

**Thomas Gächter
Christian Kaufmann
Brigitte Tag
Martin Wyss
(Hrsg.)**



Militärisches Gesundheits- wesen

Thomas Gächter
Christian Kaufmann
Brigitte Tag
Martin Wyss
(Hrsg.)

Militärisches Gesundheitswesen

Tagungsband 2025

EIZ  Publishing



Militärisches Gesundheitswesen Copyright © by Thomas Gächter; Christian Kaufmann; Brigitte Tag; and Martin Wyss is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), except where otherwise noted.

© 2025 – CC BY-NC-ND

Verlag: EIZ Publishing (eizpublishing.ch),

Bellerivestrasse 49, 8008 Zürich, Schweiz

eizpublishing@europa-institut.ch

Herausgeber: Thomas Gächter, Christian Kaufmann, Brigitte Tag, Martin Wyss

ISBN:

978-3-03994-047-9 (Print – Softcover)

978-3-03994-048-6 (Print – Hardcover)

978-3-03994-049-3 (PDF)

DOI: <https://doi.org/10.36862/6GS3-CDSN>

Version: 1.01 – 20251124

Dieses Werk ist als gedrucktes Buch sowie als E-Book (open access) in verschiedenen Formaten verfügbar. Weitere Informationen finden Sie unter der URL: <https://eizpublishing.ch/publikationen/militaerisches-gesundheitswesen/>.

Vorwort

Das militärische Gesundheitswesen kümmert sich um das höchste Gut, das eine Armee besitzt, nämlich um Leben und Gesundheit ihrer Angehörigen. Aber auch die Zivilbevölkerung kommt in vielfältiger Weise mit dem militärischen Gesundheitswesen in Kontakt. Es umfasst u.a. medizinische, pharmazeutische und sanitätsdienstliche Leistungen von Armee und Militärverwaltung und soll inskünftig durch eine besondere Verordnung reguliert werden. Als logistisches Rückgrat der Armee kommt ihm im Anpassungsprozess, den die Verteidigungsfähigkeit der Schweiz angesichts der neuen geopolitischen Realitäten durchläuft, eine beachtliche Bedeutung zu. Die Relevanz des militärischen Gesundheitswesens reicht aber auch in das zivile Gesundheitswesen hinein: Eine verbesserte internationale Zusammenarbeit, etwa durch den unlängst erfolgten Beitritt der Schweiz zum «Multinational Medical Coordination Centre Europe» (MMCC-E), stärkt die Fähigkeit des militärischen Gesundheitswesens zur Versorgung einer grossen Anzahl von Patientinnen und Patienten bei ausserordentlichen Ereignissen. Die Neuorientierung des Koordinierten Sanitätsdienstes (KSD) hin zum Nationalen Verbund Katastrophenmedizin (KATAMED) verbindet zudem die Partner des schweizerischen Gesundheitswesens zur verbesserten Bewältigung der gesundheitlichen Folgen von Ausnahmesituationen kantonsübergreifender oder internationaler Dimension, wie etwa bewaffneter Konflikte, Naturkatastrophen, Pandemien oder anderer Notlagen.

Trotz der gesamtgesellschaftlichen Relevanz des militärischen Gesundheitswesens ist es bislang weder im Bewusstsein der Öffentlichkeit noch im rechtswissenschaftlichen Schrifttum vertieft verankert. Die Tagung vom 24. September 2025 des Kompetenzzentrums Medizin – Ethik – Recht Helvetiae (MERH) an der Universität Zürich (UZH) beleuchtete deshalb, unter der Leitung von Prof. Dr. iur. Thomas Gächter und Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag, rechtliche, organisatorisch-praktische und historische Aspekte des militärischen Gesundheitswesens der Schweiz aus Sicht der Wissenschaft, Verwaltung, Gesundheitsversorgung und des Militärs. Die Beiträge der Referierenden bilden den gegenständlichen Tagungsband.

Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag führt in die Thematik und ihre Hintergründe ein.

In seinem Grusswort zeigt Prof. Dr. sc. nat. Michael Schaepman auf, dass Armee und Universität häufig mit dem Vorwurf konfrontiert sind, in einer eigenen «Parallelwelt» zu funktionieren. Die interdisziplinär angelegte Tagung beweise jedoch das Gegenteil. Der Autor betont die Avantgarde-Rolle des militärischen

Gesundheitswesens bei der Zentralisierung historischer Armeestrukturen, welche es mit der Vorreiterfunktion der Universität Zürich in gesellschaftlichen Fragen in gewisser Weise teile.

Dr. med. Andreas Stettbacher erläutert angesichts des Kriegs in der Ukraine einige der enormen Herausforderungen, die moderne Konflikte an das militärische Gesundheitswesen stellen: zerstörte Gesundheitsinfrastrukturen, lange Evakuationszeiten sowie hohe Raten verwundeter und psychisch stark belasteter Menschen. Er warnt vor einer ungenügenden Vorbereitung auf solche Szenarien und fordert eine verstärkte Zusammenarbeit mit zivilen und internationalen Partnern sowie klare rechtliche Grundlagen, um im Ernstfall handlungsfähig zu bleiben.

Georg Zimmermann analysiert Auftrag und Strukturen des militärischen Gesundheitswesens und seiner Komponenten – vom einzelnen Soldaten bis hin zum Spitalbataillon. Er weist dabei insbesondere auf die medizinischen und personellen Herausforderungen des Umgangs mit einer hohen Anzahl von Verwundeten sowie physisch und psychisch Erkrankten im Ernstfall hin.

Dr. med. Thomas W. Buehrer skizziert die Herausforderungen, mit denen sich das militärische Gesundheitswesen konfrontiert sieht, anhand praktischer Beispiele. Vertieft greift er dabei u.a. Fragen der medizinischen Tauglichkeitsbeurteilung von Schweizer Bürgerinnen und Bürgern für den Militär- und Schutzdienst sowie Zuständigkeitsfragen in der Epidemienbewältigung auf.

Die Rechtsgrundlagen des militärischen Gesundheitswesens aus dem Blickwinkel des Legalitätsprinzips beleuchten *Prof. Dr. iur. Thomas Gächter* und *MLaw, LL.M. Janis Denzler*. Am Beispiel von Art. 34a Militärgesetz (MG) zeigen die Autoren auf, dass die nachträgliche Normierung bestehender Strukturen, wie jene des militärischen Gesundheitswesens, die Anwendungsdogmatik der Delegationsvoraussetzungen beeinflusst. Eine Interpretation der Delegationsnorm vor dem Hintergrund ihrer Entstehungsgeschichte trage dazu bei, dass Art. 34a MG als hinreichende Grundlage der neuen Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw) betrachtet werden könne.

Ist die zivile Gesundheitsgesetzgebung auch auf das militärische Gesundheitswesen anwendbar? Diese Frage untersuchen *MLaw Christian Kaufmann* und *MLaw Martin Wyss, Rechtsanwalt*, in ihrem Beitrag. Sie besprechen die Problematik unter Analyse der verfassungsrechtlichen Grundlagen des militärischen und des zivilen Gesundheitswesens, berücksichtigen die rechtliche Bedeutung von Besonderheiten militärischer Auftragserfüllung und weisen im Lichte der laufenden Rechtsetzungsarbeiten zur VMiGw punktuell auf Reformbedarf der lege ferenda hin.

Dr. iur. Lukas Widmer, Rechtsanwalt, präsentiert den aktuellen Entwurf der Verordnung, die das militärische Gesundheitswesen erstmals umfassend regeln soll, Schnittstellen zum zivilen Gesundheitswesen präzisiert und wesentliche rechtliche Grundlagen für die zukünftige militärmedizinische Tätigkeit schafft. Darüber hinaus analysiert er weitere aktuelle Gesetzgebungsprojekte mit Auswirkungen auf das militärische Gesundheitswesen, so etwa in den Bereichen der Epidemienbekämpfung und des elektronischen Patientendossiers.

Schliesslich skizzieren Prof. Dr. Dr. med. Frank Rühli und Dr. phil. I Daniel Heller die strategische Neuausrichtung des militärischen Gesundheitswesens der Schweiz im Hinblick auf die nächsten 20 bis 30 Jahre. Im Zentrum stehen eine patientenorientierte Versorgung, die Digitalisierung, Interoperabilität und die Fähigkeit, auch unter Bedingungen konventioneller Konflikte eine stabile medizinische Versorgung sicherzustellen. Das Ziel bestehe darin, ein flexibles, zukunftsfähiges System zu schaffen, das militärische Kernleistungen mit zivilen Strukturen optimal verknüpft.

Dieser Tagungsband soll die grosse Bandbreite der sich stellenden Fragen illustrieren, der Rechtspraxis und dem Schrifttum rechtliche Lösungsansätze offerieren und zur systematischen Verankerung der Thematik in der Rechtswissenschaft beitragen. Möge er interessierten Leserinnen und Lesern wertvolle Einblicke in das militärische Gesundheitswesen gewähren und zur vertieften Beschäftigung mit der wichtigen und faszinierenden Materie anregen.

Wir danken den Referierenden, die sich nebst dem Engagement für die Tagung auch die Mühe gemacht haben, ihre Vorträge zu verschriftlichen. Den zuständigen Personen des Kompetenzzentrums MERH, stellvertretend für das gesamte Team Herrn PD Dr. iur. Julian Mausbach und Frau MLaw Sophie Wespi, ist für den grossen Einsatz bei der Organisation der Tagung zu danken. Schliesslich gebührt unser Dank auch dem Team des Europa Instituts an der Universität Zürich (EIZ) – namentlich Herrn Dr. iur. Tobias Baumgartner, Rechtsanwalt, Frau Dr. sc. nat. Petra Bitterli und Frau MLaw Sophie Tschalèr – für die angenehme Zusammenarbeit.

Zürich, im Dezember 2025

Thomas Gächter
Christian Kaufmann
Brigitte Tag
Martin Wyss

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Inhaltsverzeichnis	IX
Autorenschaft	XI
Einführung zur Tagung «Militärisches Gesundheitswesen» Brigitte Tag	1
Grusswort des Rektors der Universität Zürich Michael Schaepman	3
Grusswort des Oberfeldarztes der Schweizer Armee Andreas Stettbacher	5
Strukturen und Anforderungen des militärischen Gesundheitswesens Georg Zimmermann	9
Gesundheit und Gesundheitsrecht in der Schweizer Armee – Eine Sicht aus der Praxis Thomas W. Buehrer	29
Ziviles und militärisches Gesundheitswesen: Zwei Welten oder eine Welt mit Variationen? Thomas Gächter / Janis Denzler	41
Zur Anwendbarkeit der zivilen Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufe- sowie der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung auf das militärische Gesundheitswesen Christian Kaufmann / Martin Wyss	61
Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw) Lukas Widmer	105
Gedanken zu den strategischen Handlungsfeldern im Zeithorizont von 20–30 Jahren Frank Rühli / Daniel Heller	135

Autorenschaft

Dr. med. THOMAS W. BUEHRER, EMBA HSG, DAS MedLaw UZH, Oberst der Sanitätstruppen und Mitglied der Konzernleitung der Hirslanden-Gruppe

MLaw, LL.M. JANIS DENZLER, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl von Prof. Dr. iur. Thomas Gächter, Universität Zürich

Prof. Dr. iur. THOMAS GÄCHTER, Professor für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht, Dekan der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Zürich

Dr. phil. I DANIEL HELLER, Generalstabsoberst, Beirat Chef der Armee, Verwaltungsratspräsident der Kantonsspital Baden AG und der Gruppe Barmelweid AG

MLaw CHRISTIAN KAUFMANN, ehemaliger wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl von Prof. Dr. iur. Thomas Gächter, Universität Zürich

Prof. Dr. Dr. med. FRANK RÜHLI, Oberst der Sanitätstruppen, Militärstrategischer Stab, Beirat Chef der Armee, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

Prof. Dr. sc. nat. MICHAEL SCHAEPMAN, Rektor der Universität Zürich

Dr. med. ANDREAS STETTbacher, Divisionär und Oberfeldarzt der Schweizer Armee

Prof. Dr. iur. utr. BRIGITTE TAG, Vorsitzende des universitären und interdisziplinären Kompetenzzentrums Medizin – Ethik – Recht Helvetiae (MERH) der Universität Zürich

Dr. iur. LUKAS WIDMER, Rechtsanwalt, Leiter departementaler Rechtsdienst des Departements des Innern Kanton Solothurn und Leiter von dessen Fachbereich Gesundheit

MLaw MARTIN WYSS, Rechtsanwalt, wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag am Kompetenzzentrum MERH, Universität Zürich

GEORG ZIMMERMANN, Oberst und Unterstabschef im Stab Sanität, Leiter Grundlagen Sanitätstruppen und Projektleiter «Militärisches Gesundheitswesen» des Bereichs Sanität in der Logistikbasis der Armee des Eidgenössischen Departements für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS)

Einführung zur Tagung «Militärisches Gesundheitswesen»

Brigitte Tag*

Mit grosser Freude darf ich die Tagung «Militärisches Gesundheitswesen» eröffnen und alle Teilnehmenden recht herzlich begrüssen. Das militärische Gesundheitswesen hat eine enorm grosse Bedeutung – und dies zu allen Zeiten. Besonders herausfordernde Umstände, wie die der Covid-19-Pandemie, führen uns deutlich vor Augen, dass die Schweizer Armee in vielen Bereichen eine wichtige Stütze für den Staat und die Gesellschaft bildet. Doch gerade auch im «Normalbetrieb unseres Alltags» muss alles gut und zuverlässig organisiert sein, für die Angehörigen der Armee und für alle zivilen Lebensbereiche, mit denen das Militär Schnittstellen aufweist. Und diese sind nicht nur, aber gerade auch im Hinblick auf das militärische Gesundheitswesen, zahlreich: Sei es im Bereich der Sicherheit für die Schweiz und ihre Bevölkerung, sei es, weil die Angehörigen der Schweizer Armee auch ein ziviles Leben haben. Das Milizsystem zeigt dies in besonderer Weise.

Doch wie sind das zivile Gesundheitsrecht und das des Militärs aufeinander abgestimmt? Wann gelten welche Regeln und für wen? Kann alles über einen rechtlichen Leisten geschlagen werden? Der Grundgedanke, unsere Tagung durchzuführen, fusst auf diesen Fragen sowie nachfolgenden Überlegungen und Begebenheiten.

Vor einiger Zeit hatte das *Kompetenzzentrum Medizin – Ethik – Recht Helvetiae der Universität Zürich (MERH)*, vertreten durch Oberst a.D. Pete Hirsch und mich, die Gelegenheit eines inspirierenden Austausches mit dem Oberfeldarzt der Schweizer Armee, *Divisionär Andreas Stettbacher*. Gegenstand waren das «Gesundheitsrecht in der Armee» und damit die grossen Themenbereiche, bei welchen eine Weiterentwicklung ansteht, diese bereits im Gange oder überlegenswert ist. Die Diskussion bezog sich gerade auch auf die Themen, die sich in den nachfolgenden juristischen Einzelbeiträgen der Tagung widerspiegeln.

In der Folge durften wir in den vom *Kompetenzzentrum MERH* der Universität Zürich durchgeführten Weiterbildungsstudiengängen «CAS MedLaw» und «CAS

* Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag, Vorsitzende des universitären und interdisziplinären Kompetenzzentrums Medizin – Ethik – Recht Helvetiae (MERH) der Universität Zürich. Text der Einführung zur Tagung «Militärisches Gesundheitswesen» vom 24. September 2025 an der Universität Zürich. Der Vortragsstil wurde beibehalten.

Law for Medics and Health Professionals»¹ den fachlichen Austausch weiterführen. Fragestellungen wie die «Gesundheitsrechtlichen Aspekte der Bewältigung der Covid-19-Pandemie in der Schweizer Armee», «Die Anwendbarkeit und Umsetzung der eidgenössischen Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufegesetzgebung im Militärischen Gesundheitswesen» und weitere Themenkreise wurden dabei diskutiert. Zudem erhielt zu Beginn des Jahres 2024 das Kompetenzzentrum MERH vom Eidgenössischen Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) den Auftrag, ein umfassendes Rechtsgutachten zu erstellen. Sein Inhalt betraf die Anwendbarkeit der Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufegesetzgebung sowie der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung des Bundes auf die Armee. Hieraus entstand ein detailliertes Rechtsgutachten, verfasst unter der Federführung von Professor Thomas Gächter und mir, ausgearbeitet von Herrn Rechtsanwalt Martin Wyss und Herrn MLaw Christian Kaufmann. Der mit dem Rechtsgutachten verbundene Aufgabenkatalog war herausfordernd. Es ging im Kern darum, inwieweit die allgemeinen, in den erwähnten bundesrechtlichen Bestimmungen niedergelegten Regeln, die für die zivilen Medizin- und Gesundheitsberufe gelten, direkt oder mit Anpassungen auf das Medizinalwesen der Schweizer Armee anwendbar sind. Die Erstellung des Rechtsgutachtens wurde durch spannende und lehrreiche Diskussionen mit Herrn Rechtsanwalt Dr. Lukas Widmer und Oberst Georg Zimmermann, seines Zeichens Leiter Grundlagen Sanitätstruppen im VBS, begleitet und es wurde im Juni 2024 dem VBS unterbreitet. Dies, und der grundlegende juristische Beitrag von Rechtsanwalt Dr. Lukas Widmer mit dem Titel «Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen», veröffentlicht im Jusletter vom 4. November 2024, motivierte uns, das erarbeitete Wissen in einer öffentlichen Fachtagung zu präsentieren, zu diskutieren und in einem Tagungsband zu verschriftlichen.

Damit ist der Bogen der Tagung «Militärisches Gesundheitswesen» weit gespannt – treten wir ein in diese bedeutsame und bislang vielfach viel zu wenig beachtete Welt. Ich danke allen Referenten für die Bereitschaft, ihr profundes Wissen mit uns zu teilen. Den Teilnehmenden der Tagung danke ich im Namen des Kompetenzzentrums MERH für ihr Interesse und ihre aktive Mitwirkung durch Fragen und Anmerkungen.

Gerne übergebe ich das Wort an den Rektor der Universität Zürich, Prof. Dr. Michael Schaeppman, und danke ihm sowie dem Oberfeldarzt der Schweizer Armee, Divisionär Stettbacher, für die nun folgenden einleitenden Grussworte zur Tagung.

Uns allen wünsche ich eine ertragreiche und lehrreiche Fachveranstaltung.

¹ Nähere Informationen dazu sind unter <<https://www.merh.uzh.ch/de/Weiterbildung.html>> zu finden.

Grusswort des Rektors der Universität Zürich

Michael Schaepman*

Sehr geehrter Herr Divisionär Stettbacher,

sehr geehrte Herren Professoren Rühli und Gächter, lieber Frank, lieber Thomas,

geschätzte Frau Professorin Tag, liebe Brigitte,

geschätzte Gäste

Die Schweizer Armee und die Universität Zürich verbindet eine fundamentale Gemeinsamkeit: Beiden wird gerne von kritischen Stimmen vorgeworfen, dass sie in ihrer eigenen Parallelwelt, losgelöst vom Rest der Gesellschaft, leben würden. Dass dem nicht so ist, zeigen eigentlich viele Aktivitäten, aber der heutige Anlass stellt dies besonders deutlich unter Beweis. Deswegen freue ich mich sehr, Sie heute an der Universität Zürich zur Tagung mit dem Thema «Militärisches Gesundheitswesen» willkommen zu heissen.

Sie werden das militärische Gesundheitswesen aus rechtlicher, organisatorisch-praktischer und historischer Perspektive beleuchten. An der Schnittstelle zwischen Wissenschaft, Verwaltung, Gesundheitsversorgung und dem Militär werden Sie diskutieren, was das militärische Gesundheitssystem in der Schweiz ausmacht und vor welchen Herausforderungen es steht.

Auch das verbindet uns: Hier an der Uni wird wissenschaftliche Forschung in einer riesigen Bandbreite betrieben, oft über Organisations- und Fachgebietsgrenzen hinweg. Unter anderem wird am Kompetenzzentrum MERH rechts-historische Forschung betrieben. Dort wird untersucht, wie die Gratwanderungen zwischen Zivilgesellschaft und Militär, zwischen Kantonen und Bund, zwischen lokalen und internationalen Interessen bewältigt werden und wurden.

Ich bin Geograph – also nicht direkt ein «Mann vom Fach», was das militärische Gesundheitswesen angeht. In der Vorbereitung auf den heutigen Anlass habe ich dafür einiges gelernt. Zum Beispiel, dass das militärische Gesundheitswesen historisch oft eine Vorreiterrolle innehatte, wenn es um Zentralisierungsbestrebungen in der Armee ging. Heutzutage ist das Militär auf nationaler Ebene angesiedelt. Das war aber nicht immer so: Erst die Bundes-

* Prof. Dr. sc. nat. Michael Schaepman, Rektor der Universität Zürich. Text des Grussworts vom 24. September 2025 an der Tagung «Militärisches Gesundheitswesen» der Universität Zürich. Der Vortragsstil wurde beibehalten. Es gilt das gesprochene Wort.

verfassung von 1874 regelte, dass das Bundesheer nicht mehr kantonal, sondern national organisiert war.¹ Die medizinische Versorgung und Pflege waren allerdings schon vor diesem Zeitpunkt Schritt für Schritt immer zentralisierter beaufsichtigt worden. Also sehr Avantgarde!

Auch wir hier an der Universität Zürich sind stolz darauf, in vielen Belangen zur Avantgarde zu gehören. Beispielsweise war die Universität Zürich 1866 eine der ersten europäischen Hochschulen, welche Frauen zum Studium zuließ. Die erste Frau, die hier promovierte, war 1867 Nadeschda Suslova an der medizinischen Fakultät.²

Aber zurück zum militärischen Gesundheitssystem: Tatsächlich existiert in einigen Belangen eine «Parallelwelt» zur zivilen Gesundheitsversorgung. Allerdings ist diese Grenze gar nicht so scharf, wie man vermuten könnte. Wie Sie später im Vortrag von Herrn Widmer hören werden, ist auf Bundesebene eine neue Verordnung in den finalen Zügen, welche das militärische Gesundheitswesen teilweise neu strukturieren und vereinheitlichen will, analog zu den kantonalen Erlassen im zivilen Gesundheitsbereich.³ Zudem soll in Zukunft der Fokus auch stärker auf der Zusammenarbeit mit dem zivilen Gesundheitswesen liegen, beispielsweise bei Naturkatastrophen und Pandemien.

Und so hätten wir die Brücke zur Universität Zürich wieder geschlagen, denn natürlich betreiben wir hier nicht (nur) «Forschung im Elfenbeinturm», sondern arbeiten an Lösungen für gesamtgesellschaftliche Herausforderungen, wie zum Beispiel während der vergangenen Covid-19-Pandemie.

In diesem Sinne hoffe ich, dass wir Ihnen heute einen inspirierenden Raum bieten können, um sich im Detail mit den rechtlichen und praktischen Aspekten des militärischen Gesundheitswesens der Schweiz auseinanderzusetzen. Sehr gerne hätte ich Ihnen weiter Gesellschaft geleistet und noch viel mehr über diesen spannenden Themenkomplex erfahren. In diesem Sinne muss ich mich aber leider bereits nach dieser Ansprache entschuldigen.

Ich wünsche Ihnen einen angenehmen und lehrreichen Nachmittag, viele spannende Erkenntnisse und neue Perspektiven für die Zukunft unserer und Ihrer – gemeinsamen – Arbeit.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

¹ Vgl. <<https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/024620/2009-11-10/>>.

² Vgl. <<https://www.edi.uzh.ch/de/ueberuns/geschichte/pionierinnen.html>>.

³ Vgl. <<https://www.news.admin.ch/de/nsb?id=102958>>.

Grusswort des Oberfeldarztes der Schweizer Armee

Andreas Stettbacher*

Sehr geehrte Damen und Herren,
geschätzte Kameradinnen und Kameraden,
verehrte Gäste

Es ist mir eine grosse Freude und Ehre, mein Grusswort an Sie richten zu dürfen.

Diese Tagung führt Fachleute aus Medizin, Militär und Wissenschaft zusammen, um gemeinsam die rechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung, Ausbildung und Weiterentwicklung des militärischen Gesundheitswesens zu beleuchten. Dabei bewegen wir uns in einem Spannungsfeld zwischen Tradition und Gegenwart, zwischen Recht und Realität, zwischen Idealen und den Herausforderungen der Praxis.

Die Schweiz kennt eine lange Tradition der sanitätsdienstlichen Fürsorge für ihre Soldaten. Wie das Beispiel des letzten Kriegs, den die Schweiz geführt hat – des Sonderbundkriegs – beleuchtet, wurde bereits damals die sanitätsdienstliche Versorgung der Soldaten in die Hand des Bundes gegeben, zeigte jedoch unter den dysfunktionalen Rahmenbedingungen des Kriegs ausgeprägte Mängel. So dauerte beispielsweise der Patiententransport von Willisau ins einzige Armeespital, das war damals das Inselspital Bern, 14 Stunden.

Neben den ungenügenden sanitätsdienstlichen Beständen mit wenigen Ärzten, Apothekergehilfen und improvisierten Lazaretten wurde auch das fachlich ungenügende Sanitätspersonal beklagt. Um dem entgegenzuwirken, richtete der damalige Oberfeldarzt Karl Wilhelm Flügel unter anderem die Stelle eines Oberfeldapothekers ein, beantragte Ambulanzfourgons und erstellte ein Verzeichnis der kriegstüchtigen Zivilspitäler, denn viele konnten diesen Anforderungen nicht gerecht werden.

Zwischenzeitlich hat sich das militärische Gesundheitswesen zu einer hochprofessionellen Organisation entwickelt. Dabei steht stets das gleiche Ziel im Zentrum: Die Einsatzfähigkeit, Kampfkraft und Moral der Truppe in allen La-

* Dr. med. Andreas Stettbacher, Divisionär und Oberfeldarzt der Schweizer Armee. Text des Grussworts vom 24. September 2025 an der Tagung «Militärisches Gesundheitswesen» der Universität Zürich. Die Aufbereitung zur vorliegenden Publikation erfolgte durch MLaw Martin Wyss, Rechtsanwalt. Der Vortragsstil wurde beibehalten.

gen zu erhalten oder wiederherzustellen, soweit diese durch gesundheitliche Störungen verursacht sind – und nicht zuletzt das Vertrauen der Soldaten in die Fürsorge des Staates zu rechtfertigen.

Heute herrscht seit 1'308 Tagen Krieg in der Ukraine. Wir müssen uns fragen: Sind wir in Mitteleuropa sanitätsdienstlich auf ein solches Szenario vorbereitet?

Nun, wir wissen alle: Medizin im militärischen Kontext bedeutet, neben der Sicherstellung der Grundversorgung unserer Soldaten auch unter Bedingungen wirken zu können, die alles andere als ideal sind.

Krieg und Konflikt, aber auch Katastrophen und Grossereignisse sind Einsatzszenarien, wo die sanitätsdienstliche Leistungserbringung im militärischen Gesundheitswesen dort erfolgen muss, wo Infrastruktur zerstört ist, wo Ressourcen knapp sind, wo Sicherheit nicht garantiert ist. Dies gilt auch für subsidiäre Einsätze zur Unterstützung der Bevölkerung.

Dies verlangt besondere Tugenden: Improvisationsvermögen, Flexibilität und Durchhaltewillen. Gerade unter dysfunktionalen Bedingungen zeigt sich, wie tragfähig Ausbildung, Organisation und Führungsprinzipien wirklich sind.

Im Krieg in der Ukraine werden die Zivilisten nicht geschont und die medizinischen Versorgungseinrichtungen sind bevorzugte Ziele im Targetingprozess der Gegenseite, welche den grösstmöglichen Schaden bewirken und die Resilienz der Gesellschaft zerstören will. Im Durchschnitt zwei medizinische Einrichtungen pro Tag sind davon betroffen.

Das militärische Gesundheitswesen muss in den Kampfzonen auch die medizinische Versorgung und Evakuierung eines Teils der zivilen Bevölkerung bewerkstelligen; dies unter der Bezeichnung «Unified Medical Space» in einem 50 Kilometer breiten Frontbereich, für den der Oberfeldarzt der ukrainischen Armee die alleinige Zuständigkeit innehat.

Das moderne Gefechtsfeld in der Ukraine unterscheidet sich grundlegend von anderen Konflikten dieses Jahrhunderts. Es wird dominiert durch Stellungskrieg, Kampf im überbauten Gelände, weitreichende Angriffe mit Artillerie, Bomben und Raketen. Drohnen in grosser Zahl sind omnipräsent und befähigt, autonom anzugreifen. Diese Umstände verhindern die Gefechtsevakuation von Verwundeten über viele Stunden.

Verschiebungen und Evakuationen aus der Kampfzone sind häufig über Stunden bis Tage unmöglich. Die NATO rechnet zurzeit mit durchschnittlich 12 Stunden, bis erste medizinische Hilfe erreicht werden kann. Damit sind viele Verwundete mit starken Blutungen todgeweiht, sofern sie nicht rasch front-

nah versorgt werden können. Unter diesen Umständen herrschen fast wieder gleiche Zeitverhältnisse bei der frontnahen Patientenversorgung wie damals vor 178 Jahren im Sonderbundskrieg.

Das militärische Gesundheitswesen muss darauf vorbereitet sein, unter diesen neuen Bedingungen wirksam zu handeln. Dazu gehört nicht nur die klassische Verwundetenversorgung im Gefecht, sondern auch die Resilienz gegenüber biologischen und chemischen Bedrohungen, die Zusammenarbeit mit zivilen Partnern und die Integration modernster Technologien – von Telemedizin bis hin zu Drohneneinsätzen für die Patientenversorgung.

Ein weiteres Feld ist die psychische Gesundheit. Der Dienst in Krisensituationen belastet nicht nur den Körper, sondern auch die Seele. Zirka 25 % der kämpfenden Truppen haben akute psychische Kampfreaktionen (sog. «Battle Stress»). Mehr als 50 % der verwundeten Angehörigen der Armee haben schwere, chronische, posttraumatische Belastungsstörungen (sog. «Post Traumatic Stress Disorder» [PTSD]). Beides nimmt mit Dauer der Kampfhandlungen zu. Die Betreuung nach Einsätzen, die Prävention von Traumafolgen und die nachhaltige Wiedereingliederung sind Aufgaben, die unsere Gesellschaft im Konfliktfall in grossen Teilen sehr lange begleiten werden.

Ein mediatisiertes Beispiel ist der frühere Kommandant der sogenannten ASOV-Brigade in Mariupol, Mikhail Dianov, welcher im Kampf verwundet und mit mehreren Fixateur externe – ausserkörperlichen Stabilisierungen von Frakturen – versorgt in russische Kriegsgefangenschaft geriet. Der gleiche Mann ist ein Jahr nach Gefangenenaustausch und medizinischer Behandlung in einem deutschen Militärspital kaum mehr wiederzuerkennen und sichtlich gezeichnet (und gebrochen) von seiner posttraumatischen Belastungsstörung.¹

Ein Blick auf die Weltkarte der Nachrichtendienste lässt nichts Gutes ahnen und entlang der Hiobsbotschaften von der Ostgrenze der NATO erfasst mich ein beklemmendes Gefühl eines rasch ansteigenden Eskalationspotenzials mit möglicherweise katastrophalen Auswirkungen auf die Sanitätsdienste, nachdem diese europaweit nicht ausreichend ressourciert und schlichtweg nicht bereit sind. Vielleicht verstehen Sie deshalb meine heutige Tenuewahl (im Kampfanzug) für dieses erlauchte Gremium.

¹ Vgl. <<https://news.sky.com/story/released-ukrainian-prisoner-of-war-reveals-torment-at-the-hands-of-russians-12709279>>.

Zurzeit verlieren die ukrainischen Streitkräfte in der Hauptkampfzone 20 % ihrer Soldaten pro Tag. Insgesamt fallen 1'000 schwerverletzte Patienten pro Woche an, davon sind 50 % Zivilisten.²

Frei nach Churchill sind in einem solchen Szenario – für die Schweiz beispielsweise – auch für das militärische Gesundheitswesen nur Mühsal, Schrecken, Blut und Tränen zu erwarten.

Umso zwingender ist es für das militärische Gesundheitswesen, die Interoperabilität mit möglichen Partnern national und international in einem solchen Konflikt sicherzustellen und mit der funktionalen Teilnahme an den diesbezüglichen Koordinationsmechanismen Optionen für Handlungsspielräume für unsere Landesregierung in der Versorgung von Patienten zu schaffen.

Es ist dringend an der Zeit, auch bezüglich der rechtlichen Grundlagen für bestmögliche Voraussetzungen für diese Zusammenarbeit des militärischen Gesundheitswesens mit seinen zivilen und militärischen Partnern zu sorgen, national und international.

Ich freue mich auf einen spannenden Diskurs im Zusammenhang mit der Klärung der anstehenden Rechtsbedürfnisse und danke ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

² Ukraine-Panel der Plenarversammlung des NATO Committee of the Chiefs of Military Medical Services (COMEDS) vom November 2024.

Strukturen und Anforderungen des militärischen Gesundheitswesens

Georg Zimmermann*

Inhalt

I.	Auftrag des militärischen Gesundheitswesens	10
II.	Struktur des militärischen Gesundheitswesens	11
1.	Zivile Komponenten des militärischen Gesundheitswesens	11
a)	Der Sanitätsdienst der Armee	11
aa)	Das Sanitätsinspektorat	11
bb)	Der Militärärztliche Dienst	11
i)	Spezielle Medizinische Dienste	12
ii)	Medizinische Rekrutierung	12
iii)	Medizinische Grundversorgung	12
cc)	Der Pflegedienst der Armee	12
dd)	Das Kompetenzzentrum für Militär- und Katastrophenmedizin (Komp Zen MKM)	13
ee)	Der Bereich «Truppenbelange Sanität»	13
ff)	Der Veterinärdienst der Armee	13
b)	Die Armeeapotheke	13
2.	Militärische Komponenten in der Armee	14
a)	Leistungen auf Stufe Soldatin oder Soldat	14
b)	Leistungen der Einheitssanitäter	15
c)	Leistungen der Sanitätsgruppe	15
d)	Leistungen des Sanitätszuges	15
e)	Leistungen des Spitalbataillons	16
III.	Herausforderungen im militärischen Gesundheitswesen	16
1.	Zu erwartender Patientenansturm	16
2.	Personelle Herausforderungen	18
3.	Zu erwartende Verletzungs- und Erkrankungsmuster	18

* Georg Zimmermann, Leiter Grundlagen Sanitätstruppen und Projektleiter «Militärisches Gesundheitswesen» des Bereichs Sanität in der Logistikbasis der Armee des Eidgenössischen Departements für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS), in seiner Milizfunktion als Unterstabschef Operationen im Grad eines Obersten im Stab Sanität eingeteilt. Weite Teile des Textes entstanden auf Basis der Erkenntnisse aus dem Konzept «Militärisches Gesundheitswesen», zu welchem der Autor massgeblich beigetragen hat. Seine dahingehenden eigenen Textbeiträge muss er nicht zitieren oder umformulieren.

IV.	Massnahmen	19
1.	Der Patientenweg in Raum, Kraft und Zeit	19
2.	Stärkung der prähospitalen Elemente	21
3.	Versorgung mit Blut und Blutersatzprodukten	23
4.	Koordination mit dem zivilen Gesundheitswesen	24
a)	Fähigkeiten und Kompetenzen der Koordination und Unterstützung	24
b)	Anforderungen des militärischen Gesundheitswesens an den Koordinierten Sanitätsdienst	25
5.	Rechtliche Rahmenbedingungen	25
V.	Fazit	26

I. Auftrag des militärischen Gesundheitswesens

Der Kernauftrag des militärischen Gesundheitswesens ist es, die Einsatzfähigkeit, Kampfkraft und Moral der Truppe in allen Lagen zu erhalten oder wiederherzustellen. Es leistet somit einen entscheidenden Beitrag zur Durchhalte- und Verteidigungsfähigkeit der Schweizer Armee. Dabei geht es primär um den Faktor «Mensch», welcher in Zukunft weiterhin – auch unabhängig von allen möglichen technologischen Entwicklungen – in militärischen Konflikten eine zentrale Rolle spielen wird. Das militärische Gesundheitswesen unterscheidet sich von vielen weiteren Bereichen einer Armee, weil es sich weniger auf Waffenwirkungen, die Anzahl zur Verfügung stehender Systeme oder Ähnliches konzentriert, sondern sich vielmehr auf deren Effekte auf die menschliche Gesundheit und das Wohlergehen der betroffenen Menschen ausrichten muss. Dies beginnt schon mit der medizinischen Rekrutierung,¹ welche es der Armee ermöglicht, die richtigen Personen in geeigneter Funktion am richtigen Ort einzusetzen. Während der Ausbildung und im Einsatz geht es darum, mit den gesamtheitlichen, die Gesundheit betreffenden Präventions- und Therapiemassnahmen die Robustheit der Angehörigen der Armee (AdA) zu stärken, ihre sowohl physische als auch psychische Integrität zu bewahren oder so rasch wie möglich wiederherzustellen.

Klar ist, dass die Armee dies nicht mit eigenen Mitteln sicherstellen kann, müsste sie dazu doch praktisch das zivile Gesundheitswesen substituieren. Klar ist auch, dass im Kriegsfall die individualmedizinischen Grundsätze nicht oder nur noch teilweise eingehalten werden können. Somit muss sich das militärische Gesundheitswesen – insbesondere im hospitalen Bereich – auf das zivile Gesundheitswesen abstützen können, wobei die Standards, abhängig vom

¹ Vertieft hierzu in diesem Band [Buehrer, 32 ff.](#)

Umfeld, im Gleichschritt mit den zivilen Standards zu erfolgen haben, um eine Zweiklassengesellschaft zwischen AdA und zivilen Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Dazu braucht es spezifische regulatorische Rahmenbedingungen.

II. Struktur des militärischen Gesundheitswesens

Das militärische Gesundheitswesen besteht aus einer Vielzahl von Akteuren. Grob lässt es sich einerseits in eine zivile Komponente, welche im Rahmen der Militärverwaltung oder durch diese beauftragt tätig ist, und andererseits in eine militärische Komponente, welche sich aus den Angehörigen der Sanitätsstruppen zusammensetzt und ihre Leistungen im Rahmen der Miliztätigkeit erbringt, einteilen.

I. Zivile Komponenten des militärischen Gesundheitswesens

Die zivilen Komponenten des militärischen Gesundheitswesens setzen sich aus dem Sanitätsdienst der Armee, der Armeepotheke und den zivil angestellten Fachlehrerinnen und Fachlehrern der Sanitäts- und Spitalschulen im Kommando Ausbildung zusammen.

a) Der Sanitätsdienst der Armee

Die Führung des Sanitätsdienstes obliegt dem Oberfeldarzt. Er ist letztendlich direkt gegenüber dem Chef der Armee für den Sanitätsdienst verantwortlich. Dabei stützt er sich auf sechs direktunterstellte Bereiche ab.

aa) Das Sanitätsinspektorat

Das Sanitätsinspektorat steuert die Querschnittsbereiche (Informatik, Finanzen, Infrastruktur usw.). Zudem stellt es die Führungsbereitschaft sicher, unterstützt die Geschäftsleitung bei den strategischen und operativen Zielen und verantwortet die Geschäftssteuerung. Es stellt auch den internen und externen Informationsfluss sicher, inklusive der Beschaffung von Grundlagendokumenten. Im Weiteren steuert es die Zusammenarbeit mit dem «International Committee for Military Medicine» (ICMM).

bb) Der Militärärztliche Dienst

Der Militärärztliche Dienst gliedert sich in drei verschiedene Bereiche:

i. *Spezielle Medizinische Dienste*

Der spezielle medizinische Dienst ist zuständig für den Sanitätsnachrichtendienst («Medical Intelligence», MEDINTEL), welcher Informationen über medizinische Bedrohungen in den Einsatzgebieten der Schweizer Armee im In- und Ausland beschafft und analysiert. Ebenfalls erstellt er sanitätsspezifische Vorgaben, welche einen wirkungsvollen Schutz der Gesundheit der Armeeangehörigen vor atomaren, biologischen oder chemischen Gefährdungen sicherstellen. Im Weiteren sind ihm das Kreisbüro und der Kreisarztdienst, die Ärztinnen und Ärzte der Sonderoperationskräfte und die Doktrin angegliedert. In diesem Bereich arbeiten neun Personen, welche mehrheitlich einen Hintergrund aus dem medizinischen Bereich vorweisen können.

ii. *Medizinische Rekrutierung*

Die medizinische Rekrutierung beurteilt in sechs Rekrutierungszentren die medizinische Dienstauglichkeit für das Militär wie auch für den Zivilschutz. Damit wird sichergestellt, dass die Stellungspflichtigen aus den Anforderungen des Militärdienstes keinen gesundheitlichen Schaden nehmen und die Armee aufgrund des Gesundheitszustandes der Stellungspflichtigen keine einsatzrelevanten Risiken eingeht. In diesem Bereich sind 22 Medizinalpersonen angestellt.

iii. *Medizinische Grundversorgung*

Die medizinische Grundversorgung findet in sechs militärmedizinischen Regionen (MMR) statt. Sie stellt die medizinische Grundversorgung in Schulen und Kursen der Armee sicher. Insgesamt bestehen dazu zehn Medizinische Zentren der Region (MZR), 13 permanente und fünf temporäre Ambulatorien. In den zehn MZR können insgesamt 621 AdA stationär behandelt und betreut werden. Dafür arbeitet die medizinische Grundversorgung eng mit dem Pflegedienst der Armee zusammen. In diesem Bereich sind 17 Medizinalpersonen tätig.

cc) *Der Pflegedienst der Armee*

Der Pflegedienst der Armee stellt die sanitätsdienstliche Grundversorgung der Schulen und Kurse der Armee in den sanitätsdienstlichen Infrastrukturen (MZR, Ambulatorien) sicher, dies in enger Zusammenarbeit mit der medizinischen Grundversorgung. Er wird dabei auch von Milizangehörigen der Sanitätstruppen unterstützt. In diesem Bereich arbeiten 70 Personen, welche grösstenteils einem Gesundheitsberuf entstammen.

dd) Das Kompetenzzentrum für Militär- und Katastrophenmedizin (Kompetenz MKM)

Das im Militärgesetz² in Artikel 48b verankerte Kompetenzzentrum MKM macht Vorgaben für die Lehre und legt die Inhalte für die medizinische militärische Aus-, Weiter- und Fortbildung in Koordination mit den massgebenden zivilen Kooperationspartnern fest. In diesem Bereich sind vier Personen tätig, wovon zwei dem Medizinalpersonal entstammen.

ee) Der Bereich «Truppenbelange Sanität»

Der Bereich «Truppenbelange Sanität» unterstützt in Rücksprache mit der Logistikführung die Truppe bei der Planung ihrer Truppendienste und bei besonderen Dienstleistungen. Er liefert Beiträge zu Ausbildungsvorgaben für die Sanitätstruppen und stellt die sanitätsdienstliche Ausbildung in den Rekrutenschulen sicher. Darüber hinaus plant, organisiert und führt er grössere sanitätsdienstliche Einsätze im In- und Ausland (ohne Friedensförderungsdienste) durch. In diesem Bereich sind zwei zivile Mitarbeiter und acht Berufsmilitärs tätig.

ff) Der Veterinärdienst der Armee

Der Veterinärdienst der Armee ist zuständig für die Gesunderhaltung der Armeetiere (kurative und prophylaktische Tätigkeit), die Überwachung der Selbstkontrolle in den Armeeküchen und den Einsatz des Lebensmittelinspektorates der Armee, die Beschaffung der Pferde und Hunde, die Einsatzplanung der Pferde und die Seuchenbekämpfung in der Armee. In diesem Bereich sind drei Mitarbeitende tätig, worunter sich zwei Tierärzte und eine Verhaltensbiologin befinden.

b) Die Armeepotheker

Die Armeepotheker stellt primär die Versorgung des militärischen Gesundheitswesens mit Sanitätsmaterial sicher. Dazu zählen insbesondere die dazu notwendigen Medizinprodukte und Heilmittel. Um als Herstellerin und Grosshändlerin agieren zu können, verfügt sie über etwas mehr als 100 Mitarbeitende und eine Bewilligung der Swissmedic. Im Weiteren gilt sie als Materialkompetenzzentrum im Bereich der Pharmazie und der Medizinprodukte und

² Bundesgesetz vom 3. Februar 1995 über die Armee und die Militärverwaltung (Militärgesetz, MG; SR 510.10).

ist dadurch für den Einkauf des entsprechenden Materials zu Gunsten der Armee zuständig.

2. Militärische Komponenten in der Armee

Die militärischen sanitätsdienstlichen Leistungserbringer sind in vielfältigen Funktionen quer über verschiedene Kommandos und Hierarchiestufen der Armee verteilt. In der Logistikbrigade sind vier Spitalbataillone, das Sanitätslogistikbataillon zur Unterstützung der Armeepotheke und das Sanitätssupportbataillon zur Unterstützung der medizinischen Grundversorgung und der Rekrutierung eingeteilt. Im Kommando Ausbildung sind acht Sanitätskompanien mit je sechs Sanitätszügen, die Veterinär- und Armeetierabteilung und die Sanitätsdurchdiener in der Stärke von maximal zwei Zügen eingeteilt. Im Kommando Operationen ist in den Rettungsbataillonen jeweils ein Sanitätszug eingeteilt und im Heer verfügt – von wenigen Ausnahmen abgesehen – beinahe jeder Truppenkörper über eine Sanitätsgruppe. Im Kommando Cyber sind ver einzelnte Sanitätszüge und Sanitätsgruppen eingeteilt. Insgesamt zählen knapp über 6'000 AdA zu den Sanitätstruppen.

Zu den militärischen sanitätsdienstlichen Leistungserbringern zählen auch die Einheitssanitäter, welche jedoch den kombattanten Truppen angehören. Eine grosse Mehrheit der Einheiten der Schweizer Armee verfügt über jeweils einen Einheitssanitätertrupp. Letztendlich sind aber auch alle Soldatinnen und Soldaten sanitätsdienstliche Leistungserbringer, dies im Rahmen der Selbst- und Kameradenhilfe, welche unlängst um die Fähigkeit im Bereich der Selbst- und Kameradenhilfe unter Gefechtsbedingungen, die sogenannte «Tactical Combat Casualty Care» (TCCC), erweitert wurde. Aufgrund ihrer sowohl räumlich als auch zeitlich unmittelbaren Wirkung hat diese sanitätsdienstliche Leistungserbringung eine enorme Bedeutung.

a) Leistungen auf Stufe Soldatin oder Soldat³

Alle AdA erlangen im Rahmen der Grundausbildung die Fähigkeit zur Selbst- und Kameradenhilfe. Das Ausbildungsniveau entspricht dabei der zivilen Laienrettung und beinhaltet auch die Herz-Lungen-Wiederbelebung mittels Beatmung, Brustkompression und Defibrillation. Die Ausbildung wird gleichzeitig als ziviler Nothelferausweis anerkannt. Hinzu kommt die Ausbildung in der «Tactical Combat Casualty Care». Dabei kommen erweiterte lebensrettende Sofortmassnahmen zum Zug. Dies umfasst insbesondere die Blutstillung an

³ Reglement 59.005 der Schweizer Armee zur Selbst- und Kameradenhilfe (Selbst- und Kameradenhilfe), gültig ab 1. Juli 2005.

den Extremitäten mittels Tourniquets, das Anlegen von Druckverbänden oder Thoraxpflastern (Chest Seal) und die Wundtamponade. Ebenfalls dazu gehört das Atemwegsmanagement mittels Nasopharyngealtubus. Im Einsatzfall ist zudem die Abgabe von starken schmerzstillenden Mitteln vorgesehen. Damit gehen die Kompetenzen auf dieser Stufe weit über das zivile Niveau der Laienrettung hinaus.

b) Leistungen der Einheitssanitäter⁴

Der Einheitssanitäter ist in der Lage, erweiterte lebensrettende Sofortmassnahmen durchzuführen. So ist er fähig, einen venösen Zugang zu legen, zu beatmen, Schmerzmittel parenteral oder oral und weitere Medikamente zur Stabilisierung und Transportvorbereitung abzugeben. Ausserdem verfügt er über einen Defibrillator und erweiterte Mittel, um die Atemwege offenzuhalten. Die Einheitssanitäter operieren je nach Fahrzeugtyp zu zweit (Sanitätswagen leicht) oder zu viert (geschütztes Sanitätsfahrzeug). Im Trupp können sie mit dem bestehenden Material innert acht Stunden maximal zehn Patientinnen oder Patienten versorgen und transportieren.

c) Leistungen der Sanitätsgruppe⁵

Die Sanitätsgruppe besteht aus einer Ärztin oder einem Arzt, einer Gruppenführerin oder einem Gruppenführer und weiteren zehn Sanitätssoldatinnen oder -soldaten. Diese Gruppe stellt die medizinische Grundversorgung auf Stufe Truppenkörper (Bataillon oder Abteilung) sicher und kann täglich bis zu 60 Konsultationen ausführen und bis zu 15 Patientinnen und Patienten, welche nicht hospitalisiert werden müssen, stationär aufnehmen und behandeln.

d) Leistungen des Sanitätszuges⁶

Der Sanitätszug aus der Sanitätskompanie besteht aus einer Zugführerin oder einem Zugführer, zwei Ärztinnen oder Ärzten, drei Gruppenführerinnen oder Gruppenführern und weiteren 20 Sanitätssoldaten. Mit dem ihm zur Verfügung stehenden Material ist er in der Lage, eine Sanitätshilfsstelle zu errichten und zu betreiben. Dabei geht es darum, im prähospitalen Bereich die an-

⁴ Reglement 59.021 der Schweizer Armee zum Sanitätsdienst aller Truppen, Grundlagen und Organisation des Sanitätsdienstes für alle Truppen (San D aller Trp), gültig ab 1. Juli 2019 (zit. Schweizer Armee, San D aller Trp), Rz. 100–120.

⁵ Schweizer Armee, San D aller Trp, Rz. 120–140.

⁶ Schweizer Armee, San D aller Trp, Rz. 141–145, und Reglement 59.072 der Schweizer Armee zur Sanitätskompanie (San Kp), gültig ab 1. Januar 2019, Ziff. 3.2.

fallenden Verwundeten und Erkrankten so weit zu stabilisieren, dass diese den Transport in den hospitalen Bereich überstehen. In der Sanitätshilfsstelle können zehn chirurgische Noteingriffe und 30 ambulante Behandlungen pro Tag erfolgen. Ebenfalls muss die Sanitätshilfsstelle in der Lage sein, 30 stationäre Patientinnen und Patienten aufzunehmen und im Falle eines Transportstopps diese Kapazität um zusätzlich 20 Betten zu erweitern.

e) Leistungen des Spitalbataillons⁷

Das Spitalbataillon besteht aus einer Stabs- und zwei Spitalkompanien. Es verfügt über einen Arztzug, in welchen diverse Ärztinnen und Ärzte mit verschiedensten Facharzttiteln eingeteilt sind. Im Spitalbataillon sind 501 AdA eingeteilt. Es ist das einzige Element der hospitalen Stufe, über welches die Schweizer Armee verfügt. Es kann eines oder mehrere Zivilspitäler modular personell und materiell verstärken oder unterstützen. Zudem kann es maximal 200 Patientinnen und Patienten an einem improvisierten Standort oder in einem der noch bestehenden KSD-Spitälern⁸ in der Grundpflege übernehmen. Es kann weiter ein Militärspital sowie ein mobiles Desinfektions- und Sterilisationsmodul betreiben und sekundäre, qualifizierte sanitätsdienstliche Transporte durchführen.

III. Herausforderungen im militärischen Gesundheitswesen

I. Zu erwartender Patientenansturm

Um den zu erwartenden Patientenansturm zu berechnen, wurden durch die Schweizer Armee schon in den frühen 2000er Jahren zusammen mit einem israelischen Institut die voraussichtlichen Ausfallzahlen kalkuliert. Sie fanden ihren Niederschlag im Reglement 59.021 «Sanitätsdienst aller Truppen»⁹, wobei von einem Ausfall von 7 % bei einem mechanisierten Bataillon oder einem Panzerbataillon ausgegangen wurde. Im Jahre 2018 aktualisierte die NATO

⁷ Reglement 59.071 der Schweizer Armee zum Spitalbataillon (Spit Bat), gültig ab 1. Januar 2020, Ziff. 3.6 und Anhang 3.

⁸ Spitäler mit dem KSD-Status «aktiv» sind zivile Spitäler, die über eine Leistungsvereinbarung mit dem Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) verfügen. Demzufolge müssen diese Spitäler je 100 Betten für die Grundpflege in einem geschützten Rahmen bereithalten. Mit folgenden Spitälern bestand bis zum Übergang des KSD ins Bundesamt für Bevölkerungsschutz eine dahingehende Vereinbarung: Neuenburg, Sierre, Burgdorf, Stans, Lugano, Herisau und Chur.

⁹ Schweizer Armee, San D aller Trp, Anhang 9.

ihre bisherigen Planungszahlen aus dem Jahr 1993¹⁰ mit neuen Planungszahlen,¹¹ welche von deutlich höheren Ausfallraten ausgingen, wobei allerdings die Ausfälle aufgrund psychischer Belastungsstörungen wegfielen. Nach dem Einmarsch Russlands in die Ukraine im Februar 2022 konnten die Ausfallzahlen im Rahmen der periodischen Treffen der Oberfeldärztinnen und Oberfeldärzte der NATO (COMEDS), an welchen auch der Oberfeldarzt der Schweizer Armee teilnehmen konnte, berücksichtigt werden. Auf Basis all dieser Quellen wurde während der Erarbeitung des Konzepts «Militärisches Gesundheitswesen» ein neues Modell für die Berechnung der Ausfallzahlen erstellt. Dieses geht davon aus, dass an einem Tag mit intensivem Kampfgeschehen bei einem mechanisierten Bataillon mit einer kampfbedingten Ausfallrate von knapp unter 20 % zu rechnen ist. Auf Basis eines fiktiven Kriegsszenarios, bei welchem die gesamte Armee im Einsatz ist, wurden die zu erwartenden militärischen Ausfälle berechnet. Dabei stellte sich heraus, dass an einem intensiven Kampftag mit rund 750 leicht Verwundeten, 690 mittelschwer Verwundeten und rund 280 schwer Verwundeten zu rechnen ist. Zudem fallen rund 210 physisch und 260 psychisch Erkrankte an. Nach fünf Tagen wäre mit rund 4'000 stationär zu behandelnden erkrankten AdA zu rechnen. Die zivilen Opfer sind in diesen Zahlen nicht enthalten. Daraus lassen sich unter anderem folgende Erkenntnisse ableiten:

- Sowohl die militärischen als auch die zivilen Mittel reichen heute nicht aus, um einen derartigen Patientenansturm zu bewältigen. So liegt die Kapazitätsgrenze zur Behandlung Schwerverletzter im zivilen Gesundheitswesen aufgrund der Zentralisierung durch die hochspezialisierte Medizin in zwölf Spitälern bei rund 50 Patientinnen und Patienten.¹²
- Die zu erwartende Überlastung führt zu einer verzögerten Behandlung und dadurch zu einer deutlich höheren Anzahl Todesfälle.
- Die individualmedizinischen Grundsätze müssen durch kriegsmedizinische Grundsätze abgelöst und heute undenkbare Triagekriterien angewendet werden.
- Um die Verteilung von intensiv zu betreuenden Patientinnen und Patienten auf mehrere Spitäler bewältigen zu können, müssen Massenevakuationsmittel vorhanden sein.

¹⁰ NATO, ACE Directive Number 85-5, ACE Medical Support Principles, Policies and Planning Parameters, nicht öffentlich abrufbar.

¹¹ NATO, Recommendations for Total Battle Casual Rate Estimates Related to Generic Defence Medical Planning, unterzeichnet am 13. November 2018, nicht öffentlich abrufbar.

¹² Persönliche Mitteilung des Präsidenten des «Swiss Trauma Boards», Prof. Dr. med. Hans-Peter Simmen.

2. Personelle Herausforderungen

Gemäss den Gliederungsvorgaben der Schweizer Armee sind rund 800 AdA als Medizinalpersonal geplant. Deren Ausbildung und militärische Funktion basiert weitgehend auf der zivilen Ausbildung. Rund 55 % der Militärärztinnen und -ärzte verfügen aufgrund ihres Alters noch nicht über einen Facharzttitel. Unter denjenigen, welche über einen Facharzttitel verfügen, ist die innere Medizin mit deutlichem Abstand am stärksten vertreten. Daraus lassen sich unter anderem folgende Erkenntnisse ableiten:

- Der Bedarf der Facharzttitel deckt sich nicht mit den vorhandenen Qualifikationen, da im Verteidigungsfall in erster Linie notfallchirurgische Kompetenzen notwendig wären.
- Die Abstimmung der zivilen Laufbahn mit den militärischen Erfordernissen ist anspruchsvoll.
- Der Bedarf an AdA mit entsprechendem Facharzttitel könnte zwar abgedeckt werden, müsste allerdings mittels Umteilungen der betreffenden AdA umgesetzt werden.
- Die Schweizer Armee schafft mit der permanenten Zertifizierung und Rezertifizierung ihrer Militärärztinnen und -ärzte in den Bereichen PHTLS¹³, ATLS¹⁴ und PALS¹⁵ eine notfallmedizinische Reservekapazität, welche im Kriegsfall nicht nur militärisch, sondern auch zivil eingesetzt werden kann.

3. Zu erwartende Verletzungs- und Erkrankungsmuster

Aufgrund der Erfahrungen aus dem Krieg Russlands gegen die Ukraine¹⁶ muss davon ausgegangen werden, dass ein Grossteil der Verletzungen auf Schrapnellverletzungen (über 70 %) und Verletzungen durch Minen (rund 25 %) zurückzuführen sind, während die zu erwartenden klassischen Schussverletzungen lediglich rund 5 % ausmachen. Grund dafür sind Hochenergiesprenggeschosse, welche schwere Splitterverletzungen und ausgedehnte Verbrennungen erzeugen. Serielle Explosionen mit wiederholten Schockwellen

¹³ «Pre-Hospital Trauma Life Support» (PHTLS) ist ein international standardisiertes und zertifiziertes Prinzip der präklinischen Traumaversorgung nach aktuellem Stand des medizinischen Wissens.

¹⁴ «Advanced Trauma Life Support» (ATLS) ist ein international standardisiertes und zertifiziertes Konzept zur klinischen Erstversorgung von Traumapatienten.

¹⁵ «Pediatric Advanced Life Support» (PALS) ist ein international standardisiertes und zertifiziertes Konzept zur klinischen Erstversorgung von Kindern und Säuglingen mit lebensbedrohlichen Gesundheitsstörungen.

¹⁶ Zahlen gemäss NATO COMEDS Meetings 2023 und 2024, nicht öffentlich abrufbar.

führen zu kumulativ schweren Schädel-Hirn-Traumen. Am häufigsten sind bei den Verletzungen die Extremitäten betroffen. Die absolut häufigste Todesursache ist das Verbluten (zwischen 80 % und 90 %). Daraus lassen sich unter anderem folgende Erkenntnisse ableiten:

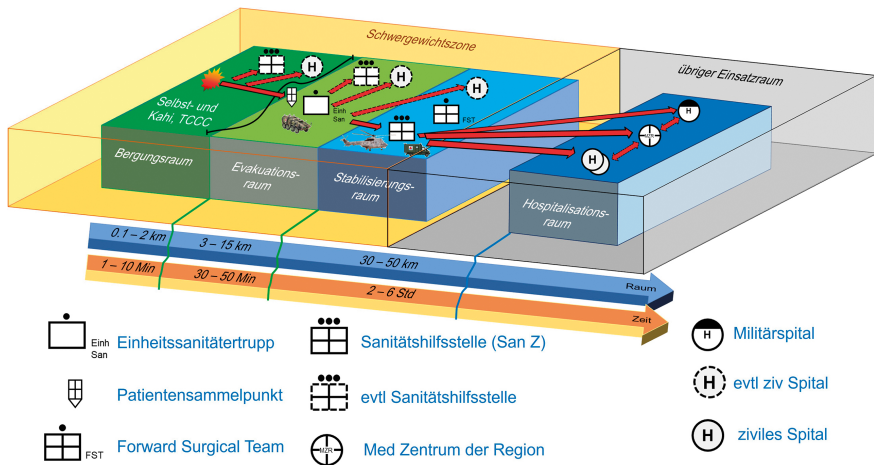
- Das zivile Gesundheitswesen ist nicht auf Verletzungsmuster ausgerichtet, welche im Rahmen einer kriegerischen Auseinandersetzung anfallen.
- Unmittelbare Blutstillung und Blutersatz retten die meisten Leben.
- Die Physiologie des Menschen ist bestimmend für die zeitlichen Verhältnisse auf dem Patientenweg.

IV. Massnahmen

Im Rahmen der Erstellung des Konzepts zum militärischen Gesundheitswesen wurden sieben verschiedene Handlungsfelder erarbeitet, welche den Sollzustand per 2040 beschreiben. Dabei handelt es sich um den Einsatz, die Ausbildung und das Training, die Interoperabilität, die Führung, die Koordination und Unterstützung, die Agilität und die Infrastruktur. Die nachfolgend aufgeführten Massnahmen orientieren sich stark an den erforderlichen Fähigkeiten für den Einsatz und das Handlungsfeld «Koordination und Unterstützung».

1. Der Patientenweg in Raum, Kraft und Zeit

Das militärische Denken richtet sich stetig nach den Faktoren Raum, Kraft, Zeit und Information. Aufgrund der vorhergehenden Erkenntnisse spielt der Faktor «Zeit» die absolut wichtigste Rolle im Sanitätsprozess. Das Prinzip auf dem Patientenweg richtet sich daher danach, Patientinnen und Patienten – abhängig von der Lage oder dem Umfeld und von der Verletzungs- oder Erkrankungsart – so schnell wie möglich in die am besten geeignete sanitätsdienstliche Einrichtung zu bringen. Da in bewaffneten Konflikten das Verbluten die häufigste Todesursache ist, spielen die ersten zehn Minuten die entscheidende Rolle im Kampf ums Überleben. Aber auch die nachfolgenden Stufen haben zentrale Bedeutung. Kann eine Patientin oder ein Patient nicht innert nützlicher Frist der hospitalen Versorgung zugeführt werden, waren alle Bemühungen auf den vorhergehenden Stufen vergebens. Im Idealfall können die zeitlichen und räumlichen Verhältnisse und der Mittelansatz gemäss folgender Darstellung eingehalten werden:



Der taktische Patientenweg in Raum, Kraft und Zeit, wobei die räumlichen Angaben die minimale respektive maximale Ausdehnung der jeweiligen Räume festlegen.

Dabei gliedert sich der taktische Patientenweg in folgende Elemente:

Bergungsraum: Der Bergungsraum erstreckt sich in der Regel über 100 m bis maximal 2 km vom Ort der Verwundung oder Erkrankung bis hin zur Patientensammellinie oder dem Patientensammelpunkt. Im Bergungsraum geht es darum, Patientinnen und Patienten zu bergen und mittels Erste-Hilfe-Massnahmen im Bereich der Selbst- und Kameradenhilfe so weit zu stabilisieren, dass sie mit truppeneigenen Mitteln bis zur Patientensammellinie oder zum Patientensammelpunkt transportiert werden können. Insbesondere bei lebensbedrohlichen Verletzungen oder Erkrankungen sollten die Patientensammellinie oder der Patientensammelpunkt innert ein bis zehn Minuten erreichbar sein. Dies ist unter modernen Gefechtsbedingungen wie im Ukraine-konflikt oft nicht der Fall, sondern kann sich um Stunden bis Tage verzögern.

Evakuationsraum: Der Evakuationsraum beginnt mit der Patientensammellinie oder dem Patientensammelpunkt und grenzt unmittelbar an den Stabilisierungsraum an. Der Evakuationsraum dehnt sich in der Regel zwischen minimal drei bis maximal 15 km aus. Im Evakuationsraum geht es darum, Patientinnen und Patienten mit erweiterten Massnahmen der ersten Hilfe – durchgeführt durch die Einheitssanitärtruppe – so weit zu stabilisieren, dass sie mit den Mitteln der Einheitssanitärtruppe in den Stabilisierungsraum transportiert werden können. Ohne Transportstopp sollten Patientinnen und Patienten in der Regel innert minimal 30 und maximal 50 Minuten primär der Sanitätshilfsstelle oder alternativ einem allenfalls funktionierenden zivilen Spital im Stabilisierungsraum zugeführt werden. Dies ist unter modernen Gefechtsbe-

dingungen wie im Ukrainekonflikt oft nicht der Fall, sondern kann sich ebenfalls um Stunden bis Tage verzögern.

Stabilisierungsraum: Der Stabilisierungsraum grenzt unmittelbar an den Evakuationsraum an und liegt somit in der Regel minimal 3, maximal 17 km hinter der Front. Im Stabilisierungsraum geht es darum, entweder in der Sanitätshilfsstelle erste notfallmedizinische Massnahmen durchzuführen, um Patientinnen oder Patienten in den zwischen 30 bis 50 km entfernten Hospitalisationsraum transportieren zu können oder in einem allfälligen noch funktionalen (zivilen) Spital innerhalb des Stabilisierungsraums versorgen zu lassen. Sowohl die Sanitätshilfsstelle als auch das zivile Spital können durch ein «Forward Surgical Team»¹⁷ (FST) unterstützt werden, das (zivile) Spital zudem auch mit weiteren Modulen der Spitalbataillone. Ohne Transportstopp sollten Patientinnen und Patienten je nach Behandlungs- und Transportpriorität in der Regel innert minimal zwei bis maximal sechs Stunden nach Verwundung, Verletzung oder Erkrankung den Einrichtungen des militärischen oder zivilen Gesundheitswesens im Hospitalisationsraum zugeführt werden. Unter modernen Gefechtsbedingungen wie im Ukrainekonflikt kann sich dies je nach Transportmittel und Lage über mehrere Tage hinweg erstrecken.

Hospitalisationsraum: Der Hospitalisationsraum befindet sich in der Regel im übrigen Einsatzraum und liegt minimal 35 km hinter der Front. Im Hospitalisationsraum geht es darum, in den MZR, den Militärspitälern und den zivilen Spitälern die Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht so zu behandeln, dass diese so bald wie möglich wieder zur Truppe zurückkehren oder der Rehabilitation zugeführt werden können. Hospitalisationsräume können in mehreren Gebieten im übrigen Einsatzraum festgelegt werden. Aufgrund der fehlenden operativen Tiefe der Schweiz kann sich der Hospitalisationsraum unter Umständen in Kooperation mit anderen Ländern auch ausserhalb der Landesgrenzen in einer vor gegnerischer Waffeneinwirkung sicheren Zone befinden.

2. Stärkung der prähospitalen Elemente

Um die prähospitalen Elemente zu verstärken, müssen die Einsätze der Armee sanitätsdienstlich modular, skalierbar, frontnah und robust unterstützt werden.

¹⁷ «Forward Surgical Teams» sind mobile, kurzfristig abrufbare und schnell einsetzbare, autonom funktionale Teams, die frontnahe, chirurgische Eingriffe durch in Kriegstraumatologie spezifisch ausgebildetes Personal an Schwerverletzten durchführen, um diese zu stabilisieren und ihr Überleben und die Transportfähigkeit für die Verschiebung in den Hospitalisationsraum sicherzustellen.

- «Modular» bedeutet, dass den sich aus erwarteten Verletzungs- und physischen wie auch psychischen Erkrankungsmustern ergebenden medizinischen Bedürfnissen entsprechende massgeschneiderte sanitätsdienstliche Elemente eingesetzt werden. Mittels Diffusion kann Personal der Sanitätstruppen mit entsprechenden Kompetenzen in verschiedenen Modulen eingesetzt werden. Diese modulare Diffusion bedingt ein individualisiertes Ausbildungscontrolling und eine kompetenzgerechte Alimentierungssteuerung. So gelangen die sanitätsdienstlichen Leistungen ressourcenschonend und zeitgerecht zum Einsatz.
- «Skalierbar» bedeutet, dass der Kräfteansatz der sanitätsdienstlichen und psychologischen Module anhand der Lage und des zu erwartenden Patientenfalls (Menge, Zeitdauer, Verletzungsmuster) in den Einsatz gebracht werden kann. Dies ermöglicht, zeitnah auf eine Lageveränderung zu reagieren und Ressourcen zu schonen.
- «Frontnah» bedeutet, dass das Überleben der Schwerstverletzten – welche mehrheitlich in der Schwergewichtszone anfallen – nur durch unmittelbare medizinische und psychologische Hilfe sichergestellt werden kann. Infolge der zeitnahen, konkreten medizinischen und psychologischen Interventionen und Evakuationen können sekundäre Schädigungen vermindert, der spätere Behandlungsbedarf reduziert, die Rehabilitationszeit verkürzt und somit die Rückkehr zur Truppe optimiert werden. Dazu müssen die Fähigkeiten der «Forward Surgical Teams» vorhanden sein, welche mittels «Damage Control Surgery»¹⁸ und «Damage Control Resuscitation»¹⁹ massive Blutungen im Rumpf stillen können.
- «Robust» bedeutet, dass die Durchhaltefähigkeit des jeweiligen sanitätsdienstlichen Elements (materiell und personell) sichergestellt ist und über einen den Kampfeinflüssen angepassten Schutz verfügt. Es müssen genügend Transportmittel zur Verfügung stehen, um den Patientenfluss – auch sekundär – sicherzustellen. Die prähospitalen sanitätsdienstlichen Elemente müssen dazu befähigt werden, komplexe lebensrettende Massnahmen in improvisierten Infrastrukturen durch-

¹⁸ «Damage Control Surgery» (DCS; Schadensbegrenzungschirurgie) ist ein Konzept der lebensrettenden Notfallchirurgie. Schadensbegrenzende Chirurgie bedeutet, dass man sich auf provisorische Eingriffe begrenzt, die vor allem den weiteren Blutverlust stoppen und das Kontaminationsrisiko senken. Die definitiven Eingriffe, die die normale Physiologie wiederherstellen, folgen, wenn sich der Zustand stabilisiert hat.

¹⁹ «Damage Control Resuscitation» (DCR) ist eine Strategie zur Wiederbelebung und lebenserhaltenden Stabilisierung von Patientinnen und Patienten mit Schock wegen hohem Blutverlust durch Blutersatz, Bekämpfung von Gerinnungsstörungen, Übersäuerung des Stoffwechsels sowie Auskühlung (tödliche Triade von Koagulopathie, Azidose und Hypothermie) vor, während und nach «Damage Control Surgery».

zuführen und die Prinzipien der «Prolonged Casualty Care»²⁰ (PCC) anzuwenden.

3. Versorgung mit Blut und Blutersatzprodukten

Weil das Verbluten die Haupttodesursache in einem bewaffneten Konflikt ist, muss die Versorgung mit Blut und Blutersatzprodukten über sämtliche Stationen des Patientenweges neu überdacht und konzipiert werden. Heute beschränkt sich die Versorgung mit Blut und Blutersatzprodukten auf den hospitalen Bereich. Dies rührt daher, dass in Friedenszeiten die Rettungsdienste in der Lage sein sollten, innert 15 Minuten bei einem Verletzten einzutreffen und erste Massnahmen durchzuführen. Im Kriegsfall muss jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die Bergungs- und Evakuationszeiten massiv verlängern, dies aufgrund des gezielten Beschusses von Patiententransporten, welche wegen der permanenten Überwachung des Gefechtsfeldes durch Drohnen und weitere technische Mittel nur noch gedeckt oder getarnt durchgeführt werden können. So fanden zum Beispiel in der Ukraine die Evakuationen nur noch nachts oder bei schlechten Sichtbedingungen statt, was wiederum dazu führte, dass Verwundete während Stunden bis Tagen nur Zugang zur taktischen Verwundetenversorgung hatten.²¹

Aufgrund des massiven Patientenansturms sind an einem intensiven Kampftag über 6'500 Einheiten Blut oder Blutersatzprodukte notwendig, um den Bedarf entlang des Patientenweges vom Patientensammelpunkt bis zur hospitalen Versorgung zu decken. In dieser Berechnung wurde nur der Behandlungsbedarf der militärischen Seite berücksichtigt. Nur schon dieser militärische Bedarf überschreitet die heute vorhandenen Mittel mehrfach. Aus diesem Grund müssen zusammen mit dem Blutspendedienst des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) neue Möglichkeiten der Versorgung mit Blut und Blutprodukten erarbeitet werden. Dabei ist auch ein Augenmerk auf allfällige Anpassungen der rechtlichen Grundlagen zu richten.

²⁰ «Prolonged Casualty Care» (PCC) ist die medizinische Versorgung mit besonderen Massnahmen, die aus taktischen oder anderen Gründen über die doktrinen Evakuations-Planungszeiträume hinaus angewandt wird, um die Sterblichkeit und Morbidität von Patientinnen und Patienten zu verringern. Sie nutzt begrenzte Ressourcen und besondere Verfahren und wird so lange aufrechterhalten, bis der Patient eine angemessene Versorgungseinrichtung erreicht hat.

²¹ Erkenntnisse aus den NATO COMEDS Meetings 2023 und 2024, nicht öffentlich abrufbar.

4. Koordination mit dem zivilen Gesundheitswesen

Der zu erwartende Patientenansturm mit den entsprechenden Verletzungsmustern kann allein weder durch das militärische noch durch das zivile Gesundheitswesen bewältigt werden. Das militärische Gesundheitswesen muss in Abstimmung mit der «Nationalen Alarmzentrale und Ereignisbewältigung» des Bundesamts für Bevölkerungsschutz (BABS-NEOC) zu diesem Zweck Verträge mit dem zivilen Gesundheitswesen abschliessen. Die Aufnahme- und Behandlungskapazitäten für mittelschwer- und schwerverletzte Patientinnen und Patienten müssen im Rahmen der zivil-militärischen Zusammenarbeit vorbereitet werden. Die Verteilung sowohl militärischer als auch ziviler Patientinnen und Patienten soll auf nationaler und internationaler Ebene unter Einbezug der entsprechenden militärischen Koordinationsstellen (der Einsatzzentrale Sanität beziehungsweise des «Multinational Medical Coordination Centre Europe» [MMCC-E]²²) durch BABS-NEOC koordiniert und die Versorgung zusammen mit den KSD-Partnern bewältigt werden.

- a) Fähigkeiten und Kompetenzen der Koordination und Unterstützung
 - Die geeigneten prähospitalen und hospitalen Komponenten des militärischen Gesundheitswesens müssen – als Teil des Traumanetzwerks – in das Gesamtversorgungssystem des Gesundheitswesens integriert werden.
 - Armeeeigene hospitalen Module werden bei Bedarf in zivilen Spitälern (ober- und unterirdisch) integriert.
 - Leistungen zu Gunsten aller Patientinnen und Patienten erfolgen in permanenten geschützten militärischen (Militärspital) oder zivilen Spitälern (mit Sonderstatus KSD) oder improvisierten Infrastrukturen (inklusive Notfall-/Triagestation, «Damage Control Surgery», Überwachung und Pflege, Sterilisation).
 - Die subsidiären Leistungen werden mit den zivilen Instanzen koordiniert (im Rahmen des KSD).
 - Die Leistungserbringer des militärischen Gesundheitswesens sind in die nationalen medizinischen Netzwerke integriert («One Health»).

²² Die Schweiz ist am 20. März 2025 dem MMCC-E beigetreten, Medienmitteilung abrufbar unter <news.admin.ch/de/nsb?id=104567>. Die Hauptaufgabe des MMCC-E ist es, die Voraussetzungen für die multinationale sanitätsdienstliche Unterstützung von Streitkräften im gesamten Aufgabenspektrum zu schaffen.

b) Anforderungen des militärischen Gesundheitswesens an den Koordinierten Sanitätsdienst

- Die Übersicht über die Ressourcen im zivilen Gesundheitswesen ist in Echtzeit verfügbar und umfasst insbesondere die Akutspitäler, die Trauma-Abteilungen, die Operationstische und die Intensivstationen sowie die Betten für Brandverletzte gemäss dem «Alarmplan Brandverletzte Schweiz».
- Das «Lagebild Blau» auf ziviler Seite ist vervollständigt durch relevante Daten, z.B. zu den Themen Migration, Seuchen, Verstrahlung usw.
- Analog zum «Plan Brandverletzte» erstellt der KSD einen Plan für die Erweiterung der chirurgischen Trauma-Kapazitäten im Bedarfsfall und steuert deren Zuteilung.
- Die Koordination der hospitalen Patientenaufnahme der zivilen und militärischen Patientinnen und Patienten durch das zivile Gesundheitswesen und der zivil-militärische Datenfluss sind durchgängig und bidirektional sichergestellt.
- Der KSD evaluiert laufend geschützte sanitätsdienstliche Anlagen, angelehnt an ein Spital, für die allfällige Belegung durch Spitalformationen der Armee (auch ausserhalb der Liste der Spitäler mit Sonderstatus KSD).
- Der KSD stellt die Verfügbarkeit von Dekontaminationsspitalern für die Patientinnen und Patienten der Armee sicher.

5. Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Kriegsfall wird es unerlässlich sein, die Kompetenzen der Leistungserbringer des militärischen Gesundheitswesens zu erweitern, damit Leiden gemindert und Überleben ermöglicht wird. Um dies zu erreichen, müssen auch die dahingehenden Regulatorien und Regularien angepasst werden können. In diesem Zusammenhang ist die in Erarbeitung befindliche Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw)²³ wegweisend. So sind in diesem Verordnungstext beispielsweise in Artikel 29 Abs. 2 VE-VMiGw Ausnahmegestimmungen für die Armeeapotheke vorgesehen. Diese soll bei Einsätzen der Armee im Rahmen des Aktivdienstes ohne Zulassung Generika gewisser Arzneimittel herstellen und in Verkehr bringen dürfen. Es handelt sich dabei insbesondere um Schmerz- und Anästhesiemittel, Antibiotika, Antidota und Blutvolumen-Ersatzlösungen (Elektrolytlösungen). Trotz solcher Ausnahme-

²³ Vgl. zur Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw) vertieft in diesem Band [Widmer, 118 ff.](#)

regelungen ist der Grundsatz einzuhalten, dass Patientinnen und Patienten des militärischen Gesundheitswesens, abhängig von der Lage und dem Umfeld, bestmöglich und gemäss zivilen Qualitätsvorgaben behandelt und versorgt werden.²⁴ Aus den Erläuterungen zum Entwurf der VMiGw lässt sich dazu folgender Textabschnitt zitieren:²⁵

«Damit soll auch möglichst verhindert werden, dass eine Zweiklassengesellschaft entsteht. Patientinnen und Patienten des militärischen Gesundheitswesens sollen nur in absoluten Ausnahmefällen bzw. aufgrund von sich unmittelbar aus dem Auftrag der Armee ergebenden, zwingenden Gründen schlechter behandelt werden als im zivilen Gesundheitswesen. Dies kann aufgrund der Lage (z.B. besondere oder ausserordentliche Lage im Zusammenhang mit dem Landesverteidigungsdienst) oder dem Umfeld (z.B. bei eingeschränkter Funktionalität des zivilen Gesundheitswesens) eintreten. So ist beispielsweise im Umfeld aktiver Kampfhandlungen davon auszugehen, dass Grundsätze der individualmedizinischen Versorgung durch diejenigen der Militär- und Katastrophenmedizin abgelöst werden.»

V. Fazit

Das militärische Gesundheitswesen steht vor einer Zukunft, die durch den raschen technologischen Fortschritt, die Weiterentwicklung der Kriegsführung, die zunehmenden Anforderungen an die psychische Gesundheit, den Klimawandel und die demografischen Veränderungen beim Gesundheitspersonal gekennzeichnet ist. Um den sich ändernden Umständen und Ansprüchen zu genügen, muss die Armee proaktiv neue medizinische Technologien integrieren, sich an Veränderungen in der Kriegsführung und im Katastrophenschutz anpassen, sich mit den zunehmenden Problemen der psychischen Gesundheit auseinandersetzen und auf die Veränderungen in der Belegschaft aufgrund der Feminisierung der medizinischen Berufe im Zivilen und damit des Rückgangs der männlichen Sanitätsoffiziersanwärter reagieren. Die Entwicklung realitätsbezogener, zukunftsorientierter und anpassungsfähiger Ausbildungs- und -programme ist von grösster Bedeutung. Die Förderung einer nahtlosen Integration von Beruf und Milizdienst ist entscheidend. Mit seiner Verpflichtung zu Innovation, strategischer Planung und Widerstandsfähigkeit sind die Voraussetzungen für das militärische Gesundheitswesen gegeben, die vor ihm liegenden Herausforderungen auch in Zukunft zu meistern.

²⁴ Art. 2 lit. b VE-VMiGw.

²⁵ Erläuternder Bericht des Eidgenössischen Departements für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) vom 30. Oktober 2024 zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens über die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen, 5.

Im militärischen Sinne ist die Bedrohung das Produkt aus dem Potential multipliziert mit der Absicht. In einer Zeit, in welcher die drei Staaten mit dem grössten militärischen Potential (USA, Russland und China) klare territoriale Ansprüche respektive entsprechende Absichten geäussert haben, scheint es nur noch eine Frage der Zeit zu sein, bis sich die Bedrohung in weiteren Kriegen manifestiert. Erschwerend kommt hinzu, dass sich vermehrt wirtschaftlich, politisch als auch militärisch potente Staaten zumindest teilweise von der regelbasierten Ordnung verabschieden oder diese in Frage stellen. Für einen Kleinstaat wie die Schweiz sind das ungute Vorbild und erinnern an die Vorzeiten der beiden Weltkriege des letzten Jahrhunderts. Damals war die Schweiz schlecht darauf vorbereitet, was unter anderem dazu führte, dass die Bundesversammlung dem Bundesrat gesetzgeberische Kompetenzen erteilte.²⁶ Dies wurde vom inzwischen emeritierten Professor für öffentliches Recht, Verfassungsgeschichte und Staats- und Rechtsphilosophie an der Universität Zürich, Andreas Kley, kritisiert. Beispielhaft zu nennen sind etwa sein in der NZZ am Sonntag vom 3. Mai 2015 erschienener Beitrag mit dem Titel «Mit Macht durch den Krieg»²⁷ oder auch seine Abschiedsvorlesung vom 18. April 2024 mit dem Titel «Rechtswissenschaft ohne Recht»²⁸, in welcher er die normative Kraft des Faktischen auf das Recht vertieft und kritisch beleuchtete.

Es wäre vermessen, zu sagen, die Schweiz sei heute auf einen Krieg vorbereitet. Es wäre allerdings auch vermessen, zu sagen, dahingehend alles vorbereiten zu können. Doch das entbindet uns nicht davon, so weit wie möglich vor auszuplanen und zu -denken. Mit der Verordnung über das militärische Gesundheitswesen wird zumindest in jenem Bereich, in welchem es um das Leben und Überleben geht, eine regelbasierte Ordnung vorweggenommen und dadurch den Ansätzen der normativen Kraft des Faktischen entgegen gewirkt.

²⁶ Botschaft des Bundesrates vom 29. August 1939 über Massnahmen zum Schutze des Landes und zur Aufrechthaltung der Neutralität, BBl 1939 II 213.

²⁷ Kley Andreas, Mit Macht durch den Krieg, NZZ am Sonntag vom 3. Mai 2015, 22.

²⁸ Die Aufzeichnung der Abschiedsvorlesung ist abrufbar unter <https://uzh.mediaspace.cast.switch.ch/media/Clip_von_Abschiedsvorlesung_Prof._Kley/0_obkpu2er>.

Gesundheit und Gesundheitsrecht in der Schweizer Armee – Eine Sicht aus der Praxis

Thomas W. Buehrer*

Inhalt

I.	Einleitung und Ziel des Beitrages	29
II.	Der Begriff <i>militärisches Gesundheitswesen</i>	30
III.	Bisherige Rechtsgrundlagen des <i>militärischen Gesundheitswesens</i> und deren Einbettung	31
IV.	Beispiele von Herausforderungen aus der Praxis	32
1.	Medizinische Tauglichkeitsbeurteilung für den Militär- und Schutzdienst	32
2.	Zuständigkeitsfragen in der Epidemienbewältigung	34
3.	Anwendbarkeit der Berufsgruppengesetzgebung auf das <i>militärische Gesundheitswesen</i>	36
V.	Fazit und Würdigung der aktuellen Rechtsetzungsprojekte	38
	Literaturverzeichnis	38

I. Einleitung und Ziel des Beitrages

Es geht insbesondere darum, das *militärische Gesundheitswesen* und dessen Einbettung in das Gesundheitsrecht der Schweiz mit den verschiedenen Schnittstellen und den besonderen Anforderungen zu beleuchten und die Herausforderungen aus Sicht der Praxis auszuführen.

Dieser Beitrag basiert unter anderem auf einer gemeinsamen Publikation¹ mit Oberst a.D. Pete A. Hirsch, welchem an dieser Stelle kameradschaftlich gedankt sei.

Das *militärische Gesundheitswesen* und das entsprechende Gesundheitsrecht liegen dem Autor als Facharzt für Chirurgie, als Spitaldirektor und Chief Operating Officer in einer Privatspitalgruppe sowie als Milizoffizier und ehemaliger Verantwortungsträger in der Militärverwaltung am Herzen. Es ist ein

* Dr. med. Thomas W. Buehrer, EMBA HSG, DAS MedLaw UZH, Facharzt für Chirurgie (CH) und Oberst der Sanitätstruppen.

¹ Buehrer/Hirsch, 93 ff.

besonderes Privileg, in diesen Funktionen die Rechtsgrundlagen des militärischen Gesundheitswesens mitgestalten zu können.

II. Der Begriff *militärisches Gesundheitswesen*

Der Begriff des «*militärischen Gesundheitswesens*» wurde durch die Verantwortlichen der Militärverwaltung im Rahmen der Rechtsetzungsarbeiten zur Schaffung einer Gesetzesgrundlage für die Regelung des Gesundheitsrechts in Armee und Militärverwaltung im Jahr 2019 entwickelt und eingeführt. Er umschreibt einen Bereich respektive ein System, in welchem die medizinischen Leistungen der Armee und der Militärverwaltung erbracht und durch einen speziellen Teil des Gesundheitsrechts geregelt werden.

In der Botschaft zur Änderung des Militärgesetzes und der Armeeorganisation (MG) aus dem Jahr 2021² wird unter anderem erläutert, dass

- das *militärische Gesundheitswesen* einen integralen Bestandteil des schweizerischen Gesundheitswesens bildet,
- alle medizinischen, pharmazeutischen und sanitätsdienstlichen Leistungen, welche die Armee und die Militärverwaltung in der Verantwortung des Bundes zugunsten der Armeeangehörigen und bestimmter Dritter erbringt, umfasst und
- zu den Leistungen zugunsten Dritter beispielsweise solche für Amtsstellen der Bundesverwaltung (Dienstleistungen der Armeeapotheke), für Angestellte der Bundesverwaltung (Beiträge zur Arbeitssicherheit, Impfungen) oder für zivile Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der Ausbildung und während Einsätzen behandelt werden (z.B. in einem Einsatz im Rahmen des Koordinierten Sanitätsdienstes), gehören.

Grundsätzlich muss sich das *militärische Gesundheitswesen* für Leistungen, die es nicht selber erbringt, auf das zivile Gesundheitswesen abstützen können. In diesem Sinne ist eine enge Zusammenarbeit mit dem zivilen Gesundheitswesen notwendig.

² Botschaft des Bundesrates vom 1. September 2021 zur Änderung des Militärgesetzes und der Armeeorganisation, BBl 2021 2198.

III. Bisherige Rechtsgrundlagen des militärischen Gesundheitswesens und deren Einbettung

Das die Schweizer Armee und insbesondere das *militärische Gesundheitswesen* betreffende Gesundheitsrecht erweist sich mit seinem Verhältnis zum zivilen Gesundheitsrecht, den verschiedenen militärisch-zivilen Schnittstellen und den besonderen Anforderungen an das Sonderstatusverhältnis³ als komplex. Gemeint ist mit dem Begriff des «Sonderstatusverhältnisses» ein öffentlich-rechtliches Sonderrechtsverhältnis, in welchem die Angehörigen der Armee (AdA) während ihrer Dienstleistung zur Eidgenossenschaft stehen.⁴ In der älteren Literatur findet sich dafür auch der Ausdruck «besonderes Gewaltverhältnis».⁵

Grundsätzlich stehen den Angehörigen der Armee ihre verfassungsmässigen und gesetzlichen Rechte auch im Militärdienst zu. Einschränkungen sind indessen zulässig, soweit es der Ausbildungsdienst oder der jeweilige Einsatz erfordert.⁶ Verfassungsmässig haben Personen, die Militär- oder Ersatzdienst leisten und dabei gesundheitlichen Schaden erleiden oder ihr Leben verlieren, für sich oder ihre Angehörigen Anspruch auf angemessene Unterstützung des Bundes.⁷ Dementsprechend obliegen dem Bund die Prävention, Erkennung und Behandlung von Gesundheitsschäden im Rahmen dieser besonderen Fürsorgepflicht. Diese Aufgaben stellt der Bund im *militärischen Gesundheitswesen* sicher.

Bis anhin bildeten verschiedene Gesetzesartikel und Ausführungsbestimmungen sowohl im zivilen als auch im militärischen Recht entlang der Normenhierarchie⁸ die Grundlage für die medizinischen Leistungen der Armee und der Militärverwaltung. Für die Regelung im zivilen Bereich sind grundsätzlich die Kantone zuständig und die entsprechenden Kompetenzen sind in den kantonalen Gesundheitsgesetzen geregelt.

Eine mit den kantonalen Gesundheitsgesetzen vergleichbare Rechtsgrundlage für das *militärische Gesundheitswesen* fehlte, was dem föderalen Aufbau des schweizerischen Gesundheitswesens geschuldet war. Die fehlende gesetzliche

³ I.A. zu Sonderstatusverhältnissen Cavelti/Kley, Art. 15, SGK BV, N 33.

⁴ Hierzu vertieft in diesem Band [Gächter/Denzler, 44 f.](#)

⁵ Näheres zum Begriff des besonderen Gewaltverhältnisses bei Merten, 1 ff.

⁶ Art. 28 Abs. 2 Bundesgesetz vom 3. Februar 1995 über die Armee und die Militärverwaltung (Militärgesetz, MG; SR 510.10).

⁷ Art. 59 Abs. 5 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101).

⁸ Weisungen 90.080 d des Chefs der Armee vom 2. August 2021 über Anordnungen und Arbeitshilfen in der Gruppe Verteidigung (zit. CdA, Weisungen 2021), 14.

Verankerung für die Gesundheitsleistungen in der Verantwortung des Bundes im Bereich der Armee und der Militärverwaltung führte zu Rechtsunsicherheiten, insbesondere in der Zusammenarbeit mit den zivilen Gesundheitsinstitutionen.

Seit dem 1. Januar 2023 ist das militärische Gesundheitswesen in Art. 34a MG verankert und einheitlich geregelt. Mit dieser Ergänzung im MG wurde die Grundlage dafür geschaffen, dass gemäss Botschaft die Einzelheiten der Umsetzung in einer Ausführungsverordnung geregelt werden können.

IV. Beispiele von Herausforderungen aus der Praxis

Anhand von drei Beispielen werden nachfolgend die spezifischen Herausforderungen an die spezialgesetzliche Regelung des *militärischen Gesundheitswesens* aus Sicht der Praxis exemplarisch ausgeführt.

I. Medizinische Tauglichkeitsbeurteilung für den Militär- und Schutzdienst

Die Tauglichkeitsbeurteilungen von Schweizer Bürgerinnen und Bürgern für den Militär- und Schutzdienst unterliegen rechtlichen Vorgaben. Aus medizinischer Sicht ist in erster Linie sicherzustellen, dass durch Militär- respektive Schutzdienst weder die eigene Gesundheit noch diejenige Dritter gefährdet wird.

Die Vorgaben für die medizinische Tauglichkeitsbeurteilung für den Militär- oder den Schutzdienst sind jeweils in gesonderten Erlassen in den entsprechenden Bereichen Militär und Zivilschutz geregelt.

Nachstehend findet sich eine Auflistung der relevanten Rechtsquellen hinsichtlich der medizinischen Aspekte einer Tauglichkeitsbeurteilung von Schweizer Bürgerinnen und Bürgern für den Militär- und Schutzdienst. Sie basiert auf der Normenhierarchie, wie sie im Dokument «Weisungen über Anordnungen und Arbeitshilfen in der Gruppe Verteidigung»⁹ ausgeführt wird:

- Bundesverfassung vom 18. April 1999 der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101),
- Bundesgesetz vom 3. Februar 1995 über die Armee und die Militärverwaltung (Militärgesetz, MG; SR 510.10),

⁹ CdA, Weisungen 2021, 14.

- Bundesgesetz vom 20. Dezember 2019 über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz (Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetz, BZG; SR 520.1),
- Verordnung vom 22. November 2017 über die Militärdienstpflicht (VMDP; SR 512.21),
- Verordnung vom 24. November 2004 über die medizinische Beurteilung der Militärdiensttauglichkeit und der Militärdienstfähigkeit (VMBM; SR 511.12),
- Verordnung vom 11. November 2020 über den Zivilschutz (Zivilschutzverordnung, ZSV; SR 520.11),
- Weisungen des Oberfeldarztes vom 1. März 2020 über die Umsetzung der Medizinischen Beurteilung der Militärdiensttauglichkeit und Militärdienstfähigkeit (UMBM; Weisungen 93.013 d; nicht öffentlich abrufbar),
- Reglement vom 1. April 2022 Nosologia Militaris (NM; Reglement 59.010; nicht öffentlich abrufbar),
- Reglement vom 1. Oktober 2011 betreffend die medizinische Beurteilung der Diensttauglichkeit und Dienstfähigkeit der Stellungspflichtigen und Angehörigen der Armee (MBDD; Reglement 59.002; nicht öffentlich abrufbar).

Aufgrund der multifaktoriellen Beeinflussung von Tauglichkeitsentscheiden sowie der organisatorischen Vorgaben weisen die Rechtsgrundlagen Berührungspunkte respektive Schnittstellen auf. Die Umsetzung der medizinischen Tauglichkeitsbeurteilungen und die entsprechenden Entscheide obliegen in beiden Bereichen, also für den Militär- und den Schutzdienst, den Fachpersonen im Militärärztlichen Dienst.

Die Tauglichkeitsbeurteilung ist – insbesondere aufgrund des Milizprinzips – stets auch von gesellschaftlichen Entwicklungen geprägt. Die aktuellen Herausforderungen in der medizinischen Tauglichkeitsbeurteilung bestehen dementsprechend in diesem Bereich. Der gesellschaftliche und politische Druck hinsichtlich Inklusion auf die Armee steigt (z.B. betreffend Dienst von Transgenderpersonen¹⁰ oder von querschnittsgelähmten Menschen¹¹). Oberste Prämisse für die medizinischen Fachpersonen muss es sein, eine Diskriminierung durch einen medizinischen Tauglichkeitsentscheid zu vermeiden. Demgegenüber besteht aber immer auch die Verantwortung, dass durch die Entscheide weder die eigene Gesundheit noch diejenige Dritter gefährdet werden darf. In diesem Spannungsfeld gilt es, interprofessionell und interdisziplinär tragfähige Lösungen zu entwickeln.

¹⁰ Vgl. hierzu und zum Umgang mit nonbinären Personen in der Armee etwa Neuhaus, 7.

¹¹ Vgl. hierzu Reichen, 13.

Aufgrund des Obligatoriums, Militär- respektive Schutzdienst zu leisten,¹² besteht sowohl für Männer als auch für Frauen, die sich freiwillig zum Dienst melden (gleiche Rechte und Pflichten), bei der medizinischen Beurteilung ein spezielles Verhältnis zwischen der zu beurteilenden Person und der sie beurteilenden medizinischen Fachperson. Das Betreuungs- und Beurteilungsverhältnis basiert nicht auf Freiwilligkeit. Des Weiteren kann der medizinische Entscheid nicht immer mit Zustimmung der betroffenen Person erfolgen (z.B. bei dienstwilligen Personen mit Diagnosen im psychiatrischen Formenkreis).

Der Entscheid einer erstinstanzlichen medizinischen Untersuchungskommission (UC) gemäss Art. 4 Abs. 1 VMBM unterliegt der Beschwerde an den Militärärztlichen Dienst der Sanität in der Logistikbasis der Armee (Mil Az D; vgl. Art. 14 Abs. 1 VMBM). Der Beschwerdeentscheid kann nicht angefochten werden (Art. 39 Satz 2 MG). Vorbehalten bleibt das ausserordentliche Rechtsmittel der Revision (vgl. Art. 14 Abs. 2 VMBM i.V.m. Art. 39 MG i.V.m. Art. 66–68 VwVG¹³). Medizinische Tauglichkeitsentscheide sind aus persönlicher, aber auch aus gesellschaftlicher und politischer Perspektive nicht immer unumstritten. Somit haben die gesetzlichen Grundlagen betreffend die verfügbaren Rechtsmittel aus medizinischer, aber auch aus juristischer Sicht eine entsprechende Bedeutung.

Insbesondere für die medizinischen Fachpersonen im Militärärztlichen Dienst ist es notwendig, die Rechtsquellen und die Vorgaben in diesem Bereich zu kennen. Nur so können diese Fachpersonen ihre Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sachgerecht wahrnehmen und ihre medizinischen Kernkompetenzen zielgerichtet einsetzen.

2. Zuständigkeitsfragen in der Epidemienbewältigung

Die Schweizer Armee als integraler Bestandteil der Schweizerischen Gesellschaft war in der Covid-19-Pandemie gleich mehrfach gefordert.¹⁴ Es galt, im Rahmen der Pandemiebewältigung die Stellungspflichtigen, die AdA, das zivile und das militärische Berufspersonal, die Angestellten der Militärverwaltung und deren ziviles Umfeld zu schützen sowie gleichzeitig die Rekrutierung, die Ausbildung und die Einsatzbereitschaft der Armee aufrechtzuerhalten, um die Aufträge während der Pandemie zu bewältigen und auch in Zukunft dafür bereit zu sein. Eine besondere Herausforderung stellte hierbei die Durchmi-

¹² Art. 59 Abs. 1 und 3 BV.

¹³ Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG; SR 172.021).

¹⁴ Zur Unterstützung durch die Armee während der Covid-19-Pandemie, vgl. Fumagalli, 7.

schung von verschiedenen Personengruppen im Rahmen von Ausbildung und Einsatz über die ganze Schweiz verteilt dar.

Die Pandemiebewältigung in der Armee wird durch das *militärische Gesundheitswesen* gesteuert. Die Oberfeldärztin bzw. der Oberfeldarzt der Schweizer Armee trägt die medizinische und sanitätsdienstliche Gesamtverantwortung für die Armee und nimmt gemäss Erläuterungen in der bundesrätlichen Botschaft zum Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (EpG) aus dem Jahr 2010¹⁵ die Aufgaben einer Kantonsärztin bzw. eines Kantonsarztes in der Armee wahr.¹⁶ Im Zuge der Bewältigung der Covid-19-Pandemie hat diese Funktion zunehmend an Bedeutung gewonnen. Sie bildete insbesondere auch die Grundlage für die Abstimmung der Zuständigkeiten mit den Kantonen hinsichtlich der Vorgaben und der Umsetzung von Massnahmen.

Anlass für Diskussionen haben sowohl die territoriale Zuständigkeit in Bereichen, in welchen zivile und militärische Personen gemeinsam verkehrten, als auch die Zuständigkeit gegenüber verschiedenen Personengruppen in der Armee (Stellungspflichtige, AdA, ziviles und militärisches Berufspersonal sowie Angestellte der Militärverwaltung) gegeben.

Grundsätzlich obliegt – gemäss Art. 3 Abs. 1 Bst. a der Verordnung über seuchenpolizeiliche Massnahmen der Armee vom 25. Oktober 1955¹⁷ in Friedenszeiten und nach Fühlungnahme mit den Gesundheitsbehörden der betreffenden Kantone – dem Bundesamt für Sanität die Anordnung von sanitätsdienstlichen Pandemiemassnahmen. In der heutigen Organisation entspricht das Bundesamt für Sanität der Logistikkbasis der Armee (LBA) – Bereich Sanität (als Teil des *militärischen Gesundheitswesens*). Diese Regelung deckte aber retrospektiv die Bedürfnisse hinsichtlich der besonderen und der ausserordentlichen Lage gemäss Art. 6 und 7 EpG und der speziellen Situation der Covid-19-Pandemie nicht ausreichend ab.

Die Armee und insbesondere die Verantwortlichen im militärischen Gesundheitswesen sind bereits damit beschäftigt, die entsprechenden Erkenntnisse zu sammeln und Konsequenzen für die Zukunft abzuleiten. Es soll hierbei schwerpunktmässig in die Weiterentwicklung des Pandemieplans für die Ar-

¹⁵ Botschaft des Bundesrates vom 3. Dezember 2010 zur Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG), BBl 2011 311, 402.

¹⁶ Zur Bedeutung der hängigen Revision des Epidemiengesetzes für die Armee und das militärische Gesundheitswesen, vgl. in diesem Band [Widmer, 113 ff.](#)

¹⁷ Verordnung vom 25. Oktober 1955 über seuchenpolizeiliche Massnahmen der Armee (SR 510.35).

mee und in die Abstimmung der rechtlichen Grundlagen des zivilen und des militärischen Epidemienrechts investiert werden.

Es lässt sich festhalten, dass eine Anpassung der *Epidemiengesetzgebung* für die Armee zwecks Abstimmung und Harmonisierung mit der zivilen Epidemiengesetzgebung hinsichtlich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist. Dies hat sich insbesondere auch im Rahmen der Bewältigung der Covid-19-Pandemie an den erschwerten Kompetenzabgrenzungen zwischen dem militärischen und dem zivilen Gesundheitswesen aufgrund der territorialen Gegebenheiten und der Vielfalt an verschiedenen Personengruppen gezeigt.

Per 1. Januar 2023 erfolgte eine Anpassung von Art. 35 MG mit dem Ziel, die entsprechenden Vorgaben betreffend das militärische Gesundheitswesen mit denjenigen des EpG abzustimmen. Mit dieser Anpassung wurde die Grundlage geschaffen, um die Zuständigkeiten und Massnahmen für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen in der Armee zu regeln. Die Verordnung über seuchenpolizeiliche Massnahmen der Armee soll entsprechend revidiert respektive abgelöst werden.

3. Anwendbarkeit der Berufsgruppengesetzgebung auf das militärische Gesundheitswesen

Die Gruppe Verteidigung (Militärverwaltung und Armee) erbringt als Verwaltungseinheit des Eidgenössischen Departements für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) in der Verantwortung des Bundes im militärischen Gesundheitswesen – wie vorstehend bereits ausgeführt – Leistungen zugunsten verschiedener Personengruppen.

Diese Leistungen werden durch die Gruppe Verteidigung mithilfe von Fachpersonen aus Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufen im Rahmen von öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen, militärischen Dienstleistungen (Truppendienst) oder im Auftragsverhältnis erbracht.

Die Leistungserbringung erfolgt in Koordination sowohl durch den Militärärztlichen Dienst (Militärverwaltung) als auch durch die Truppe (Armee) in den Bereichen der medizinischen Rekrutierung und der medizinischen Grundversorgung. Die Versorgung ist dezentral in kantonsübergreifenden militärmedizinischen Regionen (MMR) und Rekrutierungsregionen organisiert.¹⁸ Die Verantwortung für diese Leistungserbringung ist im «Chefarztsystem» geregelt. Für jede Rekrutierungsregion sowie für jede MMR zeichnet grundsätzlich je-

¹⁸ Hierzu vertieft in diesem Band [Zimmermann, 12](#).

weils eine Chefärztin bzw. ein Chefarzt, eine Leiterin bzw. ein Leiter Pflegedienst oder eine Chefspsychologin bzw. ein Chefspsychologe fachlich verantwortlich. Nichtsdestotrotz führen verschiedene Militärärztinnen und -ärzte im Truppendienst sowie Mandatsärztinnen und -ärzte im Auftragsverhältnis – sofern sie die notwendige fachliche Qualifikation (insbesondere den entsprechenden Facharzttitel) aus ihrem zivilen Umfeld mitbringen – Tätigkeiten in eigener fachlicher Verantwortung aus.

Aktuell stützt sich die Leistungserbringung im militärischen Gesundheitswesen auf die Berufsausübungsbewilligungen des Oberfeldarztes und seiner Stellvertreterin ab, welche – in Absprache mit der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) – durch den Kanton Bern erteilt wurden. Ob diese Regelung mit Blick auf die eidgenössische Medizinal- (MedBG¹⁹), Psychologie- (PsyG²⁰) und Gesundheitsberufegesetzgebung (GesBG²¹) ausreicht, wird verschiedentlich in Frage gestellt. Zusätzlich gilt es zu beachten, dass auf Bundesebene keine entsprechende Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde existiert, welche die Berufsausübungsbestimmungen umsetzt. Vielmehr werden im MedBG (Art. 34 Abs. 1 und Art. 41 Abs. 1), im PsyG (Art. 22 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1) und im GesBG (Art. 11 und Art. 17 Abs. 1) die Kantone als Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden bezeichnet. Des Weiteren existieren Tätigkeiten, welche nicht vom Bund geregelt werden (insbesondere jene von Rettungssanitätern und Augenoptikern). Hier richten sich die Berufsregeln nach den kantonalen Gesundheitserlassen.

Die aktuell geltenden Bundeserlasse zum Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberuferecht sind nicht auf das militärische Gesundheitswesen anwendbar.²² Somit besteht Handlungsbedarf hinsichtlich einer umfassenden spezialgesetzlichen Regelung in diesem Bereich. Ebenfalls besteht Handlungsbedarf in der grundsätzlich integral anwendbaren Heil-²³ und Betäubungsmittelgesetzgebung²⁴, die im militärischen Gesundheitswesen punktuell abweichend umgesetzt werden sollte.²⁵

¹⁹ Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11).

²⁰ Bundesgesetz vom 18. März 2011 über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG; SR 935.81).

²¹ Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG; SR 811.21).

²² Widmer, Rz. 21 ff.; ferner vertieft hierzu in diesem Band [Kaufmann/Wyss, 61 ff.](#)

²³ Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21).

²⁴ Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG; SR 812.121).

²⁵ Widmer, Rz. 30 ff.; vertieft hierzu in diesem Band [Widmer, 129 f.](#) und [Kaufmann/Wyss, 95 ff.](#)

V. Fazit und Würdigung der aktuellen Rechtsetzungsprojekte

Für die Erfüllung ihrer Aufträge und zum Schutz der Gesundheit aller ist die Schweizer Armee auf ein starkes und gut organisiertes *militärisches Gesundheitswesen*, welches die Vorgaben des geltenden Gesundheitsrechts berücksichtigt, angewiesen.

Das *militärische Gesundheitswesen* sichert als integraler Bestandteil gemeinsam mit dem zivilen Gesundheitswesen die medizinische Versorgung der Dienstleistenden in Ausbildung und Einsatz. Darüber hinaus muss es in der Lage sein, alle ihm anvertrauten militärischen und zivilen Patientinnen und Patienten im Rahmen der Bewältigung von sicherheitspolitischen Herausforderungen zu versorgen.

Mit der Schaffung und Anpassung der rechtlichen Grundlagen betreffend das militärische Gesundheitswesen sind für die rechtssichere Erbringung von medizinischen Leistungen bereits einige wichtige Etappen erreicht worden. Es geht nun darum, die Bestimmungen der Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw) in Kraft zu setzen,²⁶ so dass das militärische Gesundheitswesen spezialgesetzlich hinreichend geregelt ist. Es empfiehlt sich im Rahmen der Weiterentwicklung des Gesundheitsrechts, die zivile und die militärische Gesundheitsgesetzgebung noch mehr aufeinander abzustimmen. Dies erfordert insbesondere an den Schnittstellen zwischen zivilen und militärischen sowie medizinischen und juristischen Bereichen eine enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit.

Literaturverzeichnis

Buehrer Thomas W./Hirsch Pete A., Gesundheitsrecht in der Schweizer Armee, Gesetzgebung und Rechtsetzungsbedarf im Militärischen Gesundheitswesen, in: Baur Isabel et al. (Hrsg.), Entwicklungen im Medizinrecht – Vom klassischen Arztrecht zu One Health, Festschrift für Brigitte Tag, Zürich 2024, 93 ff.

Cavelti Urs Josef/Kley Andreas, Art. 15, in: Ehrenzeller Bernhard et al. (Hrsg.), Die schweizerische Bundesverfassung, St. Galler Kommentar, 2 Bände, 4. A., Zürich/Genf/St. Gallen 2023 (zit. SGK BV)

Fumagalli Antonio, Impf-Soldaten sind «extrem motiviert» – warum rufen nur Romands nach ihnen?, NZZ vom 15. Dezember 2021, 7

²⁶ Zur Verordnung über das militärische Gesundheitswesen vertieft in diesem Band [Widmer, 118 ff.](#)

Merten Detlef (Hrsg.), Das besondere Gewaltverhältnis, Vorträge des 25. Sonderseminars 1984 der Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer, Schriftenreihe der Deutschen Universität für Verwaltungswissenschaften Speyer, Band 97, Berlin 1985

Neuhaus Christina, Nonbinäre Personen im Fokus der Armee, NZZ vom 26. Juli 2024, 7

Reichen Philippe, Der erste Schweizer Rekrut im Rollstuhl, Tages-Anzeiger vom 10. Mai 2021, 13

Widmer Lukas, Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen, Ein Beitrag zur Verankerung des militärischen Gesundheitswesens im Schweizerischen Recht, Jusletter vom 4. November 2024

Ziviles und militärisches Gesundheitswesen: Zwei Welten oder eine Welt mit Variationen?

Zur Bedeutung der Delegationsvoraussetzungen bei nachträglicher Schaffung der Delegationsnorm

Thomas Gächter* / Janis Denzler**

Inhalt

I.	Einleitung – Ein Sonderfall?	42
II.	Regelung des militärischen Gesundheitswesens	43
1.	Langjährige Rechtslage – Interne Regelung	43
2.	Nichtberücksichtigung bei der Harmonisierung des zivilen Gesundheitswesens auf Bundesebene	45
3.	Neue Initiative zur gesetzlichen Regelung	46
a)	Militärgesetz	46
b)	Verordnung über das militärische Gesundheitswesen	47
III.	Übertragung von Rechtsetzungsbefugnissen im Bund	48
IV.	Hintergrund und Gehalt der Delegationsvoraussetzungen	49
1.	Demokratisch-gewaltenteilige Funktion	49
2.	Stufenbau der Rechtsordnung (formelle Voraussetzungen)	50
3.	Gesetzesvorbehalt (materielle Voraussetzungen)	51
4.	Auslegung von Delegationsnormen	52
V.	Nachträgliche rechtliche Regelung am Beispiel von Art. 34a MG	53
1.	Auslegung der Delegationsnorm	53
2.	Formelle Voraussetzungen	54
3.	Materielle Voraussetzungen	55
4.	Gesamtbetrachtung	56
VI.	Schlussfolgerungen	57
	Literaturverzeichnis	58

* Prof. Dr. iur. Thomas Gächter, Professor für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht, Dekan der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Zürich.

** MLaw, LL.M Janis Denzler, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl von Prof. Dr. iur. Thomas Gächter, Universität Zürich.

I. Einleitung – Ein Sonderfall?

Das militärische Gesundheitswesen hat sich als vielschichtige und ausgedehnte armeeinterne Organisation über viele Jahrzehnte hinweg entwickelt, ohne mit dem zivilen Gesundheitsrecht, das bis Ende der 1990er-Jahre in wesentlichen Teilen kantonale geregelt war, massgeblich zu kollidieren. Zudem galt als allfällige «Kollisionsregel», dass die bundesrechtliche Ordnung des militärischen Gesundheitswesens jener der Kantone vorgeht (Art. 49 BV¹, Vorrang des Bundesrechts).

Das militärische Gesundheitswesen basierte im Wesentlichen auf «internen» Verwaltungsverordnungen. Die zunehmende Zentralisierung der gesundheitsrechtlichen Gesetzgebung beim Bund (z.B. Heilmittel-, Medizinalberufe-, Psychologieberufe-, Gesundheitsberufegesetzgebung) in den letzten rund 25 Jahren liess jedoch immer deutlicher Diskrepanzen zwischen zivilen Regelungen und den bestehenden militärischen Regeln offenbar werden.²

Im Rahmen des Projektes «Weiterentwicklung der Armee» wurde deshalb eine formell-gesetzliche Grundlage für das gesamte militärische Gesundheitswesen geschaffen, auf die eine neue Verordnung abgestützt werden soll, die den Bereich einheitlich und transparent regelt.³ Der als gesetzliche Grundlage für die Verordnung gedachte Art. 34a MG⁴ ist knapp formuliert und scheint – prima facie – nicht den durch Lehre und Rechtsprechung entwickelten Delegationsvoraussetzungen zu entsprechen. Ein kürzlich erstelltes Gutachten, an dem einer der Autoren dieses Beitrags beteiligt war, ist zum Schluss gekommen, dass Art. 34a MG im Hinblick auf die geplante Verordnung den (im militärischen Bereich herabgesetzten) Erfordernissen des Legalitätsprinzips genügt.⁵ Der vorliegende Beitrag befasst sich nun damit, ob die Berücksich-

¹ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (Bundesverfassung, BV; SR 101).

² Botschaft des Bundesrates vom 1. September 2021 zur Änderung des Militärgesetzes und der Armeeorganisation, BBl 2021 2198 (zit. Bundesrat, Botsch. MG), 29.

³ Bundesrat, Botsch. MG, 29.

⁴ Bundesgesetz vom 3. Februar 1995 über die Armee und die Militärverwaltung (Militärgesetz, MG; SR 510.10).

⁵ Das Gutachten zur Anwendbarkeit der zivilen Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufe- sowie der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung des Bundes auf das militärische Gesundheitswesen wurde von der Verwaltungseinheit «Sanität» der Logistikkbasis der Schweizer Armee (LBA), Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS), bei Herrn Prof. Dr. iur. Thomas Gächter und Frau Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag, unter Mitarbeit von Herrn MLaw Christian Kaufmann und Herrn MLaw Martin Wyss, Rechtsanwalt, in Auftrag gegeben und im Juni 2024 erstattet. Der vorliegende Beitrag konnte erheblich auf den im Rahmen dieses Gutachtens gemachten Vorarbeiten – insbesondere zum militärischen Regelungsumfeld – aufbauen.

tigung der besonderen Entstehungsgeschichte der Norm und der bisherigen Entwicklung des militärischen Gesundheitswesens die Anwendung der Delegationsvoraussetzungen derart beeinflusst, dass diese auch ohne die Anwendung eines herabgesetzten Massstabes erfüllt sind.

Die Grundüberlegung dieses Beitrages geht dahin, dass sich die Regeln über die Gesetzesdelegation an der idealtypischen Vorstellung orientieren, dass durch ein formelles Gesetz und das darauf gestützte Verordnungsrecht die Grundlage für neues (d.h. künftiges) staatliches Handeln geschaffen wird. Im Fall des militärischen Gesundheitswesens sollen jedoch Art. 34a MG und die darauf basierende Verordnung eine bereits seit vielen Jahrzehnten praktizierte Realität nachzeichnen bzw. in ein neues normatives Gewand kleiden. Diese besondere Konstellation könnte sich darauf auswirken, wie die Delegationsvoraussetzungen zu beurteilen sind.

Zur Einführung gibt dieser Beitrag einen Überblick über die bisherige rechtliche Regelung des militärischen Gesundheitswesens, dessen Interaktion mit neueren bundesrechtlichen Erlassen sowie das neueste Gesetzgebungsprojekt (Kap. [II](#)). Im Anschluss daran werden die verfassungsrechtlichen Vorgaben für eine Gesetzesdelegation vorgestellt (Kap. [III](#)) und deren Hintergrund und Gehalt erörtert (Kap. [IV](#)). Auf dieser Grundlage wird anschliessend der spezielle Fall der nachträglichen «Legalisierung» von vorbestehenden staatlichen Strukturen bzw. staatlichem Vorgehen analysiert und auf die Delegation an den Bundesrat im militärischen Gesundheitswesen angewendet (Kap. [V](#)).

II. Regelung des militärischen Gesundheitswesens

I. Langjährige Rechtslage – Interne Regelung

Das Betreiben einer «Sanität» ist in der Geschichte der Schweizer Armee durchgehend zu den notwendigen Aufgaben gezählt worden.⁶ Kompetenzrechtlich wurde das Sanitätswesen bereits 1850 dem Bund unterstellt.⁷ Die vollständige Zentralisierung der die Armee betreffenden Kompetenzen erfolgte jedoch erst mit der Verfassungsrevision von 1874.⁸ Die Herausbildung eines umfassenden militärischen Gesundheitswesens durch die stetige Ansammlung verschiedener gesundheitsrechtlicher Institutionen im militärischen Bereich hat erst mit der Schaffung von Art. 34a MG und der in dessen erstem Absatz enthaltenen Definition eine formell-gesetzliche Umschreibung

⁶ Bruhin, 36; Buehrer/Hirsch, 98.

⁷ Bruhin, 36.

⁸ Kölz, 613; Kley, 276.

erfahren.⁹ Davor befanden sich die einzelnen Regelungen in militärischen Reglementen und Weisungen sowie vereinzelt in Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen.¹⁰

Dass erst nach so langer Zeit eine formell-gesetzliche Grundlage geschaffen wurde, ist hauptsächlich auf zwei Faktoren zurückzuführen: Den flexiblen Umgang mit dem Legalitätsprinzip in der Armee sowie die bereits erwähnte föderalistische Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens, die bis zum Ende des letzten Jahrhunderts prägend war.

Das *Legalitätsprinzip* verlangt, dass alles staatliche Handeln auf einer gesetzlichen bzw. rechtssatzmässigen Grundlage beruhen muss.¹¹ Als Rechtssätze gelten dabei insbesondere die Verfassung, Gesetze, völkerrechtliche Verträge und Verordnungen, nicht aber (interne) Verwaltungsverordnungen.¹² Rechtssätze, die als Grundlage staatlichen Handelns dienen, müssen ausserdem genügend bestimmt sein.¹³ Die Anforderungen an die Normbestimmtheit variieren allerdings je nach Verwaltungsbereich.¹⁴ Sie lassen sich nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht abstrakt festlegen, sondern hängen unter anderem von der Vielfalt der zu ordnenden Sachverhalte, von der Komplexität und der Vorhersehbarkeit der im Einzelfall erforderlichen Entscheidung, von den Normadressaten, von der Schwere des Eingriffs in Verfassungsrechte und von der erst bei Konkretisierung im Einzelfall möglichen und sachgerechten Entscheidung ab.¹⁵

In der Armee erfährt das Legalitätsprinzip eine *mehrfache Relativierung*:

- Armeeangehörige befinden sich in einem so genannten *Sonderstatus-verhältnis* zum Staat.¹⁶ Das Legalitätsprinzip kommt deshalb nur in modifizierter Form zur Anwendung: Einerseits sind etwas offenere, weniger präzise Formulierungen zulässig, andererseits dürfen die Normen auf

⁹ Widmer, Rz. 5.

¹⁰ Widmer, Rz. 5; wichtig sind namentlich Reglement 59.020 d der Schweizer Armee zum Sanitätsdienst der Armee (San D A), gültig ab 1. April 2019 (zit. Schweizer Armee, San D A), und Reglement 59.021 d der Schweizer Armee zum Sanitätsdienst aller Truppen, Grundlagen und Organisation des Sanitätsdienstes für alle Truppen (San D aller Trp.), gültig ab 1. Juli 2019 (zit. Schweizer Armee, San D aller Trp.).

¹¹ Biaggini, BV, Art. 5 N 7; Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 340; Tschannen, Rz. 1581.

¹² Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 341.

¹³ Griffel, Rz. 102.

¹⁴ Biaggini, BV, Art. 5 N 10.

¹⁵ Statt vieler: BGE 138 I 378, E. 7.2.

¹⁶ Griffel, Rz. 147; Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 451.

einer tieferen normhierarchischen Stufe stehen, womit «grosszügigere» Gesetzesdelegationen an den Verordnungsgeber möglich sind.¹⁷

- Im Hinblick auf die sich dynamisch verändernden Herausforderungen der Armee besteht zudem ein gewisses *Flexibilitätsbedürfnis*, das sich auf die verlangte hierarchische Stufe der Rechtsetzung auswirkt.¹⁸
- Wesentliche Bereiche des militärischen Gesundheitswesens zählen zudem zur *Bedarfsverwaltung*, weil sie nur mittelbar der Erfüllung öffentlicher Aufgaben dienen.¹⁹ Für diese ist keine über die Regelung der öffentlichen Aufgabe hinausgehende gesetzliche Grundlage erforderlich.²⁰

Diese Relativierungen beeinflussen jedoch nicht die Geltung des Legalitätsprinzips, sondern lediglich die genauen Anforderungen, die aus diesem abgeleitet werden können.²¹ Hinzu kommt daher auch eine lange vorherrschende – bisweilen fragwürdige – militärische Kultur, möglichst unabhängig vom Gesetzgeber zu handeln.²² Gerade auch in dieser Hinsicht sind denn auch die Anstrengungen, eine klare rechtliche Grundlage zu schaffen, positiv zu werten.

Die *föderalistische Organisation des Gesundheitswesens* hat bewirkt, dass dem militärischen Gesundheitswesen auf Bundesebene bis heute kein ziviles Pendant in der Form einer umfassenden Regelung gegenübersteht.²³ Abgrenzungsprobleme, wie sie nun zum Bedürfnis nach gesetzlicher Regelung geführt haben,²⁴ waren daher lange nicht relevant. Sie sind erst mit der bereits beschriebenen ausgedehnten bundesrechtlichen Regelung von Teilbereichen des zivilen Gesundheitswesens entstanden, die sich in den letzten rund 25 Jahren ergeben hat.

2. Nichtberücksichtigung bei der Harmonisierung des zivilen Gesundheitswesens auf Bundesebene

Seit Anfang des Jahrhunderts wurden, bei gleichzeitiger Beibehaltung der subsidiären Kompetenzen der Kantone im Gesundheitsbereich, viele Bereiche des Gesundheitswesens durch Bundesrecht harmonisiert.²⁵ Gebiete, die auch im militärischen Kontext relevant sind, waren insbesondere durch das Heilmit-

¹⁷ Griffel, Rz. 149; Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 450 ff.

¹⁸ Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 359; vgl. auch im vorliegenden Band [Kaufmann/Wyss, 70](#).

¹⁹ Griffel, Rz. 241; Jaag, Bedarfsverwaltung, 545.

²⁰ Jaag, Bedarfsverwaltung, 554; Uhlmann, N 37.

²¹ Vgl. Griffel, Rz. 149, wonach es sich nur um einen graduellen Unterschied handelt.

²² Vgl. Kritik bei Ziegler, 13.

²³ Gächter/Rütsche, Rz. 102 ff.

²⁴ Bundesrat, Botsch. MG, 29; Buehrer/Hirsch, 99.

²⁵ Gächter/Rütsche, Rz. 105.

telgesetz (HMG)²⁶, das Medizinalberufegesetz (MedBG)²⁷, das Psychologieberufegesetz (PsyG)²⁸ und das Gesundheitsberufegesetz (GesBG)²⁹ betroffen. Die Armee wird in den genannten Erlassen nur ein einziges Mal erwähnt (Art. 14 Abs. 1 lit. e HMG). Auch im Hinblick auf die Schaffung der Verfassungsnorm zur medizinischen Grundversorgung (Art. 117a BV) per 2014 ist in den Materialien kein Hinweis auf das militärische Gesundheitswesen zu finden. Bei der Ausarbeitung der genannten Erlasse war das militärische Gesundheitswesen dem Verfassungs- und Gesetzgeber offenbar nicht präsent. Das heisst nicht nur, dass keine ausdrücklichen Sonderregeln bestehen, sondern dass die Anwendbarkeit der Bestimmungen nicht explizit geregelt wurde. Die daraus entstandenen Abgrenzungsprobleme und ihre rechtliche Auflösung werden an anderer Stelle in diesem Band behandelt.³⁰

3. Neue Initiative zur gesetzlichen Regelung

a) Militärgesetz

Die Einführung von Art. 34a MG bildete Bestandteil des Gesetzgebungsprojekts «Weiterentwicklung der Armee».³¹ Gemäss der Botschaft zielt Art. 34a MG auf die Vervollständigung und Präzisierung der rechtlichen Grundlagen³² und die Beseitigung von Rechtsunsicherheiten, insbesondere in der Zusammenarbeit des militärischen Gesundheitswesens mit den zivilen Gesundheitsinstitutionen.³³

Art. 34a MG

¹ Das militärische Gesundheitswesen umfasst alle medizinischen, pharmazeutischen und sanitätsdienstlichen Leistungen, die die Armee oder die Militärverwaltung unter der Verantwortung des Bundes zugunsten der Stellungspflichtigen, der Angehörigen der Armee und Dritter erbringt.

²⁶ Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21).

²⁷ Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11).

²⁸ Bundesgesetz vom 18. März 2011 über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG; SR 935.81).

²⁹ Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG; SR 811.21).

³⁰ Hierzu in diesem Band [Kaufmann/Wyss, 61 ff.](#)

³¹ Bundesrat, Botsch. MG.

³² Bundesrat, Botsch. MG, 3, 29.

³³ Bundesrat, Botsch. MG, 29.

² Das VBS stellt sicher, dass Personen nach Absatz 1 bei Bedarf in Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens ambulant und stationär behandelt werden.

³ Der Bundesrat legt die Voraussetzungen für die Leistungserbringung fest. Er bezeichnet die Dritten, zu deren Gunsten das militärische Gesundheitswesen Leistungen erbringt. Als Dritte gelten insbesondere Amtsstellen, Angestellte der Bundesverwaltung sowie zivile Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der Ausbildung und während Einsätzen behandelt werden.

Der Gesetzesartikel strebt eine schweizweit einheitliche Regelung des Gesundheitswesens der Armee an, verankert den Grundsatz, dass die Leistungen im militärischen Gesundheitswesen unter der Verantwortung des Bundes erbracht werden, und überträgt die Regelung der «Details» einer Bundesratsverordnung.³⁴ Als Regelungsgegenstände wurden beispielhaft aufgezählt:³⁵

- die Berufsausübung der im militärischen Gesundheitswesen tätigen Fachpersonen,
- die Berechtigung zur Abgabe von Arznei- und Betäubungsmitteln,
- die Leistungserbringung in Zusammenarbeit mit dem zivilen Gesundheitswesen und
- der Informationsaustausch über die gesamte Behandlungskette.

b) Verordnung über das militärische Gesundheitswesen

Auf Basis der am 1. Januar 2023 in Kraft getretenen Änderung hat das VBS die *Verordnung über das militärische Gesundheitswesen* (VMiGw) ausgearbeitet, die sich vom 30. Oktober 2024 bis zum 13. Februar 2025 in der Vernehmlassung befand.³⁶ Unter anderem soll diese Verordnung die Aufgaben im Bereich des militärischen Gesundheitswesens, die Zulassungsvoraussetzungen für militärische Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens sowie den Umgang mit Arznei- und Betäubungsmitteln regeln (Art. 1 VE-VMiGw). Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen wird in einem anderen Beitrag dieses Bandes ausführlicher dargestellt.³⁷

³⁴ Bundesrat, Botsch. MG, 30.

³⁵ Bundesrat, Botsch. MG, 30.

³⁶ Übersicht Vernehmlassung Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw), abrufbar unter <https://fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/2024/66/cons_1>, zuletzt abgerufen am 29. September 2025.

³⁷ Hierzu in diesem Band [Widmer, 118 ff.](#)

Die genannten Verordnungsbestimmungen sollen, soweit sie über blossen Gesetzesvollzug hinausgehen, auf Art. 34a Abs. 3 MG abgestützt werden, der als Delegationsnorm jedoch nicht optimal gelungen ist.³⁸ Durch die Formulierung, dass der Bundesrat die «Voraussetzungen für die Leistungserbringung» festlegt, sind nicht alle beabsichtigten Regelungen und insbesondere nicht alle Abweichungen von der zivilen Gesetzgebung des Bundes abgedeckt.³⁹ Während die Delegationsnorm wohl den herabgesetzten Ansprüchen im militärischen Kontext genügt, ist fraglich, ob die Gesetzesbestimmung im Hinblick auf die vorgesehenen Regelungen die «normalen» Voraussetzungen der Gesetzesdelegation erfüllt.

III. Übertragung von Rechtsetzungsbefugnissen im Bund

Im demokratischen Rechtsstaat liegt der Primat für die Gesetzgebung beim (demokratisch gewählten) Parlament bzw. beim Volk.⁴⁰ In Abweichung davon sind Regierung und Verwaltung dazu beauftragt, Gesetze durch generell abstrakte Normen, d.h. Verordnungen, umzusetzen (Art. 182 Abs. 2 BV), und dort, wo Verfassung oder Gesetz sie dazu ermächtigen, eigene Regelungen im Sinne der Ermächtigungsnorm zu schaffen (Art. 182 Abs. 1 BV). Diese zweite Möglichkeit, sog. gesetzesvertretende Verordnungen zu erlassen, wird häufig dann vorgesehen, wenn die zu regelnde Materie sehr technisch ist oder flexibler Anpassung bedarf.⁴¹ Sie bringt auch Vorteile, wenn rasche Handlungsfähigkeit in der Normsetzung erforderlich ist.⁴²

Den beschriebenen Bedürfnissen, der Regierung Rechtsetzungsaufgaben zu übertragen, steht die Vorgabe gegenüber, dass wichtige Entscheidungen im (formellen) Gesetz getroffen werden müssen (Art. 164 BV), was sich bereits aus dem (auch) demokratisch motivierten Grundsatz der Gewaltenteilung ergibt.⁴³

Zur Überprüfung, ob Übertragungen von Rechtsetzungsbefugnissen mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben vereinbar sind, hat das Bundesgericht in lang-

³⁸ Ein Hinweis darauf, dass die Formulierung der Delegationsnorm nicht vollständig durchdacht zu sein scheint, ergibt sich auch daraus, dass die Botschaft im Kapitel zu den durch die Vorlage übertragenen Rechtsetzungsbefugnissen nur die Zuständigkeit, die Leistungen zugunsten Dritter zu regeln, nicht aber die in der gleichen Botschaft angekündigte generelle Regelung des militärischen Gesundheitswesens erwähnt (Bundesrat, Botsch. MG, 57).

³⁹ Bspw. Art. 6 Abs. 2 lit. e VE-VMiGw, weitere qualifizierte Funktionen, die im zivilen Gesundheitswesen nicht existieren; Art. 14 Abs. 2 lit. b VE-VMiGw, Möglichkeit des VBS, Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen vom Berufsgeheimnis zu entbinden.

⁴⁰ Biaggini, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 17 N 8; Tschannen, Rz. 1007.

⁴¹ Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 359; Wytenbach/Wyss, Art. 164, BSK BV, N 37.

⁴² Biaggini, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 19 N 37.

⁴³ Vgl. BGE 103 Ia 369, E. 6, ebenso bspw. 150 I 39, E. 5.2; 145 V 380, E. 6.3.

jähriger Rechtsprechung Voraussetzungen entwickelt, unter denen Rechtsetzungsbefugnisse vom demokratisch legitimierten Gesetzgeber an die Regierung oder eine andere Behörde übertragen werden können.⁴⁴ Diese Rechtsprechung wurde vom Bundesgericht gegenüber kantonalem Recht entwickelt, sie ist aber auch auf den Bund anwendbar.⁴⁵ Demnach ist eine Übertragung möglich, wenn

- die Delegation im betreffenden Bereich nicht durch die Verfassung ausgeschlossen ist,
- die Delegationsnorm in einem Gesetz enthalten ist,
- die Delegation sich auf ein bestimmtes Sachgebiet beschränkt und
- die Grundzüge der Materie bereits in der Delegationsgrundlage selbst enthalten sind.

IV. Hintergrund und Gehalt der Delegationsvoraussetzungen

I. Demokratisch-gewaltenteilige Funktion

Der Erlass von gesetzesvertretendem Ordnungsrecht durch die Regierung stellt eine (in der Verfassung vorgesehene) Durchbrechung des Gewaltenteilungsprinzips dar.⁴⁶ Die Zulässigkeit der Delegation ist, wie beschrieben, Praktikabilitätsüberlegungen geschuldet.⁴⁷ Die Delegationsvoraussetzungen sollen dagegen absichern, dass die wichtigen rechtsetzenden Entscheide dennoch durch die Bundesversammlung in der Form eines formellen Bundesgesetzes getroffen werden.⁴⁸ Diese in Art. 164 Abs. 1 BV festgehaltene Vorgabe bildet einen zentralen Aspekt der schweizerischen Gewaltenteilungskonzeption.⁴⁹ Es handelt sich gewissermassen um einen Schutz des Parlaments vor sich selber. Es darf sich seiner Verpflichtung nicht entledigen, das Wichtige selbst zu regeln.⁵⁰ Damit verbunden und von grundsätzlicher Bedeutung ist zudem auch,

⁴⁴ Beispielhaft: BGE 148 II 218, E. 3.3; 137 II 409, E. 6; 134 I 322, E. 2.6.3.

⁴⁵ Tschannen, Rz. 1034; Griffel, Rz. 119.

⁴⁶ Fleiner/Giacometti, 800; Imboden, 14, 30; Aubert, Rz. 1534; Aubert, Art. 164, Petit commentaire, N 37; Griffel, Rz. 118; Gächter, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 22 N 31; Tschannen, Rz. 1026; Malinverni et al., Rz. 1631. Kritisch: Müller, Art. 89 Abs. 1 BV, N 38; Müller, Inhalt, 187; Seiler, 651; Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 375 ff.

⁴⁷ Gächter, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 22 N 26; Tschannen, Rz. 1025; Tschannen, Art. 164, SGK BV, N 37.

⁴⁸ Tschannen, Rz. 1035.

⁴⁹ Vgl. betreffend kantonale Verfassungen: BGE 151 V 100, E. 7.2.1; 150 I 39, E. 5.2; 147 I 478, E. 3.1.1; 142 I 26, E. 3.3; 138 I 196, E. 4.1; 136 I 241, E. 2.5.1.

⁵⁰ Biaggini, BV, Art. 164 N 3; BGE 145 V 380, E. 6.3.1; 133 II 331, E. 7.2.1.

dass mit dem Verweis wichtiger Regelungen in die Form des Bundesgesetzes der Zugriff der Volksrechte (Referendum) auf diese Regelungen abgesichert wird.⁵¹

Die genannten Delegationsvoraussetzungen lassen sich in solche formeller und solche materieller Natur einteilen.⁵² Formeller Natur sind das Erfordernis der Grundlage im Gesetz und die Berücksichtigung verfassungsmässiger Einschränkungen der Delegation. Sie stellen die formelle Rückführbarkeit der Rechtsordnung auf Volksentscheide sicher. Materieller Natur sind das Verbot der Blankodelegation und das Gebot, dass die Grundzüge einer Regelung bereits im Gesetz enthalten sein müssen. Dadurch soll verhindert werden, dass die Einhaltung der Gesetzesform zu einer inhaltsleeren Formalie verkommt.⁵³

2. Stufenbau der Rechtsordnung (formelle Voraussetzungen)

Die Delegation im betreffenden Bereich darf nicht durch die Verfassung ausgeschlossen sein. Die Zulässigkeit der Gesetzesdelegation basiert auf der Verfassung (Art. 182 Abs. 1, Art. 164 Abs. 2 BV) und wird auch durch diese beschränkt (Art. 164 Abs. 2 BV). Die Verfassung verbietet insbesondere die Delegation von wichtigen Bestimmungen (Art. 164 Abs. 1 BV), von schwerwiegenden Einschränkungen von Grundrechten (Art. 36 Abs. 1 BV), von Freiheitsentzug (Art. 31 Abs. 1 BV) und gewissen Bestimmungen des Abgaberechts (Art. 127 BV).⁵⁴ Die spezifischen Verbote können als autoritative Festlegung der «Wichtigkeit» gewisser Fragen durch den Verfassungsgeber verstanden werden und bilden den Rahmen, innerhalb dessen das Parlament Rechtsetzungskompetenzen durch Bundesgesetz übertragen kann.

Dass Rechtsetzungskompetenzen nur durch Bundesgesetz übertragen werden können, kommt einer eigentlichen Wesensbeschreibung der Delegation gleich.⁵⁵ Damit wird der beschriebene Zugriff der Volksrechte auf die Delegationsnorm sichergestellt.⁵⁶ Da im Stufenbau der Rechtsordnung die Grundlage der Verordnung das Gesetz sein muss,⁵⁷ kann das Volk durch die Kontrolle der Delegationsnorm auch die untergesetzliche Rechtsetzung beeinflussen. Aus-

⁵¹ Seiler, 641; Aubert, Art. 164, Petit commentaire, N 39; Biaggini, BV, Art. 164 N 3; Tschannen, Rz. 1024; BGE 145 V 380, E. 6.3.1; 133 II 331, E. 7.2.1.

⁵² Griffel, Rz. 119.

⁵³ Vgl. Tschannen, Rz. 1026.

⁵⁴ Vgl. Biaggini, BV, Art. 164 N 12.

⁵⁵ Aubert, Art. 164, Petit commentaire, N 39.

⁵⁶ Aubert, Art. 164, Petit commentaire, N 39.

⁵⁷ Biaggini, BV, Art. 5, N 12.

mass und Bedeutung dieser Kontrolle sind abhängig vom materiellen Gehalt der Delegationsnorm.

Aufgrund ihrer formalen Natur sind diese Vorgaben in der Praxis oft unproblematisch.⁵⁸

3. Gesetzesvorbehalt (materielle Voraussetzungen)

Die primäre materielle Voraussetzung bildet das Erfordernis, dass die Grundzüge der delegierten Regelung im Gesetz selbst enthalten sein müssen.⁵⁹ Für die Lehre und wohl auch die Rechtsprechung ist diese Vorgabe weitgehend deckungsgleich mit den in Art. 164 Abs. 1 BV anklingenden Aspekten.⁶⁰ Nach dieser Bestimmung müssen wichtige rechtsetzende Bestimmungen in der Form des Bundesgesetzes ergehen. Was als wichtig betrachtet wird, lässt sich der Verfassung selbst indes nicht schlüssig entnehmen.⁶¹ Lehre und Rechtsprechung arbeiten daher mit unter der alten Bundesverfassung und im Wesentlichen von Georg Müller entwickelten Kriterien.⁶² Nach diesen erscheint eine Regelung als wichtig, weil sie (alternativ oder in Kombination):

- stark in die Rechtsstellung der Adressaten eingreift;
- erhebliche finanzielle Folgen nach sich zieht;
- von besonderer Bedeutung für die politische Willensbildung, die Behördenorganisation oder das Verfahren ist;
- besonders umstrittene Fragen zum Gegenstand hat;
- einen grossen Adressatenkreis oder eine grosse Zahl von Lebenssachverhalten betrifft.

Im Hinblick auf die Delegation von Rechtsetzungskompetenzen wandelt sich die Vorgabe insofern, als die wichtige Entscheidung im Gesetz durch eine grundsätzliche, aber nicht abschliessende Regelung erfolgt. Der Grundsatz bleibt der gleiche: Alle bedeutenden Wertentscheidungen müssen im Gesetz selbst getroffen werden.⁶³

Die gesetzesvertretende Verordnung ist aber auf Situationen ausgerichtet, in denen die Entscheidung, wie eine Aufgabe genau gelöst werden soll, gerade

⁵⁸ Uhlmann, N 25; Jaag, Verordnung, 645.

⁵⁹ BGE 142 I 26, E. 3.3; 137 II 409, E. 6.4; 128 I 113, E. 3c.

⁶⁰ Jaag, Verordnung, 645; Uhlmann, N 28; Tschannen, Rz. 1035; Griffel, Rz. 119; Häfelin et al., Rz. 2305; BGE 141 II 169, E. 3.2; 134 I 322, E. 2.4.

⁶¹ Gächter, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 22 N 19; Biaggini, BV, Art. 164 N 5; Müller/Uhlmann/Höfler, Rz. 234.

⁶² Müller, 110; auch: Müller/Uhlmann/Höfler, Rz. 235.

⁶³ Fleiner, 21.

nicht im Gesetz beantwortet werden kann. Dem Empfänger der Delegation soll vielmehr ein gewisser Handlungsspielraum eingeräumt werden, ohne ihm die Entscheidung wesentlicher Fragen zu übertragen. Die Delegation muss also eine Verengung des Spielraums bewirken, der dem Empfänger zugestanden wird. Dieser Spielraum muss so beschaffen sein, dass die mögliche Variation innerhalb des gesetzten Rahmens nicht mehr wichtig ist. Was also die wichtigen Entscheidungen, die groben Linien, betrifft, muss das künftige, delegiert erlassene Verordnungsrecht voraussehbar sein.⁶⁴ Voraussehbarkeit ist von besonderer Bedeutung, weil die Gesetzesvorlage die Entscheidungsgrundlage bildet, aufgrund derer zunächst das Parlament und sodann die Bürgerinnen und Bürger entscheiden müssen, ob sie die Delegationsnorm verabschieden bzw. das Referendum ergreifen sollen.

Die Beschränkung der delegierten Materie auf ein bestimmtes Sachgebiet ergibt sich bereits aus der Interpretation der vorangehend beschriebenen Voraussetzung und verstärkt diese gewissermassen. Wird nämlich nicht eindeutig beschrieben, in welchen Sachbereichen eine Regelung zur Anwendung kommt, kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Grundzüge der Regelung hinreichend definiert sind. Dementsprechend erachtet etwa Tschannen das Verbot der Blankodelegation, das mit dieser Voraussetzung bezweckt wird, als Selbstverständlichkeit, weil der Grundsatz der Gewaltenteilung nicht krasser missachtet werden könnte.⁶⁵ Wird zudem die Delegation nicht auf ein Sachgebiet beschränkt, kann die auf dem Verordnungsweg zu schaffende Regelung in der Regel nicht zuverlässig vorhergesehen werden.

4. Auslegung von Delegationsnormen

Der genaue Gehalt einer Delegationsnorm muss – wie bei jeder Norm – durch eine umfassende Normauslegung ermittelt werden. Ausgangspunkt der Auslegung bildet laut der regelmässig verwendeten Formulierung des Bundesgerichts der Wortlaut der Bestimmung.⁶⁶ Ist der Wortlaut nicht ganz klar und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss die wahre Tragweite der Norm unter Zuhilfenahme der historischen, teleologischen und systematischen Auslegung gesucht werden.⁶⁷ Das Verhältnis der Auslegungsmethoden untereinander bestimmt sich nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts durch die Anwendung eines «pragmatischen Methodenpluralismus», d.h. einer

⁶⁴ Gächter, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 22 N 36; Malinverni et al., Rz. 1637; Fleiner, 21.

⁶⁵ Tschannen, Rz. 1035.

⁶⁶ BGE 146 V 51, E. 8.1; 145 II 182, E. 5.1.

⁶⁷ BGE 148 I 251, E. 3.6; 147 III 78, E. 6.4; 146 V 51, E. 8.1.

an den Einzelfall angepassten Kombination derjenigen Auslegungselemente, die den Normsinn zutreffend erschliessen.⁶⁸

Die Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte, insbesondere der Materialien (historische Auslegung), ist für das Bundesgericht besonders bei neueren Erlassen, «die noch auf wenig veränderte Umstände und ein kaum gewandeltes Rechtsverständnis treffen», von besonderer Relevanz.⁶⁹ Bei Delegationsnormen kann die Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte zu einer Einschränkung des Spielraums führen, wenn aus den Materialien konkret hervorgeht, wie die zukünftige Regelung aussehen soll. So hat das Bundesgericht in BGE 150 V 410 einer Verordnungsbestimmung die Anwendung versagt, weil diese, obwohl prima facie dem Wortlaut entsprechend, nicht mit der Delegationsnorm vereinbar war.⁷⁰ Das Urteil stützte sich auf die in der Botschaft deklarierte Absicht, die in der Rechtsprechung entwickelte Lösung zu übernehmen,⁷¹ und auf die in der Ratsdebatte durch den Kommissionssprecher des Ständerates und den zuständigen Bundesrat gemachte Aussage, dass das Vorgehen «grundsätzlich unverändert» bleibe.⁷²

V. Nachträgliche rechtliche Regelung am Beispiel von Art. 34a MG

I. Auslegung der Delegationsnorm

Dass ein staatliches Handeln schon vor der Schaffung einer Delegationsnorm besteht, hat grundsätzlich keine Auswirkungen auf die Methoden, die bei der Auslegung der Delegationsnorm zur Anwendung gelangen. Allerdings kann ein bereits bestehender Zustand oder ein bereits praktiziertes staatliches Handeln bei der Ermittlung der konkreten Regelungsabsicht des Gesetzgebers in die historische Auslegung einfließen.

Weil es sich bei Art. 34a MG um eine sehr neue Norm handelt und daher von wenig veränderten Umständen ausgegangen werden kann, kommt den Materialien besondere Bedeutung zu. Dies trifft im vorliegenden Fall besonders zu, weil die gesetzliche Grundlage im Hinblick auf die nun geplante Verordnung geschaffen wurde,⁷³ die wiederum den bereits praktizierten Regelungsbestand

⁶⁸ BGE 148 I 251, E. 3.6; 147 III 78, E. 6.4; 146 V 51, E. 8.1.

⁶⁹ BGE 141 V 221, E. 5.2.1; vgl. auch: BGE 150 V 410, E. 9.2; 148 V 385, E. 5.1.

⁷⁰ BGE 150 V 410, E. 9.4.2, 10.6.

⁷¹ BGE 150 V 410, E. 9.4.1.1, 9.4.2.

⁷² BGE 150 V 410, E. 9.4.1.2 f.

⁷³ Bundesrat, Botsch. MG, 30.

systematisiert zusammenführen sollte. Mögliche Quellen zur Ermittlung der Entstehungsgeschichte sind einerseits die Botschaft des Bundesrates und andererseits die Debatten der Bundesversammlung. Die relevante Botschaft enthält eine Begründung und Umschreibung der beabsichtigten Delegation. Im Parlament ist das militärische Gesundheitswesen hingegen nicht debattiert worden;⁷⁴ der verabschiedete Erlass entsprach diesbezüglich der vom Bundesrat eingebrachten Vorlage.⁷⁵

Die Botschaft identifizierte als Ziel von Art. 34a MG die Vervollständigung und Präzisierung der rechtlichen Grundlagen.⁷⁶ Es wird betont, dass das militärische Gesundheitswesen bereits ausgeformte Strukturen besitze, was durch die Nennung der bestehenden Tätigkeitsbereiche illustriert wird.⁷⁷ Als Grund für die Schaffung des Gesetzesartikels wird die Abgrenzung zum zivilen Gesundheitswesen angegeben.⁷⁸ Dies hat sich auch in der Formulierung von Art. 34a Abs. 1 MG niedergeschlagen, wonach die Dienstleistungen der Armee und der Militärverwaltung unter der Verantwortung des Bundes erfolgen. Damit wird ein Unterschied gemacht zu den Dienstleistungen des zivilen Gesundheitswesens, die zwar auch durch Bundesrecht reguliert sind, aber unter Aufsicht und Verantwortung der Kantone erfolgen.⁷⁹

Daraus folgt zwanglos, dass der Gesetzgeber bei der Schaffung der Norm auf die Beibehaltung des zum Zeitpunkt der Normschaffung bestehenden Status Quo abgezielt hat. Dies verengt den Spielraum, den die Delegationsnorm dem Verordnungsgeber belässt. Insbesondere darf der Bundesrat die rechtliche Regelung nicht zum Anlass nehmen, das militärische Gesundheitswesen wesentlich neu zu ordnen. Bezugsrahmen der Regelung sollen die bereits praktizierten Strukturen bilden.

2. Formelle Voraussetzungen

Die veränderte Ausgangslage, dass die Strukturen, die durch Rechtssatz geschaffen werden sollen, bereits existieren, wie dies beim militärischen Gesundheitswesen der Fall ist, hat keinen Einfluss auf die Anwendung der formellen Voraussetzungen. Eine Delegation ist weiter nur zulässig, wenn kein

⁷⁴ Erwähnt wurde es insgesamt drei Mal: AB 2021 N 2594, Votum Rechsteiner (Aufzählung des Inhalts der Vorlage); AB 2021 N 2597, Votum Walliser (Wiederholung der in der Botschaft genannten Regelungsziele von Art. 34a MG); AB 2022 S 28, Einleitung Amherd (Erwähnung des Artikels).

⁷⁵ BBl 2021 2199, 3 f.; AS 2022 725.

⁷⁶ Bundesrat, Botsch. MG, 3.

⁷⁷ Bundesrat, Botsch. MG, 29.

⁷⁸ Bundesrat, Botsch. MG, 29.

⁷⁹ Gächter/Rütsche, Rz. 111.

Verbot in der Verfassung besteht und die Delegation durch ein Bundesgesetz erfolgt. Die Verfassung enthält kein Delegationsverbot, das spezifisch auf die beabsichtigten Regelungen Anwendung finden würde. Ob das generelle Verbot der Delegation wichtiger Entscheidungen (Art. 164 Abs. 1 BV) einschlägig ist, wird im Rahmen der materiellen Voraussetzungen geprüft.

3. Materielle Voraussetzungen

Im Hinblick auf die Prüfung der materiellen Voraussetzungen wirkt sich das Szenario der nachträglichen Legalisierung auf die Interpretation der Delegationsnorm aus. Die Grundzüge, die sich aus dem Gesetz ergeben müssen, sollten sich genau genommen aus der Auslegung des Gesetzes ergeben. Wie oben (Kap. IV.4.) gezeigt wurde, kann bei jüngeren Erlassen die Entstehungsgeschichte zur präziseren Erfassung der Delegationsnorm herangezogen werden.⁸⁰

Dass eine Struktur bereits beim Erlass einer Delegationsnorm besteht, hat erhebliche Auswirkungen auf die Vorhersehbarkeit der künftigen Regelung. Sie ist ein zusätzlicher Referenzpunkt, der bereits bei den Vorbereitungsarbeiten für eine veränderte Ausgangslage sorgt. Was mit einer Delegationsnorm erreicht werden soll, kann in Relation zum Vorbestehenden gesetzt werden. Wird aus der Entstehung einer Norm ersichtlich, dass sie eine Abänderung einer bestehenden Praxis in einem bestimmten Punkt bewerkstelligen soll, ist dies auch dann möglich, wenn die Bestimmung selbst wenig klar ist. Soll eine neue Bestimmung umgekehrt ein bestehendes Vorgehen oder eine bestehende Struktur bestätigen, dann muss dieses Vorgehen zur Interpretation der Norm herangezogen werden. Im oben (Kap. IV.4.) diskutierten Fall sollte gemäss Materialien eine bundesgerichtliche Praxis positiviert werden. Im Fall des militärischen Gesundheitswesens, der hier betrachtet wird, soll eine (auf Verwaltungsverordnungen und Weisungen beruhende) Verwaltungspraxis rechtlich erfasst werden.

Auch bei der Anwendung der Voraussetzung, dass sich die Delegation auf ein *bestimmtes Sachgebiet* beschränken muss, ist der Einfluss einer vorbestehenden Struktur denkbar. Die Beschränkung der Regelung auf ein Sachgebiet kann durch Auslegung präzisiert werden. Ob dabei der Verweis auf vorbestehende Strukturen hilft, hängt von der Art dieser Strukturen ab. Häufig ist die Delegation automatisch dadurch limitiert, dass nur diejenigen Tätigkeiten erfasst werden, die bereits davor ausgeübt wurden. Handelt es sich aber um eine

⁸⁰ Vgl. BGE 150 V 410, E. 9.2 ff.

schwer fassbare und kaum begrenzte Tätigkeit, so reicht es nicht aus, dass im Entstehungsverfahren darauf abgezielt wurde, alle diese Tätigkeiten zu regeln.

Wie oben (Kap. [V.1](#)) beschrieben, ist Art. 34a MG ganz darauf ausgerichtet, die bereits bestehende Struktur des militärischen Gesundheitswesens auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. Dies führt dazu, dass aus der relativ offenen Formulierung, gemäss welcher der Bundesrat die Voraussetzungen der Leistungserbringung regeln soll, der konzisere Auftrag folgt, der Bundesrat habe die Voraussetzungen der Leistungserbringung so zu regeln, dass sie der bisherigen Praxis entsprechen. Die bisherige Praxis ergibt sich aus der bestehenden dichten Regelung des militärischen Gesundheitswesens durch militärische Reglemente. Diese legen unter anderem Ausbildung,⁸¹ Organisation,⁸² Anschaffung und Herstellung von Medizin- und Pharmaprodukten⁸³ und die hierarchische Einbindung des Sanitätsdienstes⁸⁴ fest. Es ergibt sich damit ein sehr präzises Bild der beabsichtigten Regelung. Insbesondere war vorhersehbar, dass auch Regelungen in Abweichung von den Bestimmungen des zivilen Gesundheitswesens vorgesehen werden können, zumal die Abgrenzung zum zivilen Gesundheitswesen einen der Kernpunkte der Revision bildete, die im Vorfeld genannt wurden.

Art. 34a Abs. 3 MG beschränkt die Delegation auf «Voraussetzungen für die Leistungserbringung». Diese Definition ist relativ weit, wirkt aber dennoch einschränkend. In der Botschaft hat sich der Bundesrat nicht abschliessend festgelegt, welche Fragen geregelt werden sollten. Er hat aber durch beispielhafte Aufzählung umrissen, wie der Begriff der «Voraussetzungen der Leistungserbringung» zu verstehen ist. Darunter fallen die Berufsausübung der im militärischen Gesundheitswesen tätigen Fachpersonen, die Berechtigung zur Abgabe von Arznei- und Betäubungsmitteln, die Koordination der Leistungserbringung mit dem zivilen Gesundheitswesen und der Informationsaustausch.⁸⁵

4. Gesamtbetrachtung

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass das Szenario der nachträglichen Regelung einer bereits bestehenden Struktur einen Einfluss auf die Anwendung der Delegationsvoraussetzungen hat. Weil mit dem bestehenden Vorgehen ein sehr konkreter Referenzpunkt vorhanden ist, auf den in der Um-

⁸¹ Schweizer Armee, San D aller Trp., Rz. 195 ff.

⁸² Schweizer Armee, San D A, Rz. 20 ff.

⁸³ Schweizer Armee, San D A, Rz. 135.

⁸⁴ Schweizer Armee, San D A, Rz. 58.

⁸⁵ Bundesrat, Botsch. MG, 30.

setzung Bezug genommen werden muss, reicht unter Umständen bereits eine weniger konkrete Delegationsnorm, um die verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine Delegation zu erfüllen. Dies liegt daran, dass die Voraussehbarkeit, wie die wichtigen Fragen entschieden werden, weiterhin gegeben ist. Es kann zudem nicht sein, dass eine bis dahin als «legal» erachtete Praxis des militärischen Gesundheitswesens durch eine neu geschaffene gesetzliche Regelung, die deren formelle «Legalisierung» bezweckt, wegen einer zu engen Interpretation der Delegationsvoraussetzungen «illegal» wird.

Aus dieser Betrachtungsweise ergibt sich aber keine Abschwächung der Delegationsvoraussetzungen. Vielmehr wird eine solche «nachträgliche» Delegationsnorm als Anerkennung des Status Quo betrachtet. Damit geht auch einher, dass eine solche Delegation sich tatsächlich nur auf die zum Zeitpunkt der Schaffung der Norm existierenden Strukturen und Vorgehensweisen bezieht. Wesentlich andere Strukturen, die sich auch auf dieselbe Formulierung stützen könnten, wären deshalb von der Delegationsgrundlage nicht gedeckt.

VI. Schlussfolgerungen

Die idealtypische Struktur staatlichen Handelns, bei der ein Gesetz basierend auf der Verfassung und eine Verordnung basierend auf einem Gesetz geschaffen wird und staatliches Umsetzungshandeln erst daran anschliesst, entspricht häufig nicht der Realität eines konkreten Regelungsumfeldes. Es kann daher sein, dass ein staatliches Vorgehen bereits vor der Schaffung der entsprechenden gesetzlichen Grundlage erfolgt. Ein solcher Umstand kann sich auf die konkrete Prüfung der Delegationsvoraussetzungen auswirken. Besonders bei neuen Delegationsnormen muss beachtet werden, in welche Beziehung der Gesetzgeber die neue Norm zum bereits Bestehenden setzen wollte. Bestand die Absicht des Gesetzgebers darin, das bis dahin praktizierte staatliche Vorgehen in formelle Strukturen zu überführen, dann muss ebendieses Vorgehen zur präzisen Erfassung des Inhalts der Delegationsnorm herangezogen werden.

Eine solche auslegungsbasierte inhaltliche Klärung liesse sich auch für Art. 34a MG erkennen, der eine gesetzliche Grundlage für die bereits existierenden Strukturen des militärischen Gesundheitswesens schaffen sollte: Da aufgrund des klaren Bezugs zur vorbestehenden Struktur für den Gesetzgeber voraussehbar war, wie die wichtigen Entscheidungen gefällt werden, kann die Delegationsgrundlage durch Auslegung hinreichend geklärt werden, wodurch sie die Delegationsvoraussetzungen einzuhalten vermag. Aufgrund dieser Schärfung genügt der Gesetzesartikel (auch ohne reduzierte Anforderun-

gen an das Legalitätsprinzip) als Grundlage für die geplante Verordnung über das militärische Gesundheitswesen.

Durch eine solche (geschärfte) Auslegung der Delegationsnorm werden aber zugleich künftige grössere Änderungen im delegierten Verordnungsrecht eingeschränkt. Für solche wäre nach der hier vertretenen Auffassung zunächst eine präzisierende Gesetzesanpassung erforderlich, d.h. eine präzisere und differenziertere Formulierung der Delegationsnorm.

Literaturverzeichnis

Aubert Jean-François, Bundesstaatsrecht der Schweiz, Fassung von 1967, neubearbeiteter Nachtrag bis 1994, Basel/Frankfurt am Main 1995

Ders., Art. 164, in: Aubert Jean-François/Mahon Pascal, Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération Suisse du 18 avril 1999 (zit. Aubert, Art. 164, Petit commentaire, N ...)

Biaggini Giovanni, Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2. A., Zürich 2017 (zit. Biaggini, BV, Art. ..., N ...)

Biaggini Giovanni/Gächter Thomas/Kiener Regina (Hrsg.), Staatsrecht, 3. A., Zürich/St. Gallen 2021 (zit. Bearbeiter/in, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § ..., N ...)

Bruhin Raimund, 100 Jahre Sanitätsdienst der Schweizer Armee (1914–2014), (1/2), ASMZ 10/2014, 36 ff.

Buehrer Thomas W./Hirsch Pete A., Gesundheitsrecht in der Schweizer Armee, in: Baur Isabel et al. (Hrsg.), Entwicklungen im Medizinrecht – Vom klassischen Arztrecht zu One Health, Festschrift für Brigitte Tag, Bern 2024, 93 ff.

Fleiner Fritz/Giacometti Zaccaria, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, Zürich 1949

Fleiner Thomas, Die Delegation als Problem des Verfassungs- und Verwaltungsrechts, Freiburg 1972

Gächter Thomas/Rütsche Bernhard, Gesundheitsrecht, 5. A., Basel 2023

Griffel Alain, Allgemeines Verwaltungsrecht im Spiegel der Rechtsprechung, 2. A., Zürich/Genf 2022

Häfelin Ulrich et al., Schweizerisches Bundesstaatsrecht, 11. A., Zürich/Genf 2024

Häfelin Ulrich/Müller Georg/Uhlmann Felix, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. A., Zürich/St. Gallen 2020

Imboden Max, Das Gesetz als Garantie rechtsstaatlicher Verwaltung, in: Staat und Recht, Ausgewählte Schriften und Vorträge, Basel/Stuttgart 1971, 3 ff.

Jaag Tobias, Bedarfsverwaltung, in: Sethe Rolf et al. (Hrsg.), Kommunikation, Festschrift für Rolf H. Weber zum 60. Geburtstag, Genf/Zürich/Basel 2011, 543 ff. (zit. Jaag, Bedarfsverwaltung)

Ders., Die Verordnung im schweizerischen Recht, ZBl 2011, 629 ff. (zit. Jaag, Verordnung)

Kley Andreas, Verfassungsgeschichte der Neuzeit, 4. A., Bern 2020

- Kölz Alfred, Neuere Schweizerische Verfassungsgeschichte – Ihre Grundlinien in Bund und Kantonen seit 1848, Bern 2004
- Malinverni Giorgio et al., Droit constitutionnel suisse, Volume I: L'Etat, 4. A., Bern 2021
- Müller Georg, Inhalt und Formen der Rechtsetzung als Problem der demokratischen Kompetenzordnung, Habil. Basel 1977, Basel/Stuttgart 1979 (zit. Müller, Inhalt, ...)
- Ders., Art. 89 Abs. 1 BV, in: Aubert Jean-François et al. (Hrsg.), Kommentar zur Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 29. Mai 1874, Basel 1987 (zit. Müller, Art. 89 Abs. 1 BV, N ...)
- Müller Georg/Uhlmann Felix/Höfler Stefan, Elemente einer Rechtsetzungslehre, 4. A., Zürich/Genf 2024
- Reich Johannes, Verhältnis von Demokratie und Rechtsstaatlichkeit, in: Diggelmann Oliver et al. (Hrsg.), Verfassungsrecht der Schweiz/Droit constitutionnel suisse, Band I: Grundlagen, Demokratie, Föderalismus, Zürich/Basel/Genf 2020, 333 ff.
- Seiler Hansjörg, Gewaltenteilung – Allgemeine Grundlagen und schweizerische Ausgestaltung, Bern 1994
- Tschannen Pierre, Staatsrecht der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 5. A., Bern 2021
- Ders., Art. 164, in: Ehrenzeller Bernhard et al. (Hrsg.), Die schweizerische Bundesverfassung, St. Galler Kommentar, 4. A., Zürich/St. Gallen 2023 (zit. SGK BV)
- Uhlmann Felix, Legalitätsprinzip, in: Diggelmann Oliver et al. (Hrsg.), Verfassungsrecht der Schweiz/Droit constitutionnel suisse, Band II: Rechtsstaatlichkeit, Grund- und Menschenrechte, Zürich/Basel/Genf 2020, 1025 ff.
- Widmer Lukas, Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw), Jusletter 4. November 2024
- Wyttenbach Judith/Wyss Karl-Marc, Art. 164, in: Waldmann Bernhard/Belser Eva Maria/Epiney Astrid (Hrsg.), Basler Kommentar, Bundesverfassung, 2. A., Basel 2025 (zit. BSK BV)
- Ziegler Martin, Der Rechtsschutz des Angehörigen der Armee in der Schweiz. Unter besonderer Berücksichtigung der militärischen Straf- und Disziplinarrechtspflege, Diss. Basel, Basel/Frankfurt a.M. 1988

Zur Anwendbarkeit der zivilen Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufe- sowie der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung auf das militärische Gesundheitswesen

Christian Kaufmann* / Martin Wyss**

Inhalt

I.	Auslegeordnung und Hintergrund	62
II.	Rechtliche Grundlagen des militärischen Gesundheitswesens	64
1.	Verfassungsrechtlicher und -geschichtlicher Rahmen	64
2.	Besondere Regulierungsparameter im militärischen Bereich	67
a)	Vollzugszentralisierung beim Bund	67
b)	Militärische Kommandogewalt und Flexibilität	69
c)	Aufgabenerfüllung nach innen	71
III.	Rechtliche Grundlagen des zivilen Gesundheitswesens	72
1.	Überblick	72
a)	Begriff und Zweck	72
b)	Rechtsgrundlagen innerhalb der verschiedenen Regelungsstufen	73
c)	Zuständigkeiten	78
d)	Ausgewählte Fragen und Begriffe der zivilen Gesundheitsberufegesetzgebung	82
2.	Entwicklung ziviler Rechtsgrundlagen und Implikationen auf das militärische Gesundheitswesen	86
IV.	Synthese	89
1.	Nichtanwendbarkeit der Berufsgruppengesetzgebung	90
a)	Keine «Berufsausübung» infolge Überlagerung durch den Zweck des Sonderstatusverhältnisses	90
b)	Aufsichts- und Bewilligungszuständigkeit	91
c)	Sozialversicherungsrechtliche Abrechnung	92
2.	Anwendbarkeit der Betäubungs- und Heilmittelgesetzgebung	93
a)	Grundsätzliche Anwendbarkeit	93

* MLaw Christian Kaufmann, ehemaliger wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl von Prof. Dr. iur. Thomas Gächter, Universität Zürich.

** MLaw Martin Wyss, Rechtsanwalt, wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag am Kompetenzzentrum MERH, Universität Zürich.

b)	Punktueeller Bedarf nach Abweichungen sowie Regelungsansätze de lege ferenda	95
V.	Schlussfolgerungen und Ausblick	98
	Literaturverzeichnis	100

I. Auslegeordnung und Hintergrund

Bis zur Verankerung des Primats der Militärhoheit des Bundes im Jahr 1874 unterstand die Schweizer Armee einer *föderalistischen Organisation*.¹ Gleichwohl war bereits im Jahr 1817 eine ständige eidgenössische Leitung des Sanitätsdienstes in der Funktion des Oberfeldarztes (Ofaz) vorgesehen. Das militärische Gesundheitswesen bildete damit bundesstaatliche Zentralisierungstendenzen, denen die Schweizer Armee historisch unterlag, in mustergültiger Weise ab (vgl. Kap. [II.1.](#)).

Nach rund 200-jähriger sukzessiver Entwicklung zum *einheitlich geführten Bundesheer* – sekundiert durch den Abbau entsprechender kantonaler Zuständigkeiten –² ist es jüngst erneut das militärische Gesundheitswesen, an dem sich eine Grundfrage der Schweizer Militärorganisation herauskristalisieren soll. Mit der seit dem Jahr 2000 umfassenderen Legiferierung des Bundes im zivilen Gesundheitswesen – namentlich in der Medizinalberufes-, Psychologieberufes- und Gesundheitsberufes- sowie der Heilmittelgesetzgebung – schrumpften die kantonalen Regelungsspielräume und stieg die Bedeutung der *Kantone als Organe des Vollzugs* von Bundesrecht.³ Am 18. Mai 2014 nahmen zudem Volk und Stände Art. 117a BV⁴ (mit deutlicher Mehrheit) an.⁵ Art. 117a Abs. 2 lit. a BV ermächtigt den Bund dazu, die Berufsausübung in der gesamten «medizinischen Grundversorgung» zu regeln, was nicht mehr nur jene im privatrechtlichen, sondern neu auch jene im öffentlich-rechtlichen Sektor umfasst (vgl. Kap. [III.1.b.](#), [III.2.](#)).⁶ Spätestens mit der Annahme von Art. 117a BV stellte sich die *Gretchenfrage*: Sind die zivilen Bestimmungen zur

¹ Freiburghaus/Buchli/Honegger, 16, 21–24; vgl. SG Komm. BV-Müller/Meyer, Art. 58 N 1 f.; Müller R., 124 ff., m.w.H.

² Freiburghaus/Buchli/Honegger, 1 f., 21–24, 31–33.

³ Gächter/Rütsche, Rz. 106, 111; Gächter/Werder, 5–7; Widmer, Rz. 6, 31, je m.w.H.

⁴ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101).

⁵ BBl 2014 6349; Sprecher, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 2 Rz. 106; Biaggini, Art. 117a N 1; Gächter/Rütsche, Rz. 138.

⁶ Gächter/Werder, 7; Botschaft des Bundesrates vom 18. November 2015 zum Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe, BBl 2015 8715 (zit. Bundesrat, Botsch. GesBG), 8774; BSK BV-Gächter/Truong/Renold-Burch, Art. 117a N 30; Biaggini, Art. 117a N 5; Gächter/Rütsche, Rz. 142.

Medizinalberufe-, Psychologieberufe- sowie Gesundheitsberufegesetzgebung sowie die Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung des Bundes nunmehr auch auf das militärische Gesundheitswesen anwendbar?

Das Verhältnis des militärischen Gesundheitswesens zur zivilen Gesundheitsgesetzgebung ist im gesetzlichen Wortlaut nicht explizit geklärt. Armee und Landesverteidigung bilden keinen «Staat im Staate» und die Militärverwaltung ist keine «Sonderverwaltung»,⁷ mag man sich hier denken, weshalb die allgemeinen Normen zum zivilen Gesundheitswesen selbstverständlich auch auf den militärischen Bereich anwendbar sind. Gleichzeitig zeichnet sich die militärische Auftragserfüllung durch Besonderheiten aus, die es auch rechtlich abzubilden gilt. In den Materialien zu Art. 117a BV bestehen keine Hinweise darauf, dass sich der Verfassungsgeber der Tragweite seiner Entscheidung bewusst gewesen wäre,⁸ durch die Aufnahme von Art. 117a BV das militärische Gesundheitswesen in die Vollzugszuständigkeit der Kantone zu verschieben und damit eine partielle «Wieder-Föderalisierung» des Schweizer Militärwesens einzuleiten (vgl. Kap. III.1.c.). Die Frage nach einer Anwendbarkeit der zivilen Gesundheitsgesetzgebung auf das militärische Gesundheitswesen erweist sich derweil vor dem Hintergrund, dass die Sicherheitslage (auch) in Europa instabiler, unübersichtlicher und unberechenbarer geworden ist,⁹ als von primordialer sicherheitspolitischer und rechtspraktischer Bedeutung. Auch hat sie mit Blick auf das zurzeit hängige Rechtsetzungsprojekt der *Verordnung über das militärische Gesundheitswesen* (VMiGw) legislative Relevanz (vgl. Kap. II.1.).

Der vorliegende Beitrag widmet sich dieser Problematik. Er stützt sich dabei auf Arbeiten, die im Rahmen der Erstellung eines themennahen *Rechtsgutachtens* entstanden sind,¹⁰ und gibt zentrale Aspekte in gekürzter Form und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechts-, Literatur- und Materialienlage wieder. Nach einer Einführung in die rechtlichen und rechtstatsächlichen Besonderheiten des militärischen Gesundheitswesens (Kap. II.) folgt ein Überblick

⁷ Lendi/Beeler, 7, 14.

⁸ Gächter/Werder, 12.

⁹ Buehrer/Hirsch, 104; Zusatzbericht des Bundesrates vom 7. September 2022 zum sicherheitspolitischen Bericht 2021 über die Folgen des Krieges in der Ukraine, BBl 2022 2357 (zit. Bundesrat, Zusatz SIPOL 2021), 3, 15, 17.

¹⁰ Das Gutachten zur Anwendbarkeit der zivilen Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufe- sowie der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung des Bundes auf das militärische Gesundheitswesen wurde von der Verwaltungseinheit «Sanität» der Logistikkbasis der Schweizer Armee (LBA), Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS), bei Herrn Prof. Dr. iur. Thomas Gächter und Frau Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag, unter Mitarbeit von Herrn MLaw Christian Kaufmann und Herrn MLaw Martin Wyss, Rechtsanwalt, in Auftrag gegeben und im Juni 2024 erstattet.

zu den juristischen Fundamenten und deren Ursprünge im Zivilen (Kap. [III](#)). Gestützt auf diese Grundlagen prüft die Synthese (Kap. [IV](#)) die Anwendbarkeit der zivilen Gesundheitsgesetzgebung auf das militärische Gesundheitswesen im Lichte der Besonderheiten der Armee. Die Schlussfolgerungen samt Ausblick (Kap. [V](#)) runden die Ausführungen ab.

II. Rechtliche Grundlagen des militärischen Gesundheitswesens

I. Verfassungsrechtlicher und -geschichtlicher Rahmen

Das verfassungsrechtliche Fundament der Armee bilden insbesondere Art. 58 bis 60 BV, die der *Sicherheitsverfassung* zugehören.¹¹ Gestützt auf Art. 60 Abs. 1 BV steht dem Bund über die im Wortlaut exemplarisch genannten Bereiche der «Organisation, Ausbildung und Ausrüstung» der Armee hinaus eine *umfassende und ausschliessliche Kompetenz* zur Regelung des *gesamten Militärwesens* zu.¹² Unter den Begriff des «Militärwesens» zu subsumieren ist auch dessen Gesundheitswesen, welches Art. 34a Abs. 1 MG¹³ definiert als «alle medizinischen, pharmazeutischen und sanitätsdienstlichen Leistungen, die die Armee oder die Militärverwaltung unter der Verantwortung des Bundes zugunsten der Stellungspflichtigen, der Angehörigen der Armee und Dritter erbringt».¹⁴ Im Einzelnen sind davon verschiedene human- und veterinärmedizinische Dienstleistungen zur Unterstützung der Truppen erfasst, so etwa die Bereitstellung und der Betrieb sanitätsdienstlicher Infrastrukturen und die Behandlung und Pflege von Verwundeten und Erkrankten.¹⁵ Folglich steht die Regelung dieser Aspekte in der alleinigen Rechtsetzungskompetenz des Bundes.¹⁶

¹¹ Meyer, in: Schweizer, Kap. E. Rz. 42; zum Begriff der «Sicherheitsverfassung» Moeckli, in: Diggelmann/Hertig Randall/Schindler, Band III, Teil VIII. Kap. 8 N 1.

¹² Botschaft des Bundesrates vom 20. November 1996 über eine neue Bundesverfassung, BBl 1996 I 666 (zit. Bundesrat, Botsch. BV), 242; Erläuternder Bericht des Eidgenössischen Departements für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) vom 30. Oktober 2024 zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens über die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (zit. VBS, Erläuternder Bericht), 7; Aubert, Petit Comm., Art. 60 N 2; Biaggini, Art. 60 N 2; Buehrer/Hirsch, 94; BSK BV-Altwicker/Stähli, Art. 60 N 1, 6; vgl. Rhinow/Schefer/Uebersax, Rz. 726.

¹³ Bundesgesetz vom 3. Februar 1995 über die Armee und die Militärverwaltung (Militärgesetz, MG; SR 510.10).

¹⁴ Erw. bei Widmer, Rz. 1, Fn. 1; ferner Buehrer/Hirsch, 98 f.

¹⁵ Reglement 59.020 d der Schweizer Armee zum Sanitätsdienst der Armee (San D A), gültig ab 1. April 2019 (zit. Schweizer Armee, San D A, Rz. ...), Rz. 19; erw. bei Widmer, Rz. 1.

¹⁶ Widmer, Rz. 11; vgl. VBS, Erläuternder Bericht, 7.

Den Kantonen kommen im militärischen Bereich seit der am 28. November 2004 per Volksabstimmung beschlossenen und auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Aufhebung von aArt. 60 Abs. 2 BV, der kantonale Restzuständigkeiten in der Formation und Ausrüstung der Armee vorsah,¹⁷ keine eigenständigen Regelungsbefugnisse mehr zu.¹⁸ Diese verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung ist Ergebnis einer mehrere Jahrhunderte andauernden eidgenössischen *Harmonisierungs- und Zentralisierungstendenz* im Militärwesen, die sich am Beispiel des militärischen Gesundheitswesens in besonderer Weise nachzeichnen lässt. Während die Armee auch über die Bundesstaatsgründung von 1848 hinaus auf kantonalen Truppenkontingenten beruhte und aufgrund der eigenständigen militärischen Rechtsetzungskompetenzen der Kantone föderalistisch organisiert blieb,¹⁹ wurde im Jahr 1815 zunächst ad hoc, im Jahr 1817 sodann auf Grundlage des nunmehr erlassenen «Allgemeinen eidgenössischen Militärreglements» ein *eidgenössischer Oberfeldarzt* als Leiter des Sanitätsdienstes vorgesehen.²⁰ Das 1850 geschaffene Militärgesetz (samt Militärordnung) schliesslich unterstellte das Sanitätswesen als eigenständigen Dienstzweig mit dem Oberfeldarzt an seiner Spitze sowohl in Friedens- als auch in Kriegszeiten dem Eidgenössischen Militärdepartement (EMD) bzw. dem Oberbefehlshaber der Schweizer Armee.²¹

Weitere Zentralisierungsschritte folgten mit der ab 1851 zentral durchgeführten *Ausbildung des militärmedizinischen Personals* und mit dem im Jahre 1852 in Kraft gesetzten Bundesgesetz über die Pensionen und Entschädigungen der im eidgenössischen Militärdienst Verunglückten oder ihrer Angehörigen²², welches die Grundlage für die *Militärversicherung* bildete.²³ Das zunehmend zentral organisierte Militärsanitätswesen der Eidgenossenschaft galt zu der Zeit gar als das «rationellste aller Armeen».²⁴ Mit aArt. 20 der totalrevidierten Bundesverfassung von 1874²⁵ erfolgte sodann die Abschaffung des Systems kantonalen Truppenkontingente und die *militärische Oberhoheit* ging grundsätzlich – vorbehaltlich kantonalen Restzuständigkeiten im Bereich der Beschaffung und Unterhaltung von Rüstungsgütern gemäss aArt. 20 Abs. 3 BV

¹⁷ BSK BV-Altwicker/Stähli, Art. 60 N 3.

¹⁸ Biaggini, Art. 60 N 2; BSK BV-Altwicker/Stähli, Art. 60 N 3.

¹⁹ Freiburghaus/Buchli/Honegger, 1, 16, 36 sowie Fn. 16; vgl. ferner Biaggini, Art. 58 N 1.

²⁰ Bruhin, 36; Dreifuss, 7; Dubs J., 70 f.; Stöckli, 37; zur Einsetzung der Eidgenössischen Militäraufsichtsbehörde im «Allgemeinen eidgenössischen Militärreglement» von 1817 i.A., vgl. Freiburghaus/Buchli/Honegger, 11 f.

²¹ Bruhin, 36; Dubs J., 73, 80; ferner Stöckli, 37.

²² BBl 1852 II 488.

²³ Stöckli, 37 f.; Bruhin, 36; vgl. ferner Dubs J., 82.

²⁴ Dubs J., 83.

²⁵ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 29. Mai 1874 (AS 11).

1874 –²⁶ auf den Bund über.²⁷ Es erfolgte eine praktisch vollständige Zentralisierung der Armee;²⁸ die Sanitätstruppen bildeten fortan eine Truppengattung des Bundesheers.²⁹ Diese verfassungsrechtliche Kompetenzordnung blieb bis zur Verfassungstotalrevision von 1999 unverändert in Kraft und verfestigte sich im Rahmen ihrer Neunormierung in Art. 58 bis 60 BV.³⁰

Das u.a. gestützt auf Art. 58 Abs. 2 und Art. 60 Abs. 1 BV erlassene Militärgesetz (MG) verankert sodann seit dem 1. Januar 2023 in dessen Art. 34a die bislang fehlende bundesgesetzliche Grundlage für ein schweizweit einheitlich und umfassend geregeltes militärisches Gesundheitswesen.³¹ Wenngleich die Leistungserbringung durch den Bund bis dato in keiner Weise bestritten war,³² ermächtigt Art. 34a Abs. 3 MG den Bundesrat nunmehr explizit, diesen bislang *nicht* bzw. nur *fragmentarisch*³³ geregelten Bereich mit einer Verordnung zur militärmedizinischen Berufsausübung und Leistungserbringung in der Armee zu normieren.³⁴ Diese hat auch die punktuellen Anforderungen von Art. 48b MG an die Aus- und Weiterbildung militärischer Medizinalpersonen sowie anderer Gesundheitsfachpersonen in Kaderstellen zu berücksichtigen.³⁵ Die Vernehmlassung zum Entwurf der *Verordnung über das militärische Gesundheitswesen* (VMiGw) ist abgeschlossen.³⁶ Die Verordnung soll als Äquivalent zu den zivilen Gesundheitserlassen dienen, dabei aber die spezifischen Bedürfnisse

²⁶ Lendi/Beeler, 42.

²⁷ Freiburghaus/Buchli/Honegger, 21–24, 36; SG Komm. BV-Müller/Meyer, Art. 58 N 2; Müller R., 124 ff., m.w.H.; differenzierend BSK BV-Altwicker/Stähli, Art. 60 N 3, die mit den bis ins Jahr 2004 bestehenden kantonalen Restzuständigkeiten, u.a. im Bereich des Beschaffungswesens (vgl. aArt. 60 Abs. 2 BV), die Restanzen einer geteilten Militärhoheit begründen.

²⁸ Freiburghaus/Buchli/Honegger, 36; differenzierend Biaggini, Art. 58 N 1, wonach die Zeit für eine vollständige Zentralisierung selbst ein Jahrhundert nach der Totalrevision der Bundesverfassung von 1874 noch nicht reif gewesen sei.

²⁹ Bruhin, 36 f.; Dubs J., 82.

³⁰ SG Komm. BV-Müller/Meyer, Art. 58 N 2; Bundesrat, Botsch. BV, 235, wo die Kantone bloss noch als «Vollzugsorgane des Bundes» bezeichnet werden.

³¹ AS 2022 725; Botschaft des Bundesrates vom 1. September 2021 zur Änderung des Militärgesetzes und der Armeeorganisation, BBl 2021 2198 (zit. Bundesrat, Botsch. Änderung MG), 30; VBS, Erläuternder Bericht, 3; Buehrer/Hirsch, 98 f.; Widmer, Rz. 5, 7.

³² Buehrer/Hirsch, 98.

³³ Zu denken ist etwa an Art. 35 und 35a MG sowie an Normen in militärischen Reglementen, Weisungen u.Ä. wie jenen in Schweizer Armee, San D A; vgl. hierzu Widmer, Rz. 5, Fn. 12 f.

³⁴ Bundesrat, Botsch. Änderung MG, 36; Widmer, Rz. 7 f.; ferner VBS, Erläuternder Bericht, 3 f.

³⁵ Vgl. VBS, Erläuternder Bericht, 7; Widmer, Rz. 22. Art. 48b MG soll revidiert werden, vgl. hierzu Erläuternder Bericht des VBS vom 22. November 2023 zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens über eine Änderung des Militärgesetzes, der Verordnung über die Verwaltung der Armee und der Armeeorganisation, 37 f.; ferner Widmer, Fn. 69.

³⁶ BBl 2024 2733.

und Besonderheiten der militärischen Auftragserfüllung adressieren.³⁷ Diese im Vergleich zur Rechtsetzung im zivilen Gesundheitswesen besonderen Regulierungsparameter des militärischen Bereichs sollen nachfolgend in exemplarischer Weise aufgegriffen werden.

2. Besondere Regulierungsparameter im militärischen Bereich

a) Vollzugszentralisierung beim Bund

Die Sanität agiert kantonsübergreifend,³⁸ wobei sich das gesamte Gebiet der Schweiz in sechs militärmedizinische Regionen (MMR) aufteilt.³⁹ Anders als im zivilen Gesundheitswesen, in dem die Kantone zentrale Vollzugsorgane sind (vgl. Kap. III.1.c.), kommen ihnen im militärischen Bereich nur noch *punktueller Vollzugsaufgaben* zu (vgl. Art. 11, 121 f. und 125 MG).⁴⁰ Stattdessen erfolgt der Vollzug der Vorgaben zum militärischen Gesundheitswesen – d.h. deren rechtliche und tatsächliche Umsetzung in der Praxis –⁴¹ zentral durch den Bund, mithin primär durch Armeeangehörige und die Verwaltungseinheit «Sanität», die der Logistikbasis der Armee (LBA) zugeordnet ist.⁴² Letztere gehört der Gruppe Verteidigung des Eidgenössischen Departements für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) an und ist damit in die Verwaltungshierarchie der zentralen Bundesverwaltung eingegliedert (vgl. Ziff. B.IV.1.4.3 Anhang 1 RVOV⁴³ und Art. 11 lit. c OV-VBS⁴⁴).⁴⁵ Der Oberfeldärztin oder dem Oberfeldarzt (zurzeit: Divisionär Andreas Stettbacher) obliegt die Leitung der Verwaltungseinheit «Sanität» und damit die medizinische Gesamtverantwortung für die Armee.⁴⁶ Er beaufsichtigt grundsätzlich die ihm unterstellten und damit in die Verwaltungshierarchie des

³⁷ VBS, Erläuternder Bericht, 4; Widmer, Rz. 8; Buehrer/Hirsch, 103; vertieft zu den einzelnen Verordnungsbestimmungen Widmer, Rz. 40 ff., sowie in diesem Band [ders., 118 ff.](#)

³⁸ VBS, Erläuternder Bericht, 7.

³⁹ Wegmüller, 44; Schweizer Armee, San D A, Anhang 8, 121; Widmer, Rz. 3.

⁴⁰ Biaggini, Art. 60 N 2; SG Komm. BV-Meyer/Müller, Art. 60 N 10 f.

⁴¹ Zum Verhältnis der Begriffe der «Umsetzung» und des «Vollzugs» aus verfassungsrechtlicher Perspektive BSK BV-Waldmann/Borner, Art. 46 N 16 f., m.w.H.; enger Griffel, Allgemeines Verwaltungsrecht, Rz. 598 (betr. den Vollzug i.S. einer «administrativen Rechtsanwendung»).

⁴² VBS, Erläuternder Bericht, 3; Widmer, Rz. 2; Buehrer/Hirsch, 95.

⁴³ Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 (RVOV; SR 172.010.1).

⁴⁴ Organisationsverordnung vom 7. März 2003 für das Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (OV-VBS; SR 172.214.1).

⁴⁵ Zur Verwaltungshierarchie in der Bundesverwaltung Tschannen/Müller/Kern, Rz. 153; i.A. zum Hierarchieprinzip in der Verwaltung Griffel, Allgemeines Verwaltungsrecht, Rz. 603, 610; ferner Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 1569.

⁴⁶ Schweizer Armee, San D A, Rz. 89; Landolt/Herzog-Zwitter, Rz. 207; Widmer, Rz. 44.

VBS eingegliederten Chefärztinnen und Chefärzte,⁴⁷ die die MMR leiten und in den insgesamt zehn militärmedizinischen Zentren (MZR) tätig sind.⁴⁸

Diese militärische Vollzugszentralisierung auf Bundesebene findet ein verfassungsrechtliches «Korrelat»: Gemäss Art. 58 Abs. 3 BV ist der Einsatz der Armee Sache des Bundes.⁴⁹ Die *Verfügungsgewalt* über die Streitkräfte, d.h. das Recht, die nötigen militärischen Truppen zum Dienst einzuberufen und über ihren Einsatz im Einzelnen zu bestimmen,⁵⁰ liegt in der alleinigen Entscheidungshoheit der (zivilen) politischen Behörden der Eidgenossenschaft,⁵¹ des Bundesrates (Art. 86 Abs. 1 MG) und der Bundesversammlung (Art. 173 Abs. 1 lit. d BV; Art. 85 Abs. 1 MG). Die verschiedenen *Einsatzarten* sind denn auch abschliessend auf bundesgesetzlicher und verordnungsrechtlicher Stufe normiert und legen u.a. Kompetenzen und Rechtsstellung der Armeeangehörigen im jeweiligen Einsatz fest.⁵² Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen reguliert derweil u.a. die Leistungserbringung durch die militärmedizinischen Fachpersonen,⁵³ was im Zeichen von zentralisierten Führungsstrukturen einer dezentral agierenden Armee steht.

Schliesslich ist das besondere Bedürfnis nach zentralisiertem Vollzug des militärischen Gesundheitswesens auch darin verwurzelt, dass es in seinem Einsatz zugunsten der Armee primär im Dienst der Wahrung der *äusseren Sicherheit* steht.⁵⁴ Die Schweizer Aussensicherheitspolitik wiederum ist – auch als Folge des Kriegs in der Ukraine – zunehmend geprägt durch *internationale Kooperation*.⁵⁵ Auch die Sanität agiert international.⁵⁶ Im Bereich der Militärmedizin arbeitet die Schweiz bereits heute mit der «North Atlantic Treaty Organization» (NATO) zusammen und erwägt, diese Zusammenarbeit zu vertiefen.⁵⁷ Weiter trat die Schweiz am 20. März 2025 formell dem «Multinational Medical Coordination Centre Europe» (MMCC-E) bei. Das MMCC-E bezweckt insbesondere die Kooperation mit Partnerstaaten und die Verbesserung der Interoperabilität von Gesundheitssystemen militärischer und ziviler Art zwecks

⁴⁷ Vgl. Widmer, Rz. 12 (betr. die Organisationsaufsicht des VBS).

⁴⁸ Schweizer Armee, San D A, Rz. 176; Wegmüller, 44; Widmer, Rz. 3.

⁴⁹ SG Komm. BV-Müller/Meyer, Art. 58 N 39.

⁵⁰ Lendi/Beeler, 33.

⁵¹ Vgl. SG Komm. BV-Müller/Meyer, Art. 58 N 39–41; Mohler/Schweizer, Rz. 21; Lendi/Beeler, 33; ferner BSK BV-Altewicker/Stähli, Art. 58 N 16.

⁵² Albertini/Armbruster/Spörri, 91; SG Komm. BV-Müller/Meyer, Art. 58 N 47; Wiegandt, 78 ff., 256 f.; Meyer, 88 f.

⁵³ VBS, Erläuternder Bericht, 3 f.; Widmer, Rz. 40.

⁵⁴ Vgl. Saladin, in: Kiener/Bühler/Schindler, Kap. E Rz. 7, der die Armee primär als Organ zur Wahrung der äusseren Sicherheit bezeichnet.

⁵⁵ Bundesrat, Zusatz SIPOL 2021, 15, 17; so bereits Meyer, in: Schweizer, Kap. E Rz. 32.

⁵⁶ VBS, Erläuternder Bericht, 7.

⁵⁷ Bundesrat, Zusatz SIPOL 2021, 20, 22 f.

Bewältigung ausserordentlicher Ereignisse mit vielen Patientinnen und Patienten.⁵⁸ Da die Aussenpolitik als traditionelle Domäne der Regierung eine umfassende Bundeszuständigkeit bildet (vgl. Art. 54 Abs. 1 BV),⁵⁹ die allerdings aufgrund der zunehmend kantonsübergreifenden und internationalen Natur von (sicherheitspolitischen) Herausforderungen immer weiter auch in kantonale Regelungsbereiche vordringt,⁶⁰ hebt dies die Zweckwidrigkeit kantonaler Zuständigkeiten im militärischen Gesundheitswesen des Bundes ebenfalls hervor (vgl. Kap. [IV.1.b.](#)).

b) Militärische Kommandogewalt und Flexibilität

Wie die Bundesverwaltung ist auch die Armee hierarchisch – gemäss der Kommandoordnung – organisiert.⁶¹ Das Pendant zum hierarchischen Aufbau bildet die militärische *Kommandogewalt*, d.h. die Befugnis eines militärischen Vorgesetzten, gegenüber den Angehörigen des ihm unterstellten Verbandes bestimmte Verhaltensweisen anzuordnen, die Ausführung zu kontrollieren und sie wenn nötig zu korrigieren.⁶² Sie dient der einheitlichen militärischen Führung und erfolgt entweder durch Befehle (individuell-konkrete Anordnungen gegenüber bestimmten Unterstellten zu einem einzelnen Sachverhalt) oder durch Reglemente (generell-abstrakte Vorgaben gegenüber einer unbestimmten Vielzahl von Unterstellten und zu einer unbestimmten Vielzahl von Sachverhalten).⁶³ Der Legiferierung mittels militärischen Reglementen kommt in

⁵⁸ Vgl. <<https://www.vbs.admin.ch/de/nsb?id=104567>>; ferner Heller/Rühli, 21.

⁵⁹ Reich, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 13 Rz. 14; Biaggini, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 19 Rz. 40; ders., Art. 54 N 1; SG Komm. BV-Ehrenzeller/Portmann, Art. 54 N 3, 10; Rhinow/Schefer/Uebersax, Rz. 3707, sprechen bei der aussenpolitischen Kompetenz des Bundes von einer sog. «*inherent power*».

⁶⁰ Rhinow/Schefer/Uebersax, Rz. 3708a; zur Schwierigkeit, moderne Bedrohungen eindeutig der inneren oder der äusseren Sicherheit zuzuordnen, auch der Bericht des Bundesrates vom 3. März 2010 in Erfüllung des Postulats Malama (10.3045) betreffend Innere Sicherheit/Klärung der Kompetenzen, BBl 2012 4459, 4477; vgl. ferner SG Komm. BV-Müller/Meyer, Art. 58 N 8, m.w.H.

⁶¹ Albertini/Armbruster/Spörri, 192; Weber, 685. Die hierarchische Struktur der Verwaltungsorganisation geht denn auch auf Napoleon zurück, der sich als Feldherr am Vorbild der Armee orientierte, vgl. Vogel, 20.

⁶² Vgl. Albertini/Armbruster/Spörri, 192 f.

⁶³ Albertini/Armbruster/Spörri, Fn. 815; Weber, 687; Flachsmann et al., Tafel 65 Ziff. 1.3 Fn. 3–6; zur Unterscheidung zwischen der individuell-konkreten und der generell-abstrakten Struktur staatlichen Handelns Griffel, Allgemeines Verwaltungsrecht, Rz. 30 Ziff. 3., Rz. 99.

der Armee eine überaus grosse Bedeutung zu,⁶⁴ insbesondere in der Qualitätssicherung des militärischen Gesundheitswesens.⁶⁵

Die zuständigen Stellen erlassen Reglemente meistens schriftlich, können sie aber auch mündlich festsetzen und publizieren sie nur teilweise.⁶⁶ Diese *Formfreiheit* entspricht einem im Kontext der Armee gesteigerten Bedürfnis nach *Flexibilitätsreserven* in der Rechtsetzung: Das militärische Verwaltungsrecht ist geprägt durch relativ wenige formell-gesetzliche Erlasse und eine wahre Flut von Reglementen.⁶⁷ Nach der Literatur sind die Anforderungen des Legalitätsprinzips an die hinreichende Bestimmtheit und insbesondere an die Erlassstufe von Rechtsnormen denn auch zu relativieren,⁶⁸ sofern es um Regelungsmaterien geht, denen eine besondere Notwendigkeit nach staatlicher *Flexibilität* und *Anpassungsfähigkeit* inhärent ist.⁶⁹ Dieses Erfordernis kann einerseits in der *Vielfalt* der zu erfassenden Lebenssachverhalte gründen, andererseits im Bedürfnis nach einem der Situation angepassten, zweckmässigen Handeln, welches einen gewissen *behördlichen Reaktionsspielraum* voraussetzt.⁷⁰ Flexibilität ist daher als staatliche Zukunftsoffenheit und Reaktionsfähigkeit zu verstehen und nicht zu verwechseln mit legislatorischem Aktivismus.⁷¹

Mit ihrem *sicherheitsverfassungsrechtlichen Auftrag*, der u.a. in der Verteidigung von Land und Bevölkerung, der Abwehr von schwerwiegenden Bedrohungen und der Bewältigung von anderen ausserordentlichen Lagen besteht (vgl. Art. 58 Abs. 2 BV; Art. 1 MG),⁷² operiert die Schweizer Armee in einem sich schnell verändernden, komplexen und vielgestaltigen Tätigkeitsumfeld. Da-

⁶⁴ Ziegler, 13.

⁶⁵ S. hierzu etwa Reglement 59.021 d der Schweizer Armee zum Sanitätsdienst aller Truppen, Grundlagen und Organisation des Sanitätsdienstes für alle Truppen (San D aller Trp), gültig ab 1. Juli 2019, und Schweizer Armee, San D A.

⁶⁶ Albertini/Armbruster/Spörri, Fn. 815; Ziegler, 13.

⁶⁷ Ziegler, 13.

⁶⁸ Hierzu vertieft in diesem Band [Gächter/Denzler, 44 f.](#) Zu den Anforderungen des Legalitätsprinzips i.A. Uhlmann, in: Diggelmann/Hertig Randall/Schindler, Band II, Teil IV. Kap. 6 N 4 f.; Griffel, Allgemeines Verwaltungsrecht, Rz. 102, 106; Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 338, 350.

⁶⁹ Müller M., 244 f., Fn. 88; Dubs H., 246; ferner auch Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 359; Biaggini, Art. 164 N 6; Schmidt-Assmann, 409 f., der allerdings zu bedenken gibt, dass es das Flexibilitätsprinzip noch nicht zu einem etwa mit dem Vertrauensschutz vergleichbaren Rechtsgrundsatz gebracht habe.

⁷⁰ Vgl. Müller M., 244, 246, m.w.H.

⁷¹ Schmidt-Assmann, 408.

⁷² Zum sicherheitspolitischen Auftrag der Armee Albertini/Armbruster/Spörri, 82–90; Meyer, 88; Meyer, in: Schweizer, Kap. E. Rz. 85 f.; Moeckli, in: Diggelmann/Hertig Randall/Schindler, Band III, Teil VIII. Kap. 8 N 12; Buehrer/Hirsch, 94, 104.

bei ist sie auf ein starkes, handlungsfähiges militärisches Gesundheitswesen angewiesen.⁷³ In der auf die Kommandogewalt abgestützten Rechtsetzungstradition der *Reglementslegiferierung* spiegelt sich daher das systeminhärent ausgeprägte *Bedürfnis nach Flexibilität* militärischen Handelns wider. Dieses wiederum wurzelt im verfassungsrechtlichen Armeeauftrag. Die vorbehaltlose Unterstellung der gesundheitsmilitärischen Tätigkeit unter die eher statischen, weil erschwert abänderbaren Bundesgesetzesnormen zu Medizinal-, Gesundheits- und Psychologieberufen sowie zu Heil- und Betäubungsmitteln ist folglich mit der sachgerechten Erfüllung gesundheitsmilitärischer Tätigkeiten der Armee kaum vereinbar.

c) Aufgabenerfüllung nach innen

In Abgrenzung zur Leistungs- oder zur Eingriffsverwaltung, bei denen der Staat gewisse Leistungen an Private erbringt oder in ihre Rechte und Freiheiten eingreift,⁷⁴ ist das militärische Gesundheitswesen primär der sog. *Bedarfsverwaltung* zuzuordnen.⁷⁵ Diese staatliche Tätigkeit stellt Dienstleistungen und Sachmittel zum *verwaltungsinternen Gebrauch* zur Verfügung.⁷⁶ So erbringt das militärische Gesundheitswesen – nicht nur (vgl. Art. 34a Abs. 1 MG), aber schwergewichtig – medizinische Leistungen zugunsten der Angehörigen der Armee und stellt ihnen Medizinal- und Pharmaprodukte zur Verfügung, was mehrheitlich als innengerichtetes Handeln ohne wesentliche *Aussenwirkungen* zu qualifizieren ist.⁷⁷

Die Leistungserbringung erfolgt nicht nur durch Armeeangehörige, sondern auch durch öffentlich-rechtlich Angestellte sowie auftragsrechtlich beigezogene Mandatsträger.⁷⁸ Die beiden ersten Personengruppen stehen aufgrund ihrer ausgeprägten Abhängigkeit vom Staat während ihrer Tätigkeit in einer besonders nahen Verwaltungsrechtsbeziehung zur Eidgenossenschaft, einem sog. *Sonderstatusverhältnis*.⁷⁹ Ziel und Zweck dieses Sonderstatusverhältnisses ergeben sich aus dem (sicherheitspolitischen) Auftrag der Armee (vgl. Kap. [II.2.b.](#)) und bestehen darin, die *Funktionsfähigkeit der Armee* aufrechtzu-

⁷³ Buehrer/Hirsch, 104.

⁷⁴ Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 33, 36; Jaag, 546 f.; Tschannen/Müller/Kern, Rz. 66 f.; ferner Griffel, Allgemeines Verwaltungsrecht, Rz. 15.

⁷⁵ VBS, Erläuternder Bericht, 7; Widmer, Rz. 27.

⁷⁶ Jaag, 545; Lendi/Beeler, 20; Tschannen/Müller/Kern, Rz. 71 f.; Griffel, Allgemeines Verwaltungsrecht, Rz. 241 f.; Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 40.

⁷⁷ Widmer, Rz. 12, 27, 80; vgl. ferner VBS, Erläuternder Bericht, 7.

⁷⁸ Widmer, Rz. 12.

⁷⁹ Kiener, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 30 Rz. 99; Griffel, Armee, 9, m.w.H.; ders., Allgemeines Verwaltungsrecht, Rz. 147; Buehrer/Hirsch, 95.

erhalten,⁸⁰ indem die Gesundheit und damit die Einsatzfähigkeit der Armeeangehörigen sichergestellt ist.

Die Leistungen, die das militärische Gesundheitswesen im «Innenraum des Staates»⁸¹ erbringt, sind folglich eng mit dem Zweck des militärischen Sonderstatusverhältnisses verbunden. Dabei steht auch das militärische Gesundheitswesen im Dienst der öffentlichen Gesundheit (vgl. Kap. III.1.),⁸² doch rückt dabei die landesweite militärische Gesundheitsversorgung mit Blick auf die Gewährleistung der Einsatzbereitschaft der Armee in den Vordergrund.⁸³ Dies stellt einen anderen gesetzlichen Auftrag dar, als dies im zivilen Gesundheitswesen der Fall ist (Kap. III.1.a.).⁸⁴ Die unterschiedlich gelagerte Zweckorientierung von militärischem und zivilem Gesundheitswesen ist für die Beurteilung der Frage nach einer Anwendbarkeit ziviler Gesundheitsvorschriften auf das Militär zu berücksichtigen (vgl. Kap. IV.1.a.).

III. Rechtliche Grundlagen des zivilen Gesundheitswesens

I. Überblick

Für die vorliegende Darstellung genügt es, wichtige Begriffe und Strukturmerkmale des zivilen Gesundheitswesens zu umreissen, um hernach – von den einschlägigen Rechtsgrundlagen ausgehend – die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen sowie relevante Entwicklungen mit den damit verbundenen Folgen für das militärische Gesundheitswesen zu thematisieren.

a) Begriff und Zweck

Ziele der Gesundheitspolitik oder des Gesundheitsrechts ergeben sich vorwiegend aus Prinzipien- oder Zielnormen, die beispielsweise in der Verfassung Niederschlag finden.⁸⁵ In Art. 41 Abs. 1 lit. b BV werden Bund und Kantone, in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative – im Sinne einer Zielbestimmung – verpflichtet, dafür zu sorgen, dass jede Person die

⁸⁰ Griffel, Armee, 22 f.

⁸¹ Dieser Begriff findet sich so bei Griffel, Allgemeines Verwaltungsrecht, Rz. 147; vgl. ferner Müller M., 18, Fn. 17.

⁸² VBS, Erläuternder Bericht, 4.

⁸³ Vgl. Widmer, Rz. 11.

⁸⁴ Widmer, Rz. 11.

⁸⁵ Vgl. Gächter/Rütsche, Rz. 148, 151–154.

für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.⁸⁶ Der Begriff der «Gesundheit» kann dabei auf unterschiedliche Weise verstanden werden. Im Sinne eines älteren Verständnisses wurde «Gesundheit» primär als Fehlen von Krankheiten und das Gesundheitswesen als Mittel zur Gefahrenabwehr verstanden.⁸⁷ Dabei steht zumeist das Individuum im Zentrum, was sich als Konzept und als Leit-idee auf das Gesundheitswesen des Bundes auswirkt.⁸⁸

Neuere Verständnisse führen deutlich weiter und räumen der Gesundheit als solche bzw. der Gesundheitsförderung einen grösseren Stellenwert ein, indem auch Bevölkerungsgruppen und die Bevölkerung als Gesamtheit berücksichtigt werden.⁸⁹ Auch wenn fortlaufend weitere Aufgaben die Gesundheitspolitik fordern, ist nach der Vision des Bundesamts für Gesundheit (BAG) das oberste Ziel der Gesundheitspolitik «das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden aller in der Schweiz lebenden Menschen».⁹⁰ Die öffentliche Gesundheit präsentiert sich u.a. als Ergebnis der Addition der individuellen Gesundheit Einzelner. Das zivile Gesundheitswesen muss bestrebt sein, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Mit diesem Blickwinkel ergänzt das BAG seine Vision wie folgt: «Jedes Individuum soll sein Gesundheitspotenzial voll entfalten und zur Erzielung eines grösstmöglichen Gesundheitsgewinnes auf den Einsatz gesellschaftlicher, persönlicher, sozialer und institutioneller Ressourcen zählen können.»⁹¹ Kurz gesagt will das zivile Gesundheitswesen zur Erreichung *öffentlicher Gesundheit* beitragen, indem es wichtige Voraussetzungen für die *individuelle Gesundheit* schafft. Die *Gesundheit* als solche ist im zivilen Gesundheitswesen *Selbstzweck*.

b) Rechtsgrundlagen innerhalb der verschiedenen Regelungsstufen

Die rechtlichen Grundlagen des zivilen Gesundheitswesens sind ebenso vielfältig wie dieses selbst. Dabei existiert eine grosse Anzahl an Rechtsnormen auf verschiedenen Regelungsstufen. Ausgangspunkt bildet die Bundesverfassung. Diese enthält nicht eine geschlossene Gesundheitsverfassung oder einen eigenen Abschnitt nur zu Gesundheitsfragen.⁹² Vielmehr werden von der Lehre – ausgehend vom Lebensbereich «Gesundheit» – Bestimmungen zusammengefasst, welche entsprechende inhaltliche Berührungspunkte aufwei-

⁸⁶ BSK BV-Gächter/Werder, Art. 41 N 33 f.; Poledna, in: Poledna/Kieser, Teil A Kap. 3 Rz. 20, 30.

⁸⁷ Poledna, in: Poledna/Kieser, Teil A Kap. 3 Rz. 26.

⁸⁸ Vgl. Poledna, in: Poledna/Kieser, Teil A Kap. 3 Rz. 26.

⁸⁹ Vgl. Poledna, in: Poledna/Kieser, Teil A Kap. 3 Rz. 26.

⁹⁰ Vgl. Poledna/Berger, Rz. 19.

⁹¹ Vgl. Poledna/Berger, Rz. 19.

⁹² Gächter/Rütsche, Rz. 77.

sen.⁹³ Gesundheitsrelevante Verfassungsbestimmungen weisen typischerweise eine Vielzahl von Bezügen zu schwerpunktmässig anders ausgerichteten Verfassungsnormen auf.⁹⁴ Zur Bildung einer sinnvollen Einheit der hinreichend gesundheitsrelevanten Verfassungsnormen bietet sich das Kriterium der «Ziele einer Gesundheitsverfassung» an (Schutz und Förderung der Gesundheit, Regelung der Behebung von Gesundheitsbeeinträchtigungen, sozial adäquater Umgang mit bleibenden Gesundheitsschäden).⁹⁵ All jene Ziele einer Gesundheitsverfassung bzw. einzelner Verfassungsnormen, welche diese Ziele befördern, bilden die Grundlagen, aus denen sich das zivile Gesundheitswesen und die darunterliegenden Regelungsstufen ausdifferenzieren. Für die vorliegenden Fragen sind auf Verfassungsstufe Art. 95 und Art. 117a BV besonders relevant, da sie die zentralen Grundlagen bilden für massgebliche Gesetze des zivilen Gesundheitswesens (z.B. für das MedBG⁹⁶). Auf die Inhalte bzw. auf die Kompetenzausscheidung zwischen Bund und Kantonen, welche in diesen Verfassungsbestimmungen angelegt ist, ist später einzugehen (vgl. Kap. [III.1.c.](#)).

An dieser Stelle gilt es lediglich festzuhalten, welche vorliegend relevanten Gesetze sich auf welche Verfassungsbestimmungen abstützen. Dabei stehen das MedBG, das PsyG⁹⁷, das GesBG⁹⁸, das HMG⁹⁹ und das BetmG¹⁰⁰ im Zentrum. Gemäss Ingress stützt sich das MedBG (heute) auf Art. 95 Abs. 1 BV und Art. 117a Abs. 2 lit. a BV, das PsyG auf Art. 95 Abs. 1 BV, Art. 97 Abs. 1 und Art. 117a Abs. 2 lit. a BV, das GesBG auf Art. 117a Abs. 2 lit. a BV, das HMG auf Art. 95 Abs. 1 BV und Art. 118 Abs. 2 BV sowie das BetmG auf Art. 118 BV und Art. 123 BV. Die jeweilige Abstützung wird insbesondere im unteren Abschnitt zur Entwicklung zu berücksichtigen sein (Kap. [III.2.](#)). Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund der jeweiligen Zwecke und Regelungsgegenstände der einschlägigen Gesetze und der dazugehörigen Verordnungen zu betrachten.

Das MedBG will – im Sinne eines gesundheitspolizeilichen Interesses – zur Gewährleistung öffentlicher Gesundheit beitragen, indem es eine qualitativ

⁹³ Vgl. Gächter/Rütsche, Rz. 77.

⁹⁴ Vgl. Gächter/Rütsche, Rz. 78.

⁹⁵ Vgl. Gächter/Rütsche, Rz. 78.

⁹⁶ Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11).

⁹⁷ Bundesgesetz vom 18. März 2011 über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG; SR 935.81).

⁹⁸ Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG; SR 811.21).

⁹⁹ Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21).

¹⁰⁰ Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG; SR 812.121).

hochstehende medizinische Versorgung bezweckt durch eine entsprechende Normierung der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich der universitären Gesundheitsberufe sowie der interkantonalen und internationalen Freizügigkeit.¹⁰¹ Aus diesen Gründen statuiert es ein Akkreditierungsobligatorium für die Aus- und Weiterbildungsprogramme, die zu einem eidgenössischen Diplom bzw. eidgenössischen Weiterbildungstitel führen (Art. 23 MedBG).¹⁰² Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit sieht das MedBG insbesondere die Bewilligungsvoraussetzungen für eine Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung (Kap. III.1.d.) sowie entsprechende Berufspflichten vor (Art. 36 und 40 MedBG).¹⁰³ Ausgehend vom MedBG werden in zahlreichen Verordnungen – u.a. in der Verordnung des EDI über die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der universitären Medizinalberufe¹⁰⁴, der Medizinalberufeverordnung (MedBV¹⁰⁵) und der Registerverordnung MedBG¹⁰⁶ – die entsprechenden Detailfragen normiert.

Das Psychologieberufegesetz ist am 1. April 2013 in Kraft getreten. Es führt zum Zwecke des Patientenschutzes geschützte Berufsbezeichnungen und eidgenössische Weiterbildungstitel ein und normiert die Berufsausübung der psychologischen Psychotherapeuten.¹⁰⁷ Daneben vereinheitlicht das PsyG die Hochschulausbildungsgänge und gibt Rahmenbedingungen für die Weiterbildung vor.¹⁰⁸ Art. 8 Abs. 1 PsyG umfasst fünf eidgenössische Weiterbildungstitel, nämlich jene der Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, klinischen Psychologie, Neuropsychologie und Gesundheitspsychologie. Im Gegensatz zum MedBG werden keine allgemeinen Anforderungen an die psychologische Ausbildung vorgesehen und es genügen für die Anerkennung sämtliche Master-, Lizentiats- und Diplomabschlüsse einer schweizerischen Universität oder Fachhochschule (Art. 2 PsyG).¹⁰⁹ Dabei sieht das PsyG lediglich für die Ausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung (selbständige Berufsausübung) eine Bewilligung des Kantons vor, auf dessen Gebiet der

¹⁰¹ Vgl. Uhlmann, Rz. 6 ff.; Gächter/Rütsche, Rz. 220.

¹⁰² Vgl. Etter, 2 f.; Gächter/Rütsche, Rz. 220.

¹⁰³ Etter, 3; Gächter/Rütsche, Rz. 220; vgl. Sprecher, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 3 Rz. 152 f.

¹⁰⁴ Verordnung des EDI vom 20. August 2007 über die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der universitären Medizinalberufe (SR 811.112.03).

¹⁰⁵ Verordnung vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (Medizinalberufeverordnung, MedBV; SR 811.112.0).

¹⁰⁶ Verordnung vom 5. April 2017 über das Register der universitären Medizinalberufe (SR 811.117.3).

¹⁰⁷ Gertsch/Walser/Werder, in: Poledna/Rumetsch, Teil C Kap. 2 Rz. 4.

¹⁰⁸ Gächter/Rütsche, Rz. 234.

¹⁰⁹ Gächter/Rütsche, Rz. 236.

Beruf ausgeübt wird (Art. 22 PsyG).¹¹⁰ Die Bestimmungen des PsyG werden wiederum in Verordnungen konkretisiert. Dazu gehören u.a. die Psychologieberufesverordnung (PsyV¹¹¹), die Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe (AkkredV-PsyG¹¹²) und die Verordnung über das Psychologieberuferegister (Registerverordnung PsyG¹¹³).

Das Gesundheitsberufegesetz wurde von den eidgenössischen Räten am 30. September 2016 verabschiedet¹¹⁴ und ist am 1. Februar 2020 in Kraft getreten.¹¹⁵ Das GesBG gibt im *Interesse der öffentlichen Gesundheit* und der Versorgungsqualität gesamtschweizerisch *einheitliche Anforderungen an die Ausbildung und Berufsausübung der Gesundheitsberufe im Fachhochschulbereich* vor (vgl. Art. 1 GesBG).¹¹⁶ Obwohl sich das GesBG stark an das MedBG (und somit auch an das PsyG) anlehnt bezüglich Aufbau und Terminologie, stützte es sich von Anfang an nur auf Art. 117a Abs. 2 lit. a BV (im Gegensatz zum MedBG und zum PsyG, welche vor 2020 hauptsächlich auf Art. 95 BV basierten).¹¹⁷ Art. 117a Abs. 2 lit. a BV umfasst auch die Regelung der einschlägigen Berufsausübung im öffentlich-rechtlichen Bereich, was bei der Abfassung des GesBG berücksichtigt wurde.¹¹⁸ Im Unterschied dazu wurden das PsyG und das MedBG nachträglich per 2020 zusätzlich auf Art. 117a Abs. 2 lit. a BV abgestützt und so die Geltungsbereiche dieser beiden Erlasse ausgedehnt. Das GesBG erfasst entgegen dem weiten Erlassstitel nicht sämtliche (nicht-universitären) Medizinalberufe, sondern nach Art. 2 Abs. 1 GesBG nur die Berufe der Pflegefachfrau, der Physiotherapeutin, des Ergotherapeuten, der Hebamme, des Ernährungsberaters, des Optometristen und der Osteopathin.¹¹⁹ Ein wichtiger Bestandteil des GesBG ist die *Bewilligungspflicht* für die *genannten Gesundheitsberufsträger*, die in *eigener fachlicher Verantwortung* ihren Beruf ausüben (Art. 11 ff.

¹¹⁰ Vgl. Gertsch/Walser/Werder, in: Poledna/Rumetsch, Teil C Kap. 7 Rz. 122 und 132–134; Gächter/Rütsche, Rz. 239.

¹¹¹ Verordnung vom 15. März 2013 über die Psychologieberufe (Psychologieberufesverordnung, PsyV; SR 935.811).

¹¹² Verordnung des EDI vom 25. November 2013 über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe (AkkredV-PsyG; SR 935.811.1).

¹¹³ Verordnung vom 6. Juli 2016 über das Psychologieberuferegister (Registerverordnung PsyG; SR 935.816.3).

¹¹⁴ BBl 2016 7599, 7611.

¹¹⁵ AS 2020 57, 70.

¹¹⁶ Bundesrat, Botsch. GesBG, 8726 f.; Gächter/Rütsche, Rz. 263.

¹¹⁷ Vgl. Gächter/Rütsche, Rz. 264; Gächter/Betschart-Koller, in: Poledna/Rumetsch, Teil D Kap. 1 Rz. 9.

¹¹⁸ Bundesrat, Botsch. GesBG, 8774; vgl. Gächter/Betschart-Koller, in: Poledna/Rumetsch, Teil D Kap. 1 Rz. 9 f.

¹¹⁹ Gächter/Betschart-Koller, in: Poledna/Rumetsch, Teil D Kap. 1 Rz. 13; Gächter/Rütsche, Rz. 265.

GesBG).¹²⁰ Die entsprechenden *Berufsausübungsbewilligungen* stellt dabei jener Kanton aus, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt werden soll.¹²¹ Dabei haben jene Fachpersonen, die in eigener fachlicher Verantwortung agieren, die *Berufspflichten* nach Art. 16 GesBG einzuhalten. Im Übrigen finden sich Detailregelungen zum GesBG u.a. in folgenden Verordnungen: der Gesundheitsberufekompetenzverordnung (GesBKV¹²²), der Verordnung des EDI über die Akkreditierung der Studiengänge der Gesundheitsberufe nach GesBG¹²³ und der Registerverordnung GesBG¹²⁴.

Im Bereich der Gesundheitsberufe gilt es, neben den zuvor dargestellten bundesrechtlichen Normierungen zusätzlich die einschlägigen Regelungen der Kantone zu berücksichtigen.¹²⁵ Diese unterscheiden sich mit Blick auf die Gesundheitsberufe in Bezug auf den Kreis der Berufe, welche einer Bewilligungspflicht unterstehen, die spezifischen Einschränkungen der Tätigkeitsbereiche sowie die Regelungssystematik und -stufe.¹²⁶ Freilich hat sich mit dem Inkrafttreten des GesBG ein erheblicher Anpassungsbedarf ergeben und zahlreiche ehemals kantonale Regelungszuständigkeiten sind auf die Bundesebene verlagert worden.¹²⁷ Weitere Hinweise zu den kantonalen Kompetenzen sind hernach im Anschluss an den Beschrieb der Bundeskompetenzen aufgeführt.

Art. 1 HMG enthält die Zwecke des Heilmittelgesetzes. Nach Abs. 1 dieser Bestimmung soll das Gesetz den Schutz der Gesundheit von Mensch und Tier gewährleisten und sicherstellen, dass nur *qualitativ hochstehende, sichere und wirksame Heilmittel in Verkehr* gebracht werden. Darüber hinaus soll gemäss Abs. 2 sichergestellt werden, dass Konsumenten von Heilmitteln vor Täuschung geschützt (lit. a), in Verkehr gebrachte Heilmittel ihrem Zweck entsprechend und massvoll (d.h. nicht missbräuchlich) verwendet werden (lit. b) sowie eine sichere und geordnete Versorgung mit Heilmitteln einschliesslich der dafür nötigen fachlichen Information und Beratung angeboten wird (lit. c).¹²⁸ Als Reglungsgegenstand umfasst das HMG (u.a.) sowohl die Arznei-

¹²⁰ Bundesrat, Botsch. GesBG, 8746 f.

¹²¹ Bundesrat, Botsch. GesBG, 8746.

¹²² Verordnung vom 13. Dezember 2019 über die berufsspezifischen Kompetenzen für Gesundheitsberufe nach GesBG (Gesundheitsberufekompetenzverordnung, GesBKV; SR 811.212).

¹²³ Verordnung des EDI vom 13. Dezember 2019 über die Akkreditierung der Studiengänge nach GesBG (SR 811.212.1).

¹²⁴ Verordnung vom 13. Dezember 2019 über das Register der Gesundheitsberufe (Registerverordnung GesBG; SR 811.216).

¹²⁵ Gächter/Rütsche, Rz. 271.

¹²⁶ Gächter/Rütsche, Rz. 271.

¹²⁷ Gächter/Rütsche, Rz. 272; ferner Gächter/Betschart-Koller, in: Poledna/Rumetsch, Teil D Kap. 1 Rz. 2 ff.

¹²⁸ Siehe auch Kieser, in: Poledna/Rumetsch, Teil E Kap. 4 Rz. 49 f.; Gächter/Rütsche, Rz. 878.

mittel als auch die Medizinprodukte, obwohl die Bereiche – namentlich in Bezug auf das Inverkehrbringen – unterschiedlich geregelt sind.¹²⁹ Dabei hat das HMG aufgrund seiner *zahlreichen Delegationsnormen* den Charakter eines *Rahmengesetzes* bzw. *Grundsatzerlasses*.¹³⁰ Die z.T. sehr technischen und laufend an neue Entwicklungen anzupassenden Detailregelungen finden sich in zahlreichen Verordnungen wie z.B. der Arzneimittelverordnung (VAM¹³¹), der Arzneimittel-Bewilligungsverordnung (AMBV¹³²) oder der Medizinprodukteverordnung (MepV¹³³).¹³⁴ Hinzu treten weitere Erlasse, welche den Umgang mit Heilmitteln beeinflussen, wie z.B. das BetmG mit seinen Ausführungsverordnungen (insbesondere der Betäubungsmittelkontrollverordnung [BetmKV¹³⁵], der Betäubungsmittelverzeichnisverordnung [BetmVV-EDI¹³⁶] und der Betäubungsmittelsuchtverordnung [BetmSV¹³⁷]).¹³⁸ Diese regeln den Umgang mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen.¹³⁹ Beiden Substanzen gemeinsam ist die abhängigkeiterzeugende Wirkung sowie die Verwendung in der Medizin, wodurch sich Überschneidungen mit dem HMG ergeben.¹⁴⁰

c) Zuständigkeiten

Erschwerend zur komplexen Regelungsvielfalt kommt hinzu, dass das Gesundheitswesen auf keiner Regelungsebene (Bund, Kantone, Gemeinden) umfassend in Grundnormen geregelt ist.¹⁴¹ Vielmehr hat sich beispielsweise der Gesundheitsschutz – historisch betrachtet – von einer kommunalen bzw. re-

¹²⁹ Gächter/Rütsche, Rz. 872.

¹³⁰ Botschaft des Bundesrates vom 1. März 1999 zu einem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG), BBl 1999 III 3453 (zit. Bundesrat, Botsch. HMG), 3456; Gächter/Rütsche, Rz. 874.

¹³¹ Verordnung vom 21. September 2018 über die Arzneimittel (Arzneimittelverordnung, VAM; SR 812.212.21).

¹³² Verordnung vom 14. November 2018 über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich (AMBV; SR 812.212.1).

¹³³ Medizinprodukteverordnung vom 1. Juli 2020 (MepV; SR 812.213).

¹³⁴ Vgl. Kieser, in: Poledna/Rumetsch, Teil E Kap. 3 Rz. 46; Gächter/Rütsche, Rz. 874; Bundesrat, Botsch. HMG, 3456.

¹³⁵ Verordnung vom 25. Mai 2011 über die Betäubungsmittelkontrolle (Betäubungsmittelkontrollverordnung, BetmKV; SR 812.121.1).

¹³⁶ Verordnung des EDI vom 30. Mai 2011 über die Verzeichnisse der Betäubungsmittel, psychotropen Stoffe, Vorläuferstoffe und Hilfschemikalien (Betäubungsmittelverzeichnisverordnung, BetmVV-EDI; SR 812.121.11).

¹³⁷ Verordnung vom 25. Mai 2011 über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV; SR 812.121.6).

¹³⁸ Vgl. Landolt, Rz. 413; Gächter/Rütsche, Rz. 874.

¹³⁹ Vgl. Bundesrat, Botsch. HMG, 3480; Gächter/Rütsche, Rz. 886.

¹⁴⁰ Gächter/Rütsche, Rz. 886 f.

¹⁴¹ Gächter/Rütsche, Rz. 80.

gionalen Ebene auf immer höhere Regelungsstufen verlagert, wobei die Aufgaben im Gesundheitsbereich heute auf unterschiedliche Ebenen verteilt sind.¹⁴² Die Grundziele und Aufgabenverteilung der Gesundheitsverfassung (vgl. Kap. III.1.b.) präsentieren sich stark zergliedert.¹⁴³ Dies spiegelt sich auch in der Frage der jeweiligen Zuständigkeiten wider. Damit ist die Zuständigkeitsausscheidung der verschiedenen Gemeinwesen angesprochen, welche es in der Folge näher darzustellen gilt. Die wichtigsten Zuständigkeitsausscheidungen zwischen Bund und Kantonen sind bereits in den relevanten Bundesverfassungsbestimmungen angelegt, welche – wie vorstehend erwähnt (vgl. Kap. III.1.b.) – die Grundlage einer Vielzahl von Gesetzen des zivilen Gesundheitswesens bilden.

In Art. 118 Abs. 1 BV ist im Sinne einer Zielbestimmung festgelegt, dass der Bund im Rahmen seiner Zuständigkeiten *Massnahmen zum Schutz der Gesundheit* trifft. Dabei wird der Bund *verpflichtet*, in den in Abs. 2 von Art. 118 BV genannten Teilbereichen Vorschriften zum Schutz der Gesundheit zu erlassen.¹⁴⁴ Die Kompetenzen in diesen Bereichen sind umfassend und der Bund hat gestützt darauf u.a. das HMG, das BetmG oder das LMG¹⁴⁵ erlassen.¹⁴⁶ Jenseits der Zuständigkeiten des Bundes bleiben die Kantone für den Gesundheitsschutz zuständig.¹⁴⁷

Nach Art. 95 Abs. 1 BV ist der Bund ermächtigt, *Vorschriften über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit* zu erlassen. «Als privatwirtschaftliche Tätigkeit gilt jede private Tätigkeit, die der Erzielung eines Gewinns oder eines Erwerbseinkommens dient.»¹⁴⁸ Unter «Ausübung» wird nicht nur die Ausgestaltung des Zugangs zum Beruf, namentlich Ausbildungsvoraussetzungen oder persönliche Voraussetzungen, sondern auch die Berufsausübung verstanden.¹⁴⁹ Daher erstaunt es nicht, dass Art. 95 Abs. 1 BV die *wichtigste Grundlage* für den Bund für die *Normierung der medizinischen Berufe*, wie z.B. im Rahmen des *Medizinalberufe-* oder des *Psychologieberufegesetzes*, darstellt.¹⁵⁰

¹⁴² Vgl. hierzu in diesem Band [Gächter/Denzler, 45 f.](#); Gächter/Rütsche, Rz. 80.

¹⁴³ Gächter/Rütsche, Rz. 81.

¹⁴⁴ BSK BV-Gächter/Truong/Renold-Burch, Art. 118 N 10; Gächter/Rütsche, Rz. 112.

¹⁴⁵ Bundesgesetz vom 20. Juni 2014 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG; SR 817.0).

¹⁴⁶ SG Komm. BV-Poledna/Rütsche, Art. 118 N 29–31; Gächter/Rütsche, Rz. 114.

¹⁴⁷ Gächter/Rütsche, Rz. 114.

¹⁴⁸ Gächter/Rütsche, Rz. 135; ferner BSK BV-Uhlmann, Art. 95 N 3.

¹⁴⁹ SG Komm. BV-Hettich, Art. 95 N 6; Gächter/Rütsche, Rz. 135.

¹⁵⁰ Gächter/Rütsche, Rz. 135; vgl. SG Komm. BV-Hettich, Art. 95 N 6.

Eine etwas eingehendere Darstellung verdient Art. 117a BV, da er im vorliegenden Zusammenhang eine entscheidende Rolle spielt für die Beurteilung der Anwendbarkeit in Frage stehender Gesetze des zivilen Gesundheitswesens auf den militärischen Bereich. Art. 117a BV ist als direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» von Volk und Ständen am 18. Mai 2014 angenommen worden.¹⁵¹ Die Bestimmung besteht aus zwei Absätzen. Im ersten Absatz von Art. 117a BV wird mittels Zielvorgaben ein allgemeiner Handlungsauftrag an die jeweils zuständigen Gemeinwesen erteilt, indem sie für eine *allen zugängliche medizinische Grundversorgung* von hoher Qualität zu sorgen haben und die Hausarztmedizin als wesentlichen Teil dieser Grundversorgung anerkennen und fördern.¹⁵² Der zentrale Begriff der «*medizinischen Grundversorgung*» ist weitgehend unbestimmt und will vordergründig bestimmte (politische) Vorstellungen, welche zum Zeitpunkt der Entstehung bestanden, aufgreifen.¹⁵³ Auseinanderzuhalten sind zwei Elemente des Begriffs, welche aus der «*medizinischen Versorgung*» (*Gesundheitsversorgung*) und der «*Grundversorgung*» bestehen.¹⁵⁴

Mit «*Gesundheitsversorgung*» ist primär die institutionelle Seite des Gesundheitswesens angesprochen, welche beispielsweise die Planung, den Bau und den Betrieb von Spitälern und die dortige Erbringung von medizinischen Dienstleistungen umfasst.¹⁵⁵ Mitgemeint ist neben dem stationären auch der ambulante Bereich, worunter z.B. Arztpraxen fallen.¹⁵⁶ Der ambulante Teil der Gesundheitsversorgung ist vorwiegend privatwirtschaftlich organisiert, wobei öffentliche Spitäler zumeist auch ambulante Behandlungen anbieten.¹⁵⁷ Der Inhalt des Begriffs «*medizinische Grundversorgung*» ist schwieriger zu fassen und meint wohl zunächst grundlegende medizinische Dienstleistungen, welche erfahrungsgemäss von der breiten Bevölkerung oder einzelnen Bevölkerungsgruppen potenziell oder effektiv beansprucht werden.¹⁵⁸ In der Botschaft zur erwähnten Volksinitiative heisst es: «Die Umschreibung der *medizinischen Grundversorgung* orientiert sich am üblichen Bedarf der Bevölkerung an grundlegenden präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen medizi-

¹⁵¹ SG Komm. BV-Rütsche/Baumann, Art. 117a N 1; Gächter/Rütsche, Rz. 138.

¹⁵² Gächter/Rütsche, Rz. 139; vgl. Biaggini, Art. 117a N 2; SG Komm. BV-Rütsche/Baumann, Art. 117a N 7.

¹⁵³ BSK BV-Gächter/Truong/Renold-Burch, Art. 117a N 6; ferner SG Komm. BV-Rütsche/Baumann, Art. 117a N 10 ff.

¹⁵⁴ BSK BV-Gächter/Truong/Renold-Burch, Art. 117a N 7.

¹⁵⁵ Poledna/Berger, Rz. 42; BSK BV-Gächter/Renold-Burch, Art. 117a N 7.

¹⁵⁶ BSK BV-Gächter/Renold-Burch, Art. 117a N 7.

¹⁵⁷ Poledna/Berger, Rz. 42.

¹⁵⁸ Botschaft des Bundesrates vom 16. September 2011 zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin», BBl 2011 7553 (zit. Bundesrat, Botsch. Hausarztmedizin), 7577; vgl. auch SG Komm. BV-Rütsche/Baumann, Art. 117a N 13 f.

nischen Gütern und Dienstleistungen.»¹⁵⁹ Nicht geklärt ist damit, ob der Begriff die Leistungen, die Leistungserbringer oder die mit den Leistungen verfolgten Zwecke ins Zentrum rücken will.¹⁶⁰ Als weiterer Teilgehalt von Art. 117a Abs. 1 BV wird festgehalten, dass die Grundversorgung *allen zugänglich* sein soll. Nach dem Wortlaut der Botschaft ist dies der Fall, «wenn die entsprechenden Leistungen der gesamten Bevölkerung in allen Landesgegenden in- nert nützlicher Frist erreichbar angeboten werden können. Die Vorgabe schliesst somit sowohl die geografische als auch die finanzielle und die soziale Dimension ein: Sie hat Auswirkungen etwa in Bezug auf zentrumsferne Regionen oder aber auf Bevölkerungsgruppen, die aufgrund altersbedingter oder gesundheitlicher Einschränkungen auf ein grundlegendes Angebot von Versorgungsleistungen vor Ort angewiesen sind. Auch muss die Finanzierbarkeit, namentlich für die Patientinnen und Patienten gewährleistet sein, ansonsten sind die Leistungen de facto nicht mehr zugänglich. Auf diesen Aspekten basierende Konkretisierungen und gegebenenfalls Differenzierungen in der Zugänglichkeit einzelner Leistungskategorien sind wiederum den zuständigen Organen von Bund und Kantonen überlassen.»¹⁶¹

Ungeachtet der beschriebenen Harmonisierungstendenz (vgl. Kap. [III.1.c.](#)) verbleiben den *Kantonen bedeutende Aufgaben*, welche im Wesentlichen in *drei Aufgabenbereiche* gegliedert werden können, nämlich *Gesundheitspolizeirecht, Gesundheitsversorgung und Vollzug von Bundesrecht*.¹⁶²

Vorschriften des *Gesundheitspolizeirechts* haben den Schutz des Menschen vor *Gefährdungen und Beeinträchtigungen der Gesundheit* (bzw. des Polizeiguts der öffentlichen Gesundheit) zum Gegenstand.¹⁶³ Viele gesundheitspolizeiliche Sondermaterien werden mittlerweile – wie bereits erwähnt (vgl. Kap. [III.1.b.](#)) – einheitlich auf eidgenössischer Ebene normiert, z.B. das Heilmittelrecht oder das Medizinalberuferecht.¹⁶⁴ Nichtsdestotrotz haben die Kantone bzw. Gemeinden u.a. folgende selbständige Regelungsbefugnisse im Bereich des Gesundheitspolizeirechts: Normierung der *Bewilligungspflicht* für Spitäler sowie ambulante Einrichtungen des Gesundheitsrechts (z.B. Arztpraxen) und der selbständigen Abgabe von Arzneimitteln durch Ärzte (Selbstdispensation, vgl. Art. 30 HMG).¹⁶⁵

¹⁵⁹ Bundesrat, Botsch. Hausarztmedizin, 7577.

¹⁶⁰ BSK BV-Gächter/Truong/Renold-Burch, Art. 117a N 8.

¹⁶¹ Bundesrat, Botsch. Hausarztmedizin, 7577.

¹⁶² Gächter/Rütsche, Rz. 106.

¹⁶³ Gächter/Rütsche, Rz. 107; vgl. auch Biaggini, Art. 118 N 3.

¹⁶⁴ SG Komm. BV-Poledna/Rütsche, Art. 118 N 19; Gächter/Rütsche, Rz. 108.

¹⁶⁵ Gächter/Rütsche, Rz. 108.

Die Kantone besitzen massgebliche – wenn auch zunehmend durch das Bundesrecht eingeschränkte – gesetzgeberische Spielräume hinsichtlich der *Steuerung der Gesundheitsversorgung*, was insbesondere den praktisch sehr wichtigen Bereich der Spitalplanung betrifft.¹⁶⁶ Dabei besitzen und betreiben die Kantone u.a. eigene Spitäler, planen gestützt auf das eidgenössische Krankenversicherungsrecht die stationäre Versorgung, erstellen Spitallisten und erteilen Spitälern Leistungsaufträge.¹⁶⁷ Der Bund nimmt über seine Krankenversicherungsgesetzgebung zunehmend Einfluss auf die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung, indem er Qualitäts-, Preis- und Mengenvorgaben festlegt für Leistungen oder Leistungserbringer, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstehen.¹⁶⁸

Die *kantonale Gesundheitsgesetzgebung* besteht zunehmend aus dem *Vollzug von Bundesrecht*.¹⁶⁹ Das Bundesrecht sieht u.a. vor, dass kantonale Instanzen wie z.B. Gesundheitsdepartemente, Kantonsärztinnen, Kantonsapotheker oder kommunale Gesundheitsbehörden zum Schutz der öffentlichen Gesundheit *bundesrechtliche Bewilligungen* erteilen, die Tätigkeit von Medizinalpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens beaufsichtigen sowie die notwendigen Massnahmen ergreifen bei festgestellten Unregelmässigkeiten.¹⁷⁰ Die Umsetzung dieser auf eidgenössischer Stufe festgelegten kantonalen Aufgaben wird in kantonalen Einführungsgesetzen und Vollzugsverordnungen, etwa zum Heil- oder Betäubungsmittelrecht oder auch zu den Bundesgesetzen über die universitären Medizinalberufe und die Psychologieberufe, vorgenommen.¹⁷¹

d) Ausgewählte Fragen und Begriffe der zivilen Gesundheitsberufegesetzgebung

Im Folgenden sind ausgewählte Fragen und Begriffe der zivilen Gesundheitsberufegesetzgebung näher zu beleuchten und dabei Aspekte der Qualität bzw. Qualitätssicherung und der fachlichen Verantwortung im Rahmen der medizinischen Leistungserbringung zu thematisieren.

Der Anspruch, eine hohe Qualität der medizinischen Grundversorgung zu gewährleisten, wurde bereits bei der Erläuterung von Art. 117a BV angetönt. *Hohe Qualität* setzt u.a. voraus, dass die Gesundheitsfachpersonen über gut auf-

¹⁶⁶ Gächter/Rütsche, Rz. 109; vgl. auch Widmer, Rz. 13.

¹⁶⁷ Gächter/Rütsche, Rz. 109; vgl. auch Widmer, Rz. 13.

¹⁶⁸ SG Komm. BV-Poledna/Rütsche, Art. 118 N 19; Gächter/Rütsche, Rz. 109.

¹⁶⁹ Gächter/Rütsche, Rz. 111; vgl. SG Komm. BV-Poledna/Rütsche, Art. 118 N 22.

¹⁷⁰ Gächter/Rütsche, Rz. 111; vgl. auch Widmer, Rz. 13.

¹⁷¹ Gächter/Rütsche, Rz. 111.

einander abgestimmte Aus- und Weiterbildungen verfügen und Leistungen in gegenseitiger Vernetzung und Abstimmung erbracht werden.¹⁷² Die Kontrolle der Leistungserbringung kann als Instrument der Qualitätssicherung verstanden werden und trägt ebenso zur hohen Qualität bei.¹⁷³ Die Qualität kann dabei sowohl mit *internen* als auch mit *externen* Instrumenten und Massnahmen gesichert werden.

Im zivilen Gesundheitswesen werden medizinische Dienstleistungen häufig im Team bzw. in Zusammenarbeit von Fachspezialistinnen erbracht.¹⁷⁴ Bei der Aufgabenteilung wird zwischen *horizontaler* und *vertikaler Arbeitsteilung* unterschieden. Das *horizontale* Zusammenwirken von Ärzten verschiedener Fachrichtungen verläuft auf der Ebene der *Gleichordnung*.¹⁷⁵ Im Gegensatz dazu ist der vertikalen Arbeitsteilung eine Aufsichts- und Weisungsbefugnis innerhalb einer organisatorischen Einheit inhärent.¹⁷⁶ *Vertikale Arbeitsteilung* umfasst die *Aufteilung einer Behandlungsaufgabe* eines Fachbereichs nach *Massgabe der vorhandenen Kompetenzen innerhalb einer Organisationseinheit*.¹⁷⁷ Damit einher geht auch eine Ausdifferenzierung von Leitungs- und Ausführungsaufgaben, welche eine Delegation von Teilleistungen und die Personalführung durch Anweisungen mitumfasst.¹⁷⁸

In diesem Zusammenhang gilt es, eine wichtige Unterscheidung zu vergegenwärtigen. Berufe des Gesundheitswesens werden in *eigener fachlicher Verantwortung* oder *unter fachlicher Aufsicht* ausgeübt.¹⁷⁹ Wer in eigener fachlicher Verantwortung handelt, gilt als *selbständig*.¹⁸⁰ Beispielsweise bedarf es nach Art. 34 Abs. 1 MedBG für die Ausübung eines universitären Medizinalberufs einer entsprechenden Bewilligung, die z.T. auch als «Praxisbewilligung» bezeichnet wird, obwohl dieser Ausdruck im Gesetz nicht vorkommt.¹⁸¹ Demgegenüber agieren *unselbständig* Tätige unter der *Aufsicht und Verantwortung von Inhabern einer Berufsausübungsbewilligung*.¹⁸² Diese Unterscheidung wird

¹⁷² Bundesrat, Botsch. Hausarztmedizin, 7577.

¹⁷³ Bundesrat, Botsch. Hausarztmedizin, 7578.

¹⁷⁴ Vgl. Landolt/Herzog-Zwitter, Rz. 1183.

¹⁷⁵ Pflüger, 154.

¹⁷⁶ Pflüger, 154.

¹⁷⁷ Vgl. Pflüger, 12 f.; Olah, 151.

¹⁷⁸ Vgl. Pflüger, 12 f.; Olah, 151.

¹⁷⁹ Vgl. Schaffner, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 7 Rz. 403.

¹⁸⁰ Gächter/Rütsche, Rz. 191. Dabei ist «selbständig» nicht im steuer- oder sozialversicherungsrechtlichen, sondern im gesundheitspolizeilichen Sinne und bezogen auf den Patientenschutz zu verstehen. Vgl. dazu auch Botschaft des Bundesrates vom 3. Juli 2013 zur Änderung des Medizinalberufegesetzes (MedBG), BBl 2013 6205 (zit. Bundesrat, Botsch. Änderung MedBG), 6209, 6213.

¹⁸¹ Schaffner, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 7 Rz. 403.

¹⁸² Gächter/Rütsche, Rz. 191.

auch von den einschlägigen *Gesetzen der Gesundheitsberufe* vorgenommen (Kap. III.1.b.). In Bezug auf die Qualitätssicherung ist es unerlässlich, zu gewährleisten, dass die Aufteilung von Leitungs- und Ausführungsaufgaben sowie die Delegation von Teilleistungen diese Unterscheidung berücksichtigt. Anders ausgedrückt sollen nur hinreichend qualifizierte Personen leitende Aufgaben übernehmen, da die damit einhergehende (u.U. fachliche) Aufsicht und Delegation von Aufgaben nur mit entsprechend vorhandener Kompetenz sachgerecht vollzogen werden kann. Darüber hinaus sollen nur hinreichend qualifizierte Personen mit Ausführungsaufgaben betraut werden, um ein Tätigwerden nach den Regeln der ärztlichen Kunst sicherstellen zu können, da Aufsicht allein dafür keine Gewähr bieten kann. Die *Qualität* einer medizinischen Behandlung hängt massgeblich davon ab, dass im Behandlungsprozess jede daran beteiligte medizinisch tätig werdende Person (Teil-)Aufgaben wahrnimmt, die ihren *Kompetenzen entsprechen*.

Als *externes Instrument* der Qualitätssicherung – und damit auch als Grundlage des Kompetenznachweises – dient beispielsweise die *Reglementierung der Berufsausübung* durch Bund und Kantone, indem als Voraussetzung für die rechtmässige Ausübung bestimmter Berufe notwendige Qualifikationen vorgewiesen werden müssen.¹⁸³ Darüber hinaus kann auch eine *Bewilligungspflicht* vorgesehen werden im Sinne einer klassischen Polizeibewilligung.¹⁸⁴ Dabei werden subjektive Anforderungen statuiert, welche vom Gesuchsteller zu erfüllen sind, wobei bei Erfüllung der Voraussetzungen ein Anspruch auf Erteilung besteht.¹⁸⁵ Da grundsätzlich die Kantone das *zivile Gesundheitswesen* verantworten, sind diese auch für die *Bewilligung* und die *Kontrolle der Berufsausübung* der Medizinalberufspersonen zuständig.¹⁸⁶ Die erteilte Berufsausübungsbewilligung berechtigt die Inhaberin, den entsprechenden Beruf rechtmässig im entsprechenden Kanton auszuüben.¹⁸⁷ Durch diese Art von Kontrolle werden der Konsumentinnen- und Patientenschutz sowie weitere öffentliche Interessen verwirklicht.¹⁸⁸ Die Anforderungen selbst dienen diesen Zielen und können, sofern nicht eidgenössisch vorgegeben (z.B. im Medizinal-, Psychologie- oder Gesundheitsberufegesetz), kantonal voneinander abweichen.¹⁸⁹ Die genannten Bewilligungen bilden u.a. auch die Voraussetzungen für

¹⁸³ Gächter/Rütsche, Rz. 192.

¹⁸⁴ Gächter/Rütsche, Rz. 194; m.w.H. bezogen auf das MedBG, Schaffner, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 7 Rz. 409.

¹⁸⁵ Vgl. Schaffner, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 7 Rz. 409; Gächter/Rütsche, Rz. 194.

¹⁸⁶ Gächter/Rütsche, Rz. 195; vgl. Sprecher, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 2 Rz. 72; Widmer, Rz. 23.

¹⁸⁷ Vgl. Schaffner, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 7 Rz. 410; Gächter/Rütsche, Rz. 194.

¹⁸⁸ Vgl. Gächter/Rütsche, Rz. 192.

¹⁸⁹ Vgl. Gächter/Rütsche, Rz. 195; vgl. auch Widmer, Rz. 23.

die sozialversicherungsrechtliche Abrechnung der entsprechenden Leistungserbringer, beispielsweise im Rahmen der OKP.¹⁹⁰

Als konzeptionelles Beispiel eines externen Qualitätssicherungsinstruments kann exemplarisch für die vorliegend interessierenden Gesundheitsberufe Art. 34 MedBG angeführt werden, welcher eine *kantonale* Bewilligungspflicht für die *Ausübung eines universitären Medizinalberufs* in eigener fachlicher Verantwortung vorsieht. Die *Bewilligungsvoraussetzungen* sind in Art. 36 MedBG enthalten. Die Norm unterscheidet zwischen aus- und weiterbildungsbezogenen fachlichen Voraussetzungen (Art. 36 Abs. 1 lit. a, Abs. 2 MedBG), den persönlichen Anforderungen (Art. 36 Abs. 1 lit. b MedBG) sowie den notwendigen sprachlichen Fähigkeiten (Art. 36 Abs. 1 lit. c MedBG).¹⁹¹ Art. 36 Abs. 1 lit. a MedBG setzt ein eidgenössisches Diplom voraus. Dieses kann erlangt werden, wenn die eidgenössische Prüfung nach Art. 14 MedBG bestanden wurde, wobei wiederum auf Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten nach Art. 6 ff. MedBG aufgebaut wird. Wer den Arzt-, Chiropraktoren- oder Apothekerberuf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben will, braucht zusätzlich einen eidgenössischen Weiterbildungstitel (Art. 36 Abs. 2 MedBG). Darüber hinaus werden die Personen, welche im betreffenden Kanton einen universitären Medizinalberuf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, durch eine vom *Kanton bezeichnete Behörde beaufsichtigt* (Art. 41 Abs. 1 MedBG). Diese Aufsichtsbehörde trifft die für die *Einhaltung der Berufspflichten* nötigen Massnahmen (Art. 41 Abs. 2 MedBG). Mit anderen Worten wird durch eine Kette an verschiedenen Erfordernissen die Qualität der später am Publikum ausgeübten medizinischen Dienstleistungen gesichert.

Als *internes* Instrument für die Sicherung der Qualität dient u.a. die *fachliche Aufsicht*. So tragen beispielsweise Assistenzärztinnen mangels abgeschlossener Facharztweiterbildung in formeller Hinsicht keine eigene fachliche Verantwortung, da diese erst mit dem Erhalt des Facharzttitels erhältlich wird.¹⁹² Bis dahin kommt den Assistenzärztinnen gleichwohl z.T. selbständige Handlungsverantwortung zu, wenn sie beispielsweise nach Massgabe ihrer bisherigen Erfahrung und Fertigkeiten zur eigenständigen Durchführung von Aufgaben eingesetzt werden.¹⁹³ Unabhängig vom eingeräumten Entscheidungsspielraum ist davon auszugehen, dass die Aufsicht eine genügende Kon-

¹⁹⁰ Siehe beispielsweise hinsichtlich der Ärztinnen und Ärzte BSK KVG-Rütsche/Picocchi, Art. 36 N 1 ff.

¹⁹¹ Schaffner, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 7 Rz. 413.

¹⁹² Rumetsch, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 9 Rz. 479.

¹⁹³ Rumetsch, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 9 Rz. 479.

trolle gewährleistet, um die Patientensicherheit sicherzustellen.¹⁹⁴ Die Aufsicht garantiert, dass die Verantwortung für eine Behandlung bei einer hinreichend ausgebildeten Fachperson liegt.¹⁹⁵ Als Voraussetzung einer funktionierenden Aufsicht fungiert die physisch-reale Möglichkeit der Wahrnehmung und Überwachung der Tätigkeit von beaufsichtigten Personen durch die beaufsichtigende Person.

2. Entwicklung ziviler Rechtsgrundlagen und Implikationen auf das militärische Gesundheitswesen

Wie bereits angetönt (vgl. Kap. [III.1.c.](#)), hat der Bund im Gesundheitsbereich im Laufe der Zeit verschiedene zusätzliche Kompetenzen erhalten. Die rechtlichen Grundlagen des zivilen Gesundheitswesens haben durch die zunehmende eidgenössische Normierung verschiedene Harmonisierungen und die Bundesgesetze im fraglichen Bereich bedeutende Anwendungsbereichserweiterungen erfahren. Für die fraglichen Gesetze präsentiert sich die Entwicklung wie folgt.

Das für die Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe 1877 vom Bund erlassene Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft (FMPG) galt bis zum 31. August 2007.¹⁹⁶ Es sollte einen Mindeststandard für die ärztliche Versorgung in allen Kantonen sicherstellen.¹⁹⁷ Dieses Ziel wurde über die Reglementierung der eidgenössischen Prüfung erreicht, welche die notwendige Befähigung attestierte, um in allen Kantonen den entsprechenden Beruf auszuüben.¹⁹⁸ Rasante Entwicklungen in der Medizin und die notwendige Koordinierung mit der Europäischen Gemeinschaft (EG) und später der Europäischen Union (EU) erforderten verschiedene Revisionen des FMPG.¹⁹⁹ Im Zentrum standen dabei Regelungen zur Weiterbildung und die Ausweitung des Geltungsbereichs auf andere universitäre Berufe des Medizinalbereichs sowie später die Neustrukturierung der Hochschulausbildung.²⁰⁰ Danach wurden auch Anforderungen an die Berufsausübung überprüft und verschiedene Re-

¹⁹⁴ Vgl. Rumetsch, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 9 Rz. 480; Bundesrat, Botsch. Änderung MedBG, 6214.

¹⁹⁵ Bundesrat, Botsch. Änderung MedBG, 6214.

¹⁹⁶ Gächter/Rütsche, Rz. 217.

¹⁹⁷ Gächter/Rütsche, Rz. 217; vgl. Sprecher, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 2 Rz. 22.

¹⁹⁸ Vgl. Botschaft des Bundesrates vom 3. Dezember 2004 zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG), BBl 2005 173 (zit. Bundesrat, Botsch. MedBG), 182; Gächter/Rütsche, Rz. 217.

¹⁹⁹ Sprecher, in: Poledna/Rumetsch, Teil B Kap. 2 Rz. 34 ff.; Gächter/Rütsche, Rz. 217 ff.

²⁰⁰ Vgl. Gächter/Rütsche, Rz. 217 f.

formprojekte zusammengeführt zum neuen Medizinalberufegesetz, welches vom Parlament am 23. Juni 2006 angenommen wurde.²⁰¹ Etwaige Implikationen auf die Armee oder die Armeeverwaltung wurden in den einschlägigen Botschaften nicht erwähnt.²⁰² Es erscheint fraglich, inwiefern das militärische Gesundheitswesen berührt sein soll.

Eine neue Dynamik in Hinblick auf diese Frage entstand erst im Nachgang zur Annahme von Art. 117a BV (vgl. Kap. [III.1.c.](#)). Die gesetzlichen Entwicklungen, die damit losgetreten wurden, gilt es hernach kurz zu umreissen und anhand des MedBG exemplarisch zu verdeutlichen.

Da Art. 117a Abs. 2 BV auf Abs. 1 aufbaut, ist der in Abs. 2 statuierte Gesetzgebungsauftrag näher umschrieben durch die in Abs. 1 enthaltenen Vorgaben (Kap. [III.1.c.](#)). So muss der Bund in Abs. 2 lit. a nur Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe erlassen. Welche Berufe betroffen sind, ergibt sich aus den Inhalten in Art. 117a Abs. 1 BV, welche die angesprochenen Berufskreise eingrenzen. Viele dieser einschlägigen Berufe wurden vom Bund bisher bereits gestützt auf andere Kompetenzgrundlagen, z.B. Art. 95 BV, normiert und insofern wurde der Zuständigkeitsbereich des Bundes nicht erweitert.²⁰³ Eine bedeutende *Zuständigkeitserweiterung* hat jedoch stattgefunden: Der Bund konnte fortan gestützt auf Art. 117a Abs. 2 BV auch die Berufsausübung im *öffentlich-rechtlichen* Kontext regeln, soweit es sich um Berufe der medizinischen Grundversorgung – im oben erläuterten Sinne (vgl. Kap. [III.1.c.](#)) – handelt.²⁰⁴ Diese Erweiterung wurde auch in den Ingress des Medizinalberufegesetzes und des Psychologieberufegesetzes aufgenommen, was den Geltungsbereich des MedBG und des PsyG auf den öffentlich-rechtlichen Bereich erstreckte und auch hervorgehoben wurde durch die Streichung des geltungseinschränkenden Begriffs «privatwirtschaftlich».²⁰⁵ Konkret erfolgte per 1. Februar 2020 im MedBG die Streichung des Worts «privatwirtschaftlich» beim Terminus der «Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung». Dies war möglich, da der Bund – wie erwähnt – das MedBG fortan auf Art. 117a BV stützen konnte und so die Bewilligungspflicht sowie die Berufspflichten des MedBG auch auf die Berufsausübung in *eigener fachlicher Verantwortung in öffentlich-rechtlichen* Institutionen ausdehnte.²⁰⁶ Erst mit dieser Ausdehnung resp. dieser neuen Grundlage konnte sich die Frage über-

²⁰¹ Gächter/Rütsche, Rz. 219.

²⁰² Vgl. Bundesrat, Botsch. MedBG, 173 ff.; ders., Botsch. Änderung MedBG, 6205 ff.

²⁰³ Gächter/Rütsche, Rz. 142; Biaggini, Art. 118 N 3; vgl. Bundesrat, Botsch. GesBG, 8774.

²⁰⁴ Bundesrat, Botsch. Hausarztmedizin, 7579; Gächter/Rütsche, Rz. 142; Gächter/Werder, 7.

²⁰⁵ Gächter/Werder, 6; siehe auch Bundesrat, Botsch. GesBG, 8763 f.

²⁰⁶ Siehe auch Bundesrat, Botsch. GesBG, 8763 f.

haupt stellen, ob das MedBG bzw. das PsyG und das GesBG – die entwicklungsgeschichtlich ähnlich geprägt sind – auch auf das militärische Gesundheitswesen anwendbar sein könnten. Bis dahin wäre diese Annahme *abwegig* gewesen, da die einschlägige medizinische Berufsausübung im Militär *öffentlich-rechtlicher* Natur ist.

Die Annahme der Geltung scheint *bis heute abwegig* zu sein. Diese Schlussfolgerung bestätigt sich, wenn man die Erläuterungen des Bundesrates zur Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 («Abstimmungsbüchlein») zur Vorlage «Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung» (direkter Gegenentwurf zur zurückgezogenen Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin») betrachtet. Eine mögliche Auswirkung auf das militärische Gesundheitswesen bei Annahme der Vorlage wurde nicht aufgeführt. Aufgrund der fehlenden Grundlage muss davon ausgegangen werden, dass die Erweiterung des Anwendungsbereichs des MedBG auf den militärischen Kontext nicht vom Volkswillen getragen sein kann. *Gleiches ist anzunehmen für das PsyG und das GesBG*, welche sich ebenfalls auf Art. 117a Abs. 2 lit. a BV abstützen, auch wenn sie nicht die identische Entstehungsgeschichte teilen. Das Gesundheitsberufegesetz wurde nämlich als Umsetzung des Verfassungsauftrags direkt – und gemäss Ingress ausschliesslich – gestützt auf Art. 117a Abs. 2 lit. a BV erlassen. Erwähnenswert ist die Tatsache, dass die Ausweitungen und deren Folgen weder politisch noch in Fachkreisen ausführlich diskutiert wurden.²⁰⁷ Vielmehr wurden in den Ratsplen den relevanten Bestimmungen diskussionslos verabschiedet.²⁰⁸

Zusammenfassend gilt es bezüglich der beschriebenen Ausweitungen festzuhalten, dass die *Diskussion* über die *Anwendbarkeit* der Bestimmungen der *zivilen Berufsgruppengesetzgebung* auf das *militärische* Gesundheitswesen dadurch überhaupt erst *föhrbar wurde*. Davor gab es – mangels Einschlusses öffentlich-rechtlicher Rechtsverhältnisse – keine Hinweise darauf, anzunehmen, dass diese Gesetze von sich aus auch den militärischen Bereich mitumfassen könnten.

Für das HMG und das BetmG existiert *keine äquivalente Entwicklungsgeschichte*, welche nahelegen würde, dass die Geltungsbereiche der Gesetze in gleichem Umfang relativiert betrachtet werden müssten. Vielmehr erscheint dahingehend eine differenziertere Betrachtung erforderlich (Kap. [IV.2.](#)).

²⁰⁷ Gächter/Werder, 11.

²⁰⁸ Gächter/Werder, 11.

IV. Synthese

Wie erwähnt, gibt es eine *lange Tradition des militärischen Gesundheitswesens*, welches sich seit jeher durch seine Zentralisierungstendenzen auszeichnet und sich neben dem zivilen Gesundheitswesen parallel entwickelt und ausdifferenziert hat (Kap. [II.1](#)).²⁰⁹ Dies spiegelt sich auch in den Rechtsgrundlagen wider. Mit der soeben erläuterten Erweiterung der Bundeskompetenzen im Bereich des zivilen Gesundheitswesens und den damit einhergehenden erweiterten Gesetzgebungskompetenzen im Bereich der zivilen Gesundheitsberufesgesetzgebung sind verschiedene Abgrenzungsfragen hinsichtlich der Anwendbarkeit der vorliegend interessierenden Gesetze auf das militärische Gesundheitswesen aufgeworfen worden. Trotz des selbständigen Nebeneinanders von militärischem und zivilem Gesundheitswesen erweisen sich die *Normen der zivilen Medizinal-, Gesundheits- und Psychologieberufesgesetzgebung für den militärischen Kontext als faktisches Referenzsystem*.²¹⁰ So nehmen beispielsweise die militärmedizinischen Reglemente an verschiedenen Stellen explizit Bezug auf die *zivilmedizinischen Standards*.²¹¹ Darüber hinaus ist festzuhalten, dass das militärische Gesundheitswesen zahlreiche zivile Instrumente der Qualitätssicherung in vielerlei Hinsicht auch inhaltlich nachbildet – was für sich betrachtet bereits als Hinweis für ein rechtliches Nebeneinander aufgefasst werden kann, da eine gesonderte Regelung bei der Bejahung der Anwendbarkeit entbehrlich wäre. Eine Darstellung dieser militärischen Korrelate würde den vorliegenden Rahmen sprengen.²¹² Daher soll nachstehend lediglich die Frage der rechtlichen und nicht der faktischen Anwendbarkeit bzw. Nichtanwendbarkeit besprochen werden.

In *rechtlicher Hinsicht* regelt die *zivile Berufsgruppengesetzgebung* die Frage nach deren *Anwendbarkeit* (auch) auf das *militärische Gesundheitswesen nicht explizit*. Zwar ist in Lehre und Rechtsprechung anerkannt, dass es auch im öffentlichen Recht ausfüllungsbedürftige *Lücken* gibt, die mittels Analogieschlüssen durch die rechtsanwendenden Behörden zu überwinden sind (sog. *echte Lücken*).²¹³ Eine echte Lücke anzunehmen, ist jedoch einzig dann zulässig, wenn dem Gesetz weder nach seinem Wortlaut noch nach dem durch Auslegung ermittelten Sinn und Zweck eine Vorschrift entnommen werden kann und eine Lückenfüllung als geboten erscheint.²¹⁴ Eine Lückenfüllung ist vor

²⁰⁹ Hierzu in diesem Band auch [Gächter/Denzler, 42, 45 f.](#)

²¹⁰ Hierzu in diesem Band auch [Gächter/Denzler, 42.](#)

²¹¹ Statt vieler: Schweizer Armee, San D A, Rz. 40, 74; dies., San D A, Anhang 3, 80, 83; dies., San D A, Anhang 8, 123.

²¹² Siehe dazu beispielsweise Widmer, Rz. 44 ff.

²¹³ Gächter, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § 26 Rz. 22.

²¹⁴ BGE 138 II 1, E. 4.2.

dem Hintergrund des Legalitätsprinzips jedoch unzulässig,²¹⁵ wenn das Gesetz auf alle Fragen der Rechtsanwendung eine Antwort gibt, das Resultat sich aber möglicherweise als sachlich unbefriedigend erweist (sog. *unechte Lücke*).²¹⁶ Als unzulässig erwies es sich vor diesem Hintergrund, die zivile Berufsgruppengesetzgebung analog auf das militärische Gesundheitswesen anzuwenden, wenn sich aus deren teleologischen Auslegung ergeben würde, dass das militärische Gesundheitswesen gerade *nicht* darunter subsumiert werden sollte. Dies, selbst wenn das Resultat als unbefriedigend empfunden werden mag. Für die Nichtanwendbarkeit der zivilen Berufsgruppengesetzgebung auf das militärische Gesundheitswesen – und damit für die Bejahung einer *unechten Lücke* – sprechen die Gründe in Kapitel [IV.1](#). Betreffend die Anwendbarkeit der Betäubungsmittel- und Heilmittelgesetzgebung greift eine feingliedrigere Beurteilung in Kapitel [IV.2](#). Platz.

Damit werden für die fragliche Beurteilung der interessierenden Gesetze zwei Gruppen gebildet. Die erste Gruppe besteht aus dem MedBG, dem PsyG und dem GesBG. Die zweite Gruppe beinhaltet das HMG und das BetmG. Die Gruppeneinteilung ergibt sich insbesondere aus der vorstehend skizzierten Entwicklungsgeschichte (Kap. [III.2](#)).

I. Nichtanwendbarkeit der Berufsgruppengesetzgebung

- a) Keine «Berufsausübung» infolge Überlagerung durch den Zweck des Sonderstatusverhältnisses

Das für die Bestimmung des Geltungsbereichs der zivilen Berufsgruppengesetzgebung zentrale Anknüpfungskriterium ist der Begriff der «Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung» (Kap. [III.1.d](#)). Ihm liegt, wie der gesamten zivilen Regelungsarchitektur, das Anliegen der öffentlichen Gesundheit zugrunde: Die Patientinnen und Patienten sollen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen darauf vertrauen dürfen, dass diese in qualitativ hochstehender Weise erbracht werden, und dass sie vor Irreführung und Täuschung geschützt werden (vgl. etwa Art. 1 Abs. 1 MedBG; Kap. [III.1.d](#)). Diese Stossrichtung ist auch bereits in der Verfassungsgrundlage zur zivilen Berufsgruppengesetzgebung, Art. 117a Abs. 2 BV, angelegt, die die Regelungskompetenz des Bundes auf die «medizinische Grundversorgung», mithin auf den üblichen Bedarf der Bevölkerung an grundlegenden medizini-

²¹⁵ Zum Legalitätsprinzip im militärgesundheitsrechtlichen Kontext, vgl. in diesem Band [Gächter/Denzler, 41 ff.](#), insb. [49 ff.](#)

²¹⁶ Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 206 f.

schen Leistungen, begrenzt. Die (öffentliche) Gesundheit figuriert als *Selbstzweck* der zivilen Berufsgruppengesetzgebung (vgl. Kap. [III.1.a.](#), [III.1.c.](#)).

Werden medizinische Leistungen demgegenüber im militärischen Kontext, in militärischen Einsätzen und Operationen, erbracht, so steht nicht primär der mit der zivilen Berufsgruppengesetzgebung avisierte Publikumsschutz und die Wahrung der Gesundheit der Allgemeinheit, sondern vielmehr die Erfüllung des militärischen Auftrags im Zentrum des öffentlichen Interesses (Kap. [II.2.](#)). Das Anliegen der (öffentlichen) Gesundheit ist hier mit anderen Worten nicht Selbstzweck, sondern (blosse) Grundlage und gleichsam Voraussetzung der *Funktions- und Verteidigungsfähigkeit der Armee* (Kap. [II.2.c.](#)). Die bei staatlichem Tätigwerden im Allgemeinen zu wahrenden öffentlichen Interessen, wie hier die öffentliche Gesundheit, werden im militärischen Kontext m.a.W. überlagert durch das mit dem Dienstverhältnis zu verfolgende Ziel, nämlich die Sicherstellung der Funktions- und Verteidigungsfähigkeit der Armee (Kap. [II.2.c.](#)). Den militärischen Besonderheiten trägt die zivile Berufsgruppengesetzgebung aber freilich keine Rechnung. Wegen dieser gänzlich unterschiedlichen Zweckorientierung von zivilem und militärischem Gesundheitswesen kann die medizinische Tätigkeit im militärischen Gesundheitswesen nicht als «Berufsausübung» im Sinne der zivilen Berufsgruppengesetzgebung ausgelegt werden. Der Geltungsbereich der zivilen Berufsgruppengesetzgebung wird im militärmedizinischen Bereich nicht eröffnet.²¹⁷

b) Aufsichts- und Bewilligungszuständigkeit

Der Terminus der «Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung» definiert zugleich auch die Geltung der als gewichtiges externes Qualitätssicherungsinstrument eingeführten *kantonalen* Bewilligungspflicht für im Medizin- und Gesundheitsbereich tätige Fachpersonen (Kap. [III.1.d.](#)). Der obige Befund der Nichtanwendbarkeit der Berufsgruppengesetzgebung – d.h. des MedBG, des PsyG und des GesBG – wird vor diesem Hintergrund bestätigt durch die stossende Erkenntnis, dass die Unterwerfung der militärmedizinischen Fachpersonen unter eine kantonale Bewilligungszuständigkeit letztlich dazu führen würde, dass die Kantone indirekt (teilweise) über die Zusammensetzung der militärischen Truppen entscheiden könnten. Dies käme einer «Revitalisierung» längst überholter *kantonalen Militärhoheit* gleich, widerspräche dem Willen des historischen Verfassungsgebers, den Kantonen im militärischen Bereich einzig die Rolle der «Vollzugsorgane des Bundes» zu überlassen (Kap. [II.1.](#), [II.2.a.](#)), und erwiese sich wohl auch mit Blick auf die ausschliessliche und umfassende Kompetenz des Bundes im Bereich der Verfügungs- und

²¹⁷ So auch Widmer, Rz. 17.

Kommandogewalt über die Armee (Kap. [II.2.a.](#), [II.2.b.](#)) als verfassungsrechtlich problematisch.

Hinzu käme die erhebliche praktische Schwierigkeit, dass die Armee (und mit ihr das militärische Gesundheitswesen) als *gesamtschweizerisch (und international) agierende Organisationseinheit* je nach Tätigkeitsgebiet kantonal unterschiedlichen Bewilligungsregimes unterstünde, was deren *Handlungsfähigkeit* erheblich torpedieren würde.²¹⁸ Namentlich im Rahmen der medizinischen Leistungserbringung innerhalb einer – kantonsübergreifenden – militärmedizinischen Region (MMR) würden sich bei Annahme einer Anwendbarkeit der Berufsgruppengesetzgebung schwierig zu lösende Zuständigkeitsfragen stellen. Es sind beispielsweise keine sachgerechten Kriterien ersichtlich, welche die entsprechende Bewilligungs- oder Aufsichtszuständigkeit eines bestimmten Kantons begründen würden. Eine Medizinalperson, welche in eigener fachlicher Verantwortung und mit kantonaler Berufsausübungsbewilligung innerhalb eines bestimmten Kantonsgebiets medizinische Dienstleistungen erbringt, wäre auf dieses Gebiet beschränkt und könnte – ohne weitere kantonale Berufsausübungsbewilligungen – nicht in den anderen Teilen der MMR tätig werden.²¹⁹ Das Problem würde sich noch weiter akzentuieren, wenn man den nicht unwahrscheinlichen Fall annimmt, dass z.B. ein Truppenarzt – mit einer zivilen kantonalen Berufsausübungsbewilligung – im militärischen Einsatz (spontan und unvorhersehbar) gar ausserhalb einer bestimmten MMR, d.h. national, eingesetzt werden muss, um Personen (auch) in Gebieten zu behandeln, für die er jeweils keine kantonale Berufsausübungsbewilligung besitzt. Daraus würde folgen, dass die medizinische Behandlung u.U. unterlassen werden müsste. Eine so oder anders geartete *Beeinträchtigung der militärischen Gesundheitsversorgung* würde die Erfüllung des *militärischen Auftrags* (vgl. Kap. [II.2.c.](#)) ernsthaft gefährden oder gar vereiteln.²²⁰

c) Sozialversicherungsrechtliche Abrechnung

Schliesslich ist auf die engen Berührungspunkte zwischen der zivilmedizinischen Berufsgruppengesetzgebung und der Sozialversicherungsgesetzgebung bzw. zwischen Art. 117a BV (medizinische Grundversorgung) und Art. 117 BV (Kranken- und Unfallversicherung) hinzuweisen.²²¹ Das Abstellen auf kantonale Berufsausübungsbewilligungen soll sicherstellen, dass Leistungserbrin-

²¹⁸ Vgl. auch Widmer, Rz. 23.

²¹⁹ Vgl. auch Widmer, Rz. 24.

²²⁰ Eingehend zu den Besonderheiten militärischer Auftragserfüllung in diesem Band [Stettbacher, 5 ff.](#), [Zimmermann, 9 ff.](#), [Buehrer, 29 ff.](#), sowie [Rühli/Heller, 135 ff.](#)

²²¹ Vgl. SG Komm. BV-Rütsche/Baumann, Art. 117a N 3.

ger, die zulasten der Sozialversicherungen praktizieren, im Allgemeinen einen minimalen Qualitätsstandard aufweisen (vgl. etwa Art. 38 Abs. 1 lit. a KVV).²²² Im militärmedizinischen Kontext gilt diese Verknüpfung gestützt auf Art. 22 Abs. 1 MVG allerdings nur, soweit die Militärversicherung für die Heil- und Behandlungskosten aufzukommen hat. Während des Militärdienstes hat der Armeeangehörige jedoch grundsätzlich keinen Anspruch auf Heilbehandlung gegenüber der Militärversicherung. Sein Behandlungsanspruch richtet sich gestützt auf Art. 9 Abs. 3 MG i.V.m. Art. 10 Abs. 1 MVV primär gegen den Truppenarztdienst als Teil des militärischen Gesundheitswesens.²²³ Dessen Kosten aber werden über das *Truppenbudget* und nicht über die Militärversicherung abgerechnet. Die Verknüpfung von Berufsausübung und sozialversicherungsrechtlicher Entschädigung entfällt grösstenteils (Kap. [III.1.d.](#)).²²⁴ Auch aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ergibt sich daher kein Bedarf, die zivile Berufsgruppengesetzgebung auf das militärische Gesundheitswesen anzuwenden.

2. Anwendbarkeit der Betäubungs- und Heilmittelgesetzgebung

a) Grundsätzliche Anwendbarkeit

Die für die Beurteilung der Anwendbarkeit von Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung auf Armee und Armeeverwaltung massgeblichen Überlegungen ergeben sich namentlich aus den inhaltlichen *Unterschieden* zur (nicht-anwendbaren) zivilmedizinischen Berufsgruppengesetzgebung bzw. den differierenden gesetzlichen Entwicklungsgeschichten.

Anders als Letztere knüpfen das Heil- und Betäubungsmittelrecht nicht primär an Fachpersonen und deren medizinische Tätigkeiten, sondern an den *Umgang* mit bestimmten *Produkten* an.²²⁵ So reguliert das Heilmittelgesetz den Umgang mit Heilmitteln, also Arzneimitteln und Medizinprodukten (Art. 2 Abs. 1 lit. a HMG) einschliesslich Blut und Blutprodukten, die als Arzneimittel gelten.²²⁶ Dem Betäubungsmittelgesetz untersteht der Umgang mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffe (vgl. Art. 1, Art. 2 lit. a und b BetmG);²²⁷ soweit dieser zu Heilzwecken erfolgt, kommt wiederum das Heilmittelgesetz

²²² Maeschi, Art. 22 N 3; m.w.H. Widmer, Rz. 13 f.

²²³ Maeschi, Art. 9 N 19.

²²⁴ Vgl. auch Widmer, Rz. 13.

²²⁵ Kieser, in: Poledna/Rumetsch, Teil E Kap. 4 Rz. 52 f.

²²⁶ Gächter/Rütsche, Rz. 872, 880; ferner Eggenberger Stöckli, in: Biaggini et al., Rz. 15.26 ff.

²²⁷ Gächter/Rütsche, Rz. 886.

zur Anwendung (Art. 2 Abs. 1 lit. b HMG, Art. 1b BetmG),²²⁸ Der Begriff des «Umgangs» wird weit verstanden und umfasst namentlich die Herstellung und das Inverkehrbringen, also der Vertrieb sowie die Abgabe, dieser Produkte.²²⁹

Ein weiterer relevanter Unterschied ergibt sich aus den *Aussenwirkungen* der beiden unterschiedlichen Regelungsbereiche: Im Gegensatz zur Mehrheit der medizinischen Leistungen innerhalb des militärischen Gesundheitswesens ergeben sich aus dem Umgang mit Heil- und Betäubungsmitteln – namentlich aus deren Inverkehrbringung und Abgabe – potenziell weitgehende, über das militärische Sonderstatusverhältnis hinausreichende *Aussenwirkungen*. Damit erlangt das mit der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung verfolgte Interesse des Schutzes der Allgemeinheit vor gesundheitsgefährdenden Stoffen grundsätzlich auch im militärmedizinischen Kontext Bedeutung.²³⁰

Als dritte Divergenz zur zivilmedizinischen Berufsgruppengesetzgebung ist die Vollzugszuständigkeit zu nennen; diese obliegt im Bereich der Heilmittel sowie den zu Heilzwecken verwendeten Betäubungsmitteln in wesentlichen Teilen dem Bund.²³¹ Dieser hat die Aufgabe auf das Schweizerische Heilmittelinstitut (Swissmedic) als öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes mit eigener Rechtspersönlichkeit übertragen.²³² Die Konzentration des Vollzugs bei *einer eidgenössischen Fachbehörde* liegt nahe, da sich in diesem Bereich – beispielsweise bei der Zulassung von Arzneimitteln – regelmässig Fragen stellen, die in ausgeprägtem Masse spezialisierte regulatorische, wissenschaftliche und technische Kenntnisse erfordern.²³³ Die Problematik einer verfassungsrechtlich heiklen «Revitalisierung» kantonaler Militärhoheit und die für den militärischen Bereich praktische Schwierigkeit erzeugenden föderal fragmentierten Bewilligungszuständigkeiten stellen sich demnach beim Vollzug der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung in weniger ausgeprägtem Masse. Der Aufbau einer armeeinternen «Parallelstruktur» zur Swissmedic als Fachbehörde erwiese sich schliesslich aus ressourcenorientierter Sicht als kaum umsetzbar, weshalb es auch aus diesem Grund als zweckmässig erscheint, auf die zivilen (Behörden-)Strukturen abzustellen.

²²⁸ Galbraith, in: MLL Legal, Rz. 1338.

²²⁹ Kieser, in: Poledna/Rumetsch, Teil E Kap. 4 Rz. 53.

²³⁰ Zu den Zielen der Heil- und der Betäubungsmittelgesetzgebung i.A., vgl. BSK HMG-Richli, Art. 1 N 12 f., 21 f.; Hug-Beeli, Art. 1 N 5 f.

²³¹ BSK HMG-Eggimann/Isler/Wildi, Art. 5 N 4; Gächter/Rütsche, Rz. 872, 887.

²³² Kieser, in: Poledna/Rumetsch, Teil E Kap. 7 Rz. 200; Biaggini et al., 285.

²³³ Dahingehend das Bundesverwaltungsgericht im Kontext der sog. «Ohne-Not-Praxis» gegenüber der Swissmedic als Vorinstanz, vgl. BVGer, Urteil C-4724/2010 vom 10. März 2014, E. 1.5.

Die vorstehenden Ausführungen verdeutlichen, dass die Struktur der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung deren grundsätzliche Anwendbarkeit auch auf das spezifisch militärmedizinische Verwaltungshandeln gebietet.²³⁴ Diese Erkenntnis deckt sich nicht nur mit der in militärischen Reglementen vertretenen Ansicht, dass «das Betäubungsmittelgesetz [...] auch im Militär [gilt]»²³⁵ und «der Ofaz [...] verantwortlich [ist] für die Einhaltung der zivilen rechtlichen Vorgaben [...] inkl. Heilmittelgesetzgebung»²³⁶, sondern dürfte auch dem Willen des Gesetzgebers entsprechen, der insbesondere die Tätigkeit der Armeeapotheke – einem integralen Bestandteil des militärischen Gesundheitswesens – ausdrücklich als vom Heilmittelgesetz erfasst erklärte.²³⁷

b) Punktueller Bedarf nach Abweichungen sowie Regelungsansätze de lege ferenda

Wenngleich das militärische Gesundheitswesen prinzipiell unter den Geltungsbereich der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung fällt (vgl. Kap. [IV.2.a.](#)), trägt ihre vorbehaltlose Anwendung den besonderen Bedürfnissen der Armee bereichsweise zu wenig Rechnung. Dies betrifft namentlich Aspekte, in denen das Gesetz den Kantonen als zentrale Vollzugsorgane des zivilen Gesundheitsrechts Bewilligungs- und Aufsichtszuständigkeiten zuschreibt. Diese konfliktieren mit den verfassungsrechtlich und funktionspraktisch begründeten militärischen Bedürfnissen nach zentralisierter Vollzugszuständigkeit beim Bund (Kap. [II.2.a.](#)) sowie dem Handeln nach der militärischen Kommandogewalt (Kap. [II.2.b.](#)) und sind unpraktikabel sowie nicht verwaltungsökonomisch, da das militärische Gesundheitswesen kantonsübergreifend (und international) agiert (vgl. Kap. [II.2.a.](#)).²³⁸

Anpassungsbedarf zugunsten der Armee zeigt sich etwa am Beispiel der Herstellung von sog. *Formula-Arzneimitteln*, d.h. Arzneimitteln, die namentlich Apotheken nach besonderer Rezeptur in kleinen Mengen für die eigene Kundschaft herstellen.²³⁹ Produzieren Spital- und Personalapotheken des militärischen Gesundheitswesens Formula-Arzneimittel und geben diese zur Appli-

²³⁴ Siehe auch Widmer, Rz. 30.

²³⁵ Schweizer Armee, Truppenarztdienst (Trp Az D), Dokumentation 59.023 d, Stand am 1. Juli 2016, Anhang 6, 50.

²³⁶ Schweizer Armee, San D A, Anhang 3, 80.

²³⁷ Bundesrat, Botsch. HMG, 3485.

²³⁸ Vgl. VBS, Erläuternder Bericht, 24 (betr. die Beaufsichtigung von Apotheken des militärischen Gesundheitswesens durch kantonale Behörden); Widmer, Rz. 32.

²³⁹ Gächter/Rütsche, Rz. 895.

kation an «Endverbraucher» ab (vgl. Art. 4 Abs. 1 lit. f HMG),²⁴⁰ bedürfen sie nach Art. 5 Abs. 2 lit. a HMG und Art. 8 Abs. 1 und 3 AMBV nicht einer Herstellungsbewilligung der Swissmedic, sondern unterstehen einer kantonalen Melde- bzw. Bewilligungspflicht.²⁴¹ Dies bewirkte eine gewisse *Rekantonalisierung*.²⁴² Da es für die Handlungsfähigkeit der Armee problematisch ist, wenn die militärische Arzneimittelherstellung unter einem *kantonalen Bewilligungsvorbehalt* steht, verfügt die Armeepothek praxisgemäss bereits heute (auch) für die Herstellung von Formula-Arzneimitteln über eine Herstellungsbewilligung der Swissmedic nach Art. 5 Abs. 1 lit. a HMG.²⁴³ Eine analoge Rechtsgestaltung für Formula-Arzneimittel der übrigen militärischen Apothekenbetriebe – etwa über die Schaffung einer militärspezifischen Ausnahme von der kantonalen Herstellungsbewilligungspflicht – erwies sich als vorzugswürdig, soweit eine armeeinterne Qualitätskontrolle anderweitig sichergestellt ist.

In der Praxis kann sich sodann die Frage stellen, ob der Vertrieb von Formula-Arzneimitteln innerhalb des militärischen Gesundheitswesens ein «*Inverkehrbringen*» i.S.v. Art. 4 Abs. 1 lit. d HMG darstellt und damit im Interesse der öffentlichen Gesundheit eine Zulassung nach Art. 9 Abs. 1 HMG der Swissmedic voraussetzt (vgl. Art. 16 Abs. 1 HMG).²⁴⁴ Eine streng wortlautbezogene Auslegung von Art. 9 Abs. 2 lit. a bis c^{bis} HMG nennt in der Zulassungsbe-freiung die militärischen Apothekenbetriebe, namentlich die Armeepothek, nicht oder nur teilweise. Es ist jedoch bereits fraglich, ob der Vertrieb innerhalb des militärischen Gesundheitswesens überhaupt ein «*Inverkehrbringen*» darstellt, zumal Letzteres nach den Materialien zum HMG sowie jenen zum Bundesgesetz über die technischen Handelshemmnisse (THG)²⁴⁵ grundsätz-lich eine entgeltliche oder unentgeltliche Übertragung der Arzneimittel

²⁴⁰ Die Abgabe von Arzneimitteln untersteht einer (kantonalen) Bewilligungspflicht gemäss Art. 30 HMG.

²⁴¹ Vgl. auch Kieser, in: Poledna/Rumetsch, Teil E Kap. 5 N 103, u.a. m.H. auf die Materialien; BSK HMG-Eggimann/Isler/Wildi, Art. 5 N 16, 22.

²⁴² Botschaft des Bundesrates vom 28. Februar 2007 zur Änderung des Heilmittelgesetzes (Spitalpräparate), BBl 2007 2393, 2408.

²⁴³ Betriebsbewilligung Arzneimittel vom 2. April 2024, Anhang 1/Bewilligte Tätigkeiten/Auflagen/Einschränkungen, Ziff. S.1.10, abrufbar unter <<https://www.vtg.admin.ch/de/qualitaetsmanagement>>.

²⁴⁴ Zur Zulassungspflicht i.A. Gächter/Rütsche, Rz. 900; vgl. auch Kieser, in: Poledna/Rumetsch, Teil E Kap. 5 N 105–108.

²⁴⁵ Bundesgesetz vom 6. Oktober 1995 über die technischen Handelshemmnisse (THG; SR 946.51). Das Bundesverwaltungsgericht zieht zur Auslegung des heilmittelrechtlichen Begriffs des «*Inverkehrbringens*» die Materialien zum THG bei (vgl. BVGer, Urteil A-7391/2008 vom 19. Oktober 2009, E. 5.3.1), weshalb dies auch vorliegend erfolgt.

zu geschäftlichen Zwecken auf einen Dritten bedingt.²⁴⁶ Der *Eigengebrauch* durch den Hersteller gilt nicht als «Inverkehrbringen», wobei beim Überlassen von Arzneimitteln innerhalb einer grösseren Rechtssentität mit mehreren operativen Einheiten aufgrund einer Würdigung der konkreten Umstände des Einzelfalls zu entscheiden ist, ob es sich bereits um ein «Inverkehrbringen» handelt.²⁴⁷ Bei einem Vertrieb von Formula-Arzneimitteln innerhalb des militärischen Gesundheitswesens ist dies nach vorliegend vertretener Auffassung eher zu verneinen. Das mit der Zulassung verfolgte Ziel des Schutzes der öffentlichen Gesundheit wird durch den Zweck, die Verteidigungsfähigkeit der Armee sicherzustellen, relativiert (vgl. Kap. [II.2.c.](#), [IV.1.a.](#)). Die Formula-Arzneimittel werden denn auch nicht am freien Markt, sondern primär militärintern gegenüber einem beschränkten Personenkreis – vorwiegend militärmedizinischen Fachpersonen – zwecks *Nutzung gemäss dem Armeeauftrag* angeboten.

Die militärischen Apothekenbetriebe vor diesem Hintergrund als «geschäftliche Tätigkeit» zu qualifizieren, erscheint als kaum sachgerecht, zumal es dabei mitnichten um die Generierung zusätzlicher Einnahmen im Sinne einer privatwirtschaftlichen Staatstätigkeit geht.²⁴⁸ Selbst wenn aber ein «Inverkehrbringen» bejaht werden sollte, legt der Normzweck von Art. 9 Abs. 2 lit. a bis c^{bis} HMG, wonach bei Formula-Arzneimitteln von einem aufwändigen Zulassungsverfahren abzusehen ist, weil die Qualität, die Sicherheit und die Wirksamkeit der Präparate nach Art. 10 Abs. 1 lit. a HMG bereits durch die Herstellungsbewilligung sichergestellt sind,²⁴⁹ einen Einschluss der militärischen Apothekenbetriebe nahe: Einerseits der Armeepotheke, da sie bereits über eine Herstellungsbewilligung verfügt, und andererseits der übrigen militärischen Apothekenbetriebe, soweit sie ein internes, an den zivilgesundheitsrechtlichen Vorgaben orientiertes Qualitätssicherungssystem unterhalten.

Der heilmittelrechtliche Katalog der *vereinfachten Zulassungen* nach Art. 14 HMG nimmt ferner in Art. 14 Abs. 1 lit. e HMG Bezug auf Arzneimittel, die die Armee für Zwecke des Koordinierten Sanitätsdiensts (KSD; vgl. Kap. [V.](#))²⁵⁰ her-

²⁴⁶ Bundesrat, Botsch. HMG, 3490, m.V. auf das THG, hierzu Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 1995 zu einem Bundesgesetz über die technischen Handelshemmnisse (THG), BBl 1995 II 521 (zit. Bundesrat, Botsch. THG), 571.

²⁴⁷ Vgl. BSK HMG-Eggenberger Stöckli/Kesselring, Art. 4 N 169; vgl. ferner Bundesrat, Botsch. THG, 571.

²⁴⁸ Hug-Beeli, Art. 9 N 14, bezeichnet die Armeepotheke als «Non-Profit Unternehmensbereich» des VBS; zum Begriff der «privatwirtschaftlichen Staatstätigkeit» Griffl, Allgemeines Verwaltungsrecht, Rz. 252, und Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 1388.

²⁴⁹ BSK HMG-Schott/Albert, Art. 9 N 33 Ziff. 1. und 2.; vgl. ferner Gächter/Rütsche, Rz. 903.

²⁵⁰ Die Aufgaben und die Organisation des Koordinierten Sanitätsdiensts ergeben sich aus der Verordnung vom 21. März 2025 über die Koordination im Bereich des Sanitätsdiensts (VKSD; SR 520.151).

gestellt hat.²⁵¹ Allerdings kann sich das Bedürfnis nach Zulassungserleichterungen für militärisch besonders relevante Arzneimittel auch im Aktivdienst gemäss Art. 76 ff. MG ergeben, namentlich im Zusammenhang mit *Arzneimittelieferengpässen*.²⁵² De lege ferenda sollte daher die Zulassungserleichterung sachlich eng begrenzt auf im Aktivdienst besonders relevante Arzneimittel, z.B. *Generika* bestimmter Antibiotika und Schmerz- sowie Anästhesiemittel,²⁵³ ausgedehnt werden.²⁵⁴

Schliesslich ist auf Art. 3e Abs. 1 BetmG hinzuweisen, wonach Ärzte, die *betäubungsmittelgestützte Suchtbehandlungen* durchführen, eine kantonale Bewilligung benötigen.²⁵⁵ Das militärische Gesundheitswesen dürfte solche Behandlungen mutmasslich selten und primär im Rahmen von subsidiären Unterstützungseinsätzen der Armee an zivilen Patientinnen und Patienten vornehmen. Bei Armeeangehörigen ist eine solche Behandlung nur in Ausnahmefällen denkbar, da eine Betäubungsmittelabhängigkeit i.d.R. die Militärdienstuntauglichkeit indiziert (vgl. Art. 14 VMDP²⁵⁶ und Art. 1 ff. VMBM²⁵⁷).²⁵⁸ Auch hier führt das kantonale Zuständigkeitsregime zu Friktionen mit dem Anliegen der beim Bund gebündelten militärischen Verfügungs- und Kommandogewalt (vgl. Kap. [II.2.a.](#), [II.2.b.](#)), weshalb de lege ferenda eine *armeespezifisch abweichende Zuständigkeitsregelung* zugunsten des Bundes zu prüfen ist.²⁵⁹

V. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorstehend skizzierte Entwicklungsgeschichte sowohl des militärischen als auch des zivilen Gesundheitswesens und der Rechtsgrundlagen beider Gesundheitswesen sprechen gegen die Anwendbarkeit des MedBG, des PsyG und des GesBG auf den militärischen Bereich. Die Betrachtung der einschlägigen

²⁵¹ Galbraith, in: MLL Legal, Rz. 1548 8. Spiegelstrich; BSK HMG-Schmid/Uhlmann, Art. 14 N 51.

²⁵² Da die Kriegsmedizin besonders häufig Antibiotika und Opiode für die Behandlung von Schwerstverletzten benötigt, können Kriege wie jener in der Ukraine Versorgungsengpässe erzeugen oder verstärken, vgl. Hehli; ferner «Schmerzmittel und Antibiotika werden in der Schweiz knapp», Blick Online vom 3. April 2022, abrufbar unter <https://www.blick.ch/politik/weil-sie-fuer-die-versorgung-von-kriegspatienten-in-der-ukraine-gebraucht-werden-schmerzmittel-und-antibiotika-werden-in-der-schweiz-knapp-id17374521.html>.

²⁵³ Widmer, Rz. 69, Fn. 215.

²⁵⁴ VBS, Erläuternder Bericht, 25; ferner Widmer, Rz. 33, 69.

²⁵⁵ Hug-Beeli, Art. 3e N 277; Schlegel/Jucker, Art. 3e N 10 1. Spiegelstrich.

²⁵⁶ Verordnung vom 22. November 2017 über die Militärdienstpflicht (VMDP; SR 512.21).

²⁵⁷ Verordnung vom 24. November 2004 über die medizinische Beurteilung der Militärdiensttauglichkeit und der Militärdienstfähigkeit (VMBM; SR 511.12).

²⁵⁸ VBS, Erläuternder Bericht, 28; Widmer, Rz. 72, Fn. 221.

²⁵⁹ Vgl. Widmer, Rz. 72; ferner hierzu in diesem Band [ders.](#), [129](#).

Bestimmungen der Bundesverfassung und der darauf abgestützten Gesetze – sowohl des zivilen als auch des militärischen Bereichs – hat ergeben, dass die jeweiligen Ziele zwar durchaus übereinstimmen in der allgemeinen Beförderung der Gesundheit, sie jedoch unterschiedlichen *Zwecken* dienen.

Die erläuterten unterschiedlichen Zwecke und Ausrichtungen der fraglichen Gesundheitswesen erfordern mitunter spezifische Rechtsgrundlagen und damit einhergehend eine differenzierte Beurteilung der Geltungsbereiche relevanter ziviler Gesetze. Die verschiedenen Prämissen der beiden Gesundheitssysteme bedingen eine sachgerechte Regulierung. Dabei meint Sachgerechtigkeit, dass Gleiches nach Massgabe seiner Gleichheit gleich und Ungleiches nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich geregelt werden muss. Die vorangehende Thematisierung der Gleichheit und Ungleichheit der beiden Gesundheitssysteme hat aufgezeigt, dass die zivile Berufsgruppengesetzgebung *nicht*, jedoch die Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung grundsätzlich – mit punktuellm Bedarf nach Abweichungen – im militärischen Gesundheitswesen anwendbar ist. Im Bereich des MedBG, des PsyG und des GesBG könnte man aus der Perspektive der Gesundheitssysteme daher durchaus von zwei unterschiedlichen Welten und im Bereich des HMG und des BetmG von einer Welt mit Variationen sprechen. Übers Ganze gesehen, kann man aber auch von zwei Hälften *einer* medizinischen Welt ausgehen. Im Äquatorbereich gelten durch die sich annähernden Zwecke ähnliche Regeln, wohingegen weiter zu den Polen – und damit zu den unterschiedlichen Zwecken – hin unterschiedliche Regeln gelten. Unterschiedliche Regeln bedeuten jedoch nicht, dass man sich über diese Hälften hinweg nicht verständigen könnte. Im Gegenteil.

Erwähnenswert ist dabei beispielsweise die Zusammenarbeit der beiden Gesundheitssysteme im Rahmen des Koordinierten Sanitätsdiensts (KSD; vgl. Kap. [IV.2.b.](#)). Dabei fungiert der KSD gemäss Art. 3 f. VKSD als Bindeglied zwischen zivilem und militärischem Gesundheitswesen und ermöglicht damit die medizinische Versorgung eines grossen Patientenfalls infolge eines Grossereignisses, wie z.B. aufgrund eines bewaffneten Konflikts oder einer Pandemie (vgl. Art. 2 VKSD).²⁶⁰ Für die Zusammenarbeit in diesem Gefäss ist eine gemeinsame Sprache erforderlich. Um die gemeinsame Sprache und damit die Zusammenarbeit weiter zu verbessern, wurde unlängst die Neuausrichtung des KSD angestossen, welcher zu einem umfassenderen Verbund Katastrophenmedizin weiterentwickelt werden soll.²⁶¹ Dazu sollen alle KSD-KA-

²⁶⁰ Vgl. Lamdark Tenzin/Graf Gwendolyn/Fuhrer Patricia/Gerfin Severin, Bericht Neuausrichtung KSD – Nationaler Verbund Katastrophenmedizin KATAMED vom 20. August 2025, abrufbar unter <https://www.babs.admin.ch/dam/de/sd-web/Z53xhxACcy32/Bericht_KATAMED.pdf>, 13.

²⁶¹ Vgl. Lamdark/Graf/Fuhrer/Gerfin, 6.

TAMED-Partner, d.h. Behörden, Organisationen, Institutionen, Verbände und Milizorganisationen für die Bewältigung von Ausnahmesituationen im Gesundheitswesen systematisch eingebunden, Schwachstellen aufgedeckt und schliesslich Fähigkeiten zur Ereignisbewältigung gesteigert werden.²⁶² Dabei können die Partner aus beiden Systemen auf ihre individuellen Kompetenzen und Stärken zurückgreifen und Synergien nutzen, um in Ausnahmesituationen des Gesundheitswesens möglichst effizient und zielgerichtet handeln zu können.²⁶³

Diese Bestrebungen stehen auch im Einklang mit dem formellen Beitritt der Schweiz im März 2025 zum «Multinational Medical Coordination Centre Europe» (MMCC-E; vgl. Kap. [II.2.a](#)).²⁶⁴ Das Wissen, welches die Schweiz in diesem internationalen Verbund sammeln kann, ist auch für den nationalen Bereich wertvoll und befördert analoge Entwicklungen im Inland.

Vor dem Hintergrund einer zunehmend angespannten weltpolitischen Sicherheitslage erscheint es wünschenswert, dass das zivile und das militärische Gesundheitswesen möglichst gut aufeinander abgestimmt,²⁶⁵ individuelle Stärken der Systeme kombiniert und gemeinsame Fähigkeiten weiter ausgebaut werden können. Eine Trennung zivil- und militärmedizinischer Operationen ist nicht wünschenswert.²⁶⁶ Die beiden Welthälften profitieren dabei von ihrer unterschiedlichen Handlungslogik und den daraus entspringenden spezifischen Stärken. Die divergierenden Prämissen der Systeme gilt es folglich nicht abzuschaffen, sondern die vorhandenen Kompetenzen zu bündeln. Die Resilienz der medizinischen Welt, welche vereinfacht gesagt aus den erwähnten Welthälften besteht, wird dadurch verbessert und die medizinische Versorgung im Allgemeinen krisenfester gemacht. Die *unterschiedlichen* rechtlichen Rahmenbedingungen der beiden Systeme bilden hierzu die notwendige Grundlage.

Literaturverzeichnis

Albertini Gianfranco/Armbruster Thomas/Spörri Beat, Militärisches Einsatzrecht, Ein Handbuch zum Recht der Schweizer Armee in Unterstützungseinsätzen, insbesondere zu den militärischen Polizeibefugnissen, Zürich/Basel/Genf 2016

²⁶² Lamdark/Graf/Fuhrer/Gerfin, 6.

²⁶³ Lamdark/Graf/Fuhrer/Gerfin, 7.

²⁶⁴ Vgl. <<https://www.vbs.admin.ch/de/nsb?id=104567>>.

²⁶⁵ Dahingehend auch Buehrer/Hirsch, 104.

²⁶⁶ Heller/Rühli, 20.

- Aubert Jean-François/Mahon Pascal, Petit Commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Zürich 2003 (zit. Autor, Petit Comm., Art. ... N ...)
- Biaggini Giovanni, BV, Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Orell Füssli Kommentar, 2. A., Zürich 2017
- Biaggini Giovanni/Gächter Thomas/Kiener Regina (Hrsg.), Staatsrecht, 3. A., Zürich/St. Gallen 2021 (zit. Autor/in, in: Biaggini/Gächter/Kiener, § ... Rz. ...)
- Biaggini Giovanni et al. (Hrsg.), Fachhandbuch Verwaltungsrecht, Expertenwissen für die Praxis, Zürich/Basel/Genf 2015 (Autor/in, in: Biaggini et al., Rz. ...)
- Biaggini Giovanni et al., Wirtschaftsverwaltungsrecht des Bundes, Übersicht für Studierende und für die Praxis, 7. A., Basel 2023
- Blechta Gabor P./Colatrella Philomena/Rüedi Hubert/Staffelbach Daniel (Hrsg.), Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basler Kommentar, Basel 2020 (zit. BSK KVG-Autor/in, Art. ... N ...)
- Bruhin Raimund, 100 Jahre Sanitätsdienst der Schweizer Armee (1914–2014), (1/2), ASMZ 10/2014, 36 ff.
- Buehrer Thomas W./Hirsch Pete A., Gesundheitsrecht in der Schweizer Armee, Gesetzgebung und Rechtsetzungsbedarf im Militärischen Gesundheitswesen, in: Baur Isabel et al. (Hrsg.), Entwicklungen im Medizinrecht – Vom klassischen Arztrecht zu One Health, Festschrift für Brigitte Tag, Bern 2024, 93 ff.
- Diggelmann Oliver/Hertig Randall Maya/Schindler Benjamin (Hrsg.), Verfassungsrecht der Schweiz/Droit constitutionnel suisse, Band II: Rechtsstaatlichkeit, Grund- und Menschenrechte, Zürich/Basel/Genf 2020 (zit. Autor/in, in: Diggelmann/Hertig Randall/Schindler, Band II, Teil ... Kap. ... N ...)
- Dies (Hrsg.), Verfassungsrecht der Schweiz/Droit constitutionnel suisse, Band III: Verfassungsorgane, Verfahren, Bereichsverfassungen, Zürich/Basel/Genf 2020 (zit. Autor/in, in: Diggelmann/Hertig Randall/Schindler, Band III, Teil ... Kap. ... N ...)
- Dreifuss Emil, Die Entwicklung der schweizerischen Armeesantität und Militärpharmazie, Persönlichkeit und Wirken der bisherigen Oberfeldärzte und Armeeeapothecker, Bern 1994
- Dubs Hans, Die Forderung der optimalen Bestimmtheit belastender Rechtsnormen, ZSR 1974, 223 ff. (zit. Dubs H.)
- Dubs Jakob, Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst, Ein Leitfaden für Sanitätsoffiziere und Sanitätsoffiziers-Aspiranten, Zürich/Leipzig 1939 (zit. Dubs. J.)
- Ehrenzeller Bernhard et al. (Hrsg.), Die schweizerische Bundesverfassung, St. Galler Kommentar, 2 Bände, 4. A., Zürich/Genf/St. Gallen 2023 (zit. SG Komm. BV-Autor/in, Art. ... N ...)
- Eichenberger Thomas/Jaisli Urs/Richli Paul (Hrsg.), Heilmittelgesetz, Basler Kommentar, 2. A., Basel 2022 (zit. BSK HMG-Autor/in, Art. ... N ...)
- Etter Boris, Medizinalberufegesetz, MedBG, Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe, Stämpfli Handkommentar, Bern 2006
- Flachsmann Stefan et al., Tafeln zum Militärstrafrecht, 4. A., Zürich/Basel/Genf 2019

- Freiburghaus Dieter/Buchli Felix/Honegger Edith, Das Duopol der legitimen Gewalt im schweizerischen Bundesstaat, Zwei Fallstudien zu Armee und Polizei, Chavannes-Lausanne 2005
- Gächter Thomas/Rütsche Bernhard, Gesundheitsrecht, Ein Grundriss für Studium und Praxis, 5. A., Basel 2023
- Gächter Thomas/Werder Gregori, Gesundheitsberufe 2020 – eine stille Revolution?, Pflege-recht 2019, 2 ff.
- Griffel Alain, Allgemeines Verwaltungsrecht im Spiegel der Rechtsprechung, 2. A., Zürich/Genf 2022 (zit. Allgemeines Verwaltungsrecht)
- Ders., Der Grundrechtsschutz in der Armee, Diss., Zürich 1991 (zit. Armee)
- Häfelin Ulrich/Müller Georg/Uhlmann Felix, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. A., Zürich/St. Gallen 2020
- Hehli Simon, Schmerzmittelnotstand in der Schweiz: wie die US-Opioidkrise, der Brexit und der Ukraine-Krieg zusammenspielen, NZZ vom 10. März 2022 <<https://www.nzz.ch/schweiz/schmerzmittelnotstand-wie-konnte-es-in-der-schweiz-dazu-kommen-ld.1673685>>
- Heller Daniel/Rühli Frank, Militärisches Gesundheitswesen 2.0: die Chance für einen grossen Wurf, ASMZ 1/2024, 20 f.
- Hug-Beeli Gustav, Betäubungsmittelgesetz (BetmG), Kommentar zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951, Basel 2016
- Jaag Tobias, Bedarfsverwaltung, in: Sethe Rolf et al. (Hrsg.), Kommunikation, Festschrift für Rolf H. Weber zum 60. Geburtstag, Bern 2011, 543 ff.
- Kiener Regina/Bühler René/Schindler Benjamin (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band III: Sicherheits- und Ordnungsrecht des Bundes, Teil 2, Besonderer Teil, Basel 2018 (zit. Autor/in, in: Kiener/Bühler/Schindler, Kap. ... Rz. ...)
- Landolt Hardy, Handbuch Pflegerecht, Zürich/St. Gallen 2023
- Landolt Hardy/Herzog-Zwitter Iris, Arzthaftungsrecht, Handbuch zum Arzthaftungsrecht und elektronische Datenbank mit ca. 1'400 Arzthaftungsentscheiden, frei recherchierbar nach Stichworten, Zürich/St. Gallen 2015
- Lendi Martin/Beeler Urs, Militärverwaltungsrecht, Militärschule II, Zürich 1982
- Maeschi Jürg, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) vom 19. Juni 1992, Stand der Gesetzgebung und Rechtsprechung: 1. September 1999, Bern 2000
- Meyer Hansjörg, Rechtliche Lücken bei der Regelung von Armeeeinsätzen? – Bemerkungen zur Kritik an den Gesetzesgrundlagen in Sicherheit & Recht 1/2008 und 2/2008, Sicherheit & Recht 2009, 87 ff.
- MLL Legal (Hrsg.), Praxishandbuch Produktregulierung, Heilmittel, Lebensmittel, Kosmetika, Chemikalien, Alkohol und Tabak, Bern 2023 (zit. Autor/in, in: MLL Legal, Rz. ...)
- Mohler Markus H.F./Schweizer Rainer J., Sicherheitspolitik und Sicherheitsrecht – sicherheitsrechtliche Problemstellungen im Zusammenhang mit dem sicherheitspolitischen Bericht, Jusletter vom 7. Dezember 2009

- Müller Markus, Das besondere Rechtsverhältnis, Ein altes Rechtsinstitut neu gedacht, Habil., Bern 2003 (zit. Müller M.)
- Müller Reto Patrick, Innere Sicherheit Schweiz, Rechtliche und tatsächliche Entwicklungen im Bund seit 1848, Diss. Basel, Egg bei Einsiedeln 2009 (zit. Müller R.)
- Olah Mirjam, Die ärztliche Arbeitsteilung und Aufgabendelegation im Rahmen der medizinischen Staatshaftung, Unter besonderer Berücksichtigung der Organisationspflichten im Behandlungsumfeld, Diss., Basel 2017
- Pflüger Frank, Krankenhaushaftung und Organisationsverschulden, Zivilrechtliche Grundlagen der Haftung des Krankenhausträgers für medizinische und organisatorische Fehlleistungen, Diss. Göttingen 2001, Berlin/Heidelberg 2002
- Poledna Tomas/Berger Brigitte, Öffentliches Gesundheitsrecht, Bern 2002
- Poledna Tomas/Kieser Ueli (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band VIII: Gesundheitsrecht, Basel 2005 (zit. Autor/in, in: Poledna/Kieser, Teil ... Kap. ... Rz. ...)
- Poledna Tomas/Rumetsch Virgilia (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band VIII/1: Gesundheitsrecht, MedBG, PsyG, GesBG, HMG, HFG, StFG, FMedG, GUMG, TxG, KRG, EpG, 2. A., Basel 2023 (zit. Autor/in, in: Poledna/Rumetsch, Teil ... Kap. ... Rz. ...)
- Rhinow René/Schefer Markus/Uebersax Peter, Schweizerisches Verfassungsrecht, 3. A., Basel 2016
- Schlegel Stephan/Jucker Oliver, BetmG, Betäubungsmittelgesetz mit weiteren Erlassen, Orell Füssli Kommentar, 4. A., Zürich 2022
- Schmidt-Assmann Eberhard, Flexibilität und Innovationsoffenheit als Entwicklungsperspektiven des Verwaltungsrechts, in: Hoffmann-Riem Wolfgang/Schmidt-Assmann Eberhard (Hrsg.), Innovation und Flexibilität des Verwaltungshandelns, Baden-Baden 1994, 407 ff.
- Schweizer Rainer J. (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band III: Sicherheits- und Ordnungsrecht des Bundes, Teil 1, Allgemeiner Teil, Basel 2008 (zit. Autor/in, in: Schweizer, Kap. ... Rz. ...)
- Stöckli Guido, Stiefkind der Armee?, Die Entwicklung des Schweizerischen Armeesanitätsdienstes 1847–1987, Schweizer Soldat 8/1999, 37 ff.
- Tschannen Pierre/Müller Markus/Kern Markus, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. A., Bern 2022
- Uhlmann Felix, Verfassungsrechtliche Grundlage, in: Ayer Ariane et al. (Hrsg.), Medizinalberufegesetz (MedBG), Kommentar, Basel 2009, 15 ff.
- Vogel Stefan, Einheit der Verwaltung – Verwaltungseinheiten, Grundprobleme der Verwaltungsorganisation, Habil. Zürich, Zürich/Basel/Genf 2008
- Waldmann Bernhard/Belser Eva Maria/Epiney Astrid (Hrsg.), Bundesverfassung, Basler Kommentar, 2. A., Basel 2025 (zit. BSK BV-Autor/in, Art. ... N ...)
- Weber Rudolf, Zum Wesen des militärischen Befehls, ASMZ 9/1958, 685 ff.
- Wegmüller Edgar, Medizinische Kompetenzzentren der Sanität, ASMZ 9/2006, 44 ff.

- Widmer Lukas, Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen, Ein Beitrag zur Verankerung des militärischen Gesundheitswesens im Schweizerischen Recht, Jusletter vom 4. November 2024
- Wiegandt Marius H. S., Der Einsatz der Armee, Unter Berücksichtigung der subsidiären Sicherungs- und Hilfeinsätze, der internationalen Armeeeinsätze sowie des militärischen Polizeirechts, Diss. 1998, Bern 1999
- Ziegler Martin, Der Rechtsschutz des Angehörigen der Armee in der Schweiz, Unter besonderer Berücksichtigung der militärischen Straf- und Disziplinarrechtspflege, Diss. Basel, Basel/Frankfurt am Main 1988

Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw)

Lukas Widmer*

Inhalt

I.	Einleitung	106
II.	Unterschiede zum zivilen Gesundheitswesen	109
III.	Weitere aktuelle Gesetzgebungsprojekte mit Auswirkungen auf das militärische Gesundheitswesen	113
	1. Änderung des EpG	113
	2. Umfassende Revision des EPDG	115
	3. Änderung des MG	117
IV.	Entwurf VMiGw	118
	1. Anwendbarkeit ziviler bundesrechtlicher Erlasse	118
	2. Grundsätzliche Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens	119
	3. Geltungsbereich der Verordnung und Abgrenzungen	121

* Dr. iur. Lukas Widmer, Rechtsanwalt, Leiter departementaler Rechtsdienst des Departements des Innern Kanton Solothurn und Leiter von dessen Fachbereich Gesundheit. Die vorliegende Publikation basiert zu wesentlichen Teilen auf den Arbeiten, die der Autor im Rahmen seines seit 2020 bestehenden Mandats als Fachexperte Gesundheitsrecht der Sanität der Logistikkbasis der Armee (LBA) erbracht hat und auf seiner Publikation im Jusletter vom 4. November 2024 zum Thema «Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw), Ein Beitrag zur Verankerung des militärischen Gesundheitswesens im Schweizerischen Recht». Das Mandat für die Sanität der LBA beinhaltet die Durchführung von umfassenden Rechtsgrundlagenanalysen, die Erstellung eines Rechtsetzungskonzepts für die VMiGw, die vollumfängliche Erarbeitung des Normtextes und der zugehörigen Erläuterungen sowie die Erarbeitung der Gesetzesnormen und Erläuterungen zum militärischen Gesundheitswesen im Rahmen der derzeit laufenden Teilrevisionen von Art. 35 Abs. 2 und Art. 48b des Bundesgesetzes vom 3. Februar 1995 über die Armee und die Militärverwaltung (Militärgesetz, MG; SR 510.10) und der Neuschaffung von Art. 77a des Bundesgesetzes vom 28. September 2012 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG; SR 818.101). Der Autor darf die von ihm im Rahmen seines Mandats verfassten Textbeiträge mit freundlicher Genehmigung der Sanität frei verwenden. Seine eigenen Textbeiträge muss er nicht zitieren oder umformulieren. Der Autor vertritt seine persönliche Ansicht und bindet seine Auftraggeberin nicht. Der Autor dankt Divisionär Andreas Stettbacher, Oberfeldarzt, und Oberst Georg Zimmermann, Leiter Grundlagen Sanitätstruppen der Sanität der LBA, herzlich für das in ihn gesetzte Vertrauen und die erspriessliche Zusammenarbeit.

4.	Ausgewählte Themenbereiche der VMiGw	122
a)	Berufsausübung von im Bereich des militärischen Gesundheitswesens tätigen Personen	122
aa)	Anforderungen an im Bereich des militärischen Gesundheitswesens tätige Personen	122
bb)	Pflichten der militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen	125
b)	Einrichtungen des Gesundheitswesens	126
c)	Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten	126
d)	Umgang mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Betäubungsmitteln	128
e)	Aufsicht sowie Verwaltungs- und Disziplinarmassnahmen	130
V.	Schlussbetrachtung und Ausblick	132
	Literaturverzeichnis	133

I. Einleitung

Das militärische Gesundheitswesen stellt bereits seit geraumer Zeit einen integralen Bestandteil des schweizerischen Gesundheitswesens dar. Es beinhaltet – wie dies seit 1. Januar 2023 neuerdings gesetzlich definiert ist – alle medizinischen, pharmazeutischen, sanitätsdienstlichen und damit verbundenen sanitätslogistischen Leistungen, welche die Armee oder die Militärverwaltung unter der Verantwortung des Bundes zugunsten der Stellungspflichtigen, der Angehörigen der Armee und Dritter sowie von Armeetieren erbringen. Als Dritte gelten namentlich Amtsstellen der Bundesverwaltung, Angestellte der Militärverwaltung oder zivile Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der Ausbildung und während Einsätzen behandelt werden.¹

Beim militärischen Gesundheitswesen handelt es sich trotz seines umfassenden Auftrags sowohl für die breite Öffentlichkeit als auch für die Juristinnen und Juristen um ein noch weitgehend unbekanntes Themenfeld. Deshalb wurde diese Thematik bislang kaum bzw. nur im untergeordneten Umfang juristisch analysiert und kommentiert.²

¹ Art. 34a Abs. 1 und 3 MG.

² Dr. med. Thomas Buehrer, bis Ende November 2021 stellvertretender Oberfeldarzt und Chef des Militärärztlichen Dienstes, hat als Leistungsnachweise im Rahmen des Studiengangs «Certificate of Advanced Studies MedLaw» im Jahr 2020 an der Universität Zürich verschiedene Essays zu unterschiedlichen Themen des militärischen Gesundheitswesens verfasst (u.a. zum Umgang mit besonders schützenswerten Personendaten im Militärärztlichen Dienst der Schweizer Armee und – unter Bezugnahme auf die juristische Einschätzung des Autors – zur Anwendbarkeit und Umsetzung der eidgenössischen Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufegesetzgebung im militärischen Gesundheitswesen). Ferner hat die

Dies liegt einerseits darin begründet, dass für das militärische Gesundheitswesen erst seit dem 1. Januar 2023 eine spezifische, gesamtheitliche Rechtsgrundlage auf Gesetzesstufe besteht und bis zu diesem Zeitpunkt keine allgemeingültige Definition des Begriffs «militärisches Gesundheitswesen» existierte. Einzelne Aspekte des militärischen Gesundheitswesens waren bis dahin lediglich fragmentarisch in wenigen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen³ sowie in verschiedenen militärischen Reglementen und Weisungen⁴ normiert.

Andererseits ist dies zuweilen auch dem föderalistischen Aufbau des Gesundheitswesens in der Schweiz geschuldet. So obliegt die Regelung der gesundheitsrechtlichen Belange nach wie vor weitgehend den Kantonen. Die betreffenden Themen bilden jeweils Bestandteil des kantonalen Gesundheitsrechts, wobei diesbezüglich zwischen originärem kantonalem Recht ohne bundesrechtliche Vorgaben und kantonalem Ausführungsrecht zu bundesrechtlichen Gesundheitserlassen unterschieden werden kann.⁵ Unter das kantonale Gesundheitsrecht fallen insbesondere die kantonalen Gesundheits-, Spital-, Pflege-, Heil- und Betäubungsmittel-, Lebensmittel-, Epidemien- und Tierseuchenerlasse. Die kantonalen Vorschriften sind im interkantonalen Vergleich – trotz erkennbarer Tendenz zur Annäherung bzw. punktuellen Vereinheitlichung – nach wie vor relativ heterogen.⁶ Die Schweizerische Akademie

Logistikbasis der Armee (LBA) im ersten Quartal des Jahres 2024 – nach erfolgter Ämterkonsultation zur VMiGw – bei Herrn Prof. Dr. iur. Thomas Gächter und Frau Prof. iur. utr. Brigitte Tag, unter Mitarbeit von Herrn MLaw Christian Kaufmann und Herrn MLaw Martin Wyss, Rechtsanwalt, ein Rechtsgutachten zur Anwendbarkeit der zivilen Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufe- sowie der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung des Bundes auf die Armee in Auftrag gegeben, welches am 17. Juni 2024 vorgelegt worden ist. Ferner ist im September 2024 eine Festschrift für Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag mit dem Titel «Entwicklungen im Medizinrecht – Vom klassischen Arztrecht zu One Health» erschienen, welche einen von Thomas Bühner und Pete A. Hirsch verfassten Beitrag zum Thema «Gesundheitsrecht in der Schweizer Armee» beinhaltet.

³ Vgl. etwa Art. 35 (Schutz vor schweren und übertragbaren Krankheiten), Art. 35a (medizinische Routineuntersuchungen) und Art. 48b (Aus- und Weiterbildung militärischer Medizinalpersonen) MG, Art. 24 ff. Bundesgesetz vom 3. Oktober 2008 über militärische und andere Informationssysteme im VBS (MIG; SR 510.91) und Ziff. 88 Dienstreglement der Armee vom 22. Juni 1994 (DRA; SR 510.107.0).

⁴ Vgl. Reglement 59.020 d Sanitätsdienst der Armee (San D A), gültig ab 1. April 2019, Reglement 59.24 d Zahnärztlicher und kieferchirurgischer Dienst der Armee, gültig ab 1. Juni 1988, und Dokumentation 59.023 d Truppenarztdienst (Trp Az D), Stand 1. Juni 2016.

⁵ Gächter/Rütsche, Rz. 106 ff.

⁶ Dies ist nach Einschätzung des Autors insbesondere in den Bereichen bewilligungspflichtige Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens, Berufsgeheimnis sowie Melderechte und -pflichten von Personen mit einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens, Notfalldienst, Rettung, Spitäler, Langzeitpflege, Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten sowie bewilligungspflichtige Einrichtungen des Gesundheitswesens der Fall.

der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat vor einiger Zeit einen zusätzlichen Verfassungsartikel und ein neues Bundesgesetz über die Gesundheit gefordert. Sie begründete dies insbesondere damit, dass die Steuerung des heutigen Gesundheitssystems über die eidgenössische Krankenversicherungsgesetzgebung, die zu viele kantonale Kompetenzen vorsehe, suboptimal sei. Für die Lösung der derzeitigen Probleme und Herausforderungen in der Gesundheitspolitik (z.B. Fachkräftemangel, Digitalisierung) sei vielmehr ein nationaler Ansatz erforderlich.⁷

Daneben verfügt der Bund im Gesundheitsbereich ebenfalls über weitreichende Regelungskompetenzen.⁸ Der den Kantonen zustehende gesetzgeberische Gestaltungsspielraum hat sich seit 2000 kontinuierlich reduziert, da der Bund den Gesundheitsbereich stetig umfassender und detaillierter regelt. Ein illustratives Beispiel hierfür sind etwa die bundesrechtlichen Vorgaben zur Berufsausübung von Personen, die im Bereich des Gesundheitswesens tätig sind. Seit dem Erlass der eidgenössischen Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufegesetzgebung können die Kantone die Berufsausübung nur noch insoweit regeln, als nicht der Bund entsprechende Vorschriften erlassen hat. Dasselbe gilt für das Heilmittelwesen. Neuere Bundesregelungen, welche unmittelbar auf die kantonale Gesundheitsgesetzgebung einwirken, betreffen beispielsweise die Einführung des elektronischen Patientendossiers.⁹

In Art. 34a MG wird einerseits der Begriff des militärischen Gesundheitswesens definiert. Andererseits wird das Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) zur Sicherstellung der ambulanten und stationären Behandlung von Leistungspflichtigen, Angehörigen der Armee und Dritter in Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens verpflichtet. Ferner wird der Bundesrat ermächtigt, auf Verordnungsebene die Voraussetzungen für die Leistungserbringung festzulegen und die Dritten, zu deren Gunsten das militärische Gesundheitswesen Leistungen erbringt, zu bezeichnen.

Die betreffende Verordnung soll künftig das Äquivalent zu den kantonalen, für den zivilen Bereich geltenden Gesundheits-, Spital- sowie Heil- und Betäubungsmittelerlassen darstellen. Sie soll das militärische Gesundheitswesen schweizweit einheitlich regeln, dessen Qualität fördern und den Besonderheiten und Bedürfnissen der Armee, wo angezeigt, spezifisch Rechnung tragen.

⁷ Abrufbar unter <<https://www.swissinfo.ch/ger/akademie-der-wissenschaften-fordert-bundesgesetz-ueber-gesundheit/78390470>>.

⁸ Vgl. etwa Art. 95 Abs. 1, Art. 117–120 und Art. 122 Abs. 1 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101).

⁹ Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (EPDG; SR 816.1).

Ferner soll die Verordnung dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten des militärischen Gesundheitswesens, abhängig von der Lage und dem Umfeld, bestmöglich und gemäss zivilen Qualitätsvorgaben behandelt und versorgt werden.¹⁰ Entsprechende Regelungen sind im Bereich des militärischen Gesundheitswesens insbesondere in folgenden Bereichen notwendig:

- Berufsausübung der militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen,
- Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten,
- Herstellung, Verschreibung, Abgabe, Anwendung und Lagerung von Arznei- und Betäubungsmitteln,
- Leistungserbringung in Zusammenarbeit mit Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens über alle Lagen,
- Informationsaustausch über die gesamte Behandlungskette.¹¹

Der Bundesrat hat am 30. Oktober 2024 das öffentliche Vernehmlassungsverfahren zur Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw) eröffnet.¹² Das Vernehmlassungsverfahren dauerte bis zum 10. März 2025. Dies eröffnet die Möglichkeit, die geplante Verordnung etwas näher zu beleuchten. Einleitend sollen die wesentlichen Unterschiede zum zivilen Gesundheitswesen aufgezeigt werden. Ferner soll auf weitere aktuell laufende Gesetzgebungsprojekte mit Bezug zum bzw. mit Auswirkungen auf das militärische Gesundheitswesen eingegangen werden. Daraufhin sind die auf das militärische Gesundheitswesen anwendbaren zivilen Bundeserlasse, der Geltungsbereich der VMiGw und ausgewählte Themenbereiche derselben sowie die wesentlichen Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zu erörtern. Abschliessend erfolgt eine Schlussbetrachtung mitsamt einem Ausblick.

II. Unterschiede zum zivilen Gesundheitswesen

Zwischen dem militärischen und dem zivilen Gesundheitswesen bestehen – systembedingt – massgebliche Unterschiede. Diese sind für die inhaltliche Ausgestaltung der VMiGw von wesentlicher Bedeutung. Nachfolgend sollen deshalb die zentralen Unterschiede aufgezeigt werden.¹³

¹⁰ Vgl. Art. 2 VE-VMiGw.

¹¹ Botschaft des Bundesrates vom 1. September 2021 zur Änderung des Militärgesetzes und der Armeeorganisation, BBl 2021 2198 (zit. Bundesrat, Botsch. MG 2021), 29.

¹² Die Vernehmlassungsunterlagen sind abrufbar unter <<https://www.fedlex.admin.ch/de/consultation-procedures/ended/2024>>.

¹³ Vgl. zum Ganzen Widmer, Rz. 10 ff.

Das VBS hat im Bereich des militärischen Gesundheitswesens einen anderen gesetzlichen Auftrag als die zivilen Gesundheitsbehörden. Es hat die landesweite militärische Gesundheitsversorgung und die Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft der Armee zu gewährleisten.¹⁴ Da im Bereich des militärischen Gesundheitswesens über sämtliche Stufen und Lagen hinweg bei allen Armeeaufgaben durch verschiedene Leistungserbringende Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden, ist der angemessene Sanitätsprozess jeweils vom Patientenweg abhängig. Ausserdem wird im Krisenfall sowohl die Versorgung von zivilen Patientinnen und Patienten als auch die Aufrechterhaltung des Betriebs ziviler Gesundheitsbehörden und -einrichtungen durch das militärische Gesundheitswesen unterstützt. Zudem hat das VBS zu gewährleisten, dass Patientinnen und Patienten des militärischen Gesundheitswesens im Bedarfsfall in Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens ambulant und stationär behandelt werden können. Das Tätigkeitsgebiet des militärischen Gesundheitswesens und der in diesem Bereich tätigen Personen erstreckt sich – entsprechend der dezentral organisierten Struktur der sanitätsdienstlichen Grundversorgung – über die ganze Schweiz und ist somit überregional ausgerichtet.

Die Kantone haben demgegenüber die Versorgung auf ihrem Kantonsgebiet zu gewährleisten und die Zuweisung der verschiedenen Aufgaben im Gesundheitsbereich an den Kanton, die Gemeinden, allfällige weitere selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechts (z.B. Bezirke) oder bestimmte Dritte (z.B. kantonale Ärzte- und Zahnärztegesellschaften, welche den Notfalldienst im Kanton zu organisieren haben¹⁵) vorzunehmen. Ebenso haben die Kantone die Möglichkeit – zwecks kantonal harmonisierter und optimierter Aufgabenerfüllung – Verwaltungsvereinbarungen mit einzelnen Kantonen oder Konkordate mit mehreren Kantonen abzuschliessen sowie Private mittels entsprechenden Leistungsaufträgen mit der Erbringung gewisser Leistungen zu beauftragen.¹⁶

Das VBS betreibt eigene Gesundheitseinrichtungen, wie insbesondere Militärspitäler und die Armeeapotheke. Zudem erbringen militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen sowie weitere im Bereich des militäri-

¹⁴ Art. 58 ff. BV.

¹⁵ Vgl. § 20 Gesundheitsgesetz des Kantons Solothurn vom 19. Dezember 2018 (GesG-SO; BGS 811.11).

¹⁶ So beispielsweise Interkantonale Vereinbarung vom 20. November 2014 über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung, WFFV), abrufbar unter <<https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsberufe/medizinalberufe/aerzte>>; vgl. auch § 44a Abs. 1 Gesundheitsgesetz Kanton Luzern vom 13. September 2005 (GesG-LU; SRL Nr. 800).

schen Gesundheitswesens tätige Personen Leistungen für die Armee. Gestützt auf seine verfassungsrechtliche Organisationshoheit beaufsichtigt das VBS diese Einrichtungen und das Personal grundsätzlich selber, abgesehen von Bereichen, in welchen bestimmte Bundeserlasse integral und somit für den zivilen und den militärischen Sektor gelten.¹⁷ Zur Aufgabenerfüllung werden – nebst den Angehörigen der Armee – ebenfalls gemäss der Bundespersonalgesetzgebung angestellte Personen und im Rahmen von Auftragsverhältnissen tätige Personen beigezogen. Die beiden erstgenannten Personenkategorien stehen in einer besonders engen Beziehung und somit in einem spezifischen Sonderstatusverhältnis zum Staat. Insbesondere kommt dem VBS in Bezug auf die Angehörigen der Armee eine qualifizierte Fürsorgepflicht zu.¹⁸ Das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits vom 21. Juni 1999 über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Binnenmarktgesetzgebung des Bundes sind überdies nicht auf die Armee (jedoch auf die zivilen Gesundheitsbehörden) anwendbar, da Letztere eine klassische hoheitliche Tätigkeit ausübt.¹⁹ Die Armee ist somit nicht gehalten, von ausländischen oder kantonalen Aufsichtsbehörden erteilte Berufsausübungsbevollmächtigungen oder allenfalls Bewilligungen von unter fachlicher Verantwortung tätigen Personen befristet oder unbefristet anzuerkennen. Sie nimmt stets eine eigenständige Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen vor. Ebenso sind von der Armee erteilte Zulassungen für die ausländischen und kantonalen Aufsichtsbehörden nicht bindend.

Demgegenüber beaufsichtigen die kantonalen Gesundheitsbehörden innerhalb des Kantonsgebiets jeweils sämtliche Gesundheitsfachpersonen und die öffentlich-rechtlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen ausserhalb ihrer eigenen Organisationseinheit. Öffentlich-rechtliche Gesundheitseinrichtungen der Kantone sind heutzutage nahezu immer rechtlich verselbstständigt (z.B. als öffentlich-rechtliche Körperschaften oder als spezialgesetzliche Aktiengesellschaften).²⁰

Die Kantone erteilen nicht nur gesundheitspolizeiliche Bewilligungen für Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen, sondern sind auch für deren Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Beaufsichtigung mitsamt Führung von Spital- und Pflegeheimlisten

¹⁷ Art. 60 Abs. 1 BV.

¹⁸ Häfelin/Müller/Uhlmann, Rz. 450 ff.

¹⁹ Vgl. Art. 10 Anhang I FZA und Art. 1 Abs. 3 Bundesgesetz vom 6. Oktober 1995 über den Binnenmarkt (Binnenmarktgesetz, BGBM; SR 943.02).

²⁰ Vgl. etwa § 8 Spitalgesetz Kanton Basel-Landschaft vom 17. November 2011 (SGS 930) und § 7 Spitalgesetz Kanton Luzern vom 11. September 2006 (SRL Nr. 800a).

besorgt.²¹ Im Bereich des militärischen Gesundheitswesens entfällt eine solche Zulassung zulasten der OKP, da das KVG lediglich für den zivilen Sektor gilt. Demgegenüber gilt im Bereich der Armee der Versicherungsschutz gemäss der Militärversicherung (MV).²² Solange durch die MV versicherte Personen durch das armeeeigene militärische Gesundheitswesen behandelt werden, bestehen keine spezifischen Zulassungsvoraussetzungen für die entsprechenden militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen sowie für die Einrichtungen des militärischen Gesundheitswesens. Werden Leistungen der MV jedoch durch armeeexterne Personen und Einrichtungen erbracht, stellt die Militärversicherungsgesetzgebung hierfür entsprechende Zulassungsvoraussetzungen für die Tätigkeit zulasten der MV auf.²³

Des Weiteren sind die zivilen Gesundheitsbehörden für die Genehmigung von zwischen Versicherern und Leistungserbringern abgeschlossenen Tarifverträgen zuständig, wobei sie die betreffenden Tarife bei Uneinigkeit hoheitlich festsetzen.²⁴ Im Bereich des militärischen Gesundheitswesens werden durch die MV lediglich im Bereich der militärexternen Leistungserbringung entsprechende Tarifverträge ausgehandelt.²⁵

Überdies kommen dem Kanton und in den meisten Kantonen auch den Gemeinden massgebliche Mitfinanzierungspflichten in Bezug auf die Leistungen der OKP betreffend stationäre Spitalbehandlungen und Leistungen im Bereich der Langzeitpflege zu.²⁶ Das Bundesparlament hat am 22. Dezember 2023 eine Teilrevision des KVG beschlossen, wonach künftig eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) erfolgen soll. Die Kantone sollen neu für mindestens 26.9 Prozent und die Krankenversicherer über die Prämien höchstens für 73.1 Prozent der Leistungskosten aufkommen. Versicherte müssen weiterhin einen spezifischen Beitrag für Leistungen der Langzeitpflege bezahlen, wobei die Kantone diesen Beitrag übernehmen können.²⁷ Die betreffende Gesetzesvorlage wurde an der Volksabstimmung vom 24. November 2024 angenommen.

²¹ Art. 36 ff. Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.11).

²² Art. 59 Abs. 5 BV und Art. 1a Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG; SR 833.1).

²³ Art. 17 und Art. 22 MVG sowie Art. 10 ff. Verordnung vom 10. November 1993 über die Militärversicherung (MVV; SR 833.11).

²⁴ Art. 43 Abs. 4, Art. 46 Abs. 4 und Art. 47 Abs. 1 KVG.

²⁵ Art. 17 Abs. 3 und Art. 26 MVG sowie Art. 13 ff. MVV.

²⁶ Art. 25a Abs. 1 und 5 sowie Art. 49a KVG.

²⁷ BBl 2024 31.

III. Weitere aktuelle Gesetzgebungsprojekte mit Auswirkungen auf das militärische Gesundheitswesen

I. Änderung des EpG

Mit Art. 35 MG existiert für die Armee bzw. das militärische Gesundheitswesen betreffend den Schutz vor schweren und vor übertragbaren Krankheiten eine spezifische Rechtsgrundlage.²⁸ Demnach erlässt der Bundesrat Vorschriften über den Schutz vor schweren und vor übertragbaren Krankheiten in der Armee. Er regelt dabei die Massnahmen und die Zuständigkeiten unter Berücksichtigung der Bestimmungen der eidgenössischen Epidemien- und Tierseuchengesetzgebung. Er kann für die Ausübung von Funktionen der Armee mit erhöhtem Infektionsrisiko vorbeugende Blutuntersuchungen und Impfungen verlangen. Ferner kann er vorsehen, dass Stellungspflichtigen und Angehörigen der Armee freiwillige Blutuntersuchungen und Impfungen angeboten werden.

Die konkreten Massnahmen sind in der Verordnung vom 25. Oktober 1955 über seuchenpolizeiliche Massnahmen der Armee (SR 510.35) festgelegt. Sie unterscheiden sich materiell – abgesehen von den uneinheitlich verwendeten Begrifflichkeiten – nicht erheblich von den im EpG vorgesehenen Massnahmen. Es liegt auf der Hand, dass den Besonderheiten der Armee im konkreten Einzelfall bei Bedarf angemessen Rechnung getragen werden können muss. Zur Sicherstellung der Einsatzbereitschaft der Armee sind die für den zivilen Bereich geltenden Vorschriften je nach Ausgangslage entweder zu lockern (z.B. keine Melde- und Quarantänepflicht von Angehörigen der Armee, die aus Risikogebieten einreisen) oder zu verschärfen (z.B. FFP2-Maskenpflicht, strengere Vorgaben in Bezug auf das Social Distancing). Ferner bedient sich die Armee – anders als im zivilen Bereich – nicht primär der rechtlichen Handlungsform

²⁸ Vgl. Art. 58 Tierseuchengesetz vom 1. Juli 1966 (TSG; SR 916.40), wonach die Vorschriften des Bundes über Tiere, die in militärischen Kursen, Truppenübungen oder Aufgeboten verwendet oder mitgeführt werden, vorbehalten bleiben. Für gegen Tollwut geimpfte Armeehunde gelten während des Dienstes in Bezug auf Massnahmen im Sperrgebiet Sondervorschriften (Art. 147 Abs. 1 Bst. g Tierseuchenverordnung vom 27. Juni 1995 [TSV; SR 916.401]). Die militärischen Organe melden den Ausbruch einer Seuche bei Tieren der Armee unverzüglich dem Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) und den betroffenen Kantonen. Die übrigen tierseuchenpolizeilichen Massnahmen der Armee und der Anstalten der Militärverwaltung richten sich nach der Verordnung über die seuchenpolizeilichen Massnahmen der Armee (Art. 299 TSV).

der (Allgemein-)Verfügung, sondern primär spezifischer militärischer Handlungsformen (z.B. Dienstbefehle oder Weisungen).²⁹

Es ist grundsätzlich unbestritten, dass die Epidemiengesetzgebung punktuell auf die Armee anwendbar ist. Jedoch werden die Armee und die Oberfeldärztin bzw. der Oberfeldarzt im EpG – abgesehen von Art. 73 Abs. 2 Bst. c EpG betreffend die Kostenübernahme für die Abgabe von Heilmitteln – nicht spezifisch erwähnt. Vereinzelt, auf die Armee Bezug nehmende Vorschriften finden sich aber in weiteren Bestimmungen.³⁰ Einzig in den Gesetzesmaterialien zum EpG wurde ausdrücklich auf die Armee und die Oberfeldärztin bzw. den Oberfeldarzt Bezug genommen. Demnach nimmt in der Armee die Oberfeldärztin bzw. der Oberfeldarzt die Aufgaben einer Kantonsärztin bzw. eines Kantonsarztes wahr. Sie bzw. er setzt die gesundheitspolizeilichen Massnahmen in Absprache mit den betroffenen Kantonsärztinnen und Kantonsärzten um.³¹

Der Bundesrat hat dem Bundesparlament am 20. August 2025 eine Teilrevision des EpG überwiesen.³² Mit der betreffenden Vorlage sollen zahlreiche, auf während der Covid-19-Epidemie gemachten Erfahrungen beruhende Anpassungen vorgenommen werden. Auf Anregung der Sanität hin, welche bei der Erarbeitung des Normtextes und der Erläuterungen massgeblich beteiligt war, sollen zudem die Armee und deren Rolle bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten des Menschen sowie die gegenseitige Information, Koordination sowie die Zusammenarbeit der zuständigen militärischen und zivilen Behörden in einem neuen Art. 77a E-EpG geregelt und in Art. 35 Abs. 2 MG in Bezug auf Anordnungen von Impfungen im Bereich der Armee optimiert werden. Erwähnenswert ist überdies der ebenfalls für das militärische Gesundheitswesen anwendbare Art. 37a E-EpG, wonach eine Obduktion angeordnet werden kann, wenn eine übertragbare Krankheit ausschliesslich so nachweisbar ist und dies zum Schutz der öffentlichen Gesundheit (z.B. zur Verhütung der Übertragung aller Formen der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit) erforderlich ist.

Einerseits wird auf Gesetzesstufe neu festgehalten, dass die Bestimmungen des EpG unter Vorbehalt von Art. 35 MG auf die Armee anwendbar sind. Es handelt sich diesbezüglich um Vollzugskompetenzen der Armee, die durch

²⁹ Botschaft des Bundesrates vom 20. August 2025 zur Änderung des Epidemiengesetzes, BBl 2025 3117 (zit. Bundesrat, Botsch. EpG), 208.

³⁰ Art. 10, Art. 12 Abs. 3, Art. 63 Abs. 1, Art. 82 Bst. d, Art. 84 Bst. c, Art. 90 Abs. 2 und Art. 94 Abs. 1 Bst. c Verordnung vom 29. April 2015 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV; SR 818.101.1).

³¹ Bundesrat, Botsch. EpG, 207.

³² Die Unterlagen sind abrufbar unter <<https://www.bag.admin.ch/de/revision-epidemien-gesetz>>.

diese nur insoweit und solange wahrgenommen werden, wie die Einsatzfähigkeit der Armee zwingend gewährleistet sein muss. Sofern die Armee keine spezifischen Massnahmen angeordnet hat, gelten grundsätzlich die betreffenden Massnahmen der zivilen Behörden des Bundes und der Kantone. Die Abgrenzung der Kompetenzen der Armee von jenen der zivilen Behörden kann sich im Einzelfall als überaus schwierig erweisen. Die Vollzugskompetenzen der Armee erstrecken sich auf Personen, die regelmässig für sie tätig sind.³³ Ferner wird klargestellt, dass die Oberfeldärztin bzw. der Oberfeldarzt die Aufgaben einer Kantonsärztin bzw. eines Kantonsarztes wahrnimmt.³⁴ Überdies haben die zuständigen militärischen und zivilen Behörden die gegenseitige Information sicherzustellen, ihre Tätigkeiten und Massnahmen zu koordinieren und im Rahmen ihrer Zuständigkeiten zusammenzuarbeiten.³⁵ Der Bundesrat kann überdies Vorschriften über das Vorgehen bei Zuständigkeitskonflikten zwischen militärischen und zivilen Behörden erlassen.³⁶ Generell gilt, dass allfällige Zuständigkeitskonflikte und anderweitige Uneinigkeiten zwischen den zuständigen militärischen und zivilen Behörden, wenn immer möglich, einvernehmlich und konsensual angegangen werden sollen. Im konkreten Einzelfall ist stets eine Interessenabwägung zwischen dem nationalen Interesse an der Gewährleistung der Einsatzbereitschaft der Armee und den betroffenen Interessen der zuständigen zivilen Behörden vorzunehmen.³⁷

Die aus dem Jahr 1955 stammende Verordnung über seuchenpolizeiliche Massnahmen der Armee soll im Nachgang zur Teilrevision des EpG totalrevidiert und den heutigen Verhältnissen angepasst werden.

2. Umfassende Revision des EPDG

Der Bundesrat hat am 28. Juni 2023 eine umfassende Revision des EPDG in die Vernehmlassung geschickt.³⁸ Die Vernehmlassungsfrist dauerte bis am 19. Oktober 2023. Neu war vorgesehen, dass das EPDG – nebst den im zivilen Bereich zulasten der OKP tätigen Leistungserbringern – auch die für die Beurteilung der Tauglichkeit für den Militärdienst zuständigen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen gemäss MG erfassen soll. Diese sollen verpflichtet werden, behandlungsrelevante Daten im elektronischen Patientendossier zu

³³ Art. 77a Abs. 1 E-EpG; Bundesrat, Botsch. EpG, 208.

³⁴ Art. 77a Abs. 2 E-EpG.

³⁵ Art. 77a Abs. 3 E-EpG.

³⁶ Art. 77a Abs. 4 E-EpG.

³⁷ Bundesrat, Botsch. EpG, 209.

³⁸ Die Vernehmlassungsunterlagen sind abrufbar unter <<https://www.fedlex.admin.ch/de/consultation-procedures/ended/2023>>.

dokumentieren.³⁹ Zudem soll der Kanton für die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers für jede Person mit Wohnsitz in seinem Hoheitsgebiet, die nach dem MVG versichert ist, sorgen.⁴⁰

Der Autor bemängelte den Vernehmlassungsentwurf dahingehend, dass einerseits im Bereich des militärischen Gesundheitswesens nicht nur Beurteilungen der Tauglichkeit für den Militärdienst vorgenommen würden. Vielmehr würden verschiedene Patientinnen und Patienten (z.B. kranke oder verunfallte Angehörige der Armee oder im Rahmen von Einsätzen oder Übungen behandelte zivile Patientinnen und Patienten) unabhängig von einer Tauglichkeitsbeurteilung behandelt. Damit entfele für die übrigen Bereiche auch die Pflicht zur Erfassung behandlungsrelevanter Daten gemäss EPDG ausserhalb des Bereichs der Tauglichkeitsüberprüfungen. Fraglich sei andererseits, ob die laufende Revision die Regelungen der neu geplanten VMiGw betreffend die Zulassung von militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen bereits berücksichtige. Überdies wies er darauf hin, dass für die Bearbeitung von bzw. den Umgang mit medizinischen Daten in der Armee bereits spezialgesetzliche Rechtsgrundlagen im MIG bestehen würden. Im Bereich des militärischen Gesundheitswesens tätige Personen, insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen, seien verpflichtet, die Patientendaten fortlaufend in sog. San Dossiers aufzuzeichnen. Letztere würden elektronisch im von der Gruppe Verteidigung geführten Medizinischen Informationssystem der Armee (MEDISA) archiviert. Des Weiteren würden die Datenbeschaffung, -bekanntgabe und -aufbewahrung im MIG geregelt.⁴¹ Allenfalls würde es sich als zweckmässig erweisen, zwischen dem Informationssystem «Elektronisches Patientendossier» und dem MEDISA sowie gegebenenfalls den übrigen relevanten Informationssystemen des VBS mit Gesundheitsdaten⁴² eine Schnittstelle zu implementieren. In den Erläuterungen zur geplanten Änderung des EPDG würden jedoch keine Ausführungen in Bezug auf die Handhabung des elektronischen Patientendossiers im Kontext der Armee gemacht. Vor diesem Hintergrund empfahl der Autor, die betreffende Thematik im Rahmen der Überarbeitung des Vernehmlassungsentwurfs zum EPDG vordringlich nochmals vertieft zu klären.⁴³

Erfreulicherweise ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Anschluss an die öffentliche Vernehmlassung an die Sanität des VBS herangetreten und lud

³⁹ Art. 2 Bst. b und Art. 9 Abs. 1^{bis} VE-EPDG.

⁴⁰ Art. 3 Abs. 1 Bst. a VE-EPDG.

⁴¹ Vgl. Art. 24 ff. MIG.

⁴² Dabei handelt es sich insbesondere um die Informationssysteme Patientenerfassung (Art. 30 ff. MIG) und Flugmedizin (Art. 42 ff. MIG).

⁴³ Widmer, Rz. 37 f.

diese zur Mitarbeit in Bezug auf den Normtext und die zugehörigen Erläuterungen ein. Neu sollen sämtliche militärischen Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitseinrichtungen integral vom Geltungsbereich des EDPG erfasst werden. Überdies ist vorgesehen, dass die Gruppe Verteidigung für den Anschluss der militärischen Gesundheitsfachpersonen und der militärischen Gesundheitseinrichtungen sowie der relevanten Informationssysteme des VBS an das Informationssystem «Elektronisches Patientendossier» sorgt. Sie soll Ausnahmen vom Anschluss vorsehen können. Ferner soll es möglich sein, aufgrund überwiegender Sicherheits- und Geheimhaltungsinteressen der Armee keine Daten im Informationssystem «Elektronisches Patientendossier» zu erfassen. Die betreffende Gesetzesvorlage soll voraussichtlich im Herbst 2025 an das Bundesparlament überwiesen werden.

3. Änderung des MG

Der Bundesrat hat dem Bundesparlament am 7. März 2025 eine Teilrevision des MG überwiesen.⁴⁴ Die Gesetzesvorlage beinhaltet neben zahlreichen anderen Anpassungen eine Änderung von Art. 48b MG, welcher gegenwärtig die «Aus- und Weiterbildung militärischer Medizinalpersonen» zum Gegenstand hat. Erwähnt werden neben militärischen Medizinalpersonen, namentlich Militärärztinnen und -ärzten, auch «andere Kaderpersonen der Gesundheitsberufe».⁴⁵

Künftig sollen einerseits nicht lediglich die Aus- und Weiterbildung, sondern auch die Fortbildung in Art. 48b MG ausdrücklich erwähnt werden. Die Fortbildung ist in der Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufegesetzgebung des Bundes und in zahlreichen kantonalen Gesundheitserlassen als Berufspflicht verankert.⁴⁶ Andererseits ist vorgesehen, dass die Aus-, Weiter- und Fortbildung neu in Bezug auf sämtliche Personen mit einer Tätigkeit im militärischen Gesundheitswesen geregelt wird und nicht lediglich für militärische Medizinalpersonen und «andere Kaderpersonen der Gesundheitsberufe».⁴⁷ Dadurch wird gewährleistet, dass künftig sämtliche für das mi-

⁴⁴ Botschaft des Bundesrates vom 7. März 2025 zur Änderung des Militärgesetzes, der Verordnung der Bundesversammlung über die Verwaltung der Armee und der Armeeorganisation, BBl 2025 960 (zit. Bundesrat, Botsch. MG 2025) und BBl 2025 961.

⁴⁵ Art. 48b Abs. 2 MG.

⁴⁶ Art. 40 Bst. b Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11), Art. 27 Bst. b Bundesgesetz vom 18. März 2011 über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG; SR 935.81) und Art. 16 Bst. b Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG; SR 811.21) sowie anstatt vieler § 24 Abs. 1 Bst. a GesG-LU.

⁴⁷ Art. 48b Abs. 1 und 2 Bst. a E-MG.

litärische Gesundheitswesen relevanten Berufsgruppen erfasst werden. Die Terminologie «Gesundheitsberufe» erweist sich seit dem Inkrafttreten des GesBG, welches lediglich sieben Berufsgattungen abdeckt, als zu wenig umfassend.⁴⁸

Des Weiteren sollen die bestehenden Regelungslücken betreffend die Forschung im Bereich der Militär- und Katastrophenmedizin geschlossen werden. Dem Bund soll ausdrücklich die Kompetenz eingeräumt werden, die Forschung im Bereich der Militär- und Katastrophenmedizin in Bezug auf das militärische Gesundheitswesen zu fördern und zu steuern. Es ist vorgesehen, dass das Kompetenzzentrum für Militär- und Katastrophenmedizin neu ebenfalls hinsichtlich von Forschungstätigkeiten, insbesondere im Bereich der Ressortforschung, Dritte beauftragen kann. Die zivile katastrophenmedizinische Forschung richtet sich demgegenüber ausschliesslich nach der Bevölkerungsschutzgesetzgebung.⁴⁹

Die betreffende Gesetzesvorlage wurde mittlerweile am 18. Juni 2025 im Ständerat und am 15. September 2025 im Nationalrat beraten. Sie befindet sich nun zur erneuten Beratung im Ständerat. Die geplanten Änderungen von Art. 48b MG haben, soweit ersichtlich, nicht zu vertieften Diskussionen geführt.

IV. Entwurf VMiGw

1. Anwendbarkeit ziviler bundesrechtlicher Erlasse

Vor der Ausarbeitung der VMiGw wurde geklärt, ob und falls ja, in welchem Umfang die bundesrechtlichen Gesundheitserlasse sowie weitere Bundeserlasse mit gesundheitsrechtlichem Bezug auf das militärische Gesundheitswesen anwendbar sind. Hinsichtlich der auf das militärische Gesundheitswesen anwendbaren Bundeserlasse wurde geprüft, ob allenfalls spezifisches Ausführungs- bzw. Vollzugsrecht für den Bereich der Armee zu erlassen ist. Bei nicht auf das militärische Gesundheitswesen anwendbaren Bundeserlassen musste analysiert werden, ob und falls ja, in welchem Umfang eigenständige Regelungen für den Bereich der Armee geschaffen werden müssen. Aufgrund der durchgeführten Analysen konnten drei verschiedene Kategorien gebildet werden. Dabei handelt es sich einerseits um Erlasse, die integral auf das militärische Gesundheitswesen anwendbar sind (Kategorie 1). Darunter fallen insbesondere folgende Erlasse:

⁴⁸ Bundesrat, Botsch. MG 2025, 45.

⁴⁹ Art. 48b Abs. 2 Bst. b und Abs. 3 E-MG; Bundesrat, Botsch. MG 2025, 46.

- Bundesgesetz vom 15. Juni 2018 über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG; SR 810.12),
- Bundesgesetz vom 8. Oktober 2004 über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz; SR 810.21),
- Bundesgesetz vom 30. September 2011 über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG; SR 810.30),
- Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21),
- Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG; SR 812.121),
- Bundesgesetz vom 20. Juni 2014 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG; SR 817.0),
- Bundesgesetz vom 18. März 2016 über die Registrierung von Krebserkrankungen (Krebsregistrierungsgesetz, KRG; SR 818.33),
- Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB; SR 311.0),
- Militärstrafgesetz vom 13. Juni 1927 (MStG; SR 321.0).

Andererseits handelt es sich um Erlasse, die punktuell auf das militärische Gesundheitswesen anwendbar sind (Kategorie 2). Hierzu zählen insbesondere das EpG und das TSG. Des Weiteren existieren Erlasse, die nicht auf das militärische Gesundheitswesen anwendbar sind (Kategorie 3). Unter diese Kategorie fallen das MedBG, das PsyG und das GesBG⁵⁰ sowie gegenwärtig noch das EPDG.

2. Grundsätzliche Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens

Die Vernehmlassungsvorlage wurde von sämtlichen Vernehmlassungsteilnehmenden im Grundsatz begrüsst. Ferner wurden von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden punktuelle Anpassungen gewünscht. Es erfolgten im Anschluss verschiedene Klärungen offener Punkte. Ferner sollen punktuelle Anpassungen im Normtext erfolgen. Nachfolgend soll ein kurzer Überblick über die zentralen Rückmeldungen aus der Vernehmlassung gegeben werden.

Die Kantone weisen darauf hin, dass der Informationsaustausch zwischen den militärischen und den zivilen Aufsichtsbehörden eine zentrale Schnittstelle zwischen dem militärischen und dem zivilen Gesundheitswesen darstelle. Vor diesem Hintergrund sei mittelfristig zu prüfen, ob die Sanität Zugang zu den Berufsregistern des Bundes (Medizinalberuferegister [MedReg], Psychologieberuferegister [PsyReg] und Gesundheitsberuferegister [GesReg]) und zum interkantonalen Berufsregister (Nationales Register der Gesund-

⁵⁰ Vgl. dazu ausführlich Widmer, Rz. 19 ff.; siehe ferner in diesem Band [Kaufmann/Wyss, 61 ff.](#)

heitsberufe [NAREG]) erhalten sollte. Des Weiteren wird seitens der Kantone gewünscht, dass die zivilen Aufsichtsbehörden im Rahmen der Aufsichtstätigkeiten der militärischen Aufsichtsbehörden im Bereich der Schnittstellen zwingend miteinbezogen würden. Die Sanität wird zusammen mit dem BAG und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) prüfen, ob eine Anbindung des militärischen Gesundheitswesens an die vorgenannten Berufsregister von sämtlichen beteiligten Stellen mitgetragen wird sowie zweckmässig und technisch machbar ist. Während einer ersten Phase ist mit den vorgeschlagenen Regelungen zum Informationsaustausch zu arbeiten. Es soll in der VMiGw überdies eine zusätzliche Bestimmung betreffend die Zusammenarbeit der militärischen und zivilen Aufsichtsbehörden geschaffen werden.

Ferner wurde seitens der Sanität nochmals eingehend dargelegt, weshalb für die Armee betreffend den Umgang mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Betäubungsmitteln punktuell angepasste Regelungen erforderlich sind. Über sämtliche Kantone hinweg zersplitterte kantonale Bewilligungs- und Aufsichtszuständigkeiten erweisen sich nicht als zielführend. Das Einsetzen einer unabhängigen, neutralen Aufsichtsstelle ist nicht erforderlich, da die Sanität fachlich ohne Weiteres in der Lage ist, ihre eigenen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sowie ihre Einrichtungen – wie bis anhin – selbst adäquat zu beaufsichtigen. Die betreffende Aufsichtsbehörde der Sanität wird denn auch weisungsgebunden sein.

Die Kantone wünschen, dass sie als für die Planung der Spitalversorgung der Bevölkerung zuständigen Behörden über den Abschluss von Leistungsvereinbarungen zwischen der Gruppe Verteidigung und Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens zwecks Sicherstellung der ambulanten und stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten des militärischen Gesundheitswesens informiert und diesbezüglich in die Verhandlungen miteinbezogen werden. Entsprechende Leistungsvereinbarungen hätten gerade bei stationären zivilen Gesundheitseinrichtungen massgebliche Auswirkungen auf deren Auslastung und Kapazitäten. Vor diesem Hintergrund soll Art. 43 VE-VMiGw mit einem neuen Absatz ergänzt werden, wonach die betroffenen zivilen Aufsichtsbehörden über abgeschlossene Leistungsvereinbarungen informiert werden.

Ausserdem wurde verschiedenenorts der Geltungsbereich der VMiGw geklärt. Das militärische Gesundheitswesen soll im Rahmen der umfassenden Revision des EPDG neu integral von dessen Geltungsbereich erfasst werden. Eine Regelung zum elektronischen Patientendossier in der VMiGw ist deshalb nicht erforderlich. Das Anliegen, die Versorgung des zivilen Gesundheitswesens mit Arzneimitteln bei Lieferengpässen durch die Armeeapotheke zu gewährleis-

ten, wird im Rahmen einer separaten Revision des HMG umgesetzt. Zudem wird das militärische Epidemien- und Tierseuchenrecht in der Verordnung über seuchenpolizeiliche Massnahmen der Armee geregelt und bildet nicht Bestandteil der VMiGw.

3. Geltungsbereich der Verordnung und Abgrenzungen

Die VMiGw orientiert sich in Bezug auf deren systematische Gliederung an den Vorschriften des kantonalen Gesundheitsrechts und regelt unter anderem folgende Bereiche:

- die Aufgaben im Bereich des militärischen Gesundheitswesens,
- die Zulassungsvoraussetzungen für militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen sowie die fachlichen Voraussetzungen für weitere Personen, die im Bereich des militärischen Gesundheitswesens tätig sind,
- die Pflichten von militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen,
- die Voraussetzungen für den Betrieb von Einrichtungen des militärischen Gesundheitswesens,
- die durch das militärische Gesundheitswesen zugunsten von Dritten erbrachten Leistungen und die Voraussetzungen für das Erbringen entsprechender Leistungen,
- die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten,
- den Umgang mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Betäubungsmitteln,
- die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens,
- die Aufsicht sowie die Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen,
- die Bearbeitung von Personendaten zur Erfüllung der Aufgaben im Bereich des militärischen Gesundheitswesens.

Nebst dem militärischen Epidemien- und Tierseuchenrecht wird auch der Bereich «Lebensmittel» nicht in der VMiGw geregelt. In Art. 41 LMG ist betreffend den Vollzug der eidgenössischen Lebensmittelgesetzgebung in der Armee eine besondere Regelung vorgesehen. Für die Lebensmittelkontrolle in ortsfesten Anlagen, die von der Armee benützt werden, zieht der Bund – soweit möglich – die zivilen Vollzugsorgane der Kantone, welche diesbezüglich als Bundeskontrollorgane fungieren, als Fachleute bei. Im Übrigen sorgt die Armee selbst für die Einhaltung der Lebensmittelgesetzgebung. Der Bundesrat

regelt die Einzelheiten und das Verfahren.⁵¹ Die weiteren Modalitäten werden in militärspezifischen Verordnungen geregelt.⁵²

4. Ausgewählte Themenbereiche der VMiGw⁵³

- a) Berufsausübung von im Bereich des militärischen Gesundheitswesens tätigen Personen
- aa) *Anforderungen an im Bereich des militärischen Gesundheitswesens tätige Personen*

Da die Vorschriften des MedBG, des PsyG und des GesBG sowie jene der kantonalen Gesetzgebungen betreffend die Berufsausübung auf die Armee nicht anwendbar sind, hat die Normierung der fachlichen und persönlichen Voraussetzungen für sämtliche Personen mit einer Tätigkeit im Bereich des militärischen Gesundheitswesens – in Anlehnung an die Regelungen des zivilen Gesundheitswesens – schweizweit einheitlich in der VMiGw zu erfolgen.⁵⁴

Hinsichtlich der konkreten Anforderungen muss einerseits zwischen militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen sowie weiteren (Hilfs-)Personen (z.B. im Bereich des militärischen Gesundheitswesens tätige Soldatinnen und Soldaten) differenziert werden. Andererseits ist danach zu unterscheiden, ob militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen in eigener fachlicher Verantwortung oder unter der fachlichen Verantwortung von Personen derselben Berufsgattung⁵⁵ tätig sind. Die Terminologie «in eigener fachlicher Verantwortung» lehnt sich an die Medizinal-, Psycholo-

⁵¹ Art. 41 LMG.

⁵² Verordnung vom 8. Dezember 1997 über die Lebensmittelkontrolle in der Armee (VLKA; SR 817.45) und Verordnung vom 22. Januar 1998 über die Lebensmittel-Selbstkontrolle in der Armee und ihre Überprüfung (SR 817.451).

⁵³ Ausführlich zum Ganzen Widmer, Rz. 44 ff.

⁵⁴ Art. 6 ff. VE-VMiGw.

⁵⁵ Eine militärische Medizinalperson oder Gesundheitsfachperson ist «unter fachlicher Verantwortung» tätig, wenn sie unter der fachlichen Verantwortung und Aufsicht einer im Bereich des militärischen Gesundheitswesens zur Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung zugelassenen militärischen Medizinalperson oder Gesundheitsfachperson derselben Berufsgattung steht (z.B. Beaufsichtigung einer Ärztin bzw. eines Arztes durch eine Ärztin bzw. einen Arzt). Eine permanente, direkte und persönliche Aufsicht vor Ort ist jedoch nicht erforderlich. Es ist ausreichend, dass die beaufsichtigende Person jederzeit erreichbar ist und innert nützlicher Frist vor Ort sein kann. Es ist – im Unterschied zum zivilen Sektor – nicht zwingend erforderlich, dass die beaufsichtigende Ärztin oder der beaufsichtigende Arzt über denselben Facharztstitel wie die beaufsichtigte Ärztin oder der beaufsichtigte Arzt verfügt.

gie- und Gesundheitsberufegesetzgebung an, wobei der Begriff in inhaltlicher Hinsicht aufgrund der besonderen dezentralen Strukturen im Bereich des militärischen Gesundheitswesens anders auszulegen ist und die Führungsspanne entsprechend grösser ist.⁵⁶

Aus Gründen der Flexibilität werden die militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen auf Verordnungsebene nicht namentlich aufgezählt. Vielmehr wird auf die einschlägigen Bundesgesetze (MedBG, PsyG, GesBG und KVG), die Interkantonale Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen (IKV⁵⁷) sowie auf weitere bundesrechtliche oder interkantonale Vorschriften verwiesen. Ferner ist eine Generalklausel vorgesehen, wonach als militärische Gesundheitsfachperson ebenfalls Personen mit einer Tätigkeit gelten, die gemäss weiteren bundesrechtlichen oder interkantonalen Vorschriften als bewilligungspflichtig bezeichnet wird. Ausserdem kann die Sanität Personen mit anderen Tätigkeiten, die mit einer qualifizierten Funktion im Bereich des militärischen Gesundheitswesens mit entsprechender Ausbildung verbunden sind und im Bereich des zivilen Gesundheitswesens nicht existieren, als militärische Gesundheitsfachpersonen bezeichnen. Es handelt sich hierbei ausschliesslich um Angehörige der Armee mit einer militärspezifischen Ausbildung (z.B. Einheitssanitäterinnen und -sanitäter).⁵⁸

In der VMiGw soll für alle militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen – ungeachtet dessen, ob diese in eigener fachlicher Verantwortung oder unter fachlicher Verantwortung tätig sind – ein gesundheitspolizeiliches Zulassungsverfahren mit persönlichen und fachlichen (Zulassungs-)Voraussetzungen vorgesehen werden.⁵⁹ Die betreffenden Voraussetzungen, insbesondere die fachlichen Anforderungen, orientieren sich massgeblich an den für den zivilen Bereich geltenden Vorgaben.⁶⁰ Für Personen mit einer im MedBG, PsyG oder im GesBG geregelten Tätigkeit sind die fachlichen Voraussetzungen der betreffenden Erlasse massgebend. Für Ärztinnen und Ärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sowie Apothekerinnen und Apotheker soll jedoch aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels nicht zwingend ein eidgenössischer oder eidgenössisch anerkannter Weiterbildungstitel erforderlich sein. Bei Per-

⁵⁶ Vgl. Art. 34 und Art. 36 Abs. 1 und 2 MedBG, Art. 22 PsyG sowie Art. 11 und Art. 12 Abs. 1 GesBG.

⁵⁷ Die Interkantonale Vereinbarung vom 18. Februar 1993 über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen kann bei der Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektorinnen und -direktoren abgerufen werden unter www.edk.ch > Dokumentation > Rechtstexte und Beschlüsse > Rechtssammlung > 4.1.1 Interkantonale Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen vom 18. Februar 1993.

⁵⁸ Art. 6 VE-VMiGw.

⁵⁹ Art. 7 f. VE-VMiGw.

⁶⁰ Art. 7 Abs. 1 VE-VMiGw.

sonen, die im KVG als Leistungserbringer bezeichnet werden, richten sich die fachlichen Voraussetzungen nach dessen Vorgaben, wobei die Anforderungen des KVG in Bezug auf die praktische Tätigkeit nach Abschluss der Ausbildung nicht gelten. Für Personen mit einer im Anhang der IKV angeführten Tätigkeit sind mit punktuellen Ausnahmen die fachlichen Voraussetzungen gemäss der IKV einschlägig. Für militärische Gesundheitsfachpersonen, die gemäss weiteren eidgenössischen oder interkantonalen Erlassen einer Bewilligungspflicht unterstellt sind, gelten die fachlichen Voraussetzungen der betreffenden Erlasse. Bei Personen mit ausschliesslich in der Armee – hingegen nicht im zivilen Gesundheitswesen – existierenden Tätigkeiten, die von der Sanität als militärische Gesundheitsfachperson bezeichnet werden, sind die fachlichen Voraussetzungen nach den jeweiligen militärischen Aus- und Weiterbildungsreglementen zu beachten.⁶¹ Die Sanität kann in begründeten Fällen (z.B. in Kriegssituationen, bei Tätigkeit in zahlreichen verschiedenen Kantonen oder aufgrund des Fachkräftemangels) Ausnahmen von den fachlichen Voraussetzungen und den Sprachkenntnissen oder zusätzliche fachliche Voraussetzungen vorsehen.⁶² Für unter fachlicher Verantwortung tätige militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen gelten in Bezug auf die fachlichen Voraussetzungen punktuelle Erleichterungen.⁶³

Es wird nicht zwingend ein separates formelles Bewilligungsverfahren wie im zivilen Bereich vorgeschrieben. Es ist ausreichend, dass die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen von militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen vor der Aufnahme der betreffenden Tätigkeit durch die Sanität geprüft werden (z.B. im Rahmen eines Mitberichts der Sanität an die betreffende Stelle des VBS). Diesbezüglich hat eine angemessene Koordination zwischen den für die Rekrutierung, die Anstellung und die Beauftragung von militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen zuständigen Stellen des VBS und der Sanität zu erfolgen.⁶⁴

Ferner sind – in Anlehnung an die Regelungen des MedBG, des PsyG und des GesBG sowie der Kantone im Zusammenhang mit dem Entzug von Berufsausübungsbewilligungen – Vorschriften betreffend die Einschränkung und das Verbot der Tätigkeit vorgesehen. Sofern militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen, welchen die Tätigkeit eingeschränkt oder verboten wird, ebenfalls im Bereich des zivilen Gesundheitswesens tätig sind, ist die Sanität im Rahmen der Amtshilfe verpflichtet, die zivilen Aufsichtsbehörden über die Einschränkung oder das Verbot der Tätigkeit zu informieren.

⁶¹ Art. 7 Abs. 2 VE-VMiGw.

⁶² Art. 7 Abs. 3 VE-VMiGw.

⁶³ Art. 8 Abs. 2 VE-VMiGw.

⁶⁴ Art. 4 Abs. 2 VE-VMiGw.

Des Weiteren können die zivilen Aufsichtsbehörden der Sanität im Rahmen der Amtshilfe für eine Einschränkung oder ein Verbot der Tätigkeit erhebliche Vorfälle und Wahrnehmungen betreffend militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen melden, sofern dies gemäss kantonalem Recht zulässig ist.⁶⁵

Im Bereich des militärischen Gesundheitswesens sind – nebst den zugelassenen militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen – noch weitere Personen tätig. Diese unterstützen die militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen im Rahmen ihrer Tätigkeit und werden von diesen beaufsichtigt (z.B. Soldatinnen und Soldaten mit spezieller Ausbildung, mit medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten sowie Pharma-Assistentinnen und -Assistenten vergleichbare Fachkräfte etc.). Die betreffenden Fachkräfte müssen über die erforderlichen beruflichen Kompetenzen verfügen und jeweils in zweckmässiger Weise instruiert werden. Ebenso können Praktikantinnen und Praktikanten beschäftigt werden.⁶⁶

bb) Pflichten der militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen

Die Pflichten der im Bereich des militärischen Gesundheitswesens tätigen Personen sind derzeit lediglich allgemein – ohne spezifischen Bezug auf medizinische oder pflegerische Tätigkeiten – in der Bundespersonal- und der Militärgesetzgebung geregelt.⁶⁷ Im Auftrag tätige militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen sind vertraglich zur sorgfältigen, getreuen und sachkundigen Vertragserfüllung verpflichtet. Diese allgemeinen Rechte und Pflichten, insbesondere die Berufspflichten, von Militärdienstpflichtigen, Angestellten und Beauftragten werden für den Bereich des militärischen Gesundheitswesens – in Anlehnung an die zivilen Vorgaben⁶⁸ – in der VMiGw präzisiert (z.B. sorgfältige und gewissenhafte Berufsausübung, Fortbildungspflicht, Wahrung des Berufsgeheimnisses, Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht, besondere Pflichten in Bezug auf die Telemedizin etc.).⁶⁹ Die betreffenden Pflichten gelten sowohl für in eigener fachlicher Verantwortung tätige als auch für unter fachlicher Verantwortung tätige militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen.

⁶⁵ Art. 9 VE-VMiGw.

⁶⁶ Art. 10 f. VE-VMiGw.

⁶⁷ Vgl. Art. 20 ff. Bundespersonalgesetz vom 24. März 2000 (BPG; SR 172.220.1), Art. 89 ff. Bundespersonalverordnung vom 3. Juli 2001 (BPV; SR 172.220.111.3) und Art. 32 f. MG.

⁶⁸ Vgl. Art. 40 MedBG, Art. 27 PsyG und Art. 16 GesBG.

⁶⁹ Art. 12 ff. VE-VMiGw.

b) Einrichtungen des Gesundheitswesens

Der Betrieb von Einrichtungen des militärischen Gesundheitswesens⁷⁰ wird – in Anlehnung an die für den zivilen Gesundheitssektor geltenden, gesundheitspolizeilichen Vorschriften⁷¹ – von der Erfüllung von generellen dienstleistungs- und infrastrukturbezogenen Voraussetzungen abhängig gemacht (z.B. Betreuung, Fachpersonal, Qualitätssicherungsmanagement etc.).⁷² Die Sanität hat als Aufsichtsbehörde zu gewährleisten, dass ihre Einrichtungen diese Anforderungen jederzeit uneingeschränkt erfüllen. Auf die Implementierung eines formellen Zulassungsverfahrens für Gesundheitseinrichtungen, wie dies die Kantone im zivilen Bereich kennen⁷³, soll verzichtet werden, da es sich um militäreigene Einrichtungen handelt.

c) Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten

Im zivilen Gesundheitswesen ergeben sich die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten einerseits aus dem Behandlungsvertrag.⁷⁴ Andererseits werden die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten in den kantonalen Gesundheitsgesetzen normiert.⁷⁵ Da es sich im Bereich des militärischen Gesundheitswesens um ein spezifisches, nicht den obgenannten Regelungen unterstehendes Verhältnis zwischen der militärischen Medizinalperson oder Gesundheitsfachperson und der Patientin oder dem Patienten handelt, werden die massgeblichen Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten – in Anlehnung an die zivilen Vorgaben – in der VMiGw geregelt.⁷⁶ Es handelt sich hierbei um folgende Regelungen:

⁷⁰ Als «Einrichtungen des militärischen Gesundheitswesens» bzw. als «durch die Armee betriebene sanitätsdienstliche Einrichtungen» werden in beispielhafter Weise die Medizinischen Zentren der Regionen und die Ambulatorien genannt. Diese Aufzählung ist nicht abschliessend. Auch mobile, temporäre Einrichtungen, die von den Truppen betrieben werden, fallen grundsätzlich unter Art. 16 VE-VMiGw. Im Allgemeinen gilt, dass das konkrete Tätigkeitsfeld der jeweiligen Einrichtung die konkreten Anforderungen an dessen Personal und Ausstattung bestimmt. Die Sanität kann die generellen Voraussetzungen für die verschiedenen Betriebsformen (z.B. Spital, Ambulatorium etc.) in Reglementen, Weisungen und Richtlinien konkretisieren.

⁷¹ Art. 39 Abs. 1 Bst. a–c KVG und Art. 51 ff. Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102); siehe ferner § 38 GesG-LU und § 22 GesG-SO.

⁷² Art. 16 VE-VMiGw.

⁷³ Vgl. § 37 GesG-LU und § 21 GesG-SO.

⁷⁴ Vgl. Art. 398 ff. Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220).

⁷⁵ Vgl. § 25 GesG-LU und §§ 26 ff. GesG-SO.

⁷⁶ Art. 18 ff. VE-VMiGw.

- Grundsätze (z.B. Handeln entsprechend anerkannter Berufsgrundsätze, Verhältnismässigkeit und Wirtschaftlichkeit, Ablehnung von Massnahmen in begründeten Fällen, Achtung und Wahrung der persönlichen Freiheit, der Würde und der Persönlichkeitsrechte der Patientinnen und Patienten, Recht auf Information und Selbstbestimmung)⁷⁷,
- Rechte von unheilbar kranken und sterbenden Patientinnen und Patienten⁷⁸,
- Rechte von Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen und Einrichtungen mit Tages- oder Nachstrukturen (z.B. Empfang und Ablehnen von Besuchen, seelsorgerische Betreuung, Informationspflicht)⁷⁹,
- Mitwirkungspflichten der Patientinnen und Patienten (z.B. allgemeine Mitwirkung an Untersuchungen und Behandlungen und Informationspflichten hinsichtlich des Gesundheitszustands, Pflicht zur Rücksichtnahme)⁸⁰,
- Vorzeitiger Austritt (auf Wunsch der Patientin oder des Patienten) und vorzeitige Entlassung oder Verlegung (durch die Institution) aus stationären Einrichtungen und Einrichtungen mit Tages- oder Nachtstrukturen⁸¹,
- Aufklärung und Einwilligung⁸²,
- Auskünfte in Bezug auf die Patientendokumentation⁸³,
- Obduktion⁸⁴.

Betreffend die Mitwirkungspflichten ist darauf hinzuweisen, dass für bestimmte Kategorien von Patientinnen und Patienten, wie insbesondere für militärdienstpflichtige Personen, spezialgesetzliche Mitwirkungspflichten existieren.⁸⁵ Eine spezielle Regelung gilt zudem für Angehörige der Armee. Sofern aufgrund des Zustands oder des Verhaltens einer oder eines Angehörigen der Armee das ernsthafte Risiko einer Gefährdung von sich selbst oder Dritten droht oder besteht (z.B. Bedrohung von anderen Angehörigen der Armee oder von Dritten), haben sich Angehörige der Armee einer von einer Militärärztin oder einem Militärarzt angeordneten Untersuchung zu unterziehen, in deren

⁷⁷ Art. 18 VE-VMiGw.

⁷⁸ Art. 19 VE-VMiGw.

⁷⁹ Art. 20 VE-VMiGw.

⁸⁰ Art. 21 VE-VMiGw.

⁸¹ Art. 22 f. VE-VMiGw.

⁸² Art. 24 f. VE-VMiGw.

⁸³ Art. 26 VE-VMiGw.

⁸⁴ Art. 27 VE-VMiGw.

⁸⁵ Vgl. Art. 20 Abs. 1 und Abs. 1^{bis} Bst. b sowie Art. 26 MG und Ziff. 88 Abs. 1 DRA.

Rahmen die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung oder einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) abgeklärt wird.⁸⁶

Hinsichtlich des vorzeitigen Austritts und der vorzeitigen Entlassung oder Verlegung aus stationären Einrichtungen und Einrichtungen mit Tages- oder Nachtstrukturen bestehen im Bereich der Armee Besonderheiten. Ein vorzeitiger Austritt oder eine vorzeitige Entlassung oder Verlegung muss sich mit der staatlichen Fürsorgepflicht (z.B. für die betreffenden Angehörigen der Armee) vereinbaren lassen.⁸⁷ Vorbehalten bleiben ausserdem spezifische spezialgesetzliche Vorschriften und dienstliche Anordnungen, welche eine Pflicht zum weiteren Verbleib in der betreffenden Einrichtung vorsehen und einem vorzeitigen Austritt entgegenstehen.⁸⁸

In Bezug auf die Einwilligung bleiben – den besonderen Verhältnissen im Bereich des militärischen Gesundheitswesens Rechnung tragend – überdies Vorschriften und Anordnungen, die eine Pflicht zur Duldung bestimmter Massnahmen vorsehen, ausdrücklich vorbehalten.⁸⁹

d) Umgang mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Betäubungsmitteln

Die spezifischen Vorschriften betreffend den Umgang mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Betäubungsmitteln im Bereich des militärischen Gesundheitswesens werden – in Anlehnung an die zivilen Vorgaben – in der VMiG geregelt.⁹⁰ Verschiedene Bestimmungen sind technischer bzw. tendenziell un-

⁸⁶ Art. 21 Abs. 4 VE-VMiG.

⁸⁷ Art. 22 Abs. 1 Bst. a und Art. 23 Abs. 1 VE-VMiG.

⁸⁸ Art. 22 Abs. 4 VE-VMiG, wonach die oder der Beschuldigte beispielsweise im Rahmen eines Militärstraftprozesses zwecks Abklärung ihres oder seines Geisteszustandes in eine geeignete Anstalt eingewiesen werden kann. Der Aufenthalt in dieser Anstalt gilt als Untersuchungshaft (vgl. Art. 65 Abs. 3 Militärstraftprozess vom 23. März 1979 [MStP; SR 322.1]).

⁸⁹ Art. 25 Abs. 1 Satz 2 VE-VMiG; vgl. etwa Art. 35 Abs. 2 MG, wonach für die Ausübung von Funktionen der Armee mit erhöhtem Infektionsrisiko vorbeugende Blutuntersuchungen und Impfungen verlangt werden können; siehe ferner Art. 35a MG, wonach für die höheren Stabsoffiziere, für das militärische Personal der Militärpolizei sowie für das oberste Kader der Militärverwaltung des Bundes regelmässige Routineuntersuchungen durch eine Vertrauensärztin oder einen Vertrauensarzt oder durch den ärztlichen Dienst vorgesehen werden können; ebenso von Relevanz ist Ziff. 88 Abs. 2 DRA, wonach sich die Angehörigen der Armee allen zumutbaren medizinischen Untersuchungen und Massnahmen zu unterziehen haben (z.B. vom Bundesrat angeordnete Schutzimpfungen und andere Massnahmen zur Vorbeugung oder zur Bekämpfung von übertragbaren oder bösartigen Krankheiten); vgl. ebenso Art. 65 Abs. 1 MStP, wonach im Rahmen von Militärstraftprozessen eine körperliche Untersuchung des Beschuldigten oder Verdächtigen und die Entnahme einer Blutprobe durch eine Ärztin oder einen Arzt angeordnet werden können.

⁹⁰ Art. 28 ff. VE-VMiG.

tergeordneter Natur und orientieren sich inhaltlich zu wesentlichen Teilen an den für den zivilen Bereich massgeblichen Vorschriften der Kantone.⁹¹ Erwähnenswert ist Art. 36 VE-VMiGw, wonach – wie im zivilen Gesundheitswesen – Impfungen nach dem Schweizerischen Impfplan auch im Bereich des militärischen Gesundheitswesens ohne ärztliche Verschreibung von Apothekerinnen und Apothekern und entsprechend ausgebildeten, von ihnen beaufsichtigten Fachpersonen vorgenommen werden können.

In verschiedenen Bereichen soll, um über sämtliche Kantone hinweg zersplitterte, kantonale Bewilligungs- und Aufsichtszuständigkeiten zu verhindern sowie die Handlungsfähigkeit und Autonomie der Armee zu wahren, auf eine kantonale Bewilligung und Aufsicht verzichtet werden. Es handelt sich dabei um folgende Bereiche:

- die Herstellung von zulassungsbefreiten Arzneimitteln gemäss Art. 9 Abs. 2 Bst. a–c^{bis} HMG⁹² in militärischen Spitalapotheken und Tierspitalapotheken, wobei diese den entsprechenden fachlichen und betrieblichen Voraussetzungen unterliegen und der Aufsicht der Sanität unterstehen⁹³,
- die Abgabe von Arzneimitteln in Spitalapotheken, Tierspitalapotheken und Dienstapotheken, wobei Letztere das militärische Äquivalent zu den ärztlichen, zahnärztlichen und tierärztlichen Privatapotheken darstellen⁹⁴,
- die Anwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen⁹⁵,
- die Lagerung von Blut und Blutprodukten in Einrichtungen des militärischen Gesundheitswesens⁹⁶,
- die betäubungsmittelgestützte Behandlung von Patientinnen und Patienten des militärischen Gesundheitswesens.

Ferner sind in folgenden Bereichen besondere Vorschriften erforderlich:

- die Abgabe und die Anwendung von Arzneimitteln durch Personen mit qualifizierten Funktionen im Bereich des militärischen Gesundheitswesens mit entsprechender Ausbildung, die im zivilen Gesundheitswesen

⁹¹ Art. 28, Art. 30–34 und Art. 38 VE-VMiGw.

⁹² Dabei handelt es sich unter anderem um Formula magistralis, Formula officinalis, Arzneimittel nach eigener Formel, Formula hospitalis.

⁹³ Art. 29 Abs. 1 Bst. b VE-VMiGw.

⁹⁴ Art. 40 f. VE-VMiGw.

⁹⁵ Art. 37 VE-VMiGw.

⁹⁶ Art. 42 VE-VMiGw.

nicht existieren, da diese Berufsgruppen vom HMG und dessen Ausführungserlassen naturgemäss nicht berücksichtigt worden sind⁹⁷,

- die zulassungsbefreite Herstellung von Generika bestimmter Arten von Arzneimitteln (z.B. Antibiotika, Schmerz- und Anästhesiemittel etc.) und deren Inverkehrbringen durch die Armeeapotheke bei Einsätzen der Armee im Rahmen des Aktivdienstes, wobei diese punktuellen Erweiterungen der Kompetenzen der Armeeapotheke aufgrund des vordringlichen Ziels des Schutzes des Landes und seiner Bevölkerung erforderlich sind⁹⁸,
- die Anwendung und die Abgabe von Arzneimitteln durch die Armeeapotheke, Spitalapotheken und Tierspitalapotheken gegenüber der Zivilbevölkerung bei Einsätzen der Armee, wobei dies ebenfalls im Interesse der Landesverteidigung und des Schutzes der Bevölkerung liegt⁹⁹.

e) Aufsicht sowie Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen

Die Vorschriften in der VMiGw betreffend die Aufsicht im Bereich des militärischen Gesundheitswesens sowie die Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen orientieren sich inhaltlich massgeblich an den Vorschriften des MedBG, des PsyG und des GesBG sowie an den kantonalen Bestimmungen.¹⁰⁰

Die Sanität nimmt – wie die Aufsichtsbehörden der Kantone – die zweckmässige medizinische und pharmazeutische Aufsicht über sämtliche militärischen Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen sowie über alle Einrichtungen des militärischen Gesundheitswesens wahr.¹⁰¹ Innerhalb der Sanität soll hierfür eine eigene militärische Aufsichtsbehörde nach zivilen Standards, die über die entsprechenden medizinischen und pharmazeutischen Ressourcen verfügt, geschaffen werden. Die bezeichnete interne Stelle handelt gegenüber den von ihr zu beaufsichtigenden Personen und Einrichtungen weisungsungebunden.¹⁰² Die Sanität hat die zwecks sachgerechter Wahrnehmung ihrer Aufsichtspflicht erforderlichen Massnahmen zu treffen, wobei sie über weitreichende Aufsichtsbefugnisse verfügt und entsprechende Verwaltungsmassnahmen (z.B. Verbot, bestimmte Räumlichkeiten und Einrichtungen zu nutzen) anordnen kann.¹⁰³ Ein zentrales Aufsichtsmittel sind insbesondere periodische

⁹⁷ Art. 30 und Art. 37 VE-VMiGw.

⁹⁸ Art. 29 Abs. 2 VE-VMiGw.

⁹⁹ Art. 35 VE-VMiGw.

¹⁰⁰ Art. 44 ff. VE-VMiGw; vgl. Art. 41 ff. MedBG, Art. 28 ff. PsyG und Art. 17 ff. GesBG; siehe ferner § 60 GesG-LU und §§ 59 ff. GesG-SO.

¹⁰¹ Art. 44 Abs. 1 VE-VMiGw.

¹⁰² Art. 44 Abs. 2 VE-VMiGw.

¹⁰³ Art. 44 Abs. 3 und Art. 45 VE-VMiGw.

Betriebskontrollen, welche mit einem jederzeitigen Betretungsrecht einhergehen.

In der Bundespersonal- und der Militärgesetzgebung sind bereits personal-, disziplinar-, haftungs- und strafrechtliche Möglichkeiten vorgesehen, um auf Nachlässigkeiten und Verfehlungen von Personen mit einer Tätigkeit im Bereich des militärischen Gesundheitswesens adäquat reagieren zu können.¹⁰⁴ Für Auftragnehmende existieren – abgesehen von vertraglich vereinbarten Sanktionen (z.B. Konventionalstrafen, Verzugsregelungen) – keine entsprechenden personal- und disziplinarrechtlichen Möglichkeiten, wohingegen haftungsrechtliche Sanktionsmöglichkeiten vorhanden sind. Deshalb wird im Bereich des militärischen Gesundheitswesens kein spezifisches Disziplinarrecht eingeführt. Allfällige Disziplinarverfahren richten sich nach den spezialgesetzlichen Vorschriften oder besonderen vertraglichen Vereinbarungen.¹⁰⁵ Die Sanität hat die zivilen Aufsichtsbehörden im Rahmen der Amtshilfe in Bezug auf die Verletzung von Berufspflichten durch militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen, die ebenfalls im Bereich des zivilen Gesundheitswesens tätig sind, zu informieren.¹⁰⁶ Die zivilen Aufsichtsbehörden können der Sanität disziplinarrechtlich relevante Vorfälle und Wahrnehmungen betreffend militärische Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen melden, sofern dies gemäss kantonalem Recht zulässig ist.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Art. 10 Abs. 3 Bst. a–c und Abs. 4 (Beendigung des Arbeitsverhältnisses), Art. 14 Abs. 2 Bst. c und Abs. 3 (auf Amtsdauer gewählte Personen) und Art. 25 BPG (Massnahmen zur Sicherung des geordneten Aufgabenvollzugs), Art. 98–100 (Disziplinaruntersuchung und -massnahmen), Art. 101 (Haftung der Angestellten), Art. 102 (strafrechtliche Verantwortlichkeit), Art. 103 f. (Freistellung) und Art. 115 Bst. j BPV (abweichende Bestimmungen für das militärische Personal in Bezug auf die strafrechtliche Verantwortlichkeit), Art. 8 Abs. 3 und 4 Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz vom 21. März 1997 (RVOG; SR 172.010) und Art. 25 und Art. 27a–27j Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 (RVOV; SR 172.010.1) (Administrativuntersuchung), Art. 20 ff. (Neubeurteilung der Tauglichkeit, Neueinteilung, Nichtrekrutierung, Ausschluss aus der Armee, Degradation), Art. 139 MG (Haftung der Angehörigen der Armee) sowie 9. Kapitel DRA (Militärstrafrecht).

¹⁰⁵ Art. 46 Abs. 1 VE-VMiGw.

¹⁰⁶ Art. 46 Abs. 2 VE-VMiGw, wobei sich diese Verpflichtung grundsätzlich bereits aus Art. 42 MedBG, Art. 29 PsyG und Art. 18 GesBG ergibt.

¹⁰⁷ Art. 46 Abs. 3 VE-VMiGw, wobei auf das Vorsehen einer Meldepflicht der zivilen Aufsichtsbehörden sowie der Gerichts- und Verwaltungsbehörden einstweilen verzichtet worden ist, da Art. 34a Abs. 3 MG diesbezüglich keine spezifische Delegationsnorm vorsieht.

V. Schlussbetrachtung und Ausblick

Die systematische Normierung des militärischen Gesundheitswesens mit der Grundsatznorm in Art. 34a MG und der voraussichtlich Mitte 2026 in Kraft tretenden VMiGw leistet einen massgeblichen Beitrag zur Schaffung von Rechtssicherheit und zur Verwirklichung des Legalitätsprinzips. Dies trägt auch wesentlich dazu bei, sich in der Vergangenheit regelmässig stellende Fragen im Zusammenhang mit den Kompetenzabgrenzungen zwischen den militärischen und den zivilen Gesundheitsbehörden zu thematisieren und hierfür akkurate Lösungsansätze zu erarbeiten. Zuvor war das militärische Gesundheitswesen lediglich fragmentarisch in verschiedenen Erlassen geregelt bzw. angedeutet und im Übrigen in militärischen Reglementen und Weisungen verankert.

Generell ist die vermehrte Berücksichtigung des militärischen Gesundheitswesens im Rahmen von Revisionen von integral geltenden Gesundheitserlassen, wie dem EpG und dem EDPG, sehr begrüßenswert. So erweist es sich als überaus sinnvoll, im Rahmen der derzeit laufenden Revision des EpG die Armee und deren Rolle bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten des Menschen sowie die gegenseitige Information, die Koordination sowie die Zusammenarbeit der zuständigen militärischen und zivilen Behörden in einem neuen Art. 77a E-EpG zu regeln. Dasselbe gilt in Bezug auf die künftige integrale Geltung des EDPG für das militärische Gesundheitswesen. Es wäre wünschenswert, wenn hinsichtlich des militärischen Gesundheitswesens mittelfristig in weiteren integral geltenden Gesundheitserlassen, wie namentlich dem HMG und dem BetmG, Grundsatzregelungen oder besondere auf die Bedürfnisse der Armee zugeschnittene Vorschriften verankert würden.

Art. 34a Abs. 3 MG soll im Rahmen der MG-Revision 2029 mittels einer enumerativen Aufzählung der an den Bundesrat delegierten Regelungsmaterien künftig noch etwas präziser ausgestaltet werden. Dies trägt massgeblich zur Schaffung von Rechtssicherheit und zur weiteren Optimierung der demokratischen Legitimation des militärischen Gesundheitswesens bei. Dadurch wird ferner ermöglicht, derzeit in der VMiGw aktuell noch fehlende Regelungen zu ergänzen (z.B. Kompetenz der Oberfeldärztin oder des Oberfeldarztes zur Anordnung von Obduktionen ausserhalb des Epidemienbereichs, Pflicht zur Meldung von aufsichtsrechtlich relevanten Vorfällen, Meldungen durch die zivilen Verwaltungs- und Gerichtsbehörden an die Sanität etc.).

Im Nachgang zur Teilrevision des EpG ist überdies die aus dem Jahr 1955 stammende Verordnung über seuchenpolizeiliche Massnahmen der Armee totalzurevidieren. Ferner ist anlässlich der umfassenden Revision des EDPG die

Bundesgesetzgebung über militärische und andere Informationssysteme punktuell zu überprüfen und bei Bedarf entsprechend anzupassen.

Die legistische Entwicklung des militärischen Gesundheitswesens wurde mit der Schaffung von Art. 34a MG erfolgreich «angestossen» und befindet sich aktuell in einem stetigen und dynamischen Fluss. Es ist überaus erfreulich, dass nunmehr innerhalb weniger Jahre eine verstärkte Positivierung und Konsolidierung des militärischen Gesundheitswesens auf Gesetzes- und Verordnungsstufe angestrebt wird.

Literaturverzeichnis

Gächter Thomas/Rütsche Bernhard, Gesundheitsrecht, Ein Grundriss für Studium und Praxis, 5. A., Basel 2023

Häfelin Ulrich/Müller Georg/Uhlmann Felix, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. A., Zürich/St. Gallen 2020

Widmer Lukas, Die Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw), Ein Beitrag zur Verankerung des militärischen Gesundheitswesens im Schweizerischen Recht, Jusletter vom 4. November 2024

Gedanken zu den strategischen Handlungsfeldern im Zeithorizont von 20–30 Jahren*

Frank Rühli** / Daniel Heller***

Inhalt

I.	Neue Kriegserfahrungen inkludieren	136
II.	Komplexes System mit neuen gesetzlichen Grundlagen	137
III.	Welches Leistungsbündel ist künftig gefragt?	137
IV.	Denken in Varianten	138
V.	Eckwerte eines zukunftstauglichen Systems	139
VI.	Interoperabilität zwingendes Erfordernis	140
VII.	Identifizierte Handlungsfelder	140
VIII.	Patientenpfad bleibt Leitschnur einer logischen Herleitung der Konzeption	141
IX.	Flexibilität und Bereitschaft	142
X.	Fazit: Ein gutes militärisches Gesundheitswesen ist nicht alles, aber ohne ein solches ist alles nichts	143
	Literaturverzeichnis	143

Das militärische Gesundheitswesen der Schweiz steht vor tiefgreifenden Veränderungen. Der Wandel ist strategisch auf einen Zeithorizont von 20 bis 30 Jahren ausgelegt. Die vorliegenden konzeptionellen Ausführungen¹ bauen auf bestehenden Konzepten und Analysen auf, darunter das Grobkonzept «Mi-

* Dieser Beitrag gibt die persönliche Meinung der Autorenschaft wieder und bindet ihre Arbeitgeber nicht. Eine dieser Publikation ähnliche Darstellung findet sich bei Heller/Rühli, 20 f. Einige Textstellen wurden mittels ChatGPT bearbeitet.

** Prof. Dr. Dr. med. Frank Rühli, Oberst der Sanitätstruppen, Militärstrategischer Stab, Beirat Chef der Armee, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich.

*** Dr. phil. I Daniel Heller, Generalstabsoberst, Beirat Chef der Armee, Verwaltungsratspräsident der Kantonsspital Baden AG und der Gruppe Barmelweid AG.

¹ Mit Auftrag vom 1. September 2021 hat der Chef der Armee die Autoren als Beirat beauftragt, Expertenbeiträge zur Weiterentwicklung des militärischen Gesundheitswesens und damit einen Beitrag zur neuen strategischen Konzeption des militärischen Gesundheitswesens zu leisten.

litärisches Gesundheitswesen» von 2021² sowie die Analyse «Unterstellung Sanität» aus dem Jahr 2019³. Hinzu kommen zahlreiche Gespräche mit wichtigen Stakeholdern, insbesondere mit dem Oberfeldarzt der Schweizer Armee. Ziel eines zukünftigen militärischen Gesundheitswesens sollte es sein, ein integratives, zukunftsfähiges System zu schaffen, das sich konsequent am Patientenpfad orientiert, Synergien mit zivilen Strukturen nutzt und auf aktuelle sicherheitspolitische Entwicklungen – insbesondere den russischen Angriffskrieg gegen die Ukraine, aber auch mögliche zukünftige sicherheitspolitische Disruptionen (bspw. veränderte Sicherheitslage in Zentraleuropa, globale militärisch bedingte Unterbrüche von Lieferketten etc.) – angemessen reagiert. Im Zentrum stehen dabei die Digitalisierung, die Interoperabilität sowie die Fähigkeit, auch unter Bedingungen eines konventionellen, urbanen Konflikts eine stabile medizinische Versorgung sicherzustellen.

Das militärische Gesundheitswesen bildet das Rückgrat der medizinischen Versorgung von Angehörigen der Armee und weiterer Anspruchsgruppen im Auftrag des Bundes. Es gewährleistet, dass Soldatinnen und Soldaten im Krankheits-, Verletzungs- oder Verwundungsfall nach anerkannten medizinischen Standards versorgt werden. Angesichts der aktuellen geopolitischen Entwicklungen, die von einer Rückkehr grossangelegter konventioneller und hybrider Kriege in Europa geprägt ist, gewinnt die strategische Neuausrichtung des militärischen Gesundheitswesens an höchster Dringlichkeit.

Die hier geäusserten Gedanken zielen daher auf eine Konzeption, die das bisher Erarbeitete integriert, Lücken schliesst und sich konsequent an realistischen Einsatzszenarien orientiert. Dabei sollten konzeptionell schweizerische Besonderheiten wie die dichte zivilmedizinische Infrastruktur, geringe geografische Distanzen, begrenzte Mittel und Zeitfaktoren für Evakuierungen mitberücksichtigt werden. Das Ziel besteht darin, ein System zu gestalten, das unter allen Bedingungen leistungsfähig bleibt und adaptierfähig ist.

I. Neue Kriegserfahrungen inkludieren

In den Jahren nach 2020 haben die Pandemie für den zivilen Gesundheitsbereich wie auch der Ukrainekonflikt für das militärische Gesundheitswesen eindrücklich gezeigt, dass eine gute medizinische Versorgung essentiell ist. Der Stellenwert des Sanitätsdienstes in der Armee ist daher nicht zu unterschät-

² Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport, nicht öffentlich abrufbar.

³ Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport, nicht öffentlich abrufbar.

zen und sollte «Chefsache» sein, auf jeder Stufe, von der militärischen Gruppe bis zur Armeeführung.

Eine Lehre aus der russischen Invasion im Jahre 2022 (mit initialen Aktivitäten in den Jahren zuvor) sind die gezeigten zivilen Kollateralschäden. Dies schliesst den Sanitätsdienst mit ein. Diese Unmöglichkeit, in einem solchen klassischen Krieg zwischen zivilen und militärischen Infrastrukturen und Akteuren zu unterscheiden, ist einer der Gründe für die Notwendigkeit einer solchen Re-Evaluation. Das Mengengerüst muss insbesondere auch Szenarien eines ukraineähnlichen, primär konventionellen Krieges umfassen. Das schliesst einen bewaffneten Konflikt auf eigenem Territorium mit Kämpfen im urbanen Umfeld und mit dem Einsatz von Distanzwaffen ein.

II. Komplexes System mit neuen gesetzlichen Grundlagen

Der gesetzliche Rahmen für das militärische Gesundheitswesen ist durch Artikel 34a des Militärgesetzes⁴ definiert, der am 1. Januar 2023 in Kraft trat. Er beschreibt das militärische Gesundheitswesen als alle medizinischen, pharmazeutischen und sanitätsdienstlichen Leistungen, die die Armee oder die Militärverwaltung unter Verantwortung des Bundes zugunsten der Stellungspflichtigen, der Angehörigen der Armee und Dritter erbringt.

Diese Definition macht deutlich, dass das militärische Gesundheitswesen weit mehr ist, als nur eine sanitätsdienstliche Unterstützung. Es ist ein eigenständiges, komplexes System, das medizinische Versorgung, logistische Leistungen und organisatorische Strukturen miteinander verknüpft. Konsequenterweise muss es damit auch in die Gesamtarchitektur der nationalen Sicherheitsvorsorge eingebettet werden.

III. Welches Leistungsbündel ist künftig gefragt?

Ausgangspunkt ist die zentrale Frage, welche Fähigkeiten und Kapazitäten in Zukunft erforderlich sind, um im Falle eines konventionellen Krieges eine schnelle, effektive und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen. Eine intensive Auseinandersetzung der Armeeführung damit wurde teilweise begleitet von uns, externen Fachleuten, um eine «Aussensicht» zu gewährleisten.

Grundlage unsererseits war die Identifikation der relevanten Fragestellungen sowie möglicher Handlungsfelder für eine Detailstellungnahme. Daraus abzu-

⁴ Bundesgesetz vom 3. Februar 1995 über die Armee und die Militärverwaltung (Militärgesetz, MG; SR 510.10).

leiten sind die Definition möglicher Einsatzgrundsätze, Leistungsparameter und Organisationsformen, die künftig den Sanitätsdienst prägen sollen. Analog zu modernen Unternehmensstrategien haben wir den Versuch unternommen, eine Vision für das militärische Gesundheitswesen zu formulieren. Diese Vision beschreibt ein System, das sich konsequent am Patientenpfad orientiert, leistungsfähige eigene Einrichtungen umfasst und diese mit Luft- und Strassentransportmitteln verknüpft.

In Ergänzung zu zivilen Kapazitäten soll so eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung in allen Lagen gewährleistet werden. Zentraler Grundsatz ist dabei, dass Angehörige der Armee im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls eine medizinische Versorgung erhalten, die dem zivilen fachlichen Standard – theoretisch-konzeptionell zumindest – entspricht. Ob dies allerdings bei einem längerdauernden, primär konventionellen Kampf im urbanen Umfeld immer eingehalten werden kann, erscheint uns zumindest fraglich. Verwundete sollen «on the spot» stabilisiert und nach dem Prinzip des «schnellsten Weges zur bestmöglichen Versorgungsstelle» der ärztlichen Erstversorgung zugeführt werden.

Diese Vorgaben bestimmen nicht nur die Einsatzdoktrin, sondern auch die Organisation sowie die personelle und materielle Ausstattung des Sanitätsdienstes. Eine funktionierende Rettungskette wird durch eine Kombination von eigenen Versorgungseinrichtungen mit den koordinierten zivilen Strukturen sichergestellt.

IV. Denken in Varianten

Im Rahmen der bisherigen Arbeiten waren vier Hauptvarianten des künftigen militärischen Gesundheitswesens zu beurteilen:

- Die «Variante A» sieht eine zentrale Bündelung aller sanitätsdienstlicher Leistungserbringer und Ausbildungsgefässe in einem Kompetenzzentrum vor, aus dem heraus den Leistungsbezügern massgeschneiderte Module für den Einsatz bereitgestellt werden, die sich nach Auftrag, Lage und Umfeld richten.
- Die «Variante B» konzentriert sich auf die medizinische Grundversorgung und Sanitätslogistik in einem Kompetenzzentrum, während die übrigen Strukturen beibehalten werden.
- Demgegenüber setzt die «Variante C» auf Dezentralisierung: Prähospitale Kräfte werden mittelschweren und schweren Kräften in Zugsgrosse unterstellt, während die hospitale Stufe an das Bundesamt für Bevölkerungsschutz übertragen wird.

- Die «Variante D» schliesslich sieht eine weitgehende Auslagerung der sanitätsdienstlichen Leistungen an das zivile Gesundheitswesen vor, mit Ausnahme von Selbst- und Kameradenhilfe sowie von Einheitssanitätern.

Wir schätzen die Varianten «B» und «C» als am vielversprechendsten ein, da sie Flexibilität und Kooperation kombinieren. Für eine fundierte Entscheidung ist jedoch eine detaillierte Herleitung der benötigten Fähigkeiten und Kapazitäten erforderlich, um nicht nur die Friedensorganisation, sondern auch die Krisenorganisation abbilden zu können.

V. Eckwerte eines zukunftstauglichen Systems

Eine zukunftstaugliche strategische Konzeption des militärischen Gesundheitswesens legt besonderes Gewicht auf Digitalisierung und Führung. Ein zentrales, modulares und robustes «Consultation, Command and Control»-System soll in der Armee etabliert werden:

- Es erfasst bei einer Verletzung oder Erkrankung die medizinischen Daten digital und unterstützt mithilfe von Entscheidungssystemen den gesamten Patientenpfad.
- Künstliche Intelligenz unterstützt alle Prozesse von der Diagnostik bis zur Nachbearbeitung.
- Datenschnittstellen zwischen zivilen und militärischen Systemen sind kompatibel und automatisierter Datentransfer findet statt.

Diese umfassende Digitalisierung bedeutet jedoch auch eine entsprechende Verwundbarkeit in allen Prozessen, weshalb Cyber- und Datensicherheit zu integralen Bestandteilen des Konzepts gemacht werden müssen.

Ebenso wichtig sind die Ausbildung und die Miliztauglichkeit. Die Vorteile des Milizsystems liegen in diesem Bereich auf der Hand: Die Armee muss vom zivil ausgebildeten Medizinalpersonal profitieren können, die Skills und Kompetenzen des eingesetzten Fachpersonals aber gezielt auf Kriegs- und Katastrophenszenarien ausrichten und weiterentwickeln. Das militärische Gesundheitswesen soll dazu die Ausbildung und das Training zentral führen und sie gemäss dem neuesten Stand der Militär- und Katastrophenmedizin realitätsnah und ressourcenschonend umsetzen. Die Kriegs- und Katastrophenmedizin ist idealerweise universitär mitverankert. Dies kann in Form eines Lehrstuhls oder sonstiger Kompetenzgruppen geschehen. Im Rahmen von curricularen Anpassungen sollte überdacht werden, inwieweit zukünftige me-

dizinische Fachpersonen vermehrt auf mögliche aktive Einsätze in oder zumindest die indirekte Konfrontation mit solchen «militärischen» Lagen vorbereitet werden können und müssen.

Trotz gesellschaftlicher Veränderungen muss es gelingen, eine personelle Basis zu schaffen, die auch unter extremen Belastungen einsatzfähig bleibt. Die psychologische Betreuung und Resilienz der Armeeingehörigen ist dabei ebenso zu berücksichtigen wie der Aufbau einer schlagkräftigen «Medical Intelligence» auf allen Ebenen – von der Kompanie bis zur Armeeführung.

VI. Interoperabilität zwingendes Erfordernis

Im heutigen Umfeld muss sich auch das militärische Gesundheitswesen bei Ausbildung, Training und Einsatz nach nationalen und internationalen zivilen und militärischen Kriterien der Interoperabilität ausrichten. Das heisst:

- Die Ausbildung erfolgt in integrierter und koordinierter Form innerhalb des zivilen Gesundheitswesens sowie in enger Zusammenarbeit mit potenziellen militärischen Partnern im Rahmen regionaler und internationaler Übungsvorhaben.
- Die Einsatzbereitschaft wird in regelmässigen Intervallen unter Anwendung international anerkannter Kriterien und Evaluationsstandards systematisch überprüft und dokumentiert.
- Die Führungs- und Kommunikationsprozesse sind national wie international harmonisiert, normenkonform ausgestaltet und gewährleisten dadurch eine durchgängige Interoperabilität.

Eine internationale Zusammenarbeit ist angesichts begrenzter nationaler Ressourcen und der engen Verflechtung der Gesundheitsversorgung auch sinnvoll und muss rechtzeitig eingeübt werden.

VII. Identifizierte Handlungsfelder

Die Re-Evaluation hat mehrere zentrale Handlungsfelder identifiziert:

- Besonders wichtig ist die Anpassung an die Bedingungen konventioneller urbaner Kriegsführung. Es muss geklärt werden, wie der Patientenweg bei intakter, aber bedrohter Infrastruktur aussieht, welche Rollen der Zivildienst und der Zivilschutz übernehmen und wie militärische und zivile Patientenzahlen analysiert und differenziert werden können.

- Ein weiteres Handlungsfeld betrifft die Vorhalteleistungen. Hier stellt sich die Frage, ob diese ausschliesslich für militärische Zwecke oder auch für zivile Notlagen geplant werden sollen. Ebenso ist zu prüfen, ob permanente Infrastrukturen geografisch bewusster konzentriert werden können, beispielsweise in der Ostschweiz.
- Darüber hinaus sind langfristige strategische Überlegungen notwendig. Ein Konzept «Sanitätsdienst 2050» könnte über das Zielbild 2030 hinausreichen und auch engere Kooperationsformen mit Nachbarstaaten und der NATO berücksichtigen. Internationale Kooperationen sind ohnehin unverzichtbar, um Interoperabilität sicherzustellen und einen Leistungsaustausch mit Nachbarstaaten zu ermöglichen.

VIII. Patientenpfad bleibt Leitschnur einer logischen Herleitung der Konzeption

Der Patientenpfad ist der zentrale Leistungsparameter des militärischen Gesundheitswesens. Er beschreibt nicht nur den schnellsten Weg zur bestmöglichen Versorgungsstelle, sondern auch die notwendigen Massnahmen zur Stabilisierung des Verwundeten am Einsatzort. Ziel ist es, dass ein Verletzter eine starke Blutung in den ersten Minuten überlebt und innerhalb von 30 Minuten bis maximal zwei Stunden eine ärztliche Erstversorgung erhält. Aus internationalen Erfahrungen, insbesondere aus dem Ukrainekrieg, lassen sich aktuell-validierte Mengengerüste für Worst-Case-Szenarien ableiten. Diese sind notwendig, um Kapazitäten entlang des Patientenpfades zu dimensionieren. Dabei muss geklärt werden,

- was die Truppe vor Ort bereithalten muss,
- welche Kapazitäten auf dem Weg zur ärztlichen Erstversorgung erforderlich sind
- und wo die Armee auf zivile Kapazitäten zurückgreifen kann.

Künftig gilt darum: Militärische Kernleistungen sind entlang des Patientenpfades sicherzustellen und zugleich sind möglichst viele Synergien mit unseren gut ausgebauten zivilen Kapazitäten zu nutzen. Die Varianten «B» und «C» erscheinen auch in diesem Zusammenhang am zukunftsfähigsten, da sie Flexibilität, Dezentralisierung und Kooperation miteinander verbinden. Die Variante «A» bietet zwar maximale Zentralisierung, birgt jedoch Risiken bei Ausfällen von Schlüsselstandorten. Die Variante «D» schliesslich könnte zu einem Kompetenzverlust und einer zu starken Abhängigkeit von zivilen Strukturen führen.

Gilt der Patientenpfad als Leitprinzip, sind alle Strukturen und Mittel konsequent von ihm abzuleiten:

- Flexible Module und eine Kombination aus dezentraler prähospitaler Versorgung und koordinierter zentraler Logistik könnten die Versorgung entlang des Patientenpfades robuster machen.
- Gleichzeitig sollten die Schnittstellen zwischen militärischen und zivilen Kapazitäten klar definiert und gesichert werden.

Besondere Herausforderungen bestehen in der langfristigen Sicherung von Fachpersonal und kriegschirurgischer Expertise im Milizsystem. Die Erfahrungen moderner Konflikte legen zudem nahe, dass auch psychologische Betreuung und Digitalisierung von Anbeginn integraler Bestandteil der Strategie sein müssen, um die Widerstandsfähigkeit der Armeeingehörigen in extremen Belastungssituationen zu stärken und so die Robustheit des Systems zu erhöhen.

IX. Flexibilität und Bereitschaft

Langfristig ist die Entwicklung eines Zukunftsbildes «Sanitätsdienst 2050» erforderlich, das internationale Kooperationen, Digitalisierung, Resilienz und «Medical Intelligence» umfasst.

Die sich aktuell dramatisch verschlechternde Sicherheitslage, insbesondere in Europa, führt uns die erstaunliche Dynamik von militärstrategischen Entwicklungen vor Augen. Dies bedeutet für tendenziell starre – weil wissens- und infrastrukturintensive – Handlungsfelder wie die Medizin eine enorme Herausforderung. Das militärische Gesundheitswesen ist aktuell vermutlich noch stärker als das bekanntlich volatile zivile Gesundheitswesen fundamentalen Veränderungen und Herausforderungen unterworfen.

Bereit sein, um heute eine «Investition» zu erbringen, ist also nicht nur rein technologisch, sondern auch unter den sich verändernden politisch-gesellschaftlichen Bedingungen zu betrachten. Die Definition militärischer «Bereitschaft» in einem aktuell vorhersehbaren Planungsrahmen mag rasch obsolet sein. Es gilt also, ein derart flexibles und zukunftstaugliches System zu planen, welches nicht nur Reserven, sondern auch Potential für ständige Anpassungen und damit hochadaptive Strukturen beinhaltet. Dies umfasst auch die politische Bereitschaft, dem Leistungserbringer – sprich der Armee – ausreichende regulatorische Freiheiten zu gewähren, um im Bedarfsfall rasch und situationsgerecht reagieren zu können.

X. Fazit: Ein gutes militärisches Gesundheitswesen ist nicht alles, aber ohne ein solches ist alles nichts

Das militärische Gesundheitswesen der Schweiz muss sich in den nächsten Jahren auf eine komplexere und dynamischere Sicherheitslage einstellen. Die Erfahrungen aus der aktuellen Sicherheitslage in Europa zeigen, dass robuste, flexible und patientenorientierte Systeme entscheidend für die Einsatzfähigkeit sind. Die hier von uns skizzierte Analyse soll eine Grundlage sein für eine strategische Konzeption, die über den Zeithorizont von 20 bis 30 Jahren hinausreicht und das militärische Gesundheitswesen nachhaltig stärkt, nach dem Motto: Eine gute sanitätsdienstliche Versorgung ist nicht alles, aber ohne eine solche ist alles nichts. Das militärische Gesundheitswesen ist daher zu Recht «Chefsache» und verdient höchste Priorität in der Planung und Umsetzung.

Literaturverzeichnis

Heller Daniel/Rühli Frank, Militärisches Gesundheitswesen 2.0: die Chance für einen grossen Wurf, ASMZ 1/2024, 20 f.

Das militärische Gesundheitswesen der Schweiz bildet das Rückgrat der medizinischen Versorgung von Armeeangehörigen und trägt zugleich Mitverantwortung für die Zivilbevölkerung in Krisen- und Katastrophensituationen. Dieser Band beleuchtet erstmals rechtliche, organisatorisch-praktische und historische Aspekte dieser zentralen Institution und zeigt auf, wie sie auf neue sicherheitspolitische Herausforderungen reagiert. Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Verwaltung, Gesundheitsversorgung und Militär diskutieren Strategien für eine patientenorientierte, flexible und digitalisierte Versorgung. Themen wie Interoperabilität mit zivilen Strukturen, internationale Zusammenarbeit und die Ausbildung kriegs- und katastrophentauglicher medizinischer Fachkräfte werden praxisnah erläutert. Leserinnen und Leser erhalten in diesem Zusammenhang Einblicke in die militärmedizinischen Herausforderungen moderner Konflikte. Die Beiträge setzen sich zudem mit der geplanten Verordnung über das militärische Gesundheitswesen (VMiGw) auseinander.

Der Band verbindet wissenschaftliche Analyse mit fundiertem praktischem Erfahrungswissen und bietet Lösungen für die zukunftsorientierte Planung eines komplexen Systems. Er richtet sich an Fachleute aus Recht, Militär und Gesundheitswesen sowie an alle, die an den Schnittstellen von Sicherheitspolitik, Verteidigung und Medizin interessiert sind. Ein Buch, das verdeutlicht: Ohne ein starkes militärisches Gesundheitswesen, dessen rechtliche Grundlagen den Besonderheiten militärischer Operationen Rechnung tragen, ist die Einsatzfähigkeit der Schweizer Armee nur bedingt gegeben.