

KOMMENTIERUNG ZU

Art. 117a BV

Ein Kommentar von *Ralph Trümpler / Gregori Werder*
Herausgegeben von *Stefan Schlegel / Odile Ammann*

ZITIERVORSCHLAG

Ralph Trümpler / Gregori Werder, Kommentierung zu Art. 117a BV, in: Stefan Schlegel / Odile Ammann (Hrsg.), Onlinekommentar zur Bundesverfassung – Version: 24.02.2023: <https://onlinekommentar.ch/de/kommentare/bv117a> (besucht am 11. April 2023).

Kurzzytat: OK-Trümpler / Werder, N XXX zu Art. 117a BV.

Art. 117a Medizinische Grundversorgung

¹ Bund und Kantone sorgen 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.

² Der Bund erlässt Vorschriften über:

- a. die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe;
- b. die angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin.

I. ENTSTEHUNGSGESCHICHTE

1) Die Bestimmung von Art. 117a BV zur «Medizinischen Grundversorgung» geht in ihren Ursprüngen auf die **Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»** zurück, die am 27.04.2010 zustande kam.^① Die Initiantinnen und Initianten hatten aus Sorge um die Zukunft und Bedeutung der Hausarztmedizin in der Schweiz die Volksinitiative in der Form eines ausgearbeiteten Entwurfs eingereicht. Deren Ziel war es, den Berufsstand imagemässig und finanziell attraktiver zu machen und damit einhergehend den sich schon länger abzeichnenden Hausärztemangel zu mildern.^② Die Initiative bezweckte, durch entsprechende Korrekturen auch weiterhin eine

«ausreichende, allen zugängliche, flächendeckende, fachlich umfassende und qualitativ hochstehende ambulante medizinische Grundversorgung der schweizerischen Bevölkerung durch Hausärztinnen und Hausärzte» zu gewährleisten.⁽³⁾

2) Der Bundesrat erachtete die Hausarztmedizin zwar ebenfalls als einen wichtigen Pfeiler der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung, **lehnte die Volksinitiative** aber aus anderen Gründen **ab**. Zusammengefasst war er der Ansicht, dass die Forderungen der Initiantinnen und Initianten zum einen auf Gesetzes- und Verordnungsebene bereits eingelöst seien, und dass zum anderen hinsichtlich anderer Forderungen bereits Massnahmen eingeleitet oder vorgesehen seien.⁽⁴⁾ Sodann bezeichnete er die Erwähnung einer einzelnen Berufsgruppe und den hohen Detaillierungsgrad unter Verwendung zahlreicher ungeklärter Begriffe als bedenklich und problematisch.⁽⁵⁾

3) Dennoch anerkannte der Bundesrat einen grundsätzlichen Handlungsbedarf und gestand sich zu, dass es einen **direkten Gegenentwurf** brauchte.⁽⁶⁾ In den eidgenössischen Räten wurde dieser Gegenentwurf dann modifiziert, indem die Räte eine Bestimmung einfügten, wonach die Leistungen der Hausarztmedizin angemessen abzugelten seien.⁽⁷⁾ Damit wurde ein Kompromiss zwischen den Anliegen der Initiative und dem Gegenentwurf des Bundesrates gesucht⁽⁸⁾ und gefunden. Diese Kompromisslösung bewog die Initiantinnen und Initianten zum Rückzug der Initiative.⁽⁹⁾ Konkret liess sich das Initiativkomitee am 27.09.2013 dahingehend vernehmen, dass mit der Verabschiedung des Gegenentwurfs vom 19.09.2013 durch das Parlament und der Erarbeitung eines Masterplans «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» die wesentlichen Forderungen der Initiative aufgegriffen und entsprechende Massnahmen eingeleitet würden.⁽¹⁰⁾ Die Volksinitiative wurde aus diesem Grund am 26.09.2013 zurückgezogen.⁽¹¹⁾

4) Neben dem Kompromiss in der Formulierung der Verfassungsbestimmung erwies sich auch der **Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung»** als bedeutend für den Rückzug der Initiative.⁽¹²⁾ Er bezweckte die Stärkung der wohnortsnahen Grundversorgung über die Förderung der Hausarztmedizin mit kantonalen Umsetzungsmassnahmen (wie z.B. Schaffung von Praxisassistentenstellen durch die Kantone) und wollte auf nationaler Ebene den Fokus auf die Bildung, Fragen der Tarifstruktur und die Forschung richten.⁽¹³⁾

5) In der **Volksabstimmung** vom 18.05.2014 wurde der direkte Gegenentwurf mit einem Ja-Stimmen-Anteil von mehr als 88% und von allen Ständen angenommen.⁽¹⁴⁾

II. KOMMENTAR I.E.S.

A. Medizinische Grundversorgung und Hausarztmedizin (Abs. 1)

1. Kompetenzordnung und Fokus

6) Bund und Kantone haben den programmatischen Gehalt⁽¹⁵⁾ der Bestimmung «im Rahmen ihrer Zuständigkeiten» (Art. 117a Abs. 1 BV, erster Satzteil) zu erfüllen. Art. 117a BV bleibt im Bereich der Gesundheitsversorgung also weitgehend ohne Einfluss auf die **Kompetenzverteilung** zwischen Bund und Kantonen.⁽¹⁶⁾ Es werden weder auf Bundes- noch auf kantonaler Ebene neue Kompetenzen begründet.⁽¹⁷⁾ Dass Art. 117a Abs. 1 BV auf die bereits nach Enumerationsprinzip begründeten Bundeskompetenzen und die subsidiäre Generalkompetenz der Kantone nach Art. 3 BV abstellt, wurde schon im Vorfeld der Abstimmung zum Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung betont. Namentlich wurde darauf hingewiesen, dass mit dem Erlass von Art. 117a BV keine Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen verschoben würden und der Verfassungsartikel in dem Sinne «föderalismusverträglich» sei.⁽¹⁸⁾

7) Auch wenn die Bestimmung die bisherige Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen nicht tangiert, respektive Art. 117a Abs. 1 BV die bundesstaatlichen Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht verschieben wollte, so dürfte sie dennoch einen **Einfluss auf die Wahrnehmung von staatlichen Aufgaben** und das entsprechende Gefüge in der schweizerischen Gesundheitsversorgung haben:⁽¹⁹⁾ Die Aussage nämlich, dass Bund und Kantone (im Rahmen ihrer Zuständigkeiten) für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen haben, fördert die Vorstellung einer zwingend staatlichen und – handkehrum – nicht ausreichenden, privaten Gewährleistungsverantwortung und -mentalität. Art. 117a Abs. 1 BV setzt denn auch gerade bei jener (*ambulant*) Gesundheitsversorgung der Bevölkerung an, die bis anhin und traditionellerweise nicht durch den Staat, sondern durch Private bereitgestellt und gewährleistet worden ist (wie z.B. die Hausarztmedizin). Die Verfassungsbestimmung kann mit einem solchen Fokus – absichtlich oder

unabsichtlich – neue Erwartungshaltungen an eine in diesem Umfang bis anhin nicht bestehende staatliche Gewährleistungsverantwortung schaffen.

2. Ausreichender Zugang zu medizinischer Grundversorgung von hoher Qualität (Abs. 1, Satz 1)

a. «Medizinische Grundversorgung»

8) Beim Begriff der **medizinischen Grundversorgung** handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff.⁽²⁰⁾ Sein Gehalt ist auf den ersten Blick unklar und im Rahmen der Auslegung zu ermitteln. Mit Blick auf den Verfassungstext ist dabei einzig klar, dass die durch Private gewährleistete hausärztliche Versorgung ein «wesentlicher Bestandteil dieser Grundversorgung» (vgl. Art. 117a Abs. 1 Satz 2 BV) darstellt, woraus gefolgert werden kann, dass unter Grundversorgung – nebst anderem – Hausarztmedizin zu verstehen ist. Darüber hinaus trägt der Wortlaut wenig zum Verständnis des Begriffes als solchen oder seiner Tragweite bei – diese Aussage trifft aber grundsätzlich auch auf die anderen in der Verfassung verwendeten Begriffe mit Bezug zur Medizin zu, wie «Spitzenmedizin» (Art. 48a Abs. 1 lit. h BV) oder «Komplementärmedizin» (Art. 118a BV) und «Fortpflanzungsmedizin» (Art. 119 BV).

9) Es ist insbesondere Gächter und Renold-Burch zu verdanken, dass der Begriff «Medizinische Grundversorgung» mittlerweile schärfere **Konturen** erhalten hat. Deren überzeugende Auslegung nach Begriffselementen, fachpersonenbezogenen und bedarfsspezifischen Kriterien sowie über internationale Begriffe und Konzepte hat sich etabliert und vermittelt in der Gesamtschau ein gutes Verständnis davon, was alles unter medizinischer Grundversorgung zu verstehen ist.⁽²¹⁾ Hieran orientieren sich auch die folgenden Ausführungen.

10) Es sind vorab zwei *Begriffselemente* zu unterscheiden: Die (medizinische) Gesundheitsversorgung einerseits und die Grundversorgung andererseits. Die **Gesundheitsversorgung** betrifft die institutionelle Seite des Gesundheitswesens, also die Planung, den Bau und den Betrieb, namentlich von stationären Gesundheitseinrichtungen, aber auch den ambulanten Bereich im Sinne des Betriebs von Arztpraxen und ambulanten Gesundheitszentren. Auch wenn letzterer Bereich vorwiegend und traditionell privatwirtschaftlich organisiert ist, lässt sich eine gewisse Tendenz feststellen, dass immer öfters etwa öffentlich-rechtliche Spitäler in den ambulanten Bereich vordringen und beispielsweise ambulante Gesundheitszentren betreiben.⁽²²⁾ Nach der Ansicht von Gächter/Renold-Burch sei im Übrigen darauf zu achten, den Begriff der Gesundheitsversorgung nicht mit demjenigen des

Gesundheitswesens zu verwechseln – Ersteres umfasse die medizinische Versorgung (Diagnose und Behandlung von Gesundheitsstörungen, Krankheiten und Unfällen), Letzteres habe darüber hinaus das Ziel den Gesundheitszustand der Bevölkerung «zu erhalten und zu verbessern» (weshalb insbesondere auch Pflege, Rehabilitation und Bereiche wie Gesundheitsförderung oder Prävention dazu gehörten).⁽²³⁾

11) Der Begriff der **Grundversorgung** ist nach hier vertretener Ansicht und mit Blick auf die Botschaft des Bundesrates zur Hausarztmedizin so zu verstehen, dass Leistungen der Grundversorgung zwar über die minimale medizinische Hilfe, auf die eine Person in einer Notlage gestützt auf Art. 12 BV Anspruch hat, hinausgehen. Dennoch können nicht unbegrenzt unter diesem Titel sämtliche Arten medizinischer Leistungen in Anspruch genommen werden. Vielmehr ist wohl bereits dort eine Grenze zu ziehen, wo in freien Berufen tätige Fachspezialisten Behandlungen übernehmen (müssen) oder medizinische Leistungsangebote aus anderen Gründen nur noch in konzentrierter bzw. spezialisierter Form angeboten werden (können). Beispielhaft schliesst etwa auch die Botschaft in diesem Sinne Leistungen von der medizinischen Grundversorgung aus, 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).⁽²⁴⁾

12) In der Botschaft zu seinem direkten Gegenentwurf konkretisiert der Bundesrat den Begriff «Medizinische Grundversorgung» zunächst *berufsgruppenspezifisch* und ordnet diesem neben den Hausärztinnen und Hausärzten auch Pflegefachpersonen, Apothekerinnen und Apotheker, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie klinische Psychologinnen und Psychologen zu.⁽²⁵⁾ Ausserdem würden auch weitere ärztliche sowie nicht ärztliche Gesundheitsfachpersonen wesentliche Beiträge zur medizinischen Grundversorgung leisten.⁽²⁶⁾ Hinzu kommt die Kategorie der sog. Gesundheitsberufe (wie z.B. Hebammen, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater), die heute in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe (GesBG) fallen.⁽²⁷⁾ Entsprechend ist die in Art. 117a BV angesprochene «Medizinische Grundversorgung» als eine Art Verbundaufgabe von verschiedenen Berufsgattungen mit verschiedenen Ausrichtungen und Funktionen zu sehen.⁽²⁸⁾

13) Sodann legt der Bundesrat den Begriff *bedarfspezifisch* und dementsprechend funktional⁽²⁹⁾ aus. Die Umschreibung dessen, was unter Leistungen medizinischer

Grundversorgung zu verstehen sei, orientiere «sich am üblichen Bedarf der Bevölkerung an grundlegenden präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen medizinischen Gütern und Dienstleistungen». Hierbei sei es massgebend, dass die grundlegenden Leistungen der Grundversorgung erfahrungsgemäss regelmässig von der breiten Bevölkerung oder den einzelnen Bevölkerungsgruppen beansprucht werden.

14) Schliesslich tendieren Gächter und Renold-Burch dazu, die «Medizinische Grundversorgung» mit dem englischen Begriff der «**Primary Health Care**», also der primären Gesundheitsversorgung, gleichzusetzen.⁽³⁰⁾ Unter Verweis auf die Definition der WHO⁽³¹⁾ sind hierunter zusammengefasst medizinische Basisdienstleistungen zu verstehen, die allen Menschen zugänglich sein sollen.

b. Programmatische Verpflichtung von Bund und Kantonen

15) Art. 117a Abs. 1 BV sieht vor, dass Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine medizinische Grundversorgung zu sorgen⁽³²⁾ haben, welche den Kriterien «ausreichend», «allen zugänglich» und «von hoher Qualität» entspricht. Es handelt sich hierbei um einen **programmatischen Auftrag**, der weder konkrete Ziele vorgibt noch individuelle Leistungsansprüche begründet.⁽³³⁾ Auch wenn die verwendeten Begriffe nicht justiziabel sind, geben die drei genannten Kriterien einen quantitativen und qualitativen Massstab für die im Land gewünschte «medizinische Grundversorgung» vor. Diesen Massstab gilt es bei der Umsetzung der programmatischen Verpflichtung zu berücksichtigen, wobei man den zuständigen Staatsorganen einen weiten Spielraum bei der Umsetzung einräumen muss.⁽³⁴⁾

16) Zunächst ist vorgesehen, dass die medizinische Grundversorgung «**allen zugänglich**» zu sein hat. Das Kriterium der Zugänglichkeit ist geografisch, finanziell und auch zeitlich zu verstehen⁽³⁵⁾ und verpflichtet Bund und Kantone, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten dafür zu sorgen, dass die Leistungen der medizinischen Grundversorgung innert angemessener Zeit und unter angemessenem Aufwand durch die Bevölkerung in allen Landesteilen erreichbar sind.⁽³⁶⁾ In welcher Form dabei die Zugänglichkeit zu einzelnen medizinischen Grundversorgungsleistungen gewährleistet wird oder werden kann – beispielsweise in telemedizinischer, digitaler oder physischer Form – ist wandelbar und entsprechend abhängig von den jeweiligen technischen Möglichkeiten und dem Stand der Wissenschaft und der Medizin. Leistungen der medizinischen Grundversorgung müssen sodann für alle gleichermassen finanzierbar sein, andernfalls der Zugang einzelnen Bevölkerungsschichten verwehrt würde. Zu

beachten gilt es aber auch hier, dass nicht alle Leistungskategorien unter den Begriff «Medizinische Grundversorgung» fallen.

17) Dass die medizinische Grundversorgung sodann «**von hoher Qualität**» sein muss, hat Auswirkungen in dreierlei Hinsicht. Erstens haben Bund und Kantone dafür zu sorgen, dass die in der medizinischen Grundversorgung engagierten Gesundheitsfachpersonen über eine gut aufeinander abgestimmte Aus- und Weiterbildung verfügen. Gemäss bundesrätlicher Botschaft zur Hausarztmedizin bedingt eine hohe Qualität des Weiteren, dass die Leistungen in gegenseitiger Abstimmung und Vernetzung erfolgen. Schliesslich greift die Bestimmung auch auf individueller Ebene und verlangt eine hohe Qualität der Leistungserbringung durch die einzelnen Leistungserbringerinnen und -erbringer.⁽³⁷⁾

18) Was unter dem Kriterium «*ausreichend*» zu verstehen ist, lässt sich der bundesrätlichen Botschaft zur Hausarztmedizin nicht explizit entnehmen. Immerhin wird dort bei den Ausführungen zur Qualität festgehalten, dass die Leistungen in «notwendigem Ausmass» angeboten werden müssen.⁽³⁸⁾ Das notwendige Ausmass sei dann erreicht, wenn sowohl eine Unter- als auch eine Über- oder Fehlversorgung vermieden werde. Interessanterweise ist somit in der Bestimmung nicht nur eine programmatische Verpflichtung angelegt. Sie wirkt gleichermassen auch begrenzend. Damit wird auch dem Grundsatz gemäss Art. 43a Abs. 5 BV, wonach staatliche Aufgaben bedarfsgerecht und wirtschaftlich erfüllt werden müssen, Rechnung getragen.

3. Anerkennung und Förderung der Hausarztmedizin (Abs. 1, Satz 2)

19) Neben der programmatischen Verpflichtung von Bund und Kantonen, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen (Art. 117a Abs. 1 Satz 1 BV), verpflichtet Art. 117a Abs. 1 Satz 2 BV auch dazu, die **Hausarztmedizin** als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung anzuerkennen und zu fördern. Die explizite Nennung der Hausarztmedizin als Teil der medizinischen Grundversorgung soll deren Bedeutung als eigentliches Rückgrat der ärztlichen Grundversorgung hervorheben. Damit erfüllt Art. 117a Abs. 1 Satz 2 BV den an Bund und Kantone gerichteten Auftrag, die Hausarztmedizin anzuerkennen, gleich selbst. Allerdings geht aus dem Wortlaut der Bestimmung auch hervor, dass die medizinische Grundversorgung nicht nur von der Hausarztmedizin gewährleistet wird, sondern

auch andere Berufsgruppen – seien es ärztliche oder nicht-ärztliche – ihren Beitrag leisten.⁽³⁹⁾

20) Die Bedeutung des **Begriffs der Hausarztmedizin** war während langer Zeit unklar. In den bundesrätlichen Botschaften zur Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» und zur Revision des Medizinalberufegesetzes wurde die Begrifflichkeit dann aber griffig definiert.⁽⁴⁰⁾ Demgemäss wird heute «die Hausarztmedizin als ein schwergewichtig auf die Primärversorgung ausgerichtetes ärztliches Tätigkeitsgebiet verstanden [...]».⁽⁴¹⁾

21) Das entsprechende **Begriffsverständnis** hat mittlerweile auch Eingang ins Gesetz gefunden. Letztlich wurde damit einem berechtigten Anliegen der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» Rechnung getragen.⁽⁴²⁾ So definiert das Medizinalberufegesetz die zentrale Bedeutung und Funktion der Hausarztmedizin als ein berufsspezifisches Ausbildungsziel der Human- und Zahnmedizin sowie der Chiropraktik.⁽⁴³⁾ Des Weiteren ist dort die Steuerungsfunktion der Hausarztmedizin als Weiterbildungsziel definiert.⁽⁴⁴⁾ Schliesslich wird auch an selber Stelle vorgegeben, dass die spezifischen hausärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich der Hausarztmedizin zum Teil im Rahmen von Praxisassistenzen zu erwerben sind⁽⁴⁵⁾.

22) Überdies handelt es sich bei der Hausarztmedizin um eine von zwei Ausrichtungen (die andere ist diejenige als Spitalinternistin oder Spitalinternist), die im Rahmen der Weiterbildung zur Erlangung des Weiterbildungstitels «Allgemeine Innere Medizin» eingeschlagen werden kann.⁽⁴⁶⁾ Zur weiteren Konturierung des Begriffs bietet es sich somit an, auf die im Rahmen dieser **Weiterbildung** zu erlangenden Kompetenzen zu verweisen. So muss die Fachperson am Ende ihrer Weiterbildung über die Kompetenz verfügen, im ganzen Spektrum der ambulanten Versorgung tätig zu sein. Sie muss in der Lage sein zu beurteilen, welche Abklärungen, Untersuchungen und Therapien in welchem Zeitraum angezeigt sind und muss – das ist zur Klärung des Begriffs entscheidend – die «häufigsten» der solchen selbst durchführen können. Bei Bedarf ist aber eine Spezialistin oder ein Spezialist beizuziehen.⁽⁴⁷⁾ Daraus lässt sich folgern, dass die Hausarztmedizin eine erste Anlaufstelle bildet, die öfter selber in der Lage ist, die medizinisch relevanten Schritte vorzunehmen.

23) Als gesichert kann schliesslich gelten, dass die Leistungen der Personen mit den **Weiterbildungstiteln** Allgemeine Innere Medizin (vormals Allgemeinmedizin und Innere Medizin), praktische Ärztin oder Arzt sowie Kinder- und Jugendmedizin zur

Hausarztmedizin zu zählen sind. Es handelt sich hierbei um diejenigen Personen, die bei der Wiedereinführung des sog. Zulassungsstopps gemäss Art. 55a KVG im Jahr 2013 von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen waren⁽⁴⁸⁾ und mithin vom Gesetzgeber als Grundversorger erkannt wurden.

B. Gesetzgebungsaufträge an den Bund (Abs. 2)

1. Allgemeiner Regelungsgehalt und Kompetenzordnung

24) Während der Auftrag an Bund und Kantone gemäss Art. 117a Abs. 1 BV rein programmatischer Natur ist, erteilt Art. 117a Abs. 2 BV dem Bund einen **Gesetzgebungsauftrag** und damit die Pflicht, im Bereich der Aus- und Weiterbildung und der Berufsausübung sowie hinsichtlich der Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin regulatorisch tätig zu werden.⁽⁴⁹⁾ Da dem Bund diese Kompetenz zumindest im privatrechtlichen Bereich bereits aufgrund von Art. 95 BV und im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung gestützt auf Art. 117 BV zukam, wird dem Gesetzgebungsauftrag mitunter auch reiner Appellcharakter zugeschrieben.⁽⁵⁰⁾ Dennoch ist festzuhalten, dass im Bereich der medizinischen Grundversorgung die Bestimmung heute sowohl für den privatrechtlichen Bereich als auch für die Berufsausübung im öffentlich-rechtlichen Sektor eine umfassende, nachträglich derogatorische Bundeskompetenz begründet.⁽⁵¹⁾ Deren genauer Umfang erschliesst sich durch die Auslegung der Begriffe der «Berufe der medizinischen Grundversorgung», die «Aus- und Weiterbildung» bzw. «Ausübung» sowie der «Leistungen der Hausarztmedizin».⁽⁵²⁾

2. Berufe der medizinischen Grundversorgung

25) Was den Begriff der medizinischen Grundversorgung betrifft, ist auf die obenstehenden Ausführungen zu verweisen.⁽⁵³⁾ Bei der Frage, durch welche **Berufsgruppen** die Leistungen der medizinischen Grundversorgung erbracht werden, ging der Bundesrat bei der Ausarbeitung von Art. 117a Abs. 2 BV grundsätzlich davon aus, dass die Berufe der medizinischen Grundversorgung im Einzelnen durch den Gesetzgeber festzulegen seien.⁽⁵⁴⁾ Er wies an gleicher Stelle aber auch ausdrücklich darauf hin, dass der Anwendungsbereich nicht auf die klassischerweise als Hausärzte bezeichneten ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger beschränkt sei. Auch weitere ärztliche sowie auch nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen (wie z.B. im zahnmedizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Bereich, Ernährungsberatung, Ergo- und Physiotherapie, Radiologie

und Rettungssanität) leisten wesentliche Beiträge zur medizinischen Grundversorgung und fallen somit unter diesen Begriff.⁽⁵⁵⁾ Die Offenheit des Wortlautes der Bestimmung, in der «Berufe» geregelt werden und nicht «die Berufe», lässt hierbei explizit Raum dafür, abhängig von der medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklung, auch weitere Berufe als die heute bekannten darunter zu subsumieren.⁽⁵⁶⁾ Für die Definition und das Erfassen von neuen Gesundheitsberufen dürfte sich heute das am 01.02.2020 in Kraft getretene Gesundheitsberufegesetz als massgebend erweisen, zumal dieses gestützt auf Art. 117a Abs. 2 lit. a BV ergangen ist⁽⁵⁷⁾.

3. Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung und die Berufsausübung (lit. a)

26) Wie zuvor dargelegt, räumt Art. 117a Abs. 2 lit. a BV dem Bund eine umfassende Kompetenz zur **Regelung der Aus- und Weiterbildung** der Berufe der medizinischen Grundversorgung ein.⁽⁵⁸⁾ Des Weiteren erhält der Bund die Kompetenz, auch betreffend die Ausübung dieser Berufe auf Bundesebene einheitliche Bestimmungen zu erlassen. Unter Aus- und Weiterbildung ist ein «Kontinuum zu verstehen, das die berufliche Grundausbildung, die Ausbildung an höheren Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten, die berufsorientierte Weiterbildung und die postgraduale akademische Weiterbildung umfasst. Die Weiterbildung dient dazu, die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen zu vertiefen und zu erweitern beziehungsweise sich in einem bestimmten Fachgebiet oder Tätigkeitsfeld zu spezialisieren.»⁽⁵⁹⁾

27) Der Bund ist seiner Verpflichtung mit dem Erlass des **Medizinalberufegesetzes** (MedBG) und des **Psychologieberufegesetzes** (PsyG) bereits nachgekommen und hat für die Bestimmungen in diesen beiden Erlassen nachträglich eine (zusätzliche) Verfassungsgrundlage geschaffen. Im Bereich der Gesundheitsberufe hat er den Verfassungsauftrag mit Erlass des **Gesundheitsberufegesetzes** (GesBG)⁽⁶⁰⁾ erfüllt. Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass mit dem Erlass des Gesundheitsberufegesetzes auch der Ingress des Medizinalberufe- wie auch des Psychologieberufegesetzes um Art. 117a Abs. 2 BV ergänzt wurde. Dies als eine direkte Folge davon, dass Art. 117a Abs. 2 BV die Regelungskompetenz des Bundes, die zuvor auf den privatrechtlichen Bereich beschränkt war, auf den öffentlich-rechtlichen Sektor ausgedehnt hat.⁽⁶¹⁾ Den Zweckbestimmungen dieser Erlasse lässt sich entnehmen, dass diese nebst anderem die Aus- und Weiterbildung sowie die Berufsausübung der Personen zum Gegenstand haben, die in deren subjektiven Anwendungsbereich fallen.

4. Angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin (lit. b)

28) Mit der Verpflichtung des Bundes, Vorschriften über eine angemessene **Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin** zu schaffen, wurde eine, wenn nicht die zentrale Forderung der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» erfüllt. Immerhin war die finanzielle Benachteiligung der Hausarztmedizin gegenüber dem Fachspezialistinnen und Fachspezialisten einer der Hauptgründe für deren Lancierung.⁽⁶²⁾ Ohne dieses Entgegenkommen bei Ausarbeitung des Gegenentwurfs hätte das Initiativkomitee seine Initiative wohl nicht zurückgezogen.⁽⁶³⁾ Obschon es sich im Grunde genommen bereits aus dem Verfassungstext ergibt, ist darauf hinzuweisen, dass explizit nur die Leistungen der Hausarztmedizin in den Genuss dieser verfassungsrechtlichen Privilegierung kommen und nicht die «Berufe der medizinischen Grundversorgung» gemäss lit. a der Bestimmung.⁽⁶⁴⁾

29) Die Abgeltung erfolgt nicht über ein System von Direktzahlungen. Vielmehr wurde ein Weg über eine entsprechende **Ausgestaltung der sozialversicherungsrechtlichen Tarifstrukturen und Preislisten**, wie den TARMED und die Analysenliste, gefunden.⁽⁶⁵⁾ Was unter einer *angemessenen* Abgeltung zu verstehen ist, lässt sich hingegen kaum sachgemäss konkretisieren. Die Verfassung lässt dem Gesetzgeber hier einen Handlungsspielraum, wie er weiter kaum sein könnte. Letzten Endes ist der Auffassung von Gächter/Renold-Burch zuzustimmen, dass sich die Angemessenheit der Abgeltung «am Ziel der Stärkung [...] der Hausarztmedizin messen lassen» muss.⁽⁶⁶⁾

EMPFOHLENE WEITERFÜHRENDE LEKTÜRE

Burch Stephanie, Staatliche Gesundheitsförderung und Prävention, Zürich/Basel 2014.

Gutzwiller Felix/Jeanneret Olivier (Hrsg.), Sozial- und Präventivmedizin Public Health, 2. Aufl., Bern 1999.

Landolt Hardy, Öffentliches Gesundheitsrecht, Public Health Law, Zürich/St. Gallen 2009.

Müller Markus, Zwangsmassnahmen als Instrument der Krankheitsbekämpfung, Basel 1992.

Poledna Tomas/Berger Brigitte, Öffentliches Gesundheitsrecht, Bern 2002.

Poledna Tomas/Kieser Ueli (Hrsg.), Gesundheitsrecht, in: Band VIII – Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR) von Koller Heinrich/Müller Georg/Rhinow René/Zimmerli Ulrich (Hrsg.), Basel 2005.

Schwendener Myriam, Krankheit und Recht, Zürich/Basel 2008.

Wolf Salome/Mona Martino/Hürzeler Marc (Hrsg.), Prävention im Recht, Basel 2008.

ZU DEN AUTOREN

Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Ralph Trümpler studierte an den Universitäten Freiburg i.Ü., Zürich und Luzern. Nach Abschluss seiner Doktorarbeit im Bereich des Staatsrechts war er als Gerichtsschreiber an verschiedenen Verwaltungsgerichten tätig und spezialisierte sich als Rechtsanwalt auf öffentliches Recht. Seit 2018 ist er Dozent, und seit 2023 Professor für Verwaltungsrecht an der Kalaidos Law School. Bei Rudin Cantieni Rechtsanwälte AG betreut er Mandate im Bereich des Staats- und Verwaltungsrechts sowie im öffentlichen Wirtschaftsrecht.

Rechtsanwalt Dr. iur. Gregori Werder ist in der Anwaltskanzlei Werder Viganò AG beratend und prozessierend in sämtlichen Bereichen des öffentlichen Rechts tätig, mit Fokus auf dem öffentlichen Gesundheitsrecht, Krankenversicherungsrecht und Personalrecht. Darüber hinaus gibt er regelmässig Schulungen zu öffentlich-rechtlichen Themen und führt verschiedentlich Lehraufträge aus.

Die Autoren freuen sich über Anregungen und Hinweise per E-Mail auf truempler@udincantieni.ch und/oder g.werder@wvlaw.ch.

MATERIALIEN

Bekanntmachung der Departemente und der Ämter zum Zustandekommen der Eidgenössischen Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» vom 27. April 2010, BBl 2010, S. 2939 ff.

Bekanntmachung der Departemente und der Ämter zum Rückzug der Eidgenössischen Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» vom 27. April 2010, BBl 2013, S. 7989.

Botschaft zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» vom 16. September 2011, BBl 2011, S. 7553 ff. (zit. BBl 2011 7553).

Bundesratsbeschluss über das Ergebnis der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 vom 18. August 2014, BBl 2014, S. 6346 ff. (zit. BBl 2014 6346).

Botschaft zur Änderung des Medizinalberufegesetzes (MedBG) vom 3. Juli 2013, BBl 2013, S. 6205 ff.

LITERATURVERZEICHNIS

Biaggini Giovanni, Kommentar zur Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2. Aufl., Zürich 2017.

Gächter Thomas, Was ist «medizinische Grundversorgung»? , Pflegerecht 2015, S. 101 ff.

Gächter Thomas/Filippo Martina, Stärkt der neue «Grundversorgungsartikel» der schweizerischen Bundesverfassung das «Recht auf Gesundheit»? , Bioethica Forum, 8(3):85–89.

Gächter Thomas/Renold-Burch Stephanie, in: Waldmann Bernhard/Belser Eva Maria/Epiney Astrid (Hrsg.), Basler Kommentar, Bundesverfassung, Basel 2015.

Gächter Thomas/Renold-Burch Stephanie, Rechtsgutachten zur Tragweite von Art. 117a Abs. 2 lit. a BV für die Gesundheitsberufe, 12. Mai 2015.

Gächter Thomas/Rütsche Bernhard, Gesundheitsrecht, 4. Aufl., Basel 2018.

Gächter Thomas/Werder Gregori, Gesundheitsberufe 2020 – eine stille Revolution?, Pflegerecht 2019, S. 2 ff.

Filippo Martina, Angemessene Abgeltung der Leistungen nur für die Hausarztmedizin?, Pflegerecht 2015, S. 107 ff.

Kahil-Wolff Hummer Bettina, in: Martenet Vincent/Dubey Jacques, Constitution fédérale, Art. 81 Cst. – dispositions finales, Basel 2021.

Kaufmann Marianne, Was muss oder soll der Bund bei den Berufen der medizinischen Grundversorgung regeln?, *Pflegerecht* 2015, S. 104 ff.

Tschudi Peter, Geschichte der Hausarztinitiative bis zum Grundversorgungsartikel, *Pflegerecht* 2015, S. 95 ff.

FUSSNOTEN

1. BBl 2010 2939.
2. Peter Tschudi, Präsident des Initiativkomitees, brachte dies wie folgt auf den Punkt: «Jahrzehntelang war die Hausarztmedizin in der Schweiz das Mauerblümchen neben den sich stark entwickelnden Spezialdisziplinen. Gefeierte und gefördert – und medial zelebriert – wurden vor allem jene Fächer, die spektakuläre Erfolge vorweisen konnten. Bei den genügsamen Hausärzten sammelte sich über lange Zeit hinweg ein grosses Potenzial an Frust und Resignation an. Dazu kam eine finanzielle Benachteiligung gegenüber den Spezialisten, die auch durch die Einführung von Tarmed (2004) nicht behoben werden konnte», vgl. Tschudi, S. 95.
3. BBl 2011 7553, 7560; siehe zum Initiativtext BBl 2011 7553, 7558.
4. Auch zum Folgenden BBl 2011 7553, 7571 f.
5. Mit einer ähnlichen Argumentation lehnte der Bundesrat in jüngerer Zeit auch die sog. Pflegeinitiative ab. Dennoch wurde diese am 28.11.2021 vom Schweizer Stimmvolk angenommen. Der neu in die Bundesverfassung einzufügende Art. 117c ist teilweise Art. 117a BV nachempfunden, erreicht aber in einem gewissen Sinn mehr: Die spezifische Berufsgruppe der Pflegerinnen und Pfleger erhalten mit Art. 117c eine Sonderstellung in der Bundesverfassung.
6. BBl 2011 7553, 7572 f.
7. AB StR 1012 407.
8. AB StR 2012 404.
9. Vgl. Tschudi, S. 99.
10. Mitteilung der Haus- und Kinderärzte Schweiz zum Rückzug der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» vom 27.09.2013, abrufbar unter www.hausaerzteschweiz.ch > News (besucht am 04.01.2022).
11. BBl 2013 2696, 7989.

12. Siehe Tschudi, S. 99, der diesen als Türöffner bezeichnet.
13. Siehe die Übersicht bei BSK-Gächter/Renold-Burch, N 40 zu Art. 117a BV
14. BBl 2014 6346, 6349 ff.
15. BBl 2011 7553, 7576; siehe auch Gächter/Renold-Burch, S. 11.
16. BBl 2011 7553, 7573 und 7576; siehe auch Gächter/Renold-Burch, S. 11 f.; Gächter/Filippo, S. 88 f.
17. Gächter/Renold-Burch, S. 11; Gächter/Filippo, S. 88 f.
18. Vgl. die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 24.02.2014 «GDK sagt Ja zum Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung».
19. A.M. tendenziell Gächter/Filippo, S. 89, die der Ansicht sind, dass die neue Bestimmung keine wirklichen Veränderungen bringen wird. Sie stellen deshalb die Frage, wozu es Art. 117a BV überhaupt benötigt, und sehen dessen Bedeutung vor allem im Kontext der Entstehungsgeschichte (siehe dazu oben Rz. 1 ff).
20. Auch zum Folgenden Gächter, S. 101.
21. Siehe dazu Gächter/Renold-Burch, S. 14 ff.; BSK-Gächter/Renold-Burch, N 6 ff. zu Art. 117a BV; Gächter, S. 101 ff.
22. Siehe zu dieser Thematik eingehend Ralph Trümpler/Iris Herzog-Zwitter, Staatliche Konkurrenzierung Privater mit spitalungebundenen ambulanten Leistungen, AJP 4/2021, S. 466 ff.
23. BSK-Gächter/Renold-Burch, N 7 zu Art. 117a BV.
24. BBl 2011 7553, 7577; siehe dazu auch BSK-Gächter/Renold-Burch, N 13 zu Art. 117a BV.
25. BBl 2011 7553, 7567.
26. BBl 2011 7553, 7579.
27. Vgl. Art. 2 GesBG; siehe auch BSK-Gächter/Renold-Burch, N 9 zu Art. 117a BV, mit Hinweisen.
28. Dies gilt auch deshalb, weil der am 18.05.2014 angenommene Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» sich nicht mehr einzig auf die Hausarztmedizin konzentrierte, sondern konkret die medizinische Grundversorgung gesamthaft(er) und funktional(er) abbilden wollte Vgl. auch Biaggini, N 1 zu Art. 117a BV.

29. Auch zum Folgenden BBl 2011 7553, 7577; so auch Gächter, S. 102 und BSK-Gächter/Renold-Burch, N 11 zu Art. 117a BV; siehe auch BBl 2013 6205, 6211.
30. Auch zum Folgenden ausführlich Gächter/Renold-Burch, S. 18 f.; Gächter, S. 102.
31. Siehe dazu die Erklärung von Alma-Ata vom 12. September 1978, abrufbar unter <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>, besucht am 06.01.2022).
32. Gächter/Renold-Burch halten dafür, dass die Verwendung des Begriffs «sorgen» anstatt des ursprünglichen Begriffs «einsetzen» darauf hindeuten soll, dass der Verpflichtungsgrad tendenziell als hoch einzustufen ist (BSK-Gächter/Renold-Burch, N 26 zu Art. 117a BV).
33. BBl 2011 7553, 7576; so auch BSK-Gächter/Renold-Burch, N 21 zu Art. 117a BV; eingehend dazu auch Gächter/Filippo, S. 88.
34. Vgl. Biaggini, N 2 zu Art. 117a BV; BSK-Gächter/Renold-Burch, N 18 zu Art. 117a BV.
35. BBl 2011 7553, 7577.
36. Gächter/Renold-Burch, S. 20; CR Cst.-Kahil-Wolff Hummer, N 8 zu Art. 117a BV.
37. Zum Ganzen BBl 2011 7553, 7577.
38. Auch zum Folgenden BBl 2011 7553, 7577 f.
39. BBl 2011 7553, 7578.
40. A.M. BSK-Gächter/Renold-Burch, N 14-18 zu Art. 117a BV.
41. BBl 2011 7553, 7578; BBl 2013 6205, 6214.
42. BBl 2013 6205, 6206 und 6208.
43. Vgl. Art. 8 lit. k MedBG.
44. Vgl. Art. 17 Abs. 2 lit. i MedBG.
45. Vgl. Art. 17 Abs. 3 MedBG.
46. Ziff. 1.2 des Weiterbildungsprogramms zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin vom 1. Januar 2011, Stand 20.12.2018 (abrufbar unter https://www.siwf.ch/files/pdf21/aim_version_internet_d.pdf, besucht am 24.05.2022).
47. Ziff. 1.2 des Weiterbildungsprogramms zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin vom 1. Januar 2011, Stand 20.12.2018 (abrufbar unter

- https://www.siwf.ch/files/pdf21/aim_version_internet_d.pdf, besucht am 24.05.2022).
48. BBl 2011 7553, 7578; BSK-Gächter/Renold-Burch, N 17 zu Art. 117a BV; siehe zu Art. 55a KVG eingehend Werder Gregori, Die Zulassungsbeschränkung zur OKP – oder: Das Gesetz das niemand wollte, Jusletter v. 31. August 2020.
 49. Gächter/Renold-Burch, S. 40.
 50. Gächter/Rütsche, § 2 N 142.
 51. BSK-Gächter/Renold-Burch, N 27 zu Art. 117a BV; Filippo, S. 107; BBl 2011 7553, 7579.
 52. Kaufmann, S. 104.
 53. Siehe oben Rz. 8 ff.
 54. BBl 2011 7553, 7580.
 55. BBl 2011 7553, 7579; a.M. Kaufmann, S. 105 f.; CR Cst.-Kahil-Wolff Hummer, N 16 zu Art. 117a BV.
 56. BSK-Gächter/Renold-Burch, N 28 zu Art. 117a BV; Gächter/Renold-Burch, S. 40 f.
 57. Vgl. dazu auch oben Rz.12.
 58. Auch zum Folgenden BSK-Gächter/Renold-Burch, N 30 zu Art. 117a BV; auch zum Folgenden BBl 2011 7553, 7579.
 59. BBl 2011 7553, 7578 f.
 60. Vgl. dazu auch oben Rz.12.
 61. Zum Ganzen durchaus kritisch Gächter/Werder, S. 2 ff.; Gächter/Rütsche, § 2 N 142.
 62. Filippo, S. 108.
 63. Siehe dazu oben Rz. 3 f.
 64. CR Cst.-Kahil-Wolff Hummer, N 19 zu Art. 117a BV.
 65. BSK-Gächter/Renold-Burch, N 36 zu Art. 117a BV.
 66. BSK-Gächter/Renold-Burch, N 36 zu Art. 117a BV.

CREATIVE COMMONS LIZENZ

Onlinekommentar.ch, Kommentierung zu Art. 117a BV ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

