicole Kaiser, Martin Hošek, Tomas Poledna

# Inhalt

**Abkürzungsverzeichnis** **5**

**Abstract** **6**

**1 Einleitung** **7**
1.1 Das Medizinalberufegesetz MedBG als Evaluationsgegenstand 7
1.2 Ziele und Zweck der Evaluation 8
1.3 Wirkungsmodell und Evaluationsfragestellungen 8

**2 Evaluationsdesign und Methodik** **9**
2.1 Evaluationsdesign 9
2.2 Methodisches Vorgehen 9
2.2.1 Phase 1: Grundlagen 10
2.2.2 Phase 2: Breite Analyse 10
2.2.3 Phase 3: Vertiefung und Synthese 13
2.3 Herausforderungen und Grenzen der Evaluation 14

**3 Resultate** **16**
3.1 Universitäre Medizinalberufe in der Schweiz: eine quantitative Einordnung 16
3.2 Allgemeiner Anpassungsbedarf am MedBG 23
3.3 Aus- und Weiterbildung 24
3.3.1 Grundsätze und Ziele (2. Kapitel MedBG) 24
3.3.2 Universitäre Ausbildung (3. Kapitel MedBG) 25
3.3.3 Weiterbildung (4. Kapitel MedBG) 27
3.3.4 Akkreditierung von Aus- und Weiterbildungsgängen und Anerkennung ausländischer Studiengänge (5. Kapitel MedBG) 28
3.4 Berufsausübung (6. Kapitel MedBG) 29
3.4.1 Anpassungsbedarf 30
3.4.2 Sprachkenntnisse und Kenntnisse des schweizerischen und kantonalen Rechtsrahmens und des schweizerischen Gesundheitssystems 30
3.4.3 Tätigkeit «in eigener fachlicher Verantwortung» und «unter Aufsicht» 32
3.4.4 Einschränkungen, Auflagen, Verweigerung und Entzüge von Berufsausübungsbewilligung 36
3.4.5 Berufspflichten 37
3.5 Vollzug und Aufsicht (6. Kapitel MedBG) 38
3.5.1 Vereinfachung und Vereinheitlichung von Vollzug und Aufsicht 39
3.5.2 Informationsfluss im Rahmen von Verfahren zur Berufsausübungsbewilligung und zu Disziplinarmassnahmen 40

3.5.3 Schweizweite Gültigkeit und automatische Übernahme von Entscheiden zu Berufsausübungsbewilligungen aus anderen Kantonen 45
3.5.4 Einheitlichkeit im Vollzug aus juristischer Sicht 47
3.5.5 Geteilte Interpretationen des MedBG 48
3.5.6 MedReg 48
3.5.7 Digitalisierung/digitale Transformation 53
3.5.8 Amtshilfe 54
3.5.9 Aufsichtspflicht 55
3.6 Rechtsschutz und Strafbestimmungen sowie Schlussbestimmungen (8. Kapitel MedBG) 57
3.7 Neue Themen 58
3.7.1 Territorialitätsprinzip / Telemedizin 58
3.7.2 Juristische Personen 61

**4 Synthese, Schlussfolgerungen und Empfehlungen 65**
4.1 Beantwortung der Evaluationsfragestellungen 65
4.1.1 Zweckmässigkeit und Kohärenz der aktuellen Regelung 65
4.1.2 Vollzug 67
4.1.3 Wirkungen und Zielerreichung 71
4.2 Schlussfolgerungen und Empfehlungen 74

**Anhang 77**
A-1 Wirkungsmodell (Künzi & Jäggi 2023) 77
A-2 Evaluationsfragestellungen 79
A-3 Evaluationsdesign 81
A-4 Explorative Gespräche 82
A-5 Dokumenten- und Literaturanalyse 83
A-6 Juristische Analyse: Fragestellungen 84
A-7 Juristische Analyse 86
A-8 Online-Befragung der Kantone 110
A-9 Online-Befragung der weiteren Akteure 124
A-10 Datenanalyse 131
A-11 Fokusgruppen 138
A-12 Einschränkungen, Auflagen und Verweigerung von Berufsausübungsbewilligung: Beispiele 140

# Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| ATSG | Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BGBM | Bundesgesetz über den Binnenmarkt |
| BGE | Bundesgerichtsentscheid |
| BGer | Schweizerisches Bundesgericht |
| BGFA | Anwaltsgesetz |
| BLV | Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen |
| BZW | Büro für Zahnmedizinische Weiterbildung |
| ChiroSuisse | Schweizerische Gesellschaft für Chiropraktik |
| EAEVE | European Association of Establishments for Veterinary Education |
| ECTS | European Credit Transfer System |
| EDI | Eidgenössisches Departement des Innern |
| EFTA | Europäische Freihandelsassoziation |
| EU | Europäische Union |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte |
| GDK | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen |
| GesBG | Gesundheitsberufegesetz |
| GesReg | Gesundheitsberuferegister |
| GSASA | Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker |
| GSIA | Gesellschaft der Schweizerischen Industrie-Apotheker(innen) |
| GST | Gesellschaft Schweizer Tierärztinnen und Tierärzte |
| HMG | Heilmittelgesetz |
| IMI | Binnenmarkt-Informationssystem |
| Institut FPH | Institut für pharmazeutische Weiter- und Fortbildung |
| KAV | Kantonsapothekervereinigung |
| KVAG | Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherung |
| MEBEKO | Medizinalberufekommission |
| MedBG | Medizinalberufegesetz |
| MedBV | Medizinalberufeverordnung |
| MedReg | Medizinalberuferegister |
| NaReg | Nationales Register der Gesundheitsberufe |
| OKP | Obligatorische Krankenpflegeversicherung |
| OR | Obligationenrecht |
| pharmaSuisse | Schweizerischer Apothekerverband |
| PSyG | Psychologieberufegesetz |
| PsyReg | Psychologieberuferegister |
| SAMW | Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften |
| SAPhW | Schweizerische Akademie der Pharmazeutischen Wissenschaften |
| SIWF | Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung |
| SMIFK | Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission |
| SPO | Schweizerische Stiftung SPO Patientenorganisation |
| SSO | Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft |
| VKS | Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz |
| VKZS | Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte der Schweiz |
| VLSS | Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz |
| vsao | Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte |
| VSKT | Vereinigung der Schweizer Kantonstierärztinnen und Kantonstierärzte |
| WEKO | Wettbewerbskommission |
| WFME | World Federation Medical Education |

# Abstract

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG führte econcept zusammen mit Dr. Hošek-Consulting und Poledna RC AG zwischen Mai 2024 und August 2025 eine Evaluation des Medizinalberufegesetzes MedBG und seiner Verordnungen durch. Die Evaluation untersuchte Kohärenz, Zweckmässigkeit, Umsetzbarkeit, Vollzug, Wirksamkeit und Zielerreichung des MedBG. Ziel der Evaluation war es, Optimierungspotenziale sowohl in den rechtlichen Vorgaben wie auch in deren Vollzug zu erkennen und damit eine Grundlage für eine eventuelle Weiterentwicklung des MedBG zu schaffen. Die Evaluation zeigt, dass es sich beim MedBG insgesamt um ein gut funktionierendes Gesetz handelt, das seinen Zweck grundsätzlich erfüllt. Die Evaluation macht aber auch deutlich, dass stellenweise Ergänzungs- und Präzisierungsbedarf am MedBG besteht. Zudem zeigt sich Anpassungsbedarf am Medizinalberuferegister MedReg und es besteht im Vollzug Bedarf nach stärkerer Koordination, insbesondere zwischen den Kantonen. Die Evaluation formuliert dazu zwölf Empfehlungen zuhanden des BAG.

**Schlüsselwörter:** Medizinalberufegesetz, Evaluation, Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Pharmazie, Chiropraktik, Berufsausübungsbewilligung, Berufspflichten, Medizinalberuferegister MedReg

# 1 Einleitung

## 1.1 Das Medizinalberufegesetz MedBG als Evaluationsgegenstand

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG[1]) wurden am 1. September 2007 die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Berufsausübung in den fünf medizinischen Bereichen Humanmedizin, Zahnmedizin, Chiropraktik, Pharmazie und Veterinärmedizin neu geregelt. Das MedBG soll einerseits die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Berufsausübung der Fachpersonen in den fünf Medizinalberufen fördern. Andererseits fördert es auch eine schweizweite Harmonisierung und die Einhaltung hoher Standards sowie die Freizügigkeit der Personen in den entsprechenden Berufen innerhalb der Schweiz. Dadurch sollen die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Versorgungssicherheit gefördert sowie der Schutz der öffentlichen Gesundheit und die Patientensicherheit gewährleistet werden. Das MedBG soll dafür «einen flexiblen rechtlichen Rahmen schaffen», so die Botschaft zum MedBG[2].

Das MedBG ist ein Erlass mit Vorbildcharakter, findet sich doch seine Struktur auch beim Psychologieberufegesetz (PSyG; Inkrafttreten 1. Januar 2014) und dem Gesundheitsberufegesetz (GesBG; Inkrafttreten 1. Februar 2020) wieder. Das MedBG weist zudem Bezüge zu verschiedenen weiteren Erlassen auf (z.B. Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG, Heilmittelgesetz HMG und universitäre Regelungen). Weiter ist das MedBG der Rahmenerlass für Teile der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung.

Die Einführung des MedBG kann für den Bund als historischer Schritt bezeichnet werden. Bis zum Inkrafttreten hatte der Bund lediglich Aspekte der Bildung sowie Teile des Zulassungsverfahrens geregelt. Das MedBG führte im Bereich der Bewilligungen und bei den Berufspflichten und der Aufsicht gesamtschweizerisch einheitliche Vorgaben und Kriterien ein. Inzwischen wurden einige Teilaspekte des Gesetzes angepasst. Am 1. Januar 2016 wurden spezifische Ausbildungsziele für die Hausarzt- und Komplementärmedizin in den entsprechenden Katalog aufgenommen. Seit dem 1. Januar 2018 müssen alle universitären Medizinalpersonen über einen Eintrag mit Sprachkenntnissen im Medizinalberuferegister MedReg verfügen. Zum selben Zeitpunkt wurden eine obligatorische Berufsausübungsbewilligung für die privatwirtschaftliche Ausübung eines universitären Medizinalberufs in eigener fachlicher Verantwortung und ein Weiterbildungstitel für Apothekerinnen und Apotheker eingeführt. Per 1. Februar 2020 wurde der Geltungsbereich der Berufsausübungsbestimmungen durch Streichung des Ausdrucks «privatwirtschaftlich» auf alle in eigener Verantwortung tätigen universitären Medizinalpersonen ausgeweitet.

Seit dem Inkrafttreten und der Revision haben sich Kontextfaktoren verändert, aber auch Herausforderungen mit dem MedBG bei der Umsetzung und im Feld gezeigt. Beispielhaft seien hier die Regelung von Ausnahmebewilligungen für ausländische Ärztinnen und Ärzte

[1] https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/537/de
[2] https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2005/25/de

bei nachgewiesenem kantonalem Bedarf[3] oder die Überprüfung der Sprachkenntnisse von Ärztinnen und Ärzten[4] erwähnt.

## 1.2 Ziele und Zweck der Evaluation

Mit der vorliegenden Evaluation sollen allfällige Optimierungspotenziale sowohl in den gesetzlichen Vorgaben als auch in deren Vollzug erkannt werden. Damit werden die Grundlagen für eine eventuelle Revision bereitgestellt. Mit einer Konzept- und Machbarkeitsstudie (Künzi & Jäggi 2023) wurde bestätigt, dass eine solche Evaluation grundsätzlich durchführbar ist. Herausforderungen wurden skizziert, ebenso wurden Fragestellungen und ein mögliches methodisches Vorgehen aufgezeigt.

Mit der vorliegenden Evaluation soll *summativ*

- die Kohärenz des MedBG mit anderen rechtlichen Grundlagen, seine Zweckmässigkeit und seine Umsetzbarkeit geprüft,
- der Vollzug des MedBG inklusive Beurteilung dieses Vollzugs bezüglich Organisation, Prozessen und Umsetzungspraxis untersucht, sowie
- die Wirkung des MedBG im Versorgungskontext und somit die Erreichung seiner Ziele analysiert werden, mit einem besonderen Fokus auf nicht beabsichtigte Wirkungen.

Dadurch wird orientierungs- und handlungsrelevantes Wissen geschaffen, auf dessen Grundlage *formativ* Optimierungspotenzial erkannt und Einschätzungen zum Handlungsbedarf sowie Empfehlungen für die Weiterentwicklung des MedBG abgeleitet werden.

## 1.3 Wirkungsmodell und Evaluationsfragestellungen

Das Wirkungsmodell des MedBG aus der Konzept- und Machbarkeitsstudie (Künzi & Jäggi 2023) beschreibt in knapper Form den Evaluationsgegenstand und dient als Grundlage für die Evaluationsarbeiten. Es ist in Anhang A-1 aufgeführt. Die ausführlichen Evaluationsfragestellungen sind in Tabelle 7 in Anhang A-2 aufgeführt.

[3] Curia Vista, Geschäftsnummer 24.300: https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20240300.
[4] Curia Vista, Geschäftsnummer 22.4339: https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20224339.

# 2 Evaluationsdesign und Methodik

## 2.1 Evaluationsdesign

Die Evaluation verwendete ein multimethodisches und multiperspektivisches Vorgehen und gliederte sich in vier Projektphasen: Phase 1 diente den Grundlagenarbeiten inklusive Durchführung von explorativen Gesprächen sowie Dokumenten- und Literaturanalysen und schloss mit der Erarbeitung und Genehmigung des Analysekonzepts ab. Phase 2 beinhaltete eine breite Analyse des Evaluationsgegenstandes mittels juristischer Analyse, Datenanalyse und Online-Befragungen. Phase 3 baute auf den Ergebnissen von Phase 2 auf und widmete sich anhand von Fokusgruppen der Vertiefung von besonders relevanten Aspekten. Anschliessend erfolgte die Synthese sämtlicher Resultate sowie die Erstellung der Schlussprodukte inklusive Empfehlungen des Evaluationsteams. Mit der Vernehmlassung und Finalisierung der Schlussprodukte endete die Evaluation nach Phase 4. Das Evaluationsdesign ermöglichte damit sowohl einen summarischen Blick auf den Evaluationsgegenstand als auch die Detailanalyse besonderer Problemfelder und Herausforderungen. Ein grafischer Überblick über das Evaluationsdesign findet sich in Anhang A-3. Das methodische Vorgehen pro Phase wird im folgenden Kapitel im Detail beschrieben.

## 2.2 Methodisches Vorgehen

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Hauptfragestellungen und die Erhebungsmethoden, mit denen sie beantwortet wurden.

| | | Evaluationsbereich | | | | Erhebungsmethode | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Fragestellungen gemäss Konzept- und Machbarkeitsstudie** | Kohärenz | Vollzug | Wirkung im Versorgungskontext | Optimierungspotenzial | Juristische Analyse | Datenanalyse | Dokumentenanalyse | Online-Befragungen | Vertiefung (Fokusgruppen) |
| A | Zweckmässigkeit und Kohärenz der aktuellen Regelung | | | | | | | | | |
| 1 | Wie gut sind die rechtlichen Grundlagen geeignet, die Ziele des MedBG zu erreichen? | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | ■ | ■ | ■ |
| 2 | Wie gut ist die Regelung der Medizinalberufe auf relevante Kontextbedingungen abgestimmt? | ■ | ■ | ■ | | ■ | | ■ | ■ | ■ |
| B | Beurteilung des Vollzugs | | | | | | | | | |
| 3 | Wie gut funktioniert der Gesetzesvollzug in den verschiedenen Bereichen des MedBG? | ■ | ■ | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| C | Wirkungen und Zielerreichung | | | | | | | | | |
| 4 | Treten die durch das Medizinalberufegesetz erwarteten Wirkungen (Outcome) ein? | | | ■ | | | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 5 | Werden die mit dem Medizinalberufegesetz verbundenen Ziele erreicht? | | | ■ | ■ | | ■ | ■ | ■ | ■ |
| D | Optimierungspotenzial | | | | | | | | | |
| 6 | Inwiefern gibt es Optimierungspotenzial? | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

Tabelle 1: Fragestellungen und Erhebungsmethoden. Legende Erhebungsmethoden: dunkelblau: Haupt-Erhebungsmethode, hellblau: weitere Erhebungsmethode.

### 2.2.1 Phase 1: Grundlagen

**Explorative Gespräche:** Anhand von sieben explorativen, leitfadengestützten Interviews wurde vorhandenes Wissen zum Evaluationsgegenstand, zu Kohärenz, Vollzug und Wirkung des MedBG und seiner Verordnungen sowie zu bekannten Problemfeldern und Herausforderungen eingeholt. Die Gespräche fanden im Mai 2024 per Videokonferenz statt. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner werden in Anhang A-4 präsentiert.

**Dokumenten- und Literaturanalyse:** Zum besseren Verständnis des Evaluationsgegenstandes, zur Schärfung und ersten Beantwortung der Evaluationsfragestellungen und als Grundlage für die Ausarbeitung des Analysekonzepts wurde eine Reihe an Dokumenten und Literatur analysiert. Dazu zählen:

- rechtliche Grundlagen (MedBG, dazugehörige Bundesrats- und Departementsverordnungen, weitere Bestimmungen sowie weitere Bundesgesetze),
- Berichte, Erläuterungen und weitere Dokumente seitens des BAG im Kontext des MedBG und dessen Umsetzung,
- bestehende Studien und Berichte im Kontext des MedBG,
- wissenschaftliche Literatur und in wissenschaftlichen Gefässen publizierte Meinungsbeiträge zur Umsetzung des MedBG ab 2015 (Revision MedBG),
- die Konzept- und Machbarkeitsstudie zur Evaluation des MedBG sowie
- weitere Dokumente gemäss den Erkenntnissen aus den explorativen Gesprächen.

Die Liste der analysierten Dokumente und Literatur (ohne rechtliche Grundlagen) findet sich in Anhang A-5.

**Analysekonzept:** Auf der Grundlage der explorativen Gespräche und der Literatur- und Dokumentenanalyse wurde ein Analysekonzept ausgearbeitet. Dieses umfasste eine inhaltliche Weiterentwicklung des Wirkungsmodells, der Evaluationsfragestellungen und des methodischen Vorgehens, die Erhebungsinstrumente und Auswertungskonzepte für Phase 2 sowie eine detaillierte Zeitplanung. Das Analysekonzept wurde einer Vernehmlassung durch die Steuer- und Begleitgruppe unterzogen und basierend auf den Ergebnissen überarbeitet.

### 2.2.2 Phase 2: Breite Analyse

**Juristische Analyse**: Die juristische Analyse diente dazu, aufzuzeigen, wo das MedBG und seine Verordnungen allfälligen Verbesserungsbedarf aufweisen, z.B. infolge von Lücken, Überregulierung oder Widersprüchen zu den das MedBG beeinflussenden Regelungen. Die juristische Analyse umfasste eine Auswertung von:

- Schnittstellen (und Kohärenz, wo angezeigt) des MedBG mit
  - dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG,
  - dem Heilmittelgesetz HMG,
  - dem Psychologieberufegesetz PsyG sowie
  - dem Gesundheitsberufegesetz GesBG,

- eine Auswertung der Kohärenz der MedBG-Verordnungen mit dem MedBG,
- exemplarische Auswertungen der Gesundheitsgesetzgebungen in den Kantonen Zürich und Freiburg,
- eine Auswertung der aktuellen Darstellung zum MedBG in Poledna / Rumetsch, in der Reihe «Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht» Bd. VIII/1, Basel 2023,
- sowie wichtige Bundesgerichtsentscheide zum MedBG in den Bereichen Ausbildung, Weiterbildung und Berufspflichten.

Die detaillierten Bereiche und Fragestellungen, die auf Grundlage dieser Elemente näher abgeklärt wurden, sind in Anhang A-6 dargelegt. Die juristische Analyse findet sich in Anhang A-7.

**Datenanalyse:** Mit der deskriptiven Datenanalyse wird der Output des MedBG in den folgenden Bereichen beschrieben, wo verfügbar über die letzten zehn Jahre:

- Aus- und Weiterbildungsangebot (akkreditierte Studien- und Weiterbildungsgänge),
- ausgebildete Personen (eidgenössische Diplome und Weiterbildungstitel sowie anerkannte ausländische Diplome und Weiterbildungstitel),
- berufstätige Personen (Berufsausübungsbewilligungen, Disziplinarverfahren und -massnahmen).

Ein Überblick über die untersuchten Daten inklusive Quellen sowie Ergebnisse der Analyse finden sich in Anhang A-10.

**Online-Befragung Kantone:** Die Befragung diente insbesondere dazu, die Vollzugspraxis genauer untersuchen zu können und Optimierungspotenzial betreffend Vollzug herauszuarbeiten.

*Stichprobe und Rücklauf:* Wir führten eine Vollerhebung bei allen 26 Kantonen durch. Damit hatten alle Kantone die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und ihre Perspektive zum Optimierungspotenzial einzubringen. 23 von 26 Kantonen haben an der Befragung teilgenommen, das entspricht einem Rücklauf von 88 Prozent. Nicht teilgenommen haben ein grösserer Stadtkanton, ein mittelgrosser Landkanton und ein kleiner Landkanton, einer davon in der Westschweiz angesiedelt.

*Durchführung:* Die Befragung wurde auf Deutsch und auf Französisch in der Software Survalyzer implementiert. Der Fragebogen wurde mittels Pretests bei zwei Kantonen geprüft und anschliessend inhaltlich und sprachlich nochmals überarbeitet. Die kantonalen Stellen wurden durch eine Vorinformation des BAG auf die Befragung vorbereitet. Der Versand der Befragung erfolgte durch econcept via Verteiler der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen GDK. Die kantonalen Stellen waren aufgefordert, innert sechs Wochen eine intern konsolidierte Antwort zu geben. Während des Befragungszeitraums wurden mehrere Erinnerungs-E-Mails versendet und Support für die Teilnehmenden angeboten.

*Inhalte:* Im Fokus der Online-Befragung standen Fragen zur Vollzugspraxis und Digitalisierung des Vollzugs, zu den Bewilligungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher

Tätigkeit, zum MedReg, zur Aufsicht, den Strafbestimmungen sowie zu Optimierungspotenzialen auf rechtlicher Ebene sowie auf Ebene des Vollzugs. Der Fragebogen findet sich in Anhang A-8. Verschiedene Informationen waren bereits für die Studie von Büro Vatter (Gerber & Bolliger 2021) bei den Kantonen erhoben worden und wurden deshalb durch diese Befragung nicht erneut abgedeckt. Die Kantone wurden im Anschreiben auf diesen Umstand hingewiesen.

**Online-Befragung der weiteren Akteure:** Im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Berufsausübung sind viele verschiedene Akteure direkt vom MedBG beeinflusst. In der Regel sind pro Berufsgruppe unterschiedliche Akteure involviert, die nicht für die jeweils anderen Auskunft geben können. Deshalb führten wir auch hier eine flächendeckende Befragung durch.

*Stichprobe und Rücklauf:* Die befragten Akteure sind in der folgenden Tabelle aufgelistet.

| Akteursgruppe | Befragte Akteure |
|---|---|
| Berufsorganisationen | FMH, vsao, VLSS, SSO, ChiroSuisse, pharmaSuisse, GSASA, GST, GSIA |
| Für die Weiterbildung verantwortliche Organisationen | SIWF, BZW, Schweizerische Akademie für Chiropraktik, Institut FPH |
| Hochschulfakultäten | Alle Fakultäten, die akkreditierte Studiengänge in mind. einem der fünf Berufe anbieten |
| Prüfungskommissionen | Präsidentinnen und Präsidenten aller 5 Prüfungskommissionen |
| Weitere | Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV (Fortbildungen für Veterinärmedizin) |

Tabelle 2: Akteure und Stichproben.

Insgesamt haben 32 Akteure aus allen fünf Berufen an der Online-Befragung teilgenommen, was einem Rücklauf von 78 Prozent entspricht:

| | Humanmedizin | Zahnmedizin | Chiropraktik | Pharmazie | Veterinärmedizin |
|---|---|---|---|---|---|
| Berufsorganisationen | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Für die Weiterbildung verantwortliche Organisationen | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Hochschulfakultäten | 8 | 2 | 1 | 4 | 1 |
| Prüfungskommissionen | 1 | - | - | 1 | - |

Tabelle 3: Rücklauf der Online-Befragung der weiteren Akteure.

*Durchführung:* Die Befragung wurde auf Deutsch und auf Französisch in der Software Cognito Forms implementiert. Da die Fragen an die Online-Befragung der Kantone angelehnt waren, wurde kein Pretest durchgeführt. Die zu befragenden Organisationen wurden durch eine Vorinformation des BAG auf die Befragung vorbereitet. Sie waren in der Begleitgruppe vertreten, mit Ausnahme der Prüfungskommissionen, deren Geschäftsstelle mit derjenigen der Medizinalberufekommission MEBEKO identisch und deshalb in der Steuergruppe vertreten ist. Der Versand erfolgte über die entsprechenden Steuer- oder Begleitgruppenmitglieder mit der Bitte um Weiterleitung an die zuständigen Stellen innerhalb der Organisation. Die weiteren Organisationen wurden separat angeschrieben. Das Anschreiben enthielt

je einen Link für die deutsche und die französische Befragung. Die Akteure waren aufgefordert, innert sechs Wochen eine intern konsolidierte Antwort zu geben. Während des Befragungszeitraums wurden mehrere Erinnerungs-E-Mails versendet und Support für die Teilnehmenden geboten.

*Inhalte:* Der Fragebogen war offen gestaltet und nach den Kapiteln des MedBG organisiert. Er fragte pro Kapitel in offenem Format nach konkretem Optimierungspotenzial (respektive entsprechenden Vorschlägen) und zum Schluss jeweils auch nach einer Einschätzung zum Ausmass des Anpassungsbedarfs. Zu Beginn wurden die Personen gebeten, anzugeben, für welche Organisation und Berufsgruppe(n) sie den Fragebogen beantworten. Entsprechend wurden sie zu allen oder nur einzelnen Blöcken befragt. Der Fragebogen findet sich in Anhang A-9.

*Auswertung beider Online-Befragungen:* Die Befragungsergebnisse beider Online-Befragungen wurden deskriptiv-statistisch sowie qualitativ ausgewertet. Leitend waren dabei die Evaluationsfragestellungen.

**Zwischenergebnisse**: Die Zwischenergebnisse haben wir zusammen mit einem Vorschlag für das weitere Vorgehen in Phase 3 der Steuer- und Begleitgruppensitzung präsentiert und gemeinsam mit ihnen diskutiert. Rückmeldungen zu den ersten Ergebnissen haben wir zuhanden des Entwurfs des Schlussberichts aufbereitet; Rückmeldungen zum Vorgehen in Phase 3 haben wir mit Blick auf deren Umsetzung berücksichtigt. Gemeinsam mit der Steuergruppe haben wir die Vertiefungsthemen für Phase 3 bestimmt: interkantonale Zusammenarbeit in Vollzug und Aufsicht, Telemedizin und Territorialitätsprinzip sowie juristische Personen.

### 2.2.3 Phase 3: Vertiefung und Synthese

Für die Vertiefung wurde auf der Grundlage der erfolgten Analysen und Rückmeldungen ein Inputpapier erstellt. Es diente als Grundlage für die Fokusgruppen mit den Kantonen und den Berufsorganisationen.

**Fokusgruppen mit Kantonen**: In zwei Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Kantone wurde insbesondere das Thema der interkantonalen Zusammenarbeit in Vollzug und Aufsicht vertieft. Dabei wurde anhand der Erfahrungen der Kantone besprochen, welches Optimierungspotenzial bereits mit der heutigen Fassung des MedBG und seinem Ausführungsrecht umsetzbar wäre. Andererseits wurde diskutiert, an welchen Stellen des MedBG oder seiner Verordnungen Anpassungsbedarf bestünde, um die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen zu optimieren.

**Fokusgruppen mit Berufsorganisationen**: Für jede der fünf Berufsgruppen wurde ein Fokusgruppengespräch durchgeführt, um Themen wie 1) das insbesondere – aber nicht nur – für die Telemedizin relevante Territorialitätsprinzip, 2) eine allfällige Adressierung juristischer Personen im MedBG sowie 3) weitere Aspekte zu diskutieren. Der Hauptfokus lag dabei auf dem aktuellen Umgang mit den jeweiligen Themen innerhalb der Berufsgruppen

sowie dem im Rahmen des MedBG allenfalls notwendigen zusätzlichen Regulierungsbedarf.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen werden in Anhang A-11 präsentiert.

**Synthese und Berichterstattung:** Sämtliche Erhebungsergebnisse wurden ausgewertet, einander gegenübergestellt und bewertet (Triangulation). Auf dieser Grundlage wurden die Evaluationsfragestellungen beantwortet sowie Schlussfolgerungen formuliert. Abschliessend wurden Empfehlungen zuhanden des Auftraggebers und weiterer Adressatinnen und Adressaten formuliert. Im Rahmen einer abschliessenden Sitzung mit der Steuer- und der Begleitgruppe der Evaluation wurden die Evaluationsergebnisse des Berichtsentwurfs präsentiert und diskutiert.

## 2.3 Herausforderungen und Grenzen der Evaluation

Die Evaluation offenbarte einige Herausforderungen und Grenzen, die nachfolgend in Kürze zusammengefasst werden und die bei der Interpretation zu berücksichtigen sind:

**Übersicht und Details:** Komplexität und Umfang des Evaluationsgegenstandes sind hoch und bedurften entsprechend einer Gesamtperspektive. Gleichzeitig sollten in der Evaluation auch ausgewählte Aspekte vertieft und konkretes Optimierungspotenzial eruiert werden. Es galt, ein Gleichgewicht zu finden zwischen dem Anspruch, das grosse Ganze im Blick zu behalten, ohne wichtige Details zu verpassen. Zu dieser Herausforderung zählte auch die Frage, inwiefern Einzelmeinungen zu vermeintlichen Detailaspekten zu berücksichtigen respektive zu gewichten sind.

**Unterschiedliche Berufe:** Die fünf vom MedBG betroffenen universitären Medizinalberufe unterscheiden sich auch abgesehen von der konkreten Berufspraxis in vielerlei Hinsicht. Sie sind beispielsweise unterschiedlichen Bedingungen hinsichtlich Fachkräftemangel respektive Fachkräfteüberschuss ausgesetzt. Sie sind unterschiedlich stark von anderen Gesetzen betroffen oder verfügen über einen unterschiedlichen Formalisierungs- und Professionalisierungsgrad innerhalb der jeweiligen Berufsorganisationen. Dies führt zwingendermassen zu unterschiedlichen Regulierungsansprüchen respektive -bedürfnissen. Entsprechend galt es auch hier, die berufsspezifischen Aspekte genügend stark zu berücksichtigen, ohne die Gesamtperspektive zu vernachlässigen.

**Rechtliche Grundlagen und deren Vollzug:** Es zeigte sich, dass für die vom MedBG betroffenen Akteure nicht immer trennscharf einzuordnen ist, ob ein Problem aufgrund der rechtlichen Grundlagen im MedBG oder in einem anderen Gesetz besteht oder ob es sich um eine Umsetzungs- respektive Vollzugsproblematik handelt, die mit oder ohne Verordnungsanpassung umsetzbar wäre. Damit verbunden trat auch immer wieder die Frage auf, welche Zwecke das MedBG und seine Verordnungen erfüllen können und erfüllen sollen – und welche nicht.

**Sicht der Patientinnen und Patienten:** Das MedBG soll unter anderem die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gewähren. Ihre Perspektive konnte im Rahmen dieser Evaluation indes nur am Rande berücksichtigt werden. Der Einbezug der Patientenorganisation SPO in einem explorativen Gespräch ergab keinen weiteren Anpassungsbedarf.

# 3 Resultate

Im Folgenden werden die Resultate der oben dargestellten Erhebungen – explorative Gespräche, Dokumenten- und Literaturanalyse, juristische Analyse, Datenanalyse, Online-Befragungen und Fokusgruppen – präsentiert. Den Ausgangspunkt bildet eine quantitative Einordnung, basierend auf der Datenanalyse. Nach dem allgemeinen Anpassungsbedarf am MedBG folgt der Text der Kapitelstruktur des MedBG, aufgrund des eruierten Anpassungsbedarfs mit einem Fokus auf dem sechsten Kapitel (Berufsausübung und Fortbildung, inklusive der Thematik der Bewilligungen). Abschliessend werden die Resultate zu den in der Vertiefung genauer betrachteten «neuen Themen» präsentiert. Die Resultate werden nicht entlang der Erhebungsmethoden dargestellt, sondern gegliedert nach den Akteuren.

Ergebnisse aus der juristischen Analyse werden gelb, zentrale Ergebnisse und Erkenntnisse blau hinterlegt dargestellt.

## 3.1 Universitäre Medizinalberufe in der Schweiz: eine quantitative Einordnung

Die Datenanalyse erlaubt eine quantitative Darstellung der Medizinalberufe in der Schweiz und deren Entwicklung in den letzten zehn Jahren. Im Folgenden werden einige Aspekte daraus präsentiert. Mehr Details sind im Anhang A-10 zu finden.

*Akkreditierte Studiengänge*

Studiengänge der Medizinalberufe müssen in der Schweiz einzeln im Rahmen einer Programmakkreditierung akkreditiert werden. Zuständig ist der Schweizerische Akkreditierungsrat. Die Akkreditierung ist jeweils für sieben Jahre gültig. Derzeit sind in der Schweiz Studiengänge an folgenden Hochschulen akkreditiert (vgl. Tabelle 13 in Anhang A-10 für die Gültigkeitsdauer der Akkreditierung):

| | Humanmedizin | Zahnmedizin | Pharmazie | Veterinärmedi-zin | Chiropraktik | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ETH Zürich | | | 1 | | | 1 |
| UNIBAS | 1 | 1 | 1 | | | 3 |
| UNIBE | 1 | 1 | 1 | | | 3 |
| UNIBE / UZH | | | | 1 | | 1 |
| UNIFR | 1 | | | | | 1 |
| UNIGE | 1 | 1 | 1 | | | 3 |
| UNIL | 1 | | | | | 1 |
| UNILU / UZH | 1 | | | | | 1 |
| UNISG / UZH | 1 | | | | | 1 |
| USI | 1 | | | | | 1 |
| UZH | 1 | 1 | | | 1 | 3 |
| **Total** | **9** | **4** | **4** | **1** | **1** | **19** |

Tabelle 4: Akkreditierte Studiengänge gemäss MedBG an Hochschulen in der Schweiz. Quelle: Schweizerischer Akkreditierungsrat. Stand: Oktober 2024.

*Akkreditierte Weiterbildungsgänge*

In der Ausbildung fällt knapp die Hälfte der akkreditierten Studiengänge auf die Humanmedizin. In der Weiterbildung ist dieser Anteil noch deutlich höher: 46 der 53 akkreditierten Weiterbildungsgänge sind der Humanmedizin zugeordnet (vgl. Abbildung 1). Akkreditierungsinstanz für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen, die zu einem eidgenössischen Weiterbildungstitel führen, ist das Eidgenössische Departement des Innern EDI.

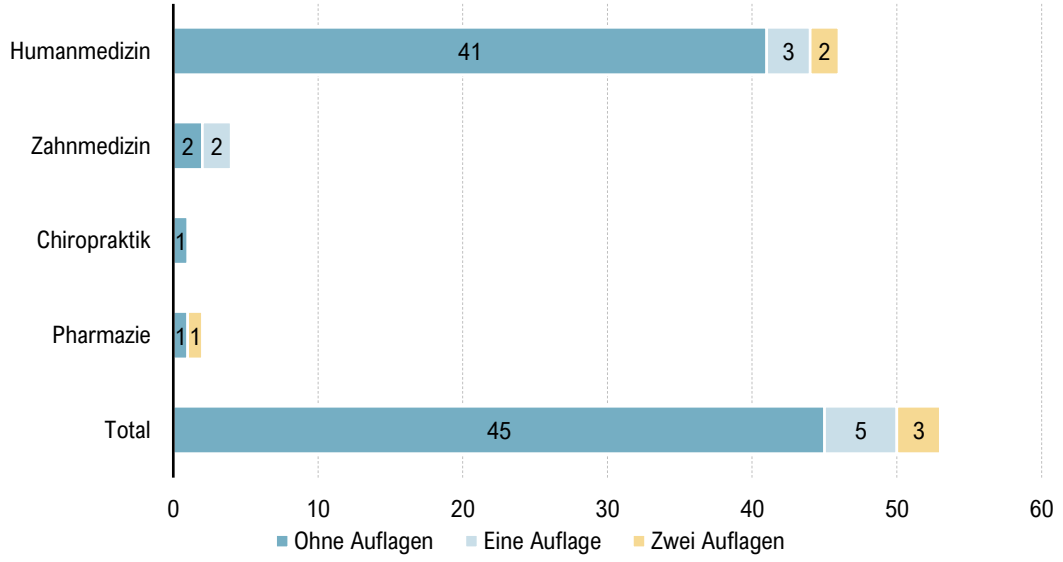



Abbildung 1: Übersicht über die akkreditierten Weiterbildungsgänge gemäss MedBG. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG. Akkreditierungen Zyklus 2023–2025.

Das EDI kann bei der Erteilung von Akkreditierungen Auflagen bestimmen, welche die Weiterbildungsgänge dann innert einer bestimmten Frist erfüllen müssen. In der Humanmedizin und Chiropraktik erfolgen die Akkreditierungen meistens ohne Auflagen, während in der Zahnmedizin zwei von vier Weiterbildungen je eine Auflage erhalten haben und in der Pharmazie eine Weiterbildung zwei Auflagen erhalten hat. In der Veterinärmedizin gibt es keine akkreditierten Weiterbildungsgänge.

*Ausgestellte eidgenössische Diplome und anerkannte ausländische Diplome*

Die Anzahl der ausgestellten eidgenössischen Diplome hat über die letzten zehn Jahre stetig zugenommen. Die Zunahme geht dabei ausschliesslich auf das Konto der Humanmedizin. Die Zahlen für Zahnmedizin, Pharmazie und Veterinärmedizin sind schwankend, zeigen jedoch keinen Auf- oder Abwärtstrend. Im Studium der Veterinärmedizin wurde im Jahr 2023 ein neues Curriculum eingeführt, wodurch sich das Studium um ein halbes Jahr verlängert. Dies erklärt die geringe Anzahl an Absolventinnen und Absolventen im Jahr 2023, bei welchen es sich nur um Repetierende der Prüfung handelt.

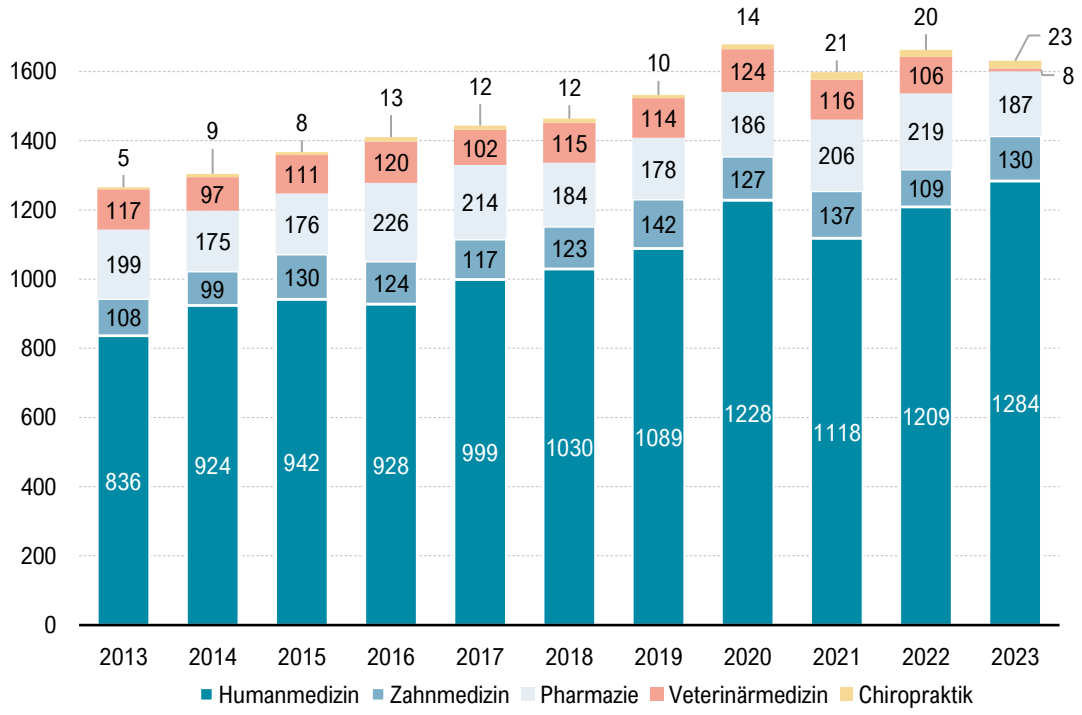



Abbildung 2: Anzahl der ausgestellten eidgenössischen Diplome seit 2013, nach Medizinalberuf gemäss MedBG. Pandemiebedingt konnte im Jahr 2020 die eidgenössische Prüfung in Humanmedizin nicht wie gewohnt durchgeführt werden. Für die Diplomerteilung in Humanmedizin ist das Jahr 2020 deshalb nicht aussagekräftig. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

Der Frauenanteil bleibt über die Jahre relativ stabil und liegt 2023 in allen Medizinalberufen bei mindestens 60 Prozent (vgl. Abbildung 3). Er ist in der Veterinärmedizin und in der Pharmazie am höchsten und schwankt einzig in der Chiropraktik aufgrund der geringen Fallzahlen.

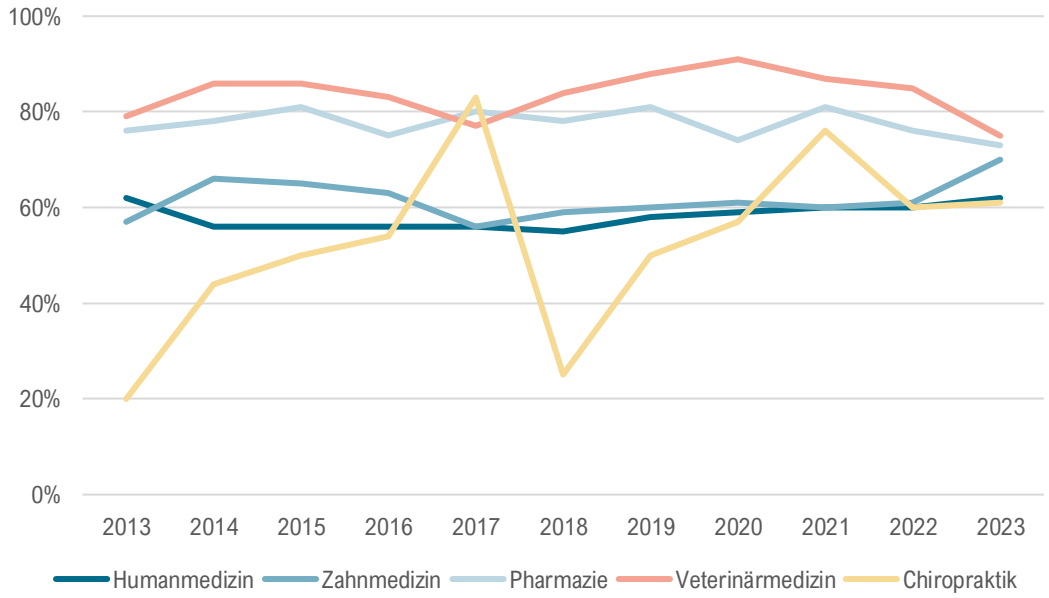



Abbildung 3: Frauenanteil der ausgestellten eidgenössischen Diplome, nach Medizinalberuf. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 4'320 ausländische Diplome anerkannt (Abbildung 4). Diese Zahl ist mehr als zweieinhalbmal so hoch wie die Zahl der im selben Jahr ausgestellten eidgenössischen Diplome nach Bestehen der entsprechenden Prüfungen in den fünf universitären Medizinalberufen (1'632, vgl. Abbildung 2). Am deutlichsten zeigt sich dieses Verhältnis bei der Human- und der Zahnmedizin. Die anerkannten Diplome stammen meistens aus den Nachbarländern (anerkannte Diplome in allen fünf universitären Medizinalberufen zusammengenommen seit 2013: Deutschland: 14'343, Italien: 6'363, Frankreich: 5'127, Österreich: 2'208) sowie aus Rumänien (2'082, vgl. Tabelle 15 in Anhang A-10).

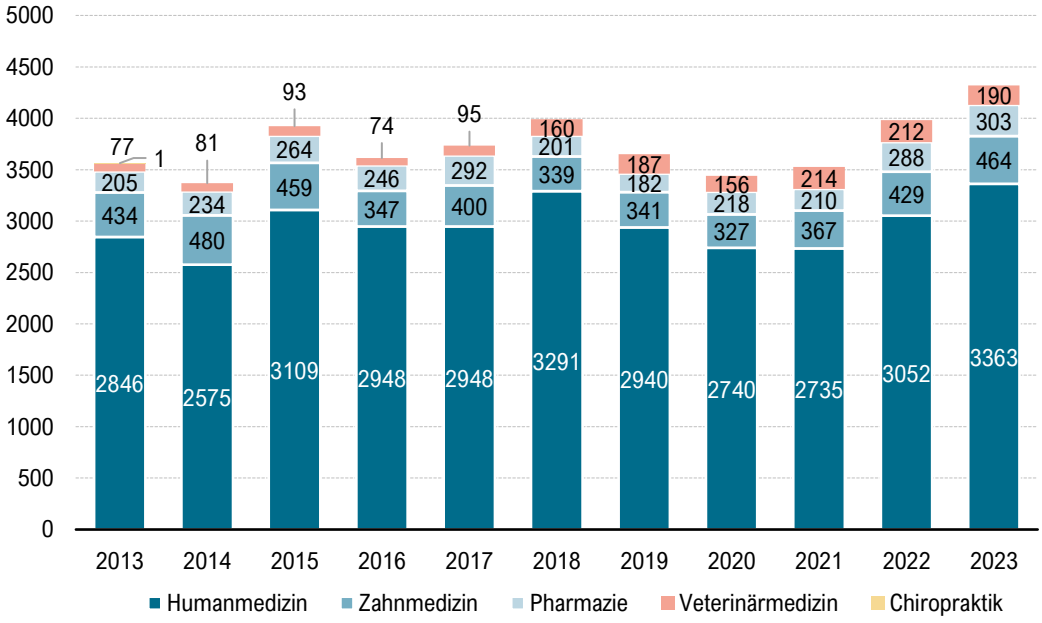



Abbildung 4: Anzahl der anerkannten ausländischen Diplome seit 2013, nach Medizinalberuf. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

Zusätzlich zu den ausgestellten eidgenössischen und den anerkannten ausländischen Diplomen werden auch nicht anerkennbare Diplome registriert. Mit einem Diplom, das im Ausstellungsstaat zur Ausübung eines universitären Medizinalberufs unter Aufsicht berechtigt, kann ein Antrag bei der MEBEKO zur Eintragung ins Register gestellt werden. Damit und mit der Überprüfung der notwendigen Sprachkompetenzen durch den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin ist die Ausübung des Berufs unter fachlicher Aufsicht in der Schweiz möglich. Tabelle 5 zeigt, wie viele solcher Diplome zwischen 2018 und 2023 registriert wurden. Es werden durchschnittlich jährlich Eintragungen in der Grössenordnung von rund zehn Prozent der Summe der ausgestellten und der anerkannten Diplome vorgenommen.

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Humanmedizin | 470 | 559 | 368 | 416 | 560 | 635 |
| Zahnmedizin | 21 | 65 | 43 | 44 | 68 | 61 |
| Pharmazie | 12 | 27 | 16 | 8 | 15 | 25 |
| Veterinärmedizin | 3 | 14 | 16 | 16 | 14 | 18 |
| Chiropraktik | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| **Total** | **470** | **666** | **444** | **485** | **659** | **739** |

Tabelle 5: Anzahl Registrierungen von nicht anerkennbaren Diplomen aus dem Ausland durch die MEBEKO zur Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht. Quelle: MEBEKO Jahresberichte 2013–2023.

Insgesamt werden jährlich somit über 5'500 eidgenössische Diplome ausgestellt oder ausländische Diplome anerkannt. Zusätzlich wurden zwischen 2018 und 2023 jährlich durchschnittlich 570 nicht anerkennbare ausländische Diplome registriert.

*Ausgestellte eidgenössische Weiterbildungstitel und anerkannte ausländische Weiterbildungstitel*

Auf der Ebene der Weiterbildungstitel zeigt sich folgendes Bild: In der Humanmedizin und Pharmazie werden deutlich mehr eidgenössische Weiterbildungstitel ausgestellt als ausländische Weiterbildungstitel anerkannt. In der Zahnmedizin ist es umgekehrt. Zusätzlich werden jährlich deutlich weniger Weiterbildungstitel ausgestellt oder anerkannt als Diplome – rund 3'500 Weiterbildungstitel stehen den rund 5'500 Diplomen in den letzten Jahren gegenüber. Ein möglicher Grund für diese Differenz ist, dass zwischen dem Erlangen eines Diploms und dem Abschluss einer Weiterbildung eine zeitliche Lücke besteht.[5] Des Weiteren rührt die Differenz auch daher, dass ausländische Fachärztinnen und Fachärzte, die in die Schweiz kommen, sowohl das Diplom als auch den Weiterbildungstitel anerkennen lassen müssen. Da in der Statistik nicht die Personen, sondern die Gesuche gezählt werden, tauchen diese Personen sowohl in den Zahlen der anerkannten Diplome als auch der anerkannten Weiterbildungstitel auf. Ein Weiterbildungstitel ist in der Humanmedizin,

[5] Für die Interpretation der Zahlen ist zudem zu berücksichtigen, dass Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland, die ihr Diplom in der Schweiz anerkennen lassen, gegebenenfalls nicht sofort die Weiterbildung starten. In diesem Fall erlangen sie ihren Weiterbildungstitel nicht bereits sechs Jahre nach der Diplomanerkennung.

der Chiropraktik und der Pharmazie für die Ausübung des Berufs in eigener fachlicher Verantwortung notwendig.

Wie bei den eidgenössischen Diplomen ist auch bei den Weiterbildungstiteln für die eidgenössischen Titel für die Humanmedizin insgesamt eine Zunahme über die letzten zehn Jahre zu beobachten.

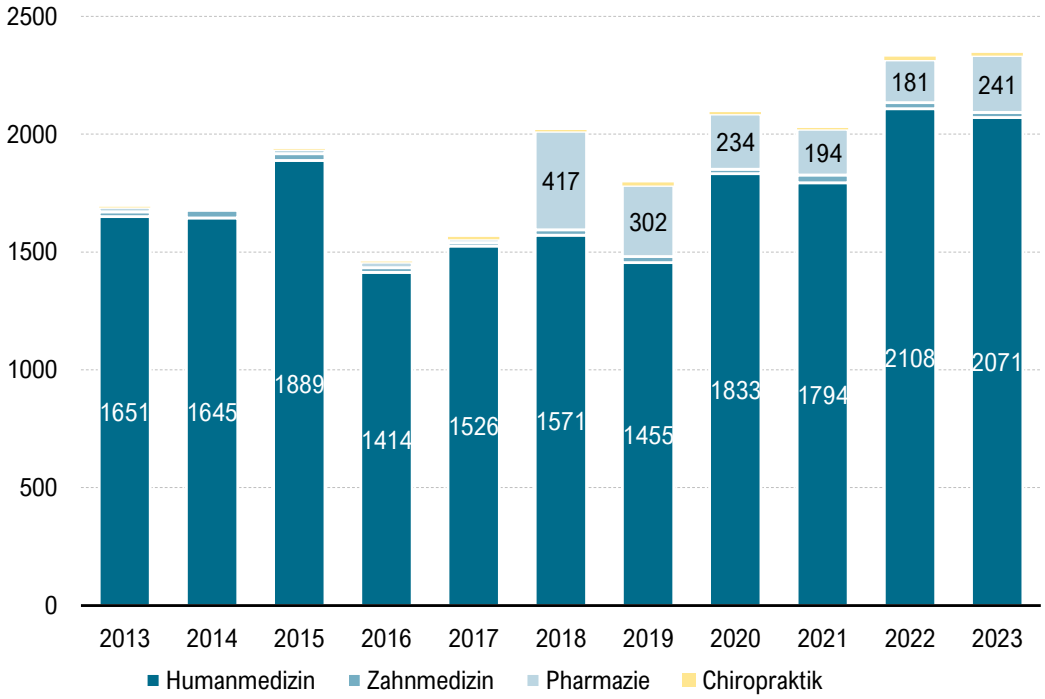



Abbildung 5: Anzahl ausgestellter eidgenössischer Weiterbildungstitel, nach Medizinalberuf. Hinweis zum sprunghaften Anstieg in der Pharmazie 2018: Der Weiterbildungstitel in Pharmazie wurde erst mit der Revision des MedBG zur Pflicht für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung. Die Weiterbildungsprogramme wurden 2013 akkreditiert, die entsprechende Regelung ist seit 2018 in Kraft. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

Die Zahl der anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel ist jährlichen Schwankungen unterworfen (Tabelle 6). Zwischen 2013 und 2020 waren die Zahlen in der Tendenz abnehmend, seither steigen sie wieder an. In der Humanmedizin erfolgen die meisten Anerkennungen von Weiterbildungstiteln in den Bereichen Praktische Ärztin/Praktischer Arzt, allgemeine Innere Medizin, Anästhesiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Radiologie sowie Gynäkologie. In der Zahnmedizin werden die meisten Weiterbildungstitel in der Kieferorthopädie anerkannt (vgl. Tabelle 17 und Tabelle 18 im Anhang A-10).

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Humanmedizin | 1709 | 1296 | 1676 | 1573 | 1526 | 1391 | 1365 | 1271 | 1313 | 1420 | 1479 |
| Zahnmedizin | 64 | 48 | 52 | 48 | 56 | 36 | 39 | 41 | 54 | 64 | 53 |
| Pharmazie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 7 | 5 |

Tabelle 6: Anzahl anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel. Informationen zur Chiropraktik liegen keine vor. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

Die häufigsten Vergabeländer der in der Schweiz anerkannten Weiterbildungstitel im Untersuchungszeitraum 2013–2023 sind in der Humanmedizin Deutschland (total 8'059), Frankreich (total 3'039) und Italien (total 1'852). Bei der Zahnmedizin sind es ebenfalls Deutschland (total 246), Italien (total 131) und Frankreich (total 85) (vgl. Tabelle 19 und Tabelle 20 im Anhang A-10).

Der Frauenanteil bei den anerkannten ausländischen Weiterbildungstiteln stieg in der Humanmedizin von 35 Prozent im Jahr 2013 auf 46 Prozent 2023. In der Zahnmedizin stieg er von 41 Prozent in 2013 auf 51 Prozent in 2023 (vgl. Tabelle 21 im Anhang A-10).

*Berufsausübungsbewilligungen*

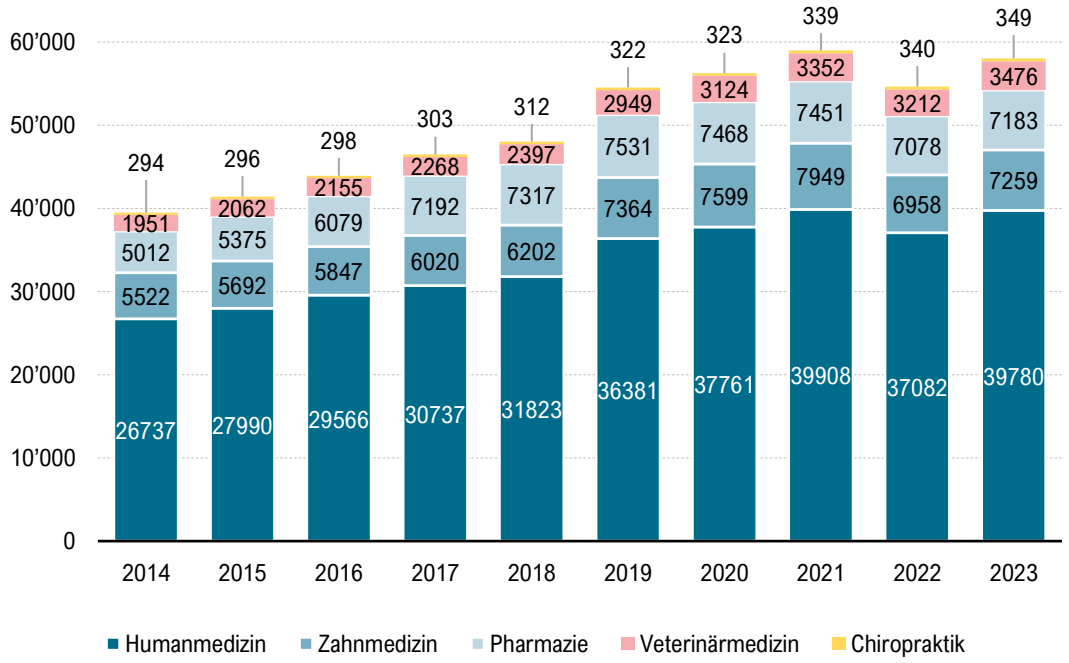



Abbildung 6: Bestand Berufsausübungsbewilligungen pro Jahr, nach Medizinalberuf. Quelle: MEBEKO Jahresberichte 2014–2023.

Die Anzahl erteilter Berufsausübungsbewilligungen stieg zwischen 2014 und 2023 besonders in der Humanmedizin stark an, nämlich um 13'043 (plus 49 %). Auch bei den anderen Berufen ist ein Anstieg zu verzeichnen. In der Veterinärmedizin betrug der Anstieg 1'525 Bewilligungen (plus 78 %), in der Pharmazie 2'171 (plus 43 %) und in der Zahnmedizin

1’737 (plus 32 %). Am kleinsten ist die Veränderung in der Chiropraktik mit einer Zunahme der Anzahl Bewilligungen um 55 Bewilligungen oder 19 %.

## 3.2 Allgemeiner Anpassungsbedarf am MedBG

In der Befragung der weiteren Akteure wurde erfragt, inwiefern aus Sicht der Befragten insgesamt Anpassungsbedarf am MedBG besteht (vgl. Abbildung 7).

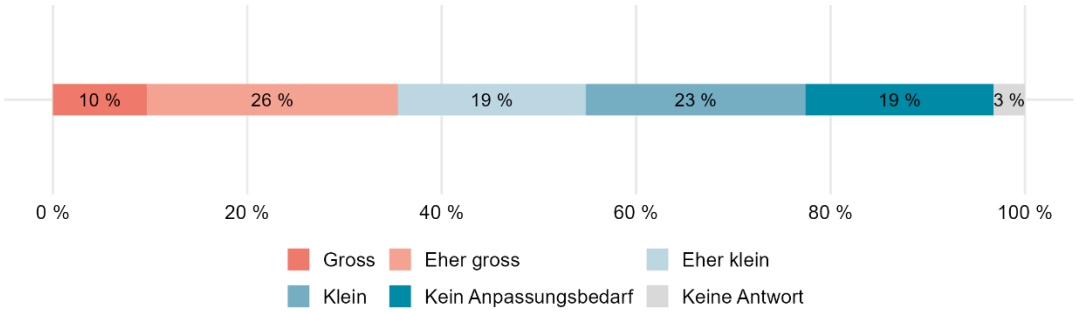



Abbildung 7: Allgemeiner Anpassungsbedarf des MedBG. Frage: Sehen Sie insgesamt einen Anpassungsbedarf am MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn? N = 31. Quelle: Befragung der weiteren Akteure 2024.

Die Mehrheit der Akteure (61 %) gibt an, eher kleinen (19 %), kleinen (23 %) oder keinen (19 %) Anpassungsbedarf zu sehen. Gemäss einer Mehrheit der Antwortenden soll das MedBG ausserdem vor allem klare Voraussetzungen innerhalb der regulierten Themen schaffen und damit auch einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten.

- Die Organisationen der Humanmedizin zeigen sich sowohl in der Befragung als auch in den Gesprächen mehrheitlich der Ansicht, dass das MedBG in seiner jetzigen Form seinen Zweck im Grossen und Ganzen erfüllt. Sie sprechen sich gegen eine weitere Bürokratisierung aus und wünschen sich, dass das MedBG auch künftig eine gewisse Flexibilität erlaube.
- Von Seiten der Zahnmedizin wird angemerkt, dass beim MedBG zu sehr auf für sämtliche Berufsgruppen identische Regelungen gepocht werde. Diese starre Haltung verhindere eine notwendige Agilität. Diese Agilität sei insbesondere in den Bereichen Weiterbildung und Personenfreizügigkeit anzustreben. In Bezug auf die Personenfreizügigkeit fordern die Zahnmedizin-Vertretungen, dass mehr Wert auf die Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer und eidgenössischer Diplome gelegt werden soll. Sie betonen zudem, dass sie die Richtlinie des Europäischen Parlaments über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in Frage stellen. Gleichzeitig weisen Interview- und Fokusgruppenteilnehmende darauf hin, dass das MedBG zu sehr auf die Humanmedizin ausgerichtet sei und die anderen Berufsgruppen sich nicht immer darin wiederfinden können. Diese Stellungnahme kann auch vor dem Hintergrund der im entsprechenden Fokusgruppengespräch geäusserten Feststellung gesehen werden, dass im Bereich der Zahnmedizin – im Gegensatz zu anderen Medizinalberufen – in der Schweiz ein Fachkräfteüberschuss herrsche. Ausserdem richte sich, so die Stellungnahme der Zahnmedizin in der Onlinebefragung, das aktuelle MedBG zu sehr an in Einzelfirmen tätige

Einzelpersonen. Es trage der Entwicklung, dass sich Medizinalpersonen zunehmend in anderen Rechtsformen wie GmbH und Aktiengesellschaften organisieren, zu wenig Rechnung.

— Aus den Kreisen der Pharmazie wird eine erweiterte Kompetenzerteilung im diagnostischen und therapeutischen Bereich gewünscht. Ausserdem wird von dieser Seite beklagt, dass kantonale Unterschiede bei der Interpretation des Gesetzes dazu führen können, dass in Kantonen mit einer eher restriktiven Auslegung der Personalmangel akzentuiert werden könnte.
— Die eidgenössische Prüfungskommission für die Veterinärmedizin merkt an, dass die Ausbildungsziele für die eidgenössischen Prüfungen aktualisiert werden sollten.

Die juristische Analyse stellt fest, dass das MedBG wenig Anlass für gerichtliche Auseinandersetzungen bietet, welche sich in der Bundesgerichtspraxis niederschlagen. Das Bundesverwaltungsgericht befasst sich in der Regel mit für die vorliegende Analyse nicht relevanten individuell-konkreten Aspekten der Anerkennung von Weiterbildungsausweisen oder -curricula und Ergebnissen von Fachprüfungen. Auch stellt die juristische Analyse keine Disharmonien zwischen dem MedBG und den entsprechenden Verordnungen fest.

## 3.3 Aus- und Weiterbildung

### 3.3.1 Grundsätze und Ziele (2. Kapitel MedBG)

In der Befragung der weiteren Akteure wurde abgeholt, inwiefern aus Sicht der Befragten Anpassungsbedarf in Bezug auf die Grundsätze und Ziele der Aus-, Weiter- und Fortbildung besteht (vgl. Abbildung 8).

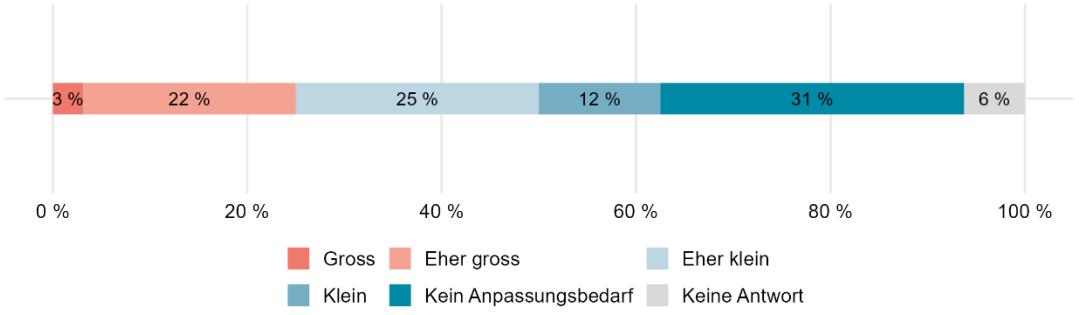



Abbildung 8: Anpassungsbedarf Kapitel 2 des MedBG. Frage: Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 2 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn? N = 31. Quelle: Befragung der weiteren Akteure 2024.

Über zwei Drittel der antwortenden Akteure (68 %) geben an, eher kleinen (25 %), kleinen (12 %) oder keinen (31 %) Anpassungsbedarf zu sehen. Lediglich ein Viertel der Akteure macht einen eher grossen (22 %) oder grossen (3 %) Anpassungsbedarf aus.

— Die Organisationen der Humanmedizin sehen generell einen kleinen oder gar keinen Anpassungsbedarf. Sie möchten primär weitere Regulierungen verhindern. Eine Ausnahme bildet der vsao, der moniert, die ungewöhnlich hohe administrative Belastung

der Ärztinnen und Ärzte führe dazu, dass sie im internationalen Wettbewerb nicht mehr bestehen könnten (Art. 4, Abs. 2., lit. g), wobei aber insbesondere KVG-Vorgaben als Ursache genannt werden und nicht das MedBG.

- Von Seiten der Zahnmedizin wird gewünscht, dass die Ziele der Aus- und Weiterbildung berufsspezifischer ausgestaltet werden.
- Aus den Reihen der Organisationen der Pharmazie wird unisono eine explizite Erwähnung der Interprofessionalität bei den Zielen der Aus- und der Weiterbildung (Art. 4 Abs. 2[6]) gewünscht. Auch sollte aus ihrer Sicht Artikel 4, Absatz 1[7] um den Begriff «verabreichen» ergänzt werden. Allgemein wird von den Apothekerinnen und Apothekern gewünscht, dass ihre neue Rolle im Gesundheitssystem (Impfungen, Diagnostik, Beratungen, etc.) im Gesetz explizit berücksichtigt werde.
- Die antwortenden Organisationen der Veterinärmedizin sind sich uneins über den Anpassungsbedarf: Während die Vetsuisse Fakultät der Universität Zürich mit dem Status quo zufrieden ist, moniert die Gesellschaft Schweizer TierärztInnen, dass die Bestimmungen dieses Kapitels zu Grundsätzen und Zielen der Aus- und Weiterbildung ein Hemmschuh seien und nicht ins Gesetz gehörten. Vielmehr solle auf die einschlägigen EU-Bestimmungen verwiesen werden, denen die Schweiz aufgrund der bilateralen Verträge ohnehin folgen müsse. Von der Prüfungskommission wird angeregt, analog zur Humanmedizin auch für die Veterinärmedizin, eine Postgraduierten-Weiterbildung im MedBG zu verankern.

### 3.3.2 Universitäre Ausbildung (3. Kapitel MedBG)

In der Befragung der weiteren Akteure wurde abgeholt, inwiefern aus Sicht der Befragten Anpassungsbedarf in Bezug auf die MedBG-Bestimmungen zur universitären Ausbildung besteht (vgl. Abbildung 9).

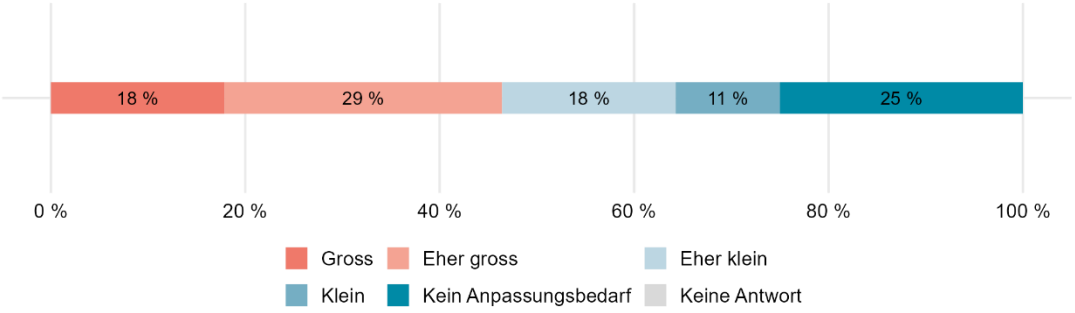



Abbildung 9: Anpassungsbedarf Kapitel 3 des MedBG. Frage: Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 3 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn? N = 27. Quelle: Befragung der weiteren Akteure 2024.

[6] Dieser Absatz listet auf, wozu die Aus- und Weiterbildungen die Absolventinnen und Absolventen befähigen.
[7] Dieser Absatz lautet: «Aus- und Weiterbildung befähigen dazu, Gesundheitsstörungen von Menschen oder Tieren vorzubeugen, zu erkennen und zu heilen, Leiden zu lindern sowie die Gesundheit von Mensch und Tier zu fördern oder für die Vorbeugung und die Behandlung von Krankheiten Heilmittel herzustellen, abzugeben oder zu vertreiben».

Die Einschätzungen dazu gehen weit auseinander: Etwa die Hälfte der Akteure sieht grossen (18 %) oder eher grossen (29 %) Anpassungsbedarf, die andere Hälfte eher kleinen (18 %), kleinen (11 %) oder keinen Anpassungsbedarf (25 %).

- Mehrere Akteure der Humanmedizin wünschen sich bei den Lernzielen einen noch stärkeren Fokus auf die Sozialkompetenz. Vereinzelt wird auch angeregt, dass die Evidenzbasierung, die Kenntnisse der wirtschaftlichen Zusammenhänge im Gesundheitssystem sowie digitale Kompetenzen stärker verankert werden müssten. Auch sollten die Lernziele so formuliert werden, dass sie messbar sind.
- Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO regt an, die berufsspezifischen Mindestanforderungen mit einer Stundenzahl für die Lerninhalte zu versehen und sie fordert insbesondere mehr praktischen Unterricht. Sie plädiert für einen höheren Stellenwert der Förderung von vernetztem Denken und interdisziplinärer Zusammenarbeit, was auch durch praktische Arbeit geschehen kann. Die SSO weist zudem darauf hin, dass die automatische Anerkennung von nicht gleichwertigen Diplomen aus ihrer Sicht mit einer Einbusse der Behandlungsqualität sowie der Sicherheit von Patientinnen und Patienten einhergeht.
- Von Seiten der Pharmazie wird darauf hingewiesen, dass die Massnahmen zur Sicherstellung der Geheimhaltung von Prüfungsfragen nicht greifen würden. Sie seien zahnlos, woraus ein Glaubwürdigkeitsproblem entstehe. Aus Sicht der beiden Berufsorganisationen der Pharmazie sollten die zu erlernenden Kompetenzen nicht auf Gesetzesebene, sondern per Verordnung festgelegt werden, was eine grössere Flexibilität erlauben würde. Gleichzeitig solle der im MedBG vorgegebene Rahmen verbindlich genug sein, um Disparitäten zwischen den Kantonen zu vermeiden. Von zwei pharmazeutischen Fakultäten wird angeregt, Art. 9 (Berufsspezifische Ausbildungsziele der Pharmazie) zu modernisieren, indem Aufgaben der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung sowie das Thema Interprofessionalität aufgenommen werden. Die eidgenössische Prüfungskommission Pharmazie äussert sich besonders kritisch zu Artikel 14 (Eidgenössische Prüfung) und fordert die Abschaffung der eidgenössischen Prüfung für alle universitären Medizinalberufe. Organisationen der Pharmazie weisen vereinzelt darauf hin, dass die Gleichwertigkeit von ausländischen Studienabschlüssen in der Pharmazie selten gegeben sei.
- Akteure der Veterinärmedizin kritisieren, dass die automatische Anerkennung ausländischer Diplome aus der EU die Praxis in der Schweiz vor grosse Qualitätsprobleme stelle, da die ausländischen Akkreditierungen von Studiengängen oder Fakultäten teils nicht gleich entwickelt und aussagekräftig seien, wie in der Schweiz. Es solle sichergestellt werden, dass nur Diplome anerkannt werden, die tatsächlich gleichwertig mit den Schweizer Diplomen sind. Dies könne beispielsweise geschehen, indem die ausländischen veterinärmedizinischen Fakultäten, an denen die Diplome erlangt wurden, mittels der Kriterien der European Association of Establishments for Veterinary Education (EAEVE) geprüft würden. Zudem sollte der Umgang der Kantone mit Personen, die über ein nicht-anerkennbares Diplom verfügen, vereinheitlicht werden betreffend die Frage, ob sie unter fachlicher Aufsicht tätig sein dürfen oder nicht. Dazu brauche es allenfalls klarere Regelungen im MedBG.

- Die Berufsorganisation ChiroSuisse möchte die Anerkennungspraxis ausländischer Diplome insofern ändern, als dass künftig ein Zusatzstudium von 60 ECTS-Punkten in Humanmedizin oder chiropraktischer Medizin als Zulassungsvoraussetzung für die eidgenössische Prüfung gelten soll und nicht wie bisher ein beliebiges medizinalberufliches Studium.
- Verschiedene medizinische Fakultäten regen an, den Ablauf der Prüfungen zu überdenken. So wird von der medizinischen Fakultät der Universität Bern angemerkt, dass bei den eidgenössischen Prüfungen künftig elektronische Hilfsmittel zugelassen werden sollen, was dem heutigen Berufsalltag der Arztpersonen besser entspräche. Dieses Anliegen wird auch vom SIWF mitgetragen.
- Auch solle die Digitalisierung des Gesundheitswesens im MedBG eine stärkere Gewichtung erhalten.

### 3.3.3 Weiterbildung (4. Kapitel MedBG)

In der Befragung der weiteren Akteure wurde abgeholt, inwiefern aus Sicht der Befragten Anpassungsbedarf in Bezug auf die MedBG-Bestimmungen zur Weiterbildung besteht (vgl. Abbildung 10).

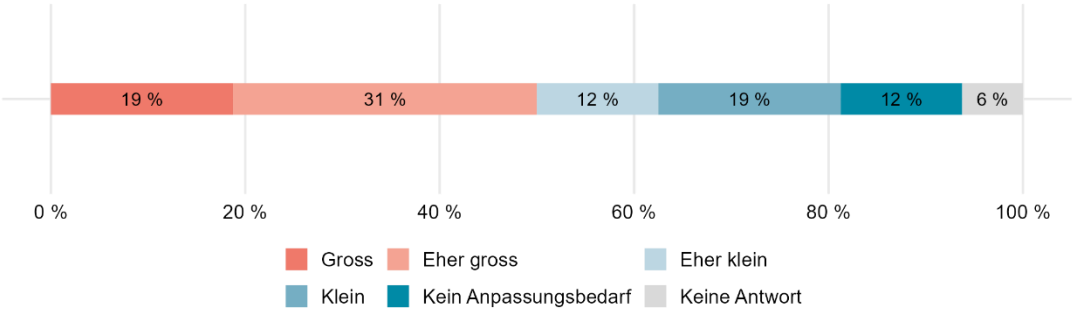



Abbildung 10: Anpassungsbedarf Kapitel 4 des MedBG. Frage: Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 4 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn? N = 16. Quelle: Befragung der weiteren Akteure 2024.

Die Einschätzungen dazu sind geteilt: Etwa die Hälfte der Akteure sieht grossen (19 %) oder eher grossen (31 %) Anpassungsbedarf, die andere Hälfte eher kleinen (12 %), kleinen (19 %) oder keinen (12 %).

- Der vsao gibt zu bedenken, dass die Dauer der Weiterbildung weniger entscheidend sein sollte als der Nachweis der angeeigneten Kompetenzen. Das SIWF regt an, Artikel 19, Absatz 1 so zu präzisieren, dass auch Inhaberinnen und Inhaber eines nach dem MedBG anerkannten ausländischen Diploms und Inhaberinnen und Inhaber eines gemäss Artikel 33a, Absatz 2 registrierten Diploms an einem akkreditierten Weiterbildungsgang teilnehmen können.
- Die zahnmedizinischen Organisationen SSO und BZW sowie die Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte der Schweiz (VKZS) sind der Auffassung, dass Aus- und Weiterbildungsziele berufsspezifischer und praxiszentrierter ausgestaltet werden müssen. Sie bemängeln auch, dass die Freizügigkeit mit dem EU-Raum die

Behandlungsqualität in der Schweiz bedrohen könnte, weil die Weiterbildungsstandards nicht in allen EU-Ländern verlässlich eingehalten würden.

— Akteure der Pharmazie wünschen, dass die Konsultationen von Patientinnen und Patienten in der Apotheke in den MedBG-Bestimmungen besser berücksichtigt würden. Ausserdem werden Konkretisierungen bezüglich der Dauer der Weiterbildung und ein kritisches Hinterfragen der automatischen Anerkennung ausländischer Weiterbildungstitel gemäss den bilateralen Verträgen gewünscht.
— Die Prüfungskommission für Veterinärmedizin wünscht, dass der Aufwand für die Weiterbildung anhand von ECTS-Punkten präzisiert werden sollte.

### 3.3.4 Akkreditierung von Aus- und Weiterbildungsgängen und Anerkennung ausländischer Studiengänge (5. Kapitel MedBG)

In der Befragung der weiteren Akteure wurde abgeholt, inwiefern aus Sicht der Befragten Anpassungsbedarf in Bezug auf die MedBG-Bestimmungen zu den Themen der Akkreditierung von Aus- und Weiterbildungsgängen sowie der Anerkennung ausländischer Studiengänge besteht (vgl. Abbildung 11).

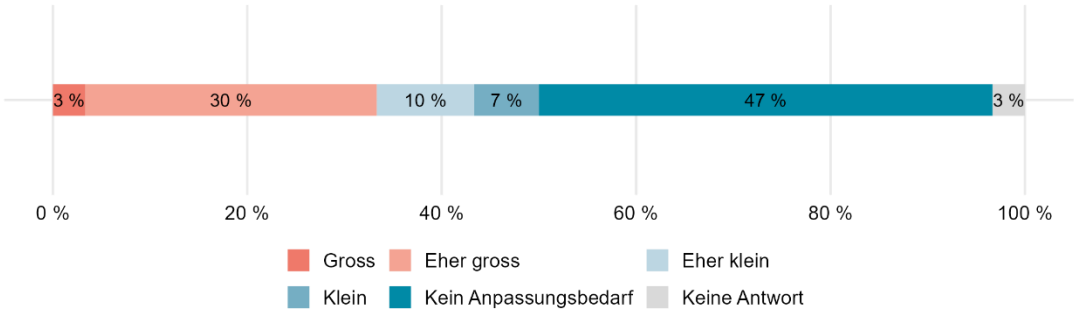



Abbildung 11: Anpassungsbedarf Kapitel 5 des MedBG. Frage: Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 5 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn? N = 30. Quelle: Befragung der weiteren Akteure 2024.

Zwei Drittel der Akteure sehen dabei keinen (47 %), kleinen (7 %) oder eher kleinen (10 %) Handlungsbedarf, ein Drittel erachtet den Handlungsbedarf als eher gross (30 %) oder gross (3 %).

— Gemäss einigen Akteuren aus der Humanmedizin sollte sich die Akkreditierung nicht nur nach dem MedBG, sondern insbesondere auch nach den internationalen Standards der Medizinischen Ausbildung gemäss der World Federation Medical Education (WFME) richten. Dies sollte in Artikel 24 (Akkreditierungskriterien Studiengänge) berücksichtigt werden.
— Von Akteuren der Zahnmedizin wird zu bedenken gegeben, dass der Aufwand und die Kosten für die Akkreditierung möglichst geringgehalten werden sollen. Entsprechend wird hinterfragt, ob eine Akkreditierung alle sieben Jahre sinnvoll ist, oder ob der Abstand zwischen den Akkreditierungen nicht vergrössert werden könnte. Die Berücksichtigung internationaler Standards wird hier ebenfalls gewünscht.
— Aus Sicht von Akteuren der Pharmazie sollte das Prinzip der Gleichbehandlung zwischen den Berufen bei diesen Themen noch höher gewichtet werden. Auch hier werden

der Aufwand für die Akkreditierung als zu gross und die Gültigkeitsdauer von sieben Jahren als zu kurz bemängelt. Das Institut FPH merkt an, dass der Prozess der Anerkennung ausländischer Diplome angesichts des Fachkräftemangels zügiger und transparenter als heute erfolgen müsse.

- Die Prüfungskommission Veterinärmedizin regt an, dass eine Akkreditierung durch die EAEVE ausreichen sollte. Weiter merkt die Berufsorganisation für Veterinärmedizin an, dass die automatische Anerkennung von EU-Diplomen problematisch sei.
- ChiroSuisse bemängelt, dass die Liste der anerkannten Hochschulen im Ausland gemäss Artikel 33 (Liste anerkannter ausländischer Studiengänge) nicht konsequent angewendet werde. Zudem fordert die Schweizer Akademie für Chiropraktik, dass im Ausland diplomierte Chiropraktorinnen und Chiropraktoren mit einem ausländischen Studium in der Schweiz nur zugelassen werden, wenn sie einen vom BAG anerkannten Studiengang im Ausland abgeschlossen und die eidgenössische Prüfung bestanden haben.

## 3.4 Berufsausübung (6. Kapitel MedBG)

**Ausgangslage:** Wer in der Schweiz einen Medizinalberuf ausüben möchte, muss im Medizinalberuferegister registriert sein. Dazu ist ein eidgenössisches, ein anerkanntes ausländisches oder ein registriertes ausländisches, nicht anerkennbares Diplom nötig. Zudem muss die Person über die notwendigen Sprachkenntnisse für die Ausübung des Berufs verfügen. Durch die Eintragung ist zunächst die Ausübung des Berufs «unter fachlicher Aufsicht» möglich. Der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin ist für die Überprüfung der Eintragung sowie der für die Ausübung notwendigen Sprachkenntnisse zuständig (Art. 33a).

Wer den Medizinalberuf «in eigener fachlicher Verantwortung» ausüben möchte, braucht zusätzlich eine Berufsausübungsbewilligung des Kantons, in dem er oder sie den Beruf ausüben möchte. Die Bedingungen dafür sind in Artikel 36 MedBG geregelt: Die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller braucht dazu das entsprechende eidgenössische oder anerkannte Diplom, für Humanmedizin, Chiropraktik oder Pharmazie und zusätzlich einen eidgenössischen oder anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel. Sie oder er muss vertrauenswürdig und physisch und psychisch in der Lage sein, den Beruf einwandfrei auszuüben. Ausserdem muss sie oder er über die notwendigen Sprachkenntnisse einer Amtssprache des ausstellenden Kantons verfügen. Personen, die den Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, unterstehen zusätzlich den Berufspflichten gemäss Artikel 40 MedBG. Diese beinhalten auch die Verpflichtung zur lebenslangen Fortbildung. Für die Ausübung des Berufs unter fachlicher Aufsicht sind im MedBG keine Berufspflichten definiert.

Die Kantone sind zuständig für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligungen, welche die Tätigkeit als Medizinalperson in eigener fachlicher Verantwortung ermöglichen. Möchte eine Medizinalperson eine eigene Praxis eröffnen, braucht sie neben der Berufsausübungsbewilligung auch eine Praxisbewilligung, welche durch den jeweiligen Standortkanton erteilt wird, wobei diese Anforderung nicht in allen Kantonen einheitlich gehandhabt wird.

### 3.4.1 Anpassungsbedarf

Die Berufsausübung und die Fortbildung sind in Kapitel 6 des MedBG geregelt. Zu diesem Kapitel sehen zwei Drittel der weiteren Akteure (ohne kantonale Stellen) in der Online-Befragung einen grossen (25 %) oder eher grossen (42 %) Anpassungsbedarf (vgl. Abbildung 12). Es ist jedoch gleichzeitig auf die kleine Anzahl von nur zwölf Rückmeldungen hinzuweisen.

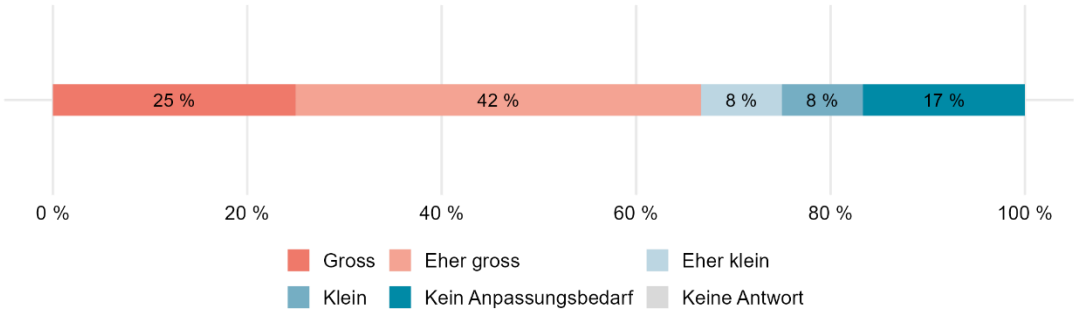



Abbildung 12: Anpassungsbedarf Kapitel 6 des MedBG. Frage: Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 6 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn? N = 12. Quelle: Befragung der weiteren Akteure 2024.

### 3.4.2 Sprachkenntnisse und Kenntnisse des schweizerischen und kantonalen Rechtsrahmens und des schweizerischen Gesundheitssystems

**Ausgangslage:** Die Medizinalberufeverordnung MedBV definiert die «Notwendigen Sprachkenntnisse nach Artikel 33a Absatz 1 Buchstabe b MedBG» wie folgt:

*Die universitäre Medizinalperson muss in der Sprache, in der sie den Beruf ausübt, mindestens die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen. Sie muss an Diskussionen im eigenen Fachgebiet teilnehmen und sich dazu spontan und fliessend äussern können, sodass ein Gespräch mit Hauptsprachlerinnen und -sprachlern ohne grössere Anstrengungen auf beiden Seiten gut möglich ist.* (Art. 11a MedBV).

Diese Definition entspricht dem Niveau B2 – selbständige Sprachverwendung – des gemeinsamen europäischen Referenzrahmens für Sprachen. Ausnahmen sind möglich, wenn die Sicherstellung der Patientenversorgung dies erfordert, keine andere Medizinalperson mit den entsprechenden Sprachkenntnissen gefunden werden kann und die Patientensicherheit gewährleistet ist. Die Sprachkenntnisse werden durch die MEBEKO ins MedReg eingetragen. Als Nachweis gelten ein international anerkanntes Sprachdiplom, ein Aus- oder Weiterbildungsabschluss des Medizinalberufs in der entsprechenden Sprache oder Arbeitserfahrung in der entsprechenden Sprache während drei der vergangenen zehn Jahre.

Für die Zulassung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) hingegen sind im KVG für Ärzte und Ärztinnen höhere Anforderungen an die Sprachkompetenz definiert (C1). Die Sprachprüfung muss hier in der Schweiz abgelegt werden, oder aber es muss eine schweizerische gymnasiale Maturität mit der entsprechenden Sprache als Grundlagenfach

(entspricht in der Regel B2/C1) oder ein in der entsprechenden Sprache erworbenes eidgenössisches oder anerkanntes ausländisches Diplom als Ärztin oder Arzt nachgewiesen werden.

Die Kantonsbefragung zeigt: Fast alle der antwortenden Kantone orientieren sich in Bezug auf die erforderlichen Sprachkompetenzen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligungen an den Bestimmungen des MedBG und für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP an den Bestimmungen des KVG. Dies ist im Sinne der Gesetzgebung. Zwei Kantone geben an, sich in beiden Fällen an den strengeren Bestimmungen des KVG zu orientieren, was im Bereich ihrer Kompetenz liegt, da die Bestimmungen des MedBG als Mindestvoraussetzungen zu verstehen sind.

Während die Diskrepanz der Anforderungen im MedBG und KVG die Kantone im Vollzug somit nur vor wenige nennenswerte Probleme stellt, was auch in den Interviews bestätigt wird, wird vereinzelt dennoch eine Vereinheitlichung angeregt.

So wird beispielsweise argumentiert, die Sprachkenntnisse seien insbesondere für die Ausübung des Berufs (MedBG) relevant, für die Abrechnung (KVG) hingegen zweitrangig. Entsprechend sollten die erforderlichen Sprachkenntnisse nur im MedBG definiert werden, nicht noch zusätzlich im KVG, so Hinweise in der Befragung der Kantone. Auch sei nicht verständlich, warum die Sprachprüfung gemäss KVG zwingend in der Schweiz abgelegt werden müsse. Entscheidend sei der europäische Referenzrahmen. Ein Kanton spricht sich für die Prüfung einer Verschärfung der Anforderungen gemäss MedBG aus: Niveau B2 genüge nicht für ein umfassendes Gespräch mit einer Patientin oder einem Patienten.

Darüber hinaus wird eine Anregung zur Registrierung der Sprachkompetenz im MedReg gemacht: Sofern eine Person über eine Sprachkompetenz C1 oder höher verfügt, soll dies bereits beim ersten Eintrag ins MedReg vermerkt werden, um späteren administrativen Aufwand zu verringern.

In der Befragung der weiteren Akteure nennen Akteure der Pharmazie den Bedarf, zusätzlich zu den notwendigen Sprachkenntnissen in Art. 36 Abs. 1 auch Kenntnis des schweizerischen und kantonalen Rechtsrahmens und des schweizerischen Gesundheitssystems zu verlangen. Im KVG werde das Erlangen dieser Kenntnisse durch die Notwendigkeit der dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte (Art. 37 KVG, Absatz 1) sichergestellt. Der entsprechende Artikel im KVG ist nur für Ärztinnen und Ärzte gültig, wobei eine ähnliche Regelung für die Zahnmedizin existiert (Art. 42 Bst. b KVV).

Die juristische Analyse sagt dazu: Die Anforderungen an die Sprachkenntnisse sind bezüglich der Ausnahmeregelungen (vgl. Art. 33a Abs. 4 MedBG) offen ausgestaltet, was grosse Einschränkungen auf der Verordnungsebene erlaubt (s. Art. 11b Medizinalberufeverordnung, MedBV; 811.112.0). Art. 11a MedBV verlangt, dass die betreffende Person in der Sprache, in der sie den Beruf ausübt, mindestens die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen versteht. Sie muss an Diskussionen im eigenen Fachgebiet teilnehmen und sich dazu spontan und fliessend äussern können, sodass ein

Gespräch mit Hauptsprachlerinnen und -sprachlern ohne grössere Anstrengungen auf beiden Seiten gut möglich ist. Zumindest bezüglich der Diskussionen im Fachgebiet sind weder Deutsch, noch Französisch oder Italienisch die Hauptsprachen, sondern es ist das Englische. Weiter ist zu bemerken, dass zumindest in den urbanen Teilen der Schweiz sich das Englische als Zweitsprache etabliert hat. Mit zahlreichen Expats kann nicht in einer Landessprache kommuniziert werden. Gleiches gilt allgemein für Migrantinnen und Migranten. Hier könnten weitergehende Ausnahmen als diejenigen gemäss Art. 11b MedBV vorgesehen werden; doch betrifft dies die Verordnungsstufe. Das MedBG selbst lässt hier die Lösung offen.

### 3.4.3 Tätigkeit «in eigener fachlicher Verantwortung» und «unter Aufsicht»

Für die Ausübung eines Medizinalberufs in eigener fachlicher Verantwortung ist eine Berufsausübungsbewilligung durch den Kanton, in dem der Beruf ausgeübt wird, nötig. Wer einen Medizinalberuf in eigener fachlicher Verantwortung ausübt, untersteht Berufspflichten. Die Einhaltung dieser Berufspflichten muss durch die Aufsichtsbehörde des jeweiligen Kantons überprüft werden. Die Aufsichtsbehörde kann gewisse Aufgaben diesbezüglich an kantonale Berufsverbände delegieren. Für die Tätigkeit «unter Aufsicht» hingegen ist keine kantonale Berufsausübungsbewilligung notwendig (vgl. Einleitung des Kapitels 3.4).

*Abgrenzung zwischen Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und unter Aufsicht*
Das MedBG definiert nicht, für welche Tätigkeiten eine Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung nötig ist. Jedoch definiert das KVG, dass nur solche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zulasten der OKP abrechnen dürfen, welche über eine Berufsausübungsbewilligung (für eine Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung) verfügen. Diese Abwesenheit einer Definition des Unterschieds zwischen der Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und unter Aufsicht im MedBG sei vom Gesetzgeber gewollt gewesen, um einen kantonalen Spielraum für die Gesundheitsversorgung zu belassen, so die Information in den geführten Interviews.

Allerdings wird diese fehlende Abgrenzung im Gesetz sowohl in den Interviews als auch in den Fokusgruppen bemängelt, insbesondere weil sie zu unterschiedlicher Handhabung in den Kantonen führt.

Die Befragung der Kantone zeigt dann auch, dass eine gewisse Bandbreite bei der Definition der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung besteht. Dabei unterscheiden die Kantone vor allem zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Folgende Varianten in der Handhabung bestehen im ambulanten Bereich:

— Rund die Hälfte der Kantone stützt sich auf die Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen, inklusive Weiterbildungstitel: Sobald diese erfüllt sind, ist nur noch eine

Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung möglich und somit eine Berufsausübungsbewilligung notwendig.[8]

- Einige Kantone berücksichtigen Aspekte der Anstellung: Anstellungsverhältnis, Stellung im Betrieb, Grösse des Betriebs, Aufsicht über andere Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen oder Position unter Aufsicht.
- Für einige Kantone ist relevant, ob die Person selbst Entscheidungen zu Diagnosen und Behandlungen fällt oder eben unter direkter Aufsicht steht.

Im stationären Bereich wird oft die Hierarchiestufe herbeigezogen, allerdings nicht überall einheitlich:

- In einem Kanton gelten Fachärztinnen und Fachärzte als in eigener fachlicher Verantwortung tätig, in anderen erst Chefärztinnen und Chefärzte, dazwischen gibt es diverse Varianten (ab Stufe Oberarzt; Chefärzte, Belegärzte und Konsiliarärzte; nur leitende Ärzte und Chefärzte).
- Zwei Kantone weisen darauf hin, dass pro Fachbereich mindestens eine Person mit fachlicher Endverantwortung als in eigener fachlicher Verantwortung tätig angesehen wird.
- In einem Westschweizer Kanton gibt es eine Ausnahme für «Spitalärzte», die keine Chefärzte sind und für die keine Berufsausübungsbewilligung erforderlich ist, auch wenn sie in eigener beruflicher Verantwortung tätig sind. Im Rahmen der geplanten Totalrevision des Gesundheitsgesetzes in diesem Kanton (in Vorbereitung) soll diese Möglichkeit beibehalten werden.

In einem Kanton können Personen, welche die Bedingungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung eigentlich erfüllen würden, aus persönlichen Gründen darauf verzichten, fachlich eigenständig tätig zu sein. Diese müssen dem Kanton gemeldet werden, die Aufsicht muss klar geregelt sein. In den Fokusgruppen wird darauf hingewiesen, dass Personen aus Drittstaaten teilweise die Diplomanerkennung umgehen, indem sie nur unter fachlicher Aufsicht tätig seien. Diese Beobachtung wird mit der Forderung verknüpft, eine maximale Anzahl Jahre für die Tätigkeit ohne Berufsausübungsbewilligung festzulegen – Ziel der Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht sei die Ausbildung, somit sei eine Maximaldauer angebracht.

Die Kantonsbefragung zeigt auch Unterschiede zwischen Berufen: In einem Kanton ist für Zahnärztinnen und Zahnärzte generell nur die Ausübung in eigener fachlicher Verantwortung möglich. In einem anderen Kanton können Veterinärmedizinerinnen und Veterinärmediziner höchstens für zwei Jahre nach Aufnahme der kurativen Tätigkeit nicht in eigener fachlicher Verantwortung tätig sein. Sie brauchen dazu eine Assistentinnen- oder Assistenten-Bewilligung.

Verschiedene Aspekte führen bei Kantonen zu Abgrenzungsfragen, so zum Beispiel:

[8] Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass dies nicht immer möglich ist: Wenn ein Inhaber oder eine Inhaberin eines Facharzttitels (z.B. Allgemeine Innere Medizin) einen zweiten Facharzttitel (z.B. Kardiologie) erwerben möchte, kann er oder sie im Fachgebiet Kardiologie mangels Facharzttitel nicht in eigener fachlicher Verantwortung tätig sein.

- Kann ein Arzt mit abgeschlossener ausländischer Weiterbildung die 3-jährige praktische Tätigkeit, die er braucht, damit er gemäss KVG in der Schweiz über die OKP abrechnen kann, unter fachlicher Aufsicht nachholen oder braucht er eine Berufsausübungsbewilligung?
- Wie steht es um ausländische Ärztinnen und Ärzte ohne anerkennungsfähiges Diplom, die oftmals langjährige Erfahrung haben, in ihrer Berufspraxis eigenständig tätig sind und vom Bewilligungsinhaber oder der Bewilligungsinhaberin gar nicht oder nur marginal beaufsichtigt werden?

Knapp die Hälfte der antwortenden Kantone stellt in der Kantonsbefragung allerdings keine Abgrenzungsproblematik fest. Dabei handelt es sich in der Tendenz um jene Kantone, die Personen als in eigener fachlicher Verantwortung tätig betrachten, sobald sie die Bewilligungsvoraussetzungen erfüllt haben.

Es wird sowohl in der Befragung als auch in den Interviews und Fokusgruppen wiederholt gefordert, dass Personen, welche die Voraussetzungen für die Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung erfüllen, eine Berufsausübungsbewilligung benötigen. Es gäbe – ausser Umgehungsversuchen in Bezug auf die Anforderungen für die Ausübung des universitären Medizinalberufes in eigener fachlicher Verantwortung – keinen Grund, weshalb jemand mit abgeschlossener Aus- und Weiterbildung während vieler Jahre unter Aufsicht tätig sein sollte. Die Forderung wird beispielsweise von den Berufsorganisationen der Veterinär- und Zahnmedizin unterstützt, jedoch nicht von der Humanmedizin. Die erwähnten Akteure fordern zudem, eine maximale Dauer für die Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht ohne Berufsausübungsbewilligung festzulegen – in Jahren und unter Berücksichtigung des Anstellungsgrades. Dieser Vorschlag wird von den Vertretungen der Humanmedizin abgelehnt: Eine Maximaldauer sei nicht praktikabel, da der Zeitraum bis zum Erlangen des Facharzttitels aufgrund individueller Lebensplanung stark variieren könne. Zudem widerspräche sie der kompetenzbasierten Weiterbildung, bei der nicht die Dauer der Weiterbildung, sondern die erworbenen Kompetenzen im Zentrum stünden.

Von Seiten der veterinärmedizinischen Prüfungskommission wird ausserdem um Klärung der Frage gebeten, ob Amtstierärztinnen und -ärzte eine Berufsausübungsbewilligung brauchen.

*Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht: Bewilligungspflicht*

Das MedBG kennt keine Bewilligungspflicht für die Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht. Die Kantonsbefragung zeigt auch hier Unterschiede zwischen den Kantonen. Die Herangehensweise der Kantone an die Kontrolle über die Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht lässt sich in drei Stufen unterteilen:

- Kantone, die für die Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht eine (kantonale) Bewilligungspflicht kennen;
- Kantone, die für die Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht eine Meldepflicht kennen;
- Kantone, die weder eine Bewilligungs- noch eine Meldepflicht kennen und die Verantwortung der Kontrolle über die Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht somit

vollständig den Arbeitgebenden überlassen, inklusive der Überprüfung des verlangten Eintrags im MedReg.

Zusätzlich gibt es Kantone, die neben der Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht und der Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung auch einen «Assistenten»-Status kennen. In den Fokusgruppen wird auch auf den Weiterbildungstitel «praktischer Arzt/praktische Ärztin» in der Humanmedizin verwiesen. Dieser Titel wird nach einer verkürzten Weiterbildung von drei Jahren erteilt und gilt in der Regel als Basisweiterbildung für den Erwerb des Facharzttitels Allgemeine Innere Medizin. Einige Kantone verwenden diesen Status bei Eintragungen ins MedReg.

Die Herausforderung in Bezug auf diese unterschiedlichen Herangehensweisen der Kantone stelle sich dann, wenn – was häufig geschieht – eine Medizinalperson über die Kantonsgrenze hinaus wechselt, so Stimmen in der Kantonsbefragung und den Fokusgruppen. Eine im MedReg eingetragene Bewilligung, die für eine Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht vergeben wurde, kann in einem anderen Kanton als allgemeine Berufsausübungsbewilligung falsch verstanden und entsprechend erteilt werden. Die Befragten beobachten, dass solche «Schlupflöcher» durchaus genutzt werden: Insbesondere juristische Personen würden junge Medizinalpersonen – oft aus dem Ausland – in denjenigen Kantonen anstellen, in denen es einfach sei, eine Bewilligung zu erhalten, namentlich in Kantonen, die eine Bewilligung für die Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht ausstellen. Diese Bewilligung würde dann nach ein paar Jahren bei einem Übertritt in einen anderen Kanton automatisch in eine reguläre Berufsausübungsbewilligung umgewandelt, weil eine erteilte Berufsausübungsbewilligung aus einem anderen Kanton faktisch übernommen werden muss.

*Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht: Definition der Tätigkeit und der Aufsicht*
Neben der fehlenden Abgrenzung zwischen der Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und unter fachlicher Aufsicht und der unterschiedlichen Handhabung der Bewilligungspflicht wird insbesondere in den Fokusgruppen auch die fehlende Definition der Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht bemängelt. Während für die Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung im MedBG Berufspflichten festgelegt sind, die der Tätigkeit einen gewissen Rahmen geben, fehlen solche Festlegungen im Hinblick auf die Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht.

Zusätzlich wird besonders in den Fokusgruppen, vonseiten aller Berufe ausser den Vertretungen der Humanmedizin, kritisch angemerkt, dass die Aufsicht über die unter fachlicher Aufsicht tätige Medizinalperson nicht näher definiert sei. Es sei einerseits nicht klar, wie diese Aufsicht aussehen müsse: Muss die Person, welche die Aufsicht innehat, während der ganzen Zeit bei der Person, die unter fachlicher Aufsicht arbeitet, sein? Muss sie vor Ort sein, oder ist auch eine Betreuung auf Distanz möglich? Welche Möglichkeit der Stellvertretung sind erlaubt? Über wie viele unter fachlicher Aufsicht tätige Personen kann jemand gleichzeitig die Aufsicht ausüben? Andererseits sei unklar, welche Anforderungen die Person, welche die Aufsicht innehat, erfüllen müsse – und welche Aufgaben sie im Rahmen der Aufsicht zu erbringen hat.

In der Kantonsbefragung wird die Thematik ebenfalls aufgegriffen: Problematisch sei die Praxis mancher Kantone, eine Inhaberin oder einen Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung die Aufsicht über zahlreiche «Assistentinnen und Assistenten» ausüben zu lassen. So könne es etwa bei Telemedizinanbietern vorkommen, dass eine Ärztin oder ein Arzt für die Aufsicht über mehrere Dutzend «Assistentinnen und Assistenten» verantwortlich sein soll, die zum Teil im Ausland arbeiteten. Es liege auf der Hand, dass in solchen Fällen in Tat und Wahrheit keine Aufsicht stattfinde und die Assistenzen fachlich eigenverantwortlich beraten und Diagnosen stellen würden, obwohl sie dafür eigentlich eine Berufsausübungsbewilligung benötigten.

In den Fokusgruppen wird von allen Berufsorganisationen ausser den Vertretungen der Humanmedizin vermehrt darauf hingewiesen, dass es fast nicht möglich sei, eine Tätigkeit komplett unter fachlicher Aufsicht auszuüben. In der Tiermedizin ist dies besonders deutlich – entsprechend gibt es in diesem Berufsfeld auch keine Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht. Aber auch beispielsweise in der Humanmedizin sei das de facto oft nicht möglich, «am ehesten vielleicht noch in der Chirurgie». Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Ausbildungsziele und die Kompetenzen nach PROFILES[9] die Basis legten, dass mit Abschluss der Aus-/Weiterbildung eine Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung möglich sei.

In der Online-Befragung und insbesondere in den Fokusgruppen sowohl der Berufsgruppen – mit Ausnahme der Humanmedizin – als auch der Kantone wird eine Definition der Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht gefordert. Dabei soll definiert werden, während welches Zeitraums eine solche Tätigkeit möglich ist, und ab wann eine Bewilligung für eine Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung beantragt werden muss. Zudem sollten auch für die Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht Berufspflichten festgelegt und Bestimmungen für die Aufsicht festgelegt werden, und zwar sowohl bezüglich Umfang, Anwesenheit vor Ort, Stellvertretung als auch bezüglich Anforderungen an die beaufsichtigende Person. Es wird darauf hingewiesen, dass eine solche Definition analog auch ins PsyG und ins GesBG aufgenommen werden müsste.

### 3.4.4 Einschränkungen, Auflagen, Verweigerung und Entzüge von Berufsausübungsbewilligung

Die Online-Befragung der Kantone zeigt: Nicht jedes Gesuch um eine Berufsausübungsbewilligung ist erfolgreich. Belastbare Aussagen zur Anzahl der ausgestellten Berufsausübungsbewilligungen (ohne Einschränkungen, mit Einschränkungen oder Auflagen) können jedoch nur begrenzt gemacht werden, da die im Rahmen der Online-Befragung der Kantone erhobenen Daten zu diesem Thema lückenhaft eingetragen und teilweise die

[9] PROFILES (**P**rincipal **R**elevant **O**bjectives and **F**ramework for **I**ntegrative **L**earning and **E**ducation in **S**witzerland) bezeichnet die Lernziele und das entsprechende Framework für alle Medizinstudierenden und medizinischen Fakultäten in der Schweiz, herausgegeben von der SMIFK. URL: https://www.profilesmed.ch/ (20.05.2025).

Frage offensichtlich falsch verstanden wurde. Insgesamt können trotzdem folgende Feststellungen gemacht werden:

- Die Mehrheit der antwortenden Kantone vergibt kaum Bewilligungen mit Einschränkungen.
- Die Mehrheit der antwortenden Kantone knüpft kaum Auflagen an Bewilligungen. Der Kanton Zürich als grösster Kanton stellt beispielsweise pro Jahr durchschnittlich vier Bewilligungen mit Auflagen in Humanmedizin und sieben in Veterinärmedizin aus.
- Verweigerungen von Berufsausübungsbewilligungen sind sehr selten. Die Mehrheit der antwortenden Kantone gibt an, dass sie pro Jahr und Beruf durchschnittlich keine bis eine Bewilligung verweigern. Höhere Fallzahlen geben nur vereinzelte Kantone an. Den höchsten Wert weist der Kanton Zürich mit zwölf jährlich verweigerten Berufsausübungsbewilligungen aus.
- Der Entzug von Berufsausübungsbewilligungen kommt ebenfalls selten vor: Gemäss den meisten antwortenden Kantonen maximal zwei Mal pro Jahr und Medizinalberuf. Lediglich drei Kantone geben an, dass sie pro Jahr zwischen drei und fünf Bewilligungen entziehen, wobei dies jeweils die Humanmedizin betrifft.

Beispiele für Fälle, in denen die Kantone Bewilligungen zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung mit bestimmten Einschränkungen oder mit Auflagen verbinden, sowie Gründe für die Verweigerung von Berufsausübungsbewilligungen finden sich in Anhang A-12.

### 3.4.5 Z.BBerufspflichten

Zu den Berufspflichten werden in der Kantonsbefragung und den Fokusgruppen verschiedene Herausforderungen genannt und Hinweise gemacht.

Aus Sicht eines Kantons führt die Frage der Werbung in Artikel 40 Absatz d zu erheblichen Problemen bei der kantonalen Aufsicht. Dies sei insbesondere der Fall, weil Werbung im digitalen Zeitalter nicht mehr an Kantonsgrenzen Halt mache.

Auf die Werbung verweist auch die juristische Analyse: «Sie machen nur Werbung, die objektiv ist, dem öffentlichen Bedürfnis entspricht und weder irreführend noch aufdringlich ist.» (Art. 40 lit. d MedBG). Der Begriff der Werbung ist hier irreführend. Werbung ist in ihrer Grundlage und Ausrichtung als Teil der von der Wirtschaftsfreiheit abgedeckten Tätigkeit weder objektiv, noch entspricht sie einem öffentlichen Bedürfnis und ist grundsätzlich manipulativ und zuweilen aufdringlich. Passend könnte man generell von Informationen sprechen und die Formulierung von Art. 40 lit. d MedBG adäquat an diesen Begriff anpassen.

Bezüglich Fortbildungspflicht wird vereinzelt genannt, diese solle in Artikel 40 MedBG klarer definiert werden, es brauche unter anderem auch eine Deklarationspflicht dazu. Andere Stimmen wiederum finden die aktuelle Regelung ausreichend. Auch eine Definition des Umfangs der Fortbildungspflicht wird von einzelnen Stimmen gefordert. Dieser soll durch die Berufsverbände festgelegt werden. Von mehreren Stimmen wird gefordert, dass die

Fortbildungen resp. die Erfüllung der Fortbildungspflicht im MedReg eingetragen werden müssten, idealerweise direkt durch die Berufsorganisationen oder über eine entsprechende Schnittstelle. Eine andere Möglichkeit wäre diesbezüglich auch der Einbezug der MEBEKO. Die Einträge im MedReg würden die Aufsicht der Kantone erheblich erleichtern. Weiter wird in einer Fokusgruppe von einer Person angeregt, die Mitgliedschaft in einer Berufsorganisation als Berufspflicht festzuhalten. Es ist dabei allerdings festzuhalten, dass es aus juristischer Sicht heute nicht möglich ist, eine Person zu verpflichten, einer entsprechenden Berufsorganisation beizutreten.

In der Diskussion um die Berufspflichten wird in einer Fokusgruppe angeregt, den Umgang mit künstlicher Intelligenz dahingehend zu regeln, dass in den Berufspflichten explizit festgehalten werde, dass die Endverantwortung immer bei der Medizinalperson liege.

Zusätzlich zu den Berufspflichten sind in verschiedenen Berufen auch standesrechtliche Vorgaben relevant. Diese gelten als «Soft Law» und werden auch von der Rechtsprechung entsprechend angewendet, so z.B. die Fortbildungspflicht nach SSO (BGer 2C_336/2023 vom 25. Juli 2025, s.a. BGE 2C_782/2017 vom 27. März 2018).

Die juristische Analyse bestätigt dies: Zur Ergänzung und Auslegung einer (allgemein gefassten) Rechtsnorm in bestimmten Bereichen verwendet das Bundesgericht auch Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und die Standesordnung der FMH. Bei Widersprüchen zur Rechtsordnung geht die Rechtsordnung vor.

## 3.5 Vollzug und Aufsicht (6. Kapitel MedBG)

In der Kantonsbefragung wurde gefragt, inwiefern die Kantone in Bezug auf die Organisation und die Prozesse des MedBG-Vollzugs Anpassungsbedarf sehen (vgl. Abbildung 13).

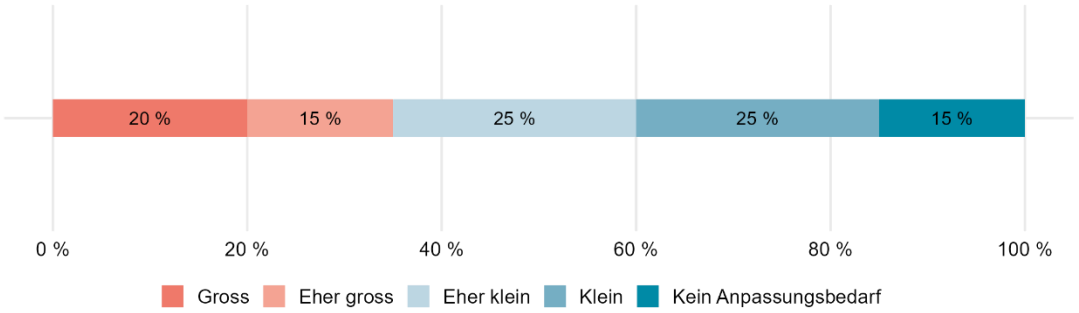



Abbildung 13: Anpassungsbedarf der Organisation und der Prozesse des Vollzugs des MedBG. Frage: Sehen Sie aktuell Anpassungsbedarf mit Blick auf die Organisation und die Prozesse des Vollzugs des MedBG in Ihrem Kanton und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn? N = 20. Quelle: Befragung der Kantone 2024.

Zwei Drittel der antwortenden Kantone sehen eher kleinen (25 %), kleinen (25 %) oder keinen (15 %) Anpassungsbedarf. Rund ein Drittel der befragten Kantone ortet eher grossen (15 %) bis grossen (20 %) Anpassungsbedarf. Dabei steht der gesamte «Lebenszyklus»

einer Berufsausübungsbewilligung im Fokus – Abbildung 14 zeigt die für den Vollzug relevanten möglichen Etappen eines solchen Lebenszyklus auf.

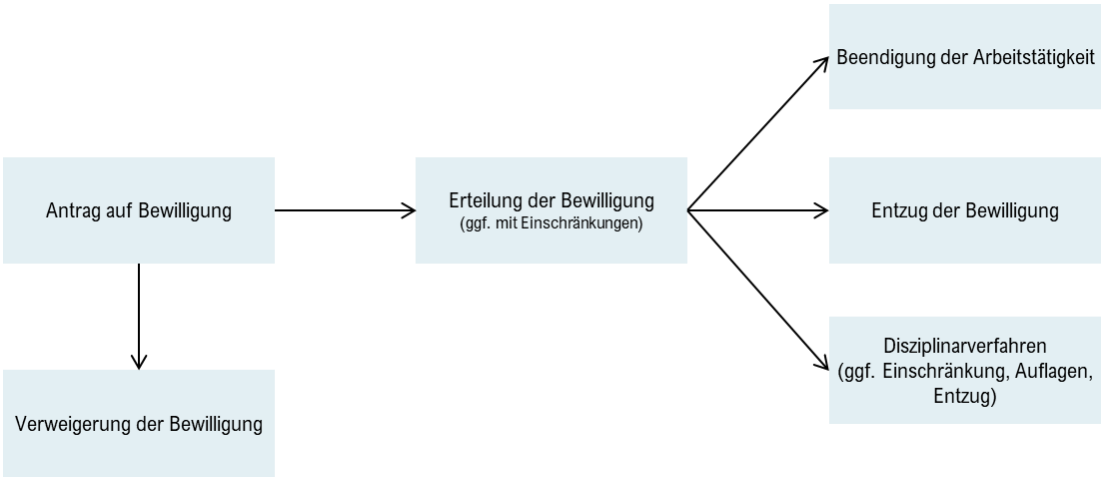



Abbildung 14: Für den Vollzug relevante Etappen einer Berufsausübungsbewilligung.

Es stellen sich insbesondere Fragen nach der Vereinfachung und Vereinheitlichung von Vollzug und Aufsicht, aber auch nach den Informationsflüssen rund um diese Etappen: Wer informiert wen zu welchem Zeitpunkt worüber und in welcher Form?

Die Erkenntnisse aus den Interviews und den Fokusgruppen-Gesprächen zeigen, dass der Anpassungsbedarf oft nicht im MedBG direkt gesehen wird, sondern vielmehr in dessen Umsetzung in und zwischen den Kantonen.

### 3.5.1 Vereinfachung und Vereinheitlichung von Vollzug und Aufsicht

Insbesondere seitens der Berufsorganisationen und der weiteren Akteure wird sowohl in der Online-Befragung als auch in den Interviews und den Fokusgruppen-Gesprächen die uneinheitliche Praxis der Kantone in Vollzug und Aufsicht moniert. Es wird der Wunsch nach Vereinheitlichung der Verfahren geäussert. In der Online-Befragung wird insbesondere die Aufsicht über die Fortbildungspflicht hervorgehoben, in den Fokusgruppen stehen seitens der Vertretenden der Berufsorganisationen Verfahren rund um die Berufsausübungsbewilligungen im Zentrum, insbesondere Disziplinarverfahren und Verfahren, die zum Bewilligungsentzug führen können. Es wird auch auf die in den verschiedenen Kantonen unterschiedlichen Gebühren für die Bewilligungsverfahren hingewiesen. Ein Kanton regt in der Kantonsbefragung an, die Unterscheidung zwischen Berufsausübungsbewilligungen und OKP-Zulassungen zu vereinfachen oder abzuschaffen.

Vertretende der Kantone vertreten in den Fokusgruppen die Haltung, dass durchaus Unterschiede in den Verfahren bestehen dürften, solange überall die gleichen Kriterien angewendet würden. Diese seien durch das MedBG bestimmt – allerdings bedinge das ein einheitliches Verständnis der Bestimmungen. Es dürften keine Standortnachteile durch den unterschiedlichen Vollzug in den Kantonen entstehen.

Bezüglich der Aufsicht über die Fortbildung und der Aufsichtspflicht insgesamt wird in verschiedenen Fokusgruppen angeregt, Artikel 41 Absatz 2[10] dahingehend zu ändern, dass die Delegation von Aufsichtsaufgaben auch an nationale Berufsverbände möglich sei. Diese hätten die Übersicht über die Fortbildungen der Angehörigen ihrer Berufsgruppe, oft auch über die eigenen Mitglieder hinaus. Dieser Vorschlag wird von den an den Fokusgruppen teilnehmenden Kantonsvertretenden ebenfalls begrüsst. Nicht einverstanden sind die Vertretungen der Humanmedizin. Sie monieren, es sei nicht Aufgabe eines Verbandes, Aufsichts- resp. Kontrollfunktionen zu übernehmen.

### 3.5.2 InformationsInformationsfluss im Rahmen von Verfahren zur Berufsausübungsbewilligung und zu Disziplinarmassnahmen

Der Informationsaustausch zwischen den Kantonen zu Berufsausübungsbewilligungen und zu Disziplinarverfahren wird in der Online-Befragung von fast drei Vierteln der antwortenden Kantone als gut oder eher gut bezeichnet (Abbildung 15).

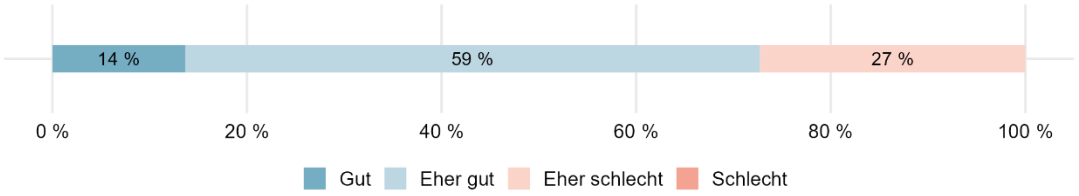



Abbildung 15: Beurteilung des Informationsaustauschs zwischen den Kantonen. Frage: Wie beurteilen Sie den Informationsaustausch zwischen Ihrem Kanton und den anderen Kantonen insgesamt? N = 21. Quelle: Befragung der Kantone 2024.

Gleichwohl wird der Informationsaustausch von einer Minderheit der Kantone sowohl in der Online-Befragung als auch in den Fokusgruppen bemängelt. Es wird hier moniert, dass er nicht automatisiert erfolge – der Austausch über das MedReg wird offenbar nicht von allen Kantonen als automatisierter Austausch wahrgenommen (vgl. auch Kapitel 3.5.5).

Mancherorts herrscht Unverständnis darüber, dass sich die Regelungen zur Kommunikation zwischen Disziplinarverfahren und Bewilligungsentzugsverfahren unterscheiden: Weshalb sind die anderen Kantone bei einem Disziplinarverfahren zu Beginn des Verfahrens zu informieren (Art. 44 Abs. 1), bei einem Entzugsverfahren jedoch nachträglich (Art. 38 Abs. 2)? Dürfen andere Kantone auch über den Abschluss eines Disziplinarverfahrens informiert werden (Art. 44 Abs. 1) und wenn ja, in welchem Umfang (nur Abschluss, Dispositiv, ganzer Entscheid mit Begründung)? Ebenfalls angeregt wird, dass andere Kantone, in denen eine Person über eine Berufsausübungsbewilligung verfügt, auch bei der Verweigerung einer Berufsausübungsbewilligung informiert werden müssten (z.B. bei fehlender Vertrauenswürdigkeit), und nicht nur beim Entzug.

[10] Artikel 41 MedBG betrifft die kantonale Aufsichtsbehörde. Absatz 2 lautet: «Diese Aufsichtsbehörde trifft die für die Einhaltung der Berufspflichten nötigen Massnahmen. Sie kann den entsprechenden kantonalen Berufsverbänden gewisse Aufsichtsaufgaben delegieren.»

Die Informationspraxis ist – trotz der gesetzlichen Regelungen – unterschiedlich, so die antwortenden Kantone in der Online-Befragung, aber auch in den Fokusgruppen.

*Meldung im Zusammenhang mit Disziplinarverfahren*

Abbildung 16 zeigt, wie die Kantone die Aufsichtsbehörden eines anderen Kantons informieren, wenn sie ein Disziplinarverfahren gegen eine Person eröffnen, die in diesem anderen Kanton über eine Berufsausübungsbewilligung verfügt. Systematisch geschieht dies nur in rund der Hälfte der Fälle, obwohl es gemäss MedBG gemacht werden müsste.

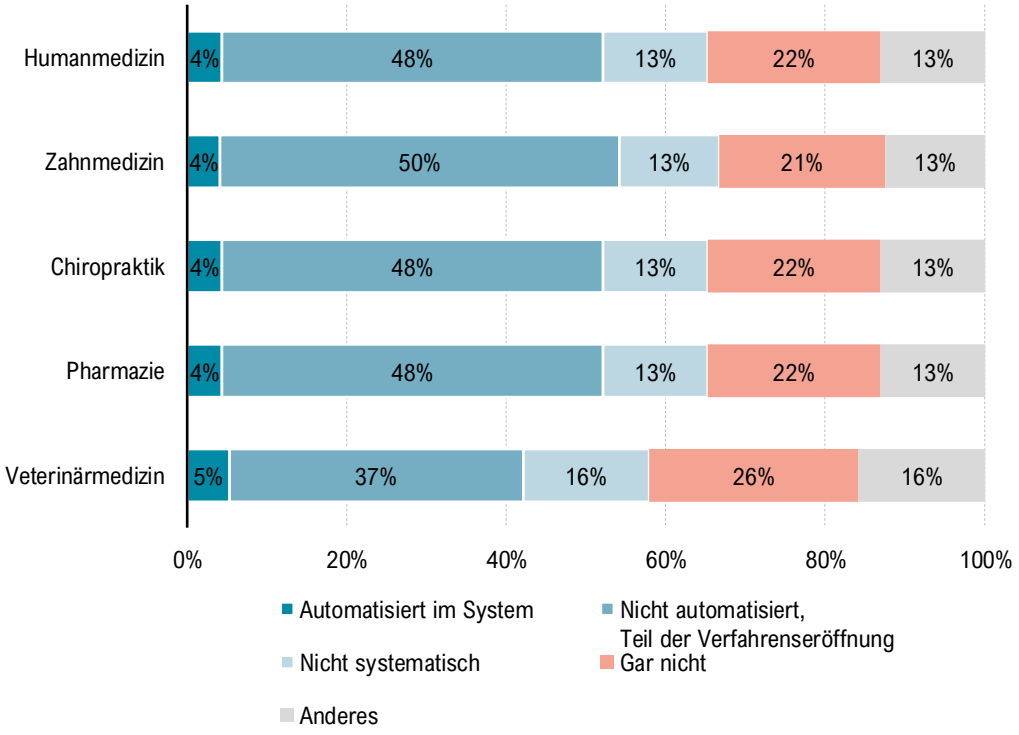



Abbildung 16: Informationsweg über Eröffnung von Disziplinarverfahren. Frage: Auf welchem Weg informieren Sie andere Kantone über die Eröffnung von Disziplinarverfahren? N = 22. Quelle: Befragung der Kantone 2024.

Einzelne Kantone informieren andere Kantone über Disziplinarverfahren auch in Fällen, in denen die vom Verfahren betroffene Person dort gar nicht über eine Berufsausübungsbewilligung verfügt. Im MedBG existiert dafür keine rechtliche Grundlage. Die Kantone tun dies in den genannten Einzelfällen auf Anfrage oder wenn sie Kenntnis davon haben, dass die entsprechende Person in einem anderen Kanton tätig werden möchte.

Es wird gewünscht, dass eine rechtliche Grundlage für die Information anderer Kantone über Disziplinarverfahren geschaffen wird, auch wenn die entsprechende Person in diesen anderen Kantonen (noch) nicht tätig ist.

Der Informationsfluss könnte auch durch das MedReg verbessert werden: Mehrere Kantone wünschen eine automatische (Push-)Meldung an alle betroffenen Kantone, wenn disziplinarische Einträge ins MedReg erfolgen. Auch sollen entsprechende Verfügungen den anderen Kantonen elektronisch zur Verfügung gestellt werden.

Darüber hinaus wird in der Kantonsbefragung von einem Kanton gefordert, dass es möglich sein soll, einen Bewilligungsentzug auch auf anderem Weg, ausserhalb des MedBG, also beispielsweise in einem Amtsblatt, so zu kommunizieren, dass die Patientinnen und Patienten darüber informiert würden. Das Bundesgericht erachtete dies jedoch als unzulässig (BGE 143 I 352 S. 354 f.).

*Meldung über den Entzug von Berufsausübungsbewilligungen*

Etwa die Hälfte der Kantone informiert andere Kantone über den Entzug einer Berufsausübungsbewilligung entweder automatisch oder im Rahmen der Verfahrenseröffnung. Rund ein Fünftel gibt an, dass eine solche Meldung nicht systematisch oder in wenigen Fällen gar nicht erfolge (Abbildung 17).

Ein Kanton gibt in der Online-Befragung an, Artikel 38 Absatz 2[11] regle zu wenig genau, welche Informationen bei einem Bewilligungsentzug an andere Kantone, in denen die Fachperson ebenfalls eine Bewilligung besitzt, weitergegeben werden dürfen, was zu unterschiedlichen Praktiken führe.

Die grosse Mehrheit der antwortenden Kantone informiert andere Kantone nicht über den Entzug einer Berufsausübungsbewilligung, wenn die vom Verfahren betroffene Peron in diesem Kanton über keine Bewilligung verfügt. Eine entsprechende Grundlage fehlt im MedBG, wobei ein Kanton explizit anregt, dass eine solche Grundlage geschaffen werden sollte. Drei Kantone geben an, dass sie auf Anfrage von anderen Kantonen über den Entzug einer Berufsausübungsbewilligung informieren. Ein Kanton informiert, wenn er Kenntnis davon hat, dass die vom Entzug betroffene Person plant, in einem anderen Kanton tätig zu werden. Ein anderer Kanton ist der Ansicht, durch den Eintrag des Entzugs im MedReg sei die Information der anderen Kantone gegeben.

[11] Artikel 38 MedBG regelt den Entzug der Bewilligung. Absatz 2 lautet: «Besitzt die Medizinalperson, der die Bewilligung entzogen wird, auch eine Bewilligung eines anderen Kantons, so informiert die zuständige Behörde die Aufsichtsbehörde dieses Kantons.»

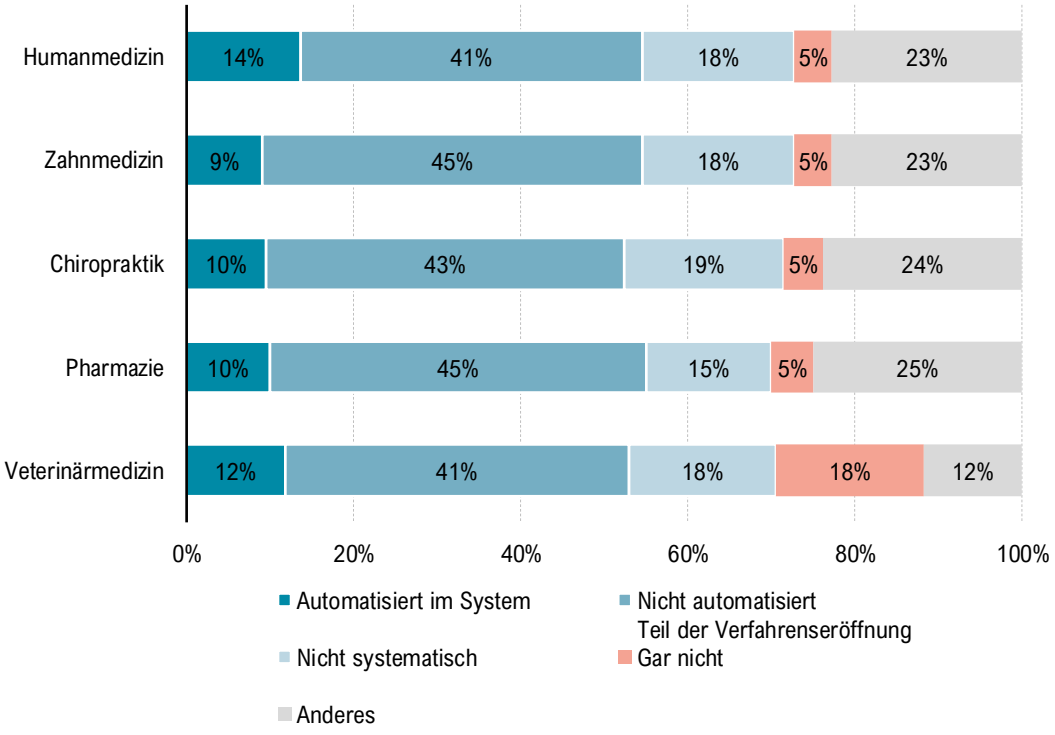



Abbildung 17: Informationsweg über Entzug von Berufsausübungsbewilligungen. Frage: Auf welchem Weg informieren Sie andere Kantone über Entzüge von Berufsausübungsbewilligungen? N = 21. Quelle: Befragung der Kantone 2024.

Explizit erwähnt wird, dass im MedBG festgehalten werden soll, dass sich eine Fachperson einem drohenden Bewilligungsentzug oder einer drohenden Disziplinarmassnahme nicht durch einen «freiwilligen» Verzicht auf die Bewilligung entziehen können soll. Damit könnte sie nämlich direkt in einem anderen Kanton eine Bewilligung beantragen, weil ein Eintrag des Entzugs ins MedReg entfallen würde und der andere Kanton nicht informiert würde.

In den Fokusgruppen wird zusätzlich zu diesem Aspekt erwähnt, dass es aktuell nicht möglich sei, die Nicht-Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung zu melden. Dies führe in der Folge zu unnötigen Verfahren, weil die entsprechende Person bei Nicht-Erteilung einen neuen Antrag in einem anderen Kanton stellen könne.

*Informationsfluss allgemein*

Die Fokusgruppen zeigen: Es fehlt einerseits an einer gesetzlichen Grundlage, welche es den Kantonen erlauben würde, Informationen betreffend Bewilligungsentzügen und Disziplinarmassnahmen mit Kantonen zu teilen, in denen die vom Verfahren betroffene Person über keine Bewilligung verfügt. Andererseits besteht eine unterschiedliche Handhabung der Informationspraxis zwischen den Kantonen, was zu asymmetrischen Informationsflüssen führt, die mitunter auch auf persönlichen Beziehungen zu basieren scheinen. Teilweise wird bewusst entgegen den Regelungen des MedBG vorzeitig informiert (vgl. oben). Der mangelhafte Informationsfluss wird als grosser Zeitfresser dargestellt. Das Problem verschärfe sich, wenn Personen in mehreren Kantonen Bewilligungen hätten und tätig seien, was gemäss den Teilnehmenden an den Fokusgruppen oft der Fall sei.

Eine weitere Herausforderung stellt sich, so Fokusgruppenteilnehmende aus Kantonsverwaltungen, im Informationsfluss mit dem Ausland. Dieser sei nicht geregelt, die Schweiz habe keinen Anschluss ans Binnenmarktinformationssystem (IMI) der Europäischen Kommission und wisse entsprechend nichts über Sanktionen und gefälschte Diplome im Ausland. Somit könnten Personen, denen im Ausland Bewilligungen – auch aufgrund schwerer Vergehen – entzogen worden seien, in der Schweiz unbehelligt Bewilligungsanträge stellen. Bei einem Antrag in der Schweiz überprüft die MEBEKO das Diplom oder den Weiterbildungstitel, für die weiteren Aspekte sind die Kantone in der Verantwortung. Antragstellende müssten lediglich deklarieren, ob im Ausland etwas gegen sie vorliegen würde, diese Angaben könnten aber nicht überprüft werden. Entsprechend geschähe hier auch Missbrauch, was aus gesundheitspolizeilicher Sicht bedenklich sei. Die Schweiz sei, so ein Fokusgruppenteilnehmer, im Ausland dafür bekannt, dass man hier Unterschlupf finden könne, wenn man im Ausland nicht mehr tätig sein dürfe.

Insgesamt sei der fehlende Informationsfluss unter den Kantonen und mit dem Ausland ein Risikofaktor, der den Patientinnen- und Patientenschutz gefährde. Dieser Schutz sei, so die Meinung in den Fokusgruppen, höher zu gewichten als der Schutz der Persönlichkeit der einzelnen antragstellenden Person.

Aus juristischer Sicht sind dabei die Schranken der Bundesverfassung zu beachten. Diese verlangen zumindest die Beachtung der Wahrung des rechtlichen Gehörs. Die kann auch nachträglich gewährt werden, darf jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen sein.

Die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen zeigen auf, dass auch die Berufsorganisationen stärker in diesen Prozess eingebunden werden könnten. So wird einerseits ein Informationsrecht bei Missständen für die nationalen Berufsorganisationen gefordert. Sie sollten standardmässig von den Kantonen über laufende Verfahren informiert werden. Gleichzeitig sollten auch den Berufsorganisationen ein Melderecht bei der Feststellung von Missständen eingeräumt werden. Das sei aktuell noch nicht der Fall, was die Berufsorganisationen aufgrund des Risikos eines Verfahrens wegen übler Nachrede davon abhalte, Meldungen zu machen. Berufsorganisationen sollten zudem für die Entscheidungsfindung beigezogen werden können, so einzelne Rückmeldungen in den Fokusgruppen. Bei diesem gegenseitigen Informationsfluss sollten in beide Richtungen sowohl Berufspflichtverletzungen als auch Themen rund um Vertrauenswürdigkeit und gesundheitliche Gewähr gemeldet werden können.

In der Kantonsbefragung regt ein Kanton an, dass auch die Möglichkeit einer Übermittlung von Informationen durch Versicherer und deren Tochtergesellschaften an die kantonalen Aufsichtsbehörden (inklusive Bekanntgabe von Daten, wie sie in Artikel 84a KVG[12] vorgesehen ist) möglich sein soll.

[12] Dieser Artikel lautet: «Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG[295] betraut sind, Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG[296] bekannt geben…» gefolgt von der Liste der entsprechenden Organe, Behörden und weiteren Akteuren.

Sowohl die Kantone als auch die weiteren Akteure wünschen einen stärkeren Informationsaustausch zwischen den Kantonen. Es wird gefordert, die dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen im MedBG zu schaffen. Der automatische Informationsfluss – über das MedReg – sei zu stärken.

Darüber hinaus wird angeregt, eine Plattform für den Austausch zu Best Practices zu erstellen, auf dem die Kantone auch anonymisierte Beispiele von entsprechenden Dokumenten teilen könnten.

### 3.5.3 Schweizweite Gültigkeit und automatische Übernahme von Entscheiden zu Berufsausübungsbewilligungen aus anderen Kantonen

Sowohl die Resultate der Online-Befragungen als auch die juristische Analyse weisen auf Unterschiede in der Vollzugspraxis in den Kantonen hin, wie in den vorhergehenden Kapiteln aufgezeigt wurde. Es herrscht aber keine Einigkeit darüber, inwieweit eine Harmonisierung oder sogar eine automatische Übernahme von Entscheiden aus anderen Kantonen sinnvoll ist. Vonseiten der Berufsorganisationen wird verschiedentlich – sowohl in der Online-Befragung als auch in den Fokusgruppen – eine Beschränkung der kantonalen Autonomie gefordert.

Verschiedene Kantone[13] und auch Teilnehmende der Fokusgruppen sind der Meinung, dass Verweigerungen von Berufsausübungsbewilligungen, Bewilligungen, die mit Auflagen oder Einschränkungen verbunden werden, sowie Bewilligungsentzüge für gewisse Sachverhalte automatisch in anderen Kantonen übernommen werden sollen. So sei z.B. der Verlust der Vertrauenswürdigkeit als Bewilligungsvoraussetzung sachlich kaum auf einen einzelnen Kanton beschränkt. Bei schweizweiter Übernahme müsste nicht mehrmals das gleiche Verfahren geführt werden, um dies festzustellen. Die heutige Regelung sei auch aus Sicht der Fachpersonen unverständlich. Dies wird in den Fokusgruppen mit den Berufsorganisationen bestätigt. Die schweizweite Gültigkeit solcher Entscheide würde Ressourcen schonen: So wären verschiedene Kantone, in denen eine Person tätig ist oder tätig werden will, nicht gezwungen, das gleiche Verfahren mehrmals zu führen.

Bezüglich der automatischen Übernahme von Bewilligungen werden verschiedene Meinungen geäussert. Einige Kantone begrüssen diese und handhaben diesen Sachverhalt bereits heute im Sinne einer vereinfachten Zweitbewilligung gemäss Artikel 36 Absatz 4[14] MedBG. Lediglich die Sprachkenntnisse müssten noch überprüft werden können, was insbesondere beim Wechsel einer universitären Medizinalperson in eine andere Sprachregion von Belang ist. Andere Kantone betrachten es hingegen kritisch, dass aufgrund des Bundesgesetzes

[13] Es ist darauf hinzuweisen, dass in der Online-Befragung nicht direkt gefragt wurde, ob die Kantone dafür sind, dass Bewilligungen, Bewilligungsentzüge, etc. schweizweite Gültigkeit haben sollen. Es gab also keine Abstimmung über einen konkreten Vorschlag dazu. Das Thema wurde aber von sechs Kantonen, darunter ein grosser Deutschschweizer Kanton, an unterschiedlichen Stellen und mit unterschiedlichen Formulierungen von sich aus aufgebracht. Die sechs Kanton sprechen sich explizit dafür aus, dass Bewilligungsentzüge schweizweite Gültigkeit haben sollten. Ein Kanton fordert dies zudem auch für Bewilligungsverweigerungen. Der Fakt, dass andere Kantone dieses Thema nicht von sich aus genannt haben, kann nicht als Position gegen einen entsprechenden Vorschlag interpretiert werden.

[14] Dieser Absatz lautet: «Wer über eine Bewilligung zur Berufsausübung nach dem vorliegenden Gesetz verfügt, erfüllt grundsätzlich die Voraussetzungen zur Bewilligungserteilung in einem anderen Kanton.»

über den Binnenmarkt BGBM und vor dem Hintergrund unterschiedlicher Umsetzungen in den Kantonen Bewilligungen erteilt werden müssen, wenn diese bereits in anderen Kantonen vorliegen, auch wenn der betroffene Kanton diese Bewilligung bei eigener Prüfung der bewilligungsrechtlichen Voraussetzungen eigentlich nicht aussprechen würde. Aus der Chiropraktik wird das Beispiel genannt, dass Personen mit einem ausländischen Diplom, das nicht von der MEBEKO anerkannt ist, im Falle von Fachkräftemangel dennoch eine kantonale Bewilligung erhalten würden. Es wird ausserdem beobachtet, so die Teilnehmenden der Fokusgruppen, dass insbesondere juristische Personen ihre Angestellten aus dem Ausland in denjenigen Kantonen eine Bewilligung einholen lassen, die grosszügiger sind mit der Vergabe von Berufsausübungsbewilligungen, welche dann in anderen Kantonen ebenfalls gültig sind.

In der Online-Befragung der Kantone wird von einem Kanton im Sinne einer Klarstellung gefordert, dass die binnenmarktrechtlichen Bestimmungen des MedBG dem BGBM vorgehen würden. Das MedBG enthalte eigenes Binnenmarktrecht, das dem BGBM als *lex specialis* vorgehe, z.B. die Regeln zur 90-Tage-Dienstleistung, aber auch die separate Bewilligungspflicht in jedem Tätigkeitskanton. Die Auffassung der Wettbewerbskommission (WEKO) diesbezüglich würde der Auffassung vieler Kantone widersprechen. Die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung sollte demnach, entgegen der Auffassung der WEKO, die keine zusätzliche Prüfung erlaube, nicht bloss ein Scheinverfahren sein, wenn die betreffende Person bereits über eine Bewilligung eines anderen Kantons verfüge. Sei die bestehende Bewilligung in Kanton X beispielsweise schon zehn Jahre alt, sei bei einem neuen Gesuch eine erneute Prüfung durch Kanton Y – in einem schnellen und kostenlosen Verfahren – gerechtfertigt und von Artikel 34 MedBG auch verlangt. Diese Norm würde den allgemeinen, viel älteren Regeln des BGBM vorgehen.

Der grundsätzlichen Kritik an der automatischen Übernahme von Berufsausübungsbewilligungen aufgrund des Binnenmarktgesetzes wird entgegnet, dass bei korrekter Überprüfung der Bewilligungsvoraussetzungen alle Kantone ohnehin zum gleichen Resultat kommen müssten. Auch hier zeigt sich somit die Herausforderung des Interpretationsspielraums.

Die juristische Analyse stellt fest, dass das in der Praxis eine gewisse Rolle spielende Verfahren der «Anerkennung der Anerkennung» (indirekte Anerkennung) weder auf Gesetzes- noch auf Verordnungsstufe geregelt ist, sondern sich dazu eine im Internet abrufbare Verwaltungspraxis entwickelt hat.[15] Diese Lücke sollte aus Gründen der Rechtssicherheit durch eine Regelung auf Verordnungsstufe gefüllt werden, so die Analyse.

Die automatische Übernahme von Berufsausübungsbewilligungen wird somit grundsätzlich begrüsst, wobei es abweichende Meinungen gibt. Zudem wird gefordert, dass das gleiche Verständnis der Bestimmungen gefördert werden müsse, um das gegenseitige Vertrauen zu stärken.

[15] Vgl. dazu: https://www.bag.admin.ch/de/gesuch-einreichen-fuer-einen-weiterbildungstitel-der-medizinalberufe-aus-einem-drittstaat-nicht-eu-efta-staat#Indirekte-Anerkennung-von-Weiterbildungstiteln-der-Medizinalberufe-ausserhalb-der-EU/EFTA.

### 3.5.4 Einheitlichkeit im Vollzug aus juristischer Sicht

Die juristische Analyse hat die kantonale Gesetzgebung zweier Kantone (Freiburg und Zürich) verglichen und hierbei keine gewichtigen rechtlichen Unterschiede festgestellt. Die Vollzugsorganisation ist, wie auch die Befragungen zeigen, unterschiedlich eingerichtet, doch betreffe dies im Falle dieser beiden Kantone deren Autonomiebereich. Wie oben erläutert wurde, konnten im Laufe der Erhebungen zu dieser Evaluation andernorts aber sehr wohl Diskrepanzen festgestellt werden, die sich teilweise im Widerspruch zu Bestimmungen des Ausführungsrechts zum MedBG befinden (z.B. Nicht-Information anderer Kantone bei Bewilligungsentzug; Abbildung 17).

Die Analyse der Bundesgerichtspraxis gibt verschiedene weitere Hinweise zur Einheitlichkeit im Vollzug des MedBG:

BGE 143 I 352 S. 355 f. verweist auf mögliche kantonale Unterschiede, welche sich insbesondere auf Einschränkungen und Auflagen sowie den Entzug der Berufsausübungsbewilligung beziehen: Die Kantone sind für die Erteilung der Bewilligung zur Berufsausübung auf ihrem Gebiet zuständig (Art. 34 MedBG). Die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung sind jedoch in Art. 36 MedBG abschliessend geregelt und die Kantone sind nicht befugt, weitere Voraussetzungen hinzuzufügen. Die kantonalen Behörden können die persönliche Voraussetzung von Art. 36 Abs. 1 Bst. b MedBG präzisieren, wo verlangt wird, dass die gesuchstellende Person vertrauenswürdig ist und sowohl physisch als auch psychisch die notwendigen Garantien für eine einwandfreie Berufsausübung bietet. Angesichts des Willens des Gesetzgebers, die Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung in der ganzen Schweiz zu vereinheitlichen, und der Tatsache, dass Art. 36 Abs. 1 Bst. b MedBG die persönlichen Voraussetzungen für die Erteilung einer Bewilligung abschliessend umschreibt, ist diese Bestimmung restriktiv auszulegen und bezieht sich eher auf die Beweismittel, auf die zurückgegriffen werden kann (Leumundszeugnis, Arztzeugnis etc.). Kantonale Bestimmungen können im Rahmen von Art. 37 MedBG, d.h. Einschränkungen und Auflagen für die Berufsausübungsbewilligung, erlassen werden. Wenn eine der Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung nicht mehr erfüllt ist, wird die Berufsausübungsbewilligung entzogen. Es handelt sich hierbei um eine administrative Massnahme. Sie ist von der Disziplinarmassnahme zu unterscheiden.

Das Disziplinarrecht und insbesondere die Massnahmen, die bei der Verletzung der Berufspflichten vorgesehen sind, sind durch deren abschliessende Aufzählung in Art. 43 MedBG vereinheitlicht (BGE 143 I 352 S. 356). Die zuständigen kantonalen Behörden verfügen aber bei der Festsetzung einer Disziplinarstrafe über einen weiten Ermessensspielraum. Der Entscheid der Behörde muss jedoch stets die Grundsätze der Gleichbehandlung, der Verhältnismässigkeit und des Willkürverbots beachten. Im Übrigen setzt die Geltendmachung der disziplinarischen Verantwortlichkeit im Unterschied zur zivilrechtlichen Haftung nicht voraus, dass ein konkretes Ergebnis bzw. ein Schaden eingetreten ist, um Wirkung zu entfalten. Es genügt die blosse Gefährdung eines Rechtsguts. Das Disziplinarrecht

zielt somit auch darauf ab, die künftige Durchführung solcher Handlungen mit den damit verbundenen möglichen Folgen zu verhindern (BGE 148 I 1 S. 17).

Die Bundesgerichtspraxis räumt den Kantonen einen weiteren grossen Spielraum ein mit dem Dualismus von Bewilligungsentzug infolge des Verlustes der Vertrauenswürdigkeit nach Art. 38 MedBG sowie des Verlustes infolge eines Disziplinarverfahrens nach Art. 43 Abs. 1 lit. e. Diese Situation ist für die Betroffenen verwirrlich. Es können mit unterschiedlichen Vorgehensweisen dieselben Ergebnisse erreicht werden. In der Praxis wird bei schwerwiegenden Verfehlungen das Disziplinarverfahren vermieden und die kantonalen Aufsichtsbehörden greifen zum Bewilligungsentzug nach Art. 38 MedBG. Dies zum einen, weil dort das Verfahren einfacher erscheint und sich auch nicht die Frage der Verhältnismässigkeit derart pointiert stellt. Dies kann ein Hinweis für einen möglichen Prüfungsbedarf sein. Ebenfalls geprüft werden könnte, wie durch das MedBG eine zweckdienliche Harmonisierung der kantonalen Vorgehensweisen erreicht werden könnte.

### 3.5.5 Geteilte Interpretationen des MedBG

Die Teilnehmenden an den Fokusgruppen weisen darauf hin, dass die unterschiedliche Umsetzung in den Kantonen in erster Linie unterschiedlichen Interpretationen des Gesetzes zuzuschreiben ist. Diese fehlende Einheitlichkeit in Interpretation und Umsetzung könne auch zu «Bewilligungstourismus» führen und berge, neben Rechtsunsicherheit, das Risiko, dass eine Person, der die Berufsausübungsbewilligung in einem Kanton entzogen wurde, beispielsweise wegen grober Verletzung der Berufspflichten, in einem anderen Kanton praktizieren kann. Neben dem Risiko, dass Personen eine Berufsausübungsbewilligung erhalten, obwohl sie nicht alle Kriterien erfüllen, wird auch das Risiko genannt, dass die unterschiedliche Handhabung dazu führen könne, dass Personen mit nicht-anerkennbaren Diplomen nicht in allen Kantonen unter fachlicher Aufsicht tätig sein dürften, obwohl sie fachlich gut qualifiziert seien.

Eine mögliche Vereinheitlichung im Vollzug zeichnet sich auf technischer Ebene ab: Bereits 13 Kantone würden mit der gleichen Softwarelösung arbeiten, so eine Stimme in einer Fokusgruppe. Durch diese technische Vereinheitlichung können sich möglicherweise auch eine inhaltliche Vereinheitlichung und somit einheitlichere Interpretationen durchsetzen.

Es wird angeregt, der Bund solle in regelmässigen Abständen Informationen und Interpretationshilfen für das Gesetz zur Verfügung stellen und den Austausch zwischen den Kantonen kontinuierlich fördern, um das gemeinsame Verständnis zu stärken und somit die Unterschiede zu verringern.

### 3.5.6 MedReg

Das MedReg soll den automatischen Informationsfluss zwischen den Kantonen ermöglichen. Die Online-Befragungen zeigen allerdings, dass hier Herausforderungen bestehen: Die Kantone nehmen wahr, dass zwischen den Kantonen grosse Unterschiede in der Bewirtschaftung des MedRegs bestehen, und zwar sowohl bezüglich der Aktualität und

Vollständigkeit der Informationen wie auch bezüglich der Interpretation der einzutragenden Informationen. Das führt zu – in den Fokusgruppen offen geäussertem – fehlendem Vertrauen in die Zuverlässigkeit der Informationen und somit zu zusätzlichem Aufwand, beispielsweise durch den Austausch von Informationen, die im MedReg enthalten sein sollten, aber dennoch erst im direkten Kontakt fliessen.

*Aktualität und Vollständigkeit des MedReg*

Einträge ins MedReg werden von den Kantonen in der Regel innerhalb einer Woche nach einem Entscheid vorgenommen (Abbildung 18).

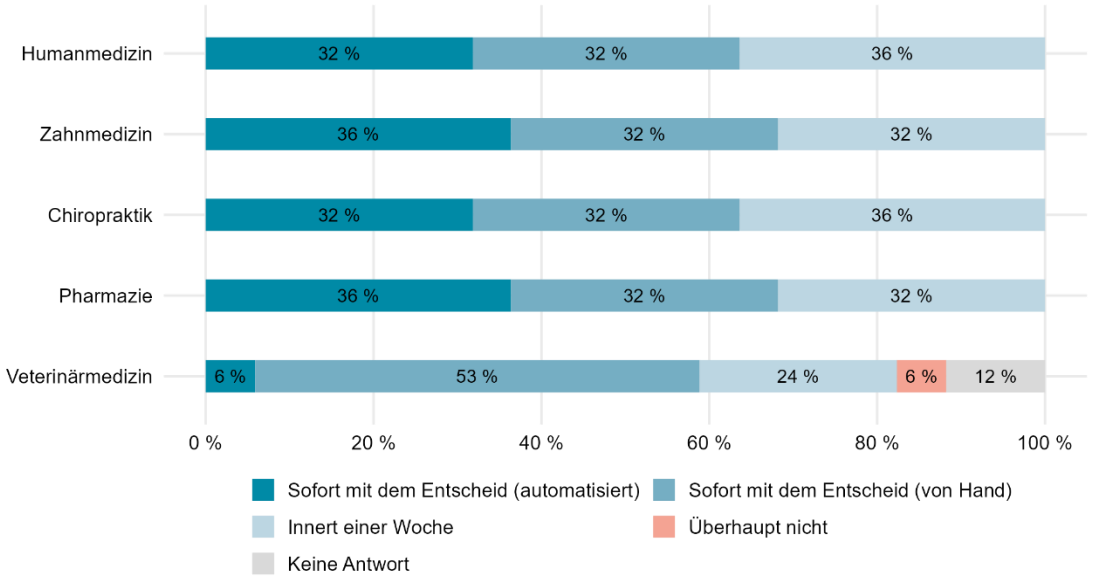



Abbildung 18: Zeitspanne für Eintragungen im MedReg. Frage: Innert welcher Zeitspanne tragen Sie Neuerungen und Änderungen, z.B. auch Verlängerungen der Berufsausübungsbewilligungen, im MedReg in der Regel ein? N = 21. Quelle: Befragung der Kantone 2024.

Ein Kanton gibt in der Online-Befragung an, gewisse Einträge ins MedReg im Sinne des Patientenschutzes bereits vor Rechtskraft der Entscheide vorzunehmen, also bei noch laufenden Verfahren. Diese Thematik des richtigen Zeitpunkts für die Information wird auch in den Fokusgruppen diskutiert (vgl. Kapitel 3.5.2). Es wird erläutert, dass es unglücklich sei, dass eine Person, gegen die in einem Kanton ein Verfahren hängig ist, in einem anderen Kanton eine Bewilligung beantragen könne, ohne dass dieser entsprechende Kanton über das Verfahren informiert sei. In der Online-Befragung wird von einem Kanton angeregt, einen Status «Verfahren hängig» im geschützten Bereich des MedReg zu prüfen.

Knapp ein Viertel der in der Online-Befragung antwortenden Kantone erachtet das MedReg als vollständig respektive macht keine Lücken aus, ebenfalls ein Viertel äussert sich nicht. Gemäss den anderen Kantonen – rund die Hälfte aller Antwortenden – bestehen teils Lücken oder besteht das Risiko von Lücken. Die offenen Antworten in der Befragung zeigen: Solche können durch Schnittstellenprobleme oder Fehler beim Eintragen entstehen. Auch die (mangelhafte) Meldedisziplin der Medizinalpersonen, z. B. bei Aufgabe der Tätigkeit, sei eine Fehlerquelle. Zudem könne beispielsweise gegen eine Auflage Beschwerde eingelegt werden, was dann eine aufschiebende Wirkung in Bezug auf die Auflage habe. Ein

Kanton regt an, gerade die kleineren Kantone, die nicht über diesbezüglich spezialisierte Mitarbeitende verfügen, stärker beim Umgang mit dem MedReg zu unterstützen, z.B. durch klarere Anleitungen und besseren Support.

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen zeigen: Die Bewirtschaftung des MedReg gelingt nicht in allen Kantonen gleich gut, sowohl bezüglich Eintragungen als auch bezüglich Informationsbeschaffung. Es werden dazu verschiedene Beispiele genannt. In einem Kanton wurde eine Berufsausübungsbewilligung erteilt, obwohl die Person in anderen Kantonen nicht mehr tätig sein durfte – in einem Fall war dies im MedReg registriert, in einem anderen Fall nicht. Die Berufsverbände, welche die Fachtitel eintragen, zeigen in der Online-Befragung grosses Interesse an der Vollständigkeit und Aktualität des MedReg.

*Inhalte des MedReg*

Die Kritik am MedReg beinhaltet einerseits die Aktualität und die Vollständigkeit, andererseits aber auch den Umfang und die Qualität der Informationen, die im Register enthalten sind. Bezüglich Qualität wird in den Fokusgruppen darauf hingewiesen, dass der Interpretationsspielraum zu gross sei und die Kantone beispielsweise gleiche Begriffe (z.B. Status «aktiv» und «inaktiv») unterschiedlich interpretieren und handhaben würden. Die Einträge seien somit nicht konsistent. Herausfordernd sei zudem, dass neben dem Bewilligungsentzug nicht auch das Verbot der Berufsausübung als expliziter Status eingetragen werden könne.

Es wird gefordert, dass der Bund diesen Interpretationsspielraum einschränkt, beispielsweise durch Interpretationshilfen, Verbreitung von Best Practice-Beispielen oder den regelmässigen Austausch zwischen den Kantonen, um die Konsistenz der Einträge zu erhöhen.

Zusätzlich werden in den Erhebungen Anregungen zur Ergänzung der Inhalte gemacht. Einige davon bedürften einer Änderung in der Registerverordnung. Genannt werden:

- Vermerk der Antragstellung auf Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung / unter fachlicher Aufsicht, z.B. mit einem Ampelsystem im internen Bereich
- Sichtbarmachung von laufenden Verfahren («Verfahren hängig», vgl. oben) im geschützten Bereich, um das Ausweichen in einen anderen Kanton zu verunmöglichen. Es ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass die Weitergabe von Informationen über ein laufendes Verfahren ohne rechtskräftigen Entscheid die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Medizinalperson verletzen kann, weshalb der Vorschlag umstritten ist
- Eine Unterscheidung im Status «keine Bewilligung» zwischen Personen, welche noch nie eine Bewilligung beantragt haben, und solchen, denen die Bewilligung entzogen wurde, damit ein schweizweites Berufsverbot im Register ersichtlich wird
- Einführung eines Sonderstatus für pensionierte Fachpersonen mit begrenzter Restaktivität
- Sichtbarmachung der Erfüllung der Fortbildungspflicht. Dies wird auch von den entsprechenden Organisationen begrüsst und gefordert

- Einführen einer Möglichkeit der Kontrolle der geleisteten Tage bei 90-Tage-Bewilligungen auch bei Tätigkeit in mehreren Kantonen
- Informationen über die Art und Dauer (von bis) von Sanktionen und Massnahmen, inklusive Angabe des Rechtsgrunds
- Informationen über Risiken für die Vertrauenswürdigkeit und gesundheitliche Gewähr
- Hinterlegung von korrekt zu verwendenden Titeln
- Falls eine Berufsausübungsbewilligung für die Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht eingeführt wird (was verschiedentlich gefordert wird): Arbeitgeber, Arbeitsort / verantwortliche Person, global und am jeweiligen Standort

Zudem wird gewünscht, die Informationen im Register übersichtlicher zu gestalten, z.B. indem bereits auf der ersten Ebene Angaben zu laufenden und abgeschlossenen Verfahren sowie Auflagen und Einschränkungen zu Bewilligungen sichtbar wären. Diese müssten zurzeit je Kanton einzeln eingesehen werden. Insbesondere bei Personen mit Bewilligungen in mehreren Kantonen wäre eine Übersichtsseite wünschenswert.

Darüber hinaus wird in den Fokusgruppen gefordert, dass bei bestimmten Einträgen (z.B. Bewilligungsentzug, Auflagen, Eröffnung von Verfahren) oder Löschungen von Einträgen automatisch eine Meldung an die Kantone – oder mindestens an alle Bewilligungskantone – versendet wird. Es wird auch angeregt, dass die entsprechende Verfügung den anderen Kantonen elektronisch zur Verfügung gestellt werden soll.

Gemäss MedBG besteht keine Möglichkeit, einen Entscheid vor Rechtskraft einzutragen. Dies kann zu folgender Situation führen: Einer Medizinalperson gegenüber wird ein Bewilligungsentzug angeordnet oder eine Disziplinarmassnahme (z.B. befristetes Tätigkeitsverbot) verfügt. Solange ein allfälliges Rechtsmittelverfahren läuft, kann diese Person aber in einem anderen Kanton tätig werden, weil Kantone, in denen die betroffene Person noch nicht über eine Bewilligung verfügt, nicht über laufende Verfahren informiert werden. Auch aus diesem Grund verlangen einige Kantone von den Antragsstellenden nach wie vor Unbedenklichkeitsbescheinigungen (Certificate of Good Standing) – obwohl diese eigentlich mit dem MedBG hätten abgeschafft werden sollen. Verschiedene Kantone würden demnach auch keine solchen Bescheinigungen mehr ausstellen.

Die juristische Analyse stellt einen inneren Widerspruch zwischen den Anforderungen an die Aufnahme ins Register und den Löschungen von Einträgen fest. Artikel 51 Absatz 1 MedBG regelt: «Das EDI führt ein Register mit sämtlichen Personen, die einen universitären Medizinalberuf ausüben.» Dies in Fortsetzung der Regelung von Artikel 33a Absatz 1 MedBG: «Wer einen universitären Medizinalberuf ausübt, muss: a. im Register nach Artikel 51 eingetragen sein». Für Personen, die den Beruf nicht mehr ausüben wollen oder können, ist keine Löschungsregelung vorhanden. Die einzige Löschungsmöglichkeit besteht nach Artikel 54 Absatz 5 MedBG im Fall des Ablebens. Dies führt zu Verzerrungen der Aussagekraft des Registers; es fehlt eine «opting-out»-Regelung für den erklärten Rückzug aus der Berufsausübung.

Die Möglichkeit einer solchen Regelung oder aber einer Löschung der entsprechenden Person nicht nur im Fall des Ablebens wird auch in den Fokusgruppen angeregt.

*MedReg und andere Register*

Rund ein Fünftel der Kantone plädiert für ein gemeinsames Register aller Gesundheitsberufe. Es wird von verschiedenen Kantonen angemerkt, dass die Kohärenz zwischen den Status in den Gesundheits- und Medizinalberuferegistern mangelhaft sei. Eine Harmonisierung der entsprechenden Registerverordnungen zum MedReg, PsyReg, NaReg und GesReg wird angeregt. Ein weiterer Kanton erachtet es als inkohärent, dass die Berufsleute in nach dem GesBG reglementierten Berufen nicht alle über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen müssen.

Auch eine Verbindung mit dem Register der Zulassung OKP wird von einem Kanton angeregt, oder aber automatisierte Meldungen der Zivilstandsämter, beispielsweise bei Namensänderungen. Es wird angeregt, entsprechende Schnittstellen zu anderen Registern zu schaffen. In den Fokusgruppen mit den Kantonen wird das Thema eines übergeordneten Registers unterschiedlich aufgenommen. Ein solches, so eine Stimme, sei auch nicht besser als das MedReg, wenn die Datenqualität nicht stimme. Es sei besser, eine höhere Qualität im MedReg sicherzustellen, als Ressourcen in die Registerharmonisierung zu stecken.

*Herausforderungen und Optimierungsmöglichkeiten*

Die Erhebungen zeigen: Die zentrale Herausforderung im Zusammenhang mit dem MedReg liegt in der uneinheitlichen Bewirtschaftung durch die Kantone. Es mangelt an einem gemeinsamen Verständnis, an einheitlichen Definitionen und ihrer Umsetzung in eine einheitliche Praxis. Die personellen Ressourcen seien oft unzureichend. Dies beeinträchtige die Qualität und Aktualität der Daten.

In den Fokusgruppen wird gefordert, dass die Patientinnen- und Patientensicherheit zuoberst stehen müsse. Der Schutz von Personendaten dürfe nicht dazu führen, dass das System unzuverlässig werde oder Lücken in der Registrierung problematische Verhältnisse verschleierten. Aufgrund dieser Mängel bestehe derzeit ein nur geringes Vertrauen in die Verlässlichkeit des Registers, so die Befragten. Zur Verbesserung der Datenqualität und Nutzbarkeit wird eine einheitliche Bewirtschaftung durch alle Kantone empfohlen. Dazu zählen konsistente Einträge, einheitliches Wording, sowie verbindliche Fristen und gegebenenfalls Sanktionen. Die Entwicklung eines einheitlichen Systems zwischen den Kantonen unter Koordination des BAG, aber auch durch das BAG zu erstellende Leitfäden für die Bewirtschaftung könnten die Umsetzung zusätzlich unterstützen. Langfristig solle das MedReg so ausgestaltet sein, dass zusätzliche Unbedenklichkeitsbescheinigungen überflüssig würden. Dafür seien gezielte Investitionen erforderlich. Nicht zuletzt wird von den Kantonsvertreterinnen und -vertretern ein stärkeres Engagement von Bund, respektive GDK und den Kantonen gefordert, um die aktive Nutzung des Registers zu fördern. Zudem sollte die Bekanntheit des Registers bei Patientinnen und Patienten erhöht werden, um dessen intendierten Nutzen zu erhöhen und dadurch die Transparenz und Sicherheit im Gesundheitswesen zu stärken.

### 3.5.7 Digitalisierung/digitale Transformation

Ein zentrales Thema bezüglich Kommunikation zwischen den Kantonen und zwischen Kantonen und Bund ist die Digitalisierung respektive die digitale Transformation. In der Kantonsbefragung wird mehrfach eine schnellere, automatisierte – und somit digitalisierte – Kommunikation gefordert. Innerhalb der Kantone ist die digitale Transformation gemäss der Online-Befragung unterschiedlich weit fortgeschritten. So verfügen einzelne Kantone über Schnittstellen zwischen ihrer Software und dem MedReg und planen, diese um automatische Abfragen und Nachführungen zu ergänzen, während rund ein Viertel der antwortenden Kantone noch keine Aspekte des Vollzugs digitalisiert hat. Grundsätzlich wird gewünscht, dass die Kommunikation mit dem Bund und zwischen den Kantonen verstärkt digitalisiert wird. Es wird auch vorgeschlagen, dass der Bund ein einheitliches, digitales Bewilligungsverfahren für alle Kantone zur Verfügung stellen soll – obschon dies grundsätzlich keine Aufgabe des Bundes ist.

*Bereits digitalisierte Aspekte des Vollzugs*
Die Mehrheit der in der Online-Befragung antwortenden Kantone hat die Prozesse rund um die Gesuchstellung und Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen mindestens teilweise digitalisiert, wobei mit digitalisiert nicht auch automatisiert gemeint ist. Weit fortgeschritten sind dabei wenige Kantone. In zwei Kantonen wird beispielsweise die kantonale Software mit dem MedReg synchronisiert. In einigen Kantonen wurden bereits einzelne Schritte digitalisiert, der Versand von Bewilligungen erfolgt dort aus rechtlichen Gründen jedoch noch per Post. Die Gesuchstellung erfolgt in mehreren Kantonen per Post. In einem Kanton können Gesuche digital eingereicht werden, die Daten müssen anschliessend jedoch manuell in die kantonale Software übertragen werden. Ein Viertel der antwortenden Kantone hat noch keine Aspekte des Vollzugs digitalisiert.

*Geplante Digitalisierungsschritte*
Rund zwei Drittel der antwortenden Kantone sind in der Planung und / oder Erarbeitung von Digitalisierungsschritten. Diese reichen von der Einführung von E-Formularen zur Gesuchseinreichung bis zu sehr umfassenden Digitalisierungsprojekten, welche das ganze Gesuchs-, Bewilligungs-, Zulassungs- und Aufsichtsverfahren abdecken sollen. Zwei Kantone nennen dabei explizit auch das Berücksichtigen von Schnittstellen zum MedReg, wobei in einem Fall automatische Nachführungen und automatisierte Abfragen im Register möglich sein sollen. Etwa ein Drittel der Kantone hat aktuell keine weiteren Digitalisierungsschritte geplant, wobei dazu einzelne gehören, die ihren Vollzug bereits als weitgehend digitalisiert bezeichnen.

*Best Practice zu Digitalisierung*
Die wenigen Kantone, die bereits Schnittstellen zwischen ihren kantonalen Softwares und dem MedReg implementiert haben (Bern, Uri, Appenzell-Ausserrhoden) bezeichnen dies als Beispiel für Best Practice.

### 3.5.8 Amtshilfe

Bezüglich Amtshilfe wird von den Kantonen in der Online-Befragung und in den Fokusgruppen sowohl im Gesetz als auch im Vollzug Optimierungspotenzial gesehen. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf Artikel 42 MedBG: Hier gibt es eine Inkonsistenz zwischen den Sprachversionen:

- DE: Die Gerichts- und Verwaltungsbehörden melden der kantonalen Aufsichtsbehörde unverzüglich Vorfälle, welche die Berufspflichten verletzen könnten.
- FR : Les autorités judiciaires et les autorités administratives annoncent sans retard à l'autorité de surveillance de leur canton les faits susceptibles de constituer une violation des devoirs professionnels.
- IT : Le autorità giudiziarie e amministrative annunciano senza indugio all'autorità di vigilanza del proprio Cantone i fatti che potrebbero costituire una violazione degli obblighi professionali.

Während in der französischen und der italienischen Version klar ist, dass es hier lediglich um Amtshilfe innerhalb des eigenen Kantons geht («de leur canton», «del proprio Cantone»), ist das in der deutschen Sprachversion nicht eindeutig festgelegt.

Ausserdem wird angemerkt, es sei unklar, ob Artikel 42 den Informationsaustausch nur während eines laufenden Verfahrens regle, oder ob beispielsweise auch Umstände mitgeteilt werden dürfen, welche einen Bewilligungsentzug rechtfertigen, obwohl sie keine Berufspflichtverletzungen darstellen.

Zudem sei das Verhältnis zwischen Artikel 42 MedBG und Artikel 53 Absätze 1 und 2 MedBG ungeklärt, da nicht klar sei, ob und in welchen Fällen ein direkter Informationsaustausch zwischen kantonalen Vollzugsbehörden zulässig sei. In der Praxis gebe es hier jeweils informelle Auskünfte, wobei die Zulässigkeit oft fraglich sei.

In den Fokusgruppen wird zusätzlich erwähnt, dass es im MedBG keine Bestimmung gibt, welche die Amtshilfe zwischen den Kantonen explizit erlaube. Es sei deshalb zu erwägen, einen entsprechenden Passus einzufügen oder Artikel 42 dahingehend zu ändern, dass die aktuelle Unklarheit bezüglich intra- oder interkantonaler Amtshilfe in der deutschen Version in diesem Sinne aufgelöst werde. Zudem sei auch der Informationsaustausch über laufende Verfahren aufzunehmen.

Die Strafverfolgungsbehörden würden die Kantone praktisch nie über Vorfälle, welche die Berufspflichten verletzen könnten, informieren, oder aber erst nach einer rechtskräftigen Verurteilung, obwohl das MedBG eine unverzügliche Meldung bereits bei einem erhärteten Verdacht verlange, so die Befragten. Die Aufsichtsbehörden würden nicht selten erst durch Privatpersonen oder die Medien von solchen Vorfällen erfahren. Die Amtshilfe würde nicht automatisch geleistet, so die Hinweise aus den Fokusgruppen. Zusätzlich würden immer öfter Rechtshilfegesuche nötig, was wiederum die Ressourcenproblematik verschärfe.

Es wird somit angeregt, Artikel 42 bezüglich Einheitlichkeit der Sprachversionen zu bereinigen und zu überprüfen, ob die Amtshilfe zwischen den Kantonen ebenfalls aufgenommen

werden könnte und wie eine verbindliche Pflicht zur Amtshilfe – inner- und interkantonal – eingeführt werden könnte.

Ebenfalls wird mehrfach gewünscht, es solle darauf hingewirkt werden, dass Disziplinarmassnahmen und Vorstrafen im Ausland auch Eingang ins MedReg finden, sofern sie den Schweizer Behörden bekannt seien. Zudem sei der Informationsaustausch mit dem Ausland zu verbessern. Ansonsten bestünde ein grosser Anreiz für im Ausland verurteilte oder aufsichtsrechtlich disziplinierte universitäre Medizinalpersonen, in die Schweiz auszuweichen (vgl. Kapitel 3.5.2).

### 3.5.9 Aufsichtspflicht

Nur rund ein Fünftel der antwortenden Kantone gibt in der Online-Befragung an, vollumfassend in der Lage zu sein, der Aufsichtspflicht nachzukommen (Abbildung 19). Dabei handelt es sich eher um kleine und mittelgrosse Kantone. Der Rest sieht sich dazu nur teilweise oder – in einem Fall – gar nicht in der Lage. Gründe dafür werden in erster Linie in mangelnden Ressourcen gesehen. Es werden aber auch unklare Pflichten (Meldepflicht, Kontrolle) angeführt. Die Fokusgruppen zeigen, dass die Aufsicht in den Kantonen unterschiedlich wahrgenommen wird, was zu Rechtsunsicherheit führen kann.

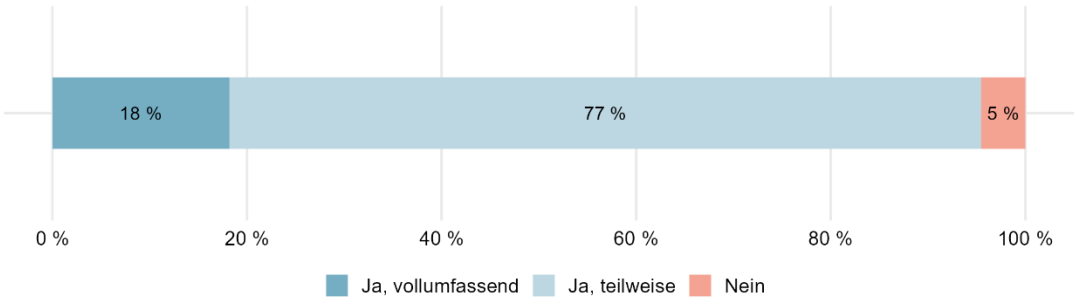



Abbildung 19: Aufsichtspflicht. Frage: Ist es Ihnen möglich, Ihrer Aufsichtspflicht gemäss MedBG nachzukommen? N = 22. Quelle: Befragung der Kantone 2024.

Die Kantone nennen in der Online-Befragung und in den Fokusgruppen verschiedene Herausforderungen in Bezug auf die Erfüllung der Aufsichtspflicht. Rund ein Drittel der antwortenden Kantone ist der Ansicht, über zu wenig Ressourcen für eine systematische und aktive Aufsicht zu verfügen, wodurch Missstände womöglich nicht immer zeitnah erkannt würden, respektive vor allem auf Hinweise von aussen reagiert werde. Auch bestätigen die Fokusgruppenteilnehmenden, dass die Überprüfung oft nur auf Meldung oder Verdacht hin erfolge und nicht systematisch. Ein Kanton weist in der Befragung zudem darauf hin, dass es schwer sein könne, beispielsweise eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht nachzuweisen. Mehrere Kantone erwähnen zudem erneut als für die Aufsicht erschwerend, dass Administrativ- und Disziplinarverfahren uneinheitlich und in mehreren Kantonen gleichzeitig ablaufen können.

Verbesserungspotenzial wird gemäss der Kantonsbefragung zudem bei der Meldepflicht (Dienstleistungserbringerinnen und Dienstleistungserbringer, 90-Tage-Regelung) geortet: Es müsste festgelegt werden, was die Meldung umfassen müsse und welche Kontrolle vom Kanton erwartet würde. Es sei de facto unmöglich, so Stimmen in den Fokusgruppen, die 90-Tage-Regelung zu überprüfen, sobald diese 90 Tage in unterschiedlichen Kantonen gearbeitet werde.

Es wird, insbesondere in den Fokusgruppen, mehrfach gefordert, eine Delegation der Aufsicht über die Einhaltung der Fortbildungspflicht an nationale Organisationen zu ermöglichen, wobei die Verantwortung und Verfügungsbefugnis bei den Kantonen bleiben soll. Die Berufsvertretungen der Humanmedizin lehnen diese Forderung ab.

Es werden auch Beispiele von bereits bestehender Delegation von Aufsichtspflichten an nationale Verbände genannt:

- In der Pharmazie wird beispielsweise die Aufsicht über die Fortbildungspflicht durch pharmaSuisse wahrgenommen, auch für Nicht-Mitglieder. Dazu gibt es eine Plattform, auf der alle Fortbildungen deklariert werden können.
- In der Chiropraktik wird die Fortbildung durch ChiroSuisse kontrolliert, und dies über einen Qualitätsvertrag nach Artikel 58 KVG.
- In der Zahnmedizin macht die SSO die Aufsicht über die Zahnarztpraxen und überprüft jährlich zehn Prozent aller Praxen. Das ist im Tarifvertrag so festgelegt und gilt für alle Mitglieder im Tarifvertrag.

Drei Kantone geben in der Online-Befragung derweil an, Aufgaben der Aufsicht in Verbindung mit dem MedBG an kantonale Berufsverbände delegiert zu haben. Zwei Kantone geben an, dass sie die Überprüfung der Fortbildungspflicht an Fachgesellschaften delegiert haben.

In einer Fokusgruppe wird darauf hingewiesen, dass es wünschenswert wäre, wenn die Versicherer in der Pflicht wären, die Kündigung einer Haftpflichtversicherung gem. Artikel 40 MedBG den Behörden zu melden – analog zur Kündigung einer Autoversicherung.

In einer Fokusgruppe wird durch einen Kantonsvertreter darauf hingewiesen, dass es wünschenswert wäre, dass alle Kantone für jeden Beruf eine spezifische Aufsichtsbehörde einrichten würden. Darüber hinaus wird in den Fokusgruppen – ohne nähere Erläuterung – gefordert, der Bund müsse seine Aufsichtspflicht über den Vollzug des MedBG stärker wahrnehmen. Seitens der Kantone und der Berufsverbände wird gefordert, dass das BAG sich stärker für einheitliche Interpretationen und einen entsprechend kohärenten Vollzug in den Kantonen einsetzen solle, sei es durch Regelungen, durch die Schaffung einer Auskunftsstelle, durch Koordination oder durch verstärkten Austausch. Die Vertretung des BAG hat im betreffenden Fokusgruppengespräch hierauf geltend gemacht, dass dem BAG für eine solche Koordination die Ressourcen fehlen würden und es wurde von dieser Seite auf die GDK als mögliche Umsetzerin verwiesen. Der GDK ist allerdings im aktuellen MedBG keine Funktion zugewiesen, wohingegen die Zuständigkeit des Bundes für Aufsicht (Art. 59) und Vollzug (Art. 60) klar festgelegt wird.

## 3.6 Rechtsschutz und Strafbestimmungen sowie Schlussbestimmungen (8. Kapitel MedBG)

Die weiteren Akteure wurden nach Anpassungsbedarf an den MedBG-Bestimmungen zu Rechtsschutz und Strafbestimmungen sowie an den Schlussbestimmungen gefragt (vgl. Abbildung 20).

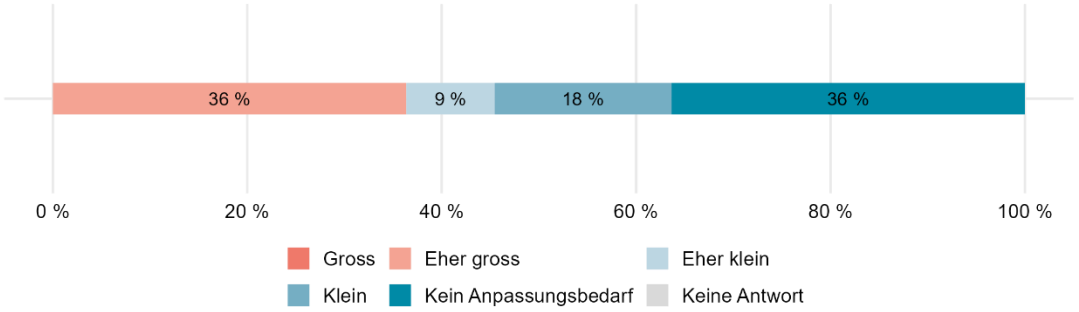



Abbildung 20: Anpassungsbedarf Kapitel 8 und 9 des MedBG. Frage: Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in den Kapiteln 8 und 9 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn? N = 12. Quelle: Befragung der weiteren Akteure 2024.

Es zeigt sich, dass die Mehrheit der weiteren Akteure einen eher kleinen (9 %), kleinen (18 %) oder keinen (36 %) Anpassungsbedarf sieht.

- Der vsao erachtet die Einsichtnahme in Prüfungsresultate bei Nichtbestehen zum Teil als fragwürdig, da ohne einen Lösungs- und Punkteschlüssel nicht nachvollziehbar sei, ob die Korrektur einer Aufgabe vergessen ging bzw. was die korrekte Lösung gewesen wäre.[16]
- SSO und BZW stipulieren, dass eine Aufbewahrungsfrist für die Prüfungsunterlagen festzulegen sei.
- GSASA und pharmaSuisse merken an, dass die Übergangsbestimmungen dort entfernt werden sollten, wo die Übergangsfrist bereits abgelaufen ist.
- Gemäss der Gesellschaft Schweizer TierärztInnen sollten Möglichkeiten geschaffen werden, ausländische Diplomierte besser zu kontrollieren.

Artikel 58 des MedBG legt die Strafbestimmungen fest. Diese betreffen die Vorgabe, ein Diplom oder einen Weiterbildungstitel gemäss MedBG zu besitzen, ohne diesen erworben zu haben, oder eine Bezeichnung zu verwenden, die irreführenderweise den Eindruck erweckt, eine Aus- oder Weiterbildung gemäss MedBG erfolgreich abgeschlossen zu haben, sowie die Beschäftigung von Medizinalpersonen, die nicht im Register eingetragen sind.

Die Kantone wurden in der Online-Befragung gefragt, wie häufig sie durchschnittlich pro Jahr Hinweise zu möglichen Verstössen gegen Strafbestimmungen erhalten. Es zeigt sich, dass die meisten Kantone kaum Hinweise bekommen, und wenn, dann am ehesten im Bereich der Humanmedizin. Der Kanton Zürich stellt eine Ausnahme dar. Er erhält pro Jahr durchschnittlich vier Hinweise im Bereich der Humanmedizin und sechs in der Veterinärmedizin. Ebenfalls häufiger als die anderen Kantone erhalten Basel-Landschaft und Wallis

[16] Es wird aus der Rückmeldung nicht deutlich, ob sich der vsao auf die eidgenössische Prüfung in Humanmedizin oder auf alle Medizinalprüfungen bezieht.

Hinweise zu möglichen Verstössen gegen die Strafbestimmungen. Die Quellen der Hinweise sind vielfältig: Im Bereich der Humanmedizin erhalten die Kantone die Hinweise am häufigsten von Gerichts- oder Verwaltungsbehörden, anderen Fachpersonen oder durch persönliche Hinweise von Dritten. In der Zahnmedizin sind andere Fachpersonen, persönliche Hinweise von Dritten und Hinweise in den Medien die häufigsten Quellen. Für die Chiropraktik, Pharmazie und Veterinärmedizin können aufgrund der kleinen Fallzahlen in der Umfrage keine aussagekräftigen Aussagen zu den Quellen der Hinweise getroffen werden.

Noch seltener als Hinweise zu möglichen Verstössen kommen durch die Kantone tatsächlich erstattete Anzeigen vor. Wie die Online-Befragung zeigt, erstatten die antwortenden Kantone nie oder maximal einmal pro Jahr Anzeige wegen Verstössen gegen Artikel 58, dies gilt für alle Medizinalberufe. Eine Ausnahme bildet der Kanton Zürich, der im Bereich der Humanmedizin durchschnittlich fünf Mal jährlich, im Bereich der Zahnmedizin durchschnittlich drei Mal jährlich Anzeige wegen Verstössen gegen Artikel 58 Absatz a und ebenso oft wegen Verstössen gegen Artikel 58, Absatz b erstattet.

Ein Kanton fordert eine Ergänzung von Artikel 58 um eine zusätzliche Strafbestimmung um folgenden Passus: Wer eine berufliche Tätigkeit in einem geregelten Medizinalberuf ohne die erforderliche Berufsausübungsbewilligung ausübt, wird mit einer Geldstrafe oder einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren bestraft. Ein anderer Kanton findet, bei den Strafbestimmungen müsste die Tätigkeit ohne Berufsausübungsbewilligung stärker im Fokus stehen sowie die Beschäftigung solcher Personen, trotz Bewilligungspflicht. Ein weiterer Kanton fordert die Erhöhung des Bussenrahmens. Bei einem durchschnittlichen Nettoeinkommen der Ärzteschaft von ca. 260’000 Franken – und deutlich mehr in bestimmten Fachgebieten – sei eine Maximalbusse von höchstens 20’000 Franken nicht genügend abschreckend, so der Kanton. Zudem seien in den kantonalen Gesetzen die Bussenrahmen z.T. deutlich höher (z.B. 50’000 Franken im Kanton Basel-Stadt für Gesundheitsfachpersonen, die nicht einem Bundesgesetz unterstehen). Eine Berufsorganisation fordert eine Bestimmung, um die Titel besser gegen Missbrauch zu schützen.

## 3.7 Neue Themen

Aus den Interviews und den Online-Befragungen sind Themen mit besonderem Vertiefungsbedarf hervorgegangen. Diese wurden im Rahmen der Fokusgruppen mit den Vertretungen der Berufspraxis und der Kantone vertieft.

### 3.7.1 Territorialitätsprinzip / Telemedizin

In der Kantonsbefragung wird die Telemedizin als Herausforderung im Rahmen des MedBG genannt. Es würden Regelungen fehlen, die dringend notwendig wären, um die Zuständigkeiten zu klären, wenn Telemedizin über Kantons- oder Landesgrenzen hinweg praktiziert wird. Unterschiedliche Anforderungen der Kantone im Bereich Telemedizin würden zudem dazu führen, dass sich Telemedizinanbieter Bewilligungen in Kantonen mit tieferen

Anforderungen ausstellen liessen, obwohl sie bzw. ihre Angestellten ihre Leistungen nicht oder nur teilweise von diesen aus erbringen würden. In solchen Konstellationen fände heute faktisch keine Aufsicht statt, da die Aufsichtsinstrumente des MedBG versagten.

In den Fokusgruppen wird bestätigt, dass bezüglich Telemedizin gewisse Herausforderungen bestehen, die oft in Zusammenhang mit dem Territorialitätsprinzip zu sehen sind – also dem Prinzip, dass das Recht an ein Territorium gebunden ist. Allerdings sehen nicht alle Akteure diesbezüglich weiteren Regelungsbedarf im MedBG. Insbesondere sei vor einer allfälligen Regelung vertieft zu analysieren, wo tatsächlich Regelungsbedarf bestehe, auch um etablierte Vorgehensweisen, die bei enger Interpretation als Telemedizin aufgefasst werden könnten (vgl. unten), nicht unwillentlich zu verhindern.

Neben Herausforderungen und Befürchtungen – dass beispielsweise Fachpersonen aus dem Ausland ohne Erfüllung der Voraussetzungen gemäss MedBG telemedizinische Behandlungen in der Schweiz durchführen würden – werden auch Chancen gesehen: So könne die Telemedizin helfen, den Fachkräftemangel zu bekämpfen und würde für die Medizinalpersonen interessante Perspektiven in Sachen Homeoffice ermöglichen.

Die Erfahrungen mit der Telemedizin unterscheiden sich nach Berufsgruppen. Die Vertretungen der Chiropraktik beispielsweise erwähnen gute Erfahrungen mit einem grossen Telemedizinanbieter. Die Berufsorganisationen seien gut eingebunden. In der Humanmedizin gäbe es derzeit drei operative Anbieter, die alle in der Schweiz ansässig seien. In der Tiermedizin habe sich die Telemedizin als Möglichkeit, dass die Tiere und ihre Halterinnen und Halter nicht mehr in die Praxis kommen müssten, auch nach der Covid-19-Pandemie bis zu einem gewissen Grad etabliert. In der Humanmedizin sei man wieder davon abgekommen. Gerade in der Tiermedizin bestehe ein grosser Mangel an Fachpersonen im Notfalldienst. Hier sei Telemedizin grundsätzlich nützlich. Allerdings bestünde besonders in Grenzkantonen ein gewisses Risiko, dass via Telemedizin Medikamente aus dem Ausland – und somit abseits der Reichweite des Heilmittelgesetzes – verkauft würden.

Die Gespräche zeigen, dass das Verständnis dessen, was unter Telemedizin fällt oder fallen soll, nicht ganz einheitlich ist. So werden Beispiele von medizinischen Tätigkeiten genannt, die bei strenger Auslegung unter Telemedizin fallen könnten, aber wichtiger Bestandteil des Schweizer Gesundheitssystems sind und nicht durch Regulierungen eingeschränkt werden dürften. Beispiele dafür sind die telefonische Beratung durch Medizinalpersonen oder dental-, tier- und humanmedizinische Praxisassistentinnen und -assistenten gegenüber in der Praxis bekannten Patientinnen und Patienten (oder den entsprechenden Eltern / Aufsichtspersonen oder Tierhalterinnen und Tierhaltern) oder die gegenseitige kollegiale Beratung durch Spezialistinnen und Spezialisten beispielsweise im Spitalsetting, aber auch über die Landesgrenzen hinaus. Gerade in der Diagnostik geschehe viel über ausländische Anbieter. Auch Tiermedizinerinnen und Tiermediziner behandeln oft auf Distanz, beispielsweise wenn sie Bestandstierärzte für Betriebe oder Zoos sind. Auch im Notfalldienst ist Telemedizin etabliert. Diese Formen der Telemedizin werden nicht als problematisch, sondern vielmehr als elementar wichtig angesehen. Herausforderungen stellten sich in Bezug auf telemedizinische Leistungen insbesondere dann, wenn diese durch

juristische Personen, unter Umständen mit Sitz im Ausland, angeboten würden. Die Erfahrung zeige aber, dass Telemedizinanbieter aus dem Ausland in der Regel nur Triage- und keine beratenden Funktionen wahrnehmen.

Gewünscht werden – sowohl seitens der Berufsverbände als auch seitens der Kantone – einheitliche Prozesse und Bewilligungskriterien der Kantone punkto Telemedizin. Dies, um auszuschliessen, dass telemedizinische Unternehmen Schlupflöcher nutzen können, also beispielsweise in Kantonen mit niedrigeren Anforderungen eine Praxisbewilligung oder eine Berufsausübungsbewilligung für ihre Angestellten erreichen, und dann in anderen Kantonen tätig sind. Es soll geregelt werden, wer zuständig ist für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligungen und für die entsprechende Aufsicht, wenn ein Telemedizinanbieter grenzüberschreitend tätig ist. Es wird die Möglichkeit einer «nationalen» Bewilligung mit entsprechend nationaler Aufsicht angeregt, um zu verhindern, dass ein einzelner Kanton die Verantwortung für eine grosse Firma mit Niederlassungen in verschiedenen Kantonen tragen müsse, und um Firmen, die aus dem Ausland operieren, entsprechend in die Pflicht nehmen zu können. Ungeklärt bleibt hierbei die Frage, wer diese «nationale» Bewilligung ausstellen sollte. Eine Bewilligungserteilung durch den Standortkanton des telemedizinischen Anbieters scheint hier am ehesten mit der aktuellen Rechtslage vereinbar.

Seitens der Berufsorganisationen werden in den Fokusgruppen verschiedene Forderungen bezüglich Telemedizin gestellt:

- Wer telemedizinische Beratung an Personen in der Schweiz anbietet, soll sich in der Schweiz verantworten müssen. Dies bedeutet insbesondere für juristische Personen:
  - Die Verantwortung für telemedizinische Leistungen und die entsprechenden telemedizinischen Unternehmen müsse in der Hand von Medizinalpersonen des jeweiligen Berufs sein.
  - Sitz und Leitung der telemedizinischen Unternehmen müsse in der Schweiz sein. Das Schweizer Gesundheitssystem müsse entsprechend bekannt sein.
  - Einige Teilnehmende an den Gesprächen sehen auch die Möglichkeit, dass Unternehmen aus dem Ausland agieren. Dann müssten aber die behandelnden Fachpersonen dennoch eine Schweizer Berufsausübungsbewilligung haben.
- Fachpersonen, die telemedizinische Leistungen an in der Schweiz wohnhaften Patientinnen und Patienten erbringen, müssten entsprechend in der Schweiz anerkannte Diplome/Titel, eine Berufsausübungsbewilligung und eine Praxisbewilligung haben.
  - Die Anforderungen an Fachpersonen, welche Telemedizin ausüben, müssten die gleichen sein wie für Fachpersonen, die in Präsenz arbeiten. Insbesondere müssten sie sich auch an die Schweizer Datenschutzbestimmungen und an das Berufsgeheimnis halten.
  - Ist eine Fachperson zur Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht zugelassen, muss diese Aufsicht auch im Rahmen der Telemedizin gewährleistet sein.

Das Thema der Telemedizin ist vielschichtig, ein gemeinsames Verständnis der verschiedenen Akteure wäre eine wichtige Grundlage für eine allfällige Regelung – wobei sich die

Akteure nicht einig sind, ob es tatsächlich einer solchen im MedBG bedarf. Allenfalls sei es auch ausreichend, die Telemedizin im Gesetz zu erwähnen, die Verantwortung für die medizinischen Handlungen sei in den Berufspflichten ausreichend definiert. Der Kanton Genf arbeitet derzeit an einer Charta zur Telemedizin und hat die SAMW angefragt, ob entsprechende Direktiven erstellt werden könnten, welche für die Humanmedizin wiederum als verbindlich gelten würden.

### 3.7.2 Juristische Personen

Das MedBG reguliert derzeit nur die Tätigkeit von natürlichen Personen als Medizinalpersonen – nicht aber die von juristischen Personen. Dieser Umstand wird in den Online-Befragungen, aber auch in den Interviews und in den Fokusgruppen, ambivalent beurteilt. Als Risiko gesehen wird insbesondere die Tatsache, dass juristische Personen entsprechend nicht den (Berufs-)Pflichten gemäss MedBG unterstellt sind und somit auf dieser Ebene nicht in die Pflicht genommen werden können.

Einige Stimmen fordern die Regulierung von juristischen Personen inner- oder ausserhalb des MedBG, andere sind der Meinung, dass mehr Regulierung das Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Fachlichkeit nicht lösen könne. Wiederum andere befinden, dass das Zusammenspiel von Wirtschaftlichkeit und Fachlichkeit in der Praxis gut funktioniere, und dass juristische Personen es sich gar nicht leisten könnten, gegen berufsethische Regeln – und somit die Berufspflichten – zu verstossen, weil das zu erheblichem Reputationsschaden führen könnte.

Die FMH begrüsst eine stärkere Verankerung der Unabhängigkeit der Medizinalfachpersonen in den Berufspflichten, betont aber, dass es aus ihrer Sicht nicht Sache des MedBG sei, juristische Personen zu regulieren. Sie verlangt über die Standesordnung von ihren Mitgliedern, dass sie bei Vertragsabschlüssen sicherstellen, dass sie in ihrer ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen unterworfen werden, die mit einer gewissenhaften Berufsausübung unvereinbar sind. Sie hat dazu ein – nicht verpflichtendes – Positionspapier[17] bezüglich Entlöhnung veröffentlicht, worin sie den wirtschaftlichen Einfluss auf die ärztliche Praxis zu limitieren sucht. Sie weist in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass beispielsweise Weisungen eines Spitals, die dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte ihre medizinische Verantwortung nicht mehr wahrnehmen können, haftungsrechtliche Konsequenzen haben können.

Insgesamt beobachten die Teilnehmenden in den Fokusgruppen eine Zunahme von als juristische Personen verfassten Betrieben zu Ungunsten von in Einzelfirmen tätigen Personen in der Gesundheitsversorgung.

Wie bei der Telemedizin gibt es auch bezüglich juristischer Personen Formen, die als unproblematisch betrachtet werden, so die Erkenntnis aus den Fokusgruppen: Eine Zahnarztpraxis beispielsweise, geführt von einer Zahnärztin, die zwei weitere Zahnärzte anstellt, stelle kein Problem dar. Grundsätzlich werden juristische Personen, die von

[17] Vgl: https://www.fmh.ch/files/pdf23/20131106_positionspapier_boni_d.pdf.

Medizinalpersonen geführt werden, welche somit dem MedBG unterstellt sind, nicht als problematisch angesehen. Herausforderungen entstünden insbesondere dann, wenn die fachliche Verantwortung innerhalb der juristischen Person nicht geklärt ist und / oder wenn berufsfremde Investorinnen und Investoren den Betrieb besitzen. Dadurch könne ökonomischer Druck ausgeübt werden, der die Medizinalpersonen dazu zwinge, entgegen den Berufspflichten zu handeln. Dies sei besonders heikel in Berufen mit Fachkräfteüberschuss (Zahnmedizin), oder wenn Personen aus dem Ausland angestellt würden.

Es werden verschiedene Beispiele dieser möglichen Konflikte zwischen Wirtschaft und Fachlichkeit und der daraus potenziell entstehenden Druckausübung genannt: Verletzung des Berufsgeheimnisses, Anreiz zu exzessiven Behandlungen, aggressive Werbung, Einstellung von ausländischem Personal auch ohne anerkanntes Diplom zu Dumpinglöhnen, ökonomischer Druck auf die Angestellten, mangelhafte fachliche Aufsicht, Nichteinhaltung berufsethischer Grundlagen und damit verbundene Qualitätseinbussen und mangelhafte Patientensicherheit. In den Fokusgruppen wird insbesondere vonseiten der Vertretungen der Zahn- und Veterinärmedizin von Druck auf die Angestellten und Knebelverträgen gesprochen, welche die Berufsorganisationen immer wieder beschäftigen würden. Die Schwierigkeit bestünde dann darin, dass gemäss MedBG nur die einzelne Medizinalperson verfolgt werden könne, auch wenn eine juristische Person systematisch unlautere Methoden anwende. Eine weitere Herausforderung bestünde dann, wenn eine juristische Person Konkurs gehe oder wenn eine juristische Person, die als Finanzanlage gehalten wurde, abgestossen werde: Es sei nicht geregelt, was in einem solchen Fall mit den Patientinnen und Patienten, ihren Zahlungen und ihren Akten passiere.

Auch die juristische Analyse ortet diese Lücke bezüglich der Organisationsformen, der Arbeit im Anstellungsverhältnis sowie allgemein bezüglich der Unabhängigkeit gegenüber Dritteinflüssen. Die Bildung von «Ärzte-Aktiengesellschaften» und / oder Ärztenetzwerken und analogen Organisationsformen in den anderen Berufen ist kantonal sehr unterschiedlich geregelt. Hier besteht gemäss juristischer Analyse eine Lücke im MedBG, welches die Berufsausübung in solchen Konstellationen mit wirtschaftlichen und organisatorischen Abhängigkeiten sowie Verantwortlichkeiten der Medizinalpersonen regeln sollte. Dies betrifft etwa die selbständige Berufsausübung von Medizinalpersonen im Anstellungsverhältnis (und die dabei zu wahrende Selbständigkeit), das Rechtsverhältnis der Angestellten und der Organisation zu den Patientinnen und Patienten, die Abhängigkeiten der Organisation von medizinfremden Einflüssen oder die Ansprüche der Patientinnen und Patienten gegenüber der Organisation selbst.

Die juristische Analyse weist indes auch auf eine Überregulierung hin: «Sie wahren bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ausschliesslich die Interessen der Patientinnen und Patienten und handeln unabhängig von finanziellen Vorteilen.» (Art. 40 lit. e MedBG). (…) Das Handeln «unabhängig von finanziellen Vorteilen»[18] [wird] auch im HMG sowie im KVG und im OR (Retrozessionsverbot) erfasst und es besteht eine

[18] Der diesbezügliche Wortlaut kann nicht wörtlich verstanden werden. Jede Berufsausübung ist auf finanzielle Vorteile ausgerichtet. Gemeint sind hier berufsfremde finanzielle Vorteile, also solche, die nicht primär durch die Berufsausübung entstehen.

Überregulierung. Grundsätzlich wäre es überlegenswert, Art. 40 lit. e MedBG in Richtung einer allgemeinen Unabhängigkeit auszubauen, welche die Unabhängigkeit gegenüber sachfremden finanziellen Einflüssen sicherstellen würde, aber weiter und grundsätzlicher greifen könnte. Vorbild könnte Art. 12 lit. b Anwaltsgesetz (BGFA; 935.61) sein, der für den Anwaltsberuf die Unabhängigkeit generell zu einer Berufspflicht erklärt; hierzu hat sich eine reiche Praxis entwickelt und bildet diese Bestimmung eine tragende Säule des anwaltschaftlichen Berufes.

Die wichtigsten Befürchtungen, die in den Fokusgruppen genannt werden, betreffen somit die Gefährdung der Berufspflichten und die fehlende Möglichkeit, juristische Personen in die Pflicht nehmen zu können, weder durch Administrativuntersuchungen noch durch Disziplinarverfahren gemäss MedBG. Allerdings geschehe, so einige Teilnehmende der Fokusgruppen, diese Einflussnahme in einigen Kantonen über die Betriebsbewilligungen. Hier könne beispielsweise die therapeutische Freiheit der Fachpersonen eingefordert werden.

Unabhängig davon, ob juristische Personen ökonomischen Druck auf ihre Angestellten ausüben oder nicht, wird eine Ungleichbehandlung empfunden und in den Fokusgruppen mehrfach beanstandet: Medizinalpersonen unterstehen durch ihre Berufspflichten der Werbeeinschränkung gemäss Artikel 40 MedBG, dürfen also nur Werbung machen, «die objektiv ist, dem öffentlichen Bedürfnis entspricht und weder irreführend noch aufdringlich ist». In der Praxis bedeute dies, sie dürften lediglich auf ihre Existenz und Öffnungszeiten hinweisen, während beispielsweise Spitäler diesen Auflagen nicht unterlägen. Hier wird zusätzlich auf – insbesondere zahnärztliche – Werbung ausländischer Anbieter im Ausland verwiesen.

Akteure, die anregen, juristische Personen dem MedBG oder einem anderen Gesetz zu unterstellen, fordern insbesondere:

- Die juristischen Personen dürften die Vorgaben des MedBG nicht umgehen können, insbesondere bezüglich der Einhaltung von Qualitätsansprüchen und Werbebeschränkungen. Möglichem Druck durch wirtschaftliche Überlegungen sollten Grenzen gesetzt werden.
- Es sollten verpflichtend Medizinalpersonen in Leitung und Verantwortung der juristischen Personen sein, auch im Verwaltungsrat. Diesbezüglich wird mehrfach auf die Regelung bei Rechtsanwälten verwiesen (vgl. dazu BGer 2C_372/2020 vom 26. November 2020; BGer 2C_1054/2016 vom 15. Dezember 2017, BGer 2C_1059/2016 vom 15. Dezember 2017).
- Juristische Personen sollten einer Bewilligungspflicht unterstellt werden. Administrativuntersuchungen und Disziplinarverfahren gegen juristische Personen sollen möglich sein.

In den Fokusgruppen werden aber auch viele Argumente gegen eine Unterstellung der juristischen Personen unter das MedBG geführt:

- Die notwendigen Regelungen könnten über kantonale Praxis- und Institutionsbewilligungen und die entsprechenden kantonalen Gesetzgebungen oder aber durch Anstellungsverträge, z. B. in den Spitälern, abgedeckt werden.
- Das KVG berücksichtige juristische Personen. Allenfalls reiche ein Verweis darauf im MedBG.
- Wenn juristische Personen im MedBG reguliert werden sollen, brauche es auch eine Bewilligungspflicht für juristische Personen, was dem ökonomischen Gedanken widerspreche. Es bräuchte ein Unternehmensdisziplinarrecht, damit diese (respektive ihre verantwortlichen Organe) sanktioniert werden könnten. Dies würde zu viel Bürokratie führen.

Zudem wird mehrfach darauf hingewiesen, dass es juristisch herausfordernd wäre, juristische Personen im MedBG zu regeln.

Die juristische Analyse zeigt diesbezüglich, dass damit die Einheitlichkeit der Regelung gefährdet wäre. Das KVG regelt die juristischen Personen nicht, sondern geht von deren Bestehen aus. Zudem erfasst das KVG nur Teile der MedBG-Tätigkeiten. Die Schaffung einer die juristischen Personen spezifisch erfassenden Bewilligungspflicht ist nicht singulär, sondern bereits heute in einigen Kantonen verbreitet. Zudem werden diese Einrichtungen von den Kantonen bereits heute überwacht. Problematisch sind jedoch nicht vorhandene oder nicht adäquate Regelungen des MedBG.

# 4 Synthese, Schlussfolgerungen und Empfehlungen

## 4.1 Beantwortung der Evaluationsfragestellungen

Nachfolgend werden die Evaluationsfragestellungen zusammenfassend beantwortet. Die Fragen zum Optimierungspotenzial werden in Kapitel 4.2 zu Schlussfolgerungen und Empfehlungen beantwortet.

### 4.1.1 Zweckmässigkeit und Kohärenz der aktuellen Regelung

*Evaluationsfragestellungen zur Eignung der rechtlichen Grundlagen, um die Ziele des MedBG zu erreichen*

| | |
|---|---|
| **1** | **Wie gut sind die rechtlichen Grundlagen geeignet, die Ziele des MedBG zu erreichen?** |
| 1.1 | Ist der Regelungsbedarf für alle fünf Medizinalberufe in adäquater Weise abgedeckt? |
| 1.2 | Gibt es relevante Lücken oder «überregulierte» Bereiche? |
| 1.3 | Erweisen sich die gesetzlichen Bestimmungen in der Praxis als genügend klar formuliert und umsetzbar? (Ist der Handlungs- und Gestaltungsspielraum der Akteure in angemessenem Masse gewährleistet? Inwiefern begünstigen oder behindern die Regelungen einen einheitlichen Vollzug in den Kantonen?) |
| 1.V | *Erlauben die Regelungen im MedBG und in der Registerverordnung des MedBG den Kantonen und allfälligen Bundesstellen eine angemessene, wirksame und effiziente Erfüllung der Vollzugs- und Aufsichtsfunktionen?* |

**1.1 Regelungsbedarf:** Der Regelungsbedarf für die fünf Medizinalberufe ist gemäss den Erhebungen mehrheitlich in adäquater Weise durch das MedBG und seine Verordnungen abgedeckt. Einige Berufsvertretungen monieren indessen, das Gesetz sei zu stark auf die Humanmedizin ausgerichtet und vernachlässige besondere Bedürfnisse der anderen Berufe. Aus Sicht einiger Berufsgruppen bräuchte es entsprechend Anpassungen: Die Vertretungen der Zahnmedizin wünschen sich mehr berufsspezifische Regelungen, etwa in den Bereichen Weiterbildung und Personenfreizügigkeit. Die Pharmazie-Vertretungen wünschen, im MedBG Kompetenzerweiterungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich für Apothekerinnen und Apotheker sowie das Thema der Interprofessionalität zu verankern. Die Veterinärmedizin möchte eine Postgraduierten-Weiterbildung nach dem Vorbild der Humanmedizin. Vertretungen aus Veterinärmedizin, Chiropraktik und Pharmazie äussern zudem Kritik an der aktuellen Anerkennungspraxis ausländischer Diplome und / oder Weiterbildungstitel.

**1.2 Lücken und überregulierte Bereiche:** Verschiedentlich als relevante regulatorische Lücke taxiert wird die Tatsache, dass die Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht im Gegensatz zur Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung vom MedBG nicht definiert ist. Dies führt zu Abgrenzungsfragen und zu vielfältigen Unterschieden im kantonalen Vollzug. Überregulierte Bereiche sind hingegen keine auszumachen. *(siehe Empfehlung 2)*

**1.3 Klarheit und Umsetzbarkeit:** Es konnten Bestimmungen identifiziert werden, die zu wenig klar formuliert sind und deshalb zu Umsetzungsproblemen führen:

- Die Abwesenheit der Definition der Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht ist vom Gesetzgeber gewollt, um den Kantonen mit Blick auf die Gesundheitsversorgung einen gewissen Spielraum zu lassen. Nun wird die unterschiedliche Umsetzung in den Kantonen diesbezüglich kritisiert. *(siehe Empfehlung 2)*
- Hinsichtlich des interkantonalen und internationalen Informationsaustausches, insbesondere zu Disziplinar- und Bewilligungsentzugsverfahren, wird eine mangelnde Klarheit und Einheitlichkeit der bestehenden Regelungen moniert und entsprechend grosses Optimierungspotenzial ausgemacht (vgl. unten, Vollzug). *(siehe Empfehlung 3)*
- In Artikel 42 MedBG betreffend Amtshilfe besteht eine Inkonsistenz zwischen den Sprachversionen. Gemäss der französischen und der italienischen Version ist Amtshilfe nur innerhalb des eigenen Kantons möglich, in der deutschen Fassung ist uneindeutig, ob auch Aufsichtsbehörden anderer Kantone informiert werden dürfen. Es wird angeregt, den Artikel diesbezüglich zu bereinigen und zu überprüfen, ob die Amtshilfe zwischen den Kantonen ebenfalls aufgenommen werden könnte. *(siehe Empfehlung 4)*

**1.V Regelungen und angemessener Vollzug:** Es konnten Bestimmungen identifiziert werden, die eine angemessene, wirksame und effiziente Erfüllung von Vollzug und Aufsicht beeinträchtigen:

- Laut einem Kanton führt die Bestimmung zur Werbung gemäss Artikel 40 Absatz d zu erheblichen Problemen bei der kantonalen Aufsicht. Auch gemäss der juristischen Analyse ist diese Bestimmung irreführend und überholt. *(siehe Empfehlung 9)*
- Es wird das Fehlen eines Status «Verfahren hängig» im geschützten Bereich des MedReg moniert. Dadurch kann eine Person, gegen die ein Verfahren läuft, in einem anderen Kanton eine Bewilligung beantragen, ohne, dass dieser Kanton über das Verfahren Bescheid weiss (vgl. unten, Vollzug). *(siehe Empfehlung 10)*

*Evaluationsfragestellungen zur Abstimmung der Regelung der Medizinalberufe auf relevante Kontextbedingungen*

| **2** | **Wie gut ist die Regelung der Medizinalberufe auf relevante Kontextbedingungen abgestimmt?** |
|---|---|
| 2.1 | Sind die aktuellen Regelungen kohärent mit den weiteren gesetzlichen Grundlagen, welche die Qualifizierung und Berufsausübung von Fachpersonen im Gesundheitswesen betreffen (KVG, HMG, PsyG, GesBG, etc.; u.a. Zusammenspiel MedBG und Sicherstellung der Versorgung)? |
| 2.V | *Wie gut sind die Kriterien für den Nachweis der Sprachkompetenz zur Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung (BAB) gemäss Art. 36 Abs. 1 Bst. c MedBG und für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP (Art. 36 ff. KVG) aufeinander abgestimmt?* |
| 2.2 | Bieten die gesetzlichen Vorgaben / Regelungen einen genügend flexiblen rechtlichen Rahmen, um auf Entwicklungen bei den Kontextfaktoren (z.B. fachliche Entwicklungen, Veränderungen in der Versorgungslandschaft /des Versorgungsbedarfs, siehe Abschnitt 3.5) angemessen reagieren zu können (Angemessenheit der Regulierungstiefe)? |

**2.1 Kohärenz mit den weiteren gesetzlichen Grundlagen:** Es bestehen keine grösseren Inkohärenzen zwischen den aktuellen Regelungen des MedBG und den weiteren gesetzlichen Grundlagen, welche die Qualifizierung und Berufsausübung von Fachpersonen im Gesundheitswesen betreffen.

**2.V Sprachkompetenz:** Die Kriterien für den Nachweis der Sprachkompetenz zur Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung gemäss MedBG und für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP gemäss KVG weisen eine Diskrepanz auf. Die Anforderungen des KVG sind höher als jene des MedBG. Diese Diskrepanz stellt die Kantone im Vollzug jedoch nur vor wenige nennenswerte Probleme. Dennoch wird verschiedentlich eine Vereinheitlichung der Anforderungen angeregt. Zudem wird gewünscht, Sprachkompetenzen auf Niveau C1 oder höher bereits beim ersten Eintrag ins MedReg zu vermerken, um späteren administrativen Aufwand zu verringern.

**2.2 Flexibilität**: Es gibt grundsätzlich keine Hinweise, dass die Flexibilität, auf Entwicklungen bei relevanten Kontextfaktoren zu reagieren, durch die aktuellen gesetzlichen Regelungen eingeschränkt wäre. Zwei Themenbereiche, die aktuell durch das MedReg nicht explizit reguliert sind, werden indes kontrovers diskutiert:

- Die Meinungen, ob und wie das Thema Telemedizin im MedBG reguliert werden sollte, gehen auseinander. Das Thema ist vielschichtig, ein gemeinsames Verständnis der Kantone und Berufsverbände zur Thematik wäre eine wichtige Grundlage für eine allfällige Regulierung. Möglich ist auch eine Regulierung ausserhalb des MedBG: Der Kanton Genf arbeitet beispielsweise derzeit an einer Charta zur Telemedizin und hat die SAMW angefragt, ob sie entsprechende Direktiven erstellen könnte, welche für die Humanmedizin verbindlich wären. *(siehe Empfehlung 7)*
- Das MedBG reguliert derzeit nur die Tätigkeit als Medizinalpersonen von natürlichen Personen, nicht aber von juristischen Personen. Letztere sind damit nicht den (Berufs- )Pflichten gemäss MedBG unterstellt. Problematisch ist das aus Sicht verschiedener Akteure vor allem in Konstellationen, in denen es zu Konflikten zwischen Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und Fachlichkeit kommt. Die wichtigste Befürchtung besteht darin, dass es zu einer Missachtung der Berufspflichten kommen kann, ohne dass die juristischen Personen durch ein Administrativ- oder Disziplinarverfahren gemäss MedBG in die Pflicht genommen werden können. Die Meinungen, ob und wie das Thema im MedBG reguliert werden könnte respektive sollte, gehen auseinander.

### 4.1.2 Vollzug

*Evaluationsfragestellungen zum Funktionieren des Gesetzesvollzugs in den verschiedenen Bereichen des MedBG*

| | |
|---|---|
| **3** | **Wie gut funktioniert der Gesetzesvollzug in den verschiedenen Bereichen des MedBG?**<br>**– Akkreditierung der Aus- und Weiterbildungsgänge**<br>**– eidgenössische Prüfungen**<br>**– Anerkennung / Registrierung ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel**<br>**– Bewilligung und Aufsicht**<br>**– Medizinalberuferegister** |
| 3.1 | Wie beurteilen die Akteure die Vollzugsorganisation (Rollenklarheit, Aufgabenteilung) und deren Zweckmässigkeit? |
| 3.2 | Wie beurteilen die Akteure die Vollzugsprozesse (Abläufe / Verfahren, Instrumente), deren Zweckmässigkeit und Effizienz? |

| | |
|---|---|
| 3.V1 | *Inwiefern kann ein wirkungsvoller Informationsaustausch zu den Disziplinar- und Administrativmassnahmen zwischen den Kantonen und Bundesstellen umgesetzt werden?* |
| 3.V2 | *Wie handhaben die Kantone die Abgrenzung zwischen der Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und der Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht?* |
| 3.3 | Inwiefern sind Vollzugsprozesse angemessen digitalisiert? Wo sehen die beteiligten Akteure weiteren Bedarf bzw. weitere Möglichkeiten für die Digitalisierung im Vollzug? |
| 3.4 | Entspricht die vorgefundene Vollzugspraxis den gesetzlichen Bestimmungen? Falls nein, aus welchen Gründen nicht (z.B. Bestimmungen überholt, nicht praxistauglich etc.)? |
| 3.5 | Ist der Vollzug des MedBG kohärent mit dem Vollzug anderer Berufsgesetzgebungen im Gesundheitswesen (GesBG, PsyG)? Sind allfällige Unterschiede sachlich gerechtfertigt? |
| *3.V3* | *Inwiefern bestehen im Vollzug und in der Praxis Unterschiede bei den Kriterien für den Nachweis der Sprachkompetenz zur Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung (BAB) gemäss Art. 36 Abs. 1 Bst. c MedBG und für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP (Art. 36 ff. KVG)?* |

**3.1/3.2 Vollzugsorganisation und -prozesse:** Das wichtigste Optimierungspotenzial bezüglich der Vollzugsprozesse wird in der Vereinfachung und Vereinheitlichung von Verfahren verortet, wobei dies insbesondere die Disziplinarverfahren und die Verfahren hinsichtlich des Entzugs von Berufsausübungsbewilligungen betrifft (vgl. unten). *(siehe Empfehlung 11)*

Es können zusätzlich folgende Aspekte in Bezug auf Organisation und Prozesse des Vollzugs hervorgehoben werden:

- Verschiedene Kantone und Teilnehmende der Fokusgruppen sind sich einig, dass Verweigerungen von Berufsausübungsbewilligungen, mit Auflagen oder Einschränkungen ausgesprochene Bewilligungen sowie Bewilligungsentzüge für gewisse Sachverhalte schweizweite Gültigkeit haben sollten. Dies würde den Kantonen das mehrmalige Führen gleicher Verfahren ersparen und Ressourcen schonen. Die generelle automatische Übernahme von Berufsausübungsbewilligungen wird grundsätzlich begrüsst, wobei es auch Gegenstimmen gibt. Zudem bräuchte es vorher ein übereinstimmendes Verständnis der entsprechenden Bestimmungen des MedBG, um das gegenseitige Vertrauen in Bewilligungsentscheide zu stärken. Dies könnte allenfalls durch eine intensivere koordinierende Tätigkeit des Bundesamts für Gesundheit gefördert werden. Vermutlich müsste eine solche koordinierende Tätigkeit auf Verordnungsebene festgeschrieben werden (siehe auch unten, nächster Punkt). *(siehe Empfehlungen 6 und 11)*
- Unterschiedliche Umsetzungen in den Kantonen geschehen häufig aufgrund von divergierenden Interpretationen des Gesetzes. Es wird angeregt, der Bund solle Informationen und Interpretationshilfen für das MedBG zur Verfügung stellen sowie den Austausch zwischen den Kantonen fördern, um das gemeinsame Verständnis der MedBG-Bestimmungen zu stärken und unterschiedliche Interpretationen zu verringern. *(siehe Empfehlung 11)*
- Lediglich eine Minderheit der Kantone ist der Ansicht, ihre Aufsichtspflichten vollumfänglich wahrnehmen zu können. Die übrigen nennen als Herausforderung vor allem einen Mangel an Ressourcen. Das führt dazu, dass Missstände nicht immer zeitnah erkannt werden. Hinsichtlich der Kontrolle der Einhaltung der Fortbildungspflicht wird

gefordert, dass die Kantone Aufsichtsaufgaben auch an nationale Berufsverbände delegieren dürfen, wobei sich die Vertretungen der Humanmedizin dagegen aussprechen. *(siehe Empfehlung 8)*

**3.V1 Informationsaustausch:** In Bezug auf den Informationsaustausch zu Administrativ- und Disziplinarverfahren zwischen den Kantonen wird grosses Optimierungspotenzial ausgemacht. Konkret wird angeregt, die unterschiedlichen Regelungen bezüglich des Informationsaustausches in Bewilligungsentzugs- und Disziplinarverfahren einander anzugleichen und dabei zu präzisieren, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt weitergegeben werden dürfen. Dabei wird gewünscht, dass der Informationsfluss möglichst früh, also bereits bei Verdacht oder Eröffnung eines Verfahrens, geschehen kann. Zudem wird gewünscht, dass die Kantone automatisch, z.B. mit einer Push-Meldung, über Einträge zu Disziplinarmassnahmen im MedReg informiert würden. Weiter brauche es eine gesetzliche Grundlage, die es ermögliche, auch Kantone über Administrativ- und Disziplinarverfahren zu informieren, in denen die vom Verfahren betroffene Person über keine Bewilligung verfügt – eine heute bereits vereinzelt ohne gesetzliche Grundlage angewendete Praxis. Darüber hinaus sollte gemäss den Rückmeldungen künftig verhindert werden, dass sich Fachpersonen einem drohenden Bewilligungsentzug oder einer drohenden Disziplinarmassnahme entziehen könnten, indem sie freiwillig auf ihre Berufsausübungsbewilligung verzichten, wodurch ein Eintrag im MedReg entfällt. Eine weitere Anregung betrifft den Informationsaustausch, wenn Bewilligungen verweigert werden. Auch in diesen Fällen sollte gemäss den Anregungen eine Information der anderen Kantone möglich sein. *(siehe Empfehlungen 3, 4, 5, 10 und 11)*

In Bezug auf diese Forderungen und Anregungen wird deutlich, dass die Auskunft gebenden Akteure den Schutz der Patientinnen und Patienten und somit den Schutz der öffentlichen Gesundheit stärker gewichten als den Persönlichkeitsschutz der betroffenen Fachpersonen, die sich allenfalls noch in laufenden Verfahren befinden.

Neben den Herausforderungen hinsichtlich des interkantonalen Informationsaustauschs wird auch ein fehlender Informationsaustausch mit ausländischen Behörden festgestellt und kritisiert. Dies könne zu Missbrauch führen, indem Personen, gegen die beispielsweise im Ausland ein Verfahren hängig ist, unbehelligt in der Schweiz berufstätig werden können. Schliesslich wird eine stärkere Einbindung der Berufsverbände in den Informationsaustausch angeregt, zum Beispiel indem ihnen ein Melderecht von Verstössen gegen die Berufspflichten eingeräumt wird. *(siehe Empfehlung 8)*

**3.V2 Abgrenzung der Tätigkeit unter Aufsicht und in eigener fachlicher Verantwortung:** Bei der Unterscheidung der Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und unter Aufsicht bestehen diverse Unterschiede zwischen den Kantonen. Rund die Hälfte der Kantone stützt sich dabei auf die Bewilligungsvoraussetzungen inklusive Weiterbildungstitel: Sobald diese erfüllt sind, ist in der Regel nur noch eine Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung möglich und somit auch eine Berufsausübungsbewilligung nötig. In den anderen Kantonen gibt es teilweise zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich unterschiedliche Kriterien, oder auch zwischen den Berufen.

Die Kantone sind entsprechend mit diversen Abgrenzungsfragen konfrontiert. Als mögliche Lösung wird wiederholt gefordert, dass Personen, welche die Voraussetzungen für die Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung erfüllen, eine Berufsausübungsbewilligung benötigen.

Zudem wird eine gesetzliche Definition der Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht gefordert. Dabei soll auch festgelegt werden, während welchen Zeitraums eine Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht möglich ist und ab wann eine Bewilligung für die Tätigkeit unter Aufsicht beantragt werden muss. Die Vertretungen der Humanmedizin lehnen die Festlegung einer Maximaldauer für die Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht ab. Zudem werden verschiedentlich Berufspflichten für die Tätigkeit unter Aufsicht und Bestimmungen zur Aufsicht gefordert. *(siehe Empfehlung 2)*

**3.3 Digitalisierung der Vollzugsprozesse:** Die Digitalisierung der Vollzugsprozesse ist in den Kantonen unterschiedlich weit fortgeschritten. Die Mehrheit der Auskunft gebenden Kantone hat die Prozesse rund um die Gesuchstellung und Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen mindestens teilweise digitalisiert. Einzelne Kantone verfügen über Schnittstellen zwischen ihren kantonalen IT-Lösungen und dem MedReg. Rund zwei Drittel der Kantone sind mit der Planung und / oder Erarbeitung von Digitalisierungsschritten, die unterschiedlich ambitioniert sind, beschäftigt. Als herausfordernd werden unter anderem die Schnittstellen zwischen Bund und Kantonen erachtet. *(siehe Empfehlung 12)*

**3.4 Entsprechung von Vollzug und gesetzlichen Bestimmungen:** Es konnten wenige Fälle identifiziert werden, in denen die vorgefundene Vollzugspraxis nicht den gesetzlichen Bestimmungen entspricht.

- Einzelne Kantone informieren andere Kantone über Bewilligungsentzüge und Disziplinarmassnahmen, auch wenn die vom Verfahren betroffene Person dort über keine Berufsausübungsbewilligung verfügt. Dies entspricht so nicht den gesetzlichen Bestimmungen. *(siehe Empfehlung 3)*
- Ein Kanton macht Einträge im MedReg zu laufenden Verfahren, wozu keine gesetzliche Grundlage vorliegt. Ein anderer Kanton gibt für die Veterinärmedizin an, keine Änderungen im MedReg einzutragen. *(siehe Empfehlung 3)*

**3.5 Kohärenz:** Die Kohärenz des MedBG-Vollzugs ist grundsätzlich mit dem Vollzug anderer Berufsgesetzgebungen im Gesundheitswesen kohärent, insofern dies erforderlich ist. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Status in den verschiedenen Gesundheits- und Medizinalberuferegistern angeglichen werden sollten, was eine Harmonisierung der entsprechenden Registerverordnungen voraussetzt. *(siehe Empfehlung 10)*

**3.V3 Vollzug und Praxis bezüglich Sprachkompetenzen:** Wenige Kantone orientieren sich bei der Prüfung der Voraussetzungen für die Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen an den im Vergleich zum MedBG strengeren Regeln des KVG betreffend Sprachkenntnisse, was jedoch in ihrer Kompetenz liegt, da die Bestimmungen des MedBG als Mindestvoraussetzungen zu verstehen sind.

### 4.1.3 Wirkungen und Zielerreichung

*Evaluationsfragestellungen zum Eintreten der durch das MedBG erwarteten Wirkungen*

| | |
|---|---|
| **4** | **Treten die durch das Medizinalberufegesetz erwarteten Wirkungen (Outcome) ein?** |
| 4.1 | Werden mit den Regelungen und dem Vollzug des MedBG die Outcome-Ziele in den Bereichen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung sowie Berufsausübung (gemäss Wirkungsmodell) erreicht? |
| 4.V1 | *Inwiefern bietet das MedBG genügend Schutz und einen ausreichenden Rahmen, um die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu gewährleisten?* |
| 4.2 | Erfüllt das Medizinalberuferegister seine gesetzlich vorgesehenen Zwecke (Patientensicherheit, Qualitätssicherung, Statistik, medizinische Demografie, Information ausländischer Behörden, Vereinfachung der Abläufe für die Erteilung der kantonalen Berufsausübungsbewilligung und Vollzug des KVG)? Ist das Register vollständig und dessen Betrieb praktikabel? |
| 4.V2 | *Lassen sich auch unerwünschte Wirkungen des MedBG oder ungünstige Wechselwirkungen mit Kontextfaktoren ersehen (z.B. Auswirkungen auf die Ausbildungskapazitäten, die Attraktivität inländischer Aus- und Weiterbildungsgänge, die Balance zwischen in- und ausländischen Fachkräften bzw. die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften zur Sicherstellung der Versorgung)?* |

**4.1 Outcome-Ziele:** Die Outcome-Ziele in den Bereichen Aus- und Weiterbildung werden grundsätzlich erreicht. Allerdings sehen die Auskunft gebenden Akteure diverse Weiterentwicklungs- und Optimierungsmöglichkeiten. Verschiedentlich werden Anpassungen der berufsspezifischen Ausbildungsziele angeregt. Die eidgenössische Prüfungskommission Pharmazie fordert zudem die vollständige Abschaffung der eidgenössischen Prüfungen für alle Medizinalberufe. Vonseiten der Vertretungen der Pharmazie, der Veterinärmedizin und der Chiropraktik wird Kritik an der automatischen Anerkennung von EU/EFTA-Diplomen und – in der Zahnmedizin und Pharmazie – Weiterbildungstiteln geäussert. Im Bereich der Weiterbildung werden für die Zahnmedizin berufsspezifischere und stärker auf die Praxis ausgerichtete Weiterbildungsziele gewünscht. Das Wirkungsmodell definiert keine Outcome-Ziele zur Fortbildung und Berufsausübung.

**4.V1 Qualität:** Die Qualität der Aus- und Weiterbildungen wird grundsätzlich durch die Akkreditierung sichergestellt. Diesbezüglich regen verschiedene Berufsvertretungen an, auch (oder ausschliesslich) internationale Akkreditierungsstandards zu berücksichtigen. Die Berufsgruppe der Chiropraktik kritisiert derweil, dass die Liste der anerkannten ausländischen Hochschulen nicht konsequent berücksichtigt wird. In Bezug auf die Fortbildungspflicht wird teils gefordert, es brauche dazu eine Deklarationspflicht in Artikel 40 MedBG. Andere finden die aktuelle Regelung ausreichend. Der Umfang der Fortbildung sollte zudem von den Berufsverbänden definiert werden, so eine weitere Forderung. Die Aufsicht der Kantone würde zudem erleichtert, wenn die Erfüllung der Fortbildungspflicht im MedReg eingetragen würde und / oder wenn die nationalen Berufsorganisationen mit der Aufsicht über die Einhaltung der Fortbildungspflicht beauftragt werden dürften. Die Mitgliedschaft in einer Berufsorganisation könnte ebenfalls als Berufspflicht festgehalten werden, wobei es dazu juristische Vorbehalte gibt. *(siehe Empfehlungen 8 und 9)*

**4.2 MedReg:** Der Nutzen des Registers ist aktuell aufgrund fehlenden Vertrauens in seine Aktualität und Vollständigkeit eingeschränkt. Zudem wird auf fehlende Konsistenz von Einträgen aufgrund unterschiedlicher Interpretationen von zentralen Begriffen hingewiesen. Daraus erwächst die Forderung, der Bund solle Interpretationshilfen bereitstellen und den

Austausch zwischen den Kantonen, insbesondere zu Best Practice, fördern. Zudem gibt es diverse Anregungen zu inhaltlichen Anpassungen respektive Ergänzungen im MedReg. Weiter wird angeregt, die Kantone – oder mindestens die Bewilligungskantone einer Fachperson – müssten mit automatischen Benachrichtigungen über bestimmte Einträge im Register informiert werden (vgl. oben.) Auch die Einführung einer Löschungsregel für Einträge von Personen, die ihren Beruf nicht mehr ausüben wollen, wird von Auskunft gebenden Akteuren sowie in der juristischen Analyse nahegelegt. *(siehe Empfehlungen 10 und 11)*

Das MedReg unterstützt die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, wobei diese durch die genannten Anpassungen am Register, durch einheitlichere Eintragungen sowie durch Veränderungen betreffend Informationsaustausch zwischen den Kantonen (vgl. oben) verbessert werden könnte. Diesbezüglich kommt auch die Forderung auf, Disziplinarmassnahmen und Vorstrafen aus dem Ausland sollten Eingang ins MedReg finden, was jedoch einen entsprechenden internationalen Informationsaustausch bedingen würde (vgl. ebenfalls oben).

Es muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Sicht der Patientinnen und Patienten auf das MedReg in der Evaluation nicht erhoben werden konnte. In den Erhebungen wird angeregt, die Bekanntheit des Registers bei Patientinnen und Patienten zu erhöhen, um die Transparenz und die Sicherheit im Gesundheitswesen zu verbessern.

**4.V2 Unerwünschte Wirkungen des MedBG:** Es wurden wenige unerwünschte Wirkungen identifiziert, die sich in erster Linie nicht auf im MedBG geregelte Aspekte beziehen, sondern eher auf Lücken. Folgende Aspekte können hervorgehoben werden:

- Die aktuell unklaren, uneinheitlichen respektive teils fehlenden Regelungen zum Informationsaustausch zwischen Kantonen in Bezug auf Administrativ- und Disziplinarverfahren (vgl. oben) führen dazu, dass die Kantone zu wenig frühzeitig und aktiv gegen Missbrauch vorgehen können. *(siehe Empfehlung 3)*
- Verschiedene Berufsvertretungen beurteilen die automatische Anerkennung von Diplomen und Weiterbildungstiteln aus EU/EFTA-Staaten als problematisch.
- Die Nicht-Regulierung von juristischen Personen im MedBG kann insbesondere in Berufen mit Fachkräfteüberschuss, namentlich in der Zahnmedizin, zu Herausforderungen (insbesondere durch Nichtbeachtung der Berufspflichten durch die juristischen Personen und entsprechenden Druck auf die Angestellten) führen.

*Evaluationsfragestellungen zum Erreichen der mit dem MedBG verbundenen Ziele*

| **5** | **Werden die mit dem Medizinalberufegesetz verbundenen Ziele erreicht?** |
|---|---|
| 5.1 | Inwiefern hat das MedBG dazu beigetragen,<br>– schweizweit einheitliche Qualitätsstandards in der Aus- und Weiterbildung der Medizinalberufe zu etablieren?<br>– die Medizinalpersonen zu befähigen, sich den zahlreichen Herausforderungen im Gesundheitsbereich und den sich verändernden Versorgungsansprüchen (u.a. demografischer Wandel, Zunahme chronischer Krankheiten) zu stellen?<br>– den Schutz der öffentlichen Gesundheit und die Versorgungsqualität sicherzustellen?<br>– die Freizügigkeit / Mobilität der Medizinalpersonen zu gewährleisten? |

| | |
|---|---|
| 5.V | *Inwiefern sind die Aus- und Weiterbildung nach den Versorgungsbedürfnissen ausgerichtet? Inwiefern wären Steuerungsmassnahmen für die Aus- und Weiterbildung aus Versorgungssicht sinnvoll? Welche wären das? Was wäre der tatsächliche Nutzen und welche Risiken und Nachteile bergen sie?* |
| 5.2 | Welches sind die relevanten Faktoren, welche die Zielerreichung des MedBG begünstigen oder behindern (Ebene Kontext, Konzept, Vollzug)? |

**5.1 Zielerreichung:** Die mit dem MedBG verbundenen Ziele werden grundsätzlich erreicht respektive es gibt keine Hinweise, dass dies nicht der Fall wäre. Schweizweit sind einheitliche Qualitätsstandards in der Aus- und Weiterbildung etabliert. Die Medizinalpersonen sind befähigt, sich den Herausforderungen im Gesundheitsbereich zu stellen. Die verhältnismässig tiefen Zahlen, sofern bekannt, bei den Bewilligungsentzügen, Disziplinarmassnahmen und Strafmassnahmen, lassen auf einen weitgehend hohen Schutz der öffentlichen Gesundheit und der Versorgungsqualität schliessen. Allerdings weisen die Kantone auch darauf hin, dass die Ressourcen für eine flächendeckende Aufsicht in vielen Fällen fehlen. Es werden gesetzliche Anpassungen, insbesondere betreffend Informationsaustausch, Register und Zulassung angeregt, um den Schutz weiter zu verbessern (vgl. oben). Freizügigkeit und Mobilität scheinen gewährleistet, allerdings wird die Herausforderung der Überprüfung der 90-Tage-Regelung, durch welche Erwerbstätige aus den EU/EFTA-Ländern in der Schweiz ohne Bewilligung bis zu 90 Arbeitstage pro Kalenderjahr arbeiten dürfen, erkannt. *(siehe Empfehlungen 3 und 10)*

**5.V Versorgungsansprüche und -bedürfnisse:** Beispielhaft soll hier die quantitative Entwicklung des zahlenmässig grössten universitären Medizinalberufs angeführt werden. Per Ende des Jahres 2014 besassen in der Schweiz 26'767 Ärztinnen und Ärzte eine Berufsausübungsbewilligung. Ende 2023 waren es 39'780.[19] Dies stellt eine Zunahme von 49 % innerhalb von 10 Jahren dar. Insofern scheint das MedBG den angesichts des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Krankheiten notwendigen Zuwachs an ärztlichen Fachpersonen zumindest nicht behindert zu haben. Ob und inwiefern diese Arztpersonen zusammen mit den Angehörigen der anderen universitären Medizinalberufe in der Lage sind, die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung adäquat abzudecken, kann aktuell mangels entsprechender Daten noch nicht eruiert werden. Dies wäre die Aufgabe künftiger, gezielter, prospektiv angelegter bevölkerungsbezogener Erhebungen.

**5.2 Hinderliche Faktoren:** Massgebliche Faktoren, welche die Zielerreichung des MedBG behindern, sind teilweise fehlende, unklare oder uneinheitliche Bestimmungen (vgl. oben, insbesondere Frage 1.3). Fehlende Ressourcen, fehlendes Wissen und unterschiedliche Interpretationen in den Kantonen sowie ungenügende Koordination zwischen den Kantonen sind als hinderliche Faktoren für den Vollzug zu nennen. *(siehe Empfehlungen 3, 4, 5, 10, 11 und 12)*

[19] Vgl. https://www.bag.admin.ch/de/statistiken-aller-medizinalberufe.

## 4.2 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

| 6 | **Inwiefern gibt es Optimierungspotenzial?** |
|---|---|
| 6.V | Wie gut hat sich das MedBG insgesamt bewährt? Wo besteht Verbesserungs- und Klärungsbedarf:<br>– auf der Ebene der gesetzlichen Regelungen?<br>– auf Ebene des Vollzugs - *aus Sicht der Kantone und der Bundesstellen*?<br>– *im Versorgungskontext?* |
| 6.2 | Welche Empfehlungen lassen sich aus den Evaluationsergebnissen ableiten für eine allfällige Revision des MedBG? |

Insgesamt kommt das Evaluationsteam zum Schluss, dass es sich beim MedBG um ein gut funktionierendes Gesetz handelt, das seinen Zweck grundsätzlich erfüllt. Gleichzeitig können Lücken und Inkonsistenzen ausgemacht werden. Nur ein Teil davon kann durch Anpassungen der rechtlichen Bestimmungen behoben werden. Grosses Optimierungspotenzial zeigt sich aus Sicht des Evaluationsteams im Vollzug, insbesondere bezüglich des Austausches und der Stärkung eines gemeinsamen Verständnisses zwischen den Kantonen.

Das Evaluationsteam formuliert folgende Empfehlungen:

**Übergeordnete Empfehlung:**

1 Wir empfehlen dem BAG, Anpassungen am MedBG gemäss den nachfolgenden Empfehlungen 2–9 zu prüfen. Wir empfehlen, die Vertretungen der universitären Medizinalberufe sowie die Kantone frühzeitig in diesen Prozess einzubeziehen und bei Anpassungen auf die unterschiedlichen Realitäten der Medizinalberufe Rücksicht zu nehmen. Weiter empfehlen wir, bei Anpassungen ein Augenmerk auf die Kohärenz mit den weiteren Gesetzgebungen zu legen, welche die Qualifizierung und Berufsausübung von Fachpersonen im Gesundheitswesen betreffen (z.B. PsyG, GesBG).

**Empfehlungen zum MedBG:**

Wir empfehlen dem BAG, folgende Schritte zeitnah in Angriff zu nehmen respektive deren Umsetzung an den entsprechenden Stellen zu initiieren:

2 Prüfen, ob eine zweckdienliche Definition der Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht ins MedBG aufgenommen werden soll (Artikel 34). Dabei wären neben Berufs- und Bewilligungspflichten für die Medizinalpersonen unter fachlicher Aufsicht insbesondere auch die Pflichten der fachlichen Aufsicht über diese Tätigkeit zu definieren.

3 Prüfen, inwiefern die Bestimmungen zum Informationsaustausch zwischen den Kantonen bei Administrativ- und Disziplinarverfahren eindeutiger und einheitlicher formuliert werden können, um den Informationsfluss zwischen den Kantonen sicherzustellen und den Schutz der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Ferner empfehlen wir dem BAG, zu prüfen, wie der Informationsaustausch mit ausländischen Behörden gewährleistet werden kann.

4 Die Inkonsistenz in den drei Sprachversionen von Artikel 42 (Amtshilfe) beheben und dabei überprüfen und festlegen, ob die Amtshilfe sowohl innerhalb als auch zwischen den Kantonen gelten soll.

5 Das Verhältnis zwischen Artikel 38 (Bewilligungsentzug) und Artikel 43 Absatz 1 lit. e (definitives Verbot der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung) klären und gegenüber den Kantonen kommunizieren.

6 Gemeinsam mit den Kantonen prüfen, ob eine schweizweite Gültigkeit und automatische Übernahme von Entscheiden zu Berufsausübungsbewilligungen zwischen den Kantonen eingeführt werden soll. Wir empfehlen, dabei notwendige Ausnahmen (z.B. bei Wechsel der Sprachregion) vorzusehen.

7 Massnahmen für die Förderung eines gemeinsamen Verständnisses der Kantone und Berufsorganisationen für die Telemedizin ergreifen und anschliessend, gemeinsam mit den Kantonen und Berufsorganisationen prüfen, wie die Zuständigkeiten betreffend Aufsicht über in der Schweiz tätige Telemedizinanbieter geregelt werden könnten.

8 In Abstimmung mit den Kantonen und Berufsorganisationen prüfen, inwiefern Artikel 41 Absatz 2 dahingehend angepasst werden kann, dass eine Delegation von Aufsichtsaufgaben, beispielsweise bezüglich der Kontrolle der Erfüllung der Fortbildungspflicht, auch an nationale Verbände erfolgen kann. Dabei ist den unterschiedlichen Realitäten der Medizinalberufe und ihrer Berufsorganisationen besondere Beachtung zu schenken. Gleichzeitig empfehlen wir dem BAG, zu überprüfen, inwiefern Berufsverbänden das Recht eingeräumt werden könnte, Verstösse gegen das MedBG den entsprechenden kantonalen Behörden zu melden.

9 Artikel 40 (Berufspflichten) überprüfen und gegebenenfalls an die heutigen Gegebenheiten anpassen.

**Empfehlung zum Medizinalberuferegister MedReg:**

10 Wir empfehlen dem BAG, die folgenden Anpassungen am MedReg zu prüfen und gegebenenfalls die Voraussetzungen für die Umsetzung der Anpassung zu schaffen, um den Nutzen des Registers zu stärken. Es ist stets zu definieren, welche Einträge öffentlich oder nur für die Kantone sichtbar sein sollen. Wir empfehlen zudem, eine Übernahme allfälliger Anpassungen auf die weiteren Register des Gesundheitswesens zu prüfen:

- Einführung eines Vermerks, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung gestellt wird
- Sichtbarmachung von laufenden Verfahren («Verfahren hängig») im geschützten Bereich unter Beachtung des Schutzes der Persönlichkeitsrechte der betroffenen Medizinalfachpersonen
- Einführung von Einträgen zu von Strafbehörden verhängten Berufsverboten
- Unterscheidung im Status «keine Bewilligung» zwischen Personen, welche noch nie eine Bewilligung beantragt haben, und solchen, denen die Bewilligung entzogen wurde
- Unterscheidung zwischen Bewilligungsentzug und Verbot der Berufsausübung
- Einführung eines Sonderstatus für pensionierte Fachpersonen mit begrenzter Restaktivität
- Sichtbarmachung der Erfüllung der Fortbildungspflicht

- Einführen einer Möglichkeit der Kontrolle der geleisteten Tage bei 90-Tage-Bewilligungen auch bei Tätigkeit in mehreren Kantonen
- Informationen über die Art und Dauer (mit entsprechenden Datumsangaben) von Sanktionen und Massnahmen, inklusive Angabe des Rechtsgrunds
- Informationen über Vorfälle, welche ein Risiko für die Vertrauenswürdigkeit der Medizinalperson und somit für die gesundheitliche Gewähr darstellen
- Hinterlegung von korrekten Titeln zwecks einheitlicher Verwendung
- Falls eine Berufsausübungsbewilligung für die Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht eingeführt wird:
  - Arbeitgeber, Arbeitsort
  - Verantwortliche Person, global und am jeweiligen Standort

**Empfehlungen zum Vollzug:**

11 Wir empfehlen dem BAG und den Kantonen, ein Austauschgefäss zu schaffen, das kontinuierlich genutzt werden kann, um ein gemeinsames Verständnis der gesetzlichen Grundlagen zu fördern und so zu einer Vereinheitlichung des Vollzugs beizutragen. Dadurch soll auch die Bewirtschaftung des MedRegs zuverlässiger und einheitlicher werden und das Register somit zu einem noch zuverlässigeren Werkzeug. Dies kann durch regelmässigen Austausch, die Erstellung von Interpretationshilfen und weitere geeignete Massnahmen erfolgen. Wir empfehlen zur Umsetzung dieser Empfehlung ggf. eine Anpassung der MedBV zu prüfen.

12 Wir empfehlen dem BAG und den Kantonen, ihre Digitalisierungsprojekte betreffend Vollzug des MedBG gezielt zu koordinieren, um die richtigen Schnittstellen zu bilden, damit der Vollzug vereinfacht, die Kantone entlastet und die Qualität der Informationen erhöht werden kann. Einige Kantone nutzen bereits die gleiche Software. Wir empfehlen, darauf aufzubauen.

# Anhang

## A-1 Wirkungsmodell (Künzi & Jäggi 2023)

## Wirkungsmodell des Medizinalberufegesetzes MedBG

**Kontextfaktoren**:
- Internationale Verpflichtungen, u.a. durch Freizügigkeitsabkommen und Regulierungen in der EU und anderen Ländern
- Schnittstellen zu anderen Bundesgesetzen: KVG und dazugehörige Verordnungen (Regelung der Leistungserbringung u. -vergütung, Qualitätsmassnahmen); PsyG, GesBG und dazugehörige Registerverordnungen (Kongruenz / Nachvollziehbarkeit für Vollzugspartner sowie Schnittstellen zum Nationalen Register für die nicht-universitären Gesundheitsberufe NAREG); HFKG (Akkreditierung Hochschulen und Studiengänge), Bundesgesetz über Meldepflicht EU/EFTA (BGMD), Binnenmarktgesetz (BGBM), Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG), Heilmittelgesetz (HMG), Regelungen im Bereich Veterinärwesen (u.a. Tierschutz-/Tierseuchengesetz)
- Entwicklungen in den Fachgebieten der universitären Medizinalberufe: med.-techn. Fortschritt, Spezialisierung; (internationale) Trends und Rahmenbedingungen in der Aus- und Weiterbildung (z.B. Ausbildungskapazitäten / Zulassungsbedingungen; Finanzierung der Weiterbildung; Lernzielkataloge, Ausrichtung Kompetenzprofile)
- Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung und den Versorgungsstrukturen: Digitalisierung, Trend zu Teilzeittätigkeit und Gruppenpraxen, Fachkräftemangel, interprofessionelle Zusammenarbeit, demografisch bedingte Veränderungen der Nachfrage (höherer Bedarf, Verlagerung zu chronischen Krankheitsbildern) etc.

| Input / Konzept | Handlungsfelder und Massnahmen | Vollzug | Output / Outcome | Impact |
|---|---|---|---|---|
| **Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) und dazugehörige Verordnungen**[1]<br><br>**Geltungsbereich**<br>Humanmedizin<br>Zahnmedizin<br>Chiropraktik<br>Pharmazie<br>Veterinärmedizin | **Universitäre Ausbildung**<br>Festlegung allgemeiner und berufsspezifischer Ziele<br>Akkreditierung der Studiengänge | **Schweiz. Akkreditierungsrat:** ist zuständig für die Akkreditierung nach HFKG & MedBG (Akkreditierungsinstanz)<br>**AAQ:** führt Akkreditierungsverfahren durch (Akkreditierungsorgan)<br>**Bundesrat:** erlässt ggf. besond. Akkreditierungsvoraussetzungen (unt. Anhörung **Hochschulrat**)<br>**MEBEKO:** nimmt Stellung zu Akkreditierungsanträgen / berät Akkreditierungsorgan, Bundesrat, EDI und Hochschulrat in Fragen der Ausbildung<br>**Hochschulen:** regeln Studiengänge nach Massgabe der Akkreditierungskriterien und Ziele des MedBG | **Output:** akkreditierte Studiengänge, erteilte eidg. und anerkannte ausl. Diplome<br><br>**Outcome:**<br>**Studiengänge:** sind qualitativ hochstehend und einheitlich / setzen die Ausbildungsziele gemäss MedBG um / werden nach einheitlichen u. nachvollziehbaren Kriterien und Standards akkreditiert<br>**Eidg. Diplome**: garantieren einheitliche Abschlusskompetenzen unabhängig von den Fakultäten<br>**Absolventinnen/Absolventen:** erhalten qualitativ hochstehende, einheitliche Grundbildung / erhalten einheitliche, nachvollziehbare Anerkennung ausl. Diplome | **Qualitätssicherung** bzgl. universitärer Ausbildung, beruflicher Weiterbildung u. Fortbildung der Personen mit universitären Medizinalberufen<br><br>**Schutz** der öffentlichen Gesundheit; Gewährleistung **Patientensicherheit**<br><br>Grundlage für **Mobilität** der Medizinalpersonen, Wettbewerb, Versorgungssicherheit |
| | Regelung eidg. Prüfungen / Diplome | **Bundesrat:** bestimmt Inhalt, Verfahren, Prüfungsgebühren u. Entschädigung Expertinnen/Experten<br>**MEBEKO:** erlässt Vorgaben/Richtlinien, entscheidet über die Zulassung zur eidg. Prüfung, überwacht Durchführung, führt Datenbank<br>**Prüfungskommissionen:** stellen in Zusammenarbeit mit den **Ausbildungsinstitutionen**, den **Standortverantwortlichen** und **Examinatorinnen/Examinatoren** die Vorbereitung und Durchführung der eidg. Prüfungen sicher<br>**BAG:** erteilt die eidg. Diplome | | |
| | Regelung Anerkennung / Prüfung ausl. Diplome | **MEBEKO:** anerkennt ausl. Diplome basierend auf Abkommen mit EU/EFTA-Staaten, entscheidet über die Gleichwertigkeit von Diplomen aus Nicht-EU/EFTA-Staaten und führt Nachprüfungen durch / bestimmt Voraussetzungen für den Erwerb eines eidg. Diploms<br>**EDI (BAG):** führt per Verordnung Liste der anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausl. universitärer Hochschulen | | |
| | **Weiterbildung**<br>Festlegung der eidg. Weiterbildungstitel<br>Festlegung allgemeiner Ziele und Dauer | **Bundesrat:** legt die eidg. Weiterbildungstitel fest u. bestimmt die Dauer der Weiterbildung für die einzelnen Weiterbildungstitel | **Output:** akkreditierte Weiterbildungsgänge, erteilte eidg. und anerkannte ausl. Weiterbildungstitel | |
| | Akkreditierung der Weiterbildungsgänge | **EDI (BAG):** ist zuständig für Akkreditierung (Akkreditierungsinstanz)<br>**AAQ:** führt Akkreditierungsverfahren durch (Akkreditierungsorgan) / setzt **Expertenkommissionen** ein, welche Selbstevaluationsberichte der Gesuchsteller mit eigenen Untersuchungen ergänzen u. AAQ Antrag zur Akkreditierung unterbreiten<br>**MEBEKO:** nimmt Stellung zu Akkreditierungsanträgen / berät Akkreditierungsorgan, Bundesrat und EDI in Fragen der Weiterbildung<br>**Verantwortliche Organisationen**[2]**:** regeln Weiterbildungsgänge nach Massgabe der Akkreditierungskriterien u. Zielen des MedBG (u.a. Anerk. **WB-Stätten**) | **Outcome:**<br>**Weiterbildungsgänge:** sind qualitativ hochstehend / auf aktuellstem Stand / nach einheitlichen u. nachvollziehbaren Kriterien und Standards akkreditiert<br>**Absolventinnen/Absolventen:** erhalten qualitativ hochstehende Weiterbildung / verfügen über erforderliche Kompetenzen / nachvollziehbare Anerkennung ausl. Weiterbildungstitel | |
| | Erteilung eidg. / Anerkennung ausl. Weiterbildungstitel | **Verantwortliche Organisationen**[2]**:** erteilen eidg. Weiterbildungstitel und tragen diese ins Register ein<br>**MEBEKO:** entscheidet über die Anerkennung ausl. Weiterbildungstitel / entscheidet über die Gleichwertigkeit ausl. Weiterbildungstitel aus Nicht-EU/EFTA-Staaten und führt Nachprüfungen durch | | |
| | **Berufsausübung u. Fortbildung**<br>Medizinalberuferegister | **Bundesrat:** erlässt Bestimmungen über die im Register enthaltenen Personendaten u. Bearbeitungsmodalitäten<br>**EDI (BAG):** führt u. veröffentlicht das Register (Medizinalberuferegister) auf Basis der Meldungen/Einträge der Datenlieferanten **MEBEKO, Kantone, Verantwortliche Organisationen**[2]**, BLV, BFS** | **Output:** Registereinträge zu in der Schweiz tätigen Medizinalpersonen, Verfahren / Urteile wg. Verletzung Berufspflichten u. Art 58 MedBG | |
| | Registrierungspflicht und Spracherfordernis für alle in der Schweiz tätigen Medizinalpersonen | **Bundesrat:** regelt Einzelheiten bzgl. der für die Berufsausübung notwendigen Sprachkenntnisse<br>**MEBEKO:** trägt Diplome und Sprachkenntnisse ins Register ein / entscheidet über die Registrierung nicht anerkennbarer ausl. Diplome<br>**Arbeitgeber:** prüfen den Registereintrag und die Sprachkenntnisse für Medizinalpersonen, die unter fachlicher Aufsicht tätig sind | **Outcome:**<br>**Register:** ist vollständig / vereinfacht die Abläufe für Aufsicht u. Informationsaustausch der Kantone und ausl. Stellen / ermöglicht Bund und Kantonen das Erstellen der medizinischen Demografie<br>**Medizinalpersonen:** verfügen durch lebenslange Fortbildung über aktuellen Wissensstand<br>**Patientinnen/Patienten:** nutzen Register / haben Gewähr, von qualifizierten, sprachkompetenten u. berechtigten Personen behandelt zu werden | |
| | Regelung der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung (Bewilligungspflicht, Berufspflichten, Aufsicht) | **Kantone:** prüfen die Bewilligungsvoraussetzungen nach MedBG (inkl. Überprüfung Sprachkenntnisse) und erteilen kantonale Berufsausübungsbewilligungen; beaufsichtigen die Einhaltung der Berufspflichten (u.a. Fortbildung); tragen aufsichtsrelevante Daten ins Register ein (Erteilung / Verweigerung / Entzug / Befristung der Berufsausübungsbewilligungen, Disziplinarmassnahmen) / tragen Meldungen der 90-Tage-Dienstleistungserbringer ins Register ein | | |

**Mögliche unerwünschte Wirkungen:** zu starrer rechtl. Rahmen, zu komplizierte / aufwändige Vollzugsprozesse, Abschreckung in- und ausl. Fachkräfte

[1]Medizinalberufeverordnung (MedBV), Prüfungsverordnung MedBG und Registerverordnung MedBG sowie EDI-Verordnungen; [2]Organisationen, die für alle Weiterbildungsgänge im jeweiligen Medizinalberuf verantwortlich sind (nach Art. 25 MedBG)
Darstellung BASS, erstellt im Rahmen des Mandats «Konzept- und Machbarkeitsstudie für die künftige Evaluation des Medizinalberufegesetzes». Version vom 10.07.2023

Abbildung 21: Wirkungsmodell der Konzept- und Machbarkeitsstudie (Künzi & Jäggi 2023).

## A-2 Evaluationsfragestellungen

| Evaluationsfragestellungen | |
|---|---|
| **A** | **Zweckmässigkeit und Kohärenz der aktuellen Regelung** |
| **1** | **Wie gut sind die rechtlichen Grundlagen geeignet, die Ziele des MedBG zu erreichen?** |
| 1.1 | Ist der Regelungsbedarf für alle fünf Medizinalberufe in adäquater Weise abgedeckt? |
| 1.2 | Gibt es relevante Lücken oder «überregulierte» Bereiche? |
| 1.3 | Erweisen sich die gesetzlichen Bestimmungen in der Praxis als genügend klar formuliert und umsetzbar? (Ist der Handlungs- und Gestaltungsspielraum der Akteure in angemessenem Masse gewährleistet? Inwiefern begünstigen oder behindern die Regelungen einen einheitlichen Vollzug in den Kantonen?) |
| 1.V | *Erlauben die Regelungen im MedBG und in der Registerverordnung des MedBG den Kantonen und allfälligen Bundesstellen eine angemessene, wirksame und effiziente Erfüllung der Vollzugs- und Aufsichtsfunktionen?* |
| **2** | **Wie gut ist die Regelung der Medizinalberufe auf relevante Kontextbedingungen abgestimmt?** |
| 2.1 | Sind die aktuellen Regelungen kohärent mit den weiteren gesetzlichen Grundlagen, welche die Qualifizierung und Berufsausübung von Fachpersonen im Gesundheitswesen betreffen (KVG, HMG, PsyG, GesBG, etc.; u.a. Zusammenspiel MedBG und Sicherstellung der Versorgung)? |
| 2.V | *Wie gut sind die Kriterien für den Nachweis der Sprachkompetenz zur Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung (BAB) gemäss Art. 36 Abs. 1 Bst. c MedBG und für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP (Art. 36 ff. KVG) aufeinander abgestimmt?* |
| 2.2 | Bieten die gesetzlichen Vorgaben / Regelungen einen genügend flexiblen rechtlichen Rahmen, um auf Entwicklungen bei den Kontextfaktoren (z.B. fachliche Entwicklungen, Veränderungen in der Versorgungslandschaft /des Versorgungsbedarfs, siehe Abschnitt 3.5) angemessen reagieren zu können (Angemessenheit der Regulierungstiefe)? |
| **B** | **Beurteilung des Vollzugs** |
| **3** | **Wie gut funktioniert der Gesetzesvollzug in den verschiedenen Bereichen des MedBG?**<br>– Akkreditierung der Aus- und Weiterbildungsgänge<br>– eidgenössische Prüfungen<br>– Anerkennung / Registrierung ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel<br>– Bewilligung und Aufsicht<br>– Medizinalberuferegister |
| 3.1 | Wie beurteilen die Akteure die Vollzugsorganisation (Rollenklarheit, Aufgabenteilung) und deren Zweckmässigkeit? |
| 3.2 | Wie beurteilen die Akteure die Vollzugsprozesse (Abläufe / Verfahren, Instrumente), deren Zweckmässigkeit und Effizienz? |
| 3.V1 | *Inwiefern kann ein wirkungsvoller Informationsaustausch zu den Disziplinar- und Administrativmassnahmen zwischen den Kantonen und Bundesstellen umgesetzt werden?* |
| 3.V2 | *Wie handhaben die Kantone die Abgrenzung zwischen der Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und der Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht?* |
| 3.3 | Inwiefern sind Vollzugsprozesse angemessen digitalisiert? Wo sehen die beteiligten Akteure weiteren Bedarf bzw. weitere Möglichkeiten für die Digitalisierung im Vollzug? |
| 3.4 | Entspricht die vorgefundene Vollzugspraxis den gesetzlichen Bestimmungen? Falls nein, aus welchen Gründen nicht (z.B. Bestimmungen überholt, nicht praxistauglich etc.)? |
| 3.5 | Ist der Vollzug des MedBG kohärent mit dem Vollzug anderer Berufsgesetzgebungen im Gesundheitswesen (GesBG, PsyG)? Sind allfällige Unterschiede sachlich gerechtfertigt? |

| | |
|---|---|
| *3.V3* | *Inwiefern bestehen im Vollzug und in der Praxis Unterschiede bei den Kriterien für den Nachweis der Sprachkompetenz zur Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung (BAB) gemäss Art. 36 Abs. 1 Bst. c MedBG und für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP (Art. 36 ff. KVG)?* |
| **C** | **Wirkungen und Zielerreichung** |
| **4** | **Treten die durch das Medizinalberufegesetz erwarteten Wirkungen (Outcome) ein?** |
| 4.1 | Werden mit den Regelungen und dem Vollzug des MedBG die Outcome-Ziele in den Bereichen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung sowie Berufsausübung (gemäss Wirkungsmodell) erreicht? |
| 4.V1 | *Inwiefern bietet das MedBG genügend Schutz und einen ausreichenden Rahmen, um die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu gewährleisten?* |
| 4.2 | Erfüllt das Medizinalberuferegister seine gesetzlich vorgesehenen Zwecke (Patientensicherheit, Qualitätssicherung, Statistik, medizinische Demografie, Information ausländischer Behörden, Vereinfachung der Abläufe für die Erteilung der kantonalen Berufsausübungsbewilligung und Vollzug des KVG)? Ist das Register vollständig und dessen Betrieb praktikabel? |
| 4.V2 | *Lassen sich auch unerwünschte Wirkungen des MedBG oder ungünstige Wechselwirkungen mit Kontextfaktoren ersehen (z.B. Auswirkungen auf die Ausbildungskapazitäten, die Attraktivität inländischer Aus- und Weiterbildungsgänge, die Balance zwischen in- und ausländischen Fachkräften bzw. die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften zur Sicherstellung der Versorgung)?* |
| **5** | **Werden die mit dem Medizinalberufegesetz verbundenen Ziele erreicht?** |
| 5.1 | Inwiefern hat das MedBG dazu beigetragen,<br>– schweizweit einheitliche Qualitätsstandards in der Aus- und Weiterbildung der Medizinalberufe zu etablieren?<br>– die Medizinalpersonen zu befähigen, sich den zahlreichen Herausforderungen im Gesundheitsbereich und den sich verändernden Versorgungsansprüchen (u.a. demografischer Wandel, Zunahme chronischer Krankheiten) zu stellen?<br>– den Schutz der öffentlichen Gesundheit und die Versorgungsqualität sicherzustellen?<br>– die Freizügigkeit / Mobilität der Medizinalpersonen zu gewährleisten? |
| 5.V | *Inwiefern sind die Aus- und Weiterbildung nach den Versorgungsbedürfnissen ausgerichtet? Inwiefern wären Steuerungsmassnahmen für die Aus- und Weiterbildung aus Versorgungssicht sinnvoll? Welche wären das? Was wäre der tatsächliche Nutzen und welche Risiken und Nachteile bergen sie?* |
| 5.2 | Welches sind die relevanten Faktoren, welche die Zielerreichung des MedBG begünstigen oder behindern (Ebene Kontext, Konzept, Vollzug)? |
| **D** | **Optimierungspotenzial** |
| **6** | **Inwiefern gibt es Optimierungspotenzial?** |
| 6.V | Wie gut hat sich das MedBG insgesamt bewährt? Wo besteht Verbesserungs- und Klärungsbedarf:<br>– auf der Ebene der gesetzlichen Regelungen?<br>– auf Ebene des Vollzugs - *aus Sicht der Kantone und der Bundesstellen*?<br>– *im Versorgungskontext?* |
| 6.2 | Welche Empfehlungen lassen sich aus den Evaluationsergebnissen ableiten für eine allfällige Revision des MedBG? |

Tabelle 7: Evaluationsfragestellungen.

## A-3 Evaluationsdesign

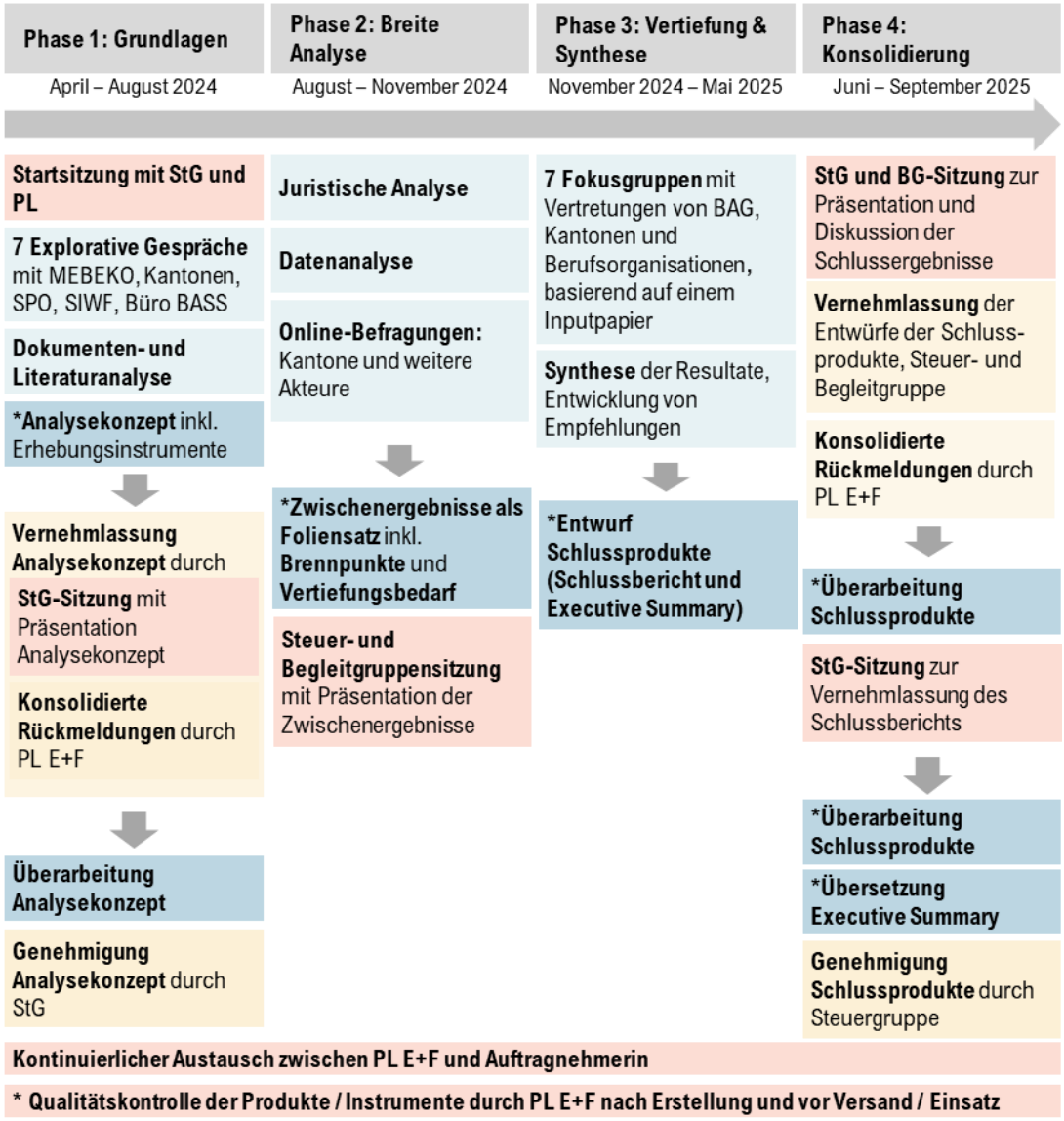



Abbildung 22: Evaluationsdesign im Überblick.

## A-4 Explorative Gespräche

| Organisation | Name | Funktion |
|---|---|---|
| MEBEKO Ressorts | – Thomas Lutz *<br>– Tiziano Cassina * | – Designierter Präsident, Ressort Ausbildung<br>– Vizepräsident, Ressort Weiterbildung |
| MEBEKO Sekretariat | – Gian-Luca Marsella *<br>– Remigius Berger * | Geschäftsstelle MEBEKO |
| Kanton Aargau | Christian Prochaska * | Leiter Gesundheitsberufe, Sektion Bewilligung und Aufsicht |
| Kanton Genf | Ana Gurau * | Service du médecin cantonal, cheffe de projet |
| Schweizerische Stiftung SPO Patientenorganisation | Samuel Kromer | Leiter Beratung und stv. Geschäftsführer |
| Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF | – Valentine Jaccard *<br>– Barbara Linder | – Juristin Bereich Recht und Internationales SIWF<br>– Senior Legal Expert SIWF |
| Büro BASS | – Kilian Künzi<br>– Jolanda Jäggi | Autor und Autorin der Konzept- und Machbarkeitsstudie zur Evaluation MedBG |

Tabelle 8: Interviewpartnerinnen und Interviewpartner explorative Gespräche. Mit * gekennzeichnete Personen sind Mitglieder der Steuer- und Begleitgruppe der Evaluation.

## A-5 Dokumenten- und Literaturanalyse

| Titel | Autorenschaft | Jahr |
|---|---|---|
| Harmonisierung der Gesundheitsberuferegister. | BAG – Bundesamt für Gesundheit | - |
| Konzept- und Machbarkeitsstudie für die Evaluation des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) – *Interne Version.* | Büro BASS (Künzi, K. & Jäggi, J.) | - |
| Konzept- und Machbarkeitsstudie für die Evaluation des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG). | Büro BASS (Künzi, K. & Jäggi, J.) | 2023 |
| Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Mitgliederbefragung 2023. | VSAO – Verband Schweizerischer Oberärztinnen und Ärzte | 2023 |
| Umfrage 2023 «Weiterbildung – Beurteilung durch die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung». | ETH Zürich und SIWF – Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung | 2023 |
| Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzten in der Schweiz. Teil 2: Total der Fachgebiete, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ophthalmologie sowie Kardiologie. | Obsan | 2023 |
| Beschlussprotokoll der zweiten ordentlichen Ärztekammer 2023. | Schweizerische Ärztezeitung (Meister, K.) | 2023 |
| Stellungnahme des BAG zur Standortbestimmung der eidgenössischen Prüfungen der fünf Berufe gemäss Medizinalberufegesetz MedBG –Schwerpunkte Human- und Zahnmedizin. | BAG – Bundesamt für Gesundheit | 2022 |
| Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 1: Total der Fachgebiete, Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie. | Obsan | 2022 |
| Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schlussbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und von BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). | Obsan und BSS Volkswirtschaftliche Beratung (Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. & Widmer, M.) | 2022 |
| Standortbestimmung der eidgenössischen Prüfungen der fünf Berufe gemäss Medizinalberufegesetz MedBG. | Interface | 2021 |
| Kantonale Aufsicht über die Berufsausübung gemäss MedBG, GesBG und PsyG [Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG]. | Büro Vatter (Gerber, M., & Bolliger, C) | 2021 |
| Ärztliche Fortbildung in der Schweiz – Standortbestimmungen und Perspektiven. Bericht zuhanden der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung». | SIWF – Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung | 2020 |
| Synthesebericht Akkreditierung 2018 – Medizin Weiterbildung nach MedBG. | AAQ – Schweizerische Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung | 2019 |
| Machbarkeitsstudie für eine Standortbestimmung der eidgenössischen Prüfungen der fünf Berufe gemäss Medizinalberufegesetz MedBG. Schlussbericht [Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG]. | BSS: Volkswirtschaftliche Beratung (Frey, M. & Oswald, A.) | 2018 |

Tabelle 9: Liste der untersuchten Dokumente und Studien.

## A-6 Juristische Analyse: Fragestellungen

| Bereiche / Detail-Fragen | Bezug zu Evaluationsfragestellung | | | |
|---|---|---|---|---|
| | A1 | A2 | B3 | D6 |
| – Inwiefern sind die Berufspflichten genügend klar umschrieben und entsprechen sie noch den technischen und medizinischen Entwicklungen? | ■ | | | |
| – Inwiefern ist die Regulierung im MedBG geeignet und angemessen, um effektive und flexible Anpassungen an zukünftige technische und medizinische Entwicklungen zu ermöglichen? (Stichworte: Artificial Intelligence, Telemedizin, E-Health, Pharmakogenetik, Spezialisierungen contra Grundversorgung und Netzwerkbildung) | ■ | ■ | | |
| – Inwiefern bildet das MedBG einen adäquaten Rahmen, um moderne, interprofessionelle Zusammenarbeitsformen innerhalb der Berufsgruppen und unter den Berufsgruppen zu ermöglichen? | ■ | ■ | ■ | ■ |
| – Inwiefern ist der verwendete Gesundheitsbegriff richtig gewählt bzw. wie können gesundheitsrelevante Themen ausserhalb des MedBG (Prävention, Ernährung, Einfluss Social Media) besser berücksichtigt werden? | ■ | | | ■ |
| – Abgrenzungsfragen zwischen dem MedBG und dem KVG, HMG, PsyG und GesBG bezüglich der Berufsfelder bzw. der Berechtigung zur Berufsausübung / Erbringung von Dienstleistungen: Innerhalb des MedBG sind die Abgrenzungen nicht restlos klar, z.B. bezüglich Arzneimittelabgabe und ärztlicher Tätigkeit – was dürfen ärztliche Berufe und was dürfen die pharmazeutischen Berufe? Das MedBG regelt auch nicht, was Inhalt der bewilligten Tätigkeit ist. Dies führt zu Ungleichheiten unter den Kantonen und erschwert die Mobilität. Das HMG regelt dann die Sorgfaltspflichten der Medizinalpersonen bei der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist in der Praxis wichtig, aber in keiner der Regelungen geregelt. | ■ | ■ | | ■ |
| – Inwiefern unterstützt das MedBG die kantonale Gesundheitsplanung in Bezug auf den Bestand an Personen in medizinischen Berufen? | | ■ | | |
| – Inwiefern sind die Kriterien für den Nachweis der Sprachkompetenz zur Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung gemäss MedBG und für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP gemäss KVG aufeinander abgestimmt. | | ■ | | |
| – Inwiefern werden die Anforderungen an die Berufsausübung durch das KVG erhöht (Stichworte: Schwerpunkttitel oder 3-jährige Praxiserfahrung an einer Schweizer Weiterbildungsstätte)? Führt die KVG-Regelung zu einer Überregulierung, da sie nebst den MedBG-Anforderungen eine weitere Anforderung an die Berufsausübung setzt? Wie weit ist die 3-jährige Praxiserfahrung für die Ziele des MedBG notwendig oder läuft sie diesen zuwider? | | ■ | ■ | ■ |
| – Analyse der MedBG-Regelungen bezüglich des Vollzugs, unter Einbezug von Verordnungen zum MedBG als Grundlage für Abklärungen von Vollzugsdefiziten und -disharmonien. Dies umfasst die in der Fragestellung aufgeführten Bereiche. | | | ■ | |
| – Inwiefern ist die Bewilligungsordnung des MedBG klar und bietet sie Rechtssicherheit? | | | ■ | ■ |
| – Inwiefern erfüllt das Medizinalberuferegister die geforderte Funktionalität betreffend Vollzug und Patient:innenschutz? | | | ■ | |
| – Wo bestehen mögliche Vollzugsdefizite und -disharmonien? | | | ■ | |
| – Inwiefern ist die Disziplinarordnung effizient? | | | ■ | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| – Inwiefern gibt es beim Vollzug der disziplinarischen Aufsicht gewichtige Unterschiede unter den Kantonen?[20] | | | | |
| – Hemmt das KVG-Territorialitätsprinzip die Zusammenarbeit mit ausländischen Medizinalpersonen und hemmt es insofern den Erfahrungsaustausch? | | | | |

Tabelle 10: Bereiche und Detail-Fragen, die im Zuge der juristischen Analyse abgeklärt werden.

[20] Bei dieser Frage handelt es sich nicht um eine rein juristische Frage. Zur Beantwortung werden insbesondere auch die Ergebnisse der Online-Befragung der Kantone analysiert.

## A-7 Juristische Analyse

Verfasst durch Prof. Dr. iur. Tomas Poledna

### Ausgangslage und Fragestellung

1 Im Rahmen des Analysekonzepts vom 9. September 2024 zur «Evaluation des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG)» übernimmt Poledna RC AG die Abklärung rechtlicher Aspekte.

2 Die detaillierten Bereiche und Fragestellungen, die auf Grundlage dieser Elemente näher abgeklärt werden, werden in Anhang A-6 des Evaluationsberichts dargelegt.

### Grundlegende Feststellungen

*Verhältnis MedBG zur kantonalen Gesetzgebung*

3 Das Kriterium der selbständigen Berufsausübung nach der originalen Fassung des MedBG unterstellte die wirtschaftlich Selbständigen dem MedBG und wies die wirtschaftlich Unselbständigen der kantonalen Regelung zu. Dieses Kriterium überzeugte nicht und wurde mit dem Begriff der Ausübung der universitären Medizinalberufe als *privatwirtschaftliche* Tätigkeit *in eigener beruflicher Verantwortung* (Ziff. I des Bundesgesetzes vom 20. März 2015, in Kraft seit dem 1. Januar 2018, AS 2015 5081, 2017 2703) und seit dem 1. Februar 2020 durch das Kriterium der Ausübung der universitären Medizinalberufe in *eigener beruflicher Verantwortung* ersetzt (Anhang Ziff. 4 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe, AS 2020 57; BBl 2015 7925). Somit erfasst der kantonale Kompetenzbereich allein die medizinalberuflichen Tätigkeiten, die unter fachlicher Aufsicht durchgeführt werden.

4 Dies gilt unabhängig von der fachlichen Befähigung. Somit erfassen die Kantone nicht nur Tätigkeiten von fachlich beaufsichtigten Personen in Weiterbildung, sondern auch solche mit einem zur fachlich eigenständigen Tätigkeit berechtigenden Ausweis, die aber nicht in eigener beruflicher Verantwortung tätig sind. Hier ist in den kantonalen Erlassen zuweilen erwähnt, dass die Berufspflichten nach Art. 40 MedBG auch für das fachlich unselbständig tätige Personal anwendbar sind, samt der daran anschliessenden Disziplinarordnung. Dann ist das Verhalten der betroffenen Medizinalperson anhand des Inhalts dieser Bundesnorm zu beurteilen, doch hat die Tatsache, dass diese nicht direkt anwendbar ist, die verfahrensrechtliche Konsequenz, dass ihre Verletzung als ergänzendes kantonales Recht vom Bundesgericht nur unter dem Gesichtspunkt der Willkür geprüft wird (BGE 134 II 235 E. 4.3.1; Urteil 6B_622/2018 vom 14. August 2018 E. 1), ebenso wie diejenige des ordentlichen kantonalen Rechts. Dies führt zwar zu Unterschieden im Rechtsschutz, doch ist dies eine direkte Konsequenz des Verfahrensrechts und nicht unmittelbar der Abgrenzung der Zuständigkeiten von Bund und Kantonen.

5 Weiter gelten die allgemeinen Regeln über den MedBG-Vollzug durch die Kantone (insbesondere im Bereich der Bewilligungen und der beruflichen Aufsicht), wie sie im MedBG den Kantonen auferlegt werden.

6 Eine weitere – implizite – Abgrenzung ergibt sich aus dem sachlichen Regelungsbereich des MedBG. Dieser erfasst allein die (bewilligten) Tätigkeiten der einzeln genannten Medizinalpersonen. Für alle anderen Tätigkeiten gelten dann entweder weitere bundesgesetzliche Regelungen – wie das PsyG oder GesBG sowie die berufsrechtlichen

Regelungen[21] – sowie die kantonalen gesundheitsrechtlichen Erlasse. Dabei ist die Abgrenzung der vom MedBG erfassten *Tätigkeits*felder von den übrigen gesundheitsbezogenen Tätigkeiten von Bedeutung. Sie stellt sich bei der Abgrenzung der akademischen Gesundheitsberufe zu den Tätigkeiten, die nicht primär der Akademie zugerechnet werden, mithin bei der «Naturmedizin» oder der Komplementärmedizin.

*Sachlicher Anwendungsbereich des MedBG*

7 Die vorstehenden Ausführungen zum sachlichen Anwendungsbereich haben weitere Aspekte. So ist die Abgrenzung innerhalb des MedBG nicht immer klar. Die Abgrenzungen der bewilligten Tätigkeiten unter den MedBG-Berufsgattungen selbst zum einen und die Abgrenzung zu den nach MedBG nicht bewilligungspflichtigen Tätigkeiten zum anderen sollte gestützt auf Art. 164 Abs. 1 lit. b und c Bundesverfassung[22] durch das MedBG selbst getroffen werden.

8 Die entsprechenden Abgrenzungen sind nicht immer klar geregelt: So ergibt sich etwa nicht eo ipso aus der Umschreibung der Ausbildung der Pharmazie hinreichend klar, inwiefern deren Diagnostik (s. Art. 9 lit. j MedBG) in die ärztliche Diagnostik übergreift.

9 Sodann kann das dem sachlichen Anwendungsbereich zugrunde liegende Berufsbild Probleme bereiten. So stellt sich diese Frage aktuell im Zusammenhang mit der sogenannten «Suizid-Kapsel», bei der diskutiert wird, ob hier die ärztliche Begleitung überhaupt eine ärztliche Aufgabe umfasst. Das Bundesgericht hat die ärztliche Suizidbegleitung bei der Rezeptur von Natrium-Pentobarbital als «freiwillige ärztliche Aufgabe» bezeichnet (Urteil 2A.48/2006 / 2A.66/2006 vom 3. November 2006, E. 6.3.4). Dessen Feststellung beruht jedoch auf keiner MedBG-Definition; eine Definition, was eine ärztliche Aufgabe ist, fehlt im MedBG. Wenig thematisiert, aber in der kantonalen Aufsichtspraxis vom Verfasser auch schon erlebt, ist die Frage, ob nicht medizinisch notwendige ästhetische Operationen überhaupt dem ärztlichen Berufsbild entsprechen und diese nicht hiervon ausgeschlossen werden sollten. Dass dies nicht eingehender diskutiert wird, hängt u.a. mit der Gewichtigkeit der Eingriffe zusammen, welche einen anderen Ansatzpunkt für das ärztliche Behandlungsmonopol bilden: Die Eingriffe in die körperliche Integrität sind derart schwerwiegend, dass eine fachliche Qualifikation qua MedBG-Bewilligung unumgänglich ist.

## Gerichtspraxis: Auswertung bezüglich MedBG / HMG / PsyG / GesBG

10 Die Gerichtspraxis des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts wurde bezüglich MedBG / HMG / PsyG / GesBG ausgewertet. Die Bundesgerichtspraxis mit Schwerpunkt auf die amtlich veröffentlichten Urteile. Die Praxis des Bundesverwaltungsgerichts wurde breiter anhand der amtlichen und der nicht amtlich veröffentlichten Urteile erfasst, da amtliche Veröffentlichungen des Bundesverwaltungsgerichts in diesem Bereich seltener sind.

11 Die allgemeinen Befunde sind:

- Bundesgericht: Das MedBG bietet wenig Anlass für rechtliche Auseinandersetzungen. Grundlegende Weichenstellungen sind selten; die unter Rz. 3 erwähnte Revision des MedBG ist ein solcher Fall, der infolge der Revision jedoch an Aktualität verloren hat. Auch die die berufliche Tätigkeit erfassenden Regeln des HMG

[21] Etwa Verordnung des SBFI über die berufliche Grundbildung Podologin/Podologe mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) vom 29. September 2020 (SR 412.101.220.15).

[22] Alle wichtigen rechtsetzenden Bestimmungen sind in der Form des Bundesgesetzes zu erlassen. Dazu gehören insbesondere die grundlegenden Bestimmungen über:
(…)
b. die Einschränkungen verfassungsmässiger Rechte;
c. die Rechte und Pflichten von Personen;

gaben selten Anlass für höchstrichterliche Rechtsprechung. Zum PsyG und zum GesBG sind keine Entscheide mit nennenswertem materiellem Gehalt zu finden. Die wenigen Leitsätze, die sich den Bundesgerichtsurteilen entnehmen lassen, werden nachfolgend aufgelistet.

- Bundesverwaltungsgericht: Das Bundesverwaltungsgericht befasst sich mit Aspekten des MedBG. Diese betreffen allesamt individuell-konkrete Aspekte der Anerkennung von Weiterbildungsausweisen oder -curricula und zum Ergebnis von Fachprüfungen. Auf eine Ausnahme mit genereller Tragweite wird nachfolgend eingegangen. Aus den übrigen Entscheiden lässt sich nichts für die vorliegende Evaluation ableiten. Sodann finden sich keine einschlägigen Entscheide zum HMG, PsyG und GesBG mit nennenswertem materiellem Gehalt.

12 Aus der einschlägigen Gerichtspraxis des **Bundesgerichts** ist aufzuführen:

- BGE 148 I 1 S. 7: Zur Ergänzung und Auslegung einer (allgemein gefassten) Rechtsnorm in bestimmten Bereichen verwendet das Bundesgericht auch Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und die Standesordnung der FMH. Bei Widersprüchen zur Rechtsordnung geht die Rechtsordnung vor.
- BGE 148 I 1 S. 9: Aus disziplinarischer Sicht kann ein Arzt, der gegen seine Berufspflichten verstösst, für eine Verletzung der Patientenrechte verantwortlich gemacht werden, unabhängig davon, ob diese durch das Privatrecht oder das öffentliche Recht garantiert sind.
- BGE 148 I 1 S. 17: Die zuständigen Behörden verfügen bei der Festsetzung einer Disziplinarstrafe über einen weiten Ermessensspielraum. Der Entscheid der Behörde muss jedoch stets die Grundsätze der Gleichbehandlung, der Verhältnismässigkeit und des Willkürverbots beachten. Im Übrigen setzt die Geltendmachung der disziplinarischen Verantwortlichkeit im Unterschied zur zivilrechtlichen Haftung nicht voraus, dass ein konkretes Ergebnis bzw. ein Schaden eingetreten ist, um Wirkung zu entfalten. Es genügt die blosse Gefährdung eines Rechtsguts. Das Disziplinarrecht zielt somit auch darauf ab, die künftige Durchführung solcher Handlungen mit den damit verbundenen möglichen Folgen zu verhindern.
- BGE 143 I 352 S. 354 f.: Der Kanton Wallis wollte eine disziplinarische Massnahme gegenüber einem Arzt im kantonalen Amtsblatt veröffentlichen. Das Bundesgericht erachtete dies als unzulässig: Gemäss Art. 49 Abs. 1 BV geht das Bundesrecht dem ihm widersprechenden kantonalen Recht vor. Dieser Grundsatz des Vorrangs des Bundesrechts steht dem Erlass oder der Anwendung kantonaler Vorschriften entgegen, die bundesrechtliche Vorschriften umgehen oder deren Sinn oder Geist widersprechen, insbesondere durch ihren Zweck oder die Mittel, die sie anwenden, oder die in Angelegenheiten eingreifen, die der Bundesgesetzgeber abschliessend geregelt hat. Doch selbst wenn die Bundesgesetzgebung in einem bestimmten Bereich als erschöpfend gilt, kann ein kantonales Gesetz in demselben Bereich bestehen bleiben, insbesondere wenn es einen anderen Zweck verfolgt als das Bundesrecht. Auch wenn der Kanton aufgrund des erschöpfenden Charakters der Bundesgesetzgebung in einem Bereich nicht mehr gesetzgeberisch tätig werden kann, ist er nicht immer aller Handlungsmöglichkeiten beraubt. Nur wenn die Bundesgesetzgebung eine Regelung in einem bestimmten Bereich ausschliesst, verliert der Kanton die Kompetenz, ergänzende Bestimmungen zu erlassen, auch wenn diese dem Bundesrecht nicht widersprechen oder sogar mit ihm übereinstimmen.
- BGE 143 I 352 S. 355 f.: Die Kantone sind für die Erteilung der Bewilligung zur Berufsausübung auf ihrem Gebiet zuständig (Art. 34 MedBG). Die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung sind jedoch in Art. 36 MedBG abschliessend geregelt und die Kantone sind nicht befugt, weitere Voraussetzungen hinzuzufügen. Die Kantone können die persönliche Voraussetzung von Art. 36 Abs. 1 Bst. b MedBG präzisieren, die verlangt, dass die gesuchstellende Person vertrauenswürdig ist und sowohl physisch als auch psychisch die notwendigen Garantien für eine einwandfreie Berufsausübung

bietet. Angesichts des Willens des Gesetzgebers, die Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung in der ganzen Schweiz zu vereinheitlichen, und der Tatsache, dass Art. 36 Abs. 1 Bst. b MedBG die persönlichen Voraussetzungen für die Erteilung einer Bewilligung abschliessend umschreibt, ist diese Bestimmung restriktiv auszulegen und bezieht sich eher auf die Beweismittel, auf die zurückgegriffen werden kann (Leumundszeugnis, Arztzeugnis etc.). Kantonale Bestimmungen können im Rahmen von Art. 37 MedBG, d.h. Einschränkungen und Auflagen für die Berufsausübungsbewilligung, erlassen werden. Wenn eine der Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung nicht mehr erfüllt ist, wird die Berufsausübungsbewilligung entzogen. Es handelt sich hierbei um eine administrative Massnahme. Sie ist von der Disziplinarmassnahme zu unterscheiden.

- BGE 143 I 352 S. 356: Disziplinarmassnahmen, die gegen Angehörige eines staatlich beaufsichtigten freien Berufs verhängt werden, dienen in erster Linie dazu, die Ordnung im Beruf aufrechtzuerhalten, seine korrekte Ausübung zu gewährleisten, den guten Ruf und das Vertrauen der Bürger in den Beruf zu schützen und die Öffentlichkeit vor Vertretern zu bewahren, denen es an den erforderlichen Eigenschaften fehlen könnte. Disziplinarmassnahmen zielen nicht in erster Linie darauf ab, den Adressaten zu bestrafen, sondern ihn dazu zu bringen, sich künftig den Anforderungen des Berufs entsprechend zu verhalten und das korrekte Funktionieren des Berufs wiederherzustellen. Das MedBG bezweckt die Vereinheitlichung des Disziplinarrechts insbesondere hinsichtlich der Massnahmen, die bei Verletzung der Berufspflichten vorgesehen sind. So wie die Berufspflichten der selbständig tätigen universitären Medizinalpersonen in Art. 40 MedBG abschliessend aufgezählt werden, enthält Art. 43 MedBG eine abschliessende Aufzählung der Disziplinarmassnahmen, die verhängt werden können.
- BGE 143 I 352 S. 358: Das Waadtländer Recht kann eine Norm über Disziplinarmassnahmen enthalten, die nicht mit derjenigen des Bundesrechts übereinstimmt, sofern der materielle Anwendungsbereich der beiden Gesetze nicht derselbe ist (vgl. oben). Im vorliegenden Fall kann der Beschwerdeführer, der den Beruf des Psychiaters selbständig ausübte, im Hinblick auf den Vorrang des Bundesrechts jedoch nur den Disziplinarmassnahmen nach Art. 43 MedBG und nicht denjenigen nach kantonalem Recht unterstellt werden.
- BGE 149 II 109 S. 116: Disziplinarmassnahmen, die gegen Angehörige eines staatlich beaufsichtigten freien Berufs verhängt werden, dienen in erster Linie dazu, die Ordnung im Beruf aufrechtzuerhalten, seine korrekte Ausübung zu gewährleisten, den guten Ruf und das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in den Beruf zu schützen und die Öffentlichkeit vor Vertretern zu bewahren, denen es an den erforderlichen Eigenschaften fehlen könnte. Disziplinarmassnahmen zielen nicht in erster Linie darauf ab, den Adressaten zu bestrafen, sondern ihn dazu zu bringen, sich künftig den Anforderungen des Berufs entsprechend zu verhalten und das korrekte Funktionieren des Berufs wiederherzustellen. Die Verhängung einer Disziplinarstrafe dient einzig und allein der Wahrung des öffentlichen Interesses.
- BGE 149 II 109 S. 125: Art. 52 Abs. 1 GesG/GE (Genf) sieht vor, dass jede Gesundheitsfachperson, die in abhängiger oder selbständiger Stellung praktiziert, für jeden Patienten ein Dossier führen muss. Das Dossier enthält alle den Patienten betreffenden Unterlagen, insbesondere die Anamnese, das Ergebnis der klinischen Untersuchung und der durchgeführten Analysen, die Beurteilung der Situation des Patienten, die vorgeschlagene und die tatsächlich geleistete Pflege, mit Angabe des Urhebers und des Datums jeder Eintragung (Art. 53 GesG/GE). Somit präzisiert Art. 52 Abs. 1 GesG/GE die Berufspflichten von Art. 40 Bst. c MedBG, indem er wie in anderen Kantonen aufzählt, was eine Krankengeschichte enthalten muss, so, dass sie mit dem Grundsatz des Vorrangs des Bundesrechts, zu dessen Auslegung sie hier herangezogen wird, vereinbar ist. Im Übrigen ist die Pflicht zur Aktenführung in Art. 12 Abs. 1 der Standesordnung enthalten.
- BGE 140 II 52: Dieses Urteil befasst sich allgemein mit den geldwerten Vorteilen, welche die rezeptierenden Ärzte beim Versandhandel mit Medikamenten

erhielten. Das Vorteilsannahmeverbot nach Art. 40 MedBG wurde im Urteil nicht angesprochen.

- BGE 142 II 80 S. 95: Eine Verschreibung darf der Arzt nur ausstellen, wenn er den Gesundheitszustand des Kunden kennt (Art. 26 Abs. 2 HMG; vgl. Urteile 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1; 2C_901/2012 vom 30. Januar 2013 E. 3.3).
- BGE 142 II 80 S. 94 ff.: Versandhandel von Arzneimitteln und ärztliches Rezept. Das Gesetz stellt als Anforderung an den Versandhandel nicht nur ein vorgängiges Ausstellen des Rezepts, sondern verlangt auch, dass dem verschreibenden Arzt der Gesundheitszustand des Patienten als Grundlage zur Ausstellung des Rezepts bekannt und das Heilmittel medizinisch indiziert ist. Der Arzt muss sich sorgfältig und in der hierfür erforderlichen Zeit ein Bild machen, was dem Patienten fehlt, und welche Therapieformen geeignet sind. Im Urteil 2C_901/2012 hat es das Bundesgericht bereits als "sehr fraglich" bezeichnet, ob sich alleine durch das Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens ("d.h. namentlich ohne vorbestehende Kontakte oder weitere Kommunikationskanäle") überhaupt je hinreichende Informationen über die gesundheitliche Situation eines Betroffenen bzw. über die Indikation eines spezifischen Medikaments vermitteln liessen (Urteil 2C_901/2012 vom 30. Januar 2013 E. 4.3.2). Es führte aus, mangels Interaktion zwischen dem Patienten und dem Arzt habe Letzterer – anders als etwa bei einem Gespräch (genannt wird beispielhaft auch ein Telefongespräch) – keine Möglichkeit, die Angaben des Patienten kritisch zu hinterfragen bzw. allfällige Ergänzungsfragen zu stellen, und auch der Patient habe keine Mittel, allenfalls bestehende Unsicherheiten oder Unklarheiten bei der Fragestellung zu besprechen. Eine ausschliesslich auf einem Fragebogen basierende Verschreibung habe mithin zur Folge, dass der Arzt vollumfänglich auf die Richtigkeit der Angaben des Patienten vertrauen müsse (beginnend schon bei dessen Identität), was die Diagnosestellung erschwere.
- BGE 142 II 80 S. 98 f.: Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Geschäftsbeziehung ist zunächst festzuhalten, dass der hier strittige Versandhandel in einem Spannungsverhältnis zu den Berufspflichten der Ärzte und Apotheker steht, die im MedBG verankert sind. Dazu gehört, die Rechte der Patientinnen und Patienten zu wahren (Art. 2 Abs. 1 lit. a, d und Art. 40 lit. c MedBG) und unabhängig von finanziellen Vorteilen zu handeln (Art. 40 lit. e MedBG). Eine systematische Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten, bei der anstelle der Patienten die Apotheke sich an den Arzt wendet, um ein Rezept zu erhalten, steht zu diesen Bestimmungen im Widerspruch. Hinsichtlich der im Streit stehenden Frage zu den Pflichten der Beschwerdegegnerin wird übersehen, dass das Heilmittelgesetz die Fachberatung als Voraussetzung für die Bewilligung des Versandhandels statuiert.
- BGE 148 IV 39 S. 46 f.: Gemäss Art. 26 Abs. 2 HMG darf ein Arzneimittel nur verschrieben werden, wenn die Vitaldaten des Patienten, sein Gesundheitszustand, Allergien, Arzneimittelunverträglichkeiten und das Interaktionspotential mit anderen Wirkstoffen bzw. Arznei- sowie Nahrungsmitteln bekannt sind. Der Arzt muss sich sorgfältig ein Bild machen, was dem Patienten fehlt, und welche Therapieformen geeignet sind. Üblicherweise verlangt die ärztliche Sorgfalt die Durchführung einer Anamnese. Über die Art der im Einzelfall erforderlichen Anamnese lassen sich keine allgemeingültigen Angaben machen. Zur Durchführung der Heilbehandlung ist in der Regel die Mitwirkung des Patienten erforderlich. Bei dieser Mitwirkung handelt es sich um blosse Obliegenheiten. Wirkt der Patient bei der Behandlung nicht mit, braucht der Arzt jedoch nicht tätig zu werden.
- Bundesgericht, 2C_119/2021, Urteil vom 1. Juni 2021: Hier ging es um die Frage, ob eine (einen altrechtlichen Ausweis tragende) Apothekerassistentin, die unter fremder fachlicher Verantwortung arbeitet, einen universitären Medizinalberuf ausübt, sodass sie Anspruch auf Eintragung ins Medizinalberuferegister habe. Das Bundesgericht hat dies eher formalistisch beurteilt. Die Apothekerassistentin verfüge weder über ein eidgenössisches Apothekerdiplom (Art. 5 Abs. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 MedBG) noch über ein ausländisches Diplom, welches von der

Medizinalberufekommission gestützt auf Art. 15 Abs. 1 MedBG anerkannt werden könnte. Apothekerassistenten würden im Übrigen auch nicht durch den Bundesrat als weiterer universitärer Medizinalberuf dem Anwendungsbereich des Gesetzes unterstellt (Art. 2 Abs. 2 MedBG). Folglich sei sie keine universitäre Medizinalperson im Sinne des MedBG.

- Bundesgericht, 2C_39/2018, Urteil vom 18. Juni 2019: Hier ging es um die Frage, ob bezüglich des Rechtsschutzes betreffend einen Schwerpunkttitel der Zugang ans Bundesverwaltungsgericht offen stehe. Dies wurde vom Bundesgericht verneint, mit Hinweis auf die privatrechtliche Natur des Schwerpunkttitels. Das Bundesverwaltungsgericht führte demgegenüber an, zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Weiterbildung im Interesse des Gesundheits- und Patientenschutzes erscheine es sinnvoll, den Schwerpunkttitel "Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie" im Speziellen wie auch Schwerpunkttitel im Allgemeinen als Weiterbildungstitel i.S.v. Art. 55 Abs. 1 lit. d MedBG zu qualifizieren und deren Erteilung als öffentlich-rechtliche Aufgabe zu betrachten; für die privatwirtschaftliche Anwendung von Fortpflanzungsverfahren in eigener fachlicher Verantwortung sei eine kantonale Bewilligung nötig, welche die Erteilung des strittigen Schwerpunkttitels voraussetze; der strittige Schwerpunkttitel stelle zudem einen wesentlichen Anknüpfungspunkt für die Abrechnung zulasten der Krankenversicherung dar; schliesslich müsse gestützt auf die Rechtsweggarantie (Art. 29a BV) ein effektiver Rechtsschutz gewährleistet sein. Das Bundesgericht verwarf diese Argumentation aus unterschiedlichen Gründen. Von Interesse sind die Ausführungen zum MedBG: «Nach dem Gesagten regelt das MedBG nur Weiterbildungen, die zu einem eidgenössischen Weiterbildungstitel führen. Diese werden abschliessend durch den Bundesrat festgelegt (Art. 5 Abs. 2 MedBG und Art. 2 MedBV in Verbindung mit Anhang 1 zur MedBV; vgl. auch E. 3.2 hiervor) und unterliegen einer Akkreditierungspflicht. Schwerpunkte und andere Weiterbildungen, die von der Beschwerdeführerin gestützt auf die WBO-FMH angeboten werden, werden im MedBG nicht geregelt und auch nicht akkreditiert. Mangels Akkreditierung oder einer spezifischen gesetzlichen Grundlage unterliegen sie auch nicht der Aufsicht des Bundes und können von der Beschwerdeführerin jederzeit geändert oder aufgehoben werden (vgl. auch Art. 13 Abs. 2 WBO-FMH, wonach nur die Schaffung von eidgenössischen Facharzttiteln der Genehmigung durch den Bundesrat unterliegt). Somit kann nur die Erteilung von eidgenössisch akkreditierten Weiterbildungstiteln, einschliesslich der fakultativen eidgenössischen Weiterbildungstitel (…), als eine der Beschwerdeführerin übertragene öffentlich-rechtliche Aufgabe qualifiziert werden. Folglich kann sich die Verfügungskompetenz der Beschwerdeführerin nach Art. 55 MedBG nur auf akkreditierte Weiterbildungen beziehen. Der Umstand, dass die Erteilung von Schwerpunkttiteln auch im öffentlichen Interesse des Gesundheits- und des Patientenschutzes liegen mag, kann eine fehlende gesetzliche Grundlage nicht ersetzen.»

13 Das **Bundesverwaltungsgericht** befasst sich – wie einleitend festgehalten – mit sehr spezifischen Einzelfragen, welche für grundsätzliche Fragestellungen nicht als Anschauungsmaterial dienen. Eine Ausnahme betrifft das Urteil vom 28. März 2022 (B-413/2020), das allerdings beim Bundesgericht angefochten wurde und somit noch nicht rechtskräftig ist. Strittig war, ob mit dem Anerkennungsverfahren des (deutschen) Schwerpunkttitels Geriatrie eine Akkreditierung nach dem Medizinalberufegesetz erfolge. Damit wurde das Thema des Bundesgerichtsurteils 2C_39/2018 vom 18. Juni 2019 (dazu vorstehend), nochmals aufgegriffen. Im Unterschied zu jenem Verfahren ging es jedoch nicht um ein SIWF-Schwerpunkttitelverfahren, sondern um eine MEBEKO-Anerkennung. Dazu führte das Bundesverwaltungsgericht unter E. 3.1 an: «Streitgegenstand des Verfahrens, das mit dem Urteil des Bundesgerichts 2C_39/2018 vom 18. Juni 2019 entschieden wurde, war die Frage, ob die Titelkommission des SIWF der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH bei der Erteilung des Schwerpunkttitels "Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie" eine öffentlich-rechtliche Aufgabe wahrnehme oder nicht und ob deren Entscheid daher als Verfügung zu qualifizieren sei. Diese Frage ist nicht identisch mit der vorliegend im Streit stehenden Frage,

ob die MEBEKO zuständig sei für die Anerkennung eines ausländischen Weiterbildungstitels, in Bezug auf welchen der Gesuchsteller geltend macht, das Freizügigkeitsabkommen und die Richtlinie 2005/36/EG gebe ihm Anspruch auf Anerkennung der Gleichwertigkeit seines Titels mit einem eidgenössischen Schwerpunkttitel. Anders als die Titelkommission des SIWF in Bezug auf die Erteilung des Schwerpunkttitels "Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie" verfügt die Vorinstanz über eine in einem Gesetz vorgesehene, ausdrückliche Verfügungskompetenz, um über die Anerkennung eines ausländischen Weiterbildungstitels zu entscheiden, sofern seine Gleichwertigkeit mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in einem Vertrag über die gegenseitige Anerkennung mit dem betreffenden Staat vorgesehen ist (Art. 21 Abs. 1 und 3 MedBG). Entgegen der Auffassung der Vorinstanz kann jenem bundesgerichtlichen Urteil somit nicht entnommen werden, sie sei nur zuständig für die Anerkennung von ausländischen Weiterbildungstiteln, soweit es um die Gleichwertigkeit mit eidgenössischen Weiterbildungstiteln gehe, die nach dem Medizinalberufegesetz akkreditiert worden seien.»

14 Das Bundesverwaltungsgericht führte zusammenfassend aus: «4.9 Zusammenfassend ergibt sich somit, dass der Schwerpunkt Geriatrie eine qualitative Dignität im TARMED darstellt und daher entscheidend ist dafür, ob der Beschwerdeführer als Facharzt die dieser Fachspezialisierung entsprechenden Leistungen gemäss TARMED abrechnen kann, und dass er eine Berufsqualifikation ist, welche in einer kantonalen Rechtsvorschrift für den leitenden Facharzt einer entsprechenden Leistungsgruppe vorausgesetzt wird, damit das betreffende Spital die Leistungen dieser Gruppe im Rahmen der Grundversicherung abrechnen kann. Die Tätigkeit als Facharzt ist eine reglementierte Berufstätigkeit im Sinne der Richtlinie 2005/36/EG. Der Tarifvertrag TARMED ist, wie dargelegt, als öffentlich-rechtliche Rechtsvorschrift anzusehen, ebenso die erwähnten Vorschriften des Kantons Aargau. Der Schwerpunkt Geriatrie stellt insofern eine Berufsqualifikation im Sinne von Art. 3 Abs. 1 Bst. a der Richtlinie 2005/36/EG dar, die in der Schweiz durch öffentliches Recht für die Ausübung einer reglementierten Berufstätigkeit vorausgesetzt wird. Dass der Schwerpunkt Geriatrie in der Schweiz nicht das Ergebnis eines gestützt auf das Medizinalberufegesetz akkreditierten Weiterbildungsgangs darstellt, sondern lediglich ein privatrechtlich geregelter Weiterbildungstitel ist, ist entgegen der Auffassung der Vorinstanz irrelevant, da und soweit er eine Berufsqualifikation im Sinne von Art. 3 Abs. 1 Bst. a der Richtlinie 2005/36/EG ist, die in der Schweiz durch öffentliches Recht für die Ausübung einer reglementierten Berufstätigkeit vorausgesetzt wird (vgl. auch E. 4.5 hievor). Dies ist nach dem Gesagten der Fall. Dass die von der Bayerischen Landesärztekammer ausgestellte "Anerkennung der Zusatzbezeichnung Geriatrie" ein von einer zuständigen Behörde im Sinne von Art. 3 Abs. 1 Bst. d Richtlinie 2005/36/EG ausgestellter Ausbildungsnachweis ist, ist vorliegend nicht bestritten. Die Vorinstanz ist daher nicht nur die zuständige Behörde, um über die Anerkennung der Gleichwertigkeit dieses Weiterbildungstitels mit dem schweizerischen Schwerpunkt Geriatrie im Sinne des TARMED und der erwähnten Vorschrift des Kantons Aargau zu entscheiden, sondern sie hat die entsprechende Prüfung in Anwendung der Allgemeinen Regelungen von Art. 10 ff. der Richtlinie 2005/36/EG und unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Freizügigkeitsabkommens vorzunehmen.»

### Auswertung des MedBG

15 Das MedBG vereinte auf der Bundesebene erstmalig die Aus- und Weiterbildungsebene mit der Berufsregulierung. Diese Zweiteilung ist in der Systematik des MedBG deutlich sichtbar. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich generell auf alle im MedBG geregelten Medizinalberufe. Es ist jedoch nicht zu verkennen, dass in der Rechtsprechung Fälle aus dem ärztlichen Bereich dominieren. Die Literatur fokussiert weitgehend ebenfalls auf das ärztliche Berufsbild. Sodann gibt es Regelungen, welche spezifisch für die ärztliche Berufsausübung von Belang sind, etwa die Zulassungsregelung von Art. 37 KVG oder die Regeln zur Rezeptausstellung gemäss HMG.

16 Ein erster Bedarf an Revision des MedBG wurde erkannt und gesetzgeberisch korrigiert; es ging um die Ausweitung des sachlichen Anwendungsbereichs auf fachlich selbständig tätige Personen im Anstellungsverhältnis. Nachfolgend sollen weitere Bereiche mit potenziellem Korrekturbedarf aufgezeigt werden. Dies erfolgt ohne politische Wertungen. Auf die Wertung der MedBG-Regulierungen im Zusammenhang mit unter Rz. 2 aufgeführten Fragestellungen wird am Schluss eingegangen. Die nachfolgenden Betrachtungen erfolgen ergänzend zu den Fragestellungen und betreffen singuläre Aspekte. Es geht um Folgendes:

- Die direkte Anerkennung ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel ist allein für EU/EFTA-Staaten vorgesehen. Die gesetzliche Regelung schliesst staatsvertragliche Anerkennungen mit anderen Staaten nicht aus, doch gibt es diese nicht und es sind auch keine diesbezüglichen Bestrebungen bekannt. Aus einer rein gesundheitspolizeilichen Optik ist dieses System zweckwidrig und führt auch zu rechtsungleichen Ergebnissen; Personen mit demselben medizinischen Ausbildungsstand werden unterschiedlich beurteilt. Zahlreiche ausländische Aus- und Weiterbildungen ausserhalb des EU/EFTA-Raums bieten ein genügendes Bildungsniveau. Diese können in der Regel auch nicht ad hoc anerkannt werden[23].
- Die Anforderungen an die Sprachkenntnisse sind bezüglich der Ausnahmeregelungen (vgl. Art. 33a Abs. 4 MedBG) offen ausgestaltet, was grosse Einschränkungen auf der Verordnungsebene erlaubt (s. Art. 11b Medizinalberufeverordnung, MedBV; 811.112.0). Art. 11a MedBV verlangt, dass die betreffende Person in der Sprache, in der sie den Beruf ausübt, mindestens die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen versteht. Sie muss an Diskussionen im eigenen Fachgebiet teilnehmen und sich dazu spontan und fliessend äussern können, sodass ein Gespräch mit Hauptsprachlerinnen und -sprachlern ohne grössere Anstrengungen auf beiden Seiten gut möglich ist. Zumindest bezüglich der Diskussionen im Fachgebiet sind weder Deutsch, noch Französisch oder Italienisch die Hauptsprachen, sondern ist es das Englische. Weiter ist zu bemerken, dass zumindest in den urbanen Teilen der Schweiz sich das Englische als Zweitsprache etabliert hat. Mit zahlreichen Expats kann nicht in einer Landessprache kommuniziert werden. Gleiches gilt allgemein für Migrant:innen. Hier könnten weitergehende Ausnahmen als diejenigen gemäss Art. 11b MedBV vorgesehen werden; doch betrifft dies die Verordnungsstufe. Das MedBG selbst lässt hier die Lösung offen.
- Als eine Lücke könnte man betrachten, dass das MedBG nicht definiert, was der Inhalt der bewilligten Tätigkeit für die einzelnen MedBG-Berufe ist. Art. 34 Abs. 1 MedBG legt fest: «Für die Ausübung eines universitären Medizinalberufes in eigener fachlicher Verantwortung bedarf es einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Medizinalberuf ausgeübt wird.» Der Inhalt der bewilligten Tätigkeit lässt sich jedoch aus der Gesamtheit der Aus- und der Weiterbildung genügend erschliessen. Damit wird jedoch die Regelung von der gesetzgeberischen Ebene auf die demokratisch weniger kontrollierte Bildungsebene verlagert. Es dient auch nicht der Rechtssicherheit, wenn unklar ist, welche Berufselemente im Einzelnen von der Aus- und Weiterbildung abgedeckt sind. Auf der anderen Seite ist offensichtlich, dass eine generell-abstrakte Regelung auf der Gesetzes- und/oder Verordnungsstufe schwierig zu bewerkstelligen wäre, und es erscheint zweifelhaft, ob sie auch die nötige Rechtssicherheit und Flexibilität bewirken würde. Daher erscheint der Rückgriff auf die Gebietsabgrenzungen über die Aus- und Weiterbildungsgänge, wenn auch rechtsstaatlich nicht optimal, praktikabel.
- Der Dualismus von Bewilligungsentzug infolge des Verlustes der Vertrauenswürdigkeit nach Art. 38 MedBG sowie des Verlustes infolge eines Disziplinarverfahrens nach Art. 43 Abs. 1 lit. e ist für die Betroffenen verwirrlich. Es können mit unterschiedlichen Vorgehensweisen dieselben Ergebnisse erreicht werden. In der Praxis wird bei schwerwiegenden Verfehlungen das Disziplinarverfahren

[23] https://www.bag.admin.ch/de/gesuche-einreichen-fuer-auslaendische-abschluesse-der-medizinal-und-psychologieberufe.

vermieden und die kantonalen Aufsichtsbehörden greifen zum Bewilligungsentzug nach Art. 38 MedBG. Dies zum einen, weil dort das Verfahren einfacher erscheint und sich auch nicht die Frage der Verhältnismässigkeit derart pointiert stellt. Die Bundesgerichtspraxis räumt den Kantonen hier einen grösseren Spielraum ein.

- Bei den Berufspflichten erscheinen zwei Regelungen bedenkenswert:
  - Art. 40 lit. d MedBG: «Sie machen nur Werbung, die objektiv ist, dem öffentlichen Bedürfnis entspricht und weder irreführend noch aufdringlich ist.» Der Begriff der Werbung ist hier irreführend. Werbung ist in ihrer Grundlage und Ausrichtung als Teil der von der Wirtschaftsfreiheit abgedeckten Tätigkeit weder objektiv, noch entspricht sie einem öffentlichen Bedürfnis und ist grundsätzlich manipulativ und zuweilen aufdringlich. Passend könnte man generell von Informationen sprechen und die Formulierung von Art. 40 lit. d MedBG adäquat an diesen Begriff anpassen.
  - Art. 40 lit. e MedBG: «Sie wahren bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ausschliesslich die Interessen der Patientinnen und Patienten und handeln unabhängig von finanziellen Vorteilen.» Wie nachfolgend aufgezeigt wird, wird das Handeln «unabhängig von finanziellen Vorteilen»[24] auch im HMG sowie im KVG und im OR (Retrozessionsverbot) erfasst und es besteht eine Überregulierung. Grundsätzlich wäre es überlegenswert, Art. 40 lit. e MedBG in Richtung einer allgemeinen Unabhängigkeit auszubauen, welche die Unabhängigkeit gegenüber sachfremden finanziellen Einflüssen sicherstellen würde, aber weiter und grundsätzlicher greifen könnte. Vorbild könnte Art. 12 lit. b Anwaltsgesetz (BGFA; 935.61) sein, der für den Anwaltsberuf die Unabhängigkeit generell zu einer Berufspflicht erklärt; hierzu hat sich eine reiche Praxis entwickelt und bildet diese Bestimmung eine tragende Säule des anwaltschaftlichen Berufes. Bei den MedBG-Berufen, insbesondere der Ärzteschaft, wird der Ruf nach Unabhängigkeit gegenüber finanziellen Einflüssen Dritter zunehmend spürbar, so die Erfahrung des Verfassers. Ganz allgemein erscheint die Unabhängigkeit zur Sicherung der bestmöglichen Position im Verhältnis zu den Patient:innen verankerungswürdig.

17 Bei der Registerführung besteht ein gewisser innerer Widerspruch zwischen den Anforderungen an die Aufnahme ins Register und den Löschungen. Art. 51 Abs. 1 MedBG regelt: «Das EDI führt ein Register mit sämtlichen Personen, die einen universitären Medizinalberuf ausüben.» Dies in Fortsetzung der Regelung von Art. 33a Abs. 1 MedBG: «Wer einen universitären Medizinalberuf ausübt, muss: a. im Register nach Artikel 51 eingetragen sein». Für Personen, welche den Beruf nicht mehr ausüben wollen oder können, ist keine Löschungsregelung vorhanden. Die einzige Löschungsmöglichkeit besteht nach Art. 54 Abs. 5 MedBG im Fall des Ablebens. Dies führt zu Verzerrungen der Aussagekraft des Registers; es fehlt eine «opting-out»-Regelung für den erklärten Rückzug aus der Berufsausübung.

18 Schliesslich ist zu erwähnen, dass die Bildung von «Ärzte-Aktiengesellschaften» und/oder Ärztenetzwerken kantonal sehr unterschiedlich geregelt ist. Hier besteht m.E. eine Lücke im MedBG, welches die Berufsausübung in solchen Konstellationen mit wirtschaftlichen und organisatorischen Abhängigkeiten sowie Verantwortlichkeiten der Medizinalpersonen regeln sollte. Dies betrifft etwa die selbständige Berufsausübung von Medizinalpersonen im Anstellungsverhältnis (und die dabei zu wahrende Selbständigkeit), das Rechtsverhältnis der Angestellten und der Organisation zu den Patient:innen, die Abhängigkeiten der Organisation von medizinfremden Einflüssen oder die Ansprüche der Patient:innen gegenüber der Organisation selbst. Die selben Überlegungen

[24] Der diesbezügliche Wortlaut kann nicht wörtlich verstanden werden. Jede Berufsausübung ist auf finanzielle Vorteile ausgerichtet. Gemeint sind hier berufsfremde finanzielle Vorteile, also solche, die nicht primär durch die Berufsausübung entstehen.

beziehen sich allgemein auf Organisationsformen in den übrigen MedBG-Berufsgattungen; bei diesen stellen sich dieselben Fragestellungen.

### Verordnungen zum MedBG

19 Ausgewertet wurden folgende Verordnungen im Hinblick auf ihre Kongruenz mit dem MedBG:

| Nr. | Verordnung |
|---|---|
| 811.112.0 | Verordnung vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (Medizinalberufeverordnung, MedBV) |
| 811.112.021 | Geschäftsreglement vom 27. Juni 2007 des Schweizerischen Akkreditierungsrates |
| 811.112.022 | Verordnung des EDI vom 20. August 2007 über die Akkreditierung der Studiengänge der universitären Medizinalberufe |
| 811.112.03 | Verordnung des EDI vom 20. August 2007 über die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der universitären Medizinalberufe |
| 811.113.3 | Verordnung vom 26. November 2008 über die eidgenössischen Prüfungen der universitären Medizinalberufe (Prüfungsverordnung MedBG) |
| 811.113.32 | Verordnung des EDI vom 1. Juni 2011 über die Form der eidgenössischen Prüfung der universitären Medizinalberufe (Prüfungsformenverordnung) |
| 811.115.4 | Verordnung des EDI vom 16. Dezember 2021 über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen |
| 811.117.2 | Geschäftsreglement vom 19. April 2007 der Medizinalberufekommission (MEBEKO) |
| 811.117.3 | Verordnung vom 5. April 2017 über das Register der universitären Medizinalberufe (Registerverordnung MedBG) |

20 Die Durchsicht der entsprechenden Verordnungen zeigt keine offensichtlichen Disharmonien zum MedBG. Auf die Regelung der Sprachkenntnisse wurde bereits hingewiesen; hier wäre es zweckmässig, wenn das Sprachdiplom (B2) auch genannt würde. Der entsprechende Hinweis ist – soweit ersichtlich – nur über das Internet abrufbar[25].

21 Sodann fällt auf, dass das in der Praxis eine gewisse Rolle spielende Verfahren der „Anerkennung der Anerkennung" (indirekte Anerkennung) weder auf Gesetzes- noch auf Verordnungsstufe geregelt ist, sondern sich dazu eine im Internet abrufbare Verwaltungspraxis entwickelt hat[26]. Diese Lücke sollte aus Gründen der Rechtssicherheit durch eine Regelung auf Verordnungsstufe gefüllt werden.

[25] https://www.bag.admin.ch/de/medizinalberufe-meldung-von-sprachkenntnissen.
[26] https://www.bag.admin.ch/de/gesuch-einreichen-fuer-ein-diplom-der-medizinalberufe-aus-einem-drittstaat-nicht-eu-efta-staat#Indirekte-Anerkennung-von-Diplomen-der-Medizinalberufe.

## Schnittstellen zu anderen Bundesgesetzen

*Ausgangspunkt: MedBG*

22 Vorzumerken ist, dass das MedBG eine Art «Blaupause» für das PsyG und das GesBG bildet. Die Systematik wie auch grosse Teile der Regelungen sind sich ähnlich, wenn auch mit den bereichsspezifischen Anpassungen. Die Übernahme der MedBG-Struktur betrifft weite Teile der Ausbildungs- und Weiterbildungsregelungen, der Anerkennungsverfahren, des Bewilligungsverfahrens, der Berufspflichten, des Disziplinarwesens sowie der Register. Hingegen folgt das HMG als Produktegesetz einer gänzlich anderen Systematik und kennt nur vereinzelt Schnittstellen zum MedBG-Dienstleistungsbereich.

23 Das MedBG selbst hat keine spezifischen Schnittstellen zu den anderen gesundheitsrechtlichen Erlassen (inklusive KVG). Das GesBG hat die letzte grössere Revision des MedBG beeinflusst, durch die Ausdehnung des Anwendungsbereichs des MedBG auf alle Berufstätigkeiten in fachlich eigener Verantwortung, auch bei öffentlich-rechtlichen Einrichtungen. Sodann wurden Regelungen betreffend Projekte im Rahmen der Förderung der Grundversorgung aufgenommen, dies in Umsetzung von Art. 117a Abs. 1 BV (Medizinische Grundversorgung).

*PsyG*

24 Die massgebliche Abgrenzung des PsyG zum MedBG findet sich in Art. 1 Abs. 3 PsyG: «Für Inhaberinnen und Inhaber eines eidgenössischen Diploms in Humanmedizin richten sich die Weiterbildung in Psychotherapie und die Berufsausübung in diesem Bereich nach dem Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006.»

25 Die Abgrenzung erfolgt somit auf der Ebene der entsprechenden Ausbildungsabschlüsse und nicht über eine funktionale Abgrenzung der Psychotherapie im MedBG bzw. PsyG. Die Psychologie selbst wird als Teil des Gesundheitswesens betrachtet (Art. 1 Abs. 1 PsyG). Die Psychologie als Fach bzw. Dienstleistung wird im PsyG selbst nicht weiter definiert, sondern es wird auf die entsprechenden Ausbildungsabschlüsse verwiesen. Die Definition erfolgt damit indirekt, wobei zugleich der Schutz über die Titeltragung erzielt wird. Wer Psychologie betreibt, ohne sich entsprechend zu bezeichnen, wird vom PsyG nicht erfasst; für MedBG-Berufe wäre ein solches Vorgehen rechtswidrig (Art. 36 MedBG).

26 Für die Weiterbildung werden spezifische Ziele in Art. 5 PsyG definiert, die jedoch weitgehend so allgemein formuliert sind, dass sie für eine beliebige Dienstleistung verwendbar wären.

27 Die Bewilligung zur Ausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung im Bereich der Psychotherapie ist in Art. 22 PsyG geregelt; die Erteilung obliegt den Kantonen. Voraussetzung ist u.a. ein entsprechender Weiterbildungstitel. Art. 25 PsyG kennt eine dem MedBG entsprechende Parallelregelung für die Lenkung der Versorgung: «Der Kanton kann vorsehen, dass die Bewilligung zur Berufsausübung mit bestimmten Einschränkungen fachlicher, zeitlicher und räumlicher Art oder mit Auflagen verbunden wird, soweit dies für die Sicherung einer qualitativ hochstehenden psychotherapeutischen Versorgung erforderlich ist.»

28 Die Berufspflichten sind mit dem MedBG, zum Teil wörtlich, vergleichbar. Es fehlt die Verpflichtung zur Nothilfe und zur Beachtung der Unabhängigkeit.

29 Insgesamt kann festgehalten werden, dass das PsyG weitgehend mit dem MedBG kohärent ist. Die Abgrenzung der Berufsfelder der Psychotherapie untereinander erfolgt über die Ausbildungsausweise (siehe vorstehend Rz. 24) und somit über die Ausbildungsgänge, was eine klare Unterscheidung erlaubt (auch wenn diese nicht allen Fällen

gerecht werden muss). Eine Abgrenzung über die Fächer selbst findet sich in den gesetzlichen Regelungen nicht. Doch kann festgehalten werden, dass die getroffene Regelung die meisten Fälle einer fachlichen Abgrenzung korrekt abdeckt und zweckmässig ist.

*GesBG*

30 Das GesBG dient (gleich wie das MedBG und PsyG) der öffentlichen Gesundheit. Gleich wie das MedBG definiert es die bewilligungspflichtigen Dienstleistungen nicht unmittelbar, sondern mittelbar über die Ausbildungs-Curricula und die in Art. 2 GesBG genannten Berufsfelder.

31 Zentral sind die mit «Allgemeine Kompetenzen» umschriebenen Anforderungen in Art. 3 GesBG. Diese sind jedoch derart allgemein gefasst und orientieren sich sehr eng an der entsprechenden Regelung im MedBG, dass keine echte Abgrenzung zu den MedBG-Berufen möglich ist. Beispielhaft zeigt sich das an Art. 3 Abs. 2 lit. e GesBG: «Sie verfügen über die Kenntnisse, die für präventive, diagnostische, therapeutische, rehabilitative und palliative Massnahmen erforderlich sind.»[27]

32 Die Umsetzung erfolgt dann mit Art. 5 GesBG. Danach regelt der Bundesrat unter Mitwirkung der betroffenen Hochschulen, der betroffenen anderen Institutionen des Hochschulbereichs und der betroffenen Organisationen der Arbeitswelt die berufsspezifischen Kompetenzen, über die die Absolventinnen und Absolventen eines Studiengangs nach Artikel 2 Absatz 2 lit. a GesBG verfügen müssen. Er hört den Hochschulrat gemäss HFKG vorgängig an. Gleich wie beim MedBG wird über den Ausbildungsbereich der Kompetenzbereich der einzelnen Gesundheitsberufe abgesteckt.

33 Die Umsetzung von Art. 5 GesBG findet sich in der Gesundheitsberufekompetenzverordnung (GesBKV; 811.212). Diese regelt etwa die Pflegeberufe bezüglich der Ausbildung sehr detailliert; dabei werden hier die Kompetenzen strikt auf das Berufsfeld bezogen, dies mit dem Begriff der «Pflege». Damit ist eine klare Abgrenzung zu den MedBG-Berufsfeldern gegeben. Mit der Regelung in der GesBKV ist eine genügende Abgrenzung zwischen den MedBG-Berufsfeldern und den GesBG-Berufsfeldern getroffen.

*HMG*

34 Anders als das PsyG und das GesBG regelt das HMG vorwiegend Produkte und nicht Dienstleistungen. Dienstleistungen werden insoweit erfasst, als es um die Verschreibung, Abgabe und Anwendung durch MedBG-Berufe geht.

35 Daher unterscheidet sich die HMG-Systematik grundlegend von den Berufsregelungen. Zentral sind hier die Art. 23-31 HMG. Zu erwähnen sind sodann die Regelungen zur Integrität und Transparenz in Art. 55 f. HMG.

36 Die vorgenannten Regelungen sind zum einen auf die produktespezifischen Aspekte zugeschnitten, so die Abgabeberechtigung für Arzneimittel je nach Abgabeklasse. Es werden jedoch auch Verhaltenspflichten auferlegt, so bezüglich der Abklärung der Patient:innen und der wirtschaftlichen Vorteile. Art. 26 Abs. 3 HMG lautet: «Die verschreibende Person darf die Patientinnen und Patienten bei der Wahl der Person, die ihnen die Arzneimittel abgeben wird, nicht beeinflussen, wenn sie daraus einen materiellen Vorteil zieht. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen.» Art. 26 Abs. 2 HMG legt fest: «Ein Arzneimittel darf nur verschrieben werden, wenn der Gesundheitszustand der

[27] Art. 6 Abs. 1 lit. a MedBG zum Vergleich: «Sie verfügen über die wissenschaftlichen Grundlagen, die für vorbeugende, diagnostische, therapeutische, palliative und rehabilitative Massnahmen erforderlich sind.» Genau besehen ist die Regelung im GesBG breiter gefasst, da sie sich nicht auf den wissenschaftlichen Bereich beschränkt.

Konsumentin oder des Konsumenten beziehungsweise der Patientin oder des Patienten bekannt ist.» Die Regelungen überschneiden sich klar mit den Berufspflichten nach Art. 40 lit. a und lit. e MedBG und es ist unklar, ob sie spezifischer zu verstehen sind (lex specialis) oder nur die allgemeinen Berufspflichten von Art. 40 lit. a und lit. e MedBG wiederholen. Auf der Ebene von Art. 40 MedBG wäre dieses Verhältnis zu klären.

37 Sodann sind die Regelungen zur Integrität und Transparenz in Art. 55 f. HMG ebenfalls produktspezifisch verfasst und gehen der allgemeinen Regelung in Art. 40 MedBG vor. Sie stehen jedoch in einem gewissen Gegensatz zur vergleichbaren Regelung des KVG (dazu nachfolgend).

38 Es gibt zwei bedeutende Schnittstellen zwischen dem MedBG und dem HMG, die zu klären sind. Die eine betrifft die Abklärungen des Gesundheitszustandes der Patient:innen, hier auch die Frage, wieweit Telemedizin greifen darf. Die andere betrifft das Handeln unabhängig von wirtschaftlichen Vorteilen.

*KVG*

39 Vereinfacht gesagt regelt das KVG nicht die Berufstätigkeit als solche, sondern deren Entgeltung aus den Mitteln der sozialen Krankenversicherung und der Versicherten.

40 Das KVG definiert die Kategorien von Leistungserbringer:innen; darunter fallen die MedBG-Berufe mit Ausnahme der Veterinärmedizin (Art. 25 Abs. 2 sowie Art. 35 Abs. 2 KVG).

41 In KVG und KVV finden sich zahlreiche Bestimmungen, welche die MedBG-Berufstätigkeiten beeinflussen:

- WZW-Regeln nach Art. 32 KVG
- Bezeichnung der Leistungen, für welche die soziale Krankenversicherung (nicht) aufkommt in der KLV gemäss Art. 33 KVG. Diese bedürfen im Einklang mit dem MedBG einer kantonalen Bewilligung (Art. 36 KVG)
- Weitere Anforderungen bestehen im Nachweis von Qualitätsmassnahmen und Sprachkompetenzen. Für Ärzt:innen fordert Art. 38 KVV:

> *1 Ärzte und Ärztinnen werden zugelassen, wenn sie zusätzlich zu den Voraussetzungen nach Artikel 37 Absätze 1 und 3 KVG die folgenden Voraussetzungen erfüllen:*
>
> *a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Arzt oder Ärztin nach Artikel 34 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG).*
>
> *b. Sie verfügen über einen eidgenössischen Weiterbildungstitel im Fachgebiet nach dem MedBG, für das die Zulassung beantragt wird.*
>
> *c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.*
>
> *2 Die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärzte und Ärztinnen (Art. 55a KVG) durch die Kantone bleiben vorbehalten.*

*3 Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendige Sprachkompetenz im Sinne von Artikel 37 Absatz 1 KVG, wenn sie in der Lage sind, in der Sprache ihrer Tätigkeitsregion:*

*a. die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten oder abstrakten Themen zu verstehen und deren implizite Bedeutungen zu erfassen;*

*b. sich spontan und fliessend auszudrücken, ohne öfter nach Worten zu suchen;*

*c. die Sprache wirksam und flexibel zu gebrauchen und sich klar und strukturiert zu komplexen Sachverhalten zu äussern.*

- Die Sprachkompetenz wird – von näher geregelten Ausnahmen, wie dem ärztlichen Diplom in der erforderlichen Sprache, abgesehen – mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachgewiesen (Art. 37 Abs. 1 KVG). Erforderlich ist das Niveau C1[28]; die Praxis zum MedBG begnügt sich mit B2; die Sprachprüfung muss gemäss MedBG nicht in der Schweiz stattgefunden haben.
- Von gewichtigem Einfluss auf die Berufsausübung von Ärzt:innen ist Art. 37 KVG. Diese Regelung verlangt für die OKP-Zulassung eine 3-jährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte.
- Art. 38 KVG führt sodann eine KVG-spezifische Aufsichts- und Sanktionsordnung ein:

***Art. 38*** *Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Aufsicht*

*1 Jeder Kanton bezeichnet eine Behörde, die die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n beaufsichtigt.*

*2 Die Aufsichtsbehörde trifft die Massnahmen, die für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36a und 37 nötig sind. Bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen kann sie folgende Massnahmen anordnen:*

*a. eine Verwarnung;*

*b. eine Busse bis zu 20 000 Franken;*

*c. den Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums für längstens ein Jahr (befristeter Entzug);*

*d. den definitiven Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen*

[28] So im Kanton Zürich. Weitere Kantone wurden nicht abgeklärt.

*Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums.*

*3 Die Versicherer können der Aufsichtsbehörde in begründeten Fällen den Entzug der Zulassung beantragen. Die Aufsichtsbehörde trifft die erforderlichen Massnahmen.*

- Weitere Parallelregelungen zum MedBG finden sich in Art. 56 und 59 KVG. Diese regeln die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (u.a. auch die «Kickbacks») sowie die Sanktionen. Art. 59 KVG regelt die Massnahmen sehr detailliert:

  ***Art. 59*** *Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualitätsentwicklung sowie bezüglich Rechnungsstellung*

  *1 Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56, 58a und 58h) oder gegen vertragliche Abmachungen sowie gegen die Bestimmungen über die Rechnungsstellung (Art. 42) verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen neben den in den Qualitätsverträgen vorgesehenen Sanktionen:*

  *a. die Verwarnung;*

  *b. die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden;*

  *c. eine Busse bis zu 20 000 Franken; oder*

  *d. im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.*

  *2 Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer.*

  *3 Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:*

  *a. die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Artikel 56 Absatz 1;*

  *b. die nicht erfolgte oder die mangelhafte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;*

  *c. die Nichteinhaltung der Massnahmen nach den Artikeln 58a und 58h;*

> *d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44;*
>
> *e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3;*
>
> *f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen;*
>
> *g. die unterlassene Übermittlung der Rechnungskopien zuhanden der versicherten Personen im System des Tiers payant nach Artikel 42;*
>
> *h. die wiederholt unvollständige oder unkorrekte Rechnungsstellung.*

- Diese Regelungen sind zwar KVG-spezifisch, schliessen jedoch nicht aus, dass infolge derselben Verfehlungen Disziplinarmassnahmen nach dem MedBG getroffen werden.
- Weitere Berührungspunkte mit der MedBG-Berufsausübung bestehen auf der tariflichen Ebene. Die Tarife beeinflussen die Art der Leistungserbringung, indem etwa Zeitvorgaben bestehen oder Methoden festgelegt werden. Sodann finden sich im KVG verstreut Bestimmung zum Qualitätsmanagement. Insgesamt scheint das KVG diesbezüglich das MedBG bezüglich Detaillierung und letztlich der Inhalte die Berufspflichten nach Art. 40 lit. a MedBG zu übersteuern.
- Gleiches gilt für die Wirtschaftlichkeitsverfahren nach Art. 56 KVG. Zunehmend nehmen die Krankenkassen Einfluss auf die Art der Leistungserbringung, indem sie detaillierte Vorschriften medizinischer Natur durchzusetzen suchen.
- Ein besonderes Thema bilden die ärztlichen Schwerpunkttitel. Diese sind im KVG nicht erwähnt, ebenso wenig im MedBG. Sie werden als «private Titel» verliehen, bilden Grundlage für die KVG-Tarifierung von Teilen der ärztlichen Leistungen (Dignitäten gemäss TARMED-Rahmenvertrag) und beschäftigen die Gerichtspraxis (dazu vorstehend Rz. 13).

42 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das KVG das MedBG bezüglich der Sorgfaltspflichten nach Art. 40 lit. a MedBG partiell übersteuert. So bei der WZW-Regelung, wo sich bezüglich medizinischer Aspekte eine reiche Praxis entwickelt hat, bei den Qualitätsanforderungen, bei der konkreten Leistungserbringung im tarifarischen Umfeld sowie den Wirtschaftlichkeitsverfahren. Das bekannteste Beispiel aus neuerer Zeit ist die unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen mit den entsprechenden finanziellen Anreizen in Richtung Krankenkassen. Je nach Finanzierungsgrad und Kostenhöhe bestehen für die Krankenkassen Anreize, die eine oder die andere Leistung in Richtung stationäre oder ambulante Medizin zu verlagern. Dieser Blickwinkel ist dem MedBG fremd und kollidiert mit den Berufspflichten, welche die bestmögliche medizinische Qualität zum Massstab erheben. Man kann diesbezüglich von einer Schwerpunktverlagerung in Richtung KVG zu Lasten des MedBG sprechen. Unklar ist zudem das Verhältnis zwischen dem KVG und dem MedBG, wenn es um den ärztlichen Beurteilungsspielraum und allfällige Haftungsfolgen geht.

43 Eine Überregulierung besteht dann bezüglich der Rückforderungsverfahren für nicht erforderliche und/oder übermässige Leistungen und «Kick backs». Hier besteht eine Grundregelung in Art. 40 HMG. Dasselbe ergibt sich für die «Kick backs» aus dem obligationenrechtlichen Retrozessionsverbot. Sodann legen Art. 56 KVG und Art. 56 HMG nicht gänzlich kompatible Regelungen fest.

44 Weiter wirkt Art. 37 KVG deutlich auf den Marktzugang der Ärzt:innen ein. Die Anforderung einer 3-jährigen Praxis an einer Schweizer Weiterbildungsstätte wirkt wie ein Filter für Personen mit einer (bisherigen) Weiterbildung im Ausland. Sodann stellt sich die Frage, ob die Vertrautheit mit dem Schweizer Gesundheitssystem, wie sie der Zweckverfolgung von Art. 37 KVG unterliegt, nicht auch an Schweizer Einrichtungen oder bei Praxen erlangt werden kann, die formell nicht als Weiterbildungsstätte fungieren.

45 Die sprachlichen Anforderungen werden unterschiedlich gehandhabt. Der Sprachnachweis wird im KVG höher angesetzt. Auch wird die Sprachbeherrschung im MedBG eher an der Akademie ausgerichtet, im KVG mehr an der Kommunikation mit den Patient:innen.

46 Die Praxiserfahrungen des Verfassers dieses Memorandums zeigen, dass in der ärztlichen Praxis das KVG denn auch eine wesentlich grössere Rolle als das MedBG spielt. Vielen Ärzt:innen ist nicht einmal bekannt, dass es ein MedBG gibt. Diese Erfahrungen sind sicherlich beschränkt und haben keine empirische Grundlage; doch zeigt die Praxis des Bundesgerichts, dass sich dieses in weitaus mehr Fällen mit dem KVG (wenn zwar nicht allein im Zusammenhang mit MedBG-Berufen) befasst denn mit dem MedBG. Auch dies mag ein Hinweis auf die faktische Bedeutung des KVG für die medizinischen Leistungen sein.

47 Schliesslich ist kurz auf das KVG-Territorialitätsprinzip einzugehen: Ausserhalb eines engen Rahmens (Notfall oder Nichtverfügbarkeit der Leistungen im Inland[29]) übernimmt die soziale Krankenversicherung die Kosten für Auslandsleistungen nicht. Dies kann – muss aber nicht – mit Qualitätsanforderungen kollidieren, indem eine sinnvolle Zusammenarbeit der inländischen und ausländischen Medizinalpersonen an der Finanzierungshürde scheitert. Zudem erschwert nur schon die bestehende Unsicherheit über die Tragweite des Territorialitätsprinzips die Nutzung ausländischer Ressourcen. So im Fall eines KI-gestützten Zugriff auf ausländische Datenbanken durch in der Schweiz tätige MedBG-Fachkräfte[30].

## Auswertung der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung am Beispiel der Kantone Freiburg und Zürich

*Kanton Freiburg*

48 Das Freiburger Gesundheitsgesetz (GesG) vom 16.11.1999 (821.0.1) befasst sich mit dem breit gefassten Begriff der «Pflege». Diese wird als Dienstleistungstätigkeit verstanden (Art. 1): «1 Dieses Gesetz regelt die Pflege und alle weiteren Tätigkeiten auf dem Gebiet der Gesundheit, die von natürlichen oder juristischen Personen des privaten oder öffentlichen Rechts ausgeübt werden. 2 Der Begriff «Pflege» umfasst jeden Dienst an Einzelpersonen, Personengruppen oder an der Bevölkerung, der die Förderung, die Verbesserung, den Schutz, die Beurteilung, die Überwachung, die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit zum Ziel hat.»

49 Dabei werden verschiedene vom MedBG geregelte Materien erfasst, so die Berufsausübung, die kantonale Organisation und die Beziehungen zu den Patient:innen. Art. 2 GesG knüpft an die WHO-Definition der Gesundheit an und betont die präventiven Aspekte. Für die Aufsicht ist die kantonale Direktion für Gesundheit und Soziales zuständig; dies umfasst auch die MedBG-Berufe. Die Aufsicht über die Berufsausübung und die Wahrung der Patientenrechte ist einer Aufsichtskommission übertragen (Art. 17

[29] Die diesbezügliche Rechtsprechung des Bundesgerichts ist restriktiv.
[30] Dazu Tomas Poledna, Das Territorialitätsprinzip im KVG im Zeitalter der Digitalisierung, in: Jusletter 29. August 2022.

GesG). Teile des GesG widmen sich der Prävention und der Planung der Dienstleistungen (im Rahmen der kantonalen Zuständigkeiten).

50 Die Bewilligungen für die MedBG-Berufe sind wie folgt geregelt (Art. 79): „1 Einer Bewilligung durch die Direktion bedürfen a) die selbständige Ausübung eines Berufes des Gesundheitswesens; b) die unselbständige Ausübung eines Gesundheitsberufes in eigener fachlicher Verantwortung. 2 Bewilligungspflichtig ist auch die Ausübung eines universitären Medizinalberufes unter der Aufsicht und Fachverantwortung einer Person, die die Bewilligung nach Absatz 1 zur Ausübung desselben Berufes hat. Für die Bewilligungserteilung gilt ein vereinfachtes Verfahren."

51 Art. 79a GesG wiederholt Art. 37 MedBG wörtlich (Einschränkung der Bewilligung und Auflagen). Nach Art. 80 Abs. 1 lit. d GesG ist die Beherrschung einer Amtssprache des Kantons Voraussetzung der Bewilligungserteilung. Auffällig ist, dass die im MedBG geregelten Berufspflichten zum Teil wiederholt, zum Teil erweitert und zum Teil konkretisiert werden. So wird etwa in Art. 86 Abs. 1 GesG angeführt: „Sie müssen jeden unnötigen oder ungeeigneten Pflegeakt unterlassen, auch wenn sie von der Patientin oder dem Patienten selbst oder einer anderen Gesundheitsfachperson ersucht werden, ihn vorzunehmen." Dies schliesst bei enger Auslegung rein kosmetische Eingriffe ebenso aus wie Behandlungen komplementärmedizinischer Natur ohne wissenschaftlichen Wirkungsnachweis.

52 Das Disziplinarverfahren ist in Anlehnung ans MedBG geregelt. Allerdings ist auch hier – die vom Bundesgericht als unzulässig eingestufte – Veröffentlichung der Disziplinarmassnahme in einem kantonalen Publikationsorgan vorgesehen. Eine Besonderheit besteht sodann darin, dass Patient:innen Parteistellung eingeräumt wird, wenn es um Verletzungen ihrer Rechte geht (Art. 127c GesG).

53 Zu erwähnen ist weiter, dass Art. 80c GesG ein kantonales Register der erteilten Bewilligungen vorsieht; somit besteht für MedBG-Bewilligungen eine parallele Publikationsplattform.

54 Die Regelung des Kantons Freiburg weist einige Eigenheiten auf. So eine sehr breite Definition der erfassten Dienstleistungen, die jedoch keine Abgrenzung erlaubt. Weder der MedBG-Berufe untereinander noch zu den anderen Gesundheitsberufen. Sodann finden sich kantonale Ergänzungen der Berufspflichten nebst wörtlichen Wiederholungen der MedBG-Regelungen, allerdings ohne erkennbare Systematik. Auch im Bereich des Disziplinarwesens sind einige kantonale Ergänzungen zu finden. Wie weit all die kantonalen Eigenheiten auch bundesrechtsbeständig sind, kann in vorliegendem Zusammenhang nicht untersucht werden.

*Kanton Zürich*

55 Der Kanton Zürich regelt die MedBG-Berufe in zwei Erlassen, dem Gesundheitsgesetz (GesG) vom 2. April 2007 (810.1) und der Verordnung über die universitären Medizinalberufe (MedBV) vom 28. Mai 2008 (811.11).

56 Die bewilligungspflichtigen Tätigkeiten werden nach diversen Segmenten des Gesundheitswesens erfasst. So für die Behandlung von Krankheiten wie folgt in § 3 lit. a GesG: Eine Bewilligung benötigt, wer Krankheiten, Verletzungen, sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Schwangerschaften nach den Erkenntnissen der anerkannten Wissenschaften oder im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung feststellt oder behandelt. § 3 GesG erfasst weitere Tätigkeiten, wie etwa das Inverkehrbringen von Arzneimitteln.

57 Die Beschäftigung von Personen unter fachlicher Aufsicht eines Bewilligungsträgers ist bewilligungspflichtig (§ 6 GesG). Verlangt ist, dass die unter fachlicher Aufsicht tätige Person den fachlichen Anforderungen genügt (§ 7 Abs. 1 lit. b i.V.m. § 4 Abs. 1 lit. a GesG). Was dies genau heisst, wird auf Gesetzesstufe nicht festgelegt.

58 Das GesG legt vereinzelte Berufspflichten fest, welche im Einklang mit dem MedBG stehen, so etwa die Patientendokumentationspflichten (vgl. § 13 GesG), zum Teil etwa jedoch den Standard des MedBG unterschreiten (§ 16 GesG bezüglich Werbung).

59 Von Interesse ist § 12 Abs. 3 GesG, welcher die Art der Berufsausübung festlegt: „Die Berufsausübung erfolgt persönlich und grundsätzlich unmittelbar an der Patientin oder dem Patienten." Damit wird eine konkrete Regelung getroffen, welche sich im MedBG erst aus der allgemeinen Berufspflicht des sorgfältigen Handelns ergibt.

60 Die Aufsicht obliegt nach § 18 GesG der Gesundheitsdirektion; diese kann Tätigkeitsverbote nach § 19 Abs. 2 GesG veröffentlichen. Praxisgemäss erfolgt diese Veröffentlichung für MedBG-Berufe über das Medizinalberuferegister.

61 Details zur Berufsausübung finden sich sodann in der Verordnung über die universitären Medizinalberufe (MedBV) vom 28. Mai 2008 (811.11). Diese verweist für die Grundlagen auf das MedBG. Die Bewilligung wird nur für 10 Jahre und längstens bis zum 70. Altersjahr erteilt, was nach der Zürcher Gerichtspraxis MedBG-konform ist. Universitäre Medizinalpersonen werden zur Assistenz bewilligt, wenn sie die Bewilligungsvoraussetzungen nach Art. 15 und 36 Abs. 1 und 3 MedBG erfüllen (§ 6 MedBV). § 13 MedBV regelt die Bekanntmachungen im Detail, dies auch für den im MedBG nicht geregelten Bereich der Fachtitelverwendung.

62 Besonders zu erwähnen ist, dass die restriktiven Regelungen betreffend der „Ärzte-AG" in der MedBV vom Verwaltungsgericht Zürich als unzulässig erklärt wurden. Auch wenn die MedBV diesbezüglich nicht revidiert worden ist, hat sich eine relativ liberale Verwaltungspraxis entwickelt, welche die „Ärzte-AG" zulässt und zahlreiche Regeln für deren Errichtung vorsieht.

63 Erwähnenswert ist sodann die Regelung, wonach fachlich Selbständige im Anstellungsverhältnis bei einem Spital oder Heim bewilligungsfrei tätig sein können (§§ 19, 21, 23, 25 und 27 MedBV). Dies widerspricht Art. 34 MedBG.

64 Die MedBV regelt sodann die Impftätigkeiten der Pharmazieberufe und allgemein weitere gesundheitsbezogene Aufgaben. Diese sind wie folgt definiert: „Apothekerinnen und Apotheker dürfen in öffentlichen Apotheken Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten übernehmen, sofern sie aufgrund ihrer Fachkenntnisse befähigt sind, diese nach dem aktuellen Stand der Wissenschaften auszuführen." Die *Behandlung* von Krankheiten wird nicht erwähnt (dazu § 24 MedBV).

65 Anders als im Kanton Freiburg werden im Kanton Zürich MedBG-Aspekte weniger detailliert geregelt. Das Disziplinarwesen wird nicht erwähnt; in der Praxis wird das MedBG direkt angewendet. Die Berufspflichten werden weniger flächendeckend als im Kanton Freiburg angesprochen.

66 Die fachlichen Berufsfelder werden partiell voneinander abgegrenzt, aber es fehlt an einer umfassenden und detaillierten Abgrenzung. Einzelne Berufspflichten werden ohne besondere Systematik angesprochen, in einem Fall in teilweisem Widerspruch zum MedBG (Werberegelung nach § 16 GesG). Die Institutionen wie Spitäler oder Heime können MedBG-Personal bewilligungsfrei anstellen, selbst wenn diese fachlich selbständig arbeiten – dies im Widerspruch zum MedBG.

**Fragen gemäss Analysekonzept Anhang A5**

*Inwiefern sind die Berufspflichten genügend klar umschrieben und entsprechen sie noch den technischen und medizinischen Entwicklungen?*

67 Die Berufspflichten sind über weite Bereiche allgemein gefasst; die Gerichtspraxis berücksichtigt insbesondere bei der allgemeinen Sorgfaltspflicht anerkannte Regeln der Medizin und wahrt so die nötige Flexibilität. Wird eine klarere Berücksichtigung der *technischen und medizinischen Entwicklungen* auf gesetzgeberischer Ebene gesucht, sollten diese spezifisch(er) bei den Ausbildungszielen, den Weiterbildungsprogrammen sowie den Regelungen der Fortbildung hervorgehoben werden, einschliessend die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgattungen.

68 Eine Lücke besteht bezüglich der Organisationsformen, der Arbeit im Anstellungsverhältnis sowie allgemein bezüglich der Unabhängigkeit gegenüber Dritteinflüssen (siehe dazu Rz. 18).

69 Zu präzisieren ist sodann der Wortlaut der „Werberegelung" (Art. 40 lit. d MedBG).

*Inwiefern ist die Regulierung im MedBG geeignet und angemessen, um effektive und flexible Anpassungen an zukünftige technische und medizinische Entwicklungen zu ermöglichen? (Stichworte: Artificial Intelligence, Telemedizin, E-Health, Pharmakogenetik, Spezialisierungen contra Grundversorgung und Netzwerkbildung)*

70 Das MedBG regelt nur partiell und zumeist indirekt die Art der Berufsausübung, dies zum Teil über die Berufspflichten, zum grösseren Teil über die Ausbildungs- und Weiterbildungsziele. Diese sind sehr generell gefasst und überlassen die Umsetzung den Bildungseinrichtungen.

71 Die Fortbildung, welche den Anschluss an die künftigen Entwicklungen erlauben soll, ist hingegen in dieser Hinsicht zu rudimentär geregelt. Die für das „Upgrade" an die *zukünftigen technischen und medizinischen Entwicklungen* Inhalte der Fortbildung werden den Bewilligungsträger:innen überlassen.

72 Vor diesem Hintergrund erscheint es wünschenswert, die Fortbildung näher zu spezifizieren.

*Inwiefern bildet das MedBG einen adäquaten Rahmen, um moderne, interprofessionelle Zusammenarbeitsformen innerhalb der Berufsgruppen und unter den Berufsgruppen zu ermöglichen?*

73 Die Zusammenarbeitsformen sind im MedBG höchstens ansatzweise erwähnt (bei den Ausbildungszielen, bei den Berufspflichten und bezüglich der Arbeiten unter fachlicher Aufsicht). Auf kantonaler Stufe gibt es entsprechend dieses Freiraums unterschiedliche Ansätze. Die Stellung der Angestellten, der Grad an Unabhängigkeit und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bleiben hier jedoch vielfach unklar.

*Inwiefern ist der verwendete Gesundheitsbegriff richtig gewählt bzw. wie können gesundheitsrelevante Themen ausserhalb des MedBG (Prävention, Ernährung, Einfluss Social Media) besser berücksichtigt werden?*

74 Die Aus- und Weiterbildungsziele erfassen verschiedene der genannten Themen in eher allgemeiner Art. Die für die Anpassungen an die immer rascher folgenden Veränderungen der Gesundheitsversorgung unentbehrliche Fortbildung selbst ist nicht näher definiert; eine Themenaufnahme in die Fortbildungsziele ist zu prüfen. Sodann könnten die genannten Themen noch spezifischer in die Aus- und Weiterbildungsziele aufgenommen werden, dies als Faktoren, welche bei der Anamnese, Diagnose und Behandlung mit zu berücksichtigen wären.

*Abgrenzungsfragen zwischen dem MedBG und dem KVG, HMG, PsyG und GesBG bezüglich der Berufsfelder bzw. der Berechtigung zur Berufsausübung/Erbringung von Dienstleistungen: Innerhalb des MedBG sind die Abgrenzungen nicht restlos klar, z.B. bezüglich Arzneimittelabgabe und ärztlicher Tätigkeit – was dürfen ärztliche Berufe und was dürfen die pharmazeutischen Berufe? Das MedBG regelt auch nicht, was Inhalt der bewilligten Tätigkeit ist. Dies führt zu Ungleichheiten unter den Kantonen und erschwert die Mobilität. Das HMG regelt dann die Sorgfaltspflichten der Medizinalpersonen bei der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist in der Praxis wichtig, aber in keiner der Regelungen geregelt.*

75 Abgrenzungen der Berufsfelder innerhalb des MedBG sind prüfenswert, aber eine praktikable Umsetzung auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe wäre mit grossen Schwierigkeiten und mangelnder Flexibilität verbunden. Die Abgrenzung der MedBG-Berufe zu den anderen Gesundheitsberufen gibt wenig Anlass für Bemerkungen. Prüfenswert erscheint eine bessere Abgrenzung der Tätigkeiten der Apotheker:innen von der Ärzteschaft, aber dies aufgrund der lex specialis am ehesten im HMG. Sodann fällt auf, dass das HMG über die Rezeptpflicht als Messlatte Einfluss auf die gesamte ärztliche Tätigkeit nimmt, soweit es um die Kenntnis des Gesundheitszustandes der Patient:innen geht. Hier könnte im MedBG differenziert werden zwischen Tätigkeiten mit und ohne Arzneimitteleinsatz. Sodann ist das HMG diesbezüglich noch auf die Realitäten der Gesundheitsversorgung des ausgehenden 20. Jahrhunderts ausgerichtet und steht neueren Entwicklungen und Instrumenten wie Telemedizin, KI und E-Health eher im Weg. Diese könnten im MedBG allgemein als Mittel der Gesundheitsversorgung aufgeführt werden, um so eine Perspektivenerweiterung im Behandlungsinstrumentarium zu ermöglichen.

76 Ein eigenes Thema ist die Delegation der MedBG-Dienstleistungen an beaufsichtigte Angestellte. Hierzu hat sich – über das KVG – eine Gerichtspraxis entwickelt und findet sich auch entsprechende Literatur. Es ist prüfenswert, diesen in der medizinischen Praxis wichtigen Teil auf Bundesebene zu kodifizieren; auf kantonaler Stufe gibt es hierzu nach den Erfahrungen des Verfassers deutliche Unterschiede (die sich allein aus den Gesetzestexten der Kantone nicht deutlich erschliessen).

*Inwiefern unterstützt das MedBG die kantonale Gesundheitsplanung in Bezug auf den Bestand an Personen in medizinischen Berufen?*

77 Das MedBG ist im Kern ein Gesetz zur Abwehr von Gefahren. Infolge von Art. 117a BV hat mit der Projektunterstützung ein Element der Versorgungsplanung für die Grundversorgung Eingang ins MedBG gefunden. Dies ist im Verhältnis zum heutigen Stand sicherlich noch **ausbaufähig**, allerdings beschränkt auf die Grundversorgung.

78 Beschränkt und bloss indirekt kann über die Ausbildungsziele und eine detailliertere Formulierung der Fortbildungsziele Einfluss auf das Angebot an Dienstleistungen genommen werden. Wie die Erfahrungen in der Praxis zeigen, bestehen (im ärztlichen Bereich) für die Steuerung der Anzahl der tätigen Personen mit Schweizer Diplom(en) zwei Schwierigkeiten: (zu) begrenzte Anzahl Ausbildungsplätze und Abbrüche bei der Weiterbildung bzw. Berufsausstiege.

79 Art. 37 MedBG erlaubt eine gewisse, allerdings nur passive, Steuerung des Angebots. Anders als in anderen Ländern gibt es keine aktive Steuerung über das MedBG, welche Berufsgattungen gezielt gefördert werden (eine Umsetzung von Art. 117a BV vorbehalten) und wo deren Einsatz dann stattfindet. Art. 37 MedBG ist bislang – soweit aus der Analyse ersichtlich – toter Buchstabe geblieben.

*Inwiefern sind die Kriterien für den Nachweis der Sprachkompetenz zur Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung gemäss MedBG und für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP gemäss KVG aufeinander abgestimmt?*

80 Die Anforderungen an den Sprachkompetenznachweis sind unterschiedlich ausgestaltet, das KVG ist strenger. Weiter verlangt das KVG eine in der Schweiz abgelegte Sprachprüfung, gemäss MedBG kann die Sprachprüfung auch im Ausland abgelegt worden sein. Zudem ist das MedBG offener für Alternativen zur Sprachprüfung und kennt auch verschiedene Ausnahmen von der Sprachprüfung.

81 Im Ergebnis bleiben die MedBG-Regeln toter Buchstabe für die Ärzteschaft, nachdem Art. 37 Abs. 1 KVG und Art. 38 KVV erhöhte Anforderungen stellen.

*Inwiefern werden die Anforderungen an die Berufsausübung durch das KVG erhöht (Stichworte: Schwerpunkttitel oder 3-jährige Praxiserfahrung an einer Schweizer Weiterbildungsstätte)? Führt die KVG-Regelung zu einer Überregulierung, da sie nebst den MedBG-Anforderungen eine weitere Anforderung an die Berufsausübung setzt? Wie weit ist die 3-jährige Praxiserfahrung für die Ziele des MedBG notwendig oder läuft sie diesen zuwider?*

82 Die Quereinflüsse des KVG auf das MedBG sind im entsprechenden Kapitel umfassend beschrieben. Art. 37 KVG und die Tarifregelungen führen einerseits zu Erschwerungen für das nach MedBG zur Berufsausübung fachlich genügend qualifizierte, aber (mehrheitlich) im Ausland ausgebildete ärztliche Personal. Das Kennenlernen des Schweizer Gesundheitssystems, wie es der 3-jährigen Praxis an einer Schweizer Weiterbildungsstätte als Zielvorstellung zu Grunde liegt, erscheint zwar ein nachvollziehbares Anliegen. Doch stellt sich zum einen die Frage, ob hierfür tatsächlich 3 Jahre notwendig sind[31]. Zum anderen, ob das Kennenlernen nicht auch an Orten und Einrichtungen stattfinden kann, die nicht als Weiterbildungsstätten eingerichtet sind. Die Weiterbildungsstätten sind zwar als Bildungseinrichtungen eingerichtet, doch dienen sie der medizinischen Weiterbildung und nicht dem Vertrautwerden mit dem Schweizer Gesundheitssystem.

83 Sodann erscheinen die Schwerpunkttitel als «private Titel» des SIWF aufgrund ihrer Bedeutung im ambulanten Tarifsystem als problematisch. Die Weiterbildungsordnung des MedBG wurde mit dem Ziel eingerichtet, die bis dahin private Weiterbildung der FMH in einen staatlichen Rahmen zu stellen. Mit dem privaten Schwerpunkttitel wird dieses Anliegen im Ergebnis übersteuert. Es ist zu prüfen, ob auf der Stufe des MedBG auch die Schwerpunkttitel zu regeln wären.

84 Umgekehrt setzt das KVG den Qualitätsmassstab für die medizinischen Leistungen, ohne dass das Verhältnis dieses Massstabs zu den Berufspflichten nach Art. 40 MedBG und zur Haftung der Medizinalpersonen geklärt wäre. Es ist zu prüfen, inwieweit das MedBG diesbezüglich zu ändern oder anzupassen wäre, mit dem Ziel, die Ziele des KVG und des MedBG zu harmonisieren.

*Analyse der MedBG-Regelungen bezüglich des Vollzugs, unter Einbezug von Verordnungen zum MedBG als Grundlage für Abklärungen von Vollzugsdefiziten und -disharmonien. Dies umfasst die in der Fragestellung aufgeführten Bereiche.*

85 Grundsätzlich bestehen keine grösseren Vollzugsdefizite oder -disharmonien auf der Ebene des MedBG und dessen Verordnungen. Im Detail können einzelne Punkte

[31] Dazu ist zu bemerken, dass diesbezüglich vor Inkrafttreten der Regelung von Art. 37 Abs. 1 KVG nicht wirkliche Missstände bekannt geworden wären.

angegangen werden, so eine verbesserte und erweiterte Formulierung der Berufspflichten (Werberegelung und Verankerung der Unabhängigkeit als Grundsatz der Berufsausübung), eine Regelung zu den Organisationsformen der Berufsausübung, eine Regelung der «Anerkennung der Anerkennung» (auf Verordnungsstufe) und eine Regelung der Löschung von Einträgen im MedReg. Weitere Details finden sich in den vorangehenden Ausführungen.

*Inwiefern ist die Bewilligungsordnung des MedBG klar und bietet sie Rechtssicherheit?*

86 Die Regelung der Bewilligungserteilung beschränkt sich auf den formellen Vorgang und die Voraussetzungen, regelt jedoch nicht den Inhalt der bewilligten Tätigkeit. Dieser wird erst über die Ausbildungs- und (die private, hoheitlich geprüfte) Weiterbildungsordnung der zertifizierten Weiterbildungsinstitutionen erschlossen. Neuere Entwicklungen werden dann auch durch die (hoheitlich unbeeinflussten) Fortbildungsangebote aufgenommen. Dies erlaubt eine praktikable Anwendung, auch wenn unter diesem Regime die Klarheit und Rechtssicherheit leiden.

87 Hier stellt sich die Frage, ob auf die Bildungsangebote mehr Einfluss genommen werden sollte, nach dem Vorbild des GesBG. Die Umsetzung der Abgrenzung der GesBG-Berufe erfolgt über Art. 5 GesBG. Danach regelt der Bundesrat unter Mitwirkung der betroffenen Hochschulen, der betroffenen anderen Institutionen des Hochschulbereichs und der betroffenen Organisationen der Arbeitswelt die berufsspezifischen Kompetenzen, über die die Absolventinnen und Absolventen eines Studiengangs nach Artikel 2 Absatz 2 lit. a GesBG verfügen müssen. Er hört den Hochschulrat gemäss HFKG vorgängig an.

*Inwiefern erfüllt das Medizinalberuferegister die geforderte Funktionalität betreffend Vollzug und Patient:innenschutz? Wo bestehen mögliche Vollzugsdefizite und -disharmonien?*

88 Aus rein rechtlicher Perspektive fallen keine Defizite oder Disharmonien auf. Die Regelungen der Dateneingabe, -einsicht und -verwendung sind detailliert und hinreichend klar. Eine Ausnahme besteht m.E. bei der Löschung von Einträgen von Personen, die nicht mehr aktiv tätig sind und/oder ins Ausland gezogen sind.

89 Bezüglich Patient:innenschutz dürfte weitaus entscheidender die Bekanntheit des Registers und die Möglichkeit des Zugangs sein.

*Inwiefern ist die Disziplinarordnung effizient?*

90 Wie in der Anmerkung erwähnt, ist dies eine Frage, die sich mehr an die kantonalen Vollzugsorgane richtet. Ein Hinweis, mindestens für einen möglichen Prüfungsbedarf, mag der Umstand sein, dass statt eines disziplinarischen Berufsverbots der Weg des Entzugs der Bewilligung infolge Vertrauensverlusts gewählt wird. Dies mag dem Umstand geschuldet sein, dass der Entzug einfacher durchzusetzen ist.

*Inwiefern gibt es beim Vollzug der disziplinarischen Aufsicht gewichtige Unterschiede unter den Kantonen?*

91 Es sind keine gewichtigen Unterschiede in den beiden untersuchten Kantonen erkennbar. Die Vollzugsorganisation ist unterschiedlich eingerichtet, doch betrifft dies den kantonalen Autonomiebereich und lässt keine gewichtigen Unterschiede erkennen.

*Hemmt das KVG-Territorialitätsprinzip die Zusammenarbeit mit ausländischen Medizinalpersonen und hemmt es insofern den Erfahrungsaustausch?*

92 Das Territorialitätsprinzip wird in der Praxis sehr rigid angewandt. Die infolge des Ausfalls der Finanzierung bei den meisten medizinischen Leistungen damit einhergehenden Konsequenzen für den immer wichtiger werdenden internationalen Erfahrungsaustausch sind gewichtig. Diese werden sich zunehmend akzentuieren, wo E-Health oder KI Netzwerkarbeit nach sich ziehen und ein unmittelbarer Kontakt mit den Patient:innen nicht mehr im Vordergrund steht.

## A-8 Online-Befragung der Kantone

Nachfolgend wird die Online-Befragung der Kantone präsentiert.

### Allgemeine Vollzugspraxis

q1: Sehen Sie aktuell Anpassungsbedarf mit Blick auf die Organisation und die Prozesse des Vollzugs des MedBG in Ihrem Kanton und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn?

- ¡ Ja, grosser Anpassungsbedarf
- ¡ Ja, eher grosser Anpassungsbedarf
- ¡ Ja, eher kleiner Anpassungsbedarf
- ¡ Ja, kleiner Anpassungsbedarf
- ¡ Nein, kein Anpassungsbedarf
- ¡ Keine Antwort

q2: Wo sehen Sie mit Blick auf die Organisation und die Prozesse des Vollzugs des MedBG in Ihrem Kanton den grössten Anpassungsbedarf?

*Falls relevant, bitten wir Sie, nach den Berufsgruppen gemäss MedBG zu unterscheiden.*

q3: Was läuft in Ihrem Kanton in Bezug auf die Organisation und die Prozesse des Vollzugs des MedBG besonders gut und könnte als Beispiel für Best Practice verwendet werden?

### Digitalisierung des Vollzugs

q4: Welche Aspekte des Vollzugs des MedBG sind in Ihrem Kanton bereits digitalisiert?

q5: Wo werden in Ihrem Kanton demnächst Digitalisierungsschritte im Vollzug des MedBG umgesetzt oder sind solche geplant?

q6: Was läuft in Ihrem Kanton in Bezug auf die Digitalisierung des Vollzugs des MedBG besonders gut und könnte als Beispiel für Best Practice verwendet werden?

q7: Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich Digitalisierung des Vollzugs des MedBG den grössten Optimierungsbedarf auf Seiten des Bundes?

## Kohärenz des Vollzugs mit rechtlichen Bestimmungen

q8: Sehen Sie in der aktuellen Vollzugspraxis des MedBG in Ihrem Kanton Aspekte, die nicht den Vorgaben des MedBG und seinen Verordnungen entsprechen?

¡ Ja

¡ Nein

q9: Bitte erläutern Sie, in welchen Bereichen dies der Fall ist und aus welchen Gründen.

*Falls relevant, bitten wir Sie, nach den Berufsgruppen gemäss MedBG zu unterscheiden.*

q10: Ist der Vollzug des MedBG in Ihrem Kanton kohärent mit dem Vollzug anderer Berufsgesetzgebungen im Gesundheitswesen (GesBG, PsyG)?

¡ Ja

¡ Nein

q11: Bitte erläutern Sie, in welchen Bereichen dies nicht der Fall ist und aus welchen Gründen.

## Berufsausübungsbewilligungen

q12: Anhand welcher Kriterien definieren Sie, ob eine Person den universitären Medizinalberuf **in eigener fachlicher Verantwortung** ausübt? (z.B. Grösse des Betriebs, Hierarchiestufe, etc.) Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Berufen?

q13: Anhand welcher Kriterien definieren Sie, ob eine Person den universitären Medizinalberuf **unter fachlicher Aufsicht** ausübt? (z.B. Grösse des Betriebs, Hierarchiestufe, etc.) Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Berufen?

q14: In welchen Fällen besteht eine Abgrenzungsproblematik bei der Definition, ob eine Person den universitären Medizinalberuf in eigener fachlicher Verantwortung oder unter fachlicher Aufsicht ausübt? Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Berufen?

q15: Als Kanton sind Sie sowohl für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung nach MedBG als auch für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG zuständig. Beide Gesetze verlangen nach Sprachkompetenzen, wobei sich die Anforderungen zum Nachweis der Kompetenzen unterscheiden (höhere Anforderungen gemäss KVG). Orientieren Sie sich für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligungen an den Bestimmungen des MedBG und für

die Erteilung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP an den Bestimmungen des KVG?

***Art 36 Abs. 1 Bst. c MedBG***
*Die Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung wird erteilt, wenn die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller:*
***a.*** *ein entsprechendes eidgenössisches Diplom besitzt;*
***b.*** *vertrauenswürdig ist sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet;*
***c.*** *über die notwendigen Kenntnisse einer Amtssprache des Kantons, für welchen die Bewilligung beantragt wird, verfügt.*

***Art 37 Abs. 1 KGV***
*Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a müssen mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Sie weisen die in ihrer Tätigkeitsregion notwendige Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nach. Die Nachweispflicht entfällt für Ärzte und Ärztinnen, welche über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:*
***a.*** *eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war;*
***b.*** *ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen;*
***c.*** *ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.*

¡ Ja

¡ Nein, wir orientieren uns für beide an den Bestimmungen des KVG

q16: Haben Sie Anmerkungen dazu?

q18: Bitte nennen Sie zu den folgenden Aspekten die durchschnittliche Anzahl Fälle pro Jahr:

*Bitte geben Sie die durchschnittliche Anzahl der Fälle pro Jahr über die letzten fünf Jahre an.*

| | Ärztinnen und Ärzte | Zahnärztinnen und Zahnärzte | Chiropraktorinnen und Chirpraktoren | Apothekerinnen und Apotheker | Tierärztinnen und Tierärzte |
|---|---|---|---|---|---|
| Anzahl erteilter Berufsausübungsbewilligungen | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Anzahl erteilter Berufsausübungsbewilligungen mit Einschränkungen fachlicher, zeitlicher oder räumlicher Art | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Anzahl erteilter Berufsausübungsbewilligungen mit Auflagen | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Anzahl verweigerter Berufsausübungsbewilligungen | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Anzahl entzogener Berufsausübungsbewilligungen | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

q19: Wenn Sie Berufsausübungsbewilligungen mit **Auflagen** verbinden: Um welche Auflagen handelt es sich mehrheitlich?

*Falls relevant bitten wir Sie, nach den Berufsgruppen gemäss MedBG zu unterscheiden.*

q20: Was sind die wichtigsten Gründe für die **Verweigerung** von Berufsausübungsbewilligungen?

*Falls relevant bitten wir Sie, nach den Berufsgruppen gemäss MedBG zu unterscheiden.*

q25: Auf welchem Weg informieren Sie andere Kantone über **Entzüge** von Berufsausübungsbewilligungen?

| | Ärztinnen und Ärzte | Zahnärztinnen und Zahnärzte | Chiropraktorinnen und Chirpraktoren | Apothekerinnen und Apotheker | Tierärztinnen und Tierärzte |
|---|---|---|---|---|---|
| Automatisiert im System | .. | .. | .. | .. | .. |
| Nicht automatisiert, aber als Teil des Prozesses der Verfahrenseröffnung | .. | .. | .. | .. | .. |
| Nicht systematisch | .. | .. | .. | .. | .. |
| Gar nicht | .. | .. | .. | .. | .. |
| Anderes, nämlich: | .. | .. | .. | .. | .. |

q17: Kommt es vor, dass Sie einen Kanton über einen **Entzug** der Berufsausübungsbewilligung informieren, obwohl die vom Verfahren betroffene Person in diesem Kanton über keine Berufsausübungsbewilligung verfügt?

*Bitte erläutern Sie und unterscheiden Sie – falls relevant – nach den Berufsgruppen gemäss MedBG.*

q23: Wie häufig kommt es durchschnittlich pro Jahr vor, dass Sie von anderen Kantonen über den **Entzug** von Berufsausübungsbewilligungen informiert werden?

*Bitte geben Sie die durchschnittliche Anzahl der Fälle pro Jahr über die letzten fünf Jahre an.*

| | Häufigkeit pro Jahr |
|---|---|
| Ärztinnen und Ärzte | _____ |
| Zahnärztinnen und Zahnärzte | _____ |
| Chiropraktorinnen und Chiropraktoren | _____ |
| Apothekerinnen und Apotheker | _____ |
| Tierärztinnen und Tierärzte | _____ |

## MedReg

q24: Innert welcher Zeitspanne tragen Sie Neuerungen und Änderungen, z.B. auch Verlängerungen der Berufsausübungsbewilligungen, im MedReg in der Regel ein?

| | Sofort mit dem Entscheid (automatisiert) | Sofort mit dem Entscheid (von Hand) | Innert einer Woche | Innert eines Monats | Mind. alle zwei Monate | Mind. halbjährlich | Mind. jährlich | Seltener als jährlich | Überhaupt nicht | Keine Antwort |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ärztinnen und Ärzte | i | i | i | i | i | i | i | i | i | i |
| Zahnärztinnen und Zahnärzte | i | i | i | i | i | i | i | i | i | i |
| Chiropraktorinnen und Chiropraktoren | i | i | i | i | i | i | i | i | i | i |
| Apothekerinnen und Apotheker | i | i | i | i | i | i | i | i | i | i |
| Tierärztinnen und Tierärzte | i | i | i | i | i | i | i | i | i | i |

q27: Inwiefern und aus welchen Gründen gibt es Lücken der Einträge Ihres Kantons im MedReg?

*Falls relevant, bitten wir Sie, nach den Berufsgruppen gemäss MedBG zu unterscheiden.*

q28: Wo sehen Sie bezüglich MedReg das grösste Optimierungspotenzial?

*Falls relevant, bitten wir Sie, nach den Berufsgruppen gemäss MedBG zu unterscheiden.*

q29: Was läuft in Ihrem Kanton in Bezug auf das MedReg (z.B. Bewirtschaftung des Registers) besonders gut und könnte als Beispiel für Best Practice verwendet werden?

*Falls relevant, bitten wir Sie, nach den Berufsgruppen gemäss MedBG zu unterscheiden.*

## Aufsicht

q30: Ist es Ihnen möglich, Ihrer Aufsichtspflicht gemäss MedBG nachzukommen?

- ¡ Ja, vollumfassend
- ¡ Ja, teilweise
- ¡ Nein

q31: Welche Herausforderungen sehen Sie in der Aufsicht, und wie könnte das MedBG dazu beitragen, diese zu mildern?

q32: Hat Ihr Kanton Aufgaben der Aufsicht in Verbindung mit dem MedBG an kantonale Berufsverbände delegiert?

- ¡ Ja
- ¡ Nein

q33: Bitte erläutern Sie, welche Aufgaben Sie delegiert haben und an wen.

q34: Wie häufig kommt es durchschnittlich pro Jahr vor, dass Sie Disziplinarmassnahmen aussprechen?

*Bitte geben Sie die durchschnittliche Anzahl der Fälle pro Jahr über die letzten fünf Jahre an.*

| | Ärztinnen und Ärzte | Zahnärztinnen und Zahnärzte | Chiropraktorinnen und Chiropraktoren | Apothekerinnen und Apotheker | Tierärztinnen und Tierärzte |
|---|---|---|---|---|---|
| Verwarnung | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Verweis | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Busse | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Befristetes Verbot der Berufsausübung | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Definitives Verbot der Berufsausübung | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

q35: Auf welchem Weg informieren Sie andere Kantone über die Eröffnung von Disziplinarverfahren?

| | Ärztinnen und Ärzte | Zahnärztinnen und Zahnärzte | Chiropraktorinnen und Chiropraktoren | Apothekerinnen und Apotheker | Tierärztinnen und Tierärzte |
|---|---|---|---|---|---|
| Automatisiert im System | .. | .. | .. | .. | .. |
| Nicht automatisiert, aber als Teil des Prozesses der Verfahrenseröffnung | .. | .. | .. | .. | .. |
| Nicht systematisch | .. | .. | .. | .. | .. |
| Gar nicht | .. | .. | .. | .. | .. |
| Anderes, nämlich: | .. | .. | .. | .. | .. |

q36: Kommt es vor, dass Sie einen Kanton über ein Disziplinarverfahren informieren, obwohl die vom Verfahren betroffene Person in diesem Kanton über keine Berufsausübungsbewilligung verfügt? Bitte erläutern Sie.

q37: Wie häufig kommt es durchschnittlich pro Jahr vor, dass Sie von anderen Kantonen über die Eröffnung von Disziplinarverfahren informiert werden?

*Bitte geben Sie die durchschnittliche Anzahl der Fälle pro Jahr über die letzten fünf Jahre an.*

| | Häufigkeiten pro Jahr |
|---|---|
| Ärztinnen und Ärzte | _____ |
| Zahnärztinnen und Zahnärzte | _____ |
| Chiropraktorinnen und Chiropraktoren | _____ |
| Apothekerinnen und Apotheker | _____ |
| Tierärztinnen und Tierärzte | _____ |

## Strafbestimmungen

*Das 8. Kapitel des MedBG enthält einen Abschnitt zu Strafbestimmungen. Demnach wird mit Busse bestraft, wer*

a. *vorgibt, ein Diplom oder einen Weiterbildungstitel nach diesem Gesetz zu besitzen, ohne dieses oder diesen rechtmässig erworben zu haben;*
b. *ohne die Aus- oder Weiterbildung nach diesem Gesetz erfolgreich abgeschlossen zu haben, eine Bezeichnung verwendet, die den Eindruck erweckt, er habe die betreffende Aus- oder Weiterbildung nach diesem Gesetz absolviert;*
c. *eine Medizinalperson beschäftigt, die den Medizinalberuf ausübt, ohne im Register eingetragen zu sein.*

*Disziplinarverfahren sind an anderer Stelle geregelt.*

q38: Wie häufig erhalten Sie durchschnittlich pro Jahr Hinweise zu möglichen Verstössen gegen die Strafbestimmungen?

| | Anzahl Hinweise pro Jahr |
|---|---|
| Ärztinnen und Ärzte | _____ |
| Zahnärztinnen und Zahnärzte | _____ |
| Chiropraktorinnen und Chiropraktoren | _____ |
| Apothekerinnen und Apotheker | _____ |
| Tierärztinnen und Tierärzte | _____ |

q39: Von wem erhalten Sie solche Hinweise zu möglichen Verstössen gegen Strafbestimmungen?

| | Ärztinnen und Ärzte [1)] | Zahnärztinnen und Zahnärzte [2)] | Chiropraktorinnen und Chirpraktoren [3)] | Apothekerinnen und Apotheker [4)] | Tierärztinnen und Tierärzte [5)] |
|---|---|---|---|---|---|
| Meldung von Gerichts- oder Verwaltungsbehörden | .. | .. | .. | .. | .. |
| Meldung von Versicherungen | .. | .. | .. | .. | .. |
| Meldung von Berufsorganisationen | .. | .. | .. | .. | .. |
| Meldung von anderen Fachpersonen | .. | .. | .. | .. | .. |
| Meldung von Patient:innen, Patient:innen-Organisationen oder Angehörigen | .. | .. | .. | .. | .. |
| Meldung von ausländischen Behörden | .. | .. | .. | .. | .. |
| Öffentliches Bekanntwerden von Hinweisen (Medien, etc.) | .. | .. | .. | .. | .. |
| Persönliche (auch anonyme) Hinweise von Dritten | .. | .. | .. | .. | .. |
| Noch nie Meldungen erhalten | .. | .. | .. | .. | .. |
| Andere Quellen: | .. | .. | .. | .. | .. |

q40: Wie häufig kommt es durchschnittlich pro Jahr vor, dass Sie Strafanzeige erstatten, und auf welcher Grundlage tun Sie das?

| | Ärztinnen und Ärzte | Zahnärztinnen und Zahnärzte | Chiropraktorinnen und Chiropraktoren | Apothekerinnen und Apotheker | Tierärztinnen und Tierärzte |
|---|---|---|---|---|---|
| Art. 58 Bst. a MedBG | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Art. 58 Bst. b MedBG | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Art. 58 Bst. c MedBG | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

## Kommunikation und Informationsaustausch

q41: Wie beurteilen Sie den Informationsaustausch zwischen Ihrem Kanton und den anderen Kantonen insgesamt?

- ¡ Gut
- ¡ Eher gut
- ¡ Eher schlecht
- ¡ Schlecht

q43: Wo sehen Sie bezüglich Informationsaustausch zwischen den Kantonen das grösste Optimierungspotenzial?

q42: Wie beurteilen Sie den Informationsaustausch zwischen Ihrem Kanton und dem Bund insgesamt?

- ¡ Gut
- ¡ Eher gut
- ¡ Eher schlecht
- ¡ Schlecht

q44: Wo sehen Sie bezüglich Informationsaustausch zwischen Bund und Kantonen das grösste Optimierungspotenzial?

q45: Was sind für Sie Beispiele von gelungenem Informationsaustausch zwischen Kantonen und zwischen Bund und Kantonen?

## Optimierungspotenziale

q47: Welche Elemente des MedBG und seiner Verordnungen verhindern einen effizienten und wirksamen Vollzug?

q48: Wo sehen Sie das grösste Optimierungspotenzial auf Ebene der rechtlichen Grundlagen (MedBG und seine Verordnungen)?

q49: Wo sehen Sie weiteres Optimierungspotenzial auf Ebene des Vollzugs des MedBG und seiner Verordnungen, das Sie noch nicht genannt haben?

q50: Wo gibt es aus Ihrer Sicht im MedBG und seinen Verordnungen überregulierte Bereiche und welche Anpassungen daran schlagen Sie vor?

q51: Gibt es weitere Beispiele von Best Practice rund um das MedBG und seinen Vollzug, die Sie hier nennen möchten?

q52: Haben Sie weitere Bemerkungen zum MedBG und dessen Vollzug?

Folgende Fragen hat bereits die Befragung zur Studie Kantonale Aufsicht über die Berufsausübung gemäss MedBG, GesBG und PsyG (Büro Vatter, 2021) adressiert. Wir nehmen sie deshalb nicht erneut auf, sondern verwenden bei Bedarf den Bericht zur Studie als Grundlage.

| **Berufsausübungsbewilligung** |
|---|
| Fragen dazu, welche Dokumente und Angaben geprüft werden, und dies auch in Bezug auf die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen der Sprachkompetenzen. |
| Fragen zum konkreten Ablauf der Prüfung und Ausstellung der Berufsausübungsbewilligung. |
| Fragen zu Problemen bei der Prüfung der Gesuche. |
| Fragen zur Befristung der Berufsausübungsbewilligungen. |
| Fragen dazu, wie die Kantone davon erfahren, wenn sich Angaben zu Personen, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, ändern sowie Fragen zum Nachführen von Änderungen im MedReg. |
| Fragen zu Personen, die ohne Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind und Massnahmen dagegen. |
| **Aufsicht über die Einhaltung der Berufspflichten** |
| Fragen zu Zeitpunkten und Gründen der Überprüfung der Berufspflichten. |
| Fragen dazu, woher Hinweise zu möglichen Verletzungen der Berufspflichten kommen. |
| Fragen zur Häufigkeit von Hinweisen auf mögliche Verletzungen von Berufspflichten. |
| Fragen zu 90-Tage-Dienstleistungserbringenden. |
| Fragen zu Problemen bei der Aufsicht. |

Tabelle 11: Fragen, die in der Online-Befragung der Kantone nicht berücksichtigt werden

## A-9 Online-Befragung der weiteren Akteure

Nachfolgend wird die Online-Befragung der weiteren Akteure präsentiert.

### Willkommen zur Online-Befragung zur Evaluation des Medizinalberufegesetzes MedBG

Bitte geben Sie an, für welche Art von Organisation Sie diesen Fragebogen ausfüllen.

○ Berufsorganisation
○ Für die Weiterbildung verantwortliche Organisation
○ Fakultät einer universitären Hochschule
○ Prüfungskommission

Bitte geben Sie den Namen Ihrer Organisation an.

### Allgemein

Welche Erwartungen haben Sie ans MedBG und inwiefern werden diese vom MedBG erfüllt?

Sehen Sie insgesamt einen Anpassungsbedarf am MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn?

○ Ja, grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher kleiner Anpassungsbedarf
○ Ja, kleiner Anpassungsbedarf
○ Nein, kein Anpassungsbedarf
○ Keine Antwort

### Grundsätze und Ziele

Kapitel 2 des MedBG definiert Grundsätze und Ziele der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Es zählt zudem auf, wozu die Aus- und Weiterbildungen die Absolventinnen und Absolventen befähigen sollen. Darüber hinaus enthält es Bestimmungen zu den eidgenössischen Diplomen und Weiterbildungstiteln.

Inwiefern werden diese Bestimmungen aus Ihrer Sicht in der Praxis korrekt (oder nicht korrekt) umgesetzt?

Welche Stellen dieses Kapitels stellen Sie oder andere Akteure vor besondere Herausforderungen? Bitte erläutern Sie.

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels das grösste Optimierungspotenzial, und wie könnte eine solche Optimierung aussehen?

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels überregulierte Bereiche und welche Anpassungen schlagen Sie diesbezüglich vor?

Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 2 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn?

- ○ Ja, grosser Anpassungsbedarf
- ○ Ja, eher grosser Anpassungsbedarf
- ○ Ja, eher kleiner Anpassungsbedarf
- ○ Ja, kleiner Anpassungsbedarf
- ○ Nein, kein Anpassungsbedarf
- ○ Keine Antwort

## Universitäre Ausbildung

Kapitel 3 des MedBG definiert die universitäre Ausbildung. Es legt allgemeine Ziele und berufsspezifische Ausbildungsziele fest und enthält Bestimmungen zu eidgenössischen Prüfungen und zur Anerkennung ausländischer Diplome.

Inwiefern werden diese Bestimmungen aus Ihrer Sicht in der Praxis korrekt (oder nicht korrekt) umgesetzt?

Welche Stellen dieses Kapitels stellen Sie oder andere Akteure vor besondere Herausforderungen? Bitte erläutern Sie.

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels das grösste Optimierungspotenzial, und wie könnte eine solche Optimierung aussehen?

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels überregulierte Bereiche und welche Anpassungen schlagen Sie diesbezüglich vor?

Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 3 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn?

○ Ja, grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher kleiner Anpassungsbedarf
○ Ja, kleiner Anpassungsbedarf
○ Nein, kein Anpassungsbedarf
○ Keine Antwort

## Weiterbildung

Kapitel 4 des MedBG enthält Bestimmungen zur Weiterbildung. Es legt Ziele und Dauer der und Zulassung zur Weiterbildung fest und regelt die Erteilung der eidgenössischen Weiterbildungstitel sowie die Anerkennung ausländischer Weiterbildungstitel.

Inwiefern werden diese Bestimmungen aus Ihrer Sicht in der Praxis korrekt (oder nicht korrekt) umgesetzt?

Welche Stellen dieses Kapitels stellen Sie oder andere Akteure vor besondere Herausforderungen? Bitte erläutern Sie.

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels das grösste Optimierungspotenzial, und wie könnte eine solche Optimierung aussehen?

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels überregulierte Bereiche und welche Anpassungen schlagen Sie diesbezüglich vor?

Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 4 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn?

○ Ja, grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher kleiner Anpassungsbedarf
○ Ja, kleiner Anpassungsbedarf
○ Nein, kein Anpassungsbedarf
○ Keine Antwort

## Akkreditierung und Anerkennung

Kapitel 5 definiert die Akkreditierung von Aus- und Weiterbildungsgängen und die Anerkennung ausländischer Studiengänge. Es legt Akkreditierungskriterien fest. Für Studiengänge verweist es zusätzlich auf die Voraussetzungen nach Artikel 31 HFKG, für Weiterbildungsgänge legt es das
Akkreditierungsverfahren fest, inklusive der Finanzierung. Es enthält Bestimmungen zur Liste anerkannter ausländischer Studiengänge für Chiropraktik.

Inwiefern werden diese Bestimmungen aus Ihrer Sicht in der Praxis korrekt (oder nicht korrekt) umgesetzt?

Welche Stellen dieses Kapitels stellen Sie oder andere Akteure vor besondere Herausforderungen? Bitte erläutern Sie.

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels das grösste Optimierungspotenzial, und wie könnte eine solche Optimierung aussehen?

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels überregulierte Bereiche und welche Anpassungen schlagen Sie diesbezüglich vor?

Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 5 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn?

- ○ Ja, grosser Anpassungsbedarf
- ○ Ja, eher grosser Anpassungsbedarf
- ○ Ja, eher kleiner Anpassungsbedarf
- ○ Ja, kleiner Anpassungsbedarf
- ○ Nein, kein Anpassungsbedarf
- ○ Keine Antwort

## Berufsausübung und Fortbildung

Kapitel 6 enthält Bestimmungen zu Berufsausübung und Fortbildung. Dazu gehört die Registrierungspflicht inklusive entsprechender Sprach- und Diplomerfordernis, Vorgaben bezüglich Bewilligung (Pflicht, Voraussetzungen, Einschränkung, Auflagen, Entzug) und Meldepflicht, Berufspflichten sowie Bestimmungen zu Aufsichtsbehörde, Amtshilfe und Disziplinarverfahren.

Inwiefern werden diese Bestimmungen aus Ihrer Sicht in der Praxis korrekt (oder nicht korrekt) umgesetzt?

Welche Stellen dieses Kapitels stellen Sie oder andere Akteure vor besondere Herausforderungen? Bitte erläutern Sie.

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels das grösste Optimierungspotenzial, und wie könnte eine solche Optimierung aussehen?

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels überregulierte Bereiche und welche Anpassungen schlagen Sie diesbezüglich vor?

Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 6 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn?

○ Ja, grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher kleiner Anpassungsbedarf
○ Ja, kleiner Anpassungsbedarf
○ Nein, kein Anpassungsbedarf
○ Keine Antwort

## Organisation / MEBEKO / MedReg

Kapitel 7 befasst sich mit der Organisation und definiert die Akkreditierungsinstanz und das Akkreditierungsorgan sowie die Zusammensetzung und Aufgaben der Medizinalberufekommission MEBEKO. Es enthält auch Bestimmungen zum Medizinalberuferegister MedReg.

Inwiefern werden diese Bestimmungen aus Ihrer Sicht in der Praxis korrekt (oder nicht korrekt) umgesetzt?

Welche Stellen dieses Kapitels stellen Sie oder andere Akteure vor besondere Herausforderungen? Bitte erläutern Sie.

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels das grösste Optimierungspotenzial, und wie könnte eine solche Optimierung aussehen?

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieses Kapitels überregulierte Bereiche und welche Anpassungen schlagen Sie diesbezüglich vor?

Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in Kapitel 7 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn?

○ Ja, grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher kleiner Anpassungsbedarf
○ Ja, kleiner Anpassungsbedarf
○ Nein, kein Anpassungsbedarf
○ Keine Antwort

## Rechtsschutz / Strafbestimmungen / Schlussbestimmungen

Kapitel 8 definiert den Rechtsschutz und die Strafbestimmungen, Kapitel 9 definiert die Schlussbestimmungen.

Inwiefern werden diese Bestimmungen aus Ihrer Sicht in der Praxis korrekt (oder nicht korrekt) umgesetzt?

Welche Stellen dieser Kapitel stellen Sie oder andere Akteure vor besondere Herausforderungen? Bitte erläutern Sie.

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieser Kapitel das grösste Optimierungspotenzial, und wie könnte eine solche Optimierung aussehen?

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieser Kapitel überregulierte Bereiche und welche Anpassungen schlagen Sie diesbezüglich vor?

Sehen Sie einen Anpassungsbedarf in den Kapiteln 8 und 9 des MedBG und falls ja, als wie gross erachten Sie ihn?

○ Ja, grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher grosser Anpassungsbedarf
○ Ja, eher kleiner Anpassungsbedarf
○ Ja, kleiner Anpassungsbedarf
○ Nein, kein Anpassungsbedarf
○ Keine Antwort

## Weiteres

Bei welchen weiteren Punkten des MedBG sehen Sie Anpassungsbedarf?

Welche dieser Punkte stellen Sie oder andere Akteure vor besondere Herausforderungen? Bitte erläutern Sie.

Wo gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich dieser Punkte das grösste Optimierungspotenzial, und wie könnte eine solche Optimierung aussehen?

Wo gibt es aus Ihrer Sicht weitere überregulierte Bereiche und welche Anpassungen schlagen Sie diesbezüglich vor?

## Optimierungspotenziale und Abschluss

Wo sehen Sie weiteres Optimierungspotenzial auf Ebene des Vollzugs des MedBG und seiner Verordnungen, das Sie noch nicht genannt haben?

Gibt es Beispiele von Best Practice rund um das MedBG und seinen Vollzug, die Sie hier nennen möchten?

Haben Sie weitere Bemerkungen zum MedBG und dessen Vollzug?

## A-10 Datenanalyse

*Überblick*

| Daten | Quelle |
|---|---|
| Anzahl akkreditierter Studiengänge | Webseite Akkreditierungsrat (Link) |
| Anzahl akkreditierter Weiterbildungsgänge | Webseite BAG (Link) |
| Anzahl ausgestellter eidgenössischer Diplome und Weiterbildungstitel | Analyse BAG / BASS (MedReg) (Link) |
| Anzahl anerkannter ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel | Analyse BAG / BASS (MedReg) (Link) |
| Anzahl erteilter Berufsausübungsbewilligungen (inklusive Unterscheidung zwischen eidg. und anerkannten ausl. Diplom) | Analyse BAG / BASS (MedReg) (Link)<br>Medizinalberufestatistik BAG (Link) |
| Anzahl Registrierungen von nicht anerkennbaren Diplomen aus dem Ausland durch die MEBEKO zur Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht | Jahresberichte MEBEKO (Link) |
| Anzahl Disziplinarverfahren und -massnahmen | Online-Befragung der Kantone |

Tabelle 12: Daten für die Darstellung des Mengengerüsts.

*In der Schweiz akkreditierte Studiengänge der Medizinalberufe*

| Studienprogramm | Hochschule | Datum | Gültig bis |
|---|---|---|---|
| Humanmedizin | UZH | 22.03.2019 | 21.03.2026 |
| Humanmedizin | UNISG / UZH | 23.06.2023 | 22.06.2030 |
| Humanmedizin | UNILU / UZH | 23.06.2023 | 22.06.2030 |
| Humanmedizin | UNIBE | 07.12.2018 | 06.12.2025 |
| Humanmedizin | UNIBAS | 07.12.2018 | 06.12.2025 |
| Médecine humaine | UNIFR | 17.12.2021 | 16.12.2028 |
| Médecine humaine | UNIGE | 07.06.2019 | 06.06.2026 |
| Médecine humaine | UNIL | 07.12.2018 | 06.12.2025 |
| Medicina umana | USI | 24.03.2023 | 23.03.2030 |
| Zahnmedizin | UZH | 22.03.2019 | 21.03.2026 |
| Zahnmedizin | UNIBE | 07.12.2018 | 06.12.2025 |
| Zahnmedizin | UNIBAS | 07.12.2018 | 06.12.2025 |
| Médecine dentaire | UNIGE | 07.06.2019 | 06.06.2026 |
| Pharmazie | UNIBE | 25.03.2022 | 24.03.2029 |
| Pharmazie | UNIBAS | 07.06.2019 | 06.06.2026 |
| Pharmazie | ETH Zürich | 07.06.2019 | 06.06.2026 |
| Sciences pharmaceutiques | UNIGE | 27.09.2019 | 26.09.2026 |
| Veterinärmedizin | UNIBE / UZH | 23.03.2018 | 22.03.2025 |
| Chiropraktische Medizin | UZH | 26.03.2021 | 25.03.2028 |

Tabelle 13: Übersicht über die durch den Schweizerischen Akkreditierungsrat erfolgten Programmakkreditierungen für Studiengänge, die zu einem eidgenössischen Diplom gemäss MedBG führen. Quelle: Schweizerischer Akkreditierungsrat. Stand: Oktober 2024.

*Ausländische Nationalitäten bei Prüfungsabschluss für eidg. Diplom*

| Humanmedizin | Zahnmedizin | Pharmazie | Veterinärmedizin | Chiropraktik |
|---|---|---|---|---|
| Frankreich (265) | Deutschland (26) | Frankreich (120) | Deutschland (23) | Frankreich (18) |
| Deutschland (167) | Frankreich (24) | Deutschland (67) | | Deutschland (3) |
| Tunesien (55) | Italien (15) | Tunesien (50) | | Belgien (3) |
| Italien (49) | Russland (10) | Marokko (25) | | |
| Serbien (36) | Syrien (9) | | | |

Tabelle 14: Häufigste Nationalitäten (ausg. Schweiz) bei Prüfungsabschluss für ein eidg. Diplom, nach Medizinalberuf. Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

*Anerkannte ausländische Diplome*

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Deutschland | 1316 | 1224 | 1296 | 1239 | 1242 | 1570 | 1406 | 1136 | 1161 | 1401 | 1352 | **14343** |
| Italien | 727 | 672 | 683 | 623 | 570 | 513 | 473 | 495 | 448 | 481 | 678 | **6363** |
| Frankreich | 543 | 454 | 660 | 548 | 519 | 385 | 369 | 395 | 395 | 421 | 438 | **5127** |
| Österreich | 186 | 209 | 225 | 222 | 213 | 254 | 214 | 167 | 165 | 187 | 166 | **2208** |
| Rumänien | 118 | 111 | 140 | 152 | 203 | 192 | 187 | 195 | 222 | 246 | 316 | **2082** |

Tabelle 15: Anzahl anerkannter ausländischer Diplome für die fünf häufigsten Ausstellungsländer. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Humanmedizin | 2846 | 2575 | 3109 | 2948 | 2948 | 3291 | 2940 | 2740 | 2735 | 3052 | 3363 |
| Zahnmedizin | 434 | 480 | 459 | 347 | 400 | 339 | 341 | 327 | 367 | 429 | 464 |
| Pharmazie | 205 | 234 | 264 | 246 | 292 | 201 | 182 | 218 | 210 | 288 | 303 |
| Veterinärmedizin | 77 | 81 | 93 | 74 | 95 | 160 | 187 | 156 | 214 | 212 | 190 |
| Chiropraktik | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabelle 16: Anerkannte ausländische Diplome, nach Medizinalberuf. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

*Anerkannte ausländische Weiterbildungstitel*

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Praktische Ärz-tin/ Praktischer Arzt | 261 | 229 | 331 | 271 | 274 | 277 | 227 | 195 | 219 | 204 | 267 | **2755** |
| Allgemeine In-nere Medizin | 131 | 131 | 139 | 147 | 147 | 134 | 157 | 113 | 127 | 134 | 127 | **1487** |
| Anästhesiologie | 134 | 107 | 121 | 97 | 110 | 97 | 102 | 123 | 116 | 118 | 111 | **1236** |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 118 | 107 | 139 | 135 | 123 | 93 | 91 | 101 | 106 | 103 | 99 | **1215** |
| Radiologie | 88 | 77 | 69 | 68 | 70 | 68 | 85 | 89 | 66 | 92 | 89 | **861** |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | 99 | 59 | 91 | 88 | 81 | 81 | 74 | 70 | 57 | 74 | 54 | **828** |

Tabelle 17: Anzahl anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel in der Humanmedizin nach Fachgebiet. Quelle: Statistiken aller Medizinalberufe, BAG (2023).

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kieferorthopädie | 49 | 36 | 38 | 34 | 39 | 32 | 26 | 25 | 37 | 41 | 40 | **397** |
| Oralchirurgie | 15 | 11 | 13 | 11 | 13 | 4 | 13 | 16 | 17 | 22 | 13 | **148** |
| Parodontologie | 0 | 1 | 1 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | **10** |

Tabelle 18: Anzahl anerkannter Weiterbildungstitel in der Zahnmedizin nach Fachgebiet. Quelle: Statistiken aller Medizinalberufe, BAG (2023).

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Deutsch-land | 766 | 645 | 778 | 736 | 709 | 739 | 717 | 690 | 706 | 797 | 776 | 8059 |
| Frankreich | 353 | 259 | 386 | 332 | 329 | 224 | 214 | 215 | 228 | 233 | 266 | 3039 |
| Italien | 317 | 161 | 201 | 199 | 149 | 128 | 126 | 132 | 130 | 161 | 148 | 1852 |
| Österreich | 51 | 50 | 64 | 68 | 58 | 66 | 82 | 32 | 35 | 55 | 50 | 611 |
| Spanien | 34 | 29 | 38 | 28 | 27 | 27 | 30 | 23 | 31 | 25 | 43 | 335 |
| Griechen-land | 43 | 23 | 28 | 39 | 41 | 24 | 31 | 21 | 22 | 15 | 29 | 316 |
| Belgien | 27 | 17 | 31 | 28 | 34 | 19 | 26 | 27 | 32 | 26 | 34 | 301 |
| Nieder-lande | 6 | 12 | 16 | 12 | 8 | 16 | 12 | 15 | 20 | 8 | 12 | 137 |
| Grossbri-tannien | 9 | 4 | 13 | 7 | 19 | 13 | 15 | 11 | 8 | 4 | 11 | 114 |
| Portugal | 3 | 10 | 10 | 9 | 9 | 17 | 7 | 4 | 7 | 9 | 10 | 95 |
| Schweden | 8 | 3 | 4 | 10 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 1 | 51 |
| Norwegen | 3 | 1 | 4 | 1 | 2 | 6 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | 23 |
| ehem. DDR | 5 | 6 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 17 |
| Dänemark | 1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 15 |
| Finnland | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 12 |
| Irland | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 |

Tabelle 19: Anerkannte ausländische Weiterbildungstitel in Humanmedizin nach Ausstellungsland. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Deutschland | 20 | 19 | 27 | 21 | 17 | 13 | 25 | 21 | 23 | 35 | 25 | 246 |
| Italien | 21 | 20 | 12 | 9 | 15 | 6 | 5 | 12 | 6 | 11 | 14 | 131 |
| Frankreich | 12 | 6 | 5 | 6 | 11 | 7 | 4 | 4 | 17 | 4 | 9 | 85 |
| Rumänien | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 20 |
| Ungarn | 1 | 0 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 14 |
| Griechenland | 4 | 0 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 12 |
| Belgien | 1 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 11 |
| Grossbritannien | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| Dänemark | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Litauen | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Schweden | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Kroatien | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Bulgarien | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Niederlande | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Vereinigte Staaten von Amerika | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Polen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Portugal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Canada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Österreich | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Tabelle 20: Anerkannte ausländische Weiterbildungstitel in Zahnmedizin nach Ausstellungsland. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

| | Humanmedizin | | | | Zahnmedizin | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frau | Mann | Total | Frauen % | Frau | Mann | Total | Frauen % |
| 2013 | 593 | 1116 | 1709 | 35% | 26 | 38 | 64 | 41% |
| 2014 | 493 | 803 | 1296 | 38% | 23 | 25 | 48 | 48% |
| 2015 | 642 | 1034 | 1676 | 38% | 23 | 29 | 52 | 44% |
| 2016 | 633 | 940 | 1573 | 40% | 19 | 29 | 48 | 40% |
| 2017 | 609 | 917 | 1526 | 40% | 16 | 40 | 56 | 29% |
| 2018 | 626 | 765 | 1391 | 45% | 18 | 18 | 36 | 50% |
| 2019 | 578 | 787 | 1365 | 42% | 21 | 18 | 39 | 54% |
| 2020 | 545 | 726 | 1271 | 43% | 17 | 24 | 41 | 41% |
| 2021 | 604 | 709 | 1313 | 46% | 25 | 29 | 54 | 46% |
| 2022 | 633 | 787 | 1420 | 45% | 25 | 39 | 64 | 39% |
| 2023 | 680 | 799 | 1479 | 46%u | 27 | 26 | 53 | 51% |

Tabelle 21: Frauenanteil bei den anerkannten Weiterbildungstiteln in Human- und Zahnmedizin. Quelle: Statistiken Medizinalberufe, BAG (2023).

## A-11 Fokusgruppen

| Organisation | Name |
|---|---|
| Kantone (Humanmedizin, Pharmazie, Chiropraktik) | |
| Kanton Genf | Ana Gurau |
| Kanton Aargau | Christian Prochaska |
| Kanton St. Gallen | Tom Zuber-Hagen |
| Kanton Freiburg | Sophie Chassot |
| KAV | Marie-Christine Grouzmann |
| BAG | Cinzia Zeltner |
| BAG | Gian-Luca Marsella |
| Kantone (Tiermedizin, Zahnmedizin) | |
| VKZS | Peter Suter |
| VSKT | Peter Uehlinger |
| BAG | Cinzia Zeltner |
| BAG | Gian-Luca Marsella |
| Berufsverbände: Humanmedizin | |
| VKS | Ana Gurau |
| SMIFK | Frank Zimmermann |
| SIWF | Valentine Jaccard |
| SIWF | Nathalie Koch |
| FMH | Jana Siroka |
| FMH | Gabriela Lang |
| FMH | Philipp Eggimann |
| VLSS | Patrick Mettler |
| VLSS | Thomas Eichenberger |
| Berufsverbände: Zahnmedizin | |
| VKZS | Peter Suter |
| BZW | Nora Weber |
| SSO | Jean-Philippe Haesler |
| SSO | Simon Gassmann |
| SSO | Ivo Bühler |
| Berufsverbände: Pharmazie | |
| KAV | Marie-Christine Grouzmann |
| SAPhW | Christine Moll |
| Institut FPH | Barbara Frei Haller |

| | |
|---|---|
| pharmaSuisse | Denise Hugentobler |
| GSASA | Sara Iten |
| Berufsverbände: Tiermedizin | |
| VSKT | Peter Uehlinger |
| GST | Olivier Glardon |
| Berufsverbände: Chiropraktik | |
| Schweizerische Akademie für Chiropraktik | Patricia Schaller |
| Schweizerische Akademie für Chiropraktik | Lydia Tchambaz |
| ChiroSuisse | Beatrice Wettstein |
| ChiroSuisse | Sabine Schlaeppi |

Tabelle 22: Teilnehmerinnen und Teilnehmer Fokusgruppen

## A-12 Einschränkungen, Auflagen und Verweigerung von Berufsausübungsbewilligung: Beispiele

Berufsausübungsbewilligungen werden gemäss Rückmeldungen in der Kantonsbefragung beispielsweise in den folgenden Fällen mit Einschränkungen oder Auflagen erteilt:

- Bei älteren Medizinalpersonen:
  - Ein Kanton begrenzt die Bewilligung ab 70 Jahren (ein anderer ab 75) auf zwei Jahre, für eine Verlängerung sind Fortbildungsnachweise vorzulegen. Ein weiterer Kanton kennt ebenfalls eine solche Regelung für Personen ab 70 Jahren, ohne zu präzisieren, wie lange die Bewilligung gilt.
  - In zwei Kantonen dürfen pensionierte Ärztinnen und Ärzte nur noch Familienmitglieder behandeln.
  - Ein über 80-jähriger Chirurg darf in einem Kanton nicht mehr als Chirurg arbeiten, er erhält aber noch eine Berufsausübungsbewilligung.
- In der Behandlung:
  - Zahnärzte dürfen in einem Kanton Botoxbehandlungen nur im Zusammenhang mit dem Kausystem durchführen.
  - Zwei Kantone nennen Auflagen im Zusammenhang mit der Anwendung und Verschreibung von Arzneimitteln.
  - Ein Kanton verwendet als Auflage das Verbot der Behandlung von Patientinnen.
- Bezüglich Bewilligungsvoraussetzungen und Berufspflichten:
  - Drei Kantone erteilen manchmal die Auflage, die Fortbildungspflicht nachzuholen.
  - Ein Kanton scheint auch Bewilligungen auszustellen, obwohl die Spracherfordernis gemäss MedBG nicht gegeben ist. Sodann formuliert er die Spracherfordernis als Auflage.
  - Ein Kanton erteilt die Auflage, regelmässige Bestätigungen über die psychische und physische Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung einzuholen.
- Bezüglich weiterer Aspekte:
  - Ein Kanton verwendet die Auflage, dass der Strafregisterauszug eingereicht werden muss.
  - Ein Kanton verknüpft in Einzelfällen die Bewilligung mit gesundheitspolizeilichen Auflagen; dies bei aufsichtsrechtlichen Verfahren im eigenen oder in einem anderen Kanton oder bei anderweitigen strafrechtlichen Verurteilungen.
  - In einem Kanton sind alle Berufsausübungsbewilligungen auf zehn Jahre begrenzt.
  - Ein Kanton erteilt räumliche Auflagen, ohne diese zu präzisieren, ein anderer Kanton erteilt die Auflage, dass nur in einer bestimmten Institution gearbeitet werden darf.

Die Kantone nennen auch verschiedene Gründe für die Verweigerung von Berufsausübungsbewilligungen:

- Fehlende Unterlagen, falsche Angaben oder Weigerung, Auskünfte zu erteilen.
- Mangelnde Vertrauenswürdigkeit oder Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung:
  - Laufendes Administrativ- oder Disziplinarverfahren respektive Entzug oder Verweigerung der Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton
  - Vorstrafen
  - Resultat der ärztlichen Kontrolle bei Personen ab 70 Jahren
  - Ungenügende Räumlichkeiten
- Nichterfüllen der Sprachkompetenzen
- Fehlender Weiterbildungstitel für den Arzt-, den Chiropraktoren- oder den Apothekerberuf
- Nichterfüllung der Bewilligungsvoraussetzung für Personen aus Drittstaaten
- Weiteres
  - Mangelnde Qualifikation (nicht präzisiert)
  - Ungenügende Berufserfahrung (nicht präzisiert)
  - Fehlender MedReg-Eintrag
  - Schützenswerte Daten (nicht präzisiert)