

Antrag des Regierungsrates vom 6. Februar 2002

3944

Patientenrechtsgesetz

(vom

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in einen Antrag des Regierungsrates vom 6. Februar 2002,

beschliesst:

I. Es wird folgendes Patientenrechtsgesetz erlassen:

Patientenrechtsgesetz

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

§ 1. Dieses Gesetz gilt für Spitäler, Alters- und Pflegeheime und andere stationäre, teilstationäre und ambulante Institutionen des Gesundheitswesens mit öffentlichrechtlicher Trägerschaft oder mit einem wesentliche Bereiche abdeckenden, staatlichen oder kommunalen Leistungs- oder Versorgungsauftrag. Geltungsbereich

Der 3. Abschnitt dieses Gesetzes gilt unter Vorbehalt der Bundesgesetzgebung auch für private Institutionen und Leistungserbringer sowie für Institutionen des Justizvollzuges.

Vorbehalten bleibt die Gesetzgebung über die fürsorgerische Freiheitsentziehung sowie über den Straf- und Massnahmenvollzug.

§ 2. Patientinnen und Patienten sind Personen, die in Institutionen des Gesundheitswesens behandelt werden. Begriffe
1. Patientinnen
und Patienten

§ 3. Als Behandlung gelten alle medizinischen, pflegerischen und betreuenden Massnahmen zur Untersuchung und Therapie. 2. Behandlung

§ 4. Als Bezugspersonen gelten die von urteilsfähigen Patientinnen und Patienten bezeichneten Personen. 3. Bezugspersonen

Wurden von Patientinnen oder Patienten keine Personen bezeichnet, gelten als Bezugspersonen in erster Linie die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner sowie in zweiter Linie nahe Angehörige.

Behandlungs-
grundsätze

§ 5. Die Behandlung richtet sich nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung und soweit möglich nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten.

Die Menschenwürde und die Persönlichkeitsrechte, insbesondere die persönliche Freiheit, sind zu wahren.

Orientierung
der
Bevölkerung

§ 6. Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion orientiert die Bevölkerung periodisch über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten.

Sie kann dazu private Organisationen beiziehen oder ihnen diese Aufgabe übertragen.

Rechtspflege

§ 7. Bei Streitigkeiten über Rechte und Pflichten nach diesem Gesetz erlässt die Institution auf Verlangen eine begründete Verfügung.

Rekursinstanz ist die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion.

Vorbehalten bleibt das besondere Verfahren bei der Anordnung von Zwangsmassnahmen.

2. Abschnitt: Behandlungsverhältnis im Allgemeinen

A. Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung

Aufnahme

§ 8. Über die Aufnahme von Patientinnen und Patienten entscheiden die Institutionen gemäss ihrem Leistungs- und Versorgungsauftrag. Dabei berücksichtigen sie die Beurteilung der einweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Vorbehalten bleiben die Aufnahme- und Beistandspflichten gemäss Gesundheitsgesetz.

Eintritts-
orientierung

§ 9. Die Patientinnen und Patienten, soweit möglich und nötig auch ihre gesetzliche Vertretung und Bezugspersonen, werden in verständlicher Weise über ihre Rechte und Pflichten und über die für sie entstehenden Kosten der Behandlung orientiert sowie in die Organisation und den Tagesablauf der Institution eingeführt.

Den Patientinnen und Patienten werden die Namen und Funktionen der behandelnden Personen bekannt gegeben.

§ 10. Im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten nehmen die Institutionen auf die Wünsche der Patientinnen und Patienten Rücksicht und bieten ihnen angemessen Gelegenheit, vertrauliche Gespräche zu führen.

Besondere Anliegen der Patientinnen und Patienten

§ 11. Die Patientinnen und Patienten haben das Recht, sich durch die eigene Seelsorgerin oder den eigenen Seelsorger oder, falls vorhanden, durch die Spitalseelsorge betreuen zu lassen.

Seelsorge

Die Patientinnen und Patienten werden bei ihrer Aufnahme in die Institution gefragt, ob und welche Seelsorge über ihren Eintritt orientiert werden soll.

Die Seelsorgerinnen und Seelsorger achten den Willen der Patientinnen und Patienten und nehmen auf den Betrieb der Institution Rücksicht.

§ 12. Die Patientinnen und Patienten haben das Recht, während der dafür festgesetzten Zeiten, in besonderen Situationen auch zu den übrigen Zeiten, Besuche zu empfangen.

Besuche

Patientinnen und Patienten können sich Besuche verbitten. Auf ihren Wunsch können Besuchsmöglichkeiten eingeschränkt oder aufgehoben werden.

Aus medizinischen oder betrieblichen Gründen kann das Besuchsrecht eingeschränkt werden.

§ 13. Die Patientinnen und Patienten tragen nach Möglichkeit zu ihrer erfolgreichen Behandlung bei.

Pflichten der Patientinnen und Patienten

Sie haben insbesondere folgende Pflichten:

- a) sie geben den zuständigen Fachpersonen die für die Behandlung notwendige Auskunft,
- b) sie orientieren die behandelnden Personen über bereits erfolgte und vorgesehene Massnahmen und Medikationen,
- c) sie halten sich an die getroffenen Abmachungen,
- d) sie nehmen auf andere Patientinnen und Patienten sowie das Personal Rücksicht,
- e) sie halten sich an die Weisungen des Personals und an die Hausordnung.

Bei schweren Pflichtverletzungen sowie bei Selbst- und Fremdgefährdung können Patientinnen und Patienten aus der sie behandelnden Institution weggewiesen oder in eine geeignete Institution verlegt werden.

Entlassung
und vorzeitiger
Austritt

§ 14. Über die Entlassung entscheiden die zuständigen Ärztinnen und Ärzte nach Anhörung der Patientinnen und Patienten und gegebenenfalls ihrer gesetzlichen Vertretung und Bezugspersonen. Die Nachbetreuung ist gebührend zu berücksichtigen.

Urteilsfähige Patientinnen und Patienten können die Institutionen jederzeit verlassen. Bestehen sie entgegen dem ärztlichen Rat und nach erfolgter Aufklärung über Risiken und mögliche Folgen auf dem vorzeitigen Austritt, bestätigen sie dies mit ihrer Unterschrift. Die Verweigerung der Unterschrift wird dokumentiert.

Der vorzeitige Austritt von nicht urteilsfähigen Patientinnen oder Patienten bedarf der Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertretung. Fehlt eine gesetzliche Vertretung, braucht es die Zustimmung der nachbetreuenden Bezugsperson. Ist die Nachbetreuung nicht gewährleistet, können sich die Ärztinnen und Ärzte zwecks allfälliger Anordnung vormundschaftlicher Massnahmen an die Vormundschaftsbehörden wenden.

B. Aufklärung und Information

Aufklärung

§ 15. Die behandelnden Personen klären im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit Patientinnen und Patienten rechtzeitig, umfassend und in verständlicher Form über die Vor- und Nachteile sowie die Risiken der Behandlung und möglicher Alternativen auf. Sie beantworten Fragen zum Gesundheitszustand und dessen voraussichtlicher Entwicklung.

Bei unmündigen oder entmündigten Patientinnen und Patienten erfolgt diese Aufklärung auch gegenüber der gesetzlichen Vertretung, soweit urteilsfähige Patientinnen oder Patienten dem zustimmen.

Bei nicht urteilsfähigen Patientinnen und Patienten ohne gesetzliche Vertretung steht dieses Recht auf Aufklärung auch den Bezugspersonen zu.

Ausnahmen

§ 16. Eine umfassende Aufklärung unterbleibt, wenn urteilsfähige Patientinnen oder Patienten sich dagegen aussprechen. Sie bestätigen dies mit ihrer Unterschrift.

Eine umfassende Aufklärung kann unterbleiben, wenn Gründe zur Annahme bestehen, dass sie der Patientin oder dem Patienten Schaden zufügen würde. Sie erfolgt aber trotzdem, wenn sie ausdrücklich gewünscht wird.

Ist eine vorgängige Aufklärung nicht möglich, wird sie so bald als möglich nachgeholt.

§ 17. Informationen an Dritte über Patientinnen und Patienten dürfen nur mit ihrem Einverständnis erteilt werden. Informationen an Dritte

Das Einverständnis für Informationen über den Gesundheitszustand an die gesetzliche Vertretung und die Bezugspersonen wird vermutet.

Informationen auf Grund besonderer gesetzlicher Meldepflichten und -rechte oder einer Entbindung vom Amts- und Berufsgeheimnis gemäss Art. 320 und 321 StGB bleiben vorbehalten.

§ 18. Mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten werden einweisende und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie in geeigneter Weise auch andere weiterbehandelnde Personen über den Gesundheitszustand und die weiteren erforderlichen Massnahmen rechtzeitig orientiert. Nachbehandlung

C. Krankengeschichte

§ 19. Über jede Patientin und jeden Patienten wird eine laufend nachzuführende Krankengeschichte über die Aufklärung und Behandlung angelegt. Krankengeschichte

Die Krankengeschichte kann schriftlich oder elektronisch geführt werden. Sie soll auf einfache Weise anonymisiert werden können.

Die Urheberschaft der Daten muss unmittelbar ersichtlich sein. Die Berichtigung einer Eintragung erfolgt durch eine entsprechende Ergänzung.

Patientinnen und Patienten können eine Ergänzung verlangen, wenn sie ein schützenswertes Interesse haben.

Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Datenschutzgesetzgebung.

§ 20. Die Krankengeschichte bleibt Eigentum der Institution und wird während zehn Jahren nach Abschluss der letzten Behandlung aufbewahrt. Aufbewahrung

Nach Ablauf der Mindestaufbewahrungsfrist können Patientinnen und Patienten die Vernichtung oder Herausgabe der Krankengeschichte verlangen, sofern für deren weitere Aufbewahrung kein öffentliches Interesse besteht. Die Herausgabe kann mit Rücksicht auf schutzwürdige Interessen Dritter eingeschränkt werden. Andernfalls richtet sich die weitere Aufbewahrung nach den Bestimmungen des Archivgesetzes. Erfolgt keine Aktenübernahme im Sinne des Archivgesetzes, werden die Krankengeschichten anonymisiert oder vernichtet.

Diese Aufbewahrungsvorschriften gelten auch im Falle einer Betriebsaufgabe.

Akteneinsicht
und -herausgabe

§ 21. Patientinnen und Patienten wird auf Wunsch Einsicht in die Krankengeschichte gewährt. Das Einsichtsrecht der gesetzlichen Vertretung richtet sich nach ihrem Recht auf Aufklärung. Die Akteneinsicht kann mit Rücksicht auf schutzwürdige Interessen Dritter eingeschränkt werden.

Bezugspersonen und Dritten darf Einsicht in die Krankengeschichte nur mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten oder auf Grund besonderer gesetzlicher Meldepflichten und -rechte oder einer Entbindung vom Amts- und Berufsgeheimnis gemäss Art. 320 und 321 StGB gewährt werden.

Das Verfahren richtet sich nach der Datenschutzgesetzgebung.

Wer zur Einsicht berechtigt ist, kann Kopien der Unterlagen verlangen. Es kann dafür eine angemessene Kostenbeteiligung verlangt werden.

Ergänzendes
Recht

§ 22. Soweit dieses Gesetz keine eigene Regelung trifft, richtet sich die Verwendung und Bearbeitung von Patientendaten nach der Datenschutzgesetzgebung.

Im Übrigen sind die Bestimmungen über das Berufs- und Amtsgeheimnis zu beachten.

D. Einwilligung zur Behandlung

Urteilsfähige
Patientinnen
und Patienten

§ 23. Urteilsfähige Patientinnen und Patienten dürfen nur mit ihrer Einwilligung behandelt werden.

Ein in urteilsfähigem Zustand zum Voraus geäussertes Wille wird berücksichtigt, wenn er klar dokumentiert ist und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass er sich seit seiner Äusserung geändert hat.

Nicht
urteilsfähige
Patientinnen
und Patienten

§ 24. Bei nicht urteilsfähigen Patientinnen und Patienten er-suchen die Ärztinnen und Ärzte um die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung. Verweigert diese ihre Einwilligung, können sich die Ärztinnen und Ärzte zur Prüfung vormundschaftlicher Massnahmen an die Vormundschaftsbehörde wenden.

Haben nicht urteilsfähige Patientinnen und Patienten keine gesetzliche Vertretung, entscheiden die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in deren Interesse und entsprechend deren mutmasslichem Willen. Wenn möglich werden die Bezugspersonen angehört.

In Notfällen wird die Einwilligung vermutet.

§ 25. Zeigt sich im Verlaufe einer Operation, dass sie unvorhergesehen über das vereinbarte Mass hinaus ausgedehnt werden muss, damit eine ernsthafte Gefährdung oder ein schwer wiegender Nachteil vermieden werden kann, sind die operierenden Ärztinnen und Ärzte zur Ausweitung berechtigt, wenn diese dem mutmasslichen Patientenwillen entspricht.

Ausdehnung
von operativen
Eingriffen

§ 26. Lehnen Patientinnen oder Patienten, ihre gesetzliche Vertretung oder die vormundschaftlichen Organe eine Behandlung nach erfolgter Aufklärung ab, bestätigen sie dies auf Verlangen unterschriftlich. Die Verweigerung der Unterschrift wird dokumentiert.

Uneinigkeit
über
Behandlungen

Die behandelnden Personen können die Durchführung von Behandlungen ablehnen, die weder aus medizinischen noch aus ethischen Gründen geboten sind.

3. Abschnitt: Besondere Umstände

A. Zwangsmassnahmen

§ 27. Freiheitseinschränkende Massnahmen und Zwangsbehandlungen nach diesem Abschnitt sind gegen den Willen der Patientinnen und Patienten nur zulässig bei

Voraus-
setzungen

- a) Personen in fürsorgerischer Freiheitsentziehung,
- b) Personen im Straf- oder Massnahmenvollzug,
- c) nicht urteilsfähigen Personen, wenn die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung oder der vormundschaftlichen Organe nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

§ 28. Massnahmen, welche die Bewegungsfreiheit einschränken, dürfen nur bei Selbst- oder Drittgefährdung ergriffen werden oder wenn dies für eine Zwangsbehandlung zwingend erforderlich ist. Solche Massnahmen müssen Patientinnen und Patienten oder Dritte vor einer unmittelbaren und ernsthaften Gefahr schützen und sind so kurz wie möglich zu halten.

Freiheits-
einschränkende
Massnahmen

Der mündliche oder schriftliche Verkehr mit Bezugspersonen oder Dritten kann eingeschränkt werden, sofern dies zum Schutz von Patientinnen und Patienten oder Dritten notwendig ist.

§ 29. Behandlungen von körperlichen und psychischen Krankheiten können in Notsituationen durchgeführt werden, um eine ernsthafte und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Personen oder von Dritten abzuwenden.

Zwangs-
behandlungen

Eine länger dauernde medikamentöse Behandlung kann durchgeführt werden, wenn

- a) dies nach Massgabe des Einweisungsgrundes medizinisch indiziert ist und die nötige persönliche Fürsorge nicht durch eine mildere Massnahme erbracht werden kann oder
- b) damit eine ernsthafte und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit oder das Leben Dritter abgewendet werden kann.

Verfahren und
Rechtsschutz

§ 30. Zuständig für die Anordnung von Zwangsmassnahmen sind die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte sowie in Notsituationen bis zum Eintreffen der verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte das zuständige Fachpersonal.

Die Patientinnen und Patienten sind über die Gründe der Anordnung zu unterrichten und darauf aufmerksam zu machen, dass sie den Richter anrufen können.

Die Beschreibung und der Ablauf der Zwangsmassnahmen finden Eingang in die Krankengeschichte. Zusätzlich führt die Institution eine separate schriftliche Kontrolle, aus der die Gründe, die Art und Dauer der Zwangsmassnahmen sowie die beteiligten Personen hervorgehen.

Gegen die Anordnung von Zwangsmassnahmen können die Patientinnen und Patienten sowie ihre Bezugspersonen innert zehn Tagen gerichtliche Beurteilung beim Einzelrichter verlangen. Für das Verfahren sind die Bestimmungen betreffend fürsorgerische Freiheitsentziehung analog anwendbar.

B. Lehrveranstaltungen und Forschung

Lehr-
veranstaltungen

§ 31. Urteilsfähige Patientinnen und Patienten dürfen nur mit ihrer Einwilligung in Lehrveranstaltungen einbezogen werden. Die Einwilligung kann jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteile widerrufen werden.

Bei nicht urteilsfähigen Patientinnen und Patienten ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung notwendig. Fehlt eine gesetzliche Vertretung, ist die Einwilligung der Bezugspersonen notwendig.

Nicht als Lehrveranstaltungen gelten Visitationen durch das Fachpersonal, soweit diese Besuche auch im Behandlungsinteresse stehen.

Forschung

§ 32. Forschungsuntersuchungen an Patientinnen und Patienten bedürfen einer Bewilligung durch die Kantonale Ethikkommission.

Forschungsuntersuchungen bedürfen der schriftlichen Einwilligung der entsprechend aufgeklärten urteilsfähigen Patientinnen und Patienten. Die Einwilligung kann jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteile widerrufen werden.

Bei urteilsfähigen entmündigten oder unmündigen Patientinnen und Patienten ist zusätzlich die schriftliche Einwilligung der gesetzlichen Vertretung notwendig.

Bei nicht urteilsfähigen Patientinnen und Patienten ist die schriftliche Einwilligung der gesetzlichen Vertretung notwendig.

Für die Forschung an Toten gelten die Bestimmungen über die Obduktion.

C. Behandlung und Betreuung Sterbender

§ 33. Sterbende haben Anrecht auf angemessene Behandlung und Begleitung. Grundsätze

Den Bezugspersonen wird eine würdevolle Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen von Verstorbenen ermöglicht.

§ 34. Bei tödlich erkrankten, nicht urteilsfähigen Patientinnen und Patienten können die Ärztinnen und Ärzte die Behandlung einschränken oder einstellen, wenn Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen

- a) das Grundleiden mit aussichtsloser Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat und
- b) ein Hinausschieben des Todes für die Sterbenden eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet und
- c) der Verzicht auf eine Weiterführung der Behandlung dem mutmasslichen Willen der Patientinnen und Patienten entspricht.

Die Bezugspersonen und die gesetzliche Vertretung sind von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten für ihren Entscheid mit einzu beziehen. Bei unmündigen oder entmündigten Patientinnen und Patienten darf die Behandlung nicht gegen den Willen der gesetzlichen Vertretung eingeschränkt oder eingestellt werden.

Eine von der Patientin oder vom Patienten früher verfasste Verfügung bezüglich lebensverlängernder Massnahmen ist zu beachten. Sie ist unbeachtlich, wenn sie gegen die Rechtsordnung verstösst oder Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die oder der Sterbende in der Zwischenzeit die Einstellung geändert hat.

D. Obduktion und Transplantation

- Obduktion § 35. Eine Obduktion kann durchgeführt werden, wenn die verstorbene Person vor ihrem Tod im Zustand der Urteilsfähigkeit dazu eingewilligt hat. Liegt keine Einwilligung oder Ablehnung vor, so sind die Bezugspersonen anzufragen, ob ihnen eine solche Erklärung bekannt ist.
- Ist den Bezugspersonen keine Erklärung bekannt, darf eine Obduktion erfolgen
- a) mit Einwilligung der gesetzlichen Vertretung, wenn die verstorbene Person unmündig oder entmündigt war,
 - b) mit Einwilligung der Bezugspersonen in den übrigen Fällen.
- Sind weder Bezugspersonen noch gesetzliche Vertretung vorhanden oder erreichbar, ist die Obduktion unzulässig.
- Vorbehalten bleibt die Anordnung einer Obduktion durch die Strafverfolgungsbehörden zur Aufdeckung strafbarer Handlungen und durch die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion zur Sicherung der Diagnose, insbesondere bei Verdacht auf eine gemeingefährliche Krankheit.
- Die gesetzliche Vertretung und die Bezugspersonen können Einsicht in den Obduktionsbefund verlangen.
- Transplantation § 36. Einer verstorbenen Person dürfen Organe, Gewebe oder Zellen entnommen werden, wenn sie dazu vor ihrem Tod im Zustand der Urteilsfähigkeit eingewilligt hat. Liegt keine Einwilligung oder Ablehnung der verstorbenen Person vor, so sind die Bezugspersonen anzufragen, ob ihnen eine solche Erklärung bekannt ist.
- Ist den Bezugspersonen keine Erklärung bekannt, dürfen Organe, Gewebe und Zellen entnommen werden
- a) mit Einwilligung der gesetzlichen Vertretung, wenn die verstorbene Person unmündig oder entmündigt war,
 - b) mit Einwilligung jener Person, der die verstorbene Person den Entscheid über die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen schriftlich übertragen hat,
 - c) mit Einwilligung der Bezugspersonen in den übrigen Fällen.
- Sind die vorgenannten Personen nicht vorhanden oder nicht erreichbar, ist die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen unzulässig.

4. Abschnitt: Schlussbestimmung

§ 37. Die §§ 44 bis 52 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 werden aufgehoben. Aufhebung bisherigen Rechts

II. Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

Weisung

Einleitung

Das Gesundheitsgesetz von 1962 enthielt in seiner ursprünglichen Fassung keine Bestimmung über die Rechte von Patientinnen und Patienten in öffentlichen Spitälern. Das Benutzer- und Behandlungsverhältnis in öffentlichen Spitälern wurde in der Krankenhausverordnung geregelt. Erst 1987 wurde auf Grund eines sich zunehmend am mündigen Patienten orientierenden Behandlungsverständnisses mit § 42 a eine Bestimmung ins Gesundheitsgesetz (LS 810.1) eingefügt, wonach der Regierungsrat die Rechte und Pflichten der Patienten in den staatlichen und vom Staat unterstützten Krankenhäusern durch Verordnung regelt. Gestützt auf diese Kompetenznorm erliess der Regierungsrat die Patientenrechtverordnung vom 28. August 1991 (LS 813.13). Seither haben sich die Patientenrechte weiter in Richtung Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten entwickelt. Die Gerichte haben zudem in einzelnen Bereichen eine ungenügende gesetzliche Grundlage für Eingriffe in die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten gerügt, insbesondere bei Zwangsmassnahmen. Der Kantonsrat überwies 1995 schliesslich ein Postulat betreffend Erlass eines Patientenrechtsgesetzes.

Die Gesundheitsdirektion hatte Anfang 1997 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe eingesetzt mit dem Auftrag, eine Vorlage für ein totalrevidiertes Gesundheitsgesetz zu erarbeiten, wobei die künftige Gestaltung der Patientenrechte Teil der Revisionsarbeiten darstellte. Die Arbeitsgruppe beauftragte in der Folge eine durch weitere Fachleute ergänzte Untergruppe mit der Ausarbeitung eines Gesetzesentwurfs

über die Patientenrechte. In grundsätzlicher Hinsicht wurde bereits in diesem Zeitpunkt entschieden, dass die Patientenrechte wegen ihrer hohen Bedeutung möglichst umfassend auf Gesetzesstufe und daher in einem separaten Erlass, d. h. nicht als Teil des Gesundheitsgesetzes, geregelt werden sollen.

Die Untergruppe Patientenrechte hat ihren Entwurf für ein Patientenrechtsgesetz Ende 1998 der Arbeitsgruppe Gesundheitsgesetz abgegeben, die den Entwurf Mitte 1999 der Gesundheitsdirektion weiterleitete. Der von der Gesundheitsdirektion redigierte und in verschiedenen Punkten nochmals präzisierter Entwurf wurde nach Kenntnisnahme und Ermächtigung durch den Regierungsrat im Dezember 2000 in die Vernehmlassung gegeben. Bis Ende März 2001 gingen 158 überwiegend positive Stellungnahmen zum Vernehmlassungsentwurf ein (rund ein Drittel der Vernehmlassenden äusserte vorbehaltlose Zustimmung, rund zwei Drittel der Vernehmlassenden stimmten unter Vorbehalten zu oder machten ergänzende Anregungen; grundsätzlich gegen das Projekt sprachen sich zwei Vernehmlassende aus). Gestützt auf die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens überarbeitete die Gesundheitsdirektion den Vernehmlassungsentwurf.

Übersicht über das Patientenrechtsgesetz

Im Hinblick darauf, dass sich die Patientenrechte im öffentlichen Recht zu einer eigenständigen Materie entwickelt haben und wesentliche Bereiche einer gesetzlichen Grundlage bedürfen und nicht wie bisher auf Grund einer blossen Kompetenznorm auf Verordnungsstufe geregelt werden sollen, werden die Patientenrechte in einem eigenen Gesetz und nicht als Teil des Gesundheitsgesetzes geregelt. Dies erlaubt es auch, die Materie weitgehend in einem Erlass auf Gesetzesstufe und nicht wie bisher wichtige Teilbereiche lediglich auf Verordnungsstufe zu ordnen.

Das Patientenrechtsgesetz ist in drei Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt werden der Geltungsbereich geregelt, Begriffe definiert sowie allgemeine Grundsätze festgehalten. Im zweiten Abschnitt wird das Behandlungsverhältnis im Allgemeinen, d. h. die Rechtsstellung von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen bei der Behandlung in öffentlichen Institutionen des Gesundheitswesens geregelt. Dabei orientiert sich der Gesetzesentwurf wegleitend am Selbstbestimmungsrecht und an der Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten und will klare Verhältnisse schaffen. Schliesslich enthält die Vorlage im dritten Abschnitt Bestimmungen über besondere, dem öffentlichen Recht unterstehende Verhältnisse, die im allgemeinen Interesse geregelt werden müssen und für die bisher teilweise

keine genügende gesetzliche Grundlage bestand. Es handelt sich dabei um Bestimmungen über Zwangsmassnahmen, Lehrveranstaltungen und Forschung, die Behandlung und Betreuung Sterbender sowie die Obduktion und Transplantation.

Der Gesetzesentwurf enthält 37 Paragraphen und soll die bisherige Patientenrechtverordnung mit einer ähnlichen Anzahl Bestimmungen ersetzen.

I. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Im ersten Abschnitt werden wichtige Grundsätze des Patientenrechtsgesetzes ausgeführt.

In § 1 wird zunächst der Geltungsbereich festgelegt. Dies ist nötig, weil die Kantone im Bereich des Patientenrechts keine unbeschränkte Regelungskompetenz besitzen. Die kantonale Gesetzgebungskompetenz beschränkt sich vielmehr auf den Bereich des öffentlichen Rechts, d. h. auf öffentlichrechtliche Behandlungsverhältnisse sowie auf im öffentlichen Interesse zu regelnde besondere Umstände wie beispielsweise die Voraussetzungen für die Zulässigkeit von Zwangsmassnahmen. Der Geltungsbereich des Gesetzes wird im Vergleich zur Patientenrechtverordnung erweitert und möglichst weit gefasst. Es sollen alle Institutionen des Gesundheitswesens mit einer öffentlichrechtlichen Trägerschaft und alle Leistungserbringer mit einem wesentlichen Bereiche abdeckenden öffentlichen Leistungs- oder Versorgungsauftrag dem Patientenrechtsgesetz unterstellt werden, also neben Spitälern neu insbesondere Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Einrichtungen. Dies bedeutet, dass die klassischen Privatspitäler, die nur einen sehr reduzierten Grundversorgungsauftrag haben, wie z. B. die Hirslanden-Gruppe, vom Geltungsbereich dieses Gesetzes ausgenommen sind. Jedoch werden jene Privatspitäler, die einen Grundversorgungsauftrag übernommen haben oder in den spezialisierten bzw. hoch spezialisierten medizinischen Disziplinen einen umfassenden Versorgungsauftrag erfüllen, wie z. B. die Universitätsklinik Balgrist, als Ganzes diesem Gesetz unterstellt. Die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten wird damit für alle staatlichen und kommunalen Institutionen des Gesundheitswesens bzw. Leistungserbringer mit einem staatlichen oder kommunalen Versorgungsauftrag geklärt. Mit der Bezeichnung «Institutionen des Gesundheitswesens» wird die Begriffswahl des neuen Gesundheitsgesetzes übernommen. Der 3. Abschnitt des Gesetzes, in dem besondere Umstände wie Zwangsmassnahmen oder Transplantationen geregelt werden, soll unter Vorbehalt der Bundesgesetzgebung auch auf private Institutionen und Leistungserbrin-

ger sowie auf Institutionen des Justizvollzuges Anwendung finden. Mit der Unterstellung der Institutionen des Justizvollzuges wird eine Zwangsbehandlung der sich dort aufhaltenden behandlungsbedürftigen Personen ermöglicht; bisher mussten diese Personen zur Behandlung meist in psychiatrische Kliniken überführt werden, wo sie eine Belastung für den ordentlichen Betrieb darstellten.

In den §§ 2 bis 4 werden Begriffe definiert, die für das Gesetz von zentraler Bedeutung sind und die eine einheitliche Anwendung verlangen. Unter Patientinnen und Patienten sind jene Personen zu verstehen, die in Institutionen des Gesundheitswesens behandelt werden (§ 2). Wenn im Patientenrechtsgesetz der Begriff Behandlung verwendet wird, sind darunter alle medizinischen, pflegerischen und betreuerischen Massnahmen zu verstehen (§ 3). Kranke Menschen sind in besonderem Masse auf Bezugspersonen angewiesen, die sich persönlich um sie kümmern. Wer in dieser besonderen persönlichen Beziehung als Bezugsperson gilt, wird in § 4 ausgeführt. Wer Bezugsperson ist, bestimmen urteilsfähige Patientinnen und Patienten selbst; es können dies nahe Angehörige, aber auch Freunde oder andere Vertrauenspersonen sein. Wenn niemand bezeichnet wurde oder die Patientin bzw. der Patient nicht urteilsfähig ist, gelten nach der gesetzlichen Vermutung in erster Linie die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner und in zweiter Linie nahe Angehörige als Bezugspersonen. Auf Grund der unterschiedlichen und sich verändernden Lebensformen erweist sich eine offene Formulierung als notwendig. Die Bestimmung nur einer einzigen Person als Bezugsperson ist zudem nicht erforderlich, da den Bezugspersonen bei der Behandlung von ihnen nahe stehenden Personen in der Regel keine eigenen Rechte zustehen. Die Patientin oder der Patient ist Rechtsträgerin bzw. Rechtsträger im Behandlungsverhältnis und entscheidet frei und selbstverantwortlich. Wenn diese nicht selbst entscheiden können oder dürfen, werden die Interessen der Patientinnen und Patienten durch ihre gesetzliche oder gewillkürte Vertretung nach den entsprechenden Regelungen von ZGB und OR wahrgenommen (z. B. Eltern, Vormund, Vormundschaftsbehörde oder eine bevollmächtigte Drittperson). Das Patientenrechtsgesetz weist den Bezugspersonen, bei denen es sich allerdings häufig um vertretungsberechtigte Personen handelt, daher nur ausnahmsweise eigene Rechte zu. Dies ändert nichts daran, dass die Bezugspersonen sehr wichtig sind und mit dem Einverständnis der Patientin oder des Patienten in die Behandlung mit einzubeziehen sind.

Bei den Behandlungsgrundsätzen (§ 5) versteht sich von selbst, dass sich die Behandlung nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung, d. h. nach dem allgemein geltenden Wissens- und Praxisstand der verschiedenen in die Behandlung involvierten Berufsgattungen richten muss, wobei die Menschenwürde und die Persönlichkeits-

rechte, wozu insbesondere die persönliche Freiheit gehört, ausdrücklich zu wahren sind. Mit dem wichtigen Zusatz, dass sich die Behandlung soweit möglich nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten richten muss, sollen die Betroffenen und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt gestellt werden. Dies bedeutet nicht, dass die Patientinnen und Patienten den Umfang der Behandlung nach ihren subjektiven Bedürfnissen bestimmen können, sondern dass deren Interessen durch die an der Behandlung beteiligten Personen wegleitend zu beachten sind. Behandlungsmassstab bleiben aber die anerkannten Regeln der Berufsausübung.

Neu vorgesehen ist gemäss § 6 eine regelmässige Orientierung der Bevölkerung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten durch die Gesundheitsdirektion. Zunächst soll damit ein möglichst hoher Informationsstand der Bevölkerung erreicht werden; Missverständnisse können damit verhindert und das Vertrauen in die Institutionen des Gesundheitswesens gestärkt werden. Die Kenntnis der eigenen Rechte und Pflichten ist weiter Voraussetzung, dass die Patientinnen und Patienten im Behandlungsfall auch selbstbestimmt und selbstverantwortlich handeln können. Im Rahmen dieser Orientierung wird etwa auch auf die Voraussetzungen für Transplantationen und auf die Möglichkeit der Organspende im Todesfall hingewiesen werden können. Soweit diese Orientierung an eine private Organisation übertragen wird, muss selbstverständlich die Qualität der Information gewährleistet bleiben.

Am Schluss der Allgemeinen Bestimmungen wird schliesslich der Rechtsweg aufgeführt (§ 7). Im Hinblick auf den weiten Geltungsbereich des Patientenrechtsgesetzes wird allgemein festgehalten, dass bei Streitigkeiten über Rechte und Pflichten nach dem Patientenrechtsgesetz die Institution eine begründete Verfügung erlassen muss. Eine Verfügung ist indessen nicht automatisch bei jeder Meinungsverschiedenheit zu erlassen, sondern nur auf Verlangen der betroffenen Personen. Zur Sicherstellung einer einheitlichen Praxis und Anwendung des Gesetzes wird die Gesundheitsdirektion als Rekursinstanz eingesetzt; ohne diese Regelung wären bei staatlichen und staatsbeitragsberechtigten sowie kommunalen Institutionen unterschiedliche Rekursinstanzen zuständig. Nicht ausdrücklich erwähnt werden muss, dass sich das Verfahren im Übrigen nach dem Verwaltungsrechtspflegegesetz richtet. Vorzubehalten ist hingegen das besondere und separat geregelte Verfahren bei Zwangsmassnahmen (vgl. § 30 Rechtsschutz bei Zwangsmassnahmen).

II. Abschnitt: Behandlungsverhältnisse im Allgemeinen

Im zweiten Abschnitt wird die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten bei der Behandlung in öffentlichen Institutionen des Gesundheitswesens geregelt. Dieser Abschnitt folgt im Aufbau den Abläufen im Spitalalltag.

A. Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung

In diesem Teil wird der organisatorische Ablauf von der Aufnahme bis zur Entlassung behandelt. In § 8 wird als Grundsatz festgehalten, dass die Institutionen gemäss ihren Leistungs- und Versorgungsaufträgen über die Aufnahme entscheiden. Den betroffenen Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten steht keine Entscheidungsbefugnis über die Aufnahme zu, doch ist insbesondere die Beurteilung der einweisenden Ärztinnen und Ärzte durch die aufnehmende Institution zu berücksichtigen. Damit soll eine sorgfältige Abklärung der individuellen Verhältnisse bei der Aufnahme gewährleistet werden. Die Aufnahme- und Beistandspflichten gemäss Gesundheitsgesetz werden ausdrücklich vorbehalten. Durch die Eintrittsorientierung (§ 9) wird sichergestellt, dass die Patientinnen und Patienten in den Alltag der Institution eingeführt werden sowie über ihre Rechte und Pflichten, aber auch über die Kostenfolgen der Behandlung Bescheid wissen. Wie diese Orientierung erfolgen soll – etwa durch Broschüren oder persönliche Information –, wird im Gesetz nicht vorgegeben, sondern den Institutionen überlassen. Bei der Art der Orientierung werden die Institutionen den unterschiedlichen Verhältnissen der Patientinnen und Patienten betreffend Alter, Sprache, Gesundheitszustand usw. angemessen Rechnung zu tragen haben. Dass bei der Behandlung die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Zentrum stehen müssen, wird auch in § 10 konkretisiert, indem auf deren Wünsche im Betriebsalltag möglichst Rücksicht zu nehmen und ihnen auch die Möglichkeit zur Führung vertraulicher Gespräche zu geben ist. Dies bedeutet allerdings nicht, dass alle Institutionen unabhängig von ihrer Grösse besondere Besprechungsräume zur Verfügung stellen müssen. Die Führung vertraulicher Gespräche kann auch durch andere geeignete Vorkehrungen ermöglicht werden.

Von besonderer Bedeutung ist das Recht der Patientinnen und Patienten auf Seelsorge (§ 11). Dieser Anspruch verpflichtet die Institutionen nicht, eine eigene Spitalseelsorge einzurichten, was aber selbstverständlich möglich und in grösseren Betrieben üblich ist. Hingegen müssen die Institutionen die angemessene seelsorgerliche Betreuung der Patientinnen und Patienten durch eine von diesen

gewünschte Person ermöglichen (z. B. durch Schaffung geeigneter Räume oder durch Zutrittsgewährung ausserhalb der üblichen Besuchszeiten). Ein Recht der anerkannten Kirchen oder anderer Glaubensgemeinschaften, die Seelsorge anbieten, auf Informationen über ihre kranken Mitglieder wird durch dieses Gesetz nicht begründet; die Patientinnen und Patienten entscheiden selbstständig, ob und von wem sie seelsorgerisch betreut werden wollen. Ob und welche Seelsorge gewünscht wird, ist durch die Institutionen bei der Eintrittsorientierung zu klären.

Das Besuchsrecht wird in § 12 möglichst grosszügig geregelt. Zu regeln sind jedoch auch die Fälle, wo die Patientinnen und Patienten keinen Besuch wünschen oder wo zu deren Wohl das Besuchsrecht eingeschränkt werden muss.

Patientinnen und Patienten haben auch Pflichten (§ 13). Eine erfolgreiche Behandlung ist nur unter partnerschaftlicher Mitwirkung der Patientinnen und Patienten möglich; dazu gehört insbesondere eine offene Auskunftserteilung an das Fachpersonal. Auch die Rücksichtnahme auf Mitpatientinnen und -patienten sowie das Personal muss festgehalten werden. Bei krassen Verstössen gegen diese Pflichten oder bei Selbst- und Fremdgefährdung muss zur Gewährleistung eines ordnungsgemässen Betriebs eine Verlegung oder Wegweisung möglich sein; dabei ist auch ohne besondere Erwähnung der allgemein gültige Verhältnismässigkeitsgrundsatz zu beachten.

Ob und wann eine Entlassung (§ 14) möglich und sinnvoll ist, hängt von den individuellen Verhältnissen und von der Art der möglichen Nachbetreuung ab. Es versteht sich, dass die für die Entlassung zuständigen ärztlichen Fachpersonen diesen Entscheid in der Regel in Absprache mit dem Behandlungsteam und weiteren Betroffenen treffen. Bezugspersonen können über die Bereitschaft oder Verweigerung der Nachbetreuung den Entlassungsentscheid mit beeinflussen; ein eigentliches Vetorecht steht ihnen bei urteilsfähigen Personen jedoch nicht zu. Aus dem Selbstbestimmungsrecht ergibt sich, dass urteilsfähige Personen die Institution jederzeit, d. h. auch vor Abschluss der Behandlung, verlassen dürfen. Erfolgt ein solcher vorzeitiger Austritt entgegen dem ärztlichen Rat und nach erfolgter Aufklärung, muss dies von den Patientinnen oder Patienten zur Schaffung klarer Verhältnisse unterschrieben bestätigt werden. Besonders problematisch – und daher ausdrücklich zu regeln – ist der vorzeitige Austritt nicht urteilsfähiger Personen, z. B. altersdementer Personen. Hier bedarf es der Zustimmung der gesetzlichen Vertretung oder – weil in der Praxis oft keine solche Vertretung besteht – die Zustimmung der nachbetreuenden Bezugspersonen, die damit die Verantwortung für diese Personen übernehmen. Ist die Nachbetreuung von austrittswilligen nicht urteils-

fähigen Personen ohne gesetzliche Vertretung nicht gewährleistet, sind zu deren Schutz allenfalls die Vormundschaftsbehörden zu informieren.

B. Aufklärung und Information

Dieser Teil regelt die Aufklärung der Patientinnen und Patienten und die Informationen an Dritte. Es handelt sich um wichtige Bereiche des Patientenrechts, die in der Praxis immer wieder zu Problemen führen und zu Fragen Anlass geben. Zu regeln sind unterschiedliche Situationen wie Art und Umfang der Patientenaufklärung, der Auskünfte an Dritte, der Einsicht in die Krankengeschichte sowie das in einem eigenen Abschnitt ausgeführte Einverständnis zur Behandlung. Diese unterschiedlichen Fälle verlangen differenzierte und detaillierte Regelungen, um den unterschiedlichen Interessen Rechnung zu tragen.

Bei der Aufklärung (§ 15) geht es um die Beziehung zwischen der Patientin oder dem Patienten und der zuständigen Fachperson, nicht aber um einen allfälligen Informationsanspruch Dritter (diese Auskünfte an Dritte werden in einer eigenen Bestimmung behandelt, vgl. dazu § 17). Der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf umfassende, verständliche und rechtzeitige Aufklärung ist heute unbestritten und Voraussetzung für einen selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Entscheid der Patientinnen und Patienten darüber, ob und welche Behandlung sie wollen. Dieser Aufklärungsanspruch besteht nicht nur gegenüber den Ärztinnen und Ärzten, die in der Spitalhierarchie die Gesamtverantwortung der Behandlung tragen, sondern auch gegenüber weiteren Fachpersonen im Rahmen deren Verantwortlichkeiten. Aufzuklären ist nicht nur über die Vor- und Nachteile der Behandlung, also auch über die möglichen Risiken, sondern ausdrücklich auch über Alternativen wie beispielsweise über konservative oder operative Behandlungsvarianten. Es versteht sich, dass die Art und Weise der Aufklärung der individuellen Situation der Patientin oder des Patienten (Alter, Muttersprache, Bildung) Rechnung tragen muss; diese Aufklärung muss auch unter Berücksichtigung der konkreten Umstände rechtzeitig erfolgen, damit die Patientin oder der Patient frei über das Einverständnis zur Behandlung entscheiden kann. Besonderer Regelungen über die Aufklärung bedarf es bei unmündigen, entmündigten und nicht urteilsfähigen Personen (vgl. § 15 Abs. 2 und 3). Das Recht auf Aufklärung ist höchstpersönlicher Natur, was bedeutet, dass unmündige oder entmündigte urteilsfähige Personen nicht nur wie voll handlungsfähige Personen einen persönlichen Anspruch auf umfassende Aufklärung besitzen, sondern dass ihre

gesetzliche Vertretung (Eltern, Vormund) keinen selbstständigen Aufklärungsanspruch hat. Aus diesem Grund darf die gesetzliche Vertretung nur mit Zustimmung der urteilsfähigen Patientinnen und Patienten umfassend aufgeklärt werden (die Erteilung weniger weit gehender allgemeiner Informationen über den Gesundheitszustand urteilsfähiger Personen an die gesetzliche Vertretung wird in § 17 Abs. 2 ausgeführt). Bei nicht urteilsfähigen Personen steht das Recht auf Aufklärung der gesetzlichen Vertretung zu, damit diese deren Interessen umfassend wahrnehmen kann. Schliesslich gibt es den im Zivilrecht an sich nicht vorgesehenen, aber in der Praxis recht häufigen Fall der nicht urteilsfähigen Personen ohne gesetzliche Vertretung (vor allem altersdemente Personen). Hier wird zur Wahrung der Interessen dieser schutzbedürftigen Personen den Bezugspersonen ein umfassender Anspruch auf Aufklärung eingeräumt, obwohl die Bezugspersonen kein gesetzliches Vertretungsrecht besitzen.

Wenn eine Patientin oder ein Patient ausdrücklich keine umfassende Aufklärung wünscht, muss diese selbstverständlich unterbleiben – insofern umfasst das Recht auf Aufklärung auch das Recht, nichts wissen zu wollen (§ 16). Zur Vermeidung späterer Auseinandersetzungen über den Verzicht auf Aufklärung, müssen die Patientinnen oder Patienten einen solchen Verzicht schriftlich bestätigen (z. B. eine schriftliche Erklärung zu den Unterlagen der Krankengeschichte geben). Im Übrigen darf eine umfassende Aufklärung nur in besonderen Ausnahmefällen unterbleiben, nämlich wenn sie der Patientin oder dem Patienten Schaden zufügen könnte. Die Voraussetzungen für dieses so genannte therapeutische Privileg werden einschränkend festgelegt, wobei eine Aufklärung auf Wunsch der Patientin oder des Patienten auch dann umfassend erfolgen muss, wenn die Ärztin oder der Arzt dies an sich nicht für angezeigt erachtet. Wo die vorgängige Aufklärung wegen einer Notfallsituation nicht möglich war, ist sie so bald als möglich nachzuholen.

Bei den Auskünften an Dritte geht es nicht mehr um den Informationsfluss zwischen behandelnden Fachpersonen einerseits und Patientinnen und Patienten andererseits, sondern um die Weitergabe von Informationen über die Patientinnen und Patienten an Dritte (§ 17). Diese Informationen unterliegen dem Datenschutz und insbesondere auch dem Berufs- und Amtsgeheimnis. Dritte, zu denen aus rechtlicher Sicht auch enge Bezugspersonen zählen, haben deshalb grundsätzlich keine eigenen Rechte auf Auskunft über den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grunde dürfen nicht allgemein bekannte Informationen an Dritte nur mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten erteilt werden. Wie dieses Einverständnis erteilt werden kann, wird nicht näher ausgeführt, weshalb es nicht in einer besonderen Form erfolgen muss. Dies entspricht dem

Behandlungsalltag, wo das Einverständnis sehr häufig stillschweigend oder konkludent erfolgt, z. B. wenn Patientinnen und Patienten nichts dagegen einwenden, dass Besuche bei der Arztvisite dabei bleiben und vieles mitbekommen. Oder wenn ein Besuch sich beim Fachpersonal nach dem Gesundheitszustand der anwesenden Patientin erkundigt und diese dagegen keinen Einspruch erhebt. Wer Auskünfte erteilt, darf jedoch das Einverständnis nicht leichthin als stillschweigend oder konkludent erteilt annehmen; die von Fall zu Fall unterschiedlichen Verhältnisse müssen berücksichtigt werden. Da erfahrungsgemäss Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand – Details der Krankengeschichte gehören nicht dazu – an die nächsten Angehörigen und die gesetzliche Vertretung erteilt werden dürfen, wird diese Zustimmung gesetzlich vermutet. Diese von der Patientenrechtverordnung übernommene Regelung hat sich in der Praxis bewährt und zu keinen Beanstandungen geführt. Selbstverständlich können die Patientinnen und Patienten diese Vermutung durch eine gegenteilige Erklärung – mündlich oder schriftlich – entkräften und damit auch diese beschränkte Auskunftserteilung gänzlich untersagen. Bei der Eintrittsorientierung nach § 9 wird gerade auch über solche Fragen der Auskunftserteilung informiert werden müssen. Für die Auskunftserteilung auf Grund gesetzlicher Meldepflichten, insbesondere des eidgenössischen Epidemiengesetzes, des Krankenversicherungsgesetzes und des Unfallversicherungsgesetzes, oder auf Grund einer Entbindung vom Amts- und Berufsgeheimnis ist keine Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Bei der Nachbehandlung (§ 18) geht es nicht um Informationen an Dritte, die sich persönlich für diese Auskünfte interessieren, sondern um vor- und nachbehandelnde Fachpersonen, die insofern in einem besonderen Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten stehen. Die Regelung in der Patientenrechtverordnung, wonach einweisende und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte ohne weiteres über den Zustand der Patientin oder des Patienten zu unterrichten sind, ist von der Gerichtspraxis als unzulässig erkannt worden, weil allein die Patientinnen und Patienten über die Weitergabe von Informationen an Dritte entscheiden dürfen. Eine solche Orientierung der einweisenden und nachbehandelnden Fachleute erscheint sachlich zwar sinnvoll, doch kann das Einverständnis dafür ohne weiteres im Rahmen der auch diesen Bereich umfassenden Aufklärung bzw. der Behandlungsgespräche eingeholt werden; die Schaffung einer gesetzlichen Vermutung – analog der bisherigen Regelung in der Patientenrechtverordnung – für die Zustimmung zur Informationsweitergabe erscheint daher nicht nötig. Wichtiger ist jedoch die hier neu festgelegte Pflicht der Institution bzw. der behandelnden Fachpersonen, die Nachbehandlung mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten rechtzeitig zu organisieren.

C. Krankengeschichte

Der Krankengeschichte kommt aus verschiedenen Gründen grosse Bedeutung zu. Sie beschreibt nicht nur den Gesundheitszustand und die Behandlungsmassnahmen, sondern enthält auch die Untersuchungsergebnisse der immer wichtigeren Medizinaltechnik. Sie kann den nachbehandelnden Fachleuten wichtige Angaben geben und die unnötige Wiederholung von kostenintensiven Untersuchungen verhindern. Obwohl die Behandlung regelmässig durch mehrere Dienste (ärztliche, pflegerische und therapeutische Dienste) erfolgt, sind die entsprechenden Unterlagen Teil der gemeinsamen Krankengeschichte. Der in der Öffentlichkeit allgemein bekannte und verwendete Begriff Krankengeschichte soll beibehalten werden und ist anderen Begriffen wie Patienten- oder Behandlungsdokumentation vorzuziehen. Die Krankengeschichte wird im Interesse der Patientinnen und Patienten geführt und unterscheidet sich insofern von anderen öffentlichen Datensammlungen, die nicht primär im Interesse der Registrierten angelegt werden. Deshalb ist auch die datenschutzrechtliche Interessenlage eine besondere und verlangt eigenständige Regelungen.

Die über jede Patientin und jeden Patienten zu führende separate Krankengeschichte muss jederzeit dem aktuellen Stand entsprechen, d. h. laufend nachgeführt werden (§ 19). Sie muss auch Aufzeichnungen über die Aufklärung enthalten, was deren besondere Bedeutung hervorhebt. Die Krankengeschichte darf künftig elektronisch und nicht nur – wie bisher üblich – schriftlich geführt werden; sie soll im Hinblick auf eine spätere Archivierung für Forschungszwecke möglichst einfach anonymisiert werden können. In jedem Fall – also auch bei elektronischer Führung – muss die Urheberschaft feststellbar und die Unveränderlichkeit der ursprünglichen Eintragungen gewährleistet bleiben. Die Krankengeschichte ist eine Urkunde und muss die Rekonstruktion der Behandlungsabläufe genau ermöglichen; sie darf daher nachträglich nicht verändert werden. Dies gilt auch dann, wenn ein Eintrag unzutreffend ist (z. B. wenn sich eine Diagnose nachträglich als falsch herausstellt) oder von der Patientin bzw. vom Patienten als unzutreffend empfunden wird. Eine falsche Eintragung darf deshalb nicht gelöscht werden, wie es in der Datenschutzgesetzgebung vorgesehen ist, sondern die Berichtigung einer falschen Eintragung hat durch eine entsprechende Ergänzung zu erfolgen. Bei umstrittenen Eintragungen können die Patientinnen und Patienten eine Ergänzung der Krankengeschichte im Sinne einer Gegendarstellung verlangen, falls ein schützenswertes Interesse vorliegt. Im Übrigen ist die Krankengeschichte nach den Bestimmungen der Datenschutzgesetzgebung zu behandeln, d. h. insbesondere durch angemessene organisatorische

und technische Massnahmen gegen unbefugte Einsicht, unbefugtes Bearbeiten und gegen Verlust zu schützen.

Bei der Aufbewahrung der Krankengeschichte (vgl. § 20) stehen sich verschiedene Interessen gegenüber, die je nach Standpunkt anders gewichtet werden. Unbestritten ist, dass die Interessen der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt aller Behandlungsabläufe zu stellen sind, was im Grundsatz auch für die Aufbewahrung der Krankengeschichte gilt. Zu beachten ist aber auch, dass die Öffentlichkeit einen Grossteil der Gesundheitskosten trägt und insofern ein berechtigtes Interesse an kostendämpfenden Massnahmen und an für die öffentliche Gesundheit wichtigen Daten hat. Im Privatrecht wird die Auffassung vertreten, die Krankengeschichte, mindestens aber die Röntgenbilder und ähnliche Unterlagen, seien Eigentum der Patientinnen und Patienten und müssten diesen auf Verlangen im Original ausgehändigt werden. Diese Lösung hat den Nachteil, dass Krankengeschichten oder wichtige Teile davon abhanden kommen können und bei Folgebehandlungen Untersuchungen unnötigerweise wiederholt werden müssen. Die Krankengeschichte soll deshalb bei Institutionen, die dem Patientenrechtsgesetz unterstehen, wie bisher im Eigentum der Institution bleiben und durch diese mindestens während zehn Jahren aufbewahrt werden. Danach kann die Krankengeschichte herausgegeben oder allenfalls vernichtet werden, falls für deren weitere Aufbewahrung kein öffentliches Interesse besteht. Ein solches öffentliches Interesse ist bei der Aufbewahrung für Zwecke der Wissenschaft und Forschung gegeben (etwa bei seltenen oder gefährlichen Krankheiten). Sind die Voraussetzungen für die weitere Aufbewahrung in der Institution nicht mehr vorhanden, so richtet sich die weitere Aufbewahrung nach der Archivgesetzgebung, was heisst, dass die Akten dem Staatsarchiv zur Übernahme anzubieten sind. Erfolgt keine solche Aktenübernahme, so sind die Krankengeschichten durch die Institutionen zu vernichten oder bei weiterer Aufbewahrung zu anonymisieren. Die Einhaltung dieser Aufbewahrungsvorschriften ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten auch im Falle einer Betriebsaufgabe zu gewährleisten.

Bleibt das Eigentum an der Krankengeschichte bei der Institution, so bedingt dies auch eine Regelung der Einsichtsrechte. Dabei ist gemäss § 21 grundsätzlich zwischen den Rechten der Patientinnen und Patienten, der gesetzlichen Vertretung und Dritter zu unterscheiden. Es ist selbstverständlich, dass Patientinnen und Patienten – analog dem Recht auf Aufklärung – ein umfassendes Einsichtsrecht in alle Teile ihrer Krankengeschichte (Berichte, Röntgenbilder usw.) haben. Dieses Recht darf – wie es ähnlich auch in der Datenschutzgesetzgebung vorgesehen ist – nur ausnahmsweise mit Rücksicht auf die schutzwürdigen Interessen Dritter eingeschränkt werden; zu denken

ist hier vor allem an die Psychiatrie, wo Angehörige vertrauliche, aber für die Behandlung wichtige Auskünfte über sich und ihre Beziehung zur Patientin oder zum Patienten erteilt haben. Das Einsichtsrecht der gesetzlichen Vertretung kann nicht weiter gehen als ihr Anspruch auf Aufklärung, weshalb auf die dortige Regelung verwiesen wird. Dritten darf grundsätzlich nur mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten oder auf Grund einer Entbindung vom Berufsgeheimnis, wofür die Gesundheitsdirektion zuständig ist, Einsicht in die Krankengeschichte erteilt werden. Das Berufsgeheimnis gilt über den Tod der Patientinnen und Patienten hinaus, weshalb auch danach eine Entbindung notwendig ist. Deshalb darf bei solchen Einsichtsbegehren nicht die Institution eine Interessenabwägung vornehmen, sondern Einsicht nur gewähren, wenn eine Entbindungserklärung der Gesundheitsdirektion vorliegt. Für allgemeine Informationen über den Gesundheitszustand kommt auch nach dem Tod der Patientin oder des Patienten § 17 zur Anwendung. Das Verfahren bei Einsichtsbegehren richtet sich nach der Datenschutzgesetzgebung. Dies bedeutet, dass die Institution prüft, ob die Voraussetzungen für die begehrte Einsicht gegeben sind, insbesondere ob die Einwilligung der Patientin oder des Patienten oder eine Entbindung vom Berufsgeheimnis vorliegt. Sind die Voraussetzungen für die Einsichtnahme nicht gegeben, hat die Institution im Sinne von § 7 eine Verfügung zu erlassen, die mit Rekurs an die – im Übrigen auch für die Entbindung vom Berufsgeheimnis zuständige – Gesundheitsdirektion weitergezogen werden kann. Da die Krankengeschichten im Interesse einer vollständigen Aufbewahrung möglichst nicht herausgegeben werden sollen, können einsichtsberechtigte Personen für ihre Dokumentation entsprechende Kopien verlangen. Da die Erstellung von Kopien unter Umständen sehr aufwändig und kostspielig sein kann, soll im Rahmen einer Kann-Formulierung eine angemessene Kostenbeteiligung verlangt werden können.

Patientendaten unterstehen dem Datenschutz sowie dem Berufs- und allenfalls dem Amtsgeheimnis. Soweit das Patientenrechtsgesetz keine eigenen Regeln trifft, wird für die Verwendung und Bearbeitung von Patientendaten auf die Datenschutzgesetzgebung verwiesen (vgl. § 22).

D. Einwilligung zur Behandlung

Weil urteilsfähige Patientinnen und Patienten auf Grund ihres Selbstbestimmungsrechts frei über Art und Umfang von Behandlungen entscheiden können, ist ihre Einwilligung zu allen Eingriffen, Untersuchungen, Massnahmen usw. gemäss § 23 erforderlich. Dies gilt auch für urteilsfähige Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Ver-

vertretung. Eine rechtswirksame Einwilligung können jedoch nur rechtzeitig aufgeklärte Patientinnen und Patienten erteilen. Das Entscheidungsrecht von urteilsfähigen Personen ist grundsätzlich auch dort zu respektieren, wo für den Fall einer möglichen Urteilsunfähigkeit – z. B. für die Dauer einer Operation – im Voraus ein klarer Wille geäußert wurde, etwa für eine möglicherweise anzutreffende Situation bei einem operativen Eingriff. Ein Abweichen von einer klar dokumentierten Willenserklärung – dies kann im Rahmen einer Patientenverfügung geschehen – ist nur dort zulässig, wo klare Anhaltspunkte für eine seither erfolgte Willensänderung bestehen. Dies müssen die verantwortlichen Fachpersonen sorgfältig unter Berücksichtigung aller Umstände prüfen.

Bei der Einwilligung zur Behandlung von nicht urteilsfähigen Patientinnen und Patienten (§ 24) ist auf Grund der Verhältnisse im Alltag wiederum zwischen Personen mit und ohne gesetzlicher Vertretung zu unterscheiden. Sofern eine gesetzliche Vertretung vorhanden ist, haben die Ärztinnen und Ärzte die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Eltern, Vormund) einzuholen. Verweigert die gesetzliche Vertretung die Zustimmung zu einer aus ärztlicher Sicht nötigen Behandlung, können sich die Ärztinnen und Ärzte zur Wahrung der Interessen der urteilsunfähigen Person an die Vormundschaftsbehörde wenden; diese Behörde wird dann die Anordnung vormundschaftlicher Massnahmen zu prüfen haben. Eine Pflicht der Ärzteschaft, bei jeder Behandlungsverweigerung die Vormundschaftsbehörde zu informieren, soll nicht festgelegt werden, weil sonst die Leistungen der Institution überhaupt nicht mehr beansprucht würden.

In der Praxis kommt es häufig vor, dass ältere Patientinnen und Patienten nicht mehr voll urteilsfähig sind und vormundschaftliche Massnahmen an sich angezeigt wären. Andererseits werden solche Massnahmen nur zurückhaltend getroffen, vor allem wenn diese Menschen durch Bezugspersonen gut betreut werden. Es stellt sich die Frage, wie die Behandlung von nicht urteilsfähigen Personen zu regeln ist. Massstab sind nach § 24 Abs. 2 deren Interessen und deren mutmasslicher Wille. Danach haben sich die behandelnden Fachpersonen gemäss ihrem Behandlungsauftrag zu richten. Zur Feststellung des Interesses und zur Erforschung des Willens sind nach Möglichkeit auch die Bezugspersonen anzuhören, denen jedoch keine Entscheidungsbefugnis zusteht. Die getroffene Lösung vermeidet damit auch Probleme, wenn die Bezugspersonen nicht erreichbar oder sich nicht einig sind.

Keine Probleme ergeben sich schliesslich bei eigentlichen Notfällen, da bei diesen die Einwilligung gesetzlich vermutet wird (§ 24 Abs. 3).

Um einen anderen Sonderfall handelt es sich bei der Ausdehnung von operativen Eingriffen (§ 25). Bei Operationen werden immer wieder unerwartete Befunde festgestellt, die aus ärztlicher Sicht für eine Ausdehnung des Eingriffs sprechen. Eine solche Ausdehnung, der die Patientin oder der Patient vorgängig nicht zugestimmt hat (vgl. dazu auch § 23 Abs. 2), ist unter strengen Voraussetzungen erlaubt. Abgesehen davon, dass eine solche Ausdehnung selbstverständlich dem Interesse und dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entsprechen muss, ist sie nur zulässig, wenn damit zusätzlich eine ernsthafte Gefährdung oder ein schwer wiegender Nachteil vermieden werden kann. Wo diese besonderen Umstände nicht gegeben sind, muss eine Ausdehnung der Operation unterbleiben und soll die Patientin oder der Patient nach erfolgter Abklärung über den unerwartet angetroffenen Befund über die weitere Behandlung entscheiden.

Auf Grund des Selbstbestimmungsrechts sind die Patientinnen und Patienten berechtigt, eine von den Ärztinnen oder Ärzten oder von anderen Fachpersonen empfohlene Behandlung abzulehnen (§ 26). In solchen Fällen kommt der gehörigen Aufklärung besondere Bedeutung zu. Bleibt es bei der Uneinigkeit über die Behandlung, so sind die Patientinnen und Patienten grundsätzlich verpflichtet, ihre Behandlungsablehnung unterschriftlich zu bestätigen. Neben der Beweissicherung soll ihnen mit dieser Verpflichtung auch die Bedeutung dieses Entscheides bewusst gemacht werden. Da in der Praxis die Abgabe einer schriftlichen Erklärung nicht erzwungen werden kann, muss die Verweigerung der Unterschrift aus Beweissicherungsgründen in der Krankengeschichte dokumentiert werden. Zwar können die Patientinnen und Patienten einerseits eine Behandlung ablehnen, andererseits können sie Art und Umfang der Behandlung nicht absolut bestimmen. Der Behandlungsanspruch richtet sich nach § 5, also nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung und den legitimen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Dieser Anspruch findet seine Grenze bei medizinisch oder ethisch nicht gerechtfertigten Massnahmen. Es geht bei dieser Einschränkung nicht um die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung, was nach dem eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz zu beurteilen ist, und damit auch nicht um eine Grundlage für Rationierungen, sondern um eine Schranke gegenüber objektiv unangebrachten Ansprüchen und Wünschen (z. B. Wünsche nach unnötigen Operationen oder Therapien).

III. Abschnitt: Besondere Umstände

A. Zwangsmassnahmen

Zwangsmassnahmen stellen einen schweren Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf persönliche Freiheit dar. Das Bundesgericht verlangt für die Durchführung von Massnahmen und Behandlungen gegen den Willen der betroffenen Personen grundsätzlich eine klare gesetzliche Grundlage, die bisher im Kanton Zürich fehlte. Obwohl Zwangsmassnahmen möglichst zu vermeiden sind, kann darauf als Ultima Ratio nicht gänzlich verzichtet werden. Bei akuter Selbst- oder Drittgefährdung sind sie oft die einzige oder letzte Möglichkeit zur Bewältigung einer Krisensituation. In der Praxis wird zwischen freiheitseinschränkenden Massnahmen, welche die Bewegungsfreiheit von Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen einschränken (wie kurzfristiges Festbinden oder Festhalten), und Zwangsbehandlung von Kranken gegen ihren Willen (z. B. Spritzen von Medikamenten) unterschieden.

In § 27 wird zunächst der Kreis der Patientinnen und Patienten, bei denen freiheitseinschränkende Massnahmen und Zwangsbehandlungen gegen ihren Willen überhaupt in Frage kommen, festgelegt. Damit wird zum Vornherein deutlich, dass Zwangsmassnahmen nur in besonderen Situationen möglich sind. Zulässig sind solche Massnahmen nur bei Personen, die sich entweder in fürsorgerischer Freiheitsentziehung oder im Straf- und Massnahmevollzug befinden, sowie bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten, wenn die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. Letztere Notstandsklausel dient nicht zuletzt dem Schutz urteilsunfähiger Patientinnen und Patienten in der Geriatrie, wo es immer wieder nötig ist, deren Freiheit zu beschränken (z. B. Verhindern von Davonlaufen, Gitterbetten, Anbinden während der Nacht, Einnahme von lebenswichtigen Medikamenten). Wenn die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung vorhanden ist, sind solche Massnahmen unproblematisch. Wenn dies nicht der Fall ist, lässt § 27 solche Massnahmen in Notfallsituationen zu. Erweisen sich solche Massnahmen bei nicht urteilsfähigen Personen ohne gesetzliche Vertretung dauernd als nötig, so muss zur Interessenwahrung dieser Personen die Vormundschaftsbehörde eingeschaltet werden.

In den §§ 28 und 29 werden die materiellen Voraussetzungen für die Anordnung von freiheitseinschränkenden Massnahmen und Zwangsbehandlungen festgelegt. Die Zwangsmassnahmen müssen der jeweiligen Situation angepasst, also verhältnismässig sein. Die Voraussetzungen dafür werden klar und einschränkend umschrieben. Zwangsmassnahmen müssen die Ausnahme und in der Regel auf

Notsituationen beschränkt bleiben und dürfen nur zur Anwendung gelangen, wenn keine anderen – weniger einschränkenden – Behandlungsmöglichkeiten mehr gegeben sind. Freiheitseinschränkende Massnahmen kommen nach § 28 nur bei akuter und ernsthafter Selbst- oder Drittgefährdung in Frage oder wenn dies für eine Zwangsbehandlung (z. B. zur Verabreichung einer Spritze) zwingend erforderlich ist. Diese Zwangsbehandlungen von körperlichen und psychischen Krankheiten können nach § 29 in Notsituationen, worunter überraschende und unvorhergesehene akute Krankheitsschübe zu verstehen sind, durchgeführt werden, wenn damit eine ernsthafte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Personen oder Dritter abgewendet werden kann. Besonders heikel sind länger dauernde medikamentöse Behandlungen gegen den Willen der Betroffenen, doch ist dies in eng umschriebenen Ausnahmen gerechtfertigt, wo die nötige persönliche Fürsorge nicht durch eine mildere Massnahme erbracht werden kann oder wo damit eine ernsthafte und unmittelbare Gefahr für Leib und Leben Dritter abgewendet werden kann. Als Beispiel sei der Fall des psychisch kranken Patienten aufgeführt, der ohne medikamentöse Behandlung in eine geschlossene Psychiatrieeinrichtung eingewiesen werden müsste, der aber bei regelmässiger Medikamenteneinnahme zu Hause durch die Familie betreut werden und ein weitgehend normales Leben führen könnte. Oder der Fall der psychisch kranken Patientin, die auf Grund ihrer Erkrankung nicht selbst für sich sorgen kann und verwahrlost, die aber bei medikamentöser Behandlung ein weitgehend normales Leben führen könnte.

Da Zwangsmassnahmen einen schwer wiegenden Eingriff in die persönliche Freiheit darstellen, kommt dem Rechtsschutz besondere Bedeutung zu (§ 30). Dieser soll in Anlehnung an den Rechtsschutz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung geregelt werden. Zunächst wird die Zuständigkeit und Verantwortung für die Anordnung von Zwangsmassnahmen festgelegt. Zuständig und damit hauptverantwortlich für die Anordnung von Massnahmen sind grundsätzlich die fachkompetenten Ärztinnen und Ärzte der Institutionen, wobei aus praktischen Gründen in Notsituationen jedoch auch das zuständige Fachpersonal bis zum Eintreffen der verantwortlichen Ärztin oder des verantwortlichen Arztes die notwendigen Massnahmen treffen kann. Zum Rechtsschutz gehört auch, dass gegenüber der betroffenen Person die angeordneten Massnahmen begründet werden (wo dies bei einer Notsituation vorher nicht möglich ist, muss dies so rasch als möglich nachgeholt werden). Weiter ist die betroffene Person – wie bei der Anordnung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung – darauf aufmerksam zu machen, dass sie eine gerichtliche Beurteilung verlangen kann; dies gilt auch bei Notsituationen, wenn die Information erst im Nachhinein möglich ist. Patientinnen und Patienten sowie ihre Bezugs-

personen können innert zehn Tagen gerichtliche Beurteilung beim Einzelrichter verlangen. Das Verfahren soll sich im Übrigen nach den sich in der Praxis bewährten besonderen Vorschriften für das Verfahren über die fürsorgerische Freiheitsentziehung richten (vgl. § 203 a ff. der Zivilprozessordnung, LS 271). Schliesslich ist auch die sorgfältige Dokumentation Teil eines umfassenden Rechtsschutzes. Über Zwangsmassnahmen muss deshalb zusätzlich zur Beschreibung in der Krankengeschichte eine separate schriftliche Kontrolle über die Gründe, die Art und Dauer der Zwangsmassnahmen sowie der beteiligten Personen geführt werden. Dies soll die Überprüfung durch die Aufsichtsbehörden erleichtern, die sich auf dieser Grundlage einen Überblick über den Umfang und die Art der Zwangsbehandlungen verschaffen können.

B. Lehrveranstaltungen und Forschung

Lehrveranstaltungen gemäss § 31 sind für die Ausbildung von Fachpersonal unbedingt nötig und ohne Mitwirkung von Patientinnen und Patienten nicht möglich. Dafür bedarf es aber der Einwilligung der Betroffenen, wobei diese Einwilligung jederzeit ohne Nachteile widerrufen werden kann. Die Verweigerung der Mitwirkung oder der Widerruf der Einwilligung muss nicht begründet werden. Bei nicht urteilsfähigen Patientinnen und Patienten können die gesetzliche Vertretung und – da die Mitwirkung in einer Lehrveranstaltung keinen schwer wiegenden Eingriff darstellt – ausnahmsweise auch die Bezugspersonen die Einwilligung erteilen oder verweigern. Es versteht sich, dass auch nicht urteilsfähige Patientinnen und Patienten, die sich einer Mitwirkung widersetzen, nicht in Lehrveranstaltungen einbezogen werden dürfen. Die in Spitälern üblichen Visitationen durch Vorgesetzte in Begleitung von Fachpersonal stehen primär im Interesse der Patientinnen und Patienten und gelten deshalb nicht als Lehrveranstaltungen.

Das neue Heilmittelgesetz des Bundes (SR 812.21) erfasst alle Versuche mit Heilmitteln am Menschen und geht insofern dem kantonalen Patientenrechtsgesetz vor. Bei anderen Forschungsuntersuchungen an Patientinnen und Patienten bleibt aber der Regelungsbedarf bestehen. Diese Forschungsuntersuchungen bedürfen gemäss § 32 zunächst einer Bewilligung durch die Kantonale Ethikkommission; dadurch wird sichergestellt, dass Forschungsuntersuchungen den ethischen Grundsätzen entsprechen. Da Forschungsuntersuchungen – anders als die Mitwirkung in Lehrveranstaltungen – einen stärkeren Eingriff in die Rechtsstellung der Betroffenen bedeuten, müssen die Patientinnen und Patienten über den geplanten Versuch zunächst um-

fassend aufgeklärt werden und ihre allfällige Einwilligung schriftlich erteilen. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteile widerrufen werden. Da Forschungsuntersuchungen in der Regel nicht im unmittelbaren Behandlungsinteresse der betroffenen Personen stehen, ist die Einwilligung bei urteilsfähigen unmündigen oder entmündigten Personen sowie bei nicht urteilsfähigen Personen streng zu regeln. Bei nicht urteilsfähigen Personen kommt die ersatzweise Einwilligung durch Bezugspersonen daher nicht in Frage.

C. Behandlung und Betreuung Sterbender

Es ist zunächst festzuhalten, dass die Regelung der aktiven Sterbehilfe und die Beihilfe zum Selbstmord in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes fällt. Über die geltende Regelung, die eine direkte aktive Sterbehilfe strafrechtlich verbietet, ist es inzwischen zu einer breit angelegten öffentlichen Diskussion gekommen, die bereits zu politischen Vorstössen auf eidgenössischer Ebene geführt hat. Diese Problematik ist im Patientenrechtsgesetz nicht zu behandeln. Auch die ebenfalls kontrovers diskutierte Frage, inwieweit Sterbehilfeorganisationen der allgemeine Zugang zu Institutionen des Gesundheitswesens zu gewähren ist, soll nicht im Patientenrechtsgesetz für alle Institutionen gleich beantwortet werden. Denn die Institutionen des Gesundheitswesens unterscheiden sich in ihrer Art und in ihren Aufgaben derart stark voneinander, dass eine einheitliche Regelung dieser Frage den jeweiligen Umständen nicht gerecht würde. Vielmehr ist es den Trägerschaften zu überlassen, wie sie diese Frage unter Berücksichtigung der konkreten Umstände und unter Beachtung der allgemeinen Rechtsgrundsätze regeln wollen.

Die Patientenrechtverordnung hat die Behandlung und Betreuung Sterbender nur sehr knapp geregelt. Als Grundsatz wird in § 33 neu das Recht der Sterbenden auf angemessene Behandlung und Begleitung festgehalten. Mit der gesetzlichen Festschreibung soll die Bedeutung dieses Anspruchs der Sterbenden hervorgehoben werden. Angemessene Behandlung und Begleitung bedeutet, dass auf die Persönlichkeit des Sterbenden und auf die individuellen Umstände des Einzelfalls bei der Behandlung, Betreuung und Pflege einzugehen ist. Dazu gehören auch der Anspruch auf palliative Behandlung und das Recht auf grösstmögliche Erhaltung der Lebensqualität. Neu werden auch die Anliegen der Bezugspersonen berücksichtigt – sie werden vom Sterben einer nahe stehenden Person tief betroffen. Es ist ihnen eine würdevolle Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen von Verstorbenen zu ermöglichen. Konkret bedeutet dies, dass jede Institution im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die indivi-

duellen und kulturell unterschiedlichen Bedürfnisse der betroffenen Personen wird eingehen müssen.

Auf Grund ihres Selbstbestimmungsrechts können urteilsfähige Personen auf lebensverlängernde Massnahmen verzichten und vorsorglich für den Sterbefall ihren Willen festlegen. Eine schriftlich verfasste Sterbeverfügung ist dann – wenn diese Person im Krankheitsprozess ihren Willen nicht mehr äussern kann – von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, aber auch von den Bezugspersonen grundsätzlich zu beachten. Das Vorliegen einer solchen Sterbeverfügung entbindet die verantwortlichen Fachpersonen indes nicht von der Prüfung, ob diese auf Grund der konkreten Umstände immer noch dem Willen des oder der Sterbenden entspricht.

Als passive Sterbehilfe gilt der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen bei Sterbenden. Die passive Sterbehilfe ist bundesrechtlich nicht geregelt, gilt als straffrei und kommt in der Praxis häufig vor. Da sich hier Abgrenzungsfragen stellen, soll im Patientenrechtsgesetz eine klare Regelung für die passive Sterbehilfe bei tödlich erkrankten, nicht mehr urteilsfähigen Personen getroffen werden (§ 34). Der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen ist zulässig, wenn kumulativ folgende Voraussetzungen vorliegen: 1. Das Grundleiden mit aussichtsloser Prognose muss einen irreversiblen Verlauf genommen haben. 2. Das Hinausschieben des Todes bedeutet für die sterbende Person eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens. 3. Der Verzicht auf weitere Behandlung entspricht dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten. Bei diesem schwierigen Entscheid muss die Verantwortung den verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten überbunden werden, da sie fachlich kompetent und für die Behandlung letztlich zuständig sind. Beim Entscheid müssen die Ärztinnen und Ärzte die Bezugspersonen möglichst mit einbeziehen, um den mutmasslichen Willen der Sterbenden festzustellen. Die Bezugspersonen sind demnach anzuhören, können aber auf Grund ihrer Rechtsstellung nicht autonom für die Sterbenden entscheiden. Bei unmündigen oder entmündigten Personen ist die gesetzliche Vertretung in den Entscheid mit einzubeziehen; auf Grund des Vertretungsrechts darf hier die Behandlung nicht gegen deren Willen abgebrochen werden.

D. Obduktion und Transplantation

Die Obduktion und die Transplantation waren bisher lediglich auf Verordnungsstufe geregelt. Künftig wird die Transplantation auf Bundesebene geregelt werden. Bis zum Erlass des entsprechenden Bundesgesetzes gilt im Sinne einer Übergangsregelung die vom Bund im Vernehmlassungsverfahren für ein eidgenössisches Transplantations-

gesetz favorisierte Übergangslösung. Demnach sind Obduktionen (§ 35) und Transplantationen (§ 36) nur mit vorgängig erteilter Zustimmung der verstorbenen Person oder mit Zustimmung der Bezugspersonen erlaubt. Die in der Patientenrechtverordnung enthaltene, so genannte Widerspruchslösung, die eine Organentnahme oder eine Obduktion zulässt, wenn kein Widerspruch dagegen erhoben wird, soll damit aufgegeben werden.

Bei der Obduktion erschwert die Aufgabe der bisherigen Widerspruchslösung die Qualitätssicherung. Trotzdem soll auch hier am Systemwechsel zur erweiterten Zustimmungslösung festgehalten werden, weil bei der Obduktion im Gegensatz zur Transplantation mehr Zeit vorhanden ist, um die erforderliche Zustimmung einzuholen. Wenn die verstorbene Person nicht vor ihrem Tod eingewilligt hat, muss die Einwilligung der Bezugspersonen eingeholt werden. Ist dies nicht möglich, muss die Obduktion unterbleiben. Im Interesse der öffentlichen Sicherheit und Gesundheit darf jedoch ausnahmsweise eine Obduktion auch ohne Zustimmung erfolgen, nämlich zur Aufdeckung von strafbaren Handlungen sowie zur Sicherung der Diagnose, insbesondere bei gemeingefährlichen Krankheiten.

Die Bestimmung über die Transplantation wurde im Wesentlichen dem Entwurf für ein eidgenössisches Transplantationsgesetz entnommen. Bei seinem Inkrafttreten wird das eidgenössische Transplantationsgesetz die kantonale Regelung ersetzen. Eine Transplantation ist nur zulässig, wenn die verstorbene Person vor ihrem Tod eingewilligt hat oder wenn die zwingend anzufragenden Bezugspersonen zustimmen. Die verstorbene Person kann den Entscheid über die Organentnahme auch einer Person ihres Vertrauens übertragen, die dann an die Stelle der Bezugspersonen tritt.

IV. Abschnitt: Schlussbestimmung

Die §§ 44 bis 52 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 enthalten Bestimmungen über die Betreuung psychisch Kranker, die durch Vorschriften über die fürsorgliche Freiheitsentziehung gemäss Art. 397 a ff. ZGB (SR 210) und §§ 117 a EG ZGB (LS 230) überholt sind. Es war vorgesehen, diese Bestimmungen bei der Revision des Gesundheitsgesetzes aufzuheben. Da sich der Neuerlass des Gesundheitsgesetzes verzögert hat, rechtfertigt es sich, diese Bestimmungen, die den Patientenschutz im weiteren Sinne betrafen, im Rahmen des Patientenrechtsgesetzes aufzuheben.

Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat, der Vorlage für ein Patientenrechtsgesetz zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:
Notter

Der Staatsschreiber:
Husi