

**Erläuternder Bericht
zum Gegenentwurf des Bundesrates zur Volksinitiative
"Ja zur Hausarztmedizin"**

vom 6. April 2011

Übersicht

Am 1. April 2010 ist die Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" mit gut 200'000 Unterschriften eingereicht worden. Die Initiative will die Hausarztmedizin in der ganzen Schweiz für die Zukunft sicherstellen, optimale Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten für die Hausarztmedizin garantieren und den Hausärztenachwuchs sichern. Kernpunkt der Initiative ist die Forderung, die Hausärztinnen und Hausärzte seien "als in der Regel erste Anlaufstelle für die Behandlung von Krankheiten und Unfällen sowie für Fragen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge (einschliesslich der Prävention)" zu positionieren.

Sie schlägt dazu die Ergänzung der Bundesverfassung um einen neuen Artikel 118b vor, welcher in fünf Absätzen sowohl programmatische, als auch konkrete Vorgaben zur Anerkennung, Förderung sowie beruflichen und finanziellen Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte vorsieht.

Der Bundesrat hat sich am 13. Oktober 2010 gegen die Volksinitiative und für einen direkten Gegenentwurf entschieden. Er lehnt es insbesondere ab, den Hausärztinnen und Hausärzten auf Verfassungsebene eine Sonderposition einzuräumen. Gleichzeitig anerkennt er, dass die Initiative in einzelnen Bereichen berechnete Anliegen enthält und schlägt einen direkten Gegenentwurf vor. Ausgehend vom üblichen Bedarf der Bevölkerung an grundlegenden medizinischen Leistungen beschränkt sich der direkte Gegenentwurf nicht auf die Hausarztmedizin. Vielmehr steht die medizinische Grundversorgung im Zentrum, welche nicht nur von den Hausärztinnen und Hausärzten erbracht wird, sondern vielmehr des Einbezugs weiterer ärztlicher und nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen bedarf, die koordiniert zusammen arbeiten. Der direkte Gegenentwurf sieht denn auch vor, dass sich Bund und Kantone in gegenseitiger Koordination für die Sicherstellung und Weiterentwicklung einer allen zugänglichen sowie qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung einzusetzen haben. Die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen werden dabei grundsätzlich gewahrt. Eine neue Bundeskompetenz betrifft die Aus- und Weiterbildung sowie die Ausübung der Berufe der medizinischen Grundversorgung. Darüber hinaus sollen dem Bund - nur wenn es die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung erfordert - subsidiär - Kompetenzen in klar umrissenen Bereichen zukommen.

Inhaltsverzeichnis

<i>Übersicht</i>	2
1 Ausgangslage	4
2 Formelle Aspekte und Gültigkeit der Initiative	4
2.1 Wortlaut der Initiative	4
2.2 Zustandekommen und Behandlungsfristen	5
2.3 Gültigkeit	5
2.4 Analyse der Volksinitiative	6
3 Haltung des Bundesrats	6
4 Direkter Gegenentwurf	8
4.1 Wortlaut	8
4.2 Systematische Einordnung	8
4.3 Erläuterungen	9
4.3.1 Absatz 1	9
4.3.2 Absatz 2	11
4.3.3 Absatz 3	12
4.3.4 Absatz 4	14
4.3.5 Absatz 5	14
4.4 Verhältnis zu anderen Verfassungsbestimmungen	15
4.4.1 Art. 117 BV (Kranken- und Unfallversicherung)	15
4.4.2 Art. 118 - 119a BV (Schutz der Gesundheit, Komplementär- medizin, Forschung am Menschen, Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich, Transplantation)	15
4.4.3 Art. 63, 63a und 64 BV (Bildung)	16
4.4.4 Forschung	17
4.4.5 Art. 95 Abs. 1 BV (privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit)	18
4.4.6 Weitere Verfassungsbestimmungen	19
5 Kurzfristig umsetzbare Massnahmen	19
6 Finanzielle und personelle Auswirkungen des direkten Gegenentwurfs	20
7 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen	21

1 Ausgangslage

Die am 29. September 2009 lancierte Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" wurde am 1. April 2010 mit über 200'000 Unterschriften eingereicht. Getragen wird die Initiative vom Berufsverband Haus- und Kinderärztinnen Schweiz („Hausärzte Schweiz“), der von den drei Fachgesellschaften der ärztlichen Grundversorger (Schweizerische Gesellschaften für Allgemeinmedizin SGAM, für innere Medizin SGIM und für Pädiatrie SGP) gegründet wurde, um gemeinsame berufspolitische Ziele anzugehen.¹

Es ist deklariertes Ziel der Initiantinnen und Initianten, die Hausarztmedizin in der Schweiz zu verankern sowie die Berufsausübung der Hausärztinnen und Hausärzte zu erleichtern und finanziell attraktiver zu gestalten, so dass der Beruf für eine junge Generation von Ärztinnen und Ärzten wieder an Anziehungskraft gewinnt. Dies soll mit mehreren in der Verfassung verankerten Zielen und Massnahmen, die Bund und Kantone vermehrt in die Pflicht nehmen, erreicht werden. Zentral sind dabei die Rollendefinition der Hausärztinnen und Hausärzte als in der Regel erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen und der Anspruch auf gesicherten Zugang zur Berufsausübung.

In einem Grundsatzentscheid hat der Bundesrat am 13. Oktober 2010 beschlossen, die Initiative abzulehnen und ihr einen direkten Gegenentwurf gegenüberzustellen. Dieser nimmt einzelne Anliegen der Initiative auf, anerkennt die wichtige Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte als Teil der medizinischen Grundversorgung, ohne ihnen aber eine bevorzugte Stellung zuzusprechen. Er bindet sie jedoch als wesentlichen Teil in eine vernetzte, koordinierte und multiprofessionelle medizinische Grundversorgung ein.

Die Initiative wie der direkte Gegenentwurf des Bundesrates bezwecken eine Antwort auf Veränderungen, die sich auch aus dem wachsenden Druck zu einem Strukturwandel im Gesundheitswesen ergeben und Folge veränderter gesellschaftlicher, wirtschaftlicher und demografischer Faktoren sind.

2 Formelle Aspekte und Gültigkeit der Initiative

2.1 Wortlaut der Initiative

Die Eidgenössische Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" lautet:

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 118b (neu) Hausarztmedizin

¹ Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche, fachlich umfassende und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Hausarztmedizin.

² Sie erhalten und fördern die Hausarztmedizin als wesentlichen Bestandteil der Grundversorgung und als in der Regel erste Anlaufstelle für die Behandlung von Krankheiten und Unfällen sowie für Fragen der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsvorsorge.

¹ vgl. <http://www.hausaerzteschweiz.ch/>.

³ Sie streben eine ausgewogene regionale Verteilung an, schaffen günstige Voraussetzungen für die Ausübung der Hausarztmedizin und fördern die Zusammenarbeit mit den übrigen Leistungserbringern und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens.

⁴ Der Bund erlässt Vorschriften über:

- a. die universitäre Ausbildung, die berufliche Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt sowie die klinische Forschung auf dem Gebiet der Hausarztmedizin;
- b. den gesicherten Zugang zum Beruf und die Erleichterung der Berufsausübung;
- c. die Erweiterung und die angemessene Abgeltung der diagnostischen, therapeutischen und präventiven Leistungen der Hausarztmedizin;
- d. die Anerkennung und die Aufwertung der besonderen beratenden und koordinierenden Tätigkeiten für Patientinnen und Patienten;
- e. administrative Vereinfachungen und zeitgemässe Formen der Berufsausübung.

⁵ Der Bund trägt in seiner Gesundheitspolitik den Anstrengungen der Kantone und Gemeinden sowie der Wirtschaft auf dem Gebiet der Hausarztmedizin Rechnung. Er unterstützt sie in ihren Bestrebungen für einen wirtschaftlichen Einsatz der Mittel und die Sicherung der Qualität der Leistungen.

Zur Initiative liegen ausführliche Erläuterungen des Initiativkomitees vor.²

2.2 Zustandekommen und Behandlungsfristen

Die Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" wurde am 1. April 2010 mit den nötigen Unterschriften eingereicht. Mit Verfügung vom 27. April 2010 stellte die Bundeskanzlei fest, dass die Initiative mit 200'210 gültigen Unterschriften zustande gekommen ist.³

Die Initiative hat die Form eines ausgearbeiteten Entwurfs. Der Bundesrat unterbreitet dazu einen Gegenentwurf. Nach Artikel 97 Absatz 2 des Parlamentsgesetzes vom 13. September 2002 (ParlG)⁴ hat der Bundesrat somit spätestens bis zum 1. Oktober 2011 einen Beschlussentwurf und eine Botschaft zu unterbreiten. Die Bundesversammlung hat bis zum 1. Oktober 2012 über die Volksinitiative zu beschliessen; sie kann diese Frist um ein Jahr verlängern, wenn mindestens ein Rat über einen Gegenentwurf oder einen mit der Volksinitiative eng zusammenhängenden Erlassentwurf Beschluss gefasst hat (Art. 100 und 105 Abs. 1 ParlG)

2.3 Gültigkeit

Die Initiative erfüllt die Anforderungen an die Gültigkeit nach Artikel 139 Absatz 3 BV:

- a) Sie ist als vollständig ausgearbeiteter Entwurf formuliert und erfüllt die Anforderungen an die Einheit der Form.

² vgl. http://www.jzh.ch/download/explic_de.pdf

³ BBl 2010 2939

⁴ SR 171.10

- b) Zwischen den einzelnen Teilen der Initiative besteht ein sachlicher Zusammenhang. Die Initiative erfüllt somit die Anforderungen an die Einheit der Materie.
- c) Die Initiative verletzt keine zwingenden Bestimmungen des Völkerrechts. Sie erfüllt somit die Anforderungen an die Vereinbarkeit mit dem Völkerrecht.

Die Initiative ist deshalb als gültig zu erklären.

2.4 Analyse der Volksinitiative

Eine ausführliche Analyse der Volksinitiative erfolgt im Rahmen der Botschaft.

3 Haltung des Bundesrats

Wie erwähnt bezwecken sowohl die Initiative als auch der direkte Gegenentwurf Lösungen für eine zunehmende Problemlage, die sich angesichts demografischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Veränderungen ergibt. Diese äussert sich insbesondere in Form eines sich abzeichnenden Mangels an Ärztinnen und Ärzten sowie weiterer Fachkräfte und in einer zunehmend ungeeigneten Angebotsstruktur.

Engpässe zeigen sich - in unterschiedlicher regionaler Ausprägung - vor allem bei der Nachfolgeregelung in Einzelpraxen, dem klassischen Modell der "hausärztlichen Grundversorgung". Diese Tatsache ist einerseits mit der Zunahme der Frauen im Arztberuf sowie mit generell veränderten Berufsvorstellungen verbunden. Vermehrt wird insbesondere in Form von Teilzeitarbeit ein ausgewogenes Verhältnis von Berufstätigkeit und Privatleben angestrebt, was mit dem tradierten Bild des "Hausarztes" nicht vereinbar ist. Die Übernahme einer Einzelpraxis stellt namentlich angesichts des Wunsches nach Teilzeitarbeit ein höheres wirtschaftliches Risiko dar, das viele nicht mehr bereit sind einzugehen. Aus diesen Gründen bevorzugen vor allem junge Ärztinnen und Ärzte eine Arbeit in Gruppenpraxen oder generell grösseren Versorgungseinheiten, die ihren Berufsvorstellungen besser entspricht. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich der Anteil der an ärztliche Grundversorgerinnen und -versorger verliehenen Facharztstitel seit 2006 konstant zwischen 40 - 48 Prozent bewegt und dieser somit weitgehend stabil ist. Dies widerspricht der häufig geäusserten Meinung, das fachliche Interesse an der ärztlichen Grundversorgung nehme ab.

Die fehlende Übereinstimmung zwischen der bestehenden ambulanten Angebotsstruktur (Einzelpraxen) und den gewünschten Arbeitsbedingungen junger Ärztinnen und Ärzte und weiterer Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung sowie die Tatsache, dass in der Schweiz grundsätzlich zu wenig Fachpersonal ausgebildet wird, erhöhen den Handlungsbedarf. So muss einerseits die Zahl der Aus- und Weiterbildungsplätze generell erhöht werden; andererseits ist gleichzeitig der Strukturwandel durch geeignete Massnahmen in Richtung grössere und besser koordinierte Versorgungseinheiten zu ermöglichen. Diese Entwicklung ist auch angesichts des demografischen Wandels und der damit verbundenen neuen Herausforderungen notwendig und muss durch eine zukunftsgerichtete Politik betreffend die Aus- und Weiterbildung sowie die Berufsausübung der ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsfachleute unterstützt werden. Dabei ist namentlich auch auf die veränderte Bildungssituation der Pflegenden und der therapeutischen Berufe hinzuweisen. Diese Gesundheitsfachpersonen absolvieren heute Ausbildungsgänge

auf Tertiärstufe im Hochschulbereich und haben durch ihre Grundbildung und Spezialisierung Kompetenzen, die sie zunehmend zu selbstständigen und fachverantwortlichen Partnerinnen und Partnern der Ärztinnen und Ärzte machen. Trägt man der Tatsache Rechnung, dass eine medizinische Grundversorgung neben der kurativen vor allem auch die präventive, rehabilitative und palliative Versorgung umfassen soll, ist die Vernetzung und enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsleute unabdingbar.

Schon heute wird die medizinische Grundversorgung nicht alleine durch Hausärztinnen und Hausärzte, sondern auch durch andere universitäre und nicht-universitäre Gesundheitsfachleute erbracht. Viele Patientinnen und Patienten finden zudem in Gesundheits- und Notfallzentren, wie sie gerade in Städten vielfach in Kooperation mit Spitälern entstehen, die ihren Ansprüchen und ihrem Bedarf entsprechende Versorgung. Schliesslich wünschen etliche bei Spezialärztinnen und -ärzten in kontinuierlicher Behandlung stehende Patientinnen und Patienten grundsätzlich die Fortführung dieser Betreuung, während andere die enge Begleitung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt beanspruchen. Dieser Vielfalt an Ansprüchen der Patientinnen und Patienten kann ein auf Verfassungsebene einseitig vorgeschriebener Behandlungsweg nicht gerecht werden.

Dem gegenüber steht die Tatsache, dass die Schweizer Bevölkerung der freien Arztwahl grundsätzlich eine hohe Bedeutung zumisst und es dem Entscheid jeder einzelnen Person überlassen werden soll, ob und wie die Arztwahl allenfalls eingeschränkt werden soll. Dem widerspricht die Initiative, indem sie die Hausärztinnen und Hausärzte als in der Regel erste Anlaufstelle im Versorgungssystem vorschreibt. Überdies ist es auch angesichts der Zunahme komplexer Mehrfacherkrankungen versorgungspolitisch fragwürdig, eine einzelne Berufsgruppe in privilegierter Weise als in der Regel erste Anlaufstelle mit der Behandlung von Krankheiten und Unfällen zu betrauen und alle anderen, namentlich die anderen ärztlichen Fachpersonen, weitestgehend von der Möglichkeit der Erstkonsultation auszuschliessen. Dieser Mechanismus hätte somit einschneidende Folgen für die freie Arztwahl.

Eine Annahme der Initiative hätte zudem voraussichtlich hohe Kosten zur Folge: So müsste z.B. gewährleistet werden, dass in Zukunft alle Hausärztinnen und -ärzte einen gesicherten Zugang zum Beruf haben (z.B. eine dauerhafte Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung; vgl. Abs. 4 Bst. b des Initiativtextes). Bund und Kantone würden diesfalls auch in Regionen, in denen anerkanntermassen nicht von einem Mangel an ärztlicher Grundversorgung auszugehen ist, von Verfassung wegen sämtlicher Steuerungsinstrumente beraubt. Eine aus einem solchen Überangebot resultierende Mengenausweitung wäre mit entsprechenden finanziellen Auswirkungen verbunden. Gleiches gilt für die Forderung nach einer Erweiterung der Leistungen und deren angemessene Abgeltung (vgl. Abs. 4 Bst. c). Schliesslich wäre auch die geforderte Aufwertung der besonderen beratenden und koordinierenden Tätigkeiten (vgl. Abs. 4 Bst. d) kaum kostenneutral. Die dadurch entstehenden zusätzlichen Kosten müssten über Prämiegelder der Sozialversicherungen und über Steuermittel von Bund und Kantonen gedeckt werden.

Zusammenfassend anerkennt der Bundesrat wie die Initiative einen Handlungsbedarf im Bereich der medizinischen Grundversorgung. Neben den in den letzten Jahren von Bund und Kantonen in diesem Bereich bereits eingeleiteten Vorkehren⁵ sind nun zusätzliche kurzfristige Massnahmen vorgesehen (vgl. Ziff. 5). Auf Verfassungsebene sollen jedoch nach Auffassung des Bundesrates nicht die Partikularinteressen einer einzelnen Berufsgruppe, sondern im Interesse der Bevölkerung die medizinische Grundversorgung ins Zentrum gestellt werden.

Der direkte Gegenentwurf konzentriert sich auf die medizinische *Grundversorgung*, verzichtet jedoch auf eine Neuregelung der Kompetenzverteilung in der gesamten Gesundheitsversorgung, da einer solch umfassenden Neugestaltung notwendigerweise eine vertiefte und sorgfältige gemeinsame Analyse und Diskussion zwischen den Partnern vorangehen muss. Dies findet zurzeit im Rahmen des Projekts "Nationale Gesundheitsstrategie" zwischen Bund (EDI) und Kantonen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK) statt.

4 Direkter Gegenentwurf

4.1 Wortlaut

Die Verfassungsbestimmung lautet wie folgt:

Art. 117a BV Medizinische Grundversorgung

¹ Bund und Kantone setzen sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität ein. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung.

² Der Bund erlässt Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Ausübung dieser Berufe.

³ Soweit es die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung erfordert, kann der Bund Vorschriften erlassen über:

- a. die Steuerung und die Koordination der Versorgung und des Aus- und Weiterbildungsangebots;
- b. die Gewährleistung der Qualität der Leistungen und deren Abgeltung;
- c. den elektronischen Datenaustausch.

⁴ Der Bund kann die Kantone bei der Entwicklung und Einführung zeitgemässer Versorgungsmodelle beratend unterstützen.

⁵ Bund und Kantone koordinieren die Vorbereitung und die Umsetzung ihrer Massnahmen.

4.2 Systematische Einordnung

Einerseits erscheint eine Eingliederung der hier vorgeschlagenen Verfassungsbestimmung zur medizinischen Grundversorgung innerhalb der den Schutz von Gesundheit und Persönlichkeit des Menschen bezweckenden

⁵ AG Ärztliche Grundversorgung GDK / BAG; <http://www.gdk-cds.ch/251.0.html>.

Kompetenznormen (Art. 118 - 119a BV⁶) nicht sinnvoll⁷. Um andererseits den Konnex von Art. 117 BV (Kranken- und Unfallversicherung) zu den anderen Bestimmungen der sozialen Sicherheit zu wahren, soll die Verfassungsbestimmung als neuer Artikel 117a BV eingefügt werden.

4.3 Erläuterungen

4.3.1 Absatz 1

Die Verfassungsnorm wird mit einer programmatischen Bestimmung eingeleitet, die an der Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen zu keinerlei Änderungen führt. *Absatz 1* enthält einen allgemeinen Handlungsauftrag an die staatlichen Akteure, verpflichtet diese aber nicht auf ein Ergebnis und vermittelt ebenso wenig einen justiziablen Anspruch. Im Gegensatz zur Initiative stellt die Bestimmung die medizinische Grundversorgung ins Zentrum, für die sich die jeweiligen Gemeinwesen im Rahmen ihrer Aufgaben einzusetzen haben. Die Umschreibung der *medizinischen Grundversorgung* orientiert sich am üblichen Bedarf der Bevölkerung an grundlegenden präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen medizinischen Gütern und Dienstleistungen. Ob diese Leistungen in ambulanter oder stationärer Form angeboten werden, ist für die Zurechnung zur Grundversorgung grundsätzlich irrelevant. Die Leistungen der medizinischen Grundversorgung werden auch nicht von einer einzelnen Berufsgruppe, sondern von verschiedenen Fachpersonen und Institutionen erbracht. Für die Umschreibung der Grundversorgung ist massgebend, dass deren grundlegende Leistungen erfahrungsgemäss regelmässig von den verschiedenen Bevölkerungsgruppen beansprucht werden und dies auch zukünftig der Fall sein wird. Die Verwendung und Umschreibung des Begriffs Grundversorgung erfolgt denn auch in Anlehnung an dessen bisherigen Gebrauch in Verfassung⁸ und in Bundesgesetzen⁹. Er lässt sich zudem einerseits abgrenzen von der Versorgung im Rahmen des Rechts auf Nothilfe (Art. 12 BV): Leistungen der medizinischen Grundversorgung gehen über die jeder Person aufgrund einer *Notlage*, nur auf die konkreten Umstände des Einzelfalls zugeschnittene minimale Hilfe in medizinischer Hinsicht hinaus. Andererseits umfasst die medizinische Grundversorgung nicht sämtliche Leistungen der *Gesundheitsversorgung*. So gehören insbesondere nur vereinzelt beanspruchte Leistungen (z.B. Behandlung von sehr selten auftretenden Krankheiten) oder Leistungen, welche aus anderen Gründen (z.B. Verfügbarkeit von auf einzelne Krankheitsbilder gerichtetes Spezialwissen, Qualitätserfordernisse, hohe technische Anforderungen oder finanzielle Auswirkungen) lediglich in konzentrierter Form angeboten werden können.

Allen zugänglich ist die Grundversorgung dann, wenn die entsprechenden Leistungen für sämtliche Bevölkerungsgruppen in allen Landesgegenden innert nützlicher Frist erreichbar angeboten werden können. Die Vorgabe schliesst somit sowohl die

⁶ Einzig Art. 118a (Komplementärmedizin) bezweckt primär nicht den Gesundheits- und Persönlichkeitsschutz.

⁷ Die Volksinitiative verlangt die Einführung der Bestimmung als 118b in die Bundesverfassung. Am 7. März 2010 ist an dieser Stelle Art. 118b (Forschung am Menschen) in Kraft getreten.

⁸ Art. 43a Abs. 4 und Art. 92 Abs. 2 BV; vgl. auch den Vorentwurf vom 27. August 2010 zu einem Art. 41a BV.

⁹ Art. 1 Abs. 2 des Fernmeldegesetzes vom 30. April 1997 (SR 784.10); 1. Abschnitt des 2. Kapitels des Stromversorgungsgesetzes vom 23. März 2007 (SR 734.7).

geographische, die finanzielle als auch die soziale Dimension ein: sie hat Auswirkungen etwa in Bezug auf zentrumsferne bzw. periphere Regionen oder aber auch auf Bevölkerungsgruppen, die aufgrund altersbedingter oder gesundheitlicher Einschränkungen auf ein grundlegendes Angebot von Versorgungsleistungen vor Ort angewiesen sind. Auch muss die Finanzierbarkeit namentlich für die Patientinnen und Patienten gewährleistet sein, ansonsten die Leistungen de facto nicht mehr zugänglich sind. Auf diesen Aspekten basierende Konkretisierungen und gegebenenfalls Differenzierungen in der Zugänglichkeit einzelner Leistungskategorien sind wiederum den zuständigen Organen von Bund und Kantonen überlassen.

Das Erfordernis, dass die Grundversorgung von *hoher Qualität* sein muss, bedingt unter anderem, dass die Leistungen in gegenseitiger Abstimmung und Vernetzung von jeweils qualifizierten Fachpersonen erbracht werden müssen. Ebenso ist die Versorgung nur dann von hoher Qualität, wenn die Leistungen im notwendigen Ausmass angeboten werden. Dabei gilt es, sowohl eine Unter- als auch eine Überversorgung zu vermeiden. Schliesslich ist der Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung Beachtung zu schenken. Welche Vorgaben und Massnahmen von Seiten der Behörden und in der Praxis im Einzelnen erfolgen bzw. umgesetzt werden, lässt die Verfassungsbestimmung offen.

Im Rahmen der medizinischen Grundversorgung wird die *Hausarztmedizin als wesentlicher Bestandteil* explizit genannt. Dies vor dem Hintergrund, dass die Hausarztmedizin - wenn auch nicht in exklusiver Weise - das Rückgrat der ärztlichen Grundversorgung darstellt und für die umfassende Betreuung der Patientinnen und Patienten eine wichtige Aufgabe übernimmt bzw. übernehmen kann. Umgekehrt wird klar festgehalten, dass die medizinische Grundversorgung weder durch die Hausärztinnen und -ärzte noch durch andere ärztliche oder nicht-ärztliche Berufsgruppen monopolisiert wird. Dies wäre angesichts der zunehmend interdisziplinär geprägten Grundversorgung wenig zukunftsgerichtet und könnte bei einem entsprechenden Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten sogar versorgungsgefährdend sein. Wie in den Initiativunterlagen dargestellt, ist der Begriff der Hausarztmedizin (französisch: "médecine de famille") umgangssprachlich geläufig, gibt aber in der Fachwelt immer wieder zu Diskussionen Anlass. Im Rahmen der vorliegenden Bestimmung wird die Hausarztmedizin als ein schwergewichtig auf die Primärversorgung ausgerichtetes ärztliches Tätigkeitsgebiet verstanden (vgl. franz. Terminologie: "médecine de premier recours"), an dem sich u.a. auch die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung und die Infrastruktur auszurichten haben. Welche ärztlichen Weiterbildungsabschlüsse etwa im Einzelnen der Hausarztmedizin zugerechnet werden, ist aber dem Gesetzgeber¹⁰ überlassen.

Der vorliegende Entwurf gibt somit in Anlehnung an vergleichbare Verfassungsbestimmungen¹¹ die Stossrichtung vor, die für die jeweiligen Gemeinwesen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten Gültigkeit hat. Die rechtsetzenden und rechtsanwendenden Organe von Bund und Kantonen (und mit ihnen die Gemeinden) haben stets dann, wenn sie im Bereich der medizinischen Grundversorgung tätig werden, diese Ziele zu verfolgen. Sie bestimmen dabei auch den konkreten Umfang der medizini-

¹⁰ Vgl. für die geltende Gesetzgebung: Art. 55a des Krankenversicherungsgesetzes (SR 832.10); Anhang 1 der Medizinalberufeverordnung (SR 811.112.0).

¹¹ Art. 61a Abs. 3 sowie Art. 89 Abs. 1 BV.

schen Grundversorgung und die zu deren Zugänglichkeit und Qualität zu treffenden Massnahmen. Dies kann nicht verfassungsrechtlich abstrakt definiert werden. Bereits aufgrund des Subsidiaritätsgrundsatzes (Art. 5a BV) gilt hingegen und – wird deswegen vorliegend nicht mehr wiederholt –, dass staatliches Tätigwerden auch in der medizinischen Grundversorgung stets in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative erfolgen muss.

4.3.2 Absatz 2

Eine die Bedürfnisse der Versorgung berücksichtigende Aus- und Weiterbildung aller beteiligten Fachpersonen ist essentiell, um die in dieser Bestimmung vorgegebenen Ziele einer allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität zu erreichen. Unter Aus- und Weiterbildung wird dabei ein Kontinuum verstanden, das die berufliche Grundbildung, die Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten, die berufsorientierte Weiterbildung und die postgraduale akademische Weiterbildung umfasst. Die Weiterbildung dient dazu, die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen zu vertiefen und zu erweitern bzw. sich in einem bestimmten Fachgebiet oder Tätigkeitsfeld zu spezialisieren. Auf Verfassungsebene wird damit nicht allgemein definiert, welche Teile der Ausbildung bzw. der Weiterbildung zugerechnet werden. Es wird vielmehr am Gesetzgeber sein, die Zuordnung abgestimmt auf die in den entsprechenden Fachgebieten übliche Terminologie festzulegen.

Absatz 2 gibt dem Bund vor diesem Hintergrund die Kompetenz, die Aus- und Weiterbildung der Berufe in der medizinischen Grundversorgung zu regeln und schafft die Legitimation, gesundheits- und versorgungspolitische Aspekte in deren Aus- und Weiterbildungsregelung einzubringen. Dazu gehört beispielsweise die bessere Abstimmung der unterschiedlichen Kompetenzprofile mit dem Ziel einer effizienteren und besser koordinierten Zusammenarbeit. Zusätzlich können mittels Zielvorgaben besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten betreffend die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe, die gesetzlichen Grundlagen des schweizerischen sozialen Sicherungssystems und des Gesundheitswesens, die Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen gesetzlich verankert werden. Zudem ist es mit Absatz 2 möglich, eine gegenüber heute umfassendere Bildungsregelung bezüglich aller im Fokus stehender Berufe zu schaffen und Bestimmungen betreffend die Ausübung dieser Berufe zu erlassen, unabhängig davon, ob sie privatwirtschaftlich ausgeübt werden (Art. 95 Abs. 1 BV) oder nicht. Der Bundesgesetzgeber wird den Bedarf allfälliger Vorgaben aufgrund der verschiedenen Tätigkeitsfelder, die den einzelnen Berufen offen stehen, spezifisch auf die einzelnen Berufe auszurichten haben.

Die in der medizinischen Grundversorgung tätigen Fachpersonen umfassen nicht nur die gemeinhin als ärztliche Grundversorger (z.B. Fachärztinnen und Fachärzte der Allgemeinen Inneren Medizin oder der Pädiatrie, praktische Ärztinnen und Ärzte) bzw. als Hausärztinnen oder -ärzte bezeichnete Ärzteschaft¹². Insbesondere leisten auch weitere ärztliche (z.B. in den Bereichen Psychiatrie, Geriatrie, Kardiologie) sowie die nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen (namentlich im zahnmedizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Bereich, aber auch z.B. in

¹² Vgl. Art. 55a Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes.

der Praxisassistenten, Ernährungsberatung, medizinisch-technische Radiologie und Rettungssanität) wesentliche Beiträge zur medizinischen Grundversorgung. Der Bund wird Aus- und Weiterbildungsregelungen für Berufe auf verschiedenen Bildungsstufen zu erlassen haben: zur Bildung an universitären Hochschulen (z.B. Ärztin und Arzt, Pharmazeutin und Pharmazeut) oder Fachhochschulen (Tertiärstufe A, z.B. Pflegewissenschaft, Ernährungsberatung) und zur höheren Berufsbildung (Tertiärstufe B, z.B. Pflegefachperson im Gesundheitswesen). Es wird am Gesetzgeber sein, den Kreis der in der medizinischen Grundversorgung tätigen Fachpersonen im Einzelnen festzulegen.

Die vorliegende Bestimmung gibt dem Bund damit eine weitergehendere Kompetenz als die bereits bestehenden einschlägigen Verfassungsbestimmungen (vgl. Ziff. 4.4.3 und 4.4.4), indem er gesundheits- und versorgungspolitische Zielsetzungen in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Berufsausübung festlegen kann. Gleichzeitig erhält der Bund die Kompetenz, unabhängig davon zu legiferieren, ob die Ausübung dieser Berufe in einem privatwirtschaftlichen Rahmen stattfindet oder nicht. Der Bund kann neben den bereits geregelten Berufen (z.B. universitäre Medizinalberufe gemäss MedBG) auch Regelungen betreffend Aus- und Weiterbildung weiterer Berufe der medizinischen Grundversorgung namentlich auf Fachhochschulebene zu erlassen. Auch auf dieser Stufe kann er die Berufsausübung regeln, sofern dies sinnvoll und angemessen erscheint.

Diese Kompetenz tangiert jedoch nicht die im Rahmen der Bildungsverfassung vorgesehenen Finanzierungsmodalitäten noch die aus diesen Bestimmungen hervorgehenden Bildungsstrukturen.

4.3.3 Absatz 3

Nach *Absatz 3* wird der Bund ermächtigt, zu bestimmten Aspekten der Grundversorgung legiferierend einzugreifen. Es handelt sich dabei ausdrücklich um eine subsidiäre Kompetenz des Bundes: er kann nur dann Vorschriften erlassen, wenn es sich zur Sicherstellung der allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität als notwendig erweist. Diese Konzeption wirkt in zweifacher Hinsicht limitierend: So wird einerseits vermieden, dass der Bund ohne ausgewiesene Notwendigkeit in Kompetenzbereichen der Kantone tätig wird. Andererseits kann der Gesetzgeber nicht aus anderen Gründen als der Sicherstellung der Grundversorgung handeln. Es bleibt dabei aber der Einschätzung des Bundesgesetzgebers überlassen, in welcher Situation er ein Handeln des Bundes für die Gewährleistung der allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität als erforderlich einschätzt. Eine solche medizinische Grundversorgung muss effizient erbracht werden und finanzierbar bleiben. Die Regulierungsmöglichkeiten des Bundes sind auf folgende Aspekte beschränkt:

Buchstabe a

Subsidiäre Vorschriften des Bundes könnten Grundsätze über die interkantonale oder regionale *Steuerung und Koordination der Versorgung* enthalten. Da die Kantone für die Sicherstellung der Versorgung zuständig sind, sind sie in erster Linie von solchen Vorgaben betroffen. Zur Sicherstellung einer adäquaten Versorgung sind z.B. Mindestanforderungen an das Leistungsangebot denkbar; zur Gewährleistung der Zugänglichkeit der Leistungen für alle Bevölkerungsgruppen könnten Minimal- oder Maximalgrössen bezüglich der Versorgungsdichte

vorgeschrieben werden. Dadurch kann der Bund die Kantone anhalten, eine Mindestversorgung auf einem bestimmten Niveau zu garantieren. Maximalgrössen zeigen den Kantonen auf, wo Versorgungsstrukturen abgebaut werden können.¹³

Vorschriften des Bundes können weiter die *Steuerung und Koordination des verfügbaren Aus- und Weiterbildungsangebots* für die betreffenden Berufe betreffen. Während auf Basis von Absatz 2 die qualitativen Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der in der medizinischen Grundversorgung tätigen Fachpersonen geregelt werden, soll der Bund gegebenenfalls auch die Möglichkeit erhalten, in quantitativer Hinsicht Vorgaben über die verfügbaren Aus- und Weiterbildungsplätze und deren effiziente Nutzung zu machen. Weiter sind Vorgaben denkbar, welche den Zugang zu Aus- und Weiterbildungsangeboten regeln (z.B. die Anordnung, Aufhebung oder Erhöhung des Numerus clausus, die Festlegung von Mindestausbildungszahlen in verschiedenen Berufen der medizinischen Grundversorgung). Auch eine Verpflichtung zur Bereitstellung adäquater Praktikaplätze z.B. in stationären Einrichtungen könnte diesfalls ein zweckmässiges Instrument darstellen. Ziel solcher Vorgaben ist stets die ausreichende Verfügbarkeit der jeweiligen Fachpersonen in der medizinischen Grundversorgung, deren Sicherstellung nicht durch zu geringe Bildungskapazitäten gefährdet werden darf.

Die subsidiären Bundeskompetenzen nach Buchstabe a beschränken sich ausdrücklich auf zentrale Steuerungs- und Koordinationsaspekte. Deren Vollzug, insbesondere die Art und Weise der Zielerreichung oder die Frage nach einer allfälligen interkantonalen Zusammenarbeit, obliegt wo notwendig den Kantonen.

Buchstabe b

Dem Bund soll es sofern notwendig möglich sein, zur *Gewährleistung der Qualität* der in der medizinischen Grundversorgung erbrachten Leistungen Vorgaben zu machen, z.B. durch die Festlegung von Qualitätsindikatoren, die Einführung von Qualitätssicherungsmassnahmen oder die Verpflichtung zur Anwendung anerkannter Richtlinien bei der Behandlung chronisch Kranker (z.B. Diabetes, Herzinsuffizienz). Mit dieser Bestimmung hat der Bund grundsätzlich auch die Möglichkeit, einheitliche Kriterien zur Erhebung von Daten betreffend die Leistungsqualität in der medizinischen Grundversorgung festzulegen.

Die *Abgeltung* der in der medizinischen Grundversorgung erbrachten Leistungen muss adäquat erfolgen. Ein wesentlicher Teil der Kosten dieser Leistungen wird im Rahmen der Kranken- und Unfallversicherungsgesetzgebung abgegolten. Ist es zur Sicherung der medizinischen Grundversorgung erforderlich, soll es möglich sein, namentlich im Kranken- und Unfallversicherungsbereich Vorgaben z.B. zu gesamtschweizerischen Tarifstrukturen oder andere Rahmenbestimmungen für die Tarifverhandlungen zu erlassen, innerhalb derer die Tarifpartner ihre Tarifautonomie wahrnehmen müssen.¹⁴

Buchstabe c

Mit der Möglichkeit zum Erlass von *Vorschriften über den elektronischen Datenaustausch* kann die einheitliche Struktur und Anwendung elektronischer Datenaustausch-Systeme wie das elektronische Patientendossier gewährleistet

¹³ Bei der Einschätzung über die Angebotsstruktur in bestimmten Regionen oder Fachbereichen können insbesondere Analysen z.B. des Obsan beigezogen werden.

¹⁴ Zum Verhältnis zu Art. 117 BV vgl. Ziff. 4.7.1.

werden, womit ein wichtiges Instrument zugunsten von Effizienz und Qualität bei der Erbringung von Leistungen in der medizinischen Grundversorgung bereitstehen würde.

Wird die Erforderlichkeit einer Intervention des Bundesgesetzgebers in einem oder mehreren der in den *Buchstaben a - c* genannten Bereichen bejaht, ist es möglich, dass der Bund betreffend die medizinische Grundversorgung entweder bestehende Gesetzgebungen ändert (z.B. Medizinalberufe- oder Krankenversicherungsgesetz) oder neue Gesetzgebungen schafft (z.B. eine Gesetzgebung über das elektronische Patientendossier). Die Adressaten allfälliger punktueller Vorgaben des Bundes gestützt auf Absatz 3 können zum einen die in der medizinischen Grundversorgung tätigen Fachpersonen und Institutionen im Bereich Qualität und elektronischer Datenaustausch betreffen. Die Umsetzung der Vorgaben des Bundes obliegt zum anderen in Übereinstimmung mit Artikel 46 Absatz 1 BV den Kantonen. Die Übernahme dieser klassischen Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen rechtfertigt sich umso mehr, als die Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen mit der vorliegend vorgeschlagenen Verfassungsnorm keine grundsätzliche Änderung erfahren soll.

4.3.4 Absatz 4

Angesichts der notwendigen strukturellen Veränderungen in der medizinischen Grundversorgung ist es unerlässlich, dass zeitgemässe Versorgungsmodelle entwickelt und eingeführt werden. Da die Kantone für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zuständig sind, ist es an ihnen, unter Einbezug der betroffenen Institutionen und Berufsgruppen tätig zu werden, wenn sich zeitgemässe Versorgungsmodelle nur in ungenügendem Ausmass von selbst verbreiten. Der Bund kann hierzu einerseits im Rahmen seiner bestehenden Zuständigkeiten beitragen, wie z.B. durch die Einführung neuer Modelle bei der Kostenrückerstattung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Andererseits soll er gestützt auf *Absatz 4* die Kantone auch beratend unterstützen können, sei dies durch eigene Fachexpertise oder durch die Bereitstellung externer Expertinnen und Experten. Diese Beratung kann z.B. darin bestehen, dass mittels Standortanalysen diejenigen Regionen identifiziert werden, die sich für die Einführung grösserer Versorgungseinheiten besonders eignen. Dies unter anderem mit dem Ziel, fundierte Grundlagendaten für die erleichterte Beteiligung privater und öffentlicher Geldgeber am Aufbau einer neuen Infrastruktur liefern zu können. Damit ist es möglich, mit vergleichsweise geringen Kostenfolgen für den Bund einen hohen Mehrwert für die Weiterentwicklung der medizinischen Grundversorgung zu erzielen.

4.3.5 Absatz 5

Absatz 5 verankert eine allgemeine und umfassende Pflicht von Bund und Kantonen zur gegenseitigen Koordination der Vorbereitung und Umsetzung ihrer Massnahmen. Diese Koordinationspflicht geht über die allgemeine Unterstützungspflicht zwischen Bund und Kantonen nach Artikel 44 BV hinaus und rechtfertigt sich aufgrund der in der medizinischen Grundversorgung im Vergleich zu anderen Sachbereichen stärker ineinander greifenden Kompetenzen zwischen den verschiedenen Staatsebenen. Ziel ist, dass die staatlichen Massnahmen auf Bundes- und Kantons-ebene (einschliesslich derjenigen der Gemeinden) im Bereich der medizinischen Grundversorgung in Respektierung der jeweiligen Zuständigkeiten sowohl zeitlich

als auch inhaltlich koordiniert vorbereitet und umgesetzt werden. Wie dies konkret sichergestellt wird, ist offen. Denkbar sind relativ lose Formen des Zusammenwirkens bis hin zur Schaffung gemeinsamer Plattformen oder Begleitorgane. Dabei können Bund und Kantone bereits laufende Zusammenarbeitsstrukturen und -projekte nutzen, wie z.B. die Plattform Nationale Gesundheitspolitik.

4.4 Verhältnis zu anderen Verfassungsbestimmungen

4.4.1 Art. 117 BV (Kranken- und Unfallversicherung)

Mit Artikel 117 Absatz 1 BV verfügt der Bund über eine umfassende Kompetenz zur Regelung der Kranken- und Unfallversicherung. Nach Absatz 2 kann die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden. Materielle Vorgaben auf Verfassungsebene finden sich nicht.

Der Bund hat mit Erlass der Bundesgesetzgebungen über die Krankenversicherung sowie über die Unfallversicherung von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht. Diese Gesetzgebungen haben wesentlichen Einfluss auf die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung und mithin auf die medizinische Grundversorgung in der Schweiz ausgeübt. Insbesondere in der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung finden sich einige Vorgaben, die mit den Anliegen von Artikel 117a BV übereinstimmen (z.B. Koordination der Versorgung durch interkantonale Spitalplanung, Qualität der Leistungen, qualitativ hochstehende Versorgung). Insofern zielen sowohl Artikel 117 BV (bzw. dessen Umsetzung in der Gesetzgebung) als auch der vorgeschlagene Artikel 117a BV teilweise auf gleiche Regelungsaspekte.

Grundsätzlich verschieden ist hingegen das Regelungsziel: Auf Basis von Artikel 117 BV lassen sich verfassungsrechtlich nur - aber immerhin - die Rahmenbedingungen für die Kostenrückerstattung von Leistungen im Rahmen der Kranken- und Unfallversicherung regeln; auf die Gestaltung der Gesundheitsversorgung sich auswirkende Regelungen müssen letztlich immer den Anliegen der betreffenden Sozialversicherungen dienen. Dem gegenüber zielt Artikel 117a BV direkt und ausschliesslich auf die Verfügbarkeit einer allen zugänglichen und qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung ab. Der vorliegende Entwurf einer Verfassungsbestimmung nimmt somit eine im Vergleich zu Artikel 117 BV grundsätzlich andere Perspektive ein. Kommt hinzu, dass sich die hier vorgeschlagene Verfassungsnorm auf die medizinische Grundversorgung beschränkt, wogegen die Krankenversicherung nach Artikel 117 BV – entgegen dem umgangssprachlich teilweise verwendeten Begriff "Grundversicherung" – keine solche Einschränkung kennt und prinzipiell die Kostenrückerstattung für Leistungen der gesamten Gesundheitsversorgung nach sozialversicherungsrechtlichen Kriterien regelt.

4.4.2 Art. 118 - 119a BV (Schutz der Gesundheit, Komplementärmedizin, Forschung am Menschen, Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich, Transplantation)

Die Artikel 118 BV (Schutz der Gesundheit), 118b BV (Forschung am Menschen), 119 BV (Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich) sowie 119a BV (Transplantation) weisen dem Bund in den jeweiligen Sachbereichen eine umfassende Regelungskompetenz zu. Im Zentrum der Verfassungsbestimmungen

und der sich hierauf abstützenden Bundesgesetzgebung steht der Schutz der Gesundheit sowie der Würde und Persönlichkeit des Menschen. Gemeinsamkeiten bzw. Berührungspunkte mit dem vorliegenden Entwurf bestehen lediglich dort, wo Qualitäts- und Versorgungsaspekte (z.B. Impfungen bei übertragbaren Krankheiten) sowohl Teil der medizinischen Grundversorgung als auch der sektoriellen Regelungen sind. Diese Berührungspunkte bieten jedoch keine Probleme.

Artikel 118a BV hat zur Folge, dass Bund und Kantone die Komplementärmedizin – auch im Rahmen der medizinischen Grundversorgung – zu berücksichtigen haben. Dabei besteht ein grosser Spielraum für die rechtsetzenden und rechtsanwendenden Stellen. Die Verpflichtung zur Berücksichtigung der Komplementärmedizin wird auch bei Artikel 117a BV zu beachten sein, wobei im Vergleich zur heutigen Situation keine wesentlich neuen Auswirkungen zu erwarten sind.

4.4.3 Art. 63, 63a und 64 BV (Bildung)

Der Bund verfügt im Bereich des Bildungswesens bereits über verschiedene Kompetenzen:

Gemäss *Artikel 63 BV* ist der Bund ermächtigt, Vorschriften über die Berufsbildung zu erlassen. Zur Berufsbildung gehören die berufliche Grundbildung, die darauf aufbauenden Berufsmaturitätsschulen, die Bildungsgänge der höheren Berufsbildung, sowie die berufsorientierte Weiterbildung. Nicht mehr von Artikel 63 BV erfasst sind die Fachhochschulen¹⁵ und die universitäre Bildung.

Da auch Fachpersonen mit universitärer (z.B. Ärztinnen und Ärzte) und Fachhochschulbildung (insbesondere Pflegefachpersonen) in der medizinischen Grundversorgung eine zentrale Rolle spielen, soll der Bund die Kompetenz erhalten, Aus- und Weiterbildungsregelungen auch für die universitären und Fachhochschulberufe zu erlassen, welche weiter geht als die Rechtsetzungskompetenz des Bundes gestützt auf Artikel 63a Absatz 5 BV (vgl. unten). Auch Massnahmen zur Steuerung und Koordination des verfügbaren Aus- und Weiterbildungsangebots gestützt auf den neuen Artikel 117a Absatz 3 Buchstabe a BV können das Aus- und Weiterbildungsangebot in allen Bildungsbereichen betreffen, falls sie zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung erforderlich ist (vgl. Ziff. 4.3.3, Kommentar zu Abs. 3 Bst. a).

Artikel 63a BV enthält die Kompetenzausscheidung im Rahmen des Konzepts einer koordinierten Gesamtsteuerung des schweizerischen Hochschulwesens. Er enthält vorwiegend Zuständigkeits-, Organisations- und Verfahrensbestimmungen, welche die Hochschulen (Universitäten, Technische Hochschulen und Fachhochschulen sowie Pädagogische Hochschulen) betreffen. Der Bund erhält gestützt auf Absatz 5 eine beschränkte, subsidiäre Regelungskompetenz im Rahmen der dort erwähnten Sachbereiche.

Der hier vorgeschlagene neue Regelungskompetenz des Bundes wird nicht von einer misslungenen Koordination zwischen den Hochschulträgern abhängig sein und sich auf sämtliche Aspekte der Ausbildung beziehen können (im Gegensatz zu Art. 63a Abs. 5 BV). Klar ist, dass sich die Gesetzgebung betreffend die Aus- und

¹⁵ Vgl. G. Schmid und M. Schott, Art. 63 BV, in: B. Ehrenzeller et al. (Hrsg.), St. Galler Kommentar zur Schweizerischen Bundesverfassung, 2. Auflage, Zürich etc. 2008 (St. Galler Kommentar BV), Rz. 8.

Weiterbildung der in der medizinischen Grundversorgung tätigen Fachpersonen in die bestehenden bzw. entstehenden Bildungsstrukturen eingliedern wird.

Gestützt auf *Artikel 64a BV* hat der Bund bereits heute gewisse Kompetenzen, zur Regelung der Weiterbildung. Es handelt sich um eine Rahmengesetzgebungs-kompetenz, indem der Bund verpflichtet wird, Grundsätze über die Weiterbildung fest zu legen. Der Artikel 64a BV zugrunde liegende Begriff der Weiterbildung ist zudem relativ offen. Artikel 64a BV geht von einem breit zu verstehenden Weiter-bildungsbegriff aus, der sowohl die berufsorientierte als auch die allgemeinbildende Weiterbildung umfasst¹⁶. Im Mittelpunkt steht die sogenannte "learning-to-learn competence".¹⁷

Der Begriff „Weiterbildung“ ist eine Reminiszenz an die zunehmende Bedeutung des lebenslangen Lernens.¹⁸ Nicht erfasst wird jedoch – wie nur aus den Materialien hervorgeht¹⁹ – die akademische Weiterbildung an den Hochschulen. Die Grundsätze gemäss Absatz 1 können sowohl öffentliche wie private Weiterbildungsinstitutionen erfassen und auch Fragen wie Qualitätssicherung, Anerkennung von Abschlüssen, Schutz von Treu und Glauben beschlagen.²⁰

Im Gegensatz zu Artikel 64a BV sieht die hier vorgeschlagene Bestimmung in Artikel 117a Absatz 2 BV eine umfassende Regelungskompetenz des Bundes vor, die über eine Rahmengesetzgebungskompetenz hinaus geht.

Gemäss Absatz 2 des Gegenentwurfs soll der Bund neben der Weiterbildung im Sinne der Aktualisierung des erworbenen Wissens auch die berufsorientierte Weiterbildung und die postgraduale akademische Weiterbildung für die im Bereich der medizinischen Grundversorgung tätigen Fachpersonen regeln können.

Damit sind insbesondere die Erhöhung der Kompetenz und die Spezialisierung im entsprechenden Fachgebiet gemeint. Die Weiterbildung in diesem Sinn baut auf die Ausbildung auf und ist bezüglich Dauer und Inhalt gegliedert und evaluierbar. Die in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten sollen im Hinblick auf die fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit vertieft und erweitert werden. Der Bund soll die berufliche Weiterbildung spezifisch reglementieren und z.B. Weiterbildungskompetenzen in Form von Weiterbildungszielen, Akkredi-tierungsregelungen für die Weiterbildungsgänge und eidgenössischen Weiter-bildungsabschlüssen erlassen können. Dabei ist primär an die geltende Regelung gemäss Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006²¹ zu denken.

4.4.4 Forschung

Gemäss Artikel 64 BV fördert der Bund die wissenschaftliche Forschung und die Innovation. Er kann die Förderung von der Sicherstellung der Qualität und der Koordination abhängig machen (Abs. 2). Zudem erhält der Bund in Absatz 3 die Kompetenz, Forschungsstätten zu errichten, zu übernehmen oder zu betreiben. Der Gegenentwurf enthält – im Gegensatz zum Initiativtext – keine entsprechende

¹⁶ Vgl. B. Ehrenzeller und K. Sahlfeld, Art. 64a, in: St. Galler Kommentar BV, Rz. 11.

¹⁷ Vgl. Mitteilung "Europäischer Raum des lebenslangen Lernens", EU-Kommission, 2001.

¹⁸ BBl 2005 5532.

¹⁹ BBl 2005 5533, 5554.

²⁰ Vgl. G. Biaggini, Art. 64a, Kommentar zur Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Zürich, 2007 (BV-Kommentar), Rz. 3 f.

²¹ SR 811.11.

Bestimmung, weil Artikel 64 BV auch auf die Forschung in der medizinischen Grundversorgung anwendbar ist.

Der Bundesrat kann den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) beauftragen, Nationale Forschungsprogramme von gesamtschweizerischer Bedeutung durchzuführen. Die Bundesstellen sowie jede natürliche oder juristische Person können dem Staatssekretariat für Bildung und Forschung (SBF) Vorschläge für Nationale Forschungsprogramme (NFP) einreichen. Gemäss Verordnung zum Forschungs- und Innovationsförderungsgesetz vom 10. Juni 1985²² muss in den NFP-Vorschlägen darlegt werden, dass ihr Forschungsgegenstand den Zweckbestimmungen Nationaler Forschungsprogramme entspricht (z.B. gesamtschweizerische Bedeutung, Einbezug mehrerer Disziplinen, keine ausschliessliche Grundlagen- oder industriennahe Forschung usw.). Die eingereichten Vorschläge können nur dann berücksichtigt werden, wenn die NFP-Kriterien erfüllt sind. Nach entsprechenden Priorisierungen und Machbarkeitsprüfungen beantragt das EDI dem Bundesrat periodisch die Durchführung von ein bis drei Nationalen Forschungsprogrammen.

Forschungsförderung mittels projektgebundener Beiträge ist auch im Rahmen des Universitätsförderungsgesetzes vom 8. Oktober 1999²³ (UFG) möglich. Voraussetzung ist aber, dass entsprechende Projekteingaben über die Universitäten erfolgen und die Projekte die erforderlichen Kriterien erfüllen. Der Entscheid über eine allfällige Unterstützung liegt in diesem Fall bei der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK). Damit gelten für Forschungsbegehren der medizinischen Grundversorgung die gleichen Bedingungen wie für alle andern Disziplinen.

4.4.5 Art. 95 Abs. 1 BV (privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit)

Artikel 95 Absatz 1 BV²⁴ gibt dem Bund die Kompetenz, über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit Vorschriften zu erlassen. Gestützt auf diese Bestimmung verfügt der Bund über eine weitreichende Kompetenz für den Erlass von Vorschriften im Bereich der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit²⁵. Er kann Vorschriften über die Ausübung einer Tätigkeit erlassen und somit auch über die Voraussetzungen für den Zugang zu einer privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit und die Art der Ausübung dieser Tätigkeit.

Eine wirtschaftliche Tätigkeit gilt nicht mehr als privat im Sinne von Art. 27 und 95 BV, wenn es sich um eine öffentliche Aufgabe oder eine öffentliche Dienstleistung handelt, die als solche dem öffentlichen Recht untersteht²⁶. Nach Ansicht eines Teils der Lehre übt der Staat, wenn er eine eigentliche Erwerbstätigkeit ausübt, beispielsweise wenn er marktfähige Dienstleistungen vertreibt, eine privatwirtschaftliche Tätigkeit aus. Gemäss der Rechtsprechung gilt die Behandlung von Kranken in

²² SR 420.11

²³ SR 414.20

²⁴ Vgl. hierzu auch das Gutachten "Medizinalberufegesetz: unselbstständige und selbstständige Berufsausübung" des BJ vom 9. Juni 2008.

²⁵ A. Auer et al., Droit constitutionnel suisse, vol. II, 2006, n. 958; G. Biaggini, BV-Kommentar, Art. 95, Rz. 3.

²⁶ A. Auer et al., Droit constitutionnel suisse, vol. II, 2006, n° 940; P. Richli, Grundriss des schweizerischen Wirtschaftsverfassungsrechts, Bern, 2007, n°170.

einem Spital als öffentliche Aufgabe, wenn es sich um ein öffentliches Spital (z.B. ein öffentliches Kantonsspital handelt, die Behandlung von Personen vorgenommen wird, die in diesem Spital angestellt sind, und die Behandlung im Rahmen der Aufgaben dieser Personen erfolgt²⁷.

Im Rahmen des Medizinalberufegesetzes und des Psychologieberufegesetzes²⁸ wurde gestützt auf Artikel 95 Absatz 1 BV namentlich Regelungen zur Aus- und Weiterbildung und zur Berufsausübung der universitären Medizinalberufe bzw. zu den Psychologieberufen erlassen. Bei diesen Berufen handelt es sich um Berufe, welche typischerweise privatwirtschaftlich ausgeübt werden. Manche Berufe der medizinischen Grundversorgung werden hingegen in der Regel im Angestelltenverhältnis häufig an öffentlich-rechtlichen Institutionen (z.B. Kantonsspitalen) ausgeübt. Die Frage ob diese Tätigkeit noch als privatwirtschaftlich im Sinne des Artikel 95 Absatz 1 BV gilt, ist strittig - kann aber offen bleiben, weil die neue Bestimmung dem Bund insbesondere die Kompetenz gibt, Aus- und Weiterbildungsbestimmungen sowie Regelungen betreffend die Berufsausübung für die in der medizinischen Grundversorgung tätigen Personen zu erlassen. Dies unabhängig davon, ob sie einst selbstständig bzw. privatwirtschaftlich oder als Angestellte in einer privat – oder öffentlich rechtlich geregelten Institution tätig sein werden.

4.4.6 Weitere Verfassungsbestimmungen

Artikel 12 BV vermittelt einen grundrechtlichen Anspruch auf ein Minimum von Mitteln, die für ein menschenwürdiges Dasein notwendig sind. Die Grundversorgung nach Art. 117a BV geht im medizinischen Bereich über dieses Leistungsniveau hinaus, vermittelt hingegen keine einklagbare Rechtsposition.

Als Sozialziel gibt *Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe b BV* vor, dass sich Bund und Kantone in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür einsetzen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Die hier vorgeschlagene Verfassungsbestimmung zielt in Absatz 1 in die gleiche Richtung, fokussiert jedoch auf die medizinische Grundversorgung als Ganzes.

Im Rahmen der Bestimmung über die Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben gibt *Artikel 43a Absatz 4 BV* vor, dass die Leistungen der Grundversorgung allen Personen in vergleichbarer Weise offenstehen müssen. Diese Vorgabe ist auch Teil der hier vorgeschlagenen Verfassungsbestimmung, die aber auf die medizinische Grundversorgung beschränkt ist. Von der Zielrichtung her besteht somit zwischen den beiden Normen Übereinstimmung.

5 Kurzfristig umsetzbare Massnahmen

Neben der Vorlage eines direkten Gegenentwurfs und den sich daraus ergebenden mittel- und langfristigen Handlungsmöglichkeiten sind namentlich folgende, kurzfristig umsetzbare Massnahmen im Interesse der medizinischen Grundversorgung und namentlich auch der Hausarztmedizin umgesetzt oder in Bearbeitung:

²⁷ BGE 133 III 462, 465 Erwägung. 2.1.

²⁸ BBl 2009 6959.

Mit der Schaffung des eidgenössischen Weiterbildungstitels "Allgemeine Innere Medizin"²⁹ wird wesentlichen Bedürfnissen sowohl der Hausärztinnen und Hausärzte als auch der ärztlichen Grundversorger im stationären Bereich entsprochen.

Zudem wurde im Kontext der Revisionsarbeiten des Krankenversicherungsgesetzes (Verlängerung der Bedürfnisklausel) der Zulassungsstopp für Personen mit bestimmten der ärztlichen Grundversorgung zugerechneten eidgenössischen Weiterbildungstitel aufgehoben (Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt und praktische Ärztin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin)³⁰. Bei der Frage der Vergütung wurde seitens der Tarifpartner im Sommer 2010 das Projekt „Revision TARMED“ gestartet. Erweiterte Vergütungsmöglichkeiten bieten sich zudem namentlich im Rahmen der "besonderen Versicherungsmodelle" (Managed Care) an.

Mit der geplanten Revision des Medizinalberufegesetzes, die im Sommer 2011 in die Vernehmlassung geht, soll eine Anpassung der Aus- und Weiterbildungsziele betreffend die medizinische Grundversorgung bzw. Hausarztmedizin vorgenommen werden.

Die Forschungsförderung in den universitären Berufen der medizinischen Grundversorgung ist grundsätzlich auch über projektgebundene Beiträge gemäss Universitätsförderungsgesetz möglich. Die eingereichten Vorschläge können aber nur dann berücksichtigt werden, wenn die Kriterien dieses Gesetzes erfüllt sind.

Eine Möglichkeit für den Bund, die Forschung in der medizinischen Grundversorgung zu unterstützen, kann schliesslich auch darin bestehen, die Vernetzung der entsprechenden Forschungsträger wie z.B. der Institute für Hausarztmedizin zu fördern.

6 Finanzielle und personelle Auswirkungen des direkten Gegenentwurfs

Die Verfassungsnorm *hält grundsätzlich an der bestehenden Zuständigkeitsordnung im Gesundheitsbereich fest* (vgl. Art. 117a Abs. 1 BV).

Der Bund erhält lediglich *punktueller neue Kompetenzen* in Artikel 117a Absatz 2 und 4 BV: Gestützt auf Absatz 2 sollen primär qualitative Aspekte geregelt werden, welche abgesehen vom gesetzgeberischen Aufwand zu keinen neuen Kostenfolgen für den Bund führen. Eine qualitative Steigerung der Aus- und Weiterbildung der verschiedenen Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung sowie die bessere Abstimmung von deren Kompetenzen könnte mittel- bis langfristig zu verbesserten medizinischen Leistungen führen und somit zu einer effektiveren und effizienteren medizinischen Grundversorgung beitragen.

Mit Absatz 4 ändert sich nichts an der grundsätzlichen Zuständigkeit der Kantone betreffend Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Die Unterstützung in Form von Beratungsleistungen soll - wo notwendig und von den Kantonen gewünscht - diese primär darin unterstützen, Grundlagen zu erarbeiten, die für die Entwicklung und Einführung zeitgemässer Versorgungsmodelle förderlich sind. Die Kostenfolgen für den Bund können gestützt auf diese Bestimmung erst bei der Umsetzung im Rahmen von konkreten Massnahmen im Einzelnen bestimmt und nötigenfalls mit einem Kostendach beschränkt werden. Es kann aber davon ausgegangen werden,

²⁹ Vgl. Anhang 1 der Medizinalberufeverordnung.

³⁰ Parlamentarische Initiative vom 12. Juni 2009.

dass es sich bei den Kostenfolgen für den Bund lediglich um die Personalkosten eines Beratungsteams sowie Sachkosten für Forschungs- und Beratungsmandate handelt.

In Absatz 3 erhält der Bund *subsidiäre und auf bestimmte Sachbereiche beschränkte Regelungskompetenzen*, die allesamt auf eine angemessene und effiziente medizinische Grundversorgung ausgerichtet sind. Die an die Kantone gerichteten Steuerungs- und Koordinationsvorgaben (Bst. a) haben für diese dann einen Mehraufwand zur Folge, wenn beispielsweise die vom Bund festgelegten Minimal- oder Maximalgrössen bezüglich der Versorgungsdichte nicht gegeben sind oder die Kantone ihre Versorgung besser koordinieren müssen. Angesichts der Vielfalt an möglichen Instrumenten können verlässlichere Einschätzungen betreffend Mehraufwand erst auf Basis der konkret geplanten Vorschriften erfolgen. Für den Bund sollten lediglich Personal- und Sachkosten für die Vorbereitung und Kommunikation der Steuerung anfallen.

Die allfälligen an die Leistungserbringer in der medizinischen Grundversorgung gerichteten Vorgaben betreffend die Qualität und den elektronischen Datenaustausch (Bst. b und c) werden für diese voraussichtlich nur vorübergehend (d.h. in der Entwicklungs- und Einführungsphase) erhöhte Kostenfolgen haben. Dagegen hätten Vorschriften betreffend die Abgeltung der Leistungen (Bst. b) primär Kosten für die Versicherten zur Folge. Für den Bund sollten auch in diesem Zusammenhang lediglich Personal- und Sachkosten für die Vorbereitung und Kommunikation der Vorgaben anfallen.

Für die Koordination der Vorbereitung und Umsetzung ihrer Massnahmen gemäss Absatz 5 sind primär die bereits bestehenden Plattformen und Koordinationsgefässe zwischen Bund und Kantonen vorzusehen (z.B. Dialog Nationale Gesundheitspolitik, Plattform Ärztliche Bildung). Dadurch werden für Bund und Kantone voraussichtlich kaum namhafte neue Kosten anfallen.

Da die neue Verfassungsnorm letztlich zu einer effizienteren bzw. besser koordinierten medizinischen Grundversorgung beitragen soll, dürfte sie sich mittelfristig dämpfend auf das Kostenwachstum im Gesundheitswesen auswirken.

7 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen

Die Schweiz hat sich mit Abschluss des Freizügigkeitsabkommens vom 21. Juni 1999³¹ verpflichtet, die Regeln über den freien Personenverkehr anzuwenden, wie sie innerhalb der EG gelten. Zur Erleichterung der Personenfreizügigkeit sieht das Gemeinschaftsrecht insbesondere Regeln zur Anerkennung von beruflichen Fähigkeitsnachweisen vor. Die neue einschlägige Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung der Berufsqualifikationen³² (tritt für die Schweiz voraussichtlich 2011 in Kraft) findet auf alle reglementierten Berufe Anwendung und übernimmt die geltenden Grundsätze (insbesondere die Regelungen der sektoriellen Richtlinien und die allgemeine Anerkennungsregelung), vereinheitlicht diese, ordnet sie neu und strafft sie.

Bei der Umsetzung der vorliegenden Verfassungsbestimmung werden diese völkerrechtlichen Regelungen zu berücksichtigen sein.

³¹ SR 0.142.112.681.

³² ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22.

