

Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis



SAMW
Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM
Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM
Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS
Swiss Academy
of Medical Sciences

§ FMH

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Herausgegeben von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften
und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis

Inhalt

Vorwort	5
1. Grundlagen des Rechts	7
1.1 Die Funktion des Rechts im ärztlichen Alltag	7
1.2 Stufen des Rechts	8
1.3 Die privaten Regelwerke	10
1.4 Tendenzen für die Zukunft	11
2. Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit	14
2.1 Aus-, Weiter- und Fortbildung	14
2.2 Berufspflichten	16
2.3 Arzneimittel und Medizinprodukte	18
2.4 Röntgenuntersuchungen und Labor	20
2.5 Qualitätssicherung, Akkreditierung und Zertifizierung	21
2.6 Sozial- und Privatversicherungen	23
3. Grundlagen der Behandlung von Patientinnen und Patienten	26
3.1 Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient	26
3.2 Aufklärung des Patienten	31
3.3 Einwilligung	34
3.4 Führung der Krankengeschichte	37
3.5 Grundprinzipien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	39
3.6 Leistungserbringer im KVG, Arzt- und Spitalwahlfreiheit	41
3.7 Managed Care	42
3.8 Arzneimittel, Mittel und Gegenstände im KVG	43
3.9 Tarifrecht und Verfahren bei Streitigkeiten im KVG	44
3.10 Behandlung von Patienten in der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung	46
4. Spezielle Situationen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten	51
4.1 Genetische Untersuchungen	51
4.2 Fortpflanzungsmedizin	53
4.3 Straffloser Schwangerschaftsabbruch	53
4.4 Sterilisationen	54
4.5 Transplantationsmedizin	55
4.6 Ärztliche Betreuung von Sportlern; Doping	56
4.7 Ärztliche Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen	56
4.8 Medizinische Entscheidungen am Lebensende	57
4.9 Beihilfe zum Suizid	60
4.10 Zwangsmassnahmen in der Medizin	62
4.11 Behandlung von Patienten im Strafvollzug	65
4.12 Behandlung von Asylsuchenden	66

Herausgeber
Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13, CH-4051 Basel
T +41 61 269 9030, mail@samw.ch, www.samw.ch

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
Elfenstr. 18, CH-3000 Bern 15
T +41 31 359 11 11, lex@fmh.ch, www.fmh.ch

Fotos
vista point, Basel

Gestaltung
vista point, Basel

Druck
Schwabe&Co. AG, Basel/Muttenz

Die Broschüre kann kostenlos bezogen werden bei der SAMW.
© SAMW/FMH 2008

5. Forschung und Beziehungen zur Industrie	68
5.1 Wissenschaftliche Integrität	68
5.2 Ärzte und Industrie	69
5.3 Forschung mit Probandinnen und Patienten	72
5.4 Stammzellenforschung	73
6. Der Arzt als Berichterstatter: Vom Berufsgeheimnis zur Rechnungsstellung	76
6.1 Berufsgeheimnis	76
6.2 Datenschutz und elektronischer Datenaustausch	79
6.3 Meldepflichten und Melderechte	80
6.4 Allgemeines zu Arztzeugnis und Bericht	84
6.5 Berichte an mitbehandelnde Ärzte	85
6.6 Zeugnisse und Berichte an den Arbeitgeber und den Taggeldversicherer	86
6.7 Berichte und Abrechnung in der Krankenversicherung	88
6.8 Berichte und Abrechnung im UVG, MVG und IVG	91
6.9 Zeugnisse und Berichte an Pensionskassen und Lebensversicherungen	93
6.10 Zeugnisse und Berichte im Asylverfahren	94
7. Der Arzt als Gutachter	97
7.1 Allgemeines zum ärztlichen Gutachten	97
7.2 Ärztliche Gutachten für die Sozialversicherung	98
8. Rechenschaftspflicht des Arztes	101
8.1 Einsichts- und Kopienrechte des Patienten an der Krankengeschichte	101
8.2 Der unzufriedene Patient	103
8.3 Haftung des Arztes im Zivil- und Strafrecht	104
9. Der Arzt als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber	108
9.1 Anstellung am Spital oder in der Praxis	108
9.2 Praxiseröffnung und Praxisübernahme	110
9.3 Praxisführung	112
9.4 Pflichten als Arbeitgeber	113
9.5 Jugendschutz und Mutterschutz	115
Anhang	118
Autorinnen und Autoren	118
Wissenschaftlicher Beirat	118
Redaktion	118
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften	119
FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	120
Stichwortverzeichnis	121

Vorwort

Der ärztliche Alltag ist von zahlreichen rechtlichen Bestimmungen begleitet. Oft ist es für eine Ärztin oder einen Arzt schwierig, einen Überblick über die relevanten Gesetzestexte zu bewahren; die allgemeinen rechtlichen Regeln erweisen sich zudem häufig als zu vage, als dass daraus konkrete Verhaltensleitlinien abgeleitet werden könnten.

Mit der Broschüre «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag» möchten die SAMW und die FMH hier eine Hilfestellung bieten. Die Broschüre erscheint als zweite Publikation einer SAMW-Reihe, in deren Rahmen Leitfäden für die medizinische Praxis veröffentlicht werden. Sie löst ausserdem das «Vademecum für den Schweizer Arzt» der FMH ab.

Den Leserinnen und Lesern soll dieser Leitfaden eine Übersicht bieten über jene rechtlichen Regelungen, welche für den medizinischen Alltag relevant sind. Sein Nutzen für den Praxisalltag besteht darin, dass er häufige und geläufige Fragen einfach und anwendungsorientiert beantwortet. Gesetzestexte und Urteile sind bis Mai 2008 nachgeführt.

Die Texte sind bewusst kurz gehalten und sollen einen ersten Einstieg in die Thematik erlauben. Der Leitfaden ist auf der Website der FMH abrufbar.¹ Er kann dort nach Stichworten durchsucht werden und wird mit weiterführenden Hinweisen und aktuellen Informationen ergänzt.

Gerne danken wir an dieser Stelle den zahlreichen Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge sowie der wissenschaftlichen Begleitgruppe für die sorgfältige Durchsicht des Manuskriptes; ohne sie wäre die Realisierung dieser Broschüre nicht möglich gewesen.

Dr. Jacques de Haller
Präsident FMH

Prof. Peter Suter
Präsident SAMW

¹ www.fmh.ch/Dienstleistungen > Recht



1. Grundlagen des Rechts

1.1 Die Funktion des Rechts im ärztlichen Alltag

Eine der wichtigsten Funktionen des Rechts besteht darin, das Zusammenleben der Menschen zu ordnen. Mit dem Recht sollen das Verhalten der Menschen, ihre Einstellung und Erwartung so gesteuert werden, dass Konflikte möglichst vermieden werden.

Im medizinischen Alltag müssen zahlreiche Entscheidungen getroffen werden, die auf einer Abwägung verschiedener, sich teilweise entgegenstehender Interessen oder Ziele beruhen. Beispielsweise besteht ein Zielkonflikt bei der Aufklärung des Patienten über Operationsrisiken: Einerseits hat die Patientin ein Interesse an einer umfassenden Kenntnis aller bekannten Gefahren; andererseits soll sie nicht so sehr verängstigt werden, dass sie sich gegen einen grundsätzlich notwendigen Eingriff entscheidet.

Während in einigen dieser Situationen dem Arzt und der Ärztin ein weites Ermessen eingeräumt wird, sind in anderen Fällen Rechtsnormen vorhanden, die die Entscheidung vorgeben oder zumindest wesentlich steuern. Gewisse Entscheidungen von grosser Tragweite sollen und können weder ausschliesslich von den Betroffenen selber noch von den beteiligten Medizinalpersonen getroffen werden.

Hinzu kommt, dass gerade das Medizinrecht einen Lebensbereich betrifft, der in der Bevölkerung mit einer erhöhten Sensibilität wahrgenommen wird. Die zu Grunde liegenden ethischen und gesellschaftspolitischen Fragen sind umstritten (z.B. Abtreibung, Sterbehilfe, Zwangsmedikation); gleichzeitig stehen zentrale Rechtsgüter wie Leben, Gesundheit oder persönliche Freiheit auf dem Spiel. Daher besteht in der Praxis das Bedürfnis nach klaren Leitlinien, die dabei helfen, das eigene Verhalten auszurichten. Zudem soll der Einzelne zumindest teilweise von der Verantwortung entbunden werden, solche Entscheidungen im Alleingang treffen zu müssen. Es ist deshalb Sache der Rechtsordnung, diese Ziel- oder Interessenkonflikte – gestützt auf das Ergebnis einer vorgängig vorgenommenen Wertung und einer politischen Diskussion – zu regeln.

Die Schwierigkeit besteht nun allerdings darin, dass Rechtsnormen das Gleichgewicht suchen müssen zwischen abstrakten Regeln und konkreten Regeln für den spezifischen Einzelfall. Der Gesetzgeber beschränkt sich in der Regel auf den Erlass von allgemeinen Normen und vertraut darauf, dass die Behörden und Bürger passende Anwendungen finden. Dies heisst aber auch: Wer jemals mit dem Recht zu tun gehabt hat, weiss, wie viel Unschärfe mit zahlreichen rechtlichen Normen verbunden ist, und wie schwierig es ist, einen Juristen zu einer klaren und abschliessenden Aussage zu einer Rechtsfrage zu bewegen.

Prognosen über die rechtliche Beurteilung eines Verhaltens sind in vielen Einzelfällen nicht möglich oder wenigstens nicht eindeutig; was Recht ist, stellt sich daher manchmal erst im Nachhinein heraus. Unter diesem Gesichtspunkt ist das Recht nicht nur Leitlinie im Rahmen der praktischen Tätigkeit des Arztes, die es ihm ermöglicht, die Konsequenzen des eigenen Verhaltens abzusehen, sondern erscheint auch gleichzeitig als Damoklesschwert über den Köpfen der handelnden Personen. Sie müssen sich ständig die Frage stellen, wie eine hypothetische Richterin nachträglich über ihr Verhalten entscheiden würde. Die massgeblichen Normen sollten hingegen zumindest im Strafrecht so bestimmt sein, dass sie die Folgen des eigenen Verhaltens möglichst als vorhersehbar erscheinen lassen.

1.2 Stufen des Rechts

Die gesetzlichen Regelungen sind hierarchisch aufgebaut und werden meist konkreter, je weiter unten sie in der Hierarchie eingereiht sind.

Verfassung

Auf der obersten Stufe steht in der Schweiz das *Verfassungsrecht*, d.h. das Recht der Bundesverfassung und der einzelnen Kantonsverfassungen. Auch wenn es sich dabei meist nur um relativ allgemein gehaltene Bestimmungen handelt, bilden diese Artikel die Basis und den Ausgangspunkt für die gesamte Rechtsordnung. Aus der Sicht der Patientin von grosser Bedeutung ist vor allem das im *Grundrechtskatalog* der Bundesverfassung und in der Europäischen Menschenrechtskonvention garantierte Recht auf Leben und persönliche Freiheit. Das Recht auf Leben schützt die Gesamtheit der physischen und psychischen Funktionen in umfassender Weise. Das Grundrecht der persönlichen Freiheit beinhaltet das Recht, über den eigenen Körper zu bestimmen und keine körperlichen Eingriffe hinnehmen zu müssen. Im Weiteren garantiert das Recht auch die psychische Unversehrtheit sowie die Bewegungsfreiheit, die etwa bei der Zwangseinweisung in Anstalten tangiert sein kann.

Im Gegensatz zum Recht auf Leben kann das Recht auf persönliche Freiheit aber eingeschränkt werden – Beispiele sind die zwangsweise Blutentnahme oder die medikamentöse Zwangsbehandlung –, sofern dafür ein öffentliches Interesse vorliegt, der Eingriff verhältnismässig und ausserdem eine gesetzliche Grundlage dafür vorhanden ist.

Die Bundesverfassung enthält ausserdem eine Reihe von sogenannten *Kompetenznormen*. Dadurch wird die Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers begründet, etwa um eine Kranken- und Unfallversicherung zu schaffen, die Gesundheit zu schützen, den Umgang mit Lebensmitteln oder Heilmitteln zu regeln, übertragbare Krankheiten zu bekämpfen oder

Gesetze im Bereich der Fortpflanzungsmedizin oder der Transplantationsmedizin zu erlassen. Alle diese Bereiche werden durch spezielle Bundesgesetze weiter ausgeführt.

Faktisch ebenfalls Verfassungsrang haben Staatsverträge wie insbesondere die bilateralen Abkommen mit der EU.

Gesetze und Verordnungen

Auf der nächsttieferen Stufe des *Gesetzesrechts* finden sich eine Reihe von Spezialgesetzen. Während langer Zeit gab es jedoch nur vereinzelte Regelungen, die speziell auf die ärztliche Tätigkeit zugeschnitten waren. Es handelte sich dabei um Lebensbereiche, die als so bedeutsam empfunden wurden, dass auf eine Normierung nicht verzichtet werden konnte, beispielsweise die Abtreibungsfrage oder die Regelung des Arztgeheimnisses im Strafgesetzbuch. Auch die Bestimmungen über die Krankenkassen sind seit längerem auf dieser Stufe geregelt.

Gerade wegen dieser spärlichen Zahl von Spezialgesetzen sind für das Medizinrecht auch die allgemeinen Gesetzesbestimmungen bedeutend. Diese richten sich zwar nicht speziell an Medizinalpersonen, sind aber in der ärztlichen Praxis relevant. Zu nennen sind hier vor allem

- die Bestimmungen des Obligationenrechts über den allgemeinen Auftrag, die auf den Arztvertrag angewandt werden;
- die Regeln des allgemeinen Haftpflichtrechts, welche die Voraussetzungen und den Umfang von Schadenersatzansprüchen gegenüber Medizinalpersonen festlegen;
- die strafrechtlichen Bestimmungen, namentlich die Delikte gegen Leib und Leben (z.B. Körperverletzung, Tötung oder die Beihilfe zum Selbstmord) und die strafbaren Handlungen gegen Berufspflichten (vor allem Verletzung des Berufsgeheimnisses);
- das Bundesgesetz über den unlauteren Wettbewerb.

In den letzten Jahren hat der Bund eine Reihe von Spezialgesetzen erlassen, die sich spezifisch an die Medizinalpersonen richten. So wurden das Fortpflanzungsmedizinengesetz (2002), das Sterilisationsgesetz (2005), das Transplantationsgesetz (2007) sowie das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen (2007) in Kraft gesetzt; nur bei der Frage der Sterbehilfe ist der Bundesrat nach ausführlicher Prüfung zum Ergebnis gelangt, dass eine gesetzliche Lösung nicht erforderlich sei.

Für das Medizinrecht zentral sind ausserdem das Heilmittelgesetz (2002) und das Medizinalberufegesetz (2007). Ausserdem finden sich in vielen kantonalen Gesetzen Regelungen, die sich spezifisch an den Arzt richten, so etwa über die Selbstdispensation, Spitalgesetze, Gesundheitsgesetze etc. Diese unterscheiden sich von Kanton zu Kanton.

Auf der untersten Stufe, aber immer noch verbindlich, stehen die eidgenössischen und kantonalen *Verordnungen*, mit denen einzelne Gesetze weiter konkretisiert und ausgeführt werden.

Kompetenzaufteilung Bund – Kantone

Grundsätzlich sind nach wie vor die Kantone für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen zuständig. Angesichts der zunehmenden Zahl von Spezialgesetzen des Bundes ist dies faktisch nur noch eine Restzuständigkeit. Insbesondere versucht der Bund zunehmend, das Gesundheitswesen über das Krankenversicherungsgesetz zu steuern.²

1.3 Die privaten Regelwerke

In der Medizin hat neben den rechtlich verbindlichen Regelungen auch das sogenannte «soft-law» eine grosse Bedeutung. Darunter versteht man nicht-staatliche Regeln. Sie binden zwar den staatlichen Richter nicht; in der Praxis können sie aber starken Einfluss auf Rechtsprechung und Gesetzgebung haben.

Standesrecht der FMH

Im Medizinrecht ist vor allem das Standesrecht wichtig: In der Schweiz gehört die überwiegende Zahl von Ärztinnen und Ärzten der Berufsorganisation FMH an. Diese hat eine Standesordnung erlassen, in der viele Grundsätze der ärztlichen Tätigkeit geregelt werden, wenn auch meist nur in allgemeiner Form (vgl. Kap. 2.2).

Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW

Auch die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) sind von grosser Bedeutung. Im Anschluss an die erste Herztransplantation wurde bereits im Jahre 1969 die «Richtlinie für die Definition und Diagnose des Todes» veröffentlicht, die in kurzer Zeit zum unverzichtbaren Instrument in der ärztlichen Praxis geworden ist und der von allen Seiten Anerkennung zuteil wurde. Gestützt auf diesen Erfolg sah sich die Akademie veranlasst, weitere Richtlinien zu diversen Themenkomplexen zu erstellen; diese Richtlinien decken heute beinahe die gesamte Bioethikdiskussion ab. Ziel dieser Richtlinien ist es, den praktisch tätigen Arzt bei der täglichen Arbeit zu unterstützen. Es soll – beruhend auf der geltenden Rechtslage – ein verlässlicher, leicht zugänglicher Standard geschaffen werden; gleichzeitig werden Probleme und Abläufe offen gelegt und dadurch eine öffentliche Diskussion ermöglicht.

Trotz der grossen Bekanntheit dieser Richtlinien und ihrem erheblichen Einfluss auf die Praxis darf nicht vergessen werden, dass ihr Erlass durch die SAMW keine staatliche Regelung mit formeller Bindungswir-

kung ist. Sie können deshalb nicht zwangsweise durchgesetzt werden, und ihre Verletzung zieht nicht, wie bei der Verletzung von staatlichem Recht, eine staatlich vorgesehene Sanktion nach sich. Eine wichtige Rolle spielen sie aber in der Rechtsauslegung, indem sie beispielsweise vom Bundesgericht häufig als Massstab für den Stand der medizinischen Wissenschaften herangezogen werden.

Indem allerdings die FMH praktisch alle Richtlinien der SAMW in die Standesordnung aufnimmt, werden sie auf die Stufe des Standesrechts erhoben und erhalten so für die überwiegende Zahl von Ärzten unmittelbare standesinterne, also vereinsrechtliche, Verbindlichkeit. Zudem haben verschiedene Kantone einzelne Richtlinien auf dem Wege des Gesetzesrechts für verbindlich erklärt; die Richtlinien werden auf diese Weise auf die Stufe von formellen Gesetzen erhoben. Ihnen kommt damit innerhalb des Kantons die gleiche Verbindlichkeit zu wie allen anderen Gesetzen.

Klinische Guidelines

Zu den privaten Regelwerken gehören auch Richtlinien, wie sie etwa in klinischen Guidelines für einzelne Indikationen formuliert sind. Sie beschreiben den aktuellen Stand der Wissenschaft und sollen den Arzt dabei unterstützen, dem Patienten die bestmögliche Therapie vorzuschlagen. Solche Guidelines können bei der rechtlichen Beurteilung eines Falls herangezogen werden, um abzuklären, was dem üblichen Stand der medizinischen Behandlung gemäss aktuellem Stand der Wissenschaften entspricht. Klinische Guidelines haben sich in der Schweizer Gerichtspraxis im Sozialversicherungsrecht bereits in diesem Sinne etabliert, waren aber bisher in Haftpflichturteilen noch nicht relevant.

1.4 Tendenzen für die Zukunft

In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Gesetzen geschaffen, die sich mit neuen Entwicklungen in der Medizin befassen. Diese betreffen nicht nur den Umgang mit neuen Technologien, sondern zunehmend auch den Umgang mit Patientinnen und Patienten.

Während langer Zeit schien es so, als halte sich der Gesetzgeber bewusst von den medizinrechtlichen Themen fern. Viele neuere Entwicklungen der Medizin wurden vom Gesetzgeber weitgehend ignoriert, obwohl die bestehende Rechtsordnung mit ihrem herkömmlichen Instrumentarium die neuen Fragen nicht mehr befriedigend beantworten konnte. Die Richtlinien der SAMW waren deshalb trotz ihrer fehlenden staatlichen Legitimation während langer Zeit die einzige Orientierungshilfe für den Arzt und die Ärztin.

2 Die indirekte Steuerung des Gesundheitswesens über die Krankenversicherung führt zu Schwierigkeiten, vgl. etwa die Probleme mit der Versichertenkarte und mit eHealth.

Erst in den letzten Jahren hat der Gesetzgeber eine aktivere Rolle eingenommen und ist seiner Aufgabe wieder nachgekommen, für Rechtssicherheit zu sorgen. In den letzten Jahren wurden denn auch Gesetze geschaffen, um etwa genetische Untersuchungen von Menschen, die Fortpflanzungsmedizin, die Transplantation oder die Forschung mit Patienten und humanem Material spezifisch zu regeln. Mit der Ausarbeitung solcher Gesetze ist meist eine breite Diskussion verbunden, die gleichzeitig das Bewusstsein in der Öffentlichkeit für diese heiklen Themen stärkt und dazu beiträgt, besser legitimierte Regelungen hervorzubringen.

Trotz der vielen neuen Gesetze bleiben auch die Richtlinien der SAMW und das Ständesrecht der FMH für das Medizinrecht wichtig, vor allem dort, wo sich der Gesetzgeber noch nicht zu einer eigenen Lösung durchringen konnte oder diese sehr allgemein gehalten ist.



2. Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit

2.1 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Das neue Medizinalberufegesetz (MedBG) bildet die Grundlage für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten. Es regelt auch die Berufsausübung in der Schweiz. Das MedBG ist seit September 2007 in Kraft und hat das Freizügigkeitsgesetz abgelöst.

Aus- und Weiterbildung

Wer in der Schweiz Medizin studieren möchte, kann das sechsjährige Medizinstudium an den fünf Medizinfakultäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich absolvieren; der vorklinische Teil des Studiums ist zudem in Fribourg und Neuchâtel möglich. An den Fakultäten von Basel, Bern und Zürich müssen Bewerberinnen und Bewerber vorgängig einen Eignungstest bestehen (Numerus clausus). Wer das Studium erfolgreich abschliesst, erhält das eidgenössische Arztdiplom. Seit Juni 2002 berechtigt das eidgenössische Arztdiplom allerdings nur zur unselbstständigen Tätigkeit in einem Spital oder einer Arztpraxis.

Nach Erwerb des eidgenössischen Arztdiploms beginnt daher die Phase der Weiterbildung, die mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel abgeschlossen wird. Ein Weiterbildungstitel ist Voraussetzung für die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit und damit für die Eröffnung einer Arztpraxis (vgl. Kap. 9.2).

Die FMH regelt und organisiert die Weiterbildung im Auftrag des Bundes. Grundlage bilden dabei die Weiterbildungsordnung (WBO) und die 44 vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsprogramme.³ Jedes Weiterbildungsprogramm umschreibt detailliert die Dauer und die Anforderungen für einen bestimmten Facharztstitel. Operative Fächer setzen beispielsweise das Durchführen einer bestimmten Anzahl Operationen (Operationsliste) voraus. In den meisten Weiterbildungsprogrammen sind theoretische Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen gefordert, teilweise auch der Nachweis von wissenschaftlichen Publikationen.

Im Verlauf der Weiterbildung sind regelmässige Evaluationsgespräche zwischen Weiterbildungnern und Weiterzubildenden vorgesehen, um die Lernfortschritte zu dokumentieren. Die Facharztausbildung wird hauptsächlich an dafür anerkannten Spitälern und Kliniken durchgeführt, welche in ein Zertifizierungssystem eingebunden sind.

Auf dem Weg zu einem Grundversorgertitel (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin) besteht ein grosses, nicht gelöstes Bedürfnis nach praxisnaher Weiterbildung. Es sind Bestrebungen seitens der betroffenen Berufskreise, der Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) und des Bundes im Gang, die Praxisassistenten im Bereich der Grundversorgung für alle Kandidaten eines Facharztstitels zugänglich zu machen.

Neben den 44 eidgenössischen Weiterbildungstiteln verleiht die FMH zusätzlich Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise, welche eine Spezialisierung in einem bestimmten Fachgebiet dokumentieren. Sie spielen für die Qualitätssicherung und teilweise auch für die Abrechnung von Leistungen zu Lasten der Sozialversicherer eine wichtige Rolle.

Alle in der entsprechenden EU-Richtlinie aufgeführten Facharztstitel sind in den jeweiligen Ländern Europas gegenseitig anerkannt, auch wenn die Voraussetzungen für ihren Erwerb nicht in jedem Land den gleichen Standards entsprechen.

Sämtliche Ärztinnen und Ärzte, welche einen eidgenössischen oder anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel besitzen, sind in einem öffentlich zugänglichen elektronischen Register der FMH aufgeführt.⁴

Fortbildung

Das MedBG verlangt von jedem Inhaber eines Weiterbildungstitels, dass er sich während seiner ärztlichen Berufstätigkeit permanent fortbildet. Aufsichtsbehörde für den allfälligen Nachweis einer angemessenen Fortbildung ist die kantonale Gesundheitsdirektion. Die Fortbildungsordnung (FBO) der FMH geht von einer Fortbildung von durchschnittlich 80 Stunden jährlich aus. Die einzelnen Fortbildungsprogramme werden durch die jeweiligen Fachgesellschaften ausgearbeitet und umgesetzt (vgl. Kap. 5.2).

Die Berufs- und Kassenzulassung

Obschon die Berufszulassung im MedBG gesamtschweizerisch geregelt ist, sind die Kantone für die Umsetzung wie auch für die Berufsaufsicht zuständig. Wer über ein schweizerisches oder anerkanntes Arztdiplom und einen schweizerischen oder anerkannten Weiterbildungstitel verfügt, einen guten Leumund hat und gesund ist, hat einen Rechtsanspruch auf die Erteilung der kantonalen Berufsausübungsbewilligung. Weitere fachliche Qualifikationen dürfen die Kantone nicht fordern (vgl. Kap. 9.2).

3 Die «Wegleitung» auf der Website des Sekretariats Aus-, Weiter- und Fortbildung (AWF) der FMH gewährleistet den raschen Überblick über alle wichtigen Aus-, Weiter- und Fortbildungsfragen. www.fmh.ch > awf > Grundlagen > Wegleitung

4 www.fmh.ch/awf > Verschiedenes > Ärzteindex

2.2 Berufspflichten

Sowohl das Medizinalberufegesetz als auch die Standesordnung der FMH legen die Berufspflichten eines Arztes oder einer Ärztin fest. Dazu gehören auch die Nothilfepflicht und die Pflicht, im organisierten Notfalldienst mitzuwirken.

Das Medizinalberufegesetz (MedBG) regelt in Artikel 40 einige zentrale Berufspflichten für selbständig tätige Ärztinnen und Ärzte: Sie müssen ihren Beruf sorgfältig und gewissenhaft ausüben, bilden sich lebenslang fort, wahren die Patientenrechte, machen nur objektive und einem öffentlichen Bedürfnis entsprechende Werbung, handeln bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe unabhängig von finanziellen Vorteilen, wahren das Berufsgeheimnis, leisten in dringenden Fällen Beistand und wirken nach Massgabe der kantonalen Vorschriften in Notfalldiensten mit. Zu den Berufspflichten gehört auch, dass Ärztinnen und Ärzte eine angemessene Haftpflichtversicherung haben oder für andere, gleichwertige Sicherheiten sorgen. Die kantonale Gesundheitsdirektion überwacht, ob diese Berufspflichten eingehalten werden.

Die FMH-Standesordnung gilt für alle FMH-Mitglieder⁵ unabhängig von ihrer beruflichen Stellung. Sie konkretisiert die wichtigsten Berufspflichten des MedBG sowie zusätzliche wichtige berufsethische Regeln. Zu den zusätzlichen Regeln gehören beispielsweise die freie Arztwahl, Regeln zur Annahme und Ablehnung des Behandlungsauftrags, der Umgang mit umstrittenen Heilverfahren, die Transparenz bei Gutachten, die Aufklärungspflicht, Werbung und Medientätigkeit, Betreuung von Sportlern, oder die KG-Führung. Auch die meisten medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW sind durch Aufnahme in der Standesordnung Teil des ärztlichen Standesrechts geworden.

Die Standesordnung enthält zudem Bestimmungen über die kollegiale Zusammenarbeit: So sollen sich Kollegen gegenseitig über Befunde und Behandlung informieren, wenn sie gemeinsam an einer Behandlung beteiligt sind und soweit das Einverständnis des Patienten vorliegt. Nötige Kritik soll sachlich geäussert werden.

Verstösse gegen die FMH-Standesordnung werden auf Anzeige erstinstanzlich durch die *Standeskommission* der kantonalen Ärztesgesellschaft bzw. des VSAO oder des VLSS geahndet.⁶ Auch der staatliche Richter zieht Bestimmungen des FMH-Standesrechts zur Interpretation der Berufspflichten gemäss MedBG heran, soweit sie ihm angemessen erscheinen.⁷

Nothilfepflicht

Wer «einem Menschen, der in unmittelbarer Lebensgefahr schwebt, nicht hilft, obwohl es ihm den Umständen nach zugemutet werden könnte», macht sich strafbar.⁸ Wer beim Wandern im Gebirge auf einen Verletzten am Wegrand stösst, ist nothilfepflichtig. Massgeblich für das Zumutbare sind unter anderem die Kenntnisse und Fertigkeiten zur Nothilfe. Die Nothilfepflicht der Ärzte und Ärztinnen geht somit weiter als die des Laien. Diese allgemeine Nothilfepflicht hängt nicht davon ab, ob die Ärztin oder der Arzt «im Dienst» ist oder nicht. Es kommt auch nicht darauf an, ob sie eine Berufsausübungsbewilligung haben. Selbstverständlich muss auch bei der Nothilfe sorgfältig gehandelt werden. In der Schweiz musste aber bisher niemand Angst haben vor Schadenersatzforderungen wegen des Vorwurfs, er habe falsche Nothilfe geleistet. Weil es sich um eine allgemeine Bürgerpflicht handelt, wäre ein Behandlungsfehler von der privaten Haftpflichtversicherung zu übernehmen – die Ärztin braucht wegen der Nothilfepflicht keine eigene Berufshaftpflichtversicherung.

Seit Einführung dieser Bestimmung im Jahr 1990 gab es nur wenige Gerichtsfälle, die sich mit unterlassener Nothilfe befassten. So entschied das Bundesgericht im Jahr 1995, dass unmittelbare Lebensgefahr dann gegeben ist, «wenn jemand nach dem Konsum einer Überdosis Heroin Gefahr läuft, in einigen Stunden zu sterben. Die Hilfeleistungspflicht besteht für jeden, der sich in der Wohnung der gefährdeten Person befindet; aufgrund der Umstände genügte es, telefonisch medizinische Hilfe zu holen.» Bekannt geworden ist auch der Freispruch eines praktizierenden Spezialisten, der die Behandlung seines Patienten in der Arztpraxis fortsetzte, obschon jemand in der Nähe der Praxis auf dem Trottoir lag und in Not war. Der Richter begründete den Freispruch mit dem funktionierenden örtlichen Notfalldienst der Ärzteschaft.

Notfalldienst

Praktizierende Ärztinnen und Ärzte müssen am organisierten Notfalldienst teilnehmen. Dazu verpflichten sie das MedBG und die kantonalen Gesundheitsgesetze. Die Kantone haben die Organisation eines Notfalldienstes an die jeweilige kantonale Ärztesgesellschaft delegiert. Diese kann einzelne Ärzte vom Notfalldienst befreien. Im Gegensatz zum ärztlichen Notfalldienst wird das Rettungswesen, beispielsweise die Ambulanz- und Helikopterrettung, von den Kantonen selbst organisiert oder an Dritte (REGA etc.) delegiert.

5 Siehe unter www.fmh.ch > über uns > Standesordnung der FMH.

6 Die Zuständigkeit hängt davon ab, wo der Arzt oder die Ärztin Basismitglied ist.

7 So hat das Verwaltungsgericht des Kantons Waadt am 15. Mai 2007 einen Arzt trotz EPO-Abgabe freigesprochen, weil die FMH-Standesordnung vor 2001 noch keine explizite Antidoping-Bestimmung enthielt.

8 Art. 128 StGB, Unterlassung der Nothilfe: Wer einem Menschen, den er verletzt hat, oder einem Menschen, der in unmittelbarer Lebensgefahr schwebt, nicht hilft, obwohl es ihm den Umständen nach zugemutet werden könnte, wer andere davon abhält, Nothilfe zu leisten, oder sie dabei behindert, wird mit Gefängnis oder mit Busse bestraft.

Die «Plattform Rettungswesen» der FMH hat im Jahr 2001 Ziele und Kriterien für den ärztlichen Notfalldienst definiert. Diese Regeln sind zwar nicht verbindliches Ständesrecht, da sie nicht von der Ärztekammer verabschiedet wurden. Aber als fachliche Richtlinien eines Expertengremiums können sie für allfällige haftpflichtrechtliche Auseinandersetzungen eine Rolle spielen. In diesen Regeln heisst es unter anderem: «Ziel des ärztlichen Notfalldienstes ist es, entsprechend den regionalen Gegebenheiten dauernd einen unmittelbaren Zugang zu einer qualifizierten ärztlichen Grundversorgung und ggf. zur erweiterten Versorgung sicherzustellen. [...] Der Dienstarzt soll über einen FMH-Titel als Grundversorger gemäss geltender Definition oder über eine vergleichbare Weiterbildung verfügen und eine entsprechende Tätigkeit ausüben. Die Beurteilung dieser Voraussetzungen obliegt der Kantonalen Ärztesgesellschaft. Vor Aufnahme der Tätigkeit als Dienstarzt muss ein Notfallkurs und im Rahmen der Fortbildung alle vier Jahre ein Repetitionskurs absolviert werden. Beide Kurstypen müssen von der FMH bzw. in deren Auftrag zertifiziert sein.»

Nach geltendem TarMed-Tarif wird der konkrete Einsatz im Notfalldienst – die Notfallkonsultation, der Notfallbesuch – von der Sozialversicherung bezahlt. Nicht finanziert hingegen wird die Notfalldienstbereitschaft als solche.

2.3 Arzneimittel und Medizinprodukte

Der Umgang mit Arzneimitteln und Medizinprodukten wird im Heilmittelgesetz geregelt. «Off label use» oder «unlicensed use» sind in diesem Gesetz nicht geregelt, aber als Teil der therapeutischen Freiheit des Arztes grundsätzlich zulässig.

Das Heilmittelgesetz (HMG) will sicherstellen, «dass nur qualitativ hoch stehende, sichere und wirksame Heilmittel in Verkehr gebracht werden». Gleichzeitig soll der Bund aber beim Vollzug dieses Gesetzes darauf achten, «dass für die Forschung und Entwicklung im Heilmittelbereich günstige Rahmenbedingungen bestehen».⁹ Diese doppelte Zweckbestimmung bringt den Bund zuweilen in einen Interessenkonflikt. Bei den Arzneimittelpreisen beispielsweise muss er gemäss Krankenversicherungsgesetz für eine wirtschaftliche Versorgung sorgen, gemäss HMG aber auch den Forschungsstandort fördern.

Arzneimittel

Arzneimittel sind gemäss HMG «Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbeson-

dere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen; zu den Arzneimitteln gehören auch Blut und Blutprodukte.»¹⁰ Das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic lässt Arzneimittel dann zu, wenn sie sicher und wirksam sind. Mit der Zulassung werden in der Fachinformation die Indikationen und die Dosis festgelegt. Die Fachinformationen sind im Arzneimittelkompendium publiziert.

Das HMG regelt auch sogenannte Magistralrezepturen.¹¹ Damit sind Zubereitungen gemeint, die der Apotheker auf ärztliche Verschreibung hin für einen bestimmten Patienten herstellt. Magistralrezepturen werden im Bedarfsfall einzeln zubereitet und dürfen nicht an Lager gehalten werden. Eine solche Einzelzubereitung kann beispielsweise erforderlich sein, wenn ein Arzneimittel bestimmter Zusammensetzung oder Dosierung nicht auf dem Markt erhältlich ist.

Mit der Zulassung ist noch nicht gewährleistet, dass die Kosten für das Medikament in der Folge durch den Krankenversicherer rückvergütet werden. Über diese Kassenpflichtigkeit entscheidet das Bundesamt für Gesundheit (BAG), nachdem es die Eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK) angehört hat. Während die Swissmedic also Sicherheit und Wirksamkeit prüft, beurteilt das BAG das Kosten-Nutzen-Verhältnis (vgl. Kap. 3.8).

Wer ein Arzneimittel verschreibt oder in der Selbstdispensation abgibt, muss den Gesundheitszustand des Patienten kennen und «die anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften» beachten.¹² Jeder Arzt darf Arzneimittel verschreiben, also auch die Assistenzärztin im Spital auf den spitaleigenen Rezeptformularen. Wer hingegen auf dem eigenen Rezeptformular Arzneimittel verschreibt, übt damit seinen Beruf eigenverantwortlich aus; dafür braucht es nach kantonalem Gesundheitsgesetz einen Weiterbildungstitel und die Berufsausübungsbewilligung.

«Off label use» und «unlicensed use»

Wenn ein Arzneimittel in der Schweiz zugelassen ist, aber der ärztlich verordnete Einsatz von der genehmigten und im Arzneimittelkompendium veröffentlichten Fachinformation abweicht, liegt ein sogenannter «off label use» vor. Meist wird das Arzneimittel dann bei einer anderen Indikation oder mit einer anderen Dosis verwendet. In vielen Fachbereichen (insbesondere in Pädiatrie, Gynäkologie, Onkologie und Geriatrie) ist der «off label use» praktisch die Regel, weil viele Medikamente für diese Patientengruppen nicht untersucht und daher auch nicht ausdrücklich für sie zugelassen wurden. «Off label use» ist zusätzlich auch deshalb häufig, weil die pharmazeutische Industrie wissenschaftlich neu belegte Anwen-

9 Art. 1 Abs. 1 HMG. Unter dem Begriff Heilmittel versteht das HMG sowohl Arzneimittel als auch Medizinprodukte.

10 Art. 1 Abs. 1 lit a HMG.

11 Art. 9 HMG.

12 Art. 26 HMG.

dungen aus wirtschaftlichen¹³ oder haftungsrechtlichen¹⁴ Gründen nicht immer zusätzlich registrieren lässt, so dass die veröffentlichte Fachinformation veraltet ist.

«Off label use» ist Teil der ärztlichen therapeutischen Freiheit und damit zulässig, auch wenn sie im HMG nicht erwähnt wird. Allerdings trägt der Arzt die Verantwortung für die Abweichung: Wenn eine Komplikation eintritt, muss er begründen können, dass der «off label use» dem Stand der Wissenschaft entsprach (vgl. Kap. 3.8).

Ein «unlicensed use» liegt vor, wenn ein Medikament in der Schweiz nicht zugelassen ist. Der Arzt darf in diesem Fall das Arzneimittel ohne Sonderbewilligung verschreiben, sofern das Arzneimittel von einem Land zugelassen wurde, dessen Zulassung als gleichwertig mit der Schweiz anerkannt wird (z.B. EU-Staaten oder USA). Ansonsten ist eine Sonderbewilligung von Swissmedic erforderlich. Für den Import benötigen Arzt bzw. Spital zudem eine Detailhandelsbewilligung des Kantons und gegebenenfalls eine Bewilligung von Swissmedic.

Medizinprodukte

Die Swissmedic ist auch zuständig für die Zulassung von Medizinprodukten, also für «Produkte, einschliesslich Instrumente, Apparate, in-vitro-Diagnostika, Software und andere Gegenstände oder Stoffe, die für die medizinische Verwendung bestimmt sind oder angepriesen werden und deren Hauptwirkung nicht durch ein Arzneimittel erreicht wird».¹⁵ Für die Zulassung von Medizinprodukten sind wie bei den Arzneimitteln die Sicherheit und die Wirksamkeit entscheidend. Die Kassenpflicht der Medizinprodukte wird wiederum vom BAG entschieden (vgl. Kap. 3.8).

2.4 Röntgenuntersuchungen und Labor

Röntgenuntersuchungen setzen eine spezifische Ausbildung voraus. Für das Praxislabor ist Qualitätssicherung mit externen Ringversuchen vorgeschrieben.

Röntgen

Im Strahlenschutzgesetz wird bei medizinischen Anwendungen zwischen dem Sachverstand und der Sachkunde unterschieden:

- Der Sachverstand ist eine Voraussetzung, um eine Röntgenanlage betreiben zu dürfen. Man erwirbt diesen mit dem Besuch eines durch das BAG anerkannten Strahlenschutzkurses. In einer Gruppen-

praxis bzw. in einem Spital muss allerdings nur eine Person über diesen Sachverstand verfügen; das kann einer der Partnerärzte, aber beispielsweise auch eine medizin-technische Röntgen-Assistentin (MTRA) sein.

- Das eidgenössische Arztdiplom berechtigt nur zum Röntgen von Extremitäten und Thorax. Für dosisintensive Röntgenanwendungen braucht es eine zusätzliche Weiterbildung, die sogenannte Sachkunde. Diese Sachkunde muss – im Gegensatz zum Sachverstand – auch in einer Gruppenpraxis jede einzelne Ärztin nachweisen können, sofern sie entsprechende Röntgenuntersuchungen durchführen will.¹⁶

Labor

Wer ein Praxislabor betreibt, muss eine Qualitätssicherung mit internen Kontrollen und externen Ringversuchen vorweisen können. Ob für das Praxislabor darüber hinaus eine spezifische Weiterbildung verlangt werden soll, wird derzeit diskutiert.¹⁷ Für die Betriebsbewilligung für Grosslabors gelten zusätzliche Bestimmungen.

2.5 Qualitätssicherung, Akkreditierung und Zertifizierung

Das Krankenversicherungsgesetz verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, qualitätssichernde Massnahmen zu ergreifen.

Die Hauptverordnung über die Krankenversicherung (KVV) sieht vor, dass «die Leistungserbringer oder deren Verbände Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität» erarbeiten. «Die Modalitäten der Durchführung werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.»

Gemäss der Botschaft des Bundesrates zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) bezieht sich die zu sichernde Qualität sowohl auf die Behandlungsergebnisse wie auch auf die Angemessenheit der Leistung und auf die Zufriedenheit des Patienten.¹⁸

13 Eine Ausweitung der registrierten Indikation führt zu Preissenkungsdruck.

14 Die Industrie fürchtet das zusätzliche Haftpflichtrisiko vor allem bei der Ausweitung der Indikation auf Schwangere.

15 Art. 4 Abs. 1 lit. b HMG.

16 Eine Revision der Weiterbildung im Strahlenschutz wird zur Zeit diskutiert. Die jeweils geltenden Bestimmungen werden auf der Website der FMH nachgeführt und erläutert: <http://www.fmh.ch/www/de/pub/awf.htm>

17 Die jeweils geltenden Bestimmungen werden auf der Website der FMH nachgeführt und erläutert: <http://www.fmh.ch/www/de/pub/awf.htm>

18 Botschaft zum KVG, BBl 1992 S. 129 und 191–192.

Es gibt einzelne Bereiche mit expliziten Qualitätssicherungsverträgen, beispielsweise für das Labor (Qualab) oder für die Zertifizierung von Operationssälen gemäss TarMed. Diese Verträge gelten nicht nur für den Bereich KVG.

Viele Kantone haben für ihre öffentlichen Spitäler Qualitätssicherungsprogramme mit Outcome-Messungen eingeführt.

Ein wichtiges Element der Qualitätssicherung ist die offene Diskussion von Fällen und Problemen in Qualitätszirkeln. Eine weitere Anwendung ist das «Critical Incident Reporting System» (CIRS): Wer Schadenfälle wirksam vermeiden will, konzentriert sich auf die Reduktion der Anzahl unsicherer Handlungen. Organisatorische und technische Vorkehrungen sind dabei zentral. Meldungen von «Critical Incidents» sollen aus Datenschutzgründen bei der Auswertung anonymisiert, und die Originalmeldung soll vernichtet werden.¹⁹

Abgrenzung von Qualitätssicherung und Forschung

Die Unterscheidung zwischen Qualitätssicherung und Forschung ist wichtig, weil Qualitätssicherungsprogramme gemäss KVG von den Krankenkassen zu finanzieren sind, Forschung hingegen nicht. Hier sind in der Praxis noch Fragen offen, vor allem auch, weil das Bundesgericht Forschung gemäss Heilmittelgesetz so breit definiert, dass darunter auch fällt, was gemäss KVG noch Qualitätssicherung wäre. Konkret bedeutet dies, dass bei QS-Programmen, die den Behandlungserfolg (Outcome) untersuchen, vorsichtshalber die zuständige kantonale Ethikkommission angefragt werden sollte, ob für sie eine ethische Beurteilung und eine Studien-Haftpflichtversicherung notwendig erscheinen.

Sinnvoll wäre, auch hierzulande die von Erwin Deutsch für Deutschland vorgeschlagene Abgrenzung zu verwenden: «Während wissenschaftliche Versuche die medizinischen Methoden verbessern und *neue Wege* der Erkenntnis und Bekämpfung von Krankheiten schaffen sollen, ist es Aufgabe der Qualitätssicherung, die *Standardbehandlung* auf einem möglichst gleichmässig hohen Niveau allen Kranken zukommen zu lassen und dabei den gesetzten finanziellen Rahmen einzuhalten.»²⁰

Akkreditierung im akademischen Bereich – Zertifizierung von Spitälern oder Praxen

Die Anerkennung von Studiengängen oder Weiterbildungsprogrammen bzw. der Fakultäten oder von Weiterbildungsträgern wie der FMH wird *Akkreditierung* genannt. Im Medizinalberufegesetz MedBG wird die Akkreditierung folgendermassen definiert: «Die Akkreditierung hat den Zweck

zu überprüfen, ob es die Aus- und Weiterbildungsgänge den Personen in Aus- und Weiterbildung erlauben, die Ziele dieses Gesetzes zu erreichen. Sie schliesst die Überprüfung der Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen ein.»

Nicht nur Spitäler, sondern auch verschiedene Arztpraxen haben hingegen eine freiwillige *Qualitäts-Zertifizierung* durchlaufen; dies ist eine Form der Qualitätssicherung, die sich in der Regel auf die Infrastruktur und die Prozessqualität bezieht. Die gesetzliche Grundlage dafür liefert das Bundesgesetz über die technischen Handelshemmnisse (THG). Zertifizierungen können sowohl Qualitäts- wie Werbeinstrument sein.

2.6 Sozial- und Privatversicherungen

Die Sozialversicherungen sind obligatorisch; daher werden Leistungen und Prämien gemäss gesetzlichen Regeln festgelegt. Im Gegensatz dazu besteht bei den Privatversicherungen Vertragsfreiheit.

Sozialversicherungen

In den letzten 80 Jahren sind in der Schweiz elf verschiedene Sozialversicherungen entstanden. Für die behandelnde Ärztin relevant sind die Kranken-, die Unfall-, die Militär- und die Invalidenversicherung. Für den berichterstattenden Arzt spielen zusätzlich die Pensionskassen und – soweit sie noch betrieben wird – die Taggeldversicherung nach KVG eine Rolle.

In den Sozialversicherungen gelten in der Regel die folgenden Grundsätze:

- Alle Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz müssen sich versichern.²¹
- Der Sozialversicherer darf keine Risikoselektion machen und muss jede Person versichern.²²
- Die Leistungen werden gesetzlich definiert und erfolgen nach pauschalen Regeln.
- Es gilt öffentliches Recht und insbesondere Rechtsgleichheit. Der Versicherer muss daher vergleichbare Fälle gleich behandeln.
- Die Prämien werden nicht nach dem individuellen Risiko festgelegt.
- Der Sozialversicherer hat ein gesetzliches Informationsrecht; umgekehrt darf er nur die Informationen bearbeiten, die er für seine gesetzliche Aufgabe benötigt.

19 Vgl. Hanspeter Kuhn und Georg von Below, «Melden Sie keine Flugzeugunfälle auf diesem Formular!», SÄZ 26/2003; 1399–1407 mit weiteren Literaturhinweisen.

20 Erwin Deutsch, *Medizinrecht*, 4. Auflage, Springer Berlin 1999, Rz 347 S. 244.

21 Mit Ausnahme der Krankentaggeldversicherung gemäss KVG, Art. 69ff KVG.

22 Wiederum mit Ausnahme der Krankentaggeldversicherung gemäss KVG, Art. 69ff KVG, in der zwar niemand abgelehnt werden darf – aber der Versicherer darf während 5 Jahren Gesundheitsvorbehalte machen.

Seit dem Jahr 2003 werden die Sozialversicherungen über das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) teilweise miteinander koordiniert. Das ATSG definiert die Rechtsbegriffe Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität und es regelt die Streitigkeiten zwischen Versichertem und Sozialversicherer (vgl. Kap. 3.5 und Kap. 3.10).

Privatversicherungen

Die Privatversicherungen unterstehen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Hier gilt im Gegensatz zur Sozialversicherung die Vertragsfreiheit. Dazu gehören folgende Grundsätze:

- Es besteht keine Versicherungspflicht.
- Es gibt keine Aufnahmepflicht durch den Versicherer. Dieser darf den Gesundheitszustand abklären und bei schlechten Risiken eine Versicherung verweigern, Vorbehalte machen oder höhere Prämien verlangen. Wer durch falsche Angaben zum Gesundheitszustand die Anzeigepflicht verletzt, verliert den Versicherungsschutz.²³
- Die versicherten Leistungen werden im Versicherungsvertrag definiert (und nicht im Gesetz).

Der Versicherer und der Versicherte sind rechtlich gleichgestellt. Es gibt keine Verfügungen und Einspracheentscheide des Versicherers. Im Streitfall muss der Versicherte vor Zivilrichter klagen.

²³ Art. 6 Abs. 1 VVG.



3. Grundlagen der Behandlung von Patientinnen und Patienten

3.1 Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient

Die Art des Vertrags zwischen Ärztin und Patient beeinflusst die Ausgestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Es ist deshalb für den Arzt wichtig, sich im Klaren darüber zu sein, wer mit wem einen Behandlungsvertrag abschliesst – und dafür zu sorgen, dass dies auch für die Patientin klar ist.

Der Behandlungsvertrag kommt in der Regel bereits dadurch zustande, dass ein Patient einen Sprechstundentermin vereinbart. Damit der Behandlungsvertrag gültig ist, muss der Patient handlungsfähig sein, d.h. er ist sowohl mündig als auch urteilsfähig.

Gemäss Zivilgesetzbuch können folgende Bedingungen begründen, dass eine Patientin oder ein Patient urteilsunfähig ist: Kindesalter, Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnliche Zustände, durch welche die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.²⁴ Bei Kleinkindern schliessen die Eltern als Inhaber der elterlichen Sorge den Behandlungsvertrag ab.²⁵ Urteilsunfähige Mündige werden grundsätzlich durch den Vormund vertreten.²⁶ Bei einer kurzfristigen vorübergehenden Urteilsunfähigkeit erfolgt die Behandlung – mangels eines gesetzlichen Vertreters – als Geschäftsführung ohne Auftrag.

Ist ein Patient urteilsfähig, aber unmündig oder entmündigt, kann dieser ohne die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters «Rechte ausüben, die ihm um seiner Persönlichkeit willen zustehen».²⁷ Der Abschluss eines Behandlungsvertrags ist ein höchstpersönliches Recht. Der urteilsfähige Unmündige oder Entmündigte – beispielsweise eine Jugendliche – kann deshalb ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters einen Behandlungsvertrag abschliessen, wenn es um eine alltägliche und nicht kostspielige Behandlung geht, oder wenn die Kosten durch eine Sozialversicherung gedeckt sind. Zentral ist hier die Frage der Urteilsfähigkeit des Patienten.

24 Art. 16 ZGB.

25 Art. 304 Abs. 1 ZGB.

26 Art. 407 ZGB.

27 Art. 19 Abs. 2 ZGB.

Grundsätzlich können vier Grundformen von Behandlungsverträgen unterschieden werden, wobei es in der Praxis Mischformen gibt.

- Die Behandlung in der Arztpraxis
- Die Behandlung im Belegarztspital
- Die Behandlung im Privatspital mit angestellten Ärzten
- Die Behandlung im öffentlichen Spital

Diese vier Formen werden im Folgenden kurz skizziert.

Die Behandlung in der Arztpraxis

Das Verhältnis zwischen einem frei praktizierenden Arzt und seiner Patientin untersteht in der Regel dem Recht des einfachen Auftrages gemäss Obligationenrecht (OR). Dieser einfache Auftrag wird dadurch abgeschlossen, dass der Patient die Ärztin bittet, ihn zu untersuchen oder zu behandeln, und sie gemeinsam einen Termin vereinbaren. Eine Pflicht zur Übernahme des Auftrages bzw. eine Behandlungspflicht existiert für den Arzt nur in Notfällen oder wenn kantonales Recht dies ausnahmsweise vorschreibt. Als Pendant zur freien Arztwahl der Patienten gilt also auch grundsätzlich die freie Patientenwahl für den Arzt.²⁸

Die Ärztin muss als Auftragnehmerin die ärztliche Handlung persönlich ausführen. Selbstverständlich heisst das nicht, dass sie in ihrer Praxis kein medizinisches Hilfspersonal beschäftigen darf. Sie trägt aber die Verantwortung dafür, dass dieses richtig instruiert, gemäss seinen Fähigkeiten eingesetzt und von ihr beaufsichtigt wird.

Der Arzt schuldet der Patientin keinen Behandlungserfolg. Hingegen ist er verpflichtet, seine Tätigkeit sorgfältig nach bestem Wissen und Gewissen und nach den Regeln der ärztlichen Kunst auszuführen (vgl. Kap. 8.3). Dazu gehört insbesondere, dass die Behandlung medizinisch indiziert ist und dass der Arzt die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu deren Ausführung besitzt. Die Ärztin ist dabei nicht einfach an die Weisungen und Wünsche der Patienten gebunden. Die SAMW schreibt in ihren Grundsätzen «Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung»: «Dem Willen des Patienten oder seiner Vertreter auf eine bestimmte Behandlung und Betreuung muss nur entsprochen werden, wenn diese Behandlung den allgemein anerkannten Regeln entspricht; hingegen ist eine Verweigerung einer Behandlung oder der Betreuung durch den urteilsfähigen Patienten verbindlich.»

Gegenstand des Auftrags sind Anamnese, Untersuchung, Diagnose, Beratung und Behandlung durch den Arzt. Die Ärztin muss den Patienten aufklären (vgl. Kap. 3.2). Nur so können sie gemeinsam das weitere Vorgehen, also den Behandlungsplan, festlegen. Nur wenn die Ärztin den Patienten korrekt aufgeklärt hat, kann dieser frei entscheiden, ob und welche Behandlung er wünscht.

28 Art. 4 Abs. 3 und Art. 5 FMH-Standesordnung.

Als Auftragnehmer ist der Arzt verpflichtet, der Patientin jederzeit Rechenschaft abzulegen (vgl. Kap. 8.1). Daraus leitet sich u.a. die Pflicht des Arztes ab, eine Krankengeschichte zu führen (vgl. Kap. 3.4). Die Aufzeichnungs- oder Dokumentationspflicht ergibt sich auch aus der FMH-Standesordnung und aus den kantonalen Gesundheitsgesetzen. Die Standesordnung und teilweise auch die kantonalen Gesundheitsgesetze regeln zudem die Dauer der Aufbewahrungspflicht für die Krankengeschichten.

Der Behandlungsauftrag kann von beiden Seiten grundsätzlich jederzeit widerrufen werden. Für den Arzt gibt es hier aber Einschränkungen, wenn die Gesundheit der Patientin dadurch gefährdet oder beeinträchtigt wird. Bei einer Kündigung zur Unzeit kann der Kündigende schadenersatzpflichtig werden.²⁹

Die Behandlung im Belegarztspital

In einem Belegarztspital gehen sowohl das Spital als auch die Belegärztin mit dem Patienten einen Vertrag ein: Das Belegarztspital tritt gegenüber dem Patienten nur für die nichtärztlichen Dienstleistungen als Vertragspartner auf. Der Belegarzt schliesst seinerseits mit der Patientin einen Vertrag für die ärztliche Leistung ab. Man spricht deshalb von einem «gespaltenen Spitalvertrag». Durch die Abgrenzung der Leistungen zwischen Spital und Arzt beschränkt sich auch die Verantwortlichkeit der Beteiligten auf ihre jeweiligen Bereiche. Sinnvollerweise schliessen Arzt und Spital ihre Haftpflichtversicherungen beim selben Versicherer ab, damit es keine Schnittstellenprobleme gibt. Für die Belegärztin gilt bezüglich der Behandlungspflicht grundsätzlich dasselbe wie für den frei praktizierenden Arzt (vgl. oben). Vorbehalten bleibt aber ein allfälliger Vertrag mit dem Kanton (Leistungsauftrag).³⁰

Die Behandlung im Privatspital mit angestellten Ärzten

Schliesst auf Seiten des Leistungserbringers nicht der einzelne Arzt, sondern das Privatspital einen Vertrag mit dem Patienten für dessen Spitalaufenthalt ab, spricht man von einem «Gesamtbehandlungsvertrag». Die medizinische Behandlung untersteht wie beim freipraktizierenden Arzt dem Auftragsrecht. Für die übrigen Teile (Pflege, Unterkunft, Verpflegung etc.) muss im Einzelfall geprüft werden, welche Bestimmungen anwendbar sind. Da beim Gesamtbehandlungsvertrag das Spital als einziger Vertragspartner gegenüber dem Patienten auftritt, ist es in erster Linie auch für die medizinische Versorgung verantwortlich. Bei Behandlungsfehlern kann aber neben dem Spital auch die fehlbare Ärztin belangt werden.

29 Der selbständig tätige Arzt hat sich zudem an die Berufspflichten gemäss Art. 40 MedBG zu halten.

30 Das revidierte KVG betreffend Spitalfinanzierung vom Dezember 2007 sieht in Art. 41a vor, dass Spitäler «im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten» eine Aufnahmepflicht haben.

Bezüglich der Behandlungspflicht gilt dasselbe wie für den frei praktizierenden Arzt (vgl. oben). Vorbehalten bleibt hier aber neben dem kantonalen Recht ein allfälliger Vertrag mit dem Kanton (Leistungsauftrag).

Die Behandlung im öffentlichen Spital

Die öffentlichen Spitäler sind Anstalten mit einem Gemeinwesen als Träger. Das Verhältnis der angestellten Ärzte zum öffentlichen Spital richtet sich grundsätzlich nach den Vorschriften des kantonalen Gesundheitsrechts. Das gleiche gilt daher für das Verhältnis zwischen dem Spital und den Patienten. Das Behandlungsverhältnis ist öffentlichrechtlicher Natur und entweder als Anstaltsbenutzung oder als verwaltungsrechtlicher Vertrag ausgestaltet. Dabei enthält das kantonale Gesundheitsrecht in der Regel die Rahmenbedingungen, während die Details dann in Spitalreglementen und in den Verträgen festgehalten werden.

Auch hier ist ein gespaltenes Rechtsverhältnis mit zwei Verträgen denkbar: Einer zwischen Chefärztin, Belegarzt oder Konsiliarärztin und Patient, und der andere zwischen Spital und Patient. Massgeblich ist die kantonale Spitalgesetzgebung: Entweder erlaubt sie die Chefarztsprechstunde als freiberufliche Tätigkeit oder der Chefarzt ist auch in seiner «Privatsprechstunde» Angestellter des Spitals.

Die ärztliche Tätigkeit an einem öffentlichen Spital gilt heute als amtliche Tätigkeit (gegebenenfalls mit Ausnahme der Chefarztsprechstunde). Die Haftung der Ärztinnen des öffentlichen Spitals richtet sich demnach primär nach dem kantonalen Verantwortlichkeits- bzw. Staatshaftungsrecht. Aus diesem Grund wird das Spital bzw. dessen Haftpflichtversicherer allfällige Schadenersatzverhandlungen mit dem Patienten führen müssen. Bei grobem Verschulden des Arztes wird das Spital aber in den meisten Kantonen intern auf den Arzt Rückgriff nehmen können.

Die Dokumentations- und die Aufklärungspflicht der Ärztin sowie die Bedingung der Einwilligung des Patienten in die Behandlung ergeben sich aus dem kantonalen Spital- oder Gesundheitsrecht und dem FMH-Standesrecht. Während die kantonalen Vorschriften für Angestellte von öffentlichen Spitälern sowie für frei praktizierende Ärzte unterschiedliche Regeln enthalten können, gelten die Standesregeln gleichermaßen für alle FMH-Mitglieder.

Die Aufnahme- oder Behandlungspflicht richtet sich nach dem kantonalen Gesundheitsrecht oder nach dem Leistungsauftrag zwischen Kanton und Spital. Die Pflicht geht hier in aller Regel über die blosser Nothilfepflicht hinaus. Da ein öffentliches Spital dem öffentlichen Recht untersteht, haben die Patienten zudem grundsätzlich Anspruch auf Gleichbehandlung. Kommt das Spital aber mit seiner Kapazität an eine Grenze, muss triagiert werden; dabei sollen medizinische Gründe ausschlaggebend sein.

Patientenpflichten im Rahmen einer Behandlung

Der Behandlungsvertrag bzw. der Spitaleintritt schafft Rechte und Pflichten auf beiden Seiten: beim Leistungserbringer und bei der Patientin. Die Patientin oder an ihrer Stelle der Versicherer ist verpflichtet, eine korrekte Arzt- oder Spitalrechnung fristgerecht zu bezahlen. Der Patient ist angehalten, der Ärztin die notwendigen Auskünfte über sich und sein Leiden zu erteilen.³¹ Er muss zudem im Spital die Hausordnung respektieren und sich an die Weisungen des Personals halten und muss generell auf andere Patienten und das Personal Rücksicht nehmen.

Verjährungsfristen

Privatrechtliche Honorarforderungen verjähren binnen fünf Jahren.³² Rechnungen für Zusatzversicherungen muss der Patient aber innert zwei Jahren einreichen – also muss der Arzt hier vorher Rechnung stellen. Sonst riskiert er, seinen Honoraranspruch für die zusatzversicherten Behandlungen zu verlieren. Für die öffentlichrechtlichen Forderungen ist die Verjährungsfrist im kantonalen Recht geregelt.

Haftpflichtansprüche gegen Ärzte und Privatspitäler aus dem Behandlungsvertrag verjähren mit Ablauf von 10 Jahren.³³ Ausservertragliche Haftpflichtansprüche verjähren im Privatbereich ein Jahr ab dem Tag, an dem der Geschädigte Kenntnis vom Schaden und von der Person des Ersatzpflichtigen erlangt hat, jedenfalls aber nach zehn Jahren vom Tage der schädigenden Handlung an gerechnet.³⁴ Im öffentlichen Bereich verjähren Haftpflichtansprüche meist nach kürzerer Frist (im kantonalen Recht geregelt).

31 Obliegenheiten sind Pflichten, die nicht direkt rechtlich eingeklagt werden können. Ein Patient, der eine Obliegenheit verletzt, muss deswegen keinen Schadenersatz bezahlen, aber er verliert beispielsweise seinen Schadenersatzanspruch gegen den Arzt, wenn ein Behandlungsfehler allein deshalb unterlief, weil der Patient dem Arzt eine wichtige Information verschwiegen.

32 Art. 128 Ziff. 3 OR.

33 Art. 127 OR.

34 Art. 127 OR.

3.2 Aufklärung des Patienten

Damit ein Patient rechtsgültig in eine Behandlung einwilligen kann, muss er ausreichend aufgeklärt sein. Der Arzt oder das Spital müssen im Streitfall die genügende Aufklärung nachweisen können.

Eine angemessene Patientenaufklärung ist für jede Behandlung wichtig. Sie ist eine Bedingung, um den Behandlungsvertrag zu erfüllen, und stärkt darüber hinaus das Vertrauen zwischen Arzt und Patientin.

Bei Operationen und anderen invasiven Behandlungen – Schneiden, Stechen, Bestrahlen, Verabreichen von Arzneimitteln – ist die korrekte Patientenaufklärung zudem aus strafrechtlicher Sicht zentral: Sie ist der strafrechtliche Rechtfertigungsgrund für den Eingriff, der gemäss Bundesrechtspraxis den objektiven Tatbestand der Körperverletzung erfüllt.

Die Operateurin und der Anästhesist dürfen zwar die Aufklärung delegieren, beispielsweise an den Assistenzarzt oder die zuweisende Ärztin. Weil sie aber den Eingriff durchführen, tragen sie die Konsequenzen, wenn die delegierte Aufklärung ungenügend war. In einem solchen Falle wäre die Zustimmung des Patienten zum Eingriff rechtlich nicht gültig und der invasive Eingriff damit widerrechtlich.

Es gibt in der Schweiz keine fixe Prozentgrenze, oberhalb derer Risiken mitgeteilt werden müssen.³⁵ Die Standardformel des Bundesgerichts zur Aufklärung lautet: «Der Patient soll über den Eingriff oder die Behandlung soweit unterrichtet sein, dass er seine Einwilligung in Kenntnis der Sachlage geben kann. Die Aufklärung darf jedoch keinen für seinen Gesundheitszustand schädlichen Angstzustand hervorrufen.»³⁶ Daraus ergibt sich ein eigentlicher Optimierungsauftrag an die Medizin: Damit die Patienten die Information auch verstehen und «verdauen» können, ist es bei medizinisch nötigen Eingriffen nach Meinung des FMH-Rechtsdienstes angezeigt, etwa die fünf häufigsten oder schwersten Risiken zu erläutern; dies sollte ohne besondere Nachfrage des Patienten erfolgen. Ist ein Eingriff hingegen medizinisch nicht indiziert, etwa weil der Eingriff allein aus ästhetischen Gründen erfolgt, muss der Arzt möglichst über alle Risiken informieren.

Wenn die Patientin zu erkennen gibt, dass sie mehr oder weniger erfahren möchte, kann und soll dieser Wunsch respektiert werden; ein Verzicht der Patientin auf die Aufklärung im üblichen Umfang soll in der Krankengeschichte notiert werden.

35 Zwar hat das Bundesgericht 1991 (BGE 117 Ia 197) festgehalten, die Chancen und Risiken müssten dem Patienten «mit Angabe der ungefähren prozentualen Anteile» mitgeteilt werden. Doch aus dem Urteil lässt sich keine allgemeine Prozentgrenze ableiten, weil das Lähmungsrisiko im konkreten Fall bei 35 % gelegen hatte.

36 BGE 117 Ib 197.

Neben diesen juristischen Aspekten hat die Aufklärung auch für die Medizin selbst eine grosse Bedeutung. Sie dient der Vertrauensbildung und dem Sicherheitsgefühl der Patientin. Eine gute Aufklärung dürfte damit auch die Erfolgchancen einer Behandlung erhöhen.

Inhalt der Aufklärung

Das Bundesgericht schreibt zum Inhalt der Aufklärung: Der Arzt muss «dem Patienten in klaren, verständlichen Worten und so vollständig wie möglich eine Information geben über Diagnose, Therapie, Prognose, Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung, Operationsrisiken, Heilungschancen, gegebenenfalls über den natürlichen Verlauf der Krankheit sowie über die Kosten.»³⁷

1999 ergänzte das Bundesgericht zur Frage von Behandlungsalternativen: «Die Aufklärung ist ein Austausch zwischen Arzt und Patient. Sie verlangt nach einer beidseitigen Mitwirkung. Ein Patient, der aufgrund seines Vorwissens gegen eine bestimmte Behandlungsart Bedenken hat, kann sich über Alternativen näher erkundigen. Tut er dies nicht oder nicht mit dem nötigen Nachdruck, so trifft ihn für sein Aufklärungsdefizit zumindest eine Mitverantwortung.»³⁸

Die Patientin muss auch die nötigen Verhaltensanweisungen erhalten. Darf sie noch Auto fahren? Muss sie unbedingt auf die Einnahme von weiteren Medikamenten auf eigene Initiative verzichten? So verpflichtete das Bundesgericht im Jahr 2001 in einem umstrittenen Entscheid das Waadtländer Universitätsspital CHUV zur Bezahlung der Hälfte des Schadens, weil das Gericht nicht überzeugt war, dass eine HIV-Patientin bei einer Tri-Therapie deutlich genug vor Selbstmedikation gewarnt worden war.

Der Patient muss auch über die Kosten informiert sein, vor allem, wenn er die Behandlungskosten ganz oder teilweise selbst übernehmen muss. Dies betrifft insbesondere die Behandlung auf der Privat- oder Halbprivat-Abteilung oder die Verschreibung von Originalmedikamenten, wenn ein Generikum auch geeignet wäre (vgl. Kap. 3.8.). Behandlungen auf Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Wenn damit zu rechnen ist, dass der Patient eine wirksame, aber nicht mehr wirtschaftliche Behandlungen selbst bezahlen will, soll der Arzt ihn über diese Option informieren.

Zeitpunkt der Aufklärung

Zum Aufklärungszeitpunkt gibt es noch keine klare Rechtsprechung des Bundesgerichts. In Deutschland gilt die Regel, wonach die Patientin bei Eingriffen ohne besondere Schwere spätestens einen Tag vor der Operation aufgeklärt werden muss. Bei schweren Eingriffen oder erheblichen Risiken sollte die Information drei Tage vor der Operation erfolgen. In einem Genfer Fall aus dem Jahr 2003 hat das Bundesgericht zwar diese deutschen Regeln als richtig bezeichnet – in einem späteren Fall aus Neuenburg hat es aber die deutsche Praxis nicht mehr erwähnt. Unbestritten ist: Bei schweren Operationen ohne zeitliche Dringlichkeit muss dem Patienten eine vernünftige Bedenkfrist eingeräumt werden.

Operationsspezifische Aufklärungsprotokolle

Die Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit der Patienten ist krankheitsbedingt oft beschränkt. Weil nicht immer klar ist, ob ein Patient den Inhalt eines Aufklärungsgesprächs versteht, ist für die Operationsaufklärung ein Aufklärungsprotokoll mit Skizze zu empfehlen. Dieses wird im Gespräch mit dem Patienten ausgefüllt. Der Patient erhält nach dem Gespräch eine Kopie des Protokolls. Studien zeigen, dass schriftlich aufgeklärte Patienten den Eingriff besser verstehen und sich auch nach der Operation besser an die Information erinnern als bei bloss mündlicher Aufklärung. Die Patienten können die schriftliche Information mehrmals lesen, Angehörigen und Freunden vorlegen und mit ihnen den bevorstehenden Eingriff diskutieren. Aus Sicht der FMH sind operationsspezifische Aufklärungsprotokolle, die bereits einen sorgfältig formulierten Informationstext zur konkreten Operation enthalten, die besten Hilfsmittel für die Patientenaufklärung und Aufklärungsdokumentation.

Beweislast und Dokumentation

Das Spital bzw. die den Eingriff durchführende Ärztin tragen die Beweislast für die korrekte Aufklärung über die Risiken von Operationen und anderen invasiven Eingriffen. Deshalb ist die Dokumentation zentral: Im Streitfall muss auch Jahre später noch vernünftig rekonstruierbar sein, über was der Patient informiert worden ist. Kann die genügende Risikoaufklärung nicht bewiesen werden, haften Spital und/oder Ärztin für die Komplikationen des Eingriffs auch dann, wenn kein Behandlungsfehler vorliegt.

37 BGE 119 II 456 vom 27. Dezember 1993 (Original französisch, Übersetzung FMH).

38 Nicht veröffentlichtes Urteil des Bundesgerichtes vom 8. April 1999.

3.3 Einwilligung

Der Wille eines Patienten muss respektiert werden. Dies ist Voraussetzung für jede medizinische Behandlung und Betreuung. Gegen den erklärten Willen einer urteilsfähigen Patientin zu handeln, ist – von seltenen Ausnahmen abgesehen – rechtswidrig. Dies gilt auch dann, wenn der Wille der Patientin ihren eigenen Interessen zuwiderzulaufen scheint. Allerdings muss dem Wunsch nach einer bestimmten Behandlung und Betreuung nur entsprochen werden, wenn diese medizinisch indiziert sind.

Von einer informierten Einwilligung (informed consent) spricht man, wenn folgende Voraussetzungen³⁹ erfüllt sind:

- Der Patient ist urteilsfähig.
- Er ist in ausreichendem Mass aufgeklärt (vgl. Kapitel 3.2).
- Er ist in der Lage, die Reichweite seiner Einwilligung zu verstehen.
- Er kann seine Wahl unbeeinflusst von Zwang oder Manipulation äussern.

Die Urteilsfähigkeit muss in der konkreten Situation im Hinblick auf eine bestimmte Handlung (Einwilligung) vorliegen. In der Regel kann die Ärztin bei einem mündigen und wachen Patienten von dessen Urteilsfähigkeit ausgehen. Bestehen Zweifel, können gemäss den SAMW-Grundsätzen (vgl. Fussnote 39) nachfolgende Kriterien hilfreich sein:

- «Ist die Patientin fähig, die Informationen in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen?
- Ist sie fähig, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abzuwägen?
- Ist sie in der Lage, die erhaltene Information im Kontext eines kohärenten Wertsystems rational zu gewichten?
- Kann sie die eigene Wahl äussern?»

Auch Minderjährige oder Entmündigte können bezüglich einer Einwilligung in eine Behandlung urteilsfähig sein. Patienten in der Altersstufe von 12 bis 18 Jahren gelten als weitgehend urteilsfähig, soweit sie psychisch gesund und bei Bewusstsein sind. Die Urteilsfähigkeit wird aber fallbezogen beurteilt. Im konkreten Fall muss geprüft werden, ob die jugendliche Patientin aufgrund ihrer geistigen Reife in der Lage ist, die Tragweite der Entscheidung richtig einzuschätzen, ihren Willen äussern und entsprechend handeln kann. Trifft dies zu, ist sie allein zuständig für die Erteilung der Einwilligung zu einem Eingriff.⁴⁰ In der Rechtslehre wird

die Auffassung vertreten, dass sie auch den Behandlungsvertrag ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters abschliessen können, wenn es um eine alltägliche und nicht kostspielige Behandlung gehe, oder wenn die Kosten durch eine Krankenversicherung gedeckt sind.⁴¹ Zur Vermeidung von Haftungsrisiken ist zu empfehlen, grundsätzlich sowohl den vermutlich urteilsfähigen Jugendlichen als auch zusätzlich dessen gesetzliche Vertreter in die Aufklärung einzubeziehen und von beiden die Einwilligung einzuholen.

Stellvertretende Einwilligung bei fehlender Urteilsfähigkeit

Bei Patienten, die nicht urteilsfähig sind (z.B. Kleinkinder, Patienten mit schwerster Behinderung) und nie einen eingriffsrelevanten Willen gebildet haben, entscheiden die gesetzlichen Vertreter (Eltern oder Vormund) über eine Behandlung oder Betreuung. Diese sind bei ihrer Entscheidung an die Interessen des Betroffenen gebunden.

Bei Patientinnen, die zu einem früheren Zeitpunkt urteilsfähig waren und nun vorübergehend (z.B. durch unfallbedingte Bewusstlosigkeit) oder dauernd (z.B. aufgrund einer Alzheimer-Erkrankung) urteilsunfähig sind, ist der mutmassliche Wille relevant. Allfällige vom Recht bezeichnete oder vom Patienten eingesetzte Vertreter müssen sich an diesem orientieren. In dieser Situation sollen gezielt Informationen darüber eingeholt werden, wie die Patientin in ihrem bisherigen Leben gedacht und gehandelt hat. Dabei kommt dem Gespräch mit Angehörigen und allfälligen weiteren Personen (z. B. mit dem Hausarzt) eine besondere Bedeutung zu. Einen speziellen Stellenwert hat eine Patientenverfügung (vgl. weiter unten). Gemäss geltendem Vormundschaftsrecht haben Angehörige kein gesetzliches Stellvertretungsrecht; dies soll sich mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht ändern. Bereits heute räumen einige Kantone nahe stehenden Personen oder Familienmitgliedern das Recht ein, die Patienten zu vertreten (z.B. JU, TI, NE) oder zumindest bei der Entscheidungsfindung miteinbezogen zu werden (z.B. AG, AR, BE, LU, ZH).

Patientenverfügung

Die Gültigkeit bzw. Tragweite einer Patientenverfügung (PV) ist im Bundesrecht noch nicht explizit geregelt; diverse kantonale Gesetze halten aber ihre Verbindlichkeit fest. In der Schweiz zeichnet sich ein Konsens ab, dass Patientenverfügungen als verbindliche Willensäusserung des Patienten zu betrachten sind. Im Rahmen der laufenden Revision des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs zum Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht soll die Patientenverfügung gesetzlich geregelt und eine für die Schweiz einheitliche Regelung geschaffen werden.

39 Vgl. hierzu auch «Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung», medizinisch-ethische Grundsätze der SAMW.

40 Hingegen sind sie nicht zuständig für den Vertragsschluss mit dem Arzt und für das Eingehen von finanziellen Verpflichtungen. Bei kassenpflichtiger Behandlung geht die Lehre davon aus, dass urteilsfähige Unmündige den Behandlungsvertrag abschliessen können.

41 Walter Fellmann, Arzt und das Rechtsverhältnis zum Patienten, in: Moritz Kuhn und Tomas Poledna (Hrsg.), Praxis des Arztrechts, Schulthess 2007; S. 115.

Eine PV kommt zur Anwendung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Verfügende war urteilsfähig im Zeitpunkt des Verfassens der PV.
- Die PV ist schriftlich unterzeichnet und datiert.
- Die PV ist auf die konkrete Situation anwendbar.
- Es liegen keine Hinweise vor, dass der Verfasser seinen Willen geändert hat.

Die Umsetzbarkeit einer PV in der konkreten Situation hängt wesentlich von der Vorwegnahme späterer Entscheidungssituationen im Zeitpunkt des Verfassens ab. Je konkreter die Beschreibung einer Krankheitssituation ist, je präziser die Aussagen zu möglichen Massnahmen, umso besser ist die PV umsetzbar. Pauschale Äusserungen belassen hingegen oft einen Interpretationsspielraum. Für die Entscheidungsfindung in solchen Situationen sind schriftliche Aussagen der Patientin, die Rückschlüsse auf ihre persönliche Werthaltung geben und die Umschreibung der Therapieziele, hilfreich. Beim Verfassen der PV kann eine Beratung durch den Hausarzt oder andere Fachpersonen Unterstützung bieten.

Obwohl eine fehlende Aktualisierung die Wirksamkeit einer Patientenverfügung nicht einschränkt, ist eine regelmässige Anpassung in einem zeitlichen Abstand von zwei bis fünf Jahren zu empfehlen. Liegt das Entstehungsdatum weit zurück, hat sich die Situation des Verfassers wesentlich geändert oder haben sich in der Zwischenzeit neue Behandlungsmethoden etabliert, kann eine nicht aktualisierte Patientenverfügung zu Zweifeln führen, inwieweit sie dem tatsächlichen Willen des Verfassers noch entspricht. Gelangt eine Ärztin zur Auffassung, dass die Patientenverfügung nicht zu befolgen ist, weil eine der oben erwähnten Voraussetzungen nicht erfüllt ist, sollte sie dies im Patientendossier festhalten und begründen.

Auf der neuen Versicherungskarte, welche ab 2009 eingeführt werden soll, kann zudem der Hinterlegungsort der Patientenverfügung eingetragen werden. So besteht in einer Situation der Urteilsunfähigkeit auch tatsächlich die Gewähr, dass die Patientenverfügung dem Behandlungsteam bekannt ist.

3.4 Führung der Krankengeschichte

Die kantonalen Gesundheitsgesetze verpflichten die Ärztin und den Arzt, eine sachgerechte Krankengeschichte zu führen. Diese muss die relevanten Untersuchungen, Behandlungen und die Überlegungen dazu festhalten.

Die Gesetze regeln nicht im Detail, wie eine Krankengeschichte (KG) richtig geführt werden muss;⁴² dies wäre auch nicht sinnvoll, weil sich die KG einer Orthopädin und jene eines Psychiaters unterscheiden. Die korrekte KG-Führung ist damit primär eine medizinische Fachfrage.

Bei der Führung der KG geht es um zwei Ziele: die Patientensicherheit und die Transparenz. Um die Sicherheit zu gewährleisten, muss die KG lesbar sein. Sowohl der behandelnde Arzt wie auch eine allfällige Stellvertreterin oder Nachfolgerin müssen die Behandlung sicher fortsetzen können. Die Transparenz ist dann gegeben, wenn die KG alle wichtigen Befunde und Überlegungen enthält. Damit kann gegebenenfalls bei einer Behandlungsfehlerdiskussion die Behandlungsgeschichte nachvollzogen werden. Zur Transparenz gehört auch, dass der Arzt Korrekturen in der KG datiert und mit Initialen signiert. Denn nachträglich muss erkennbar sein, wann ein falscher Befund oder eine falsche Diagnose geändert wurden.

Eine unbrauchbare KG oder ein unkorrekter Operationsbericht können sich negativ auf eine Diskussion um Behandlungsfehler auswirken und letztlich zur Beweislastumkehr führen. Die ärztliche Berufsausübung steht schliesslich unter der Aufsicht der Gesundheitsdirektion des Kantons; die KG muss deshalb nötigenfalls auch dem Kantonsarzt oder einem von ihm beauftragten ärztlichen Gutachter ermöglichen, die Behandlungen kritisch nachzuvollziehen.

Elektronische KG-Führung

Die elektronische KG-Führung ist erlaubt. Sie wird im Hinblick auf die künftige Entwicklung in der Telemedizin immer wichtiger werden. Die Software muss dabei sicherstellen, dass Korrekturen und Änderungen nachträglich rekonstruiert werden können, denn sonst hätte die KG in einer Behandlungsfehlerdiskussion wenig Beweiswert.

42 Sonderregeln für die KG-Führung gibt es in einigen neueren Spezialgesetzen des Bundes (vgl. Kap. 4.1 bis 4.5).

Sicherheit und Aufbewahrungsfristen

Egal ob die KG auf Papier oder elektronisch geführt wird, müssen der Arzt und die Ärztin dafür sorgen, dass sie sicher ist. Praktisch heisst dies unter anderem:

- Auch das Personal der Arztpraxis und der Spitäler untersteht dem Patientengeheimnis. Die Ärztin soll ihre Hilfspersonen schriftlich darauf verpflichten.⁴³ Dieser Hinweis ist im Mustervertrag für MPA eingebaut – aber er macht auch für die Putzfrau, den Buchhalter und für die Person Sinn, welche die Praxis in EDV-Fragen unterstützt.
- Die KGs gehören in abschliessbare feuerfeste Schränke, sowie an einen Ort, an dem sie bei einer Überschwemmung nicht beschädigt werden können.

Die KG muss in der Arztpraxis mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden. Für die öffentlichen Spitäler sehen einige Kantone längere Fristen vor. Immer dort, wo es um langfristige Leistungen der Versicherer gehen kann, sollte der Arzt auch ohne gesetzliche Pflicht die KG dieses Patienten länger aufbewahren. Konkret ist zu denken an:

- Geburtsgebrechen bei Kindern (Leistungen der IV bis der Patient 20 Jahre alt ist);
- Symptome oder Leiden, die später als Berufskrankheit gemäss UVG relevant werden können;⁴⁴
- Symptome oder Leiden, die einen Zusammenhang mit dem Militärdienst haben können.

Die Gerichte haben sich noch nicht mit der Frage beschäftigen müssen, worauf sich die Aufbewahrungspflicht in der digitalen Radiologie⁴⁵ bezieht. Eine Komprimierung zur Aufbewahrung auf dem elektronischen Datenträger ist dann problemlos, wenn die diagnostische Aussagekraft erhalten bleibt.

43 Art. 11 Abs. 2 FMH-Standesordnung.

44 Siehe die bekannte Asbestthematik: Heute wäre man froh, man hätte noch möglichst alle medizinischen Unterlagen zur Verfügung. Internationaler Konsens ist deshalb für arbeitsmedizinische Ärztinnen und Ärzte eine Aufbewahrungsfrist von 40 Jahren. Siehe Anhang 4 zur FMH-Standesordnung.

45 Nicole Lipphardt, Rita Müller, Margarete Römpler, Rahel Kubik-Huch, Ein halbes Jahr filmloses Spital in Baden, Schweiz. *Ärztzeitung* 26//2007, S.1152 – 54.

3.5 Grundprinzipien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist die gesamte Wohnbevölkerung versichert. Anders als beispielsweise in der Unfallversicherung ist in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht relevant, weshalb jemand erkrankt ist. Die Krankenversicherung kommt hingegen nur zum Tragen, wenn nicht eine andere Sozialversicherung zuständig ist.

Versicherungsobligatorium

Wer den Wohnsitz in der Schweiz hat, muss sich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) versichern, und dies spätestens drei Monate nach Wohnsitznahme oder Geburt. Damit gilt das Versicherungsobligatorium auch für hier lebende Ausländerinnen, für Saisonierer, Asylbewerber während laufendem Verfahren und illegal Anwesende (sogenannte «sans papiers»⁴⁶). Ausgenommen von diesem Obligatorium sind Diplomaten und Arbeitnehmerinnen internationaler Organisationen; trotz Wohnsitz in der Schweiz müssen sie sich nicht hier versichern. Umgekehrt können sich Grenzgänger und Aufenthalter auch ohne Wohnsitz in der Schweiz gemäss KVG versichern. Seit der letzten Asylgesetzrevision sind hingegen Asylbewerber, auf deren Gesuch nicht eingetreten wurde (sogenannte NEE), und abgewiesene Asylbewerber nicht mehr obligatorisch bei einer Krankenkasse versichert.

Die bilateralen Abkommen mit der EU und der EFTA regeln auch die Behandlung von Touristen: Wenn sie die europäische Krankenversicherungskarte, die provisorische Ersatzbescheinigung oder das neue Formular E 111 vorlegen, sind sie wie Krankenversicherte aus der Schweiz zu behandeln, d.h. sie haben Anrecht auf Tarifschutz.

Die Selbstbehandlung des Arztes ist gemäss Bundesgericht nicht kassenpflichtig, und auch sich selbst verschriebene Medikamente werden von der Kasse nicht übernommen. Wenn hingegen eine Ärztin ihre Familienangehörigen behandelt, so ist diese Behandlung kassenpflichtig.⁴⁷

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG eine sogenannte finale Versicherung: Das heisst, es kommt nicht darauf an, weshalb jemand krank geworden ist; es gibt daher auch keine Kürzung bei Selbstverschulden. Die Behandlungskosten werden von der Krankenkasse aber nur übernommen, wenn keine andere Sozialversicherung (UVG, MVG, IVG) zuständig ist. Dafür werden auch die Unfallbehandlungen durch den Krankenversicherer nach den KVG-Regeln⁴⁸ übernommen, wenn der Patient keine UVG-Versicherung hat.

46 Auch die sans papiers haben im Sinne des ZGB Wohnsitz in der Schweiz und können deshalb eine KVG-Versicherung abschliessen; vgl. das BSV-Kreisschreiben 02/10 vom 19. Dezember 2002 an die Krankenversicherer.

47 BGE 125 V 430.

48 d.h. zum Kassentarif, und mit Franchise und Selbstbehalt.

Die OKP ist vorleistungspflichtig im Verhältnis zu den anderen Sozialversicherungen: Wenn die Leistungspflicht gemäss UVG, MVG oder IVG umstritten ist, zahlt die Krankenkasse nach den Regeln des KVG bis zur Klärung des Falls.

Kostenübernahmeprinzip

In Artikel 25 des KVG heisst es, dass die OKP die Kosten für jene Leistungen übernimmt, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Es gilt also das Kostenübernahmeprinzip. Die Behandlungsführung und -verantwortung liegt damit bei der behandelnden Ärztin, und nicht beim Versicherer.

Es gibt allerdings Ausnahmen von diesem Prinzip: Der Bundesrat kann namentlich bei «besonders kostspieligen Diagnose- oder Behandlungsverfahren die vorgängige Zustimmung des Vertrauensarztes» verlangen.⁴⁹ Dies tut der Bundesrat denn auch immer häufiger.⁵⁰

Pflichtleistung und Indikation im KVG

Das Gesetz definiert Krankheit als «jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat».⁵¹ Entscheidend für die Frage, ob eine Behandlung von der Krankenversicherung bezahlt wird, ist damit grundsätzlich die medizinische Indikation. Damit liegt die Definitionsmacht für die Leistungen der Krankenversicherung primär in der Medizin.⁵²

Für alle vom Arzt oder der Ärztin durchgeführten Untersuchungen oder Behandlungen gilt die Vermutung, dass sie Pflichtleistungen sind. Das Departement des Innern hat nach Anhörung der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (Leistungs- und Grundsatzkommission) verschiedene ärztliche Pflichtleistungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und im Anhang 1 dazu näher definiert. Die KLV ist damit weder eine Positiv- noch eine Negativliste, sondern eine blosse Sammlung von Entscheidungen bei umstrittenen Leistungen.

Wie das KVG in Artikel 33 vorschreibt, müssen die Untersuchungen und Behandlungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Sie müssen zudem auf das begrenzt werden, was «im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.»⁵³ Wirksam sind die Massnahmen, wenn ihre Wirksamkeit gemäss dem Stand des

49 Art. 58 KVG.

50 Vgl. die Hinweise auf der Website des FMH-Rechtsdienstes.

51 Art. 3 ATSG.

52 Anderes gilt in UVG, MVG, IVG und Taggeldversicherung sowohl für die Entstehung des Leistungsanspruchs überhaupt wie auch für Taggeld- oder Rentenleistungen.

53 Art. 56 Abs. 1 KVG.

medizinischen Wissens nachgewiesen ist. Zweckmässig bedeutet, dass die Untersuchung oder Behandlung auf den konkreten Fall angepasst ist und dass sich ein Heilungserfolg erwarten lässt. Wirtschaftlich heisst: Stehen zwei gleichermaßen zweckmässige Behandlungen zur Auswahl, muss die kostengünstigere Variante gewählt werden; gibt es hingegen keine echte Alternative, kann nur ein grobes Missverhältnis zwischen Kosten und Nutzen die Leistungsverweigerung rechtfertigen.⁵⁴

3.6 Leistungserbringer im KVG, Arzt- und Spitalwahlfreiheit

Das Krankenversicherungsgesetz legt fest, welche Leistungserbringer über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abrechnen können. In der Wahl dieser Leistungserbringer sind die Versicherten aber grundsätzlich frei.

Das Gesetz definiert, welche Leistungserbringer für das KVG zugelassen sind:

- Ärzte sowie ambulante Einrichtungen der ärztlichen Krankenpflege, Apotheken, Zahnärztinnen, Chiropraktoren und Hebammen
- Spitäler, Heime und Heilbäder
- Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (Paramedics) oder Organisationen, die solche Personen beschäftigen: Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapieorganisationen, Pflegefachleute, Logopäden, Ernährungsberaterinnen, Spitexorganisationen, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, Transport- und Rettungsunternehmen sowie Labors.

Wer die staatlichen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, hat Anspruch auf eine ZSR-Nummer von santésuisse (vgl. dazu und zum Zulassungsstopp Kap. 9.2)

Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung geeignet sind, frei wählen. Es gibt jedoch Ausnahmen von diesem Prinzip:

- Fährt der Patient ohne medizinische Gründe für eine ambulante Behandlung zu weit von seinem Wohnort weg, muss er die allfällige Tariffdifferenz zwischen Behandlungsort und Wohnort bezahlen. Für die Frage, was zu weit weg ist, gilt bei ambulanten Behandlungen nicht die Kantonsgrenze, sondern ein spezieller Umgebungsbegriff. Die massgebliche Umgebung ist grösser oder kleiner je nach Anzahl der ambulanten Leistungserbringer im Fachgebiet.

54 Brigitte Pfiffner Rauber, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege; Schulthess Zürich 2003, S. 142.

- Für Hospitalisationen müssen die Kantone festlegen, wer wann in welches Spital eintreten kann. Sie tun dies im Rahmen der Spitalplanung und der Regelung der ausserkantonalen Hospitalisation. Im Spital hat die Patientin in der Grundversicherung keine freie Arztwahl.

Ausblick auf KVG-Revisionen

Die Ablehnung des revidierten Art. 117a der Bundesverfassung am 1. Juni 2008 bedeutet wohl, dass auch in Zukunft eher die Kantone (und nicht die Versicherer) die Aufgabe haben werden, die Ressourcen zu steuern. Damit ist der Weg frei für Modelle, die dem Versicherten innerhalb der Grundversicherung die Wahl zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen ermöglicht (ohne für eine möglichst grosse Wahlfreiheit eine Privatversicherung abschliessen zu müssen, die nur gesunde Junge erhalten).⁵⁵

3.7 Managed Care

Der Versicherte kann im Versicherungsvertrag freiwillig auf die volle Arzt- und Spitalwahlfreiheit verzichten und eine Ärztin oder einen Arzt als Care Manager wählen. Asylsuchende müssen in Managed-Care-Modellen versichert sein.

Mit der Möglichkeit von Managed-Care-Modellen möchte der Gesetzgeber Kosten senken. So heisst es im Krankenversicherungsgesetz (KVG): «Die Versicherten können [...] ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.»⁵⁶

Aus Sicht der FMH basiert Managed Care auf Zusammenarbeitsverträgen zwischen Netzwerken und Versicherern, die «insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen» regeln.

Managed Care muss zudem für alle Beteiligten freiwillig sein, wie die Erfahrungen der USA zeigen: Dort scheiterte Managed Care am kombinierten Widerstand von unzufriedenen Patienten und Ärzten sowie der Konsumentenschutzorganisationen und Haftpflichtanwälte.

3.8 Arzneimittel, Mittel und Gegenstände im KVG

Arzneimittel und Medizinprodukte werden von der Krankenkasse bezahlt, wenn sie in einer Positivliste aufgenommen sind (SL, ALT bzw. MiGeL).

Kassenpflichtig sind grundsätzlich nur Arzneimittel, die vom Departement nach Anhörung der Eidgenössischen Arzneimittelkommission in die Spezialitätenliste (SL) aufgenommen wurden, sowie die nichtkonfektionierten Mittel der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT). Kassenpflichtig ist grundsätzlich auch nur der Einsatz gemäss der genehmigten und im Arzneimittelkompendium veröffentlichten Fachinformation (= Einsatz gemäss «Label»)⁵⁷. Eine Abweichung von der Indikation oder auch nur der Dosis ist ein «off label use». Dieser ist zwar in verschiedenen Fachgebieten praktisch die Regel (vgl. Kap. 2.3), aber er wäre grundsätzlich nicht kassenpflichtig – mit den folgenden Ausnahmen:

- Ein an sich nicht kassenpflichtiges Arzneimittel wird dennoch bezahlt, wenn sein Einsatz eine unerlässliche Voraussetzung zur Durchführung einer Pflichtleistung bildet, oder
- wenn es um die Behandlung eines Leidens geht, das für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Probleme nach sich ziehen kann, therapeutische Alternativen fehlen, und das Arzneimittel einen hohen therapeutischen Nutzen hat.

Spezielle Regeln betreffen die Verschreibung von Generika: Die Versicherten müssen für Originalpräparate einen höheren Selbstbehalt zahlen, wenn ein mindestens 20% billigeres Generikum zur Verfügung steht und der Arzt keinen medizinischen Grund hat, explizit das Original zu verschreiben. Die Ärztin muss den Patienten vor der Verschreibung über diese Kostenfolge aufklären.

Apothekerinnen und Apotheker dürfen Originalpräparate durch Generika ersetzen, «wenn nicht der Arzt ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparats verlangt. Im Falle einer Substitution informieren sie die verschreibende Person über das abgegebene Präparat.»⁵⁸

Für die Mittel und Gegenstände erlässt das Eidgenössische Departement des Innern nach Anhörung der Eidgenössischen Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (Analysen-, Mittel- und Gegenstandekommission) eine eigene Liste. Die sogenannte MiGeL führt für die verschiedenen Mittel und Gegenstände Höchstpreise auf. Lässt sich der Versicherte ein teureres Mittel verschreiben, muss er die Differenz zum Listenbetrag selbst tragen. Die Ärztin muss den Patienten vorgängig darüber aufklären.

⁵⁵ Die Vorlage wird im Juni 2008 in der Ständeratskommission diskutiert.

⁵⁶ Art. 41 Abs. 4 KVG.

⁵⁷ Zu den gesundheitsrechtlichen Fragen vgl. Abschnitt 2.3, zur Weitergabe von Vergünstigungen und Rabatten vgl. Abschnitt 5.2.

⁵⁸ Art. 52a KVG.

3.9 Tarfrecht und Verfahren bei Streitigkeiten im KVG

Versicherer und Leistungserbringer legen die Tarife für die Leistungen in Verträgen fest. Diese müssen in der Folge von den Behörden genehmigt werden. Das KVG legt fest, wie bei Tarifstreitigkeiten zu verfahren ist.

Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur beruhen (TarMed). Ab 2012 müssen die Akutspitäler ihre stationären Behandlungen ebenfalls nach schweizerisch einheitlichen Fallpauschalen abrechnen.⁵⁹

Haben sich Versicherer und Leistungserbringer respektive deren Verbände auf einen Tarifvertrag geeinigt, muss dieser vor dem Inkrafttreten von der Behörde genehmigt werden (je nach Tarifregion vom Bundesrat oder der Kantonsregierung). Dies gilt auch für Managed-Care-Verträge. Der Bundesrat hat aber schon ausnahmsweise – wie im Fall des Mammographie-Screenings in Genf – auf diesen Genehmigungsvorbehalt verzichtet, um nicht nachträglich ein Chaos hervorzurufen.

Falls kein Tarifvertrag zustande kommt, muss die genehmigende Behörde einen Ersatztarif festlegen. Wenn ein Arzttarifvertrag ausläuft, gilt für ein Jahr ein Rahmentarif; danach kann die Behörde den Tarif neu festsetzen.

Für die Leistungen nach diesem Gesetz müssen die vertraglich vereinbarten Tarife bzw. die behördlichen Ersatztarife eingehalten werden. Zusatzrechnungen sind aber zulässig für Mehrleistungen; zu den Mehrleistungen gehört zum Beispiel die Behandlung durch die erfahrene Ärztin im Spital.

Rechtsstreitigkeiten zwischen Patient und Krankenversicherer, Tarifergänzungen

Für erhebliche Entscheide und für Entscheide, mit denen der Versicherte nicht einverstanden ist, muss der Krankenversicherer eine Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung erlassen.⁶⁰ Der Versicherte kann gegen die Verfügung zur Sache selbst innert 30 Tagen Einsprache beim verfügenden Versicherer einreichen. Nächste Instanz ist das Kantonale Versicherungsgericht, das «rasch und für die Parteien kostenlos» entscheiden soll. Wo die Verhältnisse es rechtfertigen, wird der Anwalt vom Staat bezahlt. Letzte Instanz ist das Bundesgericht in Luzern.

Rechtsstreitigkeiten zwischen Arzt und Krankenversicherer, Tarifergänzungen

Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringer sind gemäss KVG durch ein kantonales Schiedsgericht zu regeln. Praktisch alle Tarifverträge sehen vor, dass vor Anrufung des Schiedsgerichts ein Schlichtungsverfahren vor einer Paritätischen Kommission (PVK) durchgeführt wird. Es gibt im TarMed je nach Thema verschiedene paritätische Kommissionen.

Für Tarifinterpretationsfragen im TarMed ist quer über alle Sozialversicherungsgesetze zuerst die Paritätische Interpretationskommission (PIK) aller vier Vertragspartner für den Schlichtungsvorschlag zuständig. Konkrete Fälle sind an die TarMed-Suisse zu richten, wobei eine Vorbesprechung mit dem FMH-Tarifdienst sinnvoll ist.

Für Fragen zur Dignität⁶¹ oder der Spartenanerkennung ist zuerst die Paritätische Kommission Dignität (PaKoDig) zuständig; hier sollen konkrete Fälle via FMH-Tarifdienst eingereicht werden.

Für alle übrigen Streitfragen ist die kantonale Paritätische Kommission PVK (KVG) zuständig. Das Verfahren richtet sich nach dem kantonalen PVK-Reglement. Einzelne Kantone haben gewisse Themen aus der Zuständigkeit der PVK ausgenommen. Der Arzt erkundigt sich am Besten bei seiner kantonalen Ärztesgesellschaft.

Tarifergänzungen werden von der Paritätischen Tarifkommission (PTK) erarbeitet; danach sind sie von den vier Partnern von TarMed-Suisse (FMH, H+, santésuisse und MTK) zu ratifizieren und vom Bundesrat zu genehmigen.

59 Das Parlament hat die KVG-Revision betreffend Spitalfinanzierung am 21. Dezember 2007 verabschiedet.

60 Art. 49 ATSG: Nicht zu verfügen hat der Sozialversicherer gegenüber dem – rechtlich ihm gleichgestellten – Leistungserbringer.

61 Die qualitative Dignität gibt an, welche fachlichen Qualifikationen gemäss Weiterbildungsordnung notwendig sind, um eine bestimmte Leistung zu Lasten der Sozialversicherungen abzurechnen (Facharzttitle, Schwerpunkte, Fähigkeitsausweise). Die qualitativen Dignitäten sind bei jeder einzelnen Leistung in der TarMed-Tarifstruktur vermerkt.

3.10 Behandlung von Patienten in der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung

Gemäss Unfallversicherungs-Gesetz (UVG) ist versichert, wer Arbeitnehmer ist. Mit der Militärversicherung übernimmt der Bund die Verantwortung für die Gesundheitsschäden, die während den angeordneten Diensten eintreten. Wer AHV-Beiträge bezahlt, ist gleichzeitig auch bei der IV versichert. Ziel der Invalidenversicherung ist es, mit Eingliederungsmassnahmen Invalidität zu verhindern oder mit Geldleistungen die Existenzgrundlage zu sichern.

Unfallversicherung

Alle Arbeitnehmer müssen nach UVG versichert sein. Selbstständigerwerbende können sich freiwillig nach UVG versichern. Wer mehr als acht Stunden pro Woche arbeitet, ist auch für den Nichtbetriebsunfall – also über die Arbeitszeit hinaus – versichert. Wer nicht UVG-versichert ist und einen Unfall erleidet, ist gemäss KVG bei seiner Krankenkasse versichert. In diesem Fall muss der Arzt nach dem Taxpunktwert für Krankenkassenpatienten abrechnen.

Im Gegensatz zum KVG ist die obligatorische Unfallversicherung eine kausale Versicherung: Nur wenn die gesetzlichen Kriterien für einen Unfall, eine unfallähnliche Körperschädigung oder eine Berufskrankheit erfüllt sind, zahlt die Unfallversicherung die zweckmässige Behandlung.

Den Unfall definiert das Gesetz als «die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.»⁶²

Als unfallähnliche Körperschädigungen anerkannt – und damit auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung dem Unfall rechtlich gleichgestellt – sind die folgenden Körperschädigungen, «sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen.»⁶³

Berufskrankheiten gemäss UVG sind Krankheiten, «die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. [...] Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind.»⁶⁴

Das UVG hält fest, dass der Versicherer – unter angemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen – die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten treffen kann. Dies bedeutet, dass die Behandlungsführung rechtlich gesehen beim UVG-Versicherer ist (sogenanntes Naturalleistungsprinzip) – und nicht bei der behandelnden Ärztin –, obschon der Unfallversicherer in der Realität nicht oft in die Behandlung eingreift.

Anders als im KVG sind die Pflichtleistungen nicht auf Verordnungsstufe näher definiert. Das Gesetz schreibt lediglich vor, dass der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolge hat. In der Regel werden die Bestimmungen zur Krankenversicherung analog angewendet. Die Unfallversicherer übernehmen aber ihnen sinnvoll erscheinende Behandlungen traditionell auch dann, wenn diese gemäss KVG keine Pflichtleistung wären. Für den UVG-Versicherer sind Behandlungskosten eben nicht bloss Kosten, sondern eine Investition zur Vermeidung von Taggeld und Rente.

Die UVG-Versicherung umfasst auch Taggeld und Rente. Bei Selbstverschulden können diese Versicherungsleistungen, nicht aber die Behandlungskosten, gekürzt werden.

Um UVG-Patienten behandeln zu können, genügt die Berufsausübungsbewilligung. Im UVG – wie auch im MVG und im IVG – gibt es keinen Zulassungsstopp. Die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern muss gemäss UVG vertraglich geregelt werden, für Medizinalpersonen zudem gesamtschweizerisch. Eine Tarifgenehmigungspflicht hat der Gesetzgeber ausdrücklich nicht vorgesehen. Es gilt der TarMed (UV-MV-IV-Tarifvertrag zwischen der FMH und der MTK).

Für die Streitigkeiten zwischen Patient und UVG-Versicherer gelten die selben Regeln wie in der Krankenversicherung. Auch für die Streitigkeiten zwischen Leistungserbringer und UVG-Versicherer gelten die selben Regeln wie im KVG (vgl. Kapitel 3.9). Einziger Unterschied: Die Paritätische Kommission PVK ist nicht kantonal, sondern gesamtschweizerisch für alle UV- sowie auch die MV- und IV-Fälle organisiert.

Militärversicherung

Versichert sind nicht nur die Angehörigen der Armee und Personen, deren Beruf ein ähnliches Risiko wie der Militärdienst einschliesst, sondern auch Zivilschutzleistende, Zivildienstleistende, Teilnehmer an Veranstaltungen von Jugend+Sport und Zivilpersonen, die an Übungen der Armee und des Zivilschutzes teilnehmen. Versichert sind zudem auch Teilnehmer an friedenserhaltenden Aktionen und Guten Diensten des Bundes (Gelb- und Blaumützen) sowie Teilnehmer an Aktionen des Bundes, sofern sie Angehörige des Schweizerischen Katastrophenhilfekorps sind. Berufsmilitärs können sich nach ihrer Pensionierung freiwillig versichern.

62 Art. 4 ATSG.

63 Art. 9 Unfallversicherungsverordnung UVV. Soll mit der laufenden UVG-Revision (Botschaft vom 29. Mai 2008) zu Art. 6 Abs. 2 UVG werden.

64 Art. 9 Abs. 1 und 2 UVG.

Gemäss Militärversicherungsgesetz (MVG) erstreckt sich die Militärversicherung, die heute von der SUVA geführt wird, auf «jede Gesundheitsschädigung, die während des Dienstes in Erscheinung tritt und gemeldet oder sonstwie festgestellt wird.»⁶⁵ Für die Haftung der Militärversicherung spielt es keine Rolle, ob der Gesundheitsschaden durch Unfall, Krankheit oder Suizidversuch hervorgerufen wurde.

Bei einer Gesundheitsschädigung, die während des Dienstes in Erscheinung tritt, besteht die gesetzliche Vermutung, dass das Leiden durch den Dienst verursacht wurde. Das heisst, die MV muss im Zweifelsfall beweisen, dass eine Schädigung bereits vor dem Dienst bestanden hat oder sich nicht während des Dienstes verschlechtert hat.

Für die erst nach Schluss eines Dienstes gemeldete Gesundheitsschädigung sowie für nach dem Dienst festgestellte Spätfolgen oder Rückfälle haftet dagegen die Militärversicherung nur dann, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Entstehung oder eine Verschlimmerung der Schädigung während des Dienstes anzunehmen ist. Die Beweislast trägt in diesem Fall der Versicherte.

Wird anlässlich der Eintrittsmusterung eine vordienstliche Gesundheitsschädigung festgestellt, übernimmt die Militärversicherung während eines Jahres ab Dienstentlassung die volle Haftung, wenn der Versicherte trotzdem Dienst leisten muss und wenn während des Dienstes eine Verschlimmerung auftritt.

Wie im UVG gilt auch hier das sogenannte Naturalleistungsprinzip: «Die Militärversicherung sorgt für die Heilbehandlung. Sie ordnet deren Wiederaufnahme an, wenn diese medizinisch angezeigt ist oder wenn davon eine erhebliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten erwartet werden kann.»⁶⁶ Die Militärversicherung zahlt im «tiers payant» ohne Franchise und Selbstbehalt. Es gilt der TarMed (UV-MV-IV-Tarifvertrag).

Auch im MVG gelten die WZW-Kriterien. Die Behandlung ist aber nicht strikte auf den für die Krankenkassen gültigen Pflichtleistungskatalog beschränkt. Zudem werden auch Reise-, Transport-, Such- und Rettungskosten vergütet. Die MV vergütet – ohne formelle Listenbeschränkung – einfache und zweckmässige Hilfsmittel für die Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie für die berufliche und soziale Eingliederung.

Militärversicherte haben ein bedingt freies Wahlrecht unter Ärzten und Spitälern: Sie können zwar frei wählen, müssen aber die allfällige Tariffdifferenz selbst bezahlen, wenn sie nicht die nächstgelegene geeignete Anstalt oder Medizinalperson wählen oder wenn sie sich halbprivat oder privat behandeln lassen.

Bei Streitigkeiten zwischen Versichertem und Versicherer gelten dieselben Regeln wie in der Krankenversicherung (vgl. Kap. 3.9). Für die Streitigkeiten zwischen Leistungserbringer und MVG-Versicherer gelten dieselben Regeln wie in der Unfallversicherung (siehe oben).

Invalidenversicherung

Mit der 5. Revision des Invalidenversicherungs-Gesetzes IVG⁶⁷ haben Versicherte neu nur noch bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet sind. Die aus medizinischer Sicht in jedem Fall nötige Behandlung auf Kosten von Krankenkasse oder Unfallversicherung muss abgeschlossen sein.

Für medizinische Behandlungen gemäss IVG muss vorgängig eine Kostengutsprache eingeholt werden. Wie im UVG gelten die WZW-Kriterien, und formal sind die Behandlungen nicht auf den KVG-Pflichtleistungskatalog beschränkt. Die Versicherten können unter den geeigneten Medizinalpersonen frei wählen. Es gilt der TarMed (UV-MV-IV-Tarifvertrag).

Bei den über 20-Jährigen muss neu die Krankenkasse bzw. die Unfallversicherung die Kosten für die medizinischen Massnahmen übernehmen. Wer durch Krankheit invalid wird, muss nun für Eingliederungsmassnahmen Franchise und Selbstbehalt bezahlen. Die IV übernimmt weiterhin und auch für erwachsene Versicherte jene Hilfsmittel für die Eingliederung, «deren er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf.»⁶⁸

Im IVG gilt seit 2007 wieder das Vorbescheidsverfahren: In einem Vorbescheid teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Entschcheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mit. Ist vom vorgesehenen Entschcheid die Leistungspflicht eines anderen Versicherungsträgers betroffen, so muss die IV-Stelle diesen vor Erlass der Verfügung anhören.

Erst nach dem Vorbescheid kann der Versicherte eine Verfügung verlangen. Ist er mit dieser nicht einverstanden, führt der Weg ans kantonale Versicherungsgericht und gegebenenfalls ans Bundesgericht (EVG). Wird das kantonale Versicherungsgericht angerufen, gelten von diesem Zeitpunkt an dieselben Bestimmungen wie im KVG (vgl. Kap. 3.9). Allerdings sind Prozesse im IVG nicht mehr unentgeltlich. Bei Streitigkeiten zwischen Leistungserbringer und IV-Stelle gelten dieselben Regeln wie in der Unfallversicherung.

65 Art. 5 Abs. 1 MVG.

66 Art. 16 Abs. 4 MVG.

67 Vgl. zur 5. IV-Revision die Beiträge von Stefan Ritler und Hanspeter Kuhn in der SÄZ 8/2008, S. 310–316.

68 Art. 21 IVG.



4. Spezielle Situationen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten

4.1 Genetische Untersuchungen

Seit dem Jahr 2007 sind genetische Untersuchungen in einem speziellen Gesetz geregelt. Dieses Gesetz schützt einerseits die Rechte der betroffenen Personen, soll aber auch die Qualität der Untersuchungen sichern.⁶⁹

Das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG) erfasst sämtliche Untersuchungen, die unmittelbar die Abklärung ererbter oder während der Embryonalphase erworbener Eigenschaften des Erbgutes bezwecken. Die gesetzliche Regelung gilt dabei unabhängig von der gewählten Methode, so dass z.B. auch bildgebende Verfahren zur pränatalen Risikoabklärung mit dem genannten Zweck darunter fallen. Hingegen werden zu Forschungszwecken durchgeführte Untersuchungen nicht erfasst.

Das Gesetz sichert einerseits den Schutz bzw. die Rechte der betroffenen Personen (Diskriminierungsverbot, Informations- und Einwilligungrechte, Recht auf Nichtwissen), enthält aber auch Vorgaben mit dem Ziel der Qualitätssicherung. So ist die Veranlassung genetischer Untersuchungen Ärztinnen und Ärzten vorbehalten, wobei diese für präsymptomatische und pränatale Untersuchungen über eine entsprechende Weiterbildung verfügen müssen. Pränatale und Reihenuntersuchungen unterliegen zusätzlich spezifischen Voraussetzungen.

Weiter benötigen die Laboratorien, die zyto- und molekulargenetische Untersuchungen durchführen, eine Bewilligung des Bundesamtes für Gesundheit. Schliesslich dürfen genetische In-vitro-Diagnostika nur an medizinische Fachpersonen oder den Fachhandel (Grossisten), nicht aber an Private abgegeben werden.

⁶⁹ Siehe u.a. Peter Miny, Siv Fokstuen, Praktische Konsequenzen für Anbieter, Ärzte und Patienten, SÄZ 13/2007; 580-82; Cristina Benedetti, BAG: Genetische Untersuchungen beim Menschen ab dem 1. April 2007 gesetzlich geregelt, SÄZ 13/2007; 583–85; sowie Peter Suter, Beitrag des Schweizerischen Versicherungsverbands SVV, Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG), SÄZ 13/2007; 586f.

Neben den Untersuchungen im medizinischen Bereich regelt das Gesetz u.a. auch die Erstellung von DNA-Profilen zur Klärung der Abstammung.⁷⁰ Um Interessenkollisionen zu vermeiden, darf ein urteilsunfähiges Kind nicht von derjenigen Person vertreten werden, von der die Abstammung geklärt werden soll. Hier ist die Vormundschaftsbehörde beizuziehen. Bei vorgeburtlichen Vaterschaftsabklärungen bestehen zusätzliche Informationspflichten. Zu den genetischen Untersuchungen hat die SAMW einen Leitfaden publiziert.⁷¹

Das GUMG begrenzt die Informationsrechte der Versicherer wie folgt:

Versicherer dürfen keine genetischen Untersuchungen durchführen lassen. Sie dürfen in den folgenden Fällen zudem nicht nach früheren Untersuchungsergebnissen fragen:

- Sozialversicherer (Pensionskassen dürfen auch für den überobligatorischen Bereich nicht nach bestehenden genetischen Tests fragen)
- Taggeldversicherer
- Lebensversicherer bei einer Versicherungssumme von höchstens 400 000 Franken
- freiwillige Invaliditätsversicherungen mit einer Jahresrente von höchstens 40 000 Franken.

Die Nachforschung nach Ergebnissen von früheren genetischen Untersuchungen ist nur dann zulässig,

- wenn ein Versicherungsvertrag erstens nicht der soeben erwähnten Regel untersteht (konkret v.a.: Lebensversicherungen über 400 000 Franken, Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung, und Invalidenversicherung über 40 000 Franken), und
- wenn zudem die betreffende Untersuchung technisch und in der medizinischen Praxis zuverlässige Ergebnisse liefert und der wissenschaftliche Wert der Untersuchung für die Prämienberechnung nachgewiesen ist.⁷²

70 Soll die Abstammung im Rahmen eines Strafverfahrens oder zur Identifizierung von unbekanntem oder vermissten Personen geklärt werden, kommt das spezifische DNA-Profilgesetz zur Anwendung.

71 Genetische Untersuchungen im medizinischen Alltag – Ein Leitfaden für die Praxis, SAMW 2004.

72 Art. 28 GUMG.

4.2 Fortpflanzungsmedizin

Das Fortpflanzungsmedizingesetz legt fest, unter welchen Voraussetzungen die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung beim Menschen angewendet werden dürfen. Es schützt die Menschenwürde, die Persönlichkeit sowie die Familie und verbietet missbräuchliche Anwendungen der Bio- und der Gentechnologie.

Nach dem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung dürfen Verfahren wie die künstliche Insemination, die In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer sowie der Gametentransfer erstens nur bei Paaren und zweitens nur zur Überwindung von Unfruchtbarkeit oder zur Vermeidung der Übertragung einer schweren, unheilbaren Krankheit angewendet werden. Das Geschlecht oder bestimmte andere Eigenschaften des Kindes dürfen dabei nicht beeinflusst werden, ausser es ist notwendig, um die Übertragung einer schweren, unheilbaren Krankheit zu vermeiden. Die Präimplantationsdiagnostik ist verboten.

Während die Verwendung gespendeter Samenzellen zulässig ist, sind die Eizellen- und Embryonenspende sowie die Leihmutterchaft generell verboten. Keimzellen und imprägnierte Eizellen⁷³ dürfen maximal fünf Jahre konserviert werden, Embryonen⁷⁴ hingegen nicht. Nach dem Gesetz dürfen zudem pro Zyklus nur so viele imprägnierte Eizellen zu Embryonen entwickelt werden, als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich sind, höchstens aber drei.

Selbstverständlich dürfen Verfahren der Fortpflanzungsmedizin nur angewandt werden, wenn eine schriftliche Einwilligung des umfassend aufgeklärten Paares vorliegt; dies gilt auch für die künstliche Insemination.

Die Anwendung von Fortpflanzungsmedizinverfahren, die Konservierung von Keimzellen und imprägnierten Eizellen sowie die Vermittlung von Samenzellen bedürfen einer Bewilligung des jeweiligen Kantons.⁷⁵

4.3 Straffloser Schwangerschaftsabbruch

Der Schwangerschaftsabbruch ist dann erlaubt und bleibt strafflos, wenn er innerhalb der ersten 12 Wochen oder aufgrund medizinischer Indikation erfolgt.

Seit 2002 ist die sogenannte Fristenlösung in Kraft. Der Abbruch einer Schwangerschaft ist strafflos, «wenn er innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode auf schriftliches Verlangen der schwangeren Frau, die geltend macht, sie befinde sich in einer Notlage, durch eine zur Berufs-

73 Imprägniert ist eine Eizelle, wenn sie zwar befruchtet ist, die Kernverschmelzung aber noch nicht stattgefunden hat.

74 Der Embryo wird gesetzlich als die Frucht von der Kernverschmelzung bis zum Abschluss der Organentwicklung definiert.

75 Keine Bewilligung ist nötig für die künstliche Insemination mit Samenzellen des Partners.

ausübung zugelassene Ärztin oder einen zur Berufsausübung zugelassenen Arzt vorgenommen wird. Die Ärztin oder der Arzt hat persönlich mit der Frau vorher ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu beraten.»⁷⁶ Ein späterer Schwangerschaftsabbruch ist bei medizinischer Indikation ebenfalls straflos. Dabei gilt: «Die Gefahr [für die Frau] muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.»

Eine urteilsfähige jugendliche Schwangere kann den Behandlungsvertrag ohne Zustimmung der Eltern abschliessen.⁷⁷

Die Kantone führen Listen der Praxen und Spitäler, die einen straflosen Schwangerschaftsabbruch und die Beratung der Frau durchführen dürfen. Der Arzt oder die Ärztin muss den Abbruch zu statistischen Zwecken der zuständigen Gesundheitsbehörde des Kantons melden (vgl. Kap. 6.3). Diese Meldung erfolgt anonym.

4.4 Sterilisationen

Seit dem Jahr 2005 regelt ein Bundesgesetz die Sterilisation. Durch eine Sterilisation wird die Fortpflanzungsfähigkeit einer Person auf Dauer aufgehoben. Nicht als Sterilisation gelten hingegen Heileingriffe, deren unvermeidliche Begleiterscheinung die Aufhebung der Fortpflanzungsfähigkeit ist.

Urteilsfähige Erwachsene dürfen sterilisiert werden, wenn sie über den Eingriff umfassend informiert wurden und diesem frei und schriftlich zugestimmt haben. «Wer den Eingriff durchführt, muss in der Krankengeschichte festhalten, auf Grund welcher Feststellungen er auf die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person geschlossen hat.»⁷⁸

Entmündigte Personen, die urteilsfähig sind, müssen ebenfalls umfassend aufgeklärt werden und selbst schriftlich und frei zustimmen; bei ihnen müssen aber zusätzlich der gesetzliche Vertreter und die Vormundschaftsbehörde zustimmen. Die Vormundschaftsbehörde muss zudem eine ärztliche Zweitmeinung und nötigenfalls ein psychiatrisches Gutachten zur Urteilsfähigkeit einholen.

Die Sterilisation einer über 16-jährigen, dauernd urteilsunfähigen Person ist dagegen grundsätzlich ausgeschlossen. Nur unter strengen Voraussetzungen⁷⁹ ist eine Ausnahme möglich. Die betroffene Person, eine ihr nahe stehende Person oder ihr Vormund können zudem den Entscheid der vormundschaftlichen Aufsichtsbehörde innert 30 Tagen anfechten.

4.5 Transplantationsmedizin

Das Transplantationsgesetz legt fest, unter welchen Voraussetzungen Organe, Gewebe oder Zellen zu Transplantationszwecken verwendet werden dürfen. Es soll einerseits dazu beitragen, dass menschliche Organe, Gewebe oder Zellen für Transplantationszwecke zur Verfügung stehen. Es soll aber auch den missbräuchlichen Umgang mit Organen, Geweben oder Zellen verhindern und die Menschenwürde, die Persönlichkeit und die Gesundheit schützen.

Bei einer verstorbenen Person ist die Entnahme von Organen zulässig, wenn sie vor ihrem Tod zugestimmt hat und der Tod nach den entsprechenden Richtlinien der SAMW festgestellt worden ist. Liegt seitens der verstorbenen Person keine dokumentierte Erklärung vor (z.B. Spenderausweis, Patientenverfügung) und ist eine solche auch nicht bekannt, können die nächsten Angehörigen der Entnahme zustimmen. Diese haben bei ihrer Entscheidung aber den mutmasslichen Willen der verstorbenen Person zu beachten. Ohne eine explizite Zustimmung der verstorbenen Person oder der Angehörigen ist die Entnahme unzulässig. Hat die verstorbene Person die Entscheidbefugnis nachweislich einer Vertrauensperson übertragen, tritt diese an die Stelle der Angehörigen.

Das Gesetz enthält eine vergleichsweise liberale Regelung zur Lebendspende durch urteilsfähige und mündige Personen: Diese müssen schriftlich und nach umfassender Aufklärung zugestimmt haben, und deren Leben oder Gesundheit darf nicht ernsthaft gefährdet sein. Zudem darf für die empfangende Person keine andere Therapie mit vergleichbarem Nutzen bestehen. Eine Spende kann sowohl zugunsten einer bekannten als auch einer unbekannt Person erfolgen, eine persönliche Beziehung ist nicht notwendig. Die Lebendspende urteilsunfähiger oder unmündiger Personen ist demgegenüber nur ausnahmsweise für die Entnahme regenerierbarer Gewebe und Zellen zulässig.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, Patienten, bei denen eine Organtransplantation indiziert ist, mit deren Einwilligung unverzüglich einem Transplantationszentrum zu melden. Die erforderlichen Daten werden in der Folge auf einer gesamtschweizerischen, von der nationalen Zuteilungsstelle⁸⁰ geführten Warteliste aufgenommen. Die Zuteilung der verfügbaren Organe erfolgt nach gesetzlich definierten Kriterien zentral und patientenbezogen durch die nationale Zuteilungsstelle. Das Transplantationsgesetz legt zudem verschiedene Bewilligungs- und Meldepflichten fest.⁸¹

76 Art. 119 StGB.

77 Vgl. Kapitel 3.1: Die Behandlung ist kassenpflichtig, deshalb müssen die Eltern nicht zustimmen.

78 Art. 5 Sterilisationsgesetz.

79 Vgl. Art. 7 Sterilisationsgesetz.

80 Die nationale Zuteilungsstelle wird im Auftrag des Bundes von der Stiftung Swisstransplant geführt.

81 Eine umfassende Übersicht über die gesetzlichen Rahmenbedingungen ermöglicht die Website des Bundesamtes für Gesundheit (<http://www.bag.admin.ch/transplantation/index.html?lang=de>). Eine Einführung für Ärzte gibt der Artikel von Conrad E. Müller, Erläuterungen zum neuen Transplantationsgesetz und dessen Umsetzung, SÄZ 30/2007; 1256 – 58.

4.6 Ärztliche Betreuung von Sportlern; Doping

Auch wenn der Arzt im Auftrag eines Sportverbandes tätig wird, soll er die Interessen des Sportlers bzw. des Patienten wahren. Doping ist verboten.

Wer Sportler und Sportlerinnen betreut, ist häufig auch im Auftrag eines Sportverbandes tätig. Diese Dreiecksbeziehung kann Interessenkonflikte mit sich bringen. Die FMH-Standesordnung hält dazu fest: «Von Notfällen abgesehen enthalten sich Ärztinnen und Ärzte im Auftrag von Sportverbänden [...] in dieser Funktion jeder Tätigkeit, die über ihre spezifischen Aufgaben hinausführt. [...] Im Auftrag von Sportverbänden tätige Ärzte und Ärztinnen sind sich des Interessenkonfliktes bewusst, welcher zwischen der untersuchten Person einerseits und dem Auftraggeber [...] andererseits entstehen kann [...]. Bei der Weiterleitung von Informationen bemühen sich Arzt und Ärztin, die Interessen beider Parteien angemessen zu berücksichtigen.»⁸²

Im Zentrum der öffentlichen Diskussionen rund um die Beziehung zwischen Ärztin und Sportler steht aber weniger das Verhältnis zum Sportverband als vielmehr das Doping. Das Bundesgesetz über Turnen und Sport stellt die Mithilfe eines Arztes oder einer Ärztin bei Doping unter Strafe. Auf der Website www.dopinginfo.ch werden jeweils die auf der Dopingliste stehenden Medikamente oder anderen Substanzen aufgeführt.

Doping ist verboten, wenn der Athlet an einem Anlass des «reglementierten Wettkampfsports» teilnimmt. Dazu gehören Sportanlässe, die von einem bei Swiss Olympic angeschlossenen Verband oder Verein oder deren internationalen Dachverbänden organisiert werden, sowie das Training vor und die Regeneration nach dem Wettkampf. Wer an solchen Anlässen teilnimmt, gilt als Athletin und nicht als normale Patientin.

Falls der Arzt bei einer Sportlerin die Verabreichung eines Medikamentes mit verbotenen Substanzen aus medizinischen Gründen als notwendig erachtet, hat er vorgängig die Einwilligung der Vertrauensärztin der Fachkommission für Dopingbekämpfung (FDB) von Swiss Olympic einzuholen.

4.7 Ärztliche Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen

In der Betreuung älterer Menschen, vor allem aber von Heimpatienten, kann ein Konflikt entstehen zwischen Fürsorge und Autonomie.

Die Betreuung von Pflegeheimpatienten durch einen einzigen Heimarzt oder durch wenige Heimärztinnen macht eine effiziente und sichere ärztliche Zusammenarbeit mit Heimleitung und Pflegenden einfacher. Umge-

kehrt drohen die Patienten damit faktisch ihre Arztwahlfreiheit zu verlieren. Es kann ein Konflikt entstehen zwischen der notwendigen Fürsorge und der Respektierung der Autonomie einer älteren Person.⁸³

Die entsprechende SAMW-Richtlinie hält daher fest, dass für die adäquate Betreuung ein persönlicher Kontakt zwischen dem Arzt und der älteren, pflegebedürftigen Person unabdingbar ist. Zudem sollten die Patientin und ihre Angehörigen wissen, welcher Arzt zuständig ist.

Im Heim ist die umfassende Beurteilung der Situation der Patienten besonders wichtig: So sollten die behandelnde Ärztin, das Pflegepersonal und die Therapeuten ihre Entscheide auf eine gemeinsame Evaluation medizinischer, psychischer, sozialer und funktionaler Aspekte und des Umfelds stützen. Sie respektieren bei der Betreuung die Würde, die Privatsphäre und die Intimsphäre der älteren Person auch dann, wenn diese nicht mehr urteilsfähig ist oder unter psychischen Störungen leidet.

Gemäss SAMW-Richtlinie machen Ärzte und Pflegendere ältere Personen frühzeitig auf die Möglichkeit der Bezeichnung einer Vertrauensperson und die regelmässig notwendige Aktualisierung dieser Bevollmächtigung aufmerksam.

4.8 Medizinische Entscheidungen am Lebensende

Medizinische Entscheidungen am Lebensende können mit einem lebensverkürzenden Effekt verbunden sein. Die klinischen Situationen in diesem Zusammenhang sind vielfältig und fast immer komplex.

Unter medizinischen Entscheidungen am Lebensende versteht man sämtliche Handlungen und Unterlassungen, die möglicherweise oder sicher die Lebensspanne eines schwerstkranken Menschen verkürzen bzw. dessen Tod herbeiführen. Häufig spricht man in diesem Zusammenhang von «Sterbehilfe», wobei in den letzten Jahren eine Tendenz zu beobachten war, diesen Begriff zunehmend in eingengter Bedeutung als Überbegriff für Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe auf Verlangen zu verwenden. Aus Sicht der FMH ist es hingegen wichtig, zwischen Suizidbeihilfe und Sterbehilfe klar zu unterscheiden (vgl. Kap. 4.9). Einen Überblick über die verschiedenen Formen der medizinischen Entscheidungen am Lebensende gibt die nachstehende Tabelle.

⁸² Art. 27 und Art. 33 FMH-Standesordnung. Vgl. auch die Richtlinie der Ärztekammer «für die ärztliche Betreuung von Sportlern und Sportlerinnen», Anhang 5 zur FMH-Standesordnung.

⁸³ «Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen», medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW.

Formen medizinischer Entscheidungen am Lebensende und deren rechtliche Einordnung

Medizinische Entscheidungen am Lebensende (Sterbehilfe ¹)	Todesart	Rechtlicher Status	Meldepflicht an die Strafuntersuchungsbehörden
Behandlungsverzicht und -abbruch in Übereinstimmung mit dem (mutmasslichen) Willen des Patienten (passive Sterbehilfe)	natürlicher Todesfall	legal	nein
Behandlung von Schmerz und anderen Symptomen unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung (indirekte aktive Sterbehilfe)	natürlicher Todesfall	legal	nein
Beihilfe zum Suizid ²	nicht-natürlicher Todesfall	legal falls keine eigennützigen Motive des Sterbehelfers: Art. 115 StGB	ja
Aktive Sterbehilfe auf Verlangen ²	nicht-natürlicher Todesfall	illegal: Art. 114 StGB	ja
Aktive Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen	nicht-natürlicher Todesfall	illegal, z.B. Art. 111 StGB und 113 StGB	ja

1 Sterbehilfe *im weiten Sinne*

2 Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe auf Verlangen werden zunehmend als Sterbehilfe (im engen Sinne) bezeichnet.

Was die rechtliche Einordnung dieser Entscheidungen betrifft, so gilt, dass die gezielte Tötung eines Patienten durch den Arzt in jedem Fall illegal ist, dies auch dann, wenn eine urteilsfähige Patientin ihre Tötung ausdrücklich verlangt hat. Dagegen ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid grundsätzlich straflos (vgl. Kap. 4.9).

Auf eine lebenserhaltende Behandlung zu verzichten oder diese abbrechen (passive Sterbehilfe) ist erlaubt oder sogar geboten, wenn die Entscheidung dem ausdrücklichen oder mutmasslichen Willen des Patienten entspricht (vgl. Kap. 3.3).

Auch bei der sogenannten «indirekten aktiven Sterbehilfe» ist die ausdrückliche oder mutmassliche Zustimmung des Patienten entscheidend. Es ist allerdings umstritten, wie weit eine korrekte Schmerz- und Symptomtherapie am Lebensende überhaupt mit dem durch den Begriff «indirekte aktive Sterbehilfe» postulierten lebensverkürzenden Effekt verbunden ist.

Einige Sondersituationen

Folgende Situationen sind in der Praxis geläufig, aber im Gesetz bisher nicht ausdrücklich geregelt:

- *Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Patientinnen im Wachkoma bzw. mit persistierendem vegetativem Status (PVS)*: Ohne gegenteilige frühere Willensäußerung ist gemäss SAMW-Richtlinien ein klinisch stabiler Patient adäquat zu ernähren und mit Flüssigkeit zu versorgen. Beim Auftreten von Komplikationen (z.B. einer Lungenentzündung) ist der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen gerechtfertigt, wenn dies dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht.
- *Ein dementer Patient verweigert zunehmend die Nahrungs-, ev. auch die Flüssigkeitsaufnahme*: Gemäss SAMW-Richtlinien ist, nach zumutbarer Diagnostik zum Ausschluss einer behandelbaren Störung (Schluckstörung, gastrointestinale Pathologie), ein solches Verhalten als verbindliche Willensäußerung zu respektieren und auf das Legen einer PEG-Sonde zur Zwangsernährung zu verzichten.
- *Versetzen einer terminalen Patientin in ein kontinuierliches, tiefes Koma bis zum Tode (palliative Sedierung)*: Dies ist gemäss SAMW-Richtlinien erlaubt, wenn eine Symptomkontrolle nicht anders erzielt werden kann und diese Massnahme mit dem Patienten besprochen oder in einer Patientenverfügung gewünscht wurde. Eine Patientin darf aber nicht in ein kontinuierliches Koma versetzt werden, um damit gewollt den Tod herbeizuführen. Dann nämlich würde der Bereich der indirekten Sterbehilfe verlassen und eine aktive, strafbare Fremdtötung vorliegen.
- *Sedierung eines zerebral schwerst und irreversibel geschädigten Patienten mit noch nicht vollständig erloschenem eigenen Atemantrieb vor Extubation*: Gemäss SAMW-Richtlinien⁸⁴ ist dies dann erlaubt, wenn der Tod der Patientin absehbar ist.
- *Verzicht auf bzw. Einstellen einer Reanimation bei HerzKreislaufstillstand (do not resuscitate order)*: Es ist umstritten, inwieweit der Entscheid, nicht zu reanimieren, mit dem Patienten und/oder den Angehörigen abgesprochen werden muss. Entsprechende Richtlinien der SAMW sind in Vorbereitung. Ein Verzicht auf den «informed consent» könnte rechtlich insbesondere dann begründet werden, wenn die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Reanimation verschwindend klein erscheint (futile treatment).

84 «Palliative Care», medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW.

4.9 Beihilfe zum Suizid

Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz nicht strafbar, wenn ein urteilsfähiger Sterbewilliger den Suizid selbst begeht und wenn die helfende Person nicht selbstsüchtig handelt.

In der Schweiz ist Beihilfe zum Suizid gemäss Artikel 115 des Strafgesetzbuchs nicht strafbar, solange sie ohne selbstsüchtige Motive erfolgt. Die Grenzen regelt das Strafgesetzbuch: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder Geldstrafe bestraft.» Das bedeutet, dass Beihilfe zum Suizid nicht strafbar ist, wenn alle folgenden drei Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind:

- Der Sterbewillige hatte selber die Tatherrschaft über die zum Tode führende Handlung inne.
- Der beim Suizid assistierenden Person können keine selbstsüchtigen Beweggründe nachgewiesen werden.
- Die Person, welche die Selbsttötung beging, war bezüglich des eigenen Sterbewunsches urteilsfähig.

Vor diesem liberalen strafrechtlichen Hintergrund hat die Schweiz in den letzten zwanzig Jahren einen Weg beschritten, der im internationalen Vergleich gegenüber der Suizidbeihilfe sehr tolerant ist.

Durch diese Entwicklung ist die traditionelle standesrechtliche Position, dass «Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit» sei, etwas aufgeweicht worden. Es wird in der Schweiz heute auch in der Ärzteschaft zunehmend anerkannt, dass Suizidbeihilfe ohne ärztliche Expertise betreffend Diagnose, Prognose sowie Möglichkeiten der Behandlung oder Symptomlinderung nicht befriedigend reguliert werden kann. Gleichzeitig darf aber nicht ausser Acht geraten, dass es hier um höchstpersönliche bzw. gesellschaftliche Fragen geht, welche den Rahmen medizinischer Expertise sprengen.

Das zur Suizidbeihilfe verwendete Natrium-Pentobarbital untersteht sowohl der Betäubungsmittelverordnung als auch dem Heilmittelgesetz (Abgabekategorie B). Es darf also nur von Ärzten verschrieben werden, die zur selbständigen Berufsausübung zugelassen sind, wobei diese dabei die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften zu beachten haben. Die Einhaltung der entsprechenden Pflichten wird von den kantonalen Aufsichtsbehörden überwacht; bei Pflichtverletzungen können die Kantone Disziplinar massnahmen wie einen Verweis oder einen teilweisen bzw. vollständigen Entzug der Praxisbewilligung verfügen.

Zur Frage, was unter den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften im Kontext der Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital zum Zweck der Suizidbeihilfe zu verstehen sei, liegt seit 2006 ein vielbeachteter Bundesgerichtsentscheid vor. Darin wird festgehalten, dass die

Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital mit dem Ziel, einem Patienten die Selbsttötung zu ermöglichen, eine «den Regeln der ärztlichen Berufs- und Sorgfaltspflichten entsprechend vorgenommene Diagnose, Indikationsstellung und ein Aufklärungsgespräch» verlangt. Des Weiteren ist die Prüfung und Dokumentation der Urteilsfähigkeit des Patienten für seinen Sterbewunsch zentral. Im Entscheid nimmt das Bundesgericht explizit Bezug auf die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW über die «Betreuung von Patienten am Lebensende». Gemäss diesen Richtlinien⁸⁵ ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspreche; die Entscheidung einer einzelnen Ärztin, aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung dennoch Beihilfe zum Suizid zu leisten, sei aber zu respektieren. In einem solchen Fall verlangen die Richtlinien die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Die Patientin ist urteilsfähig, ihr Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Anders als die Richtlinien der SAMW sieht allerdings das Bundesgericht die Möglichkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe nicht auf Patientinnen und Patienten am Lebensende beschränkt. Es schliesst sogar die ärztliche Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken nicht generell aus, verlangt hier aber äusserste Zurückhaltung.

In ihrem Positionspapier⁸⁶ vom Januar 2008 betont demgegenüber die FMH erneut den Unterschied zwischen Suizidbeihilfe bei Menschen mit einer unfehlbar zum Tode führenden Krankheit (im Positionspapier «Sterbehilfe» genannt) und bei Menschen ohne eine tödliche Krankheit (im Positionspapier «Suizidbeihilfe» genannt).

Neben der Problematik der Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken wirft in der Praxis auch das Verlangen auf Unterstützung von Personen im frühen Stadium einer Demenz sowie von betagten, lebensmüden, aber körperlich und psychisch weitgehend gesunden Personen schwierige Fragen auf, ohne dass darauf aber in der bisherigen Rechtsprechung eine klare Antwort zu finden wäre.

Fälle von Suizidbeihilfe sind, gleich wie nicht-assistierte Suizide, nicht-natürliche, also aussergewöhnliche Todesfälle mit entsprechender Meldepflicht (vgl. Kapitel 6.3).

85 Vgl. dazu «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende», medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen der SAMW.

86 Positionspapier der FMH «Suizidbeihilfe ist nicht gleich Sterbehilfe», Januar 2008.

4.10 Zwangsmassnahmen in der Medizin

Als Zwangsmassnahmen werden alle Eingriffe bezeichnet, die gegen den erklärten Willen oder gegen den Widerstand eines Menschen erfolgen. Darunter fallen auch weniger eingreifende Massnahmen, wie z.B. jemanden zu zwingen aufzustehen, Nahrung einzunehmen oder an einer therapeutischen Sitzung teilzunehmen.

In der Praxis wird zwischen Freiheitsbeschränkung und Zwangsbehandlung unterschieden. Von Freiheitsbeschränkung spricht man, wenn ausschliesslich die Bewegungsfreiheit eingegrenzt wird (z.B. die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung). Schwerwiegende Freiheitsbeschränkungen sind die Fixation (z.B. mit Gurten) oder die Isolation (z.B. in einem Isolierzimmer). Wird nicht nur die Freiheit beschränkt, sondern auch in die körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen, etwa bei einer Zwangsmedikation, handelt es sich um eine medizinische Zwangsmassnahme mit Verletzung der körperlichen Integrität. Dafür wird der Begriff Zwangsbehandlung verwendet.

Zwangsmassnahmen stellen in jedem Fall einen schweren Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf persönliche Freiheit eines Menschen dar. Dennoch sind Zwangsmassnahmen als letztes Mittel nicht immer zu umgehen. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung stellen sie manchmal die einzige zur Verfügung stehende Möglichkeit dar, um grösseren Schaden abzuwenden.

In Notfallsituationen mit einem hohen Grad an Selbst- und Fremdgefährdung ist die Notwendigkeit von Zwangsmassnahmen kaum bestritten. Schwieriger ist die Ausgangslage in Situationen ohne Notfallcharakter, bei denen Aspekte der Sicherheit oder Gesundheitsschädigung im Vordergrund stehen, insbesondere im Bereich der Altersmedizin und Psychiatrie. Hier ist oft nicht eindeutig, ob das Prinzip «Gutes tun» die Einschränkung der Persönlichkeitsrechte und Freiheit, also die punktuelle Durchbrechung der Patientenautonomie, tatsächlich aufwiegt.

Zwangsmassnahmen können ausserordentlich traumatisierend sein. Daher ist das Prinzip der Verhältnismässigkeit besonders zu achten; das heisst, eine solche Massnahme muss erstens notwendig, zweitens proportional zur Schwere der Gefährdung und drittens nicht durch weniger einschneidende Massnahmen ersetzbar sein. Es ist deshalb im Einzelfall zu prüfen, welche Massnahme für den Betroffenen am wenigsten belastend ist. Zudem ist abzuschätzen, ob der zu erwartende Nutzen den möglichen Schaden eines solchen Eingriffes deutlich übertrifft bzw. weniger gravierende Folgen hat als eine sonst notwendige Massnahme. Auch die Dauer der Zwangsmassnahme ist den Umständen anzupassen. Zudem muss eine Zwangsmassnahme nach bestem Stand des Wissens ausgewählt und reversibel sein.

In der Schweiz existieren bisher keine Gesetzesgrundlagen für Zwangsmassnahmen auf eidgenössischer Ebene. Entsprechend unterschiedlich und abhängig von den kantonalen Regelungen und Gepflogenheiten einzelner Institutionen kommen medizinische Zwangsmassnahmen denn auch zur Anwendung. Bei jeder Androhung von Zwangsmassnahmen sind selbstverständlich die verfassungsmässigen Rechte der Betroffenen und – soweit vorhanden – die kantonalen Gesetze und Verordnungen einzuhalten. Allerdings wird derzeit eine Revision des Vormundschaftsrechts vorbereitet, die auf gesamtschweizerischem Niveau die Bedingungen für Zwangsmassnahmen harmonisieren soll.

Die Bestimmungen im ZGB über die Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) enthalten keine gesetzliche Grundlage für die medizinischen Zwangsmassnahmen im engeren Sinne (Zwangsbehandlungen).⁸⁷ Trotzdem sind solche in der Regel nur anzuordnen, wenn eine FFE vorliegt. Eine Ausnahme stellen Notfallsituationen dar.

Ob und unter welchen Voraussetzungen Zwangsmassnahmen zulässig sind, regelt das kantonale Gesundheitsrecht. In den bestehenden kantonalen gesetzlichen Grundlagen gibt es jedoch hinsichtlich Form und Inhalt grosse Unterschiede. Die Mitwirkung von Ärzten bei polizeilichen Zwangsmassnahmen sowie die ärztliche Tätigkeit bei inhaftierten Personen wird in den entsprechenden Richtlinien der SAMW behandelt.⁸⁸

Vor Anordnung einer geplanten Zwangsmassnahme sind der Patient und gegebenenfalls die von ihm bestimmte Vertrauensperson, wenn möglich schriftlich, auf die zugrunde liegenden rechtlichen Bestimmungen und die konkreten Rekursmöglichkeiten hinzuweisen.

87 Da die FFE primär auf die Fürsorge des Betroffenen ausgerichtet ist, ist die Urteilsunfähigkeit grundsätzlich keine Voraussetzung. Hingegen darf eine Zwangsbehandlung nur bei vorliegender Urteilsunfähigkeit bezüglich der Notwendigkeit einer Behandlung durchgeführt werden.

88 «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen», medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW.

Die fürsorgerische Freiheitsentziehung

In der Schweiz kann eine Zwangseinweisung nur unter den gesetzlichen Voraussetzungen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) im Sinne des Zivilgesetzbuches (ZGB)⁸⁹ oder einer anderen gesetzlichen Grundlage (z.B. Epidemiegesetz) erfolgen. Zuständig für die Einweisung bei FFE ist die vormundschaftliche Behörde am Wohnsitz. Für die Fälle, in denen Gefahr im Verzug liegt oder die Person psychisch krank ist, können die Kantone diese Zuständigkeit ausserdem einer anderen geeigneten Stelle delegieren. Viele Kantone haben diese Einweisungsbefugnis an Bezirks-, Amts- oder frei praktizierende Ärzte übertragen. Die betroffene Patientin und ihr nahestehende Personen haben Anspruch auf eine gerichtliche Beurteilung des Einweisungsentscheides.

Indirekter Behandlungszwang durch Strafrichter oder Versicherer

Gemäss Strafgesetzbuch kann ein Strafrichter stationäre und ambulante medizinische Behandlungen anordnen.⁹⁰

In verschiedenen Versicherungsbereichen sind Versicherte zudem verpflichtet, den Schaden zu mindern. Es besteht damit ein indirekter Zwang, sich behandeln zu lassen: Unfallversicherer, Militärversicherer und die IV können verlangen, dass sich jemand zumutbaren Behandlungen – auch invasiven Eingriffen – unterzieht, wenn damit seine Erwerbsfähigkeit verbessert werden kann. Und sogar die private Taggeldversicherung kann verlangen, dass sich ein Versicherter zumutbar medizinisch behandeln lässt, wenn dies der Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit dient. Selbstverständlich ersetzt dieser indirekte Zwang durch den Versicherer nicht die Zustimmung des Patienten zur Behandlung; er kann «Nein» sagen und in Kauf nehmen, dass die Versicherung ihre Taggeld- oder Rentenleistungen streicht oder kürzt.

89 Aufgrund dieser Gesetzesbestimmung (Art. 397 a ZGB) darf «eine mündige oder entmündigte Person wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchterkrankungen oder schwerer Verwahrlosung in einer geeigneten Anstalt untergebracht oder zurückbehalten werden, wenn ihr die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann. Dabei ist auch die Belastung zu berücksichtigen, welche die Person für die Umgebung ist.»

90 Art. 56 ff. StGB.

4.11 Behandlung von Patienten im Strafvollzug

Die Grundrechte des Bürgers gelten auch für die Mitwirkung von Ärzten im Strafvollzug, sei dies bei polizeilichen Zwangsmassnahmen (z. B. Ausschaffungen) oder in der medizinischen Betreuung von Inhaftierten.

Verschiedene internationale Organisationen (UNO, Europarat etc.) haben in den letzten Jahren Leitlinien für die gesundheitliche Betreuung von inhaftierten Personen verfasst. Auch die SAMW hat 2002 Richtlinien für die «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» verabschiedet, die von der FMH in die Standesordnung aufgenommen wurden.

Menschen im Strafvollzug haben grundsätzlich dieselben Rechte bezüglich ihrer Gesundheit wie alle anderen Bürger. Sie haben Anrecht auf eine Behandlung, die medizinisch jener der Allgemeinbevölkerung entspricht.⁹¹ Wie in jedem Arzt-Patienten-Verhältnis darf auch im Strafvollzug eine diagnostische oder therapeutische Massnahme nur nach Aufklärung und mit dem freien Einverständnis der inhaftierten Person durchgeführt werden. Zudem besteht auch hier ein Recht auf Vertraulichkeit und Datenschutz.

In Notfallsituationen kann die Ärztin – nach den gleichen Kriterien, die für nicht inhaftierte Personen gelten – auf die Einwilligung verzichten. Dies gilt z. B. für medizinisch begründete Massnahmen zur physischen Ruhigstellung, welche jedoch höchstens für einige wenige Stunden und unter regelmässiger Beobachtung in Betracht gezogen werden dürfen. Ist der Patient aber urteilsfähig, muss sein Wille respektiert werden. Dies gilt auch für einen Hungerstreik, der zu einem beträchtlichen Gesundheitsrisiko für den Betroffenen führen kann. Fällt die hungerstreikende Person in ein Koma, geht die Ärztin nach ihrem Gewissen und ihrer Berufsethik vor, es sei denn, die betreffende Person habe ausdrückliche Anordnungen für den Fall eines Bewusstseinsverlusts hinterlegt. Solche sind zu respektieren, auch wenn sie den Tod zur Folge haben können. Die Frage ist allerdings, ob der Todeswunsch ernsthaft ist, will doch der Hungerstreikende in der Regel ein bestimmtes Ziel erreichen und nicht sein Leben beenden.

Die ärztliche Schweigepflicht gemäss Art. 321 StGB besteht grundsätzlich auch gegenüber dem Überwachungspersonal einer Haftanstalt. Aus diesem Grund müssen die Krankengeschichten unter ärztlicher Verantwortung aufbewahrt werden. Ausnahmen von der Schweigepflicht sind zum Schutz vor der Übertragung ansteckender Krankheiten oder bei unmittelbarer Gefahr von selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen der inhaftierten Person zulässig. Hier ist aber jeder Fall einzeln zu beurteilen.

91 Vgl. auch Art. 80, Abs. 1 StGB: «Von den für den Vollzug geltenden Regeln darf zu Gunsten des Gefangenen abgewichen werden: a. wenn der Gesundheitszustand des Gefangenen dies erfordert; b. bei Schwangerschaft, Geburt und für die Zeit unmittelbar nach der Geburt; c. zur gemeinsamen Unterbringung von Mutter und Kleinkind, sofern dies auch im Interesse des Kindes liegt.»

Konflikte können entstehen, wenn ein Arzt Zeuge von schwerwiegenden disziplinarischen Massnahmen (z. B. Isolation) wird oder gar Misshandlungen feststellt. Disziplinarische Massnahmen dürfen nur durchgeführt werden, wenn sie mit dem Erhalt der Gesundheit vereinbar sind; Hinweise auf Misshandlungen müssen vom behandelnden Arzt festgehalten und den Aufsichtsbehörden gemeldet werden. Ein Spannungsfeld kann auch zwischen Strafauftrag des Gefängnisses und Gesundheitsschutz bestehen, wenn Desinfektionsmaterial und Einwegspritzen zur Risikominderung bei Suchtmittelkonsum zur Verfügung gestellt werden. Aus grundsätzlichen Überlegungen muss sich deshalb die Ärztin gegenüber polizeilichen oder Strafvollzugsbehörden auf volle Unabhängigkeit berufen können und ihre Entscheidungen ausschliesslich auf medizinische Kriterien stützen.

4.12 Behandlung von Asylsuchenden

Asylsuchende sind obligatorisch krankenversichert, müssen aber in einem Managed Care Modell betreut werden. Abgewiesene Asylsuchende und solche mit Nichteintretensentscheid sind nicht KVG-versichert sondern erhalten nur Mindestversorgung.

Asylsuchende im laufenden Verfahren sind KVG-versichert, müssen aber vom Kanton einem Managed Care Modell zugewiesen werden.⁹² Asylsuchende, auf deren Gesuch nicht eingetreten wurde (sogenannte NEE), und abgewiesene Asylbewerber sind nach der letzten Asylgesetzrevision nicht mehr krankenversichert. Für sie gilt lediglich, dass die Kantone im Rahmen des Existenzminimums die medizinische Mindestversorgung sicherstellen müssen, wofür sie eine Pauschale des Bundes erhalten.

Für die medizinische Betreuung im Zusammenhang mit der Rückführung von abgewiesenen Asylsuchenden gelten aus berufsethischer und standesrechtlicher Sicht die Richtlinien der SAMW von 2002 über die «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen».

92 Art. 82 revidiertes Asylgesetz.



5. Forschung und Beziehungen zur Industrie

5.1 Wissenschaftliche Integrität

«Wissenschaftliche Integrität» umschreibt die Selbstverpflichtung der Forschenden, sich an die Grundregeln der guten wissenschaftlichen Praxis zu halten. Um sie sicherzustellen, wurden verschiedene nationale und internationale Reglemente ausgearbeitet.

Fairness, Wahrhaftigkeit und Offenheit sowie Selbstdisziplin sind Grundlage für jede wissenschaftliche Tätigkeit. Wissenschaftliche Integrität ist unerlässlich für die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz der Wissenschaft.

Verstösse gegen die Grundregeln der guten wissenschaftlichen Praxis sind in vielfältiger Weise möglich: Von der mangelnden Sorgfalt bei der Anwendung wissenschaftlicher Methoden oder bei der Dokumentation von Daten bis hin zu schwerem Fehlverhalten durch bewusste Fälschung und Betrug, vom Plagiat über Datenpiraterie bis hin zur Sabotage. Wissenschaftliches Fehlverhalten kann sowohl in der Konzeption oder Durchführung eines Projektes als auch bei wissenschaftlichen Gutachten oder bei der Beurteilung von Forschungsgesuchen und Forschungsergebnissen vorkommen.

Um die wissenschaftliche Integrität sicherzustellen, haben diverse Forschungsinstitutionen und Institutionen der Forschungsförderung im In- und Ausland Reglemente ausgearbeitet.⁹³ Diese halten die wesentlichen Grundsätze der wissenschaftlichen Integrität fest und regeln den Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten. Wird der Verdacht auf wissenschaftliches Fehlverhalten von einem sogenannten «Whistleblower» geäussert, muss dieser vor allfälligen Repressalien oder Benachteiligungen geschützt werden.

Die meisten Institutionen verfügen über eine Ombudsperson, welche eine Beratungs- und Schlichtungsfunktion übernimmt und Anzeigen betreffend wissenschaftlichem Fehlverhalten entgegennimmt. Ist ein Fehlverhalten nicht auszuschliessen, prüft eine «Integritätsschutz-Organisation», ob ein Verstoß gegen die wissenschaftliche Integrität vorliegt und wie dieser sanktioniert werden soll. Falls das Fehlverhalten gegen einschlägige staatliche Rechtsvorschriften verstösst und es darum geht, entsprechende Rechtsansprüche gegen den Fehlbaren durchzusetzen, wird gleichzeitig zur Anzeige beim Ombudsmann eine Anzeige oder Klage bei den zuständigen staatlichen Gerichten notwendig.

93 Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat 2002 Richtlinien für wissenschaftliche Integrität in der medizinischen und biomedizinischen Forschung und für das Verfahren bei Fällen von Unlauterkeit verabschiedet. Vergleichbare Bestimmungen bestehen für andere Wissenschaftsbereiche. Insbesondere hat die Mehrheit der schweizerischen Universitäten und Hochschulen eigene Reglemente zur Integrität und zum Umgang mit Fehlverhalten veröffentlicht.

Die Zusammenarbeit von klinischen Forscherinnen und Forschern mit der Industrie oder mit von ihr beauftragten Forschungsinstituten stellt zusätzliche Anforderungen an die wissenschaftliche Integrität. Die Aussicht, mit Forschungsergebnissen Vorteile zu erlangen, kann Forschende dazu verleiten, bei der Planung, Durchführung oder Auswertung von Studien inkorrekt zu handeln. Die SAMW hat deshalb Richtlinien erlassen, welche zur Qualität und Objektivität der Forschung, zur Vermeidung von Abhängigkeiten und zum bewussten Umgang mit Interessenkonflikten beitragen sollen.⁹⁴

5.2 Ärzte und Industrie

In der Fortbildung, der Forschung und beim Verkauf von Produkten können die Interessen der Industrie jenen der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit entgegenlaufen. Mit diesem Interessenkonflikt befassen sich Bestimmungen in verschiedenen Gesetzen.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und der Industrie wird an vier Stellen in Bundesgesetzen geregelt: für alle Leistungserbringer im Heilmittelgesetz (HMG) und im Krankenversicherungsgesetz (KVG); speziell für Beamte im revidierten Korruptionsstrafrecht des Strafgesetzbuchs (StGB), und schliesslich enthält das Bundesgesetz über den unlauteren Wettbewerb (UWG) seit kurzem Bestimmungen zur sogenannten Privatbestechung.

Gemäss Art. 33 HMG dürfen Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Arbeitgeber «für das Verschreiben oder die Abgabe von Arzneimitteln geldwerte Vorteile weder fordern noch annehmen. Zulässig sind jedoch:

- geldwerte Vorteile von bescheidenem Wert, die für die medizinische oder pharmazeutische Praxis von Belang sind;
- handelsübliche und betriebswirtschaftlich gerechtfertigte Rabatte, die sich direkt auf den Preis auswirken.»

Gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG darf der Leistungserbringer Rabatte und Vergünstigungen annehmen, muss sie aber an die Patienten resp. die Krankenversicherer weitergeben. Dies schliesst alle Vergünstigungen ein, «die ihm

- ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt;
- Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern.»

94 «Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie», Richtlinien der SAMW.

In öffentlichen Institutionen gilt zusätzlich das revidierte Korruptionsstrafrecht im Strafgesetzbuch: Ein Staatsangestellter macht sich strafbar, wenn er «im Zusammenhang mit seiner amtlichen Tätigkeit für eine pflichtwidrige Tätigkeit oder eine im Ermessen stehende Handlung oder Unterlassung für sich oder einen Dritten einen nicht gebührenden Vorteil» fordert, sich versprechen lässt oder annimmt.⁹⁵ Für Belegärzte an Privatkliniken schliesslich können die Bestimmungen des UWG gegen die Privatkorruption relevant sein.

Konkret gibt es drei Bereiche, auf die diese Regelungen anzuwenden sind: Die Fortbildung, die Forschung sowie Vergünstigungen beim Einkauf von Produkten.

Fortbildung

Die Finanzierung von Fortbildungsveranstaltungen und -kongressen durch die Industrie ist nicht verboten. Die Arzneimittelwerbeverordnung verlangt aber, dass der Repräsentationsaufwand im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Kongressen oder Promotionsveranstaltungen in einem «vertretbaren Rahmen bleiben und in Bezug auf den Hauptzweck der Veranstaltung von untergeordneter Bedeutung sein» muss.

Die Richtlinie «Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie» der SAMW aus dem Jahr 2005 geht über diesen gesetzlichen Minimalstandard hinaus und verlangt für den Kongressbesuch einen Selbstkostenbeitrag der Ärztin oder des Arztes. Für Fortbildungen sollen wenn möglich mehrere Sponsoren gefunden werden, da bei Monosponsoring ein grösseres Risiko für Abhängigkeiten besteht. Die Richtlinie stellt auch Kriterien für die Anerkennung von Fortbildungen durch die Fachgesellschaften auf: So sollen Inhalt und Ablauf der Veranstaltung durch die ärztlichen Fachgremien bestimmt werden. Die Zusammenarbeit mit den Industriepartnern soll in einem schriftlichen Vertrag festgehalten werden. Die Fortbildung soll soweit möglich den Kriterien der Evidence Based Medicine folgen. Und es sollen keine Markennamen genannt werden.

Die FMH hat diese SAMW-Richtlinie ins Standesrecht und die wichtigsten Punkte zudem auch in die Fortbildungsordnung (FBO) übernommen. Damit ist sie für FMH-Mitglieder bindend.

95 Art. 322ter StGB.

Forschung

Die SAMW-Richtlinie «Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie» nennt auch Kriterien für eine korrekte Forschungszusammenarbeit, die über die blossen Bestimmungen zur Qualitätssicherung des Heilmittelgesetzes hinausgehen:

- Jede Studie muss in einem zentralen Register erfasst werden.
- Die ärztlichen Forscher legen ihre finanziellen Interessen gegenüber dem Arbeitgeber offen.
- Durchführung und Finanzierung von Versuchen werden vertraglich geregelt.
- Die Bezahlung der Versuche erfolgt auf institutionelle Drittmittelkonten.
- Die Durchführung klinischer Versuche und der Einkauf von Produkten des Sponsors sind voneinander unabhängig.
- Bei der Publikation und Präsentation von Ergebnissen eines Versuchs ist dessen Finanzierung offen zu legen.
- Die Interpretation der Ergebnisse eines Versuchs muss von den Interessen des Sponsors unabhängig sein.
- ForscherInnen wirken nicht mit beim Marketing von Produkten, an deren Prüfung sie beteiligt waren.

Ganz seltene Nebenwirkungen können nur erkannt werden, wenn sehr viele Patienten das Medikament einnehmen. Deshalb werden auch sogenannte Anwendungsstudien durchgeführt. Gemäss dem Industrieverband Interpharma unterziehen diese Studien ein Medikament dem Alltagstest. Die Entschädigung der Studienärzte für solche Studien soll in einem vernünftigen Verhältnis zum Arbeitsaufwand des Arztes für die Studie stehen, damit nicht die Frage auftaucht, ob ein Verstoß gegen Art. 33 HMG vorliegt.

Verbot gezielter Einkaufspolitik versus Gebot der Weitergabe von Vergünstigungen

Im Arzneimittelbereich setzt das BAG nur noch den Ex-Factory-Preis und den Höchstpreis für den Patienten fest. Zwischen Hersteller, Grossist und Detaillist soll hingegen der Markt spielen.

Solange allerdings Art. 33 im HMG nicht revidiert wird, dürf(t)en Rabatte den Entscheid, welche Medikamente abgegeben oder verschrieben werden, nicht beeinflussen – obschon Arzt, Ärztenetzwerk und Spital mit gezieltem Einkauf Kosten im Gesundheitswesen sparen können. Das KVG hingegen möchte eine günstige Versorgung bei guter Qualität.⁹⁶ Gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG darf der Leistungserbringer seinen Einkaufsentscheid

96 Art. 43 KVG.

durchaus auch vom Preis abhängig machen; er muss bloss den gewährten Rabatt oder die Vergünstigung an die Patienten resp. die Krankenversicherer weitergeben. Hier kollidieren die Regeln des HMG 33 und des KVG 56 miteinander.

Korruptionsstrafrecht im Spital oder Heim

In öffentlichen Spitälern und Heimen müssen Forschungsverträge und Sponsoring der Industrie für die Durchführung und die Teilnahme an Kongressen intern offen gelegt und je nach Reglement von einem Gremium genehmigt werden. Dasselbe gilt für den Belegarzt oder die Heimärztin an privaten Institutionen, wenn sie die Einkaufspolitik der Institution für Arzneimittel mitsteuern.⁹⁷

5.3 Forschung mit Probandinnen und Patienten

Klinische Forschung mit Heilmitteln ist im Heilmittelgesetz geregelt, die übrige medizinische Forschung in kantonalen Gesetzen.

Behandlung und Forschung sind grundverschiedene Tätigkeiten. Während die Behandlung die Gesundheit des Patienten fördern will, steht in der Forschung der Erkenntnisgewinn im Vordergrund. Deshalb müssen für die Forschung besondere Regeln gelten:

- Grundsätzlich muss für jede Forschung das ausdrückliche Einverständnis der aufgeklärten Patientin bzw. Probandin vorliegen; die Zustimmung muss freiwillig erfolgen, und der Patient bzw. Proband kann einen Versuch jederzeit abbrechen (Rücktrittsrecht). Wo die Patientin nicht zustimmen kann, aber wichtige Forschung nur so möglich ist (z.B. Notfallstationen, Kinder und psychisch Kranke), gelten strengere Kriterien.
- Jedes medizinische Forschungsprojekt am Menschen muss von der zuständigen Ethikkommission bewilligt werden.
- Es muss sichergestellt werden, dass dem Patienten ein im Zusammenhang mit der Studienteilnahme entstehender allfälliger Schaden vollumfänglich gedeckt wird. Es empfiehlt sich zudem der Abschluss einer Probandenversicherung.

Das HMG und die Verordnung über die klinischen Versuche (VKlin) regeln die Forschung im Hinblick auf die Zulassung von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

97 Art. 4a Abs. 1 lit. b. UWG.

Für die Regelung der anderen – also der nicht produkteorientierten – medizinischen Forschung sind noch die Kantone zuständig. In einigen Jahren soll das künftige Humanforschungsgesetz auch diesen Bereich für die ganze Schweiz regeln.⁹⁸ Die Kantone haben entweder eigene Forschungsregeln aufgestellt, oder sie verweisen auf das Heilmittelgesetz (HMG) oder die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW.

Für Forschung mit bestehenden Krankengeschichten gilt die Bestimmung im Strafgesetzbuch, wonach aus Datenschutzgründen entweder eine Bewilligung einer eidgenössischen Sachverständigenkommission für die konkrete Studie vorliegen muss oder aber eine generelle Bewilligung dieser Kommission für die Klinik.⁹⁹

Der individuelle Heilversuch ist nicht explizit im HMG geregelt. Dieser verfolgt das Ziel, eine kranke Person, die auf keine der zugelassenen Behandlungen anspricht bzw. für die es keine zugelassene Behandlung gibt, mit einem neuen Therapieansatz zu heilen.¹⁰⁰ Der individuelle Heilversuch ist Teil der therapeutischen Freiheit und damit grundsätzlich zulässig. In der Praxis werden solche Heilversuche oft unternommen, wenn rasches Handeln notwendig und kein anderer Ausweg mehr offen ist. Bei nachträglicher kritischer Würdigung können sie dann aber nicht immer überzeugen.¹⁰¹

5.4 Stammzellenforschung

Forschung mit embryonalen Stammzellen ist zulässig, wenn sie wesentliche Erkenntnisse über schwere Krankheiten oder die Entwicklungsbiologie des Menschen erhoffen lässt.

Die Forschung mit embryonalen Stammzellen ist sowohl mit importierten als auch mit hierzulande gewonnenen Stammzellen möglich, bedarf aber einer positiven Stellungnahme der zuständigen Ethikkommission. Diese überprüft vor allem, ob mit dem Projekt wesentliche Erkenntnisse über schwere Krankheiten oder die Entwicklungsbiologie des Menschen erzielt werden können und ob die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Auch dürfen nur Stammzellen verwendet werden, die in der

98 Das Bundesgesetz über die Forschung mit Menschen, das sogenannte Humanforschungsgesetz, und der dazu gehörige Verfassungsartikel, befinden sich derzeit in Erarbeitung. Beide werden voraussichtlich frühestens 2010 in Kraft treten.

99 Art. 321bis StGB sowie Verordnung über die Offenbarung des Berufsgeheimnisses im Bereich der medizinischen Forschung (VOBG).

100 Erläuterungen zum Vorentwurf Humanforschungsgesetz, Februar 2006, S. 15.

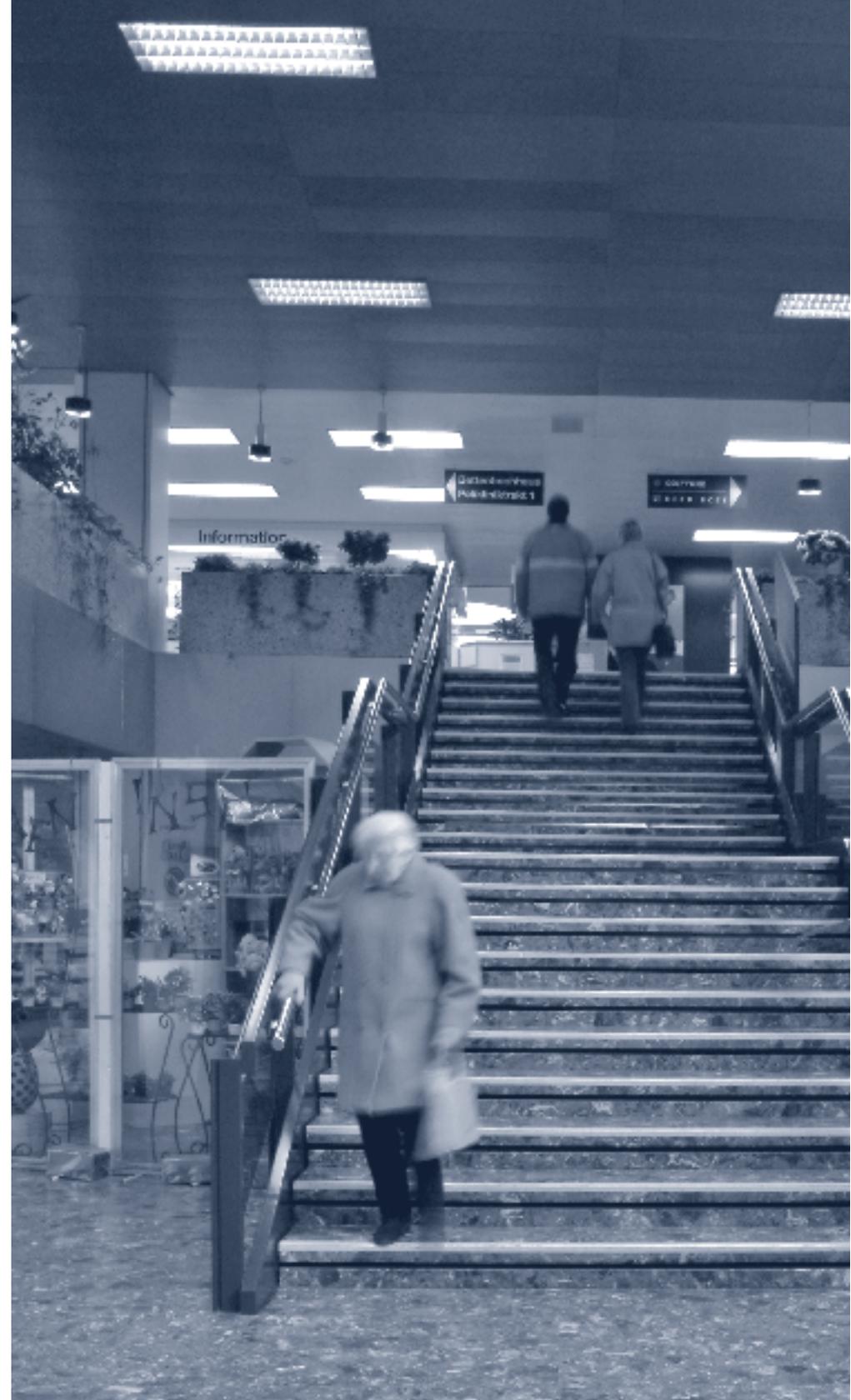
101 Vgl. etwa die jahrelangen Auseinandersetzungen nach der Verwendung von Methylenblau im Kantonsspital St. Gallen.

Schweiz oder im Ausland mit dem informed consent des betreffenden Paares aus sogenannten «überzähligen», ursprünglich zu Fortpflanzungszwecken erzeugten Embryonen, gewonnen wurden.¹⁰²

Sollen Stammzellen importiert werden, bedarf dies einer Bewilligung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Sollen embryonale Stammzellen aus überzähligen Embryonen in der Schweiz gewonnen werden, ist dies ebenfalls bewilligungspflichtig. Das Gesetz verlangt dabei eine klare Trennung der fortpflanzungsmedizinischen Behandlung und der Gewinnungs- bzw. Forschungstätigkeiten; insbesondere dürfen Personen im konkreten Fall nicht an beiden Aktivitäten beteiligt sein. Die Stammzellengewinnung ist zudem nur zulässig, wenn ein konkretes Forschungsprojekt geplant ist, hierfür aber in der Schweiz keine geeigneten Zellen vorliegen.¹⁰³

102 Überzählig ist ein Embryo dann, wenn er im Rahmen eines In-vitro-Fertilisationsverfahrens erzeugt wurde, er aber (z.B. aufgrund der Entscheidung der Frau) nicht mehr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verwendet wird. Verboten ist demgegenüber die Erzeugung eines Embryos eigens zu Forschungszwecken oder die Bildung eines Klons.

103 Die Website des BAG (<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/03301/index.html?lang=de>) enthält sowohl die gesetzlichen Grundlagen als auch einen Überblick über die Voraussetzungen und Bewilligungsprozesse und das Forschungsregister.



6. Der Arzt als Berichterstatter: Vom Berufsgeheimnis zur Rechnungsstellung

6.1 Berufsgeheimnis

Angehörige von Gesundheitsberufen sind wie Anwälte oder Geistliche an das Berufsgeheimnis gebunden. Unter die Geheimhaltungspflicht fällt alles, was den Ärztinnen und Ärzten in der Berufsausübung anvertraut worden ist oder was sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben. Ein Arzt darf Dritten Auskunft geben, wenn die Einwilligung der Patientin dazu vorliegt, ein Gesetz dies vorsieht oder er von der kantonalen Behörde vom Geheimnis entbunden wurde.

Was in der Umgangssprache «Arztgeheimnis» heisst, würde man besser als «Patientengeheimnis» bezeichnen, denn es schützt die Persönlichkeitsrechte der Patientin oder des Patienten. Geregelt ist das «ärztliche Berufsgeheimnis» in Art. 321 des Strafgesetzbuchs (vgl. Kasten).

Unter die Geheimhaltungspflicht fällt alles, was Ärztin und Arzt «infolge ihres Berufes anvertraut worden ist, oder das sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben»: Geheim ist somit, was Patienten oder deren Angehörige der Ärztin anvertrauen, aber auch alles, was der Arzt selbst im Rahmen seiner Tätigkeit wahrnimmt und tut, etwa die Untersuchungsergebnisse, die resultierende Diagnose und die Behandlungen.

Nach Auffassung der FMH gehört auch die ärztliche Gutachtertätigkeit zur «Ausübung» des Arztberufs und untersteht somit dem Patientengeheimnis: Selbst wenn der Arzt bloss ein Aktengutachten erstellt und die Patientin gar nicht sieht, darf er dieses beispielsweise nicht den Medien weitergeben.

Nicht unter das Patientengeheimnis fallen hingegen bereits allgemein bekannte oder offenkundige Tatsachen – auch wenn die Ärztin sie in ihrer Berufsausübung wahrgenommen hat.

Neben den Ärztinnen und Ärzten untersteht auch das Personal der Arztpraxis und der Spitäler dem Patientengeheimnis. Der Arzt soll seine Hilfspersonen ausdrücklich darauf aufmerksam machen.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Art. 11 Abs. 2 FMH-Standesordnung: «Arzt und Ärztin haben ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und alle, die in ihre Praxis Einblick erhalten, über die Pflicht zur Verschwiegenheit zu informieren und sie nach Möglichkeit schriftlich auf deren Einhaltung zu verpflichten.»

Das Berufsgeheimnis im Wortlaut

Artikel 321 Strafgesetzbuch

1. Geistliche, Rechtsanwälte, Verteidiger, Notare, nach Obligationenrecht zur Verschwiegenheit verpflichtete Revisoren, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen sowie ihre Hilfspersonen, die ein Geheimnis offenbaren, das ihnen infolge ihres Berufes anvertraut worden ist, oder das sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben, werden, auf Antrag, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft. Ebenso werden Studierende bestraft, die ein Geheimnis offenbaren, das sie bei ihrem Studium wahrnehmen. Die Verletzung des Berufsgeheimnisses ist auch nach Beendigung der Berufsausübung oder der Studien strafbar.
2. Der Täter ist nicht strafbar, wenn er das Geheimnis auf Grund einer Einwilligung des Berechtigten oder einer auf Gesuch des Täters erteilten schriftlichen Bewilligung der vorgesetzten Behörde oder Aufsichtsbehörde offenbart hat.
3. Vorbehalten bleiben die eidgenössischen und kantonalen Bestimmungen über die Zeugnispflicht und über die Auskunftspflicht gegenüber einer Behörde.

Es gibt vier Gründe, die es rechtfertigen, eine dem Berufsgeheimnis unterstehende Information weiterzugeben:

1. Die Einwilligung des Patienten.
2. Eine Ausnahmebestimmung in einem Bundesgesetz oder kantonalen Gesetz.
3. Die Entbindung durch die kantonale Gesundheitsdirektion
4. Eine akute Notstandssituation gemäss Art. 17f und 48a Strafgesetzbuch.

Diese Rechtfertigungsgründe werden im Folgenden kurz erläutert.

Auskunftserteilung aufgrund der Einwilligung des Patienten

Die Auskunftserteilung aufgrund der Einwilligung des Patienten ist der Normalfall. Für sie gelten die Regeln des «informed consent», das heisst, damit die Einwilligung gilt, muss der Patient genügend wissen, welche Informationen die Ärztin dem Dritten mitteilen wird. Der Patient kann sein Einverständnis schriftlich oder mündlich erteilen; auch die stillschweigende und sogar die mutmassliche Einwilligung genügen. Wegen der möglichen Missverständnisse sollte die Ärztin sich nicht ohne Not auf die stillschweigende oder mutmassliche Einwilligung stützen (vgl.

Kap. 3.3). Wenn der Patient seine Ärztin im Hinblick auf eine Zeugenaussage vor Gericht vom Berufsgeheimnis entbindet, hängt es zur Zeit noch vom kantonalen Zivil- oder Strafprozessgesetz ab, ob die Ärztin dennoch schweigen darf oder aussagen muss.

Das Patientengeheimnis gilt auch gegenüber Angehörigen: Es ist sinnvoll, routinemässig den Patienten zu fragen, welches seine Angehörigen sind, die man gegebenenfalls über seinen Gesundheitszustand informieren soll. Ein gesetzliches Informationsrecht über gesundheitliche Fragen haben hingegen die Eltern urteilsunfähiger Kinder (auch Elternteile, die das Sorgerecht für ein Kind nicht haben). Ist das Kind bzw. der Jugendliche für die Behandlung urteilsfähig (vgl. Kap. 3.3), ist allerdings sein Patientengeheimnis zu wahren.

Auskünfte am Telefon sind zwar erlaubt; der Arzt muss aber soweit möglich sicherstellen, dass er nur berechtigten Personen Auskunft gibt. Wenn man Anfragende nicht sicher an der Stimme erkennt, soll man sich die Telefonnummer geben lassen, wenn möglich die Nummer überprüfen und zurückrufen.

Für die Rechnungsstellung durch einen Dritten, etwa eine Ärztekasse oder andere Dienstleister, muss die Arztpraxis die einzelnen Leistungen übermitteln. Aufgrund der Tarifpositionen können sich fachkundige Dritte ein weitgehendes Bild über die Behandlung machen. Deshalb ist es wichtig, der Patientin von Anfang an mitzuteilen, bei wem man die Rechnung auswärts erstellen lässt. Wenn dies für die Patientin ein Problem ist, kann man mit ihr im Einzelfall eine andere Lösung suchen.

Auskunftserteilung aufgrund gesetzlicher Entbindungsbestimmungen

Auch wenn dies der Patient möglicherweise oder gar explizit nicht will, haben Ärztinnen und Ärzte in bestimmten Fällen das Recht oder sogar die Pflicht, Dritte zu informieren, (vgl. Kap. 6.3). So enthalten alle Sozialversicherungsgesetze Bestimmungen, die den Arzt berechtigen und verpflichten, der Sozialversicherung die Informationen zukommen zu lassen, die diese benötigt, um ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Im Krankenversicherungsgesetz ist allerdings die Patienteneinwilligung entscheidend, denn der Patient kann entscheiden, die Behandlung selbst zu bezahlen; in diesem Fall darf die Krankenkasse vom Arzt nichts erfahren.

Entbindung durch die kantonale Gesundheitsdirektion

Wenn eine Information weitergegeben werden sollte, aber der Patient nicht einwilligt, kann ein Arzt der zuständigen kantonalen Behörde den Antrag stellen, vom Berufsgeheimnis entbunden zu werden. Zuständig ist in der Regel die kantonale Gesundheitsdirektion. Einige Kantone haben spezielle Kommissionen dafür eingesetzt. Empfehlenswert ist, den Fall noch ohne Nennung des Patientennamens kurz am Telefon mit der Kantonsärztin oder dem Rechtsdienst der Gesundheitsdirektion vorzubesprechen.

Auskunftserteilung in einer Notstandssituation

Gemäss Strafgesetzbuch darf das Berufsgeheimnis verletzt werden, wenn es darum geht, «ein eigenes oder das Rechtsgut einer anderen Person aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Gefahr zu retten».¹⁰⁵ Ein Notstand in diesem Sinn kann nur vorliegen, wenn die Zeit nicht mehr reicht, entweder die Einwilligung des Patienten einzuholen oder die Gesundheitsdirektion bzw. den Kantonsarzt zu kontaktieren, um eine Entbindung vom Berufsgeheimnis zu beantragen. In der Praxis ist dies also ein seltener Fall.

6.2 Datenschutz und elektronischer Datenaustausch

Das Datenschutzgesetz des Bundes schützt die Persönlichkeit und regelt die Rechte von Personen, deren Daten bearbeitet werden. Es gilt für alle Privaten – also auch für die Arztpraxen und Privatspitäler –, für die Bundesverwaltung, aber auch für die ausgelagerte Bundesverwaltung wie beispielsweise die Krankenkassen und die Unfallversicherer.

Datenschutz

Für Ärztinnen und Ärzte bringt das Datenschutzgesetz (DSG) faktisch nichts Neues, da sie bereits dem Berufsgeheimnis unterstehen. Das DSG hält aber viele vernünftige Grundsätze schriftlich fest:

- Die Datenbearbeitung muss verhältnismässig sein und nach dem Grundsatz von Treu und Glauben erfolgen. Personendaten dürfen nur zu dem Zweck bearbeitet werden, der bei der Beschaffung angegeben wurde, aus den Umständen ersichtlich oder gesetzlich vorgesehen ist.¹⁰⁶
- Auch die Einwilligung des Bürgers rechtfertigt keine unverhältnismässige Datenbearbeitung, denn Personendaten dürfen nur rechtmässig bearbeitet werden.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Art. 17 StGB.

¹⁰⁶ Art. 4 DSG.

¹⁰⁷ Art. 4 Abs. 1 DSG (revidierte Bestimmung in Kraft seit Januar 2008). Amédéo Wermelinger/ Daniel Schweri, Teilrevision des Eidgenössischen Datenschutzrechts – Es nützt nicht viel, schadet es etwas?, in: Jusletter 3, März 2008, Randziffer 10: «Selbstverständlich bestehen aber auch im Bereich des Datenschutzes Grenzen, welche die verletzte Person – selbst mit eigener Zustimmung – nicht überschreiten darf (im Sinne von Art. 27 ZGB). So wäre eine zeitlich unbegrenzte Einwilligung in die Bearbeitung sämtlicher Personendaten einer Person sicher unzulässig.»

- Bundesorgane und Bundesaufgaben durchführende Organisationen dürfen nur Daten bearbeiten, die sie für ihren gesetzlichen Zweck wirklich benötigen, sei es, dass die Datenbearbeitung im betreffenden Bundesgesetz konkret beschrieben ist, oder dass sie sich aus den gesetzlichen Aufgaben klar ergibt.¹⁰⁸
- Schliesslich klärt das DSG auch, wieweit der Patient beim praktizierenden Arzt Einsicht in seine Krankengeschichte oder eine Kopie derselben verlangen kann (vgl. Kap. 8.1).

Praktisch alle Kantone haben für die Kantonsverwaltung und die Gemeinden – und damit für die öffentlichen Spitäler und Heime – kantonale Datenschutzgesetze erlassen, die sich mehr oder weniger am DSG des Bundes orientieren.

Elektronischer Datenaustausch

Patientendaten dürfen zwischen Ärzten, Spitälern und Versicherungen nur mit geschützten E-Mails ausgetauscht werden. Mit dem Health Info Net (HIN) steht eine Kommunikationsplattform zur Verfügung, die es erlaubt, die Benutzer klar zu identifizieren und Daten verschlüsselt auszutauschen.

Wenn hingegen eine Patientin ihren Arzt mit einem unverschlüsselten E-Mail kontaktiert, darf der Arzt vom impliziten Einverständnis der Patientin ausgehen, auf demselben Kanal zu antworten. Eine andere Frage ist, ob er dies auch tun soll – hier ist im Einzelfall abzuwägen; zumindest sollte der Arzt sicher wissen, dass wenigstens die E-Mail-Adresse wirklich diejenige der Patientin ist.

6.3 Meldepflichten und Melderechte

Besteht eine gesetzliche Pflicht, einer Behörde eine Meldung zu machen oder ist die Ärztin dazu berechtigt, so muss sie weder die Einwilligung des Patienten einholen noch durch die Gesundheitsdirektion von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht entbunden werden. Meldepflichten und Melderechte gibt es sowohl auf Ebene des Bundes als auch auf jener der Kantone.

Meldepflichten auf Bundesebene

Besteht für den Arzt eine Meldepflicht, so *muss* er einen entsprechenden Vorfall melden. Unterlässt er die vorgeschriebene Meldung, könnte er sich gegebenenfalls sogar wegen Begünstigung strafbar machen.

- *Übertragbare Krankheiten*
Gemäss Epidemienengesetz melden «Ärzte, Spitäler sowie andere öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens [...] der zuständigen kantonalen Behörde übertragbare Krankheiten mit den Angaben, die zur Identifizierung erkrankter, infizierter oder exponierter Personen notwendig sind. Die kantonale Behörde leitet die Meldung dem Bundesamt für Gesundheit weiter.»¹⁰⁹
- *Verletzungen durch Hunde, Hunde mit übermässigen Aggressionsverhalten*
Gemäss Tierschutzverordnung ist die Ärztin verpflichtet, der zuständigen kantonalen Stelle Vorfälle zu melden, bei denen ein Hund Tiere oder Menschen erheblich verletzt hat oder Anzeichen eines übermässigen Aggressionsverhaltens zeigt.
- *Gesundheitsschädigungen mit möglichem Zusammenhang mit Militärdienst*
Könnte ein Zusammenhang bestehen zwischen einer Gesundheitsschädigung und geleistetem Dienst, so ist der konsultierte Arzt verpflichtet, den Fall sofort der Militärversicherung anzumelden.
- *Schwangerschaftsabbruch*
Die abbrechende Ärztin muss den Schwangerschaftsabbruch der zuständigen Gesundheitsbehörde melden. Da diese Meldung ausschliesslich statistischen Zwecken dient, erfolgt sie ohne Angabe der Patientenpersonalien.
- *Unerwünschte Wirkungen und Vorkommnisse im Zusammenhang mit Medikamenten und Medizinprodukten*
Gemäss Heilmittelgesetz muss ein behandelnder Arzt «schwerwiegende oder bisher nicht bekannte unerwünschte Wirkungen und Vorkommnisse sowie Qualitätsmängel» im Zusammenhang mit der Anwendung von Heilmitteln melden. Die Meldung erfolgt bei unerwünschten Wirkungen von Medikamenten an die regionalen Meldestellen, bei Medizinprodukten an Swissmedic. Auch der klinische Prüfarzt muss im Rahmen der Forschung auftretende «schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelwirkungen» Swissmedic und der Ethikkommission melden.
- *Informationen, die der Versicherer benötigt, um seine Aufgabe zu erfüllen (Sozialversicherungsgesetze des Bundes)*
Die Sozialversicherungsgesetze des Bundes (KVG, UVG, MVG, IVG) enthalten eine Entbindung vom Patientengeheimnis. Allerdings ist diese immer auf jene Informationen begrenzt, «die der Versicherer benötigt», um seine Aufgabe zu erfüllen (vgl. Kap. 6.7 und 6.8).

108 Art. 17 DSG.

109 Meldepflichtige Krankheiten: siehe www.bag.admin.ch

Die wichtigste Meldepflicht auf Kantonsebene: der «aussergewöhnliche Todesfall»

Praktisch alle Kantone kennen eine Meldepflicht beim aussergewöhnlichen Todesfall: In der Schweiz ist gesetzlich vorgeschrieben, dass jeder Verstorbene von einem Arzt persönlich untersucht werden muss. Jeder Arzt muss daher in der Lage sein, eine Leichenschau sachgemäss durchzuführen. Nach heute gültiger rechtsmedizinischer Auffassung ist es unerlässlich, den Verstorbenen dazu vollständig zu entkleiden und sorgfältig von Kopf bis Fuss zu untersuchen – auch auf der Rückseite. Im Anschluss an die Leichenschau hat der Arzt den Tod formell zu bestätigen, indem er den Totenschein ausfüllt. Neben der Bestätigung, dass die betreffende Person sicher verstorben ist, muss der Arzt auch die Todeszeit möglichst genau angeben bzw. eingrenzen.

Schliesslich muss die Ärztin auf dem Totenschein deklarieren, ob es sich um einen natürlichen, einen nicht-natürlichen oder einen unklaren Todesfall handelt. Kommt sie nach korrekt durchgeführter Leichenschau zweifelsfrei zum Schluss, dass der Tod infolge einer «von innen kommenden», vorbestehenden Erkrankung eingetreten ist, so kann sie auf dem Totenschein einen natürlichen Tod bescheinigen, wobei sich der Begriff «natürlich» auf die Ursache des Todes bezieht. Dies hat zur Folge, dass der Leichnam zur Bestattung oder Kremation freigegeben wird und keine behördlichen Abklärungen vorgenommen werden. Kann kein natürlicher Tod attestiert werden, weil bei der Leichenschau sichere oder mögliche Hinweise auf einen nicht-natürlichen Tod gefunden werden oder der Tod plötzlich und unerwartet unter unklaren Umständen eingetreten ist, so handelt es sich um einen sogenannten aussergewöhnlichen Todesfall (AGT).

Aussergewöhnlich im rechtsmedizinischen Sinne sind alle Todesfälle, die plötzlich und unerwartet eingetreten sind, sowie alle gewaltsamen und solche, die vielleicht gewaltsam verursacht worden sein könnten. Neben den offensichtlich nicht-natürlichen Todesfällen (Tötungsdelikte, Suizide, Unfälle) gehören dazu auch alle plötzlichen und unerwarteten Todesfälle (inklusive dem plötzlichen Kindstod), Todesfälle als sichere oder mögliche Folge diagnostischer oder therapeutischer Massnahmen sowie fund- und fäulnisveränderte Leichen unklarer Identität.

In den meisten Kantonen besteht bei AGTs eine gesetzliche Meldepflicht. Die Meldung muss in der Regel an die örtliche Polizei oder das entsprechende Untersuchungsrichteramt, in einigen Kantonen auch an den zuständigen Bezirks-, Kreis- oder Amtsarzt erfolgen. Dabei ist der Meldeerstatter automatisch von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden (vgl. Kap. 6.1).

Die Meldung eines AGT zieht weiterführende medizinische und polizeiliche Abklärungen nach sich. Die «normale» Leichenschau wird so zu einer amtlichen Leichenschau, einer sogenannten Legalinspektion.

Bleibt die Todesursache und insbesondere die Todesart auch nach dieser Legalinspektion unklar, bestehen Hinweise auf ein Fremdverschulden, oder sollen Verletzungsmuster genau dokumentiert und interpretiert werden (z.B. im Rahmen der Unfallrekonstruktion), so wird der Leichnam von der Untersuchungsbehörde beschlagnahmt und einer rechtsmedizinischen Obduktion unterzogen. Falls nötig werden auch weitere labor-technische Untersuchungen durchgeführt.

Im Gegensatz zu einer klinisch-pathologischen Obduktion kann eine rechtsmedizinische Obduktion von Angehörigen nicht verweigert werden. Auch allfällige, von der verstorbenen Person zu Lebzeiten geäusserte oder schriftlich festgehaltene Verfügungen werden diesbezüglich hinfällig (vgl. Kap. 3.3). Dabei gehört es zur ärztlichen Aufgabe, den Hinterbliebenen zu erklären, wieso welche weiteren Abklärungen notwendig sind.

Dem Leichenschauarzt kommt also eine verantwortungsvolle Rolle zu: Aufgrund seiner Beurteilung der Todesart (natürlich, nicht-natürlich oder unklar) entscheidet er darüber, ob ein Todesfall überhaupt zur weiteren behördlichen Kenntnis gelangt und ob weitere Untersuchungen stattfinden.¹¹⁰ Daher ist eine Leichenschau als letzter Dienst an der Patientin zu verstehen und hat mit derselben Sorgfalt wie eine ärztliche Untersuchung zu Lebzeiten zu erfolgen.

Die wichtigsten Melderechte auf Bundesebene

Neben den Meldepflichten sind auch *Melderechte* gesetzlich verankert. Bei diesen kann ein Arzt die zuständigen Stellen bzw. Personen informieren; er muss dies aber nicht zwingend tun. Die nachfolgende Aufstellung enthält Melderechte sowohl an Behörden wie auch Auskunftsrechte an Personen.

- *Mangelnde Fahrtüchtigkeit (Strassenverkehrsgesetz)*
Gemäss Strassenverkehrsgesetz kann eine Ärztin eine Person, die aus körperlichen oder geistigen Gründen oder wegen einer Suchterkrankung nicht mehr in der Lage ist, ein Fahrzeug sicher zu lenken, der Gesundheitsdirektion oder dem Strassenverkehrsamt melden.
- *Strafbare Handlungen an Unmündigen (Strafgesetzbuch)*
Das Strafgesetzbuch sieht vor, dass ein Arzt den Vormundschaftsbehörden melden darf, wenn an einem Unmündigen eine strafbare Handlung begangen worden ist.
- *Betäubungsmittelmissbrauch (Bundesgesetz über die Betäubungsmittel)*
Ärztinnen können Fälle von Betäubungsmittelmissbrauch der für die Betreuung zuständigen Behörde oder einer zugelassenen Behand-

¹¹⁰ Die Leichenschaufunktion des praktizierenden Arztes stellt bereits eine Behördentätigkeit dar.

lungs- oder Fürsorgestelle melden. Voraussetzung ist, dass die Ärztin der Meinung ist, Betreuungsmassnahmen seien im Interesse des Patienten, seiner Angehörigen oder der Allgemeinheit.

- *Auskunft an Elternteile, die das Sorgerecht für ein Kind nicht haben (ZGB)*
Auch Elternteile, die das Sorgerecht für ein Kind nicht haben, können bei Ärztinnen und Ärzten Auskünfte über den Zustand und die Entwicklung des Kindes einholen.¹¹¹

Das wichtigste Melderecht auf kantonaler Ebene

Die meisten Kantone kennen ein Melderecht, wenn der Arzt Hinweise auf ein Verbrechen oder schweres Vergehen feststellt.

6.4 Allgemeines zu Arztzeugnis und Bericht

Zeugnisse und Berichte werden von der behandelnden Ärztin ausgestellt. Rechtlich besteht kein Unterschied zwischen einem Zeugnis und einem Bericht. Arztzeugnisse und Berichte müssen wahrheitsgemäss erstellt werden. Wer falsche Zeugnisse oder Berichte schreibt, macht sich strafbar.

Ärztliche Zeugnisse, Berichte und Gutachten sind aus juristischer Sicht Urkunden. Rechtlich besteht kein Unterschied zwischen einem Zeugnis und einem Bericht. Die Standesordnung der FMH verlangt, dass Ärzte bei deren Ausstellung alle Sorgfalt anwenden und «nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung ausdrücken». Die Ausstellung von Gefälligkeitszeugnissen ist unzulässig. Zeugnisse und Berichte müssen transparent sein; dazu gehört, dass der Zweck der Schriftstücke, das Ausstellungsdatum und die Empfänger angegeben werden.

Zeugnisse und Berichte werden von der behandelnden Ärztin ausgestellt. Sie sollen transparent und für den Leser verständlich sein; zudem müssen sie wahr sein. Wenn die Arbeitsunfähigkeit im Zeugnis für den Taggeldversicherer und in demjenigen für die Arbeitslosenversicherung unterschiedlich angegeben wird, machen sich sowohl die Ärztin als auch der Patient verdächtig. Gemäss Strafgesetzbuch macht sich strafbar, wer vorsätzlich oder auch fahrlässig ein unwahres Zeugnis oder einen unwahren Bericht schreibt.

Transparente und verständliche Arztzeugnisse

Folgende Fragen müssen in einem Arztzeugnis oder Bericht einfach und verständlich beantwortet werden:

- Was hat die Ärztin selbst festgestellt?
- Wo muss sie sich auf Angaben des Patienten oder von Dritten stützen?
- Was sind objektive Befunde?
- Was ist ärztliche Beurteilung?

6.5 Berichte an mitbehandelnde Ärzte

Das Patientengeheimnis gilt auch unter Ärzten wie auch gegenüber Angehörigen von anderen Gesundheitsberufen.

Eine Ärztin darf einem andern Arzt Angaben über eine Patientin nur weitergeben, wenn diese damit einverstanden ist. Zudem dürfen nur jene Informationen weitergegeben werden, die nötig sind. Zwar gelten auch hier rechtlich die ausdrückliche, die stillschweigende und auch die bloss mutmassliche Einwilligung der Patientin. Doch es ist sinnvoll, die Patientin ausdrücklich über die Abläufe zu informieren. Was für den Arzt selbstverständlich ist, ist es nicht für alle Patienten.

Der Hinweis «Ich melde Sie bei Dr. X zur Untersuchung an und schreibe ihr, was wir wissen und was wir von ihr erfahren möchten», benötigt nur wenig Gesprächszeit und kann verhindern, dass sich der Patient überrumpelt fühlt. Auch beim Spitalaustritt sollte eine Mitteilung erfolgen, im Sinne von: «Wir senden einen Bericht über die Spitalbehandlung und das weitere Vorgehen an die Ärzte X, Y und Z; ist das in Ordnung für Sie?».

Im Spital darf man von der mutmasslichen Einwilligung des Patienten ausgehen, dass die an der Behandlung beteiligten Personen einander jene Patientendaten mitteilen dürfen und sollen, die für die sichere Behandlung nötig sind.

111 Sobald der Jugendliche urteilsfähig ist, hat sein Patientengeheimnis allerdings Vorrang.

6.6 Zeugnisse und Berichte an den Arbeitgeber und den Taggeldversicherer

Zeugnisse an Arbeitgeber oder Taggeldversicherer sollen transparent und wahr sein. Der Arbeitgeber hat keinen Anspruch, die Diagnose zu erfahren.

Bericht über Eintrittsuntersuchung

Im Bericht über eine Eintrittsuntersuchung werden dem Arbeitgeber nur arbeitsmedizinische Schlussfolgerungen mitgeteilt. Er enthält Formulierungen wie «für die Arbeit als XY geeignet», «geeignet mit folgenden Einschränkungen...» oder «nicht geeignet». Der Bericht enthält keine Diagnosen.

Genetische Untersuchungen dürfen gemäss Gesetz über genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG) grundsätzlich keine gemacht werden, und es darf auch nicht danach gefragt werden. Das GUMG sieht unter sehr engen Bedingungen Ausnahmen vor (vgl. Kap. 4.1).

Arbeitsunfähigkeitszeugnis

Arbeitsunfähigkeit ist die volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.¹¹² Sie kann durch eine körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung der Gesundheit bedingt sein.

Das Zeugnis hält fest, seit wann die Arbeitsunfähigkeit besteht, wie lange sie dauern wird und ob die Arbeitsunfähigkeit vollständig oder teilweise ist. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse an den Arbeitgeber enthalten keine Diagnose.

Die Arbeitsunfähigkeit wird befristet. Wenn noch kein Enddatum angegeben werden kann, vermerkt der Arzt, dass die Arbeitsunfähigkeit «bis auf weiteres» besteht und gibt gleichzeitig den nächsten Arzttermin an.

Wird die Patientin teilweise arbeitsunfähig geschrieben, bezieht sich eine Prozentangabe ohne weitere Information auf die Arbeitszeit (und nicht auf reduzierte Leistung bei voller Arbeitszeit).¹¹³ Das Zeugnis beschreibt gegebenenfalls die Tätigkeiten, die die Patientin ausführen kann bzw. nicht ausführen darf.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit an, so muss die Ärztin beurteilen, welche anderen Tätigkeiten dem Versicherten zugemutet werden können.

Ist ein rückwirkendes Arbeitsunfähigkeitszeugnis nicht zu vermeiden, ist Transparenz besonders wichtig: was hat der Arzt selbst festgestellt, was basiert auf Angabe des Patienten? Die Ärztin sollte keine rückdatierte Arbeitsunfähigkeit bestätigen, die nicht medizinisch plausibel ist.

Ist ein Elternteil zwar gesund, kann aber wegen Erkrankung des Kindes nicht zur Arbeit gehen, gilt dies für eine kurze Zeit – in der Regel bis drei Tage – als Arbeitsunfähigkeit.¹¹⁴ Entscheidend ist, wie rasch im konkreten Fall zumutbarerweise eine andere Betreuung gefunden werden kann (zur Begrenzung der Tätigkeiten bzw. zur Arbeitsunfähigkeitsfrage bei Jugendlichen und Schwangeren siehe Kap. 9.5).

Arbeitsunfähigkeitszeugnisse für den Arbeitgeber sind nicht der Krankenkasse zu verrechnen, sondern – je nach Fall – dem Patienten oder der Arbeitgeberin.

Verschiedene kantonale Ärztesellschaften haben mit den Sozialpartnern Zeugnisformulare und Vorgehensweisen vereinbart. Überzeugend erscheint insbesondere die Lösung in SG und AR/AI. Hier wird zwischen einfachen und detaillierten Zeugnissen unterschieden. Benötigt ein Arbeitgeber ein detailliertes Zeugnis, stellt er dem Arzt ein schriftliches Anforderungsprofil der Stelle zu und übernimmt die Zeugniskosten.

Zeugnisse und Berichte an den Taggeldversicherer

Entscheidend für die Taggeldversicherung ist die Frage der Arbeitsunfähigkeit. Die meisten Taggeldversicherungen unterstehen dem Privatversicherungsrecht. Hier gehört es zur vertraglichen Treuepflicht des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber, dem Taggeldversicherer die nötigen Informationen für die Abklärung des Falls durch ein Arztzeugnis zukommen zu lassen. Untersteht eine Taggeldversicherung ausnahmsweise dem KVG, ist das Informationsrecht des Versicherers im Gesetz geregelt.¹¹⁵

Heikle Informationen sind an den beratenden Arzt des privaten Taggeldversicherers bzw. die Vertrauensärztin der Krankenkasse als Taggeldversicherer zu richten. Die Privatversicherer haben keinen gesetzlich definierten Vertrauensarzt: So genannte Case-Manager sind keine Vertrauensärzte oder beratenden Ärzte. Aber die Grundsätze des Datenschutzgesetzes verlangen nach Auffassung der FMH, dass auch beim privaten Taggeldversicherer heikle medizinische Informationen, deren Bewertung ärztliches Wissen braucht, in verschlossenem Briefumschlag an den beratenden Arzt zur Beurteilung zugestellt werden können.

Für das Ausstellen von Zeugnissen und Berichten gibt es keinen vereinbarten Tarif – es gilt der freie Markt. Im Zweifelsfall ist der Tarif also vorher zu vereinbaren. Bei den seltenen Taggeldversicherungen nach KVG ist hingegen gemäss TarMed abzurechnen.

112 Art. 3 ATSG.

113 Prof. Dr. iur. Thomas Geiser, Was ist Inhalt eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses, Gutachten an die FMH, 26. Dezember 2007.

114 Art. 36 Abs. 3 Arbeitsgesetz.

115 Art. 84 KVG.

6.7 Berichte und Abrechnung in der Krankenversicherung

Die Krankenkasse muss die «notwendigen» Informationen erhalten.
Zentral für den Datenschutz ist die Filterfunktion des Vertrauensarztes.

Die notwendigen Informationen

Alle Sozialversicherungsgesetze des Bundes (KVG, UVG, MVG, IVG) enthalten ein gesetzliches Informationsrecht des Sozialversicherers. Allerdings ist dieses Recht immer auf jene Informationen begrenzt, «die der Versicherer benötigt, um seine Aufgabe zu erfüllen». Dazu gehören «Angaben, um Leistungsansprüche zu beurteilen sowie Leistungen zu berechnen, zu gewähren und mit Leistungen anderer Sozialversicherungen zu koordinieren, ein Rückgriffsrecht gegenüber einem haftpflichtigen Dritten geltend zu machen oder Statistiken zu führen.»¹¹⁶ Welche Informationen der Krankenversicherer tatsächlich benötigt, und wer sie innerhalb der Kasse bearbeiten darf, hängt also von der konkreten Fragestellung ab:

- Geht es um die Überprüfung der medizinischen Indikation der Behandlung, sollte die Vertrauensärztin (VA) entscheiden, was sie wissen muss. (Es macht nach Auffassung der FMH keinen Sinn, dass die Administration dem Arzt Fragen für einen Bericht an den VA stellt, die aus Sicht des VA unnötig sind.)
- Der Krankenversicherer darf gemäss Bundesgericht auch stichprobenweise Unterlagen an den Vertrauensarzt herausverlangen, im konkreten Gerichtsfall den Pflegebericht und die Vitalzeichenkontrolle des Pflegeheims. Gemäss Eidg. Datenschutzbeauftragtem gilt dabei: «Die Versicherer [können] nur herausverlangen, was sie im Rahmen einer konkreten Überprüfung auch benötigen. Das heisst, es braucht die Absicht, bestimmte Fälle eingehender überprüfen zu wollen. Eine systematische Herausgabepflicht sämtlicher Diagnosen und zusätzlicher ärztlicher Informationen in allen Fällen im Sinne eines Automatismus wäre eine Datenbeschaffung auf Vorrat und damit unverhältnismässig. Denn mit dem Bundesgericht ist davon auszugehen, dass es angesichts der grossen Mengen von Abrechnungen den Versicherungen nicht möglich ist, jeden Einzelfall zu prüfen.»¹¹⁷
- Geht es um die Abklärung der Zuständigkeit der Kasse – beispielsweise gegenüber dem Unfall- oder Haftpflichtversicherer – muss die Kasse hingegen praktisch dieselben Informationen erhalten wie ein UVG-Versicherer.
- Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat entschieden, dass die Vertrauensärztin auch Drittärzte zu einer fachlichen Stellungnahme auffordern kann, ohne dies dem Versicherten vorgängig mitzuteilen.

¹¹⁶ Art. 84 KVG – die Aufzählungen in UVG, MVG, IVG sind ähnlich, aber nicht gleich.

¹¹⁷ Website des Eidg. Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten zum Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 21. März 2007 K 12/06.

Vertrauensarzt als Filter

Die Ärztin oder der Arzt ist in begründeten Fällen verpflichtet – und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet –, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt bekannt zu geben. Solche Angaben werden direkt an den vertrauensärztlichen Dienst der Kasse adressiert. Die Versicherung muss ihrerseits dafür sorgen, dass solche Schreiben intern korrekt weitergeleitet werden. Wo dieser Weg nicht funktioniert, wird die Ärztin sich überlegen, ob sie den Bericht dem Vertrauensarzt persönlich an dessen Praxisadresse zustellen lässt. Selbstverständlich müssen auch in den Fällen, in denen der Vertrauensarzt einer Behandlung vorgängig zustimmen muss, die Arztberichte direkt, also ohne Umweg über die Leistungsabteilung, zum vertrauensärztlichen Dienst gelangen.

«Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.»¹¹⁸

Nur der Vertrauensarzt in der Grundversicherung hat ein definiertes Qualifikationsprofil und eine gesetzlich garantierte Filterfunktion. Case-Manager der Krankenversicherer operieren dagegen im gesetzlich nicht definierten Rahmen. Der Versicherte kann deshalb auch nach früherer Zustimmung zu einem Case-Management jederzeit verlangen, dass heikle medizinische Informationen nur an die Vertrauensärztin gehen. Und nur die Vertrauensärztin kann die gemäss KVG vorgesehenen vorgängigen Zustimmungen zu Behandlungen erteilen, beispielsweise für Rehabilitationen.

Die Krankenkassen bieten neben der Grundversicherung auch Privatversicherungen an. Nur für diese sind Gesundheitsfragebogen und Rückfragen bei den behandelnden Ärzten vor Abschluss der Versicherung zulässig.

Wenn im selben Leistungsfall beim gleichen Krankenversicherer die Grund- und die Zusatzversicherung betroffen sind, sollte der Vertrauensarzt auch in der Zusatzversicherung nach den Regeln des KVG arbeiten; die im KVG garantierte Filterfunktion der Vertrauensärztin soll nicht durch die private Zusatzversicherung bei der selben Kasse ausgehöhlt werden.¹¹⁹

Sozusagen als Notbremse für den Datenschutz kann der Patient auf die Rückerstattung der Kasse im konkreten Behandlungsfall verzichten. In diesem Fall geht das Patientengeheimnis dem gesetzlichen Informationsrecht der Kasse vor.

¹¹⁸ Art. 57 Abs. 7 KVG.

¹¹⁹ Dies ist die Auffassung sowohl der FMH wie der Schweiz. Gesellschaft der Vertrauensärzte.

Rechnungsstellung

Der Patient muss eine detaillierte und verständliche Rechnung erhalten. Die Ärztin muss die Angaben machen, die nötig sind, damit der Patient überprüfen kann, wie die Vergütung berechnet wurde und ob die Leistung wirtschaftlich ist. Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.

Die Patientin sollte die Rechnung als erste erhalten, diese kontrollieren und vor allem auch entscheiden, ob sie diese der Krankenkasse zur Rückerstattung zustellen will. Dies ist auch bei elektronischer Abrechnung machbar, wenn diese nicht direkt zur Krankenkasse geht, sondern zunächst bei einem Intermediär, dem sogenannten «Trust-Center», hinterlegt wird. Sobald der Patient die Rechnung an die Kasse weiterleitet, kann die Kasse sie im Trust-Center automatisch abfragen.

Offene Rechnungen

Es kommt immer wieder vor, dass sich bei Ärzten offene Rechnungen von einzelnen Patienten häufen. Oft behandeln Ärzte Patienten, die finanzielle Probleme haben, bewusst weiter. Es empfiehlt sich, in dieser Situation (und mit dem Einverständnis des Patienten) mit der Fürsorge bzw. Sozialhilfe Kontakt aufzunehmen.

Daneben gibt es aber auch andere, nicht sozial begründete Fälle. Hier kann sich die Ärztin zumindest teilweise schützen, z.B. durch kürzere Intervalle bei der Fakturierung, Verweigern weiterer Behandlung bei offenen Rechnungen – ausser natürlich bei Notfällen – oder mit Bar- und Vorauszahlung. Bleiben Rechnungen unbezahlt, steht dem Arzt auch der Betreuungsweg offen.

Die Krankenversicherer dürfen die Übernahme der Kosten aufschieben, sobald in einem Betreibungsverfahren für ausstehende Prämien ein Fortsetzungsbegehren gestellt wurde. Dies kann dazu führen, dass die Ärztin einen Patienten weiter behandelt, obwohl der Krankenversicherer bereits einen Leistungsaufschub beschlossen hat. Allein vom Ausbleiben der Vergütung kann die Ärztin nämlich nicht auf den Leistungsaufschub schliessen. Eine Pflicht, den Leistungsaufschub den Ärzten mitzuteilen, besteht leider nicht.

Betreibungen

Will der Arzt einen Fall dem Inkassobüro übergeben oder eine Patientin betreiben, braucht es nur wenig Angaben: Konkret darf der Arzt im Inkassoauftrag oder im Betreibungsbegehren ausschliesslich die Personalien des Patienten sowie als Forderungsgrund «Rechnung vom...» und den Betrag angeben. Es ist nicht nötig und deshalb sinnlos, noch weitere

Hinweise zu machen wie «Behandlung vom...» oder ähnliches. Wer sich so aufs Nötige beschränkt, der wahrt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts das Berufsgeheimnis¹²⁰ und muss sich nicht von der Gesundheitsdirektion entbinden lassen.

6.8 Berichte und Abrechnung im UVG, MVG und IVG

Der Arbeitgeber und die verunfallte Arbeitnehmerin müssen einen Unfall unverzüglich dem UVG-Versicherer melden. Besteht ein möglicher Zusammenhang mit einem geleisteten Militärdienst, muss der Arzt den Gesundheitsschaden der Militärversicherung melden. Bei der Invalidenversicherung besteht neu ein Melderecht ab 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Früherfassung.

Berichte und Abrechnung im UVG

Wenn ein Arbeitgeber oder eine verunfallte Person einen Unfall melden, dann übergeben sie das Arzzeugnis-Formular aus der Bagatellunfall-Meldung oder die Unfallmeldung ihres UVG-Versicherers der behandelnden Ärztin. Diese füllt den medizinischen Teil aus und leitet die Unterlagen an den Versicherer weiter.

Im Unterschied zum KVG gibt es im Unfallversicherungsgesetz (UVG) keinen gesetzlich definierten Vertrauensarzt. Dennoch sollte der Arzt nach Auffassung der FMH in Ausnahmefällen medizinisch heikle Informationen, deren Beurteilung ärztliches Wissen benötigt, an den Kreisarzt der SUVA bzw. an den beratenden Arzt des privaten UVG-Versicherers adressieren können. Dieser soll eine Triage vornehmen und die Informationen soweit möglich filtern.

Auch gemäss UVG muss die Ärztin dem Versicherer eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Sie muss ebenfalls alle Angaben machen, die der Versicherer benötigt, um die Leistungsansprüche zu beurteilen. Weil der Unfallversicherer sowohl die Behandlung wie auch Tagelder und Renten bezahlt, und weil das UVG eine kausale Versicherung ist, benötigt der Unfallversicherer oft mehr Informationen als eine Krankenkasse.

Der Unfallversicherer bezahlt die Rechnung des Leistungserbringers direkt; für den Versicherten gibt es weder Selbstbehalt noch Franchise.

120 Vgl. Robert Gmür, Ärztliches Berufsgeheimnis und Inkasso von Honorarforderungen, SÄZ 34/2004; S. 1758 – 62.

Berichte und Abrechnung im MVG

Wenn ein Arzt eine Gesundheitsschädigung behandelt, die möglicherweise im Zusammenhang mit einem geleisteten Militärdienst steht, so muss er diese gemäss Militärversicherungsgesetz der SUVA melden. Kommt ein Arzt dieser Meldepflicht nicht nach, haftet er für die Folgen.

Auch das MVG kennt keinen gesetzlich definierten Vertrauensarzt – es gilt sinngemäss das selbe wie im UVG. Die Rechnung des Leistungserbringers wird von der SUVA bezahlt; für den Versicherten gibt es weder Franchise noch Selbstbehalt.

Berichte und Abrechnung im IVG¹²¹

Seit Januar 2008 gibt es im Rahmen der 5. IV-Revision ab 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit die Möglichkeit der sogenannten Früherkennung und von Frühintegrationsmassnahmen. Damit soll der Arbeitsplatzverlust verhindert werden. Zur Abklärung einer Frühintegration kann sich der Versicherte selbst melden; die Meldung kann aber auch durch Dritte, etwa den Arzt, die Arbeitgeberin oder den Taggeldversicherer erfolgen – auch gegen den Willen des Arbeitnehmers.

Künftig müssen die Versicherten schon im Hinblick auf die Frühintegrationsmassnahmen die Ärzte nicht nur ermächtigen, Auskünfte zu erteilen, sondern auch «alle Unterlagen zur Verfügung stellen, die für die Abklärung im Rahmen der Früherfassung erforderlich sind».¹²²

Von der Meldung zur Frühintegration zu unterscheiden ist die formelle Anmeldung für Integrationsmassnahmen, sobald die betroffene Person «von Invalidität bedroht» ist. Für Umschulungsmassnahmen reicht in Zukunft eine prognostizierte Erwerbsunfähigkeit von 20 %.

Neu ist es Aufgabe des RAD-Arztbes, die verbleibende Arbeitsfähigkeit zuhauenden der IV festzustellen.

Obwohl die Erwerbsunfähigkeit, die Zumutbarkeit und der Rentenanspruch im ATSG und im IVG bereits sachgerecht definiert worden waren, haben Bundesrat und Parlament diese Definitionen mit der 5. IV-Revision umgeschrieben und verschärft. Konkret gibt es folgende Neuerungen:

- Gemäss ATSG ist die Erwerbsunfähigkeit der ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wobei die Erwerbsunfähigkeit durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursacht wird und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibt.¹²³ Das gilt bisher und auch in Zukunft. Neu ist das ATSG um folgenden Absatz ergänzt: «Für die Beurteilung

des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.» Diese Änderung gilt für alle Sozialversicherungen, also auch für das UVG und das MVG.

- Der Invaliditätsbegriff im ATSG, der für alle Sozialversicherungsgesetze gilt, bleibt zwar gleich.¹²⁴ Aber die Zumutbarkeit von Eingliederungsmassnahmen wird mit der 5. IVG-Revision schärfer definiert: «Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind.»¹²⁵ Diese Änderung gilt nur im IVG, also nicht im UVG und im MVG.
- Ebenfalls verschärft werden die Kriterien für den Rentenanspruch. Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind oder nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.¹²⁶ Auch diese Änderung gilt nur im IVG.

Die Rechnung für medizinische Eingliederungsmassnahmen wie auch für die Arztberichte werden direkt an die auftraggebende IV-Stelle gerichtet. Der Versicherte zahlt weder Franchise noch Selbstbehalt.

6.9 Zeugnisse und Berichte an Pensionskassen und Lebensversicherungen

Im überobligatorischen Bereich können die Pensionskassen Versicherungsvorbehalte machen. Sie müssen aber den bisherigen Vorsorge-schutz garantieren. Die Lebensversicherung ist eine Privatversicherung; sie basiert damit auf dem Prinzip der Vertragsfreiheit und der Informationssymmetrie.

Pensionskassen

Pensionskassen müssen das Freizügigkeitsgesetz in der beruflichen Vorsorge respektieren: Der bisher erworbene Vorsorgeschutz bleibt auch beim Stellenwechsel garantiert – auch der überobligatorische. Das bedeutet,

121 Vgl. zur 5. IV-Revision die Beiträge von S. Ritzler, 5. IVG-Revision: neue Instrumente fördern die Eingliederung, Schweiz. Ärztezeitung 8/2008; S. 310f, sowie Hanspeter Kuhn, Zuckerbrot und..., Schweiz. Ärztezeitung 8/2008; S. 312 – 16.

122 Art. 3c Abs. 3 IVG.

123 Art. 7 Abs. 2 (neu) ATSG.

124 Art. 8 ATSG.

125 Art. 7a (neu) IVG.

126 Art. 28 (neu) IVG. Das Parlament wollte zwar explizit nicht die Rentenansprüche von psychisch Kranken verhindern (deren Zustand ja typischerweise lange oder immer instabil ist) – offen bleibt aber, weshalb dann die Definition überhaupt geändert wurde.

dass trotz überobligatorischer Versicherung dann keine Gesundheitsfragen gestellt werden dürfen, wenn die versicherten Pensionskassenleistungen an der vorherigen Stelle gleich gut waren wie an der neuen.¹²⁷ Auch genetische Untersuchungen dürfen nicht verlangt werden. Der Versicherte darf auch nicht nach Ergebnissen früher durchgeführter genetischer Untersuchungen fragen (vgl. Kap. 4.1).

Berichte an die Pensionskasse werden an den vertrauensärztlichen Dienst der Pensionskasse adressiert.¹²⁸

Lebensversicherungen

Aus Effizienzgründen lässt der Lebensversicherer das Berichtsformular in der Regel durch die behandelnde Ärztin ausfüllen; er kann aber auch die Untersuchung und Berichterstattung durch einen bisher nicht an der Behandlung beteiligten Arzt veranlassen.

Das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) begrenzt die Informationsrechte des Lebensversicherers im Bereich der genetischen Untersuchungen: Versicherungseinrichtungen dürfen als Voraussetzung für die Begründung eines Versicherungsverhältnisses weder präsymptomatische noch pränatale genetische Untersuchungen verlangen.¹²⁹ Bei Versicherungssummen bis höchstens 400 000 Franken dürfen sie auch nicht nach durchgeführten genetischen Untersuchungen fragen (vgl. Kap. 4.1).

6.10 Zeugnisse und Berichte im Asylverfahren

Zeugnisse und Berichte im Asylbereich werden dann verlangt, wenn es um den Nachweis von Folter oder um die Frage geht, ob ein abgewiesener Asylbewerber aus medizinischen Gründen nicht ins Herkunftsland zurückgeschafft werden kann.

In Asylverfahren ist die Situation zwischen der Ärztin und der zuständigen Asylbehörde aus strukturellen Gründen oft nicht einfach: Das Bundesamt für Migration (BFM, früher BFF) und die Asylrekurskommission haben keinen vertrauensärztlichen Dienst, und sie geben selten Gutach-

ten in Auftrag. In der Regel verfassen die behandelnden Ärzte entweder im Auftrag ihrer Patientin oder der Behörden Berichte¹³⁰, die dem Asylrichter bzw. dem BFM als einzige medizinische Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stehen. Für Arztberichte im Asylverfahren gelten folgende Empfehlungen:¹³¹

- «Arztberichte im Asylverfahren sollen u. E. das Hauptgewicht darauf legen, aktuelle Befunde möglichst präzise und fachlich korrekt zu beschreiben. Abgeleitet aus dieser syndromalen Beschreibung der Befunde können entsprechende Diagnosen nachvollziehbar gestellt werden. Wenn Krankheiten diagnostiziert werden, sollen Angaben über die nötige Behandlung hinzugefügt werden. Die anamnestischen Angaben sind ohne Wertung und ohne weiteren Kommentar als Aussagen des Gesuchstellers wiederzugeben. Auf spekulative Äusserungen zu kausalen Verknüpfungen soll verzichtet werden. Allenfalls muss die nicht weiter abgestufte Aussage genügen, die erhobenen Befunde seien vereinbar mit den vorgebrachten anamnestischen Angaben.
- Falls eine Post-Traumatische Belastungs-Störung vorliegt, soll dieses klar und deutlich festgestellt werden. Mit der Diagnosestellung ist automatisch ebenfalls ausgesagt, dass ein Trauma stattgefunden hat. Wie, wann und unter welchen Umständen dieses Trauma vorgefallen ist, stellt der behandelnde Arzt im Rahmen der Therapie mit für ihn genügender Sicherheit anhand des Inhalts von Intrusionen und Alpträumen problemlos fest. Dass dies für das BFM keine rechtsgenügende Beweiskraft haben kann, gehört zu den Realitäten des Asylverfahrens.»

Oftmals fordert die Asylbehörde die Asylbewerberin auf, Arztberichte auf eigene Kosten in Auftrag zu geben. Nach den allgemeinen Verwaltungsrechtsgrundsätzen müssten die Behörde medizinische Fragen von Amtes wegen abklären und auch die Kosten für die notwendigen Arztberichte übernehmen. Dies müssten aber die Asylbewerber vor dem Asylrichter durchfechten.

127 Art. 14 Freizügigkeitsgesetz in der beruflichen Vorsorge: «Der Vorsorgeschutz, der mit den eingebrachten Austrittsleistungen erworben wird, darf nicht durch einen neuen gesundheitlichen Vorbehalt geschmälert werden. Die bei der früheren Vorsorgeeinrichtung abgelaufene Zeit eines Vorbehalts ist auf die neue Vorbehaltsdauer anzurechnen. Für die Versicherten günstigere Bedingungen der neuen Vorsorgeeinrichtung gehen vor.»

128 Art. 3 Freizügigkeitsverordnung (SR 831.425): «Bei Stellenwechsel dürfen medizinische Angaben (d.h. bestehende Vorbehalte und Vorbehaltsdauer) der bisherigen Vorsorgeeinrichtung nur von deren vertrauensärztlichem Dienst demjenigen der neuen Vorsorgeeinrichtung übermittelt werden. Dazu bedarf es überdies der Einwilligung des Versicherten.» Vgl. auch Anhang 4 zur FMH-Standesordnung (Richtlinie für arbeitsmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte) von 1998.

129 Art. 26 GUMG.

130 Das Berichtsformular kann von der Website des BFM heruntergeladen werden, www.bfm.admin.ch

131 Zit. nach: Thomas Maier, Arztberichte im Asylverfahren, SÄZ 6/2006; S. 225 – 29.



7. Der Arzt als Gutachter

7.1 Allgemeines zum ärztlichen Gutachten

Ist der Arzt als Gutachter tätig, steht die Wahrheitsfindung im Vordergrund, nicht die Therapie. Er vertritt damit nicht primär die Interessen des Patienten, sondern er muss die gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantworten.

Versicherungen sind zur Abklärung ihrer Leistungspflicht oft auf medizinisches Expertenwissen angewiesen, ebenso die Gerichte für die Beurteilung von Rechtsstreitigkeiten. Dabei geht es insbesondere um Fragen bezüglich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden, um die konkrete Arbeitsunfähigkeit des Patienten, um die Ermittlung des Integritätsschadens¹³² oder um die Frage, ob ärztliche Behandlungsfehler einen Gesundheitsschaden verursacht haben.

Zwischen dem Besteller des Gutachtens und dem Gutachter besteht ein Auftragsverhältnis. Die Expertin muss den Auftrag selbst und sorgfältig ausführen. Dies ist nicht nur hinsichtlich der erwarteten Fachkompetenz bedeutend, sondern auch im Zusammenhang mit möglichen Ablehnungsgründen beim einvernehmlichen Gutachten. Der Gutachter hat Anspruch auf ein Honorar, das vorgängig vereinbart werden sollte.

Da die Gutachterin für die Beurteilung der gestellten Fragen kompetent sein muss, drängt es sich unter Umständen auf, von Beginn weg ein Expertenteam aus verschiedenen Fachrichtungen einzusetzen. Möchte ein Gutachter aufgrund seiner vertieften Analyse weitere Fachpersonen beziehen, soll er dies mit dem Auftraggeber absprechen.

Die Gutachterin muss unbefangen sein. Sie darf deshalb mit Personen, die am Verfahren beteiligt sind, weder befreundet noch verfeindet oder verwandt sein. Auch darf sie zuvor nicht in den Fall involviert gewesen sein, sei es als behandelnde Ärztin oder als Gutachterin. Sich zu kennen bedeutet noch nicht zwangsläufig den Verlust der Unbefangenheit, kann aber den entsprechenden Anschein erwecken. Wer Gründe kennt, die bei einer Partei Zweifel an der Unbefangenheit wecken könnten, tut gut daran, die entsprechenden Zusammenhänge vor Annahme des Auftrages offenzulegen.

Der Gutachter bereitet sich aufgrund der Akten auf die zielgerichtete Untersuchung des Exploranden vor und nimmt sich auch für diese genügend Zeit. Er informiert den Exploranden darüber, dass er einen nicht-therapeutischen Auftrag wahrnimmt. Erwartet wird, dass sich der Experte als Fachspezialist unvoreingenommen mit dem medizinischen Sachverhalt auseinandersetzt, diesen aufgrund seines Fachwissens und seiner Erfahrung beurteilt und die entsprechenden Schlussfolgerungen zieht.

¹³² Dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität.

Das Gutachten soll der Fall- resp. der Streiterledigung dienen. Daher muss es klar, vollständig und schlüssig sein. Für den Beweiswert ist entscheidend, dass das Gutachten für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und dass die Schlussfolgerungen der Expertin begründet sind.

Trotz seiner grossen Verantwortung ist der medizinische Gutachter kein Richter. Wichtig ist, dass er sich an die relevante Terminologie hält und nicht vermeintlich gleichbedeutende Begriffe aus andern Gebieten – insbesondere rechtsspezifische Begriffe – in seine Schlussfolgerungen einbettet. So hat sich der Arzt wohl zur Arbeitsunfähigkeit, nicht jedoch zur Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität zu äussern. Er macht auch nicht Aussagen zur adäquaten Kausalität oder zum Verschulden im Behandlungsfehlergutachten. Erwünscht ist auch eine allgemein verständliche Sprache, welche frei ist von diskriminierenden Äusserungen.

Das Gutachten sollte klar strukturiert sein und angeben, auf welche Elemente sich der Gutachter stützt (Dokumente, Befragung, Bildgebung, Untersuchung, Fachliteratur, etc.). Der Unterschied zwischen Tatsachen und Parteiaussagen muss zum Ausdruck kommen, etwa durch indirekte Rede. Wiederholungen oder Zusammenfassungen am Schluss sollten vermieden werden: Meist sind sie nicht identisch formuliert, schaden der Übersichtlichkeit und sind Anlass für neue Differenzen zwischen den Parteien.

7.2 Ärztliche Gutachten für die Sozialversicherung

Um abzuklären, ob eine Person berechtigt ist, Leistungen der Sozialversicherung, etwa der IV, zu erhalten, muss die Sozialversicherung Auskünfte einholen.

Die Sozialversicherer müssen den relevanten Sachverhalt von Amtes wegen abklären. Der Versicherte muss sich nötigenfalls untersuchen oder begutachten lassen. Tut er dies nicht, so kann der Versicherer auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nicht-eintreten beschliessen.

Braucht es ein Gutachten, gibt der Versicherer dem Versicherten den Namen der Gutachterin bekannt. Der Versicherte kann die Gutachterin aus triftigen Gründen ablehnen, und er kann Gegenvorschläge machen. Oft muss die Gutachterin zu Kausalitätsfragen Stellung nehmen. Am Beispiel der Unfallversicherung lässt sich zeigen, was damit gemeint ist:

Zunächst wird gefragt, ob ein Schaden vorliegt – und ob er die natürliche Folge eines Unfalles ist (natürliche Kausalität); es muss geklärt werden, ob ohne diesen Umstand der Schaden nicht, nicht in der gleichen Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre.¹³³

Zusätzlich wird ein adäquater Kausalzusammenhang verlangt, um Leistungen der Unfallversicherung auszurichten. Es muss also geklärt werden, ob der Schaden nicht nur im Einzelfall, sondern auch im gewöhnlichen Lauf der Dinge eintreten würde. Der adäquate Kausalzusammenhang ist zwar eine Rechtsfrage, die nicht vom Gutachter zu entscheiden ist. Die RichterIn ist aber zur Beurteilung auch auf ärztliche Angaben angewiesen. Wie üblich, erwartungsgemäss oder aber wie selten ist der beobachtete Verlauf aus medizinischer Sicht?

Im Sozialversicherungsrecht gilt generell der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Überwiegend wahrscheinlich ist ein bestimmter Sachverhalt, wenn der entsprechenden Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen. Soweit zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden ist, gilt derjenige Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich, der sich am ehesten zugetragen hat.

133 Zit. nach: Ulrich Meyer, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, SÄZ 26/1990; S. 1090 – 94.



8. Rechenschaftspflicht des Arztes

8.1 Einsichts- und Kopienrechte des Patienten an der Krankengeschichte

Das Datenschutzgesetz des Bundes (DSG) regelt die Auskunfts- und Kopierrechte des Patienten: Grundsätzlich hat der Patient den Anspruch auf eine Gratiskopie der ganzen Krankengeschichte. In öffentlichen Institutionen kann es Abweichungen geben.

Einsichts- und Kopienrechte des Patienten in der Arztpraxis und im Privatspital

Der Patient hat grundsätzlich den Anspruch auf eine Gratiskopie der ganzen Krankengeschichte.¹³⁴ Es gibt die folgenden Ausnahmen:

- Die Ärztin *muss* in der Kopie Angaben abdecken, die von Dritten – vor allem von Angehörigen – stammen, solange diese nicht eingewilligt haben, dass der Patient die Information erhält. Die Patientin kann grundsätzlich auch Austrittsberichte und Überweisungsberichte herausverlangen, denn sie sind Teil der Krankengeschichte (KG) des Arztes, der sie erhalten hat. Es ist allerdings sinnvoll, die Patientin aufzufordern, solche Berichte direkt beim absendenden Arzt zu verlangen. Denn nur so kann der Arzt, der den Bericht geschrieben hat, auch prüfen, ob er sich auf fremdanamnestic Angaben stützte, die er gegenüber der Patientin geheim halten muss.
- Die Ärztin *darf* Angaben abdecken, an deren Geheimhaltung sie ein überwiegendes eigenes Interesse hat. Praktisch geht es dabei nur um Einträge, mit denen sie sich sozusagen «Luft» gemacht hat, und die eigentlich gar nicht in die KG gehörten.

Der Patient hat keinen Anspruch auf das Original; das DSG gibt ihm nur das Recht auf eine Kopie. Wenn die Patientin ihren Wohnsitz verlegt und nicht mit Behandlungsfehlerfragen oder anderen Streitigkeiten gerechnet werden muss, kann die Herausgabe des Originals gegen Quitting Sinn machen.¹³⁵

Das DSG hält fest, dass die Kopien grundsätzlich gratis gemacht werden. Der Arzt darf nur dann einen Unkostenbeitrag verlangen, wenn der Kopieraufwand sehr hoch ist. Zudem muss er dem Patienten vorgängig

¹³⁴ Art. 8 DSG.

¹³⁵ Vgl. die Mustervorlagen auf der Website des FMH-Rechtsdienstes.

mitteilen, dass und wieviel er verlangen will. Der FMH-Rechtsdienst empfiehlt, die KG-Kopie gratis zu erstellen, zumal nur wenige Patienten eine KG-Kopie verlangen.

Röntgenaufnahmen zu kopieren ist hingegen teuer. Die Standardempfehlung auch der Haftpflichtversicherer lautet deshalb, sie der Patientin im Original mit Verzeichnis und gegen Quittung zur Verfügung zu stellen. Immer öfter werden die Röntgeninformationen digital aufbewahrt und wird dem Patient auf Wunsch ein Datenträger (CD) erstellt.

Einsichts- und Kopierenrecht des Patienten im öffentlichen Spital und Heim

Die Kantone können die Einsichts- und Kopierfragen an der KG im öffentlichen Spital und Heim selbst regeln. So verlangen verschiedene kantonale Spitalgesetze, dass der Patient etwas für die Kopie bezahlt.

Grundsätzliche Unterschiede zum Einsichts- und Kopierenrecht darf es hingegen für die öffentlichen Spitäler und Heime kaum geben, weil die revidierte Bundesverfassung von 1999 für die ganze Schweiz den Grundsatz der informationellen Selbstbestimmung vorschreibt.¹³⁶ Dieser verlangt Transparenz für Bürgerinnen und Bürger.

Einsichts- und Kopierrechte in die KG von verstorbenen Patienten

Das Patientengeheimnis ist grundsätzlich auch über den Tod hinaus zu wahren. Dies ergibt sich aus dem Berufsgeheimnis im Strafgesetzbuch; das Prinzip gilt auch für die öffentlichen Spitäler und Heime. Wenn Angehörige eine KG-Kopie möchten, muss man deshalb nachfragen und differenzieren. Wenn es beispielsweise um die Abklärung eines möglichen Behandlungsfehlers geht oder um die Frage, ob die Verstorbene noch urteilsfähig war, als sie ein Testament gemacht hatte, liegen Gründe vor, um eine Kopie der KG bzw. Auszüge mit den relevanten Informationen zu erhalten.

Wenn die KG eines Verstorbenen heikle Informationen enthält, kann es sinnvoll sein, mit den Angehörigen oder im Streitfall mit dem Kantonsarzt festzulegen, welcher unbeteiligte Arzt die KG im Hinblick auf die konkrete Fragestellung absuchen soll; dieser wird in einer allfälligen Kopie an Angehörige die nicht relevanten Informationen abdecken.

8.2 Der unzufriedene Patient

Wie kann eine Ärztin einen Patienten beraten, der mit einer Behandlung nicht zufrieden ist? Es gibt verschiedene Wege und Institutionen mit je spezifischen Zuständigkeiten und Vor- und Nachteilen.

Jede kantonale Ärztegesellschaft hat eine Ombudsperson eingesetzt, die vermitteln kann. Bei vermuteten Verstössen gegen das FMH-Standesrecht kann sich die Patientin an die zuständige Standeskommission wenden. Zuständig ist je nach Basismitgliedschaft des betroffenen Arztes die Standeskommission der kantonalen Ärztegesellschaft, des VSAO oder des VLSS. Die grösseren öffentlichen Spitäler führen zudem je eine eigene Stelle für Patientenbeschwerden.

Patienten können sich mit ihren Beschwerden auch an die Kantonsärztin bzw. die kantonale Gesundheitsdirektion wenden. Je nach Kanton gibt es besondere Schlichtungs- oder Untersuchungsgremien, an welche die Gesundheitsdirektion verweisen wird.

Behandlungsfehlerfragen

Wenn ein Patient gegenüber der Ärztin vermutet, dass ein Untersuchungs- oder Behandlungsfehler unterlaufen ist, so vereinbart die Ärztin mit ihm am besten einen Termin ausserhalb der Sprechstundenzeit, um die Situation in Ruhe zu besprechen. Der Spitalarzt wird mit seinem Vorgesetzten eine Standortbestimmung vornehmen, denn mögliche Behandlungsfehler mit Kostenfolgen sind immer auch Chefsache. Der FMH-Rechtsdienst empfiehlt, sofort ein Gedächtnisprotokoll der Behandlung zu verfassen.

Ist die Patientin mit den Erklärungen nicht zufrieden und macht Schadenersatzansprüche geltend, so ist die Haftpflichtversicherung zu informieren, auch wenn der Arzt nicht von einem Fehler ausgeht. Hierfür ist eine Entbindung vom Arztgeheimnis nötig.¹³⁷ Wer die Meldung an die Haftpflichtversicherung macht, gesteht damit noch nicht einen Fehler ein.

Die Ärztin kann dem Patienten allenfalls aufzeigen, an wen er sich für eine weitere Beratung oder Zweitmeinung wenden kann. Je nach Region gibt es auch gut funktionierende Patientenorganisationen, die erste Abklärungen vornehmen.

Bestätigt sich die Vermutung des Patienten über einen Behandlungsfehler, wird er in der Regel mit Hilfe einer spezialisierten Anwältin eine Lösung mit der Haftpflichtversicherung des Arztes bzw. des Spitals suchen. In klaren Fällen kann man den Fall direkt regeln; in unklaren Fällen wird ein medizinisches Gutachten nötig sein.

136 Art. 13 Bundesverfassung.

137 Die Entbindung durch den Patienten genügt selbstverständlich.

Strafrichter

Bei gravierenden Verstössen, beispielsweise einer groben Missachtung des Patientengeheimnisses oder sexuellen Übergriffen, kann es sich aufdrängen, den Untersuchungsrichter einzuschalten. Der betroffene Patient kann sich zwar im Strafverfahren als Zivilkläger einbringen, aber er hat nur beschränkten Einfluss auf das Verfahren; er ist sozusagen mehr Objekt als Subjekt des Strafprozesses.

Gutachterstelle der FMH

Die FMH führt eine aussergerichtliche Gutachterstelle, welche unter bestimmten Voraussetzungen Behandlungsfehlergutachten organisiert. Bedingung ist, dass eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass der Patient durch einen Diagnose- oder Behandlungsfehler einen erheblichen Gesundheitsschaden erlitten hat, und dass er deswegen noch kein Gericht angerufen hat. Das Verfahren ist reglementiert und für die Parteien transparent. Die FMH hat diesbezüglich aber kein Monopol; die Parteien können stattdessen Gutachter direkt suchen und beauftragen. Nur selten müssen Behandlungsfehlerfragen von der staatlichen Richterin entschieden werden.

Es empfiehlt sich bei Gutachten, die nicht durch die FMH-Gutachterstelle erarbeitet werden, mit dem Auftraggeber einen Kostenrahmen zu vereinbaren.

8.3 Haftung des Arztes im Zivil- und Strafrecht

Der Arzt ist gegenüber der Patientin verpflichtet, mit seinem Wissen und Können darauf hinzuwirken, die gewünschte gesundheitliche Verbesserung zu erreichen. Er haftet aber nicht dafür, dass die Behandlung erfolgreich ist und muss einen bestimmten Erfolg auch nicht garantieren.

Gemäss Rechtsprechung muss die Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen. Der Arzt hat Kranke stets fachgerecht zu behandeln. Zum Schutze ihres Lebens oder ihrer Gesundheit muss er die gebotene und zumutbare Sorgfalt beachten. Die Ärztin haftet dabei nicht nur für grobe Verstösse, sondern hat grundsätzlich für jede Pflichtverletzung einzustehen. Eine Pflichtverletzung ist gegeben, wenn eine Diagnose, eine Therapie oder ein anderes ärztliches Vorgehen nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und damit ausserhalb der ärztlichen Kunst steht.

Als Fehler gilt allgemein, wenn

- eine nicht indizierte Massnahme vorgenommen wird,
- eine indizierte Massnahme nicht vorgeschlagen oder fehlerhaft durchgeführt wird,
- eine Patientin falsch oder gar nicht instruiert wurde.

Zur ärztlichen Sorgfalt gehört auch die Berücksichtigung der eigenen Grenzen. Der Arzt muss wissen, wann er seine Patientin an einen Kollegen oder an ein anderes Spital zur weiteren Abklärung bzw. Behandlung überweisen muss. Für Behandlungen, welche die eigene fachliche Kompetenz überschreiten, kann eine Haftung aus Übernahmeverschulden resultieren.

Ob eine Sorgfaltspflichtverletzung, also ein Fehler, vorliegt, ist immer nach den Umständen des konkreten Einzelfalles zu beurteilen. Bei der Fehlerfrage geht es darum, ob die Ärztin in der damaligen Situation, aufgrund der vorhandenen Informationen und diagnostischen bzw. therapeutischen Möglichkeiten einen vertretbaren Entscheid gefällt hat. Die Frage, was man rückblickend allenfalls hätte besser machen können, darf somit nicht als Massstab für die Sorgfalt dienen.

Die ärztliche Tätigkeit ist stets mit Gefahren und Risiken verbunden. Eine Ärztin muss deshalb nicht für jene Gefahren und Risiken einstehen, die mit jeder ärztlichen Handlung und mit der Krankheit an sich einhergehen. Stehen für Diagnose und Therapie mehrere anerkannte Möglichkeiten zur Auswahl, so gehört es zum pflichtgemässen Ermessen des Arztes, sich für eine davon zu entscheiden.

Haftpflichtrechtlich relevant sind jene ärztlichen Fehler, die einen Schaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verursacht haben. In haftpflichtrechtlichen Auseinandersetzungen zeigt sich häufig, wie wichtig eine korrekte, rechtzeitige Patientenaufklärung und deren Dokumentation sind. Kann die Ärztin diese nicht beweisen, haftet sie auch für Komplikationen, ohne dass ein Fehler vorliegt – es sei denn, sie kann nachweisen, dass der Patient auch bei gehöriger Aufklärung in den vorgenommenen Eingriff eingewilligt hätte (hypothetische Einwilligung).

Der Arzt im Strafverfahren

Wird gegen Ärzte im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung ein Strafverfahren eröffnet, geht es meistens um fahrlässige Tötung oder fahrlässige Körperverletzung. Solche Strafverfahren sind zum Glück selten, weil sie den betroffenen Patientin oder den Hinterbliebenen kaum Vorteile bringen. Der Patient kann das Strafverfahren nur beschränkt beeinflussen. Die Hürde für eine strafrechtliche Verurteilung von Ärzten ist denn auch deutlich höher als für die Zuspreehung einer Entschädigung an die Patientin im Zivilprozess. Patientinnen wollen in der Regel Schadenersatz für die fehlerhafte Behandlung und nicht die Verurteilung des Arztes durch den Strafrichter.

Für die betroffene Ärztin ist ein Strafverfahren belastend, und es empfiehlt sich, für die Wahrung ihrer Interessen einen eigenen Anwalt auch dann beizuziehen, wenn das Spital selber einen externen Anwalt beauftragt. Die Interessen von Arzt und Spital können im Rahmen eines Strafverfahrens unterschiedlich sein.

Haftpflichtversicherung für Ärzte

Das im September 2007 in Kraft getretene eidgenössische Medizinalberufesgesetz verpflichtet Ärztinnen und Ärzte zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung oder zur Erbringung gleichwertiger Sicherheiten. Auch gemäss FMH-Standesordnung ist für eine hinreichende Versicherung gegen Ansprüche aus beruflicher Haftpflicht zu sorgen. Wer ohne Haftpflichtversicherung praktiziert, verstösst gegen seine Berufspflichten, riskiert seinen eigenen Ruin aufgrund eines Behandlungsfehlers und vereitelt allenfalls berechnete Ansprüche seiner Patienten im Schadensfall.

Grundsätzlich sind alle Risiken, welche in den Versicherungsbedingungen der Police nicht explizit ausgeschlossen sind, versichert. Bei einem Versicherungsverwechsel ist auf eine lückenlose Deckung und bei Praxisaufgabe auf eine genügende Nachdeckung zu achten. Eine Überprüfung des Versicherungsschutzes drängt sich auf bei Ausweitung des Tätigkeitsgebietes oder bei der Anstellung von Ärzten durch den Praxisinhaber. Dabei braucht es in der Regel eine zusätzliche Versicherung auch für Praxisassistenten; hingegen sind die Stellvertreterinnen in der Regel mit der normalen Police versichert.

Die Haftpflichtversicherung deckt nicht nur berechnete Schadenersatz- und Genugtuungsansprüche, sondern wehrt auch unberechnete Ansprüche ab. Sie hat ein Interesse an einer möglichst frühzeitigen Information über geltend gemachte Schadenersatzansprüche; eine entsprechende Anzeigepflicht ist in der Regel vertraglich festgeschrieben.



9. Der Arzt als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber

9.1 Anstellung am Spital oder in der Praxis

Wer sich an einem Spital oder in einer Praxis anstellen lässt, muss sich im Betrieb einordnen. Er genießt im Gegenzug den Schutz der Sozialversicherungen für Arbeitnehmer und braucht keine eigene Berufshaftpflichtversicherung abzuschliessen.

Einordnung in ein Unternehmen

Das Spital haftet als Arbeitgeber gegenüber seinen Vertragspartnern¹³⁸ (Patienten und Lieferanten, etc.) wie auch gegenüber Dritten¹³⁹, vor allem den Angehörigen des Patienten, für eine funktionierende und sichere Unternehmensorganisation, unter anderem für die sorgfältige Auswahl, Instruktion und Überwachung seiner Arbeitnehmer. Das bedeutet:

- Wer als Assistenzärztin im Spital arbeitet, muss sich sowohl fachlich wie organisatorisch den Vorgesetzten unterordnen.
- Der leitende Arzt und die Chefärztin arbeiten zwar fachlich weisungsungebunden; organisatorisch hingegen müssen auch sie sich dem Unternehmen unterordnen.

Zivilrechtliche Haftung des Unternehmens

Primär haftet das Unternehmen, also ein Spital oder eine Gruppenpraxis, für Schadenersatz und Genugtuung für allfällige Behandlungsfehler von Mitarbeitenden. Dennoch ist es für die angestellte Ärztin wichtig, darauf zu achten, dass die Unternehmensleitung die Haftpflichtfälle kompetent und konstruktiv führt. Wird nämlich grundlos Schadenersatz bezahlt, leidet das berufliche Ansehen der angestellten Ärztin unnötig. Wird umgekehrt trotz unterlaufenem Behandlungsfehler und daraus resultierendem Schaden ein Schadenersatz verweigert, riskiert die Ärztin als «Retourkutsche» des frustrierten Patienten eine Strafanzeige.

Bei Strafuntersuchungen gilt hingegen das Prinzip, dass jeder für seine eigenen Fehler einstehen muss. Auch der angestellte Arzt braucht dann eine eigene Strafverteidigerin.

Transparenz und Kontinuität gegenüber Patienten

Die FMH-Standesordnung gilt auch für angestellte Ärzte. Sie verlangt, dass die Patientin weiss, mit wem sie den Behandlungsvertrag abschliesst: Ist sie stationäre Patientin bzw. Poliklinikpatientin des Spitals? Oder schliesst sie im Rahmen der Chefarztsprechstunde einen Behandlungsvertrag mit dem Arzt ab? Auch angestellte Ärzte, insbesondere in Cheffunktion, sollen sich deshalb dafür einsetzen, dass die Telefonbucheinträge, die Informationstafeln im Spital und die Anschriften der Kliniken und Räume sowie die Patientenrechnungen übereinstimmen.

Die Standesordnung verlangt zudem, dass die Kontinuität der Betreuung auch bei angestellten Ärzten soweit als möglich sichergestellt wird.¹⁴⁰

Sozialversicherungen und Steuern

Wer angestellt ist, wird automatisch in einer Reihe von Sozialversicherungen versichert. Dazu gehören die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die berufliche Vorsorgeversicherung, die Unfallversicherung und Arbeitslosenversicherung. Zudem erhält der Angestellte bei Arbeitsunfähigkeiten und bei Abwesenheiten wegen Fortbildung, Militärdienst etc. den Lohn für eine bestimmte Zeit weiterbezahlt.

Weil die Taggeldversicherung für den Krankheitsfall in der Schweiz nicht obligatorisch ist, soll beim Anstellungsgespräch geklärt werden, ob der Arbeitgeber für seine Angestellten eine Taggeldversicherung abschliesst. Wenn er das Lohnfortzahlungsrisiko selbst abdeckt, dauert seine Lohnfortzahlungspflicht nur wenige Wochen, während die Taggeldversicherungen normalerweise bis 720 Tage Arbeitsunfähigkeit übernehmen.

Wer angestellt ist, hat wenig Spielraum für Steuerplanung: Er kann weder Geschäftsauto noch Geschäftsessen an den Steuern abziehen, zahlt die Steuern am Wohnort, und er kann die Steuerbelastung seines Einkommens auch nicht mit gestaffelten Investitionen ins Geschäft und überlegter Abschreibung des Goodwills zwischen verschiedenen Jahren ausgleichen.

138 Art. 101 Obligationenrecht (OR), Haftung für Hilfspersonen.

139 Art. 55 OR, Geschäftsherrenhaftung.

140 Art. 9 FMH-Standesordnung.

9.2 Praxiseröffnung und Praxisübernahme

Vor der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis muss die Praxisbewilligung sichergestellt sein. In einem Übernahmevertrag werden die Bedingungen für die Übernahme festgelegt. Zudem muss der Umgang mit den Krankengeschichten geregelt werden.

Berufsausübungsbewilligung und KVG-Zulassung

Voraussetzung für den Betrieb einer ärztlichen Praxis ist die Berufsausübungsbewilligung (BAB). Sie wird umgangssprachlich auch Praxisbewilligung genannt und ist die gesundheitspolizeiliche Bewilligung der kantonalen Gesundheitsbehörde, welche den Arzt berechtigt, selbständig als Arzt tätig zu sein und damit eine Praxis zu führen.

Eine BAB wird teilweise auch für in Arztpraxen angestellte Ärztinnen verlangt. Die Voraussetzungen sind bisher in den kantonalen Gesundheitsgesetzen geregelt. Seit September 2007 ist das Medizinalberufegesetz (MedBG) in Kraft, mit welchem die Voraussetzungen für die Erteilung einer BAB für selbständig tätige Ärzte neu auf Bundesebene festgehalten sind. Die Umsetzung erfolgt aber weiterhin durch die Kantone.

Mit der BAB ist aber noch nicht sichergestellt, dass ein Arzt oder eine Ärztin Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen kann. Dazu benötigen sie eine KVG-Zulassung. D.h. ein Arzt ohne KVG-Zulassung, der über eine BAB verfügt, kann praktizieren, jedoch lediglich «Selbstzahler» behandeln und Leistungen zu Lasten von Zusatzversicherungen sowie zu Lasten von Militärversicherung, Invalidenversicherung und Unfallversicherung erbringen.

Seit 2002 gilt für Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz ein Zulassungsstopp. 2005 wurde die im Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorgesehene einmalige Verlängerungsoption bis 3. Juli 2008 beschlossen. Im Juni 2008 hat das Parlament den Zulassungsstopp bis 31. Dezember 2009 verlängert und auf die unselbständig tätigen Leistungserbringer ausgedehnt. Mit unselbständigen Leistungserbringern meint das Parlament Gruppenpraxen wie *sos médecins* in Genf, nicht aber die Polikliniken der Spitäler.¹⁴¹ Die Rahmenbedingungen zum Zulassungsstopp sind in einer Verordnung auf Bundesebene geregelt.¹⁴² Die Umsetzung erfolgt durch die Kantone, welche dabei über ein sehr grosses Ermessen verfügen. Anders als die BAB ist die Zulassung auf das Gebiet des ausstellenden Kantons beschränkt.

Unter dem bis Ende 2009 geltenden Zulassungsstopp gibt es zwei Möglichkeiten, um eine Zulassung zu erhalten. Entweder überträgt der Kanton im Rahmen einer Praxisübernahme die Zulassung des Praxisverkäufers

auf den Nachfolger.¹⁴³ Oder es besteht auf einem bestimmten Fachgebiet in einer Region eine Unterversorgung und der Kanton erteilt daher einem interessierten Arzt dieser Fachrichtung eine neue Zulassungsbewilligung.

Wer über BAB und Zulassung verfügt, muss gemäss dem KVG-Rahmenvertrag bei *santésuisse* die ZSR-Nummer (ZSR = Zahlstellenregister) verlangen, um Leistungen an KVG-Patienten abrechnen zu können. Es handelt sich dabei um eine bloss technische Abrechnungsnummer, denn die Krankenversicherer haben beim Zulassungsstopp weder ein Mitspracherecht noch ein Rekursrecht gegen den Entscheid des Kantons. Für die Abrechnung mit der IV braucht es zusätzlich eine sog. NIF-Nummer (*numéro d'identification fournisseur*), die bei der zentralen Ausgleichsstelle bei Bedarf zu beziehen ist.

Praxisübernahme¹⁴⁴

Bei einer Praxisübernahme wird ein Übernahmevertrag abgeschlossen. Dazu muss zunächst der Vertragsgegenstand klar definiert werden, d.h. es muss beiden Vertragsparteien klar sein, was gekauft werden soll. Um dies zu bestimmen, sollte der Praxisinhaber ein Inventar erstellen, das Praxis-einrichtungen, Geräte und Medikamente umfasst.

Für die Festlegung des Kaufpreises kann grob zwischen der Bewertung des Inventars und des sogenannten Goodwills unterschieden werden. Während die Inventarwertschätzung nach objektiven Kriterien erfolgen kann, gibt es für den Goodwill keine Expertenlösung. Hier spielt der Markt. Eine transparente Expertenbewertung kann aber den Parteien als Diskussionsgrundlage dienen und einen Vertragsabschluss erleichtern.

Die Arbeitsverträge mit dem bisherigen Praxispersonal laufen grundsätzlich weiter.¹⁴⁵ Will die Nachfolgerin das bisherige Personal nicht übernehmen, so muss der Verkäufer unter Einhaltung der vertraglichen Kündigungsfristen die Arbeitsverträge vor der Übergabe kündigen. Lehnt das Personal die Weiterbeschäftigung unter dem Nachfolger ab, so kann es das Arbeitsverhältnis unter Einhaltung der gesetzlichen Fristen kündigen. Übernimmt die Nachfolgerin das Personal, so sollte sie prüfen, ob keine Lohnausstände aus der Zeit vor der Übergabe bestehen. Dafür haftet sie nämlich solidarisch mit dem bisherigen Inhaber.

Bei gemieteten Praxisräumlichkeiten ist für die Übertragung des Mietverhältnisses die schriftliche Zustimmung des Vermieters notwendig. Dieser kann aber die Zustimmung nur aus wichtigen Gründen verweigern.¹⁴⁶

141 Vgl. Hanspeter Kuhn, Zulassungsstopp verlängert und auf Gruppenpraxen ausgeweitet, Schweiz. Ärztezeitung 25/2008; S. 1169

142 Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung vom 3. 7. 2002, SR 832.103.

143 Hier verlangen die Kantone regelmässig, dass der nachfolgende Arzt auf dem gleichen Fachgebiet tätig ist wie der Praxisverkäufer.

144 Für die Praxiseröffnung oder die Übernahme einer Praxis stellt die FMH ihren Mitgliedern eine Reihe von Musterverträgen unentgeltlich zur Verfügung. www.fmh.ch > Unsere Dienstleistungen > Recht > Mustervorlagen > Musterverträge.

145 Art. 333 OR.

146 Art. 263 OR.

Bei einer Praxisübergabe endet der Behandlungsvertrag der bisherigen Ärztin. Der Nachfolger muss die Vertragsbeziehung mit den Patienten neu eingehen. Er darf deshalb die Krankengeschichten (KG), die er vom Verkäufer übernimmt, nur mit dem Einverständnis des Patienten einsehen.¹⁴⁷ Transparenz und Sicherheit bietet das sogenannte «2-Schränke-Prinzip». In den ersten Schrank kommen die KGs von Patienten, welche in der einen oder anderen Form der Übergabe ihrer KG zugestimmt haben. In der Regel erfolgt dies, indem die Patienten beim Nachfolger einen Behandlungstermin vereinbaren. Im zweiten Schrank bleiben jene KGs von Patienten, welche noch nicht eingewilligt haben.

Praxis als juristische Person

Mit der Zunahme von Gruppenpraxen steigt das Bedürfnis nach komplexeren Organisationsformen, was mit ein Grund dafür sein dürfte, dass die Frage der Organisation von Arztpraxen als juristische Personen (primär GmbH und AG) immer aktueller wird.

Mit dem KVG wurde im Bundesrecht verankert, dass Ärztinnen und Ärzte HMO-Praxen und Einrichtungen für die ambulante Krankenpflege betreiben können.¹⁴⁸ Eine selbständige Tätigkeit aller beteiligten Ärzte wird dort nicht verlangt. Diese Bestimmung geht kantonalem Recht vor. Kantone, welche von den Ärztinnen noch immer die selbständige Tätigkeit auf eigene Rechnung verlangen, verstossen damit gegen Bundesrecht – ein solches faktisches Verbot, die Arztpraxis als juristische Person zu organisieren, scheint heute nicht mehr haltbar.

9.3 Praxisführung

Auch wenn dies für viele Ärzte bei ihrer täglichen Arbeit nicht im Vordergrund steht, ist ein Arzt in der Praxis immer auch Unternehmer.

Freie Arztwahl und Werbung

Auch mit Kontrahierungszwang und zahlreichen Regelungen und Vorschriften bewegt sich die frei praktizierende Ärztin gegenüber den Patienten in einem Markt. Die Patientinnen haben grundsätzlich die freie Arztwahl und können jederzeit ihren behandelnden Arzt wechseln. Ausnahmen von dieser Regel bilden Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl (vgl. Kap. 3.7).

Um sich in diesem Markt möglichst gut zu positionieren, möchten Ärztinnen vermehrt mit Werbung auf sich aufmerksam machen, etwa mit eigenen Websites. Ein eigentliches Anpreisen von medizinischen Leistungen,

147 Mit den Krankengeschichten (KGs) übernimmt der neue Praxisinhaber auch die Aufbewahrungspflicht für die KGs.

148 Art. 36 und Art. 36a KVG.

welche nur im Krankheitsfall benötigt werden und welche von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet werden, ist jedoch problematisch. Mit der Inkraftsetzung des Medizinalberufegesetzes MedBG wurde der Grundsatz verankert, dass Ärzte nur Werbung machen dürfen, die objektiv ist, dem öffentlichen Bedürfnis entspricht und weder irreführend noch aufdringlich ist.¹⁴⁹ Ob die heutigen Vorschriften der Kantone weiterhin Geltung haben werden, ist noch offen. Für die FMH-Mitglieder enthält die FMH-Richtlinie «Information und Werbung» zusätzlich einige standesrechtliche Grundsätze für die Arztwerbung.¹⁵⁰ Deren Umsetzung und Konkretisierung erfolgt durch die kantonalen Ärztegesellschaften.

Stellvertretung¹⁵¹

Die bisherigen kantonalen Regelungen zu den Anforderungen an Praxisstellvertreter sind uneinheitlich und zuweilen wenig praktikabel. Aus diesem Grund hat die FMH gemeinsam mit Vertretern der Vereinigung der Kantonsärzte einen Regelungsvorschlag skizziert. Dieser enthält zusammengefasst folgende drei Punkte:

- Jede Stellvertreterin soll in der Regel mindestens über ein anerkanntes Arztdiplom verfügen. Ausnahmen bilden hochqualifizierte ausländische Ärzte, die mangels Staatsvertrag ihr Diplom nicht anerkennen lassen können.
- Wer drei Jahre klinische Weiterbildung hat, kann in der Regel ohne Supervision eine Stellvertretung führen. Bei kürzer dauernder klinischer Weiterbildung scheint die Auflage einer sichergestellten Supervision angezeigt.
- Für Stellvertretungen soll kein Weiterbildungstitel verlangt werden.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz hat den Kantonen die Umsetzung dieses Vorschlags empfohlen.

9.4 Pflichten als Arbeitgeber

Stellt ein Arzt weitere Personen in seiner Praxis ein, ist er Arbeitgeber und hat seinen Angestellten gegenüber eine Reihe von Pflichten zu erfüllen.

In der Regel werden alle wichtigen Punkte eines Anstellungsverhältnisses in einem Arbeitsvertrag geregelt.¹⁵² Wenn die beiden Parteien keinen

149 MedBG, Art. 40 lit. d.

150 Anhang 2 der FMH-Standesordnung.

151 Die FMH bietet ihren Mitgliedern einen Mustervertrag sowie Lohnempfehlungen für Praxisstellvertretungen an.
www.fmh.ch > Unsere Dienstleistungen > Recht > Mustervorlagen > Musterverträge.

152 Die FMH stellt ihren Mitgliedern Musterarbeitsverträge zur Verfügung. Diese sind zwar nicht obligatorische Gesamtarbeitsverträge. Die FMH empfiehlt aber ihre Benützung.
www.fmh.ch > Unsere Dienstleistungen > Recht > Mustervorlagen > Musterverträge.

Arbeitsvertrag unterschrieben haben, ist für das Arbeitsverhältnis das Obligationenrecht (OR) bestimmend. Das OR ist ebenfalls anwendbar, wenn der Arbeitsvertrag gewisse Punkte nicht regelt. Die nachfolgenden Ausführungen beschreiben die Bestimmungen des OR.

Lohnzahlung im Krankheitsfall

Kann ein Arbeitnehmer wegen einer Krankheit oder eines Unfalls nicht arbeiten und hat die Arbeitgeberin keine Taggeldversicherung abgeschlossen, so muss die Arbeitgeberin im ersten Dienstjahr den Lohn während 3 Wochen bezahlen, danach während eines angemessenen längeren Zeitraums.¹⁵³ Um diesen angemessenen Zeitraum zu bestimmen, haben die Gerichte verschiedener Kantone eine Praxis entwickelt. Viele Kantone verwenden die sogenannte Berner-Skala: 1. Dienstjahr: 3 Wochen, 2. Dienstjahr: 1 Monat; 3. und 4. Dienstjahr: 2 Monate Lohnfortzahlung; usw.

Im Allgemeinen bezahlen die Taggeldversicherungen eine Entschädigung während 720 oder 730 Tagen, abzüglich der vorgesehenen Karenzfrist, über einen Zeitraum von gesamthaft 900 Tagen. Während der Karenzfrist muss der Arbeitgeber grundsätzlich den gesamten Lohn bezahlen.

Kündigungsschutz bei Krankheit, Unfall, Militärdienst und Mutterschaft

Kündigungsschutz besteht im Krankheitsfall, bei Unfall, während des Militärdienstes, während der Schwangerschaft und in den 16 Wochen nach der Niederkunft (vgl. Kap. 9.5).¹⁵⁴ Bei ganzer oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit oder eines Unfalls gilt diese Sperrfrist für die Kündigung durch den Arbeitgeber während 30 Tagen im ersten Dienstjahr, 90 Tagen im zweiten bis fünften Dienstjahr und während 180 Tagen ab dem sechsten Dienstjahr. Dabei handelt es sich um Kalender- und nicht um Arbeitstage.

Eine Kündigung während dieser Sperrfrist ist nichtig; der Arbeitgeber muss danach nochmals kündigen. Wenn die Kündigung hingegen vorher erfolgt ist, wird die Kündigungsfrist während der Sperrfrist sistiert und beginnt danach weiterzulaufen.

Auflösung des Arbeitsverhältnisses

Während der Probezeit können beide Parteien den Arbeitsvertrag zu jedem Zeitpunkt kündigen, wobei jedoch eine Kündigungsfrist von sieben Kalendertagen eingehalten werden muss. Die Probezeit darf höchstens drei Monate dauern. Während diesem Zeitraum ist die Arbeitnehmerin vor Kündigungen zur Unzeit (im Fall von Krankheit, Unfall oder Mutterschaft) nicht geschützt.¹⁵⁵

Nach der Probezeit kann der Arbeitsvertrag je auf das Ende eines Monats gekündigt werden, wobei eine Kündigungsfrist von einem Monat im ersten Dienstjahr, zwei Monaten im 2. bis 9. Dienstjahr und 3 Monaten ab dem 10. Dienstjahr einzuhalten ist. Diese Fristen können durch den Arbeitsvertrag geändert werden.¹⁵⁶

Beide Parteien können das Arbeitsverhältnis zu jedem Zeitpunkt «im gegenseitigen Einvernehmen» beenden – also ohne die Kündigungsfristen einzuhalten. In diesem Fall ist die Arbeitnehmerin nicht verpflichtet, bis ans Ende der Kündigungsfrist zu arbeiten, und der Arbeitgeber muss den Lohn für diesen Zeitraum nicht bezahlen.

Ferien

Der Arbeitnehmer hat pro Dienstjahr Anrecht auf mindestens vier Wochen Ferien. Bis zum erfüllten 20. Lebensjahr sind es mindestens fünf Wochen. Mindestens zwei Ferienwochen müssen zusammenhängen.¹⁵⁷ Auch Teilzeitangestellte haben dasselbe Anrecht auf Ferien.

Berufliche Vorsorge

Das Gesetz über die berufliche Vorsorge (BVG) gilt obligatorisch für Arbeitsverhältnisse über drei Monate. Die Risiken «Tod» und «Invalidität» müssen ab dem erfüllten 17. Lebensjahr und die Altersvorsorge ab dem erfüllten 24. Lebensjahr versichert werden. Obligatorisch versichert ist der sogenannte Koordinationslohn, d.h. der AHV-Jahreslohn.

153 OR Art. 324a.

154 OR Art. 336c.

155 OR Art. 335b.

156 OR Art. 335c.

157 OR Art. 329ff.

9.5 Jugendschutz und Mutterschutz

Bei Jugendlichen, Schwangeren und nach der Entbindung gelten besondere Bestimmungen. Als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stehen sie unter einem erhöhten Schutz.

Jugendschutz

Als Jugendliche gelten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bis zum vollendeten 19. Altersjahr und Lehrlinge bis zum vollendeten 20. Altersjahr. Der Arbeitgeber muss auf die Gesundheit der Jugendlichen gebührend Rücksicht nehmen; ihre Arbeitszeit darf nicht mehr als neun Stunden betragen. Gegenüber unmündigen Jugendlichen bestehen zudem besondere Fürsorgepflichten.

Der eidgenössische Gesetzgeber hat vor einiger Zeit beschlossen, das Jugendschutzalter auf 18 Jahre zu senken. Diese Änderung soll mit der künftigen Jugendarbeitsschutzverordnung in Kraft treten. Für Lehrbetriebe im Gesundheits- und Sozialwesen hat das Staatssekretariat für Wirtschaft (seco) eine Globalbewilligung für Nacht- und Sonntagsarbeit Jugendlicher erlassen.

Gesundheitsschutz bei Mutterschaft

Der Arbeitgeber muss schwangere Frauen und stillende Mütter so beschäftigen und ihre Arbeitsbedingungen so gestalten, dass ihre Gesundheit und die Gesundheit des Kindes nicht beeinträchtigt werden.

Schwangere und Stillende dürfen nur mit deren Einverständnis beschäftigt werden. Schwangere können überdies auf blosser Anzeige hin der Arbeit fernbleiben oder diese verlassen, und Stillenden muss der Arbeitgeber die erforderliche Zeit zum Stillen freigeben; diese nicht krankheitsbedingten Absenzen sind jedoch nicht bezahlt – es sei denn, die Schwangere hat ein Arztzeugnis oder es gibt eine besondere Vereinbarung für die Stillende.

Gefährliche und beschwerliche Arbeiten dürfen Schwangere und Stillende nur verrichten, wenn auf Grund einer Risikobeurteilung feststeht, dass dabei keine konkrete gesundheitliche Belastung für Mutter und Kind vorliegt, oder wenn eine solche durch geeignete Schutzmassnahmen ausgeschaltet werden kann.

Für die Arztpraxis von Bedeutung sind insbesondere Arbeiten, bei denen die Schwangeren und Stillenden schädlichen Strahlen, Stoffen oder Mikroorganismen ausgesetzt sein könnten. Hinzu kommen das Bewegen von schweren Lasten sowie Bewegungen und Körperhaltungen, die zu vorzeitiger Ermüdung führen.

Kann der Gefährdung nicht mit Schutzmassnahmen begegnet werden, so muss der Arbeitgeber die schwangere oder stillende Arbeitnehmerin an einen für sie ungefährlichen und gleichwertigen Arbeitsplatz

versetzen. Kann er eine solche Ersatzarbeit nicht zuweisen, so hat die Arbeitnehmerin Anspruch auf 80% des Lohnes. Dies gilt auch, wenn auf ihr Verlangen anstelle von Nacharbeit keine gleichwertige Tagesarbeit angeboten werden kann.

Schwangere und Stillende dürfen nicht über die vereinbarte ordentliche Dauer der täglichen Arbeit hinaus beschäftigt werden und keinesfalls mehr als neun Stunden pro Tag. Schwangere dürfen ab der 8. Woche vor der Niederkunft zwischen 20 Uhr und 6 Uhr nicht beschäftigt werden. In den ersten acht Wochen nach der Niederkunft gilt zudem ein absolutes Beschäftigungsverbot.

Bei krankheitsbedingten Abwesenheiten während der Schwangerschaft richtet sich die Lohnfortzahlungspflicht primär nach dem Arbeitsvertrag, welcher allenfalls eine nicht obligatorische Krankentaggeldversicherung vorsieht. Liegt diesbezüglich keine vertragliche Regelung vor, gilt das Obligationenrecht.

Kündigungsschutz bei Mutterschaft

Nach Ablauf der Probezeit kann der Arbeitgeber einer Arbeitnehmerin während ihrer Schwangerschaft und in den 16 Wochen nach ihrer Niederkunft nicht kündigen. Eine Kündigung während dieser Sperrfrist ist nichtig, d.h. sie gilt als nicht erfolgt. Eine fristlose Kündigung aus wichtigen Gründen bleibt aber weiterhin möglich. Die Arbeitnehmerin ihrerseits kann das Arbeitsverhältnis jederzeit durch Kündigung auflösen.

Arbeitgeber und Arbeitnehmerin können das Arbeitsverhältnis während der Sperrfrist durch eine gegenseitige Vereinbarung auflösen oder neu gestalten (z.B. Reduktion des Beschäftigungsgrades). In diesem Fall gelten keine Fristen, sondern der übereinstimmende Wille der Vertragsparteien. Aus Beweisgründen empfiehlt es sich, solche Vereinbarungen schriftlich zu verfassen.

Mutterschaftsurlaub, Mutterschaftsentschädigung und Ferienentschädigung

Die Arbeitnehmerin hat nach der Niederkunft Anspruch auf einen Mutterschaftsurlaub von mindestens 14 Wochen. Während dieser Zeit erhält sie eine Mutterschaftsentschädigung in der Höhe von 80% des vorher erzielten Einkommens. Sie muss dafür im Zeitpunkt der Geburt angestellt sein. Der Anspruch erlischt, wenn sie vor Ablauf der 98 Tage wieder arbeitet. Der Anspruch wird in der Regel via Arbeitgeber bei der AHV-Ausgleichskasse geltend gemacht.

Die Ferien dürfen vom Arbeitgeber nicht gekürzt werden, wenn eine Arbeitnehmerin wegen Schwangerschaft bis zu zwei Monaten an der Arbeitsleistung verhindert ist oder weil sie die Mutterschaftsentschädigung bezieht.

Anhang

Autorinnen und Autoren

PD Dr. med. Georg Bosshard, MAE, Zürich
Fürsprecher Michael Gerber, Bern
Prof. Dr. med. Bruno Gravier, Prilly
Fürsprecher Christoph Hänggeli, Bern
lic. iur. Dania Ischi-Cepi, Bern
lic. iur. Stephan Kaufmann, Basel
Fürsprecher Hanspeter Kuhn, Bern
lic. theol. Peter Lack, Basel
Dr. med. et med. dent. Michael Mund, Zürich
Fürsprecherin Lucia Rabia, Bern
lic. iur. Valérie Rothhardt, Rechtsanwältin, Bern
Dr. iur. David Rüetschi, Zürich
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Basel
Fürsprecher Simon Stettler, lic. iur., Bern

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. iur. Christian Brückner, Basel
Prof. Dr. iur. Olivier Guillod, Neuchâtel
Prof. Dr. med. Christoph A. Meier, Zürich
Prof. Dr. iur. Ulrich Meyer, Luzern
Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag, Zürich
Prof. Dr. med. Peter Tschudi, Basel

Redaktion

Dr. med. Hermann Amstad, Generalsekretär SAMW, Basel
Mathis Brauchbar, dipl. biol., advocacy AG, Zürich
Fürsprecher Hanspeter Kuhn, stv. Generalsekretär FMH, Bern
lic. iur. Michelle Salathé, stv. Generalsekretärin SAMW, Basel

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) wurde 1943 durch die fünf Medizinischen und die zwei Veterinärmedizinischen Fakultäten sowie die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH gegründet. Hauptaufgabe der unabhängigen Stiftung mit Sitz in Basel war damals – in einer Zeit der kriegsbedingten Isolation der Schweiz – die Forschungs- und Nachwuchsförderung.

Heute setzt die SAMW mit ihren beiden Hauptprogrammen «Medizin und Gesellschaft» und «Medizinische Wissenschaft und Praxis» folgende Schwerpunkte:

- die Klärung ethischer Fragen im Zusammenhang mit medizinischen Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Gesellschaft;
- eine umfassende Reflexion über die Zukunft der Medizin;
- Engagement in der Hochschul-, Wissenschafts- und Bildungspolitik, verbunden mit einer Experten- bzw. Beratungstätigkeit zuhanden von Politik und Behörden;
- die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, insbesondere in der klinischen Forschung;
- die Unterstützung der hohen Forschungsqualität in der biomedizinischen und klinischen Forschung;
- die Verbindung der wissenschaftlichen Medizin mit der Praxis.

Alle diese Aktivitäten beziehen sich primär auf das schweizerische Umfeld, orientieren sich aber stark an den internationalen Entwicklungen. Der internationale Bezug wird gepflegt durch Mitgliedschaft in verschiedenen internationalen Organisationen und die Teilnahme von SAMW-Mitgliedern an internationalen Tagungen im Bereich der biomedizinischen Ethik und Zukunft der Medizin.

Oberstes Organ der Akademie ist der Senat; ihm gehören, neben Ehren-, Einzel- und Korrespondierenden Mitgliedern Vertreter der Medizinischen und Veterinärmedizinischen Fakultäten, der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, der Medizinischen Fachgesellschaften sowie weiterer Organisationen an. Der Senat tritt zweimal jährlich zusammen. Die laufenden Geschäfte werden durch den Vorstand betreut. Der Vollzug und die administrativen Arbeiten obliegen dem Generalsekretariat. Der Bund unterstützt die SAMW aufgrund des Forschungsgesetzes mit jährlichen Subventionen.

FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Die FMH – Foederatio Medicorum Helveticorum – ist die Dachorganisation der Schweizer Ärzteschaft und integriert als solche die verschiedenen Ärzteorganisationen. Gut 90 Prozent der rund 30 000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in diesem Land sind Mitglied der FMH.

Als Berufsorganisation will die FMH eine qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung in der Schweiz gewährleisten. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht für die Ärzteschaft im Zentrum. Die FMH setzt sich deshalb ein für die Wahrung der Gestaltungsfreiheit der Arzt-Patienten-Beziehung und eine unabhängige und befriedigende Berufsausübung. Als einer der Partner im Gesundheitswesen beteiligt sich die FMH aktiv an der Schweizerischen Gesundheitspolitik nach dem Motto «Keine Gesundheitspolitik ohne die FMH».

Die FMH reglementiert und überwacht die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte nach dem Staatsexamen. Sie unterstützt und berät ihre Mitglieder bei sämtlichen Fragen, die die Weiter- und Fortbildung betreffen, sowie in rechtlichen Belangen. Eine wichtige Plattform und Informationsquelle für die Ärzteschaft ist die Schweizerische Ärztezeitung. Es ist das offizielle Organ der FMH und erscheint wöchentlich. Weiter engagiert sich die FMH im Bereich Qualitätsförderung und -sicherung und arbeitet hier vor allem mit den medizinischen Fachgesellschaften und den Tarifpartnern zusammen, d. h. mit den Versicherern und dem Bund. Die FMH betreibt eine aktive Öffentlichkeitsarbeit und unterhält regelmässige Kontakte mit Politikerinnen und Politikern sowie den Medienschaffenden.

Als ordentliche Mitglieder werden bei der FMH Ärztinnen und Ärzte aufgenommen, die ein eidgenössisches oder ein gleichwertiges Arztdiplom besitzen, in der Schweiz eine Tätigkeit im Gesundheitsbereich ausüben und einen guten Leumund haben. Ordentliche Mitglieder erwerben gleichzeitig die Mitgliedschaft in einer der Basisorganisationen. Es sind dies die 24 kantonalen Ärztesellschaften, der Verein der leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) und der Verband der Schweizer Assistenz- und Oberärzte/-ärztinnen (VSAO).

Stichwortverzeichnis

A

Abtreibung (strafloser Schwangerschaftsabbruch) **53**, 81

Akkreditierung **21**

Anstellung am Spital oder in der Praxis **108**

Arbeitgeber **86**, 91, 108, **113**

Arbeitsunfähigkeit **86**, 91, 97

Armeeangehörige **47**

Arzneimittel **18**, 43, 69, 81

Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) 43

Arzt-Patienten-Verhältnis 26

Arztdiplom **14**, 21, 113

Arztgeheimnis 38, **76**, 81, 85, 89, 102, 104

Arztpraxis 14, 27, 38, 76, 101, **110**, 112

Arztwahlfreiheit **41**, 57

Arztzeugnis **84**

Ärzte und Industrie 68, **69**

Asylsuchende 66, **94**

AUF (siehe Arbeitsunfähigkeit)

Aufklärung des Patienten **31**, 35, 105

Auflösung des Arbeitsverhältnisses **114**

Aufbewahrungsfrist **38**

Aus-, Weiter- und Fortbildung **14**

Auskunft an Elternteil 76, 83

Aussergewöhnlicher Todesfall 61, **82**

B

Behandlung von Familienangehörigen 39

Behandlungsfehler 17, 33, 37, 97, 101, 103, **104**

Behandlungsvertrag **26**, 34, 109

Behandlungszwang durch Strafrichter oder Versicherer 64

Beihilfe zum Suizid 57, **60**

Belegarzt **27**, 70

Bericht **84**, 85, 86, 88, 93, 94

Berufliche Vorsorge 94, 115

Berufs- und Kassenzulassung 15

Berufsausübungsbewilligung 15, **110**

Berufsgeheimnis (siehe Arztgeheimnis)

Berufskrankheit 46

Berufspflichten **16**, 28, 106

Betäubungsmittel (siehe Arzneimittel)

Betäubungsmittelmissbrauch, Melderecht bei 83

Betreibung 90

Bevormundung, Folgen für Einwilligung 26, **35**, 54, 63, 83

Bundesamt für Gesundheit (BAG) 19, 20, 51, 55, 74, 81

Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) 24

Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung 53

Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Gewebe und Zellen 55

Bundesgesetz über genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG) 51

Bundesverfassung 8

C

Case Manager 87, 89

Critical Incident Reporting System (CIRS) 22

D

Datenschutz 65, 73, **79**, 87, 88

Datenschutzbeauftragter, Eidg. (früher: EDSB; heute: EDÖB –
Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter) 88

Demenz 59

Dignität 45

Diplomanerkennung, gegenseitige 15

DNA-Profil 52

Dokumentation 28, 29, **33**, 61, 105

Doping 56

DSG Eidg. Datenschutzgesetz **79**, 80, 101

E

Eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK) 19

Eingliederungsmassnahmen **49**, 93

Einsichtsrecht des Patienten in Krankengeschichte 101

Eintrittsuntersuchung 86

Einwilligung 29, **34**, 76, 79, 80, 85, 105

Einsprache des Versicherten 44, 49

Elektronische KG-Führung 37

Elektronischer Datenaustausch 79

Entmündigte 34

Entscheidungsfindung 35

Epidemiengesetz 81

Erwachsenenschutzrecht 35

Erwerbsunfähigkeit **24**, 92, 98

Ethikkommission 22, 73

Europäische Krankenversicherungskarte 39

F

Facharzt 15, 45

Fähigkeitsausweis 15, 45

Fahrtüchtigkeit, mangelnde 83

Familienangehörige, Behandlung von 39

Ferien 115

FMH-Gutachterstelle 104

FMH-Tarifdienst 45

Forschung 22, 51, 68, 71, **72**

Fortbildung **15**, 70

Fortpflanzungsmedizin 53

Franchise 39

Freie Arztwahl 112

Freiheitsbeschränkung 62

Fremdgefährdung 62

Fristenlösung 53

Früherfassung 92

Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) 64

G

Geburtsgebrechen 38

Generika 43

Genetische Untersuchungen **51**, 86, 94

Gesundheitsschaden 48, 97

Grundlagen des Rechts 7

Guidelines 11

GUMG (siehe genetische Untersuchungen)

Gutachten 97, 98

H

Haftpflicht 16, 28, 103, **104**

Heilmittelgesetz 9, **18**, 69, 97

Hirntod 55

HMG (siehe Heilmittelgesetz)

Hundebiss 81

Hungerstreik 65

I

In-vitro-Fertilisation **53**, 74

Industrie 68, **69**

Informationelles Selbstbestimmungsrecht 102

Informed consent **34**, 59, 77

Invalidenversicherung 23, **46**, 92, 98

Invalidität 92

J

Jugendschutz 115

K

Kantonale Gesetzgebung **9**, 17, 27, 37, 63, 72, 77, 82, 102, 110, 113

Kantonale Paritätische Kommission (PVK) 45

Kassenpflichtigkeit 19

KLV (siehe Krankenpflege-Leistungsverordnung)

Kontrahierungszwang 112

Kopierrecht des Patienten an Krankengeschichte 101

Körperschädigung 46

Korruption 69

Kostengutsprache 49

Kostenübernahmeprinzip 40

Krankengeschichte 28, 31, **37**, 65, 80, 101, 111

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) 40

Krankenversicherungsverordnung 21

Krankenpflegeversicherung (siehe Krankenversicherung)

Krankenversicherung 10, 21, **39**, 41, 88, 98, 110

Krankenversicherungsgesetz (KVG) (siehe Krankenversicherung)

Krankheit 24, **40**, 46

Kündigungsschutz bei Krankheit, Unfall und Militärdienst 114

Kündigungsschutz bei Mutterschaft 117

KVG (siehe Krankenversicherung)

KVG-Zulassung **41**, 110

KVV (siehe Krankenversicherungsverordnung)

L

Labor **20**, 21, 41

Lebendorganspende 55

Lebensende **57**, 61

Lebensversicherung 52, **93**

Leichenschau 82

Leistungserbringer im KVG 41

Leistungserbringer im KVG, MVG und IVG 47

Lohnzahlung im Krankheitsfall 114

M

Magistralrezeptur 19

Managed Care 42, 66

Medikamente (siehe Arzneimittel)

Medizinalberufegesetz 9, 14, **16**, 22, 106, 110, 112

Medizinprodukte **18**, 43, 72, 81

Medizinrecht 7

Medizinstudium 14

Meldepflicht 58, **80**, 92

Melderecht **80**, 83, 91

MiGeL (Mittel- und Gegenstände-Liste im KVG) 43

Militärdienst 38, **47**, 81, 92, 109, 114

Militärversicherung **47**, 81

Minderjährige 26, **34**, 72, 78

Misshandlung 66

Mittel und Gegenstände 43

Mutterschaftsurlaub, Mutterschaftsentschädigung und
Ferienentschädigung 117

Mutterschutz 117

Naturalleistungsprinzip in UVG, MVG und IVG 47

Notfalldienst 17

Nothilfpflicht 17

Notstandssituation **77**, 79

O

Obduktion 83

Obligationenrecht (OR) **9**, 27, 77, 108, 114

Off label use **19**, 43

Öffentliches Spital 29

OKP (Obligatorische Krankenpflegeversicherung) (siehe Krankenversicherung)

Ombudsperson 68, **103**

Organisationshaftung 108

Organtransplantation 55

P

PaKoDig (Paritätische Kommission Dignität) 45

Palliative Sedierung 59

Paritätische Interpretationskommission (PIK) 45

Paritätische Kommission Dignität (PaKoDig) 45

Paritätische Tarifkommission (PTK) 45

Paritätische Vertrauenskommission (PVK) **45**, 47

Patientengeheimnis (siehe Arztgeheimnis)

Patientenpflichten 30

Patientensicherheit 37

Patientenverfügung **35**, 55, 59

Pensionskasse 23, 52, 93

Personenfreiheit (mit EU) 15, 39

Pflegeheim	56
Pflichtleistung	40 , 43, 47
PIK (Paritätische Interpretationskommission)	45
Präimplantationsdiagnostik	53
Praxisassistenten	15
Praxisbewilligung	110
Praxisöffnung und Praxisübernahme	110
Praxisführung	112
Privatversicherungen (Zusatzversicherungen)	23 , 52, 88, 110
PTK (Paritätische Tarifkommission)	45
PVK (Paritätische Vertrauenskommission)	45 , 47

Q

Qualitätssicherung	15, 20, 21 , 42, 71
--------------------	----------------------------

R

RAD (Regionaler Ärztlicher Dienst der IV)	92
Reanimation	59
Rechnungsstellung	90 , 91
Rechtsstreitigkeiten	44, 45, 47, 48, 49, 97
Register	15, 71, 111
Rente (siehe Erwerbsunfähigkeit)	
Rettungswesen	17
Rezeptformular	19
Richtlinien	10 , 16, 55, 59, 61, 63, 65, 69
Röntgen	20

S

Schwangerschaftsabbruch	53 , 81
Schwerpunkt	15 , 45
Selbstbehalt	39
Selbstbehandlung des Arztes	39
Selbstbestimmungsrecht des Patienten	8, 26, 34 , 62, 102
Selbstdispensation	19
Selbstgefährdung	62
Selbstverschulden	39
Sexueller Übergriff	104
Sozialversicherungen	23 , 26, 39, 45, 78, 81, 88, 93, 98, 109
Spenderausweis	55

Spezialgesetze	9
Spezialitätenliste	43
Sportmedizin	56
Stammzellenforschung	73
Standeskommission	16, 103
Standesordnung	10 , 16, 27, 38, 56, 76, 84, 106, 109
Stellvertretung	113
Sterbehilfe	9, 57 , 61
Sterilisation	9, 54
Steuern	109
Strafbare Handlungen an Unmündigen	83
Strafverfahren	104
Strafvollzug	65
Strahlenschutz	20
Strassenverkehrsgesetz	83
Suizid, Beihilfe zu	60
SUVA	48 , 91
Swissmedic	19 , 81

T

Taggeld	23, 47, 52, 64, 86, 91, 109, 114
Taggeldversicherer (siehe Taggeld)	
Tarifrecht	44
TarMed	18, 44 , 47
Totenschein	82
Touristen	39
Transplantationsgesetz	9, 55
Trust Center	90

U

UAW (Unerwünschte Arzneimittelwirkung), Meldepflicht bei	81
Übertragbare Krankheiten	8, 81
UKS (Unfallähnliche Körperschädigung)	46
Unfall	24, 46 , 91, 97, 99
Unfallversicherung (siehe Unfall)	
Unlicensed use	18
Unzufriedener Patient	103
Urteilsfähigkeit	26, 34 , 35, 54, 61
Urteilsunfähigkeit (siehe Urteilsfähigkeit)	

V

Verjährung 30

Vertragsfreiheit 24

Verordnung über die klinischen Versuche (VKlin) 72

Vergünstigungen, Weitergabe von 69

Versichertenkarte 36

Versicherungspflicht 39

Versicherungsvorbehalt **24**, 93, 94

Vertrauensarzt 40, **88**, 94

Vorbescheidsverfahren 49

W

Wachkoma 59

Weiterbildung **14**, 18, 21, 45, 51, 113

Werbung 16, **112**

Wissenschaftliche Integrität 68

WZW-Kriterien **40**, 48

Z

Zertifizierung 21

Zeugnis 84, 86, 88, 91, 93, 94

ZSR-Nummer 41, **111**

Zulassungsstopp 47, **110**

Zusatzversicherung (siehe Privatversicherungen)

Zwangsbehandlung (siehe Zwangsmassnahmen)

Zwangsmassnahmen 62
