



Eidgenössisches Departement für Wirtschaft,  
Bildung und Forschung WBF  
Staatssekretariat für Bildung, Forschung  
und Innovation SBFI  
Bildungsgrundlagen  
Einsteinstrasse 2  
3003 Bern

Zürich, 12. Mai 2015

## **Rechtsgutachten zur Tragweite von Art. 117a Abs. 2 lit. a BV für die Gesundheitsberufe**



## **Inhaltsverzeichnis**

<i>A. Ausgangslage und Fragestellung</i> .....	4
1. Ausgangslage .....	4
2. Fragestellung .....	6
3. Aufbau des Gutachtens .....	7
<i>B. Kompetenzordnung</i> .....	8
1. Beschränkte Bundeskompetenzen, subsidiäre Generalkompetenz der Kantone .....	8
2. Bildungsbereich .....	8
3. Gesundheitsbereich .....	10
4. Auswirkungen von Art. 117a BV .....	11
<i>C. Der Begriff der medizinischen Grundversorgung</i> .....	14
1. Gesundheitsversorgung – Grundversorgung .....	14
2. Fachpersonenbezogene Definition .....	16
3. Ambulante und stationäre Gesundheitsdienstleistungen? .....	16
4. Bedarfsspezifische Konkretisierung .....	17
5. Zugang über Leistungskategorien .....	18
6. Zugang über internationale Begriffe und Konzepte .....	18
7. Berücksichtigung der Zielnorm in Art. 117a Abs. 1 BV .....	20
8. Einfluss der OKP? .....	22
9. Zwischenfazit .....	23
<i>D. Welche Berufe gehören zur medizinischen Grundversorgung?</i> .....	25
1. Optometrie .....	25
2. Osteopathie .....	28
3. Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich .....	29
4. Logopädie .....	30
5. Psychomotorik .....	30
6. Medizinisch-technische Radiologie .....	31
7. Rettungssanität .....	32
8. Dentalhygiene .....	33
9. Podologie .....	34



10. Drogist/in .....	35
11. Zahntechniker .....	35
12. Advanced Nurse Practitioner (ANP) .....	36
13. Weitere .....	37
<i>E. Beantwortung der Fragen</i> .....	39
1. Welche Berufe gehören zur medizinischen Grundversorgung?.....	39
2. Regelung der Aus- und Weiterbildung und/oder der Berufsausübung?.....	39
3. In welchem Verhältnis steht Art. 117a BV zu Art. 95 BV? .....	41
4. Weitere Kriterien als Zugehörigkeit zur medizinischen Grundversorgung? .....	42
5. Abschliessende Regelung des Bundes?.....	43
6. Bedeutung der „eigenen fachlichen Verantwortung“ im Verhältnis zum KVG-System.....	44
<i>Literatur</i> .....	47



## A. Ausgangslage und Fragestellung

### 1. Ausgangslage

Am 1. April 2010 wurde bei der Schweizerischen Bundeskanzlei vom gleichnamigen Komitee die Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ eingereicht.<sup>1</sup> Am 27. April 2010 bestätigte die Bundeskanzlei ihr Zustandekommen.<sup>2</sup> Die Initianten beabsichtigten, auf dem Weg über eine Volksinitiative die Stellung der Hausärztinnen und Hausärzte zu stärken und die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Hausarztmedizin sicherzustellen.<sup>3</sup> Diese Ziele hätten in einem neuen Art. 118b BV verankert werden sollen, wobei der Wortlaut der Initiative für eine Verfassungsnorm sehr detailliert ausgefallen wäre.<sup>4</sup>

Der Bundesrat erachtete das mit der Initiative verfolgte Grundanliegen zwar für berechtigt, hielt die Fokussierung auf die Hausarztmedizin jedoch für zu einseitig und für nicht geeignet, die anstehenden Probleme in der medizinischen Grundversorgung zu lösen.<sup>5</sup> Er lehnte die Initiative aus diesen Gründen ab und stellte ihr einen direkten Gegenentwurf in Form eines neuen Art. 117a BV gegenüber.<sup>6</sup>

Im Vergleich zur Initiative enthielt der *Gegenentwurf* mit nur drei statt fünf Absätzen deutlich weniger Text und war gleichzeitig allgemeiner gehalten.<sup>7</sup> Die eidgenössischen Räte sprachen sich am 19. September 2013 ebenfalls für den direkten Gegenentwurf aus,<sup>8</sup> strichen jedoch den dritten Absatz aus der Vorlage.<sup>9</sup> Dieser hätte vorgesehen, dass sich der Bund an der Erarbeitung von Grundlagen

<sup>1</sup> <http://www.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis374.html>.

<sup>2</sup> BBI 2010 2939.

<sup>3</sup> Vgl. Botschaft vom 16. September 2011 zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“, BBI 2011 7553 (nachfolgend: Botschaft Hausarztmedizin), S. 7554.

<sup>4</sup> BBI 2009 6547, 6549; BBI 2011 7965 f.; siehe auch KOLLER, Grundversorgung, S. 349.

<sup>5</sup> Botschaft Hausarztmedizin, insb. S. 7570 und 7572; siehe auch Botschaft vom 3. Juli 2013 zur Änderung des Medizinalberufegesetzes (MedBG), BBI 2013 6205 (nachfolgend: Botschaft Änderung MedBG), S. 6208.

<sup>6</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7573 ff.; BBI 2011 7591.

<sup>7</sup> Ebenso KOLLER, Grundversorgung, S. 349.

<sup>8</sup> Eigentlich hätte das Parlament innert zweieinhalb Jahren (30 Monaten) nach Einreichung der Initiative darüber beschliessen müssen (siehe Art. 100 ParlG; SR 171.10). Weil der Bundesrat dem Parlament jedoch einen Gegenentwurf unterbreitete, verlängerte die Bundesversammlung die Behandlungsfrist in Anwendung von Art. 105 ParlG um ein Jahr (AB 2012 S 408; AB 2012 N 1377).

<sup>9</sup> AB 2012 S 407; AB 2013 N 97 ff.; siehe dazu auch KOLLER, Grundversorgung, S. 349.



zur Weiterentwicklung und Koordination der medizinischen Grundversorgung beteiligen und Massnahmen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen treffen kann.<sup>10</sup> Zugleich erweiterte sie auf Antrag der SGK-S den Gehalt von Abs. 2 um eine Bestimmung über die Abgeltung der hausärztlichen Leistungen.<sup>11</sup> In diesem Punkt kam das Parlament einem Kernanliegen der Initianten entgegen, die ihre Initiative daraufhin am 27. September 2013 zurückzogen.<sup>12</sup> Der Gegenentwurf des Parlaments wurde schliesslich in der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 mit einem Ja-Stimmen-Anteil von über 88 % angenommen.<sup>13</sup>

Seither ist Art. 117a BV mit folgendem Wortlaut in der Verfassung verankert:

*Art. 117a* Medizinische Grundversorgung

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

Abs. 1 der neuen Verfassungsbestimmung begründet keine neuen Kompetenzen des Bundes (und der Kantone), was bereits aus der Formulierung „im Rahmen ihrer Zuständigkeiten“ hervorgeht. Abs. 2 *verpflichtet* den Bund hingegen zum Erlass entsprechender Vorschriften. Diesbezüglich ergeben sich mehrere Unsicherheiten, die im Rahmen dieses Gutachtens untersucht werden sollen.

---

<sup>10</sup> BBI 2011 7591.

<sup>11</sup> AB 2012 S 403, 407; siehe dazu auch KOLLER, Masterplan, S. 131 f.

<sup>12</sup> BBI 2013 7989.

<sup>13</sup> BBI 2014 6349.



## 2. Fragestellung

Im Rahmen dieses Gutachtens sollen folgende Fragen geklärt werden:

- *Welche Berufe gehören zur medizinischen Grundversorgung?*

Konkret stellt sich die Frage bei der Optometrie, der Osteopathie, der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich, bei der Logopädie, der Psychomotorik, der medizinisch-technischen Radiologie und der Advanced Nurse Practitioner (ANP). Im Bereich der höheren Berufsbildung geht es insbesondere um die Berufe des Rettungssanitäters, der Dentalhygienikerin, des Podologen, der Drogistin und des Zahntechnikers.

- *Muss der Bund, wenn er die Aus- und Weiterbildung regelt, auch die Berufsausübung regeln oder ist das „und“ als „oder“ zu verstehen?*

Wenn der Bund die Berufsausübung regelt, kann ein Kanton diese Regelung noch spezifizieren z.B. mittels Konkretisierung einzelner Berufspflichten?

- *In welchem Verhältnis steht Art. 117a BV zu Art. 95 BV?*

- *Müssen – ausser der Zugehörigkeit zur medizinischen Grundversorgung – weitere Kriterien erfüllt sein, damit der Bund seine Kompetenzen nach Art. 117a Abs. 2 lit. a BV wahrnehmen kann?*

Muss z.B. ein Risiko für die öffentliche Gesundheit mit der Nichtregulierung einhergehen? Gibt es andere Leitplanken als das Subsidiaritätsprinzip? Lässt sich aus Art. 117a BV sogar ein Handlungsauftrag an den Bund ableiten?

- *Muss der Bund, nimmt er seine Kompetenz wahr, das gewählte Berufsfeld abschliessend regeln oder kann er die Umsetzung den Kantonen überlassen (z.B. Bewilligungspflicht nur für Pflegende HF/FH, nicht aber für FaGe, die privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung tätig werden möchten)? Wie sind die Zuständigkeiten abzugrenzen?*

- *Ausserhalb des engeren Kontexts von Art. 117a BV fragt sich, wie „eigene fachliche Verantwortung“ zu verstehen ist im Verhältnis zum KVG-System der Leistungserbringer.*



### **3. Aufbau des Gutachtens**

Zunächst ist auf die Kompetenzverteilung zwischen dem Bund und den Kantonen einzugehen, wie sie sich heute darstellt, und auf die Auswirkungen, die Art. 117a BV darauf hat bzw. haben kann. Die Kompetenzordnung ist in einem föderalistisch aufgebauten Staat zentral. Art. 117a BV greift nicht grundsätzlich in die bestehende Kompetenzordnung ein, hat in Teilbereichen aber eine Ausweitung der Bundeskompetenzen zur Folge.

In einem zweiten Schritt wird der zentrale Begriff der medizinischen Grundversorgung erörtert. Aufgrund der Offenheit des Wortlautes von Art. 117a BV kann hierbei nur – aber immerhin – ein Rahmen abgesteckt werden.

Trotzdem soll in einem dritten Schritt versucht werden, einen bestimmten Kreis von Berufen der medizinischen Grundversorgung zuzuordnen. Es wird insbesondere erläutert, aus welchen Gründen die in der Fragestellung genannten Berufe unter diesen Begriff zu subsumieren sind; oder eben gerade nicht.

Im letzten Kapitel werden die Gutachtensfragen beantwortet, soweit dies aufgrund der vorangegangenen Ausführungen möglich ist.

## B. Kompetenzordnung

### 1. *Beschränkte Bundeskompetenzen, subsidiäre Generalkompetenz der Kantone*

Die Kantone sind souverän, soweit ihre Souveränität nicht durch die Bundesverfassung beschränkt ist; sie üben alle Rechte aus, die nicht dem Bund übertragen sind (Art. 3 BV). Den Kantonen kommt somit eine subsidiäre Generalkompetenz zu.<sup>14</sup> Diese Kompetenzordnung ist Ausdruck des *föderalistischen Subsidiaritätsprinzips*.<sup>15</sup> Der Bund erfüllt nur die Aufgaben, die ihm die Bundesverfassung zuweist (Art. 42 Abs. 1 BV). Bei der Ausübung von Aufgaben an den Bund ist ebenfalls das Subsidiaritätsprinzip (Art. 5a BV) zu beachten, das in Art. 43a BV über die Grundsätze für die Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben konkretisiert wird.

### 2. *Bildungsbereich*

Der Bund erlässt gemäss Art. 63 Abs. 1 BV Vorschriften über die *Berufsbildung*. Es handelt sich dabei um eine umfassende Gesetzgebungskompetenz, die sich auf alle Berufe ausserhalb des Hochschulbereichs erstreckt, insbesondere auch auf die nichtuniversitären Medizinalberufe.<sup>16</sup> Diese Kompetenz hat er mit dem Erlass des Berufsbildungsgesetzes (BBG)<sup>17</sup> und den zahlreichen dazugehörigen Verordnungen wahrgenommen. Das BBG regelt u.a. die *berufliche Grundbildung* und die *höhere Berufsbildung* an höheren Fachschulen. Die Berufsbildung ist gemäss Art. 1 Abs. 1 BBG eine gemeinsame Aufgabe von Bund, Kantonen und Organisationen der Arbeitswelt, wobei die Massnahmen des Bundes sich grundsätzlich auf die Förderung der Initiative der anderen beiden Akteure mit finanziellen und anderen Mitteln beschränken (Art. 1 Abs. 2 BBG). Bei Bestehen der entsprechenden Prüfungen werden am Ende der Ausbildungsgänge ein eidgenössischer Berufsattest, ein eidgenössisches Fähigkeitszeugnis, ein eidgenössischer

---

<sup>14</sup> RHINOW/SCHEFER, Rz. 682.

<sup>15</sup> Siehe dazu z.B. SCHWEIZER/MÜLLER, St. Galler-Kommentar zu Art. 5a BV, N. 7; KLEY, in Biaggini/Gächter/Kiener (Hrsg.), Staatsrecht, § 10 N. 17 ff.; RHINOW/SCHEFER, Rz. 220 ff.; ferner GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz. 99.

<sup>16</sup> BIAGGINI, Kommentar zu Art. 63 BV, N. 2; vgl. auch Art. 2 Abs. 1 BBG; GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz. 233.

<sup>17</sup> Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, BBG; SR 412.10).



Fähigkeitsausweis (höhere Berufsprüfung) oder ein eidgenössisches Diplom (höhere Fachprüfung) verliehen.

Auch im *Hochschulbereich* kommen dem Bund gewisse Kompetenzen zu (Art. 63a BV). Zudem kann er ganz allgemein Vorschriften über die *Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit* erlassen (Art. 95 Abs. 1 BV), wovon er im Bereich der universitären Medizinalberufe mit dem Medizinalberufegesetz (MedBG)<sup>18</sup> und im Bereich der Psychologieberufe mit dem Psychologieberufegesetz (PsyG)<sup>19</sup> Gebrauch gemacht hat. Für den Bereich der Fachhochschulen hatte der Bund ein eigenes Gesetz erlassen,<sup>20</sup> das jedoch mit dem Inkrafttreten des Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetzes (HFKG)<sup>21</sup> auf den 1. Januar 2015 aufgehoben wurde (Art. 71 HFKG). Das HFKG gilt für die Hochschulen (kantonale Universitäten, Eidgenössische Technische Hochschulen, Fachhochschulen und pädagogische Hochschulen) und die anderen Institutionen des Hochschulbereichs von Bund und Kantonen (Art. 1 Abs. 1 und 2 HFKG). Es führt dazu, dass der Bund bisher bestehende Regelungsmöglichkeiten im Fachhochschulbereich einbüsst.<sup>22</sup>

Diese Lücke soll mit dem Gesundheitsberufegesetz (GesBG) geschlossen werden.<sup>23</sup> Das GesBG, das sich konzeptionell an das MedBG anlehnt, beschränkt sich auf Berufe, deren Ausbildung an Fachhochschulen erfolgt.<sup>24</sup> Der Bundesrat wollte nicht in die „gut funktionierende und tragfähige Verbundpartnerschaft zwischen Bund, Kantonen und Organisationen der Arbeitswelt“ eingreifen, die im Bereich der beruflichen Grundbildung und der höheren Berufsbildung besteht,

---

<sup>18</sup> Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11).

<sup>19</sup> Bundesgesetz vom 18. März 2011 über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG; SR 935.81).

<sup>20</sup> Bundesgesetz vom 6. Oktober 1995 über die Fachhochschulen (Fachhochschulgesetz, FHSG; AS 1996 2588).

<sup>21</sup> Bundesgesetz vom 30. September 2011 über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich (Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz, HFKG; SR 414.20).

<sup>22</sup> GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 254; siehe auch GÄCHTER/KAUFMANN, S. 66 und 68.

<sup>23</sup> GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 254. „Ziel dieses Gesetzgebungsprojekts ist es, im Interesse der öffentlichen Gesundheit und der Versorgungsqualität gesamtschweizerisch *einheitliche Anforderungen an die Bildung und Berufsausübung* der Gesundheitsberufe im Fachhochschulbereich sicherzustellen.“

<sup>24</sup> Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG), Erläuternder Bericht des Bundesrates vom 13. Dezember 2013, einsehbar unter <http://www.gesbg.admin.ch/themen/index.html?lang=de> (nachfolgend: Erläuternder Bericht GesBG), S. 3 f.

insbesondere im Bereich der höheren Fachschulen. In der Vernehmlassung wurde jedoch die Aufnahme weiterer Gesundheitsberufe ins GesBG „breit gefordert“.<sup>25</sup> Auf Fachhochschulstufe wurden etwa die Berufe in den Bereichen Optometrie, Osteopathie, medizinisch-technische Radiologie, Logopädie, Psychomotorik und Soziale Arbeit angeführt, im Tertiär-B-Bereich (höhere Fachschulen) die Berufe des Rettungssanitäters, der Drogistin, des Podologen und der Dentalhygienikerin.<sup>26</sup>

Der Bund ist weiter befugt bzw. verpflichtet, Grundsätze über die *Weiterbildung* festzulegen (Art. 64a Abs. 1 BV). Dazu ist bzw. war er jedoch bereits gestützt auf Art. 63 Abs. 1 BV ermächtigt.<sup>27</sup> Art. 64a BV wurde erst am 21. Mai 2006 in die Bundesverfassung aufgenommen.<sup>28</sup> Es handelt sich dabei um eine Rahmengesetzgebungskompetenz.<sup>29</sup> Art. 64a Abs. 2 BV bestimmt weiter, dass der Bund die Weiterbildung fördern kann. Gemäss Art. 31 BBG sorgen die Kantone für ein bedarfsgerechtes Angebot an berufsorientierter Weiterbildung. Der Bund beschränkt sich auf die Förderung derselben (Art. 32 BBG). Zu beachten ist zudem das Bundesgesetz vom 28. September 2012 über die Unterstützung von Dachverbänden der Weiterbildung.<sup>30</sup>

### 3. Gesundheitsbereich

Für das *Gesundheitswesen* sind grundsätzlich die Kantone zuständig.<sup>31</sup> Der Bund ist diesbezüglich nur punktuell kompetent, z.B. im Bereich des Gesundheitsschutzes (Art. 118 BV), in Bezug auf die Forschung am Menschen (Art. 118b BV), die Fortpflanzungsmedizin und die Gentechnologie im Humanbe-

<sup>25</sup> Bericht über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG), Bern 2014, einsehbar unter <http://www.gesbg.admin.ch/dokumentation/index.html?lang=de> (nachfolgend: Vernehmlassungsbericht GesBG), S. 5.

<sup>26</sup> Vernehmlassungsbericht GesBG, S. 5.

<sup>27</sup> EHRENZELLER/SAHLFELD, St. Galler-Kommentar zu Art. 64a BV, N. 1.

<sup>28</sup> BB vom 16. Dezember 2005 über die Neuordnung der Verfassungsbestimmungen zur Bildung, AS 2006 3033, BBI 2005 7273; BRB vom 27. Juli 2006, BBI 2006 6725; BBI 2005 5479, 5547.

<sup>29</sup> EHRENZELLER/SAHLFELD, St. Galler-Kommentar zu Art. 64a BV, N. 13.

<sup>30</sup> SR 412.11.

<sup>31</sup> Siehe z.B. Botschaft vom 20. November 1996 über eine neue Bundesverfassung, BBI 1997 I 1 (nachfolgend: Botschaft BV), S. 331; SCHÜPBACH/FORSTER/ZELTNER, Rz. 6; POLEDNA, St. Galler Kommentar zu Art. 118, N. 5, mit weiteren Hinweisen; vgl. auch GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz. 70, 102 und 103 ff.

reich (Art. 119 BV) und in Bezug auf die Transplantationsmedizin (Art. 119a BV). Zudem ist er zuständig für die versicherungstechnische Seite gesundheitlicher und sozialer Risiken (Art. 111–117 BV), insbesondere für die Regelung der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV). Nicht kompetenzbegründend ist hingegen die Bestimmung über die Komplementärmedizin (Art. 118a BV).<sup>32</sup>

Für die Planung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, etwa im Bereich der stationären Versorgung (Spitalplanung), ist der Bund hingegen nicht bzw. nur in wenigen Teilbereichen zuständig. Es obliegt – auch nach dem Inkrafttreten von Art. 117a BV – grundsätzlich den Kantonen, die medizinische Versorgung zu gewährleisten und entsprechende Regelungen zu treffen. Das gilt insbesondere im Bereich der Bewilligung und Kontrolle der Berufsausübung der (nichtuniversitären) Medizinalberufe.<sup>33</sup> Auch in Bezug auf die universitären Medizinalberufe verbleiben gewisse Zuständigkeiten bei den Kantonen, namentlich die Bewilligungserteilung und die Aufsicht über die selbstständige Berufsausübung (vgl. Art. 34 ff. MedBG, insb. Art. 34 und 41; siehe auch Art. 22 und 28 PsyG). Die Bewilligungsvoraussetzungen sind jedoch bundesrechtlich vorgegeben.

#### **4. Auswirkungen von Art. 117a BV**

Art. 117a Abs. 1 BV begründet keine neuen Kompetenzen des Bundes und der Kantone und führt auch nicht zu einer neuen Kompetenzaufteilung.<sup>34</sup> Vielmehr müssen sie „im Rahmen ihrer Zuständigkeiten“ für die Verfolgung der genannten Zielsetzung „sorgen“. Es handelt sich dabei um eine *Programmnorm*, die nicht ein bestimmtes Ergebnis bzw. Vorgehen einfordert (und zu entsprechenden Leistungsansprüchen der betroffenen Leistungserbringer oder -empfänger führt), sondern (lediglich) ein ständiges Bemühen der Akteure verlangt, um die Ziele so gut wie möglich zu verwirklichen.<sup>35</sup>

Im Unterschied zur Programmnorm in Abs. 1 weist Art. 117a Abs. 2 BV dem Bund die Kompetenz und die Pflicht zu, Vorschriften zu bestimmten Teilaspekten

<sup>32</sup> KIESER, St. Galler-Kommentar zu Art. 118a BV, N. 27; GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz. 112.

<sup>33</sup> GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz. 180.

<sup>34</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7576; KOLLER, Grundversorgung, 349.

<sup>35</sup> Vgl. Botschaft Hausarztmedizin, S. 7576 und 7578.

der medizinischen Grundversorgung zu erlassen (*Gesetzgebungsauftrag*): zum einen zur Aus- und Weiterbildung sowie zur Ausübung der Berufe in diesem Bereich, zum anderen zur Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin. Bezogen auf den gesamten Bereich der medizinischen Grundversorgung handelt es sich dabei um eine fragmentarische Bundeskompetenz, bezogen auf die Teilgebiete, die der Bund regeln soll, handelt es sich faktisch um umfassende Bundeskompetenzen. Diese wirken nachträglich-derogatorisch.

Im Bereich der Ausbildung überschneidet sich die Kompetenz gemäss Art. 117a Abs. 2 lit. a BV mit jener gemäss Art. 63 Abs. 1 BV, soweit die berufliche Grundbildung und die höhere Berufsbildung betroffen sind. Die Berufe der medizinischen Grundversorgung berühren aber insbesondere auch den Hochschulbereich und damit Art. 63a BV. In Bezug auf die Weiterbildung wird die Kompetenz des Bundes gemäss Art. 64a BV insofern ausgeweitet, als er in Bezug auf die Berufe der medizinischen Grundversorgung nicht nur Grundsätze für die Weiterbildung festlegen, sondern diese umfassend regulieren darf.

Auch im Verhältnis zu Art. 95 Abs. 1 BV findet eine (praktisch bedeutsame) Erweiterung der Bundeszuständigkeiten statt, als sich die Gesetzgebungskompetenz gemäss Art. 117a Abs. 2 lit. a BV nicht nur auf den Erlass von Vorschriften betreffend die privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit beschränkt, sondern der Bund die Ausübung der Berufe der medizinischen Grundversorgung *umfassend, d.h. auch im öffentlich-rechtlichen Bereich* regulieren darf (Berufsausübung im öffentlichen Dienst eines Gemeinwesens, vgl. Art. 22 Abs. 2 PsyG). Diesbezüglich ist allerdings aufgrund der grundsätzlich kantonalen Zuständigkeit für das Gesundheitswesen Zurückhaltung geboten.

Zu betonen ist auch, dass nicht nur die selbstständige, sondern auch die un-selbstständige Tätigkeit geregelt werden darf.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Vgl. diesbezüglich GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 217 (in Bezug auf das MedBG): „Für Personen, die ihren Beruf privatwirtschaftlich aber auf Angestelltenbasis ausüben, gelten weiterhin die kantonalen Bestimmungen. Gründen Angehörige universitärer Medizinalberufe beispielsweise eine Aktiengesellschaft und lassen sich in dieser anstellen, so könnten sie sich – bei einer engen Auslegung des Begriffs der Selbstständigkeit – dem Gesetz entziehen, soweit das kantonale Recht nicht ähnliche Anforderungen wie das Bundesrecht stellt. Dies hätte unterschiedliche kantonale Regelungen zur Folge. Die Rechtsunsicherheit entstand einerseits aufgrund eines falschen Verständnisses der Bedeutung der Selbstständigkeit im Medizinalberuferecht,



Art. 117a Abs. 2 lit. a BV ist v.a. deshalb von praktischer Bedeutung, weil die *Ausübung* der Gesundheitsberufe heute – abgesehen von den universitären Medizinal- und den Psychologieberufen – in den kantonalen Gesundheitsgesetzen geregelt ist. Die meisten kantonalen Gesundheitsgesetze enthalten ein eigenes Kapitel über die Ausübung bzw. die Bewilligungspflicht dieser Berufe, wobei sich der Geltungsbereich jedoch von Kanton zu Kanton unterscheidet. Regelmässig wird auch festgehalten, welche Tätigkeiten von der Berufsausübungsbewilligung abgedeckt werden. Indem nun der Bund für den Erlass von Vorschriften über die Ausübung der Berufe der medizinischen Grundversorgung zuständig ist, wird diese kantonale Kompetenz entsprechend geschmälert. Es kommt zu einer schweizweiten Vereinheitlichung der Bewilligungspflicht und der Berufspflichten. Kantonalen Unterschiede werden nur noch im Rahmen der Bundesgesetzgebung möglich sein, wobei es natürlich entscheidend darauf ankommt, ob und in welchem Umfang der Bund den Kantonen noch einen Gestaltungsspielraum belässt.

---

andererseits aufgrund der offenbar unzutreffenden Annahme der Bundesbehörden über die Regelungskompetenz in Art. 95 Abs. 1 BV.“

## C. Der Begriff der medizinischen Grundversorgung

Beim Begriff der medizinischen Grundversorgung handelt es sich nicht um einen definierten Fachbegriff mit klar umrissenem Gehalt, sondern vielmehr um einen *unbestimmten Rechtsbegriff*, der bestimmten (politischen) Vorstellungen zum Zeitpunkt seiner Entstehung Rechnung tragen soll. Es bleibt dabei zunächst unklar, was darunter genau zu verstehen ist: ist der Begriff beispielsweise berufsgruppen-, tätigkeits- oder zielorientiert zu deuten?<sup>37</sup>

### 1. Gesundheitsversorgung – Grundversorgung

Elemente des Begriffs sind einerseits die medizinische Versorgung (Gesundheitsversorgung) und andererseits die Grundversorgung. *Gesundheitsversorgung* ist dabei nicht mit dem Gesundheitswesen zu verwechseln. Letzteres „umfasst alle Einrichtungen und Massnahmen zur Versorgung mit medizinischen, paramedizinischen und pflegerischen Gütern sowie Dienstleistungen, die das Ziel haben, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erhalten oder zu verbessern“.<sup>38</sup> Dazu gehören neben der Diagnose und Behandlung von Gesundheitsstörungen, Krankheiten und Unfällen auch pflegerische und rehabilitative Massnahmen sowie Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.<sup>39</sup> Mit der Gesundheitsversorgung ist primär die institutionelle Seite des Gesundheitswesens angesprochen, d.h. die Planung, der Bau und der Betrieb von Spitälern (und die darin erbrachten Leistungen), aber auch die Zugänglichkeit von Spitex-Dienstleistungen.<sup>40</sup> Diese Aufgaben fallen grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Kantone.<sup>41</sup> Neben dem stationären ist aber auch der ambulante Bereich (z.B. Arztpraxen) Teil der Gesundheitsversorgung. Der letztere Bereich organisiert sich indes in aller Regel privatwirtschaftlich und nicht öffentlich-rechtlich.<sup>42</sup>

Der Begriff der medizinischen *Grundversorgung* deutet bereits an, dass damit nicht sämtliche, sondern nur grundlegende Leistungen der Gesundheitsversor-

<sup>37</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7574. Siehe auch Votum Hess, AB 2014 S 149 (anlässlich der Beratung der Revision des Medizinalberufegesetzes).

<sup>38</sup> POLEDNA/BERGER, Rz. 4.

<sup>39</sup> POLEDNA/BERGER, Rz. 4.

<sup>40</sup> Siehe z.B. POLEDNA/BERGER, Rz. 42; GÄCHTER/RÜTSCH, Rz. 105.

<sup>41</sup> Siehe z.B. POLEDNA/BERGER, Rz. 42; GÄCHTER/RÜTSCH, Rz. 105.

<sup>42</sup> Siehe dazu POLEDNA/BERGER, Rz. 42.



gung gemeint sind.<sup>43</sup> Unklar bleibt, ob der Begriff auf die Leistungen selber, die Leistungserbringer oder den mit der Leistung verfolgten Zweck fokussiert. Letztlich ist es die Aufgabe des Gesetzgebers, den Begriff näher zu bestimmen, wobei sich zumindest im Hinblick auf die Regelungskompetenzen in Abs. 2 lit. a wohl eine fachpersonenbezogene Definition anbietet.

Der Begriff der Grundversorgung kommt in der Verfassung insbesondere auch in Art. 43a vor, der allgemeine Grundsätze für die Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben enthält. Art. 43a BV ist vom Bund und den Kantonen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und demnach insbesondere auch bei der Wahrnehmung der Gesetzgebungskompetenz gemäss Art. 117a Abs. 2 lit. a BV zu beachten.

Art. 43a Abs. 4 BV ist allerdings so allgemein gehalten, dass daraus in Bezug auf den Begriff bzw. die Berufe der medizinischen Grundversorgung nichts abgeleitet werden kann.<sup>44</sup> Die Bestimmung hält mit Blick auf die sachspezifischen Grundversorgungsartikel (z.B. Art. 92 Abs. 2 BV über das Post- und Fernmeldewesen<sup>45</sup>) lediglich fest, dass Leistungen der Grundversorgung allen Personen in vergleichbarer Weise offen stehen müssen und geht nicht näher auf den Begriff der Grundversorgung ein. Sie kann höchstens so verstanden werden, dass von vornherein nur Leistungen zur Grundversorgung gerechnet werden können, die auch tatsächlich allen Personen zugänglich gemacht werden können.<sup>46</sup> Man könnte aber auch argumentieren, dass ein bestimmtes (bereichsspezifisches) Begriffsverständnis vorausgesetzt wird und sich die Bestimmung nur auf die Zugänglichkeit an sich bezieht.<sup>47</sup>

---

<sup>43</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577.

<sup>44</sup> Siehe auch SCHWEIZER/MÜLLER, St. Galler-Kommentar zu Art. 43a BV, N. 18 ff.

<sup>45</sup> Siehe dazu Botschaft BV, S. 270 ff., insb. S. 272: „Es ist Sache des Gesetzgebers, den Begriff der Grundversorgung näher zu definieren.“

<sup>46</sup> Vgl. Botschaft vom 8. Mai 2013 zu einer allgemeinen Verfassungsbestimmung über die Grundversorgung, BBl 2013 3407, S. 3413: „Die Grundversorgung ist das politisch näher zu definierende Ziel, dass die Bevölkerung zu den Gütern und Dienstleistungen des üblichen Bedarfs Zugang hat.“

<sup>47</sup> Vgl. SCHWEIZER/MÜLLER, St. Galler-Kommentar zu Art. 43a BV, N. 17: „Mit der ausdrücklichen Nennung der Grundversorgung setzt der Verfassungsgeber aber voraus, dass es eine Grundversorgung gibt, [...]“

## 2. *Fachpersonenbezogene Definition*

Der Bundesrat führt in seiner *Botschaft zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“* zunächst bestimmte Kategorien von Fachpersonen auf. Demnach sind neben den Hausärztinnen und Hausärzten z.B. auch Pflegefachpersonen, Apotheker, Physiotherapeuten, Chiropraktoren und klinische Psychologen Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung.<sup>48</sup> In der *Botschaft zur Änderung des Medizinalberufegesetzes* wurden weiter auch die Hebammen, die Ernährungsberater, die Ergotherapeuten und die Podologen zu den Leistungserbringern der medizinischen Grundversorgung gezählt.<sup>49</sup> In den *Erläuterungen zu seinem Gegenvorschlag zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“* weist der Bundesrat zudem darauf hin, dass „auch weitere ärztliche (z.B. in den Bereichen Psychiatrie, Kardiologie, Gynäkologie) sowie die nicht ärztlichen Gesundheitsfachpersonen (namentlich im zahnmedizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Bereich, aber auch z.B. in der medizinischen Praxisassistenz, Ernährungsberatung, Ergo- und Physiotherapie, medizinisch-technischen Radiologie und Rettungssanität) wesentliche Beiträge zur medizinischen Grundversorgung“ leisten.<sup>50</sup> Bei dieser weitgehenden Umschreibung fragt sich beinahe, ob es zielführender wäre zu versuchen, diejenigen Berufe oder Tätigkeitsfelder zu benennen, die *nicht* unter diesen Begriff fallen.<sup>51</sup>

## 3. *Ambulante und stationäre Gesundheitsdienstleistungen?*

Unklar ist auch, ob nur ambulant oder auch stationär erbrachte Gesundheitsdienstleistungen darunter subsumiert werden können. Wie bereits erwähnt, werden unter den Begriff der medizinischen Versorgung bzw. der Gesundheitsversorgung, die grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Kantone fällt, im Allgemeinen auch die (öffentlichen) Spitäler bzw. die Spitalplanung subsumiert. In einem Bericht der GDK und des BAG wird unter diesem Begriff allerdings nur „die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorger/innen sowie weitere Gesundheitsberufe verstanden wie Pflegefachpersonen, Apothe-

<sup>48</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7567 f. und 7577.

<sup>49</sup> Botschaft Änderung MedBG, S. 6216; kritisch dazu Votum Hess, AB 2014 S 149.

<sup>50</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7579.

<sup>51</sup> Vgl. RUPP, S. 41.

ker/innen, Hebammen, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungsberater/innen sowie Assistenzberufe wie Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten oder Fachangestellte Gesundheit“.<sup>52</sup> In der Botschaft zur „Hausarzt-Initiative“ und zum Gegenentwurf des Bundesrates wurde allerdings erwähnt, dass die GDK den letzteren kritisiert habe, „weil er sich nicht nur auf die ambulante Grundversorgung beschränke“.<sup>53</sup> Insgesamt scheinen damit zwar die *ambulanten Gesundheitsdienstleistungen im Vordergrund* zu stehen, eine klare Beschränkung auf diese lässt sich indes aus der Entstehungsgeschichte und dem Kontext der Bestimmung nicht herleiten. Zu beachten ist dabei, dass aufgrund von Abs. 1 keine Kompetenzen an den Bund verschoben werden (siehe dazu oben B.4), d.h. selbst bei einem breiten Verständnis der Grundversorgung, das den stationären Bereich einschliesst, wird das Kompetenzgefüge nicht aus den Angeln gehoben.

#### **4. Bedarfsspezifische Konkretisierung**

In der Botschaft des Bundesrates wird der Begriff weiter nicht nur fachgruppen- sondern auch bedarfsspezifisch konkretisiert: „Die Umschreibung der *medizinischen Grundversorgung* orientiert sich am üblichen Bedarf der Bevölkerung an grundlegenden präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen medizinischen Gütern und Dienstleistungen.“<sup>54</sup> Massgebend sei, ob diese Leistungen „erfahrungsgemäss regelmässig von der breiten Bevölkerung oder den einzelnen Bevölkerungsgruppen potenziell oder effektiv beansprucht werden und dies auch zukünftig der Fall sein wird“.<sup>55</sup>

Das Gesundheitswesen in der Schweiz steht aufgrund der zunehmenden Bedeutung von chronischen Erkrankungen und der Langzeitpflege insbesondere im Alter vor grundlegenden Veränderungen. Viele ältere Menschen werden zuhause

---

<sup>52</sup> Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz/Bundesamt für Gesundheit, Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung, Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG, Bern 2012 (abrufbar auf der Internetseite der GDK unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=847>), S. 5.

<sup>53</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7574. Von anderen Vernehmlassungsteilnehmern sei jedoch diese Stossrichtung als innovativ und ganzheitlich begrüsst worden (S. 7575).

<sup>54</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577.

<sup>55</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577.

von ihren Angehörigen gepflegt.<sup>56</sup> Vor diesem Hintergrund wandeln sich auch die Bedürfnisse der Betroffenen und der Bevölkerung insgesamt. Angebote der ambulanten, integrierten Versorgung werden gegenüber der stationären Akutversorgung immer bedeutsamer. Der steigende Bedarf an einer umfassenden medizinischen Versorgung beeinflusst die Anforderungen an die Angehörigen der Gesundheitsberufe und damit auch das Verständnis der medizinischen Grundversorgung.<sup>57</sup>

### **5. Zugang über Leistungskategorien**

In Bezug auf die Leistungskategorien dürfte immerhin klar sein, dass „nur vereinzelt beanspruchte Leistungen (z.B. Behandlung von sehr selten auftretenden Krankheiten) oder Leistungen, die aus anderen Gründen (z.B. Verfügbarkeit von auf einzelne Krankheitsbilder gerichteten Spezialwissen der Leistungserbringer, Qualitätserfordernisse, hohe technische Anforderungen oder finanzielle Auswirkungen) lediglich in konzentrierter Form angeboten werden können“, nicht zum Bereich der medizinischen Grundversorgung gehören.<sup>58</sup> Dieses spezialisierte Angebot ist zwar für die Gesundheitspflege notwendig, wird aber auf Basis von Art. 41 BV angestrebt.<sup>59</sup>

### **6. Zugang über internationale Begriffe und Konzepte**

Es stellt sich die Frage, ob der Begriff der medizinischen Grundversorgung mit dem englischen Begriff der „Primary Health Care“ gleichgesetzt werden kann. Vor dem Hintergrund der folgenden Definition der WHO kann diese Frage wohl bejaht werden:

„Unter primärer Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu verstehen, die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptablen Methoden und

---

<sup>56</sup> Siehe dazu die Broschüre zur SwissAgeCare-Studie 2010 des Spitex Verbands Schweiz „Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim?“, einsehbar auf der Internetseite der Spitex [www.spitex.ch](http://www.spitex.ch).

<sup>57</sup> Siehe zum Ganzen Erläuternder Bericht GesBG, S. 34 f.; GDK/BAG, Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung, Bern 2012, S. 4 f.

<sup>58</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577.

<sup>59</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577.



Technologien basiert und die für Einzelpersonen und Familien in der Gesellschaft durch deren vollständige Beteiligung im Geiste von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu für die Gesellschaft und das Land in jeder Phase ihrer Entwicklung bezahlbaren Kosten flächendeckend bereitgestellt wird. Sie bildet einen integralen Bestandteil sowohl im Gesundheitssystem eines Landes, dessen zentrale Aufgabe und hauptsächlichlichen Schwerpunkt sie darstellt, als auch in der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Bevölkerung insgesamt. Sie ist die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten, so dass die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen gerückt wird, und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.<sup>60</sup>

Hervorzuheben ist dabei der Aspekt des *ersten Kontakts* der Individuen, Familien und Gemeinschaften mit dem Gesundheitssystem eines Landes. Es geht dabei um medizinische *Basisdienstleistungen*, die neben den erforderlichen Heil- auch Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Rehabilitationsangebote umfassen und die allen Menschen zugänglich sein sollen. Die Erklärung von Alma-Ata ist zwar in erster Linie auf die Verbesserung der Situation in den Entwicklungsländern ausgerichtet, ruft jedoch alle Regierungen der teilnehmenden Staaten (u.a. auch die Schweiz) dazu auf, entsprechende nationale Konzepte, Strategien und Aktionspläne auszuarbeiten.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Erklärung von Alma-Ata vom 12. September 1978, in deutscher Sprache einsehbar auf der Internetseite der WHO Europa <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>.

<sup>61</sup> Siehe zur Umsetzung in der Schweiz WIDMER EDGAR, Die Erklärung von Alma Ata und ihre Umsetzung in der Schweiz, in: MMS Bulletin Nr. 65, Juni 1997, <http://www.medicusmundi.ch/de/bulletin/mms-bulletin/primary-health-care-und-die-schweiz/the-men/die-erklarung-von-alma-ata-und-ihre-umsetzung-in-der-schweiz>. Der Begriff „Primary Health Care“ sei in der Schweiz mit „primärer Gesundheitsbetreuung“ übersetzt worden.



## 7. Berücksichtigung der Zielnorm in Art. 117a Abs. 1 BV

Der Entscheid, welche Berufe der medizinischen Grundversorgung zugerechnet werden, liegt beim Gesetzgeber. Er hat dabei insbesondere die Zielnorm von Art. 117a Abs. 1 BV zu beachten, d.h. die „Auswahl“ der Berufe richtet sich danach, ob sie typischerweise geeignet sind, zu einer ausreichenden, allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität beizutragen.

Die Anforderung der *Zugänglichkeit* ist dann erfüllt, wenn die entsprechenden Leistungen der gesamten Bevölkerung in allen Landesgegenden innert nützlicher Frist erreichbar angeboten werden können (geografische, finanzielle und soziale Dimension).<sup>62</sup> Dies hat v.a. Auswirkungen auf zentrumsferne Regionen und auf die Versorgung vor Ort bei altersbedingten oder gesundheitlichen Einschränkungen.<sup>63</sup> Letztlich liegt es aber an den zuständigen gesetzgebenden und rechtsanwendenden Behörden des Bundes und der Kantone, diese Anforderung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten zu konkretisieren.<sup>64</sup>

Zu beachten ist in Bezug auf das Kriterium der Zugänglichkeit auch Art. 43a Abs. 4 BV, wonach Leistungen der Grundversorgung allen Personen *in vergleichbarer Weise* offen stehen müssen. Der Entwurf des Bundesrates zu Art. 43a BV sah noch vor, dass diese Leistungen so erbracht werden müssen, „dass jede Person sie in gleicher Weise in Anspruch nehmen kann“.<sup>65</sup> Der Ständerat wählte hingegen die Formulierung „in vergleichbarer Weise“, weil diese Leistungen nicht überall exakt gleich erbracht werden könnten, Differenzierungen gleichzeitig aber ein gewisses Ausmass auch nicht überschreiten sollen.<sup>66</sup> Diese Erwägungen dürften auch für die Auslegung von Art. 117a Abs. 1 BV Geltung haben.

Weiter muss die medizinische Grundversorgung von *hoher Qualität* sein. Dies bedingt insbesondere, dass die Gesundheitsfachpersonen über eine gut aufeinander abgestimmte Aus- und Weiterbildung verfügen und dass diese ihre Leis-

---

<sup>62</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577.

<sup>63</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577.

<sup>64</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577.

<sup>65</sup> BBI 2002 2560.

<sup>66</sup> AB 2002 S 857.

tungen in gegenseitiger Abstimmung und Vernetzung erbringen.<sup>67</sup> Als zentral wird damit eine gute Koordination und Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachpersonen erachtet. Relevant ist natürlich aber auch die Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung als solcher.<sup>68</sup>

Die Leistungen müssen zudem im *notwendigen Ausmass* angeboten werden (Vermeidung einer Unter-, Über- oder einer anderen Fehlversorgung).<sup>69</sup> Diese Anforderung ist jedoch eher unter die vom Parlament zusätzlich eingeführte<sup>70</sup> Voraussetzung der *ausreichenden* Versorgung zu subsumieren. Was unter einer ausreichenden Versorgung zu verstehen ist, wird allerdings weder in der Botschaft des Bundesrates (in Bezug auf den Wortlaut der Initiative) noch in den Wortprotokollen der Räte näher ausgeführt.<sup>71</sup> Es dürfte aber jedenfalls ein enger Zusammenhang mit dem Kriterium der Zugänglichkeit bestehen.<sup>72</sup> Fest steht darüber hinaus, dass die medizinische Grundversorgung über die minimale, im Rahmen des Rechts auf Nothilfe nach Art. 12 BV gewährleistete medizinische Hilfe hinausgeht.<sup>73</sup>

Aus diesen Ausführungen dürfte deutlich werden, dass diese Kriterien zwar beim Erlass der Ausführungsgesetzgebung zu Art. 117a Abs. 2 lit. a BV immer im Blick zu behalten sind. Sie dienen aber kaum dazu, einzelne Berufe oder Berufsgruppen eindeutig der medizinischen Grundversorgung zuordnen zu können. Letztlich hängt diese Entscheidung davon ab, welchen Berufen eine wesentliche Bedeutung für die ganze Bevölkerung zukommt. Welche Berufe werden als unabdingbar für die medizinische Versorgung angesehen, d.h. zu welchen Dienstleistungen muss die ganze Bevölkerung im Sinne einer ersten Anlaufstelle Zugang haben?

Letztlich handelt es sich dabei um eine *politischen Entscheidung*, der auch vom jeweils vorherrschenden Standard der Gesundheitsversorgung abhängt. Dabei

---

<sup>67</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577.

<sup>68</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7578.

<sup>69</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577 f.

<sup>70</sup> AB 2012 S 407; AB 2013 N 97 ff.

<sup>71</sup> Siehe dazu KOLLER, Grundversorgung, S. 349, scheint allerdings davon auszugehen, dass die Anforderung „ausreichend“ zu einem bestimmten Ergebnis verpflichtet.

<sup>72</sup> Siehe Votum Egerszegi-Obirst, AB 2013 S 414.

<sup>73</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7577; vgl. auch SCHWEIZER/MÜLLER, St. Galler-Kommentar zu Art. 43a BV, N. 18.

kann vom Grundsatz ausgegangen werden, dass je weiter der medizinische Fortschritt geht, desto grösser muss das Spektrum des gesamten Angebots sein, das der gesamten Bevölkerung zugänglich ist.<sup>74</sup>

### **8. Einfluss der OKP?**

Fraglich ist, ob auch die Vergütung der Leistungen im System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) einen Einfluss auf die Beurteilung hat, was unter dem Begriff der medizinischen Grundversorgung zu verstehen ist. Kann es sich von vornherein nur um Dienstleistungen bzw. Berufe handeln, die über die OKP vergütet werden, oder umfasst die medizinische Grundversorgung einen grösseren Bereich?

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Vergütung im KVG-System keinen unmittelbaren Einfluss auf die Umsetzung von Art. 117a BV haben kann. Es handelt sich dabei um zwei voneinander zu unterscheidende Bereiche. Die Kostenübernahme durch die OKP kann aber allenfalls Einfluss auf die Zugänglichkeit der medizinischen Grundversorgung haben. Denn wie oben ausgeführt (C.5), ist in Bezug auf das Kriterium der Zugänglichkeit nicht nur die geografische, sondern auch die finanzielle Dimension von Bedeutung, welche wiederum soziale Auswirkungen haben kann. Letztlich dürfte auch nicht zu unterschätzen sein, dass eine gut funktionierende medizinische Grundversorgung (indirekt) auch einen relevanten Einfluss auf die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem (insb. im Bereich der OKP) haben kann.

Diese Überlegungen sollen am *Beispiel der Dentalhygiene* konkretisiert werden. Die Leistungen der Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker werden nicht von der OKP übernommen. Sie können aber dazu beitragen, dass weniger Zahnarztkosten aufgrund von Zahnbehandlungen entstehen, die durch eine nicht ausreichende Mundhygiene verursacht sind, indem sie der Entstehung von Karies etc. vorbeugen. Bei der Dentalhygiene können zudem z.B. erste Anzeichen

---

<sup>74</sup> Vgl. diesbezüglich die Erklärung von Alma-Ata, Punkt VII.1: „Die primäre Gesundheitsversorgung spiegelt die ökonomischen Rahmenbedingungen und die soziokulturellen und politischen Merkmale eines Landes und der darin lebenden Gemeinschaften wider und entwickelt sich in Abhängigkeit von diesen und ist auf der Anwendung der wesentlichen Ergebnisse der sozialen und biomedizinischen Forschung, der Gesundheitswesensforschung und der Erfahrungen im Bereich öffentliche Gesundheit begründet.“

von schwerwiegenderen Zahnproblemen festgestellt werden, was zu einer frühzeitigen Behandlung und damit zur Vermeidung von höheren Kosten führen kann. Zahnschäden werden aber von der OKP nur in Ausnahmefällen übernommen (Art. 31 KVG<sup>75</sup>) und insbesondere dann nicht, wenn sie auf eine ungenügende Mundhygiene zurückzuführen sind. Für die OKP ist die Dentalhygiene daher nicht oder zumindest nur von untergeordneter Bedeutung. Für die Bevölkerung, für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft kann sie aufgrund der Verhinderung von höheren Kosten jedoch von wesentlicher Bedeutung sein. Aus diesem Grund wäre die Subsumtion der Dentalhygiene unter die medizinische Grundversorgung jedenfalls nicht vollständig unvertretbar.

## 9. Zwischenfazit

Es handelt sich bei der medizinischen Grundversorgung *nicht um einen feststehenden (juristischen) Fachbegriff*. Er soll wohl auch wandelbar sein bzw. sich am gegenwärtigen Bedarf orientieren. Allerdings besteht dadurch auch eine gewisse Rechtsunsicherheit. Fest steht aufgrund des ausdrücklichen Wortlauts der neuen Verfassungsbestimmung nur, dass die *Hausarztmedizin* darunter fällt. Auch dieser Begriff hat aber wiederum keinen fest umrissenen Gehalt, da kein entsprechender Facharztstitel existiert. Grundsätzlich werden darunter die Ärzte mit dem Weiterbildungstitel „Allgemeine Innere Medizin“<sup>76</sup>, „Kinder- und Jugendmedizin“ sowie „Praktischer Arzt/Praktische Ärztin“ subsumiert. Es ist jedoch denkbar, diesen Begriff weiter zu fassen. Als einigermaßen gesichert kann auch gelten, dass die Pflegefachpersonen Leistungen der medizinischen Grundversorgung erbringen (stationär und ambulant). In Bezug auf weitere Kategorien von Dienstleistungserbringern im Gesundheitswesen, insbesondere in Bezug auf die in der Fragestellung genannten, besteht jedoch grosse Unsicherheit.

Nicht eindeutig geklärt ist bereits, ob die medizinische Grundversorgung überhaupt über *bestimmte Berufe* definiert werden kann oder bestimmte Berufe auch nur in Teilbereichen zur medizinischen Grundversorgung gehören können. Der Wortlaut des Verfassungstextes lässt jedoch eine Definition über Berufsgruppen

---

<sup>75</sup> Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10).

<sup>76</sup> Bis Ende 2010 existierten dafür zwei verschiedene Titel: „Allgemeine Medizin“ und „Innere Medizin“. Inhaber dieser Titel gelten weiterhin als Hausärzte.



vermuten, d.h. dass ein bestimmter Beruf ganz und nicht nur teilweise zu diesem Bereich zu zählen ist.

Feststehen dürfte immerhin, dass die *ambulante Gesundheitsversorgung* – v.a. auch vor dem Hintergrund der grundlegenden Veränderungen im Gesundheitswesen bzw. der gewandelten Bedürfnisse der Bevölkerung – im Vordergrund steht, was den Bereich der stationären Versorgung jedoch nicht von vornherein ausschliesst. Aufgrund der grundsätzlich kantonalen Kompetenz im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung ist hier jedoch aufgrund des föderalistischen Subsidiaritätsprinzips zumindest Zurückhaltung geboten.

Wichtig ist auch, dass *Leistungen von Spezialisten*, die gewöhnlich nicht von einer breiten Bevölkerungsschicht beansprucht werden, grundsätzlich *nicht* dem Bereich der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen sind (womit noch nichts über deren Bedeutung für die Grundversorgung insgesamt ausgesagt ist). Es kann sich bei den Leistungen der medizinischen Grundversorgung nur um grundlegende *Basisdienstleistungen* handeln, die von einem Grossteil der Bevölkerung regel- bzw. routinemässig und im Sinne eines Erstkontakts bei den Vertretern der entsprechenden Berufe bezogen werden.

Dem Gesetzgeber kommt bei der Festlegung, welche Berufe konkret darunter zu subsumieren sind, ein *grosser Ermessensspielraum* zu. Es handelt sich dabei um einen politischen Entscheid, bei dem allerdings gewisse Eckwerte zu beachten sind. So sind insbesondere die Vorgaben in der Zielnorm von Art. 117a Abs. 1 BV und der allgemeine Grundsatz in Art. 43a Abs. 4 BV zu beachten. Zu betonen ist aber auch, dass der Bund seine Gesetzgebungskompetenz gemäss Art. 117a Abs. 2 BV im Sinne des *föderalistischen Subsidiaritätsprinzip* restriktiv auslegen sollte. Keinen Einfluss auf die Beurteilung hat der Umstand, ob die Kosten für entsprechende Leistungen von der OKP übernommen werden.

Aufgrund dieser ausgearbeiteten Kriterien wird im nachfolgenden Kapitel versucht, anhand der in der Fragestellung genannten Berufe jene zu bestimmen, die typischerweise der medizinischen Grundversorgung zugeordnet werden können.



## D. Welche Berufe gehören zur medizinischen Grundversorgung?

### 1. Optometrie

Der Beruf des Optometristen ist vom Beruf des Augenoptikers zu unterscheiden. Die berufliche Grundbildung zum Augenoptiker bzw. zur Augenoptikerin ist in der betreffenden Verordnung des SBFJ vom 10. Mai 2010 geregelt und wird mit einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis (EFZ) abgeschlossen.<sup>77</sup> Die Ausbildung zum Optometristen bzw. zur Optometristin findet hingegen im Rahmen eines Fachhochschulstudiums statt (an der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW in Olten).<sup>78</sup>

Die abgeschlossene berufliche Grundbildung als Augenoptiker/in befähigt in Verbindung mit der Berufsmaturität zur Aufnahme dieses Studiums.<sup>79</sup> Verfügt eine Person nicht über die Berufsmaturität, kann sie auch über eine Aufnahmeprüfung auf dem Niveau der Berufsmatura zum Studium zugelassen werden. Alternativ zur beruflichen Grundbildung (in Verbindung mit der Berufsmatura oder bestandener Aufnahmeprüfung) genügt auch die gymnasiale Maturität, wenn die betreffende Person ein mindestens 1-jähriges Praktikum in einem Augenoptik-Betrieb absolviert hat.

Optometristen sind zwar ebenfalls in Augenoptik-Betrieben tätig, sie sind aufgrund ihrer interdisziplinären Ausbildung aber auch für eine Tätigkeit in Industrie- und Forschungsbetrieben oder in den Bereichen der Ophthalmologie oder Medizintechnik qualifiziert.<sup>80</sup>

Die selbstständige Ausübung des Berufs des Optometristen bzw. der Optometristin ist in sämtlichen Kantonen bewilligungspflichtig (mit Ausnahme der Kantone Schwyz und Uri). Zum Teil werden die Optometristen auch unter die Kategorie der Augenoptiker subsumiert oder umgekehrt. Das liegt u.a. darin begründet, dass die höhere Fachprüfung im Bereich der Augenoptik, deren Bestehen die

---

<sup>77</sup> Verordnung des SBFJ vom 10. Mai 2010 über die berufliche Grundbildung Augenoptikerin/Augenoptiker mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ; SR 412.101.221.27).

<sup>78</sup> Siehe dazu die Internetseite der FHNW <http://www.fhnw.ch/technik/bachelor/optometrie>. Vgl. auch <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=education&id=3740>.

<sup>79</sup> Siehe zu den Zulassungsbedingungen [http://www.fachhochschulen.net/FH/Studium/Optometrie\\_3057.htm](http://www.fachhochschulen.net/FH/Studium/Optometrie_3057.htm).

<sup>80</sup> Siehe dazu die Internetseite <http://www.fhnw.ch/technik/bachelor/optometrie/beruf>.



Verleihung eines eidgenössischen Diploms zur Folge hat (eidg. dipl. Augenoptiker/in), durch den Bachelor-Studiengang in Optometrie an der FHNW ersetzt wurde.<sup>81</sup> In der einschlägigen Verordnung des Kantons Appenzell Ausserrhoden wird die Optometrie beispielsweise nicht explizit erwähnt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch hier grundsätzlich ein entsprechendes Bachelor-Diplom für die selbstständige Berufsausübung verlangt wird. Gemäss Art. 36 Abs. 1 GesG/AR<sup>82</sup> wird die Berufsausübungsbewilligung u.a. dann erteilt, wenn die gesuchstellende Person die fachlichen Voraussetzungen erfüllt bzw. die je nach Beruf erforderliche Ausbildung oder Prüfung erfolgreich abgeschlossen hat (lit. a). Die erforderlichen Fähigkeitsausweise und Ausbildungsgänge werden vom Regierungsrat auf dem Verordnungsweg festgelegt (Art. 34 Abs. 3 GesG/AR). Als anerkannter Ausweis gilt insbesondere ein eidgenössisches Diplom (Art. 5 Abs. 1 lit. a VO/AR<sup>83</sup>). Ein EFZ im Bereich der Augenoptik genügt demnach nicht (bzw. die entsprechende Tätigkeit ist nicht bewilligungspflichtig).

In einigen Kantonen ist hingegen auch die selbstständige Tätigkeit als Augenoptiker/in mit EFZ bewilligungspflichtig. Im Kanton Zug genügt z.B. ein EFZ (oder ein als gleichwertig anerkannter Ausweis) für die selbstständige Tätigkeit im Bereich der Augenoptik, „soweit sich die Tätigkeit auf Beratung, Anpassung und Verkauf von Sehhilfen nach Verordnung einer berechtigten Fachperson beschränkt“ (§ 19 Abs. 1 lit. b GesV/ZG<sup>84</sup>).<sup>85</sup> Umfasst die Tätigkeit aber „zusätzlich

---

<sup>81</sup> Vgl. diesbezüglich § 25 der Verordnung des Kantons Zürich vom 24. November 2010 über die nichtuniversitären Medizinalberufe (nuMedBV; LS 811.21), wonach die Bewilligung zur selbstständigen Ausübung des Berufs des Optometristen erteilt wird, wenn die gesuchstellende Person entweder über die höhere Fachprüfung (eidg. dipl. Augenoptiker/in) oder ein Fachhochschuldiplom (oder ein eidg. anerkanntes ausländisches Diplom) in Optometrie verfügt. Die Bewilligung berechtigt zur Vornahme optometrischer Messungen und zur Anpassung von Kontaktlinsen (§ 26 VO/ZH). Die Prüfungsordnung für die höhere Fachprüfung für Augenoptikerinnen und Augenoptiker wurde per 31. Dezember 2011 aufgehoben (siehe dazu die Internetseite des SBFi <http://www.sbf.admin.ch/diploma/01800/01805/index.html?lang=de>). Der Studiengang an der FHNW startete im Herbst 2007 und ersetzte die bisherige Ausbildungsform. Gesuche um Anerkennung ausländischer Diplome werden seit dem 1. Januar 2012 gestützt auf die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 (ABI L 255, 30. September 2005, S. 22) geprüft.

<sup>82</sup> Gesundheitsgesetz des Kantons Appenzell Ausserrhoden vom 25. November 2007 (bGS 811.1).

<sup>83</sup> Verordnung des Kantons Appenzell Ausserrhoden vom 11. Dezember 2007 über die Gesundheitsfachpersonen (bGS 811.13).

<sup>84</sup> Verordnung des Kantons Zug vom 30. Juni 2009 über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (Gesundheitsverordnung, GesV; BGS 821.11).

<sup>85</sup> Vgl. auch Art. 36 der Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung, GesV; BSG 811.111).



Funktionstests, Korrektionsbestimmungen oder Kontaktlinsenanpassungen“, ist ein Bachelor of Science (FH) in Optometrie vorausgesetzt (§ 19 Abs. 1 lit. b GesV/ZG).

Optometristen sind Spezialisten auf dem Gebiet der Augenoptik, deren Tätigkeit aufgrund der Entwicklungen in diesem Berufsfeld an Bedeutung gewinnt.<sup>86</sup> Augenoptiker und Optometristen sind eine von mehreren Anlaufstellen für die Verordnung und Anpassung von Sehhilfen. Ob es jedoch erforderlich ist, die entsprechende Aus- und Weiterbildung sowie die Berufsausübung bundesrechtlich zu regeln, um eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten, ist fraglich. Dass die Tätigkeit in den meisten Kantonen bewilligungspflichtig ist, ist kein Indiz für ihre Relevanz für die medizinische Grundversorgung. Entscheidend ist vielmehr die Antwort auf die Frage, ob jede Person in der Schweiz Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen im Sinne eines Erstkontakts haben muss/soll oder ob es z.B. genügt, wenn die Bevölkerung mit entsprechenden Anliegen an den Hausarzt gelangen kann, der eine Fehlsichtigkeit feststellen und weitere Abklärungen (z.B. bei einem Augenarzt oder eben in einem Augenoptik-Betrieb) einleiten kann.

Gemäss dem Bundesamt für Statistik tragen 64 % der Schweizer Bevölkerung eine Brille oder Kontaktlinsen, bei den über 65-Jährigen sind es gar 87 %.<sup>87</sup> Aufgrund dieser Zahlen lässt sich argumentieren, dass es wichtig ist, dass sich die Menschen in der Schweiz bei Problemen mit ihren Sehhilfen oder bei einer Verschlechterung ihrer Sehfähigkeit direkt an einen Augenoptiker bzw. Optometristen wenden können. Dabei geht es in der Regel nicht um eigentlich pathologische Vorgänge, die einer augenärztlichen Behandlung bedürfen, sondern um alltägliche Probleme, die ein Augenoptiker oder – aufgrund der gestiegenen Anforderungen in diesem Berufsfeld – der Optometrist direkt angehen und im Normalfall auch beheben kann. Stellt er – wozu er aufgrund seiner Ausbildung befähigt ist – pathologische Vorgänge fest, kann er die betreffende Person z.B. an einen Ophthalmologen weiterverweisen.

---

<sup>86</sup> Vgl. <http://www.fhnw.ch/technik/bachelor/optometrie/beruf>.

<sup>87</sup> Medienmitteilung des BFS vom 18. Februar 2014, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9288>.



Ist der Optometrist nicht in einem Augenoptik-Geschäft, sondern z.B. in der Forschung oder in einem Industriebetrieb tätig, hat er zwar keinen direkten Kundenkontakt, er trägt mit seiner Tätigkeit aber zur Versorgung der Menschen in der Schweiz mit qualitativ hochstehenden Gütern und Dienstleistungen bei.

Insgesamt könnte der Beruf des Optometristen daher durchaus zu jenen der medizinischen Grundversorgung gezählt werden.

## 2. Osteopathie

In der Osteopathie werden „Menschen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen wie Rückenschmerzen oder Verdauungsproblemen durch differenzierte manuelle Techniken“ behandelt.<sup>88</sup> Es handelt sich dabei um einen ganzheitlichen Ansatz, der bei der anatomischen Struktur des menschlichen Körpers ansetzt.<sup>89</sup> Die Ausbildung zur Osteopathin bzw. zum Osteopathen wird in der Schweiz auf Fachhochschulstufe angeboten (Bachelor-Studiengang an der HES-SO Fribourg). Die GDK verleiht bei Bestehen einer interkantonalen Prüfung ein entsprechendes Diplom, das zur Führung des geschützten Titels „Osteopathin/Osteopath“ mit dem Vermerk „mit schweizerisch anerkanntem Diplom“ berechtigt.<sup>90</sup> Die selbstständige Ausübung dieses Berufes ist heute in sämtlichen Kantonen bewilligungspflichtig (soweit ersichtlich nur mit Ausnahme des Kantons Obwalden).

Der Osteopath verweist einen Patienten an den Arzt oder Chiropraktor, wenn eine entsprechende Behandlung erforderlich ist.<sup>91</sup> Er wird selbst nicht nur, aber auch auf ärztliche Verweisung tätig.

---

<sup>88</sup> [http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?id=8469&searchabc=O](http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?id=8469&searchabc=O;); siehe auch <http://www.hes-so.ch/de/bachelor-osteopathie-3381.html?theme=T12>; zudem die Legaldefinition in Art. 24<sup>bis</sup> Abs. 2 des Ständekommissionsbeschlusses des Kantons Appenzell Innerrhoden vom 27. Juni 2000 über die Ausübung der anderen Berufe des Gesundheitswesens (GS 811.002; nachfolgend: StKB/AI): „Der Osteopath behandelt nach eigener osteopathischer Diagnose mit Hilfe osteopathischer Techniken und Manipulationen Gewebezustände, die sich in Einschränkungen der Beweglichkeit und funktionellen Störungen des Organismus äussern.“

<sup>89</sup> Vgl. Bereichsbroschüre der HES-SO, abrufbar unter <http://www.hes-so.ch/de/bachelor-osteopathie-3381.html?theme=T12>, S. 16.

<sup>90</sup> Reglement der GDK vom 23. November 2006 für die interkantonale Prüfung von Osteopathinnen und Osteopathen in der Schweiz (siehe z.B. BSG/BE 439.182.6).

<sup>91</sup> Siehe Art. 24<sup>bis</sup> Abs. 3 StKB/AI.

Mit osteopathischen Methoden werden in erster Linie ernsthafte gesundheitliche Probleme behandelt. Es handelt sich nicht um eine Dienstleistung, die von einem Grossteil der Bevölkerung täglich oder primär beansprucht wird. Es handelt sich bei den Osteopathinnen und Osteopathen um Spezialisten, die nicht unbedingt als erste Anlaufstelle fungieren. Entsprechend ist davon auszugehen, dass sie nicht zwingend der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen sind.

### **3. Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich**

Eine spezifische Ausbildung bzw. ein spezifischer Beruf „Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich“ gibt es nicht. In der Schweiz wird einzig an verschiedenen Fachhochschulen der Studiengang „Soziale Arbeit“ angeboten.<sup>92</sup> Die Soziale Arbeit nimmt im Gesundheitswesen sicher eine relevante Rolle ein, ob sie aber als eigentlicher Gesundheitsberuf zu werten ist, ist umstritten.<sup>93</sup> Nach Angaben der FHNW Soziale Arbeit ist bereits jede fünfte Fachperson mit einem Bachelor-Abschluss in Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen beschäftigt, von allen Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung mache ihr Anteil 6 % aus.<sup>94</sup> Auch ausserhalb des Gesundheitswesens dürfte diesen Fachleuten die Funktion einer Ansprechperson zukommen, die bei bestimmten medizinischen Problemen wohl auch eine Triage-Funktion übernehmen kann. Die Tätigkeiten betreffen jedoch nur in einem Teilbereich den Gesundheitssektor, die übrigen (eigentlich sozialen) Tätigkeiten dürften sowohl in der Ausbildung als auch in der Berufsausübung überwiegen. In diesem Sinne ist der Ansicht der Schweizerischen Dachorganisation der Arbeitswelt Soziales SAVOIRSOCIAL zu folgen, wonach die Soziale Arbeit nicht als Gesundheitsberuf zu betrachten ist.<sup>95</sup> Es ist daher nicht näher zu erörtern, ob es sich dabei um einen Beruf der medizinischen Gesundheitsversorgung handeln könnte.

---

<sup>92</sup> Siehe Internetseite des SBFJ, <http://www.sbfj.admin.ch/fachhochschulen/suche/index.html?searchkw=soziale+arbeit&lang=de>.

<sup>93</sup> Siehe dazu Vernehmlassungsbericht GesBG, S. 23 f.

<sup>94</sup> Vernehmlassungsbericht GesBG, S. 24. Diese Personen seien v.a. in der Suchtbehandlung, in der Psychiatrie und in der gesundheitsrelevanten Prävention tätig. Ein wichtiges Berufsfeld ist aber auch die Spitalsozialarbeit.

<sup>95</sup> Vernehmlassungsbericht GesBG, S. 23.



#### 4. Logopädie

Die Ausbildung zur Logopädin bzw. zum Logopäden wird in der Deutschschweiz an der Universität Fribourg sowie an drei verschiedenen Fachhochschulen angeboten.<sup>96</sup> Logopäden führen Therapien mit sprachlich beeinträchtigten Personen durch mit dem Ziel, ihre Kommunikationsfähigkeit zu verbessern.<sup>97</sup> Die entsprechende Tätigkeit ist in allen Kantonen ausser den Kantonen Bern und Obwalden bewilligungspflichtig.

Der Kanton St. Gallen hat in der Vernehmlassung zu Protokoll gegeben, dass die Logopädie (neben weiteren Berufen) wichtig sei für die Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen, weshalb dieser Beruf ebenfalls dem GesBG zu unterstellen sei.<sup>98</sup> Unklar ist jedoch, ob dieser Beruf auch dem Bereich der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen ist, insbesondere deshalb, weil es sich dabei um ein relativ eng eingegrenztes Spezialgebiet handelt. Entscheidend dürfte diesbezüglich sein, dass es sich bei den Logopädinnen und Logopäden in der Regel nicht um die erste Anlaufstelle bei Kommunikationsstörungen handeln dürfte. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Umstand, dass Logopädinnen und Logopäden Personen im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG sind, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen zu Lasten der OKP erbringen (Art. 46 Abs. 1 lit. d und Art. 50 KVV<sup>99</sup>). Als erste Anlaufstelle ist in diesem Fall der Arzt oder die Ärztin (d.h. häufig der Hausarzt oder die Hausärztin) anzusehen.

#### 5. Psychomotorik

Die Ausbildung im Bereich der Psychomotorik wird in der Schweiz von der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich und von der Haute école de

---

<sup>96</sup> Siehe Internetseite des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbands DLV, <http://www.logopaedie.ch/Ausbildung.650.0.html>.

<sup>97</sup> <http://www.logopaedie.ch/Taetigkeitsbereich.54.0.html?&L=0%24>.

<sup>98</sup> Vernehmlassungsbericht GesBG, S. 20. Der Kanton Schwyz befürwortet die Aufnahme dieses Berufes ins GesBG ebenfalls, allerdings aus dem Grund, weil die Logopäden und Logopädinnen Leistungen zu Lasten der OKP erbringen (S. 21). Für den Kanton Graubünden bedarf die Berufsausübung aus Gründen des Patientenschutzes zwingend einer Regelung bzw. der Bewilligungspflicht. Der DLV befürwortet die Aufnahme ins GesBG deshalb, weil eine Aufwertung des Berufes vor dem Hintergrund des starken Fachkräftemangels wünschenswert sei (S. 23).

<sup>99</sup> Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102).

travail social de Genève angeboten.<sup>100</sup> Es handelt sich dabei um eine Bewegungstherapie, um ein pädagogisch-therapeutisches Konzept zur Förderung der Entwicklung betroffener Personen sowohl im physischen als auch im emotionalen und persönlichkeitsbezogenen Bereich.<sup>101</sup> Die selbstständige Ausübung dieses Berufs ist – soweit ersichtlich – nur in den Kantonen Genf, Jura, Tessin und Waadt bewilligungspflichtig.

Ähnlich wie bei der Logopädie ist davon auszugehen, dass es sich bei psychomotorischen Therapieleistungen um Spezialbehandlungen handelt, die in erster Linie von Drittpersonen angeordnet oder vermittelt werden. Sie sind daher nicht dem Bereich der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen.

## 6. *Medizinisch-technische Radiologie*

Ausbildungsgänge in medizinisch-technischer Radiologie werden in der Romandie an Fachhochschulen und in der Deutschschweiz an höheren Fachschulen angeboten.<sup>102</sup> Medizinisch-technische Radiologen arbeiten in Spitälern und radiologischen Instituten und führen Röntgenuntersuchungen durch, wenden Aufnahmeverfahren wie Computer- und Magnetresonanz-Tomographie an und behandeln und begleiten die Patientinnen in Strahlenbehandlungen (Radioonkologie).<sup>103</sup> Sie üben ihre Tätigkeit (in der Regel) unselbstständig, d.h. unter der fachlichen Aufsicht einer anderen Medizinalperson aus.<sup>104</sup> Soweit ersichtlich ist die (unselbstständige) Tätigkeit nur im Kanton Genf bewilligungspflichtig (Art. 74 GesG/GE<sup>105</sup>).<sup>106</sup>

---

<sup>100</sup> Siehe Internetseite des Verbands der Psychomotoriktherapeutinnen und -therapeuten „psychomotorik schweiz“, <http://www.psychomotorik-schweiz.ch/beruf/ausbildung>.

<sup>101</sup> Vgl. z.B. <http://www.psychomotorik-schweiz.ch/beruf/>; <http://www.hfh.ch/de/studium/ba-psychomotoriktherapie>.

<sup>102</sup> Siehe <http://www.sbfi.admin.ch/fachhochschulen/suche/index.html?searchkw=radiologie&lang=de&as=all>; <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=education&id=2903>.

<sup>103</sup> Siehe <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=activity&id=2903>; vgl. auch Art. 131 GesG/VD (Loi sur la santé publique du 29 Mai 1985, LSP; RVS 800.01) und Art. 83 Abs. 2 RPS/GE (Règlement du Canton du Genève du 22 août 2006 sur les professions de la santé (K 3 02.01)).

<sup>104</sup> Siehe Art. 131 Abs. 5 GesG/VD (ausschliesslich UE); Art. 83 Abs. 1 RPS/GE (ausschliesslich UE unter ärztlicher Aufsicht). In der Praxis arbeiten die Fachpersonen der medizinisch-technischen Radiologie aufgrund ihrer spezifischen Ausbildung – wenn auch im Auftrag eines Arztes – aber wohl weitgehend selbstständig bzw. eigenverantwortlich (vgl. den Rahmenlehrplan des SBFI, abrufbar unter <http://www.sbfi.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=de>).

<sup>105</sup> Loi du Canton du Genève sur la santé du 7 avril 2006 (LS; RSG K 1 03).

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft zur Hausarztmedizin ausgeführt, dass die medizinisch-technische Radiologie wesentliche Beiträge zur medizinischen Grundversorgung leisten würde.<sup>107</sup> Auch in Bezug auf diesen Beruf dürfte für die Einordnung jedoch massgebend sein, dass entsprechende Untersuchungen und Behandlungen auf ärztliche Anordnung erfolgen. Dass die medizinisch-technische Radiologie nicht der medizinischen Grundversorgung zugerechnet wird, heisst jedoch nicht, dass sie nicht einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten würde. Die Vertreter dieser Berufsgattung dienen jedoch nicht als erste Anlaufstelle bei medizinischen Problemen, sondern vielmehr deren vertieften Abklärung auf begründeten Verdacht hin bzw. deren Behandlung mittels spezifischer Technologien.

## **7. Rettungssanitätät**

Die Ausbildung zum dipl. Rettungssanitäter HF bzw. zur dipl. Rettungssanitäterin HF findet an höheren Fachschulen statt.<sup>108</sup> Rettungssanitäter gewährleisten die medizinische Erstversorgung von Patientinnen und Patienten und organisieren und leiten Notfalleinsätze und Krankentransporte.<sup>109</sup> In den meisten Kantonen ist die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung bewilligungspflichtig, zum Teil aber auch nur der Betrieb der Transport- und Rettungsunternehmen.<sup>110</sup>

Gemäss dem Bundesrat leisten die Rettungssanitäter einen wesentlichen Beitrag zur medizinischen Grundversorgung.<sup>111</sup> Dieser Ansicht ist zuzustimmen. Es handelt sich um eine medizinische Erstversorgung, die die Grundversorgung der Bevölkerung mit medizinischen Dienstleistungen gewährleistet. Die Rettungssanitäter entscheiden in eigener Verantwortung, ob eine Einlieferung ins Spital oder die Überweisung an einen Arzt erforderlich ist. In diesem Sinn kann diese Be-

---

<sup>106</sup> Nur ausnahmsweise bewilligungspflichtig ist die unselbstständige Tätigkeit im Kanton Waadt (vgl. Art. 76 Abs. 3 und 4 GesG/VD).

<sup>107</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7579.

<sup>108</sup> <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=education&id=3020>.

<sup>109</sup> <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=activity&id=3020>.

<sup>110</sup> Siehe z.B. Art. 2 f. und 29 StKB/AI (Rettungssanitäter); § 35 Abs. 1 lit. g und § 41 der Verordnung des Kantons Aargau vom 11. November 2009 über die Berufe, Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen, VBOB; SAR 311.121 (Transport- und Rettungsunternehmen).

<sup>111</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7579.

rufsgattung unter den Begriff der medizinischen Grundversorgung gemäss Art. 117a BV subsumiert werden.

## 8. Dentalhygiene

Dentalhygieniker/innen behandeln Zahn- und Zahnfleischerkrankungen bzw. sie tragen zu deren Vermeidung bei, indem sie den Zustand der Zähne und der Mundhöhle untersuchen, Zahnbeläge entfernen und die Kundinnen und Kunden in Bezug auf die Zahn- und Mundpflege aufklären und beraten.<sup>112</sup> Die Ausbildung zu diesem Beruf wird in der Deutschschweiz und in der Romandie an höheren Fachschulen angeboten.<sup>113</sup> Die Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung ist – soweit ersichtlich – in allen Kantonen ausser den Kantonen Obwalden, Tessin und Uri bewilligungspflichtig.

Der Kanton St. Gallen hat in der Vernehmlassung zum Vorentwurf des GesBG gefordert, dass unter dem Aspekt der „Qualitätssicherung im Sinne eines möglichst umfassenden Patientenschutzes“ u.a. auch die Dentalhygiene in diesem Gesetz geregelt werden sollte.<sup>114</sup> Auch die Kantone Zürich und Graubünden befürworteten aus dem gleichen Grund eine Erweiterung des Geltungsbereiches des GesBG auf HF-Niveau und nannten in diesem Zusammenhang insb. die Dentalhygiene.<sup>115</sup>

Die Erforderlichkeit einer (einheitlichen) Regulierung zur Gewährleistung der Qualität und des Patientenschutzes sagt jedoch noch nichts darüber aus, ob die Dentalhygiene zum Bereich der medizinischen Grundversorgung zu zählen ist. Die Leistungen der Dentalhygieniker/innen werden in der Praxis (nicht nur) auf zahnärztliche Empfehlung beansprucht. Die Patientinnen und Patienten nehmen

---

<sup>112</sup> <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?id=6632&highlighted=DENTALHYGIENE>; siehe z.B. auch Art. 15 Abs. 2 StKB/AI, Art. 45 Abs. 1 GesV/BE.

<sup>113</sup> Siehe für die Deutschschweiz die Internetseite <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=education&id=6632&highlighted=DENTALHYGIENE>; in der Romandie wird die Ausbildung in Genf an der Ecole supérieure d'hygiénistes dentaires angeboten (<http://www.eshyd.ch>).

<sup>114</sup> Vernehmlassungsbericht GesBG, S. 7 und 20.

<sup>115</sup> Vernehmlassungsbericht GesBG, S. 20 f. Auch der Berufsverband Swiss Dental Hygienists sprach sich in diesem Sinne aus (S. 23). Zudem: „ZH weist darauf hin, dass besonders bei den DentalhygienikerInnen zahlreiche MigrantInnen mit unterschiedlichen Ausbildungen den Beruf ausübten, weshalb sich eine analoge Regelung zur Zulassung der Pflegefachpersonen HF aufdränge.“

gewöhnlich in regelmässigen Zeitabständen Termine bei einem Dentalhygieniker bzw. bei einer Dentalhygienikerin zur Kontrolle und Zahnreinigung wahr. Stellt die Fachperson schwerwiegendere Probleme fest, die sie nicht selber beheben kann, verweist sie die Patienten an einen Zahnarzt zur weiteren Behandlung.<sup>116</sup> In diesem Sinne erbringen Dentalhygieniker/innen durchaus Leistungen der medizinischen Grundversorgung, indem sie grundlegende Pflegeleistungen sowie erste Abklärungen und Kontrollen durchführen. Eine Zuordnung dieses Berufes zu den Berufen der medizinischen Grundversorgung wäre demnach plausibel zu begründen.

## 9. Podologie

In Bezug auf die Podologie existiert sowohl eine berufliche Grundbildung, die zu einem EFZ führt,<sup>117</sup> als auch die Möglichkeit zur beruflichen Weiterbildung an einer höheren Fachschule.<sup>118</sup> Podologinnen und Podologen sind im Bereich der Pflege gesunder und kranker Füsse, Zehen und Zehennägel tätig und erbringen entsprechende Beratungsdienstleistungen.<sup>119</sup> Die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung ist in allen Kantonen bewilligungspflichtig und setzt in der Regel ein eidgenössisches Diplom einer höheren Fachschule voraus.<sup>120</sup> Bezüglich der Aufnahme ins GesBG kann auf die Ausführungen zur Dentalhygiene verwiesen werden. Auch der Bundesrat ordnet diesen Beruf explizit der medizinischen Grundversorgung zu.<sup>121</sup>

<sup>116</sup> Siehe z.B. § 17 Abs. 3 der Verordnung des Kantons Luzern vom 28. April 2009 über die anderen bewilligungspflichtigen Berufe im Gesundheitswesen und über die bewilligungspflichtigen Betriebe mit solchen Berufsleuten (SRL 806).

<sup>117</sup> Siehe dazu die Verordnung des SBFJ vom 26. September 2012 über die berufliche Grundbildung Podologin/Podologe mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ; SR 412.101.220.15).

<sup>118</sup> <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=education&id=8142&highlighted=PODOLOGIE>.

<sup>119</sup> <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=activity&id=8142&highlighted=PODOLOGIE>; siehe z.B. auch Art. 26 StKB/Al.

<sup>120</sup> Siehe z.B. § 23 VBOB/AG; § 29 der Verordnung des Kantons Basel-Landschaft vom 17. März 2009 über die Berufe im Gesundheitswesen (SGS 914.12); Art. 19 des Reglements des Kantons Uri vom 9. Dezember 2008 über die Berufe und Organisationen im Gesundheitswesen (RB 30.2117). Im Kanton Neuenburg z.B. berechtigen jedoch auch das EFZ, ein vom Roten Kreuz anerkanntes Diplom oder ein vom Departement als gleichwertig anerkannter Ausweis zur Ausübung des Berufs „pédicure-podologue“ (Art. 49 Règlement du 2 mars 1998 concernant l'exercice des professions médicales universitaires et des autres professions de la santé, RSN 801.100).

<sup>121</sup> Botschaft Änderung MedBG, S. 6216.

## 10. Drogist/in

Wie bei der Podologie werden bei den Drogistinnen und Drogisten eine berufliche Grundbildung und eine Weiterbildung an der höheren Fachschule angeboten.<sup>122</sup> Drogistinnen und Drogisten HF sind Fachpersonen im Bereich der Selbstmedikation und besitzen vertiefte Kenntnisse in den Bereichen Gesundheit und Ernährung, aber auch in den Bereichen Schönheitspflege und Unternehmensführung.<sup>123</sup> Die selbstständige Berufsausübung bzw. die Führung einer Drogerie ist in allen Kantonen bewilligungspflichtig.<sup>124</sup> Bezüglich der Aufnahme ins GesBG kann auf die Ausführungen zur Dentalhygiene verwiesen werden.

Drogerien bzw. die in diesen Betrieben beschäftigten Fachpersonen sind für grosse Teile der Bevölkerung eine der ersten Stellen, an die sie sich bei gesundheitlichen Problemen wenden. In vielen Fällen können die Hinweise in Bezug auf die Einnahme von (nicht verschreibungspflichtigen) Medikamenten und Naturheilmitteln, die Anwendung von Kosmetika oder in Bezug auf das Gesundheitsverhalten diese Probleme mildern oder beheben. Bei ernsthaften Gesundheitsbeeinträchtigungen können die Drogistinnen und Drogisten die Kundschaft an den Arzt oder an eine Apotheke verweisen. Ihnen kommt daher eine wichtige Funktion in Bezug auf die erste Einschätzung und Behandlung gesundheitlicher Probleme zu. In diesem Sinne kann dieser Beruf durchaus der medizinischen Grundversorgung zugerechnet werden.

## 11. Zahntechniker

Wie bei den Podologen und Drogistinnen werden im Bereich der Zahntechnik eine berufliche Grundbildung und eine weiterführende Ausbildung an der höhe-

---

<sup>122</sup> Verordnung des SBFI vom 20. September 2010 über die berufliche Grundbildung Drogistin/Drogist mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ; SR 412.101.221.36); <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=education&id=3010&highlighted=DROGISTIN>.

<sup>123</sup> <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=activity&id=3010&highlighted=DROGISTIN>.

<sup>124</sup> Im Kanton Basel-Landschaft ist auch die unselbstständige Tätigkeit bewilligungspflichtig, sofern die betreffende Person eine Stellvertreterfunktion inne hat (§ 11 Abs. 1 lit. b des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Landschaft vom 21. Februar 2008, GesG, SGS 901; § 2 Abs. 2 und § 20 der Verordnung des Kantons Basel-Landschaft vom 17. März 2009 über die Berufe im Gesundheitswesen, SGS 914.12).

ren Fachschule angeboten.<sup>125</sup> Zahntechniker erstellen Massanfertigungen von Zahnimplantaten, Brücken und abnehmbaren Prothesen.<sup>126</sup> Die selbstständige Berufsausübung ist in der Hälfte der Kantone bewilligungspflichtig.

Zahntechniker/innen sind Spezialist/innen und werden grundsätzlich nur im Auftrag eines Zahnarztes tätig.<sup>127</sup> Sie sind daher von vornherein nicht der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen.

## **12. Advanced Nurse Practitioner (ANP)**

Die Ausbildung zum/zur Advanced Nurse Practitioner (ANP) wird als Masterstudiengang z.B. am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel,<sup>128</sup> aber auch auf Fachhochschulstufe angeboten.<sup>129</sup> Es handelt sich damit um universitär ausgebildete Pflegefachpersonen, die sich in einem bestimmten Bereich spezialisiert haben und neben (praxisorientiertem) Fachwissen auch Entscheidungs- und Führungskompetenz mitbringen. Im Berufsalltag arbeiten sie z.B. in leitenden Gremien und Projekten mit, führen aber auch intensive Gespräche bei Neueintritten z.B. in der Geriatrie, haben also einen relativ engen Kontakt zu den Patienten.<sup>130</sup> Die Profile können im Einzelfall recht unterschiedlich ausfallen. Soweit ersichtlich beraten sie aber grundsätzlich häufiger andere Pflegefachpersonen oder die Führungsebene von Pflegeinstitutionen, um eine optimale Pflege sicherzustellen, als direkt die Patientinnen und Patienten. Es ist daher fraglich, ob sie als primäre Anlaufstelle für eine breite Bevölkerungsschicht bezeichnet werden

<sup>125</sup> Verordnung des SBFI vom 30. November 2007 über die berufliche Grundbildung Zahntechnikerin/Zahntechniker mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ; SR 412.101.220.70); <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=education&id=8154&highlighted=ZAHNTECHNIKER|HF>.

<sup>126</sup> Vgl. <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=activity&id=8154&highlighted=ZAHNTECHNIKER|HF>.

<sup>127</sup> Siehe z.B. Art. 55 Ordonnance du Canton du Jura du 2 octobre 2007 concernant l'exercice des professions de la santé (RSJU 811.213); § 32 der Vollzugsverordnung des Kantons Solothurn vom 28. Juni 1999 zum Gesundheitsgesetz (BGS 811.12); § 31a Abs. 2 der Gesundheitsverordnung des Kantons Schwyz vom 23. Dezember 2003 (GesV; SRSZ 571.111).

<sup>128</sup> <https://nursing.unibas.ch/studium/advanced-nursing-practice>.

<sup>129</sup> So bieten z.B. die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Winterthur (ZHAW), die Berner Fachhochschule (BFH) und die Hochschule für Angewandte Wissenschaften der FHS St. Gallen in kooperativer Zusammenarbeit eine Ausbildung an, welcher mit einem Master of Science in Pflege abgeschlossen werden kann (siehe z.B. die Internetseite <http://project.zhaw.ch/de/gesundheit/apn.html>).

<sup>130</sup> Siehe dazu die Portraits von vier ANPs auf der Internetseite der Interessengruppe SBK für Advanced Nursing Practice „SwissANP“, <http://swiss-anp.ch/w/pages/de/advanced-nursing-practice.php>.

können. Die Subsumtion unter die medizinische Grundversorgung ist daher nicht zwingend, allerdings auch nicht von vornherein auszuschliessen.

### 13. Weitere

In den *kantonalen Rechtsgrundlagen* zu den Gesundheitsberufen werden diverse weitere Gesundheitsberufe als die im Vorentwurf des GesBG und in der Fragestellung genannten geregelt und insb. einer Bewilligungspflicht unterstellt, z.B. die medizinische Massage,<sup>131</sup> die Orthoptik,<sup>132</sup> die Hörgeräte-Akustik (nur Berufsprüfung), die Orthopädie, die Naturheilpraktiker, die Berufe im Bereich der Komplementärmedizin (Homöopathie, Akupunktur, TCM), die medizinischen Labore (biomedizinische Analytik), die Arzt- und Zahnarthelfer/innen sowie weitere Assistenzberufe, die Fachangestellten Gesundheit, z.T. sogar die Kosmetiker/innen (TI) und die Reflexzonenmassage (OW).

Keiner dieser Berufe ist der medizinischen Grundversorgung zuzuordnen, weil es sich dabei nicht um medizinische Basisdienstleistungen handelt, die regelmässig von einer breiten Bevölkerungsschicht beansprucht werden.

Festzuhalten ist an dieser Stelle zudem noch, dass *Spezialärzte* wie z.B. Kardiologen nicht der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen sind, weil diese in aller Regel nur auf Verweisung des Hausarztes oder im Rahmen einer stationären Behandlung tätig werden. Es handelt sich aber nicht um ein Dienstleistungsangebot, das die Einzelnen direkt in Anspruch nehmen. Anders kann die Beurteilung allenfalls in Bezug auf Gynäkologen und allenfalls Ophtalmologen ausfallen, wobei bei einer zu offenen Interpretation allerdings die Gefahr besteht, dass die Grenzen der medizinischen Grundversorgung verwischt werden. Für den Einbezug dieser Spezialisten in die medizinische Grundversorgung spricht jedoch, dass auch bei der Wahl des Hausarzt-Modells (vgl. Art. 41 Abs. 4 KVG) gynäkologische Voruntersuchungen und Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft sowie Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt von der Pflicht ausge-

---

<sup>131</sup> Siehe z.B. Art. 23 Abs. 2 StKB/Al: „Der medizinische Masseur führt nach ärztlicher Anordnung passive physikalische Therapien durch.“ Vgl. auch § 28 VO/BL.

<sup>132</sup> <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=activity&id=3287&highlighted=ORTHOP>  
TIK: „Orthoptistinnen und Orthoptisten HF wirken mit bei der Prävention, Diagnose und Therapie von Sehstörungen wie Schielen oder Augenzittern. In Augenpraxen und -kliniken untersuchen und behandeln sie Patienten und Patientinnen jeden Alters.“



nommen sind, zuerst den Hausarzt zu konsultieren. Es handelt sich dabei um Leistungen, die von einer breiten Bevölkerungsschicht routinemässig beansprucht werden. Diese Ärztekategorien sind jedoch bereits im MedBG geregelt.



## E. Beantwortung der Fragen

### 1. *Welche Berufe gehören zur medizinischen Grundversorgung?*

*Konkret stellt sich die Frage bei der Optometrie, der Osteopathie, der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich, bei der Logopädie, der Psychomotorik, der medizinisch-technischen Radiologie und der Advanced Nurse Practitioner (ANP). Im Bereich der höheren Berufsbildung geht es insbesondere um die Berufe des Rettungssanitäters, der Dentalhygienikerin, des Podologen, der Drogistin und des Zahntechnikers.*

Es handelt sich bei der medizinischen Grundversorgung um einen offenen, wandelbaren Begriff, dessen Gehalt nicht eindeutig festgelegt werden kann. Es besteht ein grosser Ermessensspielraum des Gesetzgebers. Aufgrund der im Teil C hergeleiteten Annäherung sind jedoch folgende Kriterien als entscheidend für die Zuordnung bestimmter Berufe zur medizinischen Grundversorgung zu erachten: Es muss sich um Basisdienstleistungen handeln, die regel- bzw. routinemässig von einem Grossteil der Bevölkerung beansprucht werden. Aufgrund der veränderten Bedürfnisse und des grundlegenden Wandels im Gesundheitswesen steht die ambulante Versorgung im Vordergrund. Zu beachten sind dabei immer die Einhaltung des föderalistischen Subsidiaritätsprinzips sowie der Zielvorgaben von Art. 117a Abs. 1 und Art. 43a Abs. 4 BV.

Aufgrund ihrer Funktion als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen für eine breite Bevölkerungsschicht können die Berufe des Optometristen bzw. der Optometristin, des Rettungssanitäters bzw. der Rettungssanitäterin, des Dentalhygienikers bzw. der Dentalhygienikerin, des Drogisten bzw. der Drogistin und allenfalls auch des Podologen bzw. der Podologin und der Advanced Nurse Practitioner (ANP) als der medizinischen Grundversorgung zugehörig betrachtet werden.

### 2. *Regelung der Aus- und Weiterbildung und/oder der Berufsausübung?*

*Muss der Bund, wenn er die Aus- und Weiterbildung regelt, auch die Berufsausübung regeln oder ist das „und“ als „oder“ zu verstehen? Wenn der Bund die Be-*

*rufsausübung regelt, kann ein Kanton diese Regelung noch spezifizieren z.B. mittels Konkretisierung einzelner Berufspflichten?*

Art. 117a Abs. 2 lit. a BV verpflichtet den Bund, Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe zu erlassen. Der Gesetzgebungsauftrag ergibt sich einerseits aus dem Wortlaut („Der Bund *erlässt* Vorschriften über: [...]“ und nicht etwa „Der Bund *kann* Vorschriften über [...] erlassen.“), andererseits aber auch aus der Entstehungsgeschichte der Norm. Die Formulierung wurde vom Initiativtext übernommen, welche in der Botschaft als Pflicht zum Erlass entsprechender Vorschriften interpretiert wurde.<sup>133</sup> In Bezug auf den direkten Gegenvorschlag hat der Bundesrat zwar festgehalten, dass es mit Abs. 2 von Art. 117a BV *möglich* wird, einheitliche Bestimmungen betreffend die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe auf Bundesebene zu erlassen.<sup>134</sup> Diese Aussage ist jedoch nicht so zu verstehen, dass es sich dabei um eine „Kann“-Bestimmung handelt, die dem Bund ein grundsätzliches Entschliessungsermessen einräumt.<sup>135</sup> Die Formulierung „Der Bund erlässt Vorschriften“, die in der Bundesverfassung an zahlreichen Stellen vorkommt,<sup>136</sup> wird in der Lehre allgemein als verpflichtender Gesetzgebungsauftrag verstanden.<sup>137</sup>

Die Offenheit des Wortlautes („für Berufe“ statt „für die Berufe“) verdeutlicht, dass nicht abschliessend feststeht, welche Berufe dem Bereich der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen sind. Diese Offenheit erlaubt es, künftige Entwicklungen einzubeziehen, d.h. der Wortlaut deckt auch Berufe ab, die heute noch nicht bekannt oder absehbar sind. Gleichzeitig deutet sie auch an, dass der Bund nicht für alle Berufe, die der Grundversorgung zugeordnet werden könnten, Regelungen treffen muss. Die Norm widerspiegelt das legitime Anliegen, die

<sup>133</sup> Vgl. Botschaft Hausarztmedizin, S. 7558, 7565 und 7575.

<sup>134</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7579.

<sup>135</sup> Vgl. für eine „Kann“-Bestimmung z.B. Art. 95 BV und die Ausführungen dazu in der Botschaft Hausarztmedizin, S. 7587.

<sup>136</sup> Siehe statt vieler Art. 74 Abs. 1 über den Umweltschutz, Art. 112 Abs. 1 zur AHV, Art. 117 Abs. 1 über die Kranken- und Unfallversicherung oder Art. 118 Abs. 2 im Bereich des Gesundheitsschutzes.

<sup>137</sup> MORELL/VALLENDER, St. Galler-Kommentar zu Art. 74 BV, N. 10 („ermächtigt und verpflichtet“); KIESER, St. Galler-Kommentar zu Art. 112 BV, N. 5 („klarer Auftrag“); POLEDNA, St. Galler-Kommentar zu Art. 117 BV, N. 6 („nicht als blosser Ermächtigung, sondern als klarer Gesetzgebungsauftrag zu verstehen“); POLEDNA, St. Galler-Kommentar zu Art. 118 BV, N. 7 („verpflichtet den Bund“).



Aus- und Weiterbildung der Berufe in der medizinischen Grundversorgung – wo nötig – umfassend regeln zu können, was dem Bund eine bessere Abstimmung der unterschiedlichen Kompetenzprofile ermöglicht. Dies wiederum dient dem Ziel einer besser koordinierten Zusammenarbeit der Angehörigen der Berufe der medizinischen Grundversorgung.<sup>138</sup>

Wenn der Bund jedoch einen Beruf als zur medizinischen Grundversorgung zugehörig erachtet, muss er sowohl die Aus- und Weiterbildung als auch die Berufsausübung regeln. Dies geht insbesondere aus der Formulierung „dieser Berufe“ hervor. Im ersten Teilsatz ist der Wortlaut offen formuliert („für Berufe“), im zweiten Teilsatz hingegen nimmt der Verfassungstext Bezug auf diejenigen Berufe, die als der medizinischen Grundversorgung zugehörig erachtet werden („dieser Berufe“). Der Wortlaut von Art. 117a Abs. 2 lit. a BV ist zwar insofern offen, als nicht ein für alle Mal feststeht, welche Berufe der medizinischen Grundversorgung zugerechnet werden. Das aktuelle Verständnis dieses Begriffs ist aber insofern bindend, als der Bund für die Berufe, die er zu einem bestimmten Zeitpunkt als Teil der medizinischen Grundversorgung einstuft, Vorschriften erlassen muss. Es handelt sich um einen Gesetzgebungsauftrag und nicht um eine „Kann“-Bestimmung.

Der öffentlich-rechtliche Bereich bzw. die unselbstständige Berufsausübung müssen allerdings nicht zwingend reguliert werden. Hier ist im Hinblick auf das föderalistische Subsidiaritätsprinzip Zurückhaltung geboten (siehe dazu oben B.). Eine Anlehnung ans MedBG und das PsyG bei der Wahrnehmung der Gesetzgebungskompetenz scheint hier plausibel.

### **3. In welchem Verhältnis steht Art. 117a BV zu Art. 95 BV?**

Der Bund verfügte bereits vor Inkrafttreten von Art. 117a BV (in etwas begrenzterem Ausmass) über die Kompetenzen, Vorschriften in Bezug auf die Berufs- und Weiterbildung, den Hochschulbereich und die privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit zu erlassen (Art. 63, 63a, 64a und 95 BV).<sup>139</sup> Art. 117a Abs. 2 lit. a räumt dem Bund nun aber die Kompetenz für eine umfassende Regelung der Aus- und

<sup>138</sup> Zum Ganzen KOLLER, Grundversorgung, S. 349.

<sup>139</sup> Botschaft Hausarztmedizin, S. 7587.



Weiterbildung sowie der Berufsausübung im Bereich der medizinischen Grundversorgung ein.<sup>140</sup>

Art. 95 BV betrifft nur die privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit. Es handelt sich bei Abs. 1, wonach der Bund Vorschriften über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit erlassen kann, zudem um eine „Kann“-Vorschrift. Gestützt auf Art. 117a BV *muss* der Bund nun aber die Aus- und Weiterbildung und die Ausübung der betreffenden Berufe regeln. Diese Gesetzgebungskompetenz umfasst zudem grundsätzlich auch den öffentlich-rechtlichen Bereich. Es steht jedoch letztlich im Ermessen des Gesetzgebers, welcher Art die Vorschriften sind, die er erlässt. Art. 117a Abs. 2 lit. a BV legt lediglich fest, dass der Bund Vorschriften erlassen muss. Wie weit diese gehen und welcher Natur sie sind, ist hingegen nicht verfassungsrechtlich vorgegeben. Der Bund muss beim Erlass der Ausführungsvorschriften dafür sorgen, dass die Ziele gemäss Art. 117a Abs. 1 BV bestmöglich erreicht werden. Auch an dieser Stelle ist jedoch noch einmal zu betonen, dass in Bezug auf den öffentlich-rechtlichen Bereich bzw. die unselbstständige Berufsausübung im Hinblick auf das föderalistische Subsidiaritätsprinzip Zurückhaltung angebracht ist (siehe dazu oben B.).

#### **4. Weitere Kriterien als Zugehörigkeit zur medizinischen Grundversorgung?**

*Müssen – ausser der Zugehörigkeit zur medizinischen Grundversorgung – weitere Kriterien erfüllt sein, damit der Bund seine Kompetenzen nach Art. 117a Abs. 2 lit. a BV wahrnehmen kann? Z.B. Risiko für die öffentliche Gesundheit bei Nichtregulierung? Gibt es andere Leitplanken als das Subsidiaritätsprinzip? Lässt sich aus Art. 117a BV sogar ein Handlungsauftrag an den Bund ableiten?*

Die Verfassungsnorm ist offen formuliert. Für den Entscheid im Einzelfall, d.h. welche Berufsgruppen unter die Norm fallen, müssen die *Grundsätze des rechtsstaatlichen Handelns* berücksichtigt werden. Neben der Beachtung des Subsidiaritätsprinzips (Art. 5a BV) und des Völkerrechts (Art. 5 Abs. 4 BV) muss staatliches Handeln immer auf einem öffentlichen Interesse beruhen und verhältnismässig sein (Art. 5 Abs. 2 BV).

---

<sup>140</sup> Vgl. Botschaft Hausarztmedizin, S. 7579.



Ein *öffentliches Interesse* dürfte vorliegend in Form des Schutzes der öffentlichen Gesundheit grundsätzlich gegeben sein, allerdings muss dies in Bezug auf jede in Frage kommende Berufsgruppe separat untersucht werden. Die selbstständige Ausübung der unter E.1 genannten Berufe ist in sämtlichen Kantonen bewilligungspflichtig, was auf das Vorliegen eines öffentlichen Interesses hindeutet (jedoch für sich allein kein hinreichendes Indiz ist). Entscheidend ist, dass die Tätigkeit Gefahren für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten mit sich bringt. Es handelt sich bei allen genannten Berufen um Tätigkeiten in sensiblen Bereichen, eine Bewilligungspflicht ist daher aus gesundheitspolizeilichen Gründen gerechtfertigt. Die unselbstständige Berufsausübung unter der fachlichen Aufsicht eines Bewilligungsinhabers dürfte hingegen keine Gefahr für die öffentliche Gesundheit bedeuten, weshalb diesbezüglich auf eine Bewilligungspflicht zu verzichten ist, insbesondere auch aus Gründen des Verhältnismässigkeits- und des Subsidiaritätsprinzips.

Auch in Bezug auf das Prinzip der *Verhältnismässigkeit* muss eine Prüfung in Bezug auf jeden einzelnen Beruf stattfinden. Ob die Subsumtion unter den Begriff der medizinischen Grundversorgung unter diesem Aspekt rechtmässig ist, ist im Hinblick auf deren Konsequenzen zu beurteilen, d.h. den Erlass von Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung sowie über die Berufsausübung der betreffenden Berufe. Ist der Erlass entsprechender Vorschriften geeignet und erforderlich, um die öffentliche Gesundheit zu schützen und stehen die angestrebten Wirkungen der vorgesehenen Massnahmen in einem angemessenen Verhältnis zu den damit einhergehenden Beschränkungen privater und öffentlicher Interessen?

Aufgrund ihrer Offenheit kommt den Kriterien des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit allerdings kaum eine eingrenzende Wirkung zu. Trotzdem ist es wichtig, sie bei der Konkretisierung der Bundeskompetenz zu berücksichtigen.

##### **5. Abschliessende Regelung des Bundes?**

*Muss der Bund, nimmt er seine Kompetenz wahr, das gewählte Berufsfeld abschliessend regeln oder kann er die Umsetzung den Kantonen überlassen (z.B.*



*Bewilligungspflicht nur für Pflegende HF/FH, nicht aber für FaGe, die privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung tätig werden möchten)? Wie sind die Zuständigkeiten abzugrenzen?*

Es handelt sich bei Art. 117a Abs. 2 lit. a BV grundsätzlich um eine abschliessende Kompetenz. Den Kantonen kommen gestützt auf diese Norm keine Gesetzgebungsbefugnisse zu. Allerdings kann der Bund in der Ausführungsgesetzgebung gewisse Regelungsbereiche explizit den Kantonen zuweisen. Dem Bund kommt letztlich ein grosses Ermessen bezüglich der Umsetzung des Verfassungsauftrages zu.

Es ist üblich und entspricht auch dem föderalistischen Subsidiaritätsprinzip (siehe dazu oben B.), dass die Kantone in den Vollzug der Bundesgesetzgebung einbezogen werden und dass der Bund die Regelung gewisser Bereiche an die Kantone delegiert. Namentlich in Bezug auf öffentlich-rechtliche Anstellungsverhältnisse und die unselbstständige Berufsausübung kann den Kantonen ein Gestaltungsspielraum belassen werden.

Der Bund darf aber jedenfalls nicht sämtliche Regelungsbereiche an die Kantone delegieren. Dadurch würde der Gehalt der Verfassungsnorm ausgehöhlt.

## **6. Bedeutung der „eigenen fachlichen Verantwortung“ im Verhältnis zum KVG-System**

*Ausserhalb des Kontexts von Art. 117a BV haben wir uns gefragt, wie „eigene fachliche Verantwortung“ zu verstehen ist im Verhältnis zum KVG-System der Leistungserbringer.*

In „eigener fachlicher Verantwortung“ bedeutet, dass die betreffende Person ihre Leistungen im Rahmen einer selbstständigen Erwerbstätigkeit erbringt. Der Begriff der „privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“ soll – analog dem PsyG – auch ins GesBG Eingang finden (siehe Art. 10 ff. VE-GesBG).<sup>141</sup> Diese Umschreibung, die den Begriff der selbstständigen Berufsausübung ersetzt, soll verdeutlichen, dass auch in einem Angestelltenverhältnis tätige Personen dem Gesetz und insbesondere der Bewilligungspflicht unterste-

---

<sup>141</sup> Zudem ist eine entsprechende Änderung des MedBG geplant (BBl 2013 6233). Siehe zu dieser Thematik GÄCHTER, passim.

hen, sofern sie fachlich eigenverantwortlich handeln.<sup>142</sup> Die Befähigung zur fachlich eigenverantwortlichen Tätigkeit wird im Bereich der universitären Medizinalberufe durch die Erlangung eines entsprechenden Weiterbildungstitels attestiert.<sup>143</sup> Für die Ausbildungen an der Fachhochschule genügt hingegen ein Bachelor-Diplom (siehe Art. 11 Abs. 1 lit. a VE-GesBG). In der aktuellen Rechtslage sind in Bezug auf die Bewilligungsvoraussetzungen für die nichtuniversitären Gesundheitsberufe jeweils die kantonalen Rechtsgrundlagen zu konsultieren.

Es handelt sich bei dieser Berufsausübungsbewilligung, die für die privatwirtschaftliche Berufsausübung der Gesundheitsberufe in eigener fachlicher Verantwortung erforderlich ist, um eine *polizeiliche Bewilligung*, die dem Schutz der öffentlichen Gesundheit dient.<sup>144</sup> Von dieser Bewilligung ist die *Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung* zu unterscheiden, die insbesondere auch von finanziellen Überlegungen abhängig ist.<sup>145</sup>

Im System des KVG werden nur Leistungen vergütet, die von zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden (Art. 34 Abs. 1 und Art. 35 ff. KVG). Leistungserbringer, die ihre Leistungen in eigener fachlicher Verantwortung erbringen, verfügen in der Regel über eine eigene ZSR-Nummer und rechnen daher eigenständig mit den Krankenversicherern ab.<sup>146</sup> Dies ist jedoch nicht zwingend in jedem Fall so. Personen, die ihre Leistungen nicht in eigener fachlicher Verantwortung erbringen, sind möglicherweise einem anderen zugelassenen Leistungserbringer (z.B. einem Spital) angegliedert und stehen zu diesem in einem Anstellungsverhältnis, wobei nur der zugelassene Leistungserbringer über eine eigene ZSR-Nummer verfügt. Die versicherte Person (im System des *Tiers garant*) oder der Krankenversicherer (im System des *Tiers payant*) schulden die Vergütung der erbrachten Leistungen diesem zugelassenen Leistungserbringer und nicht z.B. dem behandelnden Arzt oder der Pflegefachperson. Es ist aber durchaus

---

<sup>142</sup> Siehe dazu z.B. GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 217.

<sup>143</sup> Vgl. diesbezüglich GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 224.

<sup>144</sup> GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 179 und 205; KIESER, S. 194; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 2436; vgl. auch MARTI/STRAUB, S. 238; POLEDNA/BERGER, Rz. 64.

<sup>145</sup> Siehe KIESER, S. 195.

<sup>146</sup> „ZSR“ steht für Zahlstellenregister, das als offizielles „Kreditoren“-Verzeichnis zur Erfassung, Zahlung und Bearbeitung von Rechnungen der zugelassenen Leistungserbringer dient (<https://www.sasis.ch/de/447>).



möglich, dass ein Leistungserbringer in einer eigenen Praxis (mit eigener ZSR-Nummer) und daneben z.B. als Belegarzt auch in einem Spital tätig ist. Er erbringt in diesem Fall zwar beide Tätigkeiten privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung, ist aber nur im Bereich der eigenen Praxis zugelassener Leistungserbringer im Sinn des KVG.

Pflegefachpersonen hingegen sind keine zugelassenen Leistungserbringer (vgl. Art. 35 KVG).<sup>147</sup> Aufgrund des Umstands, dass Pflegeleistungen nicht nur stationär im Spital, sondern auch ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, wird in der Lehre jedoch gefordert, dass die Pflegefachpersonen als eigene Kategorie in den Katalog der zugelassenen Leistungserbringer aufzunehmen sind.<sup>148</sup> Sie könnten in diesem Fall auch ohne ärztliche Anordnung Leistungen erbringen, was vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Gesundheitswesen von grosser Bedeutung ist (siehe oben C.4).

---

<sup>147</sup> Sie unterstehen aber in allen Kantonen der Bewilligungspflicht für die selbstständige Berufsausübung.

<sup>148</sup> KIESER, S. 197 f.; siehe auch die Parlamentarische Initiative vom 16. März 2011 von NR Joder „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“, Geschäfts-Nr. 11.418. Der Initiative wurde Folge gegeben, die Bearbeitungsfrist jedoch bis zur Sommersession 2016 verlängert (AB 2014 N 1270).



## Literatur

BIAGGINI GIOVANNI, BV Kommentar, Zürich 2007

BIAGGINI GIOVANNI/GÄCHTER THOMAS/KIENER REGINA (Hrsg.), Staatsrecht, Zürich 2011 (zit. BEARBEITER, in: Biaggini/Gächter/Kiener (Hrsg.), Staatsrecht, § ... N. ...)

EHRENZELLER BERNHARD/MASTRONARDI PHILIPPE/RAINER J. SCHWEIZER/VALLENDER KLAUS A. (Hrsg.), Die schweizerische Bundesverfassung, Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2014 (zit. BEARBEITER, St. Galler-Kommentar zu Art. ... BV, N. ...)

GÄCHTER THOMAS, Selbstständige Berufsausübung im Sinn des Medizinalberufegesetzes (MedBG) und des Psychologieberufegesetzes (PsyG), in: Jusletter 19. Januar 2009

GÄCHTER THOMAS/KAUFMANN MARIANNE, Vorentwurf zum Gesundheitsberufegesetz, in: Pflegerecht 2/2014, S. 66 ff.

GÄCHTER THOMAS/RÜTSCHKE BERNHARD, Gesundheitsrecht, 3. Aufl., Basel 2013

HÄFELIN ULRICH/MÜLLER GEORG/UHLMANN FELIX, Allgemeines Verwaltungsrecht, 6. Aufl., Zürich/St. Gallen 2010

KIESER UELI, Neuordnung der Stellung von Pflegefachpersonen in der Krankenversicherung?, in: Pflegerecht 4/2014, S. 194 ff.

KOLLER HEINRICH, Der Masterplan als neues Instrument der Rechtspolitik, in: Regierungsrat des Kantons Solothurn (Hrsg.), Festgabe Walter Straumann, Solothurn 2013, S. 113 ff. (zit. KOLLER, Masterplan)

KOLLER HEINRICH, Grundversorgung und Hausarztmedizin durch die Verankerung in der Bundesverfassung gestärkt, in: PrimaryCare 19/2013, S. 384 f. (zit. KOLLER, Grundversorgung)

MARTI MARIO M./STRAUB PHILIPP, Arzt und Berufsrecht, in: Moritz W. Kuhn/Tomas Poledna (Hrsg.), Arztrecht in der Praxis, 2. Aufl., Zürich 2007, S. 233 ff.

POLEDNA TOMAS/BERGER BRIGITTE, Öffentliches Gesundheitsrecht, Bern 2002



RHINOW RENÉ/SCHEFER MARKUS, Schweizerisches Verfassungsrecht, 2. Aufl.,  
Basel 2009

RUPP STEPHAN, Wer ist Hausarzt – und wer nicht?, in: PrimaryCare 3/2011,  
S. 41 f.

SCHÜPBACH MIKE/FORSTER PETER/ZELTNER THOMAS, Krankheitsbekämpfung, in:  
Poledna Tomas/Kieser Ueli (Hrsg.), Gesundheitsrecht, SBVR Bd. VIII, Ba-  
sel/Genf/München 2005, S. 191 ff.