

Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG)

Erläuternder Bericht vom 13.12.2013

Inhaltsverzeichnis

1	Grundzüge der Vorlage	5
1.1	Ausgangslage	5
1.1.1	Gesundheitspolitische Herausforderungen	5
1.1.2	Aktuelle Rechtslage im Bereich der Gesundheitsberufe	9
1.1.3	Neuordnung des Hochschulbereichs	10
1.1.4	Regelung der Berufsausübung und der Registrierung	10
1.2	Ziele des Gesundheitsberufegesetzes	11
1.3	Die beantragte Neuregelung und die Begründung der vorgeschlagenen Lösung	12
1.4	Rechtsvergleich	14
2	Titel, Ingress und Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln	14
2.1	1. Kapitel: Zweck, Gegenstand und Geltungsbereich	15
2.2	2. Kapitel: Kompetenzen von Absolventinnen und Absolventen eines Bachelorstudiengangs	16
2.3	3. Kapitel: Akkreditierung der Bachelorstudiengänge	19
2.4	4. Kapitel: Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse	19
2.5	5. Kapitel: Privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung	20
2.5.1	1. Abschnitt: Berufsausübung.....	20
2.5.2	2. Abschnitt: Disziplinarmaßnahmen	24
2.6	6. Kapitel: Schlussbestimmungen	27
3	Auswirkungen	28
3.1	Auswirkungen auf den Bund.....	28
3.2	Auswirkungen auf die Kantone	29
3.3	Auswirkungen auf die Fachhochschulen im Fachbereich Gesundheit und die höheren Fachschulen mit einem Studiengang «Pflege»	29
3.4	Auswirkungen auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung	30
3.5	Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft	30
4	Rechtliche Aspekte.....	31
4.1	Verfassungs- und Gesetzmässigkeit	31
4.1.1	Rechtsgrundlage.....	31
4.1.2	Vereinbarkeit mit den Grundrechten.....	32
4.2	Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz	32
4.3	Erlassform und Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	33
5	Klärung der Regelung der Masterstufe im Gesundheitsberufegesetz.....	33
5.1	Ausgangslage	33
5.2	Das Beispiel der Pflegeexpertin und des Pflegeexperten Advanced Practice Nurse (APN) ...	35
5.3	Normatives Konzept für die Regelung der Pflegeexpertin und des Pflegeexperten APN.....	36
6	Klärung des Regelungsbedarfs eines aktiven Registers	43

Übersicht

Im Interesse der öffentlichen Gesundheit soll mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf die Qualität in den Gesundheitsberufen, die an Fachhochschulen vermittelt werden, gefördert werden. Dazu werden gesamtschweizerisch einheitliche Anforderungen an die Ausbildung und Berufsausübung festgelegt.

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 95 Absatz 1 und Artikel 97 der Bundesverfassung (BV)¹, welche dem Bund die Kompetenz verleihen, Vorschriften über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu erlassen. Dabei hat der Bund den Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit (Art. 94 Abs. 1 BV) zu wahren, was insbesondere bedeutet, dass die Vorschriften durch ein öffentliches Interesse gerechtfertigt und verhältnismässig sein müssen. Im Bereich der Gesundheitsberufe liegt dieses öffentliche Interesse im Schutz der öffentlichen Gesundheit.

Die Schweiz steht vor gewichtigen gesundheitspolitischen Herausforderungen. Dank verbesserter Lebensbedingungen und moderner Medizin ist die Lebenserwartung der Menschen stark gestiegen. Dies führt zu demografischen und epidemiologischen Veränderungen, insbesondere nimmt die Zahl der Personen mit chronischen Erkrankungen, komplexen Krankheitsbildern und Demenzerkrankungen zu. Dadurch steigt der Bedarf an Gesundheitsfachleuten für die Pflege, Therapie, Betreuung, Beratung, Prävention und Palliation. Gleichzeitig zeichnet sich ein Mangel an qualifizierten Fachpersonen ab. Dieser Entwicklung ist mit entsprechender Optimierung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu begegnen. Das schweizerische Gesundheitssystem braucht eine konsistente nationale Politik, eine klare Steuerung und umfassende Strategien für mehr Kosteneffizienz. Dazu hat der Bundesrat mit dem Bericht Gesundheit2020 vom 23. Januar 2013² die gesundheitspolitischen Prioritäten verabschiedet. Eine dieser Prioritäten ist der Entwurf des Gesundheitsberufegesetzes. Damit soll das Ziel «mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal» (Ziel 3.3) umgesetzt werden.

Die Bildung der im Gesundheitsbereich tätigen Fachleute spielt eine zentrale Rolle bei der Anpassung des Gesundheitssystems an die aufgezeigten Herausforderungen. Die Anforderungen an die Bildungsgänge an höheren Fachschulen sind im Berufsbildungsrecht geregelt (vgl. Berufsbildungsgesetz vom 13. Dezember 2002³ [BBG]). Im Bereich der beruflichen Grundbildung und der höheren Berufsbildung, insbesondere der höheren Fachschulen, besteht eine gut funktionierende und tragfähige Verbundpartnerschaft zwischen Bund, Kantonen und Organisationen der Arbeitswelt. Im Sinne der Erforderlichkeit beschränkt sich die Vorlage daher auf die Regelung der Studiengänge an Fachhochschulen. Heute sind dies die Studiengänge in der Pflege, der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Ernährung und der Diätetik sowie die Studiengänge für Hebammen.

Die Anforderungen an die Studiengänge der Fachhochschulstufe sind heute im Fachhochschulgesetz vom 6. Oktober 1995⁴ (FHSG) geregelt. Das FHSG wird vom Bundesgesetz vom 30. September 2011⁵ über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich (HFKG) abgelöst, welches den Gesetzgebungsauftrag des neuen Artikels 63a⁶ der Bundesverfassung⁷ umsetzt. Danach sollen Bund und Kantone gemeinsam für einen wettbewerbsfähigen und koordinierten gesamtschweizerischen Hochschulbereich von hoher Qualität sorgen. Das HFKG dient jedoch nicht der Regelung von Anforderungen an die Bildung. Deshalb ist die Ausarbeitung eines Gesundheitsberufegesetzes notwendig, das normativ festlegt, welche Kompetenzen in den entsprechenden Studiengängen vermittelt werden müssen. Mit der Definition von für alle Gesundheitsberufe geltenden allgemeinen Kompetenzen soll sichergestellt werden, dass die Inhaberinnen und Inhaber von Fachhochschulabschlüssen den Wandel des Gesundheitssystems mittragen, indem sie bei-

¹ SR 101

² www.bag.admin.ch > Themen > Gesundheit2020

³ SR 412.10

⁴ SR 414.71

⁵ BBI 2011 7455

⁶ Angenommen in der Volksabstimmung vom 21. Mai 2006.

⁷ SR 101

spielsweise ihre Rolle in der interprofessionellen Zusammenarbeit optimal wahrnehmen können und damit zu einer Effizienzsteigerung beitragen. Die Regelung der berufsspezifischen Abschlusskompetenzen delegiert die Vorlage an den Bundesrat.

Im HFKG ist wie gemäss bisher geltender Regelung eine institutionelle Akkreditierung der Fachhochschulen vorgesehen. Das HFKG verlangt aber keine Programmakkreditierung der Studiengänge in einzelnen Fachbereichen. Aus Gründen des Gesundheitsschutzes soll mit der Aufhebung des FHSG keine Regelungslücke entstehen, weshalb der vorliegende Entwurf die Programmakkreditierung für die vom Gesetz erfassten Gesundheitsberufe vorschreibt.

Da im Bereich der Gesundheitsberufe das Gefährdungspotenzial hoch ist, sieht die Vorlage für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung eine Bewilligungspflicht vor. Die von den Kantonen zu erteilenden Bewilligungen stellen sicher, dass diejenigen Fachleute, welche ihren Beruf ohne fachliche Aufsicht ausüben, die notwendigen Anforderungen erfüllen. Eine einheitliche Reglementierung auf Bundesebene ist in diesem Bereich neu und schafft Rechtssicherheit. Die Vorlage legt ausserdem die Berufspflichten fest und vereinheitlicht damit die Anforderungen an berufsausübende Personen und ihre Tätigkeit.

Die Vorlage lehnt sich konzeptionell an das Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006⁸ (MedBG) an. Soweit der Vorentwurf keine Regelungen vorsieht, soll das HFKG zur Anwendung kommen. Bei der Erarbeitung des Vorentwurfs wurden zudem die Bestimmungen über die Berufsbildung nach dem BBG beachtet. Personen mit einem Abschluss einer höheren Fachschule in der Pflege verfügen über die im Interesse der öffentlichen Gesundheit erforderlichen beruflichen Kompetenzen, um die gleiche Bewilligung für die Berufsausübung zu erlangen, wie Absolventinnen und Absolventen eines entsprechenden Fachhochschulabschlusses in der Pflege. Sie sind deshalb in Bezug auf die Berufsausübungsbewilligung gleichgestellt. Die Vorlage ist in das geltende Bildungssystem eingebettet und wahrt die Kohärenz zwischen den auf unterschiedlichen Bildungswegen erworbenen Abschlüssen. Diese Kohärenz fördert das interprofessionelle Zusammenwirken in der Gesundheitsversorgung und stellt eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Ausrichtung des Gesundheitssystems an den gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates dar.

⁸ SR 811.11

1 Grundzüge der Vorlage

1.1 Ausgangslage

1.1.1 Gesundheitspolitische Herausforderungen

Bestandesaufnahme und Ausblick

In der Schweiz hat sich das medizinische Wissen im 20. Jahrhundert wie in allen Industrieländern enorm weiterentwickelt. Gleichzeitig haben sich die hygienischen Bedingungen und der sozioökonomische Hintergrund verbessert, wodurch die Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung merklich zugenommen hat. Seit 1900 hat sie sich fast verdoppelt und ist in den letzten knapp 30 Jahren (1981) von 72,4 auf 79,8 Jahre für die Männer und von 79,2 auf 84,4 Jahre für die Frauen angestiegen.⁹ Diese markante Erhöhung gehört zu den bedeutendsten Errungenschaften unserer Gesellschaft.

Parallel dazu wurde das Gesundheitswesen massiv ausgebaut und ist zu einem wichtigen Schweizer Wirtschaftssektor geworden. Die Branche wächst ungebrochen weiter. 2008 betrug die Gesundheitskosten 58,4 Milliarden Franken, was einem Anteil von 10,7 Prozent des Schweizer Bruttoinlandsprodukts entsprach. 2008 arbeiteten rund 541 000 Personen oder 13,4 Prozent der gesamten Erwerbsbevölkerung im Gesundheitswesen. Von der Dynamik des Gesundheitswesens zeugt auch die Zahl der Erwerbstätigen, die sich um 2,5 Prozent pro Jahr erhöht, während die branchenübergreifende Beschäftigungszahl nur um knapp 0,4 Prozent ansteigt.¹⁰

Das Schweizer Gesundheitswesen befindet sich heute an einem Wendepunkt und steht vor grossen Herausforderungen. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen steigt sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Dafür gibt es mehrere Gründe. Gemäss den Bevölkerungswachstumsprognosen ist bis 2030 mit einem Zuwachs der Bevölkerung von 1 Million (+13 %) auf 8,8 Millionen Menschen zu rechnen. Gleichzeitig wird die Zahl der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2030 um 771 000 (+57,5 %) auf 2 114 900 Personen (das sind 25 % der Schweizer Bevölkerung) zunehmen. Hinzu kommen die Herausforderungen der epidemiologischen Veränderungen: massive Zunahme chronischer Krankheiten und Mehrfacherkrankungen, Anstieg von übertragbaren Krankheiten, neue gesundheitliche Risiken, zunehmende Bedeutung der psychischen Gesundheit und der Demenzerkrankungen. Weitere Einflussfaktoren für die steigende Nachfrage sind die Entwicklung der Medizintechnik und der wissenschaftliche Fortschritt (Spitzenmedizin, Medizintechnik, Genetik, Pharmakologie), die frühzeitigere Erkennung von Krankheiten und die explosionsartige Vergrösserung der medizinischen Kenntnisse (die Hälfte des medizinischen Wissens ist nach fünf bis zehn Jahren veraltet). Darüber hinaus stellen die besser informierten Patientinnen und Patienten höhere Anforderungen.

Dieser stark wachsenden Nachfrage wird das Versorgungsangebot kaum gerecht, dies umso mehr, als die Erwerbsbevölkerung auch in den Medizinal- und den Gesundheitsberufen altert. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) weist darauf hin, dass die Fähigkeit eines Gesundheitswesens, sich diesen wachsenden und wandelnden Bedürfnissen anzupassen, von dessen Fähigkeit abhängt, die Personalressourcen zu verwalten. Nach einschlägigen nationalen und internationalen Prognosen droht in diesem Bereich ein Arbeitskräftemangel. Gemäss Schweizer Studien müssten bis 2030 120 000 bis 190 000 Personen angestellt werden¹¹ (abhängig vom betrachteten Szenario; alle Berufskategorien zusammengenommen). Davon werden mindestens zwei Drittel für die Kompensation von Altersrücktritten benötigt. Das restliche Drittel ist erforderlich, um dem steigenden Pflege- und Dienstleistungsbedarf zu begegnen. Die Branche, in der 70 bis 80 Prozent der Kosten auf Personalausgaben entfallen, steht somit vor einer riesigen Herausforderung.

⁹ BFS, Indikatoren Lebenserwartung, www.bfs.admin.ch > Themen > 01-Bevölkerung > Bevölkerungsbewegung > Indikatoren > Todesfälle, Sterblichkeit und Lebenserwartung > Lebenserwartung.

¹⁰ Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Eine aktuelle Übersicht, Gerhard Kocher, Willy Oggier (Herausgeber), Verlag Hans Huber, S.277.

¹¹ Ageing Workforce in an Ageing Society, Careum Working paper 1, 2009, S.9.

Das Schweizer Gesundheitswesen im Wandel

Unter dem Druck dieser Herausforderungen wurden im Schweizer Gesundheitswesen, das bisher hauptsächlich um die Akutpflege herum aufgebaut war, Reformen und Veränderungen eingeleitet, um die Gesundheit der Bevölkerung wirksam zu verbessern (*Health Outcomes*) und die Effizienz der eingesetzten Ressourcen nachhaltig zu erhöhen. Diese Ziele prägen die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates vom 23. Januar 2013 und wurden in den vier Handlungsfeldern Chancengleichheit, Transparenz, Versorgungs- und Lebensqualität explizit aufgenommen.¹² In mehreren Bereichen findet ein echter Paradigmenwechsel statt. Dies machen auch die Publikationen der Schweizerischen Akademien¹³, insbesondere das Positionspapier der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) «Nachhaltige Medizin» deutlich.¹⁴ Präventiv-, Rehabilitations- und Palliativmedizin tragen zur Sicherung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten bei und werden heute zusammen mit der heilenden Medizin als wesentliche Bestandteile des Leistungsangebots anerkannt. Es werden neue Organisationsmodelle für eine verstärkt integrierte Pflege gewünscht und gefordert, insbesondere um die Herausforderungen in Bezug auf den erwarteten massiven Anstieg der Zahl der chronisch kranken Menschen und deren Versorgung zu bewältigen – gegenwärtig leiden rund 80 Prozent der Personen über 65 Jahren an mindestens einer chronischen Erkrankung¹⁵ – und um bei der zunehmend zersplitterten Versorgung für Kontinuität zu sorgen. Auch das Verhältnis zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich befindet sich im Wandel. Mit der sogenannten «Wende zur ambulanten Versorgung» sollen die Gesundheitsversorgung und die Ressourcenzuweisung optimiert werden. Zugleich führt diese Wende zu einer Reihe von organisatorischen Neuerungen in der Gesundheitsversorgung.

Auswirkungen auf die fachliche Praxis

Die beschriebenen Veränderungen des Gesundheitssystems erfordern wirkungsvollere Zusammenarbeitsmodelle zwischen den Gesundheitsfachleuten. Die Gesundheitsfachleute werden sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich (integrierte Versorgungsnetze, Spitex-Organisationen usw.) immer häufiger interprofessionell zusammenarbeiten müssen, insbesondere mit Angehörigen universitärer Medizinalberufe (zum Beispiel mit Ärztinnen und Ärzten oder Apothekerinnen und Apothekern). Sie übernehmen dadurch mehr fachliche Verantwortung, gehen mit immer komplexeren Situationen um und legen dabei über die Qualität ihrer Leistungen Rechenschaft ab.

Auswirkungen auf die Ausbildung

Vor dem Hintergrund dieser komplexen gesundheitspolitischen Herausforderungen ist eine hohe Qualität der Ausbildung und der Berufsausübung der Gesundheitsfachleute ein wirkungsvolles Mittel zur Förderung einer effektiveren, effizienteren, gerechten und zugänglichen Versorgung und somit zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit. Die Fachkräfte müssen über eine angemessene Ausbildung verfügen, die ihnen die nötigen Kompetenzen zur Ausübung ihres Berufes in den neuen Versorgungsmodellen und zur Abdeckung der Bedürfnisse der Bevölkerung vermittelt. Dem vorliegenden Entwurf eines Gesundheitsberufegesetzes (GesBG) liegt deshalb eine Gesundheitspolitik zugrunde, die mit der Bildungspolitik zusammenwirkt.

¹² Gesundheit2020 - Gesundheitspolitische Prioritäten des Bundesrates vom 23. Januar 2013, BAG, www.bag.admin.ch > Themen > Gesundheit 2020

¹³ Akademien der Wissenschaften Schweiz; Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2012.

¹⁴ Nachhaltige Medizin, Positionspapier der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2012.

¹⁵ «Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt», Max Giger, Sabina De Geest, Schweizerische Ärztezeitung, 2008; 89: 43, S.1839–1843.

Quantitative Aspekte: Wie viele Absolventinnen und Absolventen sind von diesem Gesetzesentwurf betroffen?

Das GesBG regelt die fünf Gesundheitsberufe Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährung und Diätetik und Hebammen. Mit Ausnahme der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann werden die entsprechenden Studiengänge ausschliesslich an den Fachhochschulen (FH) angeboten. Die statistischen Daten der FH zeigen, dass die Zahl der Absolventinnen und Absolventen von Studiengängen im Bereich der Gesundheitsberufe seit deren Einführung ständig steigt (vgl. Tabelle 1). Die entsprechenden Prognosen bestätigen diesen Aufwärtstrend. Die jährliche Zahl der Fachhochschulabschlüsse im Gesundheitsbereich ist seit 2010 grösser als diejenige der eidgenössisch diplomierten Ärztinnen und Ärzte. Letztere betrug 2010 835 Ärztinnen und Ärzte.¹⁶ Dazu kommen die Abschlüsse in Pflege des Bachelor- und Masterstudiums am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel. Dennoch ist die prognostizierte Anzahl Absolventinnen und Absolventen von Bachelor-Studiengängen¹⁷ in der Schweiz zu gering, um mit den durch das Berufsbildungsgesetz geregelten Gesundheitsberufen, namentlich an den höheren Fachschulen in Pflege, den zukünftigen Bedarf zu decken.

Tabelle 1. Entwicklung (2006–2012) der FH-Erstabschlüsse (Diplom + Bachelor)¹⁸ im Gesundheitsbereich sowie Prognosen für zukünftige Diplome (ab 2013)

Jahr	Referenzszenario	Entwicklung seit 2010
2006	323	
2007	482	
2008	527	
2009	750	
2010	1080	
2011	1300	+20 %
2012	1437	+33 %
2013	1486	+38 %
2014	1628	+51 %
2015	1684	+56 %
2016	1756	+63 %
2017	1800	+67 %
2018	1836	+70 %
2019	1860	+72 %
2020	1877	+74 %
2021	1888	+75 %

Quelle: BFS: BFS, Szenarien 2012-2021 für die Hochschulen - Studierende und Abschlüsse: Detaillierte Ergebnisse, www.bfs.admin.ch > Themen > 15-Bildung, Wissenschaft > Szenarien für das Bildungssystem > Analysen > Prognosen für die UH, die FH sowie die PH, für die drei Szenarien > Alle FH: Studierenden- und Absolventenprognosen: Szenario «tief» (504-benshes-c)

In der Pflege sieht das Schweizer Bildungssystem verschiedene Bildungsgänge für den Beruf Pflegefachfrau oder Pflegefachmann vor. Es werden Ausbildungen an Fachhochschulen (FH) auf Tertiärstufe A und solche an höheren Fachschulen (HF) auf Tertiärstufe B angeboten. In der Westschweiz werden Pflegefachleute auf Fachhochschulstufe ausgebildet. In der Deutschschweiz und im Tessin bestehen die HF- und die FH-Ausbildung zur Pflegefachperson nebeneinander.

2012 erhielten 1109 Personen den Titel einer diplomierten Pflegefachfrau oder eines diplomierten Pflegefachmanns HF, was die Bedeutung dieses Abschlusses eindrücklich belegt.

¹⁶ Angaben BAG, 2010, für Diplome in Humanmedizin.

¹⁷ Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Eine aktuelle Übersicht, Gerhard Kocher, Willy Oggier (Herausgeber), Verlag Hans Huber, S.278.

¹⁸ Die Spalten zur Entwicklung seit 2010 wurden von den Autoren berechnet.

Berufsausübung

Eine grosse Mehrheit der Pflegefachleute ist in Gesundheitseinrichtungen tätig, während Hebammen oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten deutlich häufiger selbstständigerwerbend sind. Die Gesundheitsfachleute, die selbstständigerwerbend sind, stellen nur einen Teil jener Personen dar, die gemäss der Terminologie des Gesetzesentwurfs «in eigener fachlicher Verantwortung» tätig sind. Folglich stellen die Zahlen in Tabelle 2 nur einen Teil der «in eigener fachlicher Verantwortung» Berufstätigen (vgl. Ziffer 2.1 zu Artikel 1).

Nicht selten werden von einer Person auch mehrere Formen der Erwerbstätigkeit ausgeübt. Eine Physiotherapeutin oder ein Physiotherapeut zum Beispiel kann als Angestellte oder Angestellter in einem Spital- oder Rehabilitationsbetrieb arbeiten und parallel dazu selbstständigerwerbend in einer Praxis tätig sein. Manchmal werden im Nebenerwerb zusätzlich Unterrichtstätigkeiten ausgeübt.

Die vom Gesundheitswesen eingeschlagene Wende zur ambulanten Versorgung zeigt sich in der wachsenden Anzahl der Selbstständigerwerbenden in diesem Bereich. Zwischen 2004 und 2012 ist ihre Zahl um 29,6 Prozent gestiegen (vgl. Tabelle 2). Die Angaben zu den Pflegefachfrauen und -männern in Tabelle 2 umfassen sowohl die HF- als auch die FH-Abschlüsse.

Privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung nach Artikel 10 ist zudem nicht deckungsgleich mit dem Begriff "selbstständig" der nachfolgenden SASIS-Statistik (zur Unterscheidung vgl. die Ausführungen in Ziffer 2 zu Artikel 1 und 10).

Tabelle 2. Entwicklung der Anzahl der Selbstständigerwerbenden in den fünf FH-Berufen (Pflege inklusive HF) für die ganze Schweiz

Leistungs- erbringer	Anzahl Selbstständigerwerbende				Entwicklung 2004–2011	Entwicklung 2004–2012
	31.12.2004	31.12.2011	31.12.2012			
Pflege	1250	1697	1682	15 %	+35,8 %	+34,6 %
Physiotherapie	5060	6007	6264	58 %	+18,8 %	+23,8 %
Ergotherapie	611	853	896	8 %	+39,6 %	+46,7 %
Hebamme	1121	1539	1627	15 %	+37,3 %	+45,2 %
Ernährung und Diätetik	374	426	432	4 %	+13,9 %	+15,5 %
Total	8416	10 522	10 901	100 %	+25,1 %	+29,6 %

Quelle: SASIS-Statistik der aktiven ZSR nach Berufskategorie, Santésuisse, Stand vom 31.12.2012

Anhand der statistischen Angaben von SASIS (Filiale von Santésuisse für die Vergabe und Verwaltung der Zahlstellenregister – ZSR) kann die Zahl der Fachpersonen, die KVG-Leistungen unter ihrer eigenen ZSR-Nummer abrechnen, geschätzt werden. Stellt ein Physiotherapeut mit eigener ZSR-Nummer vier Physiotherapeuten als Arbeitnehmende an, verwenden diese zur Leistungsabrechnung die ZSR-Nummer ihres arbeitgebenden Physiotherapeuten. Dieser wird in der Tabelle somit nur einmal aufgeführt.

Diese Angaben zeugen von der Dynamik dieser Berufe und ihrer Bedeutung in der Versorgungskette. Die Berufsausübung im ambulanten Bereich wird unter anderem durch den Strukturwandel und die laufenden Reformen der Finanzierung weiter zunehmen. Auch auf internationaler Ebene ist diese Tendenz zu beobachten.

Masterplan «Bildung Pflegeberufe»

Der Entwurf des Gesundheitsberufegesetzes ist Teil des Masterplans «Bildung Pflegeberufe»¹⁹, der vom Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement²⁰ in Abstimmung mit den Bundesämtern für Gesundheit und für Berufsbildung und Technologie²¹, den Kantonen (Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren [EDK] und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]) und der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) ins Leben gerufen wurde. Ziel des Masterplans «Bildung Pflegeberufe» ist es, bis 2015 verbundpartnerschaftlich und unter Respektierung der Zuständigkeiten die Zahl der Abschlüsse in der Pflege zu erhöhen und die dazu notwendigen Arbeiten in den drei Schwerpunkten «Bereitstellen einer bedarfsgerechten Zahl an Ausbildungs- und Praktikumsplätzen», «Umsetzen der Bildungssystematik» und «Massnahmen in Bezug auf ausländische Fachkräfte» umzusetzen. Dazu müssen die verschiedenen Projekte der drei Schwerpunkte koordiniert, Transparenz sowie klare Kommunikationswege sichergestellt, die Projektfortschritte gemessen und periodisch Bericht erstattet werden. Das Gesundheitsberufegesetz ist eines dieser Projekte im Masterplan «Bildung Pflegeberufe» und zudem eine explizit benannte gesundheitspolitische Priorität des Bundesrates.²²

1.1.2 Aktuelle Rechtslage im Bereich der Gesundheitsberufe

Abschlüsse in der Berufsbildung

Der Bund hat nach Artikel 63 BV die Kompetenz, Vorschriften für den gesamten Bereich der Berufsbildung zu erlassen. Gestützt darauf regelt der Bund im BBG, in der Berufsbildungsverordnung (BBV) vom 19. November 2003²³, in der Verordnung des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) vom 11. März 2005²⁴ über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen (MiVo-HF) und in Bildungsverordnungen des Amtes die Ausbildungen der Berufe im Gesundheitsbereich. Dazu gehören berufliche Grundbildungen auf der Sekundarstufe II, Berufs- und höhere Fachprüfungen und Bildungsgänge und Nachdiplomstudien an den höheren Fachschulen.

Abschlüsse an Fachhochschulen und universitären Hochschulen

Die an den Fachhochschulen (FH) angebotenen Studiengänge in der Pflege, der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Ernährung und Diätetik und für Hebammen sind heute dem FHSG unterstellt und in der Verordnung des WBF vom 2. September 2005²⁵ über Studiengänge, Nachdiplomstudien und Titel an Fachhochschulen festgeschrieben. Im Bereich der Pflege werden ausserdem Studiengänge von universitären Hochschulen angeboten. Diese sind heute dem Universitätsförderungsgesetz vom 8 Oktober 1999²⁶ (UFG)²⁷ unterstellt.

Gestützt auf die Vorgaben des FHSG hat die Konferenz der Fachhochschulen der Schweiz (KFH) allgemeine und berufsspezifische Abschlusskompetenzen²⁸ in den einzelnen Gesundheitsberufen (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährung und Diätetik und Hebammen) ausgearbeitet. Die erwähnten Abschlusskompetenzen werden heute von den Fachhochschulen als Referenz für die Weiterentwicklung ihrer Studiengänge beigezogen.

¹⁹ SBFI, Bericht EVD «Bildung Pflegeberufe» vom März 2010, www.sbfi.admin.ch > Themen > Berufsbildung > Gesundheitsausbildungen > Masterplan Bildung Pflegeberufe > Dokumente.

²⁰ Seit dem 1.1.2013 Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF)

²¹ Seit dem 1.1.2013 Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI)

²² Gesundheit2020 - Gesundheitspolitische Prioritäten des Bundesrates vom 23. Januar 2013, S.12, BAG www.bag.admin.ch > Themen > Gesundheit 2020

²³ SR 412.101

²⁴ SR 412.101.61

²⁵ SR 414.712

²⁶ SR 414.20

²⁷ Die Geltungsdauer des UFG ist bis Ende 2016 befristet.

²⁸ Abschlussbericht vom 25. Juni 2009 über das Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe.

1.1.3 Neuordnung des Hochschulbereichs

Seit 2006 ist der Hochschulbereich mit Artikel 63a BV Gegenstand eines eigenen Verfassungsartikels («Hochschulartikel»). Danach sorgen der Bund und die Kantone gemeinsam für die Koordination und die Qualitätssicherung im schweizerischen Hochschulwesen. Das neue HFKG setzt diesen Gesetzgebungsauftrag um. Es legt die notwendigen Koordinations- und Förderungsgrundlagen fest und sorgt für einen wettbewerbsfähigen und koordinierten Hochschulbereich von hoher Qualität.

Das HFKG wurde am 30. September 2011 vom Parlament verabschiedet²⁹ und wird frühestens im Jahr 2015 an die Stelle des FHSG und des bis Ende 2016 befristeten UFG treten. Daraus resultieren für die im FHSG geregelten Studiengänge neue Zuständigkeiten und Kompetenzen hinsichtlich Regelung und Akkreditierung der Studiengänge. Mit dem neuen HFKG und der gleichzeitigen Aufhebung des FHSG verliert der Bund die Regelungskompetenz, Anforderungen an einzelne Studiengänge im Gesundheitsbereich an den Fachhochschulen festzulegen.

1.1.4 Regelung der Berufsausübung und der Registrierung

Die Kantone sind in den nicht-universitären Gesundheitsberufen zuständig, berufliche Tätigkeiten, namentlich aus Gründen des Gesundheits- oder Patientenschutzes, von einem entsprechenden Berufsabschluss abhängig zu machen.

Einzelne Kantone haben in der beruflichen Grundbildung und bei Berufs- und höheren Fachprüfungen von diesem Recht Gebrauch gemacht und die Berufsausübung reglementiert. Reglementiert haben die Kantone mit ganz wenigen Ausnahmen die selbstständige Berufsausübung in den fünf an den Fachhochschulen angebotenen Studiengängen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährung und Diätetik und Hebammen. Die meisten Kantone verlangen für die selbstständige Berufsausübung den Nachweis eines einschlägigen Berufsabschlusses.

In der Pflege gibt es eine allgemeine kantonale Berufsausübungsbewilligung Pflege, welche nicht nach Bildungsgang unterscheidet. Für FH-Absolventinnen und HF-Absolventen gelten identische Bewilligungsvoraussetzungen. Beide Abschlüsse berechtigen zur selbstständigen Berufsausübung. Ferner sind heute in den kantonalen Gesetzen unterschiedliche Berufspflichten für die berufsausübenden Personen festgelegt.

Das heutige Bundesrecht bietet keine gesetzliche Grundlage für eine Registrierung der Personen, die von den Kantonen zur Berufsausübung zugelassen sind. Heute führt das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) im Auftrag der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gestützt auf eine interkantonale Vereinbarung³⁰ ein interkantonales Register mit den Inhaberinnen und Inhabern von in- und ausländischen Bildungsabschlüssen der Sekundar-II-, Tertiär-B- und A-Stufe. Die erteilten Berufsausübungsbewilligungen werden von diesem Register nicht erfasst.

²⁹ BBI 2011 7455

³⁰ Interkantonale Vereinbarung vom 18. Februar 1993 über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen.

1.2 Ziele des Gesundheitsberufegesetzes

Gesamtschweizerisch einheitliche Anforderungen an die Ausbildung und die Akkreditierung der Studiengänge

Die einheitliche Regelung der Anforderungen an die Ausbildung und die obligatorische Programmakkreditierung sollen sicherstellen, dass in den Gesundheitsberufen nach GesBG (Studiengänge in Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme sowie Ernährung und Diätetik sowie gegebenenfalls weitere) schweizweit einheitliche Standards gelten. Dadurch kann die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie auch die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert werden. Der Entwurf fügt sich in die schweizerische Bildungssystematik ein und wahrt die Kohärenz mit den im MedBG geregelten universitären Medizinalberufen (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker usw.), den direkten Verbundpartnern (z. B. Kantone, OdASanté und Berufsverbände) und mit den im BBG geregelten Gesundheitsberufen (z. B. Rettungssanität, Pflege HF) und den beruflichen Grundbildungen (z. B. Fachfrau/Fachmann Gesundheit). Indirekt trägt er durch die Abstimmung mit anderen Berufsgruppen bezüglich Inhalt und Niveau der Ausbildung dazu bei, die Rolle der Gesundheitsberufe im Gesundheitswesen zu definieren. Zentral sind allgemeine, soziale und persönliche sowie berufsspezifische Kompetenzen, die im Rahmen der Ausbildung in den einzelnen Gesundheitsberufen vermittelt werden sollen. Die erforderlichen allgemeinen Kompetenzen sind so formuliert, dass sie eine effiziente Partnerschaft sowohl mit den Berufskolleginnen und -kollegen als auch mit anderen Berufsgruppen fördern und die Tendenz zu «Berufssilos» verringern. Die betroffenen Gesundheitsfachleute müssen zudem über fundierte berufsspezifische Kompetenzen verfügen, die ihnen die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erlauben. Die Festlegung der berufsspezifischen Kompetenzen wird im GesBG an den Bundesrat delegiert.

Sicherstellung der Anerkennung von Bildungsabschlüssen

Klare und bundesweit einheitlich geregelte Kompetenzen schaffen Transparenz über die in den entsprechenden Studiengängen erworbenen Berufsqualifikationen. Sie bilden zudem eine wichtige Voraussetzung für die Anerkennung ausländischer Diplome und für die interkantonale Mobilität der Inhaberinnen und Inhaber von schweizerischen Diplomen.

Gesamtschweizerisch einheitliche Reglementierung der Berufsausübung

Das GesBG vereinheitlicht die Voraussetzungen für die Bewilligungserteilung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung und sieht abschliessend geregelte Berufspflichten sowie Disziplinar massnahmen vor. Für die privatwirtschaftliche Berufsausübung ohne eigene fachliche Verantwortung besteht kein dringender Regelungsbedarf auf Bundesebene. Es ist Sache der Kantone, diesen Bereich zu regeln. Für eine Reglementierung der öffentlich-rechtlichen Tätigkeiten ist der Bund zudem nicht zuständig.

Gleichberechtigter Berufszugang der Pflege HF/FH (Bachelor)

Ein erklärtes bildungs- und gesundheitspolitisches Ziel in der Pflege ist die Berechtigung sowohl des HF-Diploms Pflege wie auch des Bachelordiploms FH Pflege zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung. Durch beide Ausbildungen werden Kompetenzen erworben, die für eine qualitativ hochwertige Berufsausübung Gewähr bieten und die auf dem Arbeitsmarkt nachgefragt werden. Ausbildungsangebote auf beiden Bildungsstufen verbreitern das Feld für die Rekrutierung geeigneter Gesundheitsfachleute und die Ausschöpfung des Nachwuchspotenzials, was gerade im Hinblick auf für die Linderung des Fachkräftemangels von erstrangiger Bedeutung ist. Die beiden Diplome werden im GesBG gleichgestellt mit Bezug auf:

- die Bewilligungserteilung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung;
- die Berufspflichten sowie entsprechende Disziplinar massnahmen

Bildungsanbieter beider Bildungsformen sollen ihre Angebote weiterhin im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und in Beachtung des vorgegebenen Regelwerks entwickeln. Die Organisationen der Arbeitswelt

und die Bildungsanbieter legen im vom SBFI genehmigten „Rahmenlehrplan Pflege“, erlassen durch OdASanté und den Schweizerischen Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales (BGS) am 4. September 2007, die Anforderungen an die Bildungsgänge in der Pflege fest. Das SBFI prüft im Rahmen der Anerkennung der Bildungsgänge die Einhaltung dieser Vorgaben.

1.3 Die beantragte Neuregelung und die Begründung der vorgeschlagenen Lösung

Das Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) und das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) haben nebst der in der Vorlage vorgeschlagenen Lösung eine umfassendere Regelung geprüft: Die Festlegung von Anforderungen an alle Ausbildungen im Gesundheitsbereich von der Sekundarstufe II bis und mit Hochschulstufe sowie die Regelung der Berufsausübung in einem eigenen Erlass. Dieser Ansatz würde die grösstmögliche Kohärenz des Bildungssystems im Gesundheitsbereich gewährleisten. Er wäre jedoch äusserst aufwendig und würde die vor kurzer Zeit in der Berufsbildung eingerichteten Verfahren der Zusammenarbeit mit den Verbundpartnern nach BBG wieder in Frage stellen. Unsicherheiten über die künftigen Anforderungen wären zu erwarten. Dies wäre angesichts des drohenden Fachkräftemangels kontraproduktiv. Der Bundesrat beauftragte schliesslich das WBF und das EDI, gemeinsam eine einheitliche Regelung der Anforderungen an die Bildung und die Berufsausübung der Gesundheitsberufe auf der Hochschulstufe zu erarbeiten und dabei den geltenden Regelungen, namentlich in der höheren Berufsbildung und bei den universitären Medizinalberufen, Rechnung zu tragen.

Das GesBG regelt die Fachhochschulstudiengänge in Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme sowie Ernährung und Diätetik. Unter das GesBG fallen auch die Abschlüsse der höheren Fachschulen im Pflegebereich³¹.

Bei der Regelung der an Fachhochschulen vermittelten Gesundheitsberufe lehnt sich die Vorlage an das MedBG an. Ähnlich wie im MedBG werden Anforderungen an die Studiengänge und deren Akkreditierung festgelegt und die privatwirtschaftliche Ausübung der entsprechenden Berufe in eigener fachlicher Verantwortung geregelt.

Die Vorlage legt gesamtschweizerisch und einheitlich fest, welche allgemeinen Kompetenzen im Rahmen von Fachhochschulstudiengängen im Gesundheitsbereich erreicht werden sollen. Die zu erreichenden berufsspezifischen Kompetenzen sollen durch den Bundesrat unter Mitwirkung der Fachhochschulen und der betroffenen Organisationen der Arbeitswelt erarbeitet werden und in einer entsprechenden Verordnung festgehalten werden. Die Regelung der berufsspezifischen Kompetenzen auf Verordnungsstufe erlaubt die raschere Anpassung der Studiengänge an veränderte Bedürfnisse der Arbeitswelt. Allgemeine und berufsspezifische Kompetenzen wurden – wie unter Ziffer 1.1.2 ausgeführt – von der KFH als Grundlage für die heute an den Fachhochschulen angebotenen Studiengänge bereits erarbeitet. Sie sind in die Arbeiten zum Vorentwurf eingeflossen und werden auch bei der Erarbeitung der Bundesratsverordnung eine wesentliche Materialie bilden.

Die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse ist heute im FHSG geregelt. Die in Artikel 70 HFKG für die Fachhochschulen geltende künftige Regelung für die Feststellung der Gleichwertigkeit ausländischer Diplome ist als rechtliche Grundlage nicht ausreichend, um die Gleichwertigkeit ausländischer Abschlüsse mit einem inländischen Fachhochschulabschluss in den reglementierten Gesundheitsberufen zu gewährleisten. Die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse in den an Fachhochschulen vermittelten Gesundheitsberufen ist deshalb spezialgesetzlich im GesBG zu regeln.

Das Instrument der Programmakkreditierung dient der Qualitätssicherung von Studiengängen, welche zu einem anerkannten Diplom führen. Dabei wird überprüft, ob die Ziele des Gesetzes im Rahmen der Studiengänge erreicht werden können. Die Akkreditierungspflicht der Studiengänge besteht bereits heute im Rahmen des FHSG. Mit Inkrafttreten des HFKG wird diese aufgehoben. Das HFKG schreibt

³¹ Siehe Ziffer 1.1.4 zur Unterstellung dieser Abschlüsse.

lediglich eine institutionelle Akkreditierungspflicht vor. Im Bereich der Gesundheitsberufe ist jedoch auch weiterhin eine Überprüfung des Studienangebots notwendig, weshalb der Vorentwurf des GesBG eine Akkreditierungspflicht der Studiengänge statuiert. Dies ist umso wichtiger, als im Gegensatz zu den universitären Medizinalberufen auf eine eidgenössische Prüfung verzichtet wird. Somit sichert die Programmakkreditierung, dass die Studiengänge den spezialgesetzlichen Anforderungen des GesBG entsprechen.

Da im Bereich der Gesundheitsberufe das Gefährdungspotenzial für die zu behandelnden Personen hoch ist, sieht die Vorlage eine Bewilligungspflicht für die Zulassung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung vor. Der Begriff "Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung" geht weiter als der Begriff "selbstständige Berufsausübung". Es sind auch Personen erfasst, die im Anstellungsverhältnis die fachliche Verantwortung tragen.

Die Reglementierung der Bewilligungsvoraussetzungen auf Bundesebene stellt sicher, dass gesamtschweizerisch einheitliche Regeln gelten. Die Berufsausübung ohne eigene fachliche Verantwortung wird der Regelungskompetenz der Kantone überlassen, da bundesrechtliche Vorgaben nicht verhältnismässig wären. Die Regelung der Berufsausübung in den öffentlich-rechtlichen Spitälern bleibt deshalb in der Kompetenz der Kantone.

Mit den abschliessend festgelegten Berufspflichten im GesBG werden schweizweit die gleichen Anforderungen festgelegt. Dabei bilden die Berufspflichten im GesBG wesentlich die bereits bestehenden kantonalen ab. Die vorgesehenen Disziplinar massnahmen sanktionieren unter anderem Verletzungen der festgelegten Berufspflichten.

Der Vorentwurf berücksichtigt die besondere Situation im Bereich der Pflege, wo die Ausbildung sowohl an Fachhochschulen als auch an höheren Fachschulen angeboten wird. Beide Abschlüsse sind geeignet, den Beruf in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben. Sie sind deshalb mit Blick auf die Berufsausübung einander gleichgestellt. Deswegen sollen auch dieselben Berufspflichten gelten.

Für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung sowie für die Akkreditierung von Studiengängen werden im Entwurf Übergangsregelungen festgelegt. Die Bestimmungen basieren auf einer Abwägung zwischen der Besitzstandswahrung und den Zielen des Gesetzes. Es erscheint naheliegend, für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung die bisherigen FH-Diplome den künftigen FH-Diplomen, die nach den Vorgaben des GesBG erlangt werden, gleichzustellen. Dies gilt auch für die Diplome von bisherigen anerkannten HF-Studiengängen.

Die Studiengänge *Advanced Nursing Practice (ANP)* der Universitäten Basel und Lausanne sind auf der Masterstufe angesiedelt. Der Einbezug dieser Angebote im GesBG steht in einem engen Kontext mit der Frage nach der Regelung der Masterstufe im GesBG (vgl. zu diesem Thema die Ausführungen in Ziffer 5).

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist die Schaffung eines aktiven Gesundheitsberuferegisters denkbar. Ob und in welcher Form ein solches Register geschaffen werden soll, wird auf Grund der Vernehmlassungsergebnisse entschieden (vgl. zu diesem Thema die Ausführungen in Ziffer 6).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorgesehenen Regelungen wichtige Voraussetzungen für die erfolgreiche Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die gesundheitspolitischen Herausforderungen darstellen. Sie fördern die Qualität der Ausbildung und der Berufsausübung in den Gesundheitsberufen der Fachhochschulen und dienen damit dem Interesse der öffentlichen Gesundheit. Zur Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips beschränkt sich die Vorlage auf Regelungen, die für den vorgesehenen Zweck des Gesetzes notwendig sind.

- Die Reglementierung der Berufsausübung in den fünf Gesundheitsberufen ist nicht neu und stellt keinen unverhältnismässigen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar³². Sie regelt neu auf

³² Zur Verfassungsmässigkeit der Vorlage vgl. Ziffer 5.1.

Bundesebene, was bereits heute in den Kantonen in teils unterschiedlicher Weise ebenfalls gilt.

- Die Regelung der Berufsausübung respektiert den Grundsatz, dass der Abschluss auf Bachelorstufe berufsqualifizierend ist.
- Die Vorlage wahrt die Autonomie der Hochschulen und sieht nur so weit Regelungen vor, als sie zum Erreichen der angestrebten Ziele notwendig sind.
- Bei den Studienangeboten werden im Vergleich zur bisherigen Regelung keine direkten zusätzlichen Kosten ausgelöst. Die obligatorische Programmakkreditierung der Fachhochschulen besteht schon heute. Die vorgesehenen Kompetenzprofile sorgen für Transparenz bei den Arbeitgebern und den Gesundheitsfachpersonen.
- Die vorgesehene Bewilligungspflicht für die Berufsausübung führt zu keinen neuen Kosten. In den Kantonen bestehen bereits heute gebührenpflichtige Bewilligungsverfahren.

1.4 Rechtsvergleich

Die Regelung der Gesundheitsberufe gilt als wesentliches Instrument zur Gewährleistung der Leistungsqualität und der Patientensicherheit. Im World Health Report 2006, der sich hauptsächlich mit den Personalressourcen im Gesundheitswesen (alle Kategorien zusammengenommen) befasst, wird darauf hingewiesen, wie wichtig eine solche Regelung ist.

Auch die Herausforderungen, die sich aufgrund der weltweiten Migrationsströme der Gesundheitsfachleute für die Behörden ergeben, sprechen für die Festlegung normativer Bestimmungen, durch welche die Überprüfung der Qualifikationen, die Festlegung der Gleichwertigkeit von Diplomen oder die Sicherung der Ausbildungsqualität durch Akkreditierungsvorgaben erfolgen. Diese Tendenz ist weltweit zu beobachten. Die Arbeiten der *Second World Health Profession Conference on Regulation* aus dem Jahr 2010³³ machen deutlich, dass das Bewusstsein über die Notwendigkeit eines Dialogs und einer verstärkten internationalen Koordination wächst.

Der vom *International Council of Nurses* durchgeführte Vergleich der Reglementierungen der Pflegeberufe³⁴ zeigt mehrere Varianten für die Ausarbeitung einer Berufsregelung. Die von den Ländern gewählten Varianten beruhen auf verschiedenen landesspezifischen Faktoren. Auch die Regelungsbehörde unterscheidet sich je nach Land: Es können dies Regierungsbehörden oder -stellen sein (z. B. Gesundheitsministerium), Berufsorgane oder eine Kombination aus beiden. Meistens sehen die Regelungen Bestimmungen zu folgenden Aspekten vor: Führungsbehörde, Instanzen und Akkreditierungsmodalitäten (institutions- und/oder programmbezogen), Definition der Diplomitel, Weiterbildungspflicht, Register, Disziplinarmaßnahmen, Beschwerdeorgan und -verfahren.

2 Titel, Ingress und Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln

Titel

Der Titel des Gesetzesentwurfs benennt den Regelungsgegenstand des Gesetzes, die Gesundheitsberufe in Abgrenzung zu den Medizinalberufen, die im MedBG geregelt sind.

Ingress

Der Ingress verweist auf Artikel 95 Absatz 1 BV, der dem Bund die Kompetenz verleiht, Vorschriften über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu erlassen. Zudem stützt sich die Vorlage auf Artikel 97 Absatz 1 BV, der vorsieht, dass der Bund Massnahmen zum Schutz der Konsumentinnen und Konsumenten treffen kann.

³³ <http://www.whpa.org/whpcr2010/>

³⁴ *The Role and Identity of the Regulator: An International Comparative Study*, International Council of Nurses, 2009

2.1 1. Kapitel: Zweck, Gegenstand und Geltungsbereich

Art. 1 Zweck und Gegenstand

Das GesBG fördert gemäss *Absatz 1* im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Qualität der Ausbildung und der Berufsausübung in den Gesundheitsberufen, die an den Fachhochschulen auf der Bachelorstufe sowie in Pflege auf der Stufe HF vermittelt werden. Die Ausbildung von Personen, die einen Gesundheitsberuf nach diesem Gesetz ausüben, soll zu diesem Zweck bestimmten Anforderungen genügen. Zudem soll die Berufsausübung einer angemessenen Aufsicht unterliegen, falls sie in eigener fachlicher Verantwortung erfolgt. Anders ausgedrückt: Ausbildungs- und Berufsausübungsqualität können die Gesundheit der Bevölkerung wesentlich beeinflussen. Deshalb rechtfertigt sich ihre Förderung durch das übergeordnete Interesse der öffentlichen Gesundheit.

Absatz 2 zählt in *Buchstabe a–d* die Regelungsgegenstände des Gesetzes auf. Diese umfassen einheitliche Kompetenzen für einen berufsqualifizierenden Abschluss, Akkreditierungsvoraussetzungen, Vorgaben für die Anerkennung von ausländischen Bildungsabschlüssen sowie schweizweit geltende Regeln für die privatwirtschaftliche Ausübung der Gesundheitsberufe in eigener fachlicher Verantwortung.

Der in *Buchstabe d* verwendete Begriff «privatwirtschaftliche Ausübung in eigener fachlicher Verantwortung» steht in Zusammenhang mit den gesetzgeberischen Kompetenzen des Bundes (Art. 95 Abs. 1 BV). Als privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit im Sinne von Artikel 95 Absatz 1 BV gilt eine Erwerbstätigkeit, die der Erwirtschaftung eines Gewinns oder eines Einkommens im Sinne des Privatrechts dient. Sie umfasst sowohl die unselbstständigen Tätigkeiten (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eines privaten Unternehmens) als auch die selbstständigen Tätigkeiten, und zwar sowohl die im Nebenerwerb als auch die im Haupterwerb ausgeübten Tätigkeiten. Eine wirtschaftliche Tätigkeit gilt nicht mehr als privat im Sinne der Artikel 27 und 95 BV, wenn es sich um eine Aufgabe handelt, die von staatlichen oder staatlich eingerichteten Stellen wahrgenommen wird und die dem öffentlichen Recht unterstehen. Vorliegend ist die Bewilligungspflicht gemäss Artikel 10 auf diejenigen Personen beschränkt, die privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind.

Art. 2 Gesundheitsberufe

Artikel 2 zählt diejenigen Gesundheitsberufe auf, welche diesem Gesetz unterstellt sind:

- Pflegefachfrauen und -männer;
- Physiotherapeutinnen und -therapeuten;
- Ergotherapeutinnen und -therapeuten;
- Hebammen;
- Ernährungsberaterinnen und -berater.

Die Aufnahme weiterer Berufe in das Gesetz ist möglich. Sie setzt voraus, dass die Berufe grundsätzlich an Fachhochschulen^{35,36} angeboten werden, die Ausübung der beruflichen Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung eine Reglementierung im Interesse der öffentlichen Gesundheit³⁷ erfordert oder dass es sich um Berufe in einem bereits im GesBG geregelten Berufsfeld (Pflege) handelt. Die Ausweitung des Gesetzes auf weitere Gesundheitsberufe erfordert eine Gesetzesrevision.

³⁵ Im Falle einer Regelung der Masterstufe würde auch der Masterstudiengang in Pflege an der Universität Basel unter das GesBG fallen.

³⁶ Zur Zeit wird geklärt, ob die Osteopathie neu an Fachhochschulen angeboten wird.

³⁷ An der Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) wird der Studiengang in medizinisch-technischer Radiologie angeboten. Es bestehen indessen heute in der Schweiz keine Regelungen in der medizinisch-technischen Radiologie über die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung. Deshalb ist auch keine Regelung im GesBG vorgesehen.

2.2 2. Kapitel: Kompetenzen von Absolventinnen und Absolventen eines Bachelorstudiengangs

Einleitung

Auf der Bachelorstufe erwerben Studierende einen berufsqualifizierenden Abschluss. Das Gesetz verlangt, dass die Studierenden über Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügen, die sie für die Aufnahme einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit befähigen.

Die Beschreibung der in Artikel 3 und 4 festgehaltenen Kompetenzen leitet sich von den Ergebnissen der Studie *Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe* der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz (KFH)³⁸ ab. Dabei wurden die im Projekt Abschlusskompetenzen beschriebenen allgemeinen Abschlusskompetenzen in einen Artikel 3 (Expertise und Methodenkompetenz) und einen Artikel 4 (soziale und persönliche Kompetenzen) gefasst.

Die verlangten Abschlusskompetenzen auf Bachelorstufe werden als allgemeine, allen Studiengängen gemeinsame Kompetenzen (Art. 3), als allgemeine soziale und persönliche Kompetenzen (Art. 4) und als berufsspezifische Kompetenzen (Art. 5) beschrieben. Zusammen bilden diese drei Elemente die für die Qualität und den Schutz der öffentlichen Gesundheit als nötig erachteten Kompetenzen auf der Bachelorstufe ab.

In die Formulierung der allgemeinen Kompetenzen sind Erwägungen zur Gesundheitspolitik und zum erwarteten beruflichen Verhalten eingeflossen. Ausgehend davon, dass für die zukünftige Versorgung eine Mobilisierung von interprofessionellen Teams notwendig ist (z. B. um der Zunahme der chronischen Erkrankungen zu begegnen), müssen die Gesundheitsfachleute über gemeinsame allgemeine Kompetenzen verfügen. Sie müssen in der Lage sein, mit den Fachleuten anderer Gesundheitsberufe nach diesem Gesetz sowie universitärer Medizinalberufe³⁹ zusammenzuwirken. In diesem Sinn sind die allgemeinen Kompetenzen so formuliert, dass sie mit den Zielen der Ausbildung gemäss MedGB kohärent sind und die nötigen gesetzlichen Grundlagen zur Förderung einer gemeinsamen Kooperationskultur schaffen.

Art. 3 Allgemeine Kompetenzen

Die Kompetenzen gemäss *Artikel 3* sollen Absolventinnen und Absolventen in die Lage versetzen, berufliche Verantwortung zu übernehmen.

Die ausgebildeten Fachkräfte müssen in der Lage sein, als Akteure des Gesundheitssystems eigenverantwortlich eine Versorgung von hoher Qualität gemäss den Grundsätzen der guten Berufsausübung (*Best Practice*⁴⁰) zu erbringen (*Bst. a*).

Angesichts der Menge des neu produzierten Wissens und seiner fortlaufenden Entwicklung ist es unabdingbar, dass die Fachpersonen fähig sind, in ihrer Berufstätigkeit neue wissenschaftliche Erkenntnisse umzusetzen und ihre Praxis laufend zu überdenken. So können ihre Kenntnisse und Fertigkeiten im Sinne des lebenslangen Lernens ständig aktualisiert werden (*Bst. b*). Unter lebenslanges Lernen fällt gemäss der Definition der Europäischen Kommission «alles Lernen während des gesamten Lebens, das der Verbesserung von Wissen, Qualifikationen und Kompetenzen dient».

Weiter müssen die Fachkräfte fähig sein, ihre Leistungen unter dem Gesichtspunkt ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen und sich danach zu verhalten (*Bst. c*). Die Kompetenz ist - wie jene in *Buchstabe g* - berufsübergreifend und in Anlehnung an entsprechende Rege-

³⁸ Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe, Cécile Ledergerber, Jacques Mondoux, Beat Sottas, 25. Mai 2009, www.kfh.ch > Dokumente der KFH > Gesundheitsberufe FH.

³⁹ Diese sind im MedBG geregelt (RS 811.11).

⁴⁰ *Best Practice* kann als direkter Rückgriff auf eine solide Evidenzbasis oder als Entscheidungsfindung aufgrund von evidenzbasierten Empfehlungen definiert werden“ (Perleth, Jakubowski & Busse, 2000, S. 741).

lungen im MedBG formuliert. Dies trägt zum gemeinsamen Verständnis bei und erleichtert die interprofessionelle Zusammenarbeit und die effiziente Versorgung.

Im Bereich der beruflichen Expertise und der Methodenkompetenz geht es in erster Linie darum, die Faktoren zu kennen, die sowohl auf der Ebene des Individuums als auch der Bevölkerungsgruppen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit beitragen. Überdies müssen die betroffenen Fachleute fähig sein, Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität einzuleiten (*Bst. d*). Die Betreuung und die medizinische Behandlung von Migrantinnen und Migranten erfordern spezifische Kenntnisse (z. B. transkulturelle Kompetenzen⁴¹). Gleiches gilt für den Umgang mit Demenzkranken und ihren Angehörigen oder für die Arbeit mit Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemen usw.

Die Gesundheitsfachpersonen müssen zudem über die wichtigsten Kenntnisse verfügen, die für die Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik und Therapeutik sowie für die Rehabilitations- und Palliativpflege erforderlich sind, und die wichtigsten Methoden dafür beherrschen (*Bst. e*).

Sie müssen mit den Denk-, Entscheidungs- und Handlungsprozessen, die während der Untersuchung und der Behandlung von Patientinnen und Patienten ablaufen (*Clinical Reasoning*)⁴², vertraut und fähig sein, Massnahmen aus der Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe und anderer Akteure des Versorgungssystems abzuleiten, die sich systematisch in die Versorgung und Betreuung der Person einfügen (*Bst. f*). Ziel des *Clinical Reasoning* ist, die Patientin oder den Patienten und die klinische Situation besser zu verstehen und so die jeweils beste Entscheidung für die Patientin oder den Patienten zu treffen⁴³.

Für eine gute Berufsausübung müssen die Fachpersonen sodann die gesetzlichen Grundlagen des schweizerischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems kennen (*Bst. g*).

Im Weiteren müssen die Fachpersonen das eigene Handeln aussagekräftig darstellen und dokumentieren können (*Bst. h*). Die Fähigkeit, qualitativ hochwertig, umfassend und nachvollziehbar zu informieren, stellt eine grundlegende Kompetenz dar. Führen Fachpersonen ihre Tätigkeit selbstständig aus, so müssen sie ihren Teil der interprofessionellen Versorgung qualitativ hochwertig dokumentieren können. Sind sie in Delegation oder auf ärztliche Verschreibung tätig, müssen sie den verantwortlichen Arzt optimal informieren. Wie in anderen Berufen werden die Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), die eine elektronische Erfassung und Digitalisierung der medizinischen Informationen ermöglichen, in Zukunft zum Alltag der Gesundheitsberufe gehören. Mit den E-Health-Anwendungen, die zur Unterstützung der bestehenden Versorgungsprozesse eingeführt wurden, kann schnell auf die Patientendaten zugegriffen und eine effiziente Verwendung der Mittel sowie eine optimale Betreuung gewährleistet werden. Bei einer angemessenen Nutzung werden sich diese Werkzeuge positiv auf die Versorgungsqualität und die Kostenkontrolle auswirken. Es ist deshalb wichtig, dass die Fachleute diese Anwendungen, ihre Funktionen und ihren Anwendungsbereich kennen (*Bst. h*).

Überdies müssen die Fachpersonen mit den Methoden der wissenschaftlichen Forschung im Gesundheitsbereich und der wissenschaftlich abgestützten Praxis (*evidence based practice*) vertraut sein und fähig sein, an Forschungen mitzuwirken (*Bst. i*).

Art. 4 Soziale und persönliche Kompetenzen

In Analogie zum MedBG wurde ein separater Artikel zu den sozialen und persönlichen Kompetenzen formuliert. Gesundheitsfachleute müssen sich menschlich, ethisch und persönlich angemessen verhalten können und über die entsprechenden Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten verfügen.

⁴¹ Vgl. Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2008–2013», www.bag.admin.ch > Themen > Gesundheitspolitik > Migration und Gesundheit > Bildung und Versorgung.

⁴² Clinical Reasoning: Fundament der klinischen Praxis und Brücke zwischen den Ansätzen der Manuellen Therapie. Teil 1. Manuelle Therapie, Jones M. A., 1997, S. 6.

⁴³ Clinical Reasoning in the Health Professions, Higgs J. & Jones M., 2000, p.11.

Sie müssen interprofessionell zusammenarbeiten, sich anpassen, integrieren, einbinden und durchsetzen. Die Fachkräfte müssen Verantwortung tragen und Bildungs- und Führungsaufgaben übernehmen können (beispielsweise in Spitalstrukturen, Spitex-Organisationen, Geburtshäusern oder ambulanten Ergotherapie-Organisationen).

Damit Gesundheitsfachleute diese Anforderungen erfüllen können, müssen Absolventinnen und Absolventen einer Bachelor-Ausbildung genauso wie medizinische Fachpersonen den ethischen Aspekt ihrer Berufstätigkeit verstehen und sich entsprechend verhalten können. Hierzu braucht es Studiengänge, die Studierende nicht nur für Werte und ethische Grundsätze sensibilisieren, sondern sie auch befähigen, ihre Verantwortung gegenüber Individuum, Gesellschaft und Umwelt wahrzunehmen (*Bst. a*).

Auch an die Persönlichkeit der Gesundheitsfachleute werden hohe Anforderungen gestellt: Sie müssen bei Entscheidungen in Zusammenhang mit Kosten-Nutzen-Analysen, insbesondere beim Einsatz begrenzter Ressourcen, ihre ethische Verantwortung wahrnehmen. Schliesslich müssen sie selbstkritisch, lernfähig und in der Lage sein, sich ihr eigenes Urteil zu bilden. Diese Eigenschaften setzen eine gefestigte Identität und ein Bewusstsein voraus, die es ihnen ermöglichen, ihre eigenen Grenzen und Schwächen zu erkennen und zu akzeptieren (*Bst. b*).

Im Weiteren müssen die Studierenden in der Ausbildung lernen, das Selbstbestimmungsrecht der Personen (*Bst. c*) zu wahren. Voraussetzung dafür ist, dass sie die Rechte der zu behandelnden Personen kennen.

Nach Abschluss der Ausbildung müssen sie zudem fähig sein, zu den zu behandelnden Personen und ihren Angehörigen eine angemessene professionelle Beziehung aufzubauen und sie entsprechend zu beraten (*Bst. d*). In diesem Zusammenhang zeigt sich gerade bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten oder sozial schwachen Gruppen, wie wichtig die Schlüsselkompetenzen im Bereich der Kommunikation sind, damit die betroffenen Bevölkerungsgruppen gleichermassen Zugang zu einer guten Behandlungsqualität haben wie die übrige Bevölkerung.

Art. 5 Berufsspezifische Kompetenzen

Der Bundesrat regelt unter Mitwirkung der Fachhochschulen und der Organisationen der Arbeitswelt die berufsspezifischen Kompetenzen. Der Begriff Organisationen der Arbeitswelt bezieht sich nicht ausschliesslich auf die Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté), sondern auch auf betroffene Berufsverbände. Durch den Einbezug national tätiger Organisationen soll eine gesamtschweizerische Optik sichergestellt werden.

Praktisch bedeutet dies, dass auf Verordnungsebene für jeden im GesBG geregelten Studiengang die berufsspezifischen Kompetenzen auf Bachelorstufe festgelegt werden. Die berufsspezifischen Kompetenzen vertiefen besondere Aspekte des Anforderungsprofils. Im Interesse von Systematik und Vergleichbarkeit sollen die berufsspezifischen Kompetenzen für alle Berufe soweit möglich analog strukturiert werden. Dadurch werden die Bezüge zwischen den verschiedenen Berufen des Gesundheitswesens klarer und verständlicher.

Aufgabe der Fachhochschulen ist es, die curriculare Umsetzung der in den Artikeln 3–5 festgelegten Kompetenzen in den entsprechenden Studiengängen sicherzustellen und unter Beachtung der Hochschulautonomie für eine gesamtschweizerische Abstimmung zu sorgen.

2.3 3. Kapitel: Akkreditierung der Bachelorstudiengänge

Art. 6 Zweck der Akkreditierung und Akkreditierungspflicht

Die Akkreditierung ist ein grundlegendes Instrument zur Qualitätssicherung an den Hochschulen. Sie ist ein formales, transparentes und regelmässig durchgeführtes Verfahren zur Überprüfung von Mindestanforderungen an die Qualität anhand von definierten Kriterien, sogenannten Qualitätsstandards (QS).

Studiengänge, die zu einem Bachelordiplom in den Gesundheitsberufen führen, müssen nach dem GesBG akkreditiert sein (*Abs. 2*). Die Studiengangakkreditierung legt den Akzent auf die inhaltlich-qualitative Prüfung unter Berücksichtigung der Anforderungen des Gesundheits- und Patientenschutzes nach GesBG sowie den bildungspolitischen Anforderungen nach HFKG. Für die anbietenden Fachhochschulen und die anderen Institutionen des Fachhochschulbereichs gilt zusätzlich die Pflicht zur institutionellen Akkreditierung, die im HFKG als Voraussetzung für die Programmakkreditierung festgelegt ist.

Art. 7 Voraussetzungen für die Akkreditierung

Die Akkreditierung eines Studienganges setzt gemäss *Absatz 1* neben der institutionellen Akkreditierung der Fachhochschule zweierlei voraus: Der Studiengang muss die Voraussetzungen von Artikel 31 HFKG erfüllen, d. h. die hohe Qualität der Lehre sowie den möglichen Abschluss des Studienprogramms gewährleisten (*Bst. a*). Weiter prüft die Akkreditierung, ob den Studierenden die Kompetenzen gemäss GesBG für den von ihnen gewählten Gesundheitsberuf vermittelt werden (*Bst. b*).

Art. 8 Verfahren

Das Akkreditierungsverfahren richtet sich nach den Artikeln 32–35 HFKG (*Abs. 1*). Es wird somit von der Schweizerischen Akkreditierungsagentur durchgeführt, welche einen Antrag an den Schweizerischen Akkreditierungsrat stellt, der gestützt darauf den Akkreditierungsentscheid fällt. Die Geltungsdauer der Akkreditierung ist noch vom Hochschulrat zu bestimmen. Die Finanzierung des Akkreditierungsverfahrens erfolgt über grundsätzlich kostendeckende Gebühren.

Der Bundesrat kann gemäss *Absatz 2* zusätzlich besondere Akkreditierungsvoraussetzungen erlassen. Diese Akkreditierungsvoraussetzungen können beispielsweise die Zusammensetzung der Gutachtergruppe und des Akkreditierungsrates betreffen. Der Bundesrat hat dabei vorgängig den Hochschulrat anzuhören.

2.4 4. Kapitel: Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse

Art. 9

Absatz 1 besagt, dass ausländische Bildungsabschlüsse anerkannt werden, sofern die Gleichwertigkeit mit einem inländischen Fachhochschuldiplom (Bachelordiplom) in einem Vertrag über die gegenseitige Anerkennung mit dem betreffenden Staat oder einer überstaatlichen Organisation vorgesehen ist (*Abs. 1 Bst. a*) oder die Gleichwertigkeit im Einzelfall nachgewiesen werden kann (*Abs. 1 Bst. b*).

Die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ist ein Vertrag im Sinne von *Absatz 1 Buchstabe a*. Sie sieht die automatische Anerkennung der in einem EU-Mitgliedstaat erworbenen Qualifikation von Krankenschwestern und Krankenpflegern für allgemeine Pflege und für Hebammen vor. Die anderen Gesundheitsberufe (Physiotherapie, Ergotherapie sowie Ernährung und Diätetik) sind der sogenannten allgemeinen Regelung unterstellt. Die Anerkennung des ausländischen Abschlusses erfolgt auf Gesuch hin im Einzelfall.

Als gleichwertig anerkannte ausländische Bildungsabschlüsse sind in ihrer Wirkung den inländischen Fachhochschulabschlüssen gleichgestellt (*Abs. 2*). Für die Anerkennung zuständig ist das SBFI (*Abs. 3*). Der Bundesrat kann diese Aufgabe an Dritte delegieren, die für ihre Leistungen Gebühren erheben können (*Abs. 3*). Die Gebührenvorschriften erlässt der Bundesrat (*Abs. 3*). Der Bundesrat hat heute die Anerkennung der ausländischen Bildungsabschlüsse gestützt auf Artikel 7 Absatz 5 FHSG und Artikel 67 BBG dem SRK übertragen.

Wenn wesentliche Unterschiede zwischen der nationalen Ausbildung und der im Mitgliedsstaat absolvierten Ausbildung bestehen, sind gemäss *Absatz 4* Ausgleichsmassnahmen erforderlich (Eignungsprüfung oder Anpassungslehrgang). Als wesentliche Unterschiede gelten eine unterschiedliche Dauer, andere Ausbildungsinhalte oder Praxisanforderungen. Die Einzelheiten werden in der Bundesratsverordnung geregelt werden.

Inhaberinnen und Inhaber eines als gleichwertig anerkannten Abschlusses können eine kantonale Berufsausübungsbewilligung nach Artikel 10 beantragen.

2.5 5. Kapitel: Privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung

2.5.1 1. Abschnitt: Berufsausübung

Art. 10 Bewilligungspflicht

Die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung ist für die Gesundheitsberufe nach diesem Gesetz bewilligungspflichtig. Zuständig für die Erteilung und die Überwachung der entsprechenden Berufsausübungsbewilligungen ist derjenige Kanton, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt werden soll.

Das GesBG regelt somit künftig die privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit für alle Personen, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind. Die Einschränkung auf die Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung ergibt sich aus dem Verhältnismässigkeitsprinzip. Die Bewilligungspflicht für die Ausübung einer privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit stellt einen schweren Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar, der nur so weit gehen darf, wie es zur Sicherstellung der Ziele des GesBG, namentlich zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und des Patientenschutzes, notwendig ist. Bei einer unter Aufsicht tätigen Person ist davon auszugehen, dass durch die Aufsicht eine genügende Kontrolle gegeben ist, um die Patientensicherheit und die Qualität der Leistungen zu gewährleisten, sodass eine zusätzliche Bewilligung nicht nötig ist. Eine Person, die in einer privatrechtlich organisierten Einrichtung tätig ist und nicht unter Aufsicht einer oder eines Angehörigen desselben Berufs steht, ist gemäss der Vorlage der Bewilligungspflicht unterstellt. Auch Angestellte in leitender Funktion sollen mit dem Begriff "in eigener fachlicher Verantwortung" erfasst werden. Mit dieser schweizweit einheitlichen Konzeption ist gewährleistet, dass die Verantwortung für eine Behandlung bei einer entsprechend ausgebildeten Fachperson liegt.

Art. 11 Bewilligungsvoraussetzungen

In *Absatz 1* werden neben fachlichen auch persönliche Voraussetzungen für die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verankert. Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist die Bewilligung zu verweigern. Die Voraussetzungen für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung werden durch das GesBG abschliessend auf Bundesebene geregelt.

Als Grundvoraussetzung gemäss *Buchstabe a* muss eine Gesuchstellerin oder ein Gesuchsteller über ein Bachelordiplom im entsprechenden Studiengang einer Fachhochschule oder über ein als gleichwertig anerkanntes ausländisches Diplom verfügen.

Als persönliche Voraussetzung wird nach *Buchstabe b* verlangt, dass die betreffende Person gut beurteilt oder allgemein vertrauenswürdig ist. Es ist dem zuständigen Kanton überlassen, wie er diese Voraussetzung prüfen will. Zudem muss die Person physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten, was mit einem entsprechenden Arztzeugnis belegt werden kann.

Schliesslich kontrolliert die Aufsichtsbehörde, ob die gesuchstellende Person eine Amtssprache ihres Kantons beherrscht (*Bst. c*). Dabei wird sie den Grundsatz der Verhältnismässigkeit beachten müssen. Orientieren kann sie sich am europäischen Referenzrahmen für Sprachen.⁴⁴ Angemessen erscheint etwa der Nachweis von Sprachkenntnissen im Bereich Niveau B 2 (selbstständige Sprachverwendung).

Die Kantone kennen nur eine allgemeine kantonale Berufsausübungsbewilligung «Pfleger», die nicht nach Bildungsgang unterscheidet, sondern identische Voraussetzungen für FH-Absolventinnen und HF-Absolventen vorsieht. Diese Regelung ist auch im GesBG vorgesehen. Für den Beruf Pflegefachfrau und -mann wird die Berufsausübungsbewilligung deshalb auch Personen erteilt, die über ein Diplom eines eidgenössisch anerkannten Bildungsganges der Fachrichtung Pflege einer höheren Fachschule oder einen als gleichwertig anerkannten ausländischen Abschluss verfügen (*Abs. 2*).

Absatz 3 ist Folge der Vereinheitlichung der Bewilligungsvoraussetzungen auf Bundesebene. Danach erfüllt jede Person, die bereits über eine Bewilligung zur Berufsausübung eines Kantons verfügt, grundsätzlich die Voraussetzungen zur Bewilligungserteilung in einem anderen Kanton. Dabei ist zu beachten, dass eine Person, die bereits über eine kantonale Bewilligung verfügt und in einem anderen Kanton tätig werden will, kraft Bundesgesetz über den Binnenmarkt (BGBM)⁴⁵ Anspruch auf ein kostenloses und rasches Bewilligungsverfahren hat (*Art. 3 Abs. 4 BGBM*).

Zahlreiche Kantone verlangen heute für die Bewilligung zur (je nach Sprachgebrauch) privatwirtschaftlichen oder selbständigen Berufsausübung eine zweijährige Berufspraxis nach Abschluss der Ausbildung. Im Gegensatz dazu setzt das GesBG für die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung keine zweijährige Berufspraxis voraus. Der Grund dafür ist, dass die Schweiz im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Übereinkommens⁴⁶ die Richtlinie der EU über die Anerkennung von ausländischen Bildungsabschlüssen übernommen hat⁴⁷. Diese Richtlinie findet auf alle reglementierten Berufe Anwendung und regelt die Anerkennung von Bildungsabschlüssen (automatische Anerkennung und Einzelfallprüfung, vgl. Ziffer 1.6.2 sowie Erläuterungen zu *Art. 9 Abs. 1 Bst. a* und *Abs. 2 GesBG*). Wird ein Abschluss einmal anerkannt, so ist dessen Inhaber oder Inhaberin gemäss Artikel 1 und 4 der Richtlinie berechtigt zum Zugang zum Beruf. Dabei dürfen vom Aufnahmestaat keine zusätzlichen Ausbildungen, Praktika oder zusätzliche Berufserfahrung verlangt werden.⁴⁸ Verlangte das GesBG als Voraussetzung zur Berufsausübung eine zweijährige Berufserfahrung, so dürfte diese Bestimmung nicht auf die Inhaberinnen und Inhaber von als gleichwertig anerkannten ausländischen Abschlüssen angewendet werden. Damit wäre die Bestimmung nur auf Schweizerinnen und Schweizer anwendbar und würde zu einer Inländerdiskriminierung führen.

Unabhängig von den Voraussetzungen für die Berufsausübungsbewilligung kann jedoch die Kassenzulassung gemäss Artikel 55 der Richtlinie 2005/36/EG für die im GesBG geregelten Berufe vom Vorliegen von Berufserfahrung abhängig gemacht werden. Die zweijährige Berufspraxis unter Aufsicht (KVV *Art. 45, 46–49* und *50a*)⁴⁹, als Voraussetzung für die Kassenzulassung ist demnach mit der Richtlinie 2005/36/EG vereinbar. Es ist demnach weiterhin möglich, von Gesundheitsfachleuten mit einem in der Schweiz anerkannten ausländischen Bildungsnachweis für die Kassenzulassung zwei

⁴⁴ Vgl. Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen: Lernen, lehren, beurteilen (kurz: *Europäischer Referenzrahmen*); www.sprachenportfolio.ch.

⁴⁵ SR 943.02

⁴⁶ SR 632.31

⁴⁷ RL 2005/36/EG

⁴⁸ Koordinationsgruppe auf dem Gebiet der Anerkennung der Berufsqualifikationen, Richtlinie 2005/36/EG - Erläuterungen zur Funktionsweise der sektoralen Regelungen - Grundsätze/Begriffe, Brüssel, 3. März 2008, Punkt 5.

⁴⁹ SR 832.102

Jahre Berufspraxis zu verlangen. Die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung ist deshalb faktisch wenig attraktiv für Personen, die nicht über eine zweijährige Berufserfahrung verfügen.

Art. 12 *Einschränkung der Bewilligung und Auflagen*

Absatz 1: Zur Sicherung einer allen zugänglichen Versorgung von hoher Qualität können die Kantone eine Bewilligung eingeschränkt erteilen. Zulässig sind fachliche Einschränkungen (z. B. auf einen bestimmten Gesundheitsberuf), zeitliche Beschränkungen (insbesondere die Befristung der Bewilligung) oder räumliche Einschränkungen (z. B. auf eine bestimmte Gemeinde). Ein Kanton hat zum Beispiel die Möglichkeit, einer Hebamme eine Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung zu erteilen, die geografisch auf eine Bergregion oder Randregion mit schwierigem Zugang zu einem Spital oder Geburtshaus beschränkt ist oder in der die Dichte der praktizierenden Hebammen so niedrig ist, dass die Qualität und die Sicherheit der Versorgung nicht gewährleistet wären. Zudem können die Kantone die Bewilligungen mit Auflagen verbinden.

Die Bestimmungen des GesBG betreffend die Möglichkeiten, die Bewilligung einzuschränken oder mit Auflagen zu verbinden, sind im Verhältnis zum BGBM als *Lex specialis* zu betrachten. Wird eine Bewilligung nur eingeschränkt oder mit Auflage erteilt, so ist dies gemäss Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe b BGBM mit einem überwiegenden öffentlichen Interesse zu begründen. Dafür kommt einzig die Sicherung einer zuverlässigen Versorgung von hoher Qualität in Frage. Ausserdem muss eine kantonale Einschränkung oder Auflage gemäss Artikel 3 BGBM gleichermassen für ortsansässige Personen gelten (Bst. a) und den Grundsatz der Verhältnismässigkeit wahren (Bst. c).⁵⁰

Art. 13 *Entzug der Bewilligung*

Absatz 1: Beim nachträglichen administrativen Entzug einer Bewilligung finden die allgemeinen Grundsätze des Verwaltungsrechts Anwendung, insbesondere das Verhältnismässigkeitsprinzip und die Gewährung des rechtlichen Gehörs.

Der *Absatz 2* sieht einen Informationsaustausch zwischen den betroffenen Kantonen im Falle eines Bewilligungsentzugs vor.

Art. 14 *Meldepflicht*

Personen mit im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen, die sich nach Anhang III des Freizügigkeitsabkommens vom 21. Juni 1999⁵¹ zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen) oder nach Anhang K des Übereinkommens vom 4. Januar 1960⁵² zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) auf die Richtlinie 2005/36/EG⁵³ berufen können, dürfen ihren Gesundheitsberuf nach diesem Gesetz ohne Bewilligung als Dienstleistungserbringerin oder Dienstleistungserbringer während höchstens 90 Arbeitstagen pro Kalenderjahr in der Schweiz ausüben (*Abs. 1*). Dabei kann die Schweiz eine Meldepflicht vorsehen.

Die Schweiz hat in den reglementierten Gesundheitsberufen diese Möglichkeit genutzt und eine Meldepflicht statuiert (*Abs. 2*). Die Meldepflicht besteht für natürliche Personen, die den reglementierten Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben. Das entsprechende Meldeverfahren ist im Bundesgesetz vom 14. Dezember 2012⁵⁴ über die Meldepflicht und die Nachprüfung der Berufsqualifikationen

⁵⁰ BGE 134 II 329, E. 5.4

⁵¹ SR 0.142.112.681.1

⁵² SR 0.632.31

⁵³ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

⁵⁴ SR 935.01; BBl 2012 9733

von Dienstleistungserbringerinnen und -erbringern in reglementierten Berufen (BGMD) und der dazu gehörigen Verordnung⁵⁵ festgelegt. Nach Artikel 1 Absatz 3 BGMD bestimmt der Bundesrat, welche reglementierten Berufe einer Meldepflicht unterliegen⁵⁶.

Absatz 3 ermöglicht Inhaberinnen und Inhabern einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung, ihren Beruf während höchstens 90 Arbeitstagen pro Kalenderjahr in anderen Kantonen auszuüben. Hierzu genügt eine entsprechende Meldung bei der zuständigen kantonalen Behörde. Einschränkungen und Auflagen der erteilten Bewilligung gelten auch für diese Tätigkeit. Dauert die Tätigkeit länger, muss eine Bewilligung des jeweiligen Kantons eingeholt werden. Diese Bestimmung soll die Umgehung von Auflagen und Einschränkungen durch die Ausübung der Gesundheitsberufe in einem anderen Kanton verhindern.

Art. 15 Berufspflichten

In den Kantonen sind die Berufspflichten unterschiedlich geregelt. Ein Aspekt kann in bestimmten Kantonen als Voraussetzung für die Bewilligungserteilung, in anderen wiederum als Berufspflicht ausgestaltet sein. Im vorliegenden Entwurf wurde bei der Definition der Berufspflichten sowohl den geltenden kantonalen Regelungen, dem Wunsch nach einer gewissen Kohärenz mit den Berufspflichten der universitären Medizinalberufe sowie allfälligen besonderen Bedürfnissen der Gesundheitsberufe Rechnung getragen. Die Berufspflichten von *Artikel 15* gelten für Personen, die einen nach diesem Gesetz bewilligungspflichtigen Gesundheitsberuf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben. Die Aufzählung ist abschliessend.

Buchstabe a: Die Pflicht zur sorgfältigen und gewissenhaften Berufsausübung gehört ausdrücklich zu den Berufspflichten der universitären Medizinalberufe (Art. 40 Bst. g MedBG), ist aber nur in einer Minderheit der geltenden kantonalen Regelungen für die Berufe gemäss GesBG enthalten. Da diese Berufspflicht auch mit der Organisation der Gesundheitsversorgung in Zusammenhang steht, soll sie weiterhin durch die Kantone konkretisiert werden, damit auf lokale Gegebenheiten Rücksicht genommen werden kann. Durch die gewählte Generalklausel erhalten die Kantone bei der Umsetzung einen gewissen Spielraum. Die sorgfältige und gewissenhafte Berufsausübung kann beispielsweise die Pflicht enthalten, die Behörden bei nicht natürlichen Todesfällen zu informieren (diese Pflicht ist in 18 Kantonen bereits gegeben). Die Kantone können auch die Pflicht vorsehen, Beistand zu leisten und nach Massgabe der kantonalen Vorschriften an Notfalldiensten mitzuwirken.

Buchstabe b: Gegenwärtig sind Personen mit einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung in 16 der 26 Kantone verpflichtet, ihre allgemeinen und berufsspezifischen Kompetenzen kontinuierlich zu vertiefen und zu erweitern. In fünf der 16 Kantone wird diese Pflicht auch den Gesundheitsfachleuten ohne Berufsausübungsbewilligung auferlegt. In einem Kanton gilt die Pflicht nur für Hebammen mit einer Bewilligung zur Berufsausübung. Neun Kantone sehen diesbezüglich keine Vorschriften vor. Die Vereinheitlichung einer solchen Voraussetzung auf Bundesebene liegt auf der Hand.

Buchstabe c: Die Respektierung der Grenzen der während des Studiums erworbenen sowie der durch lebenslanges Lernen angeeigneten Kompetenzen erhält bei Personen, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, eine besondere Relevanz. Es ist äusserst wichtig, dass diese Fachleute die eigenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im konkreten Anwendungsfall korrekt einschätzen können.

Buchstabe d: Im Vordergrund steht das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten. Diese haben einen Anspruch auf Aufklärung. Nur, wenn Patientinnen und Patienten über alle notwendigen Informationen über eine vorgeschlagene Behandlung verfügen, sind sie in die Lage, dieser Behandlung aus freiem Willen zuzustimmen oder sie abzulehnen.

⁵⁵ Verordnung über die Meldepflicht und die Nachprüfung der Berufsqualifikationen von Dienstleistungserbringerinnen und -erbringern in reglementierten Berufen (VMD): SR 935.011

⁵⁶ Artikel 1 Absatz 3 BGMD

Buchstabe e: Es kann sinnvoll sein, dass Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, ihre Spezialisierung ausschreiben. Die Werbung darf aber weder irreführend noch aufdringlich sein. Diese Berufspflicht besteht in rund der Hälfte der Kantone, ist aber unterschiedlich formuliert und unterscheidet sich in den einzelnen Anforderungen.

Buchstabe f: Wer einem strafrechtlich relevanten Berufsgeheimnis unterliegt, ist in Artikel 321 StGB⁵⁷ aufgelistet, unter anderem Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen und ihre Hilfspersonen. Es ist vorgesehen, mit der Einführung des GesBG auch die übrigen Gesundheitsberufe in Artikel 321 StGB aufzunehmen (vgl. Art. 24 Änderung bisherigen Rechts).

Buchstabe g: Auch in Gesundheitsberufen besteht die Gefahr, dass Behandlungen nicht «lege artis» durchgeführt werden. Es ist daher eine Berufshaftpflichtversicherung oder eine vergleichbare finanzielle Sicherheit (wie etwa einen Sperrbetrag auf einem Konto) nach Massgabe der Art und des Umfangs der Risiken (z. B. Kunstfehler) abzuschliessen. Derzeit kennen 21 Kantone eine entsprechende Vorschrift.

Buchstabe h: Die Bestimmung statuiert die Pflicht, auch bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe immer das Interesse der zu behandelnden Personen zu wahren.

Art. 16 Kantonale Aufsichtsbehörde

Die Beachtung der Berufspflichten muss durch Disziplinarbehörden sichergestellt werden. Der Entwurf schreibt vor, dass die Kantone eine Aufsichtsbehörde schaffen (*Abs. 1*). Die Organisation und Zusammensetzung dieser Behörde sowie die Regelung des Verfahrens bleiben den Kantonen überlassen. Die kantonalen Aufsichtsbehörden sind zuständig, die notwendigen Massnahmen zur Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzes sowie der entsprechenden Ausführungsbestimmungen zu treffen (*Abs. 2*). Gegen Entscheide der kantonalen Aufsichtsbehörden muss zuerst gemäss Artikel 86 Absatz 2 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005⁵⁸ (BGG) ein kantonales Gericht angerufen werden, bevor sie an das Bundesgericht weitergezogen werden können.

Art. 17 Amtshilfe

Diese Bestimmung dient der schnellen Erfassung und Abklärung von Disziplinarfällen und der gegenseitigen Information der zuständigen kantonalen Behörden. Die kantonalen Aufsichtsbehörden haben die Pflicht, entsprechende Vorkommnisse der zuständigen Stelle zu melden.

2.5.2 2. Abschnitt: Disziplinar massnahmen

Art. 18 Disziplinar massnahmen

Parallel zur abschliessenden Regelung von Berufspflichten auf Bundesebene vereinheitlicht der vorliegende Entwurf das Disziplinarrecht. Neu sind bei Verletzung der Berufspflichten, der Vorschriften dieses Gesetzes oder der Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz einheitliche Massnahmen vorgesehen. Die Ausführungsbestimmungen umfassen sowohl das Verordnungsrecht des Bundes als auch die kantonalen Bestimmungen, welche die Kantone insbesondere gestützt auf Artikel 12 (Auflagen in Zusammenhang mit der Bewilligung) erlassen können. Disziplinar massnahmen können zusätzlich zu strafrechtlichen Sanktionen verhängt werden.

Stellt die Aufsichtsbehörde eine Pflichtverletzung fest, so hat sie bei der Wahl der Sanktion und bei ihrer Bemessung dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz Rechnung zu tragen, das heisst, die Schwere

⁵⁷ SR 311.0

⁵⁸ SR 173.110

der Sanktion muss im Hinblick auf den verfolgten Zweck geeignet und erforderlich sein. Dabei ist die Wirkung der Sanktion auf die betroffene Person am öffentlichen Interesse an der Einhaltung der verletzten Rechtsnorm (Berufspflicht, Ausführungsbestimmung) zu messen. Dieses Interesse hängt insbesondere davon ab, was die verletzte Berufspflicht oder Ausführungsbestimmung schützen wollte. So fällt beispielsweise die Verletzung einer kantonalen Ausführungsvorschrift weniger stark ins Gewicht, wenn diese bloss organisatorischen Zwecken dient, als wenn die Ausführungsbestimmung die Versorgung von Randregionen oder zu Randzeiten sicherstellen soll. Aber auch bei den Berufspflichten dieses Gesetzes ist auf das dahinterstehende öffentliche Interesse abzustellen. Bei einer Verletzung der Generalklausel (sorgfältige und gewissenhafte Berufsausübung in Art. 15 Bst. a) sind die Aufsichtsbehörden nicht gehalten, jegliches unsorgfältige Verhalten zu sanktionieren, was einer allgemeinen Qualitätskontrolle der Berufsausübung gleichkäme. Es besteht keine Pflicht des Staates zur Überwachung der Einhaltung der Sorgfaltspflichten und der Standesregeln beim einzelnen Behandlungsvertrag (Auftragsverhältnis). Schwerwiegend ist eine Berufspflichtverletzung aber dann, wenn sie das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Integrität oder in die Fachkompetenz der Gesundheitsfachleute mindert, die Versorgungssicherheit oder -qualität beeinträchtigt oder sogar die Gesundheit Einzelner direkt gefährdet oder verletzt.

Gemäss *Absatz 1* sind folgende Disziplinar massnahmen vorgesehen:

Buchstabe a: Als schwächste Disziplinar massnahme ist die Verwarnung vorgesehen. Die Verwarnung ist eine disziplinarische Massregelung, die der betroffenen Person nahelegt, ein bestimmtes Verhalten in Zukunft zu unterlassen. Das Bundesgericht bejaht den disziplinarischen Charakter einer Verwarnung⁵⁹. Es argumentiert, dass die betroffenen Personen eine Verwarnung als ebenso strenge Massnahme empfinden können wie einen Verweis. Würde man den disziplinarischen Charakter der Verwarnung ablehnen, hätte dies zur Folge, dass Personen, welche die Sanktion für ungerechtfertigt hielten, keine Beschwerdemöglichkeit hätten.

Buchstabe b: Als nächst schwerere Disziplinar massnahme ist der Verweis vorgesehen.

Buchstabe c: Eine Busse ist beispielsweise als Alternative zu einer Verwarnung oder einem Verweis angezeigt, wenn Gesundheitsfachleute ihre Weiterbildungspflicht (Art. 15 Bst. b) oder das Verbot der unlauteren Werbung (Art. 15 Bst. e) verletzen. Die maximale Bussenhöhe von 20 000 Franken rechtfertigt sich angesichts der grossen Verantwortung einer privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung tätigen Person gegenüber ihren Patientinnen und Patienten. Im Einzelfall richtet sich die Busse nach dem Verschulden und den Verhältnissen der betreffenden Person.

Buchstabe d und e: Das befristete (bis sechs Jahre) oder bei besonders gravierenden Verstössen definitive Berufsausübungsverbot stellt die strengste Disziplinar massnahme dar. Ein dauerndes Berufsausübungsverbot kann nur ausgesprochen werden, wenn auf Grund einer Gesamtbeurteilung der bisherigen Berufstätigkeit einer Person eine andere Sanktion nicht geeignet ist, um für die Zukunft ein korrektes Verhalten zu gewährleisten.⁶⁰

Wer seiner Weiterbildungspflicht gemäss Artikel 15 Buchstabe b nicht nachkommt oder das Verbot der unlauteren Werbung gemäss Artikel 15 Buchstabe e verletzt, kann gemäss *Absatz 2* mit einer Verwarnung, einem Verweis oder einer Busse disziplinarisch bestraft werden. Nicht in Betracht fallen gemäss *Absatz 2* in diesen Fällen das befristete und das definitive Berufsausübungsverbot, da diese Massnahmen unverhältnismässig schwer wären.

Zusätzlich zu einem Verbot einer privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung kann auch eine Busse angeordnet werden (*Abs. 3*).

Die Aufsichtsbehörde kann gemäss *Absatz 4* die Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung nötigenfalls vorsorglich administrativ einschränken, mit Auflagen versehen oder entziehen. Eine vorsorgliche Massnahme während des Disziplinarverfahrens

⁵⁹ BGE 103 Ia 428

⁶⁰ BGE 106 Ia 100

darf nur dann ergriffen werden, wenn triftige Gründe sie rechtfertigen. Eine solche Situation tritt z. B. dann ein, wenn die Anordnung eines Berufsausübungsverbotes sehr wahrscheinlich erscheint und ein Berufsausübungsverbot bereits während der Dauer des Disziplinarverfahrens im öffentlichen Interesse angezeigt ist. Ein Beispiel dafür sind Verstösse gegen die sexuelle Integrität von Patientinnen oder Patienten bzw. Klientinnen oder Klienten.

Art. 19 Disziplinarverfahren in einem anderen Kanton

Eine Aufsichtsbehörde kann ein Disziplinarverfahren gegen eine Person eröffnen, die über eine Bewilligung eines anderen Kantons oder zusätzlich über eine Bewilligung eines anderen Kantons verfügt. *Absatz 1* sieht vor, dass eine Aufsichtsbehörde, die ein Disziplinarverfahren gegen eine Person eröffnet, die eine Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons besitzt, die Aufsichtsbehörde des Bewilligungskantons darüber informiert.

Absatz 2 sieht eine Anhörungspflicht vor: Beabsichtigt eine kantonale Aufsichtsbehörde der Inhaberin oder dem Inhaber der Bewilligung eines anderen Kantons die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung zu entziehen, so hört sie die Aufsichtsbehörde dieses anderen Kantons an. Dieses System soll sicherstellen, dass die Aufsichtsbehörden der Bewilligungskantone über allfällige Disziplinarverfahren, bei dem die schwerste Disziplinar massnahme in Betracht fällt, unterrichtet sind. Dadurch soll die Zusammenarbeit unter den Aufsichtsbehörden gestärkt und eine möglichst einheitliche Praxis angestrebt werden.

Art. 20 Wirkung des Berufsausübungsverbots

Infolge der Vereinheitlichung der Berufspflichten und der Disziplinar massnahmen auf Bundesebene gilt ein Berufsausübungsverbot, das von einer kantonalen Aufsichtsbehörde angeordnet wird, auf dem gesamten Gebiet der Schweiz (*Abs. 1*). Kantonale Disziplinarentscheide können ans Bundesgericht weitergezogen werden, sodass allfällige Unterschiede im kantonalen Vollzug aufgefangen werden. Ein Verbot der privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung macht automatisch – d. h. ohne zusätzliche Verfügung – alle entsprechenden kantonalen Bewilligungen ungültig (*Abs. 2*).

Art. 21 Verjährung

Absatz 1 sieht eine relative Verjährungsfrist von zwei Jahren ab Kenntnisnahme des beanstandeten Vorfalles durch die Aufsichtsbehörde vor. Diese Frist soll bewirken, dass ein zur Kenntnis genommener Vorfall von der zuständigen Stelle umgehend an die Hand genommen wird und Sachverhalt und allfällige Konsequenzen geklärt und entschieden werden.

Aufgrund der Tatsache, dass die Frist – vor allem für komplexere Fälle – kurz erscheint, wird die Verjährungsfrist durch jede Untersuchungs- oder Prozesshandlung nicht nur der Aufsichts-, sondern auch einer Strafverfolgungsbehörde oder eines Gerichts unterbrochen (*Abs. 2*).

Die absolute Verfolgungsverjährung tritt zehn Jahre nach dem beanstandeten Vorfall ein (*Abs. 3*). Bei strafbaren Handlungen gilt die vom Strafrecht vorgesehene längere Verjährungsfrist (*Abs. 4*).

Berufsausübungsverbote sollen künftige Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit verhindern. Will eine Aufsichtsbehörde abklären, ob von einer Person eine solche Gefahr ausgeht, so muss sie eine Prognose über das künftige Verhalten dieser Person stellen. Dabei kann es hilfreich sein, das Verhalten dieser Person über einen längeren Zeitraum zu betrachten. *Absatz 5* ermöglicht den Aufsichtsbehörden deshalb, zur Beurteilung der Rückfallgefahr einer Person Vorfälle zu berücksichtigen, die gemäss den vorgehenden Absätzen bereits verjährt sind. Dabei dürfen die verjährten Vorfälle nicht das Mass der Sanktion beeinflussen (z. B. Höhe der Busse), da dies die Verjährungsbestimmungen unterlaufen würde. Sie sollen einzig die Wahl der geeigneten Disziplinar massnahme erleichtern. Dabei ist

namentlich entscheidend, wie gross die von einer Person ausgehende Gefährdung der öffentlichen Gesundheit für die Zukunft eingeschätzt wird (Rückfallgefahr).

2.6 6. Kapitel: Schlussbestimmungen

Art. 22 Aufsicht

Dem Bundesrat obliegt die Aufsicht über den Vollzug des GesBG. Verantwortlich für die Umsetzung des Gesetzes sind im Bereich der Ausbildung die Fachhochschulen und im Bereich der Berufsausübung die Kantone.

Art. 23 Vollzug

Der Bundesrat erlässt die Ausführungsvorschriften.

Art. 24 Änderung anderer Erlasse

Pflegefachfrauen und -männer, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungsberaterinnen und -berater sowie ihre Hilfspersonen unterstehen neu dem Berufsgeheimnis (vgl. Art. 15 Bst. f). Deshalb werden sie in den Kreis der strafrechtlich geschützten Geheimnisträgerinnen und Geheimnisträger aufgenommen. Die Aufzählung in Artikel 321 Absatz 1 Strafgesetzbuch⁶¹ (StGB) wird daher entsprechend durch «Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten sowie Ernährungsberater» ergänzt. Im gleichen Sinne geändert werden Artikel 171 Absatz 1 der Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007⁶² (StPO) sowie Artikel 75 Buchstabe b des Militärstrafprozesses vom 23. März 1979⁶³ (MStP).

Um die verschiedenen Bestimmungen zum Zeugnisverweigerungsrecht zu vereinheitlichen, werden zudem in Artikel 75 Buchstabe b MStP die Patentanwälte und die Verteidiger aufgenommen, die in Artikel 321 Absatz 1 StGB und Artikel 171 Absatz 1 StPO bereits enthalten sind.

Art. 25 Übergangsbestimmungen

Die Übergangsbestimmungen gründen auf einer Abwägung zwischen der Besitzstandswahrung und den Zielen des Gesetzes, die Berufsausübung an entsprechende und definierte Berufsabschlüsse zu knüpfen.

Wer bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits in Übereinstimmung mit dem kantonalen Recht über eine Berufsausübungsbewilligung für die privatwirtschaftliche Ausübung eines Gesundheitsberufes in eigener fachlicher Verantwortung verfügt, soll seinen Beruf in diesem Kanton weiterhin ausüben können, auch wenn die nach diesem Gesetz geforderte Ausbildung nicht vorliegt. Ob diese Voraussetzungen im Einzelfall gegeben sind, wird in Würdigung der bisher geltenden Rechtslage und der erteilten Bewilligung Aufgabe des Kantons sein.

Beantragt eine Person nach Inkrafttreten des GesBG eine neue Berufsausübungsbewilligung zur privatwirtschaftlichen Ausübung eines Gesundheitsberufes in eigener fachlicher Verantwortung, z. B. weil sie den Kanton wechselt, muss sie die Erfüllung der Voraussetzungen gemäss GesBG nachweisen (Abs. 1).

⁶¹ SR 311.0

⁶² SR 312.0

⁶³ SR 322.1

Absatz 2 sieht für Personen, die vor dem Inkrafttreten des GesBG nach kantonalem Recht keine Bewilligung für die privatwirtschaftliche Ausübung eines Gesundheitsberufes nach diesem Gesetz in eigener fachlicher Verantwortung brauchten und eine gemäss neuem Recht bewilligungspflichtige Tätigkeit ausüben, eine fünfjährige Übergangsfrist vor. Diese Frist soll den betroffenen Personen ausreichend Zeit einräumen, um allenfalls fehlende berufliche Qualifikationen zu erwerben und eine entsprechende Bewilligung nachzufragen oder sich neu zu organisieren.

Absatz 3: Die bisherigen anerkannten FH- und HF-Abschlüsse in den Bereichen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme sowie Ernährung und Diätetik werden bei der Prüfung der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung den Bachelordiplomen auf Fachhochschulstufe gleichgestellt.

Im Unterschied zu den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme sowie Ernährung und Diätetik werden in der Pflege auch weiterhin eidgenössisch anerkannte HF-Bildungsgänge angeboten und entsprechende Abschlüsse erteilt. Anerkannt bleiben nicht nur die bisherigen HF-Abschlüsse in der Pflege, sondern auch die weiterhin an den höheren Fachschulen in der Pflege erworbenen Abschlüsse (vgl. Art. 11 Abs. 2).

Nach *Absatz 4* gelten Studiengänge an den Fachhochschulen, die nach bisherigem Recht akkreditiert worden sind, bis sieben Jahre ab Inkrafttreten des HFKG als akkreditiert.

Art. 26 Referendum und Inkrafttreten

Als Bundesgesetz ist das GesBG gemäss Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe a BV dem fakultativen Referendum unterstellt (*Abs. 1*). Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten. Auf diese Weise können Inkrafttreten und Erlass des bundesrätlichen Ausführungsrechts aufeinander abgestimmt werden (*Abs. 2*).

3 Auswirkungen

3.1 Auswirkungen auf den Bund

Der Bund leistet im Rahmen der Spezialgesetze und der bewilligten Kredite nach Artikel 18ff. des geltenden Fachhochschulgesetzes (FHSG)⁶⁴ und künftig nach Artikel 50ff. des neuen Hochschulförderungs- und –koordinationsgesetzes (HFKG) vom 30. September 2011⁶⁵ Beiträge an die Fachhochschulen. Für die Finanzierung durch den Bund relevante Kostenfaktoren sind insbesondere die Studierendenzahlen. Die prognostizierte Entwicklung der Erstabschlüsse auf Bachelorstufe in den Gesundheitsberufen ist in Tabelle 1 (Ziffer 1.1.1) aufgezeigt. Die voraussichtliche Zunahme der Studierendenzahlen ist wie in Ziffer 1.1.1 dargelegt notwendig, um den künftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen. Sie ist nur indirekt vom GesBG beeinflusst, was die vergangenen und aktuellen Zuwachsraten zeigen.

Für die Anerkennung ausländischer Diplome ist – wie bisher – das SBFI zuständig. Damit ergeben sich mit Ausnahme der erwähnten Erfassung der ausländischen Abschlüsse im GesReg keine Änderungen.

⁶⁴ SR 414.71

⁶⁵ Voraussichtliche Inkraftsetzung des HFKG im Jahre 2015. Zu diesem Zeitpunkt wird das Fachhochschulgesetz ganz oder teilweise aufgehoben.

3.2 Auswirkungen auf die Kantone

Die Kantone regeln bereits heute die Berufsausübung der fünf im GesBG geregelten Gesundheitsberufe. Kurzfristig wird sich in der Ausbildung und im Vollzug bei der Erteilung einer Bewilligung für die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung nur wenig ändern.

Kostenrelevant sind für die Kantone insbesondere die Studierendenzahlen. Die Steuerung der Ausbildungs- und Praxisplätze liegt in hohem Masse bei den kantonale zuständigen Stellen im Bildungs- und Gesundheitsbereich sowie den einzelnen öffentlich-rechtlichen und privaten Institutionen in der Praxis.

Um die zukünftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung und die Befriedigung des entsprechenden Fachkräftebedarfs sicherzustellen, ist ein Anstieg der Studierendenzahlen wünschenswert. Das GesBG hat auf diese Entwicklung jedoch höchstens einen indirekten Einfluss.

Die Kantone erwarten – je nach geltender kantonaler Regelung – zusätzliche Vollzugsaufgaben im Bereich der privatwirtschaftlichen Ausübung in eigener fachlicher Verantwortung der fünf im Gesetz enthaltenen Gesundheitsberufe. Die neue Regelung der Bewilligung der Ausübung *in eigener fachlicher Verantwortung* könnte dazu führen, dass die Kantone ihre eigene Gesetzgebung anpassen und allenfalls Bewilligungen für Berufsausübungen in Situationen erteilen müssen, in denen dies bisher nicht erforderlich war. Die Verfahren und die Gebühren für die Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung sind heute kantonale geregelt. Dies wird so bleiben. Für Gesundheitsfachpersonen, die im öffentlich-rechtlichen Bereich oder privatwirtschaftlich unter Aufsicht tätig sind, bleiben die Kantone weiterhin allein zuständig.

Die Berufspflichten und Disziplinar massnahmen sind bisher auf kantonaler Ebene geregelt, was zu unterschiedlichen Anforderungen und Regelungen in den einzelnen Kantonen führt und namentlich für die in mehreren Kantonen tätigen Gesundheitsfachpersonen schwer verständlich, ja verwirrend und der Rechtssicherheit nicht dienlich ist. Gesamtschweizerisch einheitliche Berufspflichten und Disziplinar massnahmen auf Bundesebene werden sich positiv auf die Qualität und Sicherheit der Leistungen sowie die Rechtssicherheit auswirken. Für die Kontrolle der Einhaltung dieser Anforderungen sind weiterhin die kantonalen Aufsichtsbehörden zuständig. Sollte die allenfalls in einigen Kantonen tendenziell erweiterte Aufsichtstätigkeit zu einem erhöhten Aufwand führen, haben die Kantone die Möglichkeit, mit Gebühren die zusätzlichen Kosten zu decken.

Für die Gemeinden zieht die Annahme des Gesetzes keine wesentlichen Änderungen nach sich.

3.3 Auswirkungen auf die Fachhochschulen im Fachbereich Gesundheit und die höheren Fachschulen mit einem Studiengang «Pflege»

Die Anforderungen an die Ausbildung der Gesundheitsberufe sind bisher im BBG und im FHSG geregelt. Das FHSG wird in Kürze durch das HFKG abgelöst. Das HFKG selbst legt keine Anforderungen an die Studieninhalte und die Qualitätssicherung der einzelnen Studiengänge eines Fachbereichs fest. Mit der Aufhebung des FHSG wurde deshalb aus Gründen des Gesundheits- und Patientenschutzes ein GesBG zur Regelung von Anforderungen an die Ausbildung notwendig.

Die gesetzlichen Anforderungen an die Studiengänge lehnen sich stark an die im Jahre 2009 von der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen Schweiz (KFH) im Auftrag des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie (BBT)⁶⁶ seit dem 1.1.2013 SBFI, erarbeiteten Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH an. Die Fachhochschulen im Fachbereich Gesundheit haben zwischenzeitlich ihre Studienkonzepte bereits angepasst.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist schwer abschätzbar, ob die im GesBG vorgesehenen Regelungen direkte Auswirkungen auf die Ausbildungskosten haben werden, beispielsweise durch neu geschaffene oder

⁶⁶ seit dem 1.1.2013 Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI)

aufgehobene Unterrichtsmodule. Da die Regelung in Artikel 3 und 4 des GesBG mit den Ergebnissen des Projekts Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe in hohem Masse abgestimmt ist, dürfte die Umsetzung mit keinem grösseren Aufwand für die FH verbunden sein.

Gewinnen die Studiengänge an Attraktivität, ist ein Anstieg der Studierendenzahl zu erwarten. Dies ist für die Linderung des Fachkräftemangels mehr als nur erstrebenswert, auch wenn die Gesamtkosten im Fachbereich Gesundheit leicht ansteigen dürften. Im Jahr 2012 wurden rund 1 400 FH-Bachelordiplome⁶⁷ in den Gesundheitsberufen nach dem GesBG ausgestellt. Die Annahme einer Senkung der Kosten pro Studierende ist bei steigenden Studierendenzahlen stets mit Zurückhaltung zu kalkulieren, weil nicht selten Schwelleneffekte aus Gründen der Infrastruktur oder zusätzlicher Lehrkräfte in der Kostenstruktur entstehen.

In Bezug auf die Akkreditierung sind die Fachhochschulen nach dem FHSG verpflichtet, ihre Studiengänge akkreditieren zu lassen. Wenn das FHSG durch das HFKG abgelöst wird, besteht nur noch die Pflicht zur institutionellen Akkreditierung; die Programmakkreditierung wird fakultativ. Mit der Pflicht zur Akkreditierung der Studiengänge auf FH-Ebene sorgt das GesBG für Kontinuität. Für die Ausbildungsgänge HF in Pflege gilt weiterhin die Anerkennung der Bildungsgänge nach dem BBG und der Verordnung des WBF über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen (MiVo-HF)⁶⁸ vom 11. März 2005.

3.4 Auswirkungen auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Mit dem GesBG werden die Anforderungen an die Ausbildungen in den Gesundheitsberufen auf Bachelorstufe vereinheitlicht. Das GesBG hat keine Auswirkungen auf die Ausbildungen/Diplome, die aktuell für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verlangt werden. Es ändert sich auch nichts bezüglich des Zugangs zur Abrechnung der Leistungen dieser Berufe zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ebenso wenig enthält das Gesetz Vorschriften über die Zahl der in Zukunft in diesen Berufen auszubildenden Studierenden. Dementsprechend gibt es keine Anhaltspunkte, dass sich durch dieses Gesetzesprojekt die Gesundheitskosten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung ändern werden.

Im Übrigen müsste bei einer Kostenanalyse berücksichtigt werden, dass es infolge der Ausbildungsanforderungen an die Bildungsinstitutionen zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung kommen könnte, weil die Patientensicherheit und Qualität der Dienstleistungen verbessert werden.

3.5 Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft

Für die Fachkräfte in den fünf Gesundheitsberufen (Pflege, Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährung und Diätetik), die ihre Tätigkeit privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben wollen, werden in Zukunft – unabhängig vom Kanton – die gleichen Voraussetzungen gelten. Diese Regelung stellt eine Vereinfachung gegenüber der heutigen Situation dar. Gleiche Effekte ergeben sich auch dank einer gesamtschweizerisch einheitlichen Regelung der Berufspflichten und der Disziplinarmassnahmen. Sie tragen zu mehr Transparenz bei, sichern gesamtschweizerisch einheitliche Qualitätsstandards und erleichtern die berufliche Mobilität der Gesundheitsfachpersonen.

⁶⁷ D. h. Diplome Bachelor of Science FH in Pflege, in Physiotherapie, in Ergotherapie, Hebamme und in Ernährung und Diätetik.

⁶⁸ SR 412.101.61

Das GesBG sieht keine Regelung für die Entlohnung der Gesundheitsfachpersonen vor. Zudem bezieht sich die Berufsausübungsbewilligungspflicht auf die betreffende Berufsperson und nicht auf die Institution welche die Berufsperson anstellt.

Das GesBG fördert im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Qualität der Ausbildung und der Berufsausübung und kommt somit den Patientinnen und Patienten und ihrem Umfeld zugute.

Auch wenn mit der Ausarbeitung des GesBG keine Anhaltspunkte für eine Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen erkennbar sind, ist eine abschliessende Beurteilung nicht möglich. Ziel ist es, mit dem GesBG einen Beitrag zu leisten, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, die Versorgung vermehrt zu koordinieren, Fehler zu verringern, eine schnellere und nachhaltigere Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Unfällen oder Erkrankungen zu ermöglichen und somit zur Erhöhung der Produktivität der Wirtschaft beizutragen.

Durch die Sicherstellung einer einheitlichen Qualität der Ausbildungen für die Gesundheitsberufe nach GesBG unterstützt der Bund die Mobilität und die Personenfreizügigkeit sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene. Damit verbindet sich auch die Erwartung, einen Beitrag zu leisten, die Verweildauer der Gesundheitsfachpersonen im Arbeitsmarkt zu erhöhen.

Die bisherigen Abklärungen im Rahmen der Regulierungsfolgenabschätzung zeigen, dass darüber hinaus durch das Gesetz keine direkten Kostenfolgen für die Allgemeinheit zu erwarten sind.

4 Rechtliche Aspekte

4.1 Verfassungs-und Gesetzmässigkeit

4.1.1 Rechtsgrundlage

Der vorliegende Erlass stützt sich primär auf Artikel 95 Absatz 1 BV, der den Bund ermächtigt, Vorschriften über die Ausübung privatwirtschaftlicher Erwerbstätigkeit zu erlassen. Zu berücksichtigen ist aber auch Artikel 97 Absatz 1 BV, welcher dem Bund die Kompetenz einräumt, Massnahmen zum Schutz der Konsumentinnen und Konsumenten zu treffen.

Der Bund kann gestützt auf Artikel 95 Absatz 1 BV den Zugang zu privatwirtschaftlichen Berufstätigkeiten regeln und insbesondere wirtschaftspolizeilich begründete Fähigkeitsausweise vorschreiben. Die Gesundheitsberufe können nicht um ihrer selbst willen, sondern nur zum Schutz gesundheitspolizeilicher Interessen geregelt werden. Das Schutzziel kann dadurch erreicht werden, dass für die Ausübung dieser Tätigkeiten eindeutige Anforderungen an die Ausbildung sowie in Form von Berufspflichten an die Berufsausübung gestellt werden.

Sind die Voraussetzungen für die Regelung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit gegeben, so ist der Bund befugt, Voraussetzungen für den Zugang und zur Ausübung eines Berufes festzulegen. Dazu gehören auch Anforderungen an die Ausbildung, sei es an Universitäten, Fachhochschulen oder höheren Fachschulen. Der Bund kann auch eine obligatorische Studiengangakkreditierung für die Programme festlegen, die zum entsprechenden Diplom führen.

Der Gesetzgeber muss dennoch Artikel 95 Absatz 1 BV auf Artikel 63a BV abstimmen. Der vorliegende Entwurf gewährleistet die Abstimmung des vorgesehenen Akkreditierungsverfahrens mit dem HFKG, auch wenn er eigene Voraussetzungen für die Studiengangakkreditierung festlegt. Dies ist erforderlich, um zu garantieren, dass Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, über die entsprechenden Kompetenzen für die Berufsausübung verfügen. Der Rahmlehrplan Pflege und die Anerkennung des Bildungsgangs Pflege nach der MiVo-HF sichert ohne zusätzliche spezialgesetzliche Regelungen, dass die Inhaberinnen und Inhaber eines HF-Diploms in Pflege über die entsprechenden Kompetenzen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verfügen.

Nicht durch Artikel 95 Absatz 1 BV (Privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit) gedeckt ist eine Reglementierung der Berufsausübung im öffentlich-rechtlichen Bereich. Die Zuständigkeit, notwendige Massnahmen im Interesse der öffentlichen Gesundheit vorzusehen, liegt hier bei den Kantonen.

Der Entwurf stützt sich ausserdem auf Artikel 97 Absatz 1 BV. Diese Abstützung drängt sich auf, weil es ein zentrales Anliegen des GesBG bildet, Konsumentinnen und Konsumenten vor Dienstleistungen ungenügend qualifizierter Personen zu schützen und die Regelung der Ausbildung und die Reglementierung der Berufsausübung dieser Zielsetzung dienen.

4.1.2 Vereinbarkeit mit den Grundrechten

Die Ausübung eines Gesundheitsberufs fällt wie andere privatwirtschaftliche Aktivitäten in den Schutzbereich der Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 Abs. 1 BV). Beschränkungen dieser Freiheit bedürfen einer gesetzlichen Grundlage, müssen durch ein öffentliches Interesse gerechtfertigt sowie verhältnismässig sein. Die gesetzliche Grundlage wird mit dem Gesetzesentwurf geschaffen. Das öffentliche Interesse an einer Regelung der Gesundheitsberufe ergibt sich aus dem Anspruch des Publikums, vor fachlich unqualifizierten Anbieterinnen und Anbietern geschützt zu werden. Die Eingriffe in die Wirtschaftsfreiheit sind auf das für die Erreichung des Regelungszwecks Erforderliche beschränkt. Die Unterstellung der privatwirtschaftlichen Ausübung in eigener fachlicher Verantwortung stellt einen notwendigen Eingriff dar. Demgegenüber wäre aus heutiger Sicht eine Erweiterung der Reglementierung auf die privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit, die nicht in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübt wird, unverhältnismässig, wenn auch der Bund gestützt auf Artikel 95 Absatz 1 BV grundsätzlich auch in diesem Bereich die Kompetenz zur Reglementierung hätte.

4.2 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz

Die Schweiz hat sich mit dem Freizügigkeitsabkommen und EFTA-Übereinkommen zum Abbau von Hindernissen beim Personenverkehr verpflichtet. Das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999⁶⁹ zwischen der Schweiz und der EU sowie ihren Mitgliedstaaten (FZA) regelt den freien Personenverkehr. Der im FZA allgemein festgelegte und mit mehreren Bestimmungen des Abkommens konkretisierte Grundsatz der Nichtdiskriminierung verlangt von den Vertragsparteien die Beseitigung aller Regelungen, die ein Hindernis in der Verwirklichung des freien Verkehrs darstellen. Ein solches Hindernis können innerstaatliche Regelungen über die Berufsausübung bilden. Im Bereich der Gesundheitsberufe bestehen heute Reglementierungen auf der kantonalen Ebene, wonach für die Berufsausübung bestimmte fachliche Qualifikationen verlangt werden.

Die Vorlage sieht eine Bewilligungspflicht für die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung vor. Dabei werden zur Berufsausübung ein bestimmter Bildungsabschluss sowie die Kenntnis einer Amtssprache des Kantons verlangt. Diese Vorgabe stellt eine Reglementierung der Berufsausübung im Sinne des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Übereinkommens dar. Damit die Freizügigkeit durch solche Reglementierungen nicht behindert, gleichzeitig aber die Qualität der Tätigkeiten nicht gefährdet wird, hat die Schweiz im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Übereinkommens⁷⁰ die Richtlinie der EU über die Anerkennung von ausländischen Bildungsabschlüssen übernommen⁷¹. Diese Richtlinie findet auf alle reglementierten Berufe Anwendung.

Für bestimmte Berufe, wie z. B. die Pflege und die Hebammen, sieht die Richtlinie eine automatische Anerkennung vor, weil die entsprechenden Bildungen koordiniert sind. Für die anderen Berufe der Vorlage, die nicht automatisch anerkannt werden, gelten die allgemeinen Bestimmungen des Abkommens mit Vorgaben an die Dauer und die Inhalte der Bildung sowie den Nachweis über die Berufspraxis. Wenn sich die Dauer oder die Inhalte der Bildung wesentlich unterscheiden, haben die Staaten die Möglichkeit, Ausgleichsmassnahmen in Form eines Anpassungslehrganges oder einer Eignungs-

⁶⁹ SR 0.142.112.681

⁷⁰ SR 632.31

⁷¹ RL 2005/36/EG

prüfung zu verlangen (vgl. Art. 9 Abs. 2 GesBG). Demnach kommt im GesBG das Anerkennungssystem der EG zur Anwendung. Die Reglementierung ist daher mit den Verpflichtungen der Schweiz aus dem Freizügigkeitsabkommen und dem EFTA-Übereinkommen vereinbar.

4.3 Erlassform und Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Der Entwurf sieht wichtige rechtsetzende Bestimmungen vor, die nach Artikel 164 Absatz 1 BV in der Form des Bundesgesetzes zu erlassen sind.

Die Vorlage enthält Delegationsnormen zum Erlass von Bestimmungen durch den Bundesrat. Die Delegation von Rechtssetzungskompetenzen wird restriktiv gehandhabt und betrifft Regelungen, deren Konkretisierungsgrad für die Gesetzesstufe nicht geeignet ist. Die Rechtsetzungsdelegation fördert zudem eine flexible Bildungssteuerung, welche es erlaubt, auf Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung rasch zu reagieren.

Die Rechtsetzungsdelegationen befinden sich in:

- Artikel 5: Der Bundesrat regelt unter Mitwirkung der Fachhochschulen und der betroffenen Organisationen der Arbeitswelt die berufsspezifischen Kompetenzen, die die Absolventinnen und Absolventen eines Bachelorstudienganges aufweisen müssen.
- Artikel 8 Absatz 2: Der Bundesrat kann besondere Bestimmungen zur Überprüfung der Voraussetzungen nach Artikel 7 Buchstabe b erlassen. Er hört vorgängig den Hochschulrat an.
- Artikel 9 Absatz 4: Für die Anerkennung zuständig ist das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI). Der Bundesrat kann diese Aufgabe an Dritte delegieren. Diese können für ihre Leistungen Gebühren erheben. Der Bundesrat erlässt die Gebührevorschriften.
- Artikel 23: Der Bundesrat erlässt die Ausführungsvorschriften.

5 Klärung der Regelung der Masterstufe im Gesundheitsberufegesetz

Offen ist die Frage, ob im GesBG neben der Bachelorstufe auch die Masterstufe geregelt werden muss. Massgebend für die Beurteilung dieses Sachverhaltes ist, ob aus Gründen des Patientenschutzes und der Sicherung der Gesundheitsversorgung eine Bewilligungspflicht nötig ist für die privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit einer Pflegeexpertin APN und allenfalls weiterer Berufe wie die Physio- und Ergotherapie, die Ernährungsberatung sowie die Hebamme auf der Masterstufe.

Wird die Notwendigkeit der Bewilligungspflicht befürwortet, liegt es nahe, die Anforderungen an die Ausbildung und die Berufsausübung der Masterstufe ebenfalls im GesBG festzulegen.

5.1 Ausgangslage

Auftrag des Bundesrates

Der Bundesrat hat dem Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement (EVD, seit dem 1.1.2013 WBF) und dem EDI den Auftrag erteilt, einen vernehmlassungsfähigen Entwurf zur einheitlichen Regelung der Anforderungen an die Ausbildung und die Berufsausübung der Gesundheitsberufe auf der Tertiärstufe A zu erarbeiten.

Eine konkrete Vorgabe betreffend die Bachelor- und Masterstufe lässt sich dem Auftrag nicht entnehmen.

Bildungslandschaft auf Masterstufe

Die Zulassung zur Masterstufe setzt nach Artikel 5 Absatz 4 FHSG einen Abschluss auf der Bachelorstufe oder einen gleichwertigen Abschluss voraus.

Die Entwicklungen in der Bildungslandschaft der Schweiz zeigen, dass sich Masterstudiengänge im Gesundheitsbereich etablieren: Die akademische Pflegeausbildung begann 1996 mit einem pflegewissenschaftlichen Masterstudiengang im Rahmen einer Kooperation zwischen der Universität Maastricht (Holland) und der damaligen Kaderschule für die Krankenpflege des Schweizerischen Roten Kreuzes in Aarau. Die Universität Basel bietet seit dem Jahr 2000 einen Masterstudiengang in Pflege an; die HES-SO führt in Kooperation mit der Universität Lausanne seit 2009 einen Kooperationsmasterstudiengang in Pflege. Seit 2010 können auch an den öffentlich-rechtlichen Fachhochschulen (ZFH/BFH/FHO⁷²) und der privaten Fachhochschule Kalaidos Masterstudiengänge in Pflege absolviert werden. Bis 2012 haben in der Schweiz 277 Personen einen Masterstudiengang in Pflege abgeschlossen. Dazu kommt eine beträchtliche Anzahl von Pflegefachleuten, die ihren Mastertitel in Pflege im Ausland erworben haben. Die geringe Anzahl der bisher in der Schweiz erlangten Masterabschlüsse in Pflege ist darauf zurück zu führen, dass die Studiengänge mit Ausnahme des Angebots an der Universität Basel erst seit kurzer Zeit bestehen.

Im Bereich der Physiotherapie bieten die BFH und die Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) einen Kooperationsmasterstudiengang an. In der Ergotherapie ist ebenfalls an der ZHAW ein Masterstudiengang bewilligt. Für Hebammen und in Ernährung und Diätetik werden zurzeit in der Schweiz keine Masterstudiengänge angeboten.

Versorgungsbedarf im schweizerischen Gesundheitswesen

Die Weltgesundheitsorganisation WHO zeigt auf, dass in Europa etwa 86 % der Todesfälle und 77 % der Krankheitslast durch chronische, nicht übertragbare Erkrankungen verursacht werden⁷³. Die ökonomischen Auswirkungen dieser Entwicklung sind beträchtlich: chronische Erkrankungen führen zu verringerter Produktivität, Invalidität und frühzeitigen Pensionierungen. Das *European Observatory on Health Systems and Policies*⁷⁴ erläutert in seinem Bericht Strategien zur Bewältigung der damit verbundenen Herausforderungen. Der Fokus der Gesundheitsversorgung liegt heute auf der kurzfristigen Betreuung in Akutsituationen. Der Umgang mit chronischen erkrankten Menschen erfordert dagegen eine Begleitung über Jahre oder Jahrzehnte unter Einbezug des sozialen Umfelds der Betroffenen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN)⁷⁵ rechnet in den nächsten Jahrzehnten mit einer steigenden Zahl von pflegebedürftigen betagten Frauen und Männern. In der vom Spitex-Verband in Auftrag gegebenen SwissAgeCare-Studie⁷⁶ wird aufgezeigt, dass mehr als die Hälfte der über 85-jährigen zuhause lebenden Menschen in ihrem Alltagsleben stark eingeschränkt sind und von ihren Angehörigen gepflegt werden. Damit diese Menschen weiterhin zuhause betreut werden können, benötigen sie und ihre Angehörigen eine auf ihre spezifische Situation ausgerichtete Betreuung. Diese soll auf die möglichst selbstständige Gestaltung des Lebens, die Erhaltung der Lebensqualität und die Vermeidung von Komplikationen ausgerichtet sein.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie das BAG halten fest, dass vor diesem Hintergrund der Bedarf nach (haus)ärztlichen und pflegerischen Leistungen, gerade auch im ambulanten Bereich, steigen wird. Änderungen in der medizinischen Grundversorgung stehen an. Ein Ansatz sind neue Versorgungsmodelle, die sich jedoch nicht auf die Betreuung von chronisch kranken und alten Menschen beschränken, sondern eine umfassende Versorgung sicherstellen sollen. Solche Versorgungsmodelle zeichnen sich durch eine am Bedarf der

⁷² Kooperationsstudiengang ZFH/BFH/FHO

⁷³ Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: www.euro.who.int [Health topics > Disease prevention > Tobacco > Noncommunicable diseases top of world's agenda](#)

⁷⁴ European Observatory on Health Systems and Policies: Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, Interventions and Challenges, 2010, S. 1ff.

⁷⁵ Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A.: Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2011, S.7.

⁷⁶ Spitex Verband Schweiz: SwissAgeCare-2010. Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim? S.7.

Patientinnen und Patienten orientierte, integrierte Versorgung aus⁷⁷. Die Umsetzung wird zusätzliches hochqualifiziertes Pflegepersonal erfordern.

Bedarf an Expertise in den Gesundheitsberufen

Im Folgenden wird anhand des Pflegebereichs aufgezeigt, wie Absolventinnen und Absolventen von Masterstudiengängen in Gesundheitsberufen durch die Übernahme von erweiterten Rollen zur Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitssystem beitragen können.

Die folgenden Ausführungen stützen auf den Pflegebereich ab, weil hier, bedingt durch die verhältnismässige Grösse der Berufsgruppe, bereits Erfahrungen und ansatzweise ein Berufsprofil vorliegen. Aber auch die anderen Gesundheitsberufe der Fachhochschulstufe plädieren für die Aufnahme der Masterstufe im GesBG. Der Verband physioswiss und die Bildungsanbieter beantragen die Reglementierung des Berufsprofils Extended Scope Physiotherapist. Die Frage der Reglementierung dieser beruflichen Tätigkeiten ist ebenfalls einer vertieften Klärung zu unterziehen. Vertretungen der Berufe Ergotherapie, Ernährung und Diätetik sowie Hebamme argumentieren, dass die Anforderungen der Gesundheitsversorgung die Entwicklung und Reglementierung von Berufsprofilen auf Masterstufe notwendig machen. Für diese Berufe ist die Klärung dieser Frage zu früh, weil noch keine Masterstudiengänge angeboten werden.

5.2 Das Beispiel der Pflegeexpertin und des Pflegeexperten Advanced Practice Nurse (APN)

Eine Pflegeexpertin und ein Pflegeexperte APN (Advanced Practice Nurse⁷⁸) ist eine Pflegefachperson, die aufgrund ihrer Masterausbildung in Pflegewissenschaft über klinische Expertise in einem bestimmten Fachgebiet verfügt. Ihre Spezialisierung befähigt sie, die pflegefachliche Führung bei der Entwicklung und Umsetzung von Betreuungskonzepten für spezifische Patientengruppen mit komplexen Pflegebedürfnissen zu übernehmen. Sie entwickelt Leitlinien und Standards und sichert damit die Effektivität, Effizienz und Qualität der pflegerischen Versorgung. Sie arbeitet mit anderen Fachpersonen des interdisziplinären Teams zusammen und bezieht pflegende Angehörige ein⁷⁹.

Berufsprofile auf der Masterstufe basieren, in Übereinstimmung mit den Profilen auf der Bachelorstufe, auf allgemeinen und berufsspezifischen Kompetenzen. Am Beispiel der Pflegeexpertin und des Pflegeexperten APN wird aufgezeigt, welche Tätigkeiten durch Fachkräfte mit Masterabschluss im Bereich der allgemeinen Kompetenzen ausgeübt werden.

Das Berufsprofil der Pflegeexpertin und des Pflegeexperten APN

Pflegeexpertinnen und -experten APN arbeiten in Organisationen des Gesundheitswesens und sind in allen Versorgungsbereichen tätig (Akutpflege, Langzeitpflege, Spitex, Psychiatrie usw.). Sie nehmen *eigenverantwortlich eine vertiefte klinische Einschätzung* von komplexen Pflegesituationen⁸⁰ vor und leiten entsprechende Massnahmen ein, bspw. bezüglich Palliative Care und Schmerzmanagement⁸¹. Sie übernehmen in interdisziplinären Teams Koordinations- und Führungsaufgaben. Als wissenschaft-

⁷⁷ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren & Bundesamt für Gesundheit: Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung, 2012, S.4f

⁷⁸ Der *International Council of Nurses* definiert eine APN (*advanced practice nurse*) als «*registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credential to practice. A master level degree is recommended for entry level*». In der Schweiz werden seit 2001 an der Universität Basel APN ausgebildet.

⁷⁹ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, SwissANP, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP, Institut universitaire de formation et de recherche en soins – IUFRS: Reglementierung der Pflegeexpertin APN. Zusammenfassung der Gründe für die separate Reglementierung, 2012, S.1.

⁸⁰ So wurde beispielsweise unter Leitung einer Pflegeexpertin APN im interdisziplinären Team ein Programm entwickelt, das Patientinnen und Patienten im ersten Jahr nach einer Nierentransplantation das nötige Wissen zum selbständigen Umgang mit Symptomen, Medikamenten und Hygiene vermittelt.

⁸¹ Dies führte beispielsweise zum Aufbau einer effektiven Wundversorgung für brandverletzte Kinder und einer entsprechenden Forschungsstelle in einem Kinderuniversitätsspital.

lich ausgebildete, in der klinischen Praxis stehende Expertinnen und Experten implementieren sie wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis und initiieren pflegewissenschaftliche Forschungen, welche von in der Praxis auftretenden Fragestellungen ausgehen⁸². Diese beruflichen Tätigkeiten erfordern aus Gründen des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität differenzierte Kenntnisse und Kompetenzen, die über die heute bewilligungspflichtigen anderen Gesundheits- und Medizinalberufe hinausgehen.

Erkenntnisse aus den Erfahrungen mit den Pflegeexpertinnen und -experten APN

Systematische Untersuchungen zur Tätigkeit von Pflegeexpertinnen und -experten in der Schweiz fehlen bisher. Die geringe Anzahl von Masterabschlüssen macht deutlich, dass die Qualifikation auf der Masterstufe nicht den Regelabschluss für die Berufsausübung darstellt. Erfahrungen in den Institutionen des Gesundheitswesens zeigen, dass durch die vertiefte und breite Fachkompetenz von Pflegeexpertinnen und -experten APN die Behandlungsergebnisse, die Patientenzufriedenheit und die Arbeitszufriedenheit erhöht werden. In der spitalexternen Pflege übernimmt die Pflegeexpertin und der Pflegeexperte APN die fachliche Führung bei der Betreuung alter Menschen und ihrer Angehörigen. Sie entwickeln Schulungsprogramme für Patientinnen, Patienten und Angehörige, erfassen die im Rahmen einer medikamentösen Therapie auftretenden Nebenwirkungen und schätzen mögliche Risiken wie Mangelernährung und Sturzgefahr ein. Durch frühzeitige Interventionen verhindern sie den Eintritt in eine Institution und ermöglichen, dass alte Menschen auch bei ernsthaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen zuhause betreut werden können.

Die Implementierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen durch Pflegeexpertinnen und -experten APN leistet einen Beitrag, in der Praxis die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten zu reduzieren⁸³.

Mit dem Aufbau von Pflegesprechstunden konnte bei Menschen mit Nierentransplantationen das Auftreten von Komplikationen und neue Spitalaufenthalte weitgehend verhindert werden. Der Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten APN hat in einem Pflegeheim durch die Erhöhung der Pflegequalität zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und damit zur Senkung der Fluktuationsrate geführt. Auch im ambulanten Bereich finden sich Pilotprojekte, die auf den Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten APN bauen. Chronisch kranke Menschen können im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung von der Pflegeexpertin und dem Pflegeexperten APN eigenverantwortlich nach strukturierter Behandlungspfad betreut werden. Als Schnittstelle zwischen ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern, medizinischen Praxisassistentinnen und qualifizierten Pflegefachleuten der Spitex koordinieren und optimieren sie die Behandlung. Als Ansprechperson für die Alters- und Pflegeheime der Umgebung übernehmen sie die Triage bei gesundheitlichen Problemen der Bewohnerinnen und Bewohner.

Pflegeexpertinnen und -experten APN sind in der Lage, bestimmte diagnostische Tests zu veranlassen, zu interpretieren, eigenverantwortlich durchzuführen und dadurch Ärztinnen und Ärzte zu entlasten. Damit ersetzen sie nicht ärztliche Tätigkeiten, sondern ergänzen diese in effektiver Weise.

5.3 Normatives Konzept für die Regelung der Pflegeexpertin und des Pflegeexperten APN

Das GesBG stützt sich auf Artikel 95 Absatz 1 BV sowie Artikel 97 Absatz 1 BV. Artikel 95 Absatz 1 BV gibt dem Bund die Möglichkeit, Vorschriften über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbs-

⁸² Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, SwissANP, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP, Institut universitaire de formation et de recherche en soins – IUFRS: Pflegeexpertinnen APN für die Schweiz, Stellungnahme vom 5. März 2013.

⁸³ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, SwissANP, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP, Institut universitaire de formation et de recherche en soins – IUFRS: Pflegeexpertinnen APN für die Schweiz, Stellungnahme vom 5. Februar 2013, Beispiel Universität Basel.

tätigkeit zu erlassen. Im GesBG ist gestützt auf diesen Artikel namentlich die Regelung der Anforderungen an einzelne Studiengänge sowie eine Bewilligungspflicht für die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung vorgesehen, was einerseits einen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit nach Artikel 27 BV und andererseits einen Eingriff in das Hochschulsystem nach Artikel 63a BV bedeutet.

Ein Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit ist nur dann gerechtfertigt, wenn er einem überwiegenden öffentlichen Interesse dient und verhältnismässig ist. Auch eine Abweichung von der in der BV vorgesehenen Kompetenzaufteilung im Hochschulbereich muss mit einem öffentlichen Interesse begründet werden und verhältnismässig sein. Es ist unbestritten, dass ein grosses öffentliches Interesse am Schutz der öffentlichen Gesundheit besteht und damit an der Qualitätsförderung der Ausbildung und der Berufsausübung. Dieses öffentliche Interesse kann Einschränkungen der Wirtschaftsfreiheit sowie Abweichungen von der für das Hochschulsystem vorgegebenen Zuteilung der Erlasskompetenzen legitimieren, soweit die vorgesehenen Massnahmen verhältnismässig sind. Die Reglementierung der Masterstufe im GesBG würde sich also dann rechtfertigen, wenn in der Praxis patientenschutz- und versorgungsqualitätsrelevante Kompetenzen erforderlich sind, über die nur Absolventinnen und Absolventen der Masterstufe und nicht der Bachelorstufe verfügen. Der Gesetzgeber müsste zudem überzeugt sein, dass im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Anforderungen an die Ausbildung auf der Masterstufe und die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung einer entsprechenden Regelung im GesBG bedürfen.

Die Masterstufe wäre im GesBG grundsätzlich nach dem gleichen Konzept zu regeln, das auch für die Bachelorstufe vorgesehen ist. Nach diesem Konzept wären im GesBG die einzelnen Berufsprofile festzuschreiben, deren Ausübung das Absolvieren des entsprechenden Masterstudiengangs bedingt.

Als Voraussetzung für die Zulassung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung wäre somit ein Abschluss im entsprechenden Studiengang der Masterstufe vorzusehen. Sodann wären die im Rahmen dieser Studiengänge zu vermittelnden allgemeinen Kompetenzen und die Voraussetzungen für die Akkreditierung der Masterstudiengänge festzulegen. Dementsprechend wäre z. B. das Berufsprofil Pflegeexpertinnen und -experten APN als Gesundheitsberuf im GesBG aufzuführen.

Die Reglementierung der Masterstufe im GesBG drängt sich auf, wenn

- zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung patientenschutz-, gesundheitsschutz- und versorgungsqualitätsrelevante Kompetenzen erforderlich sind, die im Rahmen der Bachelorstufe nicht vermittelt werden;
- diese Tätigkeiten ein definiertes Berufsprofil ergeben und die Berufsausübung demzufolge einen Abschluss auf der Masterstufe voraussetzt.

Patientenschutz-, gesundheitsschutz- und versorgungsrelevante berufliche Tätigkeiten

Im Zentrum der beruflichen Aktivitäten einer Pflegeexpertin und eines Pflegeexperten APN stehen eine vertiefte klinische Einschätzung von komplexen Pflegesituationen sowie das eigenverantwortliche Einleiten und Ausführen von entsprechenden Massnahmen. Sie veranlassen bei Patientinnen und Patienten, die sich vom Krankheitsverlauf her in einer stabilen Phase befinden, diagnostische Tests, interpretieren diese, nehmen die Anpassung der Medikation vor oder leiten weitere erforderliche Therapien ein.

Im stationären wie im ambulanten Versorgungssystem werden Spezialistinnen und Spezialisten benötigt, die die Fallführung übernehmen und entsprechende Behandlungs- und Pflegepfade klären. Im Einzelnen bedeutet dies:

- Die Pflegeexpertin oder der Pflegeexperte APN nimmt in komplexen Pflegesituationen eine vertiefte klinische Einschätzung des Gesundheitszustandes vor, leitet evidenzbasierte Interventionen ein, evaluiert die pflegespezifischen Ergebnisse nach wissenschaftlichen Kriterien und initiiert den Informationsaustausch mit Ärztinnen und Ärzten und anderen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen.

- Die Pflegeexpertin oder der Pflegeexperte APN stellt Pflegediagnosen und leitet entsprechende Massnahmen ein oder initiiert diese (z. B. erhöhte Infektgefahr, Schluckstörung, Verletzungsgefahr, Vergiftungsgefahr infolge falscher Medikamenteneinnahme).
- Die Pflegeexpertin oder der Pflegeexperte APN handelt Behandlungs- und Pflegeziele im interprofessionellen Team unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Behandlungsstandards aus (z. B. evidence based nursing, disease management) und übernimmt Leadership in der Pflege (evidenz-basierte Pflege- und Behandlungsempfehlungen, interdisziplinäre Behandlungspfade, Pflegeteam- und Fallführung).
- Die Pflegeexpertin und der Pflegeexperte APN veranlasst bei Patientinnen und Patienten, die sich in einer stabilen Phase des Krankheitsverlaufs befinden, diagnostische Tests, interpretiert diese, nimmt die Anpassung der Medikation vor oder leitet weitere erforderliche Therapien ein. Neben der ergänzenden nimmt die Pflegeexpertin oder der Pflegeexperte APN auch eine substituierende Aufgabenübernahme gegenüber Ärztinnen und Ärzten vor.
- Die Pflegeexpertin und der Pflegeexperte APN übernimmt Führungsaufgaben in interprofessionellen Teams. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden im Sinne der Transformation in die Praxis implementiert.
- Die Pflegeexpertin und der Pflegeexperte APN beantwortet als Referenzperson für Teams und Institutionen fachliche Fragestellungen und schlägt den Patienten angepasste und effiziente Lösungen vor (z. B. nurse case management).
- Die Pflegeexpertin und der Pflegeexperte APN übernimmt Verantwortung für die Qualitätssicherung der Versorgungsorganisation und die Entwicklung klinischer Leitlinien und Standards und wirkt an der Entwicklung des Fehlermanagements mit.
- Die Pflegeexpertin und der Pflegeexperte APN entwickelt, implementiert und evaluiert unter Berücksichtigung der aktuellen Rahmenbedingungen und der zukünftigen Herausforderungen Strategien für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung.

Fragen zum Berufsfeld einer Pflegeexpertin oder eines Pflegeexperten APN

- Erkennen Sie bei der Pflegeexpertin und dem Pflegeexperten APN ein Berufsprofil, das sich klar von den Tätigkeiten einer Pflegefachperson HF/FH (Bachelor) abgrenzt?
- Werden diese beruflichen Einsatzfelder heute schon von Fachpersonen mit dem Berufsprofil Pflegeexpertinnen/Pflegeexperte APN wahrgenommen? Welche Ausbildung haben Personen, die in diesen Einsatzfeldern tätig sind?

Fragen nach dem Reglementierungsbedarf

Im Zentrum steht die Frage, ob die Pflegeexpertin und der Pflegeexperte APN in Einsatzfeldern tätig sind, die sich wesentlich von denjenigen der Pflegefachfrauen und -männer FH auf Bachelorstufe und der Pflegefachfrauen und -männer HF unterscheiden.

Wenn ja, stellt sich die Frage, ob diese Einsatzfelder aus Sicht des Patienten- und Gesundheitsschutzes eine entsprechende Berufsausübungsbewilligung für die privatwirtschaftliche Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung als Pflegeexpertin und -experte APN erfordern und welche Schwierigkeiten bei einer Nichtreglementierung auftreten könnten.

Berufsausübung von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN

- Wirkt sich die heutige Nichtreglementierung der Berufsausübung einer Pflegeexpertin und eines Pflegeexperten APN einschränkend aus? Welche Aspekte der Berufsausübung, namentlich bei der privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung sind von der Einschränkung betroffen?

- Wird das Potenzial von Pflegeexpertinnen und -experten APN in der Schweiz vollumfänglich genutzt? Fehlen gesetzliche Regelungen, welche eine weiter gehende Nutzung der auf Masterstufe erworbenen Kompetenzen in der Berufsausübung ermöglichen?

Gesundheits- und Patientenschutz versus Wirtschaftsfreiheit und Hochschulautonomie

- Erachten Sie es aus Gründen des Gesundheits- und Patientenschutzes für erforderlich, die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung einer Pflegeexpertin und eines Pflegeexperten APN von einer Bewilligung abhängig zu machen?
- Erachten Sie eine Reglementierung der Berufsausübung einer Pflegeexpertin und eines Pflegeexperten APN im Lichte der Wirtschaftsfreiheit für notwendig und verhältnismässig?
- Erachten Sie eine Reglementierung der Masterstufe und damit einen Eingriff in die Hochschulautonomie für notwendig und verhältnismässig?
- Bestehen andere Regelungsmöglichkeiten?

Mögliche normative Regulierung anhand des Beispiels Pflegeexpertin und -experte APN

Unter Einbezug der betroffenen Kreise wurde versucht, eine normative Regulierung anhand des Beispiels einer Pflegeexpertin oder eines -experten APN zu erarbeiten:

Beispiel eines normativen Konzepts der Regelung der Masterstufe im GesBG

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Zweck und Gegenstand

¹ Dieses Gesetz fördert im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Qualität:

- a. der Ausbildung, die an den *Hochschulen* in den Gesundheitsberufen vermittelt wird, und der Berufsausübung der Absolventinnen und Absolventen einer solchen Ausbildung;
- b. der Berufsausübung der Inhaberinnen und Inhaber eines Diploms, das ihnen aufgrund eines eidgenössisch anerkannten Bildungsgangs der Fachrichtung Pflege von einer höheren Fachschule ausgestellt wurde.

² Zu diesem Zweck regelt es namentlich:

- a. die Kompetenzen von Absolventinnen und Absolventen *eines Bachelor- oder Masterstudiengangs*;
- b. die Akkreditierung der Studiengängen;
- c. die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse;
- d. die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung.

Art. 2 Gesundheitsberufe

Als Gesundheitsberufe nach diesem Gesetz gelten:

- a. Pflegefachfrauen und -männer;
- b. Physiotherapeutinnen und -therapeuten;
- c. Ergotherapeutinnen und -therapeuten;
- d. Hebammen;
- e. Ernährungsberaterinnen und -berater;
- f. *Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN*;
- g. ...

2. Kapitel: Kompetenzen von Absolventinnen und Absolventen eines *Bachelor- oder Masterstudiengangs*

Art. 3 Allgemeine Kompetenzen

¹ Die Absolventinnen und Absolventen *eines Bachelorstudienganges und die Absolventinnen und Absolventen eines Masterstudienganges* müssen insbesondere folgende Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten aufweisen:

- a. Sie sind fähig, eigenverantwortlich und in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der guten Berufsausübung qualitativ hochstehende Dienstleistungen im Gesundheitsbereich zu erbringen.
- b. Sie sind fähig, bei der Berufsausübung neue wissenschaftliche Erkenntnisse umzusetzen, ihre Fertigkeiten und Fähigkeiten laufend zu reflektieren und im Sinne des lebenslangen Lernens fortlaufend zu aktualisieren.
- c. Sie sind fähig, die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen zu beurteilen und sich danach zu verhalten.
- d. Sie kennen die Faktoren, die bei Individuum und Bevölkerungsgruppen zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit beitragen und sind fähig, Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität einzuleiten.
- e. Sie verfügen über die Kenntnisse, die für die präventiven, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und palliativen Massnahmen erforderlich sind.
- f. Sie kennen die Denk-, Entscheidungs- und Handlungsprozesse im Gesundheitsbereich sowie das Zusammenspiel der verschiedenen Gesundheitsberufe und anderer Akteure des Versorgungssystems und sind fähig, ihre Massnahmen optimal darauf abzustimmen.
- g. Sie kennen die gesetzlichen Grundlagen des schweizerischen Systems der sozialen Sicherheit und des Gesundheitswesens und können diese Kenntnisse in der beruflichen Tätigkeit umsetzen.
- h. Sie können das eigene Handeln aussagekräftig darstellen und nachvollziehbar dokumentieren und sie kennen E-Health-Anwendungen beim Patienten- und Versorgungsmanagement.
- i. Sie sind mit den Methoden der Forschung im Gesundheitsbereich sowie der wissenschaftlich abgestützten Praxis vertraut und sie sind fähig, an Forschungsvorhaben mitzuwirken.

² *Absolventinnen und Absolventen eines Masterstudienganges erweitern und vertiefen ihre auf Bachelorstufe erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten:*

- a. *Sie sind fähig, eigenverantwortlich eine vertiefte klinische Einschätzung von komplexen Patientensituationen in ihrem Berufsfeld vorzunehmen und entsprechende Massnahmen einzuleiten oder auszuführen;*
- b. *Sie sind fähig, Koordinations- und Führungsaufgaben im Rahmen von interprofessionellen Teams zu übernehmen;*
- c. *Sie können klinisch ausgerichtete Forschungsvorhaben initiieren, evaluieren, die Erkenntnisse in die Praxis implementieren und ihr Wissen weitervermitteln.*

Art. 4 Soziale und persönliche Kompetenzen

¹ Die Bachelor- und Masterstudiengänge unterstützen die Entwicklung der sozialen und persönlichen Kompetenzen der Studierenden im Hinblick auf die Anforderungen ihres zukünftigen Berufes.

² Insbesondere sollen die Absolventinnen und Absolventen eines Bachelorstudienganges und die Absolventinnen und Absolventen eines Masterstudienganges fähig sein, bei der Berufsausübung:

- a. ihre Verantwortung gegenüber Individuum, Gesellschaft und Umwelt wahrzunehmen und dabei ethische Prinzipien zu beachten;
- b. die eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen und die Grenzen ihrer Tätigkeit zu respektieren;
- c. das Selbstbestimmungsrecht der zu behandelnden Personen zu wahren;
- d. zu den zu behandelnden Personen und deren Angehörigen eine professionelle und den Umständen angemessene Beziehung aufzubauen.

Art. 5 Berufsspezifische Kompetenzen

Der Bundesrat regelt unter Mitwirkung der *betroffenen Hochschulen* und der betroffenen Organisationen der Arbeitswelt die berufsspezifischen Kompetenzen, die die Absolventinnen und Absolventen eines *Bachelorstudienganges und die Absolventinnen und Absolventen eines Masterstudienganges* aufweisen müssen.

Zentrale berufsspezifische Kompetenzen für die künftige Verordnung zum Gesundheitsberufegesetz (GesBV) gestützt auf Art. 5 GesBG.

Berufsspezifische Kompetenzen Pflege APN

- a. Sie sind fähig, Pflegediagnosen zu stellen und entsprechende Massnahmen einzuleiten oder zu initiieren (z. B. erhöhte Infektgefahr, Schluckstörung, Verletzungsgefahr, Vergiftungsgefahr infolge falscher Medikamenteneinnahme).
- b. Sie sind fähig, bei Patientinnen und Patienten, die sich vom Krankheitsverlauf her in einer stabilen Phase befinden, diagnostische Tests zu veranlassen und zu interpretieren, die Anpassung der Medikation vorzunehmen oder weitere erforderliche Therapien einzuleiten.
- c. Sie sind fähig, Behandlungs- und Pflegeziele in interprofessionellen Teams unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Behandlungsstandards (z. B. evidence based nursing, disease management) auszuhandeln und Leadership in der Pflege zu übernehmen (evidenzbasierte Pflege- und Behandlungsempfehlungen, interdisziplinäre Behandlungspfade, Pflege- und Fallführung).
- d. Sie sind fähig, als Referenzperson für Teams und Institutionen fachliche Fragestellungen zu beantworten und schlagen den Patienten angepasste und effiziente Lösungen vor (z. B. nurse case management).
- e. Sie sind fähig, die Verantwortung für die Qualitätssicherung der Versorgungsorganisation und die Entwicklung klinischer Leitlinien und Standards zu übernehmen. Sie wirken an der Entwicklung des Fehlermanagements mit.
- f. Sie sind fähig, unter Berücksichtigung der aktuellen Rahmenbedingungen und der zukünftigen Herausforderungen Strategien für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung zu entwickeln, implementieren und evaluieren.

3. Kapitel: Akkreditierung von Studiengängen

Art.6 Zweck der Akkreditierung und Akkreditierungspflicht

¹ Die Akkreditierung dient dazu zu prüfen, ob:

- a. die Standards in der inhaltlichen und strukturellen Gestaltung von Studiengängen eingehalten werden;
- b. den Studierenden die für die Ausübung ihres Berufes notwendigen Kompetenzen nach diesem Gesetz vermittelt werden.

² Studiengänge, die zu einem *Bachelor- oder Masterdiplom* in den Gesundheitsberufen führen, müssen nach dem Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz vom 30. September 2011⁸⁴ (HFKG) und nach diesem Gesetz akkreditiert sein.

4. Kapitel: Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse

Art. 9

¹ Ein ausländischer Bildungsabschluss wird anerkannt, wenn seine Gleichwertigkeit mit einem inländischen *Hochschulabschluss (Bachelor- oder Masterdiplom)*:

- a. in einem Vertrag über die gegenseitige Anerkennung mit dem betreffenden Staat oder einer überstaatlichen Organisation festgelegt ist; oder
- b. im Einzelfall nachgewiesen wird anhand von Bildungsstufe, -inhalt, -dauer und im Bildungsgang enthaltenen praktischen Qualifikationen.

² Ein als gleichwertig anerkannter ausländischer Bildungsabschluss hat für die Berufsausübung in der Schweiz die gleichen Wirkungen wie ein inländischer *Hochschulabschluss*.

³ Für die Anerkennung zuständig ist das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI). Der Bundesrat kann diese Aufgabe an Dritte delegieren. Diese können für ihre Leistungen Gebühren erheben. Der Bundesrat erlässt die Gebührevorschriften.

⁴ Kann ein ausländischer Bildungsabschluss nicht als gleichwertig anerkannt werden, sind Ausgleichsmassnahmen erforderlich. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

⁸⁴ BBl 2011 7455

5. Kapitel: Privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung

1. Abschnitt: Berufsausübung

Art. 11 Bewilligungsvoraussetzungen

¹ Die Bewilligung zur Ausübung eines Gesundheitsberufs *nach Artikel 2 Buchstaben a–e* wird erteilt, wenn die gesuchstellende Person:

- a. ein Bachelordiplom im entsprechenden Studiengang einer Fachhochschule oder einen als gleichwertig anerkannten ausländischen Abschluss besitzt;
- b. vertrauenswürdig ist sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet; und
- c. eine Amtssprache des Kantons, für welchen die Bewilligung beantragt wird, beherrscht.

² Die Bewilligung wird auch einer Person erteilt, die anstelle des Abschlusses nach Absatz 1 Buchstabe a ein Diplom der Fachrichtung Pflege besitzt, das ihr nach Abschluss eines entsprechenden eidgenössisch anerkannten Bildungsgangs von einer höheren Fachschule ausgestellt wurde, oder einen als gleichwertig anerkannten ausländischen Abschluss.

³ Die Bewilligung zur Ausübung eines Gesundheitsberufs *nach Artikel 2 Buchstaben f ...* wird erteilt, wenn die gesuchstellende Person:

- a. ein Masterdiplom im entsprechenden Studiengang einer institutionell akkreditierten Hochschule oder einen als gleichwertig anerkannten ausländischen Abschluss besitzt;
- b. die Voraussetzungen nach Absatz 1 Buchstaben b–c erfüllt.

⁴ Wer über eine Berufsausübungsbewilligung nach diesem Gesetz verfügt, erfüllt grundsätzlich die Voraussetzungen zur Bewilligungserteilung in einem anderen Kanton. Vorbehalten bleibt Artikel 12.

[...]

6. Kapitel: Schlussbestimmungen

[...]

Art. 24 Änderung anderer Erlasse:

Die nachstehenden Bundesgesetze werden wie folgt geändert:

1. Strafgesetzbuch⁸⁵

Art. 321 Abs. 1 erster Satz

¹ Geistliche, Rechtsanwälte, Verteidiger, Notare, Patentanwälte nach Obligationenrecht⁸⁶ zur Verschwiegenheit verpflichtete Revisoren, Ärzte, Zahnärzte, Chiropraktoren, Apotheker, Hebammen, Psychologen, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, *Pflegeexperten APN* sowie ihre Hilfspersonen, die ein Geheimnis offenbaren, das ihnen infolge ihres Berufes anvertraut worden ist oder das sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben, werden, auf Antrag, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

2. Strafprozessordnung⁸⁷

Art. 171 Abs. 1

¹ Geistliche, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Verteidigerinnen und Verteidiger, Notarinnen und Notare, Patentanwälte, Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, *Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN* sowie ihre Hilfspersonen können das Zeugnis über Geheimnisse verweigern, die ihnen aufgrund ihres Berufes anvertraut worden sind oder die sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben.

⁸⁵ SR 311.0

⁸⁶ SR 220

⁸⁷ SR 312.0

3. Militärstraftprozess vom 23. März 1979⁸⁸

Art. 75 Bst. b

Das Zeugnis können verweigern:

- b. Geistliche, Anwälte, Notare, Ärzte, Zahnärzte, Chiropraktoren, Apotheker, Hebammen, Psychologen, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, *Pflegeexperten APN* sowie deren berufliche Hilfspersonen über Geheimnisse, die ihnen aufgrund ihres Berufs anvertraut worden sind oder die sie bei ihrer Berufstätigkeit wahrgenommen haben; soweit sie vom Berechtigten von der Geheimhaltung entbunden werden, haben sie auszusagen, wenn nicht das Interesse an der Geheimhaltung überwiegt;

6 Klärung des Regelungsbedarfs eines aktiven Registers

Im Lichte der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundestrates vom 23. Januar 2013 und angesichts der Diskussionen in der Steuergruppe und in der Begleitgruppe zu diesem Gesetzesentwurf, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit und allfälligen Form der Regelung eines aktiven Registers für die vom Gesetz geregelten Gesundheitsberufe.

Das Register könnte nach dem Konzept des Medizinalberuferegisters MedReg die Bildungsabschlüsse sowie die Berufsausübungsbewilligungen erfassen und diese Daten der Öffentlichkeit zugänglich machen. Des Weiteren könnte es den kantonalen Behörden als Datenbank dienen, in die sie alle disziplinarrechtlichen Verstösse nach GesBG aufnehmen könnten. Somit würde das Register dem Patientenschutz dienen und Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit und unter den kantonalen Behörden schaffen. Die Notwendigkeit eines solchen Registers müsste auch im Zusammenhang mit der Realisierung der eHealth Strategie beurteilt werden. Ebenso hätte ein solches Register seine Valenz bezüglich statistischen Erhebungen und würde insbesondere als Grundlage für ein Monitoring der Gesundheitsberufe dienen, wie es auch im Masterplan Bildung Pflege vorgesehen ist und als Forderung des nationalen Versorgungsberichtes der GDK und OdaSante statuiert wurde.

Fragen zum Regulierungsbedarf und zu einem möglichen Regulierungsvorschlag:

- Braucht es ein Register für die vom Gesetz geregelten Gesundheitsberufe ?
- Soll der Bund die Schaffung eines Registers an die Kantone delegieren und ihnen einen normativen Rahmen setzen? Soll es also ausschliesslich auf kantonaler Ebene ein Register geben?
- Soll mit dem Gesundheitsberufegesetz ein schweizweites Register geschaffen werden? Soll es also ausschliesslich ein Register auf Stufe Bund geben?

⁸⁸ SR 322.1

Eine mögliche Regulierung eines Registers auf Stufe Bund würde folgendermassen aussehen:

Vorschlag einer normativen Regelung eines Gesundheitsberuferegisters im GesBG

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Zweck und Gegenstand

¹ Dieses Gesetz fördert im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Qualität:

- a. der Ausbildung, die an den Fachhochschulen in den Gesundheitsberufen auf der Bachelorstufe vermittelt wird, und der Berufsausübung der Absolventinnen und Absolventen einer solchen Ausbildung;
- b. der Berufsausübung der Inhaberinnen und Inhaber eines Diploms, das ihnen aufgrund eines eidgenössisch anerkannten Bildungsgangs der Fachrichtung Pflege von einer höheren Fachschule ausgestellt wurde.

² Zu diesem Zweck regelt es namentlich:

- a. die Kompetenzen von Absolventinnen und Absolventen eines Bachelorstudiengangs;
- b. die Akkreditierung der Bachelorstudiengänge;
- c. die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse;
- d. die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung;
- e. das Gesundheitsberuferegister (Register).

5. Kapitel: Privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung

1. Abschnitt: Berufsausübung

Art. 14 Meldepflicht

¹ Personen mit im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen, die sich nach Anhang III des Abkommens vom 21. Juni 1999⁸⁹ zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen) oder nach Anhang K des Übereinkommens vom 4. Januar 1960⁹⁰ zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) auf die Richtlinie 2005/36/EG⁹¹ berufen können, dürfen ihren Gesundheitsberuf ohne Bewilligung als Dienstleistungserbringerinnen oder Dienstleistungserbringer ausüben.

² Dienstleistungserbringerinnen und Dienstleistungserbringer müssen sich gemäss dem Verfahren melden, das im Bundesgesetz vom 14. Dezember 2012⁹² über die Meldepflicht und die Nachprüfung der Berufsqualifikationen von Dienstleistungserbringerinnen und -erbringern in reglementierten Berufen festgelegt ist.

³ Inhaberinnen und Inhaber einer kantonalen Bewilligung dürfen ihren Beruf während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr in einem anderen Kanton privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, ohne eine Bewilligung dieses Kantons einzuholen. Einschränkungen und Auflagen ihrer Bewilligung gelten auch für diese Tätigkeit. Diese Personen müssen sich bei der zuständigen kantonalen Behörde melden.

⁴ Die zuständige kantonale Behörde trägt die Meldungen ins Register ein.

6. Kapitel: Register

Art. 22 Zuständigkeit und Zweck

¹ Das Departement des Innern (EDI) führt das Register der Gesundheitsberufe.

² Das Register dient:

- a. der Information und dem Schutz der zu behandelnden Personen;
- b. der Qualitätssicherung;
- c. statistischen Zwecken;
- d. der Information in- und ausländischer Stellen; und

⁸⁹ SR 0.142.112.681.1

⁹⁰ SR 0.632.31

⁹¹ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, in der für die Schweiz verbindlichen Fassung gemäss Anhang III Abschnitt A Ziffer 1 des Freizügigkeitsabkommens.

⁹² SR 935.01

e. der Vereinfachung der Abläufe bei der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung.

³ Der Bundesrat kann Dritte mit der Führung des Registers beauftragen. Diese können für ihre Leistungen Gebühren erheben.

Art. 23 Inhalt

¹ Registriert werden müssen:

- a. die Inhaberinnen und Inhaber von Bachelordiplomen nach diesem Gesetz und als gleichwertig anerkannter ausländischer Abschlüsse;
- b. die Inhaberinnen und Inhaber eines Diploms der Fachrichtung Pflege, das aufgrund eines eidgenössisch anerkannten Bildungsgangs von einer höheren Fachschule ausgestellt wurde, und als gleichwertig anerkannter ausländischer Abschlüsse;
- c. die Inhaberinnen und Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung nach Artikel 10;
- d. die Personen, die sich nach Artikel 14 gemeldet haben.

² Das Register enthält die Daten, die zur Erreichung seines Zwecks benötigt werden. Dazu gehören auch besonders schützenswerte Personendaten im Sinne von Artikel 3 Buchstabe c des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992⁹³ über den Datenschutz (DSG).

³ Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Bearbeitung der registrierten Personendaten.

Art. 24 Mitteilungspflicht

¹ Die zuständigen kantonalen Behörden teilen dem EDI ohne Verzug die Erteilung, die Verweigerung, den Entzug und jede Änderung einer Berufsausübungsbewilligung, namentlich jede Einschränkung der Berufsausübung sowie jede Disziplinar massnahme mit.

² Die Fachhochschulen melden dem EDI jedes erteilte Bachelordiplom. Die höheren Fachschulen melden dem EDI jedes Diplom, das nach Abschluss eines eidgenössisch anerkannten Bildungsgangs der Fachrichtung Pflege erteilt wurde.

³ Das SBFI meldet dem EDI die anerkannten ausländischen Abschlüsse.

Art. 25 Datenbekanntgabe

¹ Die Daten zu Disziplinar massnahmen sowie die Gründe für die Verweigerung der Bewilligung oder für deren Entzug gemäss Artikel 13 stehen nur den Behörden zur Verfügung, die für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung zuständig sind.

² Das EDI gibt den für ein hängiges Disziplinarverfahren zuständigen Behörden auf Antrag die Daten zu aufgehobenen Einschränkungen sowie zu befristeten Berufsausübungsverboten, die mit dem Vermerk «gelöscht» versehen sind, bekannt.

³ Alle anderen Daten sind über Internet öffentlich zugänglich.

⁴ Der Bundesrat kann vorsehen, dass bestimmte Daten nur auf Antrag zugänglich sind, wenn der öffentliche Zugang über Internet im Interesse der öffentlichen Gesundheit nicht erforderlich ist.

Art. 26 Löschung und Entfernung von Registereinträgen

¹ Der Eintrag von Einschränkungen wird fünf Jahre nach deren Aufhebung aus dem Register entfernt.

² Der Eintrag von Verwarnungen, Verweisen und Bussen wird fünf Jahre nach deren Anordnung aus dem Register entfernt.

³ Bei einem befristeten Berufsausübungsverbot wird zehn Jahre nach dessen Aufhebung im Register der Vermerk «gelöscht» angebracht.

⁴ Alle Einträge zu einer Person werden aus dem Register entfernt, sobald eine Behörde deren Ableben meldet. Die Daten können danach in anonymisierter Form für statistische oder wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Art. 27 Gebührenpflicht und Finanzierung

¹ Für die Registrierung wird von der registrierten Person eine Gebühr erhoben.

⁹³ SR 235.1

² Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Gebühren nach diesem Gesetz, namentlich deren Höhe.

³ Er beachtet dabei das Äquivalenzprinzip und das Kostendeckungsprinzip.

⁴ Eine allfällige Differenz zwischen den Gebühreneinnahmen und den tatsächlichen Kosten der Registerführung wird von Bund und Kantonen je zur Hälfte getragen.