

RAISONS DE SANTE 357 – LAUSANNE

Unisanté – Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und öffentliche Gesundheit, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitssysteme & Institut für Gesundheitsrecht, Universität Neuenburg

Analyse der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems und Vorschlag eines Bundesgesetzes über die Gesundheit

Stéfanie Monod, Stéphanie Pin, Mélanie Levy, Chantal Grandchamp, Xavier Mariétan und Nelly Courvoisier

unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Unil
UNIL | Université de Lausanne

Seit dem 1. Januar 2019 sind am Waadtländer Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und öffentliche Gesundheit Unisanté die Kompetenzen der medizinischen Poliklinik der Universität, des Universitätsinstituts für Sozial- und Präventionsmedizin, des Westschweizer Universitätsinstituts für Arbeitsmedizin und von Promotion Santé Vaud zusammengefasst. Das Zentrum erfüllt Aufgaben in folgenden Bereichen:

- Grundversorgungsleistungen (insbesondere Zugang zur Gesundheitsversorgung und Orientierung im Gesundheitssystem),
- Leistungen für vulnerable Gruppen oder Gruppen mit besonderen Bedürfnissen,
- Massnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention (I und II),
- Expertisen und Recherchen zur Organisation und Finanzierung von Gesundheitssystemen sowie
- Forschungs-, Evaluierungs- und Lehrtätigkeit auf Universitätsstufe in den Bereichen Allgemeinmedizin und Community Health, öffentliche Gesundheit und Arbeitsschutz.

Im Rahmen dieser letzten Aufgabe veröffentlicht Unisanté die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungen, die über Forschungsfördermittel sowie Dienstleistungsaufträge im Bereich der öffentlichen Gesundheit finanziert werden. Dabei erstellt das Universitätszentrum verschiedene Arten von Berichten, u. a. für die **Sammlung «Raisons de santé»**. Diese richten sich sowohl an Fachpersonen als auch an ein sachkundiges Publikum ohne vertiefte wissenschaftliche Kenntnisse der behandelten Themen. Die Dienstleistungsaufträge werden für eidgenössische und kantonale Verwaltungen sowie nichtstaatliche Stellen (Verbände, Stiftungen etc.) ausgeführt, die in den Bereichen Gesundheit und/oder Soziales tätig sind.

Studie finanziert durch:

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

Vorgeschlagene Zitierung:

Monod S, Pin S, Levy M, Grandchamp C, Mariétan X, Courvoisier N. Analyse der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems und Vorschlag eines Bundesgesetzes über die Gesundheit. Lausanne, Unisanté – Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und öffentliche Gesundheit, 2024 (Raisons de santé 357).

<https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/357>

Hinweis zur Übersetzung:

Die französische Stammversion verwendet im Titel und Bericht konsequent den Begriff «gouvernance». Dieser wurde nicht mit dem naheliegenden Anglizismus «Governance», sondern mit «Steuerung» übersetzt. Wie in den Definitionen (Kapitel 3) erklärt, wird «Governance» oft zu eng als «Kunst des Regierens» und somit ausschliesslich als staatliches Handeln verstanden. Gesundheitssysteme sind jedoch komplex und umfassen viele verschiedene Akteure, die steuernd wirken.

Korrektur und Redaktionskontrolle der französischen Stammversion:

Pauline Delaby und Aurélien Baud

Korrektur und Redaktionskontrolle der deutschen Übersetzung:

Manuela Eicher, Franziska Egli und Manuela Cerezo

Übersetzung:

Markus Mettler, Plan-les-Ouates

Erscheinungsdatum:

Februar 2024, Stammversion Französisch

Mai 2024, Übersetzung Deutsch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	6
1 Einleitung.....	8
2 Beschreibung des Auftrags.....	9
2.1 Ziele	9
2.2 Projektorganisation	9
2.3 Methode	10
2.4 Präsentation der Ergebnisse	11
3 Definitionen	13
4 Teil 1: Analyse der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems.....	16
4.1 Steuerung des Gesundheitssystems: Kontext und Entwicklung	16
4.1.1 Besonderer gesellschaftspolitischer Kontext	17
4.1.2 Konstante Weiterentwicklung, aber keine grossen Umwälzungen	18
4.1.3 Stärken und Schwächen	22
4.1.4 Zusammenfassung	24
4.2 Steuerung des Gesundheitssystems: Analyse des rechtlichen Rahmens	24
4.2.1 Recht auf Gesundheit in der schweizerischen Rechtsordnung	24
4.2.2 Gesundheit als öffentliche Aufgabe und Kompetenzverteilung	25
4.2.3 Zusammenfassung	27
4.3 Steuerung des Gesundheitssystems: Leistungsanalyse	27
4.3.1 Analyse auf der Grundlage eines Modells für die Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen	27
4.3.2 Beispiele der aktuellen Grenzen bei der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems	36
4.3.3 Zusammenfassung	40
5 Teil 2: Relevanz und Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit.....	42
5.1 Relevanz eines Bundesgesetzes über die Gesundheit	42
5.2 Vorschlag für den Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit	45
5.2.1 Allgemeines Ziel	46
5.2.2 Vision und Strategie in Sachen Gesundheit	47
5.2.3 Ordnungspolitische Grundsätze	47
5.2.4 Grundsätze für die Beteiligung der Stakeholder	48
5.2.5 Informationssystem und Evidenzproduktion	48
5.3 Mögliche Verankerung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit	49
5.3.1 Verankerung in der aktuellen Verfassung	49
5.3.2 Verankerung mit einer Teilrevision der Verfassung	49
6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	51
7 Literaturverzeichnis.....	52
8 Anhänge.....	54
8.1 Anhang 1: Liste der befragten Expertinnen und Experten	54

8.2	Anhang 2: Vollständiger Bericht des Instituts für Gesundheitsrecht	55
8.3	Anhang 3: Ziele und Zusammenfassung des Workshops mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern	83
8.4	Anhang 4: Ziele und Zusammenfassung des Workshops mit den Stakeholdern	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Methoden zur Erreichung der im Auftrag festgelegten Ziele	11
Tabelle 2	Subfunktionen der Steuerung im HSPA-Modell	30
Tabelle 3	Beispiele von Zusammenhängen zwischen den in der Steuerung des Gesundheitssystems beobachteten Schwächen und den Folgen für die Reaktion auf die in Gesundheit2030 ermittelten Herausforderungen	43
Tabelle 4	Zusammenfassung der wichtigsten, beim Austausch in Kleingruppen im Rahmen des Stakeholder-Workshops diskutierten Punkte	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Projektorganisation	9
Abbildung 2	Gesundheitsdeterminanten (Strategie 2030)	13
Abbildung 3	Das Gesundheitssystem umfasst die Aktivitäten der Bereiche öffentliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung.	14
Abbildung 4	Betrachtung der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems aus drei Blickwinkeln	16
Abbildung 5	Schlüsselmomente in der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems zwischen 1848 und 1960	19
Abbildung 6	Schlüsselmomente in der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems zwischen 1960 und 2022	20
Abbildung 7	Referenzrahmen des Modells Health System Performance Assessment, European Observatory on Health Systems and Policies	28
Abbildung 8	Bereiche für die Bewertung der Steuerungsfunktion des Schweizer Gesundheitssystems	31
Abbildung 9	Elemente einer wirksamen Steuerung, die in einem Bundesgesetz über die Gesundheit verankert werden könnten	46

Zusammenfassung

Im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat Unisanté die Relevanz und den möglichen Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit geprüft. Diese Analyse knüpft an die Arbeiten der SAMW aus den Jahren 2019 und 2022 an und leistet einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Schweizer Gesundheitssystems in Richtung mehr Nachhaltigkeit und im Sinne einer «One Health»-Perspektive.

Um die Relevanz eines Bundesgesetzes über die Gesundheit zu prüfen, wurde zunächst die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems analysiert. Dazu kamen die folgenden Methoden zur Anwendung: 1) Literaturanalyse zum Schweizer Gesundheitssystem und seiner Steuerung, 2) Analyse des verfassungsrechtlichen Rahmens für das Thema Gesundheit und 3) Analyse der Gesamtleistung der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems anhand eines Modells. Im ersten Teil hat sich gezeigt, wo das Gesundheitssystem heute an seine Grenzen stösst. Es ist insbesondere gekennzeichnet durch:

das Fehlen einer transversalen Betrachtung des Themas Gesundheit in der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft und die Existenz vergleichsweise stark voneinander getrennter «Kompetenzsilos»,

das Fehlen einer allgemeinen Verfassungsbestimmung zum Gesundheitssystem, die dessen Bestandteile definiert und die Steuerung klärt,

eine Verflechtung der Kompetenzen von Bund und Kantonen,

deklaratorische Gesundheitsstrategien auf Bundesebene ohne Vollzugsbefugnis,

unausgewogene Mitwirkungsmechanismen bei der Steuerung auf mehreren Ebenen (Bund, Kantone und Gemeinden), da nicht alle Beteiligten gleich viel Einfluss haben, sowie

ein Informationssystem, das keine ausreichenden Daten für fundierte Entscheidungen liefert.

Aus diesen Feststellungen ergibt sich, dass der bestehende rechtliche Rahmen geklärt werden muss und ein Gesundheitsgesetz relevant ist. Dieses würde die Grundsätze von «Good Governance» im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem festlegen und sich auf die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Gesundheitsversorgung erstrecken. Ein solches Bundesgesetz über die Gesundheit könnte folgende Elemente enthalten:

Definition der allgemeinen Ziele des Gesundheitssystems einschliesslich Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung sowie Verankerung der Grundsätze Gerechtigkeit, finanzielle Absicherung, Zugang, Qualität und Effizienz,

Verpflichtung zur Erarbeitung und regelmässigen Evaluierung einer sektorübergreifenden Rahmenstrategie, auf deren Grundlage die verschiedenen Akteure (Bund, Kantone und Stakeholder) konvergent zusammenarbeiten,

Regulierungsprinzipien zur Erreichung der strategischen Ziele, insbesondere durch die Festlegung von Grundsätzen für die Finanzierung, die Ressourcenerzeugung und die Organisation der Dienstleistungen sowie eine klare Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen,

Grundsätze für eine breit abgestützte, ausgewogene Mitwirkung aller Beteiligten an strategischen Diskussionen und Entscheidungsprozessen, einschliesslich der Bürgerinnen und Bürger, der Patientinnen und Patienten und der Zivilgesellschaft,

Grundlagen für einen nationalen Steuerungsrahmen im Bereich Gesundheitsdaten und für die Bereitstellung konsolidierter Informationen und Evidenz, um fundierte und legitimierte Entscheidungen zu treffen.

Schliesslich wurde geprüft, wie ein solches Gesetz in der Bundesverfassung verankert werden könnte. Dafür kommen mehrere Möglichkeiten infrage, aus demokratiepolitischer Sicht scheint eine Teilrevision der Bundesverfassung die am besten geeignete Option.

1 Einleitung

Die zu Beginn des 20. Jahrhunderts schrittweise aufgebauten Gesundheitssysteme der westlichen Länder stehen zunehmend unter Druck: steigende Nachfrage der Bevölkerung nach Gesundheitsleistungen, Fachkräftemangel und ein kaum beherrschbarer Anstieg der Gesundheitskosten. Die Themen Effizienz, Nachhaltigkeit sowie Priorisierung von Ressourcen und Finanzmitteln stehen in allen Ländern auf der Tagesordnung (1). Die Staaten sind aufgefordert, unter dem Gesichtspunkt von «One Health» (2) substantiell in die Gesundheitsförderung und Prävention sowie in die berufsübergreifende Grundversorgung zu investieren und dabei die Bedürfnisse der Gesundheitsfachleute in hohem Mass zu berücksichtigen (3).

Das Schweizer Gesundheitssystem ist trotz der tiefgreifenden demografischen und epidemiologischen Veränderungen immer noch hauptsächlich auf eine Versorgung ausgerichtet, deren Schwerpunkt sehr stark auf der technischen, akuten und stationären medizinischen Behandlung liegt. Die übrigen Dimensionen der medizinischen Versorgung wie die fächerübergreifende spitalexterne Betreuung bei chronischen Erkrankungen (Community Healthcare) und die Langzeitpflege sowie die Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitserziehung sind noch immer wenig sichtbar und zu wenig politisch unterstützt (4, 5).

Im internationalen Vergleich fällt es der Schweiz schwer, das Gleichgewicht zwischen Spital und Gemeinschaft sowie zwischen Patientenschaft und Bevölkerung zu verändern (6). Dies liegt jedoch nicht daran, dass die heutigen und künftigen Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit nicht richtig verstanden würden, sondern ist eher in einer komplexen Steuerung des Gesundheitssystems begründet, das sich schwertut, seine Prioritäten anders zu setzen. Zur Erinnerung: 2012 scheiterte das Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, und seither wurde kein grösserer Reformversuch mehr unternommen. Zwar gab es marginale Anpassungen auf der Grundlage des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), aber die bedeutenderen Änderungen gehen auf Volksinitiativen zurück, mit denen beispielsweise ein Aspekt der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen («Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung» 2022) oder die Pflege («Für eine starke Pflege» 2021) in der Bundesverfassung (BV) verankert werden konnte. Die Umsetzung dieser Verfassungsbestimmungen ist jedoch nach wie vor eine komplexe Angelegenheit.

Vor diesem Hintergrund macht sich die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) seit mehreren Jahren Gedanken zum Schweizer Gesundheitssystem und plädiert regelmässig für eine Weiterentwicklung zu mehr Nachhaltigkeit und Effizienz. In ihrem Positionspapier zur nachhaltigen Entwicklung des Gesundheitssystems von 2019 (7) schlägt sie eine Reihe von Massnahmen vor, um das Thema Gesundheit ganzheitlicher zu erfassen, das Gesundheitssystem zu verbessern und eine eigentliche Gesundheitspolitik für die Schweiz zu definieren. Zu diesen notwendigen Massnahmen zählt gemäss SAMW auch die Erarbeitung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit, um die Ziele des Schweizer Gesundheitssystems zu klären und einen allgemeinen Rahmen für die durchzuführenden Reformen abzustecken. In dem von der SAMW 2022 veröffentlichten Positionspapier «Umweltbewusste Gesundheitsversorgung in der Schweiz» wird diese Massnahme ebenfalls erwähnt (8).

2 Beschreibung des Auftrags

2.1 Ziele

In Absprache mit der SAMW wurden folgende Ziele festgelegt.

Allgemeines Ziel: Prüfen der Relevanz eines Bundesgesetzes über die Gesundheit und welche Hauptzwecke es verfolgen sollte.

Um die Frage nach der Relevanz eines solchen Bundesgesetzes zu beantworten, wurde zunächst die aktuelle Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems analysiert. Dabei ging es darum, mögliche Lücken und den potenziellen rechtlichen Klärungsbedarf zu ermitteln. Auf dieser Grundlage wurden dann die möglichen Ziele und Inhalte eines Bundesgesetzes über die Gesundheit erarbeitet.

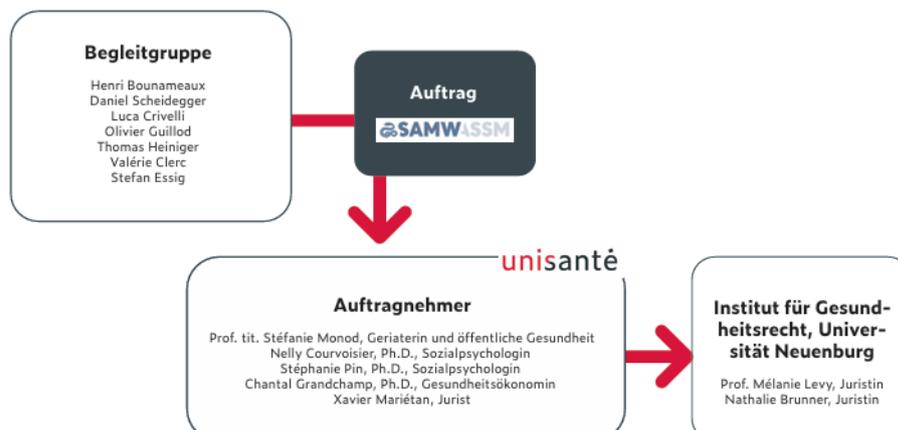
Entsprechend wurden **vier konkrete Ziele** festgelegt:

- Kontextualisierung des Schweizer Gesundheitssystems und der Steuerungsfragen
- Prüfung des rechtlichen Rahmens der aktuellen Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems
- Analyse der Steuerungsleistung des Schweizer Gesundheitssystems und
- Feststellung der Relevanz und des Inhalts eines Bundesgesetzes über die Gesundheit und dessen möglicher Verankerung in der Bundesverfassung.

2.2 Projektorganisation

Die Projektorganisation ist in Abbildung 1 zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 1 Projektorganisation



Um die Arbeit von Unisanté zu verfolgen, setzte die SAMW eine Begleitgruppe aus den nachstehenden Personen ein:

- Henri Bounameaux, Präsident der SAMW
- Valérie Clerc, Generalsekretärin der SAMW
- Luca Crivelli, Gesundheitsökonom und Mitglied des SAMW-Vorstands
- Stefan Essig, Arzt und Forscher mit Fachgebiet Gesundheitsversorgung, Universität Luzern
- Olivier Guillod, ehemaliger Direktor des Instituts für Gesundheitsrecht der Universität Neuenburg und Mitglied des Senats der SAMW
- Thomas Heiniger, ehemaliger Vorsteher der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
- Daniel Scheidegger, ehemaliger Präsident der SAMW

Bei Unisanté wurde die Arbeit unter der Leitung von Prof. Stéfanie Monod durchgeführt, die auf die Kompetenzen von Mitarbeitenden aus verschiedenen Fachrichtungen zurückgreifen konnte. Das Projektteam setzte sich aus folgenden Personen zusammen:

- Prof. Stéfanie Monod, Fachärztin für Geriatrie und öffentliche Gesundheit
- Nelly Courvoisier, Psychosoziologin
- Stéphanie Pin, Psychosoziologin
- Chantal Grandchamp, Gesundheitsökonomin
- Xavier Mariétan, Jurist

Die Begleitgruppe und das Projektteam trafen sich während der Dauer des Auftrags zwischen November 2022 und Dezember 2023 fünfmal zu je drei- bis vierstündigen Sitzungen.

Für die Untersuchung der gesetzlichen Grundlagen beauftragte Unisanté das Institut für Gesundheitsrecht der Universität Neuenburg mit einer rechtlichen Analyse der Steuerung des Gesundheitssystems. Diese Arbeit wurde ausgeführt von:

- Prof. Mélanie Levy, Juristin, und
- Nathalie Brunner, Juristin.

Zudem konnten dank Unterstützung der Fondation Leenaards zwei Workshops durchgeführt werden.

2.3 Methode

Um die Ziele des Auftrags zu erreichen, wurden mehrere Methoden angewendet, insbesondere:

- eine Literaturanalyse zur Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems,
- eine rechtliche Analyse durch das Institut für Gesundheitsrecht (Universität Neuenburg),
- eine qualitative Analyse der Steuerung auf der Grundlage eines Modells für die Evaluierung der Leistung von Gesundheitssystemen (European Observatory on Health Systems and Policies),
- Austausch mit Sachverständigen und ehemaligen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitssystems (Anhang 1: Liste der Sachverständigen),
- Gruppenarbeiten mit der Begleitgruppe der SAMW und
- Workshops (je ein Workshop mit Vertretungen aus der Wissenschaft und mit Stakeholdern des Gesundheitssystems).

Die folgende Tabelle zeigt zusammenfassend, wie die verschiedenen Methoden eingesetzt wurden, um die Ziele zu erreichen (Tabelle 1).

Tabelle 1 Methoden zur Erreichung der im Auftrag festgelegten Ziele

	Literatur-analyse	Rechtliche Analyse	Qualitative Analyse	Austausch mit Sachverständigen	Gruppenarbeiten	Workshops
Kontextualisierung des Schweizer Gesundheitssystems und der Steuerungsfragen	X			X	X	X
Prüfung des rechtlichen Rahmens der aktuellen Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems	X	X				X
Analyse der Steuerungsleistung des Schweizer Gesundheitssystems	X	X	X	X	X	X
Inhaltsvorschlag für ein Bundesgesetz über die Gesundheit und Festlegung einer möglichen Verankerung in der Bundesverfassung		X	X		X	X

2.4 Präsentation der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden in zwei Hauptteilen präsentiert:

Teil 1: Analyse der Steuerung (Kapitel 4)

- Besonderheiten des Schweizer Gesundheitssystems und Entwicklung von dessen Steuerung

- Rechtlicher Rahmen für die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems
- Analyse der Steuerungsleistung des Schweizer Gesundheitssystems

Teil 2: Vorschläge (Kapitel 5)

- Relevanz eines Bundesgesetzes über die Gesundheit
- Möglicher Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit
- Mögliche Verankerung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit

3 Definitionen

Einleitend werden einige in diesem Bericht verwendete Begriffe und Konzepte definiert.

Gesundheit: Gesundheit ist ein komplexer, mehrdimensionaler und in grossen Teilen subjektiver Begriff. Gesund sein ist ein Zustand körperlichen und seelischen, funktionalen und sogar spirituellen Gleichgewichts, in dem die betroffene Person ihr Leben so vollumfänglich wie möglich geniessen kann. In diesem Zusammenhang sei auf die Definition der WHO verwiesen: «Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.» Der Ausdruck «Zustand des vollständigen Wohlergehens» kann sich jedoch als höchst utopisch erweisen, sodass auch pragmatischere Definitionen wie die von René Dubos (*L'Homme et l'adaptation au milieu*, 1973) herangezogen werden können. Sie fügt eine interessante, funktionale Dimension hinzu: «Ein körperlicher und geistiger Zustand, der vergleichsweise frei von Beschwerden und Leiden ist und es dem Menschen erlaubt, in dem Umfeld, in das er zufällig oder gewollt gekommen ist, so effizient und so lange wie möglich zu funktionieren.»

Die Gesundheit eines Menschen hängt von zahlreichen **Determinanten** ab (Abbildung 2). Dabei handelt es sich um individuelle biologische Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, Erbgut sowie Verhalten und Gewohnheiten. Der Gesundheitszustand wird aber auch durch die Lebensumstände bestimmt, unter denen der Mensch aufgewachsen ist und weiterlebt (gesellschaftliches Umfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemein soziale, wirtschaftliche, ökologische und kulturelle Lebensumstände). Die Gesundheitsversorgung trägt ebenfalls zur Gesundheit bei, wenn auch in geringerem Mass (9) als die übrigen – insbesondere gesellschaftlichen und umweltbezogenen – Determinanten. Die aus der Gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates übernommene Abbildung 2 stellt diese Elemente dar.

Abbildung 2 Gesundheitsdeterminanten (Strategie Gesundheit2030)



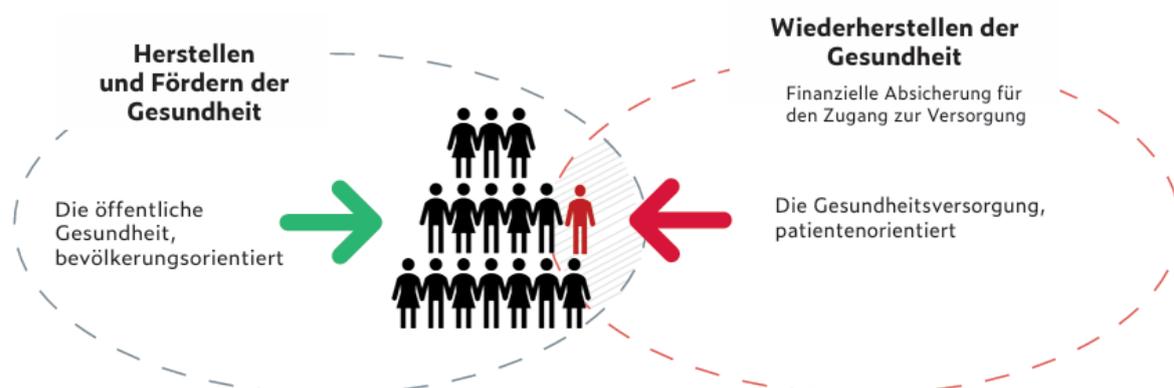
One Health: Dieser Ansatz ist eine noch gesamtheitlichere Betrachtung von Gesundheit und Wohlergehen und steht an der Schnittstelle zwischen Mensch, Tier, Pflanze und Umwelt (2). Bei diesem Konzept werden neben den sozialen Determinanten von Gesundheit die Risiken im Zusammenhang mit dem Klimawandel, der antimikrobiellen Resistenz, der Ernährungssicherheit und dem Biodiversitätsverlust stärker berücksichtigt. Gemäss WHO handelt es sich um «einen integrierten Ansatz, der zum Ziel hat, die Gesundheit von Menschen, Tieren, Pflanzen und Ökosystemen durch die Anerkennung ihrer gegenseitigen Abhängigkeit ins Gleichgewicht zu bringen und nachhaltig zu optimieren. Dieser Ansatz ist nicht auf Notlagen beschränkt, sondern betrifft auch andere Situationen und trägt daher zur Erreichung der Ziele einer nachhaltigen Entwicklung und einer universellen Gesundheitsversorgung bei.»

Gesundheitsversorgung: System aus sämtlichen personellen, organisatorischen und strategischen Mitteln eines Landes oder einer Region für den Zugang zu und die ununterbrochene Erbringung von Gesundheitsleistungen von der Akutbehandlung über die Rehabilitation bis zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und die Palliativversorgung.

Öffentliche Gesundheit: Hier gibt es verschiedene Definitionen (10). An dieser Stelle wird diejenige der WHO Europa genannt: «Bei der öffentlichen Gesundheit geht es darum, zu erkennen, wie sämtliche Ressourcen eines Landes genutzt werden können, um zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beizutragen. Dies bedeutet folglich, sich für alle Gesundheitsdeterminanten zu interessieren, indem ihre Auswirkungen erfasst und alle möglichen Strategien geprüft werden, um die besten Ergebnisse in Sachen Gesundheit zu erzielen.»

Gesundheitssystem: Das Gesundheitssystem umfasst sowohl die öffentliche Gesundheit als auch die Gesundheitsversorgung (Abbildung 3). Es verfolgt insgesamt folgende Ziele: 1) Verbesserung und Aufrechterhaltung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, 2) Gewährleistung einer finanziellen Absicherung der Bevölkerung für den Zugang zu Gesundheitsleistungen und 3) Bereitstellung von hochwertigen, bedarfsorientierten, effizienten und gerechten sowie auf den Menschen ausgerichteten Diensten und Leistungen. Das Gesundheitssystem trägt zur Erreichung des übergeordneten sozialen Ziels der wirtschaftlichen Entwicklung, des gesellschaftlichen Zusammenhalts und des Wohlergehens bei.

Abbildung 3 Das Gesundheitssystem umfasst die Aktivitäten der Bereiche öffentliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung.

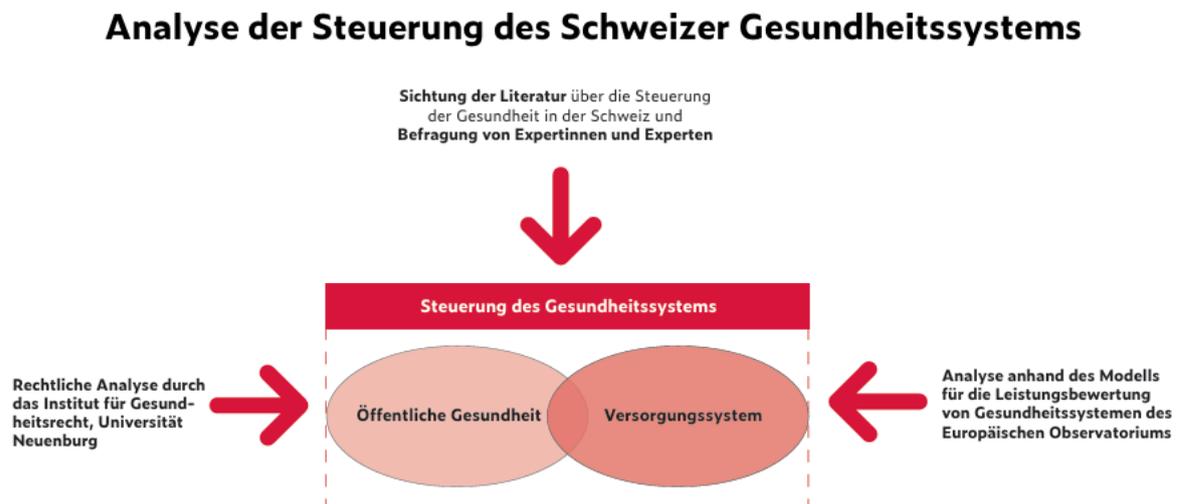


Governance im Bereich der Gesundheit: Der Begriff «Governance» wird oft zu eng als «Kunst des Regierens» und somit als ausschliesslich staatliches Handeln verstanden. Gesundheitssysteme sind jedoch komplex. Sie umfassen viele verschiedene Akteure mit zahlreichen gegenseitigen Beziehungen, sodass sich «Governance» im Sinne von «Steuerung» nicht nur auf das staatliche Handeln beziehen kann. An der Steuerung eines Gesundheitssystems sind folglich viele Dimensionen und Prozesse beteiligt, die in Kapitel 4 näher beschrieben werden.

4 Teil 1: Analyse der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems

Um die Frage nach der Relevanz eines Bundesgesetzes über die Gesundheit zu beantworten, bedarf es eines genauen Überblicks über die Steuerung des Gesundheitssystems sowie dessen Herausforderungen und möglichen Grenzen. Dazu wurde das Thema aus drei konkreten Perspektiven beleuchtet, die in Abbildung 4 zusammengefasst sind. Die entsprechenden Analysen werden in den folgenden Kapiteln präsentiert und zeigen die aktuellen Schwierigkeiten und Grenzen bei der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems auf.

Abbildung 4 Betrachtung der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems aus drei Blickwinkeln



4.1 Steuerung des Gesundheitssystems: Kontext und Entwicklung

Bevor die aktuelle Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems näher beleuchtet werden kann, muss dieses in seinen Gesamtkontext eingeordnet werden. Das vorliegende Kapitel basiert hauptsächlich auf einer Literaturanalyse zur Steuerung und Entwicklung des Schweizer Gesundheitssystems. Diese stützt sich auf eine Auswahl von Artikeln und Berichten, die in wissenschaftlichen Fachzeitschriften erschienen sind oder von anderen anerkannten Instanzen stammen, und wurde durch den Austausch mit Sachverständigen, ehemaligen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitssystems und aktuellen Beobachterinnen und Beobachtern ergänzt.

Aus der Literaturanalyse lässt sich folgern, dass das Gesundheitssystem vom BAG (11, 12) 2006 im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik am vollständigsten beschrieben wurde. Die

Autorinnen und Autoren weisen allerdings einleitend auf die Lücken ihrer Untersuchung hin: es fehlt eine vollständige Analyse der kantonalen Gesundheitspolitik, es wird kein Vergleich zwischen der Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen und keine Evaluierung der verschiedenen Instrumente für eine horizontale und vertikale Koordination vorgenommen. Diese Punkte werden auch in den anderen, in unserer Literaturanalyse berücksichtigten Quellen späteren Datums nicht aufgegriffen.

Weitere einschlägige Arbeiten stammen aus den Jahren 2005 bis 2015. Dabei handelt es sich insbesondere um Berichte der OECD und des BAG, den von Rossini und seinen Kolleginnen und Kollegen verfassten Bericht mit den daraus abgeleiteten Artikeln sowie die Veröffentlichungen von Crivelli, Domenighetti und Bolgiani. In den letzten zehn Jahren sind deutlich weniger wissenschaftliche Beiträge zu diesem Thema erschienen, und sie beziehen sich eher auf internationale Vergleiche oder politikwissenschaftliche Theoriemodelle (13, 14).

Auch wenn insgesamt wenig Untersuchungen zur Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems identifiziert werden konnten und diese mehrheitlich aus den Jahren 2000 bis 2010 stammen, lassen sich aufgrund der Literaturanalyse folgende Punkte herausarbeiten: 1) die Bedeutung des geografischen und gesellschaftspolitischen Kontexts bei der Organisation und Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems, 2) die schrittweise Entwicklung des Schweizer Gesundheitssystems und dessen Anpassung an die neuen Bedürfnisse und 3) die Stärken und Schwächen des Schweizer Gesundheitssystems.

4.1.1 Besonderer gesellschaftspolitischer Kontext

Gesundheitssysteme müssen in ihrem geografischen, kulturellen und politischen Kontext erfasst und verstanden werden (15-19).

Die Schweiz als Gebirgsland mit vier Sprachregionen und Kulturräumen sowie zwei Mehrheitsreligionen weist diesbezüglich eine grosse geografische und kulturelle Vielfalt auf. Die Geschichte der Schweiz bedingt, dass der Föderalismus nicht nur eine Form der politischen Organisation, sondern ein Identitäts- und Gründungsmerkmal ist.

Auch die Wertesysteme und kollektiven Vorstellungen, die die Grundlage unseres politischen Systems bilden, nehmen Einfluss (5, 17, 18, 20-22). Grundsätze wie Eigenverantwortung, Selbstständigkeit, gegenseitige Unterstützung und Subsidiarität sind zentrale Schweizer Werte, genauso wie Liberalismus und Gewerbefreiheit. Der Staat greift subsidiär zur Eigenverantwortung und Wirtschaftsfreiheit mit Regulierungs- und Finanzierungsinstrumenten ein (5, 22, 23).

Die Literaturrecherche zeigt, dass die folgenden Besonderheiten für das Schweizer Gesundheitssystem und dessen Steuerung prägend sind (11, 16, 24, 25):

- ein Föderalismus, der die Verantwortung für die Organisation der Gesundheitsversorgung und die Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention auf die Kantone überträgt,
- eine direkte Demokratie, mit der das Volk über Entscheide des eidgenössischen Parlaments befinden oder Verfassungsänderungen vorschlagen kann,

- ein auf drei Staatsebenen (Bund, Kantone und Gemeinden) und im Fall des Gesundheitssystems auch noch auf mehrere Akteure (insbesondere Volksvertreterinnen und -vertreter, Verwaltungen, Versicherer, Leistungserbringer, Volk und Justiz) aufgeteilter Entscheidungsprozess sowie
- der Einfluss verschiedener Interessengruppen, die das Veto gegen den Wunsch nach Systemveränderungen einlegen oder ihren Eigeninteressen dienende Reformen auf die politische Tagesordnung setzen können.

Diese kontextbezogenen Faktoren sind zwingend zu berücksichtigen, wenn das Schweizer Gesundheitssystem und insbesondere seine Steuerung analysiert wird.

4.1.2 Konstante Weiterentwicklung, aber keine grossen Umwälzungen

Wie in allen westlichen Ländern veränderte sich das Gesundheitssystem auch in der Schweiz im vergangenen Jahrhundert sehr stark: Es passte sich an die medizinischen Entwicklungen und an die gesellschaftlichen Erwartungen an. Die folgenden Abbildungen (Abbildung 5 und Abbildung 6) zeigen schematisch einige Schlüsselmomente in der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems seit 1848 auf.

Abbildung 5 Schlüsselmomente in der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems zwischen 1848 und 1960

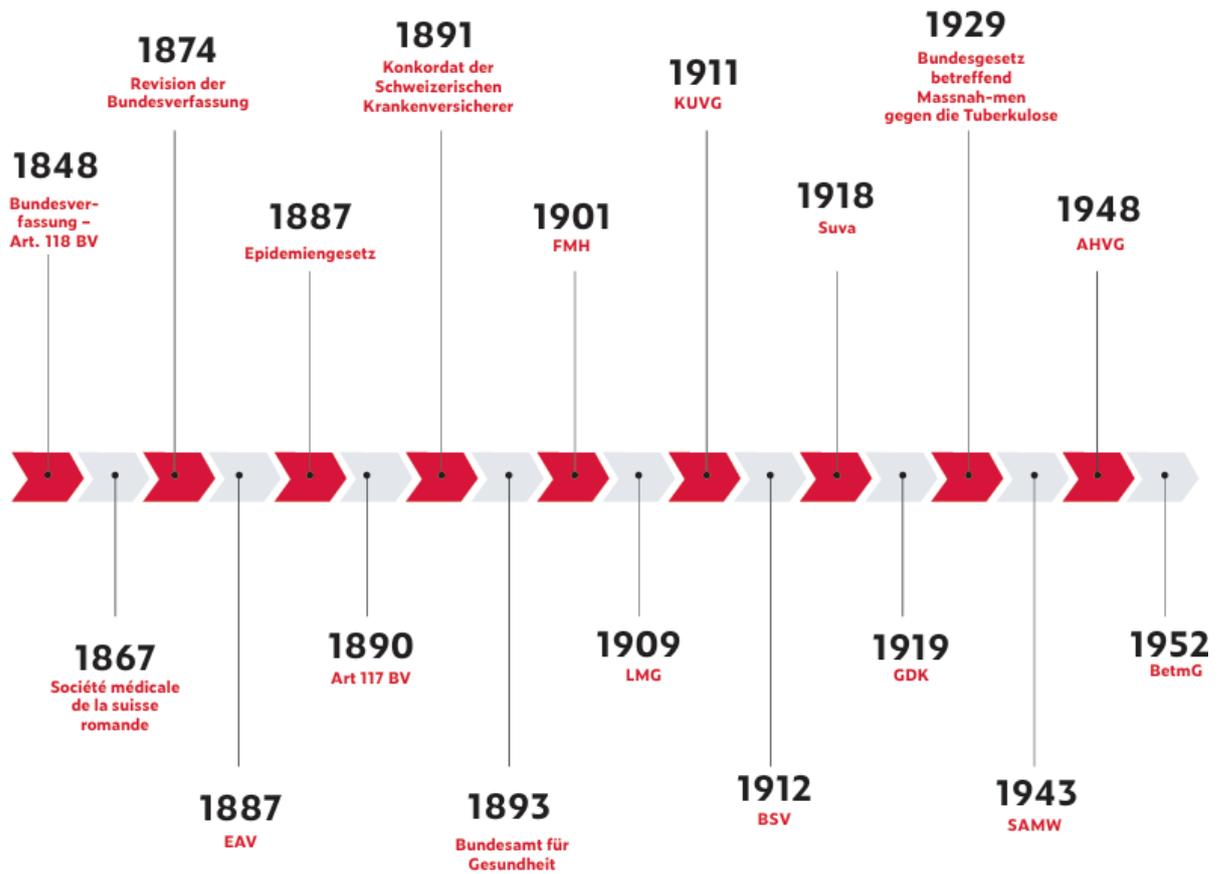
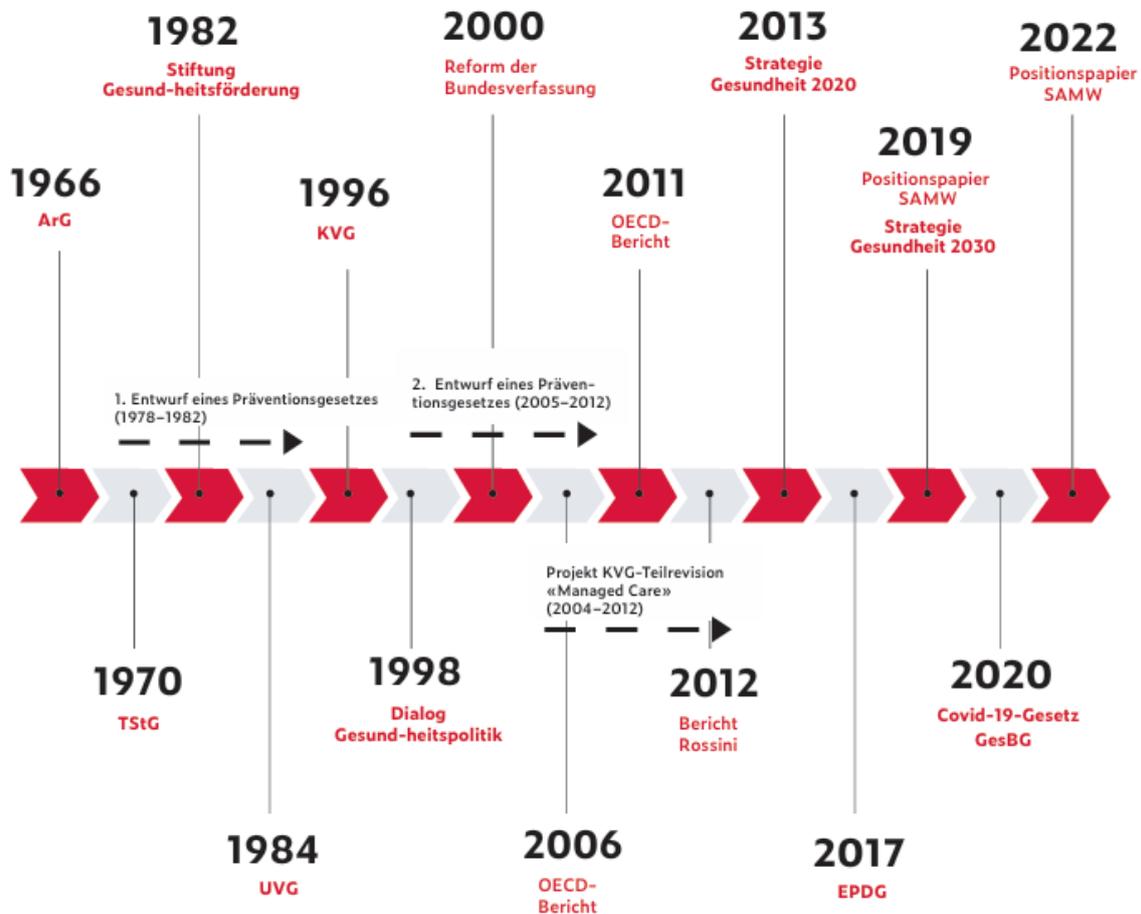


Abbildung 6 Schlüsselmomente in der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems zwischen 1960 und 2022



In der neueren Geschichte des Schweizer Gesundheitssystems lassen sich vereinfacht dargestellt vier grosse Zeiträume unterscheiden (11):

- Ab der Mitte des 19. Jahrhunderts entstand eine auf der Regulierung der Medizinberufe, der öffentlichen Hygiene und der Epidemienbekämpfung basierende eidgenössische Gesundheitspolitik. An der Wende zum 20. Jahrhundert zählte die Schweiz fünf Bundesgesetze zum Thema Gesundheit: Bundesgesetz über die Arbeit in den Fabriken (1877), Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1877), Epidemiengesetz (1886), Lebensmittelgesetz (1905) sowie Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (1911).
- In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts erlebte die Medizin einen bedeutenden Aufschwung und Hospize wurden von grossen Spitalen abgelöst. Die Kantone griffen stärker in die Bereiche Spitalfinanzierung, öffentliche Hygiene und Prävention ein (Kampf gegen Säuglingssterblichkeit und Alkoholsucht sowie Verbesserung der Wasserqualität, der Abfallentsorgung etc.). 1919 wurde die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gegründet. Sie setzte mehrere

gemeinsame Themen (z. B. Tuberkulose und Alkoholismus) auf die Tagesordnung der eidgenössischen Politik (26).

- Die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts war vom Ausbau der Sozialversicherungen und der starken Entwicklung einer immer moderneren und spezialisierteren Spitalversorgung geprägt. Dadurch rückten Gesundheitsförderung und Prävention in den Hintergrund, obwohl die Kantone und die GDK in den 1980er-Jahren versuchten, diese Themen wieder prioritär zu behandeln (5, 27).
- Am Ende des 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde einhellig festgestellt, dass das komplexe, teure und nur unzureichend an die immer akuter werdenden demografischen, epidemiologischen und gesellschaftlichen Veränderungen angepasste Gesundheitssystem an seine Grenzen stösst. Um die Kosten einzudämmen, wurde mit dem 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) ein neues, auch in anderen europäischen Staaten wie den Niederlanden gewähltes «Managed-Competition»-Modell eingeführt (24, 28, 29).

Das Inkrafttreten des KVG wird fast einhellig als bedeutende Reform des Schweizer Gesundheitssystems und dessen Steuerung wahrgenommen (11, 17, 23, 24, 30, 31). Das erste, 1911 in Kraft getretene Kranken- und Unfallversicherungsgesetz war trotz zahlreicher Revisionsversuche praktisch unverändert geblieben. Die Schaffung des KVG war ein Schlüsselmoment für die verstärkte ordnungspolitische Rolle des Staates im Gesundheitssystem (23, 31): mehr Kompetenzen für den Bund bei der Regulierung der Krankenversicherung und einheitliche Organisationsprinzipien für die Kantone. Mit dem KVG wurden auch die Bedingungen für einen Wettbewerb unter den Krankenkassen geschaffen: Versicherungspflicht, freier Krankenkassenwechsel, landesweit einheitlicher Versicherungsvertrag, Kontrahierungszwang zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern etc. (30, 32).

In den letzten Jahren ist ausserdem eine erhöhte Präsenz des Bundes in der Gesamtsteuerung des Systems festzustellen (15, 19, 31, 33, 34). So engagiert er sich beispielsweise immer mehr in den Bereichen Spitzenmedizin, Forschung und Weiterbildung, obwohl die diesbezüglichen verfassungsrechtlichen Grundlagen weiterhin schwach oder wenig eindeutig sind.

Dieser schleichende Trend zum stärkeren Eingreifen des Bundes verläuft nicht linear. 2007 erhielten die Kantone mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) eher mehr Spielraum bei der Festlegung der Höhe und Bedingungen von Subventionen im Rahmen der Krankenversicherungen (17, 30).

Neben der veränderten Positionierung des Bundes zeigen die Untersuchungen auch einen schrittweisen Ausbau der Koordination zwischen den Kantonen über die GDK (16, 20, 34). Deren Stellung und Rolle wurde insbesondere im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (2003) aufgewertet (35). Damals konnte dank einer Vereinbarung zwischen der GDK und dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zusätzlich zur bereits bestehenden horizontalen Kooperation zwischen den Kantonen eine formelle vertikale Zusammenarbeit für die Steuerung des Gesundheitssystems geschaffen werden.

Nach der KVG-Einführung wurden verschiedene, mehr oder weniger erfolgreiche Teilreformen des Gesundheitssystems durchgeführt. Mit den erfolgreichen Änderungen konnte das Krankenversicherungssystem verbessert, die Spitalfinanzierung geändert, die Regulierung im pharmazeutischen Bereich und bei der Epidemiebekämpfung gestärkt und die Regulierung der personellen Ressourcen landesweit vereinheitlicht werden (34). In den letzten Jahren wurden schliesslich mit dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) und dem Covid-19-Gesetz spezifische Erlasse eingeführt.

In den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention waren die Entwicklungen hingegen eher marginal. Ab den 1960er-Jahren wurden auf eidgenössischer Ebene mehrere parlamentarische Initiativen eingereicht, um diesen Themen mehr Gewicht zu verleihen und die Massnahmen logischer zu gestalten und besser zu koordinieren. Der bisher letzte Versuch zur Einführung eines Bundesgesetzes über Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG) scheiterte 2012 nach siebenjährigen Beratungen, Vernehmlassungen und Debatten im Nationalrat.

Die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems hat sich folglich ständig weiterentwickelt. Abgesehen von der KVG-Einführung, die grosse Veränderungen auslöste, handelte es sich jedoch mehrheitlich um Anpassungen und Änderungen in einzelnen Bereichen als um bedeutende Reformen des Gesamtsystems.

4.1.3 Stärken und Schwächen

Die Beschreibung und Analyse des Schweizer Gesundheitssystems zeigt Stärken und Schwächen. Insgesamt lassen sich folgende Stärken erkennen (11, 15-17, 36):

- gute Performance im internationalen Vergleich bezüglich Lebenserwartung bei Geburt, vermeidbarer Sterblichkeit und Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, auch wenn diese Einschätzung durch neuere Arbeiten relativiert wird,
- bemerkenswert hohe Dichte und Verfügbarkeit von Leistungsangeboten,
- Berücksichtigung der wichtigsten Probleme im Bereich öffentliche Gesundheit in Strategien oder Programmen und
- Hohe Widerstandsfähigkeit und Reaktionsschnelligkeit während der Covid-19-Krise.

Auf der anderen Seite wird seit den 2000er-Jahren auch immer wieder auf mehrere Schwächen des Schweizer Gesundheitssystems hingewiesen:

- hohe Kosten und insbesondere eine hohe Kostenbeteiligung der Haushalte,
- Fehlen eines Rahmens von messbaren Gesamtzielen sowie Leistungs- und Qualitätsindikatoren auf Bundesebene,
- zahlreiche, durch den Föderalismus und das Krankenversicherungssystem verursachte Ungleichbehandlungen: Unterschiede zwischen den Kantonen bei den Prämienverbilligungen, beim Versorgungsangebot und den Massnahmen zur

Gesundheitsförderung und Prävention, bei den Pro-Kopf-Ausgaben und den Gesundheitsergebnissen,

- Verflechtung der Aufgaben von Bund und Kantonen,
- unklare Rolle der Kantone, die sowohl für die Gesundheitspolitik als auch die Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig sind, sowie als Eigentümer von Spitälern, Geldgeber und Leistungsüberwacher fungieren, sowie
- relative Trägheit des Systems und Schwierigkeit, Reformen durchzuführen – geschweige denn umfangreiche Veränderungen vorzunehmen.

Zusammenfassend wird die Struktur des Systems als besonders komplex und für die Steuerung und Weiterentwicklung wenig förderlich empfunden.

Angesichts dieser Feststellungen wurden verschiedene Empfehlungen formuliert (11, 15, 16, 20, 37), von denen einige konkret auf die Steuerung abzielen. Dabei sind insbesondere die folgenden Vorschläge nennenswert:

- Erarbeitung einer nationalen Gesundheitsstrategie und/oder eines Rahmengesetzes für ein weniger fragmentiertes System,
- Ausbau der Zusammenarbeit und Koordination zwischen Bund und Kantonen (kooperativer Föderalismus), namentlich über eine bessere Organisation und Planung des Versorgungsangebots und mehr Prävention,
- Vereinheitlichung der finanziellen Anreize für Bevölkerung, Leistungserbringer, Kantone und Versicherer,
- Schaffung einer Plattform für eine günstigere Entwicklung von Strategien und Praktiken sowie den Austausch zwischen den Partnern in vertikaler (Bund, Kantone und Gemeinden) und horizontaler (öffentlich-private Partnerschaften, Mitwirkung der Nutzer:innen etc.) Richtung,
- Gründung oder Stärkung solider öffentlicher Einrichtungen mit landesweitem Einfluss für die Erarbeitung strategischer Ziele und die Evaluierung der besten politischen Optionen,
- Bildung grosser Versorgungsregionen und
- Erarbeitung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit.

Die meisten der genannten Arbeiten und Empfehlungen sind mehr als zehn Jahre alt und wurden in der Fachliteratur nur wenig weiterverfolgt und dokumentiert. Einige Empfehlungen wurden zwar diskutiert und umgesetzt (z. B. nationale Gesundheitsstrategie und Plattformen), andere kamen nie auf die politische Agenda. Zudem bleiben verschiedene Kritikpunkte bestehen, insbesondere im Zusammenhang mit finanziellen Fehlanreizen oder der mangelnden Klarheit bei der Steuerung zwischen Bund und Kantonen. Da die Interessen an einem stärkeren ordnungspolitischen Eingreifen des Staates ins Gesundheitssystem weit auseinandergehen, besteht ein breiter Konsens darüber, dass entsprechende Reformen nur wenig Aussicht auf Erfolg haben (37).

4.1.4 Zusammenfassung

Die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems hängt sehr stark vom kulturellen und gesellschaftspolitischen Kontext und insbesondere von den in der Verfassung verankerten Werten ab (Eigenverantwortung und Wirtschaftsfreiheit). Wie die Steuerung des Gesundheitssystems konzipiert und ausgeübt wird, ist durch den Föderalismus, die konsensgestützten Entscheidungsprozesse und die direkte Demokratie geprägt.

Das Schweizer Gesundheitssystem ist insgesamt leistungsfähig, aber teuer und führt zu Ungleichbehandlungen zwischen den Kantonen bei Angebot, Gesundheitsausgaben und Gesundheitsergebnissen.

In mehreren Berichten über das Schweizer Gesundheitssystem wird auf die Schwächen und Grenzen der Steuerung hingewiesen und eine Reihe von Empfehlungen zugunsten einer stärker strategischen Ausrichtung und einer Klärung der Aufgaben und Zuständigkeiten formuliert.

Da die Interessen im Zusammenhang mit einem stärkeren ordnungspolitischen Eingreifen des Staates ins Gesundheitssystem weit auseinandergehen, herrscht ein breiter Konsens darüber, dass entsprechende Reformen nur geringe Erfolgsaussichten haben.

4.2 Steuerung des Gesundheitssystems: Analyse des rechtlichen Rahmens

Um den rechtlichen Rahmen für die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems formell zu präzisieren, wurde beim Institut für Gesundheitsrecht (Institut de droit de la santé, IDS) der Universität Neuenburg ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben (vollständiger Bericht im Anhang 2). Die Arbeit befasst sich einerseits mit dem Thema Gesundheit in der schweizerischen Rechtsordnung und andererseits mit der Verantwortung und den Befugnissen des Staates sowie den in der Bundesverfassung verankerten öffentlichen Aufgaben. Die Ergebnisse werden in diesem Kapitel zusammengefasst.

4.2.1 Recht auf Gesundheit in der schweizerischen Rechtsordnung

Das Recht auf Gesundheit ist ein in den von der Schweiz ratifizierten völkerrechtlichen Verträgen verankertes Menschenrecht. Es ist definiert als «das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit». Somit ist es nicht auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf Massnahmen im Bereich der sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit (insbesondere Ernährung, Wohnen, Arbeit und Bildung).

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts hat das Recht auf Gesundheit allerdings nur programmatischen Charakter. Entsprechend erhält der Einzelne dadurch grundsätzlich keine subjektiven Rechte, die vor Gericht geltend gemacht werden könnten. Durch die Ratifizierung der entsprechenden völkerrechtlichen Verträge hat sich die Schweiz aber verpflichtet, dieses Recht zu

achten, zu schützen und zu verwirklichen. Folglich kann die Auffassung vertreten werden, dass das Recht auf Gesundheit vom Gesetzgeber ausformuliert und umgesetzt werden muss.

In der Bundesverfassung ist kein ausdrückliches Recht auf Gesundheit verankert. Sie enthält jedoch Bestimmungen, die dieses Recht schützen und/oder indirekt begründen. So hat das Bundesgericht das Recht auf lebenswichtige Behandlungen (Art. 12 BV, Notlage) sowie das Recht auf einen gleichberechtigten Zugang zu den bestehenden Behandlungen (Art. 8 BV) als Grundrechte anerkannt.

Der Staat hat darauf zu achten, dass die Grundrechte in der ganzen Rechtsordnung zur Geltung kommen (Art. 35 BV), darf diese jedoch einschränken, wenn es beispielsweise um den Schutz der öffentlichen Gesundheit geht (Art. 36 BV). Die Verantwortung und Befugnisse des Staates im Gesundheitsbereich gehen über den reinen Schutz der Gesundheit auf individueller Ebene hinaus. Der Staat trägt insbesondere gegenüber der Bevölkerung allgemein eine Verantwortung für den Gesundheitsschutz (Art. 118 BV).

Entsprechend enthält die Bundesverfassung nicht nur einen Grundrechtskatalog (Art. 7 bis 36 BV), sondern auch Sozialziele (Art. 41 BV). Im fraglichen Kapitel ist beispielsweise vom Zugang zu notwendiger Pflege und von der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen die Rede. Auch hierbei handelt es sich um eine programmatische Norm, die keinen individuellen, einklagbaren Anspruch auf eine positive Leistung des Staates begründet. Bund und Kantone müssen sich aber als Ergänzung zur persönlichen Verantwortung sowie innerhalb ihrer verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten und Mittel für die Sozialziele einsetzen.

4.2.2 Gesundheit als öffentliche Aufgabe und Kompetenzverteilung

Gesundheit ist auch eine öffentliche Aufgabe, und die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen wird in der Bundesverfassung sichtbar.

Diese bietet jedoch keinen umfassenden oder systematischen Zugang zum Thema Gesundheit im weiteren Sinn. Ebenso wenig enthält sie spezielle Bestimmungen zum Gesundheitssystem und dessen Steuerung. Im Gegenteil: Die Bundesverfassung enthält eine breite Palette an Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich im weiteren Sinn mit fragmentarischen und nicht klar miteinander verbundenen Kompetenzsilos.

Die wichtigsten Bestimmungen zur Gesundheit im Allgemeinen und zum Gesundheitssystem im Besonderen sind wohl in den an den Bund gerichteten Artikeln 117 und 118 BV zu den folgenden Themen enthalten:

- Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV):

Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung.

Er kann die Kranken- und Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

- Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV):

Der Bund trifft im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit. Er erlässt Vorschriften über:

- a. den Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können;
- b. die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren; er verbietet namentlich jede Art von Werbung für Tabakprodukte, die Kinder und Jugendliche erreicht;
- c. den Schutz vor ionisierenden Strahlen.

Die Bundesverfassung enthält jedoch noch zahlreiche weitere, im Laufe der Zeit eingefügte Bestimmungen, die von der Entwicklung der Medizin und des Gesundheitssystems sowie der Notwendigkeit gesetzlicher Anpassungen zeugen. Dazu zählt beispielsweise die Forschung am Menschen (Art. 118b BV) oder die Transplantationsmedizin (Art. 119a BV). Weitere Artikel, z. B. zur medizinischen Grundversorgung (Art. 117a BV), zur Komplementärmedizin (Art. 118a BV) oder zur Pflege (Art. 117b BV), stehen für den Wunsch der Bevölkerung nach Veränderungen in der Praxis.

Die Bundesverfassung enthält folglich konkrete, abgeschottete und nicht miteinander verbundene Bestimmungen und keine umfassende Sicht auf das Thema Gesundheit im weiteren Sinn.

Was die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen in Sachen Gesundheit betrifft, sind die Zuständigkeiten nicht immer klar abgegrenzt.

In der Schweiz verfügen die Kantone über eine primäre Gesetzgebungskompetenz, während der Bund nur in den Bereichen legislieren darf, die ihm ausdrücklich zugewiesen werden (Art. 3, 42 und 43 BV). Entsprechend enthält die Bundesverfassung eine Liste mit Kompetenzen und Gesetzgebungsaufträgen des Bundes (Art. 54 bis 135 BV).

Für die Gesundheit sind grundsätzlich die Kantone zuständig (Art. 3 BV), aber der Bund besitzt spezifische Kompetenzen (insbesondere gemäss Artikel 117 und 118 BV), und in den meisten der übrigen in der Bundesverfassung genannten Bereiche tragen Bund und Kantone eine gemeinsame Verantwortung.

Schliesslich ist beim Thema Gesundheit seit mehreren Jahren eine schrittweise Zentralisierung der Kompetenzen auf Bundesebene festzustellen. Dieser Prozess ist bei den (neuen) Technologien (Transplantationen, Forschung am Menschen und medizinisch unterstützte Fortpflanzung) ebenso wie beim direktdemokratischen Instrument der Volksinitiative (Komplementärmedizin, medizinische Grundversorgung und Pflege) zu beobachten. Die Notwendigkeit einer stärkeren Zentralisierung zeigte sich schliesslich auch im Rahmen der Covid-19-Pandemie.

4.2.3 Zusammenfassung

Die Bundesverfassung bietet keinen transversalen oder systematischen Zugang zum Thema Gesundheit. Insbesondere stellt sie nur wenige und indirekte Verbindungen zu den verschiedenen Gesundheitsdeterminanten her.

Es gibt kein einklagbares Recht auf Gesundheit, weil dieses rein programmatischen Charakter besitzt.

Das Gesundheitsthema wird in der Bundesverfassung uneinheitlich in Form von vergleichsweise stark abgeschotteten und nicht klar miteinander verbundenen Kompetenzsilos behandelt.

Die Verfassung enthält keine allgemeine Bestimmung zum Gesundheitssystem, um insbesondere zu definieren, welche Ziele es verfolgt und wie es gesteuert werden soll.

Die Zuständigkeit liegt zwar grundsätzlich bei den Kantonen, aber auch der Bund verfügt über spezifische Kompetenzen. Zudem ist eine Verflechtung der Kompetenzen von Bund und Kantonen sowie in den letzten Jahren ein Trend zur «Föderalisierung» der Gesundheit festzustellen.

4.3 Steuerung des Gesundheitssystems: Leistungsanalyse

Nach der rechtlichen Analyse wird die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems nun anhand eines Rahmens für die Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen untersucht. Die Steuerung kann zwar isoliert für sich beschrieben werden, muss aber unbedingt auch zur Gesamtleistung des Gesundheitssystems in Bezug gesetzt werden.

Dieses Kapitel besteht aus zwei Teilen: Im ersten Teil wird auf der Grundlage eines Modells für die Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen evaluiert, wie die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems abschneidet. Im zweiten Teil werden anhand von Beispielen die objektiven Schwierigkeiten der Steuerung aufgezeigt.

4.3.1 Analyse auf der Grundlage eines Modells für die Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen

Präsentation des Modells für die Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen (HSPA)

Im Zusammenhang mit diesem Auftrag wurde als konzeptuelles Modell der vom European Observatory on Health Systems and Policies^a entwickelte Rahmen für die Leistungsbewertung von

^a [European Observatory on Health Systems and Policies \(who.int\)](http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/european-observatory-on-health-systems-and-policies)

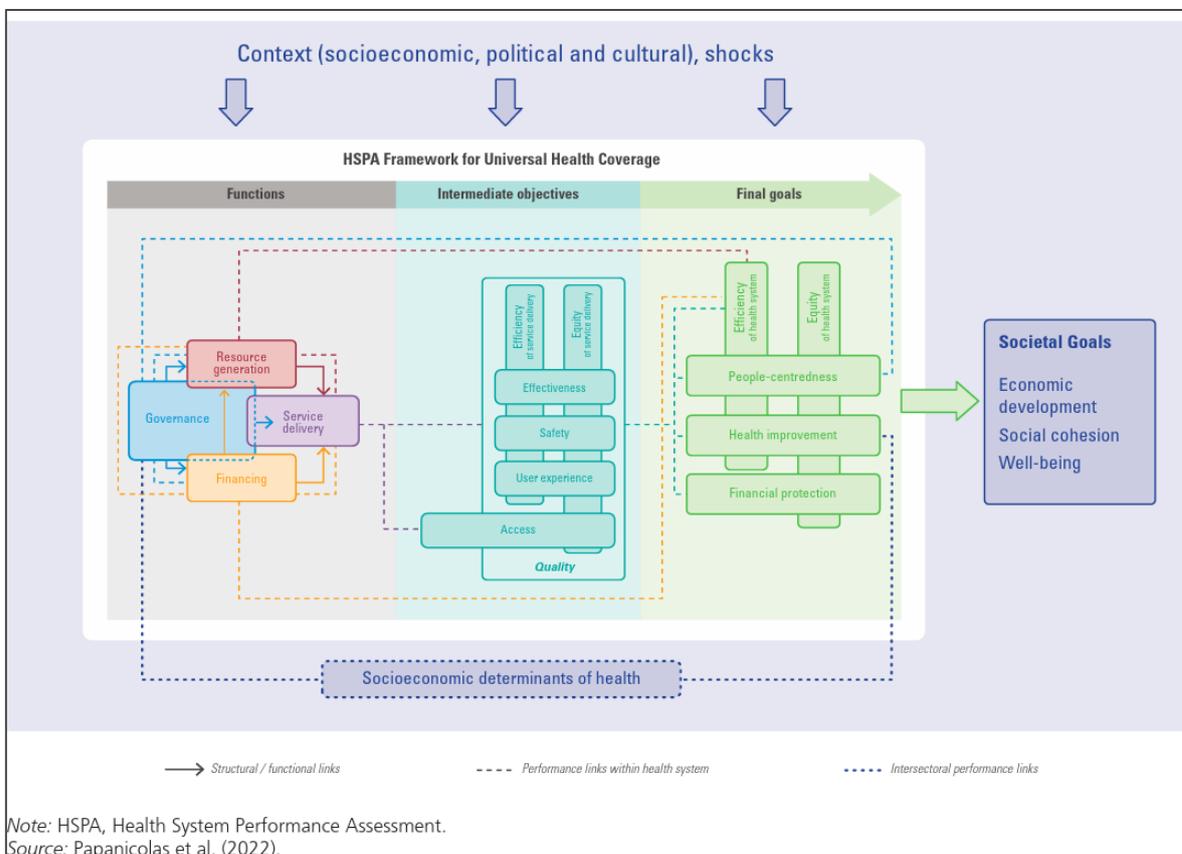
Gesundheitssystemen verwendet. Das 1998 zusammen mit den europäischen Ländern einschliesslich der Schweiz gegründete Observatorium liegt am Schnittpunkt zwischen Wissenschaft und Praxis. Es beforscht Gesundheitssysteme und richtet Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger. Es hat ausserdem die Aufgabe, die Formulierung von politischen Massnahmen mit solider Datengrundlage zu unterstützen und zu fördern.

Das Observatorium befasst sich seit vielen Jahren mit Fragen rund um die Leistung von Gesundheitssystemen und hat dabei das kürzlich aktualisierte Leistungsbewertungsmodell (38) «Health System Performance Assessment» (HSPA) entwickelt. Dieses ist für westliche Länder mit einer universellen Gesundheitsversorgung wie die Schweiz bestimmt. Das Modell wird zurzeit in mehreren europäischen Ländern für die Leistungsbewertung des Gesundheitssystems eingesetzt.

Das weiter unten näher beschriebene Modell betrachtet die Steuerung des Gesundheitssystems als zentralen Faktor für dessen Gesamtleistung. Neben der Finanzierung von Gesundheitssystemen, der Erarbeitung integrierter Versorgungsmodelle und der Entwicklung organisatorischer und technologischer Neuerungen ist die Steuerung eine der vier grossen Prioritäten des Observatoriums für den Zeitraum 2019 bis 2023.

Der Bezugsrahmen ist in Abbildung 7 dargestellt:

Abbildung 7 Bezugsrahmen des Modells Health System Performance Assessment – European Observatory on Health Systems and Policies



Anhand des Bezugsrahmens können die für die Leistung von Gesundheitssystemen wesentlichen Funktionen und Prozesse sichtbar gemacht werden. Obwohl das HSPA-Modell den Schwerpunkt auf die Erbringung von Gesundheitsleistungen legt, berücksichtigt es auch Aktivitäten im Bereich öffentliche Gesundheit, insbesondere mit den Themen Gesundheitsförderung und Prävention. In der neusten Version, die Ende 2023 (nach Abschluss dieser Studie) veröffentlicht wurde, berücksichtigt der Bezugsrahmen die «One Health»-Perspektive sowie Umwelt- und Nachhaltigkeitsfragen noch stärker (39).

Dabei sind folgende Überlegungen wichtig:

- Gesundheitssysteme sind in einen bestimmten sozioökonomischen, politischen und kulturellen **Kontext** eingebettet. Die kontextbezogenen Faktoren können insbesondere die Gesundheitsdeterminanten beeinflussen.
- Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem kann zur Erreichung von **sozialen Zielen** wie der wirtschaftlichen Entwicklung, des gesellschaftlichen Zusammenhalts und des Wohlergehens beitragen.
- Die **Ziele** eines Gesundheitssystems werden benannt: Es geht darum, ein effizientes und gerechtes Gesundheitssystem zu schaffen, das die Aufrechterhaltung der Gesundheit fördert, die finanzielle Absicherung der Bevölkerung gewährleistet und auf die Bedürfnisse der Menschen ausgerichtete Strukturen bietet.
- Es werden **Zwischenziele** definiert: Diese bestehen in der Regel aus der Bewertung von Teilsektoren des Gesundheitssystems, zum Beispiel Spitalversorgung, spitalexterne Betreuung etc.
- Die **wesentlichen Funktionen** sind die Steuerung, die das Gesamtsystem antreibt, die Ressourcenbereitstellung, die Finanzierung und die Dienstleistungserbringung.
- Schliesslich werden auch die **sozioökonomischen Determinanten** von Gesundheit als ausschlaggebende Leistungsfaktoren dargestellt.

Dieser Bezugsrahmen kann genutzt werden, um die Gesamtleistung von Gesundheitssystemen zu analysieren, Teilsysteme wie die Grund- oder Spitalversorgung zu bewerten oder – wie im vorliegenden Fall der Steuerung – die Hauptfunktionen zu evaluieren.

Wesentliche Funktionen im HSPA-Modell

Der Bezugsrahmen unterscheidet zwischen der Gesamtsteuerung (nachfolgend «Steuerung») und den übrigen, spezifischen Steuerungselementen: Finanzierung, Ressourcenbereitstellung und Dienstleistungserbringung. Die Steuerung wird als Hauptfunktion definiert, dank der anschliessend die drei anderen spezifischen Funktionen geplant und umgesetzt werden können.

Die Ressourcenbereitstellung ist im HSPA-Modell bewusst zwischen der Steuerung und der Dienstleistungserbringung angesiedelt (vgl. Abbildung 7), weil die Steuerung die Ressourcenbereitstellung ermöglicht, die wiederum die Dienstleistungserbringung speist.

Die wesentlichen Funktionen werden wie folgt definiert:

Steuerung: Sie wird insgesamt definiert als die Fähigkeit «zu gewährleisten, dass strategische Rahmen existieren, die mit einer wirksamen Überwachung, dem Aufbau von Partnerschaften, der Regulierung, der Organisation von Dienstleistungen und einer Verantwortung der verschiedenen Akteure verbunden sind».

Die Steuerung umfasst vier in der Tabelle 2 dargestellte Subfunktionen.

Tabelle 2 Subfunktionen der Steuerung im HSPA-Modell

Subfunktionen der Steuerung	Erklärung
Vision/Strategie	Bestehen einer sektorübergreifenden Rahmenstrategie, die die Akteure (Staat und Stakeholder) verpflichtet, konvergent zusammenzuarbeiten
Gesetzgebung und Regulierung	Bestehen eines Korpus an Gesetzen und Vorschriften, die die Akteure zur Umsetzung der Strategie verpflichten und die Erreichung der Ziele der Gesundheitsversorgung sowie der öffentlichen Gesundheit erlaubt
Beteiligung der Stakeholder	Fähigkeit, die verschiedenen Stakeholder einschliesslich Öffentlichkeit und Zivilgesellschaft an den strategischen Diskussionen und Entscheidungsprozessen zu beteiligen
Informations- und Analysesystem	Bestehen einer Kultur evidenzbasierter Entscheidungen und Fähigkeit, für die Überwachung und Evidenzerarbeitung nützliche Daten zu sammeln und zu verarbeiten

Finanzierung: Diese Funktion umfasst die Entscheidungen über die Mittelzuweisungen und die Finanzierung von Leistungen im gesamten System. Die Subfunktionen sind: Finanzierungsquellen (wie die Mittel beschafft werden), Umverteilungsmechanismen (wie die Mittel verteilt werden) und Finanzierungsentscheidungen (was mit den Mitteln beschafft oder umgesetzt werden kann). Diese Funktion ist von zentraler Bedeutung, weil sie sich unmittelbar auf die Leistungsfähigkeit des Systems auswirkt. Sie beeinflusst auch direkt die Bereitstellung von Ressourcen und die Erbringung von Dienstleistungen für die Bevölkerung und Patientenschaft. Ferner erlaubt sie Anpassungen in Bezug auf Gerechtigkeitsfragen.

Ressourcenbereitstellung: Diese Funktion umfasst alles, was die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht: Gesundheitspersonal, medizinische Infrastrukturen und Ausrüstung, Verbrauchsgüter und therapeutische Produkte. Zu den Subfunktionen gehören die Gesundheitsfachkräfte (Verfügbarkeit, Ausbildung, Verteilung, insbesondere geografisch oder nach Art der Versorgung – Akutbehandlung vs. Langzeitpflege), die medizinische Infrastruktur und Ausrüstung (Verfügbarkeit, Lagerbestände, Vertrieb, Verteilung und Wartung), die pharmazeutischen Produkte und Verbrauchsgüter (Verfügbarkeit und Verteilung) sowie die Steuerung der Ressourcenplanung (Qualitätsstandards, Planung und Bewertung).

Dienstleistungserbringung: Diese Funktion wird von den anderen Funktionen (Steuerung, Finanzierung, Ressourcenbereitstellung) beeinflusst. Die Dienstleistungen können in Bezug auf die Organisationsebene (national oder regional), die Leistungsebene (primär, sekundär oder tertiär) oder den Zweck (Prävention, Heilung, Rehabilitation oder Langzeitpflege) untersucht werden. Diese

Funktion wird in den Sektoren öffentliche Gesundheit, Grundversorgung und Spezialversorgung bewertet. Die Dienstleistungserbringung wird anhand der Qualitätskriterien Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzererfahrung sowie der Kriterien Effizienz, Gerechtigkeit und Zugang zu den Leistungen beurteilt. Die Steuerung der Dienstleistungserbringung wird über die Kriterien Leistungsintegration, Entscheidungsfähigkeit und schliesslich Qualitätssicherungs- und Kontrollmechanismen evaluiert.

Analyse der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems gemäss dem HSPA-Modell

Das HSPA-Modell bietet einen Bewertungsrahmen mit spezifischen Fragen für die Bewertung aller Funktionen. Damit ist es möglich, die untersuchte Funktion zu analysieren und Verbesserungspotenzial zu identifizieren.

Dieser Bewertungsrahmen wurde für die Analyse der Steuerungsfunktion des Schweizer Gesundheitssystems verwendet. Abbildung 8 enthält die Bewertungsfragen zur Analyse der Subfunktionen der Steuerung.

Abbildung 8 Bereiche für die Bewertung der Steuerungsfunktion des Schweizer Gesundheitssystems

FUNCTION	SUBFUNCTION	ASSESSMENT AREAS
GOVERNANCE	Policy and Vision	Assessment area #1: Whether a strategic vision exists in written and traceable form (through documents, directives, regulations, guidelines, etc.)
		Assessment area #2: Whether the strategic vision is of good quality viewed in terms of implementability
		Assessment area #3: Whether multisectoral collaboration exists
		Assessment area #4: Quality of multisectoral collaboration : whether the collaboration leads to improved policies
	Stakeholder Voice	Assessment area #1: Whether national health policies, strategies, plans, guidelines, or laws are developed with the broad participation of key stakeholders
		Assessment area #2: Whether stakeholder participation is a priority for the government in general (whether an enabling environment exists for participation)
	Information and Intelligence	Assessment area #1: Whether a government is committed to collecting relevant health data for decision-making
		Assessment area #2: Whether decisions are largely data-driven and evidence-based
	Legislation & Regulation	Assessment area #1: Whether the capacity exists to develop and enforce laws and regulations to govern the behavior of actors towards protecting and improving public health
		Assessment area #2: Whether compliance with those rules, laws, and regulations is ensured

Source: Papanicolas et al. (2022).

Nachfolgend werden die Subfunktionen der Steuerung in der Schweiz analysiert.

Subfunktion «Vision/Strategie»

Ziel (zur Erinnerung): Bestehen einer sektorübergreifenden Rahmenstrategie, die die Akteure (Staat und Stakeholder) verpflichtet, konvergent zusammenzuarbeiten.

Stärken

- Mit der Strategie Gesundheit2030 des Bundesrats verfügt die Schweiz über eine Gesundheitsstrategie. Sie knüpft an die Strategie Gesundheit 2020 an und legt die gesundheitspolitischen Prioritäten fest. Die Schweiz verfügt zudem über einige thematische Strategien, beispielsweise in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten und Sucht ([Strategie & Politik \(admin.ch\)](#)), die vom BAG verantwortet werden.
- Mehrere Ziele von Gesundheit2030 sind sektorübergreifend. Dies bedeutet, dass zu ihrer Umsetzung auch politische Massnahmen ausserhalb des eigentlichen Gesundheitsbereichs ergriffen werden müssen. Als Beispiel kann hier das Ziel 4 «Gesund älter werden» genannt werden: «*Bund, Kantone und weitere Akteure sorgen dafür, dass Bürger und Bürgerinnen aller Altersgruppen günstige Bedingungen antreffen, die ihnen ein möglichst gesundes Leben ermöglichen.*» Um dieses Ziel zu erreichen, müssen in vielen weiteren Sektoren ausserhalb des Gesundheitssystems spezifische Massnahmen ergriffen werden. Typischerweise handelt es sich dabei um die Bereiche Bildung (Gesundheitserziehung), Städteplanung (Raumplanung für die Mobilitätsförderung), Wirtschaft (Reduktion des Tabakkonsums und des Verzehrs stark verarbeiteter Lebensmittel) und Umwelt (Umweltverschmutzung).

Schwächen

- Die Strategie Gesundheit2030 hat wie die übrigen Strategien rein deklaratorischen Charakter. Es gibt keine Behörde für den Vollzug und die Umsetzung. Diese hängen von der Bereitwilligkeit jedes einzelnen Akteurs ab. Der Bundesrat schreibt: «Gesundheit2030 gibt den gesundheitspolitischen Handlungsrahmen vor, an dem sich alle Akteure im Gesundheitswesen orientieren können. [...] Der Erfolg der Strategie ist aber auch vom Engagement aller anderen Akteure abhängig.» Entsprechend gibt es keine formelle Überwachung oder Bewertung, die für die Steuerung des Gesundheitssystems herangezogen werden könnte.
- Die sektorübergreifende Dimension ist ebenfalls nur deklaratorisch, und es ist nicht bekannt, wie die teilweise in der Zuständigkeit des Bundes und teilweise in der Zuständigkeit der Kantone liegenden Massnahmen in den anderen Politikbereichen umgesetzt werden. Die ökologische Dimension und die «One Health»-Perspektive, die angesichts der übrigen politischen Massnahmen (Tiergesundheit und Umwelt) beim Bund angesiedelt sein sollte, ist bisher nur wenig präsent.
- Die Kantone, die über eine grosse Verantwortung und umfangreiche Kompetenzen im Gesundheitsbereich verfügen, legen bisweilen eigene Gesundheitsstrategien fest. Diese sind auf die kantonale Ebene ausgerichtet und dienen nicht der Umsetzung der Strategie Gesundheit2030 des Bundes. Die Kantone sind auch nicht verpflichtet, sich an der Strategie

des Bundes zu orientieren. Folglich gibt es eine grosse Vielfalt an Gesundheitsstrategien in der Schweiz, was auch zu einer gewissen Ungerechtigkeit führt.

Subfunktion «Gesetzgebung und Regulierung»

Ziel (zur Erinnerung): Bestehen eines Korpus an Gesetzen und Vorschriften, die die Akteure zur Umsetzung der Strategie verpflichten und die Erreichung der Ziele im Bereich der Gesundheitsversorgung wie auch der öffentlichen Gesundheit erlaubt.

Stärken

- In der Schweiz gibt es ein Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Dieser wichtige Sozialversicherungserlass zur Umsetzung von Artikel 117 BV liegt in der Zuständigkeit des Bundes, der die finanzielle Absicherung der Bevölkerung bei der Deckung des Versorgungsbedarfs garantiert.
- Um den Verfassungsauftrag zu erfüllen, verfügt die Schweiz auf Bundesebene über zahlreiche Rechtstexte zur menschlichen Gesundheit in spezifischen Bereichen (Drogen, elektronisches Patientendossier, Transplantationsmedizin, Forschung am Menschen, Epidemien etc.) (40).
- Die Kantone haben Gesetze für den Bereich der öffentlichen Gesundheit erlassen.
- 1998 riefen Bund und Kantone den «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» ins Leben (35), um die Herausforderungen im Gesundheitssystem gemeinsam und koordiniert anzugehen. 2013 gaben Bund und Kantone bekannt, diesen Dialog über eine **Vereinbarung** zu stärken. Das Hauptgremium des Dialogs tagt drei- bis viermal jährlich. Ihm gehören die GDK sowie der oder die Departementsvorsteher:in des EDI und weitere Vertreter:innen der Bundesverwaltung (Generalsekretariat EDI, BAG und BFS) an. Die Ziele lauten:
 - regelmässiger Informationsaustausch
 - Identifikation von gesundheitspolitischen Themenfeldern und Aufgaben, bei denen Bund und Kantone ein gemeinsames oder sich ergänzendes Interesse an einer koordinierten Entwicklung haben
 - Festlegung der Grundlagen-, Vorbereitungs- und Entwicklungsarbeiten
 - Beschliessen von gemeinsamen Stellungnahmen und Formulieren von Empfehlungen an Bund und Kantone sowie
 - Förderung von gegenseitigem Verständnis und Vertrauen.

Schwächen

- Im Vergleich zu den verfassungsrechtlichen Kompetenzen des Bundes (siehe Kap. 4.2) gibt es eine Vielzahl von Bundesgesetzen. Diese sind jedoch sehr spezifisch und nicht miteinander verbunden. Jedes Thema wird gesondert und wenig koordiniert zwischen den verschiedenen

Sektoren behandelt. Daher tragen diese Gesetze nur geringfügig zu einer Gesamtstrategie im Gesundheitsbereich bei.

- Das KVG ist zwar eine Sozialversicherung, befasst sich aber auch mit der Regulierung der Gesundheitsversorgung. Zahlreiche Bestimmungen gehen über den Bereich einer Sozialversicherung hinaus und regeln die Tätigkeit vieler Akteure, die an der Organisation der Gesundheitsversorgung beteiligt sind (z. B. Spitalplanung).
- Die Gesundheitsversorgung ist zwar durch das KVG abgedeckt, aber die Schweiz verfügt über kein Rahmengesetz zum Thema öffentliche Gesundheit im weiteren Sinne. Unser Land hat weder ein Bundesgesetz über die Gesundheit noch ein Bundesgesetz über die Gesundheitsförderung und Prävention (Entwurf eines Präventionsgesetzes 2012 gescheitert).
- Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (GDK-EDI) als Koordinationsorgan basiert auf einer Vereinbarung, die jedoch nicht verbindlich und stark von der sich immer wieder ändernden Politik abhängig ist.
- Mit der aktuellen Steuerung ist die Schweiz nicht in der Lage, sektorübergreifende Gesamtstrategien in Sachen öffentliche Gesundheit zu verfolgen («Gesundheit in allen Politikbereichen» – «Health in all Policies»). Auf Bundesebene ist es schwierig, Gesundheitsfragen sektorübergreifend zu behandeln, weil der Bund keine umfassende Zuständigkeit für die Gesundheit hat und daher nicht direkt mit den anderen Politikbereichen interagieren kann.

Subfunktion «Beteiligung der Stakeholder»

Ziel (zur Erinnerung): Fähigkeit, die verschiedenen Stakeholder einschliesslich der Öffentlichkeit und der Zivilgesellschaft an den strategischen Diskussionen und Entscheidungsprozessen zu beteiligen.

Stärken

- Auf Bundesebene fungiert die aus den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren zusammengesetzte GDK als politisches Koordinationsorgan. Sie unterstützt und begleitet die Erarbeitung einer gesamtschweizerischen Gesundheitspolitik, indem sie insbesondere Empfehlungen formuliert und Diskussionen organisiert. Zudem steht sie im regelmässigen Kontakt mit dem EDI, namentlich im Zusammenhang mit der Vereinbarung GDK-EDI (siehe vorhergehendes Kapitel zum Dialog Nationale Gesundheitspolitik) (35).
- Die Schweiz verfügt im Rahmen ihrer Konsenskultur über zahlreiche Konsultationsmechanismen. Strategische Dokumente und Gesetzesvorlagen werden einer umfassenden Vernehmlassung bei den verschiedenen Akteuren unterzogen.
- Die wichtigsten Stakeholder des Gesundheitssystems sind im eidgenössischen Parlament sehr stark vertreten und können Einfluss auf die Entscheidungen nehmen.

Schwächen

- Die Konsultationsmechanismen sind zwar gut etabliert, aber es findet nur wenig echte gemeinsame Aufbauarbeit an den Gesundheitsstrategien statt. Die Gesundheitsstrategie des Bundes wird nicht zusammen mit den Kantonen und den verschiedenen Stakeholdern erarbeitet. Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (GDK-EDI) als Diskussions- und Austauschforum ist kein eigentliches Organ für die gemeinsame Entwicklung von Strategien.
- Die Kräfteverhältnisse unter den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem sind unausgewogen. Einige von ihnen, insbesondere die Leistungserbringer, verfügen über eine starke Lobby im eidgenössischen Parlament, während andere, etwa Konsumenten und Patientinnen, viel weniger Einfluss haben. Es gibt keine formalen Regulierungsmechanismen oder -räume, um die Kräfteverhältnisse auszugleichen und den Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten einen besonderen Platz einzuräumen.
- Die Aufgaben und Kompetenzen von Bund und Kantonen sind miteinander verflochten. In einigen Verfassungsbestimmungen (etwa Art. 117 Kranken- und Unfallversicherungsgesetz und Art. 118 Gesundheitsschutz) sind die Aufgaben des Bundes zwar klar geregelt, aber in den meisten anderen gesundheitspolitischen Verfassungsartikeln tragen Bund und Kantone eine gemeinsame Verantwortung «im Rahmen ihrer Zuständigkeiten».
- Die Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Akteure für den Betrieb des Gesundheitssystems insgesamt sind wenig konkret, und es gibt nur wenige formelle Mechanismen, um Rechenschaft über gemeinsame strategische Ziele abzulegen.

Subfunktion «Informations- und Analysesystem»

Ziel (zur Erinnerung): Bestehen einer evidenzbasierten Entscheidungskultur und Fähigkeit, für die Überwachung und Evidenzproduktion nützliche Daten zu sammeln und zu verarbeiten.

Stärken

- Die Schweiz kann auf Bundesebene auf die Kompetenzen des Bundesamts für Statistik zurückgreifen. Zudem verfügt sie mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan), das 1998 im Rahmen des Dialogs nationale Gesundheitspolitik vom EDI und der GDK gegründet wurde, über ein Kompetenz-, Dienstleistungs- und Informationszentrum.
- Für die Erhebung von Daten in spezifischen Bereichen existieren einige gesetzliche Grundlagen (z. B. Epidemiengesetz und Krebsregistrierungsgesetz).
- Kürzlich hat das EDI mit DigiSanté ein Programm zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitssystem ins Leben gerufen (41).
- 2017 lancierte der Bund die nationale Initiative «Swiss Personalized Health Network (SPHN)» und beauftragte die SAMW und das Swiss Institute of Bioinformatics (SIB) mit deren Umsetzung in einem sicheren Umfeld und unter Einhaltung der rechtlichen, ethischen und sozialen Rahmenbedingungen. Das SPHN trägt zur Entwicklung, Implementierung und

Validierung koordinierter Infrastrukturen bei, um gesundheitsrelevante Daten interoperabel und für die Forschung auf dem Gebiet der personalisierten Medizin nutzbar zu machen. Bisher bezieht sich diese Initiative jedoch nur auf die medizinische Forschung und befasst sich hauptsächlich mit klinischen Routinedaten der fünf Schweizer Universitätsspitäler sowie Daten aus Bevölkerungs- oder Patientenkohorten.

- Es bestehen zahlreiche Gesundheitsdatenquellen.

Schwächen

- Ein kürzlich vom BAG verfasster Bericht (42) zeigt einige Probleme beim Umgang mit Gesundheitsdaten auf. Insbesondere fehlt eine entsprechende Gesamtstrategie für den Einbezug von Bund, Kantonen und privaten Akteuren.
- Die Daten befinden sich in getrennten «Silos» und sind schwer zugänglich. Sie werden in unterschiedlichen Formaten gesammelt, mit uneinheitlichen EDV-Systemen verarbeitet und grösstenteils nur von den Personen genutzt, die sie generiert haben.
- Es fehlt an eindeutigen Identifikationsangaben (sowie verlässlichen und aktuellen Verzeichnissen) für Patientinnen und Patienten, Gesundheitsfachpersonen, Labore und Gesundheitseinrichtungen, was die Vernetzung von Daten und die Verfolgung von Gesundheitsverläufen erschwert.
- Insgesamt fehlt es dem Gesundheitssystem an Transparenz und an der Fähigkeit, Informationen zu verarbeiten und entsprechend informierte Entscheidungen zu treffen.

4.3.2 Beispiele aktueller Grenzen bei der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems

In diesem Kapitel werden die aktuellen Herausforderungen bei der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems anhand von drei strategischen Vorschlägen des Bundesrat und der SAMW dargestellt.

Gesundheitsförderung: sektorübergreifende, aber rein deklaratorische Betrachtung des Themas Gesundheit

Der Bundesrat nennt in seiner gesundheitspolitischen Strategie (4) verschiedene Herausforderungen. Eine davon ist, der Bevölkerung die besten Chancen für ein Leben in Gesundheit zu bieten. Dazu werden zwei spezifische Ziele formuliert:

- Ziel 7 der Strategie Gesundheit2030:

Gesundheit über die Umwelt fördern: Bund und Kantone setzen sich gemeinsam im Bereich der Umweltpolitik dafür ein, dass die Menschen der heutigen und kommenden Generation ein möglichst gesundes Leben führen und von Biodiversität und Landschaftsqualitäten profitieren können.

- Ziel 8 der Strategie Gesundheit2030:

Gesundheit in der Arbeitswelt fördern: Bund, Kantone und Arbeitgeber nutzen die Chancen, die sich durch neue Arbeitsformen in der Arbeitswelt ergeben, und berücksichtigen die dadurch entstehenden Risiken.

Im Rahmen dieser Strategie, die von ihrem Wesen her sektorübergreifend ist (und somit zahlreiche weitere Politikbereiche berührt), hat der Bundesrat spezifische Ziele und Massnahmen festgelegt und die verschiedenen Akteure aufgefordert, zur Erreichung dieser Ziele beizutragen.

Die konkreten Mittel zur Förderung und Umsetzung sind jedoch sehr bescheiden. Der Bund verfügt derzeit über keine allgemeine Zuständigkeit im Gesundheitsbereich, die es ihm erlauben würde, sich in der Frage der Gesundheitsförderung gegenüber anderen Politikbereichen zu positionieren. Zwischen der Gesundheitspolitik und den anderen Politikbereichen besteht beispielsweise kein Gleichgewicht hinsichtlich einer ausreichenden Anerkennung des Themas Gesundheit in der Umwelt- oder Arbeitsgesetzgebung.

Die Strategie Gesundheit2030 ist zwar vorhanden, bleibt aber rein deklaratorisch und wenig offensiv.

Da der Bund über keine allgemeine Zuständigkeit im Gesundheitsbereich verfügt, könnte er mit einem spezifischen Gesetz über die Gesundheitsförderung und Prävention eine grössere Legitimation in Bezug auf die sektorübergreifende Dimension erhalten. Nachdem der letzte diesbezügliche Versuch jedoch gescheitert ist, befindet er sich bei diesem Thema in einer sehr schwachen Position.

Um die genannten Ziele tatsächlich zu erreichen, müssten mindestens die folgenden Massnahmen ergriffen werden:

- Zuweisung einer klaren Zuständigkeit an den Bund für die Gesundheitsförderung und Prävention zur Legitimation eines sektorübergreifenden Ansatzes,
- Festlegung eines Verhandlungsrahmens für die Besprechung sektorübergreifender und zielgerichteter Fragen und Sicherstellung der Mitarbeit der verschiedenen (auch privaten) Akteure sowie
- Verfügbarkeit umfassender Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und über gesundheitliche Ungleichheiten, um die Bedürfnisse zu ermitteln und konkrete Ziele abzuleiten.

Kantone zu klein für die Ausübung ihrer Zuständigkeit im Gesundheitsbereich: Bildung von Gesundheitsregionen?

In ihrem Positionspapier «Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems» von 2019 schlägt die SAMW vor, kantonsübergreifende Gesundheitsregionen zu bilden, um eine angemessene Balance zwischen kantonaler Souveränität und Zentralisierung zu erreichen. Die SAMW begründet ihre Haltung wie folgt: «Aufgrund ihrer föderalistischen Tradition verbietet sich für die Schweiz eine zentralistische Lösung. Innerhalb dieser Regionen könnte das medizinische Angebot wesentlich effektiver gesteuert werden als dies in den sehr unterschiedlichen Kantonen möglich ist. Jede

Gesundheitsregion umfasst idealerweise rund 1,5 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner und ist Sitz eines Universitätsspitals.»

Diese von der Politik oft übernommene Haltung basiert auf der Feststellung, dass das System zu stark fragmentiert ist und die Grösse der Kantone – insbesondere der kleinen – für die Steuerung der Versorgungssysteme nicht geeignet ist. Ein typisches Beispiel ist die Spitalplanung, die auf der Ebene einzelner Kantone wenig Sinn macht und mit grösseren Einzugsgebieten leistungsfähiger gestaltet werden könnte. Folglich wird angeregt, kantonsübergreifende Gesundheitsregionen zu bilden, um effizienter auf die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung einzugehen.

Diese Vision ist zwar hinsichtlich Effizienz zielführend, rechtlich machbar und mit dem Schweizer Föderalismus vereinbar, aber schwierig umzusetzen. Die Hauptprobleme wären:

- Festlegung des Umfangs: Zunächst müssten die Verantwortungsbereiche der neuen Gesundheitsregionen definiert werden. Soll es nur um die Spitalplanung oder die gesamte regionale Organisation des Gesundheitssystems einschliesslich Prävention, ambulanter Einrichtungen, Spitäler und Langzeitpflege gehen? Eine auf den Spitalbereich begrenzte Zuständigkeit wäre zwar komplex in der Umsetzung, insbesondere in Bezug auf die Koordination mit den ambulanten und spitalexternen Einrichtungen der Kantone, dürfte aber am ehesten realisierbar sein.
- Einleitung des Verfahrens zur Bildung der Regionen: Ohne konsensbasierte nationale Gesundheitsstrategie, die formell über die Bildung von Gesundheitsregionen entscheiden würde, müssten die Kantone diese Möglichkeit vorschlagen und bestimmen, wie die Regionen und Verantwortungsbereiche aussehen sollen. In manchen Fällen wäre eine natürliche, zum Beispiel sprachregionale Aufteilung möglich. Insgesamt ist es aber nur schwer vorstellbar, wie eine landesweite, konsensbasierte Segmentierung mit kohärenten Kompetenzabgrenzungen erreicht werden soll. Die Ungleichheiten zwischen den verschiedenen Regionen könnten sich verschärfen. Der Entscheid würde wohl unter der Federführung der GDK oder einer grossen Gruppe von Kantonen getroffen, müsste letztlich aber von allen getragen werden.
- Rechtliche Machbarkeit: Aus rechtlicher Sicht besteht eine formelle Verfassungsgrundlage (Art. 48 BV), um interkantonale Verträge über die Bildung von Gesundheitsregionen abzuschliessen. Das Verfahren für den Abschluss solcher interkantonalen Verträge ist jedoch schwerfällig und komplex, weil sie von jedem betroffenen Kantonsparlament genehmigt werden müssen. Auch die Frage nach der demokratischen Kontrolle solcher kantonsübergreifender Regionen zur Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe wie der Gesundheitsversorgung bliebe unbeantwortet und würde nach Meinung der Autorinnen und Autoren dieses Berichts eine vertiefte Prüfung rechtfertigen.
- Finanzierung: Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, die heute teilweise von den Kantonen getragen wird, müsste auf die Gesundheitsregionen übertragen werden, was Fragen der kantonalen Steuerpolitik und der demokratischen Kontrolle aufwirft.
- Auch die Beteiligung der verschiedenen Akteure an den Diskussionen und Entscheidungen stellt eine nicht unerhebliche Herausforderung dar. Diese Akteure sind zurzeit kantonal oder

national, aber nur wenig oder gar nicht regional organisiert. Ihre Beteiligung würde die Entwicklung einer dritten, regionalen Entscheidungsebene erfordern, was die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen noch komplexer gestalten würde.

- Bei der Gesetzgebung und Regulierung müssten umfangreiche Anpassungen an bestehenden Gesetzen der Kantone und des Bundes (insbesondere KVG) vorgenommen werden.

Fazit: Die heutige Steuerung des Gesundheitssystems scheint insgesamt wenig geeignet für eine solche Umstrukturierung der Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und neuen Gesundheitsregionen. Diese wären zwar zielführend, würden aber mindestens einen Konsens zwischen Bund und Kantonen über die Festlegung einer tragfähigen und für beide Seiten verbindlichen Steuerungsstrategie voraussetzen. Ein solches Verfahren könnte formell im Rahmen einer umfassenden Revision der Vereinbarung GDK-EDI mit einer Neuverteilung der Kompetenzen zwischen Bund, Kantonen und Gesundheitsregionen erfolgen.

Elektronisches Patientendossier (EPD): ein unumgängliches Instrument, das sich jedoch nur schwer durchsetzt

Die Einführung des elektronischen Patientendossiers ist symptomatisch für das Thema Steuerung. Nach einem ersten Versuch musste der Bund den rechtlichen Rahmen (EPDG) überarbeiten, um die Schwierigkeiten bei der Einführung zu überwinden.

Die Schweiz möchte seit vielen Jahren ein EPD einführen, um die Versorgungskontinuität und die Behandlungsabläufe zu verbessern, die Patientensicherheit zu erhöhen, die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern und die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu fördern. Nach mehrjähriger Arbeit trat das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG, SR 816.1) am 15. April 2017 in Kraft.

Obwohl sich das EPDG im Wesentlichen mit Gesundheitsfragen befasst, wurde es in Ausübung von Artikel 95 Absatz 1 BV (Kompetenz des Bundes, Vorschriften über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu erlassen) und Artikel 122 Absatz 1 BV (Zuständigkeit des Bundes für die Gesetzgebung auf dem Gebiet des Strafrechts und des Strafprozessrechts) verabschiedet. Die Bestimmungen des EPDG haben keinen ausdrücklichen oder offensichtlichen Zusammenhang mit den Themen Gesundheit oder Gesundheitsversorgung.

Die Umsetzung des EPD verläuft seit der Verabschiedung des Gesetzes schleppend und wenig effizient. Hauptgrund ist die unklare Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen den verschiedenen Akteuren sowie die fehlende finanzielle Nachhaltigkeit (Schlussfolgerung aus einem Bericht des Bundesrats vom August 2021 zum Postulat Wehrli 18.4328).

Deshalb beschloss der Bundesrat im April 2022, eine Totalrevision des Gesetzes durchzuführen (Vernehmlassung bis Ende Oktober 2023). Er schlägt insbesondere vor:

- das EPD als Instrument der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu betrachten. Das Gesetz soll auf Artikel 117 BV basieren, wodurch der Bund eine ganze Reihe ordnungspolitischer Kompetenzen erhält.

- die Zuständigkeiten und Finanzierung zwischen Bund und Kantonen zu klären,
- alle in der ambulanten Versorgung tätigen Leistungserbringer zur Einführung des EPD zu verpflichten,
- ein Opt-out-Modell für die Bürgerinnen und Bürger einzuführen (standardmässige Eröffnung eines EPD für alle ausser bei ausdrücklichem Widerspruch) und
- der Forschung Zugang zu bestimmten Daten im EPD zu gewähren, falls die Patientinnen und Patienten ihre Einwilligung geben.

Im Fall des EPD ist also festzustellen, dass der Bund in mehreren Schritten vorgehen musste, um die notwendigen Kompetenzen für die Einführung dieses von allen Seiten geforderten Instruments zu erhalten.

Diese Revision unterstreicht die weiter oben beschriebenen Herausforderungen bei der Steuerung des Gesundheitssystems:

- Notwendigkeit einer klaren und von allen Akteuren geteilten Vision von Gesundheit,
- Notwendigkeit geeigneter Gesetze zur Unterstützung der Strategie mit genügend Spielraum zwischen Zentralisierung und Dezentralisierung je nach Bedarf,
- Notwendigkeit, die Stakeholder zu beteiligen und
- Notwendigkeit eines effizienten Informationssystems.

Auch wenn einige dieser Herausforderungen durch das neue Gesetz adressiert werden können, bleibt es stark auf einzelne Bereiche und Silos beschränkt, was zahlreiche Fragen hinsichtlich Koordination der verschiedenen gesetzlichen Instrumente aufwerfen wird.

4.3.3 Zusammenfassung

Die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems wurde anhand des Leistungsbewertungsmodells HSPA untersucht. Mit Blick auf die Steuerungssubfunktionen lassen sich folgende Besonderheiten hervorheben:

Es gibt zwar Strategien, diese sind aber hinsichtlich ihrer sektorübergreifenden Aspekte rein deklaratorisch und entfalten aufgrund fehlender Vollzugsbefugnis nur wenig Wirkung.

Der bundesrechtliche Rahmen für die Umsetzung der erklärten Vision bzw. Strategie ist ungeeignet. Da der Bund über keine Gesamtzuständigkeit für die Gesundheit verfügt, ist er nicht in der Lage, sektorübergreifende Gesamtstrategien in Sachen öffentliche Gesundheit zu verfolgen («Gesundheit in allen Politikbereichen» – «Health in all Policies») oder eine «One Health»-Perspektive zu fördern.

Die verschiedenen Stakeholder werden zwar breit konsultiert, haben aber nicht alle den gleichen Einfluss. Gewisse Lobbyorganisationen dominieren die politischen Diskussionen und die Patientenvertretungen haben nur wenige Mittel, um ihren Standpunkt geltend zu machen.

Das Informationssystem ist nicht ausreichend, um die für fundierte Entscheidungen erforderlichen Informationen bereitzustellen.

Die Steuerung wird tendenziell in einzelnen Kompetenzsilos geregelt, was zu zahlreichen Schwierigkeiten bei der Koordination der verschiedenen gesetzlichen Instrumente führt.

5 Teil 2: Relevanz und Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit

Die Analyse hat einige Lücken und Schwachstellen in der aktuellen Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems zutage gefördert. Dies gibt Anlass, die Relevanz und den möglichen Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit zu diskutieren.

5.1 Relevanz eines Bundesgesetzes über die Gesundheit

Wie in allen westlichen Ländern wird auch in der Schweiz das Gesundheitssystem in Zukunft mit zahlreichen Fragen und Herausforderungen konfrontiert sein. Der Bundesrat weist in seinem Bericht Gesundheit2030 zwar auf die heute sehr hohe Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems hin, erwähnt aber auch, dass dieses weiterhin unter Druck steht, und nennt die wichtigsten Herausforderungen, die es in den nächsten Jahren zu bewältigen gilt:

- steigende Gesundheitskosten
- Zunahme der nichtübertragbaren Krankheiten
- Strukturen, die zu stark auf die Akutversorgung ausgerichtet sind
- Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachpersonen
- Intransparenz, z. B. bei den Kosten und der Qualität der Leistungen
- soziale Ungleichheiten, wenn eine Abfederung fehlt, und
- die im Schweizer Gesundheitssystem nicht weit genug fortgeschrittene Digitalisierung.

Der Bundesrat schlägt deshalb in seinem Bericht vor, sich auf die vier dringlichsten Herausforderungen zu konzentrieren: den technologischen und digitalen Wandel, die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen, den Erhalt einer qualitativ hohen und finanziell tragbaren Versorgung und die Chancen auf ein Leben bei guter Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten).

Die Erwartungen sind also zahlreich und hoch. Die im Rahmen dieses Mandats durchgeführten Arbeiten zeigen, dass die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems mehrere Mängel aufweist. Sie ist das Ergebnis einer historischen Entwicklung und geprägt vom Föderalismus und von den stark verankerten Werten der Eigenverantwortung und wirtschaftlichen Freiheit. Die heutige Steuerung ist also eher unklar und wenig geeignet, um die künftigen Herausforderungen zu bewältigen (Tabelle 3 enthält eine Liste der grössten Schwierigkeiten und einige Beispiele der daraus resultierenden Folgen).

Die Verfassung enthält kein wirkliches Verständnis des Gesundheitsbegriffs. Dies erschwert die Entwicklung einer Vision, die nicht nur die sozialen Determinanten von Gesundheit abdeckt, sondern auch das «One Health»-Konzept einbezieht.

Die Gesundheits- und insbesondere Versorgungsfragen werden uneinheitlich und in Silos behandelt. Es ist deshalb schwierig, einen Überblick über die Steuerung des Gesundheitssystems zu erhalten. Diese Situation verstärkt die Verflechtung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen, und die Zuständigkeiten werden heute mehr oder weniger klar auf verschiedene Ebenen und Akteure verteilt. Es ist deshalb schwierig, eine umfassende Antwort auf die identifizierten Herausforderungen zu geben. Dem System gelingt es kaum, Vorschläge zu organisatorischen Veränderungen und Reformen hervorzubringen, z. B. in Bezug auf die Wiederherstellung des Gleichgewichts zwischen Grund- und Spitalversorgung, die Finanzierung oder den Fachkräftemangel.

Die Interessengruppen verfügen über sehr unterschiedliche und ungleiche Einflussmöglichkeiten. Dies gilt insbesondere für die Vertretung der Bevölkerung und der Patientinnen und Patienten. Eine ausgewogene Beteiligung ist jedoch ein wichtiger Faktor einer erfolgreichen Steuerung, insbesondere in einer Zeit, in der strategische Weichenstellungen gesellschaftlich breit diskutiert und debattiert werden sollten (Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Krankenversicherungsprämien, Zugang zur Grundversorgung oder Möglichkeiten staatlicher Politik, z. B. in der Ernährung).

Schliesslich hindert die heutige, in Einzelthemen aufgesplitterte und auf mehrere Stufen verteilte Steuerungsstruktur die Umsetzung eines leistungsfähigen Informationssystems und die Entwicklung einer nationalen Strategie für die Steuerung im Bereich der Gesundheitsdaten. Dadurch kann die Leistungsfähigkeit des Gesamtsystems nur unzureichend gelenkt und überwacht werden.

Tabelle 3 Beispiele von Zusammenhängen zwischen den in der Steuerung des Gesundheitssystems beobachteten Schwächen und den Folgen für die Reaktion auf die in Gesundheit2030 ermittelten Herausforderungen

Schwachstellen der aktuellen Steuerung	Folgen für die Fähigkeit, auf die in Gesundheit2030 ermittelten Herausforderungen zu reagieren
Fehlen einer Gesundheitsvision in der Verfassung, Fehlen von Verbindungen zwischen Gesundheit und sozialen Determinanten von Gesundheit, keine «One Health»-Konzeption, nur fragmentarische Zuständigkeit des Bundes für die Gesundheit	Schwierigkeiten, sektorübergreifende politische Massnahmen für die Gesundheit zu planen; Schwierigkeiten, die sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich und die «One Health»-Dimension zu berücksichtigen; Schwierigkeiten, die Prioritäten und Werte eines nationalen Gesundheitssystems zu definieren
Behandlung der Themen Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Silos sowie Kompetenzverflechtung zwischen Bund und Kantonen	Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gesundheitsstrategien des Bundesrats und geringe Kapazitäten für umfassende Reformen der Gesundheitsversorgung, insbesondere ausserhalb der Themensilos (z. B. Kosteneindämmung, Stärkung von Community Health, Spitalplanung, Bekämpfung des Fachkräftemangels oder Digitalisierung)

Schwachstellen der aktuellen Steuerung	Folgen für die Fähigkeit, auf die in Gesundheit2030 ermittelten Herausforderungen zu reagieren
Unklare Strukturen bezüglich Steuerung und Verantwortung der verschiedenen Akteure	Unklare Zuständigkeiten der Akteure und Fehlen von Mechanismen zur Erfüllung der Rechenschaftspflicht; unausgewogene Beteiligung der Interessengruppen, insbesondere schwache Vertretung der Bürgerinnen und Bürger sowie der Patientinnen und Patienten; Schwierigkeiten, eine ausgewogene Diskussion über die im Gesundheitssystem durchzuführenden Reformen anzustossen (z. B. Gesundheitskosten und Transparenz)
Fehlen eines nationalen Rahmens für ein Informationssystem im Gesundheitsbereich, nicht vernetzte und schwer zugängliche Gesundheitsdaten	Schwierigkeiten, die Leistung des Gesundheitssystems zu bewerten, rein sektorspezifische Betrachtung, insgesamt zu geringe Digitalisierung des Gesundheitssystems, Schwierigkeiten bei der Einführung des EPD, wenig Transparenz und ungenügende Rechenschaftspflicht der Akteure, politische statt evidenzbasierte Entscheidungen

Die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems sollte geklärt werden, damit es effizienter und schneller auf die künftigen Herausforderungen reagieren kann.

Die durchgeführten Analysen zeigen, dass die Schweiz in den letzten 20 Jahren versucht hat, das System an die Herausforderungen anzupassen. Dabei hat sie allerdings mit dem aktuellen gesetzlichen Rahmen gearbeitet und die Probleme nur sektorspezifisch angepackt. So gab es vor allem im Bereich des KVG, aber auch bei spezifischen Themen (EPD, Krebs etc.) zahlreiche Gesetzesanpassungen und Versuche, einen strategischen Rahmen (Gesundheit2030 oder DigiSanté) abzustecken. Der Bund hat seine Kompetenzen maximal ausgeschöpft, um auf die Bedürfnisse und Herausforderungen zu reagieren, aber das Ergebnis ist angesichts der Gegebenheiten fragmentarisch und die Veränderungen erfolgen nur langsam.

Demokratiopolitisch hat das Volk in den letzten Jahrzehnten mehrmals mittels Volksinitiativen neue Zuständigkeiten und ordnungspolitische Ziele in der Verfassung verankert (ärztliche Versorgung, Pflege, Komplementärmedizin etc.). Dennoch werden diese Absichten oft nur langsam und stockend umgesetzt, weil sie auf die festgestellten Steuerungsprobleme stossen (Aufgaben und Zuständigkeiten, Beteiligung der verschiedenen Akteure, Interessengruppen, Finanzierung etc.). Das aktuellste Beispiel ist die Umsetzung der Initiative «Kinder ohne Tabak», die derzeit Gegenstand zahlreicher Kompromisse ist und dem Risiko unterliegt, dass der Text verfassungswidrig wird (Stand der parlamentarischen Diskussionen am 17. Februar 2024).

Angesichts der zahlreichen Grenzen, die im Zusammenhang mit der Steuerung des Gesundheitssystems festgestellt wurden, ist es kaum vorstellbar, dass weitere Anpassungen des gesetzlichen Rahmens ausreichend sind für Veränderungen. Mithilfe von «Soft Law» könnten zwar einige Steuerungselemente verbessert werden, etwa in Bezug auf die Verpflichtung der verschiedenen Akteure zur Entwicklung einer gemeinsamen Vision (z. B. Bund und Kantone) oder die Bildung eines möglichen Konsenses bei den Informationssystemen (mit mehreren Partnern). Solche Instrumente sind jedoch mühsam umzusetzen und würden nicht ausreichen, um alle mittels HSPA-Modell identifizierten Steuerungsprobleme zu lösen.

Vor diesem Hintergrund scheint der Vorschlag der SAMW, ein Bundesgesetz über die Gesundheit zu schaffen, sinnvoll und legitim. Ein solches Gesetz würde es ermöglichen, die Ziele des

Gesundheitssystems festzulegen, die Faktoren einer wirksamen Steuerung zu definieren und einen kohärenten Rahmen zu schaffen, der es den Akteuren erlaubt, ihre Anstrengungen nicht nur zu koordinieren, sondern sich gemeinsam für die Erreichung der Ziele einzusetzen.

Im folgenden Kapitel wird also ein Gesetz vorgeschlagen, mit dem die Gesamtziele des Schweizer Gesundheitssystems und die Grundsätze einer wirksamen Steuerung definiert werden könnten.

5.2 Vorschlag für den Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit

Ein Bundesgesetz über die Gesundheit könnte die Elemente einer wirksamen Steuerung umfassen, die im Leistungsmodell des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik definiert sind (Abbildung 9): Vision/Strategie, Gesetzgebung und Regulierung, Beteiligung der Stakeholder und Informations- und Analysesystem. Der erläuternde Bericht zur Gesetzesvorlage müsste die Grundsätze einer wirksamen Steuerung definieren, die Zusammenhänge zwischen Steuerung und Leistung des Gesundheitssystems aufzeigen und daran erinnern, dass ein Gesundheitssystem zu wichtigen gesellschaftlichen Zielen wie der wirtschaftlichen Entwicklung, dem sozialen Zusammenhalt und insgesamt dem Wohlergehen der Bevölkerung beiträgt.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die verschiedenen Dimensionen, die ein Bundesgesetz über die Gesundheit abdecken könnte.

Abbildung 9 Elemente einer wirksamen Steuerung, die in einem Bundesgesetz über die Gesundheit verankert werden könnten



Nachstehend wird ein Vorschlag für ein Bundesgesetz über die Gesundheit präsentiert.

In den anschliessenden Kapiteln wird der mögliche Inhalt eines solchen Gesetzes definiert.

5.2.1 Allgemeines Ziel

Das Bundesgesetz über die Gesundheit legt die Ziele des Gesundheitssystems und die Grundsätze einer wirksamen Steuerung des Systems fest. Dies bedeutet konkret:

- Das Gesetz legt die Ziele des Schweizer Gesundheitssystems fest:
 - Förderung der Gesundheit der Bevölkerung und Aufrechterhaltung des bestmöglichen Gesundheitszustands,
 - Gewährleistung der Organisation eines effizienten und gerechten Gesundheitssystems, das den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht wird und sowohl den Einzelnen wie auch der Gesamtbevölkerung einen Mehrwert bringt,

- Gewährleistung einer finanziellen Absicherung der Bevölkerung für den Zugang zu den notwendigen Leistungen.
- Das Gesetz definiert die Tragweite des Begriffs «Gesundheit» und die Dimension von «One Health».
- Das Gesetz enthält den Grundsatz der sektorübergreifenden Zusammenarbeit.
- Das Gesetz legt die Grundsätze einer wirksamen Steuerung des Gesundheitssystems und die Pflicht fest, dessen Leistung regelmässig zu bewerten.
- Das Gesetz legt die Grundsätze Gleichheit, finanzielle Absicherung, Zugang, Qualität und Effizienz fest.
- Das Gesetz legt den Grundsatz der Transparenz bei der Steuerung des Gesundheitssystems fest.
- Das Gesetz legt den Grundsatz fest, dass die Auswirkungen des rechtlichen Rahmens überprüft werden müssen.

5.2.2 Vision und Strategie in Sachen Gesundheit

Das Bundesgesetz legt fest, dass periodisch eine sektorübergreifende Rahmenstrategie formuliert wird, um die verschiedenen Akteure (Bund, Kantone und Stakeholder) zu einer konvergenten Zusammenarbeit zu verpflichten. Es formuliert insbesondere folgende Rahmenbedingungen:

- Bund und Kantone entwickeln unter Einbezug der verschiedenen Akteure periodisch eine verbindliche, dokumentierte und evaluierbare Gesundheitsstrategie.
- Die Gesundheitsstrategie umfasst die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Versorgung.
- Die Gesundheitsstrategie wird sektorübergreifend umgesetzt («Gesundheit in allen Politikbereichen» – «Health in all Policies»). Sie erstreckt sich insbesondere auf die sozialen und ökologischen Determinanten von Gesundheit und enthält eine «One Health»-Perspektive.

5.2.3 Ordnungspolitische Grundsätze

Das Bundesgesetz legt Regulierungsgrundsätze fest, die es ermöglichen, die strategischen Ziele im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Versorgung zu erreichen. Dies bedeutet insbesondere:

- Das Gesetz definiert den Geltungsbereich der untergeordneten Normen.
- Das Gesetz legt die Grundsätze der Finanzierung (insbesondere mit Abstimmung auf die zugewiesenen Kompetenzen), der Ressourcenbereitstellung und der Dienstleistungserbringung für den gesamten Gesundheitsbereich fest (Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung).

- Das Gesetz klärt für jeden Steuerungsbereich des Gesundheitssystems die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen.
- Das Gesetz legt Grundsätze fest für die Förderung sektorübergreifender politischer Massnahmen.

5.2.4 Grundsätze für die Beteiligung der Stakeholder

Das Bundesgesetz legt den Grundsatz einer breiten Beteiligung der Stakeholder an den strategischen Diskussionen und Entscheidungsprozessen fest. Dazu gehören die Bürgerinnen und Bürger, die Patientinnen und Patienten und die Zivilgesellschaft. Dies bedeutet insbesondere:

- Das Gesetz legt den Grundsatz einer breiten und ausgewogenen Beteiligung der Stakeholder an den Überlegungen und Entscheidungen als Priorität fest. Es stärkt die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten, Nutzerinnen und Nutzer sowie Bürgerinnen und Bürger.
- Das Gesetz definiert die Aufgaben und Zuständigkeiten der Stakeholder und die Grundsätze der Rechenschaftspflicht.
- Das Gesetz legt die Grundsätze für die gemeinsame Entwicklung der Gesundheitsstrategie fest, indem es die Modalitäten für die gegenseitige Absprache und die Beteiligung an der Entscheidungsfindung definiert.

5.2.5 Informationssystem und Evidenzproduktion

Das Bundesgesetz legt die Ziele eines leistungsfähigen Informations- und Analysesystems fest, das ermöglicht, fundierte und legitimierte Entscheidungen zu treffen. Es bestimmt die Grundsätze für die Erhebung von Daten, die für die Entscheidungsfindung, das Monitoring und die Evidenzproduktion nützlich sind. Dies bedeutet insbesondere:

- Das Gesetz legt die Grundsätze eines verantwortungsvollen Umgangs mit Gesundheitsdaten fest und schafft einen nationalen Rahmen für den Umgang mit Gesundheitsdaten.
- Das Gesetz legt die Grundsätze für ein Informationssystem fest, mit dem die für die Gesundheitsstrategie nützlichen Daten erhoben und genutzt werden können, und fördert gleichzeitig den Schutz der Privatsphäre und der persönlichen Gesundheitsdaten sowie die Datensicherheit.
- Das Gesetz legt die Bedingungen für den Aufbau unabhängiger Analysekapazitäten für fundierte Entscheidungen fest.

5.3 Mögliche Verankerung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit

Dieses Kapitel über die rechtliche Verankerung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit ist eine Zusammenfassung der vom Institut für Gesundheitsrecht (IDS) der Universität Neuenburg durchgeführten Analyse (vollständiger Bericht siehe Anhänge).

Die rechtliche Machbarkeit eines Bundesgesetzes über die Gesundheit wird unter drei in den folgenden Absätzen beschriebenen Gesichtspunkten beleuchtet.

5.3.1 Verankerung in der aktuellen Verfassung

Die erste Frage betrifft die mögliche Verabschiedung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit beim aktuellen Stand der Bundesverfassung.

Gemäss dem Gutachten des IDS könnten die im weiteren Sinn auf die Gesundheit bezogenen Kompetenzsilos durch eine Kombination bestehender verfassungsrechtlicher Zuständigkeiten abgelöst werden. Zur Erinnerung: Es wurden bereits gewisse Schritte für eine Vernetzung von Kompetenzen unternommen, indem fragmentarische verfassungsrechtliche Zuständigkeiten für die Gesundheit im weiteren Sinn kombiniert wurden (z. B. Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen, Tabakproduktegesetz, Lebensmittelgesetz und Gesetz über das elektronische Patientendossier).

So könnte sich ein neues Bundesgesetz über die Gesundheit auf mehrere Verfassungsbestimmungen stützen, zum Beispiel Artikel 118 BV (Gesundheitsschutz), Artikel 74 BV (Schutz des Menschen und seiner natürlichen Umwelt vor schädlichen Einwirkungen), Artikel 80 BV (Tierschutz), Artikel 110 BV (Arbeitnehmerschutz), Artikel 95 BV (privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit), Artikel 97 BV (Konsumentenschutz) oder Artikel 122 BV (Zivilrecht).

Dieser Ansatz ist jedoch mit gewissen Risiken und Unsicherheiten behaftet, insbesondere hinsichtlich der «Solidität» und Genauigkeit des Gesetzestexts sowie dessen Geltungsbereich. Die erheblichen Kompetenzverflechtungen zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitsbereich erhöhen die Komplexität dieses Ansatzes noch zusätzlich.

Folglich scheint der Weg über das zweistufige Rechtssetzungsverfahren auf Bundesebene mit einer Teilrevision der Bundesverfassung und der anschliessenden Erarbeitung und Verabschiedung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit ratsamer zu sein.

5.3.2 Verankerung mit einer Teilrevision der Verfassung

Aufgrund der durchgeführten Arbeit scheint eine verfassungsrechtliche Verankerung eines solchen Gesetzes über die Gesundheit ratsamer zu sein. Dabei sind zwei Varianten denkbar:

Variante 1: Die Bundesverfassung könnte durch eine programmatische Norm zum Thema «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») und «One Health» ergänzt werden.

Die Aufnahme des Ansatzes «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») mit Anerkennung der bestehenden Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen wäre folglich möglich. In einem neuen Verfassungsartikel oder einem neuen Absatz einer bestehenden Verfassungsbestimmung müsste der Grundsatz verankert werden, dass das Thema Gesundheit als öffentliche Aufgabe im Sinn eines Leitprinzips die gesamte staatliche Politik aller Bereiche lenkt, die einen Bezug zur Gesundheit im weiteren Sinn aufweisen. Mit anderen Worten: Es würde sich um eine programmatische Norm handeln, die weder besondere Rechte noch Zuständigkeiten begründet.

Diese Norm würde keine neue Kompetenz des Bundes verankern, aber Bund und Kantonen Leitprinzipien für die Ausübung ihrer jeweiligen Zuständigkeiten geben. Die Einführung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit müsste auch in diesem Fall auf einer Kombination bestehender Kompetenzen basieren – mit den angesprochenen Nachteilen und Risiken.

Variante 2: Ebenfalls denkbar wäre eine Änderung der Bundesverfassung, um eine neue Grundsatzgesetzgebungskompetenz des Bundes in Sachen Gesundheit zu schaffen. Im Rahmen einer Grundsatzgesetzgebungskompetenz kann der Bund Grundprinzipien festlegen, Mindestvorschriften erlassen, die Einhaltung bestimmter materieller Grundsätze verlangen und so für eine gewisse Vereinheitlichung sorgen.

Die Schaffung einer solchen Bundeskompetenz würde dem Trend zu einer schrittweisen Zentralisierung der Aufgaben des Bundes im Bereich der Gesundheit im weiteren Sinn entsprechen. Den Kantonen würde jedoch ein grosser Spielraum für eigene Regelungen im betroffenen Bereich bleiben.

Die Änderung der Bundesverfassung müsste über eine vom Volk per Volksinitiative verlangte oder von der Bundesversammlung beschlossene Teilrevision (Art. 194 BV) erfolgen. Volksinitiativen in der Form eines ausgearbeiteten Entwurfs werden Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet (Art. 139 BV). Von der Bundesversammlung beschlossene Teilrevisionen der Bundesverfassung unterstehen dem obligatorischen Referendum (Art. 140 BV, Abstimmung durch Volk und Stände).

Auf die Teilrevision der Verfassung würde die Erarbeitung und Verabschiedung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit folgen. Dieses müsste in das bestehende, fragmentarische bundesrechtliche Gefüge im Bereich der Gesundheit im weiteren Sinn – insbesondere das KVG – eingebettet werden und entsprechende Koordinationsansätze und -regeln enthalten.

Das neue Bundesgesetz über die Gesundheit unterstünde dem fakultativen Referendum (Art. 141 BV, Volksabstimmung).

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die im Rahmen dieses Mandats durchgeführten Arbeiten erlaubten es, die aktuelle Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems detailliert zu analysieren. Dadurch konnte auf gewisse Grenzen sowohl bei den gesetzlichen Grundlagen als auch in Bezug auf die Funktionstüchtigkeit und Agilität hingewiesen werden. Diese Feststellungen stärken den Vorschlag der SAMW, ein Bundesgesetz über die Gesundheit zu schaffen. Dieses würde als Instrument verstanden, das gemeinsame Ziele und die Grundsätze einer wirksamen Steuerung des Gesundheitssystems festlegt und in der Lage ist, die Gesamtleistung des Systems laufend zu verbessern. Für die Umsetzung erscheint die Lösung einer Verfassungsänderung zur Schaffung einer Bundeskompetenz für die Gesundheit im weiteren Sinn am besten geeignet. Den Kantonen würde jedoch ein grosser Spielraum für eigene Regelungen im betroffenen Bereich bleiben.

Im Zuge dieser Arbeit wurden zwei Workshops durchgeführt: mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus mehreren Fachrichtungen einerseits und mit verschiedenen Akteuren des heutigen Gesundheitssystems andererseits (Anhänge 3 und 4). In diesen Diskussionen wurden die Feststellungen hinsichtlich der Grenzen der aktuellen Steuerung zur Bewältigung der Herausforderungen des Schweizer Gesundheitssystems weitgehend anerkannt und geteilt, ebenso wie die Notwendigkeit, den rechtlichen Rahmen zu klären. Der vorgeschlagene Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit stiess ebenfalls auf Zustimmung, die Diskussionen konzentrierten sich jedoch bald auf die Frage der Machbarkeit eines solchen Gesetzesvorhabens im heutigen Umfeld.

Die Studie bietet einen Rahmen für Überlegungen zu Fragen der Steuerung und der Verbesserungen, die notwendig sind, um das Gesundheitssystem anzupassen. Folglich kann sie den verschiedenen Akteuren, die an Reformen arbeiten oder in der Bevölkerung eine Diskussion über diese Themen in Gang setzen wollen, als Referenz dienen. Die im Rahmen dieses Mandats von der SAMW durchgeführte Analyse soll als Orientierungshilfe dienen und nach und nach zu einer gewissen Kohärenz der verschiedenen künftigen Reformvorschläge führen.

Auch wenn gesamtschweizerisch vorerst mit einer Fortsetzung der auf einzelne Sektoren beschränkten Arbeit zu rechnen ist, halten es die Autorinnen und Autoren für angezeigt, die Diskussion über die allgemeinen Ziele, die Leistung und die Steuerung des Gesundheitssystems weiterzuführen. Das System wird in den kommenden Jahren stark unter Druck stehen, weshalb alle notwendigen Reformen durchgeführt werden müssen, um die hohe Leistung aufrechtzuerhalten, um die uns viele Länder beneiden.

7 Literaturverzeichnis

1. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Paris: OECD Policy Studies; 2023.
2. World Health Organization (WHO). One Health: A holistic approach to health and well-being. Weekly Epidemiological Record. 2023;98(48/49):622-3.
3. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), Organization International Labor Organization (ILO). Equipping Health Workers with the Right Skills: skills anticipation in the health workforce. Paris: Getting Skills Right, OECD Publishing; 2022.
4. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030 [verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>].
5. Mattig T. L'échec de la loi sur la prévention : un enseignement. Lausanne et Berne: Promotion Santé Suisse; 2013.
6. Schneider EC, Shah A, Doty MM, Tikkanen R, Fields K, Williams RD II. Mirror, Mirror 2021 - Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries. New York; The Commonwealth Fund; 2021.
7. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Positionspapier «Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems». Swiss academies communications. 2019;14(2).
8. Gonzalez Holguera J, Senn N. Umweltbewusste Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Swiss academies communications. 2022;17(4).
9. Broader determinants of health. The King's Fund . Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/what-are-health-inequalities.html>.
10. Raimondeau J. La santé publique, concepts et définitions de base. In: L'épreuve de santé publique. Rennes: Presses de l'EHESP; 2018. p.17-33.
11. Achtermann W, Berset C. Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential einer nationalen Gesundheitspolitik. Bd. 1 – Analyse und Perspektiven. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2006.
12. Achtermann W, Berset C. Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential einer nationalen Gesundheitspolitik. Bd. 2 – 10 Portraits. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2006.
13. Stadter C. Policy design, innovation and diffusion : evidence from cantonal public health policies in Switzerland. Zurich: University of Zurich; 2018.
14. Trein P, Ansell CK. Countering fragmentation, taking back the state, or partisan agenda-setting? Explaining policy integration and administrative coordination reforms. Governance. 2021;34(4):1143-66.
15. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), World Health Organization (WHO). OECD Reviews of Health System : Switzerland. Paris: OECD; 2006.
16. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), World Health Organization (WHO). OECD Reviews of Health Systems : Switzerland. Paris: OECD; 2011.
17. Rossini S, Crivelli R, Bolgiani I, Clausen A, Prélaz D, Scalici F. Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé: HES-SO; 2012.
18. Rossini S. Modes de gouvernance et défis principaux du système suisse de santé. Genève: Université de Genève, Institut de santé globale. 2018.
19. Rossini S. Réglementation du système suisse de santé: les mesures législatives sont-elles appropriées? LeGes. 2019;30(1):1-8.
20. Bundeskanzlei. Herausforderungen 2007–2011: Trendentwicklungen und mögliche Zukunftsthemen für die Bundespolitik. Bern: Bundeskanzlei; 2007.
21. Leu RE, Matter P. Comparaison des systèmes de santé suisse et néerlandais. La Vie économique. 2009;82(11): 9-12.
22. Sprumont D. Le système de santé suisse : présentation générale. In: La Harpe R, Ummel M, Dumoulin J-F, editors. Droit de la santé et médecine légale. Chêne-Bourg: RMS Editions; 2014. p. 97-104.
23. Dupont A-S, Burgat S, Hotz S, Lévy M. Le droit à la santé, une perspective de droit comparé: Suisse. Bruxelles: Service de Recherche du Parlement Européen (EPRS); 2022.

24. Bolgiani I, Crivelli L, Domenighetti G. Le rôle de l'assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse. *Revue française des affaires sociales*. 2006(2):239-62.
25. Monod S, Cavalli V, Pin S, Grandchamp C. Système de santé suisse : y a-t-il un pilote dans la machine ? *Revue Médicale Suisse*. 2023;18(819):583-8.
26. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). 100 Jahre 1919-2019. Berne: GDK-CDS; 2019.
27. Baumberger E. Herausforderung Gesundheitspolitik Schweiz: Handbuch und Leitfaden für die 20er-Jahre: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP; 2020.
28. Thomson S, Busse R, Crivelli L, van de Ven W, Van de Voorde C. Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison. *Health Policy*. 2013;109(3):209-25.
29. Okma KG, Crivelli L. Swiss and Dutch "consumer-driven health care": ideal model or reality? *Health Policy*. 2013;109(2):105-12.
30. Crivelli L. Consumer-driven health insurance in Switzerland, where politics is governed by federalism and direct democracy. In: Sagan A, Mossialos E, Thomson S, editors. *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. p. 446-93.
31. Levy M. The rise of the Swiss regulatory healthcare state: On preserving the just in the quest for the better (or less expensive?). *Regulation & Governance*. 2022;16(2):427-47.
32. van de Ven WPM, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut FT, Shmueli A, et al. Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*. 2013;109(3):226-45.
33. Guillod O. Evolution du droit de la santé au cours des dernières décennies. In: La Harpe R, Ummel M, Dumoulin J-F, editors. *Droit de la santé et médecine légale*. Chêne-Bourg: RMS Editions; 2014.
34. De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, et al. Switzerland: health system review. *Health Systems in Transition*. 2015;17(4): 1-288.
35. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Dialog «Nationale Gesundheitspolitik» – ständige Plattform von Bund und Kantonen verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/dialog-nationale-gesundheitspolitik-staendige-plattform-bund-kantonen.html>.
36. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Schweizerisches Gesundheitssystem. *Soziale Sicherheit*. 2012;2:60-93.
37. Lehmann P. Gouvernance politique du système de santé. In: Lehmann P, editor. *Réformes ou blocages Avis d'experts sur l'évolution du système de santé suisse jusqu'en 2030 - résultats d'une enquête Delphi de la SSPS*. Berne: Société suisse pour la politique de la santé (SSPS); 2016. p. 185-201.
38. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M. *Health system performance assessment : a framework for policy analysis*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.
39. Rajan D, Papanicolas I, Karanikolos M, Koch K, Rohrer-Herold K, Bernd R, et al. *Health system performance assessment. A renewed global framework for policy-making*. Copenhagen: World Health Organization (WHO); 2022. (Policy Brief 59).
40. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Gesetzgebung Mensch & Gesundheit verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit.html>.
41. Bundesamt für Gesundheit (BAG). DigiSanté: Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/digisante.html>.
42. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Verbesserung des Datenmanagements im Gesundheitsbereich. Bern; 2022.

8 Anhänge

8.1 Anhang 1: Liste der befragten Expertinnen und Experten

Die folgenden Expertinnen und Experten, ehemalige Akteure im Gesundheitssystem, wurden aufgrund ihrer hervorragenden Kenntnisse der Herausforderungen und Entwicklungen der Steuerung während der letzten 20 Jahre ausgewählt.

- Jacques de Haller, ehemaliger Präsident der FMH
- Ruth Dreifuss, alt Bundespräsidentin
- Thomas Zeltner, ehemaliger Direktor des BAG
- Daniel Schmutz, ehemaliger CEO von Helsana
- Stefan Spycher, ehemaliger Vizedirektor des BAG
- Thomas Heiniger, ehemaliger Präsident der GDK
- Daniel Scheidegger, ehemaliger Präsident der SAMW
- Michael Jordi, Generalsekretär der GDK
- Stéphane Rossini, Direktor des BSV und ehemaliger anerkannter Forscher im Bereich Gesundheitssysteme

Mit den Gesprächen wurden insbesondere diese Ziele verfolgt:

- Erwerb eines historischen Verständnisses der Steuerung und ihrer Entwicklung,
- Einholen der Meinung von Personen, die auf verschiedenen Ebenen in die Steuerung involviert sind, zu den Stärken und Schwächen des Gesundheitssystems angesichts der Herausforderungen von heute und morgen,
- Einholen der Meinung dieser Personen zu den Modalitäten einer Reform oder eines Umbaus der Steuerung und konkreter zu der von der SAMW vorgeschlagenen Massnahme.

8.2 Anhang 2: Vollständiger Bericht des Instituts für Gesundheitsrecht

Gesundheit: Stand des Völkerrechts und der Bundesverfassung sowie Möglichkeiten für die Einführung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit

**Rechtliche Analyse im Rahmen des von Unisanté Lausanne durchgeführten Projekts
«Relevanz und Machbarkeit eines Bundesgesetzes über die Gesundheit»**

Durchgeführt vom Institut de droit de la santé (IDS) im Auftrag von Unisanté

30. November 2023

Mélanie Levy

Professorin und Kodirektorin des IDS

Nathalie Brunner

Rechtsanwältin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des IDS

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	58
Einleitung	59
Gesundheit in der Rechtsordnung	60
1. Der Gesundheitsbegriff im Völkerrecht	60
2. Der Gesundheitsbegriff im schweizerischen Recht	62
3. Gesundheit als individuelles Recht: Stand des Bundesrechts	63
4. Gesundheit als öffentliches Interesse: Stand des Bundesrechts	64
Gesundheit als öffentliche Aufgabe	66
5. Kompetenzverteilung	66
6. Aufgaben von Bund und Kantonen	67
7. Schrittweise Zentralisierung der Kompetenzen beim Bund	69
Analyse	71
8. Vielfältige Kompetenzen im Gesundheitsbereich	71
9. Vernetzung durch die Kombination von Bundeskompetenzen	71
10. Weitere Vernetzungsbestrebungen	73
11. Rechtliche Machbarkeit eines Bundesgesetzes über die Gesundheit	74
11.1 Aktueller Stand der Bundesverfassung	74
11.2 Neue programmatische Norm	75
11.3 Neue Grundsatzgesetzgebungskompetenz für den Bund in Sachen Gesundheit	77
12. Alternativen	78
Schlussfolgerung	80

Vorwort

- 1 Das vorliegende Rechtsgutachten wurde im Rahmen des von Unisanté im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) durchgeführten Projekts *«Relevanz und Machbarkeit eines Bundesgesetzes über die Gesundheit»* erstellt und soll die Relevanz, den Inhalt und die Umsetzungsmittel eines Bundesgesetzes über die Gesundheit beleuchten.
- 2 Auf der Grundlage des Auftrags und der mit Unisanté geführten Gespräche bietet es eine Übersicht, wie das Thema Gesundheit in den rechtlichen Grundlagen behandelt wird, und gibt eine wissenschaftliche Stellungnahme zur rechtlichen Machbarkeit eines Bundesgesetzes über die Gesundheit sowie den aus rechtlicher Sicht vorstellbaren Alternativen ab. Da der dem IDS erteilte Auftrag eng begrenzt war, handelt es sich um eine kurz gefasste und auf rund 20 Seiten beschränkte Zusammenfassung der völkerrechtlichen und bundesrechtlichen Situation.
- 3 Der erste Teil befasst sich mit der Frage, wie das Thema Gesundheit im Völkerrecht und im Bundesrecht behandelt und definiert wird. Dabei wird insbesondere geprüft, ob und inwieweit die Gesundheit ein direkt einklagbares, individuelles Recht darstellt und ob sie von öffentlichem Interesse ist, sodass bestimmte, in der Bundesverfassung verankerte persönliche Rechte und Freiheiten eingeschränkt werden dürfen.
- 4 Im zweiten Teil wird das Thema Gesundheit hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt ihres Schutzes und ihrer Förderung als öffentliche Aufgabe behandelt. Dies umfasst eine Analyse der wichtigsten Bereiche, die das Thema Gesundheit im weiteren Sinn direkt oder indirekt betreffen. Da die Schweiz ein Bundesstaat ist, muss ausserdem beleuchtet werden, ob die Bundes- oder die Kantonsebene für die Gesetzgebung in diesen Bereichen zuständig ist und wer die entsprechenden Aufgaben zu erledigen hat.
- 5 Im dritten Teil wird ausgeführt, wie sich die Kompetenzen des Bundes im Gesundheitsbereich im weiteren Sinn darstellen und wie sich diese Kompetenzen vernetzen lassen. Danach werden die Möglichkeiten zur Verankerung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit aufgezeigt und einige Optionen für die Einführung eines solchen Gesetzes vorgestellt.
- 6 Am Ende des Rechtsgutachtens werden schliesslich einige Schlussfolgerungen gezogen.

Einleitung

- 7 Bei der Prüfung der rechtlichen Machbarkeit eines Bundesgesetzes zur Regelung eines bestimmten Bereichs sind die für die Verabschiedung von Gesetzen in der Schweiz geltenden Prinzipien zu berücksichtigen. Diese vergleichsweise komplexen Grundsätze sind namentlich in der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Bundesverfassung, BV)^a definiert.
- 8 In einem Bundesstaat wie der Schweiz sorgt die Bundesverfassung dafür, dass die Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt und die jeweiligen Aufgaben zugewiesen werden. Dazu ist in Artikel 3 BV festgehalten: *«Die Kantone sind souverän, soweit ihre Souveränität nicht durch die Bundesverfassung beschränkt ist; sie üben alle Rechte aus, die nicht dem Bund übertragen sind.»*
- 9 Der Bund kann folglich nur die Kompetenzen ausüben, die ihm durch die Bundesverfassung übertragen werden. Die Kantone sind hingegen von vornherein für alle Bereiche zuständig, die die Bundesverfassung nicht dem Bund zuweist.
- 10 Des Weiteren erfüllt der Bund die Aufgaben, die ihm die Bundesverfassung zuweist, während die Kantone ihre Aufgaben im Rahmen ihrer Zuständigkeiten selbst bestimmen (Art. 42 und 43 BV). Gemäss Artikel 43a BV übernimmt der Bund nur die Aufgaben, welche die Kraft der Kantone übersteigen oder einer einheitlichen Regelung durch den Bund bedürfen (*«Subsidiaritätsprinzip»*). Die Aufgaben müssen bedarfsgerecht und wirtschaftlich erfüllt werden.
- 11 In der Praxis sind die Kompetenzen von Bund und Kantonen jedoch nicht immer klar und scharf voneinander abgegrenzt. Bei bestimmten, facettenreichen Themen wie der Gesundheit sind sie miteinander verflochten.
- 12 Schliesslich sind Bund und Kantone bei der Ausübung ihrer Kompetenzen auch nicht völlig frei. Sie müssen für die Umsetzung der in der Bundesverfassung verankerten Grundrechte und Sozialziele sorgen (Art. 35 und 41 BV). Die Bundesverfassung verpflichtet sie ausserdem, einander in der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen und zusammenzuarbeiten (Art. 44 BV). Ferner wirken die Kantone nach Massgabe der Bundesverfassung an der Willensbildung des Bundes mit, insbesondere an der Rechtsetzung (Art. 45 BV).
- 13 Der Bund kann in bestimmten Aufgabenbereichen interkantonale Verträge allgemein verbindlich erklären oder die Kantone zur Beteiligung an interkantonalen Verträgen verpflichten. Dies gilt beispielsweise für die Abfallbewirtschaftung, die Abwasserreinigung, die Spitzenmedizin und Spezialkliniken sowie die Institutionen zur Eingliederung und Betreuung von Invaliden (Art. 48a BV).
- 14 Gemäss Artikel 49 BV geht Bundesrecht entgegenstehendem kantonalem Recht vor (*«Vorrang des Bundesrechts»*).
- 15 Die Bundesversammlung sorgt dafür, dass die Massnahmen des Bundes auf ihre Wirksamkeit überprüft werden (Art. 170 BV, *«Wirksamkeitsprüfung»*).
- 16 Die rechtliche Machbarkeit eines Bundesgesetzes hängt von diesen Parametern ab, die je nach dem zu reglementierenden Bereich zu würdigen sind. Für dieses Rechtsgutachten muss deshalb zuerst bestimmt werden, wie das Thema Gesundheit in der internationalen und schweizerischen Rechtsordnung behandelt wird.

^a Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR 101.

Gesundheit in der Rechtsordnung

1. Der Gesundheitsbegriff im Völkerrecht

- 17 Gemäss Artikel 5 Absatz 4 und Artikel 190 BV sind Bund und Kantone verpflichtet, das Völkerrecht zu beachten, da dieses Vorrang hat. Die Regeln der von der Schweiz ratifizierten Rechtstexte werden in die schweizerische Rechtsordnung aufgenommen. Direkt anwend- und einklagbar sind jedoch nur ausreichend konkrete Bestimmungen, die Rechte und Pflichten begründen.^b
- 18 Der Gesundheitsbegriff ist im Völkerrecht nicht neu. Die Schweizerische Eidgenossenschaft hat mehrere völkerrechtliche Verträge ratifiziert, deren Bestimmungen teilweise ein direktes oder indirektes Recht auf Gesundheit garantieren.
- 19 Als Erstes ist in diesem Zusammenhang die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 zu erwähnen, die für die Schweiz 1948 in Kraft getreten ist.^c In ihrer Präambel ist Gesundheit als *«Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur [als] Fehlen von Krankheit oder Gebrechen»* definiert. Es handelt sich hierbei um eine breit gefasste, auslegungsbedürftige Definition, deren Anwendung sich entsprechend komplex gestaltet.^d Weiter heisst es in der Präambel: *«Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens.»* Im Übrigen hat die Schweiz am 25. Juni 2004 die für die Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten relevante WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC)^e unterzeichnet, jedoch bis heute nicht ratifiziert.
- 20 Mehrere einschlägige Texte der Vereinten Nationen sind ebenfalls relevant. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) von 1948 ist in Artikel 25 Absatz 1 ein Recht auf Gesundheit verankert: *«Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschliesslich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von (...) Krankheit, Invalidität (...).»^f* Die AEMR ist allerdings für die Schweiz nicht rechtsverbindlich.^g
- 21 Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte^h von 1966 (IPwskR, UNO-Pakt I) ist hingegen seit seiner Ratifizierung 1992 für die Schweiz verbindlich. Er konkretisiert mehrere in der AEMR verankerte Rechte und sieht insbesondere in Artikel 12 Absatz 1 vor: *«Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit an.»* Artikel 12 Absatz 2 enthält eine Liste verschiedener Bereiche, in denen die Staaten Massnahmen ergreifen müssen, um die volle Verwirklichung dieses Rechts zu gewährleisten: Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie gesunde Entwicklung des Kindes, Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene,

^b DUBÉY J./BESSON S., in: Commentaire romand de la Constitution fédérale (Band 1), MARTENET/DUBÉY [Hrsg.], 2021, Nr. 137 ff. zu Artikel 5 BV; MARTENET V., in: Commentaire romand de la Constitution fédérale (Band 2), MARTENET/DUBÉY [Hrsg.], 2021, Nr. 17 ff. zu Artikel 190 BV.

^c SR 0.810.1.

^d SAINT-PHOR J., «Le droit aux soins de qualité: définition à la lumière du droit international et des théories conceptuelles», in: CLERC/DUNAND/SPRUMONT [Hrsg.]: *Alea jacta est: Santé!*, Mélanges en l'honneur d'Olivier Guillod, Neuenburg, 2021, S. 451-471, S. 454 mit Hinweisen, DAGRON S., *Le droit à la santé, un droit internationalement protégé*, Paris, 2019, JOSET N./SPRUMONT D., *Réflexion juridique sur la définition de la politique suisse de la santé*, RDS/ZSR 135 (2016) II 89, 115

^e https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=_en (30.11.2023).

^f <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf> (30.11.2023).

^g Mit Ausnahme der Normen, die Teil des Völkergewohnheitsrechts geworden sind.

^h SR 0.103.1.

Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten sowie Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen. Schliesslich sind die Staaten verpflichtet, unter Ausschöpfung aller ihrer Möglichkeiten nach und nach die volle Verwirklichung der anerkannten Rechte zu erreichen (Art. 2 Abs. 1 IPwskR).

- 22 Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) hat die Bedeutung und Tragweite des Rechts auf Gesundheit in seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 14 von 2000 definiert.ⁱ Darin werden sowohl die Bestandteile dieses Rechts als auch die Modalitäten seiner Umsetzung näher umrissen: «*Das Recht auf Gesundheit ist als Recht zu verstehen, in den Genuss verschiedener Einrichtungen, Güter, Dienstleistungen und Bedingungen zu gelangen, die für die Verwirklichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes notwendig sind.*» [freie Übersetzung] Gesundheit wird dort nicht nur als Recht auf Zugang zu einer Behandlung verstanden, sondern umfasst auch die sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit (insbesondere Ernährung, Wohnen, Arbeit und Bildung).
- 23 Artikel 12 IPwskR («*Recht auf Gesundheit*») weist unter dem Gesichtspunkt des schweizerischen Rechts einen im Kern programmatischen Charakter auf.^j Die Bestimmung begründet demnach kein subjektives Recht der Person, das diese bei den Verwaltungs- oder Gerichtsbehörden direkt geltend machen könnte. Sie muss vorgängig vom Gesetzgeber näher ausgeführt und umgesetzt werden.
- 24 Der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UNO-Pakt II)^k von 1966 enthält mehrere grundlegende Garantien, die den Schutz des Rechts auf Gesundheit indirekt betreffen (insbesondere Recht auf Leben sowie Verbot der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlungen). Die Schweiz ist diesem völkerrechtlichen Vertrag durch Ratifizierung 1992 beigetreten.
- 25 In mehreren völkerrechtlichen Verträgen der UNO ist das Recht auf Gesundheit in spezifischen Bereichen mit ähnlichen Begriffen wie in Artikel 12 IPwskR ebenfalls verankert. Es handelt sich dabei insbesondere um das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (1965/1994, Art. 5(e)(iv)),^l das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (1979/1997, Art. 11(1) f) und Art. 12),^m das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (1989/1997, Art. 24)ⁿ und das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2006/2014, Art. 25).^o
- 26 Schliesslich wird auch in mehreren Texten der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) und des Europarates ein Recht auf Gesundheit anerkannt, zum Beispiel im Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und

ⁱ Allgemeine Bemerkung Nr. 14 vom 11. August 2000, Recht auf bestmöglichen Gesundheitszustand [freie Übersetzung] (Art. 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte).

^j Botschaft betreffend den Beitritt der Schweiz zu den beiden internationalen Menschenrechtspakten von 1966 und zu einer Änderung des Bundesrechtspflegegesetzes vom 30. Januar 1991, BBl 1991 I 1189, 1201-1203 und BGE 120 Ia 1 E. 5. Vgl. auch BGE 139 I 257, 136 I 290, 135 I 161, 130 I 113, 126 I 240, 123 II 472, 122 I 101, 121 V 246 und 120 Ia 1.

^k SR 0.103.2.

^l SR 0.104.

^m SR 0.108.

ⁿ SR 0.107.

^o SR 0.109.

Medizin(Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin).^p Allerdings hat die Schweiz nicht alle diese Verträge ratifiziert.^q

- 27 Aufgrund dieser Ausführungen lässt sich sagen, dass der Gesundheitsbegriff im Völkerrecht nicht einheitlich definiert ist und oft auf auslegungsbedürftige Konzepte verweist. Allerdings ist zu betonen, dass der Begriff im weiteren Sinn und gesamtheitlich, einschliesslich der sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit, verstanden wird. Die völkerrechtlichen Normen, die ein Recht auf Gesundheit verankern, weisen zwar oft einen rein programmatischen Charakter auf. Die Schweizerische Eidgenossenschaft hat sich aber durch die Ratifizierung der entsprechenden Verträge verpflichtet, dieses Recht zu achten, zu schützen und zu verwirklichen. Damit hat die Schweiz ihren gesetzgeberischen Ermessensspielraum im Bereich der Gesundheit freiwillig eingeschränkt.

2. Der Gesundheitsbegriff im schweizerischen Recht

- 28 Das schweizerische Recht enthält auch keinen einheitlichen, klar umrissenen Gesundheitsbegriff – im Gegenteil: Die Definition unterscheidet sich je nach Bereich.
- 29 Im Rahmen der Arbeit zur Verabschiedung der Bundesverfassung von 1999 wurde das Thema Gesundheit zum Beispiel im Zusammenhang mit dem Entwurf einer Bestimmung über den Gesundheitsschutz als «*Schutz von Menschen und Tieren vor unmittelbaren Beeinträchtigungen der Gesundheit*» diskutiert, ohne jedoch den Umfang und Inhalt des Begriffs näher auszuführen. Allerdings heisst es dort weiter: «*Mittelbare Beeinträchtigungen durch Luft, Lärm, Wasser und andere Umweltmedien werden vom Umweltschutzartikel erfasst.*» Dies bedeutet, dass sich die verfassungsrechtliche Grundlage ausserhalb der direkt mit der Gesundheit verbundenen Zuständigkeiten befindet.^r
- 30 In der Gesetzgebung des Bundes ist der Gesundheitsbegriff je nach betroffenem Gebiet mehr oder weniger klar definiert. Der 8. Band der Systematischen Rechtssammlung des schweizerischen Rechts, der den Themen Gesundheit, Arbeit und soziale Sicherheit gewidmet ist, regelt zahlreiche Fragen und verfolgt bei der Definition von Gesundheit einen differenzierten Ansatz. Die Regelung der Sozialversicherungen fasst die Gesundheit und ihre möglichen Beeinträchtigungen beispielsweise eng und begrenzt sie ungeachtet der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren auf rein biomedizinische Erwägungen.
- 31 In sonstigen Bereichen der Bundesgesetzgebung herrscht hingegen eine andere, breitere Sichtweise auf die Gesundheit. Dies gilt zum Beispiel für die Reglementierung von chemischen Stoffen, Medikamenten, Lebensmitteln, Kosmetika und Gebrauchsgegenständen, die Forschung am Menschen, die Transplantationsmedizin, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die Medizinberufe oder den Schutz des ökologischen Gleichgewichts.
- 32 Auch in den kantonalen Gesetzgebungen ist Gesundheit nicht überall konkret und/oder ausschliesslich definiert. Mehrere Gesetzgebungen, die eine Definition enthalten, verfolgen einen

^p SR 0.810.2.

^q Für eine detaillierte Darstellung siehe DUPONT A.-S./BURGAT S./HOTZ S./LEVY M., *Le droit à la santé, une perspective de droit comparé*, Brüssel, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments, 2022-5, S. 14-15.

^r Botschaft über eine neue Bundesverfassung vom 20. November 1996, BBl 1997 I 1, 332.

biopsychosozialen Ansatz und berücksichtigen die physische, psychische und soziale Gesundheit, insbesondere im Rahmen der kantonalen Gesundheitsgesetze.^s

33 Insgesamt wird der Gesundheitsbegriff in der schweizerischen Rechtsordnung relativ breit definiert.

3. Gesundheit als individuelles Recht: Stand des Bundesrechts

34 Im Gegensatz zu verschiedenen völkerrechtlichen Texten kennt die Bundesverfassung kein ausdrückliches Recht auf Gesundheit. Sie enthält jedoch Bestimmungen, die dieses Recht schützen und/oder indirekt begründen.

35 Als Erstes ist dabei Artikel 35 BV zu nennen, wonach die Grundrechte in der ganzen Rechtsordnung zur Geltung kommen müssen. Je nach Situation können Elemente für ein Recht auf Gesundheit aus dem Recht auf Menschenwürde (Art. 7 BV), auf Leben und persönliche Freiheit (Art. 10 BV), auf Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV), auf Schutz der Privatsphäre (Art. 13 BV) und auf Schutz bei Freiheitsentzug (Art. 31 BV) sowie aus dem Grundsatz der Rechtsgleichheit (Art. 8 BV) abgeleitet werden.^t

36 Die Gesundheit stellt neben ihrer Konkretisierung in bestimmten Grundrechten auch ein Sozialziel dar, für das die Zuständigkeit nach Artikel 41 BV sowohl beim Bund als auch bei den Kantonen liegt. Es handelt sich jedoch nur um eine programmatische Norm, gemäss der der Staat Anstrengungen unternehmen muss, um die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu erfüllen, ohne dass die Einzelne bzw. der Einzelne daraus einen individuellen, einklagbaren Anspruch auf eine positive Leistung des Staates ableiten kann. Der Staat ist lediglich aufgerufen, «*in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung*» zu handeln. Diesbezüglich ist zu betonen, dass persönliche Verantwortung allgemein Vorrang vor staatlichem Handeln hat, das subsidiär bleibt (Art. 5a und Art. 6 BV). In Ziffer 5 und 6 unten wird noch näher darauf eingegangen.

37 Das Bundesgericht hat mehrfach darauf hingewiesen, dass es kein aus dem Völkerrecht und der Bundesverfassung abgeleitetes, direkt einklagbares Recht auf Gesundheit gibt.^u Dennoch hat es ein individuelles, einklagbares Recht auf eine lebenswichtige Behandlung im Fall einer Notlage (Art. 12 BV) anerkannt.^v Auch die Lehre erwähnt einen Anspruch auf gleichberechtigten Zugang zu bestehenden Leistungen für alle (Art. 8 BV) und zu den Sozialleistungen, die deren Finanzierung sicherstellen.^w

38 Das höchste Gericht hat ausserdem in mehreren Entscheiden das Recht auf Gesundheit geschützt, allerdings über andere Grundrechte und insbesondere die persönliche Freiheit (Art. 10 BV, beispielsweise im Zusammenhang mit dem Zugang zur Fortpflanzungsmedizin,^x der Möglichkeit

^s Zum Beispiel Artikel 2 des Neuenburger Gesundheitsgesetzes, RS-NE 800.1, oder Artikel 1 des Gesetzes über die Gesundheitsförderung und die Gesundheitskoordination des Kantons Tessin, RS-TI 801.100.

^t Für eine detaillierte Darstellung siehe DUPONT A.-S./BURGAT S./HOTZ S./LEVY M., *Le droit à la santé, une perspective de droit comparé*, Brüssel, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments, 2022-5, S. 47-52.

^u Insbesondere BGE 139 I 257 und 136 I 290.

^v BGE 131 I 166.

^w DUPONT A.-S./BURGAT S./HOTZ S./LEVY M., *Le droit à la santé, une perspective de droit comparé*, Brüssel, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments, 2022-5, S. 19.

^x BGE 119 Ia 460 und 115 Ia 234.

eines Hungerstreiks während einer Inhaftierung^y oder der Verweigerung einer Bluttransfusion im Rahmen einer Spitalbehandlung^z).

- 39 Das Bundesgericht musste sich auch zahlreiche Male mit einem anderen Aspekt des Rechts auf Gesundheit befassen, nämlich dem Zugang zu Behandlungen und deren Finanzierung durch die Systeme der sozialen Sicherheit und insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Sinn des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).^{aa} Die darin verankerten Bedingungen für die Leistungsübernahme und namentlich die Einhaltung der Grundsätze Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen können zwar je nach Umständen den Zugang gewisser Personen zu bestimmten Behandlungen verhindern oder begrenzen, lassen sich aber in einem auf Gegenseitigkeit beruhenden, durch die Nutzerinnen und Nutzer und die öffentliche Hand finanzierten Sozialversicherungssystem rechtfertigen.^{bb}
- 40 Dies zeigt, dass die Grundrechte eingeschränkt werden können. Gemäss Artikel 36 BV sind Einschränkungen zulässig, sofern sie über eine gesetzliche Grundlage verfügen, durch ein öffentliches Interesse oder den Schutz der Grundrechte Dritter gerechtfertigt und verhältnismässig sind sowie den Kerngehalt der Grundrechte unangetastet lassen.^{cc}

4. Gesundheit als öffentliches Interesse: Stand des Bundesrechts

- 41 Die Gesundheit wird neben ihrem Status als individuelles Recht auch als öffentliches Interesse im Sinn von Artikel 36 BV betrachtet. Hierbei handelt es sich um ein «polizeiliches» Interesse, das Einschränkungen der Rechte und Freiheiten des Einzelnen rechtfertigt.^{dd}
- 42 In einem Entscheid von 1992 vertrat das Bundesgericht die Auffassung, die in einem Freiburger Gesetz verankerte Pflicht, sich prophylaktischen schulzahnmedizinischen Massnahmen zu unterziehen, sei mit der persönlichen Freiheit und dem Recht auf Achtung des Privatlebens der Schülerinnen und Schüler sowie ihrer Eltern vereinbar. Das dabei vom Staat verfolgte Ziel des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung bedeute nicht nur, übertragbare Krankheiten zu bekämpfen, sondern auch nicht übertragbare Krankheiten zu verhüten und die Gesundheit allgemein zu fördern. Ein guter Gesundheitszustand sei im Interesse aller und könne Einschränkungen der individuellen Freiheiten rechtfertigen, beispielsweise durch die Auferlegung bestimmter Massnahmen.^{ee}
- 43 Vor allem bei der Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten können die Präventionsmassnahmen in Konflikt mit der persönlichen und/oder wirtschaftlichen Freiheit geraten. Nach Auffassung des Bundesgerichts kann der Gesundheitsschutz zum Beispiel beim Kampf gegen Tabak und Alkohol Vorrang vor der persönlichen und/oder wirtschaftlichen Freiheit haben.^{ff}

^y BGE 136 IV 97.

^z Urteil des BGER 9C_613/2015 vom 02.02.2016.

^{aa} SR 832.10.

^{bb} Beispielsweise BGE 145 V 116, 142 V 87 und 136 V 395 sowie Urteil des BGER 9C_730/2015 vom 16.09.2016.

^{cc} Zur Einschränkung der Grundrechte siehe DUBEY J., in: Commentaire romand de la Constitution fédérale (Band 1), MARTENET/DUBEY [Hrsg.], 2021, Nr. 45 ff. zu Artikel 36 BV.

^{dd} Zur Einschränkung der Grundrechte siehe DUBEY J., *ibid.*, Nr. 107 zu Artikel 36 BV mit Hinweisen.

^{ee} BGE 118 Ia 427 E. 4 bis 9.

^{ff} Siehe insbesondere BGE 139 I 242, 136 I 17, 136 I 29, 136 I 241 und 128 I 295.

- 44 Bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten hat sich das oberste Gericht im Wesentlichen mit der Frage der obligatorischen Impfungen⁹⁹ und den Folgen einer Verweigerung^{hh} derselben befasst. Dabei mass es dem Schutz der öffentlichen Gesundheit als kollektivem Interesse ein höheres Gewicht zu, das Einschränkungen der Grundrechte der Betroffenen rechtfertige.
- 45 In jüngerer Zeit musste sich das Bundesgericht mehrfach mit der Frage befassen, ob bestimmte, für die Gesamtheit oder einen Teil der Bevölkerung geltende Einschränkungen der persönlichen Freiheit gerechtfertigt seien, um die öffentliche Gesundheit im Zusammenhang mit der Covid-19-Gesundheitskrise zu schützen. So urteilte es beispielsweise, dass die durch einen Tessiner Erlass für nicht geimpftes Gesundheitspersonal mit engem Kontakt zur Patientenschaft in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen verfügte Testpflicht aufgrund ihres wenig invasiven Charakters und ihrer Verhältnismässigkeit gerechtfertigt sei.ⁱⁱ Mit einer ähnlichen Begründung schützte das Bundesgericht auch die Maskentragpflicht an einer Berner Schule ab der fünften Primarschulklasse^{jj} und in Freiburger Supermärkten^{kk} sowie die Einschränkungen des Demonstrationsrechts.^{ll} Ferner wies es die Beschwerde von Berufssoldatinnen und -soldaten ab, deren Arbeitsverhältnis gekündigt wurde, weil sie sich nicht impfen lassen wollten und deshalb nicht unmittelbar ins Ausland entsandt werden konnten.^{mm}

⁹⁹ Zum Beispiel obligatorische Impfung gegen Diphtherie in einem Kanton: BGE 99 Ia 747.

^{hh} Zum Beispiel in Bezug auf den Schulbesuch einer nicht gegen Masern geimpften Schülerin: Urteil des BGer 2C_395/2019 vom 08.06.2020.

ⁱⁱ Urteil des BGer 2C_886/2021 vom 12.12.2022 E. 3 und 4.

^{jj} BGE 148 I 89 E. 6 und 7.

^{kk} BGE 147 I 393.

^{ll} BGE 147 I 450.

^{mm} Urteile des BGer 8C_327/2022, 8C_340/2022, 8C_351/2022 und 8C_362/2022 vom 22.02.2023.

Gesundheit als öffentliche Aufgabe

- 46 Der Staat hat allgemein auf die Einhaltung der Grundrechte zu achten (Art. 35 BV), auch wenn er diese einschränken darf, wenn es beispielsweise um den Schutz der öffentlichen Gesundheit geht (Art. 36 BV). Die Verantwortung und Befugnisse des Staates im Gesundheitsbereich gehen jedoch über den reinen Schutz der Gesundheit auf individueller Ebene hinaus.
- 47 Gesundheit ist auch eine öffentliche Aufgabe. Die Bundesverfassung enthält folglich nicht nur einen Grundrechtskatalog (Art. 7 bis 34 BV), sondern auch eine Bestimmung zu den Sozialzielen (Art. 41 BV) sowie einen Teil, der sich mit den Zuständigkeiten und dem Gesetzgebungsauftrag des Bundes befasst (Art. 54 bis 135 BV).ⁿⁿ Dieser angesichts der Anzahl Artikel imposante Teil spielt eine Schlüsselrolle.

5. Kompetenzverteilung

- 48 In einem föderalistischen System wie der Schweiz müssen die – namentlich gesetzgeberischen – Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt werden. Diese Aufgaben- und Kompetenzverteilung wird in der Bundesverfassung sichtbar. Gemäss Artikel 3 BV verfügen die Kantone über eine primäre Gesetzgebungskompetenz, während der Bund nur in den Bereichen legislieren darf, die ihm ausdrücklich zugewiesen sind. Der Bund nimmt die ihm von der Bundesverfassung zugewiesenen Aufgaben wahr, während die Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten selbst bestimmen, welche Aufgaben sie erfüllen (Art. 42 und 43 BV).^{oo} Der Bund muss sich folglich auf eine konkrete verfassungsrechtliche Bestimmung stützen können, die ihm eine Zuständigkeit zuweist. Ansonsten muss eine solche geschaffen werden.
- 49 Die auf die Zuweisung und Erfüllung der staatlichen Aufgaben anwendbaren Grundsätze werden in Artikel 43a BV näher ausgeführt. Artikel 43a Absatz 1 BV greift das Subsidiaritätsprinzip von Artikel 5a BV auf und hält fest, dass der Bund nur die Aufgaben übernimmt, welche die Kraft der Kantone übersteigen oder einer einheitlichen Regelung durch den Bund bedürfen.^{pp} Bei den Finanzierungsgrundsätzen trägt das Gemeinwesen, in dem der Nutzen einer staatlichen Leistung anfällt, deren Kosten (Art. 43a Abs. 2 BV). Das Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, kann über diese Leistung bestimmen (Art. 43a Abs. 3 BV).
- 50 Bund und Kantone haben bei der Erledigung ihrer Aufgaben für die Verwirklichung der in der Bundesverfassung verankerten Grundrechte und Sozialziele zu sorgen (Art. 35 und 41 BV), einander zu helfen und zusammenzuarbeiten (Art. 44 BV). Ferner wirken die Kantone nach Massgabe der Bundesverfassung an der Willensbildung des Bundes mit, insbesondere an der Rechtsetzung (Art. 45 BV).
- 51 51 Im Gesundheitsbereich erweist sich die Kompetenzabgrenzung als komplexes Unterfangen, vor allem wenn Gesundheit breit und einschliesslich ihrer Determinanten verstanden wird. Die mit dem Thema Gesundheit im weiteren Sinn verbundenen Zuständigkeitsbereiche sind nicht immer klar voneinander abgegrenzt, und die Kompetenzen von Bund und Kantonen sind stark miteinander verflochten.

ⁿⁿ MALINVERNI G./HOTTELIER M./HERTIG RANDALL M./FLÜCKIGER A., *Droit constitutionnel suisse*, Band I, L'État, 4. Aufl. 2021, Nr. 1073.

^{oo} DONZALLAZ Y., *Traité de droit médical – Band I*, Bern, 2021, Nr. 1144 ff.; GUILLOD O., *Droit médical*, 2020, Nr. 48 ff.; MARTENET V., in: *Commentaire romand de la Constitution fédérale* (Band 1), MARTENET/DUBEY [Hrsg.], 2021, Nr. 21 ff. zu Art. 3 BV.

^{pp} MALINVERNI G./HOTTELIER M./HERTIG RANDALL M./FLÜCKIGER A., *Droit constitutionnel suisse*, Band I, L'État, 4. Aufl. 2021, Nr. 1101, BELLANGER F., in: *Commentaire romand de la Constitution fédérale* (Band 1), MARTENET/DUBEY [Hrsg.], 2021, Nr. 13 ff. zu Artikel 43a BV.

6. Aufgaben von Bund und Kantonen

- 52 Dieser Aspekt lässt sich über eine Analyse der einschlägigen Verfassungsbestimmungen in einer Vielzahl von Bereichen mit Bezug zur Gesundheit im weiteren Sinn und zu den Bedingungen aufzeigen, die die Gesundheit fördern und/oder erhalten (zum Beispiel Bildung, Umwelt, Arbeit, Ernährung etc.).
- 53 Die Bundesverfassung weist Bund und Kantone in Artikel 41 Sozialziele zu, begründet oder definiert aber keine Gesetzgebungskompetenzen. Bund und Kantone erhalten mit dieser Bestimmung zur Ergänzung der persönlichen Verantwortung innerhalb ihrer verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten und Mittel verschiedene Sozialziele, die alle eine mehr oder weniger starke Konvergenz mit dem Thema Gesundheit aufweisen. Dabei werden jedoch keine subjektiven Rechte gewährt. Jede Person soll an der sozialen Sicherheit teilhaben können (Abs. 1 Bst. a), die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhalten (Abs. 1 Bst. b), sich nach ihren Fähigkeiten ausbilden (Abs. 1 Bst. f), ihren Lebensunterhalt durch Arbeit zu angemessenen Bedingungen bestreiten (Abs. 1 Bst. d) und eine angemessene Wohnung zu tragbaren Bedingungen finden können (Abs. 1 Bst. e). Des Weiteren bezweckt die Bestimmung den Schutz und die grundsätzliche Förderung der Familie (Abs. 1 Bst. c) sowie die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, damit diese *«in ihrer Entwicklung zu selbstständigen und sozial verantwortlichen Personen gefördert und in ihrer sozialen, kulturellen und politischen Integration unterstützt werden sowie ihre Gesundheit gefördert wird»* (Abs. 1 Bst. g). Folglich gehört die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen ausdrücklich zu den Sozialzielen.
- 54 Artikel 41 BV besitzt einen begrenzten normativen Wert. Die Bestimmung hat programmatischen Charakter und verlangt von den Behörden Anstrengungen zur Erreichung der aufgeführten Ziele. Dabei wird daran erinnert, dass *«bei der Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben [...] der Grundsatz der Subsidiarität zu beachten»* ist (Art. 5a BV) und dass *«jede Person [...] Verantwortung für sich selber [wahrnimmt] und [...] nach ihren Kräften zur Bewältigung der Aufgaben in Staat und Gesellschaft [beiträgt]»* (Art. 6 BV).
- 55 Für die Sicherheit des Landes und den Schutz der Bevölkerung sind Bund und Kantone im Rahmen ihrer jeweiligen Kompetenzen verantwortlich. Die Armee fällt in den Zuständigkeitsbereich des Bundes (Art. 58 bis 60 BV). Sie hat insbesondere den Auftrag, die zivilen Behörden bei der Bewältigung ausserordentlicher Lagen zu unterstützen (Art. 58 Abs. 2 BV). Der Bund erlässt Vorschriften über den Einsatz des Zivilschutzes, namentlich bei Katastrophen und in Notlagen. Ferner ist er für die Forschung und Weiterbildung zuständig (Art. 64 und 64a BV).
- 56 In der Bildung sind die Kompetenzen je nach Bereich auf Bund und Kantone aufgeteilt. Beide haben im Rahmen ihrer Zuständigkeiten *«für eine hohe Qualität und Durchlässigkeit des Bildungsraumes Schweiz»* zu sorgen (Art. 61a BV). Das Schulwesen ist Sache der Kantone (Art. 62 BV), während die Berufsbildung in die Zuständigkeit des Bundes fällt (Art. 63 BV) – um nur zwei Beispiele zu nennen. Bund und Kantone müssen den besonderen Förderungs- und Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung tragen, und der Bund kann in Ergänzung zu kantonalen Massnahmen die ausserschulische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen unterstützen (Art. 67 BV). In Artikel 68 BV wird der Bund verpflichtet, den Sport zu fördern. Mit dieser Bestimmung erhält er auch die Möglichkeit, Vorschriften über den Jugendsport zu erlassen und den Sportunterricht an Schulen obligatorisch zu erklären.

- 57 Im Bereich Umwelt und Raumplanung müssen Bund und Kantone allgemein auf eine nachhaltige Entwicklung achten (Art. 73 BV). Der Bund ist zuständig, um Vorschriften über den Schutz des Menschen und seiner natürlichen Umwelt vor schädlichen oder lästigen Einwirkungen zu erlassen. Ausserdem sorgt er dafür, dass solche Einwirkungen vermieden werden. Die Kantone müssen das Bundesrecht vollziehen, sofern diese Aufgabe nicht von Gesetzes wegen dem Bund übertragen wird (Art. 74 BV). Die Raumplanung obliegt den Kantonen, die die vom Bund festgelegten Grundsätze anwenden müssen (Art. 75 BV). Die Erhaltung und Erschliessung der Wasservorkommen sowie die Nutzung der Gewässer zur Energieerzeugung erfolgt gemäss den vom Bund definierten Grundsätzen. Dieser regelt auch den Gewässerschutz (Art. 76 BV). Für den Naturschutz schliesslich sind die Kantone verantwortlich (Art. 78 BV), während der Schutz von Wäldern und Tieren dem Bund untersteht (Art. 77 und 80 BV).
- 58 Die Kompetenzen in Sachen öffentlicher Verkehr sowie Strassen-, Schienen- und Fussgängerverkehr und -infrastrukturen sind auf Bund und Kantone aufgeteilt (Art. 81a bis 88 BV).
- 59 In der Energiepolitik ruft die Bundesverfassung Bund und Kantone auf, sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten *«für eine ausreichende, breit gefächerte, sichere, wirtschaftliche und umweltverträgliche Energieversorgung sowie für einen sparsamen und rationellen Energieverbrauch»* einzusetzen (Art. 89 Abs. 1 BV). Ansonsten weist sie die Gesetzgebungskompetenzen im Energiebereich mehrheitlich dem Bund zu (Art. 89 bis 91 BV).
- 60 Gemäss Artikel 95 Absatz 1 BV kann der Bund Vorschriften über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit erlassen. Ferner trifft er Massnahmen zum Schutz der Konsumentinnen und Konsumenten (Art. 97 Abs. 1 BV).
- 61 Im wirtschaftlichen Bereich liegt die Versorgung des Landes mit Gütern und Dienstleistungen insbesondere in schweren Mangellagen, denen die Wirtschaft nicht selbst zu begegnen vermag, in der Zuständigkeit des Bundes (Art. 102 Abs. 1 BV). Der Bund sorgt auch dafür, *«dass die Landwirtschaft durch eine nachhaltige und auf den Markt ausgerichtete Produktion einen wesentlichen Beitrag [...] zur sicheren Versorgung der Bevölkerung»* leistet (Art. 104 Abs. 1 BV). Er hat ausserdem die Voraussetzungen zu schaffen, um die Versorgung der Bevölkerung mit Lebensmitteln zu sichern (Art. 104a BV). Schliesslich ist der Bund auch für die Gesetzgebung in den Bereichen Herstellung, Einfuhr, Reinigung und Verkauf gebrannter Wasser (Art. 105 BV) sowie Geldspiele zuständig. Bei Letzteren sind die Vollzugsaufgaben auf Bund und Kantone aufgeteilt (Art. 106 BV).
- 62 Bei den Themen Arbeit, soziale Sicherheit und Gesundheit besitzt der Bund ebenfalls zahlreiche Zuständigkeiten. Mit Artikel 110 Absatz 1 Buchstabe a BV erhält er insbesondere die Möglichkeit, Vorschriften über den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einschliesslich ihrer physischen und psychischen Gesundheit bei der Arbeit zu erlassen. Die Gesetzgebungskompetenzen in Sachen Sozialversicherungen und Unterstützung liegen im Wesentlichen beim Bund, wobei bestimmte Vollzugsaufgaben den Kantonen zugewiesen werden (Art. 111 bis 117 BV).
- 63 Gestützt auf Artikel 117 Absatz 1 BV erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung. Dank der Zuständigkeit und des Auftrags, Vorschriften über die Krankenversicherung zu erlassen, konnte der Bund eine umfangreiche Gesetzgebung schaffen, die das Schweizer Gesundheitssystem weit über reine Versicherungsfragen hinaus prägt.⁹⁹

⁹⁹ DUPONT A.-S./BURGAT S./HOTZ S./LEVY M., Le droit à la santé, une perspective de droit comparé, Brüssel, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments, 2022-5, S. 25-28.

- 64 Bei den einschlägigen Zuständigkeiten des Bundes im Bereich der Gesundheit im engeren Sinn erweist sich die Lage als komplex: Es gibt programmatische Bestimmungen sowie Zuweisungen von Aufgaben und Gesetzgebungskompetenzen. In Bezug auf Erstere müssen Bund und Kantone den Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung gewährleisten (Art. 117a BV), die Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung anerkennen und fördern und für eine zugängliche Pflege (Art. 117b BV) sowie im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin sorgen (Art. 118a BV).
- 65 In mehreren mit dem Thema Gesundheit verbundenen Bereichen liegt die Gesetzgebungskompetenz beim Bund. Dies gilt insbesondere für die Aus- und Weiterbildung bei Berufen der medizinischen Grundversorgung, die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe sowie die angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin (Art. 117a Abs. 2 BV), den Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können, die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren, den Schutz vor ionisierenden Strahlen (Art. 118 Abs. 2 BV), die Forschung am Menschen (Art. 118b BV), die Fortpflanzungsmedizin und die Gentechnologie im Human- und Ausserhumanbereich (Art. 119 und 120 BV) sowie die Transplantationsmedizin (Art. 119a BV). Für die übrigen Gesundheitsbereiche im Sinn einer öffentlichen Aufgabe sind die Kantone zuständig.
- 66 Die Gesetzgebung im Zivil- und Strafrecht obliegt dem Bund (Art. 122 und 123 BV).
- 67 Schliesslich ist zu erwähnen, dass der Bund seit dem Inkrafttreten von Artikel 48a BV im Jahr 2008 in bestimmten Aufgabenbereichen in Verbindung mit dem Thema Gesundheit im weiteren Sinn interkantonale Verträge allgemein verbindlich erklären oder Kantone zur Beteiligung an interkantonalen Verträgen verpflichten kann. Dies gilt beispielsweise für die Abfallbewirtschaftung, die Abwasserreinigung, die Spitzenmedizin und Spezialkliniken sowie die Institutionen zur Eingliederung und Betreuung von Invaliden.^{ff}

7. Schrittweise Zentralisierung der Kompetenzen beim Bund

- 68 Im Gesundheitsbereich ist seit mehreren Jahren ein Trend zu einer schrittweisen Zentralisierung der Kompetenzen beim Bund zu beobachten.
- 69 Dies betrifft insbesondere (neue) Technologien wie die Transplantationen (Art. 119a BV), die Forschung am Menschen (Art. 118b BV) und die Fortpflanzungsmedizin (Art. 119 BV).^{ss} In diesen Bereichen hat sich gezeigt, dass eine einheitliche Regelung auf Bundesebene erforderlich ist. Die Lehre spricht in diesem Zusammenhang von einer eigentlichen «Föderalisierung» des Biorechts.^{tt}
- 70 Eine gewisse Zentralisierung im Gesundheitsbereich erfolgte auch über das direktdemokratische Instrument der Volksinitiative (Art. 139 BV). So wurden durch die Annahme von Volksinitiativen neue Bundeskompetenzen für die Komplementärmedizin (Art. 118a BV), die medizinische

^{ff} MALINVERNI G./HOTTELIER M./HERTIG RANDALL M./FLÜCKIGER A., Droit constitutionnel suisse, Band I, L'État, 4. Aufl. 2021, Nr. 1043.

^{ss} Auf der Grundlage dieser Verfassungsbestimmungen wurden mehrere Bundesgesetze angepasst: Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz, SR 810.21), Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (SR 810.30) und Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (SR 810.11).

^{tt} DUPONT A.-S./BURGAT S./HOTZ S./LEVY M., Le droit à la santé, une perspective de droit comparé, Brüssel, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments, 2022-5, S. 5-6, DONZALLAZ Y., Traité de droit médical – Band I, Bern, 2021, Nr. 1152 ff., GUILLOD O., Évolution du droit de la santé, in: BERTRAND *et al.* [Hrsg.], Droit de la santé et médecine légale, Chêne-Bourg, 2014, S. 70.

Grundversorgung (Art. 117a BV) und die Pflege (Art. 117b BV) in die Bundesverfassung aufgenommen.^{uu}

- 71 Letztlich zeigte sich die Notwendigkeit einer stärkeren Zentralisierung auch im Rahmen der Covid-19-Pandemie.^{vv} Die hohe Zahl der von der Gesundheitskrise mehr oder weniger direkt betroffenen Bereiche und das Fehlen einer klaren Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen erwiesen sich bisweilen als problematisch. Angesichts eines Phänomens wie Covid-19 ist der Föderalismus an gewisse Grenzen gestossen, weil sich unterschiedliche kantonale Gesetzgebungen und Praktiken bei der Bewältigung kaum rechtfertigen liessen. Diese Überlegungen begleiten im Übrigen auch die aktuellen Anstrengungen für eine Teilrevision des Epidemiengesetzes.^{ww}

^{uu} Eine eidgenössische Volksinitiative mit dem Titel «Ja zur Komplementärmedizin» wurde eingereicht und anschliessend nach der Verabschiedung eines direkten Gegenvorschlags der Bundesversammlung zurückgezogen. Dieser wurde in der Volksabstimmung vom 17. Mai 2009 angenommen. Eine eidgenössische Volksinitiative mit dem Titel «Ja zur Hausarztmedizin» wurde eingereicht und anschliessend ebenfalls nach der Verabschiedung eines direkten Gegenvorschlags der Bundesversammlung zurückgezogen. Dieser wurde in der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 angenommen. Schliesslich wurde die Volksinitiative mit dem Titel «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» in der Volksabstimmung vom 28. November 2021 angenommen.

^{vv} Vgl. zum Beispiel INTERFACE, Evaluation der Krisenbewältigung Covid-19 bis Sommer 2021, Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), 4. Februar 2022, S. 11, oder Bundeskanzlei, Bericht zur Auswertung des Krisenmanagements in der Covid-19-Pandemie (1. Phase / Februar bis August 2020), 11. Dezember 2020, insbesondere Empfehlungen S. 29-30.

^{ww} Am 29. November 2023 eröffnete der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zur Teilrevision des Epidemiengesetzes. Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/revision-epidemiengesetz.html> (30.11.2023).

Analyse

8. Vielfältige Kompetenzen im Gesundheitsbereich

- 72 Wie die vorstehenden Ausführungen zeigen, weist die Bundesverfassung dem Bund vielfältige Kompetenzen im Gesundheitsbereich im weiteren Sinn zu.
- 73 Aktuell bietet sie jedoch keinen umfassenden oder systematischen Zugang zum Thema Gesundheit im weiteren Sinn. Insbesondere stellt sie nur wenige und indirekte Verbindungen zwischen den verschiedenen Gesundheitsdeterminanten her.
- 74 Entsprechend ist die Gesundheit im weiteren Sinn durch einzelne Kompetenzbereiche geprägt. Diese sind fragmentarisch und nicht klar miteinander verbunden.
- 75 Der auf eine Vernetzung der vielen mit dem Thema Gesundheit im weiteren Sinn verbundenen Bereiche basierende Ansatz «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») kommt in der Bundesverfassung nicht als solcher zum Tragen.^{xx} Dasselbe gilt für den «One-Health»-Ansatz, der auf den inhärenten Verbindungen zwischen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt beruht.^{yy}
- 76 Um Abhilfe zu schaffen und die Gesundheit im weiteren Sinn gesamtheitlich zu fördern, können Verfassungs- und Gesetzesänderungen in Erwägung gezogen werden (Ziff. 11 unten). Vor einer Erörterung dieser Änderungen wird jedoch auf die in der Schweiz bereits durchgeführten oder zurzeit laufenden Anstrengungen zur Vernetzung von Bundeskompetenzen eingegangen (Ziff. 9 und 10 unten).

9. Vernetzung durch die Kombination von Bundeskompetenzen

- 77 In der Gesetzgebung des Bundes wurden bereits Schritte für eine Vernetzung von Kompetenzen unternommen, indem fragmentarische verfassungsrechtliche Zuständigkeiten für die Gesundheit im weiteren Sinn kombiniert wurden.
- 78 Bei den bisher im Gesundheitsbereich verabschiedeten Gesetzen spielten die nicht einschlägigen Kompetenzen, die das Thema im weiteren Sinn berühren, eine entscheidende Rolle. Sie wurden vom Bund zusammen mit den einschlägigen Kompetenzen genutzt, um im Gesundheitswesen tätig zu werden.
- 79 Als Beispiel für eine solche Vernetzung kann das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen genannt werden.^{zz} Es regelt den Schutz vor dem Passivrauchen in öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen oder Räumen, in denen mehrere Personen arbeiten, und stützt sich auf die Kompetenzen des Bundes nach Artikel 110 Absatz 1 Buchstabe a BV (Arbeitnehmerschutz) und

^{xx} WHO, Helsinki Statement on Health in All Policies 2013, WHO (WHA67.12) 2014: Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity. Darin heisst es: «*Gesundheit in allen Politikbereichen ist ein ressortübergreifender Ansatz staatlicher Politik, der die Auswirkungen von Entscheidungen auf die Gesundheit systematisch berücksichtigt, Synergien anstrebt und die für die Gesundheit schädlichen Folgen vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und die Gleichberechtigung im Bereich der Gesundheit zu verbessern.*» [freie Übersetzung].

^{yy} ZINSSTAG J./SCHELLING E./WALTNER-TOEWS D./WHITTAKER M. A./TANNER M., One Health, Une seule santé: Théorie et pratique des approches intégrées de la santé, Éditions Quae, 2020; RUIZ DE CASTAÑEDA R./BOLON I./STAUFFER M. et al., Catalysing One Health with Swiss Diplomacy: Three recommendations for leveraging Switzerland's science and diplomacy to prevent, prepare, and respond to future pandemics, Geneva Science-Policy Interface Policy Brief, 2022, in Auftrag gegeben vom Eidgenössischen Departement für auswärtige Angelegenheiten.

^{zz} SR 818.31.

Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV (Schutz gegen stark verbreitete oder bösartige Krankheiten von Menschen).

- 80 Das von der Bundesversammlung am 1. Oktober 2021 verabschiedete Bundesgesetz über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten (Tabakproduktegesetz, TabPG) ist noch nicht in Kraft getreten.^{aaa} Trotzdem ist festzuhalten, dass es sich auf die Zuständigkeiten des Bundes nach Artikel 95 Absatz 1 BV (privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit) und Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe a und b BV (Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können, sowie Schutz gegen stark verbreitete oder bösartige Krankheiten von Menschen) stützt. Der Bundesrat stellte interessanterweise in seiner Botschaft klar: *«Der Bund hat in diesem Bereich eine umfassende Gesetzgebungskompetenz. Im Zentrum der verfassungsrechtlichen Grundlage des Entwurfs steht Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe a BV. Diese Verfassungsbestimmung bezweckt, die Konsumentinnen und Konsumenten im Verkehr mit gewissen Produkten vor Gesundheitsschädigungen zu schützen. In sachlicher Hinsicht umfasst die Norm den Umgang mit Gebrauchs- und Verbrauchsgegenständen, soweit diese die Gesundheit gefährden können. Die in Buchstabe a enthaltene Aufzählung hat nicht abschliessenden Charakter. (...) Erfasst sind grundsätzlich alle namentlich genannten Waren und Gegenstände, welche die Gesundheit gefährden können, wobei die im Alltag wichtigsten genannt werden (Lebensmittel, Heilmittel, Chemikalien etc.). Tabakprodukte und E-Zigaretten gelten unzweifelhaft als Gegenstände, welche die Gesundheit der Bevölkerung gefährden können.»*^{bbb}
- 81 Das Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (LMG)^{ccc} verfolgt namentlich das Ziel, die Gesundheit der Konsumentinnen und Konsumenten vor den Risiken dieser Waren und Gegenstände zu schützen. Es wurde in Ausführung von Artikel 97 Absatz 1 BV (allgemeiner Schutz der Konsumentinnen und Konsumenten), Artikel 105 BV (Kompetenz für den Bund, in Sachen Alkohol zu legiferieren und dabei den schädlichen Wirkungen des Alkoholkonsums Rechnung zu tragen) und Artikel 118 BV (Umgang mit Lebensmitteln und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können) verabschiedet.
- 82 Ein bemerkenswertes Beispiel ist das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG),^{ddd} das Massnahmen zur Unterstützung der Einführung, Verbreitung und Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers festlegen soll. Mit diesem sollen die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden (Art. 1 Abs. 2 und 3 EPDG).
- 83 Das im Wesentlichen auf die Gesundheit abzielende Gesetz wurde in Ausführung von Artikel 95 Absatz 1 BV (mit dem der Bund Vorschriften über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit erlassen kann) und Artikel 122 Absatz 1 BV (der regelt, dass die Gesetzgebung auf dem Gebiet des Zivilrechts und des Zivilprozessrechts Sache des Bundes ist) und somit auf der Grundlage von Bestimmungen verabschiedet, die keinen direkten oder offensichtlichen Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit aufweisen.
- 84 Kürzlich wurde ein Entwurf für eine Totalrevision des EPDG in die Vernehmlassung geschickt. Um mehrere Probleme der aktuellen Gesetzgebung – zum Beispiel bei der Finanzierung – zu lösen, soll

^{aaa} BBl 2021 2327.

^{bbb} Botschaft zum Bundesgesetz über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten (Tabakproduktegesetz, TabPG) vom 30. November 2018, BBl 2019 919, 992-993.

^{ccc} SR 817.0.

^{ddd} SR 816.1.

sich das Gesetz gemäss der Vorlage in Zukunft auch auf Artikel 117 BV (Krankenversicherung) stützen. Dadurch könnte der Bund insbesondere über erweiterte Kompetenzen bestimmte, zurzeit problematische Aspekte des elektronischen Patientendossiers regeln^{eee} und so eine aktivere Rolle bei diesem Thema übernehmen.^{fff}

- 85 Der Rückgriff auf solche Kombinationen verfassungsrechtlicher Zuständigkeiten für die Einführung von Bundesgesetzen ermöglicht eine Vernetzung bei einem Thema wie der Gesundheit im weiteren Sinn.

10. Weitere Vernetzungsbestrebungen

- 86 Es gibt noch andere Ansätze zur Vernetzung, um eine breitere Sichtweise auf die Gesundheit im weiteren Sinn zu entwickeln. So hätte beispielsweise der Gesundheitsbegriff – zumindest teilweise – geklärt werden können, wenn der Entwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG)^{ggg} verabschiedet worden wäre. Darin war unter den Begriffsbestimmungen von Artikel 3 eine breite Definition vorgesehen. In der Botschaft wurde dazu ausgeführt: *«Der Gesundheitszustand ist das jeweilige Gleichgewicht zwischen gesundheitsbelastenden und gesundheitsfördernden Faktoren. Das immer wieder neu herzustellende Gleichgewicht wird durch vier Dimensionen beeinflusst: biologisch-genetische Voraussetzungen, persönlicher Lebensstil, Umwelt und Lebensbedingungen (z. B. Bildung oder Arbeit) sowie medizinische Versorgung (Gesundheitssystem). Gesundheit wird somit als persönlicher und gesellschaftlicher Wert verstanden und reicht über den Zustand der Abwesenheit von Krankheit hinaus.»^{hhh}*
- 87 Gemäss dem Entwurf bezweckte das Gesetz die Prävention und Früherkennung übertragbarer, stark verbreiteter und bösartiger Krankheiten sowie die Förderung von Massnahmen zu ihrer Verhütung, wobei *«Gesundheitsförderungsmassnahmen, die primär auf die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen abzielen, wie Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität in Wohnquartieren, oder auf das Ziel einer allgemeinen Förderung des Wohlergehens und der Lebensqualität ausgerichtet sind»ⁱⁱⁱ* vom Anwendungsbereich ausgeschlossen waren. Der Entwurf des PräVG wurde von der Bundesversammlung am 27. September 2012 abgelehnt.
- 88 Mit der parlamentarischen Initiative Gugger *«Recht auf gesunde Umwelt und Rechte der Natur»^{jjj}* von 2021 sollte ein direkt einklagbares Grundrecht *«des Menschen auf eine gesunde Umwelt»* in die Verfassung aufgenommen werden, um diesem *«die Verknappung der Ressourcen, [...] die zunehmenden Umweltbelastungen und die Folgen der Klimaerhitzung»* zu ersparen. Dieses Grundrecht hätte breit definiert werden müssen, um das Ziel erreichen zu können. Der Nationalrat lehnte es jedoch am 12. Dezember 2022 ab, dieser parlamentarischen Initiative Folge zu leisten.

^{eee} Namentlich über die auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung anwendbare Gesetzgebung.

^{fff} Erläuternder Bericht des Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (Totalrevision) vom 21. Juni 2023, S. 8, 11-12.

^{ggg} Geschäft des Bundesrates 09.076.

^{hhh} Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) vom 30. September 2009, BBl 2009 7071, 7125.

ⁱⁱⁱ *Ibid.* 7129-7130.

^{jjj} 21.439.

- 89 Die Beispiele mit dem PräVg-Entwurf und der parlamentarischen Initiative zeigen, dass es – wenn auch noch erfolglose – Versuche gegeben hat, den Gesundheitsbegriff zu vernetzen und ganzheitlicher zu betrachten. Weitere Anstrengungen wie zum Beispiel der Entwurf für eine Änderung des Bundesgesetzes über den Umweltschutz laufen noch.
- 90 Mit dem vom Bundesrat am 16. Dezember 2022 vorgestellten Entwurf sollen «*raumplanerische Zielsetzungen mit dem Schutz der Bevölkerung vor Lärm besser abgestimmt werden*». ^{kkk} Er sieht ferner Normen für die Dekontamination belasteter Standorte zum Schutz der Bevölkerung vor. ^{lll} Zwei der drei Ziele der Vorlage befassen sich folglich u. a. mit dem Schutz der Gesundheit im weiteren Sinn.
- 91 Schliesslich stellen auch die laufenden Arbeiten zur Durchführung einer Schweizer Gesundheitsstudie ein Beispiel für Vernetzungsbestrebungen dar. Diese will fächerübergreifend Personenkohorten analysieren, um Referenzgesundheitsdaten der Schweizer Bevölkerung zu erheben. ^{mmm}
- 92 Gemäss dem Zwischenbericht zur Pilotphase der «*Schweizer Gesundheitsstudie*» vom Juni 2023 wird Gesundheit im weiteren Sinn verstanden. Die Studie umfasst ein *Humanbiomonitoring* und sollte es insbesondere ermöglichen, die Entwicklung des Gesundheitszustands von speziellen Bevölkerungsgruppen zu verfolgen und die einzelnen Gesundheitsdeterminanten (vor allem Umwelt, Arbeit und Freizeitverhalten) besser zu verstehen. ⁿⁿⁿ
- 93 Im Bericht wird jedoch auf das Fehlen gesetzlicher Grundlagen für die Durchführung der Studie hingewiesen: «*Weiterhin gibt es derzeit keine spezifische Rechtsgrundlage für die Einrichtung einer nationalen Kohorte. [Es] muss geprüft werden, ob für die Beteiligung der Bundesverwaltung und der Kantone eine spezifische gesetzliche Grundlage notwendig ist. Es wird z. B. zu beurteilen sein, ob eine solche Studie auf bestehenden Grundlagen oder nach Anpassungen an bereits bestehenden rechtlichen Grundlagen (z. B. HFG, ChemG, USG, EpG) durchgeführt werden kann oder ob dazu im Rahmen der Gesetzgebungskompetenzen des Bundes eine neue Rechtsgrundlage geschaffen werden muss.*» ^{ooo}

11. Rechtliche Machbarkeit eines Bundesgesetzes über die Gesundheit

- 94 Nachfolgend wird die Frage, ob die Einführung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit rechtlich machbar ist, zuerst im Rahmen der aktuellen Bestimmungen der Bundesverfassung beurteilt (Ziff. 11.1 unten). Anschliessend werden zwei mögliche Lösungen mit Änderungen der Bundesverfassung vorgestellt (Ziff. 11.2 und 11.3 unten). Bei beiden ist eine Teilrevision der Bundesverfassung erforderlich.

11.1 Aktueller Stand der Bundesverfassung

^{kkk} Botschaft zur Änderung des Umweltschutzgesetzes (Lärm, Altlasten, Lenkungsabgaben, Finanzierung von Aus- und Weiterbildungskursen, Informations- und Dokumentationssysteme, Strafrecht) vom 16. Dezember 2022, BBl 2023 239.

^{lll} *Ibid.*

^{mmm} <https://www.schweizer-gesundheitsstudie.ch/> und <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/umwelt-und-gesundheit/chemikalien/chemikalien-im-alltag/human-biomonitoring/human-biomonitoring-projekte-in-der-schweiz/die-pilotphase.html> (30.11.2023).

ⁿⁿⁿ Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Pilotphase der Schweizer Gesundheitsstudie – Zwischenbericht, Juni 2023, S. 4.

^{ooo} *Ibid.*, S. 32.

- 95 Laut Artikel 118 Absatz 1 BV ist der Bund verpflichtet, Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zu treffen. Da diese Bestimmung dem Bund keine Gesetzgebungskompetenz überträgt, genügt sie allein jedoch nicht, um den Ansatz von «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») zur Förderung von Gesundheit im weiteren Sinn einzuführen. Genauso verhält es sich mit dem «One-Health»-Ansatz. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Zusammenhang mit dem Gesundheitsschutz im engeren Sinn ist auf die Zuständigkeiten in den Bereichen beschränkt, die ihm über die abschliessende Liste in Artikel 118 Absatz 2 BV übertragen werden.^{PPP}
- 96 Hingegen wäre eine Vernetzung der fragmentarischen Kompetenzen im Bereich der Gesundheit im weiteren Sinn über eine Kombination verschiedener verfassungsrechtlicher Grundlagen vorstellbar. So könnte auf der Basis mehrerer Verfassungsbestimmungen ein neues Bundesgesetz über die Gesundheit geschaffen werden, indem je nach konkretem Inhalt eines solchen Gesetzes folgende Artikel kombiniert würden: Artikel 118 BV (Gesundheitsschutz), Artikel 74 BV (Schutz des Menschen und seiner natürlichen Umwelt vor schädlichen Einwirkungen), Artikel 80 BV (Tierschutz), Artikel 110 BV (Arbeitnehmerschutz), Artikel 95 BV (privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit), Artikel 97 BV (Konsumentenschutz), Artikel 122 BV (Zivilrecht) etc.⁹⁹⁹
- 97 Die Kombination mehrerer verfassungsrechtlicher Zuständigkeiten bildet einen etablierten rechtlichen Ansatz, wie in Ziffer 9 dargelegt wird. Im vorliegenden Fall könnte die Bundesversammlung mit einer solchen Kombination bestehender verfassungsrechtlicher Kompetenzen auf der Grundlage der aktuellen Bundesverfassung ein Bundesgesetz über die Gesundheit verabschieden. Es würde dem fakultativen Referendum unterstehen (Art. 141 Abs. 1 Bst. a BV, Volksabstimmung).
- 98 Die Einführung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit gestützt auf eine Kombination bestehender verfassungsrechtlicher Kompetenzen ist jedoch ein mit gewissen Risiken und Unsicherheiten behafteter rechtlicher Ansatz. Dies gilt insbesondere für die «Solidität» und Genauigkeit des Gesetzestexts sowie dessen Geltungsbereich. Die erheblichen Kompetenzverflechtungen zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitsbereich erhöhen die Komplexität dieses Ansatzes noch zusätzlich.
- 99 Folglich scheint der Weg über das zweistufige Rechtssetzungsverfahren auf Bundesebene mit einer Teilrevision der Bundesverfassung und der anschliessenden Erarbeitung und Verabschiedung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit ratsamer zu sein.^{fff}

11.2 Neue programmatische Norm

- 100 Eine Möglichkeit wäre die Aufnahme von Ansätzen wie «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») und «One Health» in die Bundesverfassung im Rahmen der bestehenden Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen.
- 101 So könnte über einen neuen Verfassungsartikel oder einen neuen Absatz einer bestehenden Verfassungsbestimmung der Grundsatz verankert werden, gemäss dem das Thema Gesundheit als

^{PPP} KAHIL-WOLFF HUMMER B./JOSPEH M., in: Commentaire romand de la Constitution fédérale (Band 2), MARTENET/DUBEY [Hrsg.], 2021, Nr. 1, 8-9 ff. zu Art. 118, POLEDNA T., in: EHRENZELLER *et al.* [Hrsg.]: Die schweizerische Bundesverfassung. St. Galler Kommentar, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2008, zu Art. 118; *contra*: JOSET N./SPRUMONT D., Réflexion juridique sur la définition de la politique suisse de la santé, RDS/ZSR 135 (2016) II 89, 102.

⁹⁹⁹ Hierbei ist zu beachten, dass der von der Bundesversammlung 2012 abgelehnte Entwurf für ein Präventionsgesetz ausschliesslich auf der fragmentarischen verfassungsrechtlichen Zuständigkeit von Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV basierte.

^{fff} MALINVERNI G./HOTTELIER M./HERTIG RANDALL M./FLÜCKIGER A., Droit constitutionnel suisse, Band I, L'État, 4. Aufl. 2021, Nr. 1053.

öffentliche Aufgabe im Sinn eines Leitprinzips die gesamte staatliche Politik aller Bereiche lenken muss, die einen Bezug zur Gesundheit im weiteren Sinn aufweisen. Der inhärente Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt könnte dabei ebenfalls betont werden. Es würde sich um eine programmatische Norm handeln, die weder besondere Rechte noch Zuständigkeiten begründet.

- 102 Wie Bund und Kantone bestimmte, bereits bestehende Kompetenzen ausüben müssen, kann durch die Bundesverfassung festgelegt werden.^{sss}
- 103 Die Bundesverfassung enthält bereits jetzt solche Normen. So werden Bund und Kantone beispielsweise in Artikel 73 BV aufgefordert, «*ein auf Dauer ausgewogenes Verhältnis zwischen der Natur und ihrer Erneuerungsfähigkeit einerseits und ihrer Beanspruchung durch den Menschen andererseits*» anzustreben. Hierbei handelt es sich um eine programmatische Norm bzw. für einen Teil der Lehre um einen Verfassungsgrundsatz, der Leitlinien vorgibt, deren Einklagbarkeit einer Auslegung bedarf.^{ttt}
- 104 Die Bundesverfassung enthält noch weitere programmatische Bestimmungen, die teilweise Leitlinien für die betroffenen Behörden umfassen und Bereiche betreffen, die mehr oder weniger grosse Berührungspunkte mit dem Thema Gesundheit aufweisen, z. B. Bildung (Art. 61a und 67a), Schulwesen (Art. 62), Förderung von Kindern und Jugendlichen (Art. 67), Raumplanung (Art. 75), Energiepolitik (Art. 89), medizinische Grundversorgung (Art. 117a) oder Komplementärmedizin (Art. 118a).
- 105 Grundsätzlich könnte eine vergleichbare Norm für das Thema Gesundheit im weiteren Sinn eingeführt werden. Diese würde die bestehenden Kompetenzen aufnehmen und einige Leitlinien in Form einer ausdrücklichen programmatischen Norm zur Art der Ausübung dieser Kompetenzen und die Ansätze «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») sowie «One Health» umfassen.
- 106 Analog zu den bereits in der Bundesverfassung verwendeten Begrifflichkeiten wären folgende Formulierungen vorstellbar: «*Bund und Kantone streben ... an*», «*Bund und Kantone tragen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben ... Rechnung*», «*im Rahmen ihrer Zuständigkeiten*», «*sorgen für*», «*fördern*» etc.^{uuu}
- 107 Um eine programmatische Norm über die «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») und den «One-Health»-Ansatz in die Bundesverfassung aufzunehmen, müsste diese teilrevidiert werden (Art. 194 Abs. 1 BV). Dies könnte vom Volk per Volksinitiative verlangt oder von der Bundesversammlung beschlossen werden. Volksinitiativen in der Form eines ausgearbeiteten Entwurfs werden Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet (Art. 139 Abs. 5 BV). Von der Bundesversammlung beschlossene Teilrevisionen der Bundesverfassung unterstehen dem obligatorischen Referendum (Art. 140 Abs. 1 Bst. a BV, Abstimmung durch Volk und Stände).
- 108 Mit einer neuen programmatischen Norm zum Thema «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») und zum «One-Health»-Ansatz würde keine Grundlage für eine ausdrückliche Zuständigkeit des Bundes geschaffen, dank der dieser die Möglichkeit oder den

^{sss} *Ibid.*, Nr. 1056.

^{ttt} MAHAIM R., in: Commentaire romand de la Constitution fédérale (Band 1), MARTENET/DUBEY [Hrsg.], 2021, Nr. 137 ff. zu Art. 5 BV, MARTENET V., in: Commentaire romand de la Constitution fédérale (Band 2), MARTENET/DUBEY [Hrsg.], 2021, Nr. 18 ff. zu Art. 73 BV. Vgl. jüngste Entscheide des Bundesgerichts: BGE 149 I 182 und Urteil des BGER 1C_391/2022 vom 03.05.2023.

^{uuu} Vgl. Artikel 57, 61a, 63a, 67, 67a, 70, 72, 73, 75, 81a, 83, 89, 94, 106, 112a, 114, 117a, 117b, 118a und 124 BV.

Auftrag erhalten würde, im Bereich der Gesundheit im weiteren Sinn gesetzgeberisch tätig zu werden. Entsprechend müsste diese erste Möglichkeit für eine Änderung der Bundesverfassung mit der Einführung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit verbunden werden, das sich auf eine in Ziffer 11.1 erörterte Kombination bestehender Kompetenzen stützt – mit den angesprochenen Nachteilen und Risiken. Das Bundesgesetz über die Gesundheit unterstünde dann dem fakultativen Referendum (Art. 141 Abs. 1 Bst. a BV, Volksabstimmung).

11.3 Neue Grundsatzgesetzgebungskompetenz für den Bund in Sachen Gesundheit

- 109 Die zweite, nachfolgend geprüfte Möglichkeit für eine Änderung der Bundesverfassung bestünde darin, eine neue, ausdrückliche Zuständigkeit des Bundes in Sachen Gesundheit im weiteren Sinn zu schaffen. So könnte eine neue Bestimmung in die Bundesverfassung aufgenommen werden, über die der Bund die Kompetenz oder den Auftrag erhält, ein Bundesgesetz über die Gesundheit zu schaffen.
- 110 Eine umfassende und abschliessende Zuständigkeit des Bundes im Gesundheitsbereich scheint dem Subsidiaritätsprinzip zu widersprechen (Art. 43a BV).^{vvv} Aufgrund der traditionellen und entscheidenden Rolle der Kantone im Gesundheitsbereich sowie der aktuellen Kompetenzverteilung wäre eine Grundsatzgesetzgebungskompetenz ausreichend.^{www} In Bereichen, wo der Bund über eine Grundsatzgesetzgebungskompetenz verfügt, regelt er die Prinzipien, während für die Einzelheiten die Kantone verantwortlich sind. Im Rahmen einer Grundsatzgesetzgebungskompetenz kann der Bund Grundprinzipien festlegen, Mindestvorschriften erlassen, die Einhaltung materieller Grundsätze verlangen und so für eine gewisse Vereinheitlichung sorgen.^{xxx} Den Kantonen bleibt jedoch ein grosser Spielraum für ihre eigenen Regelungen im betroffenen Bereich.
- 111 Die Verfassung enthält mehrere Bestimmungen, mit denen dem Bund eine Grundsatzgesetzgebungskompetenz zugewiesen wird. Ein zutreffender Vergleich wäre in diesem Zusammenhang die Raumplanung. Artikel 75 BV lautet: «Der Bund legt Grundsätze der Raumplanung fest. Diese obliegt den Kantonen und dient der zweckmässigen und haushälterischen Nutzung des Bodens und der geordneten Besiedlung des Landes» (Abs. 1). «Der Bund fördert und koordiniert die Bestrebungen der Kantone und arbeitet mit den Kantonen zusammen» (Abs. 2). «Bund und Kantone berücksichtigen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Erfordernisse der Raumplanung» (Abs. 3).
- 112 Weitere Grundsatzgesetzgebungskompetenzen des Bundes finden sich in folgenden Bestimmungen: Artikel 63a (Hochschulen), 64a (Weiterbildung), 66 (Ausbildungsbeiträge), 67a (musikalische Bildung), 76 (Wasser), 77 (Wald), 79 (Fischerei und Jagd), 88 (Fuss-, Wander- und Velowege) und 89 (Energiepolitik).
- 113 Um eine neue Grundsatzgesetzgebungskompetenz des Bundes im Gesundheitsbereich einzuführen, müsste eine Teilrevision der Bundesverfassung durchgeführt werden (Art. 194 Abs. 1 BV). Dies könnte vom Volk per Volksinitiative verlangt oder von der Bundesversammlung beschlossen werden. Volksinitiativen in der Form eines ausgearbeiteten Entwurfs werden Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet (Art. 139 Abs. 5 BV). Von der Bundesversammlung beschlossene Teilrevisionen der Bundesverfassung unterstehen dem obligatorischen Referendum (Art. 140 Abs. 1 Bst. a BV, Abstimmung durch Volk und Stände).

^{vvv} MALINVERNI G./HOTTELIER M./HERTIG RANDALL M./FLÜCKIGER A., Droit constitutionnel suisse, Band I, L'État, 4. Aufl. 2021, Nr. 1078.

^{www} *Ibid.*, Nr. 1084.

^{xxx} *Ibid.*, Nr. 1085.

- 114 Beim Weg über das zweistufige Rechtssetzungsverfahren auf Bundesebene würde auf die Teilrevision der Bundesverfassung zur Einführung einer neuen Grundsatzgesetzgebungskompetenz des Bundes im Gesundheitsbereich die Erarbeitung und Verabschiedung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit folgen.
- 115 Das neue Bundesgesetz würde sich hauptsächlich auf die neu geschaffene Grundsatzgesetzgebungskompetenz des Bundes im Gesundheitsbereich stützen. Je nach dem konkreten Inhalt des Gesetzes könnte erwogen werden, weitere der obengenannten Kompetenzen hinzuzufügen, z. B. Artikel 118 BV (Gesundheitsschutz), Artikel 74 BV (Schutz des Menschen und seiner natürlichen Umwelt vor schädlichen Einwirkungen), Artikel 80 BV (Tierschutz), Artikel 110 BV (Arbeitnehmerschutz), Artikel 95 BV (privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit), Artikel 97 BV (Konsumentenschutz), Artikel 122 BV (Zivilrecht) etc.
- 116 Das Bundesgesetz über die Gesundheit unterstünde dann dem fakultativen Referendum (Art. 141 Abs. 1 Bst. a BV, Volksabstimmung).

12. Alternativen

- 117 Es gibt auch Alternativen zur Einführung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit, mit denen in gewissem Mass vergleichbare Ziele erreicht werden können. Damit sind sogenannte «Soft-Law»-Instrumente gemeint, die im Gesundheitsbereich im Übrigen in der Vergangenheit bereits genutzt wurden. Sie sind jedoch nicht verbindlich.
- 118 In diesem Zusammenhang ist beispielsweise die Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020-2030 («Gesundheit2030») zu nennen. Eine der vier dringendsten darin genannten Herausforderungen betrifft die «Chancen auf ein Leben in Gesundheit».^{yyy}
- 119 Ebenfalls zu erwähnen sind die verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien, auf deren Grundlage der Bund die Aktivitäten koordiniert sowie die Ziele, Vorgehensweisen und Massnahmen in verschiedenen Bereichen der Gesundheitspolitik festlegt (Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, Suchterkrankungen, Krebs, Demenz, Antibiotikaresistenzen, *DigiSanté* etc.).^{zzz} Es existiert ausserdem eine Schweizer Ernährungsstrategie.^{aaaa}
- 120 Die Umwelt ist ebenfalls Gegenstand eigener nationaler Strategien. Die Umweltpolitik muss insbesondere für den Schutz des Klimas, der Ökosysteme und der Artenvielfalt sorgen, weil sich diese Faktoren auf Lebensqualität und Gesundheit auswirken.^{bbbb} Dasselbe gilt für die nachhaltige Entwicklung.^{cccc}
- 121 Zu beachten gilt es schliesslich die am 5. September 2023 vorgestellte Klimastrategie Landwirtschaft und Ernährung 2050. Diese intersektorale Strategie gliedert sich in drei Ziele, die bis 2050 erreicht werden müssen, von denen sich eines direkt auf die Gesundheit bezieht: «Die Bevölkerung ernährt sich gesund und ausgewogen. Sie verringert damit ihren ernährungsbedingten ökologischen Fussabdruck pro Kopf gegenüber 2020 um zwei Drittel».^{dddd}

^{yyy} <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2030.html> (30.11.2023).

^{zzz} <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien.html> (30.11.2023).

^{aaaa} <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/das-blv/strategien/schweizer-ernaehrungsstrategie.html> (30.11.2023).

^{bbbb} <https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/biodiversitaet/fachinformationen/biodiversitaetspolitik/strategie-biodiversitaet-schweiz-und-aktionsplan.html> (30.11.2023).

^{cccc} <https://www.are.admin.ch/are/de/home/nachhaltige-entwicklung/strategie/sne.html> (30.11.2023).

^{dddd} <https://www.blw.admin.ch/blw/de/home/nachhaltige-produktion/umwelt/klima0.html> (30.11.2023).

122 «*Soft-Law*»-Instrumente werden ausserhalb des Gesetzgebungsverfahrens eingeführt (hauptsächlich vom Bundesrat). Auf diese Weise können die verschiedenen Bereiche, die das Thema Gesundheit im weiteren Sinn berühren, einfacher vernetzt und Ansätze wie «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») oder «One Health» integriert werden. Bis zur Schaffung eines klaren und verbindlichen Rechtsrahmens könnte die Nutzung solcher Alternativen wünschbar sein.

Schlussfolgerung

- 123 Das Völkerrecht versteht das Recht auf Gesundheit im weiteren Sinn als etwas, das über das Recht auf Zugang zu einer Behandlung hinausgeht und auch die sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit (Ernährung, Bildung, Wohnen und Arbeit) umfasst. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts hat dieses Recht auf Gesundheit, wie andere soziale Rechte, programmatischen Charakter. Es gewährt dem Einzelnen grundsätzlich keine subjektiven Rechte, die vor Gericht geltend gemacht werden können. Die Schweiz hat sich durch die Ratifizierung entsprechender internationaler Verträge jedoch verpflichtet, dieses Recht zu achten, zu schützen und zu verwirklichen. Das Recht auf Gesundheit muss folglich vom Gesetzgeber ausformuliert und umgesetzt werden.
- 124 In der Bundesverfassung ist kein ausdrückliches Recht auf Gesundheit verankert. Dennoch ist es über die darin enthaltenen Grundrechte geschützt. So hat das Bundesgericht ein Recht auf lebenswichtige Behandlungen (Art. 12 BV) sowie ein Recht auf einen gleichberechtigten Zugang zu den bestehenden Behandlungen (Art. 8 BV) bejaht.
- 125 Der Staat hat darauf zu achten, dass die Grundrechte in der ganzen Rechtsordnung zur Geltung kommen (Art. 35 BV), auch wenn er diese einschränken darf, wenn es beispielsweise um den Schutz der öffentlichen Gesundheit geht (Art. 36 BV). Die Verantwortung und Befugnisse des Staates im Gesundheitsbereich gehen jedoch über den reinen Schutz der Gesundheit auf individueller Ebene hinaus.
- 126 Gesundheit ist auch eine öffentliche Aufgabe. Entsprechend enthält die Bundesverfassung nicht nur einen Grundrechtskatalog (Art. 7 bis 34 BV), sondern auch Sozialziele (Art. 41 BV) sowie eine Liste mit Kompetenzen und Gesetzbungsaufträgen des Bundes (Art. 54 bis 135 BV).
- 127 Die Gesundheit und insbesondere der Zugang zu notwendiger Pflege und die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gehört zu den in der Bundesverfassung verankerten Sozialzielen (Art. 41 BV). Dabei handelt es sich um eine programmatische Norm, die keinen individuellen, einklagbaren Anspruch auf eine positive Leistung des Staates begründet. Bund und Kantone setzen sich als Ergänzung zur persönlichen Verantwortung sowie innerhalb ihrer verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten und Mittel für die Sozialziele ein.
- 128 Die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen wird in der Bundesverfassung sichtbar. Die Kantone verfügen über eine primäre Gesetzgebungskompetenz, während der Bund nur in den Bereichen legislieren darf, die ihm ausdrücklich zugewiesen werden (Art. 3, 42 und 43 BV). Die mit dem Thema Gesundheit im weiteren Sinn verbundenen Zuständigkeitsbereiche sind nicht immer klar voneinander abgegrenzt, und die Kompetenzen von Bund und Kantonen sind stark miteinander verflochten.
- 129 Die Bundesverfassung enthält eine breite Palette an Bundeskompetenzen, die den Gesundheitsbereich im weiteren Sinn betreffen. Sie bietet jedoch keinen umfassenden oder systematischen Zugang zum Thema Gesundheit. Im Gegenteil: Es handelt sich um fragmentarische und nicht klar miteinander verbundene Bereiche.
- 130 In der Gesetzgebung des Bundes wurden bereits gewisse Schritte für eine Vernetzung von Kompetenzen unternommen, indem fragmentarische verfassungsrechtliche Zuständigkeiten für die Gesundheit im weiteren Sinn kombiniert wurden. Beispiele sind das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen, das TabPG, das LMG und das EPDG. Die Kombination mehrerer verfassungsrechtlicher Zuständigkeiten für die Einführung eines Bundesgesetzes stellt einen

- etablierten rechtlichen Ansatz dar, der bei einem Thema wie der Gesundheit eine Vernetzung ermöglicht.
- 131 Schliesslich findet im Gesundheitsbereich seit mehreren Jahren eine schrittweise Zentralisierung der Kompetenzen auf Bundesebene statt. Dieser Trend ist bei den (neuen) Technologien (Transplantationen, Forschung am Menschen und medizinisch unterstützte Fortpflanzung) wie auch im Rahmen des direktdemokratischen Instruments der Volksinitiative (Komplementärmedizin, medizinische Grundversorgung und Krankenpflege) zu beobachten. Schliesslich zeigte sich die Notwendigkeit einer stärkeren Zentralisierung auch im Rahmen der Covid-19-Pandemie.
- 132 Die rechtliche Machbarkeit eines Bundesgesetzes über die Gesundheit kann unter drei Gesichtspunkten betrachtet werden:
- 133 Die erste Möglichkeit wäre die Einführung auf der Grundlage des aktuellen Standes der Bundesverfassung. Der fragmentarische Charakter der Kompetenzbereiche in Sachen Gesundheit im weiteren Sinn könnte durch eine Kombination bestehender verfassungsrechtlicher Zuständigkeiten überwunden werden. So könnte sich ein neues Bundesgesetz über die Gesundheit je nach seinem konkreten Inhalt auf mehrere Verfassungsbestimmungen wie Artikel 118 BV (Gesundheitsschutz), Artikel 74 BV (Schutz des Menschen und seiner natürlichen Umwelt vor schädlichen Einwirkungen), Artikel 80 BV (Tierschutz), Artikel 110 BV (Arbeitnehmerschutz), Artikel 95 BV (privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit), Artikel 97 BV (Konsumentenschutz) oder Artikel 122 BV (Zivilrecht) stützen.
- 134 Dieser rechtliche Ansatz ist jedoch insbesondere hinsichtlich der «Solidität» und Genauigkeit des Gesetzestexts sowie dessen Geltungsbereich mit gewissen Risiken und Unsicherheiten behaftet. Die erheblichen Kompetenzverflechtungen zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitsbereich erhöhen die Komplexität dieses Ansatzes noch zusätzlich. Folglich scheint der Weg über das zweistufige Rechtssetzungsverfahren auf Bundesebene mit einer Teilrevision der Bundesverfassung und der anschliessenden Erarbeitung und Verabschiedung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit ratsamer zu sein.
- 135 Als zweite Option könnte die Bundesverfassung geändert werden, um eine programmatische Norm zum Thema «Gesundheit in allen Politikbereichen» («Health in all Policies») und «One Health» einzufügen. Diese würde keine neue Kompetenz des Bundes begründen, aber Bund und Kantone neue Leitprinzipien für die Ausübung ihrer jeweiligen Zuständigkeiten geben. Die Einführung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit müsste auch in diesem Fall auf einer Kombination bestehender Kompetenzen basieren – mit den angesprochenen Nachteilen und Risiken.
- 136 Der dritte Weg würde über eine Änderung der Bundesverfassung führen, um eine neue Grundsatzgesetzgebungskompetenz des Bundes in Sachen Gesundheit zu schaffen. Im Rahmen einer Grundsatzgesetzgebungskompetenz kann der Bund Grundprinzipien festlegen, Mindestvorschriften erlassen, die Einhaltung materieller Grundsätze verlangen und so für eine gewisse Vereinheitlichung sorgen. Die Schaffung einer solchen Kompetenz des Bundes würde dem Trend zu einer schrittweisen Zentralisierung der Aufgaben des Bundes im Bereich der Gesundheit im weiteren Sinn entsprechen. Den Kantonen würde jedoch ein grosser Spielraum für ihre eigenen Regelungen im betroffenen Bereich bleiben.
- 137 Die Änderung der Bundesverfassung müsste über eine vom Volk per Volksinitiative verlangte oder von der Bundesversammlung beschlossene Teilrevision (Art. 194 BV) erfolgen. Volksinitiativen in der Form eines ausgearbeiteten Entwurfs werden Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet

(Art. 139 BV). Von der Bundesversammlung beschlossene Teilrevisionen der Bundesverfassung unterstehen dem obligatorischen Referendum (Art. 140 BV, Abstimmung durch Volk und Stände).

- 138 Auf die Teilrevision der Bundesverfassung würde dann die Erarbeitung und Verabschiedung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit folgen. Dieses Gesetz müsste in das bestehende bundesrechtliche Gefüge im Bereich der Gesundheit im weiteren Sinn eingebettet werden – insbesondere in Bezug auf das KVG – und dementsprechend Koordinationsansätze und -regeln enthalten. Das neue Bundesgesetz über die Gesundheit unterstünde dem fakultativen Referendum (Art. 141 BV, Volksabstimmung).

8.3 Anhang 3: Ziele und Zusammenfassung des Workshops mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern

**Wissenschaftlicher Workshop: «Which path(s) for the transformation of the health system?»
Lausanne, CHUV, 11.09.2023**

Ziele

Der Workshop verfolgte diese konkreten Ziele:

- Vermittlung und Ergänzung der bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Fragen der Steuerung in der Schweizer Gesundheitspolitik
- Einleitung eines fächerübergreifenden Austauschs über die aktuellen Herausforderungen bei der Steuerung des Gesundheitssystems, die Ziele und die Möglichkeiten für eine Optimierung oder einen Umbau des Gesundheitssystems
- Ermittlung von Lücken in der Forschung und Schaffung der Grundlagen für mögliche fächerübergreifende Arbeiten

Ablauf

Der auf Englisch durchgeführte wissenschaftliche Workshop fand am 11. September 2023 in Form einer eintägigen Austauschveranstaltung am Rand der Public Health Conference statt. 26 Schweizer Forschende aus den Bereichen Politik-, Gesellschafts- und Rechtswissenschaften sowie öffentliche Gesundheit und Gesundheitsökonomie nahmen teil. Auch Mitglieder der SAMW, der Fondation Leenaards, die die Veranstaltung unterstützte, und von Unisanté wirkten an den Diskussionen und Beratungen mit.

Der Anlass bestand aus kurzen Präsentationen und einem interaktiven Austausch in Kleingruppen. Die Einleitungsreferate konzentrierten sich auf die Komplexität der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems und beleuchteten dieses aus historischer und politischer Perspektive. Auf der Grundlage der ermittelten Ergebnisse wurde diskutiert, welche wissenschaftlichen Forschungsprojekte in Angriff genommen werden könnten. Abschliessend priorisierten alle Teilnehmenden die Themen für die Forschungsarbeit der kommenden Jahre.

Ergebnisse des Austauschs in Kleingruppen

Aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtete Hindernisse und Chancen beim Umbau des Systems:

Alle Akteure sind mit dem Problem der Mobilisierung für Reformprojekte konfrontiert. Mehrere Beteiligte haben ein Interesse an der Aufrechterhaltung des Status quo, insbesondere weil sie je nachdem fürchten, Vorteile, Gewinne oder Macht zu verlieren.

Das Wissen von Bevölkerung und Politik über das Gesundheitssystem und das Spannungsfeld zwischen der Gesundheit als öffentlichem und privatem Gut stellt ebenfalls ein Hindernis beim Umbau des Systems dar.

Mögliche Bündnisse bieten die Chance, den Hebel bei diesen Faktoren anzusetzen, um genügend Druck auszuüben, damit die Rollen geklärt und Reformmöglichkeiten geschaffen werden.

Potenzielle Forschungsbereiche für die Steuerung des Gesundheitssystems:

- Ermittlung der Präferenzen in der Bevölkerung: Sorgen, Prioritäten, Nutzung des Gesundheitssystems und wirtschaftliche Erwägungen
- Prüfung von Möglichkeiten für einen gemeinsamen Umbau des Gesundheitssystems
- Entwicklung neuer Methoden für die Erforschung des Systems basierend auf Partizipation, Experimenten, Pilotversuchen und Vergleichen
- Untersuchung der verschiedenen Arten, Gesundheit im weiteren Sinn zu fördern
- Prüfung von Möglichkeiten, wie Bevölkerung und Politik befähigt werden können, um Reformen durchzuführen
- Bekämpfung des Mangels an Gesundheitsfachpersonal

8.4 Anhang 4: Ziele und Zusammenfassung des Workshops mit den Stakeholdern

Stakeholder-Workshop: «Bundesgesetz über die Gesundheit: ein Weg zur Reform des Schweizer Gesundheitssystems?» Bern, Hotel Bern, 30.10.2023

Ziele

Der Workshop verfolgte diese konkreten Ziele:

- Präsentation und Diskussion der Ergebnisse der im Rahmen des SAMW-Mandats durchgeführten Analyse der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems
- Präsentation und Diskussion der verschiedenen rechtlichen Möglichkeiten für die Schaffung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit
- Austausch mit den Stakeholdern über die Relevanz eines Bundesgesetzes über die Gesundheit
- Austausch mit den Stakeholdern über den möglichen Inhalt eines Gesetzes anhand der wichtigsten Steuerungsaspekte gemäss dem für die Analyse der Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems verwendeten Modells (HSPA).

Ablauf

Der Workshop mit den Stakeholdern fand am 30. Oktober 2023 als Nachmittagsveranstaltung in Bern auf Deutsch und Französisch statt. Zu den ca. 50 Teilnehmenden gehörten Parlamentarierinnen und Parlamentarier, für die Gesundheit zuständige Mitglieder von Kantonsregierungen, Vertretungen von Bund und Kantonen, der Verwaltung, der Berufsdachverbände sowie Beobachterinnen und Beobachter des Gesundheitssystems (Verbände, Wissenschaft, Juristinnen und Juristen etc.). Auch Mitglieder der SAMW, der Fondation Leenaards, die die Veranstaltung unterstützte, und von Unisanté wirkten an den Diskussionen und Beratungen mit.

Zur Einführung in die Diskussionen wurden mehrere Referate gehalten. Als Erstes stellte Dr. Dheepa Rajan das von der OECD entwickelte HSPA-Modell vor, mit dem die Leistung von Gesundheitssystemen analysiert werden kann. Es wird von der Schweiz sowie einigen anderen Ländern verwendet. Prof. Monod und Prof. Levy präsentierten anschliessend den heutigen Kontext des Schweizer Gesundheitssystems, die Analyse der Steuerung des Gesundheitssystems, die derzeitige rechtliche Behandlung des Themas Gesundheit in der Schweiz sowie die mögliche rechtliche Verankerung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit. Anschliessend erfolgte ein aktiver Austausch in Kleingruppen auf Deutsch und Französisch über Vorschläge für den Inhalt eines Bundesgesetzes, gefolgt von der Vorstellung und Diskussion im Plenum und einer allgemeinen Positionierung der Stakeholder zur Schaffung eines Bundesgesetzes über die Gesundheit.

Austausch in Kleingruppen: Diskussionen über die Vorschläge für den Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit

In Kleingruppen diskutierten die Teilnehmenden verschiedene konkrete Vorschläge für den möglichen Inhalt eines Bundesgesetzes über die Gesundheit. Diese Vorschläge bezogen sich auf die vier im HSPA-Modell beschriebenen Dimensionen der Steuerung und waren eine vereinfachte Darstellung dessen, was im Bericht zuhanden der SAMW angeregt wurde. Die wichtigsten Diskussionspunkte sind in der Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4 Zusammenfassung der wichtigsten, beim Austausch in Kleingruppen im Rahmen des Stakeholder-Workshops diskutierten Punkte

Subfunktionen der Steuerung	Vorschläge	Argumente dafür	Argumente dagegen	Verbindung zu anderen Themen	Herausforderungen
Vision/Strategie	Vorschlag 1: Das Bundesgesetz über die Gesundheit müsste die Einführung einer rahmengebenden und sektorübergreifenden Strategie für das Schweizer Gesundheitssystem einschliesslich Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung vorsehen.	<ul style="list-style-type: none"> - Klärt die Situation - Umfasst die wichtigen Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Transsektorialität - Notwendigkeit eines Gesundheitsgesetzes statt eines reinen Krankheitsgesetzes - Eine gemeinsame Vision stellt kein Hindernis für eine dezentrale Umsetzung dar 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Gesetz sorgt dafür, dass die Ziele des Systems erreicht werden, aber es besteht Uneinigkeit bei den Zielen - Eine gemeinsame Richtung ist wichtiger als ein Gesetz - Verwendung von Begriffen, bei deren Definition kein Konsens besteht - Die Realpolitik stellt ein Hindernis dar 	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung: festlegen, wer was zahlt - Die Festlegung der Zuständigkeiten hängt mit der Strategie zusammen - KVG: Notwendigkeit eines im Gegensatz zum KVG zukunftsgerichteten Gesetzes - Versorgungsethik - Raumplanung als funktionierendes Beispiel 	<ul style="list-style-type: none"> - Die öffentliche Gesundheit muss im Mittelpunkt der Überlegungen stehen - Gesundheit als Gemeinschaftsgut, Verbesserung des Gesundheitszustands als Ziel

Subfunktionen der Steuerung	Vorschläge	Argumente dafür	Argumente dagegen	Verbindung zu anderen Themen	Herausforderungen
Gesetzgebung und Regulierung	<p>Vorschlag 2: Das Bundesgesetz über die Gesundheit klärt die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen.</p> <p>Vorschlag 3: Das Bundesgesetz über die Gesundheit definiert die Grundsätze der Finanzierung, Ressourcenbereitstellung und Organisation der Dienstleistungen für den gesamten Gesundheitsbereich (Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung mit Gesundheitsleistungen).</p>	<p>- Weiter gehen: Das Gesetz muss die Kompetenzverteilung regeln (bestimmt automatisch die Finanzierung)</p>	<p>-</p>	<p>- Kompetenzverteilung und Finanzierung sind eng miteinander verbunden. Wer befiehlt, bezahlt</p> <p>- KVG</p> <p>- Die Regulierung des Bildungswesens ist ein Beispiel für Harmonisierung</p> <p>- Digitalisierung: Fehlen eines Standards</p> <p>- Umweltverschmutzung und Klimaerwärmung</p> <p>- Planung mit Gesundheitsregionen</p>	<p>- Unterscheidung bei der Finanzierung: Zugang zu Gesundheitsversorgung und Leistungen. Die Einzelleistungsvergütung ist eine Abkehr von der Grundversorgung</p> <p>- Wenn Kompetenzen auf den Bund übertragen werden, muss dieser die Zielerreichung garantieren und aktiv sein</p> <p>- Zentralisieren, wenn Skalen- oder Netzwerkeffekte vorhanden sind</p>

Subfunktionen der Steuerung	Vorschläge	Argumente dafür	Argumente dagegen	Verbindung zu anderen Themen	Herausforderungen
Beteiligung der Stakeholder	Vorschlag 4: Das Bundesgesetz über die Gesundheit legt den Grundsatz einer breiten und verbindlichen Beteiligung der Stakeholder einschliesslich der Bürger-, Patienten- und Zivilgesellschaft an den strategischen Diskussionen und Entscheidungsprozessen fest.	<ul style="list-style-type: none"> - Rechtliche Klärung der Rolle und Finanzierung der Stakeholder 	<ul style="list-style-type: none"> - Bürgerräte sind umstritten - Die Demokratie erlaubt es jeder einzelnen Person bereits jetzt, ihre Meinung zu äussern. Welche Legitimität besitzen die anderen Instrumente? 	<ul style="list-style-type: none"> - Konsumentenschutzgesetz - Öffentliche Gesundheit = Bürgerinnen und Bürger, Gesundheitsförderung und Patientenschaft - Französische «Conventions citoyennes» 	<ul style="list-style-type: none"> - Definition des Begriffs «Stakeholder» - Aufnahme von Prämienzahlerinnen und -zahlern, Jugendlichen und Umweltverbänden - Information und Kompetenzverbesserung bei der Bevölkerung - Integration der Jugendlichen - Erfordert eine formalisierte Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, nicht nur der Patientenschaft
Informations- und Analysesystem	Vorschlag 5: Das Bundesgesetz über die Gesundheit legt die Grundsätze eines nationalen Steuerungsrahmens für die Gesundheitsdaten fest, der den gesamten Gesundheitsbereich (Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung mit Gesundheitsleistungen) abdeckt und die für evidenzbasierte Entscheidungen notwendigen Bedingungen schafft.	<ul style="list-style-type: none"> - Notwendigkeit einer zwingenden Harmonisierung auf Bundesebene in diesem Bereich - Notwendigkeit einer klaren Regelung und für eine Steuerung geeigneter Daten 	<ul style="list-style-type: none"> - Ein schnelleres Instrument als ein Bundesgesetz kann die notwendigen Beiträge leisten 	<ul style="list-style-type: none"> - Obsan und BFS als zentrale Organe - DIGISANTE - EFAS 	<ul style="list-style-type: none"> - Transparenz ist zentral - Schaffen von Möglichkeiten für den Zugang zu bereits erhobenen Daten für die Politik - Ein Gesetz über die Gesundheitsdaten wäre ein Pilotprojekt für ein Gesetz über die Gesundheit - Die Definition des Begriffs «Evidenz» ist von strategischer Bedeutung

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique · Lausanne