

Gesundheit

Hardy Landolt*

Abstract

Der vorliegende Beitrag stellt die Akteure und wichtigsten Instrumente im nationalen und internationalen Kontext der Gesundheit dar. Das «internationale» Gesundheitsrecht umfasst alle Rechtsnormen, die das Gesundheitspolizei-, Gesundheitsversorgungs-, Gesundheitsvorsorge- oder das Gesundheitsförderungsrecht grenzüberschreitend regeln. Im internationalen Kontext hat sich zuerst das Gesundheitspolizeirecht, insbesondere das internationale Epidemierecht, herausgebildet. Der Bund hat zahlreiche gesundheitsrelevante Staatsverträge abgeschlossen. Der Globalisierungsprozess und die Internationalisierung im Gesundheitsbereich erzeugen einen grossen Koordinationsbedarf zwischen gesundheits-, aussen- und entwicklungspolitischen Aspekten. Der Bundesrat verabschiedete 2012 die neue Schweizerische Gesundheits-aussenpolitik (GAP). Das Fürstentum Liechtenstein und der Kanton St. Gallen sowie weitere Kantone und Leistungserbringer haben seit den 1960er Jahren diverse Gesundheitsversorgungsabkommen geschlossen. Im Jahr 2007 wurde das Pilotprojekt «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen» lanciert.

Inhaltsübersicht

I. Gesundheitsbegriff – Gesundheitsrecht	462
1. Gesundheitsbegriff	462
2. Gesundheitsrecht	464
2.1. Objektives Gesundheitsrecht – Health law	464
a) Allgemeines	464
b) Internationales Gesundheitsrecht	465
2.2. Subjektives Gesundheitsrecht – Right to health	467
II. Rechtsgrundlagen	469
1. Verfassungsmässige Kompetenzordnung	469
1.1. Allgemeines	469
1.2. Direkte Bundeskompetenzen	469
1.3. Indirekte Bundeskompetenzen	470

* Meiner Mitarbeiterin lic. iur. Olga Manfredi danke ich für die kritische Durchsicht des Textes und Erstellung der Verzeichnisse im Anhang.

2. Staatsvertragsrecht des Bundes	471
3. Staatsvertragsrecht der Kantone	472
3.1. Allgemeines	472
3.2. Gesundheitsabkommen mit dem Fürstentum Liechtenstein	473
3.3. Basler Pilotprojekt	474
III. Akteure der Zusammenarbeit	475
1. Nationale Gesundheitsbehörden	475
1.1. Bundesbehörden	475
1.2. Kantonale Behörden	476
2. WHO	477
2.1. Allgemeines	477
2.2. Internationale Klassifikationen	477
2.3. Internationale Gesundheitsvorschriften	479
2.4. Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs	479
2.5. Delegierte Aufgaben – insbesondere Betäubungsmittelpolitik	480
2.6. Empfehlungen und Richtlinien	480
3. ILO	481
4. Europarat	483
4.1. Allgemeines	483
4.2. Gesundheitsrechtliche Vollabkommen	483
4.3. Gesundheitsrechtliche Teilabkommen	484
4.4. Gesundheitsrechtliche Empfehlungen	485
5. OECD	486
6. Internationales Rotes Kreuz	486
7. EU	487
7.1. Allgemeines	487
7.2. Bestehende Verträge	489
7.3. Verhandlung über Gesundheitsabkommen	490
7.4. Autonome Übernahme von EU-Recht	490
8. EFTA	491
Literaturverzeichnis	492
Verzeichnis der Rechtstexte	493

I. Gesundheitsbegriff – Gesundheitsrecht

1. Gesundheitsbegriff

- 1 Der Begriff der Gesundheit wird uneinheitlich, je nach Perspektive und historischem Kontext, verwendet.¹ Die WHO-Verfassung definiert Gesundheit als Zu-

¹ Vgl. etwa *Piet van Spijk*, Definition und Beschreibung der Gesundheit. Ein medizinhistorischer Überblick, Muri 1991, S. 126.

stand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.²

Die WHO-Gesundheitsdefinition geht über das rein biomedizinische Verständnis hinaus, (Konzept der Pathogenese – was macht Menschen krank?), das historisch den Gesundheitsbegriff geprägt hat. Der Gesundheitsbegriff wurde durch das Konzept der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta³ weiterentwickelt. An die Stelle des Konzepts der Pathogenese trat das Konzept der Salutogenese, das danach fragt, was den Menschen gesund erhält, und psychosoziale Faktoren mitberücksichtigt.⁴

Das gesundheitsrechtliche Vokabular orientiert sich in der Regel am biomedizinischen Modell und verwendet pathologische Zustandsbeschreibungen. Im Straf- und Deliktsrecht werden die Begriffe Tötung,⁵ Körperverletzung,⁶ Gefährdung des Lebens und der Gesundheit,⁷ bzw. der öffentlichen Gesundheit,⁸ im Sozialversicherungsrecht Krankheit,⁹ Unfall,¹⁰ Invalidität¹¹ und Behinderung¹² verwendet.

Die Rechtsprechung betont zudem, dass der biopsychosoziale Gesundheitsbegriff der WHO – zumindest im Schadenausgleichsrecht – nicht massgeblich ist¹³ und zudem der rechtliche nicht mit dem medizinischen Krankheitsbegriff übereinstimmt.¹⁴ Entsprechend stellt nicht jede subjektiv empfundene Wohlfühlstörung einen Gesundheitsschaden dar. Die weitgehende Nichtberücksichtigung der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren stellt nach der Meinung des Bundesgerichts trotz des in der Medizin anerkannten biopsychosozialen Gesundheitsmodells keine Diskriminierung dar.¹⁵

Die Annahme eines Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem

² Siehe Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946.

³ Siehe Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung vom 21. November 1986.

⁴ Vgl. z.B. *Felix Gutzwiler/Fred Paccaud*, Sozial- und Präventivmedizin – Public Health, 4. Aufl., Bern 2011, S. 197 ff.

⁵ Vgl. Art. 111 ff. StGB und Art. 45 OR.

⁶ Vgl. Art. 122 ff. StGB und Art. 46 OR.

⁷ Vgl. Art. 127 ff. StGB.

⁸ Vgl. Art. 230^{bis} ff. StGB.

⁹ Vgl. Art. 3 ATSG.

¹⁰ Vgl. Art. 4 ATSG.

¹¹ Vgl. Art. 8 ATSG.

¹² Vgl. Art. 2 BehiG.

¹³ Statt vieler BGE 127 V 294 E. 5a und Urteile BGer vom 29. Juli 2008 (9C_830/2007) E. 4.2. und vom 18. Mai 2007 (I 278/06) E. 4.2.

¹⁴ Vgl. BGE 116 V 239 E. 3a.

¹⁵ Vgl. Urteil BGer vom 29. Juli 2008 (9C_830/2007) E. 4.2.

wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus.¹⁶ Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)¹⁷ ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben.¹⁸

2. Gesundheitsrecht

2.1. Objektives Gesundheitsrecht – Health law

a) Allgemeines

- 6 Das «Gesundheitsrecht» umfasst alle Rechtsnormen, die sich im Tatbestand oder in der Rechtsfolge auf die Gesundheit beziehen. Vor dem Hintergrund der historisch geprägten Entwicklung des Gesundheitsbegriffs wird das Gesundheitsrecht in das Gesundheitspolizei-, Gesundheitsversorgungs-, Gesundheitsvorsorge- und Gesundheitsförderungsrecht unterteilt:¹⁹
- Das *Gesundheitspolizeirecht* bezweckt die Abwehr von und die Reaktion auf akute Gefahren für die Gesundheit der Menschen und ist Teil des «Polizeirechts».²⁰ Dem Gesundheitspolizeirecht werden auch präventive Massnahmen zugeordnet, deren Zweck ist die Abwehr von drohenden Gefahren. Solche Massnahmen bestehen etwa in behördlichen Bewilligungen, Untersuchungs- und Behandlungspflichten, Werbeverböten, Vorsorgepflichten, etc.²¹
 - Das *Gesundheitsversorgungsrecht* umfasst alle Rechtsnormen, die das Bereitstellen eines bedarfsgerechten Angebots an medizinischen Gütern und Dienstleistungen sowie die Steuerung von Angebot und Nachfrage dieser Güter und Dienstleistungen betreffen.²²
 - Die *Gesundheitsvorsorge*, bzw. die Prävention, umfasst in einem weiten Sinne alle Massnahmen, die zur Reduktion des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen

¹⁶ Vgl. BGE 130 V 398 E. 5.3 und E. 6.

¹⁷ Englisch für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

¹⁸ Siehe infra Rz. 58 ff.

¹⁹ Statt vieler *Hardy Landolt*, Öffentliches Gesundheitsrecht – Public Health Law, Zürich 2009, S. 47 ff.

²⁰ Vgl. Art. 2 Abs. 1 und Art. 118 BV.

²¹ Vgl. *Hardy Landolt*, Öffentliches Gesundheitsrecht – Public Health Law, Zürich 2009, S. 137 ff.

²² Ibid. S. 175 ff.

gen beitragen. Präventive Strategien, Programme und Massnahmen können nach verschiedenen Arten unterschieden werden.²³

- Von der eigentlichen Gesundheitsvorsorge ist die *Gesundheitsförderung* zu unterscheiden.²⁴ Die Gesundheitsförderung richtet sich sowohl an den Einzelnen, als auch an die Gemeinschaft und will die Eigenschaft beider fördern, die Kontrolle über die Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, zu erhöhen und dadurch die Gesundheit zu verbessern.²⁵

Diese vier Rechtsbereiche enthalten in der Regel öffentlich-rechtliche Normen, weshalb das Gesundheitsrecht oft als öffentliches Gesundheitsrecht bezeichnet wird.²⁶ Im Gesundheitsversorgungsrecht existieren auch privatrechtliche Regelungen; zu erwähnen sind die Organisationsnormen des ZGB/OR und die Dienstleistungsverträge.²⁷

b) Internationales Gesundheitsrecht

Das «internationale» Gesundheitsrecht umfasst alle Rechtsnormen, die das Gesundheitspolizei-, Gesundheitsversorgungs-, Gesundheitsvorsorge- oder das Gesundheitsförderungsrecht grenzüberschreitend regeln. Es umfasst das:

- *nationale Koordinationsrecht*: Dieses besteht aus den innerstaatlichen Rechtsnormen, die einen grenzüberschreitenden Sachverhalt regeln, etwa den Transport von Leichen vom und ins Ausland²⁸ oder die Ein- oder Ausfuhr von Medizinprodukten,²⁹ eine Versicherungspflicht von im Ausland lebenden Personen beim Eintritt eines Gesundheitsschadens begründen,³⁰

²³ Ibid. S. 233 ff.

²⁴ Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung vom 21. November 1986 unterscheidet fünf Handlungsebenen der Gesundheitsförderung: Entwicklung persönlicher Kompetenzen, Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, Neuorientierung der Gesundheitsdienste sowie Entwicklung einer gesundheitsorientierten Gesamtpolitik.

²⁵ Siehe dazu *Ita Mark/Urs Brügger*, Rechtsgrundlagen, Strukturen und öffentliche Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene. Ein Arbeitspapier erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz Bern 2005 (online verfügbar <<http://www.gesundheitsfoerderung.ch/>>; zuletzt besucht am 21. März 2014).

²⁶ Vgl. z.B. *Thomas Poledna/Brigitte Berger*, Öffentliches Gesundheitsrecht, Bern 2002.

²⁷ Siehe *Thomas Gächter/Irene Vollenweider, et al.*, Gesundheitsrecht, Ein Grundriss für Studium und Praxis, 2. Aufl., Basel 2010, S. 133 ff.

²⁸ Vgl. Art. 18 HMG und Verordnung vom 17. Juni 1974 über Transport und Beisetzung ansteckungsgefährlicher Leichen sowie Transport von Leichen vom und ins Ausland (SR 818.61).

²⁹ Vgl. Art. 11 der Verordnung vom 27. April 2005 über Massnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie (Influenza-Pandemieverordnung, IPV; SR 818.101.23).

³⁰ Vgl. z.B. Art. 3 Abs. 2 lit. b KVG und Art. 4 f. KVV sowie Art. 4 und 6 UVV.

einen Versicherungsanspruch bei einem Auslandsaufenthalt vorsehen³¹ oder das anwendbare Haftungsrecht bestimmen.³²

- **Staatsvertragsrecht:**³³ Dieses umfasst alle zwischenstaatlichen Abkommen, die einen gesundheitsrelevanten Sachverhalt im internationalen Verhältnis regeln. In der Regel vereinheitlichen solche Abkommen das Gesundheitsrecht oder verpflichten die Vertragsstaaten, ihre nationale Rechtsordnung anzupassen.
- **Menschenrechtsgarantien:** Die völkerrechtlich garantierten Menschenrechte umfassen einerseits zwingende Garantien (Genozid-, Folter-, Sklavereiverbot etc.)³⁴ und andererseits relative Garantien, die staatsvertraglich vorgesehen, aber eingeschränkt werden können.³⁵ Gesundheitsrechtlich von besonderer Bedeutung ist die Biomedizinkonvention³⁶ und das humanitäre Völkerrecht.³⁷
- Organisationsrecht der internationalen Organisationen³⁸ und Gerichte.³⁹

³¹ Vgl. Art. 20 f. UVV.

³² Siehe *Angela Könnig-Feil*, Das internationale Arzthaftungsrecht. Eine kollisionsrechtliche Darstellung auf sachrechtsvergleichender Grundlage, Diss. Osnabrück 1992.

³³ Dazu nachfolgende Randziffern.

³⁴ Vgl. z.B. Art. 6 ff. Römer Statut des Internationalen Strafgerichtshofs vom 17. Juli 1998 (SR 0.312.1) und Art. 15 EMRK.

³⁵ Siehe supra Rz. 18.

³⁶ Vgl. Übereinkommen vom 4. April 1997 zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin; SR 0.810.2), Zusatzprotokoll vom 12. Januar 1998 zum Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin über das Verbot des Klonens von menschlichen Lebewesen (Zusatzprotokoll über das Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen; SR 0.810.21), Vereinbarung vom 1. März 2010 zwischen dem Schweizerischen Bundesrat und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend die Zuteilung von Organen zur Transplantation (mit Anhang) (SR 0.810.215.14) und Zusatzprotokoll vom 24. Januar 2002 über die Transplantation menschlicher Organe und Gewebe zum Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (SR 0.810.22). Weiterführend *Hans-Christoph Kandler*, Rechtliche Rahmenbedingungen biomedizinischer Forschung am Menschen. Das Zusatzprotokoll zum Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin über biomedizinische Forschung, Berlin 2008, und *Dominique Manai*, Les droits du patient face à la biomédecine, Bern 2006.

³⁷ Dazu infra Rz. 93 f.

³⁸ Vgl. z.B. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 (SR 0.810.1) und Abkommen vom 21. August 1948 zwischen dem Schweizerischen Bundesrat und der Weltgesundheitsorganisation zur Festlegung des rechtlichen Statuts dieser Organisation in der Schweiz (SR 0.192.120.281).

³⁹ Vgl. z.B. Verfahrensordnung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 4. November 1998 (SR 0.101.2).

Im internationalen Kontext hat sich zuerst das Gesundheitspolizeirecht, insbesondere das internationale Epidemierecht,⁴⁰ herausgebildet. Hernach wurden sukzessive weitere Aspekte des Gesundheitspolizei- und Gesundheitsversorgungsrechts, namentlich die Anerkennung von Berufsdiplomen,⁴¹ das internationale Lebensmittelrecht⁴² und der grenzüberschreitende Waren- und Dienstleistungsaustausch⁴³ geregelt.

Sowohl das Gesundheitsvorsorge- als auch das Gesundheitsförderungsrecht haben im internationalen Recht erst zaghafte Spuren hinterlassen. Sie bilden regelmässig «soft law», das sich in allgemeinen Zweckbestimmungen oder Empfehlungen erschöpft, gleichwohl aber im Rechtsalltag von rechtsgestaltender Bedeutung ist, wenn sich die jeweiligen Akteure auf diese unverbindlichen Grundsätze beziehen, um bereits bestehende Rechtsnormen auszulegen oder den Erlass von neuen Rechtsnormen zu begründen.

2.2. Subjektives Gesundheitsrecht – Right to health

Die Bundesverfassung verpflichtet Bund und Kantone dazu, dafür zu sorgen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält⁴⁴ und gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Invalidität, Krankheit und Unfall gesichert wird.⁴⁵ Diese «Pflichten» begründen keine durchsetzbaren Gesundheitsansprüche; es handelt sich lediglich um Sozialziele und nicht um eigentliche Sozialrechte.⁴⁶ Aus den Grundrechten lassen sich ebenfalls keine individuellen Rechte, sondern lediglich Schutzpflichten ableiten.⁴⁷

⁴⁰ Vgl. *Gerald G. Sander*, Internationaler und europäischer Gesundheitsschutz Gesundheitsrecht in WHO, FAO/CAK, WTO und EU. Unter besonderer Berücksichtigung des Lebensmittelrechts, Baden-Baden 2004, S. 57 ff.

⁴¹ Siehe dazu SR 0.8111 ff.

⁴² Ibid., S. 87 ff.

⁴³ Vgl. z.B. Art. 9 FZA.

⁴⁴ Vgl. Art. 41 Abs. 1 lit. b BV.

⁴⁵ Vgl. Art. 41 Abs. 2 BV.

⁴⁶ Vgl. Art. 41 Abs. 3 BV.

⁴⁷ Vgl. BGE 126 II 300 E. 5. Die Frage nach der Tragweite der grundrechtlichen Schutzpflicht ist in der Regel gleichbedeutend mit der Frage nach der richtigen Anwendung des einschlägigen Gesetzesrechts. Erweisen sich die beanstandeten Gesundheitsbeeinträchtigungen mit dem eidgenössischen Umweltrecht, so verletzen sie auch nicht das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, selbst wenn damit nicht jegliches Risiko völlig ausgeschaltet werden kann (BGE a.a.O. E. 5b). Ferner *Georg Hermes*, Das Grundrecht auf Schutz von Leben und Gesundheit. Schutzpflicht und Schutzanspruch aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, Heidelberg 1987.

- 12 Ein verfassungsrechtlicher Versorgungsanspruch⁴⁸ besteht nur ausnahmsweise, etwa im Rahmen der verfassungsrechtlichen Existenzgarantie,⁴⁹ beim Aufenthalt in einem Gefängnis oder in einer Anstalt⁵⁰ oder im Anwendungsbereich des Service Public insoweit, als ein Anspruch auf eine rechtsgleiche Gewährung öffentlicher Leistungen besteht.⁵¹
- 13 Kein Versorgungsanspruch kann aus den völkerrechtlichen Bestimmungen abgeleitet werden, die ein «right to health» garantieren.⁵² Das Recht auf Gesundheit ist kein Individualrecht, sondern lediglich eine programmatische Bestimmung bzw. Umsetzungsverpflichtung.⁵³ Ausnahmsweise folgt aus den Menschenrechtsgarantien der EMRK indirekt ein Versorgungsanspruch, wenn ohne eine bestimmte Versorgungsleistung das garantierte Menschenrecht unverhältnismässig beeinträchtigt würde.⁵⁴

⁴⁸ Vom verfassungsrechtlichen Versorgungsanspruch sind die gesetzlichen Versorgungsansprüche zu unterscheiden. Dazu zählen die sozialversicherungsrechtlichen Versorgungsansprüche bei Krankheit oder Unfall (vgl. Art. 117 BV) und spezifische gesundheitsrechtliche Versorgungsansprüche, beispielsweise auf kostenlose Impfung (vgl. Art. 23 Abs. 1 EpG und Verordnung vom 22. Dezember 1976 über die kostenlosen Impfungen).

⁴⁹ Vgl. Art. 12 BV.

⁵⁰ Vgl. z.B. BGE 123 I 221 E. II/2 c und 102 Ia 302 E. 2.

⁵¹ Vgl. BGE 117 Ib 387 E. 6d und 103 Ia 373 f. und 399 E. 2b.

⁵² Siehe z.B. Art. 25 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948, Art. 5 Internationales Übereinkommen vom 21. Dezember 1965 zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung, Art. 12 Internationaler Pakt vom 16. Dezember 1966 über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Art. 12 Übereinkommen vom 18. Dezember 1979 zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, Art. 24 Übereinkommen vom 20. November 1989 über die Rechte des Kindes und Art. 25 f. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006; weiterführend *Andrew Clapham*, *Realizing the right to health*, Zürich 2009.

⁵³ Vgl. BGE 126 I 240 E. 2c und *Daniel Kraus/Aline Schmidt*, Le «droit à la santé». Quelques considérations de droit constitutionnel suisse à la lumière du droit international, in: *Revue suisse de droit de la santé* 2006, S. 85 ff.

⁵⁴ Siehe dazu Urteile EGMR Haas c. Suisse vom 20. Januar 2011 (31322/07) Rz. 32 ff. (kein Anspruch auf Suizidbeihilfe) und ferner *Ludwig Minelli*, Die EMRK schützt die Suizidfreiheit – Wie antwortet darauf das Schweizer Recht?, in: *AJP* 2004, S. 491 ff., sowie Schlumpf c. Suisse vom 8. Januar 2009 (29002/06) Rz. 72 ff. (Anspruch auf Geschlechtsumwandlung).

II. Rechtsgrundlagen

1. Verfassungsmässige Kompetenzordnung

1.1. Allgemeines

Die Bundesverfassung basiert auf dem Grundsatz der Einzelermächtigung des Bundes.⁵⁵ Der Bund ist so zur Regelung des Gesundheitswesens und zum Erlass von internationalen Gesundheitsnormen nur dann und insoweit ermächtigt, als ihm die Bundesverfassung ausdrücklich Kompetenzen zuweist. Die Bundesverfassung verpflichtet den Bund, im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zu erlassen.⁵⁶

1.2. Direkte Bundeskompetenzen

Der Bund ist originär zuständig für die Gesundheitsprodukte, d.h. Lebens-, Heil- und Betäubungsmittel und Chemikalien sowie Gegenstände und Organismen, welche die Gesundheit gefährden können, den Strahlenschutz und Epidemien, d.h. für die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren,⁵⁷ die Komplementärmedizin,⁵⁸ die Humanforschung,⁵⁹ die Fortpflanzungsmedizin und die Gentechnologie im Humanbereich,⁶⁰ Transplantationsmedizin⁶¹ sowie die Gentechnologie im Ausserhumanbereich.⁶²

Das Gesundheitsrecht des Bundes im engeren Sinn ist in der Systematischen Rechtssammlung unter der Rubrik 81 ff. zusammengefasst und wie folgt gegliedert:

- Medizin und Menschenwürde⁶³
- Medizinalpersonen⁶⁴

⁵⁵ Vgl. Art. 3 BV.

⁵⁶ Vgl. Art. 118 Abs. 1 BV.

⁵⁷ Vgl. Art. 118 Abs. 2 BV und ferner Gutachten der Direktion für Völkerrecht vom 4. März 2008 (VPB 2008.20): Völkerrechtliche Zulässigkeit von Zwangsimpfungen gegenüber Diplomaten.

⁵⁸ Vgl. Art. 118a BV.

⁵⁹ Vgl. Art. 118b BV.

⁶⁰ Vgl. Art. 119 BV.

⁶¹ Vgl. Art. 119a BV.

⁶² Vgl. Art. 120 BV.

⁶³ Vgl. SR 810.

⁶⁴ Siehe SR 811.

- Heilmittel⁶⁵
- Schutz des ökologischen Gleichgewichts⁶⁶
- Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände⁶⁷
- Krankheits-⁶⁸ und Unfallbekämpfung⁶⁹

1.3. Indirekte Bundeskompetenzen

17 Der Bund kann ferner gestützt auf andere Sachkompetenzen indirekt Einfluss auf das Gesundheitswesen nehmen. Im internationalen Kontext sind insbesondere folgende Bundeskompetenzen von Bedeutung:

- **Verteidigungskompetenz:** Der Bund ist zuständig für Sicherheit, Landesverteidigung und Zivilschutz,⁷⁰ doch kommt ihm keine ausschliessliche Bundeskompetenz im Bereich der Gesamtverteidigung, insbesondere im Bereich des Koordinierten Sanitätsdienstes, zu.⁷¹
- **Ausbildungs- und Forschungskompetenz:** Der Bund entscheidet über die Ausbildung im Bereich der Gesundheitsberufe⁷² und fördert die Forschung.⁷³ Die Gesundheitsberufe werden traditionell in Medizinalberufe (Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Chiropraktoren und Apotheker) und die anderen Gesundheitsberufe unterteilt.
- **Umweltschutzkompetenz:** Der Bund ist nicht abschliessend für den Umwelt- und Gewässer- sowie den Natur- und Heimatschutz zuständig.⁷⁴
- **Sozialversicherungskompetenz:** Der Bund ist zur Regelung der Sozialversicherung, insbesondere der Kranken- und Unfallversicherung, zuständig.⁷⁵ Der Bund kann Pilotprojekte bewilligen, die in Abweichung des Territorialitätsprinzips eine Kostenübernahme durch Versicherer für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden.⁷⁶

⁶⁵ Vgl. SR 812.

⁶⁶ Siehe SR 814.

⁶⁷ Vgl. SR 817.

⁶⁸ Siehe SR 818.

⁶⁹ Vgl. SR 819.

⁷⁰ Vgl. Art. 57 ff. BV.

⁷¹ Siehe BGE 115 Ia 277 E. 4b.

⁷² Vgl. Art. 63 BV.

⁷³ Vgl. Art. 64 BV.

⁷⁴ Vgl. Art. 74, 76 und 78 BV. Siehe ferner BGE 133 II 64 E. 5.2 f. und 118 Ia 112 E. 1b.

⁷⁵ Vgl. Art. 111 ff. BV.

⁷⁶ Vgl. Art. 36a KVV und infra Rz. 43 f.

2. Staatsvertragsrecht des Bundes

Im Rahmen seiner Kompetenzen ist der Bund zur Regelung der Beziehung mit anderen Staaten zuständig;⁷⁷ er kann zu diesem Zweck Staatsverträge abschliessen. Der Bund hat denn auch zahlreiche gesundheitsrelevante Staatsverträge abgeschlossen.⁷⁸ Diese sind auf Bundesebene in Ziffer 0.810 bis 0.818 der Systematischen Rechtssammlung zusammengefasst und betreffen folgende Sachmaterien:

- **Medizin und Menschenwürde:**⁷⁹ Die Rubrik Medizin und Menschenwürde umfasst die Rechtsgrundlagen der WHO und die Biomedizinkonvention des Europarates mit Zusatzprotokollen, die von der Schweiz ratifiziert worden sind. Ergänzend ist auf die Europäische Menschenrechtskonvention des Europarates hinzuweisen. Diese Menschenrechtsgarantien schützen einerseits vor medizinischen Zwangsmassnahmen, insbesondere von gesundheitsrelevanten Weisungen⁸⁰ oder Anstaltseinweisungen.⁸¹ Artikel 8 Absatz 2 EMRK lässt andererseits Beeinträchtigungen der garantierten Freiheitsrechte zum «Schutz der Gesundheit» zu.⁸²
- **Medizinalpersonen:**⁸³ Die Schweiz hat mit den Nachbarstaaten seit 1884 die gegenseitige Zulassung von Angehörigen der an der Grenze domizilierten Medizinalberufe geregelt. Neben den Freizügigkeitsabkommen findet sich in dieser Rubrik ferner das Europäische Übereinkommen vom 25. Oktober 1967 über die Ausbildung und den Unterricht von Krankenschwestern.
- **Therapeutische Substanzen, medizinisches und Laboratoriumsmaterial⁸⁴ sowie Chemikalien:**⁸⁵ In dieser Rubrik finden sich zahlreiche bi- und multilaterale Abkommen zum grenzüberschreitenden Heilmittelhandel, zur Betäubungsmittel- und Anti-Dopingpolitik, die Europäische Pharmakopöe, den Austausch von medizinischem Material und Laboratoriumsmaterial sowie die Zulassung von Chemikalien.

⁷⁷ Vgl. Art. 54 BV.

⁷⁸ Siehe SR 0.81 und Thomas Gächter/Bernhard Rütsche, et al., Medizin- und Gesundheitsrecht, schweizerisches und internationales Recht, Textausgabe, Basel 2010, S. 3 ff.

⁷⁹ Siehe SR 0.810.

⁸⁰ Vgl. Urteil EGMR Enhorn c. Sweden vom 25. Januar 2005 (56529/00) Rz. 30 ff.

⁸¹ Vgl. Urteile EGMR Fuchser c. Suisse vom 13. Oktober 2006 (55894/00) Rz. 28 ff. (Einweisung in psychiatrische Klinik) und H. M. c. Suisse vom 26. Februar 2002 (39187/98) Rz. 31 ff. (Anstaltseinweisung einer verwahrlosten betagten Person).

⁸² Siehe z.B. Urteile EGMR Solomakhin c. Ukraine vom 24. September 2012 (24429/03) Rz. 28 ff. und ferner Mor c. France vom 15. März 2012 (28198/09) Rz. 53.

⁸³ Vgl. SR 0.811.

⁸⁴ Siehe SR 0.812.

⁸⁵ Vgl. SR 0.813.

- *Schutz des ökologischen Gleichgewichts:*⁸⁶ Die Schweiz hat zahlreiche Abkommen mit Nachbarstaaten betreffend Fluglärm und Schutz gemeinsamer internationaler Gewässer abgeschlossen und ist sodann Mitglied internationaler Klimaschutz-, Abfall-, Ölverschmutzungs- und Strahlenschutzabkommen.
- *Lebensmittelpolizei:*⁸⁷ Die Schweiz ist einigen internationalen Abkommen betreffend Ursprungsbezeichnung von Käse, der Kennzeichnung von Eiern sowie der Untersuchung und Kontrolle von Wein beigetreten. Von besonderer Bedeutung ist der Codex Alimentarius. Dieser ist ein internationales Programm zur Lebensmittel-Standardisierung, welches 1962 von zwei UNO-Organisationen, der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation (FAO) der Vereinten Nationen, geschaffen wurde. Hauptziele sind die Gesundheit von Verbrauchern weltweit zu schützen und faire Handelspraktiken im internationalen Handel mit Lebensmitteln sicherzustellen.⁸⁸
- *Krankheitsbekämpfung:*⁸⁹ Unter dieser Rubrik sind die bi- und multilateralen Abkommen betreffend Schutz vor übertragbaren Krankheiten, insbesondere auch Tierseuchen, und Leichenbeförderung aufgeführt.

19 Zurzeit ist ein Rahmenabkommen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen der Schweiz und Frankreich in Vorbereitung. Bundesrat Alain Berset führt mit der französischen Gesundheits- und Sozialministerin Gespräche, um die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich und insbesondere den Entwurf eines Rahmenabkommens zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu regeln.⁹⁰

3. Staatsvertragsrecht der Kantone

3.1. Allgemeines

20 Die Kantone sind in den Bereichen, in denen dem Bund keine gesundheitsrechtlichen Kompetenzen zustehen, originär und umfassend zuständig. Daneben können die Kantone subsidiär die Sachmaterien regeln, in denen der Bund

⁸⁶ Siehe SR 0.814.

⁸⁷ Vgl. SR 0.817.

⁸⁸ Weiterführend *Gerald G. Sander*, Internationaler und europäischer Gesundheitsschutz, Gesundheitsrecht in WHO, FAO/CAK, WTO und EU. Unter besonderer Berücksichtigung des Lebensmittelrechts, Baden-Baden 2004, S. 87 ff.

⁸⁹ Siehe SR 0.818.

⁹⁰ Siehe <<http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=48574>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

an sich zuständig wäre, seine Kompetenz aber noch nicht ausgeschöpft oder an die Kantone delegiert hat.⁹¹

Die Kantone können innerhalb ihres Kompetenzbereichs grenzüberschreitende Kooperationsverträge abschliessen.⁹² Soweit der Bund zuständig ist, sind grenzüberschreitende Kooperationsverträge nur zulässig, wenn das Bundesrecht eine Ausnahmebestimmung vorsieht und die zuständige Bundesbehörde einwilligt.⁹³

Nur wenige Kantone haben mit dem Ausland gesundheitspolizeiliche Abkommen abgeschlossen. Zu erwähnen sind:

- BS: Übereinkunft zwischen der Schweiz und dem Grossherzogtum Baden betreffend die sanitäre Überwachung des von der Schweiz nach Baden gerichteten Reiseverkehrs auf dem Badischen Bahnhof zu Basel bei drohenden oder ausgebrochenen Seuchen vom 3. Juni 1886.
- SH: Staatsvertrag zwischen dem Kanton Schaffhausen und dem Land Baden-Württemberg über die Beseitigung der Abwässer aus dem Bibertal und dem Hegau vom 17. August 1976.

3.2. Gesundheitsabkommen mit dem Fürstentum Liechtenstein

Das Fürstentum Liechtenstein und der Kanton St. Gallen sowie weitere Kantone und Leistungserbringer haben seit den 1960er Jahren diverse Gesundheitsversorgungsabkommen geschlossen.⁹⁴

Der Regierungsrat des Kantons St. Gallen hat am 5. April 2011 in seiner Antwort auf eine parlamentarische Interpellation⁹⁵ festgehalten, dass:

- rund 22 Prozent der stationären Patienten des Spitals Grabs aus dem Fürstentum Liechtenstein (Jahr 2010: 1'628 von 7'445 Austritten) stammen und im Rahmen eines Pilotprojektes jährlich rund 80 st. gallische Patienten sta-

⁹¹ Vgl. *Thomas Fleiner-Gerster*, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Kompetenzen der Kantone im Gesundheitswesen, in: Die soziopsychiatrische Gesetzgebung. Eine Bilanz, Freiburg i.U. 1992, S. 49 ff.

⁹² Siehe dazu Antwort des Bundesrates vom 14. Juni 2002 Interpellation von NR Hans-Jürg Fehr vom 20. März 2003 betreffend grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen (02.3078).

⁹³ Vgl. Art. 36a KVV.

⁹⁴ Siehe dazu das Verzeichnis der Rechtstexte im Anhang.

⁹⁵ Siehe dazu ferner das Postulat SVP-Fraktion/CVP-EVP-Fraktion/FDP-Fraktion vom 23. Februar 2013 «Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland und Liechtensteinisches Landesspital Vaduz: Grundlagen für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit» (<<http://www.fdp.sg/de/10229/2013.html>>; zuletzt besucht am 21. März 2014).

tionäre Leistungen am Liechtensteinischen Landesspital (LLS) in Anspruch nehmen;

- zwischen der Spitalregion Rheintal Werdenberg-Sarganserland und dem LLS verschiedene Kooperationsfelder bestehen und der Kanton St. Gallen im Zusammenhang mit der Strategie QUADRIGA II (Schwerpunktbildung) gute Erfahrungen mit dem Kooperations- und Netzwerkmodell gemacht hat.

- 25 Der Verwaltungsrat der st. gallischen Spitalverbunde hat den Verantwortlichen des LLS am 2. Februar 2011 im Sinne einer weiteren Kooperationsofferte verschiedene Vorschläge für Zusammenarbeitsmöglichkeiten unterbreitet.

3.3. Basler Pilotprojekt

- 26 Im Jahr 2007 wurde das Pilotprojekt «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen» lanciert.⁹⁶ Die Vision des Pilotprojektes ist, in der Region des Dreiländerecks eine Einheit im Bereich der Gesundheitsversorgung zu realisieren. Das Pilotprojekt beschränkt sich räumlich auf gesetzlich Krankenversicherte aus dem Landkreis Lörrach und den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Die Phase II läuft von 2010 bis 2014 und wird, wie bereits die Phase I von 2007 bis 2009, auf Schweizer Seite durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium evaluiert.⁹⁷
- 27 Die Realisierung des Pilotprojektes wurde durch Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen in beiden Ländern möglich. Zentral dabei ist die Abgeltung der Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung. Während in der Schweiz gemäss Artikel 36a KVV solche Pilotprojekte nur befristet zugelassen werden, erlaubt die deutsche Gesetzgebung unlimitierte Projekte.⁹⁸

⁹⁶ Siehe <<http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gruez>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

⁹⁷ Weiterführend *Lucy Bayer-Oglesby/Maik Roth*, Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt/Basel-Landschaft/Landkreis Lörrach. Phase II Monitoring-Bericht 2011, Neuenburg 2012, *Andrea Zumburn/Lucy Bayer-Oglesby, et al.*, Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt/Basel-Landschaft/Landkreis Lörrach (Phase I). Obsan Bericht 37, Neuenburg 2010, und *Kerstin Odendahl/Hans Martin Tschudi, et al.*, Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Ausgewählte Rechtsfragen am Beispiel des Basler Pilotprojekts, Zürich 2010.

⁹⁸ Siehe <http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/vsd/gesundheit/monitoring-bericht_2011.pdf>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

III. Akteure der Zusammenarbeit

1. Nationale Gesundheitsbehörden

1.1. Bundesbehörden

Der Globalisierungsprozess und die Internationalisierung im Gesundheitsbereich erzeugen einen grossen Koordinationsbedarf zwischen gesundheits-, aussen- und entwicklungspolitischen Aspekten; entsprechend sind diverse Bundesbehörden, namentlich der Bundesrat und die Verwaltungsbehörden BAG⁹⁹, EDA¹⁰⁰ und DEZA¹⁰¹, mit gesundheitsrelevanten Fragen befasst.

Am 9. März 2012 verabschiedete der Bundesrat die neue Schweizerische Gesundheitsausserpolitik (GAP).¹⁰² Die GAP dient als verwaltungsinternes Instrument zur Festlegung und Ausführung gemeinsamer Ziele der in der Gesundheitsausserpolitik tätigen Bundesstellen. Sie ersetzt die Aussenpolitische Zielvereinbarung im Bereich Gesundheit, die 2006 von EDA und EDI beschlossen worden war.

Auf Bundesebene werden neu sechs Instrumente vorgesehen:¹⁰³

- *Koordinationsstelle Gesundheitsausserpolitik*: Die Abteilung Sektorielle Aussenpolitiken (ASA) ist die Koordinationsstelle der Gesundheitsausserpolitik des EDA. Diese ist verantwortlich für das Sammeln und Weiterleiten relevanter Informationen aus dem EDA an die übrigen beteiligten Stellen in der Bundesverwaltung.
- *Informationsplattform Gesundheitsausserpolitik*: Das EDA hat in der elektronischen Plattform CH@WORLD einen sektoriellen Bereich Gesundheit eingerichtet und mit den relevanten bilateralen bzw. multilateralen Dossiers verknüpft.
- *Ausarbeitung von Grundlagenpapieren zu den Themen der Gesundheitsausserpolitik und Stärkung der akademischen Kompetenz*: BAG, DEZA und die

⁹⁹ Siehe <<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/13102/index.html?lang=de>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹⁰⁰ Siehe <<http://www.eda.admin.ch/eda/de/home/topics/envtra/health.html>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹⁰¹ Siehe <<http://www.deza.admin.ch/de/Home/Themen/Gesundheit>> und <<http://www.sdc-health.ch>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹⁰² Siehe Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) und Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Schweizerische Gesundheitsausserpolitik, Bern 2012 (verfügbar online <<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/13102/index.html?lang=de>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹⁰³ Ibid., S. 32 ff.

Abteilung Sektorielle Aussenpolitiken des EDA erarbeiten, in Absprache mit den übrigen vom Thema betroffenen Stellen der Verwaltung, themenspezifische Papiere zur Gesundheitsaussenpolitik. Diese Papiere dienen der Diskussion und anschliessenden Klärung von Schweizer Positionen in wichtigen gesundheitsaussenpolitisch relevanten Fragen.

- *Interdepartementale Strukturen:* Die Interdepartementale Konferenz Gesundheitsaussenpolitik (IK GAP) findet jährlich statt und wird vom BAG-Direktor, dem DEZA-Direktor und dem EDA-Staatssekretär gemeinsam geleitet. Die IK GAP schliesst Vertreter des EDA, des EDI, des EJPD, des VBS, des WBF und des UVEK sowie der Gesundheitsdirektorenkonferenz ein. Die IK GAP legt die aktuellen Prioritäten und gemeinsamen Projekte fest. Zudem befindet die IK GAP über eine gemeinsame Jahresplanung samt Offenlegung der dafür zur Verfügung stehenden Mittel.
- *Personalaustausch, Aussenvertretungen und Secondments:* Eine leitende Stelle der Abteilung Internationales des BAG wird nach Möglichkeit weiterhin durch einen diplomatischen Mitarbeiter des EDA besetzt. Auf den Missionen in Genf, Brüssel und New York ist ein Mitarbeiter explizit mit dem Gesundheitsdossier betraut.
- *Regelmässiger Austausch mit Stakeholdern:* Mit diesem Instrument soll ein verbesserter Einbezug nichtstaatlicher Akteure in die Gesundheitsaussenpolitik sichergestellt werden. Zu diesem Zweck findet jährlich ein allgemeines Treffen mit allen relevanten Akteuren zur Gesundheitsaussenpolitik statt.

1.2. Kantonale Behörden

31 In der Deutsch-Französisch-Schweizerischen Oberrheinkonferenz arbeiten die Regierungs- und Verwaltungsstellen der Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Aargau, Jura und Solothurn sowie des französischen Staates, der Région Alsace und der Départements Bas-Rhin und Haut-Rhin zusammen.¹⁰⁴

32 Es bestehen folgende Expertenausschüsse:

- Der *Expertenausschuss Gesundheitsversorgung* beschäftigt sich mit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und arbeitet unter anderem an der Weiterentwicklung des grenzüberschreitenden Rettungswesens.

¹⁰⁴ Weiterführend <<http://www.oberrheinkonferenz.org/de/>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

- Der *Expertenausschuss Prävention und Gesundheitsförderung* strebt einen Erfahrungsaustausch und eine Vernetzung von relevanten Akteuren des Gesundheitsbereichs an, um zu helfen, Krankheiten einerseits vorzubeugen und andererseits die Gesundheit bereits erkrankter Menschen zu fördern.
- Der *Expertenausschuss Gesundheitsbeobachtung* trägt dazu bei, gemeinsame Probleme im Rahmen der öffentlichen Gesundheit in den drei Ländern zu erkennen.
- Der *Expertenausschuss EPIRHIN* ist für die regelmässige Aktualisierung der Adressen der Kontaktpersonen (z.B. Amtsärzte) im Meldesystem verantwortlich.

2. WHO

2.1. Allgemeines

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf.¹⁰⁵ Die WHO ist die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen. Der Zweck der WHO besteht darin, allen Völkern zur Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu verhelfen. Zu diesem Zweck hat die WHO unterschiedliche Instrumente entwickelt.¹⁰⁶

Daneben widmen sich weitere UNO-Sonderorganisationen mit gesundheitsrelevanten Fragen, so unter anderem die Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation (FAO),¹⁰⁷ die UNAIDS,¹⁰⁸ das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF)¹⁰⁹ oder der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA).¹¹⁰

2.2. Internationale Klassifikationen

Die WHO hat diverse Klassifikationen verabschiedet:

¹⁰⁵ Vgl. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 (SR 0.810.1).

¹⁰⁶ Weiterführend Gerald G. Sander, Internationaler und europäischer Gesundheitsschutz Gesundheitsrecht in WHO, FAO/CAK, WTO und EU. Unter besonderer Berücksichtigung des Lebensmittelrechts, Baden-Baden 2004, S. 67 ff.

¹⁰⁷ Siehe <http://www.fao.org/index_en.htm>; zuletzt besucht am 21. März 2014, vgl. ferner Gerald G. Sander, Internationaler und europäischer Gesundheitsschutz Gesundheitsrecht in WHO, FAO/CAK, WTO und EU. Unter besonderer Berücksichtigung des Lebensmittelrechts, Baden-Baden 2004, S. 87 ff.

¹⁰⁸ Siehe <<http://www.unaids.org>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹⁰⁹ Siehe <<http://www.unicef.org>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹¹⁰ Siehe <<http://www.unfpa.org>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

- *International Classification of Diseases (ICD)*¹¹¹ – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.¹¹²

- 36 Die ICD wurde zum ersten Mal 1949 als ICD 6 erlassen und seither mehrmals revidiert, aktuell gültig ist die 10. Revision (Version 2011).¹¹³ Die ICD-10-WHO besteht aus drei Bänden. Im Band 1 ist das Systematische Verzeichnis (Systematik), mithin die Vierstellige Ausführliche Systematik (VAS), aufgeführt. Er enthält ausserdem einführende Texte, die Dreistellige Allgemeine Systematik (DAS) und die Morphologie der Neubildungen der ICD-O.
- 37 Der Band 2 widmet sich dem Regelwerk, bestehend aus einer allgemeinen Einführung in die ICD, den Verschlüsselungsregeln für Mortalität und Morbidität, zahlreichen Beispielen zur Verschlüsselung und einem Überblick über die Geschichte der Klassifikation. Band 3 enthält das Alphabetische Verzeichnis (Alphabet), eine umfangreiche Sammlung verschlüsselter Diagnosen, Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen sowie unerwünschter Nebenwirkungen von Arzneimitteln und chemischen Substanzen.
- *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*¹¹⁴ – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.¹¹⁵
- 38 Die ICF dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden.
- *International Classification of Health Interventions (ICHI)*¹¹⁶ – Klassifikation für Gesundheitsinterventionen.¹¹⁷
- 39 Bereits 1971 war die Notwendigkeit einer internationalen Klassifikation medizinischer Massnahmen erkannt worden. Die WHO veröffentlichte daher 1978 die International Classification of Procedures in Medicine (ICPM). Diese war

¹¹¹ Siehe <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹¹² Siehe <<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamt12011/index.htm>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹¹³ Siehe <<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamt12011/index.htm>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹¹⁴ Siehe <<http://www.who.int/classifications/icf/en/>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹¹⁵ Siehe <<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/index.htm>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹¹⁶ Siehe <<http://www.who.int/classifications/ichi/en/>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹¹⁷ Siehe <<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/ops/historie/index.htm>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

auf chirurgische Massnahmen beschränkt. In den vergangenen Jahren erarbeitete die WHO eine neue Klassifikation für Gesundheitsinterventionen.

2.3. Internationale Gesundheitsvorschriften

Bereits in den Anfangszeiten der WHO wurden die Internationalen Gesundheitsvorschriften erlassen. Das «Internationale Sanitätsreglement», wie die Internationalen Gesundheitsvorschriften früher hiessen, war ein technisches Reglement zur Kontrolle von Pest, Cholera und Gelbfieber, welches den sich ändernden Anforderungen an die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nicht mehr gerecht zu werden vermochte.¹¹⁸

Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005),¹¹⁹ entstanden durch eine Totalrevision des internationalen Sanitätsreglements, sind ein umfassendes Instrument zur Vorbeugung, Überwachung und Bekämpfung der internationalen Verbreitung von akuten Gesundheitsgefährdungen. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) sind auf alle Ereignisse anwendbar, die eine akute Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen können, gleichgültig ob durch biologische oder chemische Einwirkungen oder ionisierende Strahlung verursacht oder sie natürlich, unabsichtlich oder absichtlich eingetreten sind.

Weitere wesentliche Änderungen in den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) im Vergleich zum Internationalen Sanitätsreglement betreffen die breite Definition des Begriffs «Krankheit», die Einrichtung einer ständig rund um die Uhr verfügbaren zentralen Stelle («Nationale IGV-Anlaufstelle») sowie ein innovatives Instrument, das erlaubt, eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite festzustellen.¹²⁰

2.4. Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs

Der einzige unter der Ägide der WHO erarbeitete und am 21. Mai 2003 von der Weltgesundheitsversammlung angenommene völkerrechtliche Vertrag ist das

¹¹⁸ Siehe Internationales Sanitätsreglement vom 25. Mai 1951 (Reglement Nr. 2 der Weltgesundheitsorganisation; SR 0.818.101) und Internationales Sanitätsreglement vom 25. Juli 1969 (SR 0.818.102).

¹¹⁹ Internationale Gesundheitsvorschriften (2005), angenommen an der 58. Weltgesundheitsversammlung am 23. März 2005, für die Schweiz in Kraft getreten am 15. Juni 2007 (SR 0.818.103); weiterführend *Hans-Christian Matter*, Internationale Gesundheitsvorschriften (2005). Internationale Bedeutung und Auswirkungen auf die Steuerung und Organisation der Krankheitsbekämpfung in der Schweiz, Bern 2009.

¹²⁰ Weiterführend dazu Bundesamt für Gesundheit, Erläuternder Bericht zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005), Bern 2007 (online verfügbar <<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11512/11514/11524/index.html?lang=de>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control). Der Vertrag ist am 27. Februar 2005 in Kraft getreten und wurde bisher von rund 150 Staaten ratifiziert. Die Schweiz hat mit 168 weiteren Staaten das Rahmenübereinkommen unterzeichnet, aber noch nicht ratifiziert.¹²¹

- 44 Die WHO-Tabakkonvention verpflichtet die Vertragsparteien insbesondere zu folgenden Massnahmen:

- Verabschiedung von wirksamen Massnahmen zum Schutz vor Passivrauch am Arbeitsplatz, in geschlossenen Räumen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, Einrichtungen und Plätzen
- Produktdeklaration und Warnhinweise auf allen Tabakprodukten
- Einschränkungen der Tabakwerbung und des Tabaksponsorings
- Bekämpfung des Zigarettenschmuggels, des illegalen Herstellens und der Fälschung von Tabakprodukten
- Abgabeverbot von Tabakprodukten an Minderjährige

2.5. Delegierte Aufgaben – insbesondere Betäubungsmittelpolitik

- 45 Der WHO wurden durch völkerrechtliche Verträge Regelungsaufgaben übertragen, beispielsweise durch das Einheits-Übereinkommen von 1961 über die Betäubungsmittel¹²² und das Übereinkommen vom 21. Februar 1971 über psychotrope Stoffe.¹²³ Diese werden durch die dafür von der WHO eingesetzte Expertenkommission erfüllt.¹²⁴

2.6. Empfehlungen und Richtlinien

- 46 Die Weltgesundheitsversammlung und andere Organe der WHO haben unzählige nichtverbindliche Empfehlungen, Resolutionen, Standards oder Metho-

¹²¹ Weiterführend <<http://www.bag.admin.ch/fctc/index.html?lang=de>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹²² Einheits-Übereinkommen von 1961 über die Betäubungsmittel in der durch das Protokoll vom 25. März 1972 geänderten Fassung (mit Tabellen) (SR 0.812.121).

¹²³ Übereinkommen vom 21. Februar 1971 über psychotrope Stoffe (mit Anhang) (SR 0.812.121.02).

¹²⁴ Die Schweiz wurde 2007 als Mitglied der Gruppe der westeuropäischen Länder in die Betäubungsmittelkommission der UNO wiedergewählt. Diese Commission on Narcotic Drugs (CND) stellt als Organ des Wirtschafts- und Sozialrates ECOSOC (Economic and Social Council) der UNO Anträge zur internationalen Betäubungsmittelpolitik. Die Schweiz tritt in der CND ihre Vier-Säulen-Drogenpolitik. Gleichzeitig sorgt die Schweiz dafür, dass ihre Erkenntnisse der internationalen Gemeinschaft zugänglich werden und umgekehrt.

den verabschiedet.¹²⁵ Trotz mangelnder Rechtsverbindlichkeit bzw. Sanktionslosigkeit bei einer Missachtung werden sie in der Regel von den WHO-Mitgliedstaaten befolgt. Dies gilt zumindest für Normen mit technischem oder wissenschaftlichem Charakter. Andere nichtverbindliche Empfehlungen sind politisch umstritten.

Zur Verwirklichung des Zwecks der WHO – der Sicherstellung der Gesundheit – wurde die Strategie «Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert» entwickelt. Diese wurde 1998 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und beruht auf der 1978 verabschiedeten Alma Ata Deklaration. Es soll ein Grad an Gesundheit erreicht werden, der es allen Menschen ermöglicht, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Gesundheit wird als ein wesentlicher Bestandteil der menschlichen Entwicklung wahrgenommen.¹²⁶

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat 1998 die in Kooperation mit 51 europäischen Mitgliedstaaten entworfene neue Politik Gesundheit 21 bzw. «Gesundheit für alle» mit 21 definierten Zielen für das 21. Jahrhundert verabschiedet. Die 21 Gesundheitsziele bilden ebenfalls die Grundlage für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik der Schweiz. Die für die Schweiz anwendbaren Ziele wurden von Fachleuten erarbeitet und von der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) im Jahr 2002 veröffentlicht.

Am 21. Mai 2010 haben die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den globalen Verhaltenskodex für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften gutgeheissen. Dieser Kodex ist die Antwort der Regierungen auf die Tatsache, dass der weltweite Mangel an Gesundheitspersonal vor allem die Entwicklungsländer trifft und sich dieses Problem mit der Personalabwanderung aus diesen Ländern zu verschlimmern droht. Der Kodex enthält ethische Grundsätze, die bei der internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal zur Anwendung gelangen sollen, indem den Rechten und Pflichten der Herkunfts- und Zielländer sowie der abwandernden Gesundheitsfachkräfte Rechnung getragen wird.

3. ILO

Die Internationale Arbeitsorganisation (International Labour Organization) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die im Jahr 1919 gegründet wurde. Die Verfassung vom 28. Juni 1919 der Internationalen Arbeitsorganisa-

¹²⁵ Siehe <<http://www.who.int/publications/guidelines/atoz/en/index.html>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹²⁶ Alma-Ata Resolution vom 6./12. September 1978 verabschiedet und von der 32. Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA32.30 unterstützt (Mai 1979).

tion verpflichtet die ILO dazu, internationale Arbeits- und Sozialnormen, insbesondere Kernarbeitsnormen, zu formulieren und durchzusetzen, um die soziale und faire Gestaltung der Globalisierung sowie die Schaffung von menschenwürdiger Arbeit als einer zentralen Voraussetzung für die Armutsbekämpfung zu verwirklichen.

- 51 In der Erklärung über die Ziele und Zwecke der Internationalen Arbeitsorganisation wird ausdrücklich der angemessene Schutz für das Leben und die Gesundheit der Arbeitnehmer als Ziel der ILO anerkannt (Ziffer III lit. g). Die ILO trägt insbesondere eine Mitverantwortung für die Förderung der Gesundheit (Ziffer IV, siehe ferner Artikel IV der Vereinbarung zwischen den Vereinten Nationen und der Internationalen Arbeitsorganisation).
- 52 Die ILO-Gesetzgebung ist geprägt von vier Grundprinzipien:
- Vereinigungsfreiheit und Recht auf Kollektivverhandlungen
 - Beseitigung der Zwangsarbeit
 - Abschaffung der Kinderarbeit
 - Verbot der Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf
- 53 Diese Grundprinzipien haben in acht Übereinkommen, die auch als Kernarbeitsnormen bezeichnet werden, ihre konkrete Ausgestaltung erfahren:
- Übereinkommen Nr. 87 vom 9. Juli 1948 über die Vereinigungsfreiheit und den Schutz des Vereinigungsrechtes.
 - Übereinkommen Nr. 98 vom 1. Juli 1949 über die Anwendung der Grundsätze des Vereinigungsrechtes und des Rechtes zu Kollektivverhandlungen.
 - Übereinkommen Nr. 29 vom 28. Juni 1930 über Zwangs- oder Pflichtarbeit.
 - Übereinkommen Nr. 105 vom 25. Juni 1957 über die Abschaffung der Zwangsarbeit.
 - Übereinkommen Nr. 100 vom 29. Juni 1951 über die Gleichheit des Entgelts männlicher und weiblicher Arbeitskräfte für gleichwertige Arbeit.
 - Übereinkommen Nr. 111 vom 25. Juni 1958 über die Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf (mit Empfehlung).
 - Übereinkommen Nr. 138 vom 26. Juni 1973 über das Mindestalter für die Zulassung zur Beschäftigung.
 - Übereinkommen Nr. 182 vom 17. Juni 1999 über das Verbot und unverzügliche Massnahmen zur Beseitigung der schlimmsten Formen der Kinderarbeit.

Bislang haben über 100 ILO-Mitgliedstaaten, darunter auch die Schweiz, alle Kernübereinkommen ratifiziert.¹²⁷ Die mehr als 180 verabschiedeten ILO-Übereinkommen enthalten unterschiedlichste gesundheitsrechtliche Arbeitnehmerschutznormen. Die Kernarbeitsnormen haben im Juni 1998 eine besondere politische Aufwertung erfahren, als die Erklärung vom 18. Juni 1998 über die grundlegenden Prinzipien und Rechte bei der Arbeit und ihre Folgemaassnahmen auf der 86. Tagung der Internationalen Arbeitskonferenz ohne Gegenstimme angenommen wurde. Damit bekennen sich alle Mitgliedstaaten der Organisation ausdrücklich zu den Kernarbeitsnormen.

4. Europarat

4.1. Allgemeines

Die Schweiz ist seit 1963 Mitglied des Europarates. Der Europarat bezweckt, einen engeren Zusammenschluss unter seinen Mitgliedern zu verwirklichen, um die Ideale und Grundsätze, die ihr gemeinsames Erbe sind, zu schützen und zu fördern und um ihren wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt zu begünstigen.¹²⁸

Das 1954 gegründete Gesundheitskomitee des Europarates¹²⁹ ist das zuständige Organ für die Förderung einer engeren Zusammenarbeit unter den Mitgliedstaaten in allen gesundheitsrelevanten Fragen. Die Schwerpunkte seiner Aktivität konzentrieren sich auf die Demokratisierung und Humanisierung von Gesundheitsdiensten (gleicher Zugang zum Gesundheitssystem für alle und Patientenschutz).

Das Gesundheitskomitee organisiert in regelmässigen Abständen Konferenzen auf Ministerebene und gibt damit den europäischen Gesundheitsministern die Gelegenheit, die wichtigsten Herausforderungen des Gesundheitswesens gemeinsam zu erörtern.

4.2. Gesundheitsrechtliche Vollabkommen

Der Europarat bzw. dessen Organe haben zahlreiche gesundheitsrechtliche Verträge erlassen.¹³⁰ Im Vordergrund stehen Abkommen betreffend Bioethik,

¹²⁷ Siehe Verzeichnis der Rechtstexte im Anhang.

¹²⁸ Vgl. Art. 1 lit. a Satzung des Europarates vom 5. Mai 1949.

¹²⁹ Siehe <http://www.coe.int/t/dg3/health/cdsp_EN.asp>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹³⁰ Siehe <<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ListeTraites.asp?CM=8&CL=GER>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

Drogen, Arzneimittel und Gesundheitsfürsorge in Europa sowie Gesundheitspolitik. Zur Umsetzung der gesundheitsrechtlichen Abkommen wurde 1996 die European Directorate for the Quality of Medicines & Health Care gegründet. Die Schweiz hat zahlreiche Europaratsabkommen ratifiziert und in Kraft gesetzt.¹³¹

59 Die Schweiz hat sodann einige Abkommen unterzeichnet, aber noch nicht in Kraft gesetzt.¹³² Zu erwähnen sind insbesondere die gesundheitsversorgungsrechtlichen Bestimmungen der Europäischen Sozialcharta. Die Europäische Sozialcharta (revidiert) vom 3. Mai 1996 nimmt mehrfach Bezug auf die Gesundheit. Der von der Sozialcharta garantierte «Gesundheitsschutz» betrifft alle gesundheitsrechtlichen Bereiche und beinhaltet verschiedene «Rechte»:

- *Arbeitnehmer(innen)schutz* (Teil I Ziffer 3 «Recht auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen», Teil II Artikel 2 «Schutz vor Gefahren, die gefährlichen oder gesundheitsschädlichen Arbeiten innewohnen», Teil II Artikel 3 «Das Recht auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen», Teil II Artikel 8 «Das Recht der Arbeitnehmerinnen auf Mutterschutz», Teil II Artikel 22 Ziffer 1 und 2).
- *Schutz von Kindern und Jugendlichen* (Teil I Ziffer 7 «Recht auf besonderen Schutz gegen körperliche und sittliche Gefahren» und Teil II Artikel 7).
- *Schutz der Wanderarbeitnehmer und ihrer Familien* (Teil II Artikel 19 Ziffer 2 «Recht auf Inanspruchnahme von notwendigen Gesundheitsdiensten, ärztlichen Betreuung und guten hygienischen Bedingungen»).
- *Schutz älterer Menschen* (Teil II Artikel 23 Ziffer 2 Recht auf «die Bereitstellung von ihren Bedürfnissen und ihrem Gesundheitszustand entsprechenden Wohnungen oder von angemessenen Hilfen zur Anpassung der Wohnungen, die gesundheitliche Versorgung und die Dienste, die aufgrund ihres Zustands erforderlich sind»).

4.3. Gesundheitsrechtliche Teilabkommen

60 Ferner bestehen zahlreiche Teilabkommen, die eine Gruppe von Staaten, die Mitglied des Europarats sind, verabschiedet haben. Gesundheitsrechtliche Teilabkommen sind u.a.:

- *Teilabkommen im Sozial- und öffentlichen Gesundheitsbereich*.¹³³ Innerhalb des Teilabkommens im Sozial- und öffentlichen Gesundheitsbereich wur-

den zwei Europäische Verträge abgeschlossen: Die Übereinkommen über die Ausarbeitung eines Europäischen Arzneibuches und das Europäische Übereinkommen über die Beschränkung der Verwendung bestimmter Detergentien in Wasch- und Reinigungsmitteln. Daneben wurde eine Vielzahl von Empfehlungen verabschiedet. Die Schweiz war vom 1. Januar 1997 bis zum 1. Januar 2009 Mitglied dieses Teilabkommens.

- *Gruppe zur Zusammenarbeit in Sachen Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Handel mit Rauschgiften (Pompidou-Gruppe)*.¹³⁴ Die Pompidou-Gruppe befasst sich mit der grenzüberschreitenden Drogenpolitik in Europa. Ihr neues Arbeitsprogramm legt die Verankerung der Menschenrechte in der Drogenpolitik, die Erarbeitung einer kohärenten Suchtpolitik und die internationale Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen, in der Drogenpolitik engagierten Sektoren als Schwerpunkte fest. Des Weiteren arbeitet die Gruppe flexibel und kann so ad hoc auf die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten reagieren. Der verbesserte Kampf gegen den Drogenhandel und die Geldwäscherei wie auch die Vertiefung der Nord-Süd-Zusammenarbeit bleiben wichtige Arbeitsfelder der Gruppe. Die Schweiz ist seit dem 1. Juni 1985 Mitglied dieses Teilabkommens.

4.4. Gesundheitsrechtliche Empfehlungen

Im Zusammenhang mit den gesundheitsrechtlichen Abkommen sowie ausserhalb derselben hat das Ministerkomitee seit 1978 zahlreiche Empfehlungen¹³⁵ zu verschiedenen Gesundheitsbereichen verabschiedet. Diese Empfehlungen sind unverbindlich.

Resolution (61) 40 cultural and scientific cooperation: transfer to the council for cultural co-operation of the cultural activities listed in the appendix to resolution (59) 23 (adopted by the committee of ministers on 16 december 1961), Resolution (96) 34 authorising the states concerned to revise the partial agreement in the social and public health field (adopted by the committee of ministers on 2 october 1996) und Resolution (96) 35 revising the partial agreement in the social and public health field (adopted by the committee of ministers on 2 october 1996) sowie <http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/socsp/>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹³⁴ Siehe Resolution (80) 02 setting up a co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (pompidou group) (adopted by the committee of ministers on 27 march 1980) und Resolution (80)15 amending Resolution (80) 02 setting up a cooperation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (pompidou group) (adopted by the committee of ministers on 17 September 1980) sowie <http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Default_en.asp>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹³⁵ Siehe <http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_en.asp>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹³¹ Siehe Verzeichnis der Rechtstexte im Anhang.

¹³² Z.B. die Konvention vom 28. Oktober 2011 über die Fälschung von Arzneimittelprodukten und ähnliche Verbrechen, die eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellen.

¹³³ Siehe Resolution (59) 23 (1) extension of the activities of the council of europe in the social and cultural fields (adopted by the ministers deputies on 16th november 1959),

5. OECD

- 62 Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Cooperation and Development)¹³⁶ ist eine internationale Organisation, die ihre Tätigkeit im Gesundheitsbereich in Verbindung mit den Bereichen Umwelt, Sozialpolitik und Energie entwickelt hat. Die Schweiz unterzeichnete am 14. Dezember 1960 gemeinsam mit 19 anderen Ländern die OECD-Konvention, mit der die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung gegründet wurde, und bekannte sich damit zu den fundamentalen Zielen und Aufgaben der Organisation.
- 63 In der Anfangsphase hat sich die OECD auf ausgewählte Gesundheitsprojekte konzentriert, insbesondere eine Gesundheitsdatenbank («OECD Health Data») publiziert und regelmässig aktualisiert. Im Jahr 2001 hat die OECD beschlossen, den Gesundheitsfragen mehr Bedeutung beizumessen, und ein horizontales Projekt lanciert, um die Leistung der Gesundheitssysteme zu evaluieren und die Ursachen der Leistungsabweichungen festzustellen.¹³⁷ Die OECD hat 2006 erstmals eine Studie («Peer Review») über das Schweizerische Gesundheitswesen durchgeführt, die 2011 wiederholt wurde.¹³⁸
- 64 Seit Herbst 2004 wurde ein «Gesundheitsausschuss» (Health Committee) im Direktorat für Beschäftigung, Arbeit und Soziales (Directorate for Employment, Labour and Social Affairs – ELS) zur Überwachung der Arbeiten in diesem Bereich geschaffen. Das BAG hat sich von Anfang an den Arbeiten der OECD beteiligt und ist Mitglied des Büros des Gesundheitskomitees.

6. Internationales Rotes Kreuz

- 65 Das Internationale Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) wurde 1863 gegründet und ist als eines der wenigen nichtstaatlichen Völkerrechtssubjekte im humanitären Bereich tätig. Seine weltweiten Aktivitäten beinhalten die Vermittlung zwischen Kriegsparteien, die Pflege von Verwundeten, den Besuch von Kriegsgefangenen und politischen Häftlingen, die Wiederherstellung des Kontakts zu

¹³⁶ Siehe <<http://www.oecd.org/berlin/>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹³⁷ Die OECD-Gesundheitsprojekte und -daten umfassen Statistiken und Indikatoren (OECD Health Data, Gesundheit auf einen Blick/Health at a Glance), Länderanalysen/Reviews of Health Systems und thematische Studien (Health Workforce and Migration Project, pharmaceutical Pricing und OECD Health Project).

¹³⁸ Siehe <<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11512/11515/13532/index.html?lang=de>>; zuletzt besucht am 21. März 2014 und Delphine Sordat Fornerod, Das schweizerische Gesundheitswesen. Analyse und Empfehlungen der OECD und der WHO, in: CHSS 2007/1, S. 38 ff.

Angehörigen, den Schutz der Zivilbevölkerung, die Versorgung mit Nahrungsmitteln und weitere Formen der Unterstützung von Konfliktopfern.¹³⁹

Das IKRK ist das Kontrollorgan der «Genfer Konventionen». Diese zwischenstaatlichen Abkommen enthalten für den Fall eines Krieges oder eines internationalen oder nicht-internationalen bewaffneten Konflikts Regeln für den Schutz von Personen, die nicht an den Kampfhandlungen teilnehmen. Die Bestimmungen der vier Kernkonventionen von 1949 betreffen die Verwundeten und Kranken der bewaffneten Kräfte im Felde (Genfer Abkommen I), die Verwundeten, Kranken und Schiffbrüchigen der bewaffneten Kräfte zur See (Genfer Abkommen II), die Kriegsgefangenen (Genfer Abkommen III) und die Zivilpersonen in Kriegszeiten (Genfer Abkommen IV).¹⁴⁰

7. EU

7.1. Allgemeines

Die EU hat einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in den Mitgliedstaaten zu leisten¹⁴¹ und insbesondere zur Verbesserung der Arbeitsumwelt, zum Schutz der Gesundheit und der Sicherheit der Arbeitnehmer¹⁴² sowie zur Erhaltung und zum Schutz der Umwelt und zur Verbesserung ihrer Qualität beizutragen.¹⁴³ Zum Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen darf insbesondere von den primärrechtlichen Vertragsbestimmungen abgewichen werden.¹⁴⁴

¹³⁹ Siehe <<http://www.icrc.org/eng/what-we-do/health/index.jsp>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹⁴⁰ Vgl. Genfer Abkommen vom 12. August 1949 zur Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der bewaffneten Kräfte im Felde (GA I mit Anhängen; SR 0.518.12), Internationale Übereinkunft vom 21. Dezember 1904 über die Befreiung der Hospitalschiffe von Hafenabgaben (mit Schlussprotokoll) (SR 0.518.221), Genfer Abkommen vom 12. August 1949 zur Verbesserung des Loses der Verwundeten, Kranken und Schiffbrüchigen der bewaffneten Kräfte zur See (GA II mit Anhang; SR 0.518.23) und Genfer Abkommen vom 12. August 1949 über die Behandlung der Kriegsgefangenen (GA III mit Anhängen; SR 0.518.42) sowie Genfer Abkommen vom 12. August 1949 über den Schutz von Zivilpersonen in Kriegszeiten (GA IV mit Anhängen; SR 0.518.51).

¹⁴¹ Vgl. Art. 1 Abs. 1 lit. p EGV und Art. 152 Abs. 1 EGV; siehe ferner Art. 95 Abs. 3 EGV und Art. 153 Abs. 1 EGV.

¹⁴² Vgl. Art. 137 Abs. 1 EGV.

¹⁴³ Vgl. Art. 174 Abs. 1 EGV.

¹⁴⁴ Vgl. Art. 30 EGV, Art. 39 Abs. 3 EGV, Art. 46 Abs. 1 EGV und Art. 186 EGV sowie Günther Hirsch, Einfluss der EG auf nationale Gesundheitssysteme, in: MedR 2000, S. 586 ff., und Wolfgang Schulz-Weidner/Susanne Hollmann, Der Einfluss der EG auf das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten, in: ZIAS 1998, S. 180 ff.

- 68 Gesundheitsrechtlich von besonderer Bedeutung ist Artikel 152 EGV, der die Gemeinschaft zu einer integrierten Gesundheitspolitik verpflichtet. Diese wurde mit Mitteilung der Kommission vom 16. Mai 2000 an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft dargelegt.
- 69 Mit dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008)¹⁴⁵ bzw. (2008–2013)¹⁴⁶ sollen die Massnahmen der EU in diesem Bereich in einem einzigen kohärenten Rahmen als Teil der Gesamtstrategie für die öffentliche Gesundheit gestärkt werden. Die Kommission hat 2011 ein drittes Aktionsprogramm 2014–2020 beantragt.¹⁴⁷ Die Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) wurde am 1. Januar 2005 eingerichtet, um die Durchführung des Gesundheitsprogramms zu unterstützen.
- 70 Das zweite Gesundheitsprogramm ist am 1. Januar 2008 in Kraft getreten und lief über einen Zeitraum von sechs Jahren bis Ende 2013. Es war mit einem Gesamthaushalt von 321,5 Millionen Euro ausgestattet. Über das Programm wurden europaweite Projekte und Aktionen, welche die menschliche Gesundheit und Sicherheit schützen, fördern und verbessern sowie zu mehr Solidarität und erhöhtem Wohlstand beitragen, mitfinanziert und gefördert.
- 71 Die EU hat zudem im März 2011 die EU-Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verabschiedet.¹⁴⁸ Die Mitgliedstaaten müssen ihre Rechtsgrundlagen zur innerstaatlichen Umsetzung bis zum 25. Oktober 2013 angepasst haben. Wie die Schweiz die Frage in Bezug auf Artikel 36a KVV lösen wird, steht noch offen.

¹⁴⁵ Vgl. Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008).

¹⁴⁶ Vgl. Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008–2013).

¹⁴⁷ Vgl. Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über das Programm «Gesundheit für Wachstum», das dritte mehrjährige EU-Aktionsprogramm im Bereich der Gesundheit, für den Zeitraum 2014–2020 (KOM [2011] 709).

¹⁴⁸ Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Siehe auch <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32011L0024:DE:N>; zuletzt besucht am 6. März 2014.

7.2. Bestehende Verträge

Zwischen der Schweiz und der EU besteht kein umfassendes Gesundheitsabkommen. Die bestehenden bilateralen Verträge regeln folgende gesundheitsrelevanten Fragen:

- *Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Europäischen Gemeinschaft über den Handel mit landwirtschaftlichen Erzeugnissen (SR 0.916.026.81)*: Dieses Abkommen regelt die Übernahme des EU-Rechts u.a. in Bezug auf Wein und Spirituosen, Pflanzenschutz- und Futtermittel, Saatgut, Bioprodukte sowie veterinär- und lebensmittelhygienische Vorschriften für tierische Erzeugnisse.
- *Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Europäischen Gemeinschaft über die gegenseitige Anerkennung von Konformitätsbewertungen (SR 0.946.526.81)*: Dieses Abkommen regelt die Übernahme des EU-Rechts u.a. in Bezug Persönliche Schutzausrüstungen, Medizinprodukte, Gute Laborpraxis (GLP) und Inspektion der guten Herstellungspraxis (GMP) für Arzneimittel und Zertifizierung der Chargen.
- *Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (SR 0.142.112.681)*: Gemäss Artikel 9 FZA anerkennen die Schweiz und die EU Diplome, Zeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise¹⁴⁹ und verpflichten sich zur Koordinierung ihrer Rechts- und Verwaltungsvorschriften über den Zugang zu unselbstständigen und selbstständigen Erwerbstätigkeiten und deren Ausübung sowie die Erbringung von Dienstleistungen.
- *Abkommen vom 26. Oktober 2004 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft, der Europäischen Union und der Europäischen Gemeinschaft über die Assoziierung dieses Staates bei der Umsetzung, Anwendung und Entwicklung des Schengen-Besitzstands (SAA; SR 0.362.31) und Abkommen vom 26. Oktober 2004 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Europäischen Gemeinschaft über die Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des zuständigen Staates für die Prüfung eines in einem Mitgliedstaat oder in der Schweiz gestellten Asylantrags (DA; SR 0.142.392.68)*: Das Schengen-Dublin-Abkommen regelt die Bescheinigung für kranke Reisende, die auf Betäubungsmittel angewiesen sind.

¹⁴⁹ Siehe Anhang III FZA.

7.3. Verhandlung über Gesundheitsabkommen

- 73 Der Bundesrat hat am 24. November 2008 ein Verhandlungsmandat zum Abschluss von weiteren Abkommen im Agrar- und Lebensmittel- sowie Gesundheitsbereich verabschiedet. Angestrebt wird die Schweizer Teilnahme an der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Anschluss der Schweiz an drei Schnell- und Frühwarnsysteme sowie die Beteiligung am EU-Gesundheitsprogramm 2008–2013. Bisher haben drei Verhandlungsrunden stattgefunden.¹⁵⁰
- 74 Die Schweiz will die Gesundheit der Bevölkerung fördern und die Bewohnerinnen und Bewohner wirkungsvoll vor übertragbaren Krankheiten schützen. Aus diesen Gründen will sie am System der EU teilnehmen und verhandelt die Teilnahme am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC),¹⁵¹ am Frühwarn- und Reaktionssystem für übertragbare Krankheiten (EWRS)¹⁵² sowie am Gesundheitsprogramm.¹⁵³

7.4. Autonome Übernahme von EU-Recht

- 75 Die EU regelt im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere in den Bereichen Tabak, Blut und Blutprodukte, Zellen und Gewebe, auch gesundheitsrelevante Fragen.¹⁵⁴ Im Produkterecht hat sie etwa die Verordnung zur Registrierung, Bewertung, Zulassung und Beschränkung chemischer Stoffe (REACH-Verord-

nung)¹⁵⁵ und die Verordnung über die Einstufung, Kennzeichnung und Verpackung von Stoffen und Gemischen (CLP-Verordnung)¹⁵⁶ erlassen. Die Schweiz hat 2009 einseitig Teile des EU-Chemikalienrechts übernommen.¹⁵⁷ Der Bundesrat hat sodann am 18. August 2010 das Mandat für Verhandlungen zwischen der Schweiz und der EU über eine Zusammenarbeit im Bereich der Chemikaliensicherheit verabschiedet.

8. EFTA

Die Europäische Freihandelsassoziation (EFTA: European Free Trade Association) wurde 1960 von Dänemark, Grossbritannien, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden und der Schweiz gegründet. Ursprüngliches Ziel dieser zwischenstaatlichen Organisation war es, im Handel unter den Mitgliedstaaten die Zölle auf Industrieerzeugnisse zu beseitigen. Die gegenwärtigen EFTA-Mitglieder sind Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz, wobei Island 2009 bei der EU ein Gesuch um Aufnahme gestellt hat.

Die EFTA-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen sind Mitglieder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Zur Umsetzung der EWR-Verpflichtungen wurden eine EFTA-Aufsichtsbehörde und ein EWR-Gerichtshof errichtet. Das BAG beteiligt sich als Beobachter in verschiedenen EFTA Working und Expert Groups, welche Themen der öffentlichen Gesundheit behandeln, wie:

- Working Group on Public Health
- Expert Group on Foodstuffs
- Expert Group on Chemicals

¹⁵⁵ Vgl. Verordnung (EG) Nr. 1907/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zur Registrierung, Bewertung, Zulassung und Beschränkung chemischer Stoffe (REACH), zur Schaffung einer Europäischen Agentur für chemische Stoffe, zur Änderung der Richtlinie 1999/45/EG und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 793/93 des Rates, der Verordnung (EG) Nr. 1488/94 der Kommission, der Richtlinie 76/769/EWG des Rates sowie der Richtlinien 91/155/EWG, 93/67/EWG, 93/105/EG und 2000/21/EG der Kommission.

¹⁵⁶ Vgl. Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 über die Einstufung, Kennzeichnung und Verpackung von Stoffen und Gemischen, zur Änderung und Aufhebung der Richtlinien 67/548/EWG und 1999/45/EG und zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1907/2006 (Text von Bedeutung für den EWR).

¹⁵⁷ Siehe Verordnung vom 18. Mai 2005 über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen (Chemikalienverordnung, ChemV; SR 813.11).

¹⁵⁰ Weiterführend <<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/07419/07460/index.html?lang=de>>; zuletzt besucht am 21. März 2014.

¹⁵¹ Das ECDC hat zur Aufgabe, die Abwehr gegen Infektionskrankheiten wie z.B. Influenza, SARS und HIV/AIDS zu stärken. Dazu arbeitet das ECDC eng mit den nationalen Gesundheitsbehörden zusammen, um europaweit Gesundheitsüberwachungssysteme und Frühwarnsysteme einzurichten und zu unterstützen. Durch diese Zusammenarbeit bündelt das ECDC das in Europa vorhandene Wissen in Gesundheitsbelangen. Das ECDC erstellt verlässliche wissenschaftliche Gutachten über die Risiken, die von neu auftretenden Infektionskrankheiten ausgehen. Das ECDC hat seinen Sitz in Stockholm, Schweden.

¹⁵² Das EWRS ist ein webbasiertes System, durch das die Kommission, die für die Kontrolle übertragbarer Krankheiten zuständigen Gesundheitsbehörden in den Mitgliedstaaten sowie das Europäische Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten (ECDC) untereinander verbunden sind. Das EWRS ermöglicht eine rasche und effiziente Reaktion auf Ereignisse (auch Notfälle) mit übertragbaren Krankheiten.

¹⁵³ Siehe Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Gemeinschaftsprogramm im Bereich der Gesundheit (2008–2013).

¹⁵⁴ Weiterführend *Gerald G. Sander*, Internationaler und europäischer Gesundheitsschutz, Gesundheitsrecht in WHO, FAO/CAK, WTO und EU. Unter besonderer Berücksichtigung des Lebensmittelrechts, Baden-Baden 2004, S. 192 ff.

Literaturverzeichnis

- Lucy Bayer-Oglesby/Maik Roth, Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt/Basel-Landschaft/Landkreis Lörrach. Phase II Monitoring-Bericht 2011, Neuenburg 2012.
- Andrew Clapham, Realizing the right to health, Zürich 2009.
- Thomas Fleiner-Gerster, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Kompetenzen der Kantone im Gesundheitswesen, in: Die soziopsychiatrische Gesetzgebung. Eine Bilanz, Freiburg i.U. 1992, S. 49 ff.
- Thomas Gächter/Bernhard Rüttsche, et al., Medizin- und Gesundheitsrecht, schweizerisches und internationales Recht, Textausgabe, Basel 2010.
- Thomas Gächter/Irene Vollenweider, et al., Gesundheitsrecht, Ein Grundriss für Studium und Praxis, 2. Aufl., Basel 2010.
- Felix Gutzwiller/Fred Paccaud, Sozial- und Präventivmedizin – Public Health, 4. Aufl., Bern 2011.
- Georg Hermes, Das Grundrecht auf Schutz von Leben und Gesundheit. Schutzpflicht und Schutzanspruch aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, Heidelberg 1987.
- Günther Hirsch, Einfluß der EG auf nationale Gesundheitssysteme, in: MedR 2000, S. 586 ff.
- Hans-Christoph Kandler, Rechtliche Rahmenbedingungen biomedizinischer Forschung am Menschen. Das Zusatzprotokoll zum Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin über biomedizinische Forschung, Berlin 2008.
- Angela Könnig-Feil, Das internationale Arzthaftungsrecht. Eine kollisionsrechtliche Darstellung auf sachrechtsvergleichender Grundlage, Diss. Osnabrück 1992.
- Daniel Kraus/Aline Schmidt, Le «droit à la santé». Quelques considérations de droit constitutionnel suisse à la lumière du droit international, in: Revue suisse de droit de la santé 2006, S. 85 ff.
- Hardy Landolt, Öffentliches Gesundheitsrecht – Public Health Law, Zürich 2009.
- Dominique Manai, Les droits du patient face à la biomédecine, Bern 2006.
- Ita Mark/Urs Brügger, Rechtsgrundlagen, Strukturen und öffentliche Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene. Ein Arbeitspapier erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Bern 2005.
- Hans-Christian Matter, Internationale Gesundheitsvorschriften (2005). Internationale Bedeutung und Auswirkungen auf die Steuerung und Organisation der Krankheitsbekämpfung in der Schweiz, Bern 2009.
- Ludwig Minelli, Die EMRK schützt die Suizidfreiheit – Wie antwortet darauf das Schweizer Recht?, in: AJP 2004, S. 491 ff.
- Kerstin Odendahl/Hans Martin Tschudi, et al., Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Ausgewählte Rechtsfragen am Beispiel des Basler Pilotprojekts, Zürich 2010.
- Thomas Poledna/Brigitte Berger, Öffentliches Gesundheitsrecht, Bern 2002.
- Gerald G. Sander, Internationaler und europäischer Gesundheitsschutz, Gesundheitsrecht in WHO, FAO/CAK, WTO und EU. Unter besonderer Berücksichtigung des Lebensmittelrechts, Baden-Baden 2004.

- Wolfgang Schulz-Weidner/Susanne Hollmann, Der Einfluss der EG auf das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten, in: ZIAS 1998, S. 180 ff.
- Delphine Sordat Fornerod, Das schweizerische Gesundheitswesen. Analyse und Empfehlungen der OECD und der WHO, in: CHSS 2007/1, S. 38 ff.
- Piet van Spijk, Definition und Beschreibung der Gesundheit. Ein medizinhistorischer Überblick, Muri 1991.
- Andrea Zumbrunn/Lucy Bayer-Oglesby et al., Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen, Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt/Basel-Landschaft/Landkreis Lörrach (Phase I). Obsan Bericht 37, Neuenburg 2010.

Verzeichnis der Rechtstexte

Gesundheitsabkommen mit dem Fürstentum Liechtenstein

- Spitalvereinbarung vom 1. Februar 2005 zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und den Spitalregionen St. Gallen Rorschach und Rheintal Werdenberg-Sarganserland.
- Vereinbarung vom 10. September 2002 zwischen der Stiftung Ostschweizer Kinderspital St. Gallen und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend stationäre Betreuung und Behandlung für die grundversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.
- Vereinbarung vom 12. April 2005 zwischen der Stiftung Ostschweizer Kinderspital St. Gallen und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend die ambulante Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer obligatorischer Krankenpflegeversicherung.
- Vereinbarung vom 16./23. Dezember 2003 zwischen der Klinik Valens, Rheuma- und Rehabilitationszentrum und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend neurorehabilitative, orthopädische und rheumatologische Rehabilitation sowie Akutrheumatologie für die grund- und überobligatorischversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.
- Vereinbarung vom 8. Februar 1965 über die Aufnahme von Patienten aus dem Fürstentum Liechtenstein in den st. gallischen Heil- und Pflegeanstalten St. Pirminsberg und Will.
- Vereinbarung vom 28. Juni/6. Juli 2005 zwischen der St. Gallischen Psychiatrie-Dienste Region Süd, 7312 Pfäfers und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend die ambulante Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer obligatorischer Krankenpflegeversicherung.
- Vollzugsvereinbarung vom 13. Mai 2008 zwischen den Kantonalen St. Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd vertreten durch das Gesundheitsdepartement St. Gallen und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend stationäre psychiatrische Behandlungen von krankenversicherten liechtensteinischen Patientinnen und Patienten.
- Vereinbarung vom 26. Juni/6. Juli 2001 zwischen der Reha-Klinik Walenstadtberg und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend Rehabilitation Neurologie und Innere Medizin für die grund- und überobligatorischversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.
- Vereinbarung vom 10./12. Juli 2008 zwischen dem Tumorzentrum ZeTuP St. Gallen und Chur und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend die ambulante Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer obligatorischer Krankenpflegeversicherung.

Vereinbarung vom 13./30. Januar 2004 zwischen den Psychiatrischen Diensten Graubünden und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend stationäre psychiatrische Behandlungen für die grundversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 6./17. Dezember 2010 zwischen dem Rehabilitationszentrum Seewis und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend kardiale und psychosomatische Rehabilitation sowie postakute intensivisierte Pflege und Rehabilitation für die grundversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 25. Februar 2003 zwischen der Alpinen Kinderklinik Davos und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend teilstationäre und stationäre Behandlungen bei Lungenkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten mit Beteiligung psychosozialer Problematik sowie Herz- und Kreislauferkrankungen für die grund- und überobligatorischversicherten Kinder und Jugendlichen mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 11./22. Oktober 2007 zwischen der Stiftung Kantonsspital Graubünden, Chur und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend die ambulante Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer obligatorischer Krankenpflegeversicherung.

Vereinbarung vom 11./22. Oktober 2007 zwischen der Stiftung Kantonsspital Graubünden, Chur und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend Behandlung und Betreuung von stationären grundversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 26. Juni 2001 zwischen der Hirslanden Holding und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend teilstationärer und stationärer kardiologischer und herzchirurgischer Versorgung der nur-grundversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 9./19. September 2003 zwischen der Schulthess Klinik, 8008 Zürich und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend teilstationäre und stationäre orthopädische und kinderorthopädische Chirurgie für die grund- und überobligatorischversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 20. August 2002 zwischen der Universitätsklinik Balgrist und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend stationäre Behandlung und Betreuung für die grund- und überobligatorischversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 14./21. Juni 2005 zwischen dem Schweizerischen Epilepsie-Zentrum, Zürich und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend die epileptologischen und neurologischen Akut- und Rehabilitationsleistungen für die grund- und überobligatorischversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 26. Juni 2001 zwischen dem Herz- und Neuro-Zentrum Bodensee und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend stationäre neurochirurgische Leistungen für die grund- und überobligatorischversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 26. Juni 2001 zwischen dem Herz- und Neuro-Zentrum Bodensee und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend teilstationärer und stationärer kardiologischer und herzchirurgischer Versorgung der grund- und überobligatorischversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung 27.8./5. September 2003 zwischen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Littenheid und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend stationäre psych-

iatriische Betreuungen und Behandlungen für die grund- und überobligatorischversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 26. Juni 2001 zwischen der Rheinburg-Klinik Walzenhausen und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend neurorehabilitative und orthopädische/rheumatische Rehabilitation für die grund- und überobligatorischversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 9./19. November 2010 zwischen der Klinik Gais AG und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend kardiale und psychosomatische Rehabilitation für die grundversicherten Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer Krankenversicherung.

Vereinbarung vom 29. Februar/6. März 2008 zwischen der Regierung des Fürstentums Liechtenstein einerseits und der Inselelspitalstiftung Bern (Insel) andererseits über die Hospitalisation von Patienten mit Krankenversicherungsschutz im Fürstentum Liechtenstein mit medizinisch begründeter Indikation.

Vertrag vom 16./20. Januar 2008 zwischen der Inselelspitalstiftung, 3010 Bern und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein betreffend die ambulante Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit liechtensteinischer obligatorischer Krankenpflegeversicherung.

Vereinbarung vom 21. August 1981 zwischen den Kantonen Glarus, Schaffhausen, Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, St. Gallen, Graubünden und Thurgau sowie dem Fürstentum Liechtenstein über das Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige Lutznberg.

Vereinbarung vom 7. Februar 1980 zwischen dem Verein Blinden-Sonnenberg, Luzern und dem Land Liechtenstein über die Aufnahme von liechtensteinischen Kindern in die Heimschule für Sehbehinderte und Blinde in Baar.

ILO-Übereinkommen für gesundheitsrechtlichen Arbeitnehmerschutz

Übereinkommen Nr. 6 vom 28. November 1919 betreffend die gewerbliche Nachtarbeit der Jugendlichen.

Übereinkommen Nr. 14 vom 17. November 1921 über den wöchentlichen Ruhetag in gewerblichen Betrieben.

Übereinkommen Nr. 16 vom 11. November 1921 über die pflichtmässige ärztliche Untersuchung der in der Seeschifffahrt beschäftigten Kinder und Jugendlichen.

Übereinkommen Nr. 18 vom 10. Juni 1925 über die Entschädigung aus Anlass von Berufskrankheiten.

Übereinkommen Nr. 19 vom 5. Juni 1925 über die Gleichbehandlung einheimischer und ausländischer Arbeitnehmer in der Entschädigung bei Betriebsunfällen.

Übereinkommen Nr. 45 vom 21. Juni 1935 über die Beschäftigung von Frauen bei Untertagsarbeiten in Bergwerken jeder Art.

Übereinkommen Nr. 62 vom 23. Juni 1937 über Unfallverhütungsvorschriften bei Hochbauarbeiten.

Übereinkommen Nr. 81 vom 11. Juli 1947 über die Arbeitsaufsicht in Gewerbe und Handel.

Übereinkommen Nr. 115 vom 22. Juni 1960 über den Schutz der Arbeitnehmer vor ionisierenden Strahlen (mit Empfehlungen).

Übereinkommen Nr. 120 vom 8. Juli 1964 über den Gesundheitsschutz im Handel und in Büros (mit Empfehlung).

Übereinkommen Nr. 136 vom 23. Juni 1971 über den Schutz vor den durch Benzol verursachten Vergiftungsgefahren.

Übereinkommen Nr. 139 vom 24. Juni 1974 über die Verhütung und Bekämpfung der durch krebserzeugende Stoffe und Einwirkungen verursachten Berufsgefahren (mit Empfehlung).

Übereinkommen Nr. 153 vom 27. Juni 1979 über die Arbeits- und Ruhezeiten im Strassen-transport.

Europarat – Vollabkommen

Europäisches Übereinkommen vom 15. Dezember 1958 über den Austausch therapeutischer Substanzen menschlichen Ursprungs (mit Prot.) (SR 0.812.161).

Übereinkommen vom 28. April 1960 über die vorübergehende zollfreie Einfuhr von medizinischem, chirurgischem und Laboratoriumsmaterial zur leihweisen Verwendung in Krankenanstalten und anderen medizinischen Instituten für Zwecke der Diagnose oder Behandlung (SR 0.631.244.55).

Europäisches Übereinkommen vom 14. Mai 1962 über den Austausch von Reagenzien zur Blutgruppenbestimmung (SR 0.812.31).

Übereinkommen vom 22. Juli 1964 über die Ausarbeitung einer Europäischen Pharmakopöe (SR 0.812.21).

Europäisches Übereinkommen vom 25. Oktober 1967 über die Ausbildung und den Unterricht von Krankenschwestern (SR 0.811.21).

Europäisches Übereinkommen vom 16. September 1968 über die Beschränkung der Verwendung bestimmter Detergentien in Wasch- und Reinigungsmitteln (SR 0.814.226.29).

Übereinkommen vom 26. Oktober 1973 über die Leichenbeförderung (mit Anlage) (SR 0.818.62).

Europäisches Übereinkommen vom 17. September 1974 über den Austausch von Reagenzien zur Gewebstypisierung (mit Prot. und Anlage) (SR 0.812.32).

Zusatzprotokoll vom 24. Juni 1976 zum Europäischen Übereinkommen über den Austausch von Reagenzien zur Gewebstypisierung (SR 0.812.321).

Zusatzprotokoll vom 29. September 1982 zu dem Europäischen Übereinkommen über den Austausch therapeutischer Substanzen menschlichen Ursprungs (SR 0.812.161.1).

Zusatzprotokoll vom 29. September 1982 zu dem Übereinkommen über die vorübergehende zollfreie Einfuhr von medizinischem, chirurgischem und Laboratoriumsmaterial zur leihweisen Verwendung in Krankenanstalten und anderen medizinischen Instituten für Zwecke der Diagnose oder Behandlung (SR 0.631.244.551).

Zusatzprotokoll vom 24. Juni 1976 zum Europäischen Übereinkommen über den Austausch von Reagenzien zur Gewebstypisierung (SR 0.812.321).

Protokoll vom 16. November 1989 zu dem Übereinkommen über die Ausarbeitung einer Europäischen Pharmakopöe (SR 0.812.211).

Übereinkommen vom 16. November 1989 gegen Doping (mit Anhang) (SR 0.812.122.1).

Übereinkommen vom 4. April 1997 zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin) (SR 0.810.2).

Zusatzprotokoll vom 12. Januar 1998 zum Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin über das

Verbot des Klonens von menschlichen Lebewesen (Zusatzprotokoll über das Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen) (SR 0.810.21).

Zusatzprotokoll vom 24. Januar 2002 über die Transplantation menschlicher Organe und Gewebe zum Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (SR 0.810.22).

Zusatzprotokoll vom 12. September 2002 zum Übereinkommen gegen Doping (SR 0.812.122.12).