

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Sekretariat
3003 Bern

Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen AerzteGesellschaften KKA-CCM zur Änderung des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Burkhalter, sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Änderungen im Rahmen der ersten Revision des Medizinalberufegesetzes (nachfolgend MedBG) Stellung nehmen zu können. Unsere Ausführungen gliedern sich in drei Teile. Zuerst erfolgen allgemeine Bemerkungen zur vorgeschlagenen Revisionsvorlage. In einem zweiten Teil äussern wir uns zu einzelnen Bestimmungen des Entwurfs des revidierten MedBG und zuletzt präsentieren wir unsere Schlussfolgerungen. Unsere Stellungnahme beschränkt sich hierbei auf Aspekte der Vorlage, welche für die Ärzteschaft von wesentlichem Interesse sind. Im Übrigen möchten wir auch auf die Stellungnahme der FMH verweisen, welche sich umfassend zur Revisionsvorlage äussert. Die KKA unterstützt ausdrücklich diese Stellungnahme.

I. Grundsätzliche Bemerkungen

A. Hintergrund der Gesetzesrevision

Hintergrund der Gesetzesrevision ist der Anpassungsbedarf des MedBG aufgrund der von der Schweiz zu berücksichtigenden Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Union (EuGH) sowie aufgrund der innerstaatlich veränderten Rechtslage seit Inkraftsetzung von Art. 118a BV. Darüber hinaus will der Gesetzgeber diese Revision des MedBG dazu nutzen, andere laufende Projekte ins MedBG einzubauen bzw. Schwachstellen, welche von den mit dem Vollzug des Gesetzes betrauten Kantonen beanstandet werden, zu korrigieren.

Gegen die Anpassung des Gesetzes an das relevante Europäische Recht ist grundsätzlich nichts auszusetzen. Daher wird nachfolgend vor allem auf die nicht durch Staatsvertrag bedingten Revisionsvorschläge aus rechtlicher Sicht näher eingegangen. Im Sinne einer Vorbemerkung möchten wir allerdings festhalten, dass die Anpassung an Europäisches Recht zum Anlass einer relativ umfassenden Gesetzesrevision genommen wird. Dabei werden Anliegen aus anderen Vorlagen wie z.B. der eHealth-Vorlage oder dem Gegenvorschlag zur Hausarztinitiative sowie indirekt aus der laufenden Revision des

Heilmittelgesetzes HMG in die Revisionsvorlage aufgenommen, diese also politisch neu bzw. anders verpackt. Wir sind sehr skeptisch gegenüber einem solchen Vorgehen und sind aus demokratischen Gründen der Meinung, dass Auswirkungen des Gegenvorschlags zur Hausarztinitiative und der eHealth-Vorlage auf das MedBG im Rahmen der jeweils massgeblichen Vorlage und nicht innerhalb der vorliegenden Revisionsvorlage zum MedBG zu diskutieren und zu entscheiden sind.

B. Rücknahme der Gesetzesdelegation gemäss Art. 2 Abs. 2 MedBG

Zur Erfüllung seiner Zweckbestimmung stellt das MedBG Regeln zur selbstständigen Ausübung der universitären Medizinalberufe auf (vgl. Art. 1 Abs. 2 lit. e MedBG). Die universitären Medizinalberufe sind hierbei in Art. 2 Abs. 1 MedBG aufgezählt, wobei diese Aufzählung nicht abschliessend ist. Der Bundesrat kann weitere Berufe im Bereich des Gesundheitswesens als universitäre Medizinalberufe bezeichnen und dem MedBG unterstellen, wenn diese Berufe eine wissenschaftliche Ausbildung und eine berufliche Kompetenz erfordern, die mit denen der universitären Medizinalberufe gemäss Art. 2 Abs. 1 MedBG vergleichbar sind und dies zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung erforderlich ist.

Durch diese Kompetenzerteilung hat der Gesetzgeber dem Bundesrat eine Kernentscheidung des MedBG, nämlich die Bezeichnung der anerkannten Berufe und die damit einhergehende Unterstellung unter das MedBG, zugewiesen. Die Übertragung dieser Kompetenz auf den Bundesrat wird von der Lehre, welche eine jeweilige Gesetzesänderung vorgezogen hätte, zu Recht kritisiert (vgl. Medizinalberufegesetz Kommentar, Ayer/Kieser/Poledna/Sprumon (Hrsg.), Ueli Kieser N 5 zu Art. 2). Sie mag beim Erlass des Gesetzes berechtigt gewesen sein, um die Psychologinnen und Psychologen dem Gesetz unterstellen zu können. Nachdem nun für diese Berufsgruppe ein spezielles Gesetz ausgearbeitet worden ist, erscheint eine derart weit gefasste Kompetenzdelegation an die Exekutive indes als nicht mehr gerechtfertigt. Die Unterstellung eines Berufs unter das Gesetz hat für diesen Beruf einschneidende Konsequenzen. Daher sollte ein solcher Entscheid demokratisch legitimiert sein, d.h. durch eine formelle MedBG-Revision erfolgen, auch um betroffenen Kreisen die Referendumsmöglichkeit zu eröffnen. Die vorliegende Revision des MedBG würde eine Gelegenheit bieten, diese Kompetenzverteilung allenfalls zu ändern bzw. zumindest zu hinterfragen. Dabei ist zu beachten, dass der vorgesehene Ersatz des Begriffs der selbstständigen Ausübung zur Folge haben wird, dass sich der persönliche Anwendungsbereich des MedBG verändern und insbesondere auch erweitern wird.

C. Weitere Revisionspunkte

Die FMH erwähnt in ihrer Stellungnahme weitere Revisionspunkte, die wir unterstützen. Dies gilt für die Anerkennung ausländischer Weiterbildungstitel ebenso wie für die Erweiterung des Berufsgeheimnisses. Ärztinnen und Ärzte müssen z.B. im familien-, Kindes- oder vormundschaftsrechtlichen Fragen ein Recht haben, die Aussage als Zeuge zu verweigern, dies sogar dann, wenn sie von eigenen Patientinnen und Patienten als Zeuge bezeichnet

werden. Hier gehen Berufspflichten und Berufsethos vor.

D. Begriff „privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“

Das MedBG dient der öffentlichen Gesundheit und regelt zu diesem Zweck die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Berufsausübung der universitären Medizinalberufe. Was die Berufsausübung anbelangt, ist hierbei entscheidend, wann die Regeln des Gesetzes zur Anwendung gelangen. Die Kantone, welche mit dem Vollzug eines beträchtlichen Teils des MedBG betraut sind, verlangen in diesem Zusammenhang eine möglichst einheitliche Regelung für alle in eigener fachlicher Verantwortung tätigen universitären Medizinalpersonen. Der Bund soll hierbei die Berufsausübung der universitären Medizinalpersonen möglichst umfassend regeln. Dieses Anliegen der Kantone ist verständlich. Um dem entgegenzukommen, soll gemäss der Revisionsvorlage der Begriff „selbständige Berufsausübung“ durch „privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“ ersetzt werden. Trotz derzeitig unbefriedigender Praxis, bezweifeln wir indes stark, dass dies zielführend ist.

Zur Abgrenzung der selbständigen von der unselbständigen Tätigkeit wird zurzeit auf die im Steuer- und Sozialrecht entwickelten Kriterien der Abgrenzung zwischen der selbständigen und unselbständigen Berufsausübung abgestellt. Massgebend dabei sind die tatsächlichen wirtschaftlichen Gegebenheiten; das Vorliegen eines mit „Arbeitsvertrag“ bezeichneten Dokuments oder dergleichen sagt hierbei über die Qualifikation nichts aus. Vielmehr sind im konkreten Einzelfall alle Umstände zu berücksichtigen und eine angemessene Gewichtung der einzelnen Kriterien vorzunehmen. Die Anwendung der entwickelten Kriterien gestaltet sich mitunter als schwierig, dies im übrigen auch in Zusammenhang mit der Festlegung der AHV-Pflicht (vgl. Medizinalberufegesetz Kommentar, Ayer/Kieser/Poledna/Sprumon (Hrsg.), Ueli Kieser N 18 ff. zu Art. 1). Dieser Rückgriff auf die im Steuer- und Sozialrecht herrschenden Kriterien stand ferner schon anlässlich der parlamentarischen Debatten bei der Ausgestaltung des MedBG unter Kritik, was aufgrund der völlig anderen Schutzzwecke im Steuer- und Sozialversicherungsrecht im Vergleich zum MedBG nachvollziehbar ist (vgl. Thomas Gächter, Selbständige Berufsausübung im Sinn des Medizinalberufegesetzes und Psychologieberufegesetzes – ein doppeltes Missverständnis und dessen mögliche Folgen, in: HILL Fachartikel N. 2 2009, N 22 f). In der Lehre wurde denn auch darauf hingewiesen, dass die im MedBG statuierte Abgrenzung nicht immer zu klaren und überzeugenden Resultaten führt. So untersteht der selbständige Arzt einer privaten Arztpraxis dem MedBG, die angestellte Assistenzärztin hat demgegenüber allenfalls bestehende kantonale Regelungen über die Berufspflichten zu beachten (vgl. Medizinalberufegesetz Kommentar, Ayer/Kieser/Poledna/Sprumon (Hrsg.), Ueli Kieser N 25 f. zu Art. 1). Es kommt hinzu, dass mit den bisherigen Abgrenzungskriterien, welche vor allem Tätigkeiten auf eigene Rechnung erfassen, Ärzte, welche in einer als Aktiengesellschaft konstituierten Praxis arbeiten, nicht dem MedBG und der darin statuierten Bewilligungspflicht unterstellt sind. Als Lösung dieser Problematik wurde vorgeschlagen, den Kreis der Personen, auf welche das MedBG Anwendung finden soll, zu vergrössern, indem man beispielsweise darauf abstellt, ob eine Heilbehandlung vorgenommen wurde (vgl. Medizinalberufegesetz Kommentar, Ayer/Kieser/Poledna/Sprumon (Hrsg.), Ueli Kieser N 25 f. zu Art. 1). Die Revisionsvorlage

geht andere Wege. Sie schlägt als Begriffsanpassung die „privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“ vor, welche dazu führen soll, dass der Anwendungsbereich bzw. der Gegenstand des MedBG erweitert wird. Wurde bisher auf die im Steuer- und Sozialrecht entwickelten Kriterien abgestellt, soll nun massgeblich sein, ob die Berufsausübung „in eigener fachlicher Verantwortung“ erfolgt oder nicht. Zur Auslegung dieses Begriffs bestehen indes noch keine Kriterien.

Die Anknüpfung von Berufs- und entsprechenden Bewilligungspflichten hat mit Blick auf den Gesetzeszweck zu erfolgen. Von dort her betrachtet ist zu begrüssen, wenn diese Anknüpfung einer Revision unterzogen wird. Auch die vorgeschlagene Umschreibung ist indessen von Unklarheiten nicht frei. So nützt der Verweis des erläuternden Berichts Revision MedBG auf das Psychologieberufegesetz (PsyG), in welchem der Begriff der eigenen fachlichen Verantwortung ebenfalls eingeführt wurde und dessen Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2013 geplant ist, wenig. In der Botschaft zum PsyG steht zum Begriff der eigenen fachlichen Verantwortung nur, dass damit Personen erfasst werden, die in privatrechtlich organisierten Gruppenpraxen arbeiten und nicht unter Aufsicht einer Kollegin oder eines Kollegen stehen. Weitergehend wird immerhin festgehalten, dass hierzu beispielsweise auch delegierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten in leitender Funktion gehören würden (vgl. BBI 2009 6936 f.). Ferner zieht der erläuternde Bericht zur Revision des MedBG zur Auslegung die Bestimmungen des Arbeitsrecht heran und führt aus, dass die Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung, eben gerade nicht weisungsgebunden im Sinne von Art. 321d OR erfolge. Darin liegt jedoch insofern ein Widerspruch begründet, als auch angestellte Psychotherapeuten in leitender Funktion Weisungen ihres Arbeitgebers gemäss Art. 312d OR unterliegen, aufgrund der Botschaft zum PsyG, auf welche der erläuternde Bericht zur Revision des MedBG ebenfalls verweist, angeblich aber in eigener Verantwortung fachlich tätig und somit der Berufsbewilligungspflicht unterstellt sein sollen.

Unklarheiten schafft die vorgeschlagene Neuregelung namentlich auch im stationären Bereich. Zumindest insoweit war die bisherige Umschreibung klar: Die Geltung des Gesetzes im stationären Bereich blieb grundsätzlich ausgeschlossen. Die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung kommt demgegenüber auch in Spitälern vor, mit Bestimmtheit jedenfalls bei Ärztinnen und Ärzten in leitender Stellung. Insoweit führt die vorgeschlagene Regelung zu einer Erstreckung der Berufs- und Bewilligungspflichten im stationären Bereich. Unklar ist indessen inwieweit. So werden z.B. durch die vorgeschlagene Umschreibung „privatwirtschaftliche Berufsausübung“ unter anderem öffentliche Aufgaben bzw. öffentliche Dienstleistungen ausgeschlossen. Was bedeutet dies? KVG-Leistungen können hierbei nicht gemeint sein, weil sonst keine Bewilligungspflicht für ambulant erbrachte KVG-Leistungen bestehen würden, was sicherlich nicht die Meinung ist. Kommt es also auf die Art des Anstellungsverhältnisses in Spitälern an? Werden Medizinalpersonen in Privatspitälern anders behandelt als in öffentlichen? Dafür könnte sprechen, dass der Bund ja öffentliche Dienstleistungen der Kantone und Gemeinden nicht regeln kann und die Vorlage die Berufsausübung im öffentlichen Dienst von Kantonen und Gemeinden ausnimmt. Aber macht dies Sinn? Bedeutet dies, dass in öffentlichen Spitälern die spitalambulante Behandlung von Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden kann, die nicht über eine Bewilligung verfügen? Die Geltung der Vorlage im stationären Bereich muss nochmals überdacht werden.

Hinzu kommt, dass aufgrund der schon in Art. 17 MedBG bisher bestehenden Regelung der Begriff „eigenverantwortlich“ auftaucht. Art. 17 Abs. 1 MedBG lautet:

*„Die Weiterbildung erweitert und vertieft die in der universitären Ausbildung erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Verhaltensweisen und die soziale Kompetenz so, dass die Absolventinnen und Absolventen die berufliche Tätigkeit im betreffenden Fachgebiet **eigenverantwortlich** ausüben können.“*

Der erläuternde Bericht stellt zwar klar, dass der hier verwendete Begriff „eigenverantwortlich“ vom Begriff „privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung“ zu unterscheiden ist. Der Begriff „eigenverantwortlich“ zielt darauf ab, dass die Medizinalpersonen während der Weiterbildung ihre Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten etc., welche sie in der Ausbildung erworben haben, erweitern und vertiefen sollen, damit die Fähigkeit fachlich eigenverantwortlich tätig zu sein, gewährleistet werde. Dies sei schliesslich auch die Voraussetzung für den Erhalt der Bewilligung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung. Ergänzend hält der erläuternde Bericht fest, dass Tierärzte, Zahnärzte und Apotheker diese Befähigung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung bereits im Rahmen ihrer Ausbildung erwerben müssten (Art. 36 Abs. 2 e contrario MedBG) (vgl. erläuternder Bericht zu Art. 17 und Medizinalberufegesetz; ferner Kommentar, Ayer/Kieser/Poledna/Sprumon (Hrsg.), Ueli Kieser N 1 ff. zu Art. 17). Auch vor dem Hintergrund dieser Ähnlichkeit mit einem schon im MedBG verwendeten, sehr ähnlichen Begriff mit nicht identischer Bedeutung erscheint die Umschreibung „privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“ als zu wenig durchdacht; sie führt potentiell zu erheblichen Verständnis- und Auslegungsproblemen und damit letztlich zu Geltungsproblemen des Gesetzes.

Zusammenfassend mag der Ersatz des Begriffs der selbständigen Berufsausübung grundsätzlich angezeigt sein, um beispielsweise auch Ärzte, welche in einer privatrechtlich organisierten Gruppenpraxis arbeiten, künftig dem MedBG zu unterstellen, und so die öffentlichen Gesundheit zu schützen. Es mag auch naheliegend sein, dieselbe Terminologie wie im bereits verabschiedeten PsyG zu verwenden. Gleichzeitig zeigt sich aber schon jetzt, dass der neue Begriff Auslegungsprobleme in sich birgt, womit die Unterstellung von Medizinalpersonen unter das MedBG auch in Zukunft heikle Abgrenzungsfragen aufwerfen wird. Dies gilt namentlich im stationären Bereich. Es ist zudem fraglich, ob durch den neuen Begriff die Berufsausübung der universitären Medizinalpersonen möglichst umfassend geregelt werden kann und die Kantone tatsächlich entlastet werden. Es ist zwar klar, dass bei jeder Formulierung nicht alle Abgrenzungsfragen einfach zu beantworten sein werden. Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Ausführungen gilt es indes, den neu vorgesehenen Begriff der „privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“ betreffend Geeignetheit und Zweckmässigkeit aber nochmals zu hinterfragen.

Die einzig sinnvolle Lösung vor dem Hintergrund des Gesetzeszwecks ist unseres Erachtens, wenn Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich dem Gesetz unterstellt sind unabhängig wo und wie sie arbeiten. Es kann nicht sein, dass für den Arzt in der Praxis stringente, eingehend geregelte Aus- und Weiterbildungsverpflichtungen bestehen, nicht aber für die in einem öffentlichen Spital tätige Ärztin. Dies wird auch nicht von den Patientinnen und Patienten verstanden. Wir sind daher der Auffassung, dass alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, welche eigenverantwortlich tätig sind, vom Gesetz erfasst werden sollen. Was die

verfassungsrechtliche Kompetenzgrundlage anbelangt, so kann der Bund nach Art. 95 Abs. 1 BV Vorschriften über die Ausübung einer privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit erlassen. Dies schliesst Regelungen für kantonale Spitäler aus. Indes können aus Art. 117 BV im Geltungsbereich des KVG und des UVG unseres Erachtens durchaus entsprechende Regelungen für Spitäler, welche über einen Leistungsauftrag verfügen, abgeleitet werden. Damit könnte auch der stationäre Bereich erfasst werden. Möglicherweise gibt es noch weitere Kompetenzgrundlage in der BV. Diese müssten nochmals eingehender geprüft werden.

E. Einbezug der Anliegen des Gegenvorschlags im Zusammenhang mit der Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“

Im Zuge der Revision des MedBG sollen Anliegen des Gegenvorschlags zur Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“ umgesetzt werden, indem entsprechende Kompetenzen in die Aus- und Weiterbildungsziele aufgenommen werden sollen. So soll neu der Fokus bei der Aus- und Weiterbildung auf die medizinische Grundversorgung gerichtet sein (vgl. Art. 4 Abs. 2 lit. d E-MedBG). Der Bundesrat erkennt im Zusammenwirken von verschiedenen medizinischen Fachpersonen einen Grundpfeiler für die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung. Schliesslich werde die medizinische Grundversorgung nicht nur von Humanmedizinerinnen, sondern in multiprofessionellen Teams mit anderen universitären Medizinalpersonen und anderen Gesundheitsberufen, wie z.B. Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Podologen, erbracht (vgl. Art. 8 lit. k E-MedBG sowie den erläuternden Bericht). Die universitären Medizinalpersonen sollen bereits während ihrer Ausbildung die Rollen und Funktionen der verschiedenen Fachpersonen in der medizinischen Grundversorgung kennen lernen, in der daraufhin folgenden Weiterbildung soll die Ausführung entsprechender Aufgaben erlernt werden. Da andererseits die Ausbildungsziele der Ausgangspunkt für die Formulierung der Lernzielkataloge für die universitären Medizinalberufe sind, hält der Bundesrat eine Anpassung dieser und damit von Art. 4 MedBG für angezeigt. Gemäss Art. 8 und 9 E-MedBG sollen die Absolventen der Humanmedizin, der Zahnmedizin, der Chiropraktik und der Pharmazie während ihrer universitären Ausbildung auf ihre Aufgaben, Rollen und Funktionen in der medizinischen Grundversorgung vorbereitet werden. Das Pendant für den Bereich der Weiterbildung findet sich in Art. 17 Abs. 2 lit. j E-MedBG. Fraglich ist, wie und von wem diese Rollen der einzelnen in der Grundversorgung tätigen Berufsgruppen definiert werden.

Wir sind der Meinung, dass es aus demokratischen Gründen politisch und sachlich verfehlt ist, Anliegen des bundesrätlichen Gegenvorschlags zur Hausarztinitiative in die Revisionsvorlage aufzunehmen. Die KKA hat sich in der seinerzeitigen Vernehmlassung dezidiert gegen den Gegenvorschlag geäußert. Daran hat sich in der Zwischenzeit nichts geändert. Daher kann sie sich inhaltlich ebenfalls nicht mit den entsprechenden Revisionsvorschläge der MedBG-Vorlage anfreunden. Es kommt hinzu, dass durch die Konkretisierung der Kompetenzen für die medizinische Grundversorgung in den Lernzielkatalogen der Entwurf des revidierten MedBG eine noch nicht zu Ende geführte Diskussion im Rahmen der Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“ vorwegnimmt. Dies zeigt sich insbesondere auch daran, dass durch die Revision des MedBG — zumindest indirekt — eine

Aufwertung von nicht ärztlichem Personal (sogenannte „nurse practitioner“) stattfindet, indem anlässlich der Aus- und Weiterbildung auf die Rolle und Funktion anderer Gesundheitsberufe sensibilisiert werden soll. Schon die Auseinandersetzung mit besagtem Gegenvorschlag hat gezeigt, dass sich dieser über die konkreten Anliegen und Forderungen des Initiativkomitees sowie auch aktuelle gesundheitspolitische Diskussionen und Vorstösse — wie beispielsweise den Vorstoss zum Hausarztcurriculum — hinwegsetzt. Dies ist vorliegend nicht anders.

Damit sind sämtliche der vorgeschlagenen Bestimmungen, welche sich auf den Gegenvorschlag des Bundesrates zur Hausarztinitiative beziehen, aus der Revisionsvorlage zu entfernen. Der Vortritt ist der öffentlichen politischen Diskussion auf Verfassungsstufe über die Hausarztinitiative und den Gegenvorschlag zu geben. Letzterer darf nicht durch die Hintertür der MedBG-Revision und vor Kundgabe des Volkswillens Eingang in die Gesetzgebung finden.

F. Einbezug des Projekts e-health

Aufgrund der immer bedeutsamer werdenden Problematik rund um den elektronischen Austausch von medizinischen Daten und Patienteninformationen ist es wichtig, dass schon die angehenden universitären Medizinalpersonen in der Ausbildung für die Thematik des „Arzt/Patientengeheimnisses“ sensibilisiert werden. Insoweit geht die KKA mit dem Bundesrat bzw. dem zuständigen Departement einig. Denn in der Tat, der Datenschutz und zentrale Aspekte des Arzt- bzw. Patientengeheimnisses sind immer stärker gefährdet, dies namentlich als Folge des Datenhungers der Versicherer, aber auch der öffentlichen Verwaltung mit Blick auf die sich laufend erhöhenden Gesundheitskosten.

Es stellt sich indes die Frage, ob eine diesbezügliche Revision des MedBG momentan zum richtigen Zeitpunkt erfolgt, werden dadurch doch Teile der e-health-Vorlage vorweggenommen, welche ihrerseits umstritten ist und noch debattiert werden muss. Auch hier sind wir der Auffassung, dass die MedBG-Revision nicht als Hintertür für die Umsetzung der e-health-Vorlage missbraucht werden darf.

II. Zu einzelnen Bestimmungen

In Ergänzung zu den vorstehenden grundsätzlichen Bemerkungen möchten wir uns zu wenigen einzelnen Bestimmungen des Entwurfs zum revidierten MedBG wie folgt äussern:

Art. 4, 6, 7 und 8: Lernziele

Mit der FMH sind wir der Auffassung, dass die Lernziele allgemeiner zu umschreiben sind, damit es nicht erforderlich wird, für Anpassungen an die Entwicklung jeweils formell das Gesetz zu ändern.

Art. 6 Abs. 1 lit. j: elektronische Krankengeschichte

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass zukünftig alle angehenden Ärztinnen und Ärzte bzw. die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung lernen, mit den medizinischen Daten und Patienteninformationen umzugehen, insbesondere im Rahmen des elektronischen Datenaustausches. Es handelt sich hierbei um ein Gebiet mit vielen Fragestellungen, mit welchen die Berufsverbände tagtäglich konfrontiert sind. Eine diesbezügliche Ausbildung ist notwendig. Es muss aber sichergestellt werden, dass das Führen einer elektronischen Krankengeschichte nicht irgendwann zu einer Berufspflicht mutiert, welche gesundheitspolizeilich durchgesetzt werden kann. Art. 6 MedBG ist zwar systematisch im Abschnitt über die universitäre Ausbildung eingeordnet und legt deshalb die grundlegenden Ziele der Ausbildung fest. Indes sind die Aus-, Weiter- und Fortbildung im MedBG sehr eng miteinander verknüpft. Dies ist insbesondere daraus zu erkennen, dass Art. 3-5 MedBG die Grundsätze und Ziele für alle drei Bereiche gemeinsam umschreiben. So gesehen stellt Art. 6 Abs. 2 MedBG klar, dass die universitäre Ausbildung die Studierenden befähigen muss, die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten fortlaufend ergänzen zu können und im Beruf anzuwenden (vgl. Medizinalberufegesetz Kommentar, Ayer/Kieser/Poledna/Sprumon (Hrsg.), Ueli Kieser N 4 f. und 12 f. zu Art. 6). Und damit stellt sich die Frage, ob nicht indirekt die elektronische Krankengeschichte zur Pflicht wird. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass es immer noch viele Ärztinnen und Ärzte in diversen Fachrichtungen gibt, welche nicht auf das Führen einer elektronischen Krankengeschichte angewiesen sind und ihrer Pflicht zur Führung einer Krankengeschichte in schriftlicher Form nachkommen.

Ferner haben vor allem ältere Ärztinnen und Ärzte teilweise Mühe, mit den technischen Neuerungen im Informatikbereich Schritt zu halten. Die Installation der Software sowie das Überführen der schriftlichen Krankengeschichte in eine elektronische Form ist sodann mit erheblichem, auch vor allem finanziellem Aufwand verbunden. Den Ärztinnen und Ärzten in der Praxis soll es daher weiterhin frei gestellt bleiben, wie sie der Pflicht zur Führung einer Krankengeschichte nachkommen wollen.

Art. 8 lit.c: Umgang mit Heilmitteln

Was die Regelungen zur Ausbildung sowie zum Umgang mit Medikamenten angeht, so heissen wir den Wortwechsel von „Arzneimittel“ in „Heilmittel“ in Artikel 8 lit. c Umgang mit Heilmitteln gut. Insbesondere die Korrektur des Übersetzungsfehlers in der französischen Version sehen wir als dringend erforderlich an. Geht es doch bei Artikel 8 lit.c nicht nur um die Fähigkeit der Ärzteschaft, Medikamente zu verschreiben, sondern mit solchen auch „fach-, umweltgerecht und wirtschaftlich“ umgehen zu können. Darunter ist selbstverständlich auch - entgegen der heutigen französischen Version - die direkte Abgabe von Medikamenten (Selbstdispensation) an die Patienten zu verstehen, wie sie in 17 Schweizer Kantonen zulässig und üblich ist.

Notwendig ist zudem auch der bisher fehlende Zusatz in Artikel 17 Abs. 3, Satz 1. Bei allem Respekt für die Pharmazeuten stehen das Stellen von Diagnosen und die Durchführung von Therapien ausserhalb ihres gelernten Wirkkreises. Insofern sollten sich die Pharmazeuten auf diese Tätigkeiten richtigerweise auch nicht berufen können.

Art. 8 lit. k: Verwendung der Begriffe Hausarztmedizin und Grundversorgung

Wie bereits ausgeführt sollte die Vorlage nicht zum indirekten Gegenvorschlag zur Hausarztinitiative mutieren. Es ist daher abzulehnen, dass in der Vorlage die nicht definierten Begriffe der Hausarztmedizin und der Grundversorgung verwendet werden.

Art. 19 Abs. 1: akkreditierter Weiterbildungsgang

Diese Bestimmung führte in ihrem überspitzten Formalismus zu einer krassen Benachteiligung ausländischer Ärztinnen und Ärzte und überdies zu einem völlig nutzlosen administrativen Aufwand. Die entsprechende Kritik der FMH wird von der KKA vollumfänglich geteilt.

Art. 31: Änderung eines akkreditierten Weiterbildungsganges

Auch diese Bestimmung verursacht im Vergleich zu der geltenden Regelung einen unnötigen, zeitverzögernden Aufwand ohne jeglichen Nutzen. Es bestanden in diesem Bereich nicht ansatzweise Missstände oder Schwierigkeiten, welche es nun zu beseitigen gäbe, im Gegenteil: Das System funktioniert tadellos und ohne jegliche Beanstandung. Wir verweisen auch auf die berechnete Kritik der FMH.

Art. 34 Abs. 1: Bewilligungspflicht

Wir haben uns bereits einlässlich in Abschnitt I. zur vorgeschlagenen Neuumschreibung der Anknüpfung der Bewilligungspflicht geäußert. Ergänzend hierzu folgendes: die vorgeschlagene Regelung hätte zur Folge, dass künftig Personen, die heute als nicht selbstständig gelten, und daher keiner Berufsausübungsbewilligung bedürfen, unter die Bewilligungspflicht nach MedBG fallen, sofern sie privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind. Das trifft zum Beispiel bei Ärztinnen und Ärzten zu, welche ihre Praxis in einer Aktiengesellschaft organisiert haben. Dem Grundsatz nach ist dieser Neuerung zuzustimmen. Es gilt aber auch hier anzufügen, dass diese Neuerung wiederum mit einem grossen administrativen und vor allem auch finanziellen Mehraufwand verbunden ist. Bis anhin war es den Ärztinnen und Ärzten, welche in einer AG organisiert waren, freigestellt, ob sie eine Berufsausübungsbewilligung beantragen wollten oder nicht. Lediglich die bzw. der gegenüber der kantonalen Aufsichtsbehörde - Gesundheitsdirektion - verantwortliche Ärztin bzw. Arzt musste im Besitz der entsprechenden Bewilligung sein. Mit der Neuregelung müssten nun alle von der AG angestellten Ärztinnen und Ärzte im Besitz einer solchen Bewilligung sein. Es kann aber durchaus Szenarien geben, in denen die Ärztinnen und Ärzte ja eben gerade nicht eigenverantwortlich tätig sein wollen und sich zu diesem Zweck unter das Dach einer AG begeben. Diesen Ärztinnen und Ärzten muss die Möglichkeit gegeben bzw. belassen werden, unter der fachlichen Verantwortung des Leitenden Arztes weisungsgebunden tätig sein zu können, ohne selber im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung sein zu müssen.

Art. 36 Abs. 1 lit. c: Beherrschung einer Landessprache als Voraussetzung

Begrüssenswert ist, dass im Sinne der Patientenzufriedenheit und insbesondere auch -sicherheit als zusätzliche Voraussetzung das Beherrschen einer Landessprache verlangt wird. Diese Voraussetzung muss gemäss dem Vorschlag im Rahmen der Bewilligungserteilung in den Kantonen überprüft werden. Es fragt sich jedoch tatsächlich, wie die kantonalen Gesundheitsdirektionen dies handhaben wollen. Genügt hier das persönliche Vorsprechen beim Kantonsarzt oder muss ein Sprachtest absolviert und der entsprechende Beleg der Bewilligungsbehörde vorgelegt werden? Nachdem vom Bund diesbezüglich keine Vorschläge gemacht werden, ist absehbar, dass sich die kleineren Kantone für die erste Lösung, die grösseren für die zweite Lösung entscheiden werden. Das würde eine Ungleichbehandlung für die Antragsteller bedeuten. Würde ein Sprachtest verlangt, wäre auch das wieder mit enormem zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden. Wir plädieren deshalb vehement für eine für die bewilligungssuchenden Ärztinnen und Ärzten einfache und kostengünstige Lösung. Am besten ist es, an einer Art Anerkennungsvoraussetzung festzuhalten.

III. Zusammenfassung, Schlussfolgerungen

Die Revision scheint nicht nur aufgrund der Änderungen des übergeordneten Rechts notwendig zu sein, sondern auch wegen Vollzugsschwierigkeiten, welche auf die Auslegung des Begriffs „selbständige Berufsausübung“ zurückzuführen sind. Eine Ersetzung dieser Terminologie erscheint angezeigt. Da hierfür Begriffe vorgesehen sind, welche so in der Rechtsordnung noch nicht auftreten, ist deren Formulierung und Definition sehr sorgfältig vorzunehmen um künftige Auslegungsprobleme möglichst zu vermeiden. Wir meinen sodann, dass das MedBG zur Erfüllung des Gesetzeszwecks bezüglich der Aus-, Weiter- und Fortbildung alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich rechtlich gleich stellen sollte - egal ob sie in einem öffentlich-rechtlichen oder privaten Anstellungsverhältnis stehen oder selbständig tätig sind. Nur so kann auch gewährleistet werden, dass das Medizinalberuferegister vollständig und aussagekräftig ist. Vor diesem Hintergrund ist der neu vorgesehene Begriff der „privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“ entsprechend anzupassen bzw. betreffend Geeignetheit und Zweckmässigkeit zumindest eingehend zu hinterfragen.

Bei den weiteren hinzugezogenen Themen (Gegenvorschlag zur Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“, e-health Projekt, Revision HMG) findet die Revision des MedBG wohl verfrüht statt, was demokratisch fragwürdig erscheint, bzw. zielt in eine aus Sicht der KKA nicht erwünschte Richtung. Statt des Einbezugs dieser noch nicht abschliessend diskutierter Themen wäre es sinnvoller, die vorliegende Revision zum Anlass zu nehmen, die in Art. 2 Abs. 1 MedBG zu weit gefasste Kompetenzerteilung an den Bundesrat betreffend die Bezeichnung der anerkannten Berufe und die damit einhergehende Unterstellung unter das MedBG zu ändern bzw. zumindest zu hinterfragen.

Lernziele müssen fortlaufend den jeweils aktuellen medizinischen Bedürfnissen angepasst werden. Eine Regelung in einem formellen Gesetz verunmöglicht bzw. behindert eine solche dynamische Anpassung, weshalb die Lernziele in Art. 4, 6-7 MedBG viel allgemeiner zu gestalten sind.

Hinzu kommt, dass viele der vorgesehenen Änderungen des MedBG künftig zusätzlichen unnötigen und zeitverzögernden administrativen Aufwand mit sich bringen werden. Wie aufgezeigt, lehnen wir daher Regelungen, die einen neuen, bürokratischen Aufwand verursachen, ab und sprechen uns klar gegen nutzlose Zulassungsverfügungen oder gegen vorgängige, kostenpflichtige Genehmigungsverfahren zur Änderungen von Weiterbildungsprogrammen aus. Solche Abläufe erschweren die tägliche Arbeit und bringen keinen Mehrwert. Aus denselben Gründen sowie unter Berücksichtigung der Rechtsgleichheit ist für die Überprüfung der Sprachkenntnisse ausländischer Ärztinnen und Ärzte eine gesamtschweizerische einheitliche Lösung vorzusehen.

Wir erwarten ferner, dass das Arztgeheimnis geschützt und darüber hinaus noch gestärkt wird. Die Sensibilisierung der angehenden Ärztinnen und Ärzte bzw. die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in Bezug auf den Umgang mit medizinischen Daten und Patienteninformationen erachten wir als wichtig, sind aber der Ansicht, dass das Führen einer elektronischen Krankengeschichte nicht zur Berufspflicht werden darf.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Überlegungen und Argumente und grüssen Sie freundlich

Zürich, 27. Oktober 2011

Urs Stoffel, Co-Präsident KKA

Marc-Henri Gauchat, Co-Präsident CCM

