

2. Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit

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.

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

Im Verlauf der Weiterbildung sind regelmässige Evaluationsgespräche zwischen Weiterbildungern 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 Facharzttitels 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 Facharzttitel 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).

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 medizinischethischen 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 Ärztegesellschaft 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

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.

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.

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 Landesrecht, 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 Heilmittel-gesetz 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, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen; zu den Arzneimitteln gehören auch Blut und Blutprodukte.»¹⁰

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.

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

11 Art. 9 HMG.

12 Art. 26 HMG.

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.

«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 Gruppenpraxis 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.

15 Art. 4 Abs. 1 lit. b HMG

- 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

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/ww/de/pub/awf.htm>

17 Die jeweils geltenden Bestimmungen werden auf der Website der FMH nachgeführt und erläutert: <http://www.fmh.ch/ww/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.»

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.

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.

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.