

# Kontaktangaben

Sie nehmen für folgende Organisation an der Vernehmlassung teil: mfe Haus - und Kinderärzte Zürich

Bitte geben Sie uns eine Kontaktperson für allfällige Rückfragen an:

Kontaktperson:	Mira Sbarbati
Adresse:	Zeltweg 15, 8032 Zürich
Telefon:	044 508 36 00
E-Mail:	info@hausaerztezuerich.ch

## Grundsätzliche Zustimmung

Sind Sie grundsätzlich mit der Totalrevision des Gesundheitsgesetzes einverstanden?

	eher einverstanden
--	--------------------

## Weitere Rückmeldungen zu einzelnen Themen/Paragraphen

Der Fragebogen ist thematisch aufgebaut. Sie können nebst der grundsätzlichen Zustimmung oder Ablehnung zur Totalrevision zu allen oder ausgewählten Teilen und Abschnitten Stellung nehmen.

Zu welchen Teilen und Abschnitten möchten Sie Stellung nehmen?

	<b>zu keinem</b>
x	<b>zu allen</b>
	<b>1. Teil: Einleitung</b>
	<b>2. Teil: Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens</b>
	<b>Nicht zu übernehmende Bestimmungen</b>
	<b>1. Abschnitt: Bewilligung, Meldepflicht und medizinische Kooperation</b>
	- A. Berufsausübungsbewilligung
	- B. Betriebsbewilligung
	- C. Einschränkung und Entzug der Berufsausübungsbewilligung und der Betriebsbewilligung
	- D. Meldepflichten

	- E. Bewilligungsfreie Tätigkeit
	<b>2. Abschnitt: Pflichten der Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber</b>
	- A. Grundsatz und Delegation
	- B. Berufspflichten
	- C. Betriebspflichten
	<b>3. Teil: Notfallwesen</b>
	<b>1. Abschnitt: Organisation ärztlicher Notfalldienst</b>
	<b>2. Abschnitt: Krankentransport und Rettungswesen</b>
	<b>4. Teil: Gesundheitsförderung und Prävention</b>
	<b>1. Abschnitt: Gesundheitsförderung und Prävention</b>
	<b>2. Abschnitt: Gesundheit in Schulen</b>
	<b>3. Abschnitt: Erwachsenenzahnpflege</b>
	<b>5. Teil: Verhütung von Gesundheitsschädigungen und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten</b>
	<b>1. Abschnitt: Verhütung von Gesundheitsschädigungen</b>
	<b>2. Abschnitt: Bekämpfung übertragbarer Krankheiten</b>
	<b>3. Abschnitt: Stark verbreitete oder bösartige Krankheiten</b>
	<b>6. Teil: Weitere Bereiche des Gesundheitswesens</b>
	<b>1. Abschnitt: Heilmittel, Lebensmittel und Chemikalien</b>
	<b>2. Abschnitt: Pilzkotrolle</b>
	<b>3. Abschnitt: Bestattungswesen</b>
	<b>7. Teil: Aufsicht und Massnahmen</b>
	<b>8. Teil: Digitalisierung</b>
	<b>9. Teil: Datenbearbeitung, -bekanntgabe und -mitteilung</b>
	<b>10. Teil: Gebühren</b>
	<b>11. Teil: Finanzierungsmassnahmen</b>
	<b>12. Teil: Unabhängige Beschwerdestelle</b>
	<b>13. Teil: Strafbestimmungen</b>
	<b>14. Teil: Schlussbestimmungen</b>
	<b>1. Abschnitt: Vollzug</b>
	<b>2. Abschnitt: Aufhebung bisherigen Rechts</b>
	<b>3. Abschnitt: Aufhebung bisherigen Rechts</b>
	<b>4. Abschnitt: Übergangsbestimmungen</b>

## **2. Teil - 1. Abschnitt - A. Berufsausübungsbewilligung**

### **Paragraph 4**

#### **Geltendes Recht**

-

#### **Vorentwurf**

##### ***Bewilligungspflicht***

§ 4.<sup>1</sup> Eine Berufsausübungsbewilligung benötigt, wer in eigener fachlicher Verantwortung und gewerbsmäßig einen Beruf des Gesundheitswesens ausübt.

<sup>2</sup> Eine Berufsausübungsbewilligung benötigt ferner, wer systematisch aus dem Ausland Fernbehandlungen erbringt, die mittels einer auf dem Gebiet des Kantons Zürich ansässigen Einrichtung des Gesundheitswesens oder einer dort ansässigen Gesundheitsfachperson Patientinnen und Patienten zugänglich gemacht werden.

<sup>3</sup> Wer über eine Berufsausübungsbewilligung oder über eine Betriebsbewilligung verfügt, ist berechtigt, Gesundheitsfachpersonen anzustellen.

#### **Erläuterung**

Abs. 1: Die fachlich eigenverantwortliche und gewerbliche Ausübung eines Berufs des Gesundheitswesens ist bewilligungspflichtig. Hinsichtlich der Berufe nach Bundesrecht ist diese Bestimmung deklaratorischer Natur, da sich die Bewilligungspflicht bereits aus Bundesrecht ergibt. Für die Berufe des Gesundheitswesens nach kantonalem Recht schafft die Bestimmung eine originäre Bewilligungspflicht. Die Begrifflichkeit der «Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung» entspricht jener im Bundesrecht. Umfasst wird jede Berufstätigkeit, die weisungsungebunden und nicht unter der fachlichen Aufsicht einer/eines Angehörigen desselben Berufs erfolgt. Dabei spielt keine Rolle, ob es sich unter sozialversicherungsrechtlichem Aspekt um eine unselbständige Tätigkeit in einem öffentlichen oder privaten Unternehmen oder um eine selbständige Tätigkeit handelt. Wesentlich ist, dass die abschliessende fachliche Verantwortung für die eigene Berufstätigkeit sowie für die Tätigkeit allfälliger Mitarbeitenden unter fachlicher Aufsicht bei der Gesundheitsfachperson selbst liegt. Es müssen somit sowohl Personen, die selbständig in einer eigenen Praxis tätig sind, als auch angestellte Führungskräfte in Gesundheitseinrichtungen, welche die fachliche Verantwortung für die korrekte Berufsausübung ihrer Mitarbeitenden tragen, über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen. Ebenso müssen Personen, die als (einige) Fachkraft ihres Gesundheitsberufs in einer Einrichtung angestellt sind und ihre Tätigkeit ohne fachliche Aufsicht ausüben, eine Berufsausübungsbewilligung haben (z.B. die Ärztin, die ihre Behandlungen volumnäglich selbst verantwortet oder die einzige Physiotherapeutin in einer ärztlichen Gruppenpraxis). Ist eine Person unter der fachlichen Aufsicht des Praxisinhabers oder der Praxisinhaberin tätig, ist ihre Tätigkeit lediglich meldepflichtig (zur Meldepflicht vgl. unten).

Keine Berufsausübung liegt vor, wenn eine Tätigkeit lediglich aus gelegentlichem Anlass und unentgeltlich,

d.h. nicht gewerbsmässig erfolgt (Abs. 1).

Die Bewilligung berechtigt zur Berufsausübung der im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung erworbenen Kompetenzen. Darunter fallen die Feststellung und Behandlung, Heilung und Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden, zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Durchführung elektiv-medizinischer Massnahmen.

Unter den Begriff der «elektiv-medizinische Massnahmen» fallen u.a. schönheitschirurgische Eingriffe, einschliesslich Liposuktion/Lipoplastie sowie das Verabreichen injizierbarer Produkte im Sinne des HMG, wie z.B. Injektions-Lipolyse, Botulinumtoxin oder Filler im Sinne des Medizinproduktrechts, wie z.B. Faltenunterspritzungen mit Hyaluronsäure (vgl. für Produkte zur Injektion auch Anhang 6 zur Medizinprodukteverordnung vom 1. Juli 2020 [MepV; SR 812.213]).

In Bezug auf die Ausübung von Zahnheilkunde ist insbesondere zu beachten, dass über konservierende, restaurierende, prothetische oder kieferorthopädische Zahnheilkunde oder professionelle Zahnreinigungen hinaus auch das nicht in den bewilligungsfreien Bereich der Kosmetikverordnung fallende Bleaching mit einer Konzentration von mehr als 6% Wasserstoffperoxid (gebunden oder freigesetzt) in den Bereich der bewilligungspflichtigen Tätigkeiten fällt, (vgl. Art. 7 Verordnung des EDI über kosmetische Mittel vom 16. Dezember 2016 [VKos; SR 817.023.31]).

Abs. 2 bezieht sich auf Fernbehandlungen (Telemedizin) aus dem Ausland. Als solche Fernbehandlungen gelten alle Dienstleistungen, die Teil der Befunderhebung, Diagnostik, Behandlung oder Therapieempfehlung an die Patientin oder den Patienten sind oder mittelbar Auswirkungen auf diese haben können. Fernbehandlungen im Binnenbereich (inner- und interkantonal) sind von der Berufsausübung mitumfasst und fallen unter die Bewilligungspflicht nach Abs. 1.

Abs. 3: Das Nähere zur unselbständigen Berufsausübung wird in § 14 geregelt.

## **Paragraph 5**

### **Geltendes Recht**

#### ***b. Erteilung der Bewilligung***

§ 4.<sup>1</sup> Die Direktion erteilt die Bewilligung, wenn die gesuchstellende Person

- a. die von der Gesetzgebung verlangten fachlichen Anforderungen erfüllt,
- b. Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet und
- c. vertrauenswürdig ist.

<sup>2</sup> Sind in einem Gesundheitsberuf zu wenig Personen tätig, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, kann die Direktion auch gleichartige andere als die von diesem Gesetz verlangten Diplome anerkennen.

<sup>3</sup> Die Bewilligung wird befristet erteilt.

### **Vorentwurf**

#### ***Bewilligungsvoraussetzungen***

§ 5.<sup>1</sup> Die Bewilligung zur Ausübung eines Berufs des Gesundheitswesens nach kantonalem Recht wird auf Gesuch hin erteilt, wenn die Person:

- a. die fachlichen Anforderungen erfüllt,
- b. vertrauenswürdig ist sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet,
- c. die deutsche Sprache beherrscht.

<sup>2</sup> Wer um Erteilung einer Bewilligung zur Ausübung eines Berufs des Gesundheitswesens ersucht, hat bei der Prüfung der Bewilligungsvoraussetzungen mitzuwirken und der zuständigen Behörde alle sachdienlichen Unterlagen von sich aus oder auf Aufforderung hin einzureichen.

<sup>3</sup> Werden die für eine Prüfung der Bewilligungsvoraussetzungen erforderlichen Unterlagen nicht eingereicht, so setzt die Behörde eine kurze Nachfrist an, verbunden mit der Androhung, dass sie sonst auf das Gesuch nicht eintreten werde.

## Erläuterung

Bei Berufen des Gesundheitswesens des Bundesrechts sind die Bewilligungsvoraussetzungen abschliessend im Bundesrecht geregelt (vgl. Art. 36 MedBG, Art. 24 PsyG, Art. 12 GesBG). Zusätzliche kantonale Regelungen oder Voraussetzungen sind ausgeschlossen. Dies gilt auch für die berufliche Mindestpraxis: Nach Bundesrecht gilt sie nicht als Voraussetzung zur Bewilligungserteilung. Immerhin gilt eine solche bei vielen Berufsgruppen als Voraussetzung für die Berechtigung zur Abrechnung der Leistungen nach KVG (vgl. etwa Art. 45 Abs. 2 KVV und 47 Abs. 2 KVV). Bundesrecht gilt allerdings nur für die eigenverantwortliche Ausübung eines im Bundesrecht geregelten Berufs des Gesundheitswesens. Es gilt somit nicht für:

1. die Ausübung eines bundesrechtlichen Berufs des Gesundheitswesens unter Verantwortung und Aufsicht einer anderen Person;
2. die Ausübung von Berufen des Gesundheitswesens des kantonalen Rechts (privatwirtschaftlich oder in öffentlich-rechtlicher Anstellung; in eigener fachlicher Verantwortung oder unter Verantwortung und Aufsicht einer anderen Person).

Lit. a: Die fachlichen Anforderungen beziehen sich auf die erforderlichen beruflichen Diplome respektive Abschlüsse pro Berufsgruppe, welche einen Nachweis über die erlernten Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten darstellen. Als gleichwertig gelten eidgenössisch anerkannte Diplome und Abschlüsse auf gleicher Bildungsstufe.

Die lit. b und c entsprechen den Voraussetzungen von Art. 36 Abs. 1 Bst. b und c MedBG, Art. 24 Abs. 1 Bst. b und c PsyG sowie Art. 12 Abs. 1 Bst. b und c GesBG.

«Vertrauenswürdig»: In der Praxis wird hier die Straffälligkeit (mittels Strafregister- und Sonderprivatauszug) geprüft, ferner, ob ein Bewilligungsgesuch der Person schon einmal abgelehnt worden ist.

Indiz für die «Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung» ist insbesondere das berufliche Curriculum der letzten Jahre anhand der Arbeitszeugnisse. Die Person muss in physischer und psychischer Hinsicht in der Lage sein, den Beruf einwandfrei auszuüben. Gegebenenfalls wird ein ärztliches Zeugnis verlangt (nach heutiger Vollzugspraxis ist dies ab dem 70. Altersjahr generell der Fall).

Abs. 2 und 3: Die Bewilligung wird auf Gesuch hin erteilt. Es handelt sich um eine Polizeibewilligung, auf deren Erteilung bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen ein Anspruch besteht. Die Behörde kann die Zulässigkeit und die Modalitäten einer elektronischen Eingabe auf Verordnungsstufe regeln.

Wer um Bewilligungserteilung nachsucht, ist zur Mitwirkung verpflichtet und hat der zuständigen Behörde alle erforderlichen Unterlagen und Nachweise von sich aus oder auf Aufforderung hin zur Verfügung zu stellen. Erfolgt das nicht oder nicht vollständig, so kann die Behörde nach unbenutzter Nachfrist zur Einreichung auf das Gesuch nicht eintreten.

Abs. 2 des heute geltenden Gesetzes ist nicht mehr vereinbar mit übergeordnetem Bundesrecht und kann daher nicht mehr weitergeführt werden. Ein medizinischer «Notstand», der ein solches Vorgehen erforderlich machen würde, erscheint nur in den bundesrechtlich abschliessend reglementierten Bereichen denkbar. Eine «Unterversorgung» im Bereich der Berufe des Gesundheitswesens nach kantonalem Recht

würde keinen regelungsbedürftigen medizinischen Notstand auslösen.

Die Befristung gemäss § 4 Abs. 3 bisheriges GesG wird nachfolgend unter § 11 geregelt.

## Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich plädiert dringend für den Erhalt von § 4. Abs. 2. Die gemäss heutigem Gesetz (KVG und KVV) zulässige Ausnahmeregelung ist für die Versorgungssicherheit im Bereich der Grundversorgung von grösster Relevanz. Aktuell, jedoch zeitlich beschränkt, wird in der Schweiz von der Absolvierung von drei Pflichtjahren in einem Schweizer Spital bei abgeschlossenem ausländischen Facharzttitel (AIM, prakt. Arzt, KJM, Kinder- und Jugendpsychiater) abgesehen. Solange eine nachweisliche Unterversorgung in der Zürcher Grundversorgung vorherrscht, soll eine vereinfachte Zulassung weiterhin möglich sein, ohne dass die Qualitätsansprüche und breit gefächerte Kompetenzen als Standard vernachlässigt werden. Eine kantonale Ausnahmeregelung die, anstelle eines "Notstandes" die Notsituation im Sinne einer "Unterversorgung" berücksichtigt, ist für die Grundversorgung von grösster Relevanz.

## Paragraph 6

### Geltendes Recht

#### **Selbstständige Berufsausübung**

##### **a. Bewilligungspflichtige Tätigkeiten**

§ 3.<sup>1</sup> Eine Bewilligung der Direktion benötigt, wer fachlich eigenverantwortlich sowie berufsmässig oder im Einzelfall gegen Entgelt

a. Krankheiten, Verletzungen, sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Schwangerschaften nach den Erkenntnissen der anerkannten Wissenschaften oder im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung feststellt oder behandelt,

b. sich in einem Beruf betätigt, den die Krankenversicherungsgesetzgebung zur Gruppe der Leistungserbringer zählt,

c. übertragbare, die Allgemeinheit gefährdende Krankheiten feststellt oder behandelt,

d. Verrichtungen zur Veränderung der Empfängnis- und Zeugungsfähigkeit vornimmt,

e. instrumentale Eingriffe in den Körperöffnungen oder körperverletzend unter der Haut vornimmt:

1. an Kranken, Verletzten, gesundheitlich anderweitig Beeinträchtigten oder Schwangeren,

2. im Rahmen der Gesundheitsförderung oder Prävention,

f. Arzneimittel und Medizinprodukte in Verkehr bringt, deren Abgabe nach Bundesrecht bewilligungspflichtig ist,

g. unter einem eidgenössisch anerkannten Diplom der Komplementärmedizin tätig wird.

<sup>2</sup> Für ungefährliche Eingriffsarten kann der Regierungsrat die Bewilligungspflicht nach Abs. 1 lit. e aufheben.

## **Vorentwurf**

### **Berufsausübung**

§ 6. Gesundheitsfachpersonen üben ihre Tätigkeit berufsmässig aus im Rahmen ihrer

- a. Bewilligung oder Meldung und
- b. innerhalb der im Rahmen ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung erworbenen Kompetenzen

## **Erläuterung**

Die in lit. a erwähnte Meldung bezieht sich auf Angestellte, die unter Aufsicht eines Praxisinhabers oder einer Praxisinhaberin tätig sind.

Lit. b: Inhaltlich berechtigt die Bewilligung in Übereinstimmung mit der sorgfältigen und gewissenhaften Berufsausübung im Sinne des Art. 40 Bst. a MedBG, Art. 27 Bst. a PsyG, Art. 16 Bst. a GesBG innerhalb der im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung erworbenen Kompetenzen.

## **Paragraph 7**

### **Geltendes Recht**

-

## **Vorentwurf**

### **Praxisgemeinschaften**

§ 7.<sup>1</sup> Selbstständig tätige Gesundheitsfachpersonen mit Berufsausübungsbewilligung können Praxisgemeinschaften bilden.

<sup>2</sup> Eine Praxisgemeinschaft ist als juristische Person auszustalten und benötigt eine Betriebsbewilligung, wenn sie:

- a. aus mehr als drei Inhaberinnen oder Inhabern besteht, oder
- b. Gesundheitsfachpersonen über dem vom Regierungsrat festgelegten maximalen Umfang der Stellenprozente beschäftigt, oder

- c. sich an anderen Praxisgemeinschaften beteiligt.

## Erläuterung

Abs. 1: Personen mit Berufsausübungsbewilligung, die ihre Leistungen als Einzelunternehmerin oder - unternehmer in eigenem Namen und auf eigene Rechnung erbringen, können sich z.B. mit Bezug auf die Nutzung gemeinsamer Räumlichkeiten und anderer nicht medizinischer Supportleistungen mit anderen Bewilligungsinhaberinnen und -inhabern zu Kollektiv- oder einfachen Gesellschaften zusammenschliessen oder sich als Komplementäre an einer Kommanditgesellschaft beteiligen. Diese Bestimmung entspricht der Rechtslage nach MedBV.

Abs. 2: Ab einer gewissen Komplexität des Unternehmens sollen Praxisgemeinschaften als juristische Person ausgestaltet werden und benötigen eine Betriebsbewilligung.

Das entspricht der geltenden Regelung in § 7 Abs. 1 Bst. c GesG («die Betriebsorganisation gewährleistet, dass die selbstständig tätige Person ihre Aufsichtsfunktion wahrnehmen kann»).

## Sind Sie mit dem neuen Paragraphen einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich vertritt die Haltung, dass ein Zusammenschluss zu einfachen Gesellschaften weiterhin möglich sein soll, unabhängig von der Anzahl Inhaber. Die Vorschrift, juristische Personen gründen zu müssen, ist eine weitere administrative Hürde, die viele Ärzt:innen davon abhalten wird, Praxisgemeinschaften zu gründen.

Der Zusammenschluss mehrerer selbständiger Ärzt:innen ist heute jedoch eine wichtige und beliebte Praxisform, die nicht mit zusätzlichen bürokratischen Hürden belegt werden soll. Angesichts der starken Tendenz junger Ärzt:innen zu angestellten Arbeitsverhältnissen soll die selbständige Tätigkeit in Praxisgemeinschaften weiterhin als attraktive Alternative erhalten bleiben. mfe spricht sich somit gegen einen Zwang der Gründung einer juristischen Person gemäss § 7 Abs. 2 aus. Auf Absatz 2 soll verzichtet werden.

### Verbesserungsvorschlag

§ 7 Abs. 2 streichen

## Paragraph 25 a (geltendes Recht)

### Geltendes Recht

Privatapotheken

§ 25 a. Zur Führung einer ärztlichen Privatapotheke ist eine Bewilligung der Direktion erforderlich. Die Bewilligung wird praxisberechtigten Ärztinnen und Ärzten sowie ambulanten gemeinnützigen Instituten erteilt. Die Inhaberinnen und Inhaber von ärztlichen Privatapotheken dürfen Arzneimittel nur an Patientinnen und Patienten abgeben, die bei ihnen in Behandlung stehen. Die Abgabe hat unter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung zu erfolgen.

## Vorentwurf

-

## Erläuterung

Da sich heute die Bewilligungspflicht aus dem Heilmittelgesetz (Art. 30 HMG) ergibt, ist diese Bestimmung obsolet und kann ersatzlos gestrichen werden. Auch die zulässigen Abgabestellen und die Voraussetzungen der Abgabe ergeben sich aus dem Bundesrecht (HMG und Ausführungsvorschriften dazu).

## Sind Sie mit der Aufhebung des Paragraphen einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

## Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist gegen die Streichung des Gesetzesartikels im ursprünglichen Gesetz; das Recht auf Selbstdispensation im Kanton Zürich soll im Gesundheitsgesetz verankert sein und muss erhalten bleiben. In der kürzlich von mfe Zürich durchgeführten Umfrage betonen die Befragten aller Alterskategorien die Wichtigkeit dieses Rechts für die Attraktivität des Berufs.

Gleichzeitig ist die Handhabung gemäss aktuellem HMG kritisch zu beurteilen. mfe Zürich weist auf folgende Fehlmechanismen hin und bittet um deren Aufhebung auf Gesetzes- und Verordnungsstufe.

1) Ungleiche Möglichkeiten je nach juristischer Form der Praxis: In Gemeinschaftspraxen, welche als einfache Gesellschaft bestehen, müssen die einzelnen Ärzt:innen ihre eigene Apotheke führen. Die Bestellungen können nicht für die gesamte Praxis durchgeführt werden. Die Bestellung und die Überwachung jeder einzelnen Apotheke generiert beträchtliche logistische und personelle Aufwände sowie Mehrkosten. Bei Hausarztpraxen mit mehreren Ärzt:innen, die den rechtlichen Status einer AG haben, stellt sich dieses Problem nicht, denn die Praxis erhält eine übergeordnete ZSR-Nummer. Die Erfahrung hat gezeigt, dass das Führen einer gemeinsamen Apotheke bei AGs einwandfrei funktioniert. Diese Unterscheidung zwischen AGs und einfachen Gesellschaften ist nicht nachvollziehbar und generiert unnötige Aufwände. Entsprechend sollte das Führen einer Praxisapotheke auch für einfache Gesellschaften mit mehreren ZSR-Nummern dringend möglich gemacht werden.

2) Überregulation: Diverse Regulierungen bei der Medikamentenabgabe wurden in der Vergangenheit immer restriktiver angepasst und ergeben aus medizinischen sowie organisatorischen Gründen keinen nachvollziehbaren Sinn. Im Unterschied zu gewissen Ausnahmeregelungen während der Corona-Pandemie dürfen Ärzt:innen aktuell keine Teilpackungen abgeben. Bei immer wieder vorkommender Lieferknappheit wäre eine Änderung dieser Praxis wichtig, sodass Ausnahmeregelungen im Kanton geltend gemacht werden können. Die Abgabemöglichkeit von kleinen Mengen ist ebenfalls aus medizinischer Sicht sinnvoll, da Fehlmedikationen durch Patient:innen zu einem späteren Zeitpunkt vermieden werden können. Alterszentren (ohne eigene Apotheke) dürfen außerdem im Vergleich zu früher keine gemeinsame Reserveapotheke führen und müssen folglich gängige Reservemedikamente in Kleinpackungen für alle Patient:innen einzeln lagern. Diese Regulationen führen dazu, dass grosse Mengen Medikamente ablaufen und weggeworfen werden, was Kosten verursacht. Die Abgabe von Teilpackungen durch Ärzt:innen mit Praxisapotheke sowie eine Reserveapotheke pro Heim (statt Patient:in) sollen dringend wieder ermöglicht werden. Ebenfalls dürfen die national geregelten Rückgabebedingungen von ungeöffneten Medikamentenpackungen an die Apotheke keinesfalls verschärft werden. Der Kanton soll eine pragmatische Handhabung festlegen und Klarheit schaffen, um unnötige administrative Prozesse abzubauen und eine handlungsfähige und kostengünstige Grundversorgung zu stärken.

## **Paragraph 8 (geltendes Recht)**

### **Geltendes Recht**

#### **Vertretung**

§ 8.<sup>1</sup> Ist eine Person an der selbstständigen Berufsausübung verhindert oder ist sie verstorben, so kann die Direktion dieser Person beziehungsweise ihren Erben für eine befristete Zeit bewilligen, die Berufstätigkeit durch eine Vertretung ausüben zu lassen.

<sup>2</sup> Die Vertretung handelt im Namen und auf Rechnung der Person, die sie vertritt, beziehungsweise der Erben dieser Person.

<sup>3</sup> Die §§ 4 und 5 gelten sinngemäss.

<sup>4</sup> Die Vertretung handelt fachlich eigenverantwortlich.

## **Vorentwurf**

-

## **Erläuterung**

Die Bestimmung steht – auch nach Auffassung des BAG – in Widerspruch zum Bundesrecht und kann deshalb nicht weitergeführt werden. Gemäss MedBG, PsyG und GesBG benötigen Personen, die ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, eine Bewilligung. Die Bewilligung lautet auf die betreffende Person. Die Bundesgesetze sehen die Möglichkeit einer Vertretung nicht vor. Ein Vertreter muss deshalb ein Gesuch um Erteilung einer ordentlichen Berufsausübungsbewilligung stellen, falls er nicht bereits über eine solche verfügt. Ob der Vertreter dann in eigenem Namen und auf eigene Rechnung gegenüber den Versicherern auftritt oder im Namen und auf Rechnung des Vertretenen, ist eine Frage der Ausgestaltung des Vertretungsverhältnisses (Vertretung oder Überweisung an eine Kollegin oder einen Kollegen).

## **2. Teil - 1. Abschnitt - B. Betriebsbewilligung**

### **Paragraph 8**

#### **Geltendes Recht**

##### ***Betriebsbewilligung***

###### ***a. Grundsatz***

§ 35.<sup>1</sup> Eine Betriebsbewilligung der Direktion ist erforderlich, wenn

- a. Verrichtungen, die nach § 3 dieses Gesetzes bewilligungspflichtig sind, nicht im Namen und auf Rechnung der Inhaberin oder des Inhabers einer persönlichen Berufsbewilligung erbracht werden oder
- b. Spitalbetten oder mehr als fünf Pflege- oder Altersheimbetten stationär betrieben werden.

<sup>2</sup> Bewilligungen werden nur für folgende Institutionen erteilt:

- a. Spitäler,
- b. Altersheime, Alters- und Pflegeheime sowie Pflegeheime, einschliesslich Pflegezentren, Pflegewohnungen, Sterbehospize und andere stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des KVG10,
- c. Institutionen der spitälexternen Kranken- und Gesundheitspflege (Spitex),
- d. Polikliniken,
- e. ambulante ärztliche, zahnärztliche und chiropraktische Institutionen,
- f. Krankentransport- und Rettungsunternehmen,
- g. Detail- und Versandhandelsbetriebe für Arzneimittel,
- h. tierärztliche Gesundheitsdienste,
- i. Institutionen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung oder nach dem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte bewilligungspflichtig sind.

<sup>3</sup> Der Regierungsrat kann Bestimmungen über die Höchstzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erlassen, die von ambulanten ärztlichen Institutionen beschäftigt werden dürfen.

## Vorentwurf

### Bewilligungspflicht

§ 8.<sup>1</sup> Der Betrieb von Einrichtungen des Gesundheitswesens ist bewilligungspflichtig (Betriebsbewilligung).  
2 Der Regierungsrat sieht gegenüber dem ordentlichen Bewilligungsverfahren für Betriebsbewilligungen erleichterte Anforderungen vor, wenn eine Einrichtung des Gesundheitswesens  
a. auf ambulante Leistungserbringung beschränkt ist und  
b. von einer Person mit Berufsausübungsbewilligung beherrscht ist und  
c. Gesundheitsfachpersonen nicht über einen vom Regierungsrat festgelegten Umfang maximaler Stellenprozente hinaus beschäftigt werden.

## Erläuterung

Abs. 1: Sinn und Zweck der Bewilligungspflicht von Einrichtungen des Gesundheitswesens ist der Patientenschutz. Für Patientinnen und Patienten können sich aus der behandlungsbedingten Eingliederung in ein betriebliches Organisationsgefüge zusätzliche respektive andere Gefahren ergeben, als im Falle einer Behandlung durch eine einzelne Gesundheitsfachperson. Wird eine gesundheitsrelevante Leistung nicht durch eine für sich allein tätige Person mit Berufsausübungsbewilligung (im Rahmen der Führung einer Einzelpraxis) erbracht, sondern im Zusammenwirken einer Mehr- oder Vielzahl von Personen, ist den betrieblichen und organisatorischen Risiken Rechnung zu tragen. Hier setzen die Bewilligungspflicht für Einrichtungen des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Betriebspflichten an.

Mit der Neugestaltung dieser Bestimmung wird ein Systemwechsel vollzogen. Auf die bisherige Auflistung bewilligungspflichtiger Betriebe soll künftig verzichtet werden. Die Bestimmung zielt nicht mehr auf bestimmte Institutionstypen ab, sondern auf geplante gesundheitsrelevante Tätigkeiten respektive das geplante Leistungsspektrum. Es sollen künftig auch neue Formen von Versorgungsmodellen, wie beispielsweise Einrichtungen mit einem interdisziplinären ambulanten Leistungsspektrum einer Trägerschaft, unter einer Bewilligung zusammengefasst werden können. Damit einher geht eine einfache Regelkonstruktion und eine Vereinfachung des Verfahrens (es kann bei gewissen Fallkonstellationen einer Trägerschaft beispielsweise eine einheitliche Bewilligung erteilt werden, statt wie heute mehrere Bewilligungen).

Die Krankenversicherungsgesetzgebung schliesst einen auf die gesundheitsrelevanten Tätigkeiten respektive das Leistungsspektrum fokussierenden Ansatz nicht aus. Die gemäss dem bisherigen Sprachgebrauch, Verständnis und Typisierung des KVG verwendeten Begriffe bzw. Institutionstypen, wie Spital, Geburtshaus, Pflegeheim oder öffentliche Apotheke haben in diesem Rahmen selbstverständlich weiterhin Bestand, wenn die gesundheitsrelevanten Tätigkeiten bzw. das angebotene Leistungsspektrum dieser Typisierung entsprechen.

Infolge dieser Neugestaltung unterstehen neu insbesondere die bisher nicht bewilligungspflichtigen therapeutischen Organisationen nach KVG der Bewilligungspflicht. Das sind Organisationen der Hebammen, Organisationen der Physiotherapie, Organisationen der Ergotherapie, Organisationen der Logopädie, Organisationen der Ernährungsberatung, Organisationen der psychologischen Psychotherapie und Organisationen der Podologie. Diese Organisationen durchlaufen bereits heute ein formelles Verfahren betreffend die Zulassung als Leistungserbringer zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach KVG. Das neue Bewilligungsverfahren wird im Vollzug mit dem bestehenden Zulassungsverfahren zu koordinieren und möglichst einfach auszustalten sein, umso mehr als gewisse Voraussetzungen deckungsgleich sein werden (Schnittmenge bei gewissen qualitativen Voraussetzungen).

Auch die übrigen kantonal reglementierten Berufe unterstehen der Bewilligungspflicht, d.h. auch Labore,

die nicht bereits einer Bewilligungspflicht nach Bundesrecht unterliegen (in der Zuständigkeit des BAG oder der Swissmedic). Darunter fallen insbes. Labore mit Analysespektrum im Bereich der klinischen Chemie, der klinischen Immunologie und der genetischen Untersuchungen im sog. Lifestylebereich.

Abs. 2: Gründet eine Ärztin oder ein Arzt oder eine andere Gesundheitsfachperson eine juristische Person als Trägerschaft des Praxisbetriebs, greift eine zweifache Bewilligungspflicht: Die Gesundheitsfachperson benötigt eine persönliche Berufsausübungsbewilligung, die juristische Person (Trägerschaft) eine Betriebsbewilligung. Führt die Gesundheitsfachperson die Praxis faktisch wie eine herkömmliche Praxis eines Einzelunternehmers mit wenigen Angestellten und überschaubaren Prozessen, ist auch das Risiko der Betriebsführung mit einer herkömmlichen Praxis vergleichbar. In einem solchen Fall bestehen über den ganzen Betrieb betrachtet grundsätzlich keine zusätzlichen betriebsbezogenen Risiken (Verfahren, Strukturen, Verantwortlichkeiten etc.). Betriebsrisiken treten in der Regel bei Vorliegen einer gewissen Grösse einer Behandlungseinrichtung und in Abhängigkeit von der Komplexität der Organisation und der Prozesse auf, unabhängig von der Rechtsform der Trägerschaft.

Für solche Fälle erscheint es sachgerecht, das Bewilligungsverfahren für die juristische Person einfacher auszugestalten als bei Trägerschaften mit komplexen Strukturen und Prozessen. In Abs. 2 wird dem Regierungsrat deshalb die Ermächtigung eingeräumt, unter den im Gesetz erwähnten kumulativen Voraussetzungen (lit. a-c) ein einfacheres Verfahren vorzusehen. Die in lit. c erwähnte «Umfang maximaler Stellenprozente» wird ebenfalls vom Regierungsrat auf Verordnungsstufe bestimmt.

Bei Umsetzung im Vollzug zu beachten: Grundsätzlich lässt sich die Erteilung einer Betriebsbewilligung mit breitem Leistungsspektrum mit dem Zulassungsrecht nach KVG vereinbaren. Sofern die Zulassungsvoraussetzungen mit Bezug auf jedes angebotene Leistungsspektrum erfüllt sind, können der Trägerschaft mit einheitlicher Betriebsbewilligung auch mehrere Zulassungen erteilt werden. Bietet eine Trägerschaft im Rahmen des Betriebs ihrer Einrichtung des Gesundheitswesens beispielsweise verschiedene therapeutische Leistungen an (etwa Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie), so kann ihr je eine Zulassung für eine Organisation der Physiotherapie, der Ergotherapie sowie der Logopädie erteilt werden.

Als Ausnahme hiervon ist zu beachten, dass die Rechtsprechung (allerdings aus dem Jahre 2012) und die Literatur eine separate Trägerschaft fordern, soweit es um die Unabhängigkeit der anordnenden Ärzteschaft gegenüber den therapeutisch oder pflegerisch ausgerichteten Organisationen nach KVG bzw. KVV geht (vgl. BAG, Häufig gestellte Fragen [FAQ] zur Umsetzung der KVG-Änderung «Zulassung von Leistungserbringern», Stand: 25. August 2023, Ziff. 1.2, Frage a). Sollte diese Auffassung von der Rechtsprechung auch in Zukunft bestätigt werden, wäre das auch inskünftig ein Hinderungsgrund für die Erteilung einer Betriebsbewilligung für eine Einrichtung des Gesundheitswesens mit interdisziplinärem ambulanten Leistungsspektrum, die ärztliche und therapeutische Tätigkeiten unter einem Dach vereint.

## **Paragraph 9**

### **Geltendes Recht**

Keine Regelung

### **Vorentwurf**

**Medizinische Kooperation**

§ 9.<sup>1</sup> Medizinische Kernleistungen dürfen von einer Einrichtung des Gesundheitswesens in Kooperation mit einer oder mehreren anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und Gesundheitsfachpersonen angeboten werden.

<sup>2</sup> Voraussetzungen sind, dass:

- a. die Einrichtungen und Gesundheitsfachpersonen je einzeln über die für ihre Tätigkeit erforderliche Bewilligung verfügen;
- b. eine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen ist, in der Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen geregelt sind;
- c. die Kooperation gemeldet ist.

<sup>3</sup> Die Einrichtung des Gesundheitswesens ist für den vollen Leistungsumfang bewilligungs- und aufsichtsrechtlich verantwortlich, wenn sie

- a. Sitz oder Standort im Kanton Zürich hat, oder
- b. innerkantonal die medizinische Hauptleistung erbringt.

## Erläuterung

Kooperationen (Auslagerung bzw. Fremdvergabe, Infrastrukturnutzung usw.) mit Bezug auf medizinische und therapeutische Leistungserbringung gewinnen stetig an Bedeutung und Verbreitung, sowohl unter Spitätern als auch zwischen Spitätern und ambulanten Leistungserbringern oder zwischen letzteren. Damit werden aus Unternehmenssicht vielfältige und legitime Absichten verfolgt (bspw. sinnvolle Grösse von Betriebseinheiten sicherstellen, wirtschaftliches Wachstum ermöglichen, medizinische Querschnittsbereiche abdecken, Patientenbetreuung ausbauen oder verlängern, klare Verhältnisse und Bedingungen schaffen, finanzielle Vorteile realisieren, auf das Kerngeschäft fokussieren, Leistungsspektrum sinnvoll arrondieren, Mindestfallzahlen erreichen zur Qualitätsgewährleistung usw.). Nicht erfasst von dieser Bestimmung sind nicht-medizinische respektive nicht-therapeutische Kooperationen (z.B. Finanzen & Controlling, Personalwesen, Rechtsberatung, Marketing, Kommunikation, Sekretariat und weitere nicht-medizinische Supportleistungen wie Wäscherei und Reinigung).

Abs. 1: Auslagerungen bzw. Kooperationen haben dann gesundheitspolizeiliche Relevanz, wenn eine Trägerschaft bewilligungspflichtige medizinische Kernleistungen wie Untersuchung/Diagnostik, Behandlung/Therapie, Pflege, pharmazeutische Versorgung, Unterbringung oder medizinische Supportleistungen wie Labor bei einem Dritten zukaufen bzw. an diesen auslagern will. Damit gehen Risiken einher, die sich negativ auf die Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten auswirken könnten: entstehende Abhängigkeiten, Kontrollverlust, Konstanz der Kooperation, Verlust von fachlicher und organisatorischer Kompetenz, möglicher Qualitätsverlust, starke Fragmentierung, deshalb hoher Koordinationsbedarf /Schnittstellenproblematik u.a.

Abs. 2: Diesen Risiken ist mit Rahmenbedingungen (Voraussetzungen) zu begegnen, die zur Sicherstellung der Behandlungsqualität beitragen.

Dazu zählen die Voraussetzungen, dass die Kooperationspartner über die erforderlichen Bewilligungen für ihre Tätigkeit verfügen und der Abschluss eines schriftlichen Vertrags, in welchem die Aufgaben, Verantwortungsbereiche und Kompetenzen geregelt werden.

Eine Kooperation ist der zuständigen kantonalen Behörde zu melden (blosse Melde- keine Genehmigungspflicht).

Abs. 3: Die Trägerin der Einrichtung des Gesundheitswesens, welche aufgrund der Grösse und Organisation als Erbringerin der medizinischen Hauptleistung zu qualifizieren ist, die also eine Teilleistung an einen Vertragspartner auslagert oder von einem Vertragspartner bezieht, bleibt gegenüber der Direktion vollumfänglich bewilligungs- und aufsichtsrechtlich verantwortlich. Sie hat für die Ausgestaltung und Steuerung der Prozessabläufe respektive die Sicherstellung der Integration der ausgelagerten Teilprozesse in bestehende Arbeitsabläufe zu sorgen und die Einhaltung der Qualitätsstandards und der übrigen Berufspflichten, insbesondere des Berufsgeheimnisses bzw. des Datenschutzes und der Datensicherheit zu gewährleisten. Sie bleibt für die Datenbearbeitung durch Dritte verantwortlich.

Vorbehalten bleibt die bewilligungs- und aufsichtsrechtliche Verantwortlichkeit der Kooperationspartnerin

oder des -partners, wenn Berufspflichtverletzungen deren Verantwortlichkeitssphäre zuzurechnen sind. Patientinnen und Patienten sind über die Datenbearbeitung durch involvierte Leistungserbringer aufzuklären, insbesondere, wenn der Einbezug von Kooperationspartnern nicht ohne weiteres für sie erkennbar ist.

### Sind Sie mit dem neuen Paragraphen einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist strikt dagegen, dass die Auslagerung von medizinischen Kernleistungen bzw. die entsprechende Kooperation der GD gemeldet werden muss. Gerade wegen der immer grösseren werdenden Regulierung im Gesundheitswesen und der immer strengerem Kontrolltätigkeit der GD und der Heilmittelbehörde (z.B. Sterilisatoren, praxiseigene Labors) sehen sich Ärzt:innen geradezu gezwungen, Kooperationen mit anderen Dienstleistern einzugehen und daher die sterilisierten Medizinprodukte sowie Laborleistungen von extern zu beziehen. Nun sollen Ärzt:innen also doppelt bestraft werden. Sie können diese Leistungen wegen regulatorischer Hürden nicht mehr selber erbringen, tragen hierfür das finanzielle Risiko und sollen neu diese Kooperationen auch noch melden müssen. Das bedeutet weiteren administrativen Aufwand für die Ärzt:innen, was wir dezidiert ablehnen. Wegen dieser immer grösser werdenden administrativen Hürde und der stetig wachsenden Bürokratisierung entscheiden sich junge Ärzt:innen gegen eine Tätigkeit in der Praxis, was angesichts des Fachkräftemangels unbedingt verhindert werden muss.

## Paragraph 10

### Geltendes Recht

#### **Betriebsbewilligung b. Voraussetzungen**

§ 36.<sup>1</sup> Die Bewilligung wird erteilt, wenn die Institution:

- a. den angebotenen Leistungen entsprechend eingerichtet ist,
- b. über das für eine fachgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendige Personal verfügt,
- c. der Direktion eine gesamtverantwortliche Leitung bezeichnet hat und
- d. der Direktion ein Mitglied der gesamtverantwortlichen Leitung bezeichnet hat, das für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften verantwortlich ist; diese Person muss, ausser im Falle von Altersheimen, über eine Bewilligung gemäss § 3 verfügen, die das Leistungsangebot der Institution fachlich abdeckt.

<sup>2</sup> Im Übrigen gelten die Vorschriften über die Bewilligungserteilung und den Bewilligungsentzug der Berufe im Gesundheitswesen sinngemäss.

## Vorentwurf

### Bewilligungsvoraussetzungen

§ 10.<sup>1</sup> Die Bewilligung wird erteilt, wenn die Einrichtung des Gesundheitswesens:

- a. über eine Geschäftsführung verfügt, in welcher ein Mitglied die fachliche Leitung innehat und für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften verantwortlich ist,
- b. über räumliche und apparative Infrastruktur verfügt, die die fachgerechte Leistungserbringung gewährleistet,
- c. organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen hat, die die fachgerechte Leistungserbringung gewährleisten,
- d. über das für eine fachgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendige Personal verfügt,
- e. über eine Betriebshaftpflichtversicherung oder eine äquivalente Sicherheit verfügt, die das Betriebsrisiko abdeckt.

<sup>2</sup> Wer die Funktion der fachlichen Leitung innerhalb der Geschäftsführung gemäss Abs. 1 lit. a ausübt, muss über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, die das Leistungsangebot der Einrichtung fachlich abdeckt. Bei mehreren angebotenen Fachgebieten ist das Kerngebiet entscheidend. Die fachliche Leitung handelt in medizinisch-fachlichen Fragen weisungsfrei.

<sup>3</sup> Der Regierungsrat erlässt Ausführungsvorschriften. Er berücksichtigt leistungsspezifische Unterschiede.

## Erläuterung

Abs. 1: Diese Bestimmung bildet die für sämtliche Einrichtungen des Gesundheitswesens gleichermaßen geltenden und vor der Erteilung einer Betriebsbewilligung zu prüfenden Vorgaben ab, die dem Zweck, der Patientensicherheit und der Gewährleistung der Qualität der Leistungserbringung dienen. Auf die Erteilung der Bewilligung besteht ein Rechtsanspruch, wenn die erforderlichen Voraussetzungen gegeben sind (Polizeibewilligung).

Lit. a: Die fachliche Leitung dient der Sicherstellung angemessener Strukturen durch die profunde Kenntnis der Materie aus eigener Anschauung. Die Weisungsfreiheit (Abs. 2) in medizinischen Fragen dient dazu, dass in medizinischen Angelegenheiten nichtmedizinische Einflussnahme ausgeschlossen sein soll. Die Betriebsabläufe sollen medizinisch gesteuert sein.

Lit. b: Dies umfasst nicht nur die Einhaltung des apparativ-technischen Sollstandards sowie die bauliche und hygienische Ausstattung als Voraussetzung für die Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen. Zu einer angemessenen räumlichen Infrastruktur gehört auch, dass sie dazu geeignet ist, den Zugriff von nicht berechtigten Personen auf die Patientendokumentation zu verhindern.

Lit. c: Das Erfordernis von zureichenden organisatorischen Rahmenbedingungen betrifft die Sicherstellung einer qualitativ einwandfreien medizinischen Leistungserbringung trotz der Fülle der in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu erbringenden Teilleistungen und der damit verbundenen operativen Schnittstellenproblematik. Im Zentrum steht die Sicherstellung von patientenzentrierten reibungslosen Leistungsabläufen.

Lit. d: Das geltende Recht wird weitergeführt. Der personelle Sollstandard umfasst insbesondere auch die je nach zu erbringenden Leistungen erforderliche (u.a. zeitliche) Verfügbarkeit von teilweise speziell geschultem (Pflegefach-) Personal, etwa mit besonderer Zusatzausbildung für intensivmedizinische Pflege oder sogar für einzelne spezifische Eingriffe etc.

## **2. T. 1. A - C. Einschränkung und Entzug der Berufsausübungsbewilligung und der Betriebsbewilligung**

**Einschränkung und Entzug der Bewilligung werden für die Berufsausübens- und die Betriebsbewilligung in einer gemeinsamen Bestimmung geregelt. Auf diese Weise kann auf Verweise innerhalb des Gesetzestextes verzichtet werden, was dessen Lesbarkeit erhöht.**

### **Paragraph 11**

#### **Geltendes Recht**

-

#### **Vorentwurf**

##### ***Befristung***

Variante 1:

§ 11 Berufsausübungsbewilligungen und Betriebsbewilligungen werden zeitlich befristet erteilt.

Variante 2:

§ 11<sup>1</sup> Berufsausübungsbewilligungen werden zeitlich befristet erteilt.

<sup>2</sup> Betriebsbewilligungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens mit ambulantem Leistungsspektrum werden zeitlich befristet erteilt.

#### **Erläuterung**

Bereits das geltende GesG sieht die Befristung der Berufsausübens- sowie der Betriebsbewilligung vor. Berufsausübungsbewilligungen und Betriebsbewilligungen für ambulante Einrichtungen des Gesundheitswesens sind in der Regel auf 10 Jahre befristet. In der Praxis werden Betriebsbewilligungen für Spitäler sowie Alters- und Pflegeheime unbefristet erteilt. Angesichts dieser Praxis sieht die Vernehmlassungsvorlage zwei Varianten vor:

Nach Variante 1 werden künftig Berufsausübens- und Betriebsbewilligung von Anfang an zeitlich befristet erteilt. Der Regierungsrat wird im Rahmen von Ausführungsvorschriften eine ordentliche Gültigkeitsdauer für Bewilligungen festzulegen haben. Die Befristung erlaubt der Vollzugsbehörde eine regelmässige

periodische Überprüfung der relevanten Daten zur Person und der Bewilligungsvoraussetzungen. Punktuell kann im Rahmen dieser Überprüfung auch die Einhaltung von Berufspflichten geprüft werden. Die Regelung ist somit zur Sicherung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen medizinischen Versorgung im Kanton Zürich geeignet und erforderlich und ermöglicht der Vollzugsbehörde eine standardisierte Abwicklung der Überprüfung.

Eine periodische Überprüfung der Bewilligungsvoraussetzungen ermöglicht es überdies, im Bedarfsfall präventiv einschreiten zu können und nicht erst dann, wenn Patientinnen oder Patienten zu Schaden gekommen sind (vgl. dazu das Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich VB 2009.00459 vom 19. November 2009).

Mit Bezug auf Spitäler und Alters- und Pflegeheime ermöglicht die periodische Überprüfung der Bewilligungsvoraussetzungen zudem eine Koppelung mit den Leistungsaufträgen der Listenspitäler und Pflegeheimen.

Variante 2:

Damit wird die bisherige Praxis in das neue Recht überführt. Für Spitäler und Alters- und Pflegeheime würde an der zeitlich unbefristeten Bewilligung festgehalten. Eine zeitliche Befristung würde lediglich für die ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens gelten.

**Sind Sie mit dem neuen Paragraphen Variante 1 einverstanden?**

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

**Sind Sie mit dem neuen Paragraphen Variante 2 einverstanden?**

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

<b>Welche Variante bevorzugen Sie?</b>	<b>Variante 1</b> Variante 2
--	---------------------------------

**Allgemeine Bemerkungen**

mfe Zürich setzt sich für eine Anpassung der heutigen Praxis ein und ist gegen Gesetzesvorschläge nach Variante 1 und 2. Die Laufzeitbeschränkung im Kanton Zürich ist im interkantonalen Vergleich eine Ausnahme und sollte aufgehoben werden. Der Kanton überprüft bereits bei Bedarf oder Verdacht auf Qualitätsmangel mittels anderer Massnahmen (stichprobenmässige Inspektionen) die Bewilligungsvoraussetzungen. Im Sinne der Reduktion von nicht-medizinischen Administrationsaufwänden für Ärzt:innen soll auf die Erneuerungspflicht der BAB verzichtet werden. Die Qualitätssicherung der medizinischen Fähigkeiten wird für alle ausübenden Ärzt:innen im Zusammenhang mit der Facharztweiterbildung bereits anderweitig überprüft. Es gibt keinen nachvollziehbaren Grund, weshalb ein Unterschied zwischen der Art der Einrichtungen existieren sollte.

Für Ärzt:innen ist die Beantragung ebenfalls mit einer finanziellen Belastung verbunden. Die Gebühr beträgt für die erstmalige Erteilung der BAB CHF 1000 und für die Erneuerung CHF 250. Dieser Betrag ist im interkantonalen Vergleich zu hoch. Im Sinne der Kostendeckung und im Zusammenhang mit dem neu eingeführten elektronischen Bewilligungsverfahren der Verwaltung lässt sich die Höhe des Betrags nicht rechtfertigen und soll entsprechend reduziert werden.

## **Paragraph 12**

### **Geltendes Recht**

#### ***b. Erteilung der Bewilligung***

§ 4. [...]

<sup>3</sup> Die Bewilligung wird befristet erteilt.

#### c. Entzug der Bewilligung

§ 5. <sup>1</sup> Die Direktion entzieht die Bewilligung, wenn die Voraussetzungen für ihre Erteilung nicht mehr vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Inhaberin oder der Inhaber

a. schwerwiegend oder wiederholt Berufspflichten verletzt,

b. die berufliche Stellung missbräuchlich ausnützt oder

c. anderweitige Handlungen vornimmt, die mit ihrer oder seiner Vertrauensstellung nicht vereinbar sind.

<sup>2</sup> Der Entzug kann veröffentlicht werden.

<sup>3</sup> Die Verwaltungs- und Strafverfolgungsbehörden sowie die Gerichte teilen der Direktion Wahrnehmungen mit, die für einen Bewilligungsentzug erheblich sein können.

### **Vorentwurf**

#### ***Einschränkungen und Entzug***

§ 12. <sup>1</sup> Die Bewilligung wird entzogen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind oder nachträglich Tatsachen festgestellt werden, auf Grund derer sie hätte verweigert werden müssen.

<sup>2</sup> Insbesondere zum Entzug führt, wenn die Inhaberin oder der Inhaber

a. schwerwiegend oder wiederholt Berufspflichten verletzt,

b. die berufliche Stellung missbräuchlich ausnützt oder

c. anderweitige Handlungen vornimmt, die mit ihrer oder seiner Vertrauensstellung nicht vereinbar sind.

<sup>3</sup> Eine Bewilligung kann im Einzelfall mit Einschränkungen fachlicher, abweichender zeitlicher und räumlicher Art oder mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden, soweit dies zur Sicherung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen Gesundheitsversorgung erforderlich ist.

### **Erläuterung**

Abs. 1 stimmt inhaltlich überein mit den einschlägigen Erlassen des Bundesrechts (Art. 38 MedBG, Art. 26 PsyG und Art. 13 GesBG). Um die Einheitlichkeit des Rechts zu gewährleisten, sollen diese Regelungen auch für die kantonalen Berufe des Gesundheitswesens gelten. Für die bundesrechtlich geregelten Berufe hat die Bestimmung deklaratorische Bedeutung. Für die kantonalen Gesundheitsberufe hat sie konstitutive Wirkung.

Die Auflistung in Abs. 2 entspricht dem geltenden Recht und ist nicht abschliessend.

Abs. 3: Gemäss Bundesrecht kann der Kanton vorsehen, dass die Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung mit bestimmten Einschränkungen fachlicher, zeitlicher und räumlicher Art oder mit Auflagen verbunden wird, soweit sie sich aus Erlassen des Bundes ergeben oder dies für die Sicherung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen medizinischen Versorgung erforderlich ist (vgl. Art. 37 MedBG, Art. 25 PsyG, Art. 13 GesBG). Aus Gründen der Informationsfunktion des Gesetzes wird das ausdrücklich festgehalten.

Abs. 2 wird durch den Sinn und Zweck der zugrundeliegenden Bewilligung konkretisiert und auf sichernde Massnahmen begrenzt, die überdies immer dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu genügen haben. Disziplinarisch begründete Auflagen oder Einschränkungen sind von Bundesrecht wegen ausgeschlossen. Die offene Formulierung ermöglicht es, der Vielzahl an Lebenssachverhalten Rechnung zu tragen. So kommen Auflagen und Einschränkungen insbesondere in Fällen in Betracht, bei welchen die Bewilligungsvoraussetzungen zwar noch gegeben sind, zur Sicherung des Patientenschutzes jedoch Massnahmen anzurufen sind.

Der Einschub «abweichender zeitlicher» nimmt Bezug auf die ordentliche zeitliche Befristung. Im Einzelfall kann es erforderlich sein, eine kürzere Gültigkeitsdauer der Bewilligung vorzusehen, insbesondere wenn mit Bezug auf die Erfüllung der Voraussetzungen gewisse Zweifel vorhanden sind, diese aber nicht für eine Verweigerung der Bewilligung genügen. Das kommt sowohl bei Berufsausübungsbewilligungen als auch bei Betriebsbewilligungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens in Betracht.

Mit dem Begriff der «Gesundheitsversorgung» sind die «medizinische Versorgung» nach Art. 37 MedBG, die «psychotherapeutische Versorgung» nach Art. 25 PsyG und die «Gesundheitsversorgung» nach Art. 13 GesBG, aber auch die Versorgung mit Dienstleistungen durch die Berufe des Gesundheitswesens nach kantonalem Recht gemeint.

## **Paragraph 13**

### **Geltendes Recht**

-

### **Vorentwurf**

#### **Zuständigkeiten**

§ 13.<sup>1</sup> Für die Prüfung der Bewilligungsvoraussetzungen, die Bewilligungserteilung sowie Einschränkung oder Entzug einer Bewilligung ist die Direktion zuständig.

<sup>2</sup> Das Verfahren richtet sich nach dem Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich.

## **Erläuterung**

Diese Zuständigkeit ist bereits im geltenden Gesetz so vorgesehen und wird unverändert weitergeführt. Die Direktion kann ihre Zuständigkeiten an ein ihr unterstelltes Fachamt übertragen. Erteilung, Einschränkung und Entzug einer Bewilligung erfolgen mittels Verfügung. Das Verfahren richtet sich nach VRG.

## **2. Teil - 1. Abschnitt - D. Meldepflichten**

### **Paragraph 14**

#### **Geltendes Recht**

##### ***90-Tage-Dienstleister***

§ 9.<sup>1</sup> Inhaberinnen und Inhaber einer ausländischen Berufsausübungsbewilligung zeigen der Direktion an, wenn sie in Anwendung von Art. 5 des bilateralen Abkommens vom 21. Juni 1999 über die Freizügigkeit eine nach § 3 bewilligungspflichtige Tätigkeit während höchstens 90 Arbeitstagen pro Kalenderjahr im Kanton Zürich ausüben wollen.

<sup>2</sup> Sie legen der Anzeige bei

- a. eine Bescheinigung über die Rechtmässigkeit der Berufsausübung im Herkunftsstaat,
- b. eine Bescheinigung der zuständigen eidgenössischen oder kantonalen Stellen über die Gleichwertigkeit der erforderlichen Diplome und Weiterbildungstitel.

<sup>3</sup> Die Direktion prüft die Unterlagen in einem beschleunigten Verfahren und teilt der betreffenden Person mit, ob sie die Berufstätigkeit aufnehmen kann.

<sup>4</sup> Auf Inhaberinnen und Inhaber ausserkantonaler Berufsausübungsbewilligungen findet dieses Verfahren unabhängig von der Dauer der Berufsausübung sinngemäss Anwendung.

<sup>5</sup> Die §§ 5–8 und 10–21 sowie die für die jeweilige Berufskategorie anwendbaren allgemeinen und besonderen Bestimmungen gelten sinngemäss.

#### **Vorentwurf**

##### ***90-Tage-Dienstleisterinnen und -dienstleister***

§ 14. Die Regelungen des Bundesrechts über die Ausübung der Berufe des Gesundheitswesens durch ausserkantonale oder ausländische 90-Tage-Dienstleisterinnen und -dienstleister gelten auch für die Berufe des Gesundheitswesens des kantonalen Rechts.

## Erläuterung

**Internationale Verhältnisse:** Personen mit im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen, die sich auf Anhang III des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (FZA; SR 0.142.112.681) oder auf Anhang K des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) vom 4. Januar 1960 (SR 0.632.31) berufen können, dürfen ihren Beruf des Gesundheitswesens ohne Bewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als Dienstleistungserbringerin oder Dienstleistungserbringer während höchstens 90 Arbeitstagen pro Kalenderjahr in der Schweiz ausüben. Sie unterstehen einer Meldepflicht. Das Meldeverfahren ist im BGMD und in der dazugehörigen Verordnung vom 26. Juni 2023 über die Meldepflicht und die Nachprüfung der Berufsqualifikationen von Dienstleistungserbringerinnen und -erbringern in reglementierten Berufen (VMD; SR 935.011) geregelt. Diese Regelung gilt für sämtliche Berufe des Gesundheitswesens des Bundesrechts, ferner für alle Berufe des Gesundheitswesens des kantonalen Rechts.

Für die Berufe des Gesundheitswesens des Bundesrechts schreibt das Bundesrecht zudem vor, dass die zuständige kantonale Behörde die Meldung ins Register einzutragen hat (Art. 35 Abs. 1 MedBG; Art. 23 Abs. 2 PsyG; Art. 15 Abs. 1 GesBG). Gemeint ist das betreffende Berufsregister. Soll auch hier die Parallelität für die Berufe des Gesundheitswesens des Bundesrechts und des kantonalen Rechts erreicht werden, sind folgende Regelungen erforderlich:

Die Verpflichtung der kantonalen Behörde zum Eintrag der Meldungen ist auf die Berufe des Gesundheitswesens des kantonalen Rechts auszudehnen. Beides lässt sich dadurch erreichen, dass die Regelungen des Bundesrechts über die ausländischen 90-Tage-Dienstleisterinnen und -dienstleister auch für die Berufe des Gesundheitswesens des kantonalen Rechts gelten.

**Telemedizinische Leistungen aus EU- oder EFTA-Staaten:** In Übereinstimmung mit dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) kommen die vereinfachten Voraussetzungen der Dienstleistungsrichtlinien im Sinne der Art. 5 ff. der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (RL 2005/36/EG) lediglich bei einem physischen «Sich-Begeben» zur Anwendung. In allen anderen Fällen müssen die Anforderungen, die sich aus dem Niederlassungsrecht (Art. 10 ff. RL 2005/36/EG) ergeben, erfüllt sein. Aus dem Ausland erbrachte telemedizinische Leistungen sind somit lediglich dann möglich, wenn das Anerkennungsverfahren im Sinne der Art. 10 ff. RL 2005/36/EG durchgeführt wurde und damit gleichzeitig das MedBG vollenfänglich zu Anwendung gelangt (...), «so gestattet die zuständige Behörde... die Aufnahme oder Ausübung dieses Berufs unter denselben Voraussetzungen wie Inländern», vgl. Art. 13 Abs. 1 RL 2005/36/EG). Demgemäß scheidet eine telemedizinische Tätigkeit aus dem europäischen Ausland auf der Grundlage einer Meldung im Sinne des BGMD aus.

**Nationale Verhältnisse:** Für die Berufe des Gesundheitswesens des Bundesrechts ist vorgesehen, dass Inhaberinnen und Inhaber einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung ihren Beruf während höchstens 90 Tagen pro Kalenderjahr in einem anderen Kanton ausüben dürfen. Sie haben dies der zuständigen kantonalen Behörde zu melden. Diese trägt diese Meldungen «ins Register» ein (Art. 35 Abs. 1 MedBG; Art. 23 Abs. 2 PsyG; Art. 15 Abs. 1 GesBG). Zwecks Herstellung der Parallelität soll auch diese Regelung für die Berufe des Gesundheitswesens des kantonalen Rechts gelten. Auch dies kann damit erreicht werden, dass die Regelungen des Bundesrechts über ausserkantonale 90-Tage-Dienstleisterinnen und -dienstleister auch für die Berufe des Gesundheitswesens des kantonalen Rechts gelten sollen.

**Zu den Registern:** Berufe nach MedBG werden ins Medizinalberuferegister (MedReg) eingetragen, psychologische Psychotherapeuten ins Psychologieberuferegister (PsyReg) (beide vom Bund betrieben), die Berufe im Geltungsbereich des GesBG im Gesundheitsregister (im Auftrag des Bundes vom Schweizerischen Roten Kreuz [SRK]) betrieben.

Der Eintrag für die übrigen kantonal reglementierten Berufe ist im Nationalen Register der Gesundheitsberufe (NAREG) vorzunehmen. Das NAREG wird ebenfalls vom SRK im Auftrag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) geführt und beruht auf der Interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen (IKV) vom 18. Februar 1993. Die Registerführung wird in der Verordnung zum Register über die Gesundheitsfachpersonen NAREG vom 22. Oktober 2015 (NAREG-VO) geregelt.

Derzeit können folgende Berufe nicht im NAREG abgebildet werden: Laborleiterinnen und Laborleiter, Zahnprothetikerinnen und -prothetiker sowie eidg. dipl. Komplementärtherapeutinnen und -therapeuten HFP. Diesbezüglich sind über die GDK Ergänzungen in der IKV anzuregen.

### Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist mit dem neuen Gesetzesartikel betreffend der ausserkantonalen Regelung nicht einverstanden. Die in einem Schweizer Kanton beantragte BAB soll zwingend auch für die Arbeitstätigkeit in anderen Kantonen gültig sein. Eine Beschränkung der Dauer auf 90 Tage hätte weitgreifende Konsequenzen, die zwingend vermieden werden müssen. Man denke beispielsweise an Praxen, die Standorte in verschiedenen Kantonen haben und die Ärztin/ der Arzt an beiden Standorten einsetzt. Ebenfalls zeigt die Tendenz, dass junge Hausärzt:innen vermehrt Erfahrungen in unterschiedlichen Praxen sammeln möchten und Stellvertretungen, bspw. Mutterschaftsvertretungen von 6 Monaten auch in anderen Kantonen annehmen. In Zeiten des Grundversorgermangels darf in dieser Hinsicht keine zeitliche Beschränkung der ausserkantonalen Tätigkeit eingeführt werden.

## Paragraph 15

### Geltendes Recht

#### Beschäftigung unselbstständig Tätiger

##### a. Bewilligungspflicht

§ 6.<sup>1</sup> Wer eine Person beschäftigen will, die unter seiner fachlichen Verantwortung Tätigkeiten gemäss § 3 vornehmen soll, bedarf einer Bewilligung der Direktion.

<sup>2</sup> Der Regierungsrat kann die Beschäftigung unselbstständig Tätiger in bestimmten Berufen von der Bewilligungspflicht ausnehmen.

<sup>3</sup> Er kann festlegen, wie viele unselbstständig Tätige eine selbstständig tätige Person höchstens anstellen darf.

### Vorentwurf

#### Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht

§ 15.<sup>1</sup> Die unter fachlicher Aufsicht tätige Person arbeitet im Namen und auf Rechnung der Bewilligungsinhaberin oder des Bewilligungsnehmers.

<sup>2</sup> Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens melden der Direktion die bei ihnen

unter fachlicher Aufsicht tätigen Gesundheitsfachpersonen. Der Regierungsrat kann einzelne Berufe des Gesundheitswesens von der Meldepflicht ausnehmen.

<sup>3</sup> Personen mit einem registrierten Diplom nach Art. 33a MedBG können nur in einer anerkannten Weiterbildungsstätte beschäftigt werden.

<sup>4</sup> In der Humanmedizin und der Zahnmedizin erfolgt eine solche Beschäftigung nur für eine befristete Dauer. Der Regierungsrat regelt die Dauer und eine allfällige Fristverlängerung.

## Erläuterung

Abs. 1: Die unter fachlicher Aufsicht tätige Person arbeitet entweder im Namen und auf Rechnung einer natürlichen Person (Einzelunternehmerin oder Einzelunternehmer) mit Berufsausübungsbewilligung oder einer juristischen Person mit Betriebsbewilligung, die Trägerin einer Einrichtung des Gesundheitswesens ist.

Die Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht erfasst insbesondere Fälle von Personen in Aus- oder Weiterbildung oder Personen aus Drittstaaten, die aufgrund ihres Diploms, das zwar registrierungs-, aber nicht anerkennungsfähig ist, nicht in fachlicher Eigenverantwortung tätig sein können (vgl. Art. 33a MedBG).

Abs. 2: Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mussten bislang für jede Arbeitnehmerin und jeden Arbeitnehmer eine Bewilligung beantragen, was mit einem erheblichen Aufwand der Leistungserbringerinnen und -erbringer und der Vollzugsbehörde verbunden war.

Im Vollzug hat sich gezeigt, dass eine Bewilligungspflicht für Beschäftigte unter fachlicher Aufsicht im Verhältnis zum damit verbundenen Aufwand von begrenztem gesundheitspolizeilichem Nutzen ist. Überdies besteht Handlungsbedarf in der Regel nicht im Zeitpunkt eines Bewilligungsverfahrens, sondern oft erst zeitlich danach, etwa, wenn sich zeigt, dass die fachliche Aufsicht nicht oder nur ungenügend wahrgenommen wird. Aus diesen Gründen kann die heute bestehende Bewilligungspflicht durch eine blosse Meldepflicht ersetzt werden.

Die Meldepflicht soll grundsätzlich für alle Berufe des Gesundheitswesens gelten. Sie ist insbesondere auch im Kontext mit dem Zulassungsrecht nach KVG relevant. Auch in diesem Bereich ist der Kanton Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde. Gemäss KVG hat die Vollzugsbehörde in dieser Funktion zu prüfen, ob die angestellten Personen in ambulanten Einrichtungen und Organisationen je einzeln die Zulassungskriterien erfüllen (auch wenn nicht sie selbst, sondern die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber zugelassener Leistungserbringer ist). Ist das nicht der Fall, sind die erbrachten Leistungen nicht abrechenbar. Dies setzt also einen Überblick der Vollzugsbehörde über die in einer Einrichtung oder Organisation angestellten Gesundheitsfachpersonen voraus.

Dem Regierungsrat soll die Kompetenz eingeräumt werden, einzelne Berufe des Gesundheitswesens von der Meldepflicht ausnehmen zu können. Das soll insbesondere für Berufe mit geringem Gefährdungspotential, die überdies nicht zu den Leistungserbringern nach KVG zählen oder für Einrichtungen des Gesundheitswesens im stationären Bereich bzw. ab einer gewissen Grösse (wie Spitäler) gelten.

Abs. 3: Anerkannte Weiterbildungsstätten müssen im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung von Medizinalpersonen spezifische Qualitätskriterien erfüllen.

Mit der Vorgabe, dass Personen mit einem registrierten Diplom nach Art. 33a MedBG nur in einer anerkannten Weiterbildungsstätte tätig sein dürfen, wird für diese der bestmögliche Rahmen für eine ordnungsgemäss fachliche Aufsicht und das Erlangen des eidgenössischen Diploms sichergestellt. Diese Anforderung gilt für sämtliche Medizinalpersonen, die mit einem registrierten Diplom auf der Grundlage von Art. 33a MedBG im Kanton Zürich tätig sein möchten.

Abs. 4: Für die universitären Medizinalberufe in der Humanmedizin und in der Zahnmedizin soll dem Regierungsrat zudem ergänzend die Regelungskompetenz für die Frage eingeräumt werden, ob Personen aus Drittstaaten mit (nur) registriertem (nicht anerkennungsfähigem) Diplom nur zeitlich begrenzt ohne ein anerkanntes Diplom beschäftigt werden können. Dass diese zusätzliche Möglichkeit lediglich für die Bereiche der Human- und Zahnmedizin gilt, beruht auf den von den anderen Medizinalberufen

abweichenden Möglichkeiten aufgrund der Vorgaben der Medizinalberufekommission (MEBEKO). Lediglich Medizinalpersonen in den Bereichen der Human- und der Zahnmedizin haben nach den Vorgaben der MEBEKO die Möglichkeit, nach drei Jahren Tätigkeit in der Schweiz die eidgenössische Prüfung abzulegen. Bei Medizinern oder Zahnmedizinern, die sich dieser Möglichkeit nicht oder nicht erfolgreich stellen, erscheint grundsätzlich fraglich, ob sie die erforderliche fachliche Qualifikation haben, auch wenn sie unter Aufsicht tätig sind. Der Regierungsrat kann gleichwohl eine Fristverlängerung vorsehen. Dies wird insbesondere für Härtefälle in Betracht kommen oder für die Fälle, in denen etwa jemand mit besonderen Fähigkeiten aus einem Land mit einer bekanntermassen sehr hochstehenden Ausbildung, wie beispielsweise den USA, Singapur oder Israel kommt, wobei zu beachten ist, dass in letztgenannten Fällen in Kombination mit einer Lehrstuhlinhaberschaft in der Schweiz das Diplom nach den Vorgaben der MEBEKO in der Regel ohne Prüfung anerkannt wird. Eine Fristverlängerung über den Zeitraum von fünf Jahren hinaus dürfte demgegenüber regelmässig kaum in Betracht kommen, da nach diesem Zeitraum einer praktischen Tätigkeit in der Schweiz gemäss den Vorgaben der MEBEKO sogar eine vereinfachte Prüfung absolviert werden kann. Ausnahmen können dann allenfalls in Fachgebieten und Regionen mit medizinischer Unterversorgung in Betracht gezogen werden.

Auf dem Gebiet des Kantons Zürich wird aus gesundheitspolizeilicher Sicht und aus Qualitätsgründen grundsätzlich angestrebt, dass die Leistungserbringung ohne anerkanntes Diplom auf der Grundlage von Art. 33a MedBG nur in Ausnahmefällen erfolgt bzw. nur für so lange, als dies erforderlich ist.

Bei den übrigen Medizinalberufen besteht diese Möglichkeit des Erwerbs des eidgenössischen Diploms – nach klaren zeitlichen Vorgaben im Zusammenhang mit einer erfolgten Weiterbildung – nicht.

In den Bereichen Pharmazie und Veterinärmedizin gilt: Die Anrechnung von erbrachten Studienleistungen liegt in der Kompetenz der Universität. Die Universität kann die Zulassung zum Studium auf Masterstufe von zusätzlichen Studien/Prüfungen (auch aus der Bachelorstufe) abhängig machen. Die Zulassung zum Studium liegt in der Kompetenz der Universitäten.

Im Bereich Chiropraktik gilt, dass zur eidgenössischen Prüfung nur zugelassen wird, wer an einer schweizerischen Hochschule in einem nach MedBG akkreditierten Studiengang 60 ECTS-Kreditpunkte erworben hat oder einen Studiengang an einer ausländischen Hochschule absolviert hat, der auf der Liste des Eidgenössischen Departements des Innern figuriert.

### Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	eher nicht einverstanden
--	--------------------------

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist mit der Gesetzesanpassung von Artikel 15 teilweise einverstanden.

Zu Abs. 2: mfe Zürich unterstützt klar die Anpassung weg von der Bewilligungspflicht und hin zur Meldepflicht. Die ursprüngliche Meldepflicht generierte für die Praxen einen beträchtlichen Aufwand bei stark wechselndem Personal, welcher eingespart werden kann, ohne Einfluss auf die Qualität zu haben.

Zu Abs. 4: mfe Zürich ist nicht einverstanden mit der juristisch offen formulierten Regelung und der Zuschreibung der Kompetenz zuhanden des Regierungsrates in § 15. Abs. 4. Bedarf es einer Beschränkung der Beschäftigungsdauer, soll die Frage in Absprache mit den entsprechenden Fachgesellschaften diskutiert werden.

### Paragraph 7 (geltendes Recht)

## Geltendes Recht

### **b. Erteilung und Entzug der Bewilligung**

- § 7.<sup>1</sup> Die Direktion erteilt die Bewilligung, wenn
- a. die beschäftigende Person über eine Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung verfügt,
  - b. die unselbstständig tätige Person die Voraussetzungen gemäss § 4 erfüllt und
  - c. die Betriebsorganisation gewährleistet, dass die selbstständig tätige Person ihre Aufsichtsfunktion wahrnehmen kann.

## Vorentwurf

-

## Erläuterung

Infolge der Abschaffung der Bewilligung zur Beschäftigung einer Person unter fachlicher Aufsicht (vgl. oben) entfällt diese Bestimmung.

## 2. Teil - 2. Abschnitt - B. Berufspflichten

### Paragraph 19

#### Geltendes Recht

### **Sorgfaltspflichten und Unmittelbarkeit**

§ 12.<sup>1</sup> Die Berufsausübung erfolgt sorgfältig und unter Wahrung der Unabhängigkeit. Sie hat sich auf die Interessen der Patientin oder des Patienten auszurichten.

<sup>2</sup> Die selbstständig Tätigen sind verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschliessen oder andere, gleichwertige Sicherheiten zu erbringen. Die Versicherung beziehungsweise die Sicherheiten müssen der Art und dem Umfang der Risiken entsprechen, die mit der Berufsausübung verbunden sind.

<sup>3</sup> Die Berufsausübung erfolgt persönlich und grundsätzlich unmittelbar an der Patientin oder dem Patienten.

## Vorentwurf

### **Sorgfaltspflicht**

§ 19 Die Berufsausübung erfolgt persönlich, sorgfältig und gewissenhaft sowie unter Wahrung der Unabhängigkeit. Sie hat sich auf die Interessen der Patientin oder des Patienten auszurichten.

## Erläuterung

Die Formulierung orientiert sich an den entsprechenden Bestimmungen des Bundesrechts (z.B. Art. 40 Bst. a MedBG).

Die Berufshaftpflicht ergibt sich aus dem Bundesrecht und für die nach kantonalem Recht einer Bewilligungspflicht unterstehenden Gesundheitsberufe Kraft Verweises dieses Gesetzes.

## Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	eher einverstanden
--	--------------------

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist mit dem Gesetzestext zu Sorgfaltspflicht einverstanden. Dennoch möchte mfe Zürich darauf hinweisen, dass die gesetzlich festgehaltene Sorgfaltspflicht der persönlichen Berufsausübung der Ermöglichung von Delegation und Supervision nicht im Wege stehen darf. Diese Arbeitsweisen werden in Zukunft bei weiter steigender Nachfrage nach ärztlichen Konsultationen und in einer interprofessionellen Gesundheitsversorgung immer relevanter. Delegation und Supervision sind wichtig, um das Gesundheitssystem zu entlasten - ohne dass die Qualität der Leistungen reduziert wird. Dies soll in einem separaten Gesetzesartikel ergänzend festgehalten werden.

## Paragraph 20

### Geltendes Recht

## Vorentwurf

## **Fernbehandlung**

§ 20. Bei Fernbehandlungen ist im Rahmen der sorgfältigen und gewissenhaften Berufsausübung sicherzustellen, dass diese im Einzelfall medizinisch vertretbar ist und die erforderliche Sorgfalt durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung und Behandlung gewahrt wird. Dies gilt auch für die Aufklärung und die Dokumentation.

## **Erläuterung**

Bei Fernbehandlungen ohne unmittelbaren physischen Kontakt zwischen der Gesundheitsfachperson und der Patientin oder dem Patienten (Telemedizin), sind die Sorgfaltspflichten erhöht.

Voraussetzung für eine Fernbehandlung ist stets, dass diese im Einzelfall medizinisch vertretbar ist. Fernbehandlungen sind nur dann vertretbar, soweit mittels Telemedizin der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten zureichend erfasst, diese oder dieser zureichend beraten und die Behandlung *lege artis* durchgeführt werden kann. Soweit es erforderlich ist, eine Patientin oder einen Patienten unmittelbar persönlich zu untersuchen, zu beraten oder zu behandeln, hat dies zu erfolgen.

Fallbezogen sind zudem zusätzliche Rahmenbedingungen für ein fachgerechtes Vorgehen zu beachten.

Insbesondere bedarf es der Berücksichtigung der Einhaltung des apparativen und personellen Sollstandards. Der apparative Sollstandard betrifft dabei eine kommunikationstechnische bzw. telemedizinische Ausstattung, die gewährleistet, dass die für die durchgeführte telemedizinische Anwendung erforderliche Datenübermittlung in zureichender Qualität gesichert ist; z.B. müssen die Daten vollständig, fehlerfrei und zeitgerecht übermittelt werden können.

Der personelle Sollstandard erfordert vor allem, dass der Leistungserbringer über die notwendigen theoretischen und praktischen Fähigkeiten und Kenntnisse auch in Bezug auf die Technik verfügen muss, um die Patientin oder den Patienten dem jeweils geltenden Standard entsprechend behandeln zu können. Im Rahmen von Telechirurgie bedarf es der unmittelbaren Begleitung der Operation durch ein fachlich adäquat qualifiziertes Team vor Ort, das jederzeit eingreifen kann (insb. für den Fall, dass es des Übergangs vom minimalinvasiven zu einem offenen chirurgischen Vorgehen bedarf oder auch für den Fall theoretisch denkbarer Verbindungsprobleme).

An der Schnittstelle Telemedizin und Delegation – im Rahmen von telemedizinischer Assistenz – bedarf es insbesondere der sorgfältigen Auswahl, Instruktion und Überwachung von Hilfspersonen, und es ist insbesondere zu beachten, ob und ggf. inwieweit einzelne ärztliche Leistungen überhaupt delegationsfähig sind. Im Rahmen von Telemonitoring und häuslicher Betreuung ist zudem darauf zu achten, dass das Personal, das sich im Rahmen der weitgehenden telemedizinischen Überwachung zu dem Patienten nach Hause begibt, besonders geschult sein muss (etwa im Zusammenhang mit der Einnahme von Arzneimitteln bzw. der Anwendung von Heilmitteln).

Weiter ist bei Telemonitoring und häuslicher Betreuung z.B. zu gewährleisten, dass jederzeit in zureichender Weise der Kontakt zu einer Medizinalperson des Fachgebiets, dem die Ferndienstleistung zuzuordnen ist, hergestellt werden kann und die aus der Ferne betreuten Patientinnen und Patienten wissen, wie sie mit möglichen unerwünschten Ereignissen umgehen.

Zudem ist auch Sorge zu tragen für die zeitgerechte Auswertung übermittelter Daten und die gegebenenfalls erforderliche Benachrichtigung von Patienten oder Drittpersonen.

Im Rahmen der Aufklärung bedarf es der Berücksichtigung besonderer Anforderungen, zu denen u.a. zählt, dass die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien bzw. apparative Mittel der Fernbehandlung aufgeklärt wird. Neben den Anforderungen, die auch im Rahmen herkömmlicher medizinischer Behandlungen gelten, bedarf es der zusätzlichen Beachtung der Besonderheiten der Telemedizin. Soweit es sich um sogenannte Neulandverfahren handelt, ist hinsichtlich des Umfangs der Aufklärung insbesondere zu beachten, dass die Patientin oder der Patient beispielsweise darüber aufzuklären ist, dass es sich um eine neuartige Behandlungsmethode handelt, deren Risiken daher auch noch nicht abschliessend bekannt sind, bzw. dass

der geplante Eingriff (noch) kein medizinischer Standard ist, verbunden mit der unmissverständlichen Verdeutlichung, dass die neue Methode die Möglichkeit unbekannter Risiken birgt. Dabei ändert etwa eine Konformitätsbewertung nichts an der Einstufung als Neulandmethode, da die CE-Zertifizierung lediglich die Verkehrsfähigkeit betrifft und keine Aussage dazu trifft, ob es sich um einen Standard handelt. Es ist ein Standard für genügende Informationssicherheit zu bestimmen. Für eine genügende Informationssicherheit sind Standards wie jene der ISO/IEC27000-Serie oder des BSI Grundschatzstandards 100-1 bis 100-4 massgebend.

## Paragraph 21

### Geltendes Recht

#### **Patientendokumentation**

§ 13.<sup>1</sup> Wer einen Beruf des Gesundheitswesens ausübt, legt über jede Patientin und jeden Patienten eine Patientendokumentation an und führt sie laufend nach. Diese gibt Auskunft über die Aufklärung und Behandlung der Patientinnen und Patienten. Als Behandlung gelten insbesondere Untersuchungen, Diagnosen, Therapie und Pflege. Die Urheberschaft der Einträge muss unmittelbar ersichtlich sein.

<sup>2</sup> Die Patientendokumentation kann in schriftlicher oder elektronischer Form geführt werden. Wird eine elektronische Aufzeichnungsform gewählt, müssen die Eintragungen in der Patientendokumentation datiert, unabänderbar gespeichert und jederzeit abrufbar sein.

<sup>3</sup> Die Patientendokumentation wird während zehn Jahren nach Abschluss der letzten Behandlung aufbewahrt.

<sup>4</sup> Die Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf Herausgabe der Patientendokumentation in Kopie. Die Herausgabe kann mit Rücksicht auf schutzwürdige Interessen Dritter eingeschränkt werden.

<sup>5</sup> Die Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber sorgen dafür, dass auch nach ihrem Hinschied oder bei einem Verlust der Handlungsfähigkeit die Patientendokumentationen für die Patientinnen und Patienten unter Wahrung des Berufsgeheimnisses zugänglich bleiben.

<sup>6</sup> Für Apothekerinnen und Apotheker sowie für Drogistinnen und Drogisten gelten die vorstehenden Bestimmungen nur, soweit sie diagnostische und therapeutische Verrichtungen vornehmen, zu denen sie nach Bundesrecht berechtigt sind.

### Vorentwurf

#### **Patientendokumentation**

##### **a. Inhalt**

§ 21.<sup>1</sup> Wer einen Beruf des Gesundheitswesens ausübt, legt über jede Patientin und jeden Patienten eine Patientendokumentation an und führt sie in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit den durchgeführten Massnahmen laufend nach.

<sup>2</sup> In der Patientendokumentation sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Massnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Dazu zählen insbesondere die Anamnese, Untersuchungen und deren Ergebnisse, Befunderhebungen und deren Ergebnisse, Diagnosen, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen sowie Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientendokumentation aufzunehmen.

## Erläuterung

Das PatG regelt sämtliche Rechte und Pflichten von Patienten. Zentral im Rahmen der Dokumentationspflicht ist insbesondere das Interesse der Patientinnen und Patienten an sachgemässer Behandlung, indem durch die Dokumentation der jeweiligen Behandlungsschritte und ihrer Grundlagen sowohl die Behandlerin respektive der Behandler und/oder Parallel- und Nachbehandlerinnen bzw. - behandler in die Lage versetzt werden sollen, die Behandlung zügig, sachgerecht und ohne Doppeluntersuchungen nachzuvollziehen und fortzuführen.

Dokumentationspflichten folgen auch aus anderen Spezialgesetzen mit unterschiedlichen Zielen und Schutzzwecken, wie etwa dem Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz; HFG; SR 810.30), dem Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz; SR 810.21), dem Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG; SR 810.12), dem KRG oder dem EpG. Es bedarf der Dokumentation aber auch im Rahmen des Sozialversicherungsrechts zur Dokumentation der korrekten Abrechnung und Leistungserbringung unter Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots und der Qualitätssicherung sowie im Rahmen von Behandlungen. Die Bestimmung des GesG zur Dokumentation bildet gewissermassen die «Klammer» zwischen diesen unterschiedlichen Anforderungen und ermöglicht der Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde zudem die Kontrolle der Vertrauenswürdigkeit der Gesundheitsfachperson, der Einhaltung der Sorgfaltspflichten und der angemessenen Umsetzung aufsichtsrechtlicher Massnahmen.

Im Rahmen dieser Revision soll auch das PatG teilweise angepasst werden. Im PatG soll künftig betreffend Dokumentationsvorgaben lediglich auf das GesG verwiesen werden. Damit können unnötige Wiederholungen und gesetzliche Parallelbestimmungen vermieden werden (vgl. Anhang).

## Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich befürwortet den Erhalt der ursprünglichen Formulierung nach ehem. § 13. 1 und lehnt die neue Formulierung nach § 21. 2 ab. Eine so ausführliche Dokumentation ist im Rahmen einer ärztlichen Konsultation zeitlich nicht möglich. Eine Fokussierung auf das Wesentliche ist hierbei zentral, die Qualität der Behandlung wird dadurch nicht beeinflusst.

### Verbesserungsvorschlag

Erhalt der ursprünglichen Formulierung nach ehem. § 13. 1

## Paragraph 22

### Geltendes Recht

-
---

## Vorentwurf

### b. Führung

§ 22.<sup>1</sup> Die Patientendokumentation wird elektronisch geführt.

<sup>2</sup> Datum und Urheberschaft der Einträge müssen unmittelbar ersichtlich sein. Die Eintragungen müssen unabänderbar gespeichert und jederzeit abrufbar sein. Berichtigungen erfolgen durch Ergänzungen der Eintragungen.

<sup>3</sup> Patientinnen und Patienten können verlangen, dass ein Eintrag in der Patientendokumentation mit ihrer Auffassung ergänzt wird, wenn sie daran ein schützenswertes Interesse haben.

<sup>4</sup> Die Vereinbarkeit mit den Datenschutzvorschriften des Bundes und des Kantons ist nachzuweisen

## Erläuterung

Abs. 1: Künftig soll die Patientendokumentation nur noch elektronisch geführt werden, da dies gegenüber der physischen Führung mehrere Vorteile bietet (insbesondere Nachvollziehbarkeit, Sicherheit, schneller Wissenstransfer, vereinfachter Zugriff für Patientinnen und Patienten). Auch im Hinblick auf das Elektronische Patientendossier (EPD) ist diese Neuerung erwünscht. Eine Übergangsfrist (siehe hinten Übergangsbestimmungen), welche den Leistungserbringern die notwendige Anpassungszeit einräumt, trägt diesem Systemwechsel Rechnung.

Abs. 2: Es sind verschiedene Anforderungen an die zur Führung der Patientendokumentation verwendete medizinische Software zu stellen, um eine transparente und datenschutzkonforme Bewirtschaftung sicherzustellen.

Es ist durch technische Vorkehrungen sicherzustellen, dass einmal erfolgte Eintragungen nicht mehr gelöscht werden können. Dies, um die vom Gesetz verlangte Möglichkeit zur lückenlosen Rückverfolgung der Urheberschaft aller zu irgendeinem Zeitpunkt erfolgten Eintragungen zu gewährleisten. Aus dem gleichen Grund haben allfällige Korrekturen und Ergänzungen nicht durch Löschung bzw. Beseitigung der ursprünglichen Eintragung, sondern in klar nachvollziehbarer Form zu erfolgen, sodass einerseits der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt, und andererseits erkennbar ist, wann die Berichtigungen oder Änderungen vorgenommen worden sind.

Abs. 3: Patientinnen und Patienten haben das Recht, Ergänzungen anzubringen.

Abs. 4: Die Führung der Patientendokumentation erfolgt datenschutzkonform, d.h. in Übereinstimmung mit den Datenschutzvorschriften des Bundes (DSG) und des Kantons (IDG). Es muss gegenüber der Aufsichtsbehörde nachgewiesen werden können, dass die genutzte Infrastruktur in Konformität mit den datenschutzrechtlichen Vorgaben steht. Ein solcher Nachweis der Konformität der genutzten Software kann bspw. mittels Zertifizierung im Sinne von Art. 13 DSG erbracht werden.

## Sind Sie mit dem neuen Paragraphen einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

## Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist mit dem Gesetzesvorschlag aufgrund der starren Frist von 3 Jahren gar nicht einverstanden. mfe Zürich plädiert für die Einführung einer angepassten Übergangsfrist betreffend der Führung von Patienteninformationen. Der Kanton nennt korrekterweise die Relevanz der Übergangsfrist, damit verhindert werden kann, dass sich der Fachkräftemangel deswegen weiter zuspitzt. In der Tat ist 1/4 aller berufstätigen Ärzt:innen über 60 Jahre alt. Studien zeigen, dass Ärzt:innen häufig gewillt sind, bis zum Pensionsalter und auch weit darüber hinaus tätig zu sein. Gemäss einer kürzlich durchgeföhrten Studie von mfe Zürich bewegt sich das geplante Pensionsalter der Befragten zwischen 60 und 79 Jahren. Sie bringen einen überdurchschnittlich grossen Patientenstamm mit sich. Gleichzeitig werden zunehmende bürokratische und administrative Aufwände häufig als Grund genannt, weshalb die geplante Pensionierung vorgezogen wird. Die Einföhrung eines elektronischen Patienteninformationsystems hat neben technischen Hürden erhebliche finanzielle Auswirkungen. Ist die Beendigung der Praxistätigkeit in den darauffolgenden 5 Jahren geplant, lohnt sich diese Investition in vielen Fällen nicht - ob für die Praxis eine Nachfolge gefunden werden kann, bleibt in den meisten Fällen bis kurz vor Praxisschliessung unklar. mfe Zürich befindet eine Übergangsfrist von 3 Jahren für Ärzt:innen bis 55 Jahre (zum Zeitpunkt der Einföhrung) als vertretbar.

## Verbesserungsvorschlag

Für Personen über 55 Jahre soll auf eine zwingende Umstellung auf ein elektronisches Patienteninformationssystem verzichtet werden, um eine frühzeitige Beendigung der Arbeitstätigkeit / einer Frühpensionierung (ab 60 Jahren) zu verhindern. Für Ärzt:innen über 55 Jahren sollen bei der Umstellung auf freiwilliger Basis die Möglichkeiten für eine finanzielle Unterstützung durch den Kanton geprüft werden.

## Paragraph 23

### Geltendes Recht

-

### Vorentwurf

#### c. Aufbewahrung

§ 23.<sup>1</sup> Die Patientendokumentation wird während mindestens zehn Jahren nach Abschluss der letzten Behandlung aufbewahrt. Vorbehalten bleiben anderslautende Vorschriften.

<sup>2</sup> Die Bewilligungsgeberinnen und -haber sorgen dafür, dass auch bei Betriebsveräußerung, nach ihrem Hinschied, oder bei einem Verlust der Handlungsfähigkeit die Patientendokumentationen für die Patientinnen und Patienten datenschutzkonform aufbewahrt werden und unter Wahrung des Berufsgeheimnisses zugänglich bleiben.

<sup>3</sup> Die Direktion kann in Fällen nach Abs. 2 unterstützend tätig werden.

## Erläuterung

Abs 1: Die Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren entspricht dem geltenden Recht.

Umfasst von der Aufbewahrungspflicht sind neben sämtlichen schriftlichen Einträgen insbesondere auch die Bilder bzw. Daten aus bildgebenden Verfahren und Modelle.

Auf eine Anpassung der Aufbewahrungsfrist an die zivilrechtliche Verjährungsfrist für Personenschäden (20 Jahre; vgl. Art. 60 Abs. 1bis und Art. 128a des Bundesgesetzes vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht OR; SR 220) wird mangels gleichem Zweckgedanken verzichtet. Für die öffentlich-rechtliche Aufbewahrungspflicht ist entscheidend, welche Aufbewahrungsdauer aus gesundheitspolizeilicher Sicht sinnvoll erscheint. Dem folgend nimmt der Schutzzweck mit zunehmendem Abstand zur letzten Behandlung ab und es rückt der Aspekt der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund. Dies zeigt sich im Umstand, dass die Verjährungsfrist im Disziplinarrecht ebenfalls 10 Jahre beträgt. Nach Ablauf der gesundheitspolizeilichen Aufbewahrungspflicht dieses Gesetzes obliegt es grundsätzlich den einzelnen Gesundheitsfachpersonen zu entscheiden, ob sie die Patientendokumentation länger als zehn Jahre aufbewahren.

Teilweise folgen aus spezialgesetzlichen Regelungen längere Aufbewahrungsfristen. So insbesondere aus Art. 34, 35 Transplantationsgesetz, Art. 39, 40 HMG, Art. 45 Verordnung über klinische Versuche mit Ausnahme klinischer Versuche mit Medizinprodukten vom 20. September 2023 (Verordnung über klinische Versuche; KlinV; SR 810.305) sowie Art. 40 der Verordnung vom 1. Juli 2020 über klinische Versuche mit Medizinprodukten vom 1. Juli 2020 (KlinV-Mep; SR 810.306). Diese gehen als übergeordnetes Bundesrecht vor.

Eine Ausnahme im Sinne einer Unterschreitung der zehnjährigen Aufbewahrungspflicht gilt insbesondere hinsichtlich der Aufbewahrung von Proben und Daten gemäss Art. 11 Abs. 2 Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG; SR 810.12) für sog. übrige genetische Untersuchungen ausserhalb des medizinischen Bereichs.

Eine Befreiung von der Aufbewahrungspflicht durch Herausgabe der Dokumentation an die Patientin oder den Patienten kommt auch im Fall einer Verzichtserklärung auf jegliche Haftungsansprüche von Patientenseite nicht in Betracht.

Aus dieser Mindestfrist kann nicht abgeleitet werden, dass mit deren Ablauf eine (auf dem Datenschutzrecht beruhende) Pflicht zur Löschung verbunden ist. Eine Pflicht zur Löschung kommt nach derzeitigter Rechtslage auf der Grundlage einer ausdrücklichen Geltendmachung seitens der Patientin oder des Patienten erst nach Ablauf jeglicher absoluter Haftungsfrist in Betracht. In diesem Sinn hat sich auch der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte (EDÖB) geäussert Es ist der Behandlerseite grundsätzlich nicht zumutbar zu einem früheren Zeitpunkt darzulegen und gegebenenfalls zu beweisen, dass ein Haftungsanspruch im Zusammenhang mit einer vorgenommenen medizinischen Massnahme per se ausscheidet. Dies wird allenfalls in sehr seltenen Ausnahmefällen angenommen werden können, bei denen einerseits das Interesse am Datenschutz sehr hoch zu gewichten ist und andererseits evident ist, dass eine Haftung nicht in Betracht kommt.

Die Patientendokumentation muss für die Aufsichtsbehörde während der gesamten Aufbewahrungsdauer einsehbar sein.

Die 10-Jahres-Frist nach Abschluss der letzten Behandlung schliesst eine partielle Löschung der Dokumentation in Bezug auf Zeiträume, die schon mehr als 10 Jahre zurückliegen, aus. Die Dokumentation ist vollständig aufzubewahren und zu bewahren, wenn die 10-Jahres-Frist nach dem Ende der letzten Behandlung noch nicht abgelaufen ist.

Abs. 2: Bei Betriebsveräußerungen ist vertraglich die Überlassung der Patientendokumentation mittels eines sog. (erweiterten) «Zwei-Schrank-Modells» – sofern diese noch analog vorliegt – bzw. mittels einer passwortgeschützten Datenbank zu vereinbaren und durch eine Konventionalstrafe abzusichern. In beiden Fällen muss gewährleistet sein, dass die Nachfolgerin oder der Nachfolger nur bei einer im Vorfeld erteilten Einwilligung einer Patientin oder eines Patienten Zugriff hat.

Im Patienteninteresse rechtfertigt es sich, die Verpflichtung der Geheimnisträger (Gewährleistung der Zugänglichkeit über den Tod oder den Verlust der Handlungsfähigkeit hinaus unter Wahrung der Geheimnispflicht) beizubehalten. Dies insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass die

Patientendokumentation für die Patientin oder den Patienten meist ein wichtiges Element im Behandlungskomplex darstellt. Konkret kann dies insbesondere mittels professioneller Archiv-Dienstleister erfolgen. Auch Erben können im Sinne der Gesamtrechtsnachfolge verpflichtet sein, die Dienste solcher professionellen Dienstleister in Anspruch zu nehmen. Vor dem Hintergrund dieser Möglichkeit erscheint die frühere Rechtsprechung (BGE 119 II 222), wonach die Erben in dem Umfang Einsicht in Patientenakten nehmen können, in dem dies zur Einholung von Weisungen seitens der Betroffenen bzw. zum Erhalt einer allfälligen Einwilligung erforderlich sei, nicht mehr zeitgemäß, es sei denn aus den besonderen Umständen des Einzelfalles bzw. bei entsprechender Einwilligung von Patientenseite im Vorfeld ergibt sich etwas anderes.

Abs. 3: Die Einhaltung der Verpflichtung gemäss Abs. 2 kann von der Aufsichts- und Bewilligungsbehörde im Vorfeld eines entsprechenden Ereignisses nur eingeschränkt überprüft werden (vorsorgliche Überprüfung der getroffenen Vorkehrungen für den Ereignisfall). Allfällige aufsichtsrechtliche Interventionen oder Massnahmen greifen aufgrund ihrer retrospektiven Konzeption meist zu spät. Dies führt gezwungenermassen zu Situationen, in denen Patientinnen und Patienten der Zugang zur Patientendokumentation – zumindest vorübergehend – mangels getroffener Vorkehrungen faktisch verwehrt bleibt (bspw. in Fällen von Praxisschliessung infolge Konkurses oder Versterben des Inhabers). Es wird darauf verzichtet, dem Kanton für solche Fälle eine (subsidiäre) Handlungspflicht betreffend die Aufbewahrung und Sicherstellung der Zugänglichkeit zu überbinden; dies erwiese sich als unverhältnismässig (Abs. 3). Der Zweck des Gesundheitsschutzes vermag den damit einhergehen Ressourcenverbrauch (finanziell/personell) beim Kanton nicht zu überwiegen. So spielt die Patientenakte in akuten Situationen (Notfällen) i.d.R. nur eine untergeordnete Rolle und den Patientinnen und Patienten stehen Behelfe aus dem Privatrecht zur Verfügung, um ihren Anspruch auf Herausgabe der Patientenakte durchzusetzen. Die Rolle des Kantons soll hingegen unterstützend verstanden werden, indem vermittelnd interveniert und das Know-how zur Verfügung gestellt werden kann (bspw. Austausch mit den Gemeinden und Konkursämtern zur Koordination des weiteren Vorgehens, Auskunft und Unterstützung in [bewilligungsrechtlichen] Fragen im Zusammenhang mit Nachfolgelösungen, Koordination und Bevölkerungsorientierung beim Einsatz von Personal zur Herausgabe der Patientendokumentation).

## Paragraph 24

### Geltendes Recht

-

### Vorentwurf

#### d. **Einsicht und Herausgabe**

§ 24.<sup>1</sup> Patientinnen und Patienten steht das Recht auf Einsicht in ihre Patientendokumentation zu. Sie können die Herausgabe von Kopien der Patientendokumentation in einem üblichen Format verlangen.

<sup>2</sup> Die Rechte nach Abs. 1 können eingeschränkt werden, soweit medizinische Gründe oder sonstige überwiegende Rechte Dritter der Einsicht oder Herausgabe entgegenstehen. Die Einschränkung ist schriftlich zu begründen.

<sup>3</sup> Die erstmalige Einsicht sowie Herausgabe einer Kopie erfolgt kostenlos.

## **Erläuterung**

Das Bundesgericht hat ein grundsätzliches Interesse der Patientinnen und Patienten auf eine umfassende Einsicht in ihre Patientendokumentationen anerkannt. Das Einsichtsrecht Dritter richtet sich nach den allgemeinen Bestimmungen zur beruflichen Schweigepflicht.

Abs. 2: Einschränkungen sind nur zurückhaltend zulässig und erfordern überwiegende entgegenstehende Interessen. Einschränkungen des Einsichts- und Herausgaberechts sind dabei vom Leistungserbringer schriftlich zu begründen, so dass sie für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbar sind und eine wirksame Überprüfung der Einschränkungen zulassen. Die Anforderungen an die Begründung können nicht allzu hoch sein, falls sie mit dem Grund für die Auskunftsverweigerung kollidieren (Botschaft DSG-Revision 2017, 7070). Werden die Einschränkungen von öffentlichen Organen vorgenommen, müssen sie in Form einer anfechtbaren Verfügung ergehen.

Abs. 3: Die erste Einsicht und/oder Herausgabe der Patientendokumentation erfolgt kostenlos. Bei einer elektronischen Führung der Patientendokumentation können die elektronisch vorhandenen Daten in einem gängigen elektronischen Format herausverlangt werden.

## **Paragraph 25**

### **Geltendes Recht**

#### **Schweigepflicht und Anzeige**

§ 15.<sup>1</sup> Personen, die einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben, und ihre Hilfspersonen wahren Stillschweigen über Geheimnisse, die ihnen infolge ihres Berufes anvertraut worden sind oder die sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben.

<sup>2</sup> Die Bewilligung der Direktion oder die Einwilligung der berechtigten Person befreit von der Schweigepflicht. Innerhalb von Praxisgemeinschaften wird die Einwilligung zur Weitergabe von Patientendaten vermutet.

<sup>3</sup> Ungeachtet der Schweigepflicht melden Personen gemäss Abs. 1 der Polizei unverzüglich:  
a. aussergewöhnliche Todesfälle, insbesondere solche zufolge Unfall, Delikt oder Fehlbehandlung einschliesslich ihrer Spätfolgen sowie Selbsttötung,  
b. Wahrnehmungen, die auf die vorsätzliche Verbreitung gefährlicher übertragbarer Krankheiten bei Mensch und Tier schliessen lassen.

<sup>4</sup> Sie sind ohne Bewilligung oder Einwilligung nach Abs. 2 berechtigt,  
a. den zuständigen Behörden Wahrnehmungen zu melden, die auf ein Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben, die öffentliche Gesundheit oder die sexuelle Integrität schliessen lassen,  
b. den Ermittlungsbehörden bei der Identifikation von Leichen behilflich zu sein.

### **Vorentwurf**

#### **Ausnahmen und Befreiung von der Schweigepflicht**

§ 25.<sup>1</sup> Personen, die einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben, und ihre Hilfspersonen wahren

Stillschweigen über Geheimnisse, die ihnen infolge ihres Berufes anvertraut worden sind oder die sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben.

<sup>2</sup> Die Patientin oder der Patient sowie auf Antrag die Direktion können einen Geheimnisträger oder eine Geheimnisträgerin und deren Hilfspersonen von der geltenden Schweigepflicht befreien.

<sup>3</sup> Innerhalb von Praxisgemeinschaften und Einrichtungen des Gesundheitswesens wird die Zustimmung zur Weitergabe von Patientendaten vermutet, soweit sich die dort tätigen Personen ergänzen oder vertreten.

<sup>4</sup> Die Zustimmung zur Befreiung gilt als von der Patientin oder vom Patienten erteilt, soweit dies zur Wahrnehmung der berechtigten Interessen der Gesundheitsfachperson im Rahmen der Abwehr einer gegen sie gerichteten Anzeige an Aufsichts- oder Strafverfolgungsbehörden oder einer gegen sie gerichtete Forderung seitens der Patientin oder des Patienten erforderlich ist. Dies gilt auch, soweit (Haftpflicht-)Versicherungen für eine etwaige Forderung eintreten würden.

<sup>5</sup> Personen nach Abs. 1 sind auch ohne Befreiung berechtigt,

- a. den zuständigen Kinderschutzbehörden Wahrnehmungen zu melden, wenn die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität eines Kindes gefährdet erscheint und eine Meldung im Interesse des Kindes liegt,
- b. den Ermittlungsbehörden bei der Identifikation von Leichen behilflich zu sein,
- c. den zuständigen Behörden im Rahmen von Abklärungen betreffend aussergewöhnliche Todesfälle Auskunft zu geben.

<sup>6</sup> Ungeachtet der Schweigepflicht melden Personen gemäss Abs. 1 der Polizei unverzüglich aussergewöhnliche Todesfälle, insbesondere solche mit Anzeichen für eine Straftat sowie Selbsttötung.

## Erläuterung

Abs. 1: Das Bundesrecht sieht für die Medizinal-, die Gesundheits- und Psychologieberufe im Sinne des PsyG in Art. 40 lit. f MedBG, Art. 16 lit. f. GesBG bzw. Art. 27 lit. e PsyG vor, dass das Berufsgeheimnis nach Massgabe der einschlägigen Vorschriften zu wahren ist. Das Bundesrecht verweist somit auf andere gesetzliche Vorschriften, welche dem Schutz der Persönlichkeitsrechte des Patienten dienen, insbesondere auf Art. 321 StGB, aber auch auf Art. 30 (Persönlichkeitsverletzungen) und 62 DSG sowie Art. 28 ZGB (Schutz der Persönlichkeit). Wird eine dieser privat- oder strafrechtlichen Pflichten verletzt, liegt gleichzeitig ein Verstoss gegen die Berufspflichten nach MedBG respektive PsyG oder GesBG vor, was auch eine Disziplinarmassnahme nach sich ziehen kann. Art. 321 StGB umfasst einen geschlossenen Kreis von Geheimnisträgern aus dem medizinischen Bereich (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Optometristinnen und Optometristen und Osteopathinnen und Osteopathen sowie ihre Hilfspersonen). Die kantonal reglementierten Berufe fallen – vorbehältlich deren Qualifikation als Hilfspersonen i.S. der Strafbestimmung – nicht darunter. Für diese wird die Schweigepflicht deshalb ausdrücklich im kantonalen GesG verankert. Bei Verletzung der Schweigepflicht können somit auch gegenüber Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens nach kantonalem Recht Disziplinarmassnahmen verhängt werden. Unberührt davon bleibt die strafrechtliche Verantwortlichkeit nach Art. 62 DSG.

Abs. 2: Der mögliche Rahmen für behördliche Befreiungen von der Schweigepflicht und Anzeigepflichten wird weitgehend durch das Bundesrecht vorgegeben. Im Rahmen der dem Kanton verbleibenden Regulierungskompetenz wird die geltende Bestimmung von § 15 Abs. 1 GesG mit inhaltlichen Präzisierungen weitergeführt.

Abs. 3: In Arztpraxen und in Einrichtungen des Gesundheitswesens ist die Zustimmung der Patientin oder des Patienten zu vermuten, soweit sich die dort tätigen Personen ergänzen oder vertreten.

Abs. 4: Es handelt sich um Fälle von offensichtlich stillschweigender Einwilligung nach Art. 321 Ziff. 2 StGB. Die Bestimmung liegt darin begründet, dass zum einen die Patientin oder der Patient selber nach aussen kundtut, dass sie oder er sich in eine bestimmte Behandlung begeben hat und damit auf die Geheimsphäre verzichtet.

Der Gesundheitsfachperson muss es möglich sein, sich gegen Ansprüche verteidigen zu können. Deshalb

darf sie Inhalte der Behandlung verfahrensführenden (Aufsichts-)Behörden und Gerichten mitteilen bzw. ungeschwärzte Behandlungsunterlagen zur Verfügung stellen. Ebenso darf sie dem von ihr beauftragten Sachverständigen die vollständigen und ungeschwärzten Krankenunterlagen zur Anfertigung eines Gutachtens übermitteln und diese ohne Zustimmung der Patientenseite ihrem Rechtsanwalt und/oder ihrer Haftpflichtversicherung weiterleiten.

Die Bestimmung bezieht sich nicht auf Fälle, in denen eine Gesundheitsfachperson Ansprüche gegen eine Patientin oder einen Patienten erhebt.

Abs. 5: Die enumerativ gelisteten Melderechte beruhen auf Art. 321 Ziff. 3 StGB in Verbindung mit Art. 314c ZGB, wonach auch Berufsgeheimnisträger im Sinne des StGB der Kinderschutzbehörde Meldung erstatten können, wenn die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität eines Kindes gefährdet erscheint und eine Meldung im Interesse des Kindes liegt. Zu beachten ist hierbei, dass dieses Melderecht gemäss Art. 314 Abs. 2 S. 2 ZGB nicht gilt für nach dem StGB an das Berufsgeheimnis gebundene Hilfspersonen.

Abs. 6: Nach Art. 253 Abs. 4 StPO bestimmen die Kantone, welche Medizinalpersonen verpflichtet sind, aussergewöhnliche Todesfälle zu melden.

Etwaige Ausnahmen von der Schweigepflicht im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten richten sich nach dem eidgenössischen Epidemigesetz und dem dazugehörigen Verordnungsrecht. Andere Ausnahmen ergeben sich aus weiteren Bundesgesetzen.

## Paragraph 26

### Geltendes Recht

#### **Infrastruktur**

§ 14. Ausrüstung, Einrichtung und Räumlichkeiten müssen den Anforderungen an eine sorgfältige Berufsausübung entsprechen

### Vorentwurf

#### **Infrastruktur**

§ 26. Ausrüstung, Einrichtung und Räumlichkeiten müssen den angebotenen Leistungen und den Anforderungen an eine sorgfältige Berufsausübung entsprechen.

### Erläuterung

Diese Regelung bezieht sich insbesondere auf das Raumprogramm sowie auf den apparativen Sollstandard und ein angemessenes Qualitätssicherungsmanagement. Das bedingt einen entsprechenden Unterhalts- und Wartungsaufwand.

## Paragraph 27

### Geltendes Recht

#### Grundsatz

§ 17.<sup>1</sup> Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker sind verpflichtet,

- a. in dringenden Fällen Beistand zu leisten,
- b. in einer Notfalldienstorganisation nach §§ 17 a oder 17 b mitzuwirken.

<sup>2</sup> Von der Pflicht gemäss Abs. 1 lit. b sind ausgenommen:

- a. Bezirksärztinnen und -ärzte,
  - b. Legalinspektorinnen und -inspektoren gemäss Art. 253 Abs. 1 der Schweizerischen Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007,
  - c. andere Berufsangehörige, wenn sie in einer stationären oder ambulanten Institution mit 24-Stunden-Notfallversorgung und Versorgungsaufträgen des Kantons oder von Gemeinden tätig sind und
1. hauptberuflich dort tätig sind oder
  2. als Belegärztinnen und -ärzte in der öffentlich zugänglichen Notfallstation mitwirken.

<sup>3</sup> Die Pflichten gelten für selbstständig und unselbstständig Tätige.

### Vorentwurf

#### Beistand und Notfalldienstplicht

§ 27.<sup>1</sup> Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker sind verpflichtet,

- a. in dringenden Fällen Beistand zu leisten,
- b. in einer Notfalldienstorganisation mitzuwirken.

<sup>2</sup> Von der Pflicht gemäss Abs. 1 lit. b sind ausgenommen:

- a. Bezirksärztinnen und -ärzte,
  - b. Legalinspektorinnen und -inspektoren gemäss Art. 253 Abs. 1 der Schweizerischen Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007,
  - c. andere Berufsangehörige, wenn sie
1. in einer stationären oder ambulanten Institution mit 24-Stunden-Notfallversorgung und Versorgungsaufträgen des Kantons oder von Gemeinden tätig sind und
  2. dort einen dem Notfalldienst in einer Notfalldienstorganisation gleichwertigen Dienst erbringen.
- <sup>3</sup> Die Pflichten gelten für Personen, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, ebenso für Personen, die unter fachlicher Aufsicht arbeiten.

### Erläuterung

Die geltende Regelung wird im Wesentlichen übernommen und fortgeführt (Abs. 1).

Abs. 2 lit. b: Gemäss § 17 Abs. 2 lit. c des bisherigen GesG sind bisher hauptberuflich an einer stationären oder ambulanten Institution mit 24-Stunden-Notfallversorgung und Versorgungsaufträgen des Kantons oder von Gemeinden tätige Ärztinnen und Ärzte (Ziff. 1) sowie Belegärztinnen und -ärzte, die in der

öffentlich zugänglichen Notfallstation mitwirken (Ziff. 2), von der Notfalldienstpflicht ausgenommen. Nach neuerer Vollzugspraxis werden unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck der Regelung weitere Ärztinnen und Ärzte (bspw. Konsiliarärztinnen und -ärzte) von der Notfalldienstpflicht ausgenommen, sofern sie die Voraussetzungen für Belegärztinnen und -ärzte erfüllen. Das aktuelle Notfalldienstreglement der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) regelt die Voraussetzungen für eine (teilweise) Ausnahme von Belegärztinnen und -ärzten von der Notfalldienstpflicht: Hiernach ist ein Gesuch an die Geschäftsstelle der Notfalldienstkommission zu richten und der Nachweis der Gleichwertigkeit des geleisteten Dienstes mit dem Dienst in einer Notfalldienstorganisation (u.a. hinsichtlich Anzahl Diensttage pro Jahr) zu erbringen. Der bisherige Wortlaut von Abs. 2 lit. c Ziff. 1 «hauptberuflich... tätig» oder Ziff. 2 «als Belegärztinnen und -ärzte ... mitwirken» erweist sich als zu eng formuliert. Entsprechend soll der Wortlaut – Sinn und Zweck der Ausnahme von der Notfalldienstpflicht entsprechend – angepasst werden. Neu wird auf die Voraussetzung der hauptberuflichen oder belegärztlichen Tätigkeit verzichtet. Neue Kriterien bilden stattdessen die Tätigkeit in einer Institution mit 24-Stunden-Notfallversorgung (neue Ziff. 1) und die Gleichwertigkeit des dort geleisteten Dienstes (neue Ziff. 2). Diese Voraussetzungen sind kumulativ zu erfüllen.

Auch mit dieser neuen Fassung bleibt der Notfalldienstorganisation die Möglichkeit offen, in ihrem Notfalldienstreglement konkretisierende Voraussetzungen festzulegen und was den Nachweis der Gleichwertigkeit des geleisteten Dienstes anbelangt, allenfalls zwischen hauptberuflich an der Institution tätigen und anderen Ärztinnen und Ärzten zu differenzieren.

Betreffend die Finanzierung und Organisation des ärztlichen Notfalldienstes wird auf die Bestimmungen unten betreffend Notfallwesen verwiesen.

Abs. 3: Diese Formulierung dient lediglich der Klärung und Präzisierung, ändert jedoch am bereits bisher betroffenen Personenkreis nichts.

### Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

### Allgemeine Bemerkungen

Aus einer kürzlich von mfe Zürich durchgeführten Umfrage geht hervor, dass Haus- und Kinderärzt:innen aller Alterskategorien grösstenteils gewillt sind, den Dienst zu leisten. Dies jedoch unter der Bedingung, dass der Dienst adäquat entschädigt und gut organisiert ist. Angepasste Möglichkeiten entsprechend familiären Umstände (bspw. mit Kleinkindern) muss heutzutage ermöglicht werden. Die vorgesetzte Formulierung zur Dienstbefreiung unter § 36. 1, dass eine Person nur von der Dienstpflicht befreit ist, wenn sie "aus objektiven Gründen keinen Notfalldienst leisten kann" greift zu kurz. Die Dienste abends und an Wochenenden sind für Ärzt:innen mit Kindern eine nicht zumutbare Zusatzbelastung, die die Attraktivität des Berufs verheerend schwächt. Hierzu soll gesetzlich die Möglichkeit einer Ersatzabgabe verankert werden. Die Praxis hat gezeigt, dass eine Ersatzabgabe als Anreizsystem wirkt und den Bedürfnissen der heutigen Generation entspricht. Außerdem soll der Kanton die Einführung einer kantonal geregelten und vom Kanton vergüteten Bereitschaftspauschale (im Sinne einer fixen Vergütung für jeden NFD) prüfen und einführen (siehe Vernehmlassungsantwort unter § 38).

### Verbesserungsvorschlag

Zu Abs. 1a: Zur besseren Abbildung der Realität soll Abs. 1a wie folgt angepasst werden: "Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker sind verpflichtet, in Notfällen Beistand zu leisten".

Zu Abs. 1b: mfe Zürich erachtet es als nicht mehr zeitgemäß, berufstätige Ärzt:innen gesetzlich mit einem Zwang zur Notfalldienstleistung zu verpflichten. Der Artikel soll wie folgt angepasst werden: "...sind verpflichtet: b) in einer Notfalldienstorganisation mitzuwirken oder, wo es die Notfalldienstorganisation erlaubt, sich mit Bezahlung einer Ersatzabgabe vom Dienst suspendieren zu lassen."

Zu Abs. 2: soll wie folgt ergänzt werden: d) von der Notfalldienstpflicht und der entsprechenden Ersatzabgabe befreit sind Ärzt:innen im Alter ab 65 Jahren, die beschliessen, über das Pensionsalter tätig zu sein.

mfe Zürich regt an, neben den Pflichten, auch die Rechte gesetzlich zu verankern und bittet um Ergänzung mittels Absatz 3.

§ 27 Abs. 3. Die Gesundheitsdirektion stellt sicher, dass der ärztliche Notfalldienst adäquat entlohnt ist (inkl. Bereitschaftspauschale).

## Paragraph 28

### Geltendes Recht

#### **Schutzbestimmung(en)**

§ 23. Bei Katastrophen oder anderen aussergewöhnlichen Ereignissen kann die Direktion zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung Personen zu Einsatzleistungen verpflichten, die bewilligungspflichtige Tätigkeiten berufsmässig verrichten.

### Vorentwurf

#### **Verpflichtung zu Einsatzleistungen**

§ 28. Bei Katastrophen oder anderen aussergewöhnlichen Ereignissen kann die Direktion zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung Personen zu Einsatzleistungen verpflichten, die bewilligungspflichtige Tätigkeiten berufsmässig verrichten.

### Erläuterung

Inhaltlich unverändert.

## Paragraph 25 (geltendes Recht)

## **Geltendes Recht**

§ 25.<sup>4</sup> Für die Tierärztinnen und Tierärzte gelten § 15 Abs. 1, 2, 3 lit. a und 4 sowie die §§ 20–22 nicht. Wo die allgemeinen Bestimmungen gelten, werden sie sinngemäss angewendet

## **Vorentwurf**

-

## **Erläuterung**

Diese Bestimmung ist in § 17 des neuen Rechts integriert worden.

## **2. Teil - 2. Abschnitt - C. Betriebspflichten**

### **Paragraph 29**

#### **Geltendes Recht**

##### ***Patientendokumentation***

§ 39. In den Institutionen des Gesundheitswesens werden Patientendokumentationen gemäss § 13 geführt. Für Institutionen im Geltungsbereich des Patientinnen- und Patientengesetzes gelten die entsprechenden Vorschriften jenes Gesetzes

##### ***Weitere Verpflichtungen***

§ 40. Von den allgemeinen Bestimmungen über die Berufe im Gesundheitswesen werden die §§ 12, 15 und 16 sinngemäss angewendet.

## **Vorentwurf**

##### ***Grundsatz***

§ 29.<sup>1</sup> Die Bestimmungen dieses Abschnitts gelten auch für Einrichtungen des Gesundheitswesens.

<sup>2</sup> Einrichtungen des Gesundheitswesens gewährleisten die fortlaufende Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen und die sorgfaltsgemäße Betriebsführung nach dem neusten Stand der Wissenschaft und Technik.

## Erläuterung

Die §§ 39 und 40 des geltenden GesG werden infolge der neuen Systematik mit diesem grundsätzlichen Verweis auf die Geltung der Berufspflichten für Gesundheitsfachpersonen obsolet.

Abs. 1: Alle Berufspflichten, die für die Berufe des Gesundheitswesens gelten, sind auch im Rahmen des Betriebs einer Einrichtung des Gesundheitswesens zu wahren. Die Personen in leitender Funktion (vgl. § 10 Abs. Gesetzesentwurf) sind verantwortlich.

## Paragraph 30

### Geltendes Recht

#### **Bekanntmachung**

§ 16. Die Bekanntmachung der Berufstätigkeit einschliesslich Werbung darf nicht aufdringlich sein und nicht zu Täuschungen Anlass geben. Dies gilt auch für nach diesem Gesetz bewilligungsfreie Heiltätigkeiten.

### Vorentwurf

#### **Bekanntmachung**

§ 30. Die Bekanntmachung der Berufstätigkeit einschliesslich Werbung richtet sich nach dem Bundesrecht.

## Erläuterung

Auf Einrichtungen des Gesundheitswesens findet das Bundesgesetz gegen den unlauteren Wettbewerb vom 19. Dezember 1986 (UWG; SR 241) Anwendung. Hingegen finden die in den Art. 40 Bst. d MedBG, Art. 27 Bst. d PsyG, Art. 16 Bst. e GesBG verankerten Berufspflichten hinsichtlich Werbung auf die betreffenden Personenkategorien, nicht jedoch auf die Einrichtung selber direkte Anwendung. Die Bestimmung des GesG

erklärt die entsprechenden Bestimmungen des Bundesrechts als anwendbar. Über den Verweis in § 17 Abs. 2 gilt Art. 16 Bst. e GesBG auch für Einrichtungen im Bereich der kantonal reglementierten Berufe.

## Paragraph 31

### Geltendes Recht

#### **Aus- und Weiterbildung**

##### **a. Aus- und Weiterbildungspflicht**

§ 22.<sup>1</sup> Die Direktion kann die nach diesem Gesetz bewilligungspflichtigen Institutionen verpflichten, in angemessenem Umfang die Aus- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheitsberufe sicherzustellen.

<sup>2</sup> Sie berücksichtigt bei der Berechnung des Umfangs der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung der Institutionen insbesondere den gesamtkantonalen Bedarf, die Besonderheiten der einzelnen Institutionstypen und Berufsgruppen und den Arbeitsmarkt.

<sup>3</sup> Die Institutionen dürfen Minderleistungen bei der Aus- und Weiterbildung in einem Beruf durch Mehrleistungen in einem anderen Beruf ausgleichen. Sie dürfen untereinander mit Aus- und Weiterbildungsleistungen handeln. Der Regierungsrat regelt das Nähere.

### Vorentwurf

#### **Aus- und Weiterbildungspflicht**

§ 31.<sup>1</sup> Die Direktion kann die nach diesem Gesetz bewilligungspflichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens verpflichten, in angemessenem Umfang die Aus- und Weiterbildung im Bereich der Berufe des Gesundheitswesens sicherzustellen.

<sup>2</sup> Erfüllt eine Einrichtung des Gesundheitswesens ihre Aus- und Weiterbildungspflicht nicht, kürzt die Direktion allfällige Staatsbeiträge oder erhebt eine Ersatzabgabe. In begründeten Fällen kann sie darauf verzichten.

### Erläuterung

Abs. 1 wird inhaltlich unverändert weitergeführt.

Die Abs. 2 und 3 des geltenden GesG werden künftig auf Verordnungsstufe geregelt.

Abs. 2 übernimmt § 22a Abs. 1 des geltenden GesG. Dessen Abs. 2 und 3 werden künftig auf Verordnungsstufe geregelt.

## Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	eher nicht einverstanden
--	--------------------------

<b>Allgemeine Bemerkungen</b>	mfe Zürich unterstreicht, dass § 31 nicht für Arztpraxen oder ambulante ärztliche Institute gelten kann, da diese keine in Abs. 2 erwähnten Staatsbeiträge erhalten. Eine solche Verpflichtung wäre aber für Arztpraxen und ambulante ärztliche Institute abzulehnen. Ob eine Arztpraxis Weiterbildung anbieten will, hängt von vielen Faktoren wie der wirtschaftlichen Situation ab. Es kann nicht Staatsaufgabe sein zu entscheiden, ob Weiterbildung angeboten werden soll oder nicht.
-------------------------------	--

## Paragraph 22 a. (geltendes Recht)

### Geltendes Recht

#### b. Ersatzabgaben

§ 22 a.<sup>1</sup> Erfüllt eine Institution ihre Aus- und Weiterbildungspflicht nicht, kürzt die Direktion allfällige Staatsbeiträge oder erhebt eine Ersatzabgabe. In begründeten Fällen kann sie darauf verzichten.

<sup>2</sup> Die Höhe der Kürzung oder Ersatzabgabe beträgt 150% der durchschnittlichen Kosten der nicht geleisteten Aus- oder Weiterbildung. Der Regierungsrat kann für einzelne Institutionstypen oder Berufsgruppen einen tieferen Prozentsatz für die Kürzung oder Ersatzabgabe vorsehen.

<sup>3</sup> Aus den Ersatzabgaben und den durch die Kürzung eingesparten Beiträgen kann die Direktion Beiträge an Institutionen ausrichten, die ihre Aus- und Weiterbildungsverpflichtung übertreffen. Der Regierungsrat regelt das Nähere.

### Vorentwurf

-

### Erläuterung

Siehe vorstehend § 31 Gesetzesentwurf.

## Paragraph 32

## Geltendes Recht

### **Beistands- und Aufnahmepflicht**

§ 38.<sup>1</sup> Die Institutionen des Gesundheitswesens leisten in dringenden Fällen Beistand. Bei Katastrophen oder anderen aussergewöhnlichen Ereignissen können sie zur Einsatzleistung nach § 23 verpflichtet werden.

<sup>2</sup> Spitäler oder Geburtshäuser mit kantonalem Leistungsauftrag nehmen Personen auf, die einer stationären Behandlung bedürfen. Die Direktion kann ihnen nach Voranzeige Patientinnen und Patienten zuweisen, die andernorts nicht untergebracht werden können oder deren Zustand eine Verlegung als geboten erscheinen lässt.

<sup>3</sup> Über die Pflichtleistungen nach Massgabe der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes hinaus besteht kein Recht auf Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Bei Nichtpflichtleistungen gilt die Beistandspflicht der Institutionen solange und im Umfang, als es nach den Umständen zumutbar ist. Der Regierungsrat kann in einer Verordnung den kantonalen Spitälern die Vornahme von solchen Nichtpflichtleistungen untersagen, deren Kosten die durchschnittlichen Untersuchungs-, Diagnose-, Therapie- und Pflegekosten in einem für das Gemeinwesen untragbaren Ausmass übersteigen. Die Spitäler der hochspezialisierten Versorgung und die Universität werden angehört.

## Vorentwurf

### **Beistands- und Aufnahmepflicht**

§ 32.<sup>1</sup> Die Einrichtungen des Gesundheitswesens leisten in dringenden Fällen Beistand. Bei Katastrophen oder anderen aussergewöhnlichen Ereignissen können sie zur Einsatzleistung nach § 28 verpflichtet werden.

<sup>2</sup> Stationär ausgerichtete Einrichtungen des Gesundheitswesens mit kantonalem Leistungsauftrag nehmen Personen auf, die einer stationären Behandlung bedürfen. Die Direktion kann ihnen nach Voranzeige Patientinnen und Patienten zuweisen, die andernorts nicht untergebracht werden können oder deren Zustand eine Verlegung als geboten erscheinen lässt.

<sup>3</sup> Über die Pflichtleistungen nach Massgabe der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes hinaus besteht kein Recht auf Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Bei Nichtpflichtleistungen gilt die Beistandspflicht der Einrichtungen des Gesundheitswesens solange und in dem Umfang, als es nach den Umständen zumutbar ist. Der Regierungsrat kann in einer Verordnung den kantonalen Einrichtungen des Gesundheitswesens mit stationärer Ausrichtung die Vornahme von solchen Nichtpflichtleistungen untersagen, deren Kosten die durchschnittlichen Untersuchungs-, Diagnose-, Therapie- und Pflegekosten in einem für das Gemeinwesen untragbaren Ausmass übersteigen. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens der hochspezialisierten stationären Versorgung und die Universität werden angehört.

## Erläuterung

Die Bestimmung wird inhaltlich unverändert weitergeführt.

## Paragraph 33

### Geltendes Recht

#### **Sterbehilfe**

§ 38 a. Bewohnerinnen und Bewohner einer von einer Gemeinde betriebenen oder beauftragten Institution gemäss § 35 Abs. 2 lit. b können in deren Räumlichkeiten auf eigene Kosten Sterbehilfe in Anspruch nehmen.

### Vorentwurf

#### **Sterbehilfe**

§ 33. [Ergebnis der Volksabstimmung über Initiative und Gegenvorschlag betreffend Sterbehilfe]

### Erläuterung

Gegenwärtig befinden sich die am 1. November 2023 eingereichte Volksinitiative «Selbstbestimmung am Lebensende auch in Alters- und Pflegeheimen» und der vom Regierungsrat am 5. Februar 2025 verabschiedete Gegenvorschlag für eine Änderung des Patienten- und des Gesundheitsgesetzes in der Vorberatung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG) des Kantonsrats.

## 3. Teil - 1. Abschnitt: Notfallwesen - Organisation ärztlicher Notfalldienst

## Paragraph 34

### Geltendes Recht

#### **Notfalldienst**

##### **a. Organisation durch die Standesorganisationen**

§ 17 a.<sup>1</sup> Die Standesorganisationen der Berufsgruppen gemäss § 17 Abs. 1 organisieren die zweckmässige Leistung des Notfalldienstes. Besteht bei einer Berufsgruppe mehrere Standesorganisationen, bezeichnet der Regierungsrat die zuständige Organisation.

<sup>2</sup> Die Direktion stellt den Standesorganisationen die Angaben zu den Notfalldienstpflchtigen zur Verfügung.

<sup>3</sup> Die Standesorganisationen erlassen Notfalldienstreglemente. Diese gelten auch für Mitglieder der Berufsgruppe, die nicht Mitglieder der Standesorganisation sind. Die Reglemente bedürfen der

Genehmigung durch die Direktion.

## Vorentwurf

### **Notfalldienst**

#### **a. Organisation durch die Standesorganisationen**

§ 34.<sup>1</sup> Die Standesorganisationen der Berufsgruppen organisieren die zweckmässige Leistung des Notfalldienstes. Besteht bei einer Berufsgruppe mehrere Standesorganisationen, bezeichnet der Regierungsrat die zuständige Organisation.

<sup>2</sup> Die Direktion stellt den Standesorganisationen die Angaben zu den Notfalldienstpflchtigen zur Verfügung.

<sup>3</sup> Die Standesorganisationen erlassen Notfalldienstreglemente. Diese gelten auch für Mitglieder der Berufsgruppe, die nicht Mitglieder der Standesorganisation sind.

<sup>4</sup> Die Reglemente bedürfen der Genehmigung durch die Direktion. Diese kann Vorgaben insbesondere im Interesse der Versorgungssicherheit machen.

## Erläuterung

Die geltende Regelung hat sich bewährt. Sie soll beibehalten und weitergeführt werden.

Neuer Abs. 4: Die Praxis hat gezeigt, dass die einmalige Genehmigung der Notfalldienstreglemente durch die Direktion keine hinreichende Einflussnahme auf die Notfalldienstorganisation erlaubt. Mit dem neuen Abs. 4 erhält die Direktion die Möglichkeit, in einer Verordnung verbindliche Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der Notfalldienstreglemente festzulegen, soweit dies für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit oder der Gleichbehandlung von Notfalldienstpflchtigen notwendig ist.

Gegebenenfalls haben die Standesorganisationen ihre Notfalldienstreglemente entsprechend zu aktualisieren. Die Direktion bezieht die Standesorganisationen mit ein.

## Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

## Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist der Überzeugung, dass die heutige Handhabung in Zusammenarbeit der Standesorganisationen vorzüglich funktioniert und die Organisation vom Fachwissen der Basis profitiert. Eine Genehmigung der Reglemente gemäss § 34 Abs. 4 durch die Direktion ist nicht notwendig.

## Verbesserungsvorschlag

Absatz 4 soll entsprechend gestrichen werden.

## Paragraph 35

### Geltendes Recht

#### **Notfalldienst**

##### **b. Organisation durch die Direktion**

§ 17 b. Kommt die Organisation des Notfalldienstes durch eine Standesorganisation nicht zustande, übernimmt die Direktion die Organisation. Sie kann diese Aufgabe ganz oder teilweise den Gemeinden oder Dritten übertragen.

### Vorentwurf

#### **Notfalldienst**

##### **b. Organisation durch die Direktion**

§ 35. Kommt die Organisation des Notfalldienstes durch eine Standesorganisation nicht zustande, übernimmt die Direktion die Organisation. Sie kann diese Aufgabe ganz oder teilweise den Gemeinden oder Dritten übertragen.

### Erläuterung

Das geltende Recht wird inhaltlich unverändert weitergeführt.

Auf Verordnungsstufe sollen Ausführungsvorschriften dazu erlassen werden.

**Sind Sie damit einverstanden, dass dieser Paragraph keine inhaltliche Anpassung erfährt?**

	eher einverstanden
--	--------------------

### Verbesserungsvorschlag

mfe Zürich ist grundsätzlich einverstanden mit dem vorgeschlagenen Gesetzestext und bittet um folgende Ergänzung entsprechend der heutigen Praxis:

"Kommt die Organisation des Notfalldienstes durch eine Standesorganisation und Facharztgesellschaften nicht zustande, übernimmt die Direktion die Organisation."

## Paragraph 36

### Geltendes Recht

#### ***Erhebung der Ersatzabgabe und des Sockelbeitrages***

§ 17 d.<sup>1</sup> Wer verpflichtet ist, in einer Notfalldienstorganisation mitzuwirken, und aus objektiven Gründen keinen Notfalldienst leisten kann oder für die Notfalldienstorganisation nicht benötigt wird, leistet eine zweckgebundene Ersatzabgabe.

<sup>2</sup> Die Standesorganisation kann in ihrem Notfalldienstreglement Berufsangehörige gemäss § 17, die Notfalldienst leisten, verpflichten, einen Sockelbeitrag zur Finanzierung der Organisationskosten von höchstens 20% der Ersatzabgabe zu leisten.

<sup>3</sup> Die Standesorganisation erhebt die Ersatzabgabe und den allfälligen Sockelbeitrag. Sie kann in ihrem Notfalldienstreglement vorsehen, dass die Ersatzabgabe und der Sockelbeitrag pro Betrieb erhoben werden. Werden sie pro Betrieb erhoben, ist der Grösse des Betriebs Rechnung zu tragen.

<sup>4</sup> In den Fällen von § 17 b erheben die Ersatzabgabe der Kanton, die Gemeinden oder die vom Kanton beauftragten Dritten.

### Vorentwurf

#### ***Notfalldienst***

##### **a. *Ersatzabgabe und Sockelbeitrag***

§ 36.<sup>1</sup> Wer verpflichtet ist, in einer Notfalldienstorganisation mitzuwirken, und aus objektiven Gründen keinen Notfalldienst leisten kann oder für die Notfalldienstorganisation nicht benötigt wird, leistet eine zweckgebundene Ersatzabgabe.

<sup>2</sup> Die Standesorganisation kann in ihrem Notfalldienstreglement Berufsangehörige, die Notfalldienst leisten, verpflichten, einen Sockelbeitrag zur Finanzierung der Organisationskosten zu leisten.

<sup>3</sup> Die Standesorganisation erhebt die Ersatzabgabe und den allfälligen Sockelbeitrag. Sie kann in ihrem Notfalldienstreglement vorsehen, dass die Ersatzabgabe und der Sockelbeitrag pro Betrieb erhoben werden. Werden sie pro Betrieb erhoben, ist der Grösse des Betriebs Rechnung zu tragen.

<sup>4</sup> Kommt die Organisation des Notfalldienstes durch eine Standesorganisation nicht zustande, erheben der Kanton, die Gemeinden oder die vom Kanton beauftragten Dritten die Ersatzabgabe.

### Erläuterung

Die geltende Regelung hat sich bewährt. Sie soll beibehalten und weitergeführt werden.

**Sind Sie damit einverstanden, dass dieser Paragraph keine inhaltliche Anpassung erfährt?**

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

**Allgemeine Bemerkungen** Berufsangehörige, welche Notfalldienst leisten oder eine Ersatzabgabe bezahlen, sowie Standesorganisationen, die die Organisation sicherstellen, leisten ihren Beitrag zum kantonalen Notfalldienst. Es ist nicht zeitgemäß, dass die Berufsangehörigen einen finanziellen Beitrag an die Organisation ihres Pikettdienstes bezahlen sollten. Auch in anderen Berufsgruppen wurden entsprechende Regelungen seit geraumer Zeit abgeschafft.

**Verbesserungsvorschlag** mfe Zürich vertritt die Haltung, dass der § 36. Abs. 2. ersatzlos gestrichen werden sollte.

## Paragraph 37

### Geltendes Recht

#### **Notfalldienst** **c. Kostentragung**

§ 17 c.<sup>1</sup> Standesorganisationen, der Kanton und die Gemeinden tragen die ihnen für die Organisation entstehenden Kosten, soweit diese nicht durch Ersatzabgaben gemäss §§ 17 d und 17 e gedeckt werden.  
<sup>2</sup> Beauftragt der Kanton Dritte mit der Organisation, vergütet er diesen die vollen Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung, soweit die Kosten nicht durch die Ersatzabgaben nach §§ 17 d und 17 e gedeckt werden.

### Vorentwurf

#### **Notfalldienst** **d. Kostentragung**

§ 37.<sup>1</sup> Standesorganisationen, der Kanton und die Gemeinden tragen die ihnen für die Organisation entstehenden Kosten, soweit diese nicht durch Ersatzabgaben gedeckt werden.  
<sup>2</sup> Falls der Notfalldienst durch die Standesorganisationen nicht selbsttragend finanziert werden kann, kann der Kanton Subventionen in der Höhe von bis zu 100 Prozent der Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung gewähren.  
<sup>3</sup> Der Kanton vergütet Dritten, die er mit der Organisation beauftragt hat, die vollen Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung, soweit die Kosten nicht durch die Ersatzabgaben gedeckt werden.

### Erläuterung

Abs. 1 und 3 entsprechen dem geltenden Recht.

In Abs. 2 wird neu eine subsidiäre Finanzierungskompetenz des Kantons vorgesehen.

Es ist vorgesehen, dass der Kanton der Standesorganisation Subventionen in der Höhe von bis zu 100 Prozent der Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung gewähren kann, soweit der Notfalldienst aus Ersatzabgaben und Sockelbeitrag nicht selbsttragend finanziert werden kann. Es handelt sich dabei um eine gebundene Ausgabe im Sinne von § 3 Abs. 2 lit. a des Staatsbeitragsgesetzes, weshalb das Finanzreferendum ausgeschlossen ist. Ermöglichen Ersatzabgaben und Sockelbeiträge umgekehrt die Bildung von hohen Reserven, ist vorgesehen, dass Versorgungsangebote im Bereich der ambulanten Notfalldienste bis zu 100% der ungedeckten Kosten aus den Ersatzabgaben und Sockelbeiträgen subventioniert werden können, sofern diese versorgungspolitisch sinnvoll und geeignet sind, die Notfallversorgung zu verbessern. Gemäss dem aktuellen Stand hat die mit dem Notfalldienst betraute Standesorganisation beträchtliche Reserven. Ausserdem reicht zur Kostendeckung aktuell ein stark reduzierter Ansatz für die Ersatzabgabe. Es ist deshalb zurzeit nicht damit zu rechnen, dass der Notfalldienst sich nicht aus Sockelbeiträgen und Ersatzabgaben finanzieren lässt und der Kanton einspringen müsste.

## Paragraph 38

### Geltendes Recht

#### **Notfalldienst**

##### **e. Höhe der Ersatzabgabe und des Sockelbeitrags**

§ 17 e.<sup>1</sup> Die Ersatzabgabe beträgt Fr. 5000 pro Kalenderjahr.

<sup>2</sup> Sie kann rückwirkend auf 2,5% des für die Berechnung der AHV-Beiträge massgebenden Einkommens aus ärztlicher, zahnärztlicher oder pharmazeutischer Tätigkeit gekürzt werden, wenn dieses rechtskräftig feststeht und weniger als Fr. 200 000 im Jahr beträgt.

<sup>3</sup> Die Stellen gemäss § 17 d Abs. 3 und 4 senken die Ersatzabgabe gemäss Abs. 1 und 2, wenn sie zur Deckung ihrer Organisationskosten nicht die vollen Ersatzabgaben benötigen. Vorbehalten bleibt die Bildung von angemessenen Reserven.

### Vorentwurf

#### **Notfalldienst**

##### **e. Höhe der Ersatzabgabe und des Sockelbeitrags**

§ 38.<sup>1</sup> Die Ersatzabgabe beträgt Fr. 5000 pro Kalenderjahr.

<sup>2</sup> Sie kann rückwirkend auf 2,5% des für die Berechnung der AHV-Beiträge massgebenden Einkommens aus ärztlicher, zahnärztlicher oder pharmazeutischer Tätigkeit gekürzt werden, wenn dieses rechtskräftig feststeht und weniger als Fr. 200 000 im Jahr beträgt.

<sup>3</sup> Die Ersatzabgabe kann gesenkt werden, wenn sie zur Deckung von Organisationskosten verwendet und nicht die volle Ersatzabgabe benötigt wird. Vorbehalten bleiben die Bildung von angemessenen Reserven sowie die Verwendung gemäss § 39.

<sup>4</sup> Der Sockelbeitrag beträgt höchstens 20% der Ersatzabgabe

## Erläuterung

Abs. 1 und 2: inhaltlich unverändert.

Abs. 3: Zuständig für die Senkung der Ersatzabgabe unter den Bedingungen von Abs. 3 ist die Direktion.

In Abs. 3 soll neu der Vorbehalt zur Bildung angemessener Reserven für Beiträge an trotz Mahnung unbezahlt gebliebene Rechnungen für Notfalldienstleistungen sowie der durch Tarife nicht oder ungenügend gedeckte Leistungen im Rahmen der Notfalldienste aufgenommen werden (Verweis auf § 39).

Im Übrigen entspricht Abs. 3 inhaltlich dem bisherigen § 17 e Abs. 3.

Abs. 4: Die Höhe des Sockelbeitrags wird unverändert beibehalten.

## Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

gar nicht einverstanden

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist mit der inhaltlich unveränderten Übernahme des Paragraphen 38 gar nicht einverstanden. mfe Zürich bemängelt, dass mit der kantonalen Regelung weiterhin kein Anreizsystem existiert. Der Notfalldienst ist regional verschieden organisiert, dennoch zeigt sich in unterschiedlichen Systemen eine mangelnde Attraktivität für Notfalldienstleistende. Gemäss der kürzlich durchgeführten Befragung von mfe Zürich sehen sowohl die seit langer Zeit tätigen Ärzt:innen sowie die junge Generation dringenden Handlungsbedarf in Sachen Notfalldienst. Die Befragung zeigt, dass die Bereitschaft, Notfalldienst zu leisten, vorhanden ist, jedoch an Bedingungen geknüpft ist. Der Notfalldienst muss adäquat entschädigt, gut organisiert und an die persönlichen Lebensabschnitte (z.B. Kleinkinder, Pensionsalter) anpassbar sein (siehe Stellungnahme zu Art. 27). Der Kanton soll ein Anreizsystem einführen und gesetzlich verankern, u.A. durch die Einführung einer kantonal geregelten und vom Kanton vergüteten Bereitschaftspauschale/ Pikettentschädigung (im Sinne einer fixen Vergütung für jeden NFD).

### Verbesserungsvorschlag

Streichen von § 38.4 (Sockelbeitrag) im gesamten GesG gemäss Argumentation zu § 36.

## Paragraph 39

### Geltendes Recht

#### Notfalldienst

##### f. Verwendung der Ersatzabgabe und des Sockelbeitrags

§ 17 f.<sup>1</sup> Die Ersatzabgaben und die Sockelbeiträge werden von der erhebenden Stelle für die Erfüllung folgender Aufgaben verwendet:

- a. Erstellen der Dienstpläne,
- b. Administrativverkehr mit den Notfalldienstpflchtigen,
- c. Kalkulation und Inkasso der Ersatzabgaben,
- d. weitere organisatorische Aufgaben.

<sup>2</sup> Sie können überdies verwendet werden für Beiträge an:

- a. trotz Mahnung unbezahlt gebliebene Rechnungen für Notfalldienstleistungen,
- b. durch Tarife nicht oder ungenügend gedeckte Leistungen im Rahmen der Notfalldienste.

## Vorentwurf

### **Notfalldienst**

#### **f. Verwendung der Ersatzabgabe und des Sockelbeitrags**

§ 39. <sup>1</sup> Die Ersatzabgaben und die allfälligen Sockelbeiträge werden von der erhebenden Stelle für die Erfüllung organisatorischer Aufgaben verwendet.

<sup>2</sup> Die Direktion kann die Verwendung überdies vorschreiben für Beiträge an trotz Mahnung unbezahlt gebliebene Rechnungen für Notfalldienstleistungen. Die Direktion hört die Standesorganisation vorgängig an.

<sup>3</sup> Die Direktion entscheidet überdies über die Verwendung für Beiträge an durch Tarife nicht oder ungenügend gedeckte Leistungen im Rahmen der Notfalldienste.

## Erläuterung

Abs. 1: Der für die Gesetzesstufe sehr hohe Detailgrad des bisherigen § 17 f Abs. 1 wird reduziert, indem die dort aufgezählten Punkte unter dem Begriff «organisatorische Aufgaben» zusammengefasst werden. Damit ist weiterhin insbesondere das Erstellen der Dienstpläne, der Administrativverkehr mit den Notfalldienstpflchtigen sowie die Kalkulation und das Inkasso der Ersatzabgaben gemeint. Mit dem neuen Wortlaut der «allfälligen Sockelbeiträge» wird zum Ausdruck gebracht, dass die Erhebung von Sockelbeiträgen nicht zwingend ist.

Abs. 2: Der Entscheid, Ersatzabgaben und Sockelbeiträge für nicht organisatorische Zwecke zu verwenden, hat eine hohe politische Komponente und soll daher neu bei der Direktion und nicht wie bisher bei der erhebenden Stelle liegen.

Die Zuweisung der Entscheidungskompetenz an die Direktion ist auch vor dem Hintergrund der geplanten Umsetzung der Motion KR-Nr. 150/2019 sinnvoll. Diese sieht vor, die finanzielle Unabhängigkeit der Triagestelle gemäss dem aktuellen § 17 h von den Notfalldienstleistenden und anderen medizinischen Leistungserbringern gesetzlich vorzuschreiben. Für den Fall, dass die Triagestelle wie in der Vergangenheit durch die Standesorganisation betrieben wird, ist die finanzielle Unabhängigkeit nach dem bisherigen Abs. 2 nicht gewährleistet, da die Triagestelle entscheidet, ob sie die Erbringer von Notfalldienstleistungen aus Ersatzabgaben für unbezahlte respektive untergedeckte Notfalldienstleistungen entschädigt.

Die Direktion hört die Standesorganisation vorgängig an.

Abs. 3: Die Bestimmung entspricht dem geltenden Recht. Die Direktion entscheidet über die weitergehende Verwendung von Ersatzabgaben und Sockelbeiträgen für Beiträge an durch Tarife nicht oder ungenügend gedeckte Leistungen im Rahmen der Notfalldienste (vgl. § 17 f Abs. 2 lit. b GesG). Das VRG findet Anwendung.

## Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

### Verbesserungsvorschlag

Zu Abs. 1: Streichen von "und die allfälligen Sockelbeiträge" im gesamten GesG gemäss Argumentation zu § 36.

Zu Abs. 3: mfe Zürich verlangt die ersatzlose Streichung von Absatz 3. Es darf nicht zugelassen werden, dass Berufsangehörige finanziell aufkommen müssen, wenn der Notfall über den Tarif nicht kostendeckend finanziert werden kann. Der Tarif muss kostendeckend ausgestaltet sein.

Zu Abs. 2 und 3: mfe Zürich ist der Überzeugung, dass die heutige Handhabung des Notfalldienstes und der entsprechenden Fragestellungen durch die Standesorganisationen vorzüglich funktioniert und die Organisation vom Fachwissen der Basis profitiert. Eine Verlagerung der Kompetenzen von den Standesorganisationen zur Direktion wird von mfe Zürich nicht befürwortet.

## Paragraph 40

### Geltendes Recht

#### ***Triagestelle***

§ 17 h.<sup>1</sup> Die Direktion betreibt eine für das ganze Kantonsgebiet zuständige, jederzeit erreichbare Triagestelle zur Koordination der Notfalldienste und Patientenvermittlung.

<sup>2</sup> Die Triagestelle

- a. ist von den Notfalldienstleistenden und anderen medizinischen Leistungserbringern finanziell unabhängig,
- b. verfügt über eine Betriebsbewilligung nach §§ 35 und 36,
- c. unterhält eine kantonsweit einheitliche Notfallrufnummer,
- d. vermittelt Patientinnen und Patienten an die örtlich und fachlich zuständigen Notfalldienstleistenden oder im Bedarfsfall an andere medizinische Leistungserbringer,
- e. legt Regeln zur einheitlichen Gestaltung der Dienstpläne der Standesorganisationen fest.

<sup>3</sup> Die Direktion kann eine Standesorganisation oder Dritte mit dem Betrieb der Triagestelle beauftragen. Die Auswahl findet im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung statt, die alle zehn Jahre neu durchgeführt wird.

<sup>4</sup> Die Gemeinden tragen 50% der dem Kanton gemäss Abs. 1-3 entstehenden Kosten. Die Direktion berechnet den Anteil der Gemeinden nach der Einwohnerzahl.

<sup>5</sup> Die Triagestelle veröffentlicht ihren Jahresbericht. Sie weist darin die Anzahl der Anrufe auf die Notfallrufnummer aus.

### Vorentwurf

## **Triagestelle**

§ 40.<sup>1</sup> Die Direktion betreibt eine für das ganze Kantonsgebiet zuständige, jederzeit erreichbare Triagestelle zur Koordination der Notfalldienste und Patientenvermittlung.

<sup>2</sup> Die Triagestelle

- a. ist von den Notfalldienstleistenden und anderen medizinischen Leistungserbringern finanziell unabhängig,
- b. verfügt über eine Betriebsbewilligung nach §§ 8 und 10,
- c. unterhält eine kantonsweit einheitliche Notfallrufnummer,
- d. vermittelt Patientinnen und Patienten an die örtlich und fachlich zuständigen Notfalldienstleistenden oder im Bedarfsfall an andere medizinische Leistungserbringer.

<sup>3</sup> Die Direktion kann eine Standesorganisation oder Dritte mit dem Betrieb der Triagestelle beauftragen. Die Auswahl findet im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung statt, die höchstens alle fünf und mindestens alle zehn Jahre neu durchgeführt wird.

<sup>4</sup> Die Gemeinden tragen 50% der dem Kanton gemäss Abs. 1-3 entstehenden Kosten. Die Direktion berechnet den Anteil der Gemeinden nach der Einwohnerzahl.

## **Erläuterung**

Der Kantonsrat hat am 7. April 2025 eine Änderung des Gesundheitsgesetzes betreffend Aufsicht über den Notfalldienst mit 150 zu 10 Stimmen verabschiedet (Motion KR-Nr. 150/2019; Motion Bütikofer, Stärkung der Aufsicht über den Notfalldienst).

Diese Änderung des Gesundheitsgesetzes wurde inhaltlich unverändert übernommen.

Abs. 3: Die Ausschreibefrequenz von zehn Jahren gemäss dem bisherigen § 17 h Abs. 3 wird zugunsten einer angemessenen Berücksichtigung von Innovationen im Gesundheits- und Fernmeldebereich auf maximal alle fünf und minimal alle zehn Jahre abgeändert.

Der geltende Abs. 5 gehört nicht auf die Gesetzesebene und wird auf Verordnungsstufe fortgeführt. Auf Verordnungsstufe werden auch weitere Ausführungs vorschriften betreffend den Betrieb der Triagestelle zu erlassen sein.

## **Sind Sie mit der Änderung einverstanden?**

	eher nicht einverstanden
--	--------------------------

## **Allgemeine Bemerkungen**

mfe Zürich beantragt die Ergänzung von § 40 zu: "Triage- und Beratungsstelle." Eine medizinische Beratung durch das Triage telefon ist aus medizinischer Sicht sehr wertvoll, da in zahlreichen Situationen unnötige ärztliche Konsultationen vermieden werden können. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der überfüllten Spitalnotfälle eine wichtige Alternative. Ganz besonders bei pädiatrischen Patient:innen ist die Beratungsmöglichkeit von grösster Relevanz. Kann die Beratung nicht durch die Triagestelle kompetent durchgeführt werden, soll zur Beratung eine separate Nummer zur Verfügung gestellt werden.

Bei pädiatrischer Triage ist ebenfalls zentral, dass die Triagierung nur durch entsprechend geschultes Personal durchgeführt werden kann, da eine Einschätzung (vor allem bei kleinen Kindern) weitaus schwieriger ist als bei Erwachsenen.

## **Verbesserungsvorschlag**

mfe Zürich beantragt die Ergänzung von § 40 zu: "Triage- und Beratungsstelle."

In Abs. 1: "Die Direktion betreibt eine für das ganze Kantonsgebiet zuständige, jederzeit erreichbare Triage- und Beratungsstelle zur Koordination der Notfalldienste, Patientenvermittlung und -Beratung."

Ebenso unter § 40 Abs. 2: " Die Triage und Beratungsstelle ... e) verfügt über die Kompetenz, Patient:innen medizinisch zu beraten."

## **4. Teil - 2. Abschnitt: Gesundheit in Schulen**

### **Paragraph 51**

#### **Geltendes Recht**

##### **Anleitung in Schulen**

§ 49.<sup>1</sup> Kanton und Gemeinden sorgen dafür, dass die Schülerinnen und Schüler der Volks-, Mittel- und Berufsschulen dazu angeleitet werden, ihre Gesundheit zu fördern und Erkrankungen zu verhüten.

<sup>2</sup> Der Kanton sorgt für die entsprechende Aus- und Weiterbildung der Lehrkräfte und stellt entsprechende Lehrmittel bereit.

#### **Vorentwurf**

##### **Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen**

§ 51.<sup>1</sup> Kanton und Gemeinden sorgen dafür, dass die Schülerinnen und Schüler der Volks-, Mittel- und Berufsschulen dazu angeleitet werden, ihre Gesundheit zu fördern und Erkrankungen zu verhüten.

<sup>2</sup> Der Kanton sorgt für die entsprechende Aus- und Weiterbildung der Lehrkräfte und stellt entsprechende Lehrmittel bereit.

#### **Erläuterung**

Die geltende Bestimmung wird inhaltlich im Wesentlichen unverändert in das neue Recht überführt.

Die bisherige Sachüberschrift ist missverständlich und entspricht nicht mehr der aktuellen Terminologie. In § 16 Abs. 2 Volksschulverordnung vom 28. Juni 2006 (VSV) ist ebenfalls von Gesundheitsförderung und

Prävention die Rede, daher wird die Marginalie angepasst.

## Paragraph 52

### Geltendes Recht

#### **Gesundheit während der Schulpflicht**

##### **a. Im Allgemeinen**

§ 50.<sup>1</sup> Schulen, an denen die Schulpflicht erfüllt werden kann, ergreifen Massnahmen zur Prävention und ärztlichen Überwachung ihrer schulpflichtigen Schülerinnen und Schüler.

<sup>2</sup> Sie sorgen für die Beratung in Impffragen und die Erfüllung der Aufgaben nach Art. 21 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 28. September 2012 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG). Der Regierungsrat bezeichnet die Impfungen, die nach Art. 21 Abs. 2 EpG kostenlos angeboten werden.

<sup>3</sup> Sie bezeichnen eine Schülärztin oder einen Schularzt. Diese oder dieser unterstützt die Schulen bei der Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 1 und 2 sowie § 54 b. Die freie Arztwahl ist gewährleistet.

### Vorentwurf

#### **Gesundheit während der Schulpflicht**

##### **a. Grundsatz**

§ 52.<sup>1</sup> Schulen, an denen die Schulpflicht erfüllt werden kann, ergreifen und finanzieren Massnahmen zur Prävention und ärztlichen Überwachung ihrer schulpflichtigen Schülerinnen und Schüler.

<sup>2</sup> Sie sorgen für die Beratung in Impffragen und die Erfüllung der Aufgaben nach Art. 21 Abs. 1 EpG. Der Regierungsrat bezeichnet die Impfungen, die nach Art. 21 Abs. 2 EpG kostenlos angeboten werden.

<sup>3</sup> Sie bezeichnen eine Schülärztin oder einen Schularzt. Diese oder dieser unterstützt die Schulen in Bezug auf Gesundheitsaufgaben und Prävention sowie Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

<sup>4</sup> Die freie Arztwahl ist gewährleistet.

### Erläuterung

Abs. 1: Mit der Erwähnung der Finanzierung wird klargestellt, dass alle Schulen, an denen die Schulpflicht erfüllt werden kann, auch für die Finanzierung der Massnahmen zur Prävention und ärztlichen Überwachung von Schülerinnen und Schülern zuständig sind. Dies gilt insbesondere auch für Langzeitgymnasien sowie für Privat- und Sonderschulen. Die jeweilige Trägerschaft der Schule hat für die Erfüllung dieser Aufgaben zu sorgen.

Die Bildungsdirektion hat in Auslegung der ursprünglichen Bestimmung in einer Weisung festgehalten (Leitungszirkular vom 26. Februar 2024), dass sämtliche Schuleinrichtungen die Kosten für die Massnahmen zur Prävention und ärztlichen Überwachung ihrer schulpflichtigen Schülerinnen und Schüler

selbst tragen müssen. Da es sich um eine zusätzliche finanzielle Belastung der Schulen handelt, ist eine gesetzliche Grundlage zu schaffen. Es wird festgehalten, dass jede Schule, unabhängig ob öffentlich oder privat, sowohl die Organisation als auch die Kosten für die ärztliche Untersuchung der Schülerinnen und Schüler und für präventive Massnahmen zu übernehmen hat. Dazu gehören beispielsweise die Organisation und Mitarbeit beim Ausbruch von Infektionskrankheiten und deren Überwachung (Outbreak-Management).

Abs. 2: Inhaltlich unverändert. Zudem stellen die Gemeinden und der Kanton als Träger von Bildungseinrichtungen das Impfwesen sicher. Damit soll im Interesse der öffentlichen Gesundheit gewährleistet werden, dass das wirksame präventive Instrument der Schutzimpfungen flächendeckend mit einer hohen Durchimpfungsrate zum Tragen kommt. Die Impfungen richten sich nach dem vom Bund festgelegten Impfplan.

Abs. 3: Die Schulärztinnen und Schulärzte leisten wichtige Aufgaben für die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern und tragen zu deren Chancengleichheit bei. Aufgrund des Fachkräftemangels, insbesondere in Landgemeinden, ist es jedoch zunehmend schwierig, diese Stellen zu besetzen. Auch Privatschulen stehen vor der grossen Herausforderung, neu Schulärztinnen und -ärzte zu bezeichnen. Hier sind innovative Modelle gefragt, die einen gewissen Spielraum schaffen, wie beispielsweise die Übernahme bestimmter Tätigkeiten durch weitergebildete Pflegefachpersonen, welche die Schulärzteschaft entlasten. Bis zu einer allfälligen Anerkennung von sogenannten School Nurses mit Befähigung zur fachlich eigenverantwortlichen Tätigkeit bleibt die Verantwortung für die ärztliche Untersuchung jedoch bei der Schulärztin oder beim Schularzt. Sofern eine eigenhändige ärztliche Durchführung nicht infolge einer ausdrücklichen, spezialgesetzlichen Vorbehaltsaufgabe angezeigt ist, können Aufgaben ausserhalb des ärztlichen Kernbereichs auch auf entsprechend qualifizierte nichtärztliche Fachpersonen übertragen werden. Die stets erforderliche Gewährleistung einer Behandlung nach dem jeweils massgeblichen Facharztstandard setzt indessen voraus, dass die Beteiligten die Sorgfaltspflichten einhalten.

Zu den weiteren Aufgaben der Schulärztinnen und Schulärzte gehört neben den schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und dem Outbreak-Management auch die Beratung bei der Integration von Schülerinnen und Schülern mit besonderen pädagogischen oder medizinischen Bedürfnissen wie z.B. chronischen Krankheiten wie Allergien, Diabetes, Epilepsie, aber auch ADHS, ADS, Autismus etc.

Abs. 4: Sofern die Vorsorgeuntersuchung durch eine privat gewählte Ärztin oder einem privat gewählten Arzt vorgenommen wurde, ist dies nachzuweisen. Die Kosten sind in diesem Fall von den Sorgeberechtigten zu tragen.

### Sind Sie mit der Änderung einverstanden?

	eher einverstanden
--	--------------------

## Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich unterstützt im Grundsatz die Untersuchung aller Kinder innerhalb der Strukturen der Schulen. Dennoch sieht mfe Zürich die Gefahr, dass Ressourcen von Schulärzt:innen für die gründliche Prüfung des Gesundheitszustandes jedes Kindes im Rahmen schulärztlicher Massenuntersuchungen nicht ausreichend vorhanden sind. mfe Zürich unterstreicht die Bedeutung pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen durch Kinderärzt:innen. Der Miteinbezug der Eltern bei Rückfragen ist für die Untersuchung von Kindern zentral. Der vom Kanton genannte Fachkräftemangel von Schulärzt:innen ist bekannt. Infolgedessen regt mfe Zürich an, die Untersuchung der Schulkinder im Idealfall an pädiatrische Praxen (wenn Pädiatern fehlen, an Hausarztpraxen) auszulagern, die im gewohnten Rahmen in den Praxen eine kohärente Untersuchung durchführen können. mfe Zürich betont die Relevanz der Schule bei der Vermittlung von Gesundheitsthemen im Schulunterricht. Die Förderung der Gesundheitskompetenz durch Schulen ist zentral. Ausserdem ist es sinnvoll, dass an Schulen kontrolliert wird, ob die Untersuchungen bei allen Kindern durchgeführt worden sind.

## Paragraph 53

### Geltendes Recht

#### ***Gesundheit während der Schulpflicht***

##### ***b. Zahnmedizinische Gesundheit***

§ 51.<sup>1</sup> Die Gemeinden sorgen für die regelmässige zahnärztliche Untersuchung und Behandlung der in der Gemeinde wohnhaften schulpflichtigen Kinder. Sie können die Massnahmen auf die vor- und nachschulpflichtigen Kinder ausdehnen.

<sup>2</sup> Die Untersuchung ist obligatorisch. Die Gemeinden tragen die Kosten der Untersuchung.

<sup>3</sup> An die Behandlungskosten leisten die Gemeinden einen Beitrag, der nach der Leistungsfähigkeit der Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge abgestuft ist.

### Vorentwurf

#### ***b. Zahnmedizinische Gesundheit***

§ 53.<sup>1</sup> Die Gemeinden sorgen für die regelmässige zahnärztliche Untersuchung und Behandlung der in der Gemeinde wohnhaften schulpflichtigen Kinder. Sie können die Massnahmen auf die vor- und nachschulpflichtigen Kinder ausdehnen.

<sup>2</sup> Die Untersuchung ist obligatorisch. Die Gemeinden tragen die Kosten der Untersuchung.

<sup>3</sup> An die Behandlungskosten leisten die Gemeinden einen Beitrag, der nach der Leistungsfähigkeit der Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge abgestuft ist.

<sup>4</sup> Die freie Arztwahl ist gewährleistet.

### Erläuterung

Inhaltlich unverändert.

Die Direktion veröffentlicht Vollzugsdetails jeweils im Leitfaden zur Schulzahnmedizin.

Abs. 4: Siehe Erläuterungen zu § 52 Abs. 4.

## 8. Teil: Digitalisierung

### Paragraph 81

#### Geltendes Recht

-

#### Vorentwurf

##### **Standardisierung des Datenaustauschs**

§ 81.<sup>1</sup> Die Direktion bestimmt Standards für den Datenaustausch zwischen Gesundheitsfachpersonen, Einrichtungen des Gesundheitswesens und Kostenträgern.

<sup>2</sup> Sie berücksichtigt nationale und internationale Empfehlungen und Vorgaben.

#### Erläuterung

Abs. 1: Die Harmonisierung und Digitalisierung der Prozesse zwischen Gesundheitsfachpersonen, Einrichtungen des Gesundheitswesens und Kostenträgern setzt gewisse Standardisierungen voraus, damit Prozesse vereinfacht, sinnvoll automatisiert und administrative Kosten gesenkt werden können. Solche Vorhaben ermöglichen Transparenz, Datenqualität und Abwicklungseffizienz. Datenschutzrechtliche Vorgaben sind zu beachten. Die Bestimmung ermächtigt die Direktion, Standards für den Datenaustausch zwischen Gesundheitsfachpersonen, Einrichtungen des Gesundheitswesens und Kostenträgern zu bestimmen.

Abs. 2: Auf Stufe Bund, insbesondere im Projekt Digisanté, laufen Aktivitäten, die eine schweizweite Standardisierung der Datenerfassung und des Datenaustauschs, aber auch ein gemeinsames Architekturverständnis im Gesundheitsbereich anstreben. Bei jeglicher Art von Fördermassnahmen sollen deshalb nationale und internationale Empfehlungen und Vorgaben der bereits bestehenden Fachgremien berücksichtigt werden (z.B. e-CH-Standard).

## Sind Sie mit dem neuen Paragraphen einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich unterstützt im Grundsatz die Standardisierung des Datenaustausches. Indes ist dieser Prozess in seiner Ganzheit zu betrachten und auf nationaler Ebene zu regulieren. mfe Zürich lehnt infolgedessen den Artikel 81 Abs. 1 dezidiert ab und befürwortet die ersatzlose Streichung. Es muss vermieden werden, dass kantonale Unterschiede oder Überregulation entstehen. Die national definierten Guidelines müssen Klarheit für alle Kantone schaffen und sind die Basis für eine kantonsübergreifende Standardisierung.

### Verbesserungsvorschlag

mfe Zürich beantragt die ersatzlose Streichung von Artikel 81 Abs. 1.

## Paragraph 82

### Geltendes Recht

-
---

### Vorentwurf

<b>Elektronisches Patientendossier</b>  § 82. Der Kanton fördert die Einführung und die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers im von der Bundesgesetzgebung über das Elektronische Patientendossier vorgeschriebenen Umfang.
---

### Erläuterung

Das EPDG wird umfassend revidiert. Mit der Revision sollen die Rollen zwischen Bund und Kantonen in Bezug auf das elektronische Patientendossier (EPD) klar geregelt werden und eine nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden. Bis zum Inkrafttreten der geplanten umfassenden Revision (frühstens Ende 2027) fördert der Bund den Betrieb und die Weiterentwicklung des EPD der Stammgemeinschaften durch Übergangsfinanzierung in Form von Finanzhilfen (BBI 2023 2181). Diese Finanzhilfen werden jedoch nur gewährt, wenn sich die Kantone in mindestens gleichem Umfang wie der Bund an den jährlichen Kosten der Stammgemeinschaft für den Betrieb und die Weiterentwicklung des EPD beteiligen (Art. 23a Abs. 3 EPDG). Eine Beteiligung des Kantons kann durch finanzielle Unterstützung oder die Bereitstellung von Personal bzw. Räumlichkeiten erfolgen. Für die Mitfinanzierung des Kantons wird eine kantonale gesetzliche Grundlage benötigt, welche nun geschaffen wird. Die Höhe der Finanzhilfen ist an die Anzahl
--

der eröffneten EPD geknüpft, um Anreize für die Stammgemeinschaften zu schaffen, die Verbreitung und Nutzung des EPD zeitnah zu fördern. Den Gemeinschaften nach Art. 2 Buchstabe d EPDG werden keine Finanzhilfen gewährt, lediglich Stammgemeinschaften nach Art. 2 Buchstabe e EPDG (vgl. auch Art. 2 Abs. 1 Verordnung über die Finanzhilfen für das elektronische Patientendossier vom 28. August 2024 [EPDFV; SR 816.12]).

### Sind Sie mit dem neuen Paragraphen einverstanden?

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

### Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich lehnt den Artikel 82 ganz klar ab. mfe Zürich unterstützt aktuell keine Förderung der Verbreitung des EPDs, solange dieses nicht grundlegend überarbeitet und technisch sinnvoll konzipiert wird. Bereits heute ist die kostenpflichtige Anbindung an einen EPD-Provider bei der Eröffnung einer neuen Praxis zwingend zum Erhalt der BAB. mfe Zürich kritisiert diese Handhabung scharf. Die Anbindung an das EPD generiert zum aktuellen Zeitpunkt keinerlei Nutzungsmöglichkeiten und belastet die Grundversorgerpraxen finanziell zusätzlich. Der EPD-Zwang bei Praxisgründungen muss sofort aufgehoben und keine weiteren Verpflichtungen eingeführt werden, solange das EPD nicht in praxistauglicher Form neu lanciert wird.

## 9. Teil: Datenbearbeitung, -bekanntgabe und -mitteilung

### Paragraph 83

#### Geltendes Recht

-
---

#### Vorentwurf

##### **Datenbearbeitung**

§ 83.<sup>1</sup> Die Direktion, der Bezirksrat, die Gemeinden und gesetzlich oder von der Direktion beauftragte Stellen sind berechtigt, Daten natürlicher und juristischer Personen, einschliesslich Daten über die Gesundheit und über administrative oder strafrechtliche Verfolgungen und Sanktionen sowie Persönlichkeitsprofile zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, soweit sie diese benötigen, um die ihnen nach der Bundes- sowie kantonalen Gesetzgebung im Bereich des Gesundheitswesens übertragenen Aufgaben zu erfüllen. Das gilt insbesondere für die Wahrnehmung ihrer Bewilligungs-, Aufsichts-, Sanktions-, Organisations-, Vermittlungs- und Kontrolltätigkeit.

<sup>2</sup> Patientendaten, welche die Direktion oder eine andere Aufsichtsstelle im Rahmen der Aufsicht über Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Beurteilung der Einhaltung der Berufs- und Betriebspflichten bearbeitet, insbesondere Diagnose- und Behandlungsdaten, sind sobald als möglich zu löschen oder zu vernichten. Vorbehalten bleibt die Anbietungspflicht nach dem Archivgesetz.

<sup>3</sup> Dies gilt auch für Patienten- und Klientendaten, welche die Direktion bei der Kontrolle der Ausübung bewilligungsfreier gesundheitsrelevanter Tätigkeiten zur Beurteilung der von ihr ausgehenden Gefährdung der physischen und psychischen Gesundheit bearbeitet.

## Erläuterung

Vorbemerkungen: Das Heilmittel-, das Betäubungsmittel- und das Lebensmittelrecht des Bundes enthalten bereits umfassende, auch für die kantonalen Vollzugsorgane geltende Datenbearbeitungsregeln, insbesondere die Berechtigung zur Bearbeitung besonderer Personendaten (vgl. Art. 61 ff. HMG, Art. 3 f. BetmG, Art. 59 ff. LMG). Dies trifft auch auf die Epidemiengesetzgebung (vgl. Art. 58 ff. EpG;) und die Krebsregistrierungsgesetzgebung zu, wobei letztere der schweizweiten Sammlung und Auswertung von krebsbezogenen Daten dient und daher inhaltlich auch ein Datenbearbeitungsgesetz ist. Auch die bundesrechtliche Gesundheitsberufegesetzgebung enthält Bestimmungen zur Datenbearbeitung, beispielsweise die Pflicht der Aufsichtsbehörde, andere kantonale Aufsichtsbehörden aktiv über die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens zu informieren, wenn die Gesundheitsfachperson auch in anderen Kantonen eine Bewilligung besitzt (Art. 44 Abs. 1 MedBG, Art. 31 Abs. 1 PsyG, Art. 22 Abs. 1 GesGB), die Meldepflicht gegenüber dem Bundesamt für Gesundheit BAG (Art. 52 MedBG, Art. 41 PsyG, Art. 25 GesGB), die Berechtigung zur Verwendung der AHV-Nummer, aber auch die Berechtigung zur Aufbewahrung und Verwendung von Unterlagen zu Sachverhalten, die infolge Verjährung nicht mehr disziplinarisch geahndet werden können (Art. 46 Abs. 5 MedBG, Art. 33 Abs. 5 PsyG, Art. 22 Abs. 5 GesGB).

Aus der Umschreibung der zu prüfenden Bewilligungsvoraussetzungen und der disziplinarisch relevanten Sachverhalte folgt zudem auch die Berechtigung, die zur Beurteilung dieser Sachverhalte geeigneten und erforderlichen Daten zu bearbeiten, ansonsten die Bewilligungs- und Aufsichtstätigkeit nicht sinnvoll und schweizweit einheitlich ausgeübt werden könnte (vgl. auch BGE 143 I 352 E.3.2, wonach die Umschreibung der persönlichen Bewilligungsvoraussetzungen restriktiv auszulegen ist und sich eher auf die zu verwendenden Beweismittel wie Leumundszeugnisse, Arztzeugnisse etc. bezieht). Tatsächlich erfordert die Beurteilung der Bewilligungsvoraussetzungen, insbesondere der Vertrauenswürdigkeit und der physischen und psychischen Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung, die Bearbeitung von Persönlichkeitsprofilen, aber auch von Daten über administrative und strafrechtliche Verfolgungen und Sanktionen sowie über die Gesundheit, mithin die Bearbeitung von besonderen Personendaten. Die Beurteilung von Sorgfaltspflichtverletzungen bei der Patientenbehandlung erfordert schliesslich auch den Zugang zu Patientendaten, insbesondere zu ganzen Patientendokumentationen, welche eine Beurteilung konkreter Behandlungen ermöglichen. Dies stellt gleichzeitig einen schwerwiegenden Eingriff in das Recht der betroffenen Patientinnen und Patienten auf informationelle Selbstbestimmung dar, weshalb der Eingriff soweit als möglich zu minimieren ist.

Zu § 83: Neu werden in einer allgemeinen Datenbearbeitungsbestimmung die nach diesem Gesetz zu vollziehenden Aufgaben aufgenommen und die damit zusammenhängende Berechtigung zur aufgabenbezogenen Bearbeitung besonderer Personendaten festgehalten. Sie soll insoweit Geltung entfalten, als noch keine bundesrechtliche Regelung vorliegt.

Abs. 1 steht in Übereinstimmung mit der Datenschutzgesetzgebung und wird von der Datenschutzbeauftragten des Kantons Zürich begrüsst.

In diesem Absatz werden die Aufgaben aufgeführt, die nach diesem Gesetz zu erfüllen sind und die auch die Bearbeitung von besonderen Personendaten, insbesondere von Daten über Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens (betriebsbezogene Daten, insbesondere auch Personaldaten), aber auch von Patientendaten erfordern. Dazu gehört die Bewilligungs-, Aufsichts- und Sanktionstätigkeit der Direktion bei Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie bei der Kontrolle der Ausübung bewilligungsfreier gesundheitsrelevanter Tätigkeiten, die Aufsichts- und

Sanktionstätigkeit des Bezirksrates bei Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Leistungsspektrum der Langzeitpflege, die Organisation des Notfalldienstes durch Standesorganisationen oder von der Direktion beauftragte Stellen sowie die Organisation des Krankentransport- und Rettungswesens durch die Gemeinden. Regelmässig mit der Bearbeitung von Patientendaten verbunden ist auch die Prüfung von Gesuchen um Entbindung vom Berufsgeheimnis, zumal die Entbindungsbehörde bei der Interessenabwägung nachvollziehen können muss, welche Daten weitergegeben werden sollen. Auch die Koordination der Notfalldienste und die Patientenvermittlung durch die Triagestelle, die Vermittlung von Krankentransportdiensten und die Alarmierung der Rettungsdienste durch die Alarmzentrale (ELZ/144) setzen zwingend die Bearbeitung von Patientendaten voraus. Das trifft ebenso auf die schul- und schulzahnärztlichen Dienste zu. Auch die Kontrolle der Verwendung von Staatsbeiträgen kann unter Umständen die Einsicht in Betriebsdaten, insbesondere in Geschäftsgeheimnisse, aber auch in Patientendaten erfordern.

Abs. 2: Patienten- und Klientendaten, welche die Direktion und der Bezirksrat im Rahmen ihrer Aufsichts- und Kontrolltätigkeit nicht nur einsehen, sondern nach Massgabe der Aktenführungspflicht auch in Papierform oder elektronisch in ihre Verfahrensakten aufnehmen müssen, um sie bei der Prüfung von Aufsichtsmassnahmen berücksichtigen zu können, sind sobald als möglich zu löschen oder zu vernichten. Vorbehalten bleibt die Anbietung der entsprechenden Verfahrensakten an das Staatsarchiv zwecks Prüfung der Übernahme der Akten zur dauernden Archivierung. So dient die im kantonalen Archivgesetz vom 24. September 1995 geregelte Archivierung der dauernden und authentischen Überlieferung der Tätigkeit der öffentlichen Organe zu rechtlichen, administrativen, kulturellen und wissenschaftlichen Zwecken. Patientendokumentation, die von Einrichtungen des Gesundheitswesens geführt werden, die als öffentliche Organe gelten (z.B. Spitäler im Rahmen ihres Leistungsauftrags), unterliegen dementsprechend ebenfalls der Archivierungspflicht, mit der Folge, dass sie nach einer Schutzfrist von 120 Jahren nach Aktenschliessung in den Archiven frei zugänglich werden, sofern die betroffenen Patientinnen und Patienten nicht von ihrem Recht Gebrauch gemacht haben, der freien Zugänglichkeit zu widersprechen (vgl. § 18a des PatG).

## **Paragraph 84**

### **Geltendes Recht**

-

### **Vorentwurf**

#### ***Bekanntgabe von Personendaten***

§ 84.<sup>1</sup> Die der Direktion unterstellten Ämter informieren sich gegenseitig über die Einleitung und den Abschluss der in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Verfahren gegen Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, soweit dies zur Aufgabenerfüllung nach diesem Gesetz erforderlich ist. Dies gilt auch für Wahrnehmungen, die ein aufsichtsrechtliches Einschreiten erforderlich machen können.

<sup>2</sup> Die Direktion und die Bezirksräte informieren sich gegenseitig über die Einleitung und den Abschluss der in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Verfahren gegen Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, soweit dies zur Aufgabenerfüllung nach diesem Gesetz erforderlich ist. Dies gilt auch für Wahrnehmungen, die ein aufsichtsrechtliches Einschreiten erforderlich machen können.

<sup>3</sup> Die Direktion ist berechtigt, die zuständigen Behörden anderer Kantone und des Bundes von sich aus über die Einleitung und den Abschluss von Bewilligungs-, Aufsichts- und Sanktionsverfahren gegen Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens zu informieren, soweit diese die Daten für ihre Bewilligungs-, Aufsichts- und Sanktionstätigkeit im Gesundheitsbereich benötigen.

<sup>4</sup> Die Direktion ist berechtigt, die zuständigen Behörden anderer Kantone und des Bundes unverzüglich über Wahrnehmungen im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens zu informieren, die für einen Bewilligungsentzug oder die Anordnung disziplinarischer Massnahmen erheblich sein können.

<sup>5</sup> Die Direktion informiert die betroffenen Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens über Datenbekanntgaben nach Abs. 3 und 4, sofern keine rechtliche Bestimmung oder ein überwiegendes öffentliches oder privates Interesse der Information entgegensteht.

## Erläuterung

Vorbemerkungen: Übergeordnetes Ziel dieses Gesetzes ist die Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit, insbesondere der Patientensicherheit. Ein effizienter und effektiver Gesetzesvollzug setzt einen verantwortungsvollen, aber auch einfachen Datenaustausch voraus, der insbesondere gewährleistet, dass die zuständigen Vollzugsbehörden zeitgerecht von möglichen Missständen erfahren, um die Anordnung von Massnahmen prüfen zu können. Dazu bedarf es einer spezifischen Regelung der Datenbekanntgabe bzw. des Datenaustauschs, zumal die im IDG enthaltenen generellen Regeln der Amtshilfe nur die Datenbekanntgabe auf Anfrage hin erlaubt.

Das Bundesrecht enthält zahlreiche Mitteilungsrechte oder -pflichten, die zu einer aktiven Datenbekanntgabe berechtigen oder verpflichten. Besonders erwähnt sei die Pflicht der Aufsichtsbehörde, andere kantonale Aufsichtsbehörden aktiv über die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens zu informieren, wenn die Gesundheitsfachperson auch in anderen Kantonen eine Bewilligung besitzt. Das vorliegende Gesetz enthält zudem an verschiedenen Stellen Bestimmungen, die zur aktiven Datenbekanntgabe berechtigen oder verpflichten.

Die §§ 16 Abs. 1 lit. c und 17 Abs. 1 lit. c IDG berechtigen generell dazu, im Einzelfall Personendaten bekannt zu geben, wenn es zur Abwendung einer drohenden Gefahr für Leib und Leben unentbehrlich ist oder der notwendige Schutz anderer Rechtsgüter höher zu gewichten ist. Weitere kantonale Mitteilungsrechte und -pflichten, die allerdings nicht dem Schutz der öffentlichen Gesundheit dienen, bestehen etwa gegenüber den Steuerbehörden, wenn Hinweise auf eine unvollständige Versteuerung vorliegen (§ 121 des Steuergesetzes vom 8. Juni 1997 [StG; LS 631.1]), gegenüber der Bildungsdirektion, wenn einem Lehrlings- oder Praktikumsbetrieb die Bewilligung entzogen wird (§ 4b Abs. 2 des Einführungsgesetzes zum Berufsbildungsgesetz vom 14. Januar 2008 [EG BBG; 413.31]), und gegenüber den Strafverfolgungsbehörden, wenn bei der Ausübung der Amtstätigkeit strafbare Handlungen wahrgenommen wurden (§ 167 Abs. 1 GOG).

Oftmals erlauben die aufgeführten Bestimmungen nur die Datenbekanntgabe oder den Datenaustausch unter denjenigen Behörden, die ein spezifisches Gesetz zu vollziehen haben (vgl. z.B. Art. 63 Abs. 1 HMG). Nicht geregelt ist damit die Datenbekanntgabe an Behörden, die weitere Aufgaben im Bereich der Gesundheit wahrnehmen. Regelungen wie etwa Art. 63 Abs. 3 HMG, wonach der Bundesrat vorsehen kann, dass das Institut (Swissmedic) weiteren Bundesbehörden Daten bekannt geben darf, wenn dies für den Vollzug von Bundesgesetzen im Bereich der Gesundheit erforderlich ist, fehlen weitgehend. Auch der Informationsfluss an die kantonalen Behörden ist mit einer solchen Bestimmung nicht abgedeckt.

Im Bereich der nicht in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübten Berufsausübung sowie im Bereich der kantonal geregelten Berufe und Betriebe fehlen Bestimmungen zur aktiven Datenbekanntgabe. Dasselbe gilt auch in Bezug auf die aktive Information anderer Bewilligungsbehörden über die Einleitung eines Entzugsverfahrens, wenn etwa Hinweise vorliegen, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen zur Berufsausübung nicht mehr vorhanden sind. Zur Füllung dieser Lücken soll eine ergänzende Bestimmung geschaffen werden, die zur aktiven Datenbekanntgabe berechtigt. Gleichzeitig sollen Bestimmungen geschaffen werden, die innerkantonal und ausserkantonal dazu berechtigen oder verpflichten, andere

Behörden, die gleiche oder ähnliche Aufgaben im Bereich der Gesundheit erfüllen, von sich aus über Daten zu informieren, die für diese zur effizienten Aufgabenerfüllung erforderlich erscheinen, womit die Daten unter Umständen auch einer Verwendung zu einem anderen Zweck zugeführt werden. Festzuhalten bleibt, dass jegliche Datenbekanntgabe eine sorgfältige Interessenabwägung erfordert.

Abs. 1: Die Direktion ist die zuständige Bewilligungs-, Aufsichts- und Sanktionsbehörde im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Gesundheitsfachpersonen, Einrichtungen des Gesundheitswesens und bei bewilligungsfrei ausgeübten gesundheitsrelevanten Tätigkeiten. Die Aufgaben, die nach diesem Gesetz zu vollziehen sind, werden primär durch das Amt für Gesundheit, die Kantonale Heilmittelkontrolle und das Veterinäramt wahrgenommen (vgl. § 66 Ämter der Gesundheitsdirektion (vgl. dazu Anhang 3 Ziff. 5 der Verordnung über die Organisation des Regierungsrates und der kantonalen Verwaltung vom 18. Juli 2007 [VOG RR; LS 172.11] in Verbindung mit Anhang 2 der Organisationsverordnung der Gesundheitsdirektion vom 23. Dezember 2021 [OV GD; LS 172.110.5]). In inhaltlicher Hinsicht geht es bei diesen Verfahren um den Vollzug der bundesrechtlichen Gesetzgebung im Bereich der Gesundheitsberufe, der Fortpflanzungsmedizin, der Heilmittel und Betäubungsmittel und des vorliegenden Gesetzes. Die entsprechenden Vollzugsbereiche weisen zahlreiche Schnittstellen auf. Ärztinnen und Ärzte, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind und der Aufsicht des Amtes für Gesundheit unterstehen, können beispielsweise auch eine Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke (Abgabebewilligung) besitzen, die von der Kantonalen Heilmittelkontrolle erteilt wird. Führen Ärztinnen und Ärzte Substitutionsbehandlungen durch oder wenden sie Fortpflanzungsverfahren an, benötigen sie nebst der Berufsausübungsbewilligung weitere Spezialbewilligungen des Amtes für Gesundheit, wobei für letztere amtsintern der Kantonsärztliche Dienst zuständig ist. Die Erteilung entsprechender Bewilligungen setzt unter anderem voraus, dass eine ausreichende Gewähr für eine sorgfältige, gesetzeskonforme Tätigkeit besteht. Unter Umständen ist auch eine Koordination des Vorgehens erforderlich, wie dies etwa bei gemeinsam durchgeführten Inspektionen der Fall ist. Der aktive Austausch der zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Daten und die damit verbundene Weiterverwendung zu anderen Zwecken soll durch diese Bestimmung abgesichert werden.

Abs. 2: Angesichts der sich überschneidenden Vollzugsbereiche von Direktion und Bezirksrat ist die zur spezifischen Aufgabenerfüllung erforderliche aktive Datenbekanntgabe zwischen der Direktion und den Bezirksräten sowie den Bezirksräten unter sich zu regeln. So muss der Bezirksrat zur Wahrnehmung seiner Aufsichtsaufgaben beispielsweise wissen, ob und welche Personen in der beaufsichtigten Einrichtung über die erforderlichen Berufsausübungsbewilligungen verfügen, ob allfällige Entzugs- oder Disziplinarverfahren häufig sind oder ob die Einrichtung über eine Bewilligung zur Führung einer Heimapotheke verfügt. In gleicher Weise ist die Direktion darauf angewiesen, Kenntnis von allfällig festgestellten Berufs- oder Betriebspflichtverletzungen zu erhalten, um die erforderlichen Massnahmen zum Schutze der Patientensicherheit prüfen zu können. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Pflicht zum Datenaustausch mit der Möglichkeit eines direkten Zugriffs der Bezirksräte auf die im Datenbearbeitungs- und Informationssystem der Direktion enthaltenen Daten ergänzt wird. Ein solcher Zugriff würde es den Bezirksräten ermöglichen, bei Bedarf auch selbst etwa auf die aktuellen Bewilligungsdaten zuzugreifen.

Abs. 3 und 4: Die Direktion hat das Recht, die zuständigen Behörden des Bundes und der übrigen Kantone über gewisse im Gesetz umschriebene Vorkommnisse und Wahrnehmungen zu informieren. Das kann bspw. der Fall sein, wenn auf Bundesebene oder in anderen Kantonen Abklärungen getroffen werden und diese nur unter Bezug und Mithilfe der Direktion möglich sind. Es handelt sich um einen Anwendungsfall der Amtshilfe.

Diese Berechtigung ergänzt die bestehenden bundesrechtlichen Bestimmungen zur aktiven Datenbekanntgabe, wie sie etwa in Art. 44 MedBG verankert ist. Sie gilt insbesondere für die Bewilligungs-, Aufsichts- und Sanktionstätigkeit in den Bereichen der nicht in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübten Tätigkeit bundesrechtlich geregelter Gesundheitsberufe sowie der kantonal geregelten Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sie berechtigt aber auch dazu, andere Behörden zu informieren, wenn im Rahmen eines Entzugsverfahrens geprüft wird, ob eine Bewilligungsinhaberin oder ein Bewilligungsinhaber gesundheitlich noch ausreichend Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet. Mit der Verwendung der Begriffe «Bewilligungs-, Aufsichts- und Sanktionsverfahren» wird klargestellt, dass die Datenbekanntgabe auch zur Bekanntgabe besonderer Personendaten berechtigt. Im Übrigen gelten für die Datenbekanntgabe § 16 und 17 IDG.

Abs. 5: Betroffene Personen sind über die Beschaffung von Personendaten zu informieren, soweit keine rechtliche Bestimmung oder ein überwiegender öffentliches oder privates Interesse der Information entgegensteht. Dies entspricht § 12 IDG.

## **Paragraph 85**

### **Geltendes Recht**

-

### **Vorentwurf**

**Datenbearbeitungs- und Informationssystem**

§ 85.<sup>1</sup> Die Direktion betreibt ein Datenbearbeitungs- und Informationssystem, das Daten von Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens enthält, die eine bewilligungspflichtige oder bewilligungsfreie Tätigkeit nach diesem Gesetz ausüben.

<sup>2</sup> Das System dient der Direktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz als Bewilligungs-, Aufsichts- und Sanktionsbehörde sowie bei der Erfüllung ihrer Aufgabe als Zulassungsbehörde gemäss den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes.

<sup>3</sup> Die Direktion kann dem Bezirksrat und den zur Organisation des Notfalldienstes zuständigen Stellen Zugriff auf das System gewähren. Der Zugriff ist auf die für die Aufgabenerfüllung nach diesem Gesetz notwendigen Daten zu beschränken.

<sup>4</sup> Der Regierungsrat kann weitere Zugriffe vorsehen, sofern es sich bei den abzurufenden Daten um einfache Personendaten handelt.

<sup>5</sup> Die Zugriffe sind zu protokollieren.

### **Erläuterung**

Vorbemerkungen: Mit dem Projekt «elektronische Bewilligungen im Gesundheitswesen» (eBeGe) strebt die Direktion in Nachachtung der Strategie Digitale Verwaltung die Digitalisierung der genannten kantonalen Bewilligungs-, Aufsichts-, Sanktions- und Zulassungsverfahren an. Das Projekt ist Teil des Impulsprogramms (Projekt IP1.4; weitere Informationen dazu finden sich in RRB Nr. 462/2022 und RRB Nr. 378/2024). Die geplante Fachanwendung weist u.a. Schnittstellen zu den Gesundheitsberufeplattformen, aber auch zu anderen Systemen auf und soll durch Anbindung ans Zürikonto die elektronische Verfahrensführung ermöglichen, die per 1. Januar 2026 gewährleistet sein muss. Bei dieser Fachanwendung, die laufend weiterentwickelt wird, handelt es sich um ein Datenbearbeitungs- und Informationssystem, das im Zuständigkeitsbereich und unter der Verantwortung der Direktion geführt wird, aber von ihren Verwaltungseinheiten für die verschiedenen gesetzlichen Vollzugaufgaben und somit für verschiedene, sachlich eng zusammenhängende Zwecke genutzt werden soll. Ein Teil der enthaltenen Daten ist auch für die Aufgabenerfüllung der Bezirksräte im Rahmen der Aufsicht und Standesorganisationen im Bereich der Organisation des Notfalldienstes erforderlich. Angesichts der Verwendung der im System enthaltenen Daten durch verschiedene Ämter bzw. deren Verwaltungseinheiten zu unterschiedlichen Zwecken bedarf es einer gesetzlichen Grundlage. Ziel ist, dass sämtliche Verwaltungseinheiten grundsätzlich Zugang zu den enthaltenen Daten haben, wobei die internen Zugriffsberechtigungen von der Direktion festzulegen sind. Sie hat dabei sicherzustellen, dass der Zugriff auf die für die Aufgabenerfüllung notwendigen Daten beschränkt ist. Abs. 1 regelt in genereller Weise den Inhalt des Systems, wobei das System nicht nur sensible Daten von Bewilligungsinhabern und anderen beaufsichtigten Personen und Einrichtungen enthält, (insbesondere

etwa auch die AHV-Nummer), sondern auch Patientendaten, die bei der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit, insbesondere etwa bei der Inspektionstätigkeit, bei Bedarf erhoben werden.

Abs. 2 regelt den Verwendungszweck der Daten, die grundsätzlich von allen vollziehenden Verwaltungseinheiten der Direktion eingesehen werden können, weshalb die Direktion die Zugriffsberechtigungen zu regeln hat.

Abs. 3: Der Bezirksrat ist zur Erfüllung seiner Aufgaben als Aufsichtsinstanz auf aktuelle Bewilligungsdaten angewiesen, die im System vorliegen. Auch aufsichtsrechtliche Entscheide sind für seine Tätigkeit von massgeblicher Bedeutung. Diese Informationen werden ihm bislang schriftlich oder elektronisch mitgeteilt. Denkbar wäre deshalb, dass er diese Informationen inskünftig auch direkt aus dem System abrufen kann, weshalb die Direktion ermächtigt werden soll, einen solchen Zugriff zu ermöglichen. Dasselbe gilt für die Stellen, die zwecks Organisation des Notfalldienstes auf aktuelle Daten über die notfalldienstpflichtigen Personen angewiesen sind.

Abs. 4: Der Regierungsrat soll ermächtigt werden, weitere Zugriffsrechte einzuräumen. Diese Zugriffsrechte müssen jedoch erheblich eingeschränkt sein und dürfen keine sensiblen Daten enthalten. Dabei ist zu beachten, dass sich die Sensitivität der Daten nicht nur anhand der Einzeldaten, sondern auch anhand der Gesamtheit der abrufbaren Daten bemisst. So stellen Bewilligungsdaten in ihrer Gesamtheit eigentliche Persönlichkeitsprofile dar.

Abs. 5: Da Abrufverfahren generell auch missbräuchliche Zugriffe zulassen, sollen diese zur Kontrolle der Recht- und Verhältnismäßigkeit protokolliert werden.

## **Paragraph 86**

### **Geltendes Recht**

-

### **Vorentwurf**

#### **Veröffentlichung von Bewilligungsdaten**

§ 86.<sup>1</sup> Soweit die nach diesem Gesetz erteilten Bewilligungen nicht in nationalen Registern veröffentlicht werden, kann die Direktion die folgenden Daten veröffentlichen oder durch ein Abrufverfahren zugänglich machen:

- a. Name der Inhaberin oder des Inhabers einer Berufsausübungs- oder Betriebsbewilligung
- b. Art und Umfang der bewilligten Tätigkeit
- c. Praxis- oder Betriebsadresse
- d. namentliche Angaben zur fachlich verantwortlichen Person bzw. zu den fachlich verantwortlichen Personen.

<sup>2</sup> Solange die Bewilligungsdaten nach Abs. 1 noch nicht öffentlich zugänglich sind, gibt die Direktion auf Anfrage hin im Einzelfall bekannt, ob und für welchen Standort eine bestimmte Person über eine gültige Berufsausübungs- oder Betriebsbewilligung verfügt.

### **Erläuterung**

Im Bereich der bundesrechtlich geregelten Gesundheitsberufe bestehen bereits Register, in denen Aus-, Weiter- und Fortbildungsdaten, Bewilligungs- und Aufsichtsdaten sowie Disziplinarmassnahmen erfasst werden. Diese Register dienen insbesondere der Information und dem Schutz von Patientinnen und Patienten, der Qualitätssicherung, statistischen Zwecken und der Information ausländischer Stellen. Gleichzeitig sollen sie die für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung notwendigen Abläufe vereinfachen und den Kantonen den Austausch von Informationen über das Vorhandensein von Disziplinarmassnahmen ermöglichen. Die Registerdaten werden teilweise veröffentlicht oder auf Anfrage hin zugänglich gemacht. Besonders sensitive Daten können nur von berechtigten Behörden eingesehen werden. Dies betrifft die im MedBG (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerinnen und Apotheker und Tierärztinnen und Tierärzte), im PsyG (Inhaber eines anerkannten Weiterbildungstitels in Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, klinische Psychologie, Neuropsychologie und Gesundheitspsychologie) und im GesBG (Pflegefachfrauen und -männer, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen, Ernährungsberaterinnen und -berater, Optometristinnen und Optometristen sowie Osteopathinnen und Osteopathen) geregelten Berufe. Soweit die fachlich eigenverantwortliche Ausübung dieser Berufe bewilligungspflichtig ist, sind in den Registern auch Disziplinarmassnahmen einzutragen, die auf kantonaler Grundlage gegen Personen ausgesprochen werden, die den Beruf nicht in eigener fachlicher Verantwortung ausüben (Art. 52 Abs. 1 lit. b MedBG).

Gemäss der Interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen vom 18. Februar 1993, welcher der Kanton Zürich 1997 beigetreten ist (vgl. Gesetz über den Beitritt des Kantons Zürich zur Interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen vom 22. September 1996; LS 410.4), führt die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG, in welchem Inhaberinnen und Inhaber von anerkannten inländischen und als gleichwertig anerkannten ausländischen Ausbildungsabschlüssen eingetragen sind, die nicht bundesrechtlich geregelt sind. Das Register enthält zudem die von den kantonalen Behörden mitgeteilten Bewilligungs- und Aufsichtsdaten sowie Disziplinarmassnahmen, soweit die Berufsausübung im Kanton bewilligungspflichtig ist. Die Daten sind in gleicher Weise durch ein Abrufverfahren zugänglich wie die Daten der bundesrechtlichen Register. Das NAREG enthält Angaben zu den nachfolgend aufgeführten, kantonal geregelten Berufen (vgl. § 3.): Drogistin / Drogist (nur HF), dipl. Logopädin / Logopäde EDK, Medizinische Masseurin / Medizinischer Masseur mit eidg. Fachprüfung, dipl. Naturheilpraktikerin / Naturheilpraktiker HFP und Podologin / Podologe (EFZ und HF).

§ 33 HMV erlaubt der Kantonalen Heilmittelkontrolle und dem Veterinäramt, nicht sensible Stammdaten von bewilligten Heilmittelbetrieben zu veröffentlichen.

Weitere Register, in denen auf kantonaler Grundlage erteilte Bewilligungen veröffentlicht werden, bestehen nicht.

Abs. 1: Der Direktion soll die Berechtigung zur Veröffentlichung von Bewilligungsdaten eingeräumt werden, die nicht in nationalen Registern veröffentlicht werden. Dies betrifft etwa Bewilligungen zur Berufsausübung als Spezialistin oder Spezialist für Labormedizin FAMH, als Zahnprothetikerin oder -prothetiker oder als dipl. Komplementärtherapeutin oder -therapeut HFP sowie sämtliche Betriebsbewilligungen. Die Veröffentlichung soll dem Schutz und der Information von Patientinnen und Patienten sowie der Information von in- und ausländischen Stellen dienen und Auskunft darüber geben, wem für welche Tätigkeit an welchem Standort eine Berufsausübungs- oder Betriebsbewilligung erteilt wurde und wer die fachliche Verantwortung innehalt. Eine eigentliche Registerführung im Sinne der Gesundheitsberufeplattformen oder des NAREG ist nicht vorgesehen.

Abs. 2: Solange die Bewilligungsdaten nach Abs. 1 noch nicht öffentlich zugänglich sind, erteilt die Direktion im Einzelfall Auskunft darüber, ob und für welchen Standort eine konkret benannte Person über eine Berufsausübungs- oder Betriebsbewilligung verfügt.

## **Paragraph 87**

### **Geltendes Recht**

## **Vorentwurf**

### **Datenerhebung für Monitoring, epidemiologische und versorgungsbezogene Forschung**

§ 87.<sup>1</sup> Die Direktion oder beauftragte Dritte können zur Monitorisierung der öffentlichen Gesundheit der Bevölkerung und zur epidemiologischen oder versorgungsbezogenen Forschung bei Privatpersonen und öffentlichen Organen patientenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten erheben und auswerten.

<sup>2</sup> Soweit dies für die Monitorisierung der öffentlichen Gesundheit der Bevölkerung oder für epidemiologische oder versorgungsbezogene Forschungsprojekte im Bereich chronischer Krankheiten erforderlich ist, können patientenbezogene Daten und Gesundheitsdaten auch in nicht anonymisierter Form erhoben werden. Dabei müssen die Daten so bald und soweit wie möglich verschlüsselt werden.

<sup>3</sup> Patientenbezogene Daten sind insbesondere Name, Alter, Geschlecht, Wohnort, AHV-Nummer, Gesundheitsdaten sowie Art und Umfang der bezogenen medizinischen Leistung.

<sup>4</sup> Personen und Institutionen, die der Aufsicht der Direktion unterstehen, sowie öffentliche und private Schulen sind zur kostenlosen Datenbekanntgabe verpflichtet.

<sup>5</sup> Privatpersonen, die nicht der Aufsicht der Direktion unterstehen, sind weder zur Teilnahme an Befragungen noch zur Bekanntgabe von Daten Dritter verpflichtet. Sie sind über die Freiwilligkeit der Auskunftserteilung und der Bekanntgabe von Daten Dritter sowie den Umgang mit diesen Daten zu informieren.

## **Erläuterung**

Das Monitoring der öffentlichen Gesundheit (Public Health im Sinne des allgemeinen Verständnisses bzw. der WHO-Definition) und die Gesundheitsberichterstattung (§ 45 GesG) sind weitgehend mittels Leistungsauftrag an das Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich (EBPI) ausgelagert worden. Die Mitverantwortung für die Datenbearbeitung bleibt aber bei der Gesundheitsdirektion. Für die Gesundheitsberichterstattung werden verschiedene Datenquellen verwendet, die patientenbezogene Daten enthalten (OBSAN, FORS [z.B. Schweizer Haushaltpanel], Schweizerische Arbeitskräfteerhebung [SAKE], Suchtmonitoring Schweiz, Rekrutbefragung, Schweizerische Gesundheitsbefragung des BFS sowie sonstige BFS Daten).

Hierbei geht es um epidemiologische Studiendesigns im Sinne des allgemeinen Begriffsverständnisses in der Forschung.

Im Rahmen des Monitorings sowie der epidemiologischen und der Versorgungsforschung sollen neu auch nicht anonymisierte Personendaten erhoben und ausgewertet werden können, sofern dies erforderlich erscheint. Dazu gehören etwa Befragungen von Bürgerinnen und Bürgern. Solche Datenerhebungen beruhen immer auf Freiwilligkeit. Die Direktion bzw. das EBPI - als Dritter mit der Erfüllung der Aufgaben betraut - kann im Zusammenhang mit epidemiologischer Forschung, Versorgungserhebung und Versorgungsforschung damit ausdrücklich auch die AHV-Nummer im Sinne von Art. 50c des Bundesgesetzes über die Alter- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) systematisch verwenden (vgl. Art. 153c Abs. 2 AHVG).

Werden nicht anonymisierte besondere Personendaten erhoben, sind diese sobald und soweit dies möglich ist zu verschlüsseln. In Anlehnung an Art. 26 der Verordnung über die Humanforschung mit Ausnahme der klinischen Versuche (Humanforschungsverordnung; HFV; SR 810.301) gelten gesundheitsbezogene

Personendaten als korrekt verschlüsselt, wenn es ohne Zugang zum Schlüssel oder zu den Quelldaten nur noch mit unverhältnismässigem Aufwand möglich ist, die Personendaten einer bestimmten Person zuzuordnen. Die Verschlüsselung hat dabei – in Anlehnung an Art. 26 Abs. 2 HFV - basierend auf dem aktuellen Stand der Technik zu erfolgen. Der Schlüssel muss von einer Organisationseinheit, die nicht mit dem Monitoring befasst ist, getrennt von den Personendaten aufbewahrt werden. Hierbei muss der kantons(zahn)ärztliche Dienst bzw. die mit Monitoringtätigkeiten und/oder Forschungsprojekten befasste Person den Schutz der Daten durch geeignete betriebliche und organisatorische Massnahmen sicherstellen, namentlich:

- a. den Umgang mit den gesundheitsbezogenen Personendaten auf diejenigen Personen beschränken, die diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen;
- b. die unbefugte oder versehentliche Offenlegung, Veränderung, Löschung und Kopie der gesundheitsbezogenen Personendaten verhindern;
- c. alle zur Gewährleistung der Rückverfolgbarkeit massgeblichen Bearbeitungsvorgänge dokumentieren.

## **Paragraph 88**

### **Geltendes Recht**

-

### **Vorentwurf**

#### **Vermittlungsplattform**

§ 88<sup>1</sup> Die Direktion kann eine digitale Plattform zur Vermittlung von Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens an behandlungsbedürftige Personen betreiben oder Dritte damit beauftragen. Die Plattform hat den Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen des Kantons zu genügen.

<sup>2</sup> Die Plattform bezweckt eine effiziente Nutzung der vorhandenen Versorgungsstrukturen, die Schliessung von Versorgungslücken und die Verkürzung von Wartezeiten. Sie soll damit auch zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sowie zur Kosteneindämmung beitragen.

<sup>3</sup> Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Bewilligung der Direktion sind verpflichtet, sich auf der Plattform zu registrieren und ihre Stammdaten sowie Angaben zu ihrer Auslastung regelmässig zu aktualisieren. Die Direktion oder der beauftragte Dritte stellt die dazu notwendigen Schnittstellen bereit.

<sup>4</sup> Behandlungsbedürftige Personen mit Wohnsitz im Kanton Zürich registrieren sich auf der Plattform.

<sup>5</sup> Behandlungsbedürftige Personen erfassen nach standardisierter Vorgabe Daten zu ihrem Gesundheitszustand.

<sup>6</sup> Gesundheitsfachpersonen können auf die Daten von behandlungsbedürftigen Personen zugreifen, sobald ihnen eine Person über den Algorithmus der Plattform unter Berücksichtigung des Kriteriums der Dringlichkeit zugewiesen wurde, und sie Zugriffsrechte erhalten hat. Die Zugriffe sind zu protokollieren.

<sup>7</sup> Die Direktion oder der beauftragte Dritte stellt durch das Einrichten von Schnittstellen mit dem direktionseigenen Datenbearbeitungs- und Informationssystem und der kantonalen Einwohnerdatenplattform (KEP) sicher, dass die Bewilligungsdaten der Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens und der kantonale Wohnsitz der behandlungsbedürftigen Person überprüft werden können.

<sup>8</sup> Über die Plattform können zusätzliche Daten über den Behandlungs- oder den Therapieverlauf erfragt werden. Die zu diesem Zweck erhobenen Daten kann die Direktion oder der beauftragte Dritte in anonymisierter Form auswerten, um die Gesundheit der Bevölkerung zu beobachten und bedarfsgerechte Behandlungs- und Therapieangebote auf- und auszubauen.

## Erläuterung

Im Rahmen der Umsetzung der kantonalen Volksinitiative für eine psychisch gesunde Jugend (Gesunde Jugend Jetzt!) wurde neben anderen Massnahmen der Aufbau einer digitalen Plattform «Mental Hub» beschlossen (vgl. Beschluss des Kantonsrates vom 20. Januar 2025 über die Bewilligung eines Objektkredits für die Umsetzung der kantonalen Volksinitiative für eine psychisch gesunde Jugend (Gesunde Jugend Jetzt!) und den Antrag des Regierungsrates vom 29. Mai 2024 (5920a); Massnahme V4, Aufbau einer digitalen Plattform «Mental Hub»). Die Plattform soll ein sogenanntes Behandlungs- oder Therapie-Matching für den Fachbereich der Psychiatrie und psychologischen Psychotherapie umfassen. Aktuell verfolgt die Direktion die Entwicklung und Inbetriebnahme dieser Plattform im Rahmen eines Projekts (Forschungsprojekt). Zusätzlich zur Umsetzung der Volksinitiative sollen damit auch Erkenntnisse für eine breitere Nutzung einer entsprechenden Plattform für die Zukunft gewonnen werden. Mit einer digitalen Plattform für das Behandlungs- oder Therapie-Matching sollen die Möglichkeiten der Digitalisierung mit dem Ziel einer effizienten Nutzung der im Kanton Zürich vorhandenen Versorgungsstrukturen, dem Erkennen und Schliessen von Versorgungslücken und der Verkürzung von Wartezeiten genutzt werden.

Soll eine entsprechende Plattform ausserhalb eines Projektrahmens langfristig betrieben werden können, ist eine gesetzliche Grundlage nötig. Obschon es noch an Erkenntnissen aus dem vorerwähnten Projekt fehlt, soll die Totalrevision des GesG genutzt werden, um den gesetzlichen Rahmen so weit als nötig und möglich abzustecken.

Anders als bei herkömmlichen Plattformen soll die Plattform nicht nur Hinweise für die Angebots- und Therapeutensuche oder ein Buchungstool enthalten, sondern der direkten Vermittlung von hilfesuchenden respektive behandlungsbedürftigen Personen und Leistungserbringern dienen. Grundsätzlich ist dies für sämtliche medizinischen und therapeutischen Fachbereiche vorstellbar.

Auf Basis eines hinterlegten Algorithmus, der auch das Kriterium der Dringlichkeit der Behandlung berücksichtigt, soll der hilfesuchenden respektive behandlungsbedürftigen Personen eine passende Therapeutin bzw. ein passender Behandler vorgeschlagen werden.

Das Matching bedingt eine vorgelagerte Datenerhebung über den Gesundheitszustand der behandlungsbedürftigen Person (Assessment). Die Auswertung der Assessment- Daten und das Matching soll automatisiert erfolgen.

Es ist offen, ob die Plattform künftig durch die Direktion oder einen beauftragten Dritten entwickelt und betrieben werden soll.

Da die Datenerhebung besonders schützenswerte Personendaten umfasst, bedarf der Betrieb der Plattform in jedem Fall einer gesetzlichen Grundlage im formellen Sinn. Mit nebenstehender Bestimmung wird diese Grundlage geschaffen. Die Plattform hat sämtlichen Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen des Kantons zu genügen. Schnittstellen zu anderen Datenbearbeitungs- und Informationssystemen sollen die Verifizierung der Daten von registrierten Personen (behandlungsbedürftige Personen mit Wohnsitz im Kanton Zürich einerseits, bewilligte Leistungserbringer andererseits) ermöglichen.

Die vorerwähnten Ziele der Plattform können nur erreicht werden, wenn alle Leistungserbringer als mögliche Behandlungspartner in das Vermittlungs-Netzwerk eingebunden werden; deshalb soll für Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Bewilligung der Direktion eine Registrierungspflicht eingeführt werden.

Über die Plattform sollen auch zusätzliche Daten über den Behandlungs- oder den Therapieverlauf erhoben werden können, um hieraus datengestützte Schlussfolgerungen für die Versorgung (bedarfsgerechte Behandlungs- und Therapieangebote) ableiten zu können.

## **Sind Sie mit dem neuen Paragraphen einverstanden?**

	eher einverstanden
--	--------------------

## **Allgemeine Bemerkungen**

zu Abs. 3: mfe Zürich findet den Ansatz zur Übersicht über die Versorgungslage nicht prinzipiell falsch. Dennoch lehnt mfe Zürich klar ab, dass alle Gesundheitsfachpersonen zur Registratur verpflichtet werden sollen.

Ausserdem ist bei der technischen Ausgestaltung der Plattform darauf zu achten, dass die administrativen Aufwände für die nutzenden Gesundheitsfachpersonen so gering wie möglich sind. Es darf dadurch keine Zusatzbelastung entstehen.

zu Abs. 4 und 5: mfe Zürich plädiert für die Streichung von Abs. 4 und 5. Die Publikation sensibler Personendaten birgt Gefahren.

## **Verbesserungsvorschlag**

zu Abs. 3: Der Artikel soll entsprechend angepasst werden:  
"Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Bewilligung der Direktion können sich auf der Plattform registrieren und ihre Stammdaten sowie Angaben zu ihrer Auslastung regelmässig aktualisieren. Die Direktion oder der beauftragte Dritte stellt die dazu notwendigen Schnittstellen bereit."

zu Abs. 4 und 5: mfe Zürich plädiert für die Streichung von Abs. 4 und 5.

## **Paragraph 24 (geltendes Recht)**

### **Geltendes Recht**

#### ***Information der Bevölkerung***

§ 24. Die Direktion sorgt für die regelmässige Information der Bevölkerung über den Umfang der Bewilligungspflicht und der kantonalen Aufsicht. Sie kann Dritte mit der Information beauftragen.

### **Vorentwurf**

Keine Übernahme ins neue Gesetz

### **Erläuterung**

Die geltende Bestimmung ist bislang nie zur Anwendung gekommen. Die Direktion kann auch ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung informieren.

## 10. Teil: Gebühren

### **Paragraph 89**

#### **Geltendes Recht**

-

#### **Vorentwurf**

##### ***Gebühren***

§ 89.<sup>1</sup> Für die Erteilung von Bewilligungen und die Vornahme anderer Handlungen nach diesem Gesetz werden Gebühren erhoben.

<sup>2</sup> Der Regierungsrat regelt die Gebühren, namentlich deren Höhe. Er beachtet dabei das Äquivalenz- und das Kostendeckungsprinzip.

#### **Erläuterung**

Abs. 1: Die mit dem Vollzug dieses Gesetzes betrauten Behörden erheben für ihre Amtshandlungen Gebühren. Der Kreis der Abgabepflichtigen bestimmt sich nach diesem Gesetz.

Nach Abs. 2 bestimmt sich die Bemessung der Abgaben nach dem Kostendeckungs- und dem Äquivalenzprinzip. Nach ständiger bundesgerichtlicher Praxis genügt dies, damit das Gebot einer genügenden formellgesetzlichen Grundlage eingehalten ist.

Neben der allgemeinen Gebührenordnung für die Verwaltungsbehörden vom 30. Juni 1966 (LS 682) enthalten auch weitere Erlasse spezifische Gebührenbestimmungen.

Auf Verordnungsebene kann auch festgelegt werden, dass dem Verursacher von übermäßigem Aufwand infolge mangelnder Mitwirkung zusätzlich zu den ordentlichen Gebühren aufwandsbezogene Kosten auferlegt werden können.

**Sind Sie mit dem neuen Paragraphen einverstanden?**

	eher nicht einverstanden
--	--------------------------

## Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich verweist im Zusammenhang mit Artikel 89 Abs. 2 auf das bei der GD eingereichte Sammelschreiben zahlreicher Gesundheitsverbände (Federführung Physio Zürich Glarus): Die derzeit im Kanton Zürich erhobenen Gebühren für die Ausstellung der Berufsausübungsbewilligung (BAB) sind im interkantonalen Vergleich unverhältnismässig hoch. Aus unserer Sicht stehen sie in keinem angemessenen Verhältnis zum tatsächlichen Verwaltungsaufwand.

Der Preisüberwacher des Bundes hat in seinem Bericht vom Februar 2024 empfohlen, die BAB-Gebühr auf maximal CHF 500 zu begrenzen. Dabei verweist er ausdrücklich auf die verfassungsrechtlich verankerten Prinzipien Kostendeckungsprinzip und Äquivalenzprinzip. In der Praxis handelt es sich bei der Ausstellung einer BAB um einen standardisierten Vorgang, der bei vollständigen Unterlagen in der Regel innerhalb von 60 bis 90 Minuten abgeschlossen ist. In den meisten anderen Kantonen liegen die Gebühren dementsprechend bei CHF 200 bis 300. Die Zürcher Praxis erscheint nicht nur überhöht, sondern auch wenig transparent. Diese unverhältnismässige Belastung trifft sowohl angestellte als auch selbstständig tätige Gesundheitsfachpersonen – in einem wirtschaftlich angespannten Umfeld und bei gleichzeitig wachsendem Fachkräftemangel. Für uns als Berufsverbände ist diese Entwicklung nicht nachvollziehbar. mfe Zürich erwartet daher eine grundlegende Überprüfung und deutliche Senkung der Gebührenstruktur für die Ausstellung der BAB im Kanton Zürich im Sinne einer fairen, transparenten und gesetzeskonformen Lösung.

## 11. Teil: Finanzierungsmassnahmen

### Paragraph 90

#### Geltendes Recht

-
---

#### Vorentwurf

<b>Medizinische Grundversorgung</b>
§ 90. <sup>1</sup> Die Direktion kann Anbieter der medizinischen Grundversorgung fördern.
<sup>2</sup> Zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung kann sie Anbietern der medizinischen Grundversorgung auf Gesuch hin und zeitlich befristet Beiträge gewähren, wenn:
a. sie für den gesamten Kanton beziehungsweise die Region von gesundheitspolitischer und versorgungstechnischer Bedeutung sind;
b. dadurch medizinische Grundversorgungsangebote unterstützt werden können;
c. eine klare Nachfrage besteht;
d. das medizinische Grundversorgungsangebot auf dem überregionalen Markt unversorgt ist;
e. die gesundheitspolizeilichen Bestimmungen eingehalten werden.

<sup>3</sup> Die Direktion kann Dritte mit der Durchführung von Massnahmen sowie mit deren Evaluierung beauftragen.

<sup>4</sup> Massnahmen Dritter kann sie ausnahmsweise bis zu 100 Prozent subventionieren, sofern das hinreichend begründet ist und der Zweck auf wirtschaftliche und wirkungsvolle Weise erreicht werden kann.

## Erläuterung

Nach Art. 117a Abs. 1 BV sorgen Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung. Es handelt sich um einen programmatischen Auftrag.

Abs. 1 normiert die Kompetenz der Direktion zur Förderung von Anbietern der medizinischen Grundversorgung. Darunter ist auch die Hausarztmedizin zu verstehen. Nicht dazu gehören Leistungen, die nur vereinzelt bestehen (z.B. Behandlung von sehr selten auftretenden Krankheiten) oder solche, die aus anderen Gründen lediglich in konzentrierter Form angeboten werden können (u.a. Verfügbarkeit von auf einzelne Krankheitsbilder gerichtetem Spezialwissen der Leistungserbringer, Qualitäts- und Sicherheitserfordernisse z.B. im Bereich hochspezialisierter Medizin, hohe technische Anforderungen oder finanzielle Auswirkungen).

Abs. 2 umschreibt die Voraussetzungen, unter denen Beiträge zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung gewährt werden können. Diese müssen kumulativ erfüllt sein.

Solche Beiträge werden nur auf begründetes Gesuch hin gewährt. Es besteht kein Anspruch auf eine Förderung («Kann-Bestimmung»), selbst, wenn alle Voraussetzungen erfüllt sein sollten. Eine Beitragsgewährung erfolgt stets befristet auf eine gewisse Zeit. Dies unterstreicht den Ausnahmecharakter solcher Beiträge.

Abs. 3 schafft eine gesetzliche Grundlage für die Möglichkeit zur Unterstützung von Massnahmen durch Dritte sowie die Evaluierung von Massnahmen.

Abs. 4 stellt die gesetzliche Grundlage für eine Subventionierung von Massnahmen Dritter dar. Es besteht kein Anspruch auf eine Subventionierung, deren Gewährung überdies von zusätzlichen Voraussetzungen abhängig ist.

## Sind Sie mit dem neuen Paragraphen einverstanden?

	völlig einverstanden
--	----------------------

## Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist sehr erfreut über die Anerkennung des dringlichen Handlungsbedarfes im Bereich der Grundversorgung und den gesetzlich dargelegten Unterstützungsmassnahmen. mfe Zürich regt an, dass die Unterstützungsleistungen über die finanzielle Unterstützung hinausgehen könnten. Massnahmen wie die Vermittlung vergünstigter/subventionierter Praxisräume in einem unversorgten Gebiet, einer Beratungs-/Unterstützungsstelle für Fragen zur Niederlassung/Praxiseröffnung, etc. wären denkbar.

## **Paragraph 91**

### **Geltendes Recht**

#### ***Schulen für nichtärztliches Gesundheitspersonal***

§ 20a.<sup>1</sup> An Schulen, die nichtärztliches Gesundheitspersonal ausbilden, können Staatsbeiträge nach Massgabe des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 14. Januar 2008 ausgerichtet werden. Sie können von der für das Bildungswesen zuständigen Direktion des Regierungsrates mit zusätzlichen Subventionen unterstützt werden, sofern sie eine ausreichende Ausbildung gewährleisten und einem Bedürfnis des Kantons dienen.

<sup>2</sup> Zusätzliche Subventionen können unter den gleichen Voraussetzungen auch an Schulen ausgerichtet werden, die eine Vorschulung für einen Fachberuf dieser Art anbieten.

<sup>3</sup> Der Regierungsrat kann die Voraussetzungen zur Gewährung zusätzlicher Subventionen konkretisieren und entscheidet über deren Art und Höhe. Sie werden unter der Bedingung gewährt, dass die Schulen den zürcherischen Spitälern und Pflegeheimen in angemessenem Umfang Personal zur Verfügung stellen.

### **Vorentwurf**

#### ***Schulen für nichtärztliches Gesundheitspersonal***

§ 91.<sup>1</sup> An Schulen, die nichtärztliches Gesundheitspersonal ausbilden, können Staatsbeiträge nach Massgabe des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 14. Januar 2008 ausgerichtet werden. Sie können von der für das Bildungswesen zuständigen Direktion des Regierungsrates mit zusätzlichen Subventionen unterstützt werden, sofern sie eine ausreichende Ausbildung gewährleisten und einem Bedürfnis des Kantons dienen.

<sup>2</sup> Zusätzliche Subventionen können unter den gleichen Voraussetzungen auch an Schulen ausgerichtet werden, die eine Vorschulung für einen Fachberuf dieser Art anbieten.

<sup>3</sup> Der Regierungsrat kann die Voraussetzungen zur Gewährung zusätzlicher Subventionen konkretisieren und entscheidet über deren Art und Höhe. Sie werden unter der Bedingung gewährt, dass die Schulen den zürcherischen Spitälern und Pflegeheimen in angemessenem Umfang Personal zur Verfügung stellen.

### **Erläuterung**

Die Bestimmung wird unverändert weitergeführt.

## **Paragraph 92**

### **Geltendes Recht**

## **Praktische Aus- und Weiterbildung**

§ 21. Der Kanton kann, soweit notwendig, den praktischen Teil der Grundausbildung sowie die Weiterbildung in Berufen des Gesundheitswesens in eigenen Einrichtungen fördern oder Dritte damit beauftragen.

## **Vorentwurf**

### **Praktische Aus- und Weiterbildung**

§ 92.<sup>1</sup> Der Kanton kann, soweit notwendig, die praktische Aus- und Weiterbildung in Berufen des Gesundheitswesens fördern oder Dritte damit beauftragen. Der Regierungsrat setzt diese Bestimmung ausser Kraft, wenn kein Fachkräftemangel mehr besteht.

<sup>2</sup> Der Kanton kann den ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens Subventionen für die Kosten der erteilten strukturierten Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten gemäss Medizinalberufegesetz ausrichten.

## **Erläuterung**

Das BBG verpflichtet den Kanton, bedarfsgerechte Aus- und Weiterbildungsangebote anzubieten. Seit dem 1. Januar 2002 liegt im Kanton Zürich die schulische Ausbildung in der Zuständigkeit der Bildungsdirektion (§ 1 Verordnung über die Schulen im Gesundheitswesen vom 30. Januar 2002 [LS 413.51]). Demgegenüber ist die Gesundheitsdirektion für die praktische Ausbildung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie die Weiterbildung zuständig. Sie kann bei der Förderung selbst tätig werden oder Dritte damit beauftragen, womit auch Organisationen der Arbeitswelt im Gesundheitswesen gemeint sind. Davon erfasst wird die Praxisausbildung aller reglementierten und anerkannten Stufen der Berufsbildung (EBA, EFZ, HF, FH).

Die Bestimmung ist neu als Sunset-Legislation ausgestaltet und wird ausser Kraft gesetzt, wenn der Fachkräftemangel nicht mehr besteht.

Abs. 2 bildet die Grundlage für die Ausrichtung von Subventionen an ambulante ärztliche Weiterbildungsstätten zur Finanzierung der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzte. Bei diesen Beträgen handelt es sich um neue Ausgaben im Sinne von § 3 Abs. 3 des Staatsbeitragsgesetzes. Die Weiterbildungsstätte muss vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) oder den Fachgesellschaften anerkannt sein (vgl. Motion KR-Nr. 325/2024 betreffend Weiterbildungsbeiträge für Assistenzärztinnen und -ärzte in ambulanten, vom SIWF und den Fachgesellschaften anerkannten Einrichtungen).

## **Sind Sie mit der Änderung einverstanden?**

	eher einverstanden
--	--------------------

## Allgemeine Bemerkungen

Zu Abs. 1: mfe Zürich regt an, dass dem Kanton im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel eine aktive Rolle zukommt. Gemäss Art. 113 der Kantonsverfassung hat der Kanton gemeinsam mit den Gemeinden «für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung» zu sorgen. Die Grundversorgung ist aktuell von einem starken Fachkräftemangel betroffen. mfe Zürich fordert den Kanton auf, die Nachwuchsförderung aktiv an die Hand zu nehmen und im Bereich Aus- und Weiterbildung gezielt Ressourcen einzusetzen. Eine Anpassung des Gesetzesartikels wird wie folgt vorgeschlagen: "Der Kanton ist verpflichtet, bei einer akuten oder drohenden Unterversorgung, die praktische Aus- und Weiterbildung in Berufen des Gesundheitswesens zu fördern oder Dritte damit zu beauftragen. Der Regierungsrat setzt diese Bestimmung ausser Kraft, wenn kein Fachkräftemangel mehr besteht."

Ergänzend dazu unterstreicht mfe Zürich, dass der Passus betreffend der Aussetzung der Bestimmung sprachlich anzupassen ist. Ein Fachkräftemangel tritt immer zeitlich verschoben zur Förderung der Aus- und Weiterbildungsbemühungen auf. Von Beginn bis zum Abschluss der Medizinausbildung dauert es 11-12 Jahre. Dies muss bei der Planung, respektive Aussetzung von Fördermassnahmen berücksichtigt werden.

Zu Abs. 2: mfe Zürich ist sehr erfreut, dass der Kanton infolge der Motion KR-Nr. 325/2024 eine Grundlage für die Ausrichtung von Subventionen auch an ambulante ärztliche Weiterbildungsstätten schafft. Dies ist für die Hausarztmedizin von immenser Bedeutung. Haus- und Kinderarztpraxen sind auf eine Finanzierung der Aufwände für Aus- und Weiterbildung angewiesen.

Im Bereich Pädiatrie ist die Ausgangslage anders. mfe Zürich verweist auf die Stellungnahme dazu des vkjz.

## Verbesserungsvorschlag

Zu Abs. 1: Eine Anpassung des Gesetzesartikels wird wie folgt vorgeschlagen: "Der Kanton ist verpflichtet, bei einer akuten oder drohenden Unterversorgung, die praktische Aus- und Weiterbildung in Berufen des Gesundheitswesens zu fördern oder Dritte damit zu beauftragen. Der Regierungsrat setzt diese Bestimmung ausser Kraft, wenn kein Fachkräftemangel mehr besteht."

# 14. Teil - 4. Abschnitt: Übergangsbestimmungen

## Paragraph 101

### Geltendes Recht

#### **c. Kantonale Zahnprothetikprüfung**

§ 33. Die Direktion regelt die Zulassungsvoraussetzungen zur kantonalen Zahnprothetikprüfung und erlässt ein Prüfungsreglement. Sie bestellt eine Prüfungskommission.

## **Vorentwurf**

### **Kantonale Zahnprothetikprüfung**

§ 101. Die Direktion regelt die Zulassungsvoraussetzungen zur kantonalen Zahnprothetikprüfung und erlässt ein Prüfungsreglement. Sie bestellt eine Prüfungskommission.

## **Erläuterung**

§ 33 des bisherigen GesG ist sowohl inhaltlich wie auch systematisch ein Fremdkörper. Die Bestimmung wird in die Übergangsbestimmungen verschoben, bis eine Nachfolgeregelung im einschlägigen Erlass zum Bildungsrecht Eingang gefunden hat. Hier sind derzeit Bestrebungen im Gange, die Prüfung neu als Ausbildung mit einem eidgenössisch anerkannten Abschluss auf Stufe Höhere Fachschule HF zu reglementieren. Zuständigkeitsshalber ist die Thematik (insbes. Begleitung der Neuausrichtung des Ausbildungsganges) inzwischen auch von der Gesundheitsdirektion an die Bildungsdirektion übertragen worden.

## **Paragraph 102**

### **Geltendes Recht**

-

## **Vorentwurf**

### **Bewilligungen**

§ 102. <sup>1</sup> Personen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes für die fachlich eigenverantwortliche Ausübung ihres Berufes nach § 2 keine Bewilligung brauchten, müssen spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes über eine Bewilligung nach diesem Gesetz verfügen.

<sup>2</sup> Personen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes über eine Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung der Akupunktur verfügten, sind weiterhin berechtigt, ihren Beruf unter dieser Bewilligung fortzuführen.

<sup>3</sup> Naturheilpraktikerinnen und -praktiker sowie Komplementärtherapeutinnen und -therapeuten, die nicht im Besitz eines eidg. Diploms HFP sind, sind weiterhin berechtigt, ihren Beruf ohne das entsprechende Diplom auszuüben, sofern sie den Nachweis einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im Umfang von durchschnittlich mindestens 40 Stellenprozenten vor Inkrafttreten dieses Gesetzes und einen Nachweis über eine formalisierte Ausbildung innert zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erbringen. Der Regierungsrat bezeichnet die formalisierten Ausbildungen.

<sup>4</sup> Personen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes für den Betrieb einer Einrichtung des Gesundheitswesens keine Bewilligung benötigten, müssen spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes über eine Bewilligung nach § 8 verfügen.

<sup>5</sup> Mit Ablauf der vorgenannten Fristen für den Erhalt der Bewilligung nach Abs. 1 und 3 oder zur Erbringung des Nachweises nach Abs. 2 unterstehen die Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens vollumfänglich den Bestimmungen zur Berufsausübung dieses Gesetzes.

## Erläuterung

Abs. 1: Hierunter fallen die neu der Bewilligungspflicht unterstehenden Podologinnen und Podologen EFZ, die Medizinischen Masseurinnen und Masseure mit eidg. Fachausweis, die eidg. dipl.

Naturheilpraktikerinnen und -praktiker HFP sowie die eidg. dipl. Komplementärtherapeutinnen und-therapeuten HFP. Damit wird ein auf drei Jahre befristeter Bestandesschutz der Tätigkeit ohne Bewilligung eingeräumt.

Abs. 2: Personen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes über eine Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung der Akupunktur verfügten, sind weiterhin berechtigt, ihren Beruf unter dieser Bewilligung fortzuführen. Hier wird auf das Erfordernis verzichtet, die Bewilligung in eine Bewilligung zur Berufsausübung als eidg. dipl. Naturheilpraktikerin oder -praktiker HFP (mit entsprechenden Voraussetzungen) zu überführen.

Abs. 3: Naturheilpraktikerinnen und -praktiker sowie Komplementärtherapeutinnen und -therapeuten, die nicht im Besitz eines eidg. Diploms HFP sind, wird ein unbefristeter Bestandesschutz für ihre weitere Berufsausübung gewährt, sofern sie innert zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes den Nachweis erbringen, dass sie ihren Lebensunterhalt zu einem wesentlichen Teil bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes mit Ausübung dieser Tätigkeit bestritten haben. Gleichzeitig haben sie nachzuweisen, dass sie eine formalisierte Ausbildung in einer Aus- oder Weiterbildungseinrichtung absolviert haben, auch wenn diese nicht eidgenössisch anerkannt ist. Zum Nachweis der Berechtigung zur Berufsausübung kann ihnen die Vollzugsbehörde eine Bescheinigung analog zu einer Berufsausübungsbewilligung ausstellen.

Unter Abs. 4 fallen die Organisationen der therapeutischen Berufe nach KVG, die bisher keiner Bewilligungspflicht unterstanden, soweit sie eine entsprechende Betriebsgrösse erreichen. Das sind die Organisationen der Hebammen, der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie, der Ernährungsberatung, der psychologischen Psychotherapie und der Podologie. Sie müssen bereits im Hinblick auf die Zulassung als Leistungserbringer zur Abrechnung zulasten der OKP ein formelles Verfahren durchlaufen. In diesen Fällen können die Verfahren parallel geführt und aufwandreduzierend ausgestaltet werden.

Ebenso fallen Einrichtungen der übrigen reglementierten Berufe darunter, soweit sie eine entsprechende Betriebsgrösse erreichen. Es handelt sich um Einrichtungen der Osteopathie, der Optometrie, der Dentalhygiene, der Zahnprothetik, der Medizinischen Massage und der Naturheilpraktik oder Komplementärtherapie, ferner Labore, die keiner Bewilligungspflicht des Bundes unterstehen.

## Paragraph 103

### Geltendes Recht

## **Vorentwurf**

### **Patientendokumentation**

§ 103. Wer zur Führung von Patientendokumentationen verpflichtet ist, hat innert drei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes auf eine elektronische Führung der Patientendokumentation umzustellen. Erfolgt die Anpassung nicht fristgemäß, kann die Bewilligung entzogen werden.

## **Erläuterung**

Die Übergangsfrist zur Umstellung auf eine elektronische Führung der Patientendokumentation ist notwendig, damit die Verpflichteten in der Lage sind, die notwendige Infrastruktur aufzubauen. Die längere Frist von drei Jahren soll insbesondere dazu dienen, eine Verschärfung des Fachkräftemangels vorzubeugen, indem noch nicht digital arbeitende Gesundheitsfachpersonen nicht allein wegen der elektronischen Führung der Patientendokumentation frühzeitig aus dem Markt ausscheiden, wenn sie ihre Praxis nicht mehr digitalisieren wollen.

Die Pflicht zur elektronischen Führung betrifft dabei nur künftige Einträge in die gegebenenfalls bereits vorhandene Patientendokumentation. Eine Verpflichtung, bestehende Patientendokumentationen zu digitalisieren und elektronisch verfügbar zu halten, besteht nicht. Der Nachvollzug auch bisher auf Papier geführter Dokumentationen ist zu gewährleisten.

### **Sind Sie mit dem neuen Paragraphen einverstanden?**

	gar nicht einverstanden
--	-------------------------

## Allgemeine Bemerkungen

mfe Zürich ist mit dem Gesetzesvorschlag aufgrund der starren Frist von 3 Jahren gar nicht einverstanden. mfe Zürich plädiert für die Einführung einer angepassten Übergangsfrist betreffend der Führung von Patienteninformationen. Der Kanton nennt korrekterweise die Relevanz der Übergangsfrist, damit verhindert werden kann, dass sich der Fachkräftemangel deswegen weiter zuspitzt. In der Tat ist 1/4 aller berufstätigen Ärzt:innen über 60 Jahre alt. Studien zeigen, dass Ärzt:innen häufig gewillt sind, bis zum Pensionsalter und auch weit darüber hinaus tätig zu sein. Gemäss einer kürzlich durchgeföhrten Studie von mfe Zürich bewegt sich das geplante Pensionsalter der Befragten zwischen 60 und 79 Jahren. Sie bringen einen überdurchschnittlich grossen Patientenstamm mit sich. Gleichzeitig werden zunehmende bürokratische und administrative Aufwände häufig als Grund genannt, weshalb die geplante Pensionierung vorgezogen wird. Die Einführung eines elektronischen Patienteninformationsystems hat neben technischen Hürden erhebliche finanzielle Auswirkungen. Ist die Beendigung der Praxistätigkeit in den darauffolgenden 5 Jahren geplant, lohnt sich diese Investition in vielen Fällen nicht - ob für die Praxis eine Nachfolge gefunden werden kann, bleibt in den meisten Fällen bis kurz vor Praxisschliessung unklar. mfe Zürich befindet eine Übergangsfrist von 3 Jahren für Ärzt:innen bis 55 Jahre (zum Zeitpunkt der Einführung) als vertretbar. Für Personen über 55 Jahre soll auf eine zwingende Umstellung auf ein elektronisches Patienteninformationssystem verzichtet werden, um eine frühzeitige Beendigung der Arbeitstätigkeit / einer Frühpensionierung (ab 60 Jahren) zu verhindern. Für Ärzt:innen über 55 Jahren sollen bei der Umstellung auf freiwilliger Basis die Möglichkeiten für eine finanzielle Unterstützung durch den Kanton geprüft werden.

## Paragraph 104

### Geltendes Recht

-

### Vorentwurf

**Disziplinarmassnahmen**

§ 104.<sup>1</sup> Die in § 77. vorgesehenen Disziplinarmassnahmen finden keine Anwendung auf Vorfälle, die sich vor Inkrafttreten dieses Gesetzes ereignet haben.

<sup>2</sup> Auf Grund der Verletzung von Berufspflichten, die sich vor Inkrafttreten dieses Gesetzes ereignet hat, kann ein befristetes oder definitives Verbot der Berufsausübung ausgesprochen werden, wenn es zum Schutz der öffentlichen Gesundheit unabdingbar erscheint.

### Erläuterung

Abs. 1 hält fest, dass grundsätzlich keine Rückwirkung dieses Gesetzes für Disziplinarmassnahmen vorgesehen ist. Verfehlungen, die sich vor Inkrafttreten dieses Gesetzes ereignet haben, können folglich keine disziplinarrechtlichen Folgen gemäss diesem Gesetz nach sich ziehen.

Abs. 2 regelt die Ausnahme dazu. In Anlehnung an Art. 67 Abs. 2 MedBG wird bestimmt, dass ein Berufsverbot in besonders schwerwiegenden Fällen auch dann möglich ist, wenn sich eine Verletzung der Berufspflichten vor Inkrafttreten dieses Gesetzes ereignet hat.

## Geltendes Recht

## Vorentwurf

### ***Inkrafttreten***

Dieses Gesetz tritt am ersten Tag des zweiten Monats nach dem unbenützten Ablauf der Referendumsfrist oder nach seiner Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.

## Erläuterung