

Medizintourismus in der Schweiz

Ethische, juristische und sozialwissenschaftliche Fragestellungen
für den stationären Bereich

Erarbeitet durch das Konsortium:

Ethik-Zentrum, Universität Zürich
Brauer & Strub / Medizin Ethik Politik, Zürich
Econcept AG / Forschung Beratung Evaluation, Zürich
Kompetenzzentrum Medizin-Ethik-Recht Helvetiae, Universität Zürich
Projektleitung: Prof. Dr. Dr. h.c. Barbara Haering, Universität Lausanne

Mai 2018

**Geförderte Studie im Rahmen des Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds der SAMW,
Ausschreibung 2016**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW

Medizintourismus in der Schweiz

Ethische, juristische und sozialwissenschaftliche
Fragestellungen für den stationären Bereich

Schlussbericht vom 31. Mai 2018

Erarbeitet durch das Konsortium:

econcept AG Beratung / Forschung / Evaluation

Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik

Ethik-Zentrum, Universität Zürich

Kompetenzzentrum Medizin – Ethik – Recht Helvetiae, Universität Zürich

Erarbeitet durch das «Konsortium Ethische Probleme des Medizintourismus»

econcept AG, Gerechtigkeitsgasse 20, CH-8002 Zürich, www.econcept.ch/ + 41 44 286 75 75

Brauer & Strub, Winterthurerstr. 464, 8051 Zürich, <http://www.brauerstrub.ch>/ +41 079 638 75 62

Ethik-Zentrum der Universität Zürich, Zollikerstrasse 117, 8008 Zürich, www.ethik.uzh.ch/ +41 44 634 85 26

Kompetenzzentrum Medizin - Ethik - Recht Helvetiae (MERH), Universität Zürich, Freiestrasse 15, 8032 Zürich, <http://www.merh.uzh.ch>/ +41 44 634 39 39

31. Mai 2018

Inhalt

Zusammenfassung	i
Einleitung	1
1 Hintergrund und Ziele des Forschungsprojekts	1
1.1 Ausgangslage, Auftrag und Forschungskonsortium	1
1.2 Ziele des Forschungsprojekts	2
2 Forschungsdesign und Methodik	3
2.1 Ethische Methodik	3
2.2 Juristische Methodik	3
2.3 Sozialwissenschaftliche Methodik	4
Teil I: Medizintourismus: Relevante Aspekte und Definition	6
3 Abriss der ethischen Debatte zum Medizintourismus	6
3.1 Stand der Debatte zum Medizintourismus	6
3.2 Leistungen, die in Herkunfts- und Zielland legal sind («legal-legal»)	7
3.2.1 Fragen im Hinblick auf das Zielland des Medizintourismus	7
3.2.2 Fragen mit Blick auf das Ausgangsland des Medizintourismus	8
3.2.3 Probleme des <i>informed consent</i>	9
3.3 Leistungen, die im Herkunftsland illegal oder nicht zugelassen, im Zielland aber legal oder zugelassen sind («illegal-legal»)	10
3.3.1 Fragen im Hinblick auf das Zielland des Mdeizintourismus	10
3.3.2 Fragen mit Blick auf das Ausgangsland des Medizintourismus	11
3.3.3 Ethische Probleme der internationalen Divergenz der Gesetzgebung	11
3.4 Leistungen, die im Herkunfts- und Zielland illegal sind («illegal-illegal»)	12
3.4.1 Fragen im Hinblick auf das Zielland	12
3.4.2 Fragen im Hinblick auf das Ausgangsland	12
3.5 Konklusion zur aktuellen ethischen Debatte	13
4 Juristische Analyse der sich im Zusammenhang mit dem Medizintourismus in der Schweiz stellenden Rechtsfragen	15
4.1 Ausgangslage	15
4.2 Individuelle Ebene	15
4.2.1 <i>Informed consent</i>	16
4.2.2 Besonderheiten bei Medizintouristen/innen	18

4.3	Systemische Ebene	19
4.3.1	Knappe Ressourcen	19
4.3.2	Spitalplanung und Leistungsaufträge	20
4.3.3	Verdrängungsproblematik bei der Aufnahme	21
4.3.4	Verdrängungsproblematik bei der Qualität	22
4.4	Weitere ausländerrechtliche Herausforderungen	23
4.5	Konklusion zu den Rechtsgrundlagen	26
5	Definition des Begriffs «Medizintourismus»	27
5.1	Relevante Aspekte zur Definition des Medizintourismus	27
5.2	Definition für das vorliegende Forschungsprojekt	30
	Teil II: Empirische Analyse des Medizintourismus	31
6	Epidemiologische und ökonomische Analyse des Medizintourismus in der Schweiz	31
6.1	Entwicklung des Medizintourismus in der Schweiz seit 2003	31
6.1.1	Anzahl Medizintouristen/innen und ihre Herkunft	31
6.1.2	Soziodemografische Merkmale der Medizintouristen/innen	33
6.1.3	Anzahl Behandlungen und Behandlungsorte	34
6.1.4	Merkmale der Behandlungen von Medizintouristen/innen	35
6.2	Ökonomische Bedeutung des Medizintourismus	37
6.2.1	Individuelle ökonomische Effekte des Medizintourismus	37
6.2.2	Betriebswirtschaftliche Effekte des Medizintourismus	38
6.2.3	Volkswirtschaftliche Effekte des Medizintourismus	39
6.3	Konklusion aus epidemiologischer und ökonomischer Sicht	40
7	Empirisch-sozialwissenschaftliche Analyse des Medizintourismus	42
7.1	Einordnungen und Einschätzungen zum Medizintourismus	42
7.1.1	Einordnung der Definition des Begriffs Medizintourismus	42
7.1.2	Medizintourismus in Strategien von Spitalern und Kliniken	44
7.1.3	Perspektiven zum Medizintourismus	44
7.2	Auswirkungen des Medizintourismus auf den Spitalbetrieb	45
7.2.1	Organisation und Betrieb mit Blick auf Medizintourismus	45
7.2.2	Ärztenschaft und Pflegende im Kontakt mit Medizintouristen/innen	46
7.2.3	Ausländerrechtliche Herausforderungen	46
7.2.4	Vermittlungskanäle und Zusammenarbeit mit Vermittlungsagenturen	47
7.2.5	Konkurrenzverhalten unter Abteilungen angesichts von Medizintourismus	49
7.2.6	Einschätzungen zur Verdrängungsproblematik durch Medizintourismus	50

7.3	Auswirkungen des Medizintourismus auf den <i>informed consent</i>	51
7.3.1	Kulturelle Herausforderungen mit Blick auf den <i>informed consent</i>	51
7.3.2	Sprachliche Herausforderungen mit Blick auf den <i>informed consent</i>	52
7.3.3	Dilemma bei mangelnden Vorabklärungen	53
7.3.4	Nachbehandlungen auch bei Medizintourismus	53
7.4	Auswirkungen des Medizintourismus auf das Gesundheitswesen	54
7.4.1	Mögliche Synergien des Medizintourismus für das Gesundheitssystem	54
7.4.2	Negative Wirkungen des Medizintourismus auf das Gesundheitssystem	54
7.5	Chancen und Risiken des Medizintourismus	55
7.5.1	Chancen des Medizintourismus aus Sicht der Befragten	55
7.5.2	Risiken des Medizintourismus aus Sicht der Befragten	56
7.6	Handlungsbedarf aus Sicht der Befragten	56
7.6.1	Handlungsbedarf auf nationaler Ebene	56
7.6.2	Handlungsbedarf mit Blick auf Spitäler, Ärzteschaft und Pflege	57
7.6.3	Handlungsbedarf für die SAMW	57
Teil III: Normative Fragen zum Medizintourismus in der Schweiz		58
8	Spezifische juristische Fragen zum Medizintourismus in der Schweiz	58
8.1	Individuelle Ebene: Besondere Aspekte des <i>informed consent</i> und juristische Herausforderungen	58
8.1.1	Formelle Aspekte des <i>informed consent</i>	58
8.1.2	Materielle Aspekte des <i>informed consent</i>	62
8.1.3	Der <i>informed consent</i> im Medizintourismus	63
8.1.4	Weitere juristische Aspekte des Medizintourismus	64
8.2	Systemische Ebene: Verdrängungsproblematik bei Listenspitälern	64
8.2.1	Verdrängungsproblematik bei der Aufnahme	64
8.2.2	Verdrängungsproblematik bei der Behandlung	69
8.2.3	Zusammenfassung der Erkenntnisse auf systemischer Ebene	70
8.3	Spezialfall Pädiatrie aus juristischer Sicht	72
8.4	Handlungsbedarf aus juristischer Sicht	73
9	Ethische Fragen zum Medizintourismus in der Schweiz	74
9.1	Medizintourismus und <i>informed consent</i>	75
9.1.1	<i>Informed consent</i>	76
9.1.2	<i>Informed consent</i> als spezifisches Problem des Medizintourismus?	77
9.2	Interkulturalität und Medizintourismus	79
9.2.1	Interkulturalität in der Medizin als ethische Fragestellung	79

9.2.2	Zum Spezifikum interkultureller Fragestellungen für die Medizinethik	81
9.2.3	Arten von interkulturellen Fragestellungen	82
9.2.4	Zum Begriff der Kultur	85
9.2.5	Fazit zu Interkulturalität und Medizintourismus	86
9.3	Zur Problematik der Verdrängung	87
9.3.1	Verdrängung als mögliches Problem in der Intensivmedizin	87
9.3.2	Medizin-ethische Richtlinien der SAMW zur Intensivmedizin	88
9.3.3	Anwesenheit als entscheidendes Kriterium	90
9.3.4	Fazit zur Problematik der Verdrängung	90
9.4	Spezialfall Pädiatrie aus ethischer Sicht	91
9.4.1	Ethische Aspekte der Pädiatrie	91
9.4.2	Der Massstab des Kindeswohls	92
9.4.3	Einbezug der Kinder	93
9.4.4	Fazit zum Spezialfall Pädiatrie	93
9.5	Schadensrisiken und die Herausforderung multiresistenter Keime	94
9.6	Institutionen des Gesundheitswesens als globale Akteure	95
9.7	Fazit und Handlungsempfehlungen aus ethischer Sicht	96
9.7.1	Fazit zu den spezifischen ethischen Fragen	96
9.7.2	Handlungsempfehlungen aus ethischer Sicht	97
Teil IV: Synthese und Empfehlungen		101
10	Synthese und Empfehlungen	101
10.1	Ausmass des Medizintourismus	101
10.2	Chancen und Risiken des Medizintourismus	101
10.3	Ethische und juristische Probleme	102
10.4	Handlungsempfehlungen des Konsortiums	104
Literatur		107
Anhang		117
A-1	Wirkungsmodell «Medizintourismus»	117
A-2	Detaillierte Forschungsfragestellungen	119
A-3	Allgemeiner Leitfaden für die Befragungen	121
A-4	Portrait der einzelnen Institutionen des Konsortiums	126

Zusammenfassung

Mit dem Begriff «Medizintourismus» werden unterschiedlichste Phänomene bezeichnet, die vom Kur- und Wellness-tourismus innerhalb von grösseren Ländern bis zur gezielten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Patienten/innen aus wohlhabenden Ländern in ärmeren Weltgegenden reicht. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat ein Forschungsprojekt ausgeschrieben, das ethische Probleme des Medizintourismus in der Schweiz ausleuchten und Handlungsempfehlungen dazu abgeben soll. Entsprechend liegt der Fokus des vorliegenden, im Rahmen dieses Forschungsprojekts erarbeiteten Berichts auf dem Medizintourismus in der Schweiz. Patienten/innen aus dem Ausland, die gezielt für eine medizinische Behandlung in die Schweiz kommen, finden sich dabei sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Für den ambulanten Bereich hat sich im Rahmen des Forschungsprojekts allerdings gezeigt, dass einerseits die statistische Basis, die eine Bewertung des Phänomens hinsichtlich Ausmass und allfälliger Konsequenzen ermöglichen würde, fehlt. Andererseits sind auch die primären ethischen Konfliktsituationen, mit denen der Medizintourismus das schweizerische Gesundheitswesen konfrontiert, nicht im ambulanten Bereich angesiedelt: Angesichts des regulatorischen Rahmens haben potentielle Konkurrenzsituationen in Kontexten notorischer Ressourcenknappheit (Verdrängung), Herausforderungen in Zusammenhang mit der informierten Zustimmung zur Behandlung (*informed consent*), aber auch Fragen der interkulturellen Verständigung im stationären Bereich tendenziell stärkere Implikationen für das Gesundheitswesen insgesamt, für Patienten/innen aus der Schweiz und für das hiesige Behandlungspersonal.

Aus diesen Gründen konzentriert sich der vorliegende Bericht auf die Auswirkungen des Medizintourismus auf den stationären Bereich in der Schweiz. Unter dem Titel «Medizintourismus in der Schweiz. Ethische, juristische und sozialwissenschaftliche Fragestellungen für den stationären Bereich» widmet sich der Bericht dem Medizintourismus als folgendermassen definiertes Phänomen:

«Medizintourismus bezeichnet den Verkehr von ausländischen Privatpersonen in die Schweiz mit dem (Haupt-)Motiv der stationären, medizinischen Behandlung durch Fachpersonen, die über eine gesetzliche Berufsausübungsbewilligung verfügen.»

Wie die empirischen Resultate nachweisen, die im Rahmen des Forschungsprojekts erhoben werden konnten, stellt der Medizintourismus zahlenmässig eher ein Randphänomen für das Schweizer Gesundheitswesen dar. Zwar gab es Bestrebungen, mehr Patienten/innen als Medizintouristen/innen zu gewinnen, weil davon ein gewisser Reputationsgewinn und ökonomisch positive Perspektiven erhofft wurden. Allerdings ist die Zahl tatsächlich als Medizintouristen/innen in die Schweiz gekommener Patienten/innen rückläufig und hat sich nach einem Maximalstand von 21'000 Behandlungen im Jahr 2010 auf 17'000 Behandlungen im Jahr 2015 reduziert. Gemessen an allen medizinischen Behandlungen entfiel in den letzten Jahren zwischen einem und eineinhalb Prozent auf Medizintouristen/innen, wobei Patienten/innen aus unmittelbaren Nachbarländern die über-

wiegende Mehrheit ausmachen. Entsprechend tief sind die ökonomischen Auswirkungen des Medizintourismus in der Schweiz einzuschätzen, und zwar sowohl in betriebswirtschaftlicher Hinsicht für die Institutionen des Gesundheitswesens als auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht für das Gesundheitssystem als Ganzes. Ebenso ist davon auszugehen, dass die ökonomischen (Fehl-)Anreize, welche der Medizintourismus gegenwärtig nach sich zieht, von geringem Ausmass sind.

Dass die Präsenz von Medizintouristen/innen im Schweizer Gesundheitswesen zahlenmässig ein kleines Phänomen ist, wurde im Rahmen der Studie sowohl in explorativen Gesprächen mit führenden Vertretern/innen der befragten Institutionen des Gesundheitswesens als auch im Rahmen einer vertieften qualitativen Befragung von Gesundheitsfachpersonen und weiteren Involvierten bestätigt. Dies mindert aber nicht den Umstand, dass auch die geringen Fallzahlen teils – so die Einschätzung der Involvierten – überproportional viele Ressourcen binden und die Präsenz von Medizintouristen/innen namentlich für die Gesundheitsfachpersonen mit einer erhöhten Belastung verbunden sein kann. Als Problembereiche werden dabei nebst anderen die folgenden genannt: Zum einen die Sicherstellung des *informed consent*, wobei es immer auch darum geht, die hiesigen Fachpersonen rechtlich genügend abzusichern. Zum andern Herausforderungen im Umgang mit interkulturellen Verständigungsschwierigkeiten oder Wertekonflikten, die sowohl mit der kulturellen Prägung der ausländischen Patienten/innen als auch mit deren sozialen Status verbunden sein können. Zum dritten wurde auch verschiedentlich darauf hingewiesen, dass speziell in der Intensivmedizin Situationen denkbar sind, in denen ein Verdrängungseffekt zuungunsten hiesiger Patienten/innen auftreten kann, wenn Medizintouristen/innen Betten belegen, wie sie in der Intensivpflege notwendig und nahezu immer eine knappe Ressource darstellen. Zwar seien all diese Problemkonstellationen aktuell selten, doch gelte es sie im Blick zu behalten, falls vermehrt auf den Medizintourismus als Strategie zur Nachfragesteuerung im Gesundheitswesen gesetzt würde.

Hervorzuheben ist, dass die befragten Gesprächspartner/innen bei weitem nicht nur auf Risiken des Medizintourismus hingewiesen haben, sondern auch dessen Chancen betonten. Dies wird im vorliegenden Bericht entsprechend ausgewiesen. Während zu den Risiken etwa gehört, dass der Medizintourismus bei den ausländischen Patienten/innen falsche Hoffnungen auf erfolgreiche Behandlungsansätze wecken könnte, wurden vor allem drei Aspekte als Chancen des Medizintourismus betont: So würden ausländische Patienten/innen, die sich gezielt in einem Spital in der Schweiz behandeln lassen wollen, in erster Linie eine Auszeichnung für dieses Spital darstellen. Auch könnten dank ausreichenden Fallzahlen hochspezialisierte Schwerpunkte an Schweizer Spitälern gehalten werden, was ohne ausländische Patienten/innen nicht möglich wäre. Schliesslich sahen einige Befragte eine Chance für die Spitäler zur Querfinanzierung von nicht lukrativen Leistungen sowie von Ausbildung und Forschung. Der Bericht kommt dementsprechend unter anderem zum Schluss, dass zwar durchaus ethische Herausforderungen des Medizintourismus zu bedenken sind, es aber auch angebracht ist, die Chancen des Medizintourismus in der öffentlichen Wahrnehmung verstärkt zur Geltung zu bringen.

Aus juristischer Perspektive untersucht die vorliegende Studie, welche Rechtsgrundlagen in der Schweiz bestehen, durch welche diejenigen Bereiche, die vom Medizintourismus tangiert werden, reguliert sind. Davon ausgehend wird danach gefragt, ob gegebenenfalls Lücken in den rechtlichen Regelungen auszumachen sind, die es für einen angemessenen Umgang mit dem Phänomen «Medizintourismus» zu füllen gäbe. Auf einer individuellen Ebene ist aus rechtlicher Sicht in erster Linie die Gewährleistung des *informed consent* im Umgang mit Medizintouristen/innen zentral. Hierfür bestehen allerdings, so das Resultat der vorliegenden Untersuchung, genügende Rechtsgrundlagen, die freilich nicht allein Fälle von Medizintourismus regeln, sondern generell Geltung beanspruchen. Auf der systemischen Ebene, also jener des Gesundheitssystems, scheint vor allem die Verdrängungsproblematik rechtlich bedeutsam. Allerdings kommt die Studie auch hier zum Schluss, dass die bestehenden Rechtsgrundlagen, die für die Aufnahme in ein Listenspital eine genau festgelegte Kaskade vorsehen, ausreichen und keine spezifisch für den Medizintourismus geltenden rechtlichen Normen notwendig sind. Dies gilt insbesondere in den Situationen, in denen eine Verdrängung nach der Aufnahme einer Medizintouristin bzw. eines Medizintouristen auftritt: Ist ein/e Patient/in erst einmal aufgenommen, so hat sie/er ein Recht auf eine Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Während die Notwendigkeit spezifischer rechtlicher Regelungen für den Medizintourismus aus juristischer Perspektive also verneint wird, weist der Bericht gleichwohl darauf hin, dass vielmehr jene Personengruppen, die aufgrund ihres ausländerrechtlichen Status besonders vulnerabel sind – etwa Asylsuchende oder Sans Papiers – in der Praxis Fragen aufwerfen. Entsprechend rät der Bericht dazu, für eine vermehrte Sensibilisierung für die Situation dieser Personengruppen besorgt zu sein.

Mit der im vorliegenden Bericht vorgenommenen Fokussierung auf Personen, die für beabsichtigte und geplante Behandlungen in die Schweiz reisen, geht mit Blick auf die ethische Debatte um den Medizintourismus eine wichtige Einschränkung einher: Die internationale Fachdebatte auf dem Gebiet der Ethik, die im vorliegenden Bericht überblicksartig dargestellt wird, dreht sich nämlich in aller Regel um Probleme, die sich ergeben, wenn Patienten/innen aus wohlhabenderen Ländern medizinische Behandlungen in ärmeren Ländern in Anspruch nehmen. Damit betreffen sie die Schweiz als Zielland des Medizintourismus kaum. Entsprechend geht es aus ethischer Perspektive darum, auf der Grundlage der empirischen Befunde herauszuarbeiten, ob und gegebenenfalls welche *spezifischen* ethischen Fragen der Medizintourismus in der Schweiz aufwirft. Dabei geht es um Themen wie die interkulturelle Verständigung in der Medizin, die interkulturell variierenden Verständnisse von Autonomie und Angehörigeneinbezug oder die Frage nach der Relevanz von ‚Herkunft‘ für das Recht auf die Inanspruchnahme beschränkt verfügbarer medizinischer Ressourcen.

Untersucht werden demnach die Problemfelder *informed consent* und Interkulturalität in der Medizin im Kontext des Medizintourismus. Ebenso wird die Verdrängungsproblematik als ethische Fragestellung beleuchtet und auf den Spezialfall der Pädiatrie eingegangen. Schliesslich wird nach ethischen Implikationen der im Kontext des Medizintourismus bestehenden Gefahr des Auftretens und der Verbreitung multiresistenter Keime und nach

einer allfälligen globalen Verantwortung hiesiger Institutionen des Gesundheitswesens, die sich aus ihrer Beteiligung an einem globalen «Gesundheitsmarkt» ergeben könnte, gefragt. Wie der vorliegende Bericht aufzeigt, lässt sich für keine der diskutierten Fragestellungen im engeren Sinne ausweisen, dass sie spezifische ethische Fragestellungen für den Medizintourismus mit sich bringen. In den meisten Fällen – etwa mit Blick auf die interkulturelle Dimension der Medizin oder den *informed consent* – zeigt sich vielmehr, dass die Struktur der Fragestellung und die massgeblichen ethischen Prinzipien zumindest vergleichbar sind mit denjenigen, die bezüglich Patienten/innen mit Migrationsgeschichte zum Tragen kommen und somit auch die ethischen Forderungen ähnlich lauten.

Das aus ethischer Sicht zentrale Spezifikum des Medizintourismus ist genereller Natur: Es ist die in fast allen denkbaren Konstellationen geltende Freiwilligkeit der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung in der Schweiz durch die Medizintouristin bzw. den Medizintouristen und die gleichzeitige intendierte Aufnahme dieser Person in die hiesige Institution des Gesundheitswesens. Diese Intentionalität der Interaktion entspricht einem wichtigen Aspekt der für die vorliegende Studie zugrunde gelegten Definition des Medizintourismus. Mit dieser Konstellation geht einher, dass den Medizintouristen/innen bestimmte Kosten – etwa diejenigen für eine professionelle kultursensitive Übersetzung – auferlegt werden sollten, die im Rahmen der üblichen Gesundheitsversorgung gegenüber Menschen mit Migrationsgeschichte solidarisch zu finanzieren wären. Vor allem aber ergibt sich aus dieser spezifischen Konstellation des Medizintourismus, dass besondere Sorgfaltspflichten auf Seiten der anwerbenden Institutionen und in ihnen tätigen Behandelnden bestehen. Deshalb schlägt der Bericht vor, dass die involvierten Institutionen des Gesundheitswesens Sorgfaltskriterien für den Umgang mit Medizintouristen/innen formulieren sollten. Solche Sorgfaltspflichten würden keineswegs allein gegenüber den Medizintouristen/innen gelten, sondern umso mehr auch gegenüber den hiesigen Behandlungsteams, denen die besonders herausfordernden Konstellationen etwa auf der Ebene der Kommunikation, wie sie durch den Medizintourismus resultieren können, zugemutet werden. Schliesslich gelten sie aber auch gegenüber der Solidargemeinschaft als Ganze, die zwar seltene, aber zumindest potenziell nicht auszuschliessende negative Folgen einer erhöhten Nutzung knapper Ressourcen durch Medizintouristen/innen, wie sie als Verdrängungsproblematik zutage treten können, zu tragen hat.

Der vorliegende Bericht mündet in zwölf Handlungsempfehlungen zuhanden der SAMW, die diese wiederum an die jeweils zuständigen Akteure des Gesundheitswesens verweist. Diese Handlungsempfehlungen reichen von den erwähnten Forderungen nach der Formulierung von Sorgfaltskriterien und nach vermehrter Sensibilisierung über die Aufnahme des Medizintourismus in die medizinisch-ethischen Richtlinien zur Intensivmedizin und die Entlastung von Fachpersonen bis zu Empfehlungen für die Verbesserung des Zugangs zu interkulturellem Dolmetschen und dem Engagement für ein *capacity building* im Ausland. Eine wichtige Empfehlung besteht schliesslich darin, die statistische Basis zu verbessern, um das Ausmass des Phänomens «Medizintourismus» in der Schweiz genauer erfassen und dadurch namentlich den ambulanten Bereich zusätzlich zum hier beleuchteten stationären Bereich thematisieren zu können.

Einleitung

1 Hintergrund und Ziele des Forschungsprojekts

1.1 Ausgangslage, Auftrag und Forschungskonsortium

Medizintourismus bedeutet vorliegend die im Voraus geplante medizinische Behandlung einer Person in einem anderen Land als ihrem Herkunftsland. Medizintourismus ist kein neues Phänomen, sondern existierte in verschiedenen Formen bereits in früheren Zeiten.¹ Allerdings haben in den letzten Jahren im In- und Ausland Diskussionen zu politischen und ethischen Fragen, die mit dem Medizintourismus zusammenhängen können, an Visibilität gewonnen. Meistens werden diese Fragen anhand von Einzelfällen thematisiert, wobei Risiken stärker diskutiert werden als Chancen. Gesamthaft betrachtet wird der Medizintourismus in der öffentlichen Diskussion tendenziell negativ konnotiert. Für die Schweiz lagen bisher kaum wissenschaftliche Untersuchungen vor, die mögliche ethische, juristische und sozialwissenschaftliche Fragestellungen des Medizintourismus in ihren Wirkungszusammenhängen systematisch analysierten.

Die vorliegende Studie bearbeitet die Thematik des Medizintourismus aus sozialwissenschaftlicher, juristischer und ethischer Perspektive und diskutiert die jeweils zentralen Fragestellungen sowie entsprechenden Handlungsbedarf. Der Bericht wurde im Auftrag der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) verfasst.

Die Bearbeitung dieses Forschungsprojekts erforderte eine interdisziplinäre Herangehensweise, welche mit der vernetzten Zusammenarbeit der Konsortiums «Ethische Probleme des Medizintourismus in der Schweiz» gesichert werden konnte. Das Konsortium setzte sich wie folgt zusammen (vgl. Portraits der Institutionen in Anhang A-4).

Konsortium des Forschungsprojekts «Ethische Probleme des Medizintourismus in der Schweiz»	
Prof. Dr. Dr. h.c. Barbara Haering	econcept AG Beratung / Forschung / Evaluation, Zürich
Laura Inderbitzi, MA	
Nicole Kaiser, MA	
Dr. theol. Jean-Daniel Strub	Brauer & Strub Medizin Ethik Politik, Zürich
Prof. Dr. Peter Schaber	
Dr. des. Holger Baumann	
Nico Müller	
Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag	Kompetenzzentrum Medizin – Ethik – Recht Helvetiae (MERH), Universität Zürich
Prof. Dr. iur. Thomas Gächter	
David Egger, MLaw	

Tabelle 1: Mitglieder des wissenschaftlichen Konsortiums zur Erarbeitung der vorliegenden Studie

¹ So insbesondere der medizinische Badetourismus mit Reisen zu spezifischen Heilquellen («Balneologie»).

1.2 Ziele des Forschungsprojekts

Das Forschungsinteresse der SAMW fokussiert auf den Medizintourismus in der Schweiz, das heisst auf Patienten/innen aus dem Ausland, die sich in der Schweiz medizinisch behandeln lassen. Dabei interessieren ethische, juristische, epidemiologische und organisationale Aspekte wie auch die ökonomische Bedeutung des Phänomens.

Das Forschungsprojekt war ausgerichtet auf folgende Zielsetzungen:

- *Auslegeordnung und Eingrenzung des Begriffs Medizintourismus:* Der Begriff Medizintourismus wurde aus ethischer (vgl. Kapitel 3) und juristischer Perspektive (vgl. Kapitel 4) erfasst und eingegrenzt. Von dieser Auslegeordnung wurde die Begriffsdefinition für das Forschungsprojekt abgeleitet (vgl. Kapitel 5).
- *Systematische Analyse möglicher ethischer Fragestellungen zu den definierten Kernaspekten des Medizintourismus anhand einer interdisziplinären wissenschaftlichen Untersuchung:* Ausgehend von der Begriffsdefinition wurde mithilfe sozialwissenschaftlicher Methodik eine empirische Analyse des Medizintourismus in der Schweiz erarbeitet: die quantitative Entwicklung des Medizintourismus in der Schweiz, dessen ökonomische Bedeutung sowie qualitative Einschätzungen basierend auf Daten- und Dokumentenanalysen sowie Befragungen dazu zeichnen ein möglichst umfassendes Bild (vgl. Kapitel 6 und 7). Die umfassende Analyse erlaubte die Herleitung und die Diskussion spezifischer juristischer und ethischer Fragestellungen, die der Medizintourismus in der Schweiz aufwirft (vgl. Kapitel 8 und 9).
- *Identifikation möglichen Handlungsbedarfs für Empfehlungen aus ethischer Perspektive zu den definierten Kernaspekten des Medizintourismus:* Kapitel 10 fasst den Erkenntnisgewinn zusammen, formuliert Handlungsbedarf ausgehend von den spezifischen juristischen und ethischen Fragestellungen und präsentiert abschliessend Empfehlungen zuhanden der ZEK.

Um diese Fragestellungen aus Sicht der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen konsistent bearbeiten und beantworten zu können, einigte sich das Konsortium auf eine Arbeitsdefinition zum «Medizintourismus».

Der Begriff Medizintourismus beschreibt die Inanspruchnahme medizinischer und/oder pflegerischer Leistungen in der Schweiz durch Personen aus dem Ausland. Die Inanspruchnahme erfolgt geplant und nicht als Folge eines Notfalls bzw. eines Unfalls oder im Rahmen eines längeren Aufenthalts einer ausländischen Person in der Schweiz.

Die Systemgrenzen der Betrachtungen des Forschungsgegenstandes Medizintourismus mussten zu Beginn der Forschungsarbeiten über die Schweiz hinausreichen. Hierfür entwickelte das Konsortium ein Wirkungsmodell (vgl. Anhang 0). Ausgehend von diesem Wirkungsmodell wurden detaillierte Forschungsfragen abgeleitet, die dem Konsortium als Ausrichtung und Orientierung während der Forschungsarbeiten dienten. Vgl. hierzu Tabelle 7 in Anhang A-2.

2 Forschungsdesign und Methodik

Für die Bearbeitung dieses umfassenden Forschungsvorhabens arbeitete das Konsortium teils aufbauend auf den jeweiligen Erkenntnissen der beteiligten Forscher/innen, teils parallel und organisierte sich wie nachfolgend dargestellt.

2.1 Ethische Methodik

Für die Diskussion des Medizintourismus aus ethischer Perspektive wurde in zwei Schritten vorgegangen. In einem ersten Schritt (vgl. Kapitel 3) wurde anhand der fachethischen Literatur zum Medizintourismus eine Übersicht über die ethische Debatte erstellt, wie sie international geführt wird. Dadurch konnten einerseits diejenigen Fragestellungen dargestellt werden, die in der internationalen Debatte spezifisch im Kontext des Medizintourismus diskutiert werden, und andererseits konnte aufgezeigt werden, dass der hier vornehmlich behandelte Medizintourismus in die Schweiz eine Problemebene darstellt, die nicht im Fokus der fachethischen Diskussion steht. Gleichwohl ergaben sich aus den Folgerungen, die aus diesem Kapitel gewonnen wurden, wichtige Impulse für die Eingrenzung des Forschungsgegenstands bzw. der Definition und es liessen sich Themen explizieren, die im weiteren Verlauf der Untersuchung wieder aufgenommen wurden. In einem zweiten Schritt wurden in Kapitel 9 diejenigen ethischen Fragestellungen näher beleuchtet, die sich aus den Befunden der empirischen Untersuchung ergaben. In diesem Kapitel werden die aufgeworfenen ethischen Fragen dahingehend diskutiert, ob bzw. inwiefern sie für den Medizintourismus spezifisch sind und welche Handlungsempfehlungen sich gegebenenfalls ergeben. Hierfür wurde selektiv, nicht jedoch umfassend, relevante Literatur aus der internationalen ethischen Debatte zu den jeweiligen Fragestellungen beigezogen. Da es sich jeweils um Bereiche handelt, die in der (Medizin-)Ethik Gegenstand einer jeweils eigenen Debatte sind, konnte in diesen Teilen keine Vollständigkeit angestrebt werden, was die Verarbeitung der verfügbaren Literatur betrifft, da Probleme im Kontext des Medizintourismus meist nur Teile dieser Debatte berühren.

2.2 Juristische Methodik

Im Unterschied zur ethischen Methodik ist die juristische Sicht vorwiegend national geprägt. Da vorliegend der Medizintourismus in die Schweiz und somit die Auswirkungen im Inland untersucht wurden, ist die Schweizer Gesetzgebung (inkl. geltender internationaler Verträge) einschlägig. Fraglich war demnach, wie die rechtlichen Regelungen in der Schweiz im Bereich des Medizintourismus aussehen. Die Literaturanalyse zeigte dabei auf, dass bisher in der juristischen Literatur keine besondere Diskussion zum Medizintourismus geführt wurde. Eine Recherche der üblichen juristischen Datenbanken² brachte

² swisslex (<https://www.swisslex.ch/>); legalis (www.legalis.ch), Schweizerische Rechtsbibliographie (SRB; <http://www.uni.recht.ch/>) und die allg. Datenbank von swissbib.

nur marginale Resultate hervor. Auch in Deutschland verhält es sich ähnlich, so existiert dort nur eine juristische Dissertation zum Thema Medizintourismus (Reisewitz 2016). In der juristischen Analyse wurde deshalb auf allgemeinere Literatur im Bereich des Medizin- und des Gesundheitsrechts zurückgegriffen und diese in den Kontext des Medizintourismus gestellt.

2.3 Sozialwissenschaftliche Methodik

Zur empirischen Analyse des Forschungsgegenstands wurden folgende Methoden der empirischen Sozialwissenschaft angewendet:

Web-Recherchen und Dokumentenanalysen: Web-Recherchen und Dokumentenanalysen ermöglichten einen Überblick über die strategische und organisationale Ausrichtung der Spitäler auf die Herausforderungen des Medizintourismus. Ausgehend davon wurden unter anderem die zu befragenden Akteure und Stakeholder ausgewählt.

Datenanalyse: Grundlage für die Datenanalyse bildete die medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS). Im Auftrag von econcept wertete das BFS aus, wie viele ausländische Patienten/innen sich in den Jahren 2003 bis 2015 in der Schweiz behandeln liessen, und differenzierte dabei nach Herkunft, Geschlecht, Alter, Behandlungen und Behandlungsort sowie nach Hauptkostenstelle und Versicherungs-kategorie (vgl. Kapitel 6.1). econcept bereitete die Auswertungen zuhanden des vorliegenden Schlussberichts auf.

Befragungen von Akteuren und Stakeholdern: Die Befragungen von Akteuren und Stakeholdern dienten der explorativen sowie der vertieften Auseinandersetzung mit den organisationalen Fragestellungen des Medizintourismus in der Schweiz. Gleichzeitig wurden dabei auch potenzielle juristische sowie ethische Fragestellungen zuhanden der juristischen resp. der ethischen Bearbeitung identifiziert. Insgesamt wurden zu Beginn der Forschungsarbeiten fünf explorative Gespräche mit Vertretern von Spitalleitungen öffentlicher und privater Spitäler in der Schweiz geführt. Diese dienten zur besseren Eingrenzung der Forschungsfragen, zur Valorisierung der ersten Erkenntnisse seitens Ethikern und Juristen/innen und ermöglichten Hinweise zu möglichen Experten/innen für weiterführende Gespräche. Die 17 weiterführenden, vertiefenden Gespräche mit Vertretern/innen der Ärzteschaft und Pflege, spitalinternen internationalen Büros, Sozialdiensten, einer Vermittlungsagentur³ wie auch einem Vertreter einer Hochschule vertieften und validierten die Ergebnisse (vgl. allgemeiner Gesprächsleitfaden in Anhang A-3). Die Befragungen wurden leitfadengestützt durchgeführt sowie anonymisiert systematisch ausgewertet (vgl. Kapitel 7)⁴.

³ Trotz grosser Bemühungen seitens des Konsortiums konnte lediglich eine intermediäre Vermittlungsagentur für die Befragung gewonnen werden. Die Erkenntnisse zur Rolle dieser Akteure im Medizintourismus fallen entsprechend gering aus.

⁴ Allen befragten Akteuren und Stakeholdern wurde im Vorfeld der Befragung absolute Anonymität zugesichert. Weiterführende Hinweise auf teilnehmende Institutionen oder Personen sind deshalb nicht möglich.

Ökonomische Untersuchung: Der Medizintourismus in die Schweiz kann ökonomische Wirkungen auf verschiedenen Ebenen zeigen. Auf individueller Ebene können sich finanzielle Anreize für die Ärzteschaft und finanzielle Probleme für die Patienten/innen ergeben. Für Spitäler und intermediäre Vermittlungsagenturen kann der Medizintourismus Auswirkungen auf einer betriebswirtschaftlichen Ebene haben. Die individuellen und betriebswirtschaftlichen Auswirkungen des Medizintourismus können in ihrer aggregierten Form wiederum volkswirtschaftliche Wirkungen erzeugen, von welchen auch nicht im Medizintourismus involvierte Akteure beeinflusst werden. Um die ökonomische Bedeutung des Medizintourismus in der Schweiz abzuschätzen, wurden deshalb wirtschaftliche Aspekte auf allen drei Ebenen untersucht und beschrieben (vgl. Kapitel 6.2).

- *Individuelle Effekte:* Mittels explorativer Gesprächen mit Vertretern der Ärzteschaft und Vertretern der Spitalleitungen wurden die resultierenden finanziellen Vor- und Nachteile auf individueller Ebene qualitativ erhoben und beschrieben.
- *Betriebswirtschaftliche Effekte:* Basierend auf Daten der Gesundheitsstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS) und vertiefenden Gesprächen wurden direkte betriebswirtschaftlichen Effekte beschrieben. Indirekte Effekte, wie beispielsweise Ausgaben in der Tourismusbranche durch Mitreisende der Patienten/innen sind methodisch kaum verlässlich abzuschätzen und wurden deshalb nicht näher untersucht.
- *Volkswirtschaftliche Effekte:* Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Medizintourismus in der Schweiz ergibt sich aus der Summe der individuellen und betriebswirtschaftlichen Effekte, welche ein/e einzelne/r Patient/in auslöst, und möglicher Nebeneffekte, welche oftmals erst auf aggregierter Ebene sichtbar werden (z.B. Kapazitätsengpässe durch zusätzliche Behandlung ausländischer Patienten/innen). Um diese Summe schätzen zu können, wurde anhand der Fallzahlen und ungefähren Kosten pro Diagnose abgeschätzt, welchen Anteil Patienten/innen aus dem Ausland am in der Schweiz gesamthaft generierten Umsatz im Gesundheitsbereich haben. Dieser Anteil kann als Indikator für die ökonomische Bedeutung des Medizintourismus in der Schweiz verwendet werden.

Weiter wurden mögliche Nebeneffekte beschrieben und aus der Entwicklung der vergangenen Jahre ein Trend für den Medizintourismus in den kommenden Jahren abgeschätzt.

Teil I: Medizintourismus: Relevante Aspekte und Definition

3 Abriss der ethischen Debatte zum Medizintourismus

Die akademische Diskussion der ethischen Implikationen des Medizintourismus hat sich im letzten Jahrzehnt intensiviert. Das vorliegende Kapitel bietet einen Überblick über den Stand dieser ethischen Debatte. Es gliedert ethische Fragen zunächst nach der Legalität der Leistungen, um die es geht, und nennt für jeden Bereich diskutierte Fragen in Bezug auf das Zielland, Fragen in Bezug auf das Ausgangsland sowie Spezialprobleme.

3.1 Stand der Debatte zum Medizintourismus

Die Forschungsliteratur zu ethischen Fragen des Medizintourismus ist umfangreich und heterogen. Viele Beiträge orientieren sich an der Art der medizinischen Leistung und behandeln etwa die Transplantationsmedizin (Turner 2009; Martin 2010; Hippen 2010; Fujita et al. 2010; Harris 2011; Cohen 2013a; Corfee 2015), die Reproduktionsmedizin inkl. der Leihmutterchaft (Banerjee 2010; Donchin 2010; Parks 2010; Crozier & Martin 2012; Deonandan, Green & van Beinum 2012; Kodama 2012; Storrow 2013; Mutcherson 2013), die Stammzellenmedizin (Einsiedel & Adamson 2012; Levine & Wolf 2012), die ärztliche Sterbehilfe (Huxtable 2009; Foster 2015; Gauthier et al. 2015; Luley 2015), oder auch Routineleistungen wie Herzbypässe oder Hüftoperationen (Snyder & Crooks 2010). Zudem widmet sich eine spezialisierte Literatur dem Medizintourismus in Entwicklungs- und Schwellenländern (English et al. 2001 und 2005; Connell 2006; Bookman & Bookman 2007; Saniotis 2008; Widdows 2011; Crozier & Martin 2012; Kodama 2012; Snyder & Crooks 2012; Snyder, Crooks & Johnston 2012; Cohen 2015a).

Um die Vielfältigkeit der ethischen Fragen zum Medizintourismus in eine zielführende Ordnung zu bringen, wurde eine Einteilung nach der Finanzierung der Leistung vorgeschlagen (Cohen 2012), wobei zwischen selbstzahlenden Patienten/innen, privatversicherten Patienten/innen und staatlich versicherten Patienten/innen unterschieden wird. Auch die Einteilung in eine Individual- und eine Kollektivperspektive wird bisweilen angesprochen (Snyder, Crooks & Turner 2011), spielt allerdings in den ethischen Debatten zum Medizintourismus keine sehr zentrale Rolle. Eine dritte Einteilungsmöglichkeit ethischer Fragestellungen unterscheidet nach der Legalität der in Anspruch genommenen Leistungen im Herkunfts- und Zielland (Cohen 2012; Cohen 2015b). Diese Kategorisierung hebt besonders hervor, dass rechtliche und ethische Fragen eng miteinander verbunden sind: Erstens stellen sich rechtsethische Fragen zur Berechtigung juristischer Normen, und zweitens sind viele ethische Probleme ein Resultat der jeweiligen nationalen Gesetzeslage oder des Verhältnisses international divergierender Gesetzeslagen.

Im Folgenden orientiert sich dieser Debattenüberblick an der Legalität der mittels Medizintourismus in Anspruch genommenen Leistung: Zunächst geht es um Leistungen, wel-

che sowohl im Ausgangs- als auch im Zielland legal sind («legal-legal»); dann um Leistungen, welche im Ausgangsland illegal, im Zielland aber legal sind («illegal-legal»); und zuletzt um Leistungen, welche in Ausgangs- und Zielland illegal sind («illegal-illegal»). In jedem dieser Bereiche lassen sich Fragen grob danach ordnen, ob sie eher das Zielland oder eher das Ausgangsland betreffen. Ergänzt wird diese Ordnung jeweils durch einen Abschnitt über ethische Spezialfragen, die zum jeweiligen Bereich des Medizintourismus besonders diskutiert werden.

3.2 Leistungen, die in Herkunfts- und Zielland legal sind («legal-legal»)

3.2.1 Fragen im Hinblick auf das Zielland des Medizintourismus

Dass die Hinwendung zum Medizintourismus den Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des Ziellandes ungerechterweise erschweren könnte, gehört zu den am häufigsten genannten ethischen Bedenken (Snyder, Crooks & Turner 2011; Hodges 2012; Cohen 2013a; Hall 2013, Cohen 2015b). Ob und wo solche befürchteten Verdrängungseffekte tatsächlich auftreten, ist allerdings umstritten (Cohen 2013a). Angenommen, dass Verdrängungseffekte auftreten, divergieren verschiedene Theorien der Gerechtigkeit in ihrem Urteil über die Zulässigkeit des Medizintourismus: Solange es um nicht-lebensnotwendige medizinische Leistungen geht, neigen staatsorientierte Theorien der Gerechtigkeit eher dazu, den Medizintourismus nicht zu verurteilen, selbst wenn er eine Ungleichheit hervorbringt oder verstärkt – kosmopolitische Theorien neigen eher dazu, den Medizintourismus unter diesen Umständen kritisch zu sehen (Cohen 2013a; Cohen 2015b). Bei lebensnotwendigen Leistungen wird der gleiche Zugang nicht als bloße Gerechtigkeitsforderung gesehen, sondern auch als Erfordernis humanitärer (und damit staatsunabhängiger) Hilfspflichten. Verschiedene Gerechtigkeitstheorien sind sich deshalb einig, dass es falsch ist, den gleichen Zugang zu lebensnotwendigen medizinischen Leistungen zu erschweren (Cohen 2013a; zur Verdrängungsproblematik vgl. die Kapitel 4.3, 8.2 und 9.2).

Gerechtigkeitsfragen werden in erster Linie in Bezug auf Entwicklungs- und Schwellenländer diskutiert, in denen die öffentliche Gesundheitsversorgung oft durch «Zweiklassenmedizin» geprägt ist (Bookman & Bookman 2007; Ramirez de Arellano 2007; Harris 2011; Meghani 2011). Geht es etwa um Organtransplantationen, ergeben sich zudem Gerechtigkeitsprobleme, wenn ausländische Patienten/innen bevorzugt behandelt werden und es in der Folge weniger Organe über Wartelisten zu verteilen gibt (Devine 2004; Satyapal 2005; Corfee 2015). Einige Beiträge beschäftigen sich mit der konkreten Frage, ob Bürger/innen wohlhabenderer Staaten die Bürger/innen der medizintouristischen Zielländer ausbeuten (Meghani 2011; Cohen 2012; Deonandan, Green & van Beinum 2012; Naraindas 2015). Diese Fragestellung verdeutlicht ein Charakteristikum, das zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal gesondert zu erwähnen ist: Die Beiträge in der einschlägigen Forschungsliteratur, die auch hier zu Rate gezogen werden, befassen sich überwiegend mit Medizintourismus, bei dem Patienten/innen aus wohlhabenden Ländern me-

dizinische Leistungen in ärmeren Ländern in Anspruch nehmen. Diesem Umstand ist Beachtung zu schenken, wenn im Folgenden, wie es das Erkenntnisinteresse des vorliegenden Berichts darstellt, nach Implikationen des Medizintourismus aus dem Ausland in die Schweiz gefragt wird.

Generell stellt sich die Frage, ob Gerechtigkeitspflichten gegenüber Patienten/innen im Zielland bestehen (Cohen 2010). Dass reisende Patienten/innen nicht nur für die Schäden Verantwortung tragen, die sie persönlich verursachen, vertreten Meghani (2011) und Snyder et al. (2013) – sie schreiben Patienten/innen darüber hinaus Verantwortung für Schäden zu, die durch das soziale Gefüge entstehen, welches den Medizintourismus ermöglicht und durch ihn gefestigt wird («social connection model of responsibility», Meghani 2011). Wie die empirische Untersuchung im vorliegenden Bericht belegt, fungiert die Schweiz kaum als Zielland für Behandlungen, die eng begrenzte Ressourcen (wie Spenderorgane) erfordern oder die Schäden am sozialen Gefüge nach sich ziehen. Entsprechend betreffen die in diesem Abschnitt diskutierten Fragen den Medizintourismus, wie er hier im Fokus ist, nur sehr begrenzt.

3.2.2 Fragen mit Blick auf das Ausgangsland des Medizintourismus

Eine viel diskutierte ethische Fragestellung lautet, ob die Möglichkeit des günstigen Medizintourismus im Ausland auf ungerechte Weise den allgemeinen Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung im eigenen Land unterminiert (Meghani 2011). Zu den oft genannten ethischen Bedenken gehört entsprechend, dass wenig lukrative Weiterbehandlungen eine unfaire Belastung für das Gesundheitssystem des Ausgangslandes darstellen (Crooks, Snyder & Adams 2013). Weitere Fairnessprobleme bestehen, wenn wohlhabendere Patienten/innen bei begrenzten medizinischen Ressourcen (etwa Spenderorganen) zu Hause nicht «hinten anstehen müssen», da sie sich die Leistung im Ausland ohne Warteliste erkaufen können (Crooks, Snyder & Adams 2013); oder wenn Patienten/innen Kosten für Behandlungen im Ausland rückerstattet werden (Crooks, Snyder & Adams 2013). Diese Gerechtigkeitsfragen stellen sich auch in Bezug auf die Schweiz, scheinen aber – wie es die empirischen Befunde nahelegen (vgl. Kapitel 7.2) – nicht als gesondertes Problem aufzutreten.

Weitere ethische Fragen stellen sich zum Versicherungsmarkt und zur rechtlichen Ebene: Schafft die Möglichkeit des Medizintourismus schädliche Anreize für Versicherer? Sollte es erlaubt sein, dass Versicherer ihren Kunden/innen nur eine günstige Behandlung im Ausland bezahlen, nicht die teurere Behandlung im Ausgangsland? Entwickeln sich durch die Option des Medizintourismus Anreize für ein internationales regulatives «race to the bottom», das letztlich die Bürger/innen der einzelnen Staaten schädigt (Cohen 2015b)?

Zu den am häufigsten in der Ethik geäußerten Bedenken gegenüber dem Medizintourismus zählt, dass die Qualität der Versorgung im Ausland unzureichend sei (Snyder, Crooks & Turner 2011; Cohen 2012; Deonandan, Green & van Beinum 2012; Cohen 2015b) und dass zurückkehrende Patienten/innen unzureichend davor bewahrt würden, im Ausland aufgetretene Infektionen oder gefährliche Keime im Ausgangsland zu verbreiten.

ten (Crooks, Snyder & Adams 2013). Diese Fragen stellen sich auch in Bezug auf die Schweiz. Wie sich zeigen wird, gilt es die Frage, inwiefern die Behandlung von Medizintouristen/innen in der Schweiz zu einer vermehrten Gefahr der Exposition gegenüber multiresistenten Keimen führt, als ethisch relevante Frage gesondert zu behandeln (vgl. Kapitel 9.5).

Schliesslich werden auch gegenüber der Aussicht auf verschiedene Formen des medizinischen *brain drain* ethische Bedenken geäussert: Externer *brain drain* liegt vor, wenn Fachleute ins Ausland abwandern; interner *brain drain* liegt vor, wenn Fachleute innerhalb eines Staats von öffentlichen Institutionen zu privaten Institutionen abwandern. Ebenfalls zu beachten ist die Möglichkeit eines institutions-internen *brain drain*, durch den Fachleute innerhalb einer Institution zu lukrativeren Abteilungen abwandern. Zur ethischen Bewertung der Gefahr verschiedener Formen des *brain drain* äussern sich etwa Cohen (2013a) und Pennings (2007).

3.2.3 Probleme des *informed consent*

Ausführliche Debatten widmen sich ethischen Fragestellungen zum *informed consent*, also der informierten Einwilligung in eine medizinische Behandlung durch die/den Patienten/in (Cohen 2010; Deonandan, Green & van Beinum 2012). Allgemein stellt sich die medizinethische Frage, welche Informationen ein/e Patient/in haben muss, damit ihre Einwilligung in eine Behandlung als hinreichend informiert gilt (Cohen 2012). Der Medizintourismus weist hier aber spezifische Probleme auf: Eine erste Gruppe von Problemen entsteht womöglich durch zusätzliche Hürden für die Informationsübermittlung – etwa sprachliche und kulturelle Barrieren. Weitere Probleme bei der Informationsübermittlung können die folgenden sein: Im Vorfeld einer Behandlung besteht nur vergleichsweise wenig Kontakt zwischen den Behandelnden und den Behandelten, was die Information erschwert (Crooks, Snyder & Adams 2013); Patienten/innen stehen unter Druck, eine Behandlung auch vorzunehmen, wenn sie schon die Reise unternommen haben (Crooks, Snyder & Adams 2013); und Vermittler und medizinische Fachleute können in Interessenskonflikten stehen, so dass Marketing und Fachleute ein geschöntes Bild der zu erwartenden Leistungen vermitteln (Pennings 2007; Snyder, Crooks & Turner 2011; Deonandan, Green & van Beinum 2012; Crooks, Snyder & Adams 2013). Weitere *informed consent*-Probleme betreffen Informationsgehalte, die nur im Kontext des Medizintourismus vorhanden sind: Sollte ein/e Patient/in wissen, wie teuer eine medizinische Behandlung im Ausland ist und wie viel die Vermittler/innen abschöpfen? Diese Fragen stellen sich unabhängig vom Wohlstandsniveau eines Landes und sind damit auch für die Schweiz relevant. Dementsprechend ausführlich wird sowohl bei den empirischen Befunden als auch in den juristischen und ethischen Erwägungen auf die Thematik des *informed consent* eingegangen (vgl. Kapitel 4.2.1; 7.3; 8.1 und 9.1). Weiter stellt sich die rechtsethische Frage, wer – im finanziellen und im rechtlichen Sinne – für allfällige Kunstfehler haften sollte (Cohen 2010; Cohen 2012; Cohen 2015b).

3.3 Leistungen, die im Herkunftsland illegal oder nicht zugelassen, im Zielland aber legal oder zugelassen sind («illegal-legal»)

3.3.1 Fragen im Hinblick auf das Zielland des Medizintourismus

Mehrere Praktiken, die mit illegal-legalem Medizintourismus zusammenhängen, werden aufgrund ihrer Auswirkungen auf Betroffene im Zielland oft aus ethischer Perspektive kritisiert – etwa die bezahlte Organtransplantation in Schwellen- und Entwicklungsländern (Turner 2009; Martin 2010; Connell 2011; Cohen 2013b; Corfee 2015) und die bezahlte Leihmutterschaft (Fabre 2008). Diese Praktiken betreffen Bürger/innen des Ziellandes direkt als Organspender/innen oder Leihmütter. Das wirft die Frage auf, ob sie durch den Medizintourismus ausgebeutet werden.⁵ In Reaktion auf solche Debatten wird aber auch darauf hingewiesen, dass sich reisende Patienten/innen oft in einer ausweglosen medizinischen Situation befinden, etwa weil sie auf Wartelisten für Spenderorgane zu weit unten stehen, um bis zur Transplantation zu überleben (Corfee 2015). Während einige das Handeln von reisenden Patienten/innen unter diesen Umständen von der ethischen Verurteilung als Ausbeutung eher ausnehmen, betonen andere, dass eine medizinische Not-situation nur zur politischen Partizipation im eigenen Land verpflichte, aber nicht zum Ausweichen ins Ausland berechtige (Meghani 2011).

Neben Ausbeutungsdebatten gibt es mit Blick auf Zielländer des illegal-legalen Medizintourismus Debatten darüber, ob die Legalität gewisser Behandlungen (allen voran die bezahlte Leihmutterschaft und die bezahlte Organtransplantation) wünschenswert ist. Gegen die bezahlte Leihmutterschaft wurde etwa das Argument vorgebracht, dass sie die schädliche Einstellung fördere, dass weibliche Körper blosse Werkzeuge zur Fortpflanzung seien (z.B. Kaplan & Tong 1996, Purdy 1996). Cohen (2010) fragt gegenüber solchen «indirekten» Argumenten, ob sie auch im Fall des Medizintourismus gelten können, falls die befürchteten Übel in einer anderen Gesellschaft auftreten. Vergleichsweise ausführliche Debatten setzen sich zudem mit der Frage auseinander, ob ein freier Markt mit menschlichen Körperteilen ethisch wünschenswert ist: Radcliffe-Richards et al. (1998) sprechen sich etwa für einen kontrollierten Markt aus, Corfee (2015) dagegen. Mehrere Beiträge verbinden die Kritik am Medizintourismus mit einer allgemeineren Kritik am Neoliberalismus, der soziale Gerechtigkeit nicht genügend gewichte (Epstein 2009; Connell 2011; Smith 2012). Eine teilweise analoge Debatte existiert zum Thema des Marktes mit der bezahlten Leihmutterschaft (Parks 2010).

⁵ Es stellt sich zusätzlich die Frage, ob bei Betroffenen im Zielland (Leihmütter, Organverkäufer/innen) von gültigem *informed consent* gesprochen werden kann (im Gegensatz zu den *informed consent*-Problemen des legal-legalen Medizintourismus, welche i.d.R. die Einwilligung durch die Nutzniesserin einer Behandlung betreffen, nicht allfällige Geschädigte). Dass dies zumindest bei der Transplantation von Organen exekutierter Gefängnisinsassen nicht der Fall ist, steht fest (Bramstedt & Xu 2007; Biggins et al. 2009; Harris 2011). Zudem ist eine gültige, freie und informierte Einwilligung in der Praxis oft nahezu unmöglich, weil ein Grossteil der Spenderinnen in Entwicklungs- und Schwellenländern nicht lesen können und womöglich verarmt oder versklavt sind (vgl. Corfee 2015; unter interviewten Nierenspenderinnen in Pakistan fanden Navqui et al. (2007) zum Beispiel 69% Versklavte und 90% Analphabeten/innen).

Das klarste Beispiel von illegal-legalem Medizintourismus in die Schweiz ist das Reisen für Suizidbeihilfe, möglich wäre im Prinzip auch das Reisen für den Erwerb von hierzulande bereits zugelassenen Medikamenten. Diese Praktiken betreffen aber keine Dritten auf die direkte Weise, die bei bezahlten Transplantationen oder Leihmutterschaften vorliegt.

Angesichts der Tatsache, dass die Schweiz kaum als Zielland für illegal-legalen Medizintourismus fungiert, der weitere Betroffene vor Ort schädigt, sind die hier diskutierten Fragen für den Medizintourismus in der Schweiz nicht primär im Fokus.

3.3.2 Fragen mit Blick auf das Ausgangsland des Medizintourismus

In Bezug auf die Situation im Ausgangsland stellt sich die Frage, wie zu verfahren ist, wenn ein Medikament im Ausland bereits erhältlich, im Ausgangsland aber noch in einer Versuchsphase ist – und entsprechend mit einem Mangel an Freiwilligen zu rechnen ist. Die ethische Frage lautet, ob von Betroffenen berechtigterweise verlangt werden kann, dass sie an Versuchsphasen teilnehmen, in denen sie womöglich zur Non-Treatment-Gruppe gehören werden. Diese Problematik könnte potentiell auch für die Schweiz relevant sein, wurde im Rahmen der empirischen Untersuchung aber nicht als ein Problem bezeichnet, das in der Praxis im Zusammenhang mit Medizintourismus auftritt.

Ein Gerechtigkeitsproblem stellt sich zudem, wenn medizinrechtliche Verbote de facto zu «Verboten für Arme» werden, da die illegale Leistung im Ausland für alle erhältlich ist, die sich Reise-, Behandlungs- und Opportunitätskosten leisten können. Pennings (2002) gibt allerdings für den Bereich der Reproduktionsmedizin zu bedenken, dass die meisten Länder für diese Leistungen ohnehin keine Rückerstattung kennen und somit auch ungeachtet der Zusatzkosten kein gleicher Zugang zur Reproduktionsmedizin bestehe. In solchen Fällen verstärkt der Medizintourismus lediglich bestehende Ungleichheit, schafft sie aber nicht neu.

Zudem stellt sich für das Ausgangsland die rechtsethische Frage, wie mit der Umgehung der eigenen Gesetze durch Reisen ins Ausland umgegangen werden sollte. Storrow (2013) empfiehlt, dass sich der gesetzliche Umgang mit illegal-legalen Medizintourismus an einem ethischen Standard der Verhältnismässigkeit orientieren sollte: Es müsse ein vernünftiges Verhältnis zwischen dem Ziel eines Verbots und den Mitteln geben, mit denen das Verbot eingefordert werde (Storrow 2013). Als Beispiel sei in Ländern, welche die bezahlte Leihmutterchaft verbieten, davon abzusehen, auf die Übertretung dieses Verbots mit dem Verweigern des Bürgerstatus des Kindes zu reagieren.

3.3.3 Ethische Probleme der internationalen Divergenz der Gesetzgebung

Das Bezeichnende am illegal-legalen Medizintourismus ist die internationale Divergenz der Gesetzgebungen. Die wichtigsten Spezialfragen zum illegal-legalen Medizintourismus betreffen deshalb den korrekten Umgang mit dieser Divergenz. Laut Cohen (2010) stellt sich die Frage, ob jede Legalisierung durch ein Land als legitime Entscheidung des Souveräns akzeptiert werden sollte (selbst die Legalisierung sehr kontroverser Praktiken, etwa des Organhandels). Cohen schlägt vor, die Antwort vom Ausmass der Mitsprache abhängig zu machen, welche allfällige Geschädigte im politischen Prozess bekommen haben, der zur Legalisierung führt (Cohen 2010). Weiter frage sich, ob die Ausgangsländer des illegal-legalen Medizintourismus moralische Verantwortung für das Entstehen eines Marktes mit der verbotenen Leistung tragen, da es ohne ein Verbot auch keinen

illegal-legalen Medizintourismus gäbe (Cohen 2010). Im Kontext der Reproduktionsmedizin fragt Cohen zudem, ob die Möglichkeit des Medizintourismus ein wünschenswertes «Sicherheitsventil» für den Fall bieten könnte, dass die Gesetzgebung im Ausgangsland zu restriktiv ist (Cohen 2010). Ähnlich positiv äussert sich Pennings, welche die Möglichkeit des Medizintourismus in der Reproduktionsmedizin als «moral pluralism in action» bezeichnet – ein Arrangement, welches vor zu restriktiven Gesetzgebungen schütze (Pennings 2002). Jedes Land ist von diesen Fragen auf die eine oder andere Weise betroffen, und damit stellen sie sich auch für die Schweiz.

3.4 Leistungen, die im Herkunfts- und Zielland illegal sind («illegal-illegal»)

3.4.1 Fragen im Hinblick auf das Zielland

Der illegal-illegale Medizintourismus betrifft Leistungen wie etwa den illegalen Handel mit menschlichen Organen. Zielländer des illegal-illegalen Medizintourismus sind in der Regel Länder, deren Strafverfolgung in Bezug auf die betreffende Leistung nachlässiger sind als die Ausgangsländer (Cohen 2010). Vor diesem Hintergrund wird in rechtsethischer Perspektive die Frage diskutiert, welches Strafmass angemessen sei (Cohen 2010; Cohen 2012).

3.4.2 Fragen im Hinblick auf das Ausgangsland

Der illegal-illegale Medizintourismus stellt das Berufsethos medizinischer Fachleute vor besondere Herausforderungen. In der Literatur wird kritisiert, dass zuständige Fachorganisationen es versäumen, gegen den illegal-illegalen Medizintourismus Stellung zu beziehen (Corfee 2015). Schiano & Rhodes (2010) vertreten demgegenüber die Ansicht, dass Fachorganisationen den Organhandel nicht öffentlich kritisieren sollten, da das Berufsethos ganz auf die Heilung der eigenen Patienten/innen gerichtet sei, nicht auf das Wohlergehen anderer (für eine Kritik siehe Martin 2010). Zudem wird diskutiert, ob es für medizinische Fachleute eine Erlaubnis oder sogar eine moralische Pflicht gibt, Patienten/innen über illegale Optionen im Ausland zu informieren (Cohen 2010; Schiano & Rhodes 2010). Im Gegensatz dazu wird auch diskutiert, ob das Empfehlen illegaler Optionen für medizinische Fachleute verboten sein sollte (Cohen 2012). Wurde bereits eine illegale Leistung in Anspruch genommen, stellt sich die Frage, ob medizinische Fachleute eine moralische Verpflichtung haben, die Gesetzesübertretung behördlich zu melden (Cohen 2012). Es wird befürchtet, dass das Einfordern einer solchen Meldepflicht mit gewissen Elementen des medizinischen Berufsethos unvereinbar wäre, namentlich mit der Vertrauensbeziehung zwischen Fachperson und Patient/in und mit der ärztlichen Schweigepflicht (Cohen 2012). Weiter wird diskutiert, ob medizinische Fachleute die ethische Erlaubnis oder die Pflicht haben, Patienten/innen die Behandlung zu verwehren, wenn sie illegale Leistungen in Anspruch genommen haben (Cohen 2010). Steht die Verweigerung der Weiterbehandlung im Konflikt mit dem auf Heilung ausgerichteten Be-

rufsethos? Da die Schweiz kaum als Zielland des illegal-illegalen Medizintourismus fungiert, solche Fälle aber auch nicht in den Statistiken erfasst wären, wird diesen Fragen im Folgenden nicht gesondert nachgegangen.

3.5 Konklusion zur aktuellen ethischen Debatte

Dieser erste Berichtsteil liefert einen Überblick über die ethische Debatte um den Medizintourismus. Zwar existiert eine durchaus breite Literatur zu ethischen Fragen des Medizintourismus, doch erweist sie sich auch als sehr heterogen. Wie sich zeigte, beschäftigt sich ein Grossteil der Diskussion mit Fragen, welche die Schweiz als Zielland des Medizintourismus kaum betreffen. So konzentrieren sich viele Beiträge auf die Tatsache, dass es ungerecht sei, wenn Medizintourismus einer Zweiklassenmedizin in Entwicklungs- und Schwellenländern Vorschub leiste⁶ oder sie konzentrieren sich auf das Problem nachlässigerer Strafverfolgung, etwa bei illegaler Organtransplantation, oder auf die Ausbeutung von Betroffenen im Zielland. Es ist plausibel, dass Patienten/innen aus der Schweiz bezüglich der einschlägig diskutierten ethischen Fragen zumeist die Rolle von Nutzniessenden problematischer Praktiken spielen, nicht jene von negativ Betroffenen. Eher wenig Aufmerksamkeit kommt bisher hingegen einer Gruppe zu, die sehr direkt ebenfalls vom Medizintourismus betroffen ist, nämlich den Mitgliedern der Behandlungsteams. Auch sie bedürfen aus ethischer Sicht der Beachtung, insofern der Medizintourismus in die Schweiz in den hiesigen Institutionen des Gesundheitswesens zu spezifischen Belastungssituationen führen kann, die sich wiederum stark zuungunsten des hiesigen Behandlungspersonals auswirken können.

Nebst der im vorliegenden Kapitel vorgenommenen Einordnung der verschiedenen Arten von Medizintourismus entsprechend dem legalen Status der anvisierten Behandlung erweist sich ein Aspekt für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung als besonders wichtig: In der ethischen Fachliteratur – aber auch in einschlägigen Stellungnahmen, wie beispielsweise der im Herbst 2016 erschienenen Stellungnahme zu ethischen Fragen des Medizintourismus der Zentralen Ethikkommission der deutschen Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission 2016) – wird der Medizintourismus überwiegend als Problematik thematisiert, die Reisen von Menschen aus wohlhabenden Ländern in weniger wohlhabende Länder zum Gegenstand hat. Viele ethisch bedeutsame Fragen – etwa Fragen der Gerechtigkeit und der gegebenenfalls notwendigen, solidarisch finanzierten Nachbehandlung im Herkunftsland – stellen sich mit Blick auf diese Form des Medizintourismus, die im Folgenden als «*outgoing* Medizintourismus» bezeichnet werden soll, ohne Zweifel. Für eine Untersuchung wie die vorliegende, die ihren Fokus auf den Medizintourismus in die Schweiz und damit auf den «*incoming* Medizintourismus» richtet, erweisen sie sich als weniger relevant. Vielmehr wirft der Medizintourismus in diesem Zusammenhang Fragen auf, die entsprechend nicht so sehr in der einschlägigen Fachlitera-

⁶ Aus den Gesprächen ging hervor, dass medizinische Abteilungen, die regelmässig Patienten/innen aus dem Ausland behandeln und von diesem Patientengut (höhere Fallzahlen für die eigene Spezialisierung) profitieren, sich gezielt am Aufbau medizinischer Versorgung in den Ausgangsländern beteiligen (vgl. Kapitel 7.3.4)

tur zum Medizintourismus behandelt werden, sondern im Kontext der – und ggf. in Abgrenzung zur – allgemeinen Debatte um Migration und Gesundheit verhandelt werden. Denn es geht dabei um Themen wie die interkulturelle Verständigung in Konfliktsituationen in der Medizin, um interkulturell variierende Verständnisse von Autonomie und Angehörigeneinbezug oder um die Frage nach der Relevanz von ‚Herkunft‘ für das Recht auf die Inanspruchnahme beschränkt verfügbarer medizinischer Ressourcen. Um den Problembereich Medizintourismus aus ethischer Sicht angemessen zu erfassen und allfälligen Handlungsbedarf zu benennen, ist für diese Bereiche jeweils zu klären, ob und gegebenenfalls inwiefern sich in ihnen Probleme ergeben, die für den Medizintourismus *spezifisch* sind und was daraus folgen würde. Es sind Fragen, die es auf der Grundlage der empirischen Befunde, die mit der vorliegenden Untersuchung erhoben wurden, zu stellen gilt. Ihnen widmet sich das Kapitel zu den spezifischen ethischen Fragen des Medizintourismus (Kapitel 9).

4 Juristische Analyse der sich im Zusammenhang mit dem Medizintourismus in der Schweiz stellenden Rechtsfragen

4.1 Ausgangslage

Bisher fand keine eingehende juristische Auseinandersetzung mit den Besonderheiten des Medizintourismus statt. Daher überrascht es auch nicht, dass in der juristischen Literatur das Thema Medizintourismus nur vereinzelt diskutiert wird und wenn, dann nur marginal. So nannte beispielsweise Michelle Cottier den Begriff «reproduktionsmedizinischer Tourismus», um zu beschreiben, dass die Schweiz im Bereich der Reproduktionsmedizin Empfänger- wie auch Ursprungsland sein kann (Cottier 2014). In diesem Beitrag ging es jedoch nicht um die Diskussion von Chancen und Risiken des Medizintourismus für das Gesundheitswesen der Schweiz sowie um die damit verbundenen gesellschaftlichen Auswirkungen. Die Aufgabe aus juristischer Hinsicht bestand darin, zu überlegen, wo mit Bezug auf den Medizintourismus mögliche Herausforderungen liegen könnten.

Es werden dabei zwei Sichtweisen besprochen werden: Zum einen werden die Besonderheiten in Bezug auf das Arzt-Patientenverhältnis beleuchtet. Dazu wird es notwendig sein, die Voraussetzungen des *informed consent* vertieft zu diskutieren. Zum anderen sollen die Auswirkungen des Medizintourismus auf das Gesundheitssystem beleuchtet werden. Dabei soll untersucht werden, ob diese Entwicklung mit den knappen Ressourcen des Gesundheitswesens verträglich ist und ob sie zu einer Verdrängungsproblematik bei der Aufnahme von Patienten/innen sowie negativen Auswirkungen auf die Qualität führen kann.

Die juristische Fokussierung auf die Schweizerische Gesetzgebung bringt mit sich, dass die ethische Unterscheidung des legalen und illegalen Medizintourismus für den juristischen Teil nicht relevant ist. Untersuchungsgegenstand bildet ausschliesslich die legale medizinische Behandlung in der Schweiz.

4.2 Individuelle Ebene

Das Arzt-Patientenverhältnis wird im Bereich des Medizinrechts durch einen Behandlungsvertrag gemäss Art. 394 ff. OR⁷ begründet. Dieser Vertrag beinhaltet Rechte und Pflichten sowohl auf Arzt- wie auch auf Patientenseite (Aebi-Müller et al. 2016). Die Hauptpflicht der Ärztin oder des Arztes besteht in der Pflicht, die medizinische Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu erledigen (Aebi-Müller et al. 2016). Die Ärztin und der Arzt sind zu sorgfältigem Tätigwerden verpflichtet. Das heisst unter anderem, dass es die richtige Diagnose zu stellen, den/die Patienten/in über allfällige Risiken sowie den Heilungsverlauf aufzuklären, aber auch für eine allfällige Nachbehandlung zu sorgen gilt (Aebi-Müller et al. 2016; Landolt 2002; Roggo 2002).

⁷ Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911 (SR 220).

4.2.1 *Informed consent*

Im folgenden Abschnitt soll geklärt werden, welche Aspekte bei der Aufklärung und der Einwilligung in medizinische Behandlungen von ausländischen Patienten/innen im Besonderen zu beachten sind. Im Weiteren gilt es, die Probleme zu benennen, die sich in Bezug auf den *informed consent* bei Medizintouristen/innen stellen. Die Aufklärung des/r Patient/in dient zwei verschiedenen Zielen. Einerseits soll die Information die Patienten/innen auf die bevorstehende Behandlung vorbereiten – diese Aufklärung dient dem Patientenwohl und verfolgt daher einen rein medizinischen Zweck. Andererseits bezwecken die Informationen der Ärzteschaft die Selbstbestimmungsaufklärung. In diesem Sinne verfolgt die Aufklärung einen juristischen Zweck (Eisner 1992).

Das Prinzip des informed consent

Das Arzt-Patientenverhältnis hat sich in den letzten Jahrzehnten von einem paternalistischen zu einem auf die Entscheidungsfähigkeit der Patienten/innen ausgerichteten Verhältnis gewandelt (Roggo 2002; Aebi-Müller et al. 2016). Aus der auftragsrechtlichen Treuepflicht, die dem privatrechtlichen Arzt-Patientenverhältnis zugrunde liegt (Art. 398 Abs. 2 und Art. 400 OR), lässt sich für behandelnde Ärztinnen und Ärzte eine umfassende Aufklärungspflicht ableiten (Aebi-Müller et al. 2016). Die Aufklärung soll Patienten/innen in die Lage versetzen, sich aus freiem Willen und unter Berücksichtigung der medizinischen Informationen der Ärzte/innen für oder gegen eine Behandlung entscheiden zu können.⁸ Diese Zustimmungslösung mit Aufklärung und Einwilligung wird unter dem englischen Begriff *informed consent* als informierte Einwilligung verstanden (Aebi-Müller et al. 2016).

Das Prinzip des *informed consent* dient einerseits dem Recht der einzelnen Patienten/innen auf Selbstbestimmung sowie andererseits dem Schutz des Individuums in seiner physischen und psychischen Integrität. Dieser Schutz leitet sich ab aus dem Recht auf persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV⁹), dem zivilrechtlichen Persönlichkeitsschutz (Art. 28 ZGB¹⁰) sowie aus den strafrechtlichen Tatbeständen der Körperverletzung (Art. 111 ff. StGB¹¹) (Büchler & Michel 2014). Jede Person, die sich einer medizinischen Behandlung unterzieht, soll vor ungerechtfertigten Eingriffen in die physische und psychische Integrität geschützt werden. Der/die Einzelne soll demnach in die Situation versetzt werden, selbstbestimmt und aus freiem Willen in eine bestimmte medizinische Behandlung einzuwilligen oder diese auch abzulehnen (Büchler & Michel 2014; Aebi-Müller et al. 2016).

Im internationalen Recht stützt sich das Prinzip des *informed consent* unter anderem auf Art. 5 der Biomedizin-Konvention¹². Laut dieser Bestimmung darf eine Intervention im

⁸ Das Bundesgericht formuliert dies in BGE 117 Ib 197 E. 3b wie folgt: «Der Patient soll über den Eingriff oder die Behandlung soweit unterrichtet sein, dass er seine Einwilligung in Kenntnis der Sachlage geben kann.»

⁹ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).

¹⁰ Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).

¹¹ Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0).

¹² Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (in Kraft getreten für die Schweiz am 1. November 2008, SR 0.810.2).

Gesundheitsbereich erst dann erfolgen, wenn die betroffene Person über diese aufgeklärt worden ist und frei eingewilligt hat. Die Aufklärung muss angemessene Informationen über den Zweck und die Art der Intervention sowie über deren Folgen und Risiken beinhalten. Im Weiteren muss die betroffene Person die Möglichkeit haben, jederzeit die Einwilligung zu widerrufen (Büchler & Michel 2014).

Das Prinzip des *informed consent* verfolgt somit das Ziel, den Patienten/innen mit der Aufklärung eine solide Entscheidungsgrundlage zu bieten. Eine umfassende Aufklärung wirkt sich im Weiteren auch positiv auf das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt oder der Ärztin und den einzelnen Patienten/innen aus. Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Aufklärung gewissen Kriterien genügen, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Formelle Aspekte des informed consent

Unabhängig davon, ob ein/e fremdsprachige/r Patient/in oder ein/e Medizintourist/in eine Behandlung benötigt, muss, sofern Zweifel in der Kommunikationsfähigkeit der/s zu behandelnden Patienten/in bestehen, ein/e Dolmetscher/in zum Aufklärungsgespräch beigezogen werden (Aebi-Müller et al. 2016; NEK 2017). Um Kommunikationsbarrieren von Patienten/innen zu beseitigen, wird es meist nicht genügen, lediglich die Sprache zu verstehen. Ebenso wichtig ist, das kulturelle Verständnis von Krankheit, Gesundheit und Heilung von fremdsprachigen Patienten/innen zu berücksichtigen (NEK 2017).

Die Aufklärung sollte im Weiteren zu einem Zeitpunkt stattfinden, welcher dem/der Patienten/in ermöglicht, frei und in Ruhe eine Entscheidung zu fällen. In der zeitlichen Abfolge wird der/die Patient/in erst umfassend aufgeklärt, darauf folgt eine angemessene Bedenkzeit und erst danach kann die Einwilligung erfolgen. Nur in dieser Abfolge kann gewährleistet werden, dass der/die Patient/in in Ruhe seine/ihre Entscheidung frei fällen kann (Roggo 2002; Aebi-Müller et al. 2016).

Sodann stellt sich die Frage, welchen Arzt oder welche Ärztin die Pflicht zur Aufklärung trifft: Den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin in der Heimat oder die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt hier in der Schweiz? Im Grundsatz steht der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin in der Pflicht, die Patienten/innen zu informieren (Aebi-Müller et al. 2016). Wird ein/e Patient/in zur Weiterbehandlung an eine/n Spezialistin/en verwiesen, hat der/die Hausarzt/ärztin lediglich darüber aufzuklären, warum eine Überweisung notwendig wird. Die weitere Aufklärung obliegt der/m übernehmenden Spezialistin/en (Wiegand 1994; Roggo 2002; Tag 2007). Gerade dies kann beim Medizintourismus jedoch ein Problem darstellen; nämlich die Gefahr, dass die Patienten/innen im Heimatland nicht über alle Details der Behandlung in der Schweiz informiert sind und dann zum Teil auch mit falschen Erwartungen und Vorstellungen in die Schweiz reisen.

Die eigentliche Aufklärung findet zweistufig gemäss dem sog. Stufenaufklärungsmodell mittels Basisinformationen und dem eigentlichen Aufklärungsgespräch statt. Als Basisinformation werden den Patienten/innen Informationsbroschüren und Merkblätter abgegeben. Diese Informationsmaterialien sollten in einer einfachen und verständlichen Sprache abgefasst sein. Bei Medizintouristen/innen oder generell bei fremdsprachigen Patien-

ten/innen müssen die schriftlichen Informationen zusätzlich auch in einer ihnen verständlichen Sprache vorliegen. Diese Basisinformationen sollen den/die Patienten/in auf das individuelle Aufklärungsgespräch vorbereiten (Aebi-Müller et al. 2016). Im individuellen Aufklärungsgespräch bespricht der/die Arzt/Ärztin mit der/m Patientin/en die Diagnose sowie Prognose, Risiken, mögliche Alternativbehandlungen, Verlauf, Heilungschancen und auch die Möglichkeit eines Spontanverlaufs. Im individuellen Aufklärungsgespräch geht es also darum, die allgemeinen Basisinformationen auf die Besonderheiten des/r jeweiligen Patienten/in anzupassen (Aebi-Müller et al. 2016).

Inhaltliche Aspekte des informed consent

Im Wesentlichen gliedert sich die Aufklärung der Patienten/innen in die Eingriffs- und die Sicherungsaufklärung. Mit der Eingriffsaufklärung sollen die Patienten/innen befähigt werden, von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen. Dem/r Patienten/in soll es möglich sein, «in Kenntnis aller massgebenden Umständen» zu entscheiden, ob in eine bestimmte Behandlung eingewilligt oder diese abgelehnt werden soll. Diese Entscheidung kann ein/e Patient/in nur dann treffen, wenn er/sie die Vor- und Nachteile einer Behandlung kennt (Aebi-Müller et al. 2016).

Die Eingriffsaufklärung unterteilt sich in die Diagnose- sowie die Verlaufsaufklärung. Mit der Diagnoseaufklärung wird der/die Arzt/Ärztin den/die Patienten/in über die Ergebnisse der Untersuchung und deren Bedeutung informieren (Wiegand 1994; Aebi-Müller et al. 2016). Mit der Verlaufsaufklärung erhalten Patienten/innen Informationen über Art, Umfang und Durchführung sowie über den voraussichtlichen zeitlichen Rahmen der beabsichtigten Behandlungsmethode vor Beginn der eigentlichen Behandlung (Roggo 2002).

Wesentlich für die Entscheidung des/der Patienten/in ist es auch, über mögliche typische Risiken aufgeklärt zu werden (Roggo 2002; Aebi-Müller et al. 2016). Mit der Sicherungsaufklärung soll der/die Patient/in zudem befähigt werden, sich auf eine Weise zu verhalten, die der Heilung dient und zum Behandlungserfolg führt (Aebi-Müller et al. 2016).

Schliesslich obliegt dem Arzt oder der Ärztin auch die Pflicht, Patienten/innen über die finanziellen Folgen der Behandlung aufzuklären (Hausheer & Jaun 2015).

4.2.2 Besonderheiten bei Medizintouristen/innen

In formeller Hinsicht ist im Hinblick auf den Medizintourismus generell die Verständigung mit dem/r Patienten/in ein Bereich mit einigen potentiellen Gefahren. Es werden verschiedene Anforderungen an die übersetzende Person gestellt, einerseits sprachliche und kulturelle und andererseits vermittelnde zwischen einer Vielzahl an möglichen involvierten Personen (bspw. Familienmitglieder, Botschaften) und deren Vorstellungen. Diese vollständig zu erfüllen, scheint für eine einzelne Person schwierig bis unmöglich. Daneben könnte ein Problem darin bestehen, dass zwischen den Basisinformationen und dem individuellen Aufklärungsgespräch zu wenig Zeit eingeräumt wird, um Basisinformationen in Ruhe zu lesen und zu verstehen sowie um sich auf mögliche Fragen vorzubereiten.

Inhaltlich liegt die Pflicht zur Aufklärung für die medizinische Behandlung in der Schweiz – wie gesehen – bei den behandelnden Ärzten/innen. Somit stehen die Ärzte/innen hier in der Schweiz in der Pflicht, die Patienten/innen während der gesamten Behandlung – von Behandlungsbeginn bis zum Abschluss der Nachbehandlung – über den Verlauf der Behandlung und das Verhalten des/r Patienten/in aufzuklären. Dies könnte im Besonderen zu gewissen Herausforderungen in zeitlicher wie auch in finanzieller Hinsicht führen.

4.3 Systemische Ebene

Im Rahmen der Diskussionen zum Medizintourismus ist regelmässig die Kritik zu hören, durch die Behandlung von Medizintouristen/innen könnte es zu Kapazitätsengpässen und einer Verdrängung der inländischen Bevölkerung in Schweizer Krankenhäusern kommen.

4.3.1 Knappe Ressourcen

Bund und Kantone werden gemäss Art. 41 Abs. 1 lit. b BV in die Pflicht genommen, ausreichende und hochwertige Angebote für medizinisch pflegebedürftige Personen zu fördern. Dazu gehören Massnahmen zur Sicherstellung geeigneter Infrastruktur sowie medizinischer Fachpersonen, sodass jede Person Zugang zu den für sie subjektiv notwendigen medizinischen Leistungen erhält. Durch diese Norm wird grundsätzlich die gesamte Bevölkerung adressiert, unabhängig von Nationalität und Aufenthaltsstatus (BSK BV-Gächter & Werder).

Trotz dieser grundrechtlichen Norm wird die Gesundheitsversorgung intuitiv mit Knappheit verbunden. Erklärbar ist dies auf einer grundsätzlichen Ebene mit der Heteronomie unserer Bedürfnisse. «Knapp ist alles, was möglich ist, alles, was andere haben, aber uns noch fehlt» (Kingreen 2011). Dies bedeutet, dass wir nicht nur autonom unsere Wünsche und Ansprüche selbst definieren, sondern durch externe Faktoren Bedürfnisse kreiert oder geformt werden. Zu diesen Faktoren gehören soziale, industrielle oder wissenschaftliche Einflüsse und Möglichkeiten. In diesem Sinne stellt die Gesundheitsversorgung einen Musterbereich für die Heteronomie dar, da durch den medizinischen Fortschritt sowohl vorhandene Bedürfnisse angepasst werden (z.B. kürzere Heilungszeit, weniger Behandlungsrisiken) als auch neue Bedürfnisse entstehen (z.B. neue Früherkennungs- oder Heilmethoden). Durch die personellen, institutionellen und nicht zuletzt monetären Begrenzungen der Gesundheitsversorgung können jedoch nicht sämtliche Bedürfnisse vollständig befriedigt werden. Veranschaulicht wird dies in der Medizin neben der rasanten Entwicklung auch durch den demographischen Wandel, der bei älteren Personen, insbesondere im letzten Lebensjahr, zu einem Kostenanstieg führt. Deshalb ist im Bereich der Medizin von knappen Ressourcen zu sprechen (Kingreen 2011; Schmitz-Luhn 2017).

An dieser Stelle sollen zudem die beiden Begriffe der Priorisierung und der Rationierung erwähnt werden, da sie mit der Verteilung knapper Güter zu tun haben. Obwohl die Begriffe in der juristischen Lehre nicht immer deckungsgleich verwendet werden, bleibt die

Grundidee dieselbe: So wird mit der Priorisierung eine Vorrangigkeit und mit der Rationierung ein Vorenthalten begründet. Die Priorisierung versucht, die vorhandenen Mittel effizient und der Dringlichkeit nach einzusetzen, indem sie den medizinischen Interessen eine Reihenfolge zuweist. Es können Patientengruppen, aber auch Behandlungsmethoden, Indikationen oder Indikationsziele u.ä. priorisiert werden.¹³ Die Rationierung hingegen streicht vollständig oder temporär die Allokation gewisser «medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen» (Stellungnahme ZEKO). Dies kann beispielsweise zum Verlust der Versicherungsdeckung oder zur Aufnahme auf eine Warteliste führen (Schmitz-Luhn 2017; Stellungnahme ZEKO; Zentrale Ethikkommission, Prioritäten).

4.3.2 Spitalplanung und Leistungsaufträge

Für das Vorhandensein einer angemessenen Gesundheitsversorgung sind die Kantone verantwortlich (Poledna & Berger 2002; Gächter & Rüttsche 2013; Eugster 2016). Zur Gewährleistung ebendieser gehören u.a. der Bau und Betrieb von Spitälern. Zwar erfährt die Entscheidungskompetenz der Kantone durch das KVG – nämlich wie die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung sicherzustellen ist – eine gewisse Einschränkung, doch liegt die Planungsautonomie weiterhin bei den Kantonen (Gächter & Rüttsche 2013). Ziel der Spitalplanung ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des jeweiligen Kantons sicherzustellen (Art. 39 Abs. 2 lit. d KVG; Art. 58a KVV¹⁴; Eugster 2010). Gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-f KVG durchlaufen Spitäler (nebst weiteren Einrichtungen) ein formelles Zulassungsverfahren, indem sie u.a. nachweisen müssen, dass sie über ausreichende ärztliche Betreuung und das für die medizinischen Behandlungen erforderliche Fachpersonal verfügen. Ein Ziel dieses förmlichen Zulassungsverfahrens ist es, Überkapazitäten zu vermeiden (Eugster 2016).

Spitäler, die ihre Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen wollen, müssen im Sinne des erwähnten förmlichen Zulassungsverfahrens die Voraussetzungen des Art. 39 Abs. 1 KVG erfüllen (Eugster 2010). Dabei bedürfen sie u.a. der Berücksichtigung in der Versorgungsplanung mind. eines Kantons (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG) sowie der Nennung auf der Spitalliste des Kantons (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG). Hiermit wird statuiert, dass jedes Spital, das über die OKP abrechnen darf, einen Leistungsauftrag erhält, da die Gesamtheit an Leistungsaufträgen zusammen die Spitalliste ergibt. Dieser bestimmt jeweils individuell das vom Spital zu erbringende Leistungsspektrum (Hauser 2015). Die Kantone sind für die Spitalplanung und somit die Ausarbeitung der einzelnen Leistungsaufträge zuständig. Sie schliessen Leistungsaufträge sowohl mit öffentlichen als auch mit privaten Spitälern ab (Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG; Gächter & Rüttsche 2013).

Bei der Vergabe der Leistungsaufträge sind die Kantone verpflichtet, sich an die bundesrechtlichen Planungskriterien zu halten.¹⁵ Diese finden sich in den Art. 58a ff. KVV. Eine Konkretisierung enthält Art. 58b Abs. 4 KVV, welcher namentlich die Kriterien der «Wirt-

¹³ Eine Unterscheidung in die vertikale (innerhalb einer Gruppe) und die horizontale (Vergleich verschiedener Gruppen) Priorisierung ist möglich (Stellungnahme ZEKO).

¹⁴ Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102).

¹⁵ Grundlage des Auftrages an den Bundesrat, Planungskriterien aufzustellen, ist Art. 39 Abs. 2ter KVG.

schaftlichkeit und Qualität» (lit. a), des Zuganges «zur Behandlung innert nützlicher Frist» (lit. b) sowie der «Bereitschaft und Fähigkeit» der Leistungserbringer (lit. c) auführt. Die Spitalplanung nach genannten Kriterien endet jedoch oftmals nicht an der Kantongrenze. Einerseits sind die Kantone dazu verpflichtet, ihre Planung gegenseitig zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG) und andererseits sieht das Gesetz für die hochspezialisierte Medizin einen gesamtschweizerischen Plan vor (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG).

4.3.3 Verdrängungsproblematik bei der Aufnahme

Kapazitätsengpässe

In der öffentlichen Diskussion zum Medizintourismus ist die Kritik, dass es durch die Behandlung von Medizintouristen/innen zu Kapazitätsengpässen in Schweizer Krankenhäusern kommen könnte, präsent. Wie mit allfälligen Kapazitätsengpässen umzugehen ist, folgt aus dem Recht auf medizinische Behandlung und Pflege nach Art. 10 Abs. 2 i.V.m. Art. 41 Abs. 1 lit. b BV. Dieses gilt nicht absolut. Während private Spitäler ohne öffentlichen Leistungsauftrag grundsätzlich frei¹⁶ sind, Patienten/innen aufzunehmen oder abzulehnen (Vertragsfreiheit), sind Spitäler mit öffentlichem Leistungsauftrag (sog. Listenspitäler¹⁷) verpflichtet¹⁸, behandlungsbedürftige Personen aufzunehmen.¹⁹ Bestehen jedoch Kapazitätsengpässe in einem Spital mit einem öffentlichen Leistungsauftrag, so müssen Prioritäten gesetzt werden. Gemäss Art. 41a KVG sind Patienten/innen aus dem jeweiligen Kanton prioritär zu behandeln, vor Patienten/innen aus anderen Kantonen. Monetäre Gründe für die Priorisierung sind nicht zulässig (Poledna & Berger 2002).

Dies führt, rechtlich betrachtet, zur Kaskade der Aufnahmepflicht von Listenspitälern:

1. Notfälle, unabhängig von Nationalität, Aufenthaltsstatus und Finanzierung²⁰
2. Versicherte Patienten/innen mit Wohnsitz im Standortkanton²¹ des Spitals²² im Rahmen des Leistungsauftrages und der Kapazitäten
3. Versicherte Patienten/innen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons²³ im Rahmen des Leistungsauftrages²⁴ und der Kapazitäten

Diese Aufnahmepflichten werden gemäss Art. 41a Abs. 3 KVG von den Kantonen durchgesetzt; und bereits der Wortlaut lässt erkennen, dass sie nicht zwischen den Versicherungskategorien unterscheiden. Sie beschränken sich auf den OKP-Bereich, also auf

¹⁶ In Notfällen besteht in jedem Falle gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen ein Recht auf Behandlung.

¹⁷ Wie die Kosten der stationären OKP-Leistungen finanziert werden, richtet sich nach Art. 49a KVG. Es gilt die Unterscheidung zwischen obligatorisch versicherten Leistungen von Listenspitälern (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG), Nichtlistenspitälern mit Vertrag (Art. 49a Abs. 4 KVG, sog. Vertragsspitäler) und Nichtlistenspitälern ohne Vertrag (sog. Ausstandsspitäler) (siehe hierzu ausführlich Hauser 2015).

¹⁸ Art. 41a Abs. 1 KVG sowie Art. 8 BV (Gleichbehandlung).

¹⁹ Kein Unterschied zwischen Grund- und Zusatzversicherten möglich (Rütsche 2016a; Rütsche 2016b).

²⁰ Ergibt sich bereits aus Art. 12 BV. Ausschliesslich medizinische Kriterien sind herbeizuziehen, um einen Notfall als solchen zu benennen (BSK BV-Gächter & Werder).

²¹ Resp. in einem Vertragskanton (vgl. als Beispiel Spitalisten BS/BL mit voller Freizügigkeit).

²² Art. 41a Abs. 1 KVG.

²³ Art. 41a Abs. 2 KVG.

²⁴ Die Aufnahmepflicht ausserkantonalen muss im Gegensatz zu derjenigen innerkantonalen Patienten, welche durch Art. 49a Abs. 1 KVG per Gesetz gilt, ausdrücklich im Leistungsauftrag enthalten sein (Rütsche 2011).

grundversicherte Leistungen, welche bei Zusatzversicherten dieselben sind. Deswegen haben die Kantone nach der Systematik des Gesetzes keine Möglichkeit, versicherungsabhängige Regulierungen vorzunehmen (Rütsche 2016a). Fraglich wird sein, ob weitere Patientengruppen der Kaskade zugefügt werden können. Denkbar sind beispielsweise Patientengruppen aufgrund internationaler Verpflichtungen der Schweiz.

Unterbelegung

Im Gegensatz zu ausgeschöpften Kriterien ist weiter fraglich, welche Auswirkungen (zu tiefe Fallzahlen eines Bereiches oder einer einzelnen Behandlung sowohl für das Spital als auch dessen Patienten/innen haben.

Aktuelle Ergebnisse einer Schweizer Studie zum Sterberisiko bei Krebsoperationen zeigen auf, dass dieses bei Eingriffen in Spitälern mit kleinen Fallzahlen signifikant höher liegt als in Zentrumsspitalern.²⁵ Somit wird eine letztjährige US-amerikanische Studie insofern bestätigt, als dort festgehalten wurde, dass neben der Spezialisierung des Operateurs/der Operateurin seine/ihre Erfahrung in den entsprechenden Eingriffen einen direkten Einfluss auf die Qualität hat.²⁶ Dass höhere Fallzahlen einen Einfluss auf die Qualität haben, was dem Spital sowie den Patienten/innen zugutekommt, ist somit zu Recht auch in der politischen und juristischen Diskussion rund um die Spitalplanung anerkannt.²⁷

Neben der steigenden Qualität ist der Skaleneffekt, d.h. die Reduktion der Kosten pro Behandlung mit steigenden Fallzahlen, als Vorteil zu nennen. Solange die Behandlungsmenge stärker steigt als die Behandlungskosten, sind positive Skalenerträge vorhanden und lohnt sich jede zusätzliche Behandlung aus wirtschaftlicher Sicht.²⁸ Deshalb ist die suboptimale Wirtschaftlichkeit neben der schlechteren Qualität die zweite signifikante Auswirkung tiefer Fallzahlen.

Unterbelegung resp. freie Kapazitäten bergen also ein Qualitätsrisiko für die Praxis und die Forschung sowie ein Kostenrisiko für die betroffenen Kantone resp. die privaten Geldgeber. Wie oben erwähnt,²⁹ greift Art. 58b Abs. a lit. a KVV diese beiden Risiken bei der Spitalplanung auf. Die Rekrutierung von Medizintouristen/innen könnte ein möglicher Ansatz zur Verbesserung der Qualität und Rentabilität bei Unterbelegung darstellen.

4.3.4 Verdrängungsproblematik bei der Qualität

Als Ausgangspunkt dient die Überlegung, dass lukrative Patienten/innen aus dem Ausland das Angebot oder die Qualität der Behandlungen für Schweizer Patienten/innen durch Verdrängung (in personeller, technischer oder ähnlicher Weise) mindern könnten. Dazu muss zuerst betrachtet werden, welche Anforderungen ein/e versicherte/r Patient/in an die Behandlung im Spital stellen kann.

²⁵ Swiss Med Wkly. 2017;147:w14473, 1 ff.

²⁶ BMJ 2016;354:i3571, 1 ff.

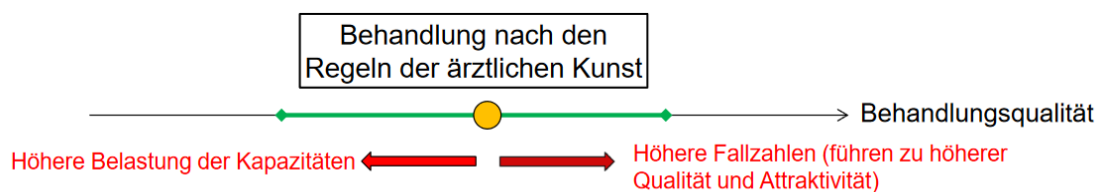
²⁷ Siehe Kapitel 8.2.1 zu den Mindestfallzahlen.

²⁸ Zu den Skaleneffekten bei medizinischen Behandlungen Hauser 2015.

²⁹ Siehe Kapitel 4.3.

Die Qualität einer ärztlichen Behandlung definiert sich durch den Grundsatz der Pflicht des Arztes/der Ärztin zur Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Hieraus schuldet der Arzt/die Ärztin dem Patienten/der Patientin ein sorgfältiges Verhalten. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass nur bei unvertretbarer und objektiv ungenügender Untersuchung oder Behandlung eine Sorgfaltspflichtverletzung des Arztes/der Ärztin in Frage kommt. Hieraus ergibt sich ein gewisses Spektrum, in welchem Behandlungen den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechen (Aebi-Müller et al. 2016).

Nachdem im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde, dass versicherte Patienten/innen mit Wohnsitz in der Schweiz einen grundsätzlichen Anspruch auf Behandlung haben, kann die Verdrängung nicht nur bei der Aufnahme, sondern auch bei der Qualität der Behandlungen auftreten. So ist vorstellbar, dass Medizintouristen/innen von der bestmöglichen Qualität profitieren können, während inländische Patienten/innen tendenziell mit Einbussen, wie bspw. längeren Wartezeiten, zu rechnen haben. Die Frage der Verdrängungsproblematik wurde denn auch in den Befragungen diskutiert; vgl. hierzu Kapitel 7.2.6. Folgende Graphik soll den möglichen Einfluss zusätzlicher Patienten/innen aus dem Ausland illustrieren:



Evtl. Verlagerung der Behandlungsqualität durch zusätzliche (zahlungskräftige) Patienten aus dem Ausland.

4.4 Weitere ausländerrechtliche Herausforderungen

Aus den Befragungen ging hervor, dass es in der Behandlung von Asylsuchenden, Sans-Papiers oder auch bei Patienten/innen mit Komplikationen in der Behandlung zu juristischen Verfahren gekommen sei (vgl. Kapitel 7.2.3). Im vorliegenden Projekt war diese Problemstellung nicht Teil der Forschungsfrage. Dennoch soll kurz auf die ausländerrechtliche Problematik der medizinischen Behandlung von Patienten/innen eingegangen werden.

EU/EFTA

Wie bereits gesehen, unterstehen alle in der Schweiz wohnhaften Personen der obligatorischen Krankenversicherungspflicht (Art. 3 Abs. 1 KVG). Der schweizerischen Versicherung unterstehen im Weiteren Personen mit einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach dem Abkommen über die Personenfreizügigkeit (FZA) bzw. dem Europäische Freihandelsassoziation (EFTA)-Abkommen, die mindestens drei Monate gültig ist (Art. 1 Abs. 2 lit. f KVV). Unter diese Regel fallen auch Personen, die während längstens drei Monaten in der Schweiz erwerbstätig sind und nach dem FZA oder EFTA-Abkommen hierfür keine Aufenthaltsbewilligung benötigen, sofern sie für Behandlungen

in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen (Art. 1 Abs. 2 lit. g KVV).

Der Bundesrat kann jedoch Ausnahmen von Versicherungspflicht vorsehen (Art. 3 Abs. 2 KVG). So sind beispielsweise der schweizerischen Versicherung Personen nicht unterstellt, die nach dem FZA, dem EFTA-Abkommen oder einem Abkommen über Soziale Sicherheit wegen ihrer Erwerbstätigkeit in einem anderen Staat den Rechtsvorschriften dieses Staates unterstellt sind (Art. 2 Abs. 1 lit. c KVV).

Zudem können Personen auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen werden, die über eine Aufenthaltsbewilligung ohne Erwerbstätigkeit nach dem FZA oder dem EFTA-Abkommen verfügen, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer über die Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen (Art. 2 Abs. 7 KVV).

Drittstaatenangehörige gemäss Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer

Aufenthalte für medizinische Behandlungen (und ohne Erwerbstätigkeit) bis 90 Tage sind nicht bewilligungspflichtig. Dauert die voraussichtliche Aufenthaltsdauer über 90 Tage, so richtet sich der bewilligungspflichtige Aufenthalt nach Art. 29 AuG³⁰ (Caroni & Ott 2010).

Gestützt auf Art. 29 AuG können Ausländer/innen zu medizinischen Behandlungen zugelassen werden, sofern die Finanzierung und die Wiederausreise gesichert ist. Gemäss diesem Artikel ist der Begriff der „medizinischen Behandlung“ breit zu verstehen, neben der medizinischen Heilbehandlung fallen auch Rehabilitationstherapien sowie Kuraufenthalte, die nicht ausschliesslich einem medizinischen Zweck dienen, darunter (Caroni & Ott 2010).³¹ Bezüglich der Finanzierung muss gesichert sein, dass die Kosten für die medizinische Behandlung sowie für den Lebensunterhalt während des Aufenthalts gedeckt sind. Dabei gilt es zu beachten, dass die Praxis in den Kantonen uneinheitlich gehandhabt wird. Zum Teil verlangen Kantone Bankauszüge oder Bestätigungen von Banken, dass die betreffenden Personen über das nötige Kapital verfügen. Andere Kantone akzeptieren Verpflichtungserklärungen Dritter (Caroni & Ott 2010). Mit der Voraussetzung, dass die Wiederausreise gesichert sein muss, will eine Umgehung der restriktiven Zulassungspolitik verhindert werden.

Das Bundesverwaltungsgericht hatte 2014 einen ägyptischen Staatsangehörigen zu beurteilen, der sich wegen einer fortschreitenden diabetischen Nekrose zu behandeln hatte. Das Staatssekretariat für Migration (SEM) verweigerte ihm die Einreise für einen zeitlich begrenzten Aufenthaltstitel für eine medizinische Behandlung in der Schweiz. Diese Entscheidung wurde damit begründet, dass ihm die nötigen finanziellen Mittel fehlten, um die medizinische Behandlung in der Schweiz zu bezahlen. Das BVGer bestätigte, dass der

³⁰ Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer (Ausländergesetz) vom 16. Dezember 2005 (SR 142.20).

³¹ Gemäss Visahandbuch I mit SEM Ergänzung 9, 1.4 Medizinische Behandlung und Kuraufenthalt, einerseits Kuraufenthalt im Rahmen einer Genesung (Tuberkulosepatienten, Herzpatienten, MS-Patienten etc.) oder einer Therapie infolge einer Krankheit oder eines medizinischen Eingriffs (Rehabilitation). Ein Kuraufenthalt kann ebenfalls zu anderen, nicht ausschliesslich medizinischen Zwecken erfolgen (Wellness, Diät). Siehe unter <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/rechtsgrundlagen/weisungen/visa/bfm/vhb1-version-bfm-d.pdf> (letztmals besucht am 30.11.2017).

Mann die Voraussetzung für den Aufenthaltstitel i.S.v. Art. 29 AuG nicht erfülle. Die Wegweisung würde jedoch gegen das Bundesrecht verstossen, weil sein komplexes Krankheitsbild eine multidisziplinäre medizinische Behandlung nötig mache, die sein Heimatland nicht gewährleisten könne. Daher könnte eine Wegweisung eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes bedeuten oder gar eine konkrete Lebensgefahr. Der ägyptische Staatsangehörige könnte gemäss Art. 83 Abs. 4 AuG als vorläufig Aufgenommener in der Schweiz behandelt werden.³²

Drittstaatenangehörige gemäss Asylgesetz

Um Asyl zu erhalten, müssen Bewerber/innen die Voraussetzungen der Flüchtlingseigenschaft erfüllen. Gemäss Art. 3 Abs. 1 AsylG³³ sind Flüchtlinge Personen, die in ihrem Heimatstaat oder im Land, in dem sie zuletzt wohnten, wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Anschauungen ernsthaften Nachteilen ausgesetzt sind oder begründete Furcht haben, solchen Nachteilen ausgesetzt zu werden. Somit fällt die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung nicht unter die Flüchtlingseigenschaft. Asylsuchende haben sich nach Zuweisung an die Kantone sowie vorläufig Aufgenommene nach Erhalt der Verfügung zur vorläufigen Aufnahme bei einer Krankenversicherung zu versichern (Art. 7 Art. 5 KVV). Auch wenn die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlungsbedürftigkeit keine Flüchtlingseigenschaft darstellt und somit kein Asyl gewährt wird, können gesundheitliche Probleme und die Behandlungsunmöglichkeit im Heimatland einen Grund für die Unzumutbarkeit des Wegweisungsvollzuges bedeuten (Art. 83 Abs. 4 AuG). Der Verzicht der Wegweisung erfolgt aus humanitären Gründen (Stöckli 2009).

Sans-Papiers

Sans-Papiers sind Menschen, die sich illegal in der Schweiz aufhalten. Das heisst, sie verfügen über keine gültige Aufenthaltsbewilligung. Unabhängig vom Aufenthaltsstatus haben Sans-Papiers genauso wie alle in der Schweiz wohnhaften Personen die Pflicht, sich innert dreier Monate nach Wohnsitznahme oder Geburt einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung anzuschliessen (Art. 3 Abs. 1 KVG).³⁴ Die Krankenversicherer sind daher verpflichtet, auch Menschen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufzunehmen (Nideröst, 2009). Zudem gestatten die Bestimmungen zur Datenbekanntgabe in Art. 84a KVG den Krankenversicherungen nicht, Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung den Ausländerbehörden zu melden. Es dürfen gemäss dieser Bestimmung nur Daten in Abweichung der Schweigepflicht gemäss Art. 33 ATSG weitergegeben werden, die für die Durchführung, die Kontrolle oder die

³² Entscheid des BVGer vom 12. November 2014, C-962/2012 vom 12.11.2014; besprochen in Bächler et al. 2015.

³³ Asylgesetz vom 26. Juni 1998 (SR 142.31).

³⁴ BGE 129 V 77 E. 5.1: In Zusammenhang mit dem Versicherungsobligatorium des KVG hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in Übereinstimmung mit der zivilrechtlichen Rechtsprechung festgehalten, dass für den Wohnsitz nach Art. 23 Abs. 1 ZGB nicht massgebend sei, ob die Person eine fremdenpolizeiliche Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung besitze (BGE 125 V 77 Erw. 2a mit Hinweisen). Das Abstellen auf den rein zivilrechtlichen Begriff des Wohnsitzes stimmt denn auch nicht nur mit dem Wortlaut der Bestimmung überein, sondern deckt sich zudem mit dem Zweck des Obligatoriums, gemäss welchem die gesamte Wohnbevölkerung, d.h. alle in der Schweiz lebenden Personen, der Versicherungspflicht unterstellt sein sollen (E. 4.1).

Beaufsichtigung der Durchführung der Krankenversicherung notwendig sind (Nideröst 2009). Zusätzlich unterstehen Ärztinnen und Ärzte der Schweigepflicht gemäss Art. 321 StGB. Trotzdem meiden viele Sans-Papiers den Arzt- und Spitalbesuch, weil sie Angst vor einer Meldung an die Fremdenpolizei haben (Nideröst 2009).

Sind hingegen Sans-Papiers nicht in einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert, so haben sie gestützt auf das Recht auf Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV) Anspruch auf den «effektiven Zugang zu unerlässlicher medizinischer Behandlung und Betreuung» (Kiener & von Büren 2007). Würde der Staat die grundrechtlich gebotenen Leistungen verunmöglichen oder erschweren, so würde er sich einer Grundrechtsverletzung schuldig machen (Kiener & von Büren 2007). Die Strafbarkeit von Privaten, die anstelle des Staates grundrechtlich gebotene Ansprüche erfüllen, kommt in ihren Auswirkungen also einem direkten Grundrechtseingriff gleich (Kiener & von Büren 2007).

4.5 Konklusion zu den Rechtsgrundlagen

Auf individueller Ebene galt es insbesondere, die verschiedenen formellen und inhaltlichen Aspekte des *informed consent* zu beachten. Die Patienten/innen müssen, um von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen zu können, umfassend und in einer verständlichen Sprache aufgeklärt werden. Zeitlich muss zwischen der Aufklärung und der Einwilligung eine angemessene Zeitdauer zur Entscheidungsfindung gewährleistet werden, so dass Patienten/innen ihren Entschluss fassen können oder auch die Möglichkeit haben, eine Zweitmeinung einzuholen. Das Konzept des *informed consent* war denn auch Teil der Befragungen. Die Einschätzungen hierzu finden sich in Kapitel 7.3.

Auf systemischer Ebene ist festzustellen, dass es in der Gesundheitsversorgung um knappe Ressourcen handelt. Im Bereich der OKP-Leistungen werden diese der gesamten einheimischen Bevölkerung durch die Vorgaben der Spitalplanung zur Verfügung gestellt. Die Spitäler mit Leistungsauftrag haben sodann eine grundsätzliche Pflicht zur Aufnahme inländischer Patienten/innen. Die Experten/innen wurden auch zur Verdrängungsproblematik, zur Knappheit von Ressourcen wie auch zur Unterbelegung befragt. Ausserdem wurde erhoben, welche Auswirkungen zusätzliche Patientengruppen aus dem Ausland auf die Qualität der Behandlungen in der Schweiz haben könnten (vgl. Kapitel 7.2).

5 Definition des Begriffs «Medizintourismus»

In den Kapiteln 3 und 4 wurde eine Auslegeordnung aus ethischer und aus juristischer Sicht präsentiert, aus der hervorgeht, wie der Begriff des Medizintourismus in den jeweiligen Forschungsfeldern diskutiert wird und welche Problemstellungen dabei thematisch sind. Während sich die ethische Debatte um genuine Fragen des Medizintourismus stark auf die internationale Dimension bezieht und das Phänomen hauptsächlich in Form des *outgoing*-Medizintourismus³⁵ in den Blick nimmt, findet sich in juristischer Perspektive keine vergleichbare Debatte. Vielmehr gilt es in dieser Perspektive zu fragen, welche Rechtsbereiche mit Blick auf die Regulierung des Medizintourismus in der Schweiz einschlägig sind und der vertieften Beachtung dienen, weil sie den Umgang mit Medizintouristen/innen und die Rechte und Pflichten der Involvierten regeln.

Das vorliegende Kapitel beinhaltet eine Abhandlung der allgemein relevanten Aspekte des Medizintourismus, um ausgehend davon den Medizintourismus als Forschungsgegenstand des vorliegenden Forschungsberichts abzugrenzen und zu definieren.

5.1 Relevante Aspekte zur Definition des Medizintourismus

Das Interesse des vorliegenden Forschungsprojekts gilt den Folgen und Herausforderungen des Medizintourismus *in der Schweiz*. Daraus ergibt sich die Einschränkung, dass mögliche Folgen des *outgoing*-Medizintourismus, wie sie den Fokus der internationalen ethischen Debatte darstellen, nur insofern in Betracht zu ziehen wären, als sie indirekt die gesundheitliche Situation von Menschen aus der Schweiz betreffen, wenn sie beispielsweise aufgrund von Eingriffen im Ausland der Nachsorge in der Schweiz bedürfen. Es ist nicht auszuschliessen, dass solche Konstellationen vorkommen. Einerseits sind sie aber – genau wie der gesamte Medizintourismus im ambulanten Bereich – nur sehr schwer quantitativ und qualitativ zu erfassen. Andererseits sind Ansprüche, welche Patienten/innen in solchen Fällen geltend machen können, nicht unterschiedlich geregelt je nachdem, wo die Behandlung stattgefunden hat. Insofern wirft der *outgoing*-Medizintourismus zwar gewiss auch für die Schweiz relevante Fragen auf³⁶, nicht jedoch als ethische oder juristische Fragen, die spezifisch den Medizintourismus *in der Schweiz* betreffen. Solche ethischen und juristischen Fragen ergeben sich hingegen zweifellos aufgrund des *incoming*-Medizintourismus, der für das Schweizer Gesundheitswesen mit konkreten Implikationen verbunden ist.

Darauf konzentriert sich deshalb auch das vorliegende Forschungsprojekt, das mit der folgenden Arbeitsdefinition von Medizintourismus operierte: «Der Begriff Medizintourismus beschreibt die Inanspruchnahme medizinischer und/oder pflegerischer Leistungen in

³⁵ Gemeint ist also der Medizintourismus aus wohlhabenden Ländern in weniger wohlhabende Länder, namentlich Länder des Südens.

³⁶ Zu denken ist z.B. an die Debatte um die Frage, inwiefern die Praxis des «Fortpflanzungstourismus» und eine etwaige Regelung entsprechender Bereiche im Schweizer Recht notgedrungen zu einem «Levelling Down» führen müssen.

der Schweiz durch Personen aus dem Ausland, die geplant erfolgt und nicht als Folge eines Notfalls bzw. eines Unfalls oder im Rahmen eines längeren Aufenthalts einer ausländischen Person in der Schweiz.»

Diese Definition beschränkt die Betrachtung des Themas Medizintourismus auf den Personenverkehr in die Schweiz zum (ausschliesslichen) Zweck der eigenen medizinischen und/oder pflegerischen Behandlung. Er ist damit zu unterscheiden von einem allgemeinen Gesundheitstourismus, der auch Behandlungen umfasst, die eher in den «Wellnessbereich» fallen. Vielmehr geht es um Leistungen, die eine medizinische Intervention nötig machen, d.h. deren Behandlung Krankheitswert impliziert. Um den hier verwendeten Begriff des Medizintourismus besser einzugrenzen, sind die folgenden Aspekte relevant:

Medizintourismus impliziert Krankheitswert für nachgefragte Behandlung

Grundsätzlich unterstehen Personen, die für eine medizinische Behandlung in die Schweiz kommen, nicht dem schweizerischen Sozialversicherungsrecht, denn gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG³⁷ setzt eine Versicherungsunterstellung grundsätzlich den Wohnsitz in der Schweiz voraus. Trotzdem kann versucht werden, bei der Definition des Krankheitsbegriffs analog auf die Bestimmungen des Sozialversicherungsrechts Bezug zu nehmen.

Den Anknüpfungspunkt stellt das Vorliegen einer Krankheit dar. Dabei gilt es zu beachten, dass der juristische und der medizinische Krankheitsbegriff nicht übereinstimmen. Der juristische Krankheitsbegriff ist enger umschrieben (Schwendener 2008). So definiert Art. 3 Abs. 1 ATSG³⁸ Krankheit als «jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, [...] die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.» Um nach schweizerischem Sozialversicherungsrecht eine Versicherungsleistung bei Krankheit zu erhalten, muss eine Gesundheitsbeeinträchtigung (als medizinische Komponente) vorliegen, die – und damit einschränkend (juristische Komponente) – eine Untersuchung, eine Behandlung und/oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Der sozialversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff orientiert sich somit eng am Leistungsrecht der sozialen Krankenversicherung (Gächter & Rütsche 2013). Das Leistungsrecht schränkt im Weiteren den Krankheitsbegriff ein, weil das Leistungsrecht festlegt, ob eine Beeinträchtigung einen Krankheitswert aufweist. Eine Gesundheitsbeeinträchtigung hat dann Krankheitswert, wenn die Beeinträchtigung eine Normabweichung darstellt oder das übliche und erträgliche Mass überschreitet (Gächter & Rütsche 2013).

Diese Ausführungen zum sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff könnten auch zur Definition des Medizintourismus herangezogen werden. Wird dieser Definition gefolgt, müsste demnach die in der Schweiz zu behandelnde Beeinträchtigung einen bestimmten Krankheitswert oder einen gewissen Leidensdruck übersteigen.

Dies gilt auch für den Bereich der ästhetischen Chirurgie. Eine Behandlung der ästhetischen Chirurgie dient nicht nur der Kosmetik, sie kann auch einen Zustand mit Krank-

³⁷ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10).

³⁸ Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 (SR 830.1)

heitswert behandeln oder beheben und somit einen gewissen Leidensdruck beenden. Zu denken ist z.B. an Personen mit Brandverletzungen. Entstellende Narben können einen Leidensdruck bewirken. Dennoch richtet sich ein wesentlicher Teil der plastischen Chirurgie an «gesunde» Menschen und damit nicht der Behandlung eines Zustandes mit Krankheitswert (Maio 2007).

Invasivität

Eine weitere Überlegung zielt auf die Invasivität einer Behandlung. Damit könnte eine weitere Abgrenzung zum Wellness- und/oder Kurtourismus vorgenommen werden. Doch auch hier scheint eine ausschliessliche Betrachtung der invasiven Medizin eher zu kurz zu greifen. Denn im Zuge des medizintechnischen Fortschritts kommen nicht-invasive und minimal-invasive Methoden immer häufiger zur Anwendung, ob in Untersuchungen, in der Diagnostik, aber auch in der Behandlung von Krankheiten. Daher wäre das alleinige Abstellen auf die Invasivität der Behandlung nicht ausreichend für eine scharfe Begriffsdefinition.

Angleichung an Versicherungsdeckung

Zur Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes könnte analog auch das Kriterium der Vergütung durch die OKP berücksichtigt werden. Der Leistungskatalog der OKP bestimmt die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Dadurch könnte der Leistungskatalog der OKP analog das Behandlungsspektrum des Medizintourismus umschreiben und beschränken. Dies könnte vor allem bei Spitälern mit einem öffentlichen Leistungsauftrag berücksichtigt werden, da diese Spitäler einen Grundversorgungsauftrag für die Bevölkerung innehaben und eine Ausweitung der medizinischen Behandlungen auf Medizintouristen/innen zu Kapazitätsengpässen führen könnte.

Wie im Kapitel 4.3 ersichtlich, ist die Eingrenzung nach dem OKP-Bereich für die Verdrängungsthematik notwendig. In der übrigen Diskussion im Rahmen dieses Projektes ist sie hingegen nicht angebracht, weshalb die Anpassung der Definition in diesem Sinne abzulehnen ist.

Bewilligungspflicht

Um die Auswirkungen des Medizintourismus auf unsere Gesundheitsversorgung zu betrachten, lohnt es sich, die Voraussetzungen an die Berufsausübung der Leistungserbringer zu betrachten. So existiert bereits eine Bewilligungspflicht nach dem Medizinalberufegesetz (MedBG)³⁹ für die universitären Medizinalberufe⁴⁰. Sinn und Zweck des MedBG ist die Sicherung einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung durch eine optimale Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen der universitären Medizinalberufe (Art. 1 Abs. 1 MedBG). Für die medizinischen Berufe des Hochschulbereichs wird in Zukunft das GesBG⁴¹ die Bewilligung regeln. Weiter berücksichtigt werden können auch die

³⁹ Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz) vom 23. Juni 2006 (SR 811.11).

⁴⁰ Aufzählung in Art. 2 Abs. 1 MedBG.

⁴¹ Bundesgesetz Entwurf über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz), noch nicht in Kraft.

kantonalen Bestimmungen der Gesundheitsgesetze. So regelt z.B. das Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich die Bewilligungspflicht für Berufe im Gesundheitswesen des Kantons. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die selbständige Berufsausübung sehr breit geregelt wird, wie z.B. die der Drogistinnen und Drogisten (§ 10 GesG ZH⁴²).

Die Anknüpfung an die Bewilligungspflicht der Leistungserbringer bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen scheint ein taugliches Mittel zur Begriffseingrenzung zu sein. Damit wird auch die Qualität der medizinischen Leistungen gewährleistet.

Tourismus als grenzüberschreitendes Phänomen

Diese Definition umfasst nicht nur den grenzüberschreitenden, sondern auch den Binnentourismus. Trotzdem ist in unserem Sinne nur der Tourismus vom Ausland in die Schweiz zu betrachten. Die Mobilität im Bereich der medizinischen Behandlungen innerhalb der Schweiz wird durch die schweizerische Gesetzgebung geregelt.⁴³

Behandlung als Hauptmotiv

Hauptmotiv der Medizintouristen/innen zur Reise in die Schweiz muss die medizinische Behandlung sein. Daneben sind weitere Motive denkbar. Trotzdem stellt der Behandlungszweck das primäre Unterscheidungsmerkmal zum üblichen Reisetourismus dar.

5.2 Definition für das vorliegende Forschungsprojekt

Basierend auf der Arbeitsdefinition, der ethischen und der juristischen Auslegeordnung und den Überlegungen zur Eingrenzung des Begriffs wird der Begriff des Medizintourismus für das vorliegende Forschungsprojekt wie folgt definiert:

Unter Medizintourismus versteht das Konsortium den Verkehr ausländischer Privatpersonen in die Schweiz mit dem (Haupt-)Motiv der stationären, medizinischen Behandlung durch Fachpersonen, die über eine gesetzliche Berufsausübungsbewilligung verfügen.

Diese Definition wurde im Rahmen der empirischen Untersuchung validiert und hat sich als praxistauglich erwiesen. Nicht im Fokus sind somit weitere Personengruppen, die umgangssprachlich oder in den Institutionen teilweise auch als Medizintouristen/innen bezeichnet werden, so u.a. Kurzaufenthalter/innen oder Asylsuchende, die in der Schweiz medizinisch behandelt werden; Schweizer/innen, die sich im Ausland medizinisch behandeln lassen; Probanden/innen für Phase I- und Phase II- Forschung. Sie alle kommen aber nicht intentional für die medizinische Behandlung in die Schweiz oder fallen unter die ethischen und rechtlichen Regelungen, die generell für Forschungsprojekte mit menschlichen Probanden/innen gelten. Ebenso nicht erfasst sind weitere Behandlungsformen wie z.B. ambulante Behandlungen (zu denen keine öffentlich zugänglichen Zahlen existieren), experimentelle Therapien oder Organspenden in der Schweiz.

⁴² Gesundheitsgesetz (GesG) des Kantons Zürich vom 2. April 2007 (LS 810.1).

⁴³ Vgl. Art. 41a KVG.

Teil II: Empirische Analyse des Medizintourismus

6 Epidemiologische und ökonomische Analyse des Medizintourismus in der Schweiz

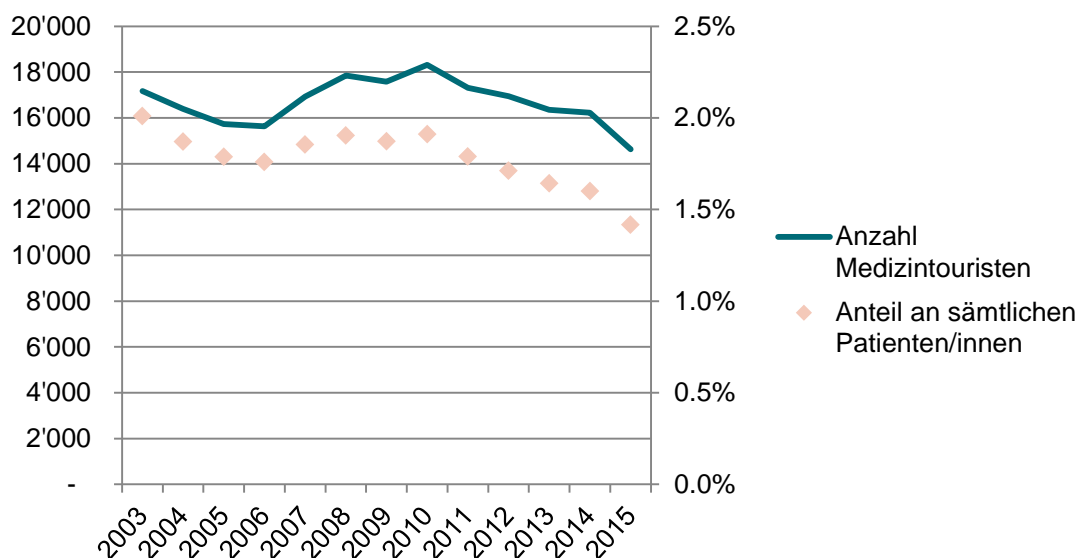
Die epidemiologische Analyse des Medizintourismus in der Schweiz beschreibt auf der Grundlage von Daten des BFS die quantitative Entwicklung, die soziodemographischen Merkmale, die Art der Behandlung sowie die Behandlungsorte.⁴⁴ Daran anschliessend folgt eine Analyse der möglichen ökonomischen Bedeutung des Medizintourismus in der Schweiz. Diese orientiert sich an der epidemiologischen Analyse sowie an den Erkenntnissen aus den Befragungen, die in Kapitel 7 umfassend abgehandelt sind.

6.1 Entwicklung des Medizintourismus in der Schweiz seit 2003

6.1.1 Anzahl Medizintouristen/innen und ihre Herkunft

Die Anzahl Medizintouristen/innen in der Schweiz (vgl. Definition in Kapitel 5.2) bewegt sich seit 2003 mit relativ starken Schwankungen zwischen 15'000 und 18'000 Personen pro Jahr, wobei sich seit 2010 ein rückläufiger Trend abzeichnet (vgl. Figur 1). Der Anteil Medizintouristen/innen an sämtlichen Patienten/innen in der Schweiz, die eine geplante stationäre Behandlung in Anspruch nahmen, betrug in diesen Jahren zwischen 1,4 und 2 Prozent und ist ebenfalls rückläufig, wobei der anteilmässige Rückgang noch ausgeprägter ist, da die Anzahl Medizintouristen/innen sank, während die Anzahl Patienten/innen insgesamt weiter stieg.

⁴⁴ Grundlage für die Datenanalyse bildete die medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik. Für 2003 bis 2015 wurden Medizintouristen/innen – differenziert in Personen aus Nachbarländern und weiteren Ländern – sowie Patienten/innen aus der Schweiz identifiziert. Medizintouristen/innen wurden als Patienten/innen definiert, die im Ausland wohnhaft waren und sich einer im Voraus geplanten medizinischen Behandlung in der Schweiz unterzogen. Ausgewertet wurden die Gesamtanzahl Patienten/innen sowie Angaben zu Herkunft, Geschlecht, Alter, Anzahl Behandlungen, Behandlungsort, Hauptkostenstelle und Versicherungsklasse aufgeteilt nach Medizintouristen/innen aus Nachbarländern, aus weiteren Ländern sowie Patienten/innen aus der Schweiz.



Figur 1: Entwicklung des Medizintourismus in der Schweiz zwischen 2003 und 2015 (Quelle: BFS; Darstellung: econcept AG)

Die Analyse der Herkunftsländer und -regionen zeigt, dass 2015 insgesamt drei Viertel der ausländischen Patienten/innen aus den Nachbarländern der Schweiz stammt. Am häufigsten kamen Patienten/innen/innen aus Deutschland, Frankreich oder Lichtenstein⁴⁵ in die Schweiz. Dabei sind Grenzgänger/innen inbegriffen. Ein Viertel der Medizintouristen/innen reiste aus weiter entfernten Ländern in die Schweiz; häufig aus anderen europäischen Ländern oder aus anderen Regionen der Welt (vgl. Tabelle 2).

Herkunft	N	%	Anteil an sämtlichen Patienten/innen
Nachbarländer	11'241	77%	1.1%
Deutschland	4'730	32%	0.5%
Frankreich	3'418	23%	0.3%
Italien	1'067	8%	0.1%
Liechtenstein	1'845	13%	0.2%
Österreich	181	1%	0.0%
Andere Regionen	3'384	23%	0.3%
Asien	1'486	10%	0.1%
Europa	1'404	01%	0.1%
Amerika	302	2%	0.0%
Afrika	171	1%	0.0%
Ozeanien	21	0%	0.0%
Unbekannt	44	0%	0.0%
TOTAL	14'669	100%	1.4%

Tabelle 2: Herkunftsländer resp. Regionen 2015 (Quelle: BFS)

⁴⁵ Grund für die grosse Anzahl Patienten/innen aus Liechtenstein ist die Möglichkeit von in Liechtenstein krankenversicherten Personen stationäre Leistungen in der Schweiz in Anspruch zu nehmen. Gemäss Art. 16c Abs. 7 des Krankenversicherungsgesetzes von Liechtenstein schliesst die Regierung Tarifverträge mit Einrichtungen des Gesundheitswesens ab, die als anerkannte Leistungserbringer gelten und in Liechtenstein krankenversicherten Personen zur Verfügung stehen. Zu diesen Einrichtungen können auch Schweizer Spitäler und Kliniken zählen.

Die Entwicklung der vergangenen Jahre zeigt, dass der Rückgang des Medizintourismus in der Schweiz insbesondere auf einen Rückgang der Patienten/innen aus den unmittelbaren Nachbarländern zurückzuführen ist. Deren Anzahl sank seit 2010 von knapp 14'000 auf gut 11'000 Patienten/innen, während die Anzahl Patienten/innen insgesamt relativ konstant blieb.

6.1.2 Soziodemografische Merkmale der Medizintouristen/innen

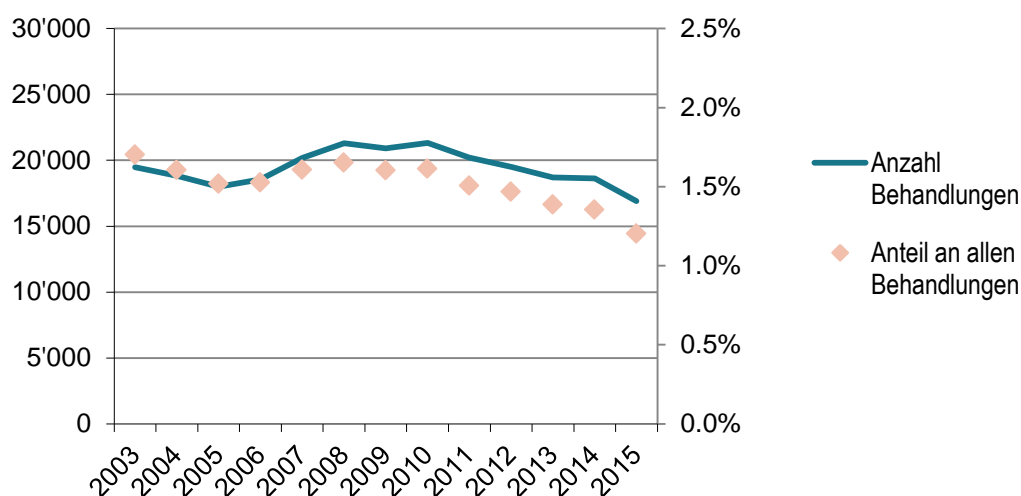
Medizintouristen/innen sind zu etwa gleichen Anteilen männlich und weiblich sowie zu meist zwischen 30 und 74 Jahre alt (vgl. Tabelle 3). Im Vergleich zu in der Schweiz wohnhaften Patienten/innen sind Medizintouristen/innen häufiger 35- bis 64-jährig. Auch werden vergleichsweise viele Kinder aus dem Ausland zwischen fünf und 14 Jahren in der Schweiz behandelt. Kleinkinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie ältere Menschen machen im Vergleich zu Patienten/innen aus der Schweiz hingegen einen kleineren Anteil der Medizintouristen/innen aus.

	Medizintouristen/innen		Patienten/innen aus der Schweiz	
	N	%	N	%
Geschlecht				
Weiblich	7'518	51%	557'995	55%
Männlich	7'151	49%	460'423	45%
Alter	N	%	N	%
0-4	294	2%	108'412	11%
5-9	284	2%	11'817	1%
10-14	246	2%	13'279	1%
15-19	368	3%	25'926	3%
20-24	397	3%	35'238	3%
25-29	663	5%	51'932	5%
30-34	999	7%	66'241	7%
35-39	977	7%	55'466	5%
40-44	1'162	8%	47'134	5%
45-49	1'366	9%	55'746	5%
50-54	1'484	10%	64'226	6%
55-59	1'389	9%	64'756	6%
60-64	1'310	9%	65'815	6%
65-69	1'129	8%	72'426	7%
70-74	1'049	7%	75'112	7%
75-79	778	5%	69'091	7%
80-84	478	3%	64'142	6%
85-89	209	1%	45'596	4%
90-94	61	0%	21'457	2%
95+	27	0%	4'606	0%
TOTAL	14'669	100%	1'018'418	100%

Tabelle 3: Geschlecht und Alter Medizintouristen/innen 2015 (Quelle: BFS)

6.1.3 Anzahl Behandlungen und Behandlungsorte

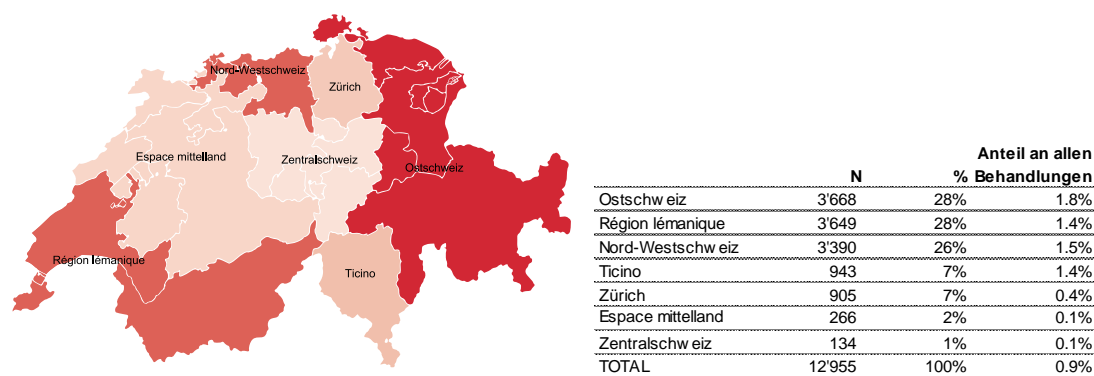
Der schwankenden Anzahl Medizintouristen/innen entsprechend, variierte auch deren Anzahl medizinischer Behandlungen (vgl. Figur 2). Im Jahr 2010 erreichte sie einen Maximalwert von knapp über 21'000 Behandlungen; seither reduzierte sich dieser Wert kontinuierlich auf knapp 17'000 Behandlungen im Jahr 2015. Gemessen an allen medizinischen Behandlungen entfiel in den letzten Jahren zwischen einem und eineinhalb Prozent auf Medizintouristen/innen. Die durchschnittliche Anzahl Behandlungen pro Person liegt bei Medizintouristen/innen tiefer als bei Patienten/innen aus der Schweiz. Sie betrug rund 1,15 Behandlungen pro Patient/in aus dem Ausland im Vergleich zu 1,35 Behandlungen pro Patienten/in aus der Schweiz.



Figur 2: Entwicklung der Behandlungen von Medizintouristen/innen zwischen 2003 und 2015 (Quelle: BFS; Darstellung: econcept AG)

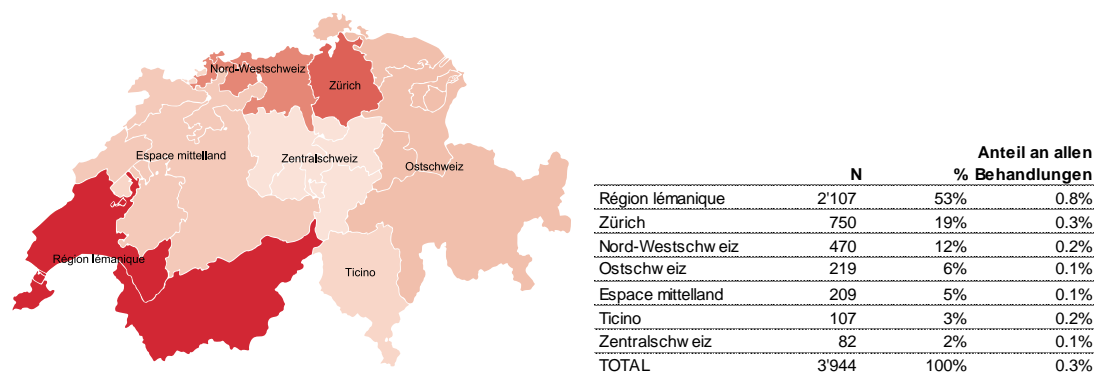
Patienten/innen aus dem Ausland werden am häufigsten in den Randregionen der Schweiz behandelt, wobei ausgeprägte Unterschiede zwischen Patienten/innen aus Nachbarländern sowie weiter angereisten Personen bestehen (vgl. Figur 3 und Figur 4). Von Patienten/innen aus Nachbarländern lässt sich je ein guter Viertel in der Ostschweiz, der Genfersee-Region sowie der Nordwestschweiz behandeln. Von den Medizintouristen/innen aus weiteren Ländern wird hingegen über die Hälfte in der Genfersee-Region und knapp ein Fünftel im Kanton Zürich behandelt.

Behandlungen von Patienten/innen aus Nachbarländern



Figur 3: Behandlungen von Patienten/innen aus Nachbarländern im Jahr 2015 aufgeteilt nach Region (Quelle: BFS; Darstellung: econcept AG)

Behandlungen von Patienten/innen aus anderen Ländern



Figur 4: Behandlungen von Patienten/innen aus anderen Ländern im Jahr 2015 aufgeteilt nach Region (Quelle: BFS; Darstellung: econcept AG)

6.1.4 Merkmale der Behandlungen von Medizintouristen/innen

Über 40% der stationären medizinischen Behandlungen an Patienten/innen aus dem Ausland erfolgen in der Chirurgie. Verbreitet sind zudem Behandlungen in der physikalischen Medizin und der Rehabilitation, der inneren Medizin sowie der Gynäkologie und Geburtshilfe (vgl. Tabelle 4). Im Vergleich zu Patienten/innen aus der Schweiz ist die Hauptkostenstelle bei Medizintouristen/innen deutlich häufiger die physikalische Medizin und Rehabilitation. Patienten/innen, die sich solchen Behandlungen unterziehen, stammen mehrheitlich aus den Nachbarländern der Schweiz. Bei Patienten/innen aus anderen Ländern ist bei jeder fünften Behandlung «andere Tätigkeitsbereiche» vermerkt.

Hauptkostenstelle	Medizintouristen/innen		Patienten/innen aus der Schweiz	
	N	%	N	%
Chirurgie	6'941	41%	499'086	36%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	2'326	14%	77'706	6%
Innere Medizin	2'028	12%	362'798	26%
Gynäkologie und Geburtshilfe	1'666	10%	210'493	15%
Psychiatrie und Psychotherapie	607	4%	73'322	5%
Medizinische Radiologie	504	3%	4'206	0%
Oto-Rhino-Laryngologie	499	3%	29'609	2%
Pädiatrie	458	3%	76'501	6%
Ophthalmologie	360	2%	10'135	1%
Geriatric	93	1%	21'971	2%
Intensivpflege	29	0%	5'769	0%
Dermatologie und Venereologie	29	0%	3'356	0%
Fachgebiete (allgemein)	28	0%	8'607	1%
Andere Tätigkeitsbereiche	1'331	8%	5'313	0%
TOTAL	16'899	100%	1'388'872	100%

Tabelle 4: Behandlungen von Medizintouristen/innen im Jahr 2015 aufgeteilt nach Hauptkostenstelle (Quelle: BFS)

Je etwa 40 Prozent der Patienten/innen aus dem Ausland werden allgemein bzw. privat behandelt (vgl. Tabelle 5). Der Anteil privat behandelter Personen ist bei Medizintouristen/innen deutlich höher als bei Patienten/innen aus der Schweiz, von denen nur acht Prozent in der privaten Klasse liegen. Noch ausgeprägter ist das Bild bei Patienten/innen, die nicht aus den Nachbarländern stammen. Zwei Drittel der von weiter entfernt liegenden Destinationen angereisten Patienten/innen wird privat behandelt.

Klasse	Medizintouristen/innen		Patienten/innen aus der Schweiz	
	N	%	N	%
Allgemein	7'085	42%	1'087'268	78%
Halbprivat	3'340	20%	191'511	14%
Privat	6'462	38%	110'049	8%
Unbekannt	12	0%	44	0%
TOTAL	16'899	100%	1'388'872	100%

Tabelle 5: Behandlungen von Medizintouristen/innen im Jahr 2015 aufgeteilt nach Klasse (Quelle: BFS)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Medizintouristen/innen beträgt durchschnittlich 8,7 Tage pro Behandlung und ist damit höher als jene von Patienten/innen aus der Schweiz, die sich durchschnittlich 7.6 Tage pro Behandlung im Spital aufweisen. Der Anteil Behandlungen, die mit dem kürzest möglichen Spitalaufenthalt von einem Tag einhergehend, liegt sowohl bei Medizintouristen/innen als auch bei Schweizer Patienten/innen bei rund 17 Prozent. Mit einem Aufenthalt von über 20 Tagen verbunden waren hingegen gut 15 Prozent der Behandlungen von Medizintouristen/innen und vergleichsweise tiefe knapp zehn Prozent der Behandlungen von Schweizer Patienten/innen. Grund für die

längere Aufenthaltsdauer von Medizintouristen/innen dürften insbesondere die häufigen Behandlungen im Bereich Physikalische Medizin und Rehabilitation von Patienten/innen aus den Nachbarländern sein.

6.2 Ökonomische Bedeutung des Medizintourismus

Potenzielle ökonomische Wirkungen des Medizintourismus in der Schweiz werden nachfolgend nach individuellen ökonomischen, betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Effekten unterschieden. Die Einschätzungen zur ökonomischen Bedeutung des Medizintourismus wurden ausgehend von den empirischen Erhebungen – der Datenanalyse in Kapitel 6.1 sowie den Befragungen in Kapitel 7 – gewonnen.

6.2.1 Individuelle ökonomische Effekte des Medizintourismus

Finanzielle Effekte des Medizintourismus

Durch den Medizintourismus bedingte, individuelle ökonomische Effekte für die Ärzteschaft treten dann auf, wenn sich finanzielle Anreize für die Behandlung von Medizintouristen/innen von den finanziellen Anreizen für die Behandlung von Schweizer Patienten/innen unterscheiden. Schweizer Patienten/innen werden nach DRG-Pauschalen abgerechnet. In der EU versicherte Medizintouristen/innen werden ebenfalls nach DRG-Pauschalen abgerechnet – im Jahr 2015 waren dies 86% der knapp 15'000 Medizintouristen/innen in der Schweiz (Quelle: BFS). Nicht-EU-Bürger/innen werden nach Einzelleistungen abgerechnet. In der Regel kosten diese 15-20% mehr als bei einer DRG-Pauschale. Hinzu kommt, dass bei Selbstzahlern/innen die gesamte Infrastruktur (inkl. Tupfer und Spritze) zusätzlich in Rechnung gestellt wird, zusätzlich zu den Administrativkosten. Oft kommt zudem eine sogenannte Organisationspauschale hinzu. Dies sei insofern zu rechtfertigen, als ausländische Patienten/innen in der Schweiz keine Steuern zahlten und somit nicht wie Schweizer/innen indirekt für die Listenspitäler aufkämen (Quelle: Befragungen).

Angesichts des hohen Anteils in der EU versicherter Medizintouristen/innen könnte geschlossen werden, dass sich die finanziellen Anreize für den Grossteil der Medizintouristen/innen nicht von Schweizer Patienten/innen unterscheiden – vorausgesetzt, dass inländische Patienten/innen und Medizintouristen/innen sich gleich auf die verschiedenen DRG-Pauschalen verteilen. Falls Medizintouristen/innen jedoch vorwiegend Behandlungen mit finanziell attraktiven DRG-Pauschalen durchführen lassen, können sich die finanziellen Anreize von Medizintouristen/innen durchaus von den durchschnittlichen finanziellen Anreizen inländischer Patienten/innen unterscheiden. Die Gespräche mit Fachpersonen stützen diese Vermutung. Dass Fachpersonen an Medizintouristen/innen, die in fast allen Fällen Selbstzahler/innen seien – mehr verdienten als an inländischen (privat versicherten) Patienten/innen, weist niemand von der Hand. Es gibt somit Indizien, welche vermuten lassen, dass der Medizintourismus individuelle ökonomische Effekte für die Ärzteschaft verändert. Wie gross die Unterschiede der finanziellen Anreize genau sind,

lässt sich mit öffentlich verfügbaren Daten jedoch nicht bestimmen. Vermutlich sind die finanziellen Anreize aufgrund komplexer Abrechnungen auch für die Ärzteschaft nicht immer transparent.

Reputationsgewinne des Medizintourismus

Über die finanziellen Anreize hinaus, ergeben sich für die Ärzteschaft durch die Behandlung von Medizintouristen/innen zusätzlich positive Reputationseffekte. Des Weiteren können sich für die Ärzteschaft persönlich interessante Kontakte ergeben. Zudem, so ergaben die Befragungen, würden einzelne wohlhabende Patienten/innen teilweise nach einer erfolgreichen Behandlung der Institution spenden.

Finanzielle Probleme für Patienten/innen aufgrund von Medizintourismus

Die Behandlung in der Schweiz hat für Medizintouristen/innen stets individuelle ökonomische Effekte. Es ist jedoch nicht bekannt, ob oder in welchem Ausmass dies für Medizintouristen/innen problematisch ist. Kaum jemand weiss etwas über mögliche finanzielle Probleme von Medizintouristen/innen, die aus einer Behandlung in der Schweiz resultieren. In der Regel würden Depots einbezahlt und, falls ausgeschöpft, wieder nachgezahlt. Es komme vor, dass für weitere Tranchen das Geld fehle. In solchen Fällen würden oft entweder Stiftungen, das Herkunftsland, Spezialkassen oder ähnliche Finanzierungsquellen angegangen. Dass eine Behandlung nicht weitergeführt werde, weil das Geld nicht mehr ausreiche, hat kaum eine der befragten Personen je erlebt. Möglicherweise würden ausländische Patienten/innen und deren Familien in finanzielle Schwierigkeiten geraten, weil Nachbehandlungen sehr teuer sein könnten – dies könne aber auch Schweizern/innen passieren und sei somit kein spezifisches Problem des Medizintourismus. Zudem hätten spezifische Abteilungen in den Spitälern teilweise auch einen humanitären Auftrag resp. ein Abkommen, über welches bspw. Verbrennungsoffer aus Osteuropa, Afrika oder aktuell Gaza behandelt und vom Spital selbst finanziert würden.

6.2.2 Betriebswirtschaftliche Effekte des Medizintourismus

Kostenübernahme und Kostentransparenz bei Medizintourismus

Für Medizintouristen/innen wird stets ein Kostenvoranschlag für den bevorstehenden Spitalaufenthalt erstellt und ein Depot eingerichtet. Gemäss den Befragten werden in gewissen Fällen Behandlungen von Medizintouristen/innen auch vom Herkunftsland, über eine internationale Krankenkasse oder über Stiftungen und Spenden finanziert. In seltenen Fällen – und dann in der Regel bei Kindern – komme es vor, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin das Kind mit Verzicht auf das eigene Honorar behandelt und das entsprechende Spital die Infrastruktur gratis zur Verfügung stelle. Insgesamt sei es somit äusserst selten, dass ein Spital sich mit ungedeckten Kosten konfrontiert sehe – im Gegenteil: Selbstzahlende Medizintouristen/innen seien in der Regel eine willkommene Einnahmequelle. Kostentransparenz ist gemäss den Befragten auch in Fällen von Medizintourismus gewährleistet. Patienten/innen würden zudem rechtzeitig erfahren, wenn ihr

Depot sich erschöpft und neue Kosten anfallen würden. Niemand äussert sich negativ oder beanstandet eine ungenügende Kostentransparenz.

Betriebswirtschaftliche Effekte des Medizintourismus

Die Behandlung von Patienten/innen hat für ein Spital immer auch betriebswirtschaftliche Effekte. Die betriebswirtschaftlichen Effekte unterscheiden sich von Patient/in zu Patient/in und hängen von Einflussfaktoren wie dem Versicherungsmodell (allgemein/halb-/privat), der Behandlung (bzw. der DRG-Pauschale), der Verweildauer, etc. ab. Medizintouristen/innen unterscheiden sich entsprechend analog. Inwiefern sie sich systematisch von Schweizer Patienten/innen unterscheiden, wird, wie oben beschrieben, vermutet, lässt sich aber nicht mit Sicherheit bestätigen. Des Weiteren wird von den Befragten bezweifelt, ob die um 15-20% höheren Tarife für Medizintouristen/innen (aus nicht-EU-Ländern) die vielen verdeckten Kosten kompensieren.

Gemäss Statistik beträgt der Anteil der Medizintouristen/innen an der gesamten Patientenschaft in der Schweiz zwischen 1,4- und 2% (vgl. Kapitel 6.1). Vereinzelt gibt es Institutionen, bei denen Medizintouristen/innen 10% oder mehr der Patientenschaft ausmachen. Letztere sind insbesondere bei Institutionen, die aufgrund ihrer hohen Spezialisierung eine vergleichsweise hohe Nachfrage von Medizintouristen/innen aufweisen. Ein Vertreter einer privaten Spitalgruppe schätzte den Anteil Medizintouristen/innen in ihren Kliniken auf 6-10% der Patienten/innen, für ihr Geschäftsmodell sei diese Zielgruppe deshalb relevant. Insgesamt geben die Befragten jedoch an, dass Medizintourismus als lukratives Geschäft tendenziell überschätzt werde. Auch gezielte Initiativen zur Förderung des Medizintourismus wie bspw. im Kanton Luzern⁴⁶ seien aufgrund mangelnden Interesses eingestellt worden.

Aus Sicht der Spitäler resultieren aus den geringen Zahlen an Medizintouristen/innen kaum relevante betriebswirtschaftliche Effekte. Die Befragten geben an, dass eine deutliche Ausweitung des Medizintourismus aber durchaus eine Querfinanzierung der Allgemeinversicherten durch (halb-)privat Versicherte oder Selbstzahlende bewirken könnte; doch hierfür kämen aktuell zu wenig Medizintouristen/innen in die Schweiz. Mit dem Hinweis auf die aktuell abnehmende Anzahl Medizintouristen/innen in der Schweiz (vgl. Figur 1) verneinten die meisten der Befragten eine strategische Relevanz des Medizintourismus für ihre Institutionen.

6.2.3 Volkswirtschaftliche Effekte des Medizintourismus

Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Medizintourismus in der Schweiz ergibt sich aus der Summe der individuellen und betriebswirtschaftlichen Effekte, welche ein/e einzelne/r Patient/in auslöst und möglicher Nebeneffekte, welche oftmals erst auf aggregierter Ebene sichtbar werden (z.B. Kapazitätsengpässe durch zusätzliche Behandlung ausländischer Patienten/innen).

⁴⁶ «Medizintourismus-Projekt für reiche Ausländer in Luzern ist gescheitert» : <http://www.luzernerzeitung.ch/nachrichten/zentralschweiz/luzern/Medizintourismus-Projekt-fuer-reiche-Auslaender-in-Luzern-gescheitert;art92.998627> [Stand: 22. Mai 2017].

Wie erwähnt betrug der Anteil Medizintouristen/innen an sämtlichen Patienten/innen in der Schweiz, die eine geplante stationäre Behandlung in Anspruch nahmen, in den letzten 10 Jahren jeweils zwischen 1,4% und 2%. Dies bei einer seit 2010 rückläufigen Quote. Im Jahr 2015 liessen sich so noch knapp 15'000 Medizintouristen/innen in der Schweiz behandeln. Ein möglicher Grund für diesen rückläufigen Trend ist der im selben Zeitraum sehr stark gewordene Schweizer Franken. Die Behandlung in der Schweiz für Medizintouristen/innen ist entsprechend relativ teurer als in Ländern mit vergleichbarer Gesundheitsversorgung.

Gemäss Zahlen des BFS betragen die Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz im Jahr 2015 rund 7,7 Mrd. CHF, davon 1,5 Mrd. CHF durch stationäre Behandlungen. Die 15'000 Medizintouristen/innen im Jahr 2015 betragen 1,4% der gesamten Patientenschaft und verursachten demnach Kosten von knapp 220 Mio. CHF. Durchschnittlich entspricht dies rund einer halben Million CHF für jedes Spital in der Schweiz. Diese Aussage muss jedoch dahingehend präzisiert werden, als dass sowohl die Zahlen des BFS wie auch die qualitativen Erhebungen zeigen, dass vor allem Universitätsspitäler und Privatspitäler in den Ballungsräumen Genf und Zürich Medizintouristen/innen versorgen. Kantons- und Regionalspitäler behandeln kaum Medizintouristen/innen.

Medizintouristen/innen lösen in der Schweiz einen volkswirtschaftlichen Effekt in Form einer Ausweitung der Gesundheitsdienstleistungen um rund 220 Mio. CHF pro Jahr aus. Unklar ist jedoch, wie viel Umsatz die knapp 15'000 Medizintouristen/innen generieren, welcher den Aufwänden gegenübersteht. Unklar bleibt somit, ob durch Medizintouristen/innen in der Schweiz eine Rente abgeschöpft werden kann oder nicht.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist die Verdrängungsproblematik kaum relevant (vgl. hierzu Kapitel 4.3 und 7.2.6). Gemäss Aussagen der befragten Fachpersonen werden nur in vereinzelt Fällen einheimische Patienten/innen entweder verlegt oder nicht aufgenommen, weil ein komplexer Fall aus dem Ausland die beschränkten Kapazitäten, bspw. auf der Intensivstation eines Spitals über längere Zeiten in Anspruch nehmen.

Aus volkswirtschaftlicher Perspektive kann aber das durch Medizintouristen/innen grössere Patientenspektrum relevant sein, dank welchem ausreichend hohe Fallzahlen für hochspezialisierte Schwerpunkte an Schweizer Spitälern gehalten werden können. Inwiefern sich ohne Medizintourismus hochspezialisierte Schwerpunkte weniger gut entwickeln oder halten können, kann jedoch nicht erkannt werden.

6.3 Konklusion aus epidemiologischer und ökonomischer Sicht

Im Sinne einer Zusammenfassung können die wichtigsten Zahlen zum Medizintourismus in der Schweiz wie folgt noch einmal dargestellt werden: Die Medizintouristen/innen machten zwischen 2003 und 2015 rund 1,4 und 2 Prozent aller in der Schweiz stationär behandelten Personen aus. Seit 2010 sinkt der Anteil Medizintouristen/innen. Am häufigsten kommen Medizintouristen/innen aus den unmittelbaren Nachbarländern der Schweiz. Der Anteil Frauen und Männer halten sich die Waage und sind in der Regel

zwischen 35 bis 64 Jahre alt. Auffällig hierbei ist, dass die Altersgruppe zwischen 5 und 14 Jahren mit einem Anteil von vier Prozent an allen Medizintouristen/innen im Vergleich zu ihren Schweizer Altersgenossen/innen auffällig hoch ist (Anteil der 5- bis 14-jährigen Schweizer Patienten/innen beträgt 2%). Im Durchschnitt liegt die Anzahl Behandlungen pro Person bei den Medizintouristen/innen etwas tiefer (1,15) als bei den Schweizer Patienten/innen (1,35), die Medizintouristen/innen bleiben dafür im Durchschnitt einen Tag länger hospitalisiert. Die meisten Medizintouristen/innen lassen sich chirurgisch behandeln; sie sind zudem deutlich öfter privat versichert als Schweizer Patienten/innen.

Individuelle ökonomische Effekte entstehen durch sich ändernde finanzielle Anreize für die Ärzteschaft und ggf. durch finanzielle Probleme für Patienten/innen. Für ersteres verdichten sich die Hinweise insbesondere aufgrund der Tatsache, dass Medizintouristen/innen in der Regel selbstzahlend sind und tendenziell Behandlungen mit lukrativeren DRG-Pauschalen unterzogen werden als Schweizer Patienten/innen. Für eine abschliessende Beurteilung hierfür fehlen ausreichende und öffentlich zugängliche Datengrundlagen. Dass Medizintouristen/innen finanziellen Problemen ausgeliefert würden, konnte nicht bestätigt werden. Aus Sicht der Spitäler resultieren bis anhin aus den geringen Zahlen an Medizintouristen/innen kaum relevante betriebswirtschaftliche Effekte. Der volkswirtschaftliche Effekt, verstanden als Summe der individuellen und betriebswirtschaftlichen Effekten, ist anspruchsvoll einzuschätzen. Die Ausweitung der Gesundheitskosten um rund 220 Mio. CHF pro Jahr könnte als solcher gedeutet werden, doch ist unklar, wie viel Rente daraus wirklich abgeschöpft werden kann.

7 Empirisch-sozialwissenschaftliche Analyse des Medizintourismus

Im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Erhebung wurden 23 Personen befragt; darunter Vertreter/innen aus Spitalleitungen öffentlicher und privater Spitäler, Vertreter/innen der Ärzteschaft und Pflege, spitalinternen internationalen Büros, Sozialdiensten, eine Vermittlungsagentur wie auch ein Vertreter einer Hochschule (vgl. Allgemeiner Gesprächsleitfaden in Anhang A-1). Angesichts dieser kleinen Stichproben weisen nachfolgende Erkenntnisse qualitativen Charakter auf.

7.1 Einordnungen und Einschätzungen zum Medizintourismus

7.1.1 Einordnung der Definition des Begriffs Medizintourismus

Die für dieses Forschungsprojekt erarbeitete Definition des Begriffs Medizintourismus (vgl. Kapitel 5.2) wird von den Befragten generell geteilt.

In seinem beschränkten Ausmass sei Medizintourismus als Phänomen weder für Gesundheitsfachpersonen noch für die Institutionen oder das schweizerische Gesundheitssystem problematisch, erklärten die Befragten in grosser Übereinstimmung. Ein Grossteil dieser Patienten/innen sei gut informiert, würde sich gezielt für einen elektiven Eingriff anmelden und die Leistungen im Voraus via Depot oder mithilfe einer internationalen Versicherung begleichen. Die ausländischen Patienten/innen könnten in der Regel mindestens Englisch und seien bis auf einige extravagante Personen unkompliziert. Medizintouristen/innen nach der Definition des Konsortiums würden in den Spitälern wenig und vor allem keine zusätzlichen Ressourcen binden, zumal es für das Spitalsystem (Belegung, Kosten, Behandlung) keine Rolle spiele, ob es sich um ausländische Personen oder Schweizer Privatpatienten/innen handle. Allerdings gebe es Ausnahmen und Einzelfälle, die – insbesondere in der Kindermedizin – durchaus herausfordernd seien. Diese Einzelfälle stehen in den nachfolgenden Kapiteln im Zentrum des Interesses, zumal es vor allem aus ethischer und juristischer Sicht keinen Unterschied darstellt, ob ein Problem eine oder mehrere Personen betrifft.

Weiter wurde von einigen der befragten Personen darauf hingewiesen, dass es auch im Rahmen dieser Definition unterschiedliche Medizintouristen/innen geben könne – und dies insbesondere betreffend ihre Fähigkeit, die medizinische Behandlung selber oder über ihre Versicherungsdeckung bezahlen zu können. So seien bspw. ausländische Privatpersonen, die sich während eines Aufenthalts in der Schweiz – bspw. auf Besuch bei Verwandten – medizinisch behandeln liessen und anschliessend ohne die Kosten zu begleichen wieder abreisten, für die Institutionen eine grössere Herausforderung als der Medizintourismus. Diese Personen seien eher als «Medizinprofiteure» denn als Medizintouristen/innen zu charakterisieren. Oft würden sie über den Notfall eingewiesen, dem Nachbehandlungen oder ein weiterer 'Zufallsbefund' folgten. Spitäler seien verpflichtet,

diese Patienten/innen zu behandeln, auch wenn ihnen daraus ungedeckte Kosten entstünden. Auch solche Fälle seien aber sehr selten (eine befragte Person sprach von ca. 10 Fällen pro Jahr an einem Universitätsspital) – und dies beispielsweise im Vergleich zu den Achtzigerjahren, als sich während der Phase der vielen Aidserkrankten Fälle nicht zahlender ausländischer Patienten/innen gehäuft hätten. Ebenfalls als herausfordernd erachten die befragten Personen die Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers, Asylsuchenden, Flüchtlingen oder in Genf Personen, die über dort tätige internationale Institutionen (bspw. WHO, Ärzte ohne Grenzen MSF) zugewiesen würden, sogenannte humanitäre Fälle. In vereinzelt Fällen würden in der Schweiz auch Patienten/innen aus Kriegszonen behandelt; dies erfolge jedoch sehr diskret und oft auch ohne Kostenfolge für die Betroffenen (vgl. hierzu die juristischen Ausführungen in Kapitel 4.4).

Angesprochen auf weitere mögliche Zielgruppen, die im Rahmen von Medizintourismus in der Schweiz Angebote bzw. Praktiken wie bspw. Physiotherapie, Schönheitschirurgie, Zahnmedizin, experimentelle Therapien, aber auch illegale Organspenden in Anspruch nehmen, winkten die Befragten ab. Auch die Bedeutung von Herausforderungen bezüglich Probanden/innen für Phase I- und Phase II- Forschung, Therapeutic misconception oder Haftung und Nachbehandlung wurde als gering eingeschätzt. Organspende sei hoch reglementiert und über die Disziplinen der Zahnmedizin sowie der Schönheitschirurgie verfügten die wenigsten der befragten Spitäler. Zudem, so zwei Personen, würden sich Medizintouristen/innen im Sinne der vorliegenden Definition im Voraus genau über Optionen und Preis-Leistungs-Verhältnisse informieren. Als Hochpreisinsel hätten Schweizer Gesundheitsinstitutionen diesbezüglich einen Wettbewerbsnachteil. Zudem sei die medizinische Versorgung bspw. in Deutschland ebenfalls sehr gut, weshalb viele Medizintouristen/innen sich für eine Behandlung im preiswerteren Deutschland entscheiden würden (vgl. auch Kapitel 6.2.2). Medizintourismus im Rahmen experimenteller Therapien o.Ä. schlossen alle befragten Experten/innen aus, zumal die Auflagen des Humanforschungsgesetzes streng seien⁴⁷. Als weitere Behandlungsformen, die im Sinne der vorliegenden Definition vom Medizintourismus ausgeschlossen sind, wurden insbesondere das Einholen von Zweitmeinungen, die Durchführung von Check-ups sowie ambulante Behandlungen als für Medizintourismus in der Schweiz typisch erwähnt.

Die in Kapitel 6.1 aufgeführten Entwicklungen des Medizintourismus wurden von den meisten befragten Personen bestätigt, gewisse schätzten ihn als gleichbleibend ein, andere wiederum beobachteten eine leichte Zunahme in den letzten 5-20 Jahren. Inwiefern die Aussagen der Befragten eine erhöhte Wahrnehmung aufgrund der verstärkten öffentlichen Diskussion zum Medizintourismus widerspiegeln oder aber die Statistiken des BFS nicht die Realität abbilden, kann nicht abschliessend beurteilt werden.

Vor allem Vertreter/innen öffentlicher Spitäler sprachen von Einzelfällen – oftmals sogar von persönlichen Kontakten aus dem Netzwerk der Ärzte/innen. Für spezifische Behandlungsschwerpunkte würden einzelne Spitäler eine Häufung an Medizintouristen/innen

⁴⁷ Aus der Begleitgruppe des vorliegenden Forschungsprojekts folgte der Hinweis, dass experimentelle Therapien ausserhalb der im Humanforschungsgesetztes reglementierten Phasen Herausforderungen für die Behandlung von Medizintouristen/innen bestünden, insbesondere bei kaum überprüfaren individuellen Heilungsversuchen.

verzeichnen; aber auch diese Zahlen seien verschwindend klein und würden in der Bilanz der Spitäler nicht zum Ausdruck kommen. Der Vertreter einer privaten Spitalgruppe schätzte den Anteil Medizintouristen/innen in ihren Kliniken als eher gering (6-10% der Patienten/innen); für ihr Geschäftsmodell sei die Zielgruppe Medizintouristen/innen jedoch relevant. So fände in jenen Institutionen mit erhöhtem Anteil Medizintouristen/innen teilweise ein Monitoring und eine Steuerung des Medizintourismus statt, damit es nicht zu einer Überlastung der Abteilungen komme.

Kritisch sei, dass zur Entwicklung des Medizintourismus nur wenige Daten erhoben würden und wenn, dass solche Informationen nur beschränkt weitergegeben oder publiziert würden.

7.1.2 Medizintourismus in Strategien von Spitälern und Kliniken

Für einen Grossteil der befragten Institutionen ist Medizintourismus ein strategisches Ziel. Dazu wurden unterschiedliche Gründe genannt: finanzielle Vorteile, internationale Vermarktung und Renommee der Spitzenmedizin, Zurverfügungstellung des schweizerischen Gesundheitssystems auch für ausländische Patienten/innen sowie der Umstand, dass gewissen Spezialisierungen auf eine ausreichende Anzahl Fälle pro Jahr angewiesen seien, die mit inländischen Patienten/innen nicht erreicht werden könne. So werde Medizintourismus vereinzelt auch strategisch genutzt, um ausgewählte Abteilungen halten zu können. Wenige Institutionen, insbesondere Kantons- und Regionalspitäler, erklärten, dass Medizintourismus kein explizites strategisches Ziel sei und auch keine explizite Förderung stattfinde.

Auf überinstitutioneller Ebene wurden mehrere Initiativen ins Leben gerufen, so z.B. Swiss Health, Lucerne Health, Ticino Health – wobei lediglich Ticino Health heute noch existiert. Gemäss den befragten Personen habe das Kapital für solche überinstitutionelle Initiativen gefehlt und die Zusammenarbeit habe die Spitäler mehr gekostet als sie ihnen genützt habe. Zudem habe eine Förderung mit öffentlichen Mitteln bei allen Initiativen jeweils nur in der Anfangsphase eine Rolle gespielt. Das Vermittlungsgeschäft mit Medizintouristen/innen wurde generell als risikoreich beschrieben. Vereinzelt wurde angemerkt, dass Medizintouristen/innen in der Regel den individuellen und direkten Kontakt zu einem/r Spezialisten/in oder Spital suchen und nicht die Vermittlung über eine offizielle Institution.

7.1.3 Perspektiven zum Medizintourismus

Einschätzungen von Fachpersonen zum Medizintourismus

Auffällig ist, dass Fachpersonen aus der Erwachsenenmedizin Medizintourismus in der Regel als unproblematischer beurteilen als Fachpersonen aus dem Bereich der Kindermedizin. Dieser Unterschied in der Wahrnehmung wurde auf Nachfrage damit begründet, dass in der Erwachsenenmedizin medizinische Leistungen im Sinne eines Vertrags zwischen zwei urteilsfähigen Erwachsenen erbracht und bezogen werden. In der Kindermedizin stehe ein vulnerables Kind ohne eigene Entscheidungsmacht im Zentrum, welches

durch einen besonders umsichtigen Umgang geschützt werden müsse (vgl. hierzu die Kapitel 8.3. und 9.4). Zudem seien Fachpersonen, die mit Kindern im Austausch stehen, möglicherweise sensibler in solchen Fragen. Grundsätzlich zeigten sich aber viele der Befragten offen und positiv gegenüber Medizintourismus.

Wahrnehmung des Medizintourismus in der Öffentlichkeit aus Sicht der Befragten

Insofern unterscheidet sich die Wahrnehmung von Medizintouristen/innen in Fachkreisen von dem oft kritischen Bild in der Öffentlichkeit. Dass Medizintourismus in der Bevölkerung a priori negativ behaftet sei, führten viele der befragten Fachpersonen auf Neid, Missgunst, Angst vor Fremdem sowie Verlustängste zurück, zumal viele Menschen Medizintouristen unweigerlich mit sehr reichen Personen in Verbindung brächten, die hier in der Schweiz medizinische Leistungen bezögen, inländische Patienten verdrängten und mit ihrem Konsum die Krankenkassenprämien in die Höhe trieben. Hinzu komme, dass Medien einzelnen Fällen besondere und zu unreflektierte Beachtung schenkten. Eine Hypothese lautete denn auch, dass die breite Bevölkerung der Meinung sei, dass Medizin nicht zum Geldverdienen da sei. Dies sind jedoch alles Annahmen, schliesslich findet eine der befragten Person, die Bevölkerung habe nicht per se ein schlechtes Bild vom Medizintourismus.

7.2 Auswirkungen des Medizintourismus auf den Spitalbetrieb

7.2.1 Organisation und Betrieb mit Blick auf Medizintourismus

Ein Vertreter eines Privatspitals berichtete von einem exklusiven Service für Medizintouristen/innen wie z.B. das Bereitstellen von Suiten, Chauffeur-Services sowie von zusätzlichem Personal. Diese Spitalgruppe sei allerdings gezielt auf Medizintouristen/innen aus dem gehobenen Segment ausgerichtet. Die Befragten der öffentlichen Spitäler gaben demgegenüber an, keine besonderen betrieblichen Vorkehrungen für Medizintouristen/innen zu treffen. In der Regel verfügten die meisten grösseren Spitäler über eine auf diverse Bedürfnisse ausgerichtete Hotellerie sowie über einen Übersetzungsdienst bzgl. der gängigen Fremdsprachen, zumal ein guter Teil der lokalen Patienten/innen ebenfalls einen anderen sprachlichen oder kulturellen Hintergrund mit sich bringe. Gemäss Befragung verbringen selbstzahlende Medizintouristen/innen ihre stationären Aufenthalte zu denselben Konditionen wie die in der Schweiz (halb-)privat versicherten Patienten/innen. Gerade öffentliche Spitäler verfügten über keine Extrastation, und falls Medizintouristen/innen zusätzliche Leistungen einforderten, würden diese entsprechend in Rechnung gestellt.

Im Normalfall verlaufe die Behandlung eines/r Medizintouristen/in ohne Auswirkungen auf den betrieblichen Alltag des Spitals. Gleichzeitig wurde jedoch anhand verschiedener Einzelfragen der Einfluss des Medizintourismus auf den betrieblichen Alltag im Spital adressiert. So verfügen zwei der befragten Spitäler über ein internationales Büro, das sich vom ersten Kontakt bis zur Rechnungsstellung um Medizintouristen/innen kümmert.

In einem Beispiel arbeitet das internationale Büro eng mit dem Sozialdienst zusammen; in einem anderen Spital wird das internationale Büro von einer interkulturellen Anlaufstelle unterstützt.

Die Sicherstellung des täglichen Austausches zwischen Medizintouristen/innen und dem Fachpersonal erfordere in vielen Fällen zusätzliche Übersetzungsdienstleistungen. Dies sei ein finanzieller und organisatorischer Zusatzaufwand zum täglichen Betrieb. Ein befragtes Spital verfügt über temporäre Pflegekräfte, die bei Bedarf eingesetzt werden können – sowohl für anspruchsvollere Medizintouristen/innen oder Privatversicherte, wie auch bei genereller Überlast auf einer Abteilung. Die zusätzliche Pflege werde den Medizintouristen/innen wie auch den inländischen Privatversicherten verrechnet. Im Kinderspital fällt, gemäss Befragung, zusätzlicher Aufwand für die Vermittlung von Unterkünften für Eltern ausländischer Kinder an.

Obschon die öffentlichen Spitäler keine gezielten betrieblichen Massnahmen veranlassen, seien Medizintouristen/innen somit ressourcenbindend und verursachten immer wieder erheblichen administrativen Mehraufwand, der weder genau zu beziffern noch auf den ersten Blick offensichtlich sei, so viele der Befragten. Dieser Mehraufwand wurde insbesondere mit folgenden Aspekten begründet: Medizintouristen/innen forderten mit hoher Anspruchshaltung das Fachpersonal deutlich stärker als heimische Patienten/innen. Zudem sei der alltägliche Austausch aus sprachlichen und kulturellen Gründen aufwändiger. Auch würden Medizintouristen/innen immer wieder von für die Schweiz ungewohnt vielen Angehörigen begleitet, die wiederum Platz und Zeit in Anspruch nähmen, so viele der Befragten. Der administrative Aufwand, um ein Patientendossier vollständig und in einer verständlichen Sprache zu erstellen, Abklärungen zu Versicherungsleistungen und zur Finanzierungsweise, wie auch die Organisation von Übersetzungen im betrieblichen Alltag, seien sehr aufwändig.

7.2.2 Ärzteschaft und Pflegende im Kontakt mit Medizintouristen/innen

Sowohl in den öffentlichen Spitälern wie auch im Privatspital werden Medizintouristen/innen von denselben Ärzten/innen wie auch von denselben Pflegenden behandelt wie inländische Patienten/innen, so die Ergebnisse der Befragung. Es komme vor, dass sich Medizintouristen/innen aus kulturellen Gründen teilweise weigerten, sich von weiblichen Ärztinnen und Pflegerinnen behandeln zulassen. Dies könne allerdings auch bei inländischen Patienten/innen mit Migrationshintergrund vorkommen. Auf solche Ansprüche werde unterschiedlich eingegangen. Gewisse Spitäler versuchten diesen Anspruch zu erfüllen, die meisten lehnten es jedoch klar ab. Eine Person berichtete zudem von versuchter Korruption, um vor allem von den Pflegern/innen schneller berücksichtigt zu werden.

7.2.3 Ausländerrechtliche Herausforderungen

Mit Medizintouristen/innen habe man kaum negative ausländerrechtliche Erfahrungen gemacht, erklärten die Befragten. Einige Fachpersonen berichteten von juristischen Verfahren, diese hätten aber nicht mit dem Fakt zu tun gehabt, dass die Patienten/innen

ausländische Selbstzahler/innen gewesen seien, sondern dass Komplikationen aufgetreten seien. Der Rechtsdienst sei aber regelmässig involviert, zumal gerade US-Bürger/innen oder Patienten/innen aus Osteuropa im Konfliktfall schneller rechtliche Schritte in Erwägung ziehen. Der Rechtsweg werde aber dennoch kaum angestrebt. Einige der befragten Personen wiesen aber darauf hin, dass in Bezug auf Asylbewerber/innen, Sans-Papiers und Migranten/innen rechtliche Lücken bestünden (vgl. hierzu die juristischen Ausführungen in Kapitel 4.4).

Ebenfalls problematisch können Auseinandersetzungen zum Thema Kinderschutz und Vulnerabilität des Kindes sein, zumal die Schweiz im Vergleich mit gewissen Herkunftsländern hohe Ansprüche an das Recht des Kindes stelle. Teilweise werde der Rechtsdienst von den eigenen Ärzten/innen in Anspruch genommen, gerade wenn es sich um Fragen des *informed consent* handle (vgl. Kapitel 3.2.3 und 4.2.1 zur ethischen resp. juristischen Perspektive zu *informed consent* sowie Kapitel 8.3 und 9.4 zum Spezialfall Pädiatrie).

7.2.4 Vermittlungskanäle und Zusammenarbeit mit Vermittlungsagenturen

Die wenigsten Befragten konnten zu Vermittlungsaktivitäten konkret Auskunft geben. So ist es wichtig hervorzuheben, dass sich für das vorliegende Forschungsprojekt lediglich eine Vermittlungsagentur für ein Gespräch zur Verfügung stellte. Diese Vermittlungsagentur wird ausserdem mit kantonalen Geldern unterstützt. Rein private Vermittlungsinstitutionen wollten nicht näher über ihre Vermittlungstätigkeit Auskunft geben. Für Privatkliniken sei aber die Zusammenarbeit mit Vermittlungsagenturen wichtig. Die Anzahl Verträge mit entsprechenden Agenturen sind je nach Spital unterschiedlich und variieren von keinen bis ca. 30 Kontakten. Einzelne Spitäler – insbesondere Universitätsspitäler und Privatkliniken – verfügen zudem über eigene internationale Büros. Als wichtige Vermittlungskanäle für Medizintourismus werden nebst den Agenturen Kontakte aus dem Privatbanking, Privatpersonen und Familienangehörige, zuweisende Ärzte/innen aus dem In- und Ausland, in- und ausländische Check-up Kliniken, Krankenhauskomitees im Heimatland der Medizintouristen/innen sowie gezielte Akquise durch das eigene internationale Büro (Messebesuche/Kongresse) genannt. Weiter berichten einige befragte Personen von Kooperationsverträgen mit Spitälern im Ausland, Abkommen mit Ländern (z.B. Vereinigte Arabische Emirate, Katar) und Abkommen mit Organisationen (Weltgesundheitsorganisation WHO, Ärzte ohne Grenzen MSF). In den meisten Fällen würden die Medizintouristen/innen jedoch direkt Kontakt mit dem jeweiligen Spital oder mit der gewünschten Fachperson aufnehmen.

Der typische Ablauf eines Beratungs- und Vermittlungsmandats kann aufgrund der Hinweise aus den Befragungen wie folgt skizziert werden:

- *Erstkontakt*: Findet die Kontaktaufnahme über eine vermittelnde Agentur statt, fordert diese die nötigen medizinischen Unterlagen an. Der/die Patient/in unterzeichnet ein Formular, wonach die Informationen an einen (bestimmten) Anbieter weitergegeben werden können. Das Patientendossier wird zusammengetragen und ein Spital oder

eine Fachperson direkt kontaktiert. Der/die Spezialist/in oder das Spital evaluiert das Dossier und fordert ggf. fehlende Informationen ein. Anschliessend erstellt die Vermittlungsagentur eine Offerte für den/die Patienten/in.

- *Fallbesprechung:* In Spitälern mit strukturiertem Ablauf und eigenem internationalen Büro für ausländische Patienten/innen prüft der/die verantwortliche Kaderarzt/ärztin das Dossier und entscheidet – teils in Absprache mit der Klinikleitung – ob der Fall angenommen werden soll. Das internationale Büro des Spitals hat stets nur unterstützende Funktion und fällt keine Entscheide. Gerade im Kinderspital werde dieser Schritt mit besonderer Umsichtigkeit geprüft: Scheint ein Fall bereits zu Beginn heikel, wird das spitalinterne Ethikkomitee in die Entscheidungsfindung einbezogen. Sollte in einer bestimmten Abteilung zum Zeitpunkt kein Platz frei sein, so werde die antragsstellende Familie bei der Weitervermittlung unterstützt. Sobald der Kontakt (via Vermittlungsbüro) hergestellt ist, findet der Austausch zwischen der spitalinternen Koordinationsstelle und dem/der Patienten/in oder seinem/r Arzt/Ärztin statt. Der/die Patient/in erhält ein Patientendossier. Alternativ wenden sich die Patienten/innen direkt an die Koordinationsstelle/das internationale Büro oder an die gewünschte Fachperson. Das Patientendossier wird an zentraler Stelle gesammelt. Bei Bedarf werden weitere Unterlagen in einer verständlichen Sprache nachgefordert.
- *Kostenvorabsprache und Terminvereinbarung:* Anschliessend erfolgt eine Kostenvorabsprache basierend auf den gewünschten Leistungen (Privatzimmer, Angehörige, zum Teil ganzes Stockwerk). Der/die Medizintourist/in bezahlt einen Vorschuss (Depot) und nach Abschluss der Behandlung die Schlussrechnung. Zu diesem Zeitpunkt wird auch abgeklärt, über welche Kanäle der bevorstehende Aufenthalt finanziert werden würde, sofern der/die Medizintourist/in selbst nicht dazu in der Lage sein sollte. Die befragten Verantwortlichen zeigen sich in der Kostenfrage dezidiert: Medizintouristen/innen, die für ihre Behandlung nicht im Voraus bezahlen können, werden in der Regel strikte abgewiesen. Nur in Ausnahmefällen (sogenannte humanitäre Fälle) gewähren die Spitäler teils einen Spezialrabatt. Dann müsse die allenfalls vermittelnde Agentur ebenfalls auf ihre Prämie verzichten. Im Anschluss folgt die Terminvereinbarung; der Aufenthalt und Eingriff wird geplant.
- *Anpassung während der Behandlung und Schlussrechnung:* Die Offerte wird laufend evaluiert und zusätzliche Bedürfnisse während des Aufenthaltes transparent in der Rechnung ergänzt. Sobald die Behandlung abgeschlossen ist, wird eine Schlussrechnung gestellt. Der Kontakt zwischen Patient/in und Spital/Fachperson wird weiterhin gepflegt, falls es zur Nachbehandlung kommen sollte. In den Privatkliniken stellen die Klinik und der/die Arzt/Ärztin separat Rechnung. In den wenigen Fällen, in denen der/die behandelnde Arzt/Ärztin eine zu hohe Rechnung stellt, wird die Koordinationsstelle in der Regel vom/von der Patienten/in direkt via Beschwerde informiert und handelt entsprechend. Eine befragte Person führt weiter aus, in den letzten Jahren habe ein Mentalitätswandel bei den Patienten/innen hin zum Wunsch nach mehr (Kosten-) Transparenz stattgefunden. Die Patienten/innen seien gut informiert und würden Vergleiche zwischen den verschiedenen Angeboten (aus GB, D und anderen

Ländern) anfordern. National und international sei die Konkurrenz unter den Spitälern um Medizintouristen/innen deshalb gross.

In den Gesprächen wurden folgende Hauptgründe für eine Ablehnung eines Dossiers angeführt: 1. Das Risiko für den/die Patient/in ist zu hoch, z.B. ist die Reise bereits ein zu hohes Risiko. 2. In der Schweiz ist keine bessere/wirksamere Behandlung möglich und dem/der Patienten/in wird empfohlen, sich im Heimatland einer Behandlung zu unterziehen. 3. Das Risiko auf Versicherungsseite ist zu hoch, z.B. wenn der/die Patient/in während der Behandlung sterben könnte.

Auf die Frage, wie sich die Zusammenarbeit mit Vermittlungsagenturen gestaltet, wiesen Befragte mit diesbezüglicher Erfahrung darauf hin, dass die Wahl der Agenturen sehr umsichtig getroffen werde. Ein Spital führt gemäss Aussagen mehrere Testläufe durch, bevor ein Vermittlungsvertrag abgeschlossen wird.

Drei der befragten Institutionen lehnen die Zusammenarbeit mit Agenturen gänzlich ab. Gemäss der einzigen Agentur, die befragt werden konnte, verläuft die Zusammenarbeit mit den Spitälern gut. Der administrative Aufwand je Medizintourist/in sei jedoch auch für die Agentur hoch. Einschätzungen zur Zusammenarbeit von Agenturen und Spitälern aus Sicht der Agenturen können im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts nicht weiter vertieft werden, da sich von den angefragten Agenturen nur eine für Auskünfte zur Verfügung stellte.

7.2.5 Konkurrenzverhalten unter Abteilungen angesichts von Medizintourismus

Die Hypothese, wonach aufgrund von Medizintourismus die Ressourcenallokation innerhalb von Spitälern zu Konkurrenzverhalten zwischen einzelnen Abteilungen führen könnte, wird unterschiedlich beurteilt. Gewisse Befragte argumentierten, der Anteil sei unbedeutend gering und Einnahmen von selbstzahlenden Medizintouristen/innen nur minim höher als bei herkömmlichen Privatversicherten. Zudem würden diese Einnahmen je nach Institution in einen gemeinsamen Pool fliessen und somit unter allen Gesundheitsfachpersonen der Abteilung aufgeteilt. Bis auf wenige hochspezialisierte Abteilungen, die aufgrund ihrer Spitzenmedizin vermehrt ausländische Patienten/innen verzeichneten (genannt wurden fetale Chirurgie, spezialisierte Onkologie oder Orthopädie), könnten auch keine Häufungen bei bestimmten Fachrichtungen verzeichnet werden. So war auch keiner der Befragten der Meinung, dass Medizintourismus als strategisches Ziel der eigenen Institution zu ungleicher Ressourcenallokation führe. Einige sehen zwar durchaus eine gewisse Häufung von Medizintourismus in einzelnen Abteilungen, doch führe dies intern nicht zu Auseinandersetzungen. Dabei handle es sich in der Regel um Abteilungen wie Brandverletzungen, Stammzellentransplantation und fetale Chirurgie, die auf ausländische Patienten/innen angewiesen seien, um ihren Schwerpunkt dank ausreichenden Fallzahlen halten zu können. In diesen Situationen würden die bewussten Entscheide der Spitaldirektion von allen Abteilungen akzeptiert.

Vereinzelt könne unter Abteilungen Neid beobachtet werden, zumal eine Häufung von selbstzahlenden Medizintouristen/innen in Zeiten verschärfter Finanzpolitik in den öffent-

lichen Spitälern willkommene Mittel beitrage. Auch gehe – je nach Fachgebiet – mit internationalen Patienten/innen eine gesteigerte internationale Reputation einher. Doch auch wenn diese Abteilungen intern ein besseres Jahresergebnis erzielen, sei dabei der Anteil aus Medizintourismus verschwindend klein, sind sich viele der befragten Fachpersonen einig. Auch wenn die Medizintouristen/innen für die Abteilung und gar für das Spital finanziell attraktiv seien, seien sie dies für das behandelnde Team nicht. Die schwierig messbaren Zusatzaufwände seien für die involvierten Fachpersonen oft höher als die zusätzlichen Gelder, die aufgrund der selbstzahlenden Medizintouristen/innen eingenommen würden.

7.2.6 Einschätzungen zur Verdrängungsproblematik durch Medizintourismus

Die Frage der Verdrängungsproblematik wurde in den Experten/innen-Gesprächen eingehend diskutiert. Dabei wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass die Intensivstation – als Nadelöhr eines Spitals – besonders von der Gefahr der Verdrängungsproblematik betroffen sein könne. Viele Stimmen, insbesondere seitens hochspezialisierter Medizin, bestätigten Einzelfälle, in denen einheimische Patienten/innen entweder verlegt oder nicht aufgenommen wurden, weil ein komplexer Fall aus dem Ausland die beschränkten Kapazitäten, bspw. auf der Intensivstation eines Spitals, über längere Zeiten in Anspruch genommen habe. Engpässe durch komplexe Fälle aus dem Ausland könnten auch dazu führen, dass Schweizer Patienten/innen frühzeitig aus der Intensivstation entlassen würden und es zu Komplikationen und einer Rückverlegung kommen könne. So sei ein Schweizer Patient nach Köln ausgeflogen worden, weil das Bett auf der Intensivstation für einen Medizintouristen gebraucht wurde. Fachpersonen der hochspezialisierten Medizin begründeten solche Fälle der Verdrängungsproblematik, damit, dass auf der Intensivstation nach Dringlichkeit und Schweregrad eines Falles entschieden werde und nicht danach, ob es sich um eine/n Medizintouristen/in oder um eine/n Inländer/in handle resp. durch welche Versicherungskategorie jemand gedeckt sei. Gerade weil sich Spezialisten/innen dieser Fachgebiete dieser Problematik bewusst seien, würden so komplexe Fälle aus dem Ausland, welche über längere Zeit viele Ressourcen binden, genau geprüft und Aufnahmen mit allen involvierten Abteilungen und der Spitaldirektion diskutiert und entschieden. In einigen der befragten Spitäler werde über solche Aufnahmen nach klaren Kriterien entschieden (vgl. hierzu auch die juristische Analyse zur Verdrängungsproblematik in Kapitel 4.3.3).

Gerade für eine Spitzenmedizin, die auch auf ausländisches Patientengut angewiesen sei, um genügend hohe Fallzahlen behandeln zu können und die Infrastruktur zu amortisieren, sei das Abwägen von Verdrängungsrisiko und Erfüllen der Mindestfallzahlen ein Balanceakt. Solche Abteilungen verfügten teils über Koordinationsstellen zur Planung der Aufnahme von Medizintouristen/innen. So geschehe die Transplantationskoordination teils spitäler- oder länderübergreifend. Teilweise werde dem Risiko der Verdrängung vorgebeugt, indem Medizintouristen/innen ausserhalb der normalen Konsultationszeit behandelt würden. Lediglich eine Stimme war der Meinung, die Verdrängungsproblematik sei konstruiert und nicht existent.

7.3 Auswirkungen des Medizintourismus auf den *informed consent*

Bevor vertieft auf mögliche kulturelle und sprachliche Hürden hinsichtlich eines *informed consent* (für Ausführungen zu *informed consent* vgl. Kapitel 3.2.3 und 4.2.1) eingegangen wird, soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die befragten Personen immer wieder betonten, dass solche Hürden auch bei einheimischen Patienten/innen mit Migrationshintergrund auftreten könnten und nicht nur auf Medizintouristen/innen zuträfen.

7.3.1 Kulturelle Herausforderungen mit Blick auf den *informed consent*

Auch wenn viele Behandlungen von Medizintouristen/innen nach Angabe der befragten Personen reibungslos verlaufen, wussten viele der Interviewten von kulturellen und sprachlichen Hürden bei der Behandlung von Medizintouristen/innen zu berichten. Nur schon die Auffassung, welche Informationen eine Fachperson der zu behandelnden Person nach Ansicht ihrer Angehörigen zukommen lassen dürfe, variiere stark. So wollten in einem Fall Angehörige verhindern, dass ihrer krebskranken Mutter diese Diagnose mitgeteilt werde. Als zentrale und kulturell bedingte Herausforderungen werden unterschiedliche Hygienestandards, das Ablegen von Kleidern vor den behandelnden Fachpersonen, andere Essensgewohnheiten sowie der Umgang mit dem (bevorstehenden) Tod genannt. Letzteres wiege schwer, wenn es um den Entscheid zur Fortsetzung oder zum Abbruch einer Therapie gehe. Hierbei gelten oft im Vergleich zur Schweiz andere kulturelle und ethische Ansprüche resp. die Entscheidungsfindung dazu sei stets kulturell oder religiös geprägt. So bspw. die Frage, inwiefern es wünschenswert sei, eine lebensverlängernde Therapie fortzusetzen, wenn diese starke Schäden am/an der Patienten/in verursachen könnte. Solche Grundsatzfragen vor unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu diskutieren, sei komplex. In solchen Fällen würden oft Ethiker/innen zu Rate gezogen, so mehrere Personen.

Die Art und Weise der Information der Patienten/innen sei ebenfalls sehr unterschiedlich und könne den Standard des *informed consent* beeinflussen. So könne in gewissen Kulturen eine Fachperson, die zu viel informiere und den/die Patienten/in oder Angehörige zu stark in den Behandlungsverlauf und in die medizinischen Entscheide involviere, als schwach oder unwissend gelten. Es sei daher wichtig, sorgfältig zu entscheiden, welche Informationen geteilt werden sollten, so eine befragte Person. Insgesamt wurde jedoch betont, dass in der Schweiz sowohl bei in- wie auch bei ausländischen Patienten/innen der gleiche Standard des *informed consent* angewandt werde.

Wie bereits erwähnt, würden sich Medizintouristen/innen immer wieder als Patienten/innen mit hohen Ansprüchen auszeichnen. Nicht selten komme es zu Konflikten, weil sich ausländische Patienten/innen diskriminiert fühlten, wenn sie eine Forderung nicht gleich erfüllt bekämen – und dies, auch wenn sie aus Wahrnehmung des Fachpersonals gleich behandelt würden wie einheimische Patienten/innen. Weiter zeigten sich kulturelle Unterschiede in Kleinigkeiten wie Pünktlichkeit, Wahrnehmung von Terminen und Geduld bei Wartezeiten. Als weiterer Aspekt komme hinzu, dass die psychische Verfassung und die Belastbarkeit von Angehörigen und dabei insbesondere von Eltern aus anderen Kul-

turkreisen schwierig einzuschätzen sei. Zudem hätten ausländische Eltern ausserhalb ihres unmittelbaren persönlichen Umfelds kaum Ressourcen, die sie in so schwierigen Zeiten mobilisieren können, meinte eine Person. Es sei nicht zu unterschätzen, dass auch Angehörige teils über Wochen bis Monate fern von ihrem vertrauten Umfeld den Behandlungsverlauf ihres Kindes abwarten müssten.

7.3.2 Sprachliche Herausforderungen mit Blick auf den *informed consent*

Wie bereits ausgeführt, kann sich der alltägliche Austausch zwischen Patienten/innen resp. Angehörigen und dem medizinischen und pflegerischen Fachpersonal aufgrund sprachlicher Barrieren anspruchsvoll gestalten. Einerseits bedeuten die Organisation und der Miteinbezug von Dolmetschern/innen einen finanziellen und zeitlichen Mehraufwand, wobei Gespräche mit Übersetzung auch immer länger dauerten. Wenn Patienten/innen ihre/n eigene/n Dolmetscher/in mitbringen oder diese/r von der eigenen Botschaft engagiert werde, sei zudem oft unklar, wie präzise die Übersetzung mit Blick auf die inhaltliche Information, aber auch bzgl. Vertrauensfragen sei. Nebst der sprachlichen Übersetzung müssten Dolmetscher/innen stets auch Kulturvermittler/innen sein. Schlechte Nachrichten seien bereits in der eigenen Muttersprache schwierig zu überbringen, geschweige denn in einer Fremdsprache oder via Übersetzung. Zudem werde der Austausch in solchen Fällen oft auf ein strukturiertes, vom/von der Dolmetscher/in begleitetes Gespräch pro Tag reduziert. Kämen in der Zwischenzeit Fragen auf, so könnten diese nur rudimentär oder gar nicht beantwortet werden. Dies wurde von vielen Befragten als Mangel wahrgenommen (vgl. hierzu auch die juristische Einschätzung in Kapitel 4.2.1).

Einzelne Befragte berichteten auch von Extremfällen. So bspw. der Fall einer Nomadenfamilie, deren Kind aufgrund multiresistenter Keime isoliert werden musste. Solche Fälle führten zu einer starken Belastungsprobe, sowohl für die Familie wie auch für die involvierten Fachkräfte und Betreuungsteams, die sich im Fall der Nomadenfamilie kaum mit der Familie verständigen konnten und an die Grenzen der Belastbarkeit kamen.

Der *informed consent* sei Grundlage jeder Behandlung und werde auch bei Medizintouristen/innen stets eingehalten. Verfüge ein/e Arzt/Ärztin nicht über ausreichend Informationen, würden zusätzliche Abklärungen vor Ort gemacht. Die bereits diskutierten sprachlichen Hürden seien auch bzgl. der Information eines/einer Patienten/in anzutreffen. Dabei zeigten sich die befragten Fachpersonen teils unsicher, inwiefern alle Informationen vollständig übersetzt wurden. So beschleiche einen teils das Gefühl, die eigenen Ausführungen seien länger gewesen, als die Kurzfassung des/der Dolmetschers/in, so eine befragte Person. Ein Interviewpartner berichtete, dass seine Institution genau vorschreibe, welche Informationen von professionellen Übersetzern/innen überbracht werden müssten und wo ein Familienmitglied oder ein/e informelle/r Übersetzer/in akzeptiert werde. Auf jeden Fall müssten die Patienten/innen eine Einverständniserklärung in einer ihnen verständlichen Sprache unterzeichnen. Spezifische Probleme bei der Information des/der Patienten/in können bspw. in der Pädiatrie auftreten. So sei es teilweise schwierig, die Mutter eines Kindes zu informieren, da männliche Familienangehörige den Austausch mit der Frau verhinderten. Dies sei besonders stossend, zumal die Mutter oft die zentrale

Bezugsperson des Kindes sei. Ebenfalls besondere Umstände herrschten auf der Intensivstation, zumal der/die Patient/in oft nicht ansprechbar sei.

Andere befragte Personen beurteilten die Frage nach sprachlichen Hürden nicht gleich kritisch. Spitäler verfügten über viele Mitarbeiter/innen mit Fremdsprachenkenntnissen. Auch könnten sich die meisten Medizintouristen/innen auf Englisch verständigen.

7.3.3 Dilemma bei mangelnden Vorabklärungen

Ohne ausreichende Diagnose würden Behandlungen oder Eingriffe nie durchgeführt, so die Befragten unisono. Wichtig hierfür sei auch hier eine gute Übersetzung. Vereinzelt wurden Beispiele erwähnt, bei denen sich der Ist-Zustand des/der Patienten/in stark vom Dossier unterschied. In solchen Fällen sei es wichtig, den/die Patienten/in transparent über mögliche Behandlungen und Behandlungserfolge zu informieren. Umgekehrt könne es ebenso vorkommen, dass der Zustand des/der Patienten/in im Dossier schlechter geschildert werde, als der Ist-Zustand tatsächlich sei – und dies, damit der/die Patient/in in einem Schweizer Spital aufgenommen werde. Verschiedentlich berichteten die befragten Fachpersonen von Einzelfällen, die nicht hätten akzeptiert werden sollen und betonten zugleich, dass daraus gelernt wurde und der Auswahlprozess modifiziert worden sei.

7.3.4 Nachbehandlungen auch bei Medizintourismus

Ähnlich wie bei der Diagnostik, werde auch die Nachbehandlung in jedem Fall sichergestellt. Entweder verfüge die Ärzteschaft selbst über ein gutes Netzwerk ins Ausland oder die Spitaldirektion stelle sicher, dass entlassene Patienten/innen entsprechend betreut würden. In den meisten Fällen würden Medizintouristen/innen jedoch etwas länger hospitalisiert, blieben im Land für die erforderlichen Nachbehandlungen resp. Nachkontrollen, die bspw. durch Spitex und Hausbesuche gewährleistet würden oder die Patienten/innen reisten für Nachkontrollen wieder an.

Nachkontrollen bei Kindern, insbesondere bei schweren Eingriffen wie Hauttransplantationen, seien eine grosse Herausforderung. Teilweise könne die komplexe Nachbehandlung im Heimatland nicht gewährleistet werden. In solchen Fällen müsse das Kind für eine gewisse Zeit in der Schweiz bleiben, was die Ressourcen der Familie stark belastete und auch für die Eltern monatelange Auslandsaufenthalte bedeuten könne.

Gemäss den Einschätzungen der Befragten kann Medizintourismus zudem zur Folge haben, dass in den Herkunftsländern der Medizintouristen/innen der Aufbau von Infrastruktur und Know-how vernachlässigt werde. Um diesen moralischen Folgeproblemen zu begegnen, engagierten sich einzelne Spitäler in der Schweiz und spezifisch auch einzelne Abteilungen für den Aufbau von Angeboten im Ursprungsland – teils auch mit Unterstützung der DEZA. So engagiert sich das Zentrum für brandverletzte Kinder, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie des Kinderspitals Zürich sich in Afghanistan für den Aufbau von Angeboten, die die Behandlung und die Pflege brandverletzter Kinder ermöglichen. So werde versucht, dem *brain drain* im Herkunftsland mit gezielten *capacity building*-Massnahmen entgegenzuhalten.

7.4 Auswirkungen des Medizintourismus auf das Gesundheitswesen

7.4.1 Mögliche Synergien des Medizintourismus für das Gesundheitssystem

Die meisten Befragten schätzen den Einfluss des Medizintourismus auf das schweizerische Gesundheitssystem als marginal und unproblematisch ein. Eine befragte Person erkannte gar keinen Zusammenhang zwischen Medizintourismus und dem nationalen Gesundheitswesen, zumal Spitäler einen öffentlichen Auftrag hätten und ausländische Patienten/innen nicht annehmen müssten, sofern es sich nicht um Notfälle handle. Förderlich sei, dass sich die Nachfrage von Medizintouristen/innen primär auf Spitzenmedizin ausrichte und ein gezielter Wettbewerb diesbezüglich die Spitzenmedizin in der Schweiz stärken könne. Mit Blick auf die Spitzenmedizin könnten dank zusätzlichen Patienten/innen aus dem Ausland Investitionen amortisiert und Forschung quersubventioniert werden. Darüber hinaus könne Medizintourismus in finanzieller Hinsicht ein Vorteil sein, doch auch diesbezüglich seien die Zahlen zu tief, um für das Gesundheitswesen insgesamt einen spürbaren Unterschied auszumachen.

Ausschlaggebend sei ein umsichtig geplanter Medizintourismus, womit alle Beteiligten von einer guten Behandlung, amortisierter Infrastruktur und gesenktem ökonomischem Druck profitieren könnten, wurde in den Gesprächen weiter ausgeführt. Einzelne befragte Personen konnten allerdings keine Synergien zwischen Medizintourismus und dem Schweizerischen Gesundheitssystem ausmachen.

Als gesellschaftlich und für das Spitalwesen dringlicher als geplanter Medizintourismus wurden hingegen Problemlagen erwähnt, welche sich durch Zielgruppen wie Kurzaufenthalter/innen oder Sans-Papiers ergeben. In diesen Fällen wären Institutionen auf Unterstützung und Richtlinien angewiesen sowie auf eine generelle Diskussion und Enttabuisierung der Fragestellungen (vgl. hierzu auch die juristische Einschätzung in Kapitel 4.4).

7.4.2 Negative Wirkungen des Medizintourismus auf das Gesundheitssystem

Als klar negative Auswirkung wurde wiederholt das Risiko der Verdrängung inländischer Patienten/innen durch komplexe Fälle aus dem Ausland genannt. Solche Fälle könnten insbesondere die Erfüllung des Versorgungsauftrags behindern, welchem die Listenspitäler in der Schweiz nachkommen müssen, so viele Befragte. Und obschon mehrmals unter dem Finanzierungsaspekt als positiv hervorgebracht, sehen einige der Befragten den Medizintourismus als mögliches finanzielles Risiko, zumal immer wieder ausländische Patienten/innen ungedeckte Kosten zurückliessen oder mit komplexen Fällen in Spitälern Ressourcen binden würden, die nicht von ihnen beglichen, sondern an den Spitälern resp. an den Steuerzahlern/innen hängen blieben. Diese Einzelmeinungen stehen allerdings im Widerspruch zu anderen Erklärungen, wonach die Praxis der vorgängigen Zahlung eines Depots dazu führe, dass Spitäler kaum mit ungedeckten Kosten konfrontiert seien.

Vereinzelt wiesen Stimmen auf die Gefahr hin, dass der Gesundheitstourismus eine Medizin fördere, die kleinen, privatzahlenden Eliten vorbehalten sei. Selbstzahler/innen wür-

den zudem bevorzugt behandelt, was ebenfalls dem generellen Versorgungsauftrag widerspreche, den Zugang zu qualitativ guten Gesundheitsleistungen für alle sicherzustellen, „Gesundheit dürfe kein Geschäft sein. Dem kann eine Stimme angefügt werden, die sich insbesondere daran störe, dass Medizintourismus nicht dem medizinischen Ethos entspreche, insbesondere dann nicht, wenn aus ökonomischen Überlegungen unnötige medizinische Leistungen verkauft würden. Dies sei schon für private Institutionen ein zu hinterfragendes Geschäftsmodell, geschweige denn, wenn öffentlich finanzierte Spitäler mit Forschungs- und Lehrauftrag von evidenzbasierter Medizin wegkämen und den Konsum von Gesundheitsdienstleistungen unterstützen würden, so diese Einzelmeinung.

7.5 Chancen und Risiken des Medizintourismus

7.5.1 Chancen des Medizintourismus aus Sicht der Befragten

Mehrmals wurde in den Gesprächen betont, dass ausländische Patienten/innen, die sich gezielt in einem Spital in der Schweiz behandeln lassen wollen, in erster Linie eine Auszeichnung für dieses Spital darstellten. Dies unterstütze das Renommee, sei prestigeträchtige und gute Werbung. Des Weiteren könnten sich für die Ärzteschaft möglicherweise persönlich interessante Kontakte ergeben oder einzelne wohlhabende Patienten/innen würden teilweise nach einer erfolgreichen Behandlung der Institution spenden.

Eine weitere sehr wichtige Chance, die der Medizintourismus eröffne, sei das grössere Patientenspektrum: Dank ausreichenden Fallzahlen könnten hochspezialisierte Schwerpunkte an Schweizer Spitälern gehalten werden. So bspw. der Schwerpunkt für brandverletzte Kinder am Kinderspital. Dieser könne nur gehalten werden, weil jährlich Kinder aus dem Ausland in der Schweiz behandelt würden. Denn in der Schweiz selbst seien die Sicherheitsstandards so hoch, dass Fälle mit hochgradiger Verbrennung nur noch ganz selten vorkämen. Würden nun keine Kinder aus dem Ausland hier behandelt, könnte die Spitzenmedizin in diesem Bereich nicht weiter aufrechterhalten werden.

Einige Befragte waren der Meinung, bei einer gezielten Förderung des Medizintourismus könnte das Gesundheitssystem profitieren und sich qualitativ und kostendeckend verbessern. Aus finanzieller Sicht sehen viele eine Chance für die Spitäler – insbesondere zur Querfinanzierung von nicht lukrativen Leistungen sowie von Ausbildung und Forschung. Auch das «nachgelagerte Geschäft» im Tourismus, Hotellerie und Detailhandel könne von Medizintouristen/innen profitieren, doch nur bei deutlich mehr Medizintouristen/innen als aktuell gezählt werden. Eine Stimme setzt Medizintourismus gar mit der Luxusgüterbranche oder dem Bankenwesen gleich. Die Fachpersonen aus den Spitälern zeigten sich überzeugt, dass Medizintourismus tatsächlich diesen volkswirtschaftlichen Mehrwert nach sich ziehe – auch wenn dieser Mehrwert kaum verlässlich beziffert werde. Auf nationaler Ebene sagten einige der Befragten dem Medizintourismus in der Schweiz eine grosse Zukunft voraus. Die weltpolitische Lage werde immer herausfordernder, während die Schweiz stabil sei, sodass die vergleichsweise teuren medizinischen Leistungen in der Schweiz durchaus auf dem Weltmarkt wieder attraktiver werden könnten.

7.5.2 Risiken des Medizintourismus aus Sicht der Befragten

Aufgrund der administrativ umständlichen Fälle der Selbstzahlenden seien die Spitäler auf ein gutes Kostencontrolling angewiesen, damit dem Spital alle anfallenden Kosten gedeckt würden. Auch der finanzielle Vorteil von Medizintourismus wurde nicht von allen Befragten als solcher eingeschätzt. Die vielen verdeckten Kosten würden die um 15-20% höheren Tarife für Medizintouristen/innen wettmachen, sodass die Spitäler unter dem Strich kaum daran verdienten. Weiter sei die Gefahr, die von multiresistenten Keimen ausgehe, die durch Medizintouristen/innen in Schweizer Spitäler gebracht werden könnten, nicht zu unterschätzen. Aus medizinischer Sicht werden multiresistente Keime als Hauptrisiko genannt, von denen insbesondere auch Gefahr für andere, inländische Patienten/innen ausgehen könne. Wie bereits ausgeführt, sei die Verdrängung inländischer Patienten/innen durch komplexe, ressourcenbindende Fälle aus dem Ausland ein bestehendes Risiko, wenn auch eines, das sich vor allem auf spezifische Abteilungen wie bspw. die Intensivstation beschränke.

Auf individueller Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung bestehe durchaus das Risiko, dass Patienten/innen falsche Hoffnungen gemacht würden, und dies nicht einmal absichtlich. Vielmehr seien auch die Fachpersonen einem Leistungsdruck ausgesetzt, wenn sie mit Einzelschicksalen konfrontiert seien. Denn nach einer langen und meist bereits internationalen Odyssee seien die Fachpersonen für die Betroffenen meist die letzte Hoffnung. Dann gelte es wirklich ehrlich zu kommunizieren, ob und unter welchen Chancen Hoffnung auf Besserung zu erwarten sei, so mehrere Fachpersonen.

7.6 Handlungsbedarf aus Sicht der Befragten

7.6.1 Handlungsbedarf auf nationaler Ebene

Auf nationaler Ebene sollten sich verantwortliche Institutionen insbesondere für *capacity building* in den jeweiligen Herkunftsländern engagieren. Weiter würde die Koordination und Bündelung komplexer Fälle eine effizientere Betreuung von Medizintouristen/innen erlauben. Einige Befragte regten an, für Medizintourismus einen eigenen Versorgungsauftrag zu formulieren, zumal einzelne Disziplinen für ihren Erhalt auf ausländisches Patientengut angewiesen seien und daher auch ein nationales Interesse an Medizintourismus bestehe. Ein solcher Versorgungsauftrag könnte auch humanitäre Aspekte beinhalten. Auch bezüglich einer möglichen Verdrängung inländischer Patienten/innen könnte ein solcher spezifischer Versorgungsauftrag die Situation für alle Beteiligten merklich verbessern, so ein Befragungsergebnis. Ebenfalls bedauerten einzelne, dass Initiativen wie Swiss Health nicht erfolgreich waren, zumal eine gewisse Steuerung des Medizintourismus in der Schweiz sinnvoll und eine Image-Aufbesserung desselben wichtig wären. Solche Bemühungen könnten gegebenenfalls auch angebracht sein, um künftig transparente Zahlen und Fakten über das Ausmass des Medizintourismus in der Schweiz zu gewinnen – zumal viele Befragte bemängelten, dass kaum anschauliche Statistiken existierten und die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure hierbei stark zu wünschen

übrig liessen. Gleiches treffe auf die Wirkungen des Medizintourismus – insbesondere auf volkswirtschaftlicher Ebene – zu. Ein gut gesteuerter Medizintourismus könnte Modelle hervorbringen, die Anreize für die Querfinanzierung von Forschung schaffen würden.

Einige Experten/innen orteten somit Handlungsbedarf mit Blick auf gezielte Initiativen zur Förderung von Medizintourismus: staatliche Behörden, Tourismusinstitutionen und Spitäler müssten sich gemeinsam für Medizintourismus in der Schweiz einsetzen. Eine befragte Person bewarb ein ähnliches System, wie dies verschiedene Länder und Hochschulen kennen, wonach ausländische Studierende höhere Semestergebühren bezahlen und so die Institution oder das Gesamtsystem querfinanzieren. Dies wäre auch für die Schweizer Spitallandschaft möglich, so die befragte Person, doch müsste hierfür der politische Wille und die gesellschaftliche Akzeptanz vorhanden sein sowie gezielt eine nationale Strategie zum Medizintourismus verfolgt werden.

Andere wiesen darauf hin, dass das Gesundheitssystem in der Schweiz ausreichend reguliert sei, es bedürfe hinsichtlich Medizintourismus keiner weiteren Regulierungen. Zwar dürfe der Medizintourismus auf keinen Fall zu Lasten der Schweizer Bevölkerung gehen; doch hiervon sei man weit entfernt.

7.6.2 Handlungsbedarf mit Blick auf Spitäler, Ärzteschaft und Pflege

Auf Ebene der Institutionen würden es einige Fachpersonen begrüssen, wenn sie vor allem in administrativen und organisatorischen Belangen des Medizintourismus entlastet würden. Um der Kritik oder dem Risiko zu begegnen, dass Medizintourismus vor allem aufgrund finanzieller Anreize betrieben werde, sollten die Spitäler zudem klare Strategien aufzeigen, inwiefern mithilfe des Medizintourismus andere Spitalbereiche quersubventioniert werden könnten. Dies könnte in Zusammenarbeit geschehen, denn ein etabliertes Zusammenspiel unter den Spitälern im Bereich des Medizintourismus würde allgemein begrüsst. Für anspruchsvolle Fälle würde ein Case-Management geschätzt, insbesondere auch für die involvierten Fachpersonen.

7.6.3 Handlungsbedarf für die SAMW

Zur Frage, inwiefern Bedarf für ethische Richtlinien zu Medizintourismus geortet werde, waren die Befragten geteilter Meinung. Es wäre kritisch, für Ausländer/innen andere Richtlinien der medizinischen Behandlung zu erlassen als für Inländer/innen, so eine Person. Viele sahen die SAMW denn auch nicht in der Pflicht, entsprechende Richtlinien zu erlassen. Andere wiederum würden ethische Richtlinien begrüssen, zumal diese einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung für ethische Herausforderungen im Bereich des Medizintourismus leisten könnten. Darüber hinaus könnte die SAMW einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie den Diskurs über die Sinnhaftigkeit und Umsetzung von Medizintourismus und dabei auch den kritischen Aspekt des Ausverkaufs medizinischer Leistungen durch öffentliche Spitäler mit Lehrauftrag antreten würde, so eine Person.

Teil III: Normative Fragen zum Medizintourismus in der Schweiz

8 Spezifische juristische Fragen zum Medizintourismus in der Schweiz

Das vorliegende Kapitel knüpft inhaltlich an die empirisch-sozialwissenschaftlichen Befunde an und integriert die Erkenntnisse aus dem Kapitel 4 in die Ausführungen. Bei der juristischen Betrachtung spielt es grundsätzlich keine Rolle, ob ein Problem häufig auftritt oder ob es sich um Einzelfälle handelt. Bei den Befragungen im Rahmen der empirisch-sozialwissenschaftlichen Analyse wurde vermehrt von Ausnahme- oder Einzelfällen gesprochen, welche aus juristischer Sicht deswegen kein geringeres Gewicht haben als Massenphänomene. Die geringe verfügbare Datenmenge und die heterogene Datenerhebung im Bereich des Medizintourismus passen in dieses Bild.⁴⁸

8.1 Individuelle Ebene: Besondere Aspekte des *informed consent* und juristische Herausforderungen

Wie bereits erwähnt, liegt dem Arzt-Patientenverhältnis eine umfassende Aufklärungspflicht zugrunde (Art. 398 Abs. 2 und Art. 400 OR). Die Aufklärung soll Patienten/innen befähigen, sich aus freiem Willen und unter Berücksichtigung der medizinischen Informationen der Ärzte/innen für oder gegen eine Behandlung entscheiden zu können.⁴⁹ Die notwendigen Informationen müssen ohne ausdrückliches Verlangen vor Beginn der Behandlung erteilt werden (Fellmann 1992). Somit gilt die Aufklärung des/r Patienten/in im Behandlungsvertrag als Voraussetzung für die Einwilligung in den ärztlichen Behandlungseingriff. Wird diese Aufklärungspflicht verletzt, kann dies haftpflichtrechtliche und auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (Fellmann 1992).

8.1.1 Formelle Aspekte des *informed consent*

Verständliche Sprache und interkulturelle Aspekte der Aufklärung

Patienten/innen sind in der Regel medizinische Laien. Daher muss die Aufklärung in einer angemessenen und verständlichen Sprache durchgeführt werden. Dabei gilt es, die Bildung und die intellektuellen Fähigkeiten der Patienten/innen zu berücksichtigen.

Bei Medizintouristen/innen können – wie bei fremdsprachigen Patienten/innen generell – zusätzliche sprachliche Herausforderungen entstehen. Bestehen Zweifel an der Kommunikationsfähigkeit der zu behandelnden Patienten/innen, muss ein/e Dolmetscher/in zum Aufklärungsgespräch beigezogen werden (Aebi-Müller et al. 2016). Stellt sich im Nachhinein heraus, dass der fremdsprachige Patient oder die Patientin aufgrund der sprachli-

⁴⁸ Vgl. hierzu Kapitel 6.3

⁴⁹ Siehe hierzu in Kapitel 4.1, 8.1.1 und 8.1.2. zu *informed consent*

chen Schwierigkeiten nicht vollständig der Aufklärung folgen konnte, hat dies dieselben Rechtsfolgen, wie wenn der betroffene Patient oder die Patientin gar nicht aufgeklärt worden wäre. Voraussetzung für das Hinzuziehen eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin ist jedoch immer, dass die Patienten/innen eingewilligt haben, da der Einbezug einer dritten Person ohne Einwilligung die ärztliche Schweigepflicht verletzt (Roggo 2002; Tag 2007; Bächler & Michel 2014).

Gemäss Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission (NEK) zur Gesundheitsversorgung für fremdsprachige Zugewanderte genügt es nicht, lediglich ihre Sprache zu verstehen. Vielmehr muss in der medizinischen Behandlung auch berücksichtigt werden, welche Vorstellungen ausländische Patienten/innen von Krankheit, Gesundheit und Heilung haben. Aus diesem Grund schlägt die NEK vor, dass interkulturelles Dolmetschen durch interkulturelle Vermittlung ergänzt werden soll (NEK 2017). Zudem bestehen auch bei inhaltlich korrekten Übersetzungen Herausforderungen, die durch interkulturelle Übersetzung angegangen werden müssen (SAMW 2013a).

Wie auch die Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie gezeigt hat, zeugen eine umfangreiche Aufklärung und Information bei Patienten/innen aus gewissen Kulturkreisen von Schwäche seitens der Ärzteschaft.⁵⁰ Es gilt somit für behandelnde Ärzte/innen, die nicht einfache Balance zwischen der umfassenden ärztlichen Aufklärungspflicht und den Vorstellungen von Patienten/innen aus gewissen Kulturkreisen zu finden. Zum selben Ergebnis kommt auch eine Studie, die im Rahmen des NFP 67 zum Thema Lebensende durch das Büro BASS durchgeführt wurde. Wie verschiedene Untersuchungen zeigen, wünschten Familienangehörige wiederholt, dass Patienten/innen nicht über die Ernsthaftigkeit der Krankheit aufgeklärt werden sollten (BASS 2014).⁵¹ Diese kulturellen Unterschiede zum Aufklärungsbedürfnis stehen im Widerspruch zu den rechtlichen Vorgaben der ärztlichen Aufklärungspflicht in unserem Rechtssystem (BASS 2014).

In Krankenhäusern wird bei der Behandlung von Medizintouristen/innen, wie auch bei der Behandlung von fremdsprachigen Patienten/innen, häufig anstelle von professionellen Dolmetschern/innen auf Familienangehörige oder Bekannte zurückgegriffen. Dies führt dazu, dass nicht immer klar ist, wie genau die Übersetzungen durchgeführt werden.⁵² Oft bleibt unklar, ob Angehörige die Sprache soweit beherrschen, um korrekt zu übersetzen, oder ob absichtlich Informationen abgeändert oder ganz weggelassen werden (BASS 2014). Sind die behandelnden Ärztinnen und Ärzte unsicher, ob korrekt und vollständig übersetzt wurde, empfiehlt es sich, durch gezielte Fragen herauszufinden, ob alles korrekt verstanden wurde (Payllier 1999; Aebi-Müller et al. 2016).

Zusammenfassend ergibt sich die nicht einfache Aufgabe für behandelnde Ärzte/innen, die richtige Balance zu finden. Um aber nicht gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht zu verstossen, müssen sich Ärztinnen und Ärzte vergewissern, dass fremdsprachige Patienten/innen dem Aufklärungsgespräch folgen konnten. Hierzu gehört die sorgfältige Aus-

⁵⁰ Vgl. hierzu Kapitel 7.3.1 und 9.1.2.

⁵¹ Vgl. hierzu Kapitel 7.3.1 und BASS, 2014.

⁵² Vgl. hierzu Kapitel 7.3.2.

wahl der Vermittler sowie Dolmetscher/innen. Nur so gelingt dem Arzt oder der Ärztin resp. dem Spital der Beweis, das Selbstbestimmungsrecht des/der Patienten/in rechtmässig berücksichtigt zu haben.

Zeitliche Aspekte der Aufklärung

Zu den zeitlichen Aspekten können zwei verschiedene Gesichtspunkte betrachtet werden: einerseits die Dauer des Arzt-Patientenverhältnisses und andererseits der Zeitpunkt der Aufklärung.

Je besser Ärzte/innen ihre Patienten/innen kennen, desto besser kennen sie auch das jeweilige Informationsbedürfnis. Dies kann sich auch auf die Qualität der Entscheidungsfindung auswirken (BASS 2014). Die Aufklärung sollte zu einem Zeitpunkt stattfinden, welcher der Patientin und dem Patienten ermöglichen soll, frei und in Ruhe eine Entscheidung zu fällen. In der zeitlichen Abfolge findet erst die Aufklärung und danach die Einwilligung statt, jedoch muss dazwischen eine angemessene Bedenkzeit möglich sein und beides – Aufklärung und Einwilligung – sollte vor Behandlungsbeginn erfolgen. Dadurch wird gewährleistet, dass der/die Patient/in in Ruhe seine/ihre Entscheidung fällen kann (Roggo 2002; Aebi-Müller et al. 2016). Die Angemessenheit der Bedenkzeit richtet sich nach der Komplexität und Dringlichkeit der Behandlung (Roggo 2002; Aebi-Müller et al. 2016). Findet das Aufklärungsgespräch zu spät statt, besteht die Gefahr, dass der Patient oder die Patientin unter Zeitdruck stehen, eine Entscheidung zu fällen, die sie eventuell nach reiflicher Überlegung anders gefällt hätten. Dies ist gemäss Antoine Roggo «als fehlerhaft mit konsekutiv rechtsunwirksamer Einwilligung einzustufen» (Roggo 2002; vgl. dazu auch Reisewitz, 2015 und Aebi-Müller et al. 2016). Ebenso vertreten Aebi-Müller et al. (2016) die Meinung, dass die in Spitälern übliche Regel, auch bei schwerwiegenden Eingriffen erst nach Eintritt in die Klinik aufzuklären – meist am Vortag des Eingriffs – rechtlich nicht haltbar ist.

Grundsätzlich gibt es im schweizerischen Recht keine gesetzlichen Vorgaben, wie lange eine angemessene Bedenkzeit zwischen Aufklärung, Einwilligung und Beginn der medizinischen Behandlung dauern soll. Eine Ausnahme kennt das Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG)⁵³. Dieses Gesetz sieht vor, dass zwischen dem Beratungsgespräch und der Behandlung in der Regel eine Bedenkzeit von vier Wochen liegen sollte. Zudem muss im Beratungsgespräch auf die Möglichkeit einer unabhängigen Beratung hingewiesen werden (Art. 6 Abs. 3 FMedG). Auch das Humanforschungsgesetz (Art. 16 Abs. 3 HFG⁵⁴) sowie das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (Art. 14 Abs. 4 GUMG⁵⁵) sehen jeweils eine angemessene Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Behandlungsbeginn vor, ohne jedoch die Zeitdauer zu bestimmen. Aus diesen wenigen gesetzlichen Anforderungen für bestimmte medizinische Behandlungen geht auf jeden Fall hervor, dass die angemessene Bedenkzeit auch die Möglichkeit beinhalten

⁵³ Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizinengesetz) vom 18. Dezember 1998 (SR 810.11).

⁵⁴ Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz) vom 30. September 2011 (SR 810.30).

⁵⁵ Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen vom 8. Oktober 2004 (SR 810.12); Gleicher Wortlaut gemäss Revisionstext in Art. 21 Abs. 4 E-GUMG.

muss, eine Zweitmeinung einzuholen. Die angemessene Bedenkzeit soll also ermöglichen, persönlich frei zu entscheiden, ob in die empfohlene medizinische Behandlung eingewilligt werden soll. Daraus ergibt sich, dass nur unter Beachtung der angemessenen und erforderlichen Bedenkzeit rechtswirksam in eine medizinische Behandlung eingewilligt werden kann (Aebi-Müller et al. 2016).

Haben die Patienten/innen bereits hohe Kosten und eine weite Reise hinter sich gebracht, um sich in der Schweiz behandeln zu lassen, wird es für den Patienten oder die Patientin schwierig, nach detaillierter Aufklärung ohne Behandlung ins Heimatland zurückzukehren. Findet also die medizinische Behandlung fernab von zu Hause statt, gelten dennoch die soeben erwähnten Kriterien des *informed consent* wie Aufklärung, Bedenkzeit und Einwilligung. Hierbei dürfte ein rechtlicher Konflikt bestehen zwischen der Aufklärung und der für die Einwilligung angemessenen Bedenkzeit. Somit stellt sich die Frage, ob im Heimatland bereits soweit aufgeklärt werden kann, dass sich Patienten/innen und Patienten der vollen Tragweite der Entscheidung bewusst sind. Auf diese Frage soll im folgenden Abschnitt zur Delegation der Aufklärungspflicht näher eingegangen werden.

Delegation der Aufklärungspflicht

Insbesondere bei Patienten/innen aus dem Ausland stellt sich die Frage, welchen Arzt oder welche Ärztin die Pflicht zur Aufklärung trifft: den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin in der Heimat oder den/diejenige in der Schweiz? Im Grundsatz steht der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin in der Pflicht, die Patienten/innen zu informieren, obwohl nicht von einer persönlichen Leistungspflicht des Arztes/der Ärztin gesprochen werden kann, wodurch der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin die Aufklärung an eine/n weitere/n Ärztin/Arzt delegieren kann (Aebi-Müller et al. 2016).⁵⁶ Die Delegation an nichtärztliches Personal wäre hingegen nicht zulässig (Roggo 2002).

Bei der Delegation des Aufklärungsgesprächs gilt es zu beachten, dass die Aufgaben und die Kompetenzen an den delegierten Arzt bzw. die Ärztin genau bestimmt sind. Die Verantwortung zur Aufklärung sowie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen trägt jedoch weiterhin der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin.⁵⁷ Wird ein Patient/eine Patientin zur Weiterbehandlung an eine/n Spezialistin/en verwiesen, hat der Hausarzt/die Hausärztin lediglich darüber aufzuklären, warum eine Überweisung notwendig wird. Die weitere Aufklärung obliegt der/m übernehmenden Spezialistin/en.⁵⁸ Dies kann beim Medizintourismus ein Problem darstellen.

Stufenaufklärung

Die eigentliche Aufklärung findet zweistufig gemäss dem sog. Stufenaufklärungsmodell mittels Basisinformationen und dem eigentlichen Aufklärungsgespräch statt. Die Basisinformation findet in der Regel durch die Abgabe von professionell verfassten Patienten-

⁵⁶ Die Delegation der Aufklärung an eine/n weitere/n Arzt/Ärztin gilt als Beizug einer Hilfsperson gemäss Art. 101 OR.

⁵⁷ Aebi-Müller et al. 2016.

⁵⁸ Wiegand 1994; Roggo 2002; Tag 2007.

broschüren und Merkblättern statt. Wichtig ist bei Informationsmaterialien, dass sie in einer einfachen und verständlichen Sprache geschrieben sind. Bei Medizintouristen oder generell bei fremdsprachigen Patienten/innen müssen die schriftlichen Informationen zusätzlich auch in ihrer Sprache abgefasst sein. Durch diese Basisinformationen können sich die Patienten/innen im Voraus informieren und sich auf das individuelle Aufklärungsgespräch vorbereiten (Aebi-Müller et al. 2016). Insbesondere soll den Patienten/innen auch mitgeteilt werden, dass diese schriftlichen Basisinformationen nur ein Teil der gesamten Aufklärung darstellt (Wiegand, 1994). Im individuellen Aufklärungsgespräch bespricht die Ärztin/der Arzt mit der/m Patientin/en die Diagnose sowie die Prognose, Risiken, mögliche Alternativbehandlungen, Verlauf, Heilungschancen und auch über die Möglichkeit eines Spontanverlaufs. Es geht also darum, die allgemeinen Basisinformationen auf die Besonderheiten der jeweiligen Patienten/innen anzupassen (Aebi-Müller et al. 2016). Im Weiteren sollen die Patienten/innen die Möglichkeit haben, ihre Fragen stellen zu können (Roggo 2002). Bei beiden Stufen muss jedoch, wie bereits erwähnt, ob bei den Basisinformationen oder im individuellen Aufklärungsgespräch, insbesondere darauf geachtet werden, dass der Patient oder die Patientin die Informationen auch sprachlich verstehen kann. Bestehen Zweifel, muss ein/e Dolmetscher/in hinzugezogen werden.

8.1.2 Materielle Aspekte des *informed consent*

Die Aufklärung der Patienten/innen gliedert sich grundsätzlich in die Eingriffs- und die Sicherungsaufklärung. Mit der Eingriffsaufklärung sollen die Patienten/innen auf eine Weise informiert werden, die sie dazu befähigt, von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen. Es soll dem Patienten/der Patientin möglich sein, «in Kenntnis aller massgebenden Umständen» zu entscheiden, ob in eine bestimmte Behandlung eingewilligt oder auch abgelehnt werden soll. Diese Entscheidung kann ein Patient/eine Patientin nur dann treffen, wenn er oder sie die Vor- und Nachteile einer Behandlung kennt (Aebi-Müller et al. 2016). Die Aufklärungsintensität ist dabei auch abhängig von der Dringlichkeit des Eingriffs und der Risikohaftigkeit. Je höher die Risiken einer Behandlung und je weniger dringlich der Eingriff, desto höher die Anforderungen an die Aufklärung (Reisewitz 2015).

Die Eingriffsaufklärung wird im Weiteren unterteilt in die Diagnose- sowie die Verlaufsaufklärung. Mit der Diagnoseaufklärung wird der/die Arzt/Ärztin den/die Patienten/in über die Ergebnisse der Untersuchung und deren Bedeutung informieren. Die Informationen müssen vollständig und wahrheitsgetreu sein, im Weiteren auch für medizinische Laien verständlich (Wiegand 1994; Aebi-Müller et al. 2016). Erst wenn der Patient oder die Patientin die Diagnose versteht, ist er oder sie auch wirklich aufgeklärt (Aebi-Müller et al. 2016). Gemäss Antoine Roggo muss der Arzt in der «Sprache des Patienten sprechen».⁵⁹

⁵⁹ Würde sich der Arzt/die Ärztin hinter Fachausdrücken verstecken, würde dies gemäss dieser Meinung Ausdruck seiner/ihrer persönlichen Unsicherheit darstellen (Roggo 2002).

Die Verlaufsaufklärung beinhaltet die Information über Art, Umfang und Durchführung sowie über den voraussichtlichen zeitlichen Rahmen der beabsichtigten Behandlungsmethode vor Beginn der eigentlichen Behandlung. Der Patient oder die Patientin muss wissen, was mit ihm oder ihr wann geschieht, auf welche Weise die Behandlung erfolgt und wie er oder sie sich zu verhalten hat (Roggo 2002). Wenn der Arzt oder die Ärztin dem Patienten oder der Patientin daraufhin eine bestimmte Behandlung vorschlägt, bedeutet dies somit auch, zu wissen, wie die Behandlung abläuft, welche Wirkung diese Behandlung hat und mit welchen Schmerzen zu rechnen ist (Aebi-Müller et al. 2016). Darüber hinaus gehören zur Verlaufsaufklärung auch Hinweise auf mögliche Alternativbehandlungen oder auf den Verlauf der Krankheit, wenn auf jegliche Behandlung verzichtet würde (Aebi-Müller et al. 2016; Roggo 2002).

Nicht unwesentlich für die Entscheidung der Patientin oder des Patienten, in eine bestimmte Behandlung einzuwilligen, ist die Aufklärung möglicher typischer Risiken. Für behandelnde Ärzte/innen gilt es abzuwägen, in welchem Masse auf Risiken hingewiesen werden muss. Entscheidend ist dabei das individuelle Informationsbedürfnis der Patientin oder des Patienten (Roggo 2002; Aebi-Müller et al. 2016). Gemäss Roggo müssen Ärzte/innen über ein bestimmtes Risiko aufklären, wenn «dieses auch für den verständigen Laien überraschend ist, sich aus dessen Verwirklichung eine schwere Dauerbelastung für die weiter(e) Lebensführung des Patienten ergibt, mit der der Patient aber nicht rechnet, weil er ein solches mögliches Risiko mit der angesetzten Behandlung nicht verbindet, obwohl dieses Risiko mit einer spezifischen Behandlungsmethode verbunden ist» (Roggo 2002).

Mit der Sicherungsaufklärung schliesslich soll der Patient oder die Patientin befähigt werden, sich auf eine Weise zu verhalten, die der Heilung dient und somit zum Behandlungserfolg führt (Aebi-Müller et al. 2016).

Der Arzt oder die Ärztin hat die Patienten/innen auch über die finanziellen Folgen der Behandlung aufzuklären. Die Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung ergibt sich direkt aus dem Behandlungsauftrag. Die Verletzung der auftragsrechtlichen Sorgfaltspflicht kann zu einem Anspruch auf Schadenersatz führen (Art. 398 OR) (Aebi-Müller et al. 2016).

8.1.3 Der *informed consent* im Medizintourismus

In Kapitel 4.3.3 wurde beschrieben, dass in formeller Hinsicht in Bezug auf den Medizintourismus möglicherweise ein Problem darin bestehen könnte, dass zwischen den Basisinformationen und dem individuellen Aufklärungsgespräch zu wenig Zeit eingeräumt wird, um die Basisinformationen in Ruhe zu lesen und zu verstehen sowie um sich auf mögliche Fragen vorzubereiten. Obwohl die Befragungen, die im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie durchgeführt wurden, keine Hinweise auf mögliche Probleme zeigen, müsste aus juristischer Sicht nochmals betont werden, dass nur dann eine rechtmässige Einwilligung zustande kommt, wenn die Patientin bzw. der Patient aus freiem Entschluss in die Behandlung eingewilligt hat. Eine wichtige Voraussetzung spielt dabei die Bedenkzeit, die die Patienten/innen benötigen, um die Informationen zu verstehen und richtig

einzuordnen. Ebenso zielt die Bedenkzeit auf die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung ab. Dies sollte Medizintouristen/innen gegenüber ausdrücklich erwähnt werden, da eine Zweitmeinung im Regelfall der Vermittlung wohl nicht vorgesehen ist.⁶⁰

Die materiellen Ausführungen zum *informed consent* haben gezeigt, dass Ärztinnen und Ärzte neben der reinen Behandlungstätigkeit auch in der Verantwortung stehen, ihre Patienten/innen umfassend aufzuklären. Dies mag bereits bei einheimischen Patienten/innen mit gewissen Herausforderungen behaftet sein. Wenn jedoch grosse Distanzen zur Heimat, kulturelle Unterschiede im Verständnis von Gesundheit und Medizin sowie sprachliche Verständigungsprobleme hinzukommen, wird die Aufklärung über Verhaltensweisungen an den/die Patienten/in und über den möglichen Krankheitsverlauf umso schwieriger vorherzusehen und zu bewältigen. Nebst der sorgfältigen Aufklärung ist daher auch die Dokumentation derselben nicht zu vernachlässigen. Auch darf nicht vergessen werden, dass sich der Aufklärungsstandard trotz den Kulturunterschieden schliesslich nach den hiesigen Regeln richtet.

8.1.4 Weitere juristische Aspekte des Medizintourismus

Das Arzt-Patientenverhältnis berührt verschiedene Phasen, dazu gehören Anamnese, Diagnose und Therapie, aber auch die Nachbehandlung (Hausheer & Jaun 2015). Wie die vorliegende Studie zeigt, lässt sich in den meisten Fällen die Nachbehandlung gut organisieren. Dennoch liegt die Verantwortung bei den behandelnden Ärzten/innen. Ärzte/innen verpflichten sich bei der Übernahme eines Behandlungsvertrags dazu, durch sorgfältiges Verhalten «alles zu unternehmen, um den Patienten zu heilen, und alles zu vermeiden, was ihm schaden könnte.» (Kuhn 1994) Der Arzt oder die Ärztin schuldet ein «sorgfältiges Verhalten, das in jeder Situation auf das Erreichen des Vertragszweckes ausgerichtet ist.» (Aebi-Müller et al. 2016) Um sich daher nicht einer Sorgfaltspflichtverletzung schuldig zu machen, ist es ratsam, die Nachbehandlung sorgfältig zu planen und auch die Kostenfrage genau zu klären.

8.2 Systemische Ebene: Verdrängungsproblematik bei Listenspitälern

Das vorliegende Kapitel zur systemischen Ebene setzt sich mit begrenzten Kapazitäten in der medizinischen Versorgung auseinander. Wie oben ausgeführt⁶¹ kommt vorliegend nur der Bereich der OKP-vergüteten Leistungen in Betracht.

8.2.1 Verdrängungsproblematik bei der Aufnahme

Nachdem festgehalten wurde, dass die Ressourcen der Gesundheitsversorgung knapp und die Kantone für deren geeigneten Einsatz im Sinne der Spitalplanung zuständig sind, stellt sich die Frage, wie die Medizintouristen/innen in dieses Gefüge passen. Hierzu wird in diesem Kapitel betrachtet, was bei der Aufnahme von Patienten/innen aus dem Aus-

⁶⁰ Siehe Kapitel 4.3.

⁶¹ Siehe Kapitel 4.3.

land zum einen bei schwindenden und zum anderen bei nicht ausgeschöpften Kapazitäten zu beachten ist.

Kapazitätsengpässe

Eine Verdrängung inländischer Patienten/innen durch Medizintouristen/innen – wie sie am prominentesten befürchtet wird, würde bedingen, dass die Kapazitäten eines Spitals ausgereizt werden und sich Überlegungen nach Aufnahmerechten und -pflichten aufdrängen. Zu fragen ist dabei also nach einer Priorisierung bei der Aufnahme.

Einordnung der Medizintouristen/innen

Ausgangspunkt für die Priorisierung bei der Patientenaufnahme bildet die oben (Kapitel 4.3) aufgeführte Kaskade. Bei dieser wurde das Hauptaugenmerk auf Schweizer Patienten/innen gelegt. Das KVG kann jedoch auch im Umgang mit ausländischen Personen beachtet werden. Mit dem Freizügigkeitsabkommen (FZA) mit den EU/EFTA-Staaten⁶² ist die sog. Sachleistungsaushilfe zwischen den Vertragsstaaten vereinbart worden, welche die völkerrechtliche Grundlage für die grenzübergreifende medizinische Mobilität darstellt (Grolimund 2010). Diese garantiert gemäss Art. 19 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004⁶³ medizinische Leistungen in einem Mitgliedstaat, wie wenn der/die Betroffene ein/e Bürger/in des entsprechenden Landes wäre.⁶⁴ Möglich ist hierdurch der gezielte Tourismus von EU/EFTA-Staatsbürger/innen in die Schweiz zum Zwecke der medizinischen Behandlung (Giesinger 2014). Geschuldet ist nämlich die gleiche gesetzliche Behandlung nach dem KVG zu den gleichen Bedingungen wie für die Schweizer/innen.⁶⁵ Dies bedeutet, dass Medizintouristen/innen aus dem EU/EFTA-Raum wohl zu der dritten Patientengruppe in der angesprochenen Kaskade zählen, da auch bei diesen der Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Spitals liegen würde.⁶⁶

Abzugrenzen sind sie des Weiteren von den Medizintouristen/innen aus Staaten ausserhalb des EU/EFTA-Raumes (sog. Drittstaaten). Besteht keine Vereinbarung mit dem Herkunftsland des/der Patienten/in, besteht auch keine Verpflichtung zu dessen Aufnahme. Einzige Ausnahme bildet der medizinische Notfall⁶⁷.

⁶² Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit, in Kraft getreten am 1. Juni 2002, SR 0.142.112.681.

⁶³ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, in Kraft getreten für die Schweiz am 1. April 2012, SR 0.831.109.268.1; vgl. Art. 95a KVG.

⁶⁴ Vgl. BGE 141 V 612 E 3.3.

⁶⁵ Gemeinsame Einrichtung KVG, Informationen für Personen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten und in einem EU- oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind, <<https://www.kvg.org/stream/de/download---0--0--0--333.pdf>> (besucht am 31.07.2017), 3; Grolimund 2010.

⁶⁶ Vorliegend wird angenommen, dass Art. 41a KVG zu «den gleichen Bedingungen» zählt.

⁶⁷ Als „akuter, vital bedrohlicher klinischer Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation“ zu definieren (Psychembel Klinisches Wörterbuch 2015).

Exkurs: Medizintouristen/innen mit Begründung Schweizerischen Wohnsitzes

Im Schweizer Gesundheitssystem existiert die grundsätzliche Versicherungspflicht für sämtliche Personen mit Wohnsitz in der Schweiz⁶⁸ gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG. Die Staatsangehörigkeit spielt dabei keine Rolle. Der Wohnsitz bestimmt sich nach dem Ort, an dem sich der/die Betroffene mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält⁶⁹ und begründet in der Folge das Recht auf Aufnahme nach Art. 48a KVG. Potentielle Patienten/innen mit Wohnsitz im Ausland⁷⁰ ohne genügende Versicherungsdeckung oder andere finanzielle Mittel könnten sich deswegen überlegen, ihren Wohnsitz zum Zwecke der medizinischen Behandlung in die Schweiz zu verlegen. Somit könnte auch in diesem Zusammenhang von Medizintourismus gesprochen werden.

Diese Konstellation wird jedoch exakt von der Ausnahme zur Versicherungspflicht nach Art. 2 Abs. 1 lit. b KVV erfasst. Gemäss dieser ist von der Pflicht ausgenommen, wer zum ausschliesslichen⁷¹ Zwecke der ärztlichen Behandlung oder der Kur den Wohnsitz in die Schweiz verlegt. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine Ausnahme von der Versicherungspflicht, sondern vielmehr um einen Ausschluss vom Recht auf einen Versicherungsbeitrag (BGE 9C_217/2007 E. 3.2; Eugster 2016). Wer davon betroffen ist, darf sich demnach nicht gemäss der OKP versichern lassen und bereits fälschlicherweise begründete Versicherungsverhältnisse sind *ex tunc* aufzulösen.⁷²

Potenzielle Aufnahmekaskade

Wird die Kaskade der Aufnahmepflicht gemäss dem KVG um die Medizintouristen/innen erweitert, entsteht folgende Reihenfolge:

1. Sämtliche medizinischen Notfälle⁷³
2. Versicherte Patienten/innen mit Wohnsitz im Standortkanton (oder dessen Vertragskanton) des Spitals im Rahmen des Leistungsauftrages und der Kapazitäten
3. Versicherte Patienten/innen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons (oder dessen Vertragskanton), inkl. dem EU/EFTA-Raum, im Rahmen des Leistungsauftrages und der Kapazitäten
4. Patienten/innen aus Drittstaaten ohne vertragliche Vereinbarung

Bei dieser potenziellen Kaskade ist zu beachten, dass eine Pflicht zur Aufnahme (im Rahmen des Leistungsauftrages) noch immer nur bei den ersten drei Gruppen besteht.

⁶⁸ Ausnahmen sind nach Art. 3 Abs. 2 und 3 und Art. 4 KVG sowie durch Staatsverträge (bspw. Beschäftigungsland- und Familienversicherungsprinzip des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EU/EFTA) möglich (Gächter/Rütsche 2013).

⁶⁹ Vgl. Art. 1 Abs. 1 KVV i.V.m. Art. 23 Abs. 1 ZGB und Art. 20 Abs. 1 lit. a IPRG.

⁷⁰ Dies können neben Ausländern auch Personen mit Schweizer Pass sein.

⁷¹ Dies bedeutet, dass keine anderen Tatsachen oder Motive für sich alleine eine Niederlassung in der Schweiz begründen (BGE 9C_217/2007 E. 5.2.2).

⁷² Vgl. BGE 101 V 225 für den Fall der irrtümlichen Aufnahme der Krankenkasse.

⁷³ In der Praxis kann problematisch sein, dass ein/e Medizintourist/in sein/ihr Budget ausschöpft, jedoch aufgrund Komplikationen oder unerwarteten Behandlungsverlaufes weiterhin behandlungsbedürftig ist. Liegt ein Notfall vor, besteht gemäss Art. 12 BV trotzdem ein Anspruch auf Nothilfe (vgl. BGE 138 V 310 E. 2.1).

Planung der Kapazitäten

Die Kontaktaufnahme mit Medizintouristen/innen geschieht in den meisten Fällen aufgrund persönlicher Kontakte der Ärzte/innen oder des Spitals, worauf der Akquisitionsprozess des Spitals in Gang gebracht wird. Dieser Prozess beginnt mit der Einzelfallbesprechung, führt über die Abklärung der Finanzierung und mündet in den Bescheid über die Aufnahme.⁷⁴ Der Regelfall der Aufnahme eines/r Medizintouristen/in erfolgt demnach nicht plötzlich, sondern aufgrund von Abklärungen während eines gewissen Zeitraumes. Das Spital sollte dadurch in der Lage sein, die Kapazitäten abzuschätzen und den Bescheid über die Aufnahme der Kaskadenordnung entsprechend anzupassen.

In gewissen Fällen und auf gewissen Abteilungen insgesamt ist trotzdem die Dringlichkeit der Behandlung ein Faktor, welcher das Vorausplanen erschwert oder sogar verunmöglicht. Besondere Erwähnung der Experten/innen erhielt die Intensivstation, welche als «Nadelöhr» bezeichnet wurde.⁷⁵ Obwohl die Versorgung von Patienten/innen auf der Intensivstation eher im Kontext der Verdrängung bei der Behandlung zu diskutieren ist, kann sie auch Auswirkungen auf den Aufnahmeprozess haben. So ist bei komplexen Fällen bereits bei der Aufnahme genau zu prüfen, wie die Prognosen der Ressourcenbedürftigkeit des Patienten sind und ob die Kapazitäten voraussichtlich genügen werden. Neben der Intensivstation zeichnen die Befragungen jedoch grundsätzlich das Bild des (noch) vernachlässigbaren Umfangs der Behandlung von Medizintouristen/innen.⁷⁶

Unterbelegung

Im Gegensatz zu Kapazitätsengpässen ist bei nicht genutzten Kapazitäten, also einer Unterbelegung, nicht relevant, ob Medizintouristen/innen abgewiesen werden müssten, sondern ob diese gezielt rekrutiert werden sollten. Deshalb soll im Folgenden darauf eingegangen werden, welche Auswirkungen eine Unterbelegung haben kann und inwiefern sich die Akquisition ausländischer Patienten/innen aufdrängen könnte.

Leistungsauftrag und Mindestfallzahlen

Im Rahmen der Spitalplanung geht Art. 58b Abs. 5 KVV auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen ein und nennt in lit. c explizit das Instrument der Mindestfallzahlen. Diese sind ein Mittel der Mengensteuerung und bezeichnen das Minimum an Behandlungen in einem bestimmten Bereich, welches vom Spital erreicht werden muss, um einen dementsprechenden Leistungsauftrag erhalten zu können. Bezweckt wird durch eine gewisse Anzahl an Fällen, dass einerseits die Qualität der Behandlungen aufrechterhalten resp. gesteigert wird und andererseits, dass sich die Wirtschaftlichkeit erhöht (Trüb/Zimmerli 2012; Analyse Spitalplanung; BVGer C-401/2012 vom 28. Januar 2014 E. 9.2 und 14; BVGer C-6266/2013 vom 29. September 2015 E. 4.3.4).

⁷⁴ Vgl. hierzu Kapitel 7.2.4.

⁷⁵ Siehe Kapitel 7.2.6.

⁷⁶ Siehe Kapitel 7.2.6.

Vorgesehen sind Mindestfallzahlen grundsätzlich zur Eruiierung der am besten geeigneten Spitäler für Angebote in den einzelnen medizinischen Bereichen. Bieten demnach zwei Spitäler gleiche Leistungen an, bekommt dasjenige den Leistungsauftrag, welches die Mindestfallzahlen erreicht. Fraglich ist in Bezug auf den Medizintourismus jedoch, ob es in gewissen Bereichen angezeigt ist, gezielt ausländische Patienten zu rekrutieren, um die Mindestfallzahlen erreichen zu können.

Relevante Bereiche

Im Sinne der Unterbelegung sind jene medizinischen Bereiche relevant, welche nur wenige inländische Patienten aufweisen. Gemäss den Befragungen betroffener Akteure sind ausländische Patienten/innen vorwiegend für spezialisierte Bereiche wichtig. Dabei sind es hauptsächlich zwei miteinander zusammenhängende Gründe, welche zur Akquirierung von Medizintouristen führen, ersichtlich: der Wunsch nach Spitzenmedizin vonseiten der Patienten/innen sowie der Unterhalt ebendieser vonseiten der Leistungserbringer/innen. Als Beispiel wurde explizit die Brandverletzungsabteilung am Kinderspital Zürich genannt⁷⁷. In der Schweiz gebe es für einige spezialisierte Abteilungen zu wenige Patienten/innen, um eine qualitativ und finanziell angemessene Behandlung anbieten zu können. Da kleine Fallzahlen jedoch nicht direkt auf die fehlende Relevanz dieser Bereiche schliessen lassen, müssten zum vernünftigen Unterhalt der betroffenen Medizin Patienten/innen aus dem Ausland nicht nur aufgenommen, sondern auch gesucht werden.⁷⁸

Rechtspolitische Auswirkungen

Gewisse medizinische Fachgebiete sind demnach nur vernünftig zu betreiben, indem fehlende Fallzahlen aus der Versorgung der inländischen Bevölkerung durch die Akquirierung ausländischer Patienten/innen ersetzt werden. Aus rechtlicher Sicht interessieren in diesem Zusammenhang die Auswirkungen (zu) weniger Patienten/innen. Zu unterscheiden sind die Bereiche, in denen Mindestfallzahlen im Leistungsauftrag enthalten sind von denjenigen ohne solche Mindestvorgaben.

Erstere Konstellation greift auf die Möglichkeit von Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV zurück und schreibt dem Spital oder den Spitälern Mindestfallzahlen in einem spezifischen Bereich vor. Mindestfallzahlen werden zu den «Musskriterien» gezählt, welche im Gegensatz zu den «Zuschlagskriterien» vom Spital erfüllt werden müssen, um überhaupt für die Vergabe eines Leistungsauftrages in Frage kommen zu können (GDK, leistungsorientierte Spitalplanung). Bewirbt sich demnach ein Spital um einen Leistungsauftrag mit mengenmässigen Vorgaben und erreicht diese nicht, erhält es diesen grundsätzlich nicht (Rütsche 2011). Es handelt sich deswegen um einen bedingten Leistungsauftrag.⁷⁹ Ausnahmsweise können Leistungsaufträge jedoch trotz mangelnder Fallzahlen auch provisorisch resp. zeitlich begrenzt erteilt werden.⁸⁰ Entscheidet sich demnach ein Kanton für die Festsetzung einer Mindestfallzahl, erhält im unerwünschten Fall kein Leistungserbringer den

⁷⁷ Siehe Kapitel 7.5.1 (Kasten, S. 50).

⁷⁸ Vgl. Kapitel 3.2.2.

⁷⁹ Vgl. BVGer C-3413/2014 vom 11. Mai 2017 Sachverhalt G.

⁸⁰ Vgl. BVGer C-4232/2014 vom 26. April 2016 Sachverhalt A.b; BVGer C-2340/2012 vom 23. April 2015.

spezifischen Leistungsauftrag, da es an (inländischen) Patienten/innen mangelt (Gross Hawk 2015). Entweder sichert er die medizinische Versorgung der Bevölkerung sodann durch die interkantonale Zusammenarbeit oder durch den Verzicht auf die Bedingung der Mindestfallzahlen. Für das einzelne Spital bedeutet dies jedoch, dass es zur Rekrutierung ausländischer Patienten/innen angehalten wird, um die Voraussetzungen der Auftragsvergabe erfüllen zu können.

Bei letzterer Konstellation ohne Mindestfallzahlen hat eine dürftige Auslastung keinen Ausschluss für die Bewerbung um Vergabe der Leistungsaufträge zur Folge.⁸¹ Vielmehr muss sich der Kanton entscheiden, ob er das medizinische Angebot trotz tiefer Fallzahlen fortführen möchte. Dabei muss er die Planungskriterien der Art. 58a ff. KVV beachten. Im Gegensatz zu den Mindestfallzahlen als Musskriterium sind die meisten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien den Zuschlagskriterien zuzuordnen, welche nach Eingang der Bewerbungen der verschiedenen Spitäler zur Auswahl des Zuschlages hinzugezogen werden (GDK, leistungsorientierte Spitalplanung). Die Kantone haben demnach einen gewissen Spielraum bei der Bewertung der Leistungsangebote im Vergleich mit dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung, welchen sie für sich rechtspolitisch finden müssen (BR, Spitalplanung).

8.2.2 Verdrängungsproblematik bei der Behandlung

Geschuldete Behandlungsqualität

Die Qualität einer medizinischen Behandlung richtet sich alleine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und nicht nach der Staatsangehörigkeit des/der Patienten/in. Sind Medizintouristen/innen im Spital aufgenommen, gelten deswegen dieselben Regeln der Behandlungsqualität wie für inländische Patienten/innen.⁸² Somit sollte die Ressourcenallokation nach Aufnahme ausschliesslich nach medizinischen Kriterien erfolgen und alle Patienten/innen nach denselben Regeln behandelt werden. Eventuelle Priorisierungen oder Rationierungen im OKP-Bereich sind ebenfalls gleich anzuwenden.

In diesem Sinne kann auch ein/e Schweizer/in anstatt eines/r ausländischen Patienten/in in ein anderes Spital verlegt werden, falls medizinische Gründe dafür sprechen. Dies entspricht auch der Koordinationspflicht der Kantone nach Art. 39 Abs. 2 KVG.⁸³ Die Grenze der Verlegung wird durch Art. 58b Abs. 4 lit. b KVV bestimmt, welcher nicht ausgehöhlt werden darf (Rütsche 2011).

Unterschiede zwischen Medizintouristen/innen und inländischen Patientengruppen können sich aus den Versicherungsklassen ergeben. Bereits innerhalb der Schweizer Bevölkerung besteht ein Ungleichgewicht in der Behandlungsqualität zwischen Grund- und Zusatzversicherten, welches durch den erwähnten Spielraum der Regeln der ärztlichen

⁸¹ Im Vergleich mit anderen Spitälern hat es beim Vergabeprozess Auswirkungen, nicht jedoch, falls kein anderes Spital die spezifischen Behandlungen anbietet, was v.a. in der hochspezialisierten Medizin denkbar ist.

⁸² Ergibt sich bereits aus dem Auftragsverhältnis (vgl. Aebi-Müller et al. 2016).

⁸³ Ausgeführt in Art. 58d KVV.

Kunst ermöglicht wird (Domanig 2015). Folglich dürfte die Behandlungsqualität bei Medizintouristen/innen eher derjenigen bei Zusatzversicherten entsprechen.

Belastung der Kapazitäten

Die Leistungen für Medizintouristen/innen werden zu einem höheren Ansatz verrechnet als Leistungen an Inländern/innen. Der grössere Aufwand, bspw. durch die erhöhte Betreuungsbedürftigkeit oder die Abhängigkeit von Hilfspersonen wie Dolmetscher/innen, welcher aufgrund der Behandlung ausländischer Patienten/innen entsteht, wird hierdurch in grundsätzlicher Weise abgegolten. Dieser Mehraufwand sei gemäss den Befragungen jedoch nicht exakt zu benennen, weder aus quantitativer noch qualitativer Sicht. Namentlich wurden die Erwartungshaltung und sprachliche/kulturelle Barrieren als Gründe für den kommunikativen und administrativen Mehraufwand erwähnt. Daneben nähmen Medizintouristen/innen bereits durch ihre oft grosse Entourage mehr Zeit und Raum in Anspruch, was sich auf den Spital- und v.a. Abteilungsbetrieb auswirke. Es gebe Leistungserbringer, die zur Abgeltung des nicht klar zu beziffernden Mehraufwandes neben dem erwähnten höheren Tarifansatz eine sogenannte Organisationspauschale verlangten. Da Schweizer Bürger/innen durch Steuern die Spitäler mitfinanzierten, sei diese zusätzliche Pauschale angebracht.

Zuhanden der Verdrängungsdiskussion muss gemäss diesen Aussagen festgehalten werden, dass Medizintouristen/innen die Ressourcen eines Spitals in höherem Masse beanspruchen als inländische Patienten/innen. Ist demnach eine Abteilung auf eine gewisse Anzahl an Patienten/innen ausgelegt, existiert ein Unterschied bei der Auslastung der Abteilungsressourcen zwischen den Fällen ausschliesslich inländischer und einer Mischung aus in- und ausländischen Patienten/innen. Hier kann demnach von einer möglichen Verdrängung bei der Qualität der Behandlung ausgegangen werden. Fraglich wird sein, wie die Spitäler hiermit umgehen werden.

8.2.3 Zusammenfassung der Erkenntnisse auf systemischer Ebene

Medizintouristen/innen stellen neben dem Grossteil der Patienten/innen eine zusätzliche Patientengruppe dar, welche die Ressourcen des Gesundheitssystems nutzen, ohne im Schweizer Versicherungssystem beheimatet zu sein. Da jegliche Ressourcen dieses Systems letztlich knapp sind, gilt es, die Stellung der Medizintouristen/innen im Vergleich mit den einheimischen Patienten/innen zu betrachten. Vorliegend wurde zu diesem Zweck auf systemischer Ebene die Verdrängungsproblematik im Bereich der OKP-vergüteten Leistungen einerseits bei der Aufnahme und andererseits bei der Behandlung von Patienten/innen thematisiert.

Bei der Patientenaufnahme wurde festgestellt, dass es Ansprüche einiger Versicherten Gruppen auf Behandlung gemäss der Grundversicherung gibt. Diese bestimmen sich nach Art. 41a KVG und können in einer Aufnahmekaskade zusammengefasst werden. Für Medizintouristen/innen besteht kein Anspruch auf Behandlung in der Schweiz, weshalb sie keine Priorität bei der Aufnahme haben und ihren Platz in der Kaskade hinter den versicherten Patienten/innen einnehmen. Im Falle mangelnder Kapazitäten sind Me-

dizintouristen/innen also zugunsten einheimischer Patienten/innen abzuweisen. Im umgekehrten Fall der Unterbelegung bedeuten Patienten/innen aus dem Ausland willkommene zusätzliche Fallzahlen, welche der Qualität und Wirtschaftlichkeit des Spitals und somit des Gesundheitssystems im Ganzen zugutekommen. In einzelnen Bereichen wäre sogar ein qualitativ hochwertiges medizinisches Angebot ohne diese zusätzlichen Patienten/innen nicht möglich. Für das einzelne Spital kann die Akquisition notwendig sein, um einen Leistungsauftrag zu erhalten und für den Kanton, um die gewünschte Qualität und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Bereiche zu erhalten. Rückmeldungen bei der Befragung haben diese Vorteile bestätigt. Das Volumen der Behandlungen von Medizintouristen/innen beläuft sich, jedenfalls für den Moment noch, jedoch auf einen vernachlässigbaren Prozentbereich an der Gesamtfallzahl.

Die Verdrängung nach der Aufnahme ist rechtlich unter dem Begriff der «Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst» zu diskutieren. So haben sämtliche Patienten/innen Anspruch auf eine solche Behandlung, wobei laut diesem Begriff ein gewisses Spektrum an Qualität zulässig bleibt. Dies allein ist für den Schweizer Gesundheitssektor nichts Neues, da bereits Unterschiede bei der Behandlung der einzelnen Versicherten-Gruppen existieren. Eine zusätzliche Patientengruppe, die eine bevorzugte Behandlung wünscht (und verlangt), könnte jedoch die Behandlungsqualität der Grundversicherten zunehmend an den unteren noch vertretbaren Standard treiben. Einige Aussagen der Befragten lassen eine solche Tendenz als vermehrt möglich erscheinen.

In der folgenden Graphik sollen die Erkenntnisse vereinfacht dargestellt werden, wobei die erste Zeile sich zur Behandlungsqualität insgesamt, die zweite zur Wirtschaftlichkeit und die dritte zur Akquirierung von Medizintouristen äussert:

Mindestfallzahlen nicht erreicht	Angemessene Fallzahlen	Kapazitätsengpässe
Ungenügende Behandlungsqualität durch Erfahrungsmangel	Behandlungsqualität nach den Regeln der ärztlichen Kunst	Mangelhafte Behandlungsqualität durch Überbelegung
Zu hohe Kosten	Ausgewogenes Kosten-Nutzen-Verhältnis (Skalen-/Verbundeffekte)	Zu wenig Nutzen
Akquirierung von Medizintouristen ist angezeigt	Akquirierung von Medizintouristen ist möglich	Keine Akquirierung von Medizintouristen

Abschliessend kann festgehalten werden, dass der Medizintourismus bei sorgfältiger Anwendung der rechtlichen Vorgaben keine grösseren Nachteile für die medizinische Versorgung der Bevölkerung verursacht. Vielmehr kann er bei knappen Fallzahlen zur Qualitätsverbesserung beitragen. Wichtig ist, dass die Kapazitäten ausgebaut werden, je mehr Medizintouristen/innen aufgenommen werden, und es nicht zu einer Priorisierung und/oder Rationierung zuungunsten der inländischen Bevölkerung kommt.

8.3 Spezialfall Pädiatrie aus juristischer Sicht

Während in der Erwachsenenmedizin von den befragten Expertinnen und Experten relativ wenige Probleme geschildert wurden, seien in der Pädiatrie durchaus Schwierigkeiten in der Kommunikation, aber auch in Bezug auf die Verdrängungsproblematik auszumachen.⁸⁴

Die Einwilligung in eine medizinische Behandlung folgt dem Prinzip des *informed consent* und knüpft an die Urteilsfähigkeit des/r Patienten/in an. Dies bedeutet, dass wer urteilsfähig ist, sich autonom für oder gegen einen Eingriff in seine/ihre körperliche Integrität entscheiden kann.⁸⁵ Im Gegenteil hierzu wird einer urteilsunfähigen Person diese Entscheidungsfähigkeit abgesprochen und es kommt die Vertretungskaskade nach Art. 377 Abs. 1 ZGB zur Anwendung. Bei Kindern jedoch fällt die Vertretung unter die Voraussetzungen nach den Art. 296 ff. ZGB. Die Einwilligung in medizinische Behandlungen obliegt den Eltern (resp. den gesetzlichen Vertretern/innen), wobei sie sich am Wohl des Kindes zu orientieren haben. Da die Einwilligung jedoch nicht an die Handlungs-, sondern an die Urteilsfähigkeit geknüpft ist, hat auch das Kind Möglichkeiten der Partizipation. Es ist, jeweils bezogen auf die konkrete Entscheidung, zu eruieren, ob und wie weit das Kind in der Lage ist, sich selbst eine Meinung zu bilden und diese kundzutun. Hiermit bestimmt sich das Ausmass seiner Souveränität bei der Einwilligung. Das Alter spielt dabei zwar eine Rolle, kann jedoch grundsätzlich nicht massgebend sein (Sprecher 2007; Michel & Rutishauser 2016; Bucher & Aebi-Müller 2017).

Die Vertretung des Kindes in medizinischen Angelegenheiten gestaltet sich somit nicht nach starren Regeln, sondern bedarf einer Abwägung verschiedener Faktoren im Einzelfall. Dies kann bereits bei Patienten/innen und deren Familien aus dem hiesigen Sprach- und Kulturraum zu Problemen oder Meinungsverschiedenheiten führen, nicht zuletzt wenn die Eltern sich nicht einig sind (Sprecher 2007). Stammt der/die Patient/in jedoch aus einem anderen Sprach- und Kulturraum, können diese Schwierigkeiten akzentuiert werden. Als Beispiel sei die Kommunikation mit der Mutter gemäss den Expertenaussagen teilweise nur schwer oder gar nicht möglich, obwohl diese oft einen näheren Bezug zum Kind habe.⁸⁶ Auch können Familienstrukturen dazu führen, dass bei einem/einer Minderjährigen die Fähigkeit, seinen/ihren Willen gegenüber den Bezugspersonen durchzusetzen, fehlt oder kulturell nicht denkbar ist (vgl. Michel & Rutishauser 2016).

Die (stärkere) Involvierung der ganzen Familie in der Pädiatrie ist ebenfalls bei der Verdrängungsproblematik zu nennen. Eventuelle Schwierigkeiten in der Kommunikation, aber auch sonstiger zusätzlicher Aufwand⁸⁷, belasten die Ressourcen im Vergleich mit der Erwachsenenmedizin in erhöhtem Mass, worauf im Vergleich mit inländischen Patienten/innen zu achten ist. Neben der reinen Kommunikation gebe es gemäss den Exper-

⁸⁴ Vgl. Kapitel 7.2.6.

⁸⁵ Zum *informed consent* siehe Kapitel 3.2.3, 4.2.1 und 7.3.

⁸⁶ Vgl. Kapitel 7.3.2.

⁸⁷ Bei den Befragungen wurde beispielsweise der zusätzliche «Aufwand für Vermittlung von Unterkünften für Eltern von ausländischen Kindern» genannt (Kapitel 7.2.1).

tenaussagen zudem vor allem in der Pädiatrie oftmals komplexe Fälle. Diese bedürften der Beteiligung verschiedener Experten/innen sowie ganzer Behandlungsteams.⁸⁸ Es ist aus diesen Gründen essentiell, dass das Ressourcenmanagement eines Kinderspitals adäquat funktioniert. Zu bemerken ist ausserdem, dass die Perzeption einer Verdrängung inländischer Patienten, bspw. durch Verlegung eines Schweizer Kindes, in der Pädiatrie wohl emotionaler ausgestaltet ist, als bei Erwachsenenabteilungen. Gründe sind die erhöhte Vulnerabilität eines Kindes sowie die erforderliche/gewünschte Nähe zur Familie, insbesondere bei Behandlungen auf den Intensivstationen, welche laut den Expertenaussagen anfälliger für eine Verdrängung sind.⁸⁹

8.4 Handlungsbedarf aus juristischer Sicht

In der Schweiz bestehen sowohl auf individueller Ebene zum *informed consent* als auch auf systemischer Ebene zur Verdrängungsproblematik rechtliche Regelungen, welche im Umgang mit Medizintouristen/innen ausreichen. Dies bedeutet nicht, dass in der Praxis keine Problembereiche auszumachen sind, sondern, dass diese nicht für Medizintourismus spezifisch sind. Der Medizintourismus akzentuiert in diesem Sinne bereits bestehende Problematiken und Fragestellungen.

Im Bereich des *informed consent* kommen die Leistungserbringer in unserer diversifizierten Gesellschaft auch bei der Behandlung inländischer Patienten/innen mit Fragen der multikulturellen und anderssprachlichen Verständigung in Kontakt. Dieser kulturelle und sprachliche Unterschied zwischen Behandelnden und Patienten/innen kann jedoch bei Medizintouristen/innen stärker ausgeprägt sein. Ausserdem sind möglicherweise weitere Personen involviert, wie beispielsweise Vermittler/innen, Vertreter/innen eines Staates oder zusätzliche Familienangehörige.

Die Verdrängungsproblematik auf systemischer Ebene verhält sich ähnlich. Auch hier existieren genügende Rechtsgrundlagen für den Anspruch auf Behandlung, insbesondere im OKP-Bereich. Ebenfalls existiert bereits innerstaatlich eine Unterscheidung in der Behandlung von Grund- und Privatversicherten. Patienten/innen aus dem Ausland können die vorhandenen Kapazitäten zusätzlich belasten, was sowohl bei der Anzahl als auch der Qualität der Behandlungen spürbar werden oder sein kann. Wie mit zusätzlichen Patienten/innen umgegangen wird, ist jedoch im gesellschaftlichen Diskurs und nicht rein juristisch zu eruieren.

Nicht vergessen werden darf schliesslich, dass der Medizintourismus nicht nur Risiken birgt, sondern auch Chancen eröffnet. Diese sollten bei der Diskussion rund um den Umgang mit Medizintouristen/innen angemessen beachtet werden.

⁸⁸ Vgl. hierzu Kapitel 7.3.2

⁸⁹ Vgl. hierzu Kapitel 7.2.6.

9 Ethische Fragen zum Medizintourismus in der Schweiz

Wie die empirischen Befunde belegen, konfrontiert der Medizintourismus die Institutionen des Gesundheitswesens, die Behandlungsteams und die Patienten/innen mit einigen ethischen Problemen, die es hinsichtlich ihrer Implikationen zu untersuchen gilt. Dazu gehört zum *ersten* die Frage nach dem *informed consent*, also eines der zentralen Elemente des medizinethischen Grundprinzips des Respekts vor der Autonomie der Patientin bzw. des Patienten. Wie kann in der Situation des Medizintourismus gewährleistet werden, dass die Standards einer informierten Einwilligung *ex ante* erfüllt werden, und wie kann – *ex post* – überprüft werden, ob dies der Fall war? Diese Frage ist nicht nur zentral für die betroffenen Patienten/innen aus dem Ausland, sondern auch für die hiesigen Behandlungsteams, die nicht zuletzt aus Haftungsgründen sicher sein müssen, dass eine hinreichende informierte Einwilligung der Patienten/innen eingeholt wurde, auch wenn dies im Ausland erfolgte. Zum *zweiten* – und auch dies ist nicht zuletzt mit Blick auf den Respekt vor der Autonomie der Patientin bzw. des Patienten relevant – ergeben sich auch im Umgang mit Medizintouristen/innen ethische Fragestellungen, die mit *Interkulturalität* in der Medizin zu tun haben. Welche kulturell (mit)bedingten Konfliktkonstellationen sind in ethischer Sicht bedeutsam? Wie ist umzugehen mit Wertekonflikten, die aus kulturell bedingt unterschiedlichen Werthaltungen zwischen Patienten/innen bzw. Angehörigen und Behandlungsteams resultieren? Und auch hier: Welche institutionellen Voraussetzungen schützen Behandlungsteams vor Konfliktkonstellationen, die belastend und beeinträchtigend sein können?

Als *drittes* zeigt sich, dass in jenen Konstellationen, in denen eine ausgeprägte Knappheit medizinischer Ressourcen bereits im Umgang mit gewöhnlichen Patienten/innen zu den bestimmenden Rahmenbedingungen gehört, die Präsenz von Patienten/innen, die als Medizintouristen/innen gelten können, diese Ressourcenproblematik verstärken kann. Die empirischen Befunde zeigen denn auch, dass die Problematik der *Verdrängung* allem voran in der Intensivmedizin als aktuell oder als potenziell ethisch relevanter Aspekt des Medizintourismus erwähnt wurde. Daran anschliessend ist aufgrund der empirischen Befunde *viertens* die Frage zu stellen, ob die Pädiatrie mit Blick auf ethische Probleme des Medizintourismus einen Spezialfall darstellt. Des Weiteren gilt es, *fünftens*, Herausforderungen in den Blick zu nehmen, die spezifisch mit dem ethischen Prinzip des Nichtschadens kollidieren können. Dazu gehört in erster Linie die Problematik des vermehrten Auftretens multiresistenter Keime, die im Rahmen der empirischen Untersuchung in einigen Fällen erwähnt wurde: Hieraus können Schadensrisiken für weitere Patienten/innen und für das behandelnde Personal resultieren, mit denen ein Umgang zu finden ist, wenn die Aufnahme von Medizintouristen/innen in den Institutionen gefördert wird.

Diese ethischen Fragestellungen, die sich im Kontext des Medizintourismus ergeben und sich bei einer vermehrten Förderung der gezielten Aufnahme ausländischer Patienten/innen akzentuieren könnten, sind im Folgenden näher in den Blick zu nehmen. Dabei gilt es stets zu diskutieren, inwiefern es sich um Fragestellungen handelt, die spezifisch

aufgrund des Medizintourismus auftreten, um daraus Handlungsbedarf herleiten zu können, der gesondert für den Bereich des Medizintourismus gilt. In diesem Zusammenhang erweist sich aus ethischer Sicht ein Aspekt als bedeutsam, der als Besonderheit des Medizintourismus alle bis hierher genannten ethischen Problemfelder spezifisch berührt: Während in allen anderen Fällen die Präsenz ausländischer, gegebenenfalls in interkultureller Perspektive besonders herausfordernder Patienten/innen in einer Institution des Gesundheitswesens eine Nebenfolge ihrer aufgrund der je individuellen Migrationsgeschichte resultierenden Anwesenheit in der Schweiz ist, ist diese Präsenz bei Medizintouristen/innen *intendiert* und kann als im beidseitigen Interesse liegend begriffen werden. Die charakteristischen Situationen, die mit einem Patientenverhältnis einhergehen – zu denken ist an erhöhte Vulnerabilität, an Informationsgefälle und Abhängigkeiten, aber auch an Gerechtigkeits- bzw. Allokationsfragen in einem Kontext endlicher Ressourcen –, sind beim Medizintourismus also bewusst herbeigeführt. Dieser Aspekt ist aus ethischer Sicht nicht zuletzt deshalb wichtig, weil er die Frage aufwirft, inwiefern der Medizintourismus nicht nur den betroffenen Patienten/innen, sondern speziell den beteiligten Akteuren des Gesundheitswesens in der Schweiz und den Behandlungsteams Sorgfaltspflichten auferlegt, die spezifisch aus dem Medizintourismus resultieren.

Dies geht auch mit dem Umstand einher, dass die Behandlung von Medizintouristen/innen für Institutionen des Gesundheitswesens impliziert, sich in Erwartung einer Win-Win-Situation – also medizinischem Nutzen für den/die Patienten/in sowie ökonomischem Nutzen für die behandelnde Institution – als Akteure/innen im globalen «Markt» zu engagieren. Sobald aber im Kontext des Gesundheitswesens die globale Dimension auf den Plan tritt, gilt es, die gravierenden Ungleichheiten zu thematisieren, die hinsichtlich des Zugangs zu einer guten Gesundheitsversorgung weltweit existieren. Dies deshalb, weil der Medizintourismus letztlich auch als Symptom dieser Ungleichheiten zu betrachten ist, insofern als Patienten/innen aus einschlägigen Herkunftsländern, die sich die medizinische Versorgung in einem hochindustrialisierten Land leisten können, selber in den Genuss einer guten Versorgung kommen, derweil zumindest die Gefahr besteht, dass dies dazu beiträgt, dass die generelle Versorgungslage sich nicht verbessert. In ethischer Perspektive stellt sich daher *sechstens* die Frage, ob und inwiefern die Betätigung im Feld des Medizintourismus den entsprechenden Schweizer Akteuren des Gesundheitswesens gewisse Pflichten auferlegt, sich der Problematik der globalen Ungleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung anzunehmen. Diese sechs ethischen Problemfelder sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

9.1 Medizintourismus und *informed consent*

Bei den empirischen Befunden wird die erschwerte Kommunikation zwischen Medizintouristen/innen und Ärzten sowie Pflegepersonal *allgemein* (vgl. 7.3) sowie auch *spezifisch* mit Blick auf das Thema der informierten Zustimmung thematisiert (vgl. 7.3.2). Auf die allgemeinen Schwierigkeiten – etwa die Hürden in der alltäglichen Verständigung mit dem Pflegepersonal, die auf beiden Seiten zu Missverständnissen und Frustration führen

können – wird noch im Zusammenhang mit Fragen der Interkulturalität eingegangen. Im Folgenden stehen die Aspekte im Vordergrund, welche mit der Sicherstellung der gültigen Einwilligung in die Behandlung selbst zu tun haben.

9.1.1 *Informed consent*

Die Bedingung der informierten Zustimmung spielt eine zentrale Rolle in der Medizinethik und ist auch rechtlich fest verankert: Eine Behandlung gilt als moralisch unzulässig und rechtlich gesehen als Körperverletzung, wenn eine einwilligungsfähige Person dieser nicht zustimmt – selbst dann, wenn die Behandlung klarerweise das Wohlergehen oder die Gesundheit der Person fördert. Dieser Wichtigkeit wird auch von den im Rahmen der empirischen Untersuchung Befragten Nachdruck verliehen (7.3). Für das Vorliegen einer gültigen Zustimmung müssen dabei nach gängiger Auffassung drei Bedingungen erfüllt sein (vgl. Eyal 2011): die Zustimmung muss (i) kompetent sein, d.h. die Person muss die Fähigkeiten besitzen, über die in Frage stehende Behandlung im Lichte ihrer Werte und Vorstellungen entscheiden zu können, (ii) informiert sein, d.h. die Entscheidung muss in Kenntnis möglicher Folgen und Risiken getroffen werden, und (iii) freiwillig sein, d.h. nicht etwa das Ergebnis von Zwang oder Manipulation.

In der kontrovers geführten ethischen Debatte wird dabei *auf der einen Seite* diskutiert, wie die Bedingungen *inhaltlich* genauer zu bestimmen sind. So ist unter anderem umstritten, wie anspruchsvoll die Kompetenzbedingung gefasst werden muss und inwiefern dies abhängig von der Art der Entscheidung ist (vgl. Archard 2008; Joffe/Truog 2010; Miller 2010); wie viele und welche Informationen Personen besitzen müssen (vgl. Levine 1988; Beauchamp/Childress 2008); in welchem Masse sie die Informationen tatsächlich verstehen müssen (vgl. Manson/O'Neill 2007); was mit der Bedingung der Freiwilligkeit gemeint ist (geht es nur um Abwesenheit äusserer Zwänge oder auch um ‚innere Freiheit‘?) (vgl. Bell/Ho 2011; Berghmans 2011); wie spezifisch die Zustimmung sein muss (reicht etwa eine allgemeine Zustimmung zur Behandlung oder muss die Zustimmung sich auf spezifische Aspekte der Behandlung richten?) (vgl. Dworkin 1988; Manson/O'Neill 2007).

Auf der anderen Seite wird diskutiert, was das normative Fundament von informierter Zustimmung ist – wodurch die Forderung nach informierter Einwilligung sowie ihr hoher Stellenwert begründet ist. Dabei wird in erster Linie auf das Prinzip des Respekts vor der Autonomie von Personen verwiesen (vgl. Faden/Beauchamp 1986; Feinberg 1986; Dworkin 1988; Beauchamp/Childress 2008): Nur wenn sichergestellt ist, dass die Person selbst die Entscheidung treffen kann (d.h. sie die relevanten Fähigkeiten besitzt), sie dies freiwillig tun kann (d.h. sie zum Beispiel nicht Zwang oder Manipulation ausgesetzt ist) und weiss, zu was sie ihre Zustimmung gibt (d.h. ihr die relevanten Informationen auf für sie verständliche Weise zur Verfügung gestellt werden), ist der Respekt vor der Autonomie sichergestellt. Die informierte Einwilligung wird in der Debatte allerdings auch in anderer Hinsicht als normativ bedeutsam angesehen (vgl. für einen Überblick Eyal 2011) – genannt sei an dieser Stelle vor allem, dass erst die gültige Einwilligung den Eingriff in die körperliche Integrität von Personen *erlaubt* macht (vgl. Archard 2008) und den be-

handelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin von ihrer Verantwortung z.B. für die Risiken enthebt, insofern die behandelte Person diese durch ihre Zustimmung übernimmt. Diese unterschiedlichen normativen Bezugspunkte der Begründung von informierter Zustimmung sind auch für den hier betrachteten Kontext wichtig.

9.1.2 *Informed consent* als spezifisches Problem des Medizintourismus?

Bei den empirischen Befunden werden unterschiedliche Fragen und Probleme genannt, die bei Medizintouristen/innen mit Blick auf informierte Zustimmung auftauchen (vgl. 7.3.1 und 7.3.2): So zum Beispiel die Frage, welche Informationen gegeben werden sollen und wie damit umzugehen ist, wenn Patienten/innen selbst keine oder nur wenige Informationen erhalten möchten, oder wenn Angehörige Einfluss darauf nehmen wollen, welche Informationen gegeben werden. Erwähnt wird auch das Problem eines unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds, das etwa darin zum Ausdruck kommt, dass der Einbezug in die Behandlung und das ausführliche Gespräch mit Patienten/innen als Zeichen der Schwäche und Unwissenheit gedeutet wird, oder dass die Verpflichtung auf das Prinzip des Respekts vor der Autonomie von Personen nicht geteilt wird. Schliesslich kommt auch das Problem der Zuverlässigkeit von Übersetzungen und der Vertraulichkeit sowie Verlässlichkeit von Übersetzer/innen zur Sprache, welche die Patienten/innen selbst mitbringen, und die damit verbundenen Zweifel, ob die notwendigen Informationen tatsächlich vermittelt und von den Patienten/innen verstanden wurden.

Diese Fragen und Probleme richten sich in unterschiedlicher Weise auf die Begründung, die inhaltliche Ausgestaltung sowie die Sicherstellung von informierter Zustimmung. Dabei ist festzuhalten, dass es sich zunächst einmal nicht um *spezifische Probleme* des Medizintourismus handelt. Vielmehr tauchen einige Fragen auch in der allgemeinen Theorie und Praxis der informierten Zustimmung auf (etwa die Frage, wie viele Informationen gegeben werden müssen und wie spezifisch die Zustimmung sein muss, vgl. hierzu auch 4.2.1), während andere Fragen und Probleme aus der Debatte um informierte Zustimmung in der Behandlung von Patienten/innen mit Migrationshintergrund bekannt sind.

Zu letzterem Bereich gehört etwa die Frage, ob an Personen mit anderem kulturellen Hintergrund gegebenenfalls andere Massstäbe der informierten Zustimmung angelegt werden sollten als an Personen aus dem hiesigen Umfeld. Dies wird von den im Rahmen der empirischen Untersuchung Befragten verneint, und dies auch aus ethischer Perspektive mit guten Gründen: Informierte Zustimmung dient nicht allein der Wahrung der Autonomie der behandelten Person – wäre dies so, könnte möglicherweise argumentiert werden, dass informierte Zustimmung dann nicht (im gleichen Masse) eingeholt werden muss, wenn die behandelte Person aus einem Kulturkreis kommt, in dem Autonomie nicht als gleichermassen normativ bedeutsam angesehen wird. Aber da es bei informierter Zustimmung auch um die *Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in* geht, um Fragen der *erlaubten Eingriffe* in die körperliche Integrität und der *Verantwortung* der behandelnden Ärzte/innen, kann die Bedingung der informierten Zustimmung nicht einseitig bestimmt und gedeutet werden. Das Festhalten an informierter Zustimmung sollte dabei aber ebenfalls nicht einseitig durchgesetzt werden. Angesichts kultureller Unter-

schiede kann es die Aufgabe der behandelnden Personen sein, sofern nötig, Verständnis für die normative Bedeutung informierter Zustimmung herzustellen und dadurch etwa das oben erwähnte mögliche Misstrauen, das aus dem Einbezug und dem ausführlichen Informieren von Patienten/innen mit anderem kulturellen Hintergrund entstehen kann, aus dem Weg zu räumen. Diese «kulturelle Vermittlung» wird im Abschnitt zu Interkulturalität näher erläutert.

Neben der Frage nach der Gültigkeit und den Massstäben informierter Zustimmung (vgl. hierzu auch die detaillierten juristischen Ausführungen in 8.1) verweisen die empirischen Befunde dann insbesondere auf das Problem der *Sicherstellung* einer gültigen Zustimmung. Hier geht es um Probleme der Übersetzung und der gelungenen Kommunikation zwischen Arzt und Patienten/innen und um die Frage, wie diesen begegnet werden kann und soll (vgl. Crooks, Snyder & Adams 2013). Wiederum gilt, dass ähnliche Probleme schon aus dem Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund bekannt sind, wobei – wie auch von einigen in der empirischen Studie Befragten geäußert – das Problem mit Blick auf Medizintourismus als weniger schwerwiegend angesehen werden kann: Oft handelt es sich bei Medizintouristen/innen um wohlhabende Personen aus höheren Gesellschaftsschichten, die sich auf Englisch verständigen können (vgl. 7.4.2); zudem sind die Eingriffe langfristig geplant, sodass die Schwierigkeit, dass professionelle Übersetzer z.B. bei Notfällen nicht verfügbar sind, weniger häufig auftritt. Dennoch tauchen auch im Rahmen des Medizintourismus die Fragen auf, wie gewährleistet werden kann, dass die Patienten/innen die Informationen auch tatsächlich erhalten und verstehen, und welche Pflichten hier auf Seiten der Institutionen und behandelnden Ärzte/innen einerseits und auf Seiten der behandelten Personen andererseits bestehen.

Im Rahmen der empirischen Untersuchung wurde von einigen Befragten darauf hingewiesen, dass es in ihrer Klinik schon Richtlinien für Medizintouristen/innen gebe, die festlegen, bei welchen Gesprächen die Anwesenheit eines/einer professionellen Übersetzers/in gefordert ist und bei welchen etwa auch von Angehörigen übersetzt werden kann. Denkbar ist in diesem Sinne etwa, dass wichtige Gespräche mit dem Arzt/der Ärztin bei der Aufnahme der Patienten/innen und bei der Besprechung des Eingriffs in jedem Fall mit professionellen Übersetzer/innen durchgeführt werden sollten. Diese Forderung erscheint aus ethischer Perspektive sinnvoll, insofern mit Blick auf wichtige und für die Behandlung unmittelbar relevante Informationen sichergestellt werden muss, dass diese auch verständlich und fachlich richtig an die Patienten/innen weitergegeben werden – nur so kann eine gültige Einwilligung eingeholt werden. Aus ethischer Perspektive wäre eine solche Praxis für alle Personen, welche sich nicht hinreichend mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin verständigen können, wünschenswert. Im Zusammenhang der Debatte um die Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund ist eine solche Forderung jedoch nicht immer durchsetzbar, weil zum Beispiel in Notfällen nicht immer professionelle Übersetzer/innen zur Verfügung stehen (auch wenn telefonische Übersetzungsdienste hier häufiger in Anspruch genommen werden könnten) und die Frage nach der Kostenübernahme nicht hinreichend geklärt ist. In dieser Hinsicht unterscheidet sich der Medizintourismus nun in relevanter Hinsicht von der Behandlung von Patienten/innen mit Migrati-

onshintergrund, was es einfacher macht, die in der Situation bestehenden Pflichten zu klären und durchzusetzen: So geht es wie schon gesagt im Medizintourismus meist um langfristig geplante Eingriffe, so dass sinnvoll gefordert und sichergestellt werden kann, dass bei wichtigen Gesprächen professionelle Übersetzer/innen anwesend sind. Darüber hinaus wird die Behandlung im fremdsprachigen Ausland seitens der Medizintouristen/innen freiwillig und gezielt herbeigeführt. Damit lässt sich begründen, dass sie die Kosten für Übersetzungsdienste übernehmen und damit eine gültige Zustimmung sicherstellen. Auf Seiten der Kliniken und Ärzte besteht hier die Pflicht, professionelle Übersetzer/innen zu vermitteln bzw. zur Verfügung zu stellen. Auf diese Weise könnte das Problem der Sicherstellung einer gültigen Zustimmung im Kontext des Medizintourismus behoben werden, ohne dass hierbei schwierige praktische und ethische Anschlussfragen auftauchen.

Zwei Probleme, die in der Debatte um Medizintourismus als spezifisch für den Medizintourismus angesehen werden (vgl. 3.3.3), werden in der Befragung kaum angesprochen: Einerseits der mögliche Druck auf Patienten/innen, die Behandlung auch vorzunehmen, wenn sie schon die Reise unternommen haben (Crooks, Snyder & Adams 2013), wobei hier insbesondere der zeitliche Aspekt zu nennen ist, auf den im Rahmen der juristischen Analyse schon verwiesen wurde (vgl. 8.1.1). Andererseits mögliche Interessenkonflikte auf Seiten von Vermittlern und medizinischen Fachleuten, die ein geschöntes Bild der zu erwartenden Leistungen vermitteln (Pennings 2007; Snyder, Crooks & Turner 2011; Deonandan, Green & van Beinum 2012). Beide Faktoren könnten die gültige Einwilligung untergraben, so dass es sich für die Praxis empfiehlt, sie im Blick zu behalten und möglicherweise Sorgfaltspflichten auch für Abklärungsgespräche zu formulieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Medizintourismus in der Schweiz mit Blick auf informierte Zustimmung kaum zu neuen oder spezifischen ethischen Problemen führt, und dass den vor allem aus der Behandlung von Patienten/innen mit Migrationshintergrund bekannten Fragen und Problemen sogar einfacher begegnet werden kann.

9.2 Interkulturalität und Medizintourismus

9.2.1 Interkulturalität in der Medizin als ethische Fragestellung

Aus den Resultaten der empirischen Untersuchung geht hervor, dass das befragte Gesundheitspersonal vielfach Konfliktkonstellationen in Zusammenhang mit Medizintourismus erlebt, die mit Herausforderungen der Interkulturalität erklärt werden. Gemeint sind dabei Situationen, in denen die Verständigung über Ansprüche, Handlungsoptionen und Therapiemöglichkeiten sowie die Entscheidungsfindung erschwert oder verunmöglicht wird aufgrund von Faktoren, die mit der Herkunft und der kulturellen Zuordnung der Patientin bzw. des Patienten in Verbindung gebracht werden.

Interkulturalität als medizinethisch relevante Herausforderung gehört zur täglichen Realität in medizinischen Institutionen, wobei sie sich nicht auf entsprechende Unterschiede

zwischen Behandlungsteam und Patientin/Patient beschränkt, sondern wie in allen grossen Organisationen auch ein grundlegendes Charakteristikum der Interaktionen innerhalb hiesiger medizinischer Institutionen und ihrer Beschäftigten darstellt (vgl. dazu NEK-CNE 2017 und SAMW 2013b sowie oben, 4.2.1). In der theoretischen Auseinandersetzung mit Fragestellungen, die mit unterschiedlichen als ‚kulturell‘ bezeichneten Hintergründen von Patienten/innen zu tun haben, steht in der Medizinethik meistens das Praxisfeld des Umgangs mit Menschen mit Migrationsgeschichte im Vordergrund. Dies gilt auch für den politischen Kontext, wie in der Schweiz etwa die tiefgreifenden Bemühungen des per Ende 2017 auslaufenden nationalen Programms «Migration und Gesundheit» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zeigen⁹⁰. Damit unterscheidet sich die Herangehensweise – die, vereinfacht ausgedrückt, in einem solchen Zuordnungsverhältnis stets die Vorstellung einer ‚Fremdheit‘ des Gegenübers mitthematisiert – beispielsweise vom US-amerikanischen Kontext, wo Interkulturalität zumindest auf der Ebene der Medizinethik schon länger als innergesellschaftliche Herausforderung angesprochen wird.

Seitens BAG wird davon ausgegangen, dass in der Schweiz rund 200'000 Menschen leben, die weder eine Landessprache noch Englisch beherrschen. Entsprechend liegt dieser Fokus auf die Bearbeitung von Herausforderungen der Interkulturalität in Zusammenhang mit Patienten/innen mit Migrationshintergrund nahe und scheint gerechtfertigt. Zu untersuchen ist, ob bzw. inwiefern der Medizintourismus medizinethisch relevante Fragen aufwirft, die *spezifisch* durch das Phänomen des Medizintourismus aufgeworfen werden oder durch dieses besonders akzentuiert auftreten. Zu den dabei beachtenswerten Aspekten gehört zweifelsohne die Tatsache, dass die Auseinandersetzung mit Fragen von Migration und Gesundheit stets stark durch die Feststellung geprägt ist, dass Menschen mit Migrationsgeschichte oftmals eher sozial schwächeren Gesellschaftsschichten angehören und entsprechend Themen wie Chancengleichheit, Diskriminierung und gesundheitliche Ungleichheiten tendenziell eine wichtige Rolle einnehmen. Demgegenüber gehören Menschen, die als Medizintouristen/innen bezeichnet werden, deutlich seltener zu sozial schlechter gestellten Gesellschaftsschichten, weshalb sich im Umgang mit ihnen gegebenenfalls Problemstellungen ergeben, die zwar als interkulturell bedingt aufgefasst werden, dabei aber auch von Fragen beeinflusst sind, die mit ungewohnten Verhältnissen bezüglich des sozialen Status der Beteiligten zu tun haben können. Auch dies scheinen die empirischen Befunde zumindest nahezu legen. Ebenso ist relevant, dass die Anwesenheit von Medizintouristen/innen und Medizintouristen im Gesundheitssystem und in Institutionen des Gesundheitswesens des Ziellandes bewusst und intentional herbeigeführt wird, was für die Migration im herkömmlichen Sinn nicht gilt. Die Anwesenheit im Gesundheitssystem ist dort zwar ebenfalls eine Folge der Migration, aber nicht eine aktiv herbeigeführte Tatsache.

Im Folgenden soll in einem ersten Schritt das Spezifische interkultureller Fragestellungen für die Medizinethik näher beleuchtet werden, da dies – wie sich zeigen wird – keineswegs so eindeutig ist, wie gemeinhin angenommen wird. Anhand eines Vorschlags zur

⁹⁰ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit.html> [Stand: 11. Dezember 2017].

Kategorisierung entsprechender Fragestellungen soll daran anschliessend aufgezeigt werden, welche Konstellationen auch mit Blick auf den Medizintourismus gegebenenfalls tatsächlich zu ethisch relevanten, interkulturellen Fragen führen können. Schliesslich soll ein summarischer Blick auf den Begriff der ‚Kultur‘ geworfen werden, dessen Verwendung innerhalb der Medizin nicht unumstritten ist. Anhand dieser Ausführungen sollen dann drei mögliche Handlungsbedarfe skizziert werden, die sich als direkt anschlussfähig erweisen für Themen, die bereits im nationalen Programm ‚Migration und Gesundheit‘ einen wichtigen Platz einnehmen.

9.2.2 Zum Spezifikum interkultureller Fragestellungen für die Medizinethik

Die Akademie für Ethik in der Medizin veröffentlichte 2014 mit ihren «Empfehlungen zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens» (Akademie für Ethik in der Medizin 2014) eine von bisher nur wenigen Stellungnahmen, die sich spezifisch zu ethisch relevanten Aspekten der Interkulturalität äussern. Dabei hält auch die Akademie einleitend fest, dass es nicht evident ist, die medizinethische Spezifität von Interkulturalität im Gesundheitswesen namhaft zu machen. Denn: «Durch den Kontakt zu Patienten mit Migrationsgeschichte ergeben sich innerhalb der medizinischen und pflegerischen Kommunikation – abgesehen vom möglichen Einbezug eines Dolmetschers – entgegen der landläufigen Meinung keine prinzipiell neuen Aufgabenfelder für die Gesundheitsberufe. Es geht auch hier z.B. um die Herbeiführung des *informed consent* oder den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.» Gleichzeitig, so das Positionspapier, träten strukturelle und personelle Kommunikationsschwierigkeiten, die ungeachtet ihrer interkulturellen Dimension bestünden, in diesem Zusammenhang deutlicher hervor, was zu einer «erhöhten Problemwahrnehmung» führen könne.

Dass Interkulturalität im Gesundheitswesen gewisse Fragestellungen akzentuiert ins Blickfeld rückt und dass dabei auch moralische Überzeugungen kollidieren können, bedeutet jedoch noch nicht per se, dass sie auch ethisch von entsprechender Relevanz sind. Dies hebt beispielsweise Michael Coors hervor. Allein der Umstand, so Coors, dass aufgrund von Begegnungen mit Menschen unterschiedlicher kultureller Prägungen abweichende moralische Überzeugungen aufeinanderträfen und diese in ein produktives Verhältnis zueinander gesetzt werden müssten, stelle kein neues, beziehungsweise eigenes Phänomen dar. Vielmehr, so Coors, «erscheinen interkulturell bedingte ethische Konflikte als das paradigmatische Problem, auf das moderne Ethiken im Kontext pluralistischer und liberaler Gesellschaften antworten» (Coors 2014, 9). In Anbetracht der für pluralistische Gesellschaften charakteristischen Vielfalt an moralischen Überzeugungen und Werthaltungen sei es die Aufgabe der Ethik, «Normen so zu begründen, dass sie für alle Menschen einer Gesellschaft mit ihren jeweils verschiedenen Überzeugungen bezüglich dessen, was ‚gutes Leben‘ ist, nachvollziehbar und akzeptabel sind.» Versteht man die Begründung universaler normativer Kriterien, die – beispielsweise im Zusammenhang der Institutionen des Gesundheitswesens – für alle Involvierten Gültigkeit haben, als die zentrale Aufgabe der Medizinethik, so handelt es sich laut Coors «bei interkulturellen Konflikten nicht um Konflikte neuer Art, sondern um moralische Konflikte, die sich ledig-

lich graduell von anderen Konflikten unterschieden, weil die Diversität der moralischen Überzeugungen in der konkreten Situation aufgrund der kulturellen Differenz in besonderem Maße deutlich wird.» Umso mehr werden interkulturell mitbedingte Konflikte daher in der Debatte gerne als Prüfstein für die geltenden medizinethischen Prinzipien betrachtet. Im Kontext des Medizintourismus sind dabei unter anderem die Prinzipien der Autonomie (und dabei speziell das Erfordernis des *informed consent*, vgl. dazu oben, Abschnitt 4.2 und 9.1) und des Nichtschadens im Fokus.

9.2.3 Arten von interkulturellen Fragestellungen

Bruchhausen (2014) schlägt vor, die in Institutionen des Gesundheitswesens auftretenden und auch für den Medizintourismus charakteristischen Konflikte mit interkulturellem Hintergrund in vier Gruppen einzuteilen.

Die erste Gruppe umfasst Konflikte, die aus mangelndem Verstehen der fremden Sichtweise resultieren. Sie hat es also mit Missverständnissen zu tun. Deren Grundlage wiederum sei oft ein Mangel an Verstehen-Wollen, der in den Konfliktsituationen durchaus auf beiden Seiten zu beobachten sei. Bei solchen Missverständnissen handle es sich aber, so Bruchhausen, nicht um ein ethisches, sondern zunächst um ein hermeneutisches Problem. Der Wille, das Gegenüber zu verstehen, sei zwar «ohne Zweifel ein moralisch gefordertes Bemühen», stelle aber nicht den eigentlichen Gegenstand der Ethik dar (Bruchhausen 2014, 26). Vielmehr gehe es in einem deskriptiven – im Unterschied zum normativen – Sinne um die Offenheit dafür, die andere Sichtweise grundlegend verstehen und einordnen zu wollen. Eine solche Offenheit könne in Institutionen des Gesundheitswesens eingefordert und in der Aus- und Weiterbildung geschult werden.

Die zweite von Bruchhausen identifizierte Art von interkulturellen Fragestellungen betrifft Konflikte, bei denen Bewertungsdifferenzen im Vordergrund stehen. In solchen Konflikten zeigt sich, dass zwar ein gegenseitiges Verständnis gegeben ist und eine grundsätzlich ausreichende gemeinsame Wertegrundlage besteht, dass aber die Einschätzungen bezüglich einer bestimmten Situation so auseinandergehen, dass eine Einigung erschwert wird. Auch hier ist also in erster Linie die deskriptive, und nicht die normative Ebene der Grund für den als moralisch verstandenen Konflikt. Als Beispiel einer solchen Situation nennt Bruchhausen eine Therapiebegrenzung auf der Intensivstation, die für einen westlich geprägten Arzt als medizinisch indizierte Therapiezielverlagerung evident sei, derweil sie beispielsweise für eine muslimisch geprägte Familie als ein Aufgeben bzw. Im-Stich-Lassen der betroffenen Person erscheine. Einigkeit herrscht zwischen Arzt und Familie in der moralischen Werthaltung, alles für den Patienten zu tun, das man tun könne. Die Bewertungsdifferenz resultiert in der geschilderten Situation aus der Einschätzung des Arztes, wonach mit einer Fortführung der Therapie eben nichts mehr für den Patienten getan werden könne. Bewertungsdifferenzen verlangen nach einer kultursensiblen Gesundheitsversorgung, die abweichende Perspektiven, Identitäten und Hintergründe der involvierten Personen anerkennt und sich ihres Einflusses auf Entscheidungen bewusst ist. Dies fordert auch die Akademie für Ethik in der Medizin in ihrem Positionspapier, wenn sie festhält, dass eine kultursensible Ethik im Gesundheitswesen auch dadurch

gekennzeichnet ist, dass sie «die Entstehung ethischer Bewertungen verstehend nachzuvollziehen bemüht ist, ohne damit schon in diese Wertung einzustimmen». Entsprechend sei interkulturelle Kompetenz notwendig, die auch darin bestehe, «sich auf einen kommunikativen Prozess des Verstehens der fremden kulturellen Identität und der mit ihr verbundenen ethischen Bewertungen einzulassen» (Akademie für Ethik in der Medizin 2014, 4) und bereit sei, die eigene Identität zu reflektieren bzw. sich ihres Einflusses auf die eigene ethische Bewertung einer Situation bewusst zu sein. Für den Umgang mit interkulturellen Fragen im Kontext des Medizintourismus scheint dieses Bemühen besonders wichtig, gerade um die Vermischung von blossen Bewertungsdifferenzen und echten Wertkonflikten zu vermeiden.

Als dritte Gruppe identifiziert Bruchhausen Konflikte, denen ein Fehlverhalten des behandelnden Personals zugrunde liege, wenn dieses Verpflichtungen, die gegenüber Landsleuten selbstverständlich eingehalten würden, gegenüber Menschen anderer Herkunft nicht wahrnehme. Solche Fälle seien Fälle nachweisbarer Diskriminierung und entsprechend unter keinen Umständen statthaft.

Nur die vierte Gruppe von Konfliktfällen, die Bruchhausen benennt, hat es mit harten Werte-Differenzen, d.h. ethischen Konflikten zu tun, die aufgrund unvereinbarer moralischer Positionen entstehen. Solche Wertedifferenzen entstünden im interkulturellen Kontext dort, wo tatsächlich unterschiedliche Wertehierarchien zum Vorschein kommen. Dies ergebe sich, so Bruchhausen, hauptsächlich aus drei Gründen: Ein erster Grund sei ein je nach kultureller Prägung unterschiedlich verstandenes Verhältnis von Individuum und Gemeinschaft. Besonders herausgefordert sei hier ein westlich geprägtes Verständnis des Prinzips der Autonomie, interpretiert als Selbstbestimmung des rational handelnden und entscheidenden Individuums. Diese Vorstellung bildet keineswegs bei einer Mehrheit der Menschheit den Hintergrund, vor dem Autonomie interpretiert wird. Vielmehr wird Autonomie je nach individueller oder kultureller Prägung viel stärker als an Beziehungen geknüpfte Fähigkeit verstanden bzw. als ein Vermögen, das sich nur in und durch Beziehungen realisieren lässt. Dieses Verständnis einer relationalen Autonomie findet nicht zuletzt aufgrund interkultureller Herausforderungen zunehmend auch in unseren Breiten Beachtung. Es kann wesentliche Impulse leisten, Wertedifferenzen, die mit dem in Anschlag gebrachten Verständnis von Autonomie zu tun haben, zu bewältigen.

Die zentrale Stellung der Patientenautonomie als Prüfstein interkultureller Verständigung im institutionellen Setting des Gesundheitswesens betont auch Ilhan Ilkilic. Er bezeichnet eine «unreflektierte Anwendung des konventionellen Patientenautonomiekonzepts im interkulturellen Kontext» als problematisch, was aber auch auf eine «unkritische Akzeptanz einer Entscheidungspraxis, die im Kulturkreis des Patienten als gängig gilt», zutreffe. Eine solche könne nicht selten aufgrund einer kulturalistischen Verengung geradezu paternalistisch sein. Laut Ilkilic sollte daher «zunächst geprüft werden, welches Patientenautonomiekonzept für den jeweiligen Patienten zutreffend ist. Erst nach einem kultursensiblen Kommunikationsprozess können der Stellenwert und die Implikationen der Patientenautonomie situativ konkretisiert werden.» (Ilkilic 2010, 37) So betont auch das Positionspapier der Akademie für Ethik in der Medizin, dass es zwar Aufgabe der behan-

delnden Personen (Ärztinnen bzw. Ärzte und Pflegende) sei, eine Indikation zu stellen und Behandlungsangebote daraus abzuleiten. Daran anschliessend verlange der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten aber, «kulturelle Differenz zu akzeptieren, die sich in unterschiedlichen ethischen Beurteilungen einer medizinischen Situation ausdrücken kann». Dadurch zeige sich auch «der Respekt vor der kulturellen Identität jedes Patienten».

Vergleichbare Anforderungen stellen die beiden weiteren von Bruchhausen angeführten Grundkonstellationen, in denen harte ethische Konflikte als Wertekonflikte im interkulturellen Kontext entstehen können. Dazu zählt er einerseits eine unterschiedliche Gewichtung von biologischem Leben und sozialer Unversehrtheit, wie sie beispielsweise bei Konflikten um kulturelle Praktiken zum Tragen komme, die in die körperliche Unversehrtheit von Personen eingreifen. Andererseits fallen darunter Konflikte, die mit religiösen Normen zu tun haben, die bestimmte Entscheidungen lenken. Solchen Normen können für die Einzelne bzw. den Einzelnen mit Blick auf ethische Imperative eine gewichtige Rolle spielen. Es können aber auch Normen vordergründig als religiös begründet verstanden werden, die sich aus anderen Quellen speisen und lediglich religiös legitimiert werden. Beim Verweis auf religiöse Normen für die Begründung von Wertekonflikten kommt dem Ergründen der Frage, was der Religion und was einer anderweitig etablierten Praxis zuzuordnen ist, wichtige Bedeutung zu. Als Beispiel hierfür kann die Stellung der Frau in der Gesellschaft erwähnt werden: Unabhängig von allfälligen religiösen Begründungen waren Frauen während sehr langer Zeit auch bei uns den Männern nicht gleichgestellt, bzw. sind es bis heute. Die Annahme einer religiösen Begründung entbindet also ebenfalls nicht von der Notwendigkeit, nach einer interkulturellen Verständigung zu suchen.

Nach Ansicht der Akademie für Ethik in der Medizin ist es daher unerlässlich, für Situationen, in denen die Verständigungsmöglichkeiten mit Patienten/innen eingeschränkt sind, einen Zugang zu kultursensiblen und professionellem Dolmetschen zu ermöglichen. Wie häufig und wie gravierend sprachlich begründete Missverständnisse in der Medizin sein können, wurde kürzlich in der Schweiz mit Blick auf unvollständige Kenntnisse von Migrantinnen in der Gynäkologie diskutiert.⁹¹ Sie willigen oft in Eingriffe ein, deren Indikation und deren möglichen Folgen sie de facto nicht zureichend abschätzen konnten. Der Einsatz professioneller, kultursensibler Dolmetscher/innen sei in diesem Zusammenhang, so das Positionspapier der Akademie, unverzichtbar für die Ermöglichung eines gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Dies sei sowohl aufgrund des Prinzips der Selbstbestimmung als auch des Prinzips der Gerechtigkeit gefordert. Und es trifft auch auf Medizintouristen/innen zu: Zwar begeben sie sich freiwillig in das Gesundheitssystem des Ziellands und nehmen Verständigungsschwierigkeiten womöglich billigend in Kauf. Dies ändert aber nichts an der Vulnerabilität der betreffenden Patienten/innen und ihrem Recht darauf, nach den besten Grundsätzen des Gesundheitssystems des Ziellandes behandelt zu werden.

⁹¹ Vgl. Sonntagszeitung vom 26. November 2017.

9.2.4 Zum Begriff der Kultur

Wo von Fragen der Interkulturalität im Gesundheitswesen die Rede ist, stellt sich die Frage nach dem Begriff der Kultur. Kann eine bestimmte Kultur überhaupt in einem abgeschlossenen Sinn beschrieben werden? Stiftet sie so umfassend Identität, und begründet sie moralische Überzeugungen, wie es der Verweis auf einen ‚kulturellen Hintergrund‘ einer Person häufig insinuiert? Es kann an dieser Stelle keine eingehende Auseinandersetzung mit dem Kulturbegriff geführt werden. Gemeinhin wird in der medizinethischen Literatur zum Umgang mit Interkulturalität im Gesundheitswesen aber die Auffassung vertreten, dass der Begriff der Kultur differenziert zu verwenden sei. Gerade im Kontext von Migration und in Anbetracht der Tatsache, dass homogene Zuordnungen zu einem ‚Kulturkreis‘ oder die Zuschreibung eines ‚kulturellen Hintergrunds‘ die biographischen Realitäten der meisten Menschen nicht adäquat beschreiben, sei ein Rekurs auf den Kulturbegriff als einfache Erklärung der Haltung einer Patientin/eines Patienten gegenüber ethischen Fragen in der Medizin sorgfältig vorzunehmen. Ein essentialistischer Kulturbegriff, der Kultur in einem statischen Sinn als objektiv bestimmbare Grösse versteht, die eine Person dauerhaft prägt und ihr Identität verleiht, sei angesichts einer Realität, in der multiple Zugehörigkeiten insbesondere unter Menschen mit Migrationsgeschichte oftmals den Regelfall darstellten, problematisch.

Angemessen sei vielmehr ein konstruktivistisches Verständnis von Kultur, das Kultur als form- und veränderbar versteht und kulturelle Selbst- und Fremdwahrnehmung als letztlich konstruierte Grösse auffasst. Ein solcher Ansatz erlaubt es, der Vielgestaltigkeit kulturell definierter Gruppen Rechnung zu tragen – nicht selten gibt es ja innerhalb einer ‚Kultur‘ ebenso wie innerhalb einer religiösen Gemeinschaft starke Unterschiede in der Orientierung, was sich beispielsweise darin niederschlägt, dass sich konservativere und progressive Vertreter/innen innerhalb derselben Gruppe gegenüberstehen. Wie die Akademie für Ethik in der Medizin festhält, erlaubt ein konstruktivistisches Kulturverständnis «einen weniger voreingenommenen Zugang zum Patienten, der nicht als ‚typischer Vertreter‘ einer Kultur wahrgenommen wird, sondern als Individuum mit eigenen Wertvorstellungen und einer differenzierten (Migrations-)Biographie.» (Akademie für Ethik in der Medizin 2014, 4)

Ausgehend von Clifford Geertz, der Kultur als «ineinander greifende Systeme auslegbarer Zeichen» definierte und explizit in Abrede stellte, dass Kultur eine Instanz sei, der «gesellschaftliche Ereignisse, Verhaltensweisen, Institutionen oder Prozesse kausal zugeordnet werden könnten», schlägt Michael Knipper deshalb vor, Kultur als «das verinnerlichte Repertoire an Denk- und Handlungsmodellen, Wahrnehmungsmustern und moralischen Werten» zu verstehen, die im Laufe des Lebens erworben und weiterentwickelt werden. Dazu gehöre die religiöse Orientierung ebenso wie «moralisch bedeutsame Vorstellungen bezüglich Krankheit, dem ‚richtigen‘ Umgang mit Kranken, Sterbenden und Verstorbenen, gegenüber medizinischem Personal oder auch im Hinblick auf Nahrungsmittel und Ernährung in bestimmten Lebenssituationen, insbesondere bei Krankheit, Rekonvaleszenz oder Schwangerschaft.» (Knipper 2014, 66)

Eine Konzeption, die Kultur im Sinne eines verinnerlichten Repertoires an Denk- und Handlungsmodellen, Wahrnehmungsmustern und moralischen Werten, die im Laufe des Lebens erworben und weiterentwickelt werden, versteht, ist im Kontext des Gesundheitswesens noch aus einem weiteren Grund zielführend: Es ist im klinischen Zusammenhang ja so, dass eine solche ‚Kultur‘, die man einer Patientin bzw. einem Patienten allenfalls aufgrund ihrer/seiner Herkunft zuschreiben kann, auf eine eigene ‚Kultur‘ innerhalb der Klinik bzw. innerhalb des Gesundheitssystems trifft. Zu dieser Kultur gehören ebenso sehr verinnerlichte Repertoires an Denk- und Handlungsmodellen, Wahrnehmungsmustern und moralischen Werten, die erworben und im institutionellen Setting der Gesundheitsinstitutionen weiterentwickelt werden. Dies gilt nicht nur für die Rollenwahrnehmung, die Zuständigkeiten und die Lenkung der Aufmerksamkeit einzelner Berufsgruppen (Ärzte/innen, Pflegende, weitere Involvierte). Es gilt speziell auch für die etablierten Hierarchien sowie die ‚kulturellen‘ Unterschiede, die zwischen den medizinischen Fachdisziplinen bestehen und die zu den für Institutionen des Gesundheitswesens charakteristischen Merkmalen gehören, die eine interdisziplinäre Verständigung zuweilen unabhängig von Status und Herkunft einer Patientin bzw. eines Patienten erheblich erschweren können.

Kultur – und auf Kultur gründende interkulturelle Fragestellungen in der Medizin – stellen in diesem Sinne nicht nur die Frage, wie mit den Prägungen der zu behandelnden Personen umzugehen sei, sondern verlangen auch nach einer Reflexion eigener Identitäten und Prägungen auf Seiten der Behandelnden. Ein Zugang, der Konflikte im klinischen Kontext allzu rasch kulturalisiert oder gar ethnisiert, vermöchte dieser, für den Umgang mit kulturell bedingten Wertedifferenzen wichtigen, Einsicht nicht zu entsprechen.

9.2.5 Fazit zu Interkulturalität und Medizintourismus

Ein reflektierter Umgang mit dem Kulturbegriff und damit verbundenen Zuschreibungen ist auch im Kontext des Medizintourismus von Bedeutung. Es liegt in der Natur des Medizintourismus, dass in der Behandlung entsprechender Patienten/innen interkulturelle Fragen aufkommen, die Spannungen verursachen können. Im Wesentlichen sind dies aber nicht Fragestellungen, die spezifische Probleme des Medizintourismus aufwerfen, sondern es handelt sich aus ethischer Perspektive um Problemstellungen, die auch aus dem Kontext von Migration und Gesundheit sowie der immer schon interkulturell geprägten Zusammensetzung medizinischer Institutionen bekannt sind.

Während jedoch im allgemeinen Kontext von Migration und Gesundheit Gerechtigkeitsfragen und Fragen in Zusammenhang mit dem medizinethischen Prinzip der Fürsorge oft im Zentrum stehen, rückt der Medizintourismus auch mit Blick auf Interkulturalität in der Medizin eher das Nichtschadens- und vor allem das Autonomieprinzip in den Vordergrund. Der Respekt gegenüber einer konstruktivistisch verstandenen kulturellen Identität ist dabei etwa zweifellos aufgrund des Respekts vor der Autonomie sowohl der Medizintouristin bzw. des Medizintouristen als auch der behandelnden Person zwingend einzufordern. Rechnung zu tragen ist aber auch einer erhöhten Vulnerabilität behandlungsbedürftiger Person, die aus den Erwartungen, Hoffnungen und den womöglich eingegange-

nen ökonomischen Risiken resultiert. Gleichzeitig muss es dem behandelnden Personal möglich gemacht werden, die Gleichbehandlung aller Patienten/innen walten zu lassen und zugleich für sich selbst die Orientierung an ihren verinnerlichten moralischen Prinzipien einzufordern, auch wenn es sich um Personen handelt, die einen hohen sozialen Status durchsetzen wollen, was unter Umständen in stärker ständisch geprägten Herkunftsgebieten – wie es sie aber auch in unserem Kulturkreis noch geben kann – selbstverständlicher scheint. Letztlich besteht die ethisch gesehen zentrale Forderung darin, die Rahmenbedingungen so auszugestalten, dass eine gelingende Verständigung möglich ist. Dies gebietet auch eine Orientierung an den Interessen des hiesigen behandelnden Personals. Dem professionellen, interkulturellen Dolmetschen kommt dabei eine zentrale Rolle zu.

9.3 Zur Problematik der Verdrängung

Wie die empirischen Befunde bestätigen, kann der Medizintourismus zu Situationen führen, in denen die Präsenz ausländischer Patienten/innen in hiesigen Institutionen des Gesundheitswesens, deren Anwesenheit absichtlich herbeigeführt wurde, zur Akzentuierung einer generell bestehenden Ressourcenknappheit führen kann. Eine Folge dieser Akzentuierung kann die Verdrängung von hiesigen Patienten/innen sein, deren Ansprüchen unter Umständen nicht genügend oder zumindest nur in eingeschränkter Form (etwa an einem geographisch weit entfernt liegenden Ort) Genüge getan werden kann. Diese Problematik stellt sich umso mehr, je ausgeprägter die Knappheit entsprechender Ressourcen aufgrund ihrer natürlichen Verfügbarkeit ist (z.B. mit Blick auf Spenderorgane), oder je stärker sich die Behandlungssituation grundsätzlich durch institutionelle Knappheit auszeichnet (vgl. auch oben, 4.3.3, 8.2.1 und 8.2.2).

9.3.1 Verdrängung als mögliches Problem in der Intensivmedizin

Wenig erstaunlich gerät – wie auch durch die empirischen Befunde bestätigt – die Intensivmedizin besonders in den Fokus. Sie gehört nicht nur zu jenen Bereichen der Medizin, in denen unter dem höchsten Druck entschieden werden muss und die Fragestellungen oft existentieller Natur sind, sondern es ist auch ein Bereich, der seit jeher mit Allokationsfragen einhergeht. Die Intensivmedizin gehört zu den kostenintensivsten Bereichen der Medizin und ist daher besonders exponiert, was den haushälterischen Umgang mit Mitteln betrifft. Entsprechend sind die Kapazitäten intensivmedizinischer Stationen nicht nur aufgrund von technischen Rahmenbedingungen bewusst limitiert, sondern auch aus ökonomischen Gründen. Es liegt somit nahe, dass der Bereich der Intensivmedizin zu jenen Bereichen gehört, bezüglich dessen ethische Fragen in der Medizin sehr ausführlich debattiert werden (vgl. z.B. Junginger et al. 2008; Salomon 2009 sowie zusammenfassend Krones/Biller-Andorno 2011). Während die Frage der gerechten Allokation knapper Mittel – die auch als Rationierungsfrage diskutiert wird – dabei ausführlich behandelt wird (vgl. z.B. Marckmann 2009), wird die mögliche Problematik der Verdrängung im Kontext des Medizintourismus jedoch in der Literatur nicht explizit thematisiert.

Zu fragen ist nach der hier vertretenen Einschätzung auch im vorliegenden Zusammenhang, ob bzw. inwiefern die Problematik der Verdrängung für den Medizintourismus spezifisch ist. Dass bei einem Eingriff Komplikationen auftreten können, die eine Verlegung auf die Intensivstation bzw. die Vornahme intensivmedizinischer Massnahmen nötig machen, gilt generell und hat bei elektiven, also geplanten Eingriffen zur Folge, dass die Frage des Umgangs mit solchen Komplikationen sowie entsprechende Risiken zu den Informationsgehalten gehören, die der Patientin bzw. dem Patienten zwingend vermittelt werden müssen. Dass zugleich ein ökonomischer Anreiz und ein gewisser ökonomischer Druck bestehen, kostenintensive Behandlungen anzubieten, um teure Infrastrukturen im Bereich der hochspezialisierten Medizin zu amortisieren, wird durch die empirischen Befunde bestätigt. Für die Institutionen des Gesundheitswesens bedeutet dies eine Gratwanderung bezüglich der planbaren Auslastung ihrer kostenintensiven Infrastrukturen, zu denen eine intensivmedizinische Einrichtung gehören kann. Entsprechend sind Situationen, in denen ein/e Patient/in zwar intensivmedizinische Behandlung benötigt, hierfür aber in eine andere Einrichtung verlegt werden muss, die freie Kapazitäten hat, zwar glücklicherweise selten, aber aus Gründen, die der Intensivmedizin gleichsam inhärent sind, nicht auszuschliessen. Solche Situationen sind denkbar als Folge der Aufnahme einer Medizintouristin bzw. eines Medizintouristen, da auch hier im Verlauf der Behandlung Komplikationen auftreten können, welche die Einleitung intensivmedizinischer Massnahmen nötig machen können.

9.3.2 Medizin-ethische Richtlinien der SAMW zur Intensivmedizin

Aufgrund dieser Ausführungen ist die Frage, inwiefern schwierige Situationen in der Intensivmedizin nach anderen Kriterien oder Prinzipien zu beurteilen sind, wenn sie aufgrund einer Medizintouristin bzw. eines Medizintouristen entstehen, noch keineswegs beantwortet. Die SAMW hat 2013 medizinisch-ethische Richtlinien zu intensivmedizinischen Massnahmen erlassen (vgl. SAMW 2013b). In ihnen sind die ethischen Grundsätze festgehalten, die es mit Blick auf die Aufnahme und die Behandlung in der Intensivmedizin zu beachten gilt. Die SAMW orientiert sich dabei an den vier klassischen und etablierten medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (Respekt vor der Autonomie, Gerechtigkeit, Wohltun, Nichtschaden, vgl. Beauchamp/Childress 2008). Allen vier kommt auch in der Intensivmedizin eine wichtige Bedeutung zu. Der oft vorliegende Zeit- und Entscheidungsdruck führt dabei zu besonderen Herausforderungen bezüglich des Respekts vor der Autonomie. Die Prinzipien des Wohltuns und des Nichtschadens sind bedeutsam, weil die Intensivmedizin in speziellem Mass dem möglichen Spannungsfeld von Übertherapie und Behandlungsverzicht ausgesetzt ist. Angesichts der inhärenten Ressourcenknappheit kommt aber laut SAMW auch dem Prinzip der Gerechtigkeit im Kontext der Intensivmedizin grosse Bedeutung zu. Dabei verweist die SAMW implizit auf die Verdrängungsthematik, indem sie festhält: «Bei knappen oder fehlenden Ressourcen müssen für die Triage von Patienten, die auf einer Intensivstation behandelt werden, nicht nur Fragen nach der Sinnhaftigkeit dieser Behandlung, sondern auch solche nach Gerechtigkeit gegenüber Patienten, die nicht behandelt werden, beantwortet

werden.» (SAMW 2013b, 8) Die Patienten/innen, die ggf. nicht behandelt werden könnten, weil die Betten belegt sind, sind es, die Verdrängung erfahren.

Hinsichtlich der Frage, ob in diesem Zusammenhang jedoch die Herkunft eines/einer Patienten/in ein gerechtigkeitsrelevantes Kriterium ist, äussert sich die SAMW in ihren Richtlinien eindeutig. Sie tut dies einerseits im Rahmen der Frage, welche Patienten/innen auf die Intensivstation aufzunehmen seien und andererseits mit Blick auf die Frage, wie vorzugehen sei, wenn im Fall einer Katastrophe (z.B. einer Pandemie) und damit verbunden einer akuten Knappheit, eine Selektion (Triage) unausweichlich sei. In die Intensivstation aufzunehmen seien, so die SAMW, «Patienten in einem lebensbedrohlichen Zustand oder mit dem Risiko auf Entwicklung eines solchen. Letzteres betrifft insbesondere auch Patienten nach einem operativen oder anderen invasiven Eingriff, der aufgrund seines Ausmasses oder wegen vorhandener Komorbiditäten vital gefährdend sein könnte.» (SAMW 2013b, 33) Nach diesen Ausführungen sind ausschliesslich medizinische Kriterien zu berücksichtigen. Dies, so macht die SAMW bezüglich der Katastrophensituation deutlich, gilt auch, wenn triagiert werden muss: «Die verwendeten Kriterien müssen sachlich begründet und transparent sein. Sie sind ohne Diskriminierung (z.B. bezüglich Alter, Geschlecht, Wohnkanton, Nationalität, religiöser Zugehörigkeit, sozialem und Versicherungsstatus oder vorliegender chronischer Behinderung) in einem fairen Verfahren anzuwenden.» (SAMW 2013b, 36) Vielmehr gehe es auch hier ausschliesslich um medizinische Kriterien, insofern vorrangig diejenigen Patienten/innen auf der Intensivstation zu behalten seien, deren Prognose nur bei intensivmedizinischer Behandlung gut, ansonsten aber ungünstig seien.

Dass im Kontext lebensbedrohlicher oder zumindest vitaler Indikationen, wie sie in der Intensivmedizin gängig sind, Herkunft oder Aufnahmekontext des/der Patienten/in keine Rolle spielen kann, ergibt sich in ethischer Perspektive aus den Prinzipien des Wohltuns und des Nichtschadens. Insofern lässt sich festhalten, dass eine mögliche Verdrängung in der Situation inhärenter Knappheit, welche die Intensivmedizin auszeichnet, nicht spezifisch für den Medizintourismus ist. Vielmehr können auch für den Medizintourismus jene Aussagen der SAMW-Richtlinien gelten, die sich mit der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten/innen befassen, die in Folge eines elektiven Eingriffs auf die Intensivstation aufgenommen werden müssen. Dazu schreibt die SAMW: «Bei elektiven Eingriffen steht den behandelnden Ärzten genügend Zeit zur Verfügung, um die Indikation mit dem Patienten zu besprechen und den Eingriff zu erläutern. Hierbei kommen auch Chancen, Risiken und mögliche Komplikationen zur Sprache sowie Handlungsoptionen, die bei deren Eintreten bestehen. Komplikationen können bei jedem Eingriff auftreten und gehören zu den inhärenten Risiken aller Interventionen. Kommt es als Folge einer Komplikation zur Bedrohung oder Störung der Vitalfunktionen, werden alle sinnvollen intensivmedizinischen Massnahmen eingesetzt. Da ausschliesslich das Wohl des Patienten und dessen Willen im Fokus der Behandlung stehen, interessiert bei einer Komplikation nicht die Ursache, sondern nur, ob sie grundsätzlich beherrschbar ist oder nicht.» (SAMW 2013b, 22f.)

9.3.3 Anwesenheit als entscheidendes Kriterium

Entscheidend ist mit Blick auf den Medizintourismus in ethischer Perspektive der Umstand, dass der/die Patient/in in dem Moment, in dem die intensivmedizinische Behandlung notwendig wird, bereits im hiesigen Gesundheitssystem aufgenommen wurde. Aus diesem Grund darf der/die Patient/in in Situationen, in denen Komplikationen auftreten, die eine intensivmedizinische Behandlung notwendig machen, nicht aufgrund ihrer/seiner Herkunft besonders behandelt werden. Dies ist auch juristisch so verbrieft, wie dies in Kapitel 4.3.3 oben ausgeführt wird.

Hingegen ist es zwingend, mögliche Komplikationen bzw. die Tatsache, dass es zu einer Aufnahme auf die Intensivstation kommen kann, in Abklärungsgesprächen bzw. im Rahmen der Information an den/die Medizintouristen/in eindeutig anzusprechen. Diese Forderung deckt sich aber lediglich mit jener, die für elektive Eingriffe bei Patienten/innen aus der Schweiz festgehalten wird. Situationen, in denen eine Verdrängung eintritt, sind selbstredend in jeder Hinsicht unerwünscht und sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Dies insbesondere in der Pädiatrie, wo sich die Knappheit aufgrund der zusätzlichen Spezialisierung besonders ausgeprägt zeigt. Diese Feststellung unterstreicht im Kontext des Medizintourismus in ethischer Perspektive die Notwendigkeit einer möglichst sorgfältigen und eingehenden Abklärung – eine schnellere Verlegung von Medizintouristen/innen weg von der Intensivstation legitimiert dies aber nicht.

Der Kontext der Rationierungsdebatte als Modellfall einer Debatte über den Umgang mit begrenzten Ressourcen in der Medizin ist aber gleichwohl hilfreich, um auf einen Aspekt hinzuweisen, den es auch mit Blick auf die mögliche Verdrängungsproblematik im Kontext des Medizintourismus zu beachten gilt. Gemeint ist die Forderung, dass Kriterien, nach denen in Knappheitssituationen Rationierungsentscheidungen getroffen werden, nicht nur öffentlich nachvollziehbar festzuhalten sind, sondern dass sie auch innerhalb der Institution in Form von Leitlinien transparent zu machen sind. Diese Transparenz gilt sowohl für das behandelnde Personal, als auch für interessierte Patienten/innen (vgl. dazu beispielsweise Marckmann 2009).

9.3.4 Fazit zur Problematik der Verdrängung

Spezifisch ist auch mit Blick auf die Verdrängungsproblematik der generell genannte Umstand, dass Medizintouristen/innen absichtlich in unser Gesundheitssystem aufgenommen werden und ihnen gegenüber daher entsprechende Sorgfaltspflichten gelten. Dazu sollte mit Blick auf die Verdrängungsproblematik gehören, dass sich die Institutionen explizit mit der Frage befassen, wie sie mit ethischen Konfliktsituationen verfahren, in denen intensivmedizinische Ressourcen aufgrund der Behandlung von Medizintouristen/innen nicht ausreichend zur Verfügung stehen könnten. Auf eine Aufnahme kann aufgrund der Vorabklärungen und einem erhöhten Komplikationsrisiko verzichtet werden, sofern dies gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten nachvollziehbar begründet werden kann. Ist der/die Patient/in aber einmal im hiesigen Gesundheitssystem aufgenommen und ergeben sich entsprechende Komplikationen, erscheint eine Ungleichbehand-

lung aufgrund der Herkunft angesichts der auch von der SAMW festgehaltenen Aufgabenbestimmung der Intensivmedizin nicht als gerechtfertigt.

9.4 Spezialfall Pädiatrie aus ethischer Sicht

Aus den Befunden der empirischen Untersuchung geht hervor, dass der Umgang mit Medizintouristen/innen bisweilen dann als speziell belastend und ethisch bedeutsam beschrieben wird, wenn es sich um Kinder als Patienten/innen handelt. Dies beispielsweise deshalb, weil die Kommunikation mit den Eltern – die bei der Behandlung von Kindern stets eine wichtige Rolle einnimmt – aus sprachlichen oder kulturellen Gründen erschwert ist. Es ist unstrittig, dass die Behandlung von Kindern rechtlich teilweise spezifisch geregelt ist (vgl. dazu oben 8.3) und auch Fragen, die aus ethischer Sicht mit Blick auf den medizinischen Umgang mit Kindern zu beachten sind, keinesfalls mit jenen gleichzusetzen sind, die sich bei Erwachsenen stellen (vgl. umfassend beispielsweise Wiesemann 2003). Im Folgenden soll einerseits in der gebotenen Kürze diskutiert werden, welche dieser Besonderheiten der Ethik in der Pädiatrie gegebenenfalls mit Blick auf den Medizintourismus speziell zu Tage treten können. Zugleich soll aber auch hier gefragt werden, inwiefern diese Fragen für den Medizintourismus spezifisch sind und somit eines spezifischen bzw. andersartigen Umgangs bedürften, als es aus ethischer Sicht generell für den Umgang mit Kindern als Patienten/innen gilt.

9.4.1 Ethische Aspekte der Pädiatrie

Der Grundsatz, dass «Kinder keine kleinen Erwachsenen sind» (NEK-CNE 2009, 7) ist gemeinhin anerkannt und wird sowohl in der medizinischen Praxis wie auch in der medizinischen Forschung weitestgehend berücksichtigt. Zwar gibt es noch Lücken mit Blick auf pharmakologische Forschung, die die spezifischen Bedürfnisse und die besondere Konstitution von Kindern berücksichtigt und dabei der Tatsache Rechnung trägt, dass beispielsweise Dosierungen, die für Erwachsene gelten, nicht einfach unter Verrechnung entsprechender Grössen- und Gewichtsdimensionen auf Kinder übertragen werden dürfen – dies unter anderem deshalb, weil sich ihr Stoffwechsel massgeblich von jenem Erwachsener unterscheidet. Dies tut aber der Tatsache keinen Abbruch, dass die Institutionen des Gesundheitswesens in der Schweiz äusserst sorgsam mit den spezifischen Bedürfnissen von Kindern umgehen und entsprechende Strukturen – man denke an die Etablierung der Kinder-Palliativmedizin – heute in breitem Umfang bestehen.

Dass Kinder nicht einfach als kleine Erwachsene behandelt werden können, stellt auch die Medizinethik vor besondere Herausforderungen. Diese wurden und werden breit diskutiert, und es kann nicht das Ziel sein, hier die Breite dieser Diskussion wiederzugeben. Zentral ist, dass Kinder – zumal in den ersten Lebensjahren – Patienten/innen sind, die nicht oder nur teilweise in der Lage sind, einen Willen auszubilden und zu formulieren und auf dieser Grundlage eine Einwilligung in eine Behandlung abzugeben oder eine solche reflektiert abzulehnen. Vielmehr gilt es im Umgang mit Kindern stets, die Entscheidungsgewalt Dritter – in der Regel der nächsten Angehörigen, zumeist der Eltern –

zu respektieren. Es ist also die fehlende Urteilsfähigkeit und damit einhergehend die Unmöglichkeit einer informierten Einwilligung seitens der/des Patient/in, die ein Spezifikum der Ethik in der Pädiatrie ausmacht. Diese Schwierigkeit geht jedoch über das alleinige Moment der Einwilligung hinaus, insofern auch die Möglichkeit, sich an zuvor bzw. bisher geäußerten Werthaltungen und Prioritäten der/des Patient/in zu orientieren, wie es gemäss dem Konzept des mutmasslichen Willens für urteilsunfähige Erwachsene vorzugehen gilt, bei Kindern nicht besteht. Ihre Fähigkeit, Werthaltungen und Präferenzen auszubilden, ist nicht oder nur eingeschränkt vorhanden, und so kann zumindest bei kleineren Kindern nicht nach deren Massgabe gehandelt werden, wenn es darum geht festzulegen, woran sich eine Entscheidung konkret zu orientieren hat.

9.4.2 Der Massstab des Kindeswohls

Entsprechend werden für die Ethik in der Pädiatrie Kriterien diskutiert, die sich am Massstab des Kindeswohls orientieren. Behandlungen, aber auch deren Ablehnung, haben sich daran zu bemessen, dass sie dem Kindeswohl dienen. Kompetente Entscheidungsträger/innen zur Bestimmung des Kindeswohls sind in erster Linie die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter/innen des Kindes. Es ist der Schutz des Kindeswohls bzw. die Beförderung desselben, mit dem der Kern ethischer Verpflichtungen in der Pädiatrie umschrieben wird. Mithin wird geltend gemacht, dass, im Unterschied zur Erwachsenenmedizin nicht der Respekt vor der Autonomie der/des Patient/in im Zentrum steht, sondern deren Schutz.

Freilich ist notorisch umstritten, woran genau sich das Kindeswohl – als ethische Norm – zu bemessen hat. So wurde etwa von Allen Buchanan und Dan Brock der «best interest»-Standard eingebracht, demgemäss sich die Entscheidungen daran zu orientieren hätten, was im objektiven Interesse des Kindes liege (vgl. Buchanan/Brock 1990). Und mit Rückgriff auf den Philosophen Joel Feinberg wird oft argumentiert, Entscheidungen mit Blick auf Kinder hätten sich daran zu bemessen, dass ihr «Recht auf eine offene Zukunft» nicht tangiert werde (vgl. Feinberg 1980). Es kann an dieser Stelle nicht auf die zahlreichen Schattierungen eingegangen werden, die sich in der medizinethischen Debatte bezüglich der Frage nach der Bestimmbarkeit und dem Gehalt dieser Konzepte finden. Für den Kontext des Medizintourismus relevant ist aber sicherlich die Feststellung, dass der Versuch, das Kindeswohl oder ein «bestes Interesse des Kindes» objektiv bestimmen zu wollen, oft mit der Schwierigkeit behaftet ist, dass eine solche Objektivierbarkeit fraglich ist. Denn auch hier spielen individuelle Wertvorstellungen sowie unter Umständen kulturell geprägte Präferenzen und Vorbehalte eine wichtige Rolle, die gerade die ethisch brisanten unterschiedlichen Einschätzungen, die zwischen den Behandelnden und den Patienten/innen bzw. deren Vertreter/innen vorliegen können, hervorruhen. Solche Differenzen können sich im Kontext des Medizintourismus akzentuieren, weil unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Familie sowie der Rolle einzelner Familienmitglieder in die Kommunikation hineinspielen können. Es ist davon auszugehen, dass sie aufgrund der beim Medizintourismus notwendig gegebenen unterschiedlichen Herkunft der Beteiligten häufiger auftreten. Differenzen bezüglich der Auslegung dessen,

was als Kindeswohl leitendes Kriterium von Entscheidungen in der Pädiatrie sein sollte, stellen aber eine konstitutive Schwierigkeit der Ethik in der Pädiatrie dar, die *nicht für den Medizintourismus spezifisch* ist. Dort wiederum, wo Herausforderungen der interkulturellen Kommunikation im medizinischen Kontext in die Bewältigung dieser Situationen hineinfließen, sollten sie – da es um den Umgang mit Interkulturalität geht – nicht als spezifische Fragen der Pädiatrie behandelt werden, sondern orientiert an Erkenntnissen zum Umgang mit Interkulturalität in der Medizin.

9.4.3 Einbezug der Kinder

Zu beachten bleibt in diesem Zusammenhang die für die Ethik in der Pädiatrie generell – und weder für die Beteiligung von Kindern mit Migrationsgeschichte noch für den Medizintourismus spezifisch geltende – Tatsache, dass Eltern oder andere dem Kind nahe stehende Personen *stellvertretend* für dieses entscheiden. Seine Vulnerabilität ist entsprechend massiv erhöht. Im Kontext der Autonomiedebatte, nicht zuletzt in Zusammenhang mit der verstärkten Beachtung des Konzepts der relationalen Autonomie setzt sich in diesem Zusammenhang zunehmend der Ansatz durch, Kinder entsprechend ihrem Alter an der Entscheidungsfindung zu beteiligen, auch wenn ihnen noch keine Urteilsfähigkeit in vollem Sinn zugestanden werden kann. Kinder und Jugendliche sind schon früh, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung, in der Lage, Einschätzungen ihrer Situation vorzunehmen und sich an der Entscheidungsfindung aktiv zu beteiligen. Da die Ethik in der Pädiatrie stets mit einem Konflikt zwischen Respekt vor der Autonomie und Schutz des Kindeswohls konfrontiert ist, ist der Einbezug der Kinder und Jugendlichen in die Entscheidungsfindung entsprechend ihren Fähigkeiten ein wichtiges Element, um den Konflikt zu entschärfen.

Auch hier ist es wahrscheinlich, dass im Umgang mit Menschen mit Migrationsgeschichte ebenso wie mit Medizintouristen/innen Differenzen zwischen den Behandelnden und den Angehörigen der Patienten/innen auftreten können, die mit abweichenden Werthaltungen und Familienverständnissen, vor allem aber auch mit sprachlichen Hürden zu tun haben. Diese akzentuieren sich im Umgang mit dem Kind insofern, als es zusätzlich zur sprachlichen Hürde auch die Schwierigkeit zu beachten gilt, Informationen entsprechend den kognitiven Fähigkeiten des Kindes zu vermitteln. Treten solche Herausforderungen im Kontext des Medizintourismus gehäuft auf, so ist ihnen im Rahmen der erhöhten Sorgfaltspflichten auf Seiten der hiesigen Institutionen des Gesundheitswesens und der Behandelnden Rechnung zu tragen, etwa indem weitere Gesichtspunkte bezüglich der Ressourcen für interkulturelle Kommunikation beachtet werden. Diese Herausforderungen werden aber ebenfalls nicht *spezifisch* durch den Medizintourismus generiert.

9.4.4 Fazit zum Spezialfall Pädiatrie

Kinder und Jugendliche sind besonders vulnerable Patienten/innen und können nicht als ‚kleine Erwachsene‘ behandelt werden. Dieser Umstand resultiert wesentlich aus der Tatsache, dass sich Kinder und Jugendliche nicht oder nur eingeschränkt an der Entscheidungsfindung beteiligen können. Entsprechend gilt es aus ethischer Sicht, eine sol-

che Beteiligung nicht nur bestmöglich zu gewährleisten, indem entsprechende Kommunikationswege und -methoden genutzt werden, sondern auch besonders sorgfältig mit Erwägungen umzugehen, die sich auf schwer objektivierbare Grössen wie das Kindeswohl beziehen. Im Kontext des Medizintourismus kann diese generelle Vulnerabilität aufgrund der für Patienten/innen mit ausländischer Herkunft oft gegebenen sprachlichen Hürden und kulturell unterschiedlicher Prägungen verschärft werden. Die Problematik in der Pädiatrie ist aber nicht für den Medizintourismus spezifisch.

9.5 Schadensrisiken und die Herausforderung multiresistenter Keime

Mit Blick auf medizinische Bedenken und Risiken im Zusammenhang mit Medizintourismus wurde in der Befragung vor allem auf das Risiko multiresistenter Keime hingewiesen, welche eine mögliche Gefahr für die inländische Bevölkerung darstellen (vgl. 7.5.2). Das Problem multiresistenter Keime ist dabei zunächst nicht spezifisch für den Medizintourismus, sondern stellt eine nationale wie internationale Herausforderung dar, die insbesondere durch den übermässigen oder unsachgemässen Einsatz von Antibiotika entstanden und durch die zunehmende internationale Vernetzung verschärft wird. Dem Aktionsplan der WHO (2012) folgend hat der Bundesrat eine «Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz» (2015) in Auftrag gegeben, die gemeinsam von mehreren Bundesämtern erarbeitet wurde. In dieser Strategie wird der «medizinische Tourismus» als eine Ursache für das Auftreten neuer Resistenzen und ihrer Verbreitung genannt (2015, 13), allerdings wird in den Handlungsfeldern nicht spezifisch auf Massnahmen eingegangen.

In der Debatte um Medizintourismus wird wiederum in einzelnen Untersuchungen auf das Problem multiresistenter Keime im Zusammenhang mit Patienten/innen hingewiesen, die sich einer Behandlung im Ausland unterziehen – meist in ‚schwächer entwickelten‘ Ländern mit anderen Hygienestandards und einem anderen, weniger strikten Umgang mit der Verschreibung oder dem Zugang zu Antibiotika (vgl. etwa Laupland/Fisman 2010; Crooks et. al. 2013). Der Beitrag des Medizintourismus zur Verbreitung von multiresistenten Keimen wird dabei an einzelnen Beispielen nachgewiesen (Karthikeyan/Kumarasamy 2010) und es wird allgemein diskutiert, welche nationalen wie internationalen Regulierungen notwendig und zielführend sind (vgl. Hill 2011).

Im Rahmen der vorliegenden Studie stehen demgegenüber Medizintouristen/innen im Mittelpunkt, die in die Schweiz kommen und mögliche Träger multiresistenter Keime sind. Der Beitrag zur Verbreitung multiresistenter Keim ist dabei mit Blick auf die Standards in hiesigen Kliniken und die geringe Anzahl von Patienten/innen, die für eine medizinische Behandlung in die Schweiz kommen, grundsätzlich als klein einzuschätzen. Das ändert jedoch aus ethischer (wie auch aus rechtlicher) Sicht nichts daran, dass eine mögliche Gefährdung inländischer Patienten/innen und die weitere Verbreitung multiresistenter Keime unbedingt vermieden werden sollte.

Spezifisch für das Problem im Zusammenhang mit Medizintourismus in die Schweiz ist dabei wiederum, dass die Behandlung freiwillig erfolgt und gezielt sowie intentional her-

beigeführt wird. Daraus ergeben sich neben der Befolgung der schon bestehenden Regulierungen im Zusammenhang mit multiresistenten Keimen spezielle Sorgfaltspflichten auf Seiten der Kliniken im Umgang mit Patienten/innen: So sollte etwa gefordert werden, dass Patienten/innen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass sie Träger multiresistenter Keime sind, in jedem Fall getestet werden, und es sollten besondere Vorsichtsmassnahmen getroffen werden (möglicherweise sogar die isolierte Unterbringung). Wichtig ist hier, dass die Umsetzung dieser Forderungen aufgrund der kontrollierbaren Rahmenbedingungen dabei auf mehr oder weniger unproblematische Weise möglich ist und daher strikt befolgt werden sollten. Auch wenn, das Risiko multiresistenter Keime und der Beitrag des Medizintourismus zu ihrer Verbreitung im Vergleich zur allgemeinen Problematik als klein eingeschätzt werden können, sollte dieses Problem im Rahmen des Medizintourismus in die Schweiz ernst genommen und mit grösster Sorgfalt behandelt werden, da durch die freiwillig und gezielt herbeigeführte Behandlung eine spezielle Verantwortung auf Seiten derer, die die Behandlung durchführen, entsteht.

9.6 Institutionen des Gesundheitswesens als globale Akteure

In der Darstellung der allgemeinen Debatte um Medizintourismus wurde deutlich, dass Gerechtigkeitsfragen vor allem in Bezug auf Entwicklungs- und Schwellenländer ausführlich diskutiert werden (vgl. 3.3). Dabei geht es unter anderem um die Fragen, ob in diesen Zielländern von Medizintourismus eine «Zweiklassenmedizin» entsteht (Bookman & Bookman 2007; Ramirez de Arellano 2007; Harris 2011; Meghani 2011), ob ausländische Patienten/innen bevorzugt behandelt werden (Devine 2004; Satyapal 2005; Corfee 2015), und ob Bürger/innen wohlhabenderer Staaten die Bürger/innen der medizintouristischen Zielländer ausbeuten (Meghani 2011; Cohen 2012) und damit Verantwortung für Schäden tragen, welche durch das soziale Gefüge entstehen, das durch Medizintourismus ermöglicht und durch ihn gefestigt wird (Meghani 2011; Snyder et. al. 2013). Diese Fragen stellen sich nicht (oder nicht in vergleichbarer Weise) im Zusammenhang mit Medizintourismus in die Schweiz, wie auch die empirische Studie belegt und wie aus ethischer Perspektive etwa in Blick auf Verdrängungsfragen dargestellt wurde (vgl. 9.23).

Es stellen sich aber einige andere der in der allgemeinen Debatte verhandelten Gerechtigkeitsfragen, die vor allem damit zu tun haben, dass die Schweiz Nutzniesserin des Medizintourismus ist und sich gewissermassen am globalen Markt ‚bedient‘. Die Behandlung von (meist) wohlhabenden Patienten/innen aus dem Ausland, welche vor allem Leistungen in der Spitzenmedizin in Anspruch nehmen, die in ihrem Land gar nicht verfügbar oder sehr knapp sind, kann zur Folge haben, dass in den Ausgangsländern der Medizintouristen/innen der Aufbau von Infrastruktur und Know-how vernachlässigt wird. Verbunden damit ist die Problematik des «*brain drain*» (Cohen 2013a; Pennings 2007). Auch wenn es den Rahmen der vorliegenden Studie überschreitet, diese Fragen ausführlich zu diskutieren, und auch wenn in diesem Zusammenhang keine konkreten Handlungsempfehlungen gegeben werden können, sollen sie hier trotzdem kurz besprochen werden.

Einige Befragte der empirischen Studie nehmen auf die genannten «moralischen Folgeprobleme» Bezug und weisen darauf hin, dass sich einzelne Spitäler und Abteilungen zum Beispiel für den Aufbau von Angeboten im Ursprungsland engagieren (Beispiel Behandlung und Pflege von brandverletzten Kindern in Afghanistan). Generell wird auf die Wichtigkeit des Ausbaus von «capacity building» in den Herkunftsländern von Medizintouristen/innen verwiesen (vgl. 7.3.4).

Aus ethischer Perspektive ist in diesem Zusammenhang *erstens* zu fragen, ob es sich dabei lediglich um ‚moralisch wünschenswerte‘ Massnahmen handelt, oder ob aus der Aufnahme von ausländischen Patienten/innen im Rahmen von Medizintourismus *Pflichten* entstehen. Bislang scheint der Diskurs eher darauf hinauszulaufen, dass die Unterstützung beim Aufbau von Strukturen und Kompetenzen in ersterem Bereich fällt, also in den Bereich der moralisch wünschenswerten, aber nicht geforderten Massnahmen. Dagegen spricht jedoch, dass die Ungleichheiten und potenziell ungerechten Folgen für die Ausgangsländer im Rahmen des Medizintourismus ganz bewusst in Kauf genommen werden. Daraus erwachsen, so könnte man argumentieren, Pflichten bezüglich der Ausgangsländer.

Zweitens stellt sich die Frage, wie entsprechende Pflichten formuliert und umgesetzt werden sollten. Die Unterstützung der Infrastruktur im Ausgangsland ist dabei nur eine Möglichkeit. Denkbar wäre auch, dass mit der Behandlung von Patienten/innen aus dem Ausland auch eine Verpflichtung einhergeht, sich an internationalen Netzwerken zu beteiligen, welche die Vermittlung von Patienten/innen übernehmen, deren Behandlung nur in spezialisierten Abteilungen durchgeführt werden kann (die nicht in allen Ländern eingerichtet werden können); oder dass mit einem Teil der Einnahmen, die mit der Behandlung von wohlhabenden Patienten/innen erzielt werden, sogenannte «humanitäre Fälle» querfinanziert werden. Dies sind ohne Frage weitreichende Forderungen, die wahrscheinlich nicht auf der Ebene der Pflichten einzelner Kliniken/Abteilungen gelöst werden können, sondern eine Einbettung in umfassendere Überlegungen zur Gerechtigkeit im globalen Gesundheitswesen verlangen. Dennoch geraten diese Fragen (und mögliche Lösungen) durch den Medizintourismus in eine konkretere Perspektive und sollten auch auf diesen Ebenen reflektiert werden.

9.7 Fazit und Handlungsempfehlungen aus ethischer Sicht

9.7.1 Fazit zu den spezifischen ethischen Fragen

Im vorliegenden Kapitel wurde diskutiert, inwiefern die ethischen Fragestellungen, die im Rahmen der empirischen Untersuchung zu Problemen des Medizintourismus in der Schweiz erwähnt wurden, für den Medizintourismus *spezifisch* sind oder im Kontext des Medizintourismus *spezifische* ethische Verpflichtungen zur Folge haben. Wie sich zeigte, lässt sich für keine der diskutierten Fragestellungen im engeren Sinne ausweisen, dass sie spezifische ethische Fragestellungen für den Medizintourismus mit sich bringt. In den meisten Fällen – etwa mit Blick auf die interkulturelle Dimension der Medizin oder den

informed consent – lässt sich vielmehr argumentieren, dass die Struktur der Fragestellung und die massgeblichen ethischen Prinzipien zumindest vergleichbar sind mit denjenigen, die bezüglich von Patienten/innen mit Migrationsgeschichte zum Tragen kommen und somit auch die ethischen Forderungen ähnlich lauten.

Das aus ethischer Sicht zentrale Spezifikum des Medizintourismus ist generellerer Natur: Es ist die in fast allen denkbaren Konstellationen geltende Freiwilligkeit der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung in der Schweiz durch die Medizintouristin bzw. den Medizintouristen und die gleichzeitige intendierte Aufnahme dieser Person in die hiesige Institution des Gesundheitswesens. Wie oben argumentiert, geht mit dieser Konstellation einher, dass den Medizintouristen/innen bestimmte Kosten – etwa Kosten für eine professionelle kultursensitive Übersetzung – auferlegt werden sollten, die im Rahmen der üblichen Gesundheitsversorgung gegenüber Menschen mit Migrationsgeschichte solidarisch zu finanzieren wären. Vor allem aber ergibt sich aus dieser spezifischen Konstellation des Medizintourismus, dass besondere Sorgfaltspflichten auf Seiten der anwerbenden Institutionen und den Behandelnden bestehen, die zu beachten sind. Auf der Ebene des Handlungsbedarfs ergibt sich daher aus ethischer Sicht die zentrale Forderung, das Verfassen von Sorgfaltskriterien durch involvierte Institutionen des Gesundheitswesens zu prüfen und gewisse gemeinsame Standards namentlich zwischen den Kliniken, die in diesem Kontext in verschärftem Wettbewerb stehen, zu erwirken. Solche Sorgfaltspflichten gelten keineswegs allein gegenüber den Medizintouristen/innen, die wie erwähnt intentional in das hiesige Gesundheitssystem ‚geholt‘ werden, sie gelten umso mehr für hiesige Behandlungsteams, denen besonders herausfordernden Konstellationen etwa auf der Ebene der Kommunikation zugemutet werden, wie sie durch den Medizintourismus resultieren können. Schliesslich gelten sie aber auch gegenüber der Solidargemeinschaft als Ganze, die zwar seltene, aber zumindest potenziell nicht auszuschliessende negative Folgen einer erhöhten Nutzung knapper Ressourcen durch Medizintouristen/innen zu tragen haben.

9.7.2 Handlungsempfehlungen aus ethischer Sicht

Vor dem Hintergrund der in den Kapiteln 9.1 bis 9.6 ausgeführten Überlegungen und des obigen Fazits ergeben sich aus ethischer Sicht folgende Handlungsempfehlungen:

Handlungsempfehlungen zum informed consent

Zum *informed consent* lassen sich aus ethischer Perspektive lediglich drei relativ allgemein gehaltene Handlungsempfehlungen formulieren:

- Es ist an gleichen Massstäben zur informierten Zustimmung für alle Personen festzuhalten. Dies gilt es gegenüber allen am Medizintourismus beteiligten Institutionen durchzusetzen, woraus auch Anforderungen an Abklärungsgespräche in den Herkunftsländern resultieren. Es gehört zu den Sorgfaltspflichten der beteiligten Akteure, klare Standards bezüglich der Abklärungsgespräche und der Prozesse zu formulieren und damit festzulegen, welche Informationen vermittelt werden und auf welche Weise deren verständliche Vermittlung sichergestellt werden soll.

- Im gleichen Zusammenhang gilt es, wenn nötig, eine Verständigung über den Sinn und die Bedeutung der informierten Zustimmung zu leisten und denjenigen Personen, die in den Institutionen daran beteiligt sind, Hilfestellungen in Form von Leitlinien zur Verfügung zu stellen. Dies könnte auch eine Schulung von Ärzten/innen für den Umgang mit professionellen Übersetzern/innen einschliessen, wie es im Kontext der Migrationsdebatte angeregt wurde.

Um dies zu ermöglichen, sollten in den Kliniken klare Richtlinien für die Sicherstellung einer gültigen Zustimmung für Medizintouristen/innen erarbeitet und im Behandlungsvertrag schon genannt werden – dies betrifft vor allem den Einsatz von professionellen Übersetzern/innen und den Punkt der Kostenübernahme durch die Patienten/innen.

Handlungsempfehlungen zur Interkulturalität im Kontext des Medizintourismus

Aus ethischer Sicht können vor dem Hintergrund der ausgeführten Überlegungen zur Problematik der Interkulturalität und der geringen Spezifität der entsprechenden Fragestellungen für den Medizintourismus nur zurückhaltend Handlungsempfehlungen abgeleitet werden:

- Der Zugang zu professionellen interkulturellen Dolmetscher/innen muss weiter verbessert werden und sollte auch Medizintouristen/innen offenstehen. Wo angezeigt, sind die Kosten für solche Dienstleistungen in die entsprechenden Preise einzurechnen. Zugleich ist darauf zu achten, dass eine Nutzung solcher Ressourcen im Rahmen von Behandlungen von Medizintouristen/innen nicht dazu führt, dass zu wenige dieser Ressourcen für die anderen Patienten/innen zur Verfügung stehen.
- Die Auseinandersetzung mit Fragen der Interkulturalität ist in der Aus- und Weiterbildung aller am Gesundheitswesen beteiligten Fachpersonen zu stärken. Dies betrifft insbesondere auch diejenigen, die nicht über medizinische oder pflegerische Curricula erreicht werden, im Kontext des Medizintourismus aber wichtige Rollen einnehmen (Vermittler/innen, Gastgeber/innen, etc.).
- Die SAMW könnte die Erarbeitung einer Positionierung zum Umgang mit interkulturellen Fragen in der Medizin prüfen, in der unter anderem der Kulturbegriff differenziert und in einer für die Akteure des Gesundheitswesens zugänglichen Form abgehandelt wird. Der laufende Tagungszyklus zum Autonomiethema könnte sich überdies anbieten für eine Auseinandersetzung mit dem im Kontext des Medizintourismus zentralen Aspekt von Autonomie, Kultur und Migration.

Handlungsempfehlungen zur Verdrängungsproblematik

Aus den Überlegungen zur Verdrängungsproblematik lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

- Der SAMW ist zu empfehlen, ihre Richtlinien zu intensivmedizinischen Massnahmen mit Äusserungen zum Umgang mit Medizintouristen/innen in der Intensivmedizin zu ergänzen. Namentlich ist auf die Frage einzugehen, wie in der Intensivmedizin mit dem Verdrängungsrisiko umzugehen ist, das jedoch nicht für den Medizintourismus

spezifisch ist und somit gegebenenfalls auch unter generellen Gesichtspunkten in den Richtlinien abzuhandeln wäre.

- Den Institutionen des Gesundheitswesens und den Kliniken, beispielsweise dem Verband H+, ist zu empfehlen, Sorgfaltskriterien für den Umgang mit Medizintouristen/innen zu formulieren, in denen auch die mögliche Verdrängungsproblematik zu thematisieren ist.
- Im Rahmen der Erarbeitung solcher Sorgfaltskriterien ist die institutionelle Zusammenarbeit jener Spitäler zu klären, die über eine Intensivstation verfügen, sofern nicht bereits entsprechende Vereinbarungen mit anderen Spitälern bestehen. Eine solche Klärung kann Situationen der akuten Knappheit vorab besser handhabbar machen.
- Ebenso ist sicherzustellen, dass allfällige Selektionskriterien nachvollziehbar festgehalten werden und im Rahmen der Information und Abklärung an potentielle Medizintouristen/innen kommuniziert werden können.

Handlungsempfehlungen zum Spezialfall Pädiatrie

Im Kontext der Pädiatrie führt der Medizintourismus zu einer Akzentuierung genereller Problemstellungen, die nicht für den Medizintourismus spezifisch sind. Dieser Akzentuierung ist Rechnung zu tragen, indem Problemkonstellationen bei der Abklärung aufmerksam in den Blick genommen und namentlich Ressourcen zur Unterstützung der Kommunikation mit Eltern *und* Kindern bereitgestellt und gewährleistet sowie in die Abgeltung der angebotenen Leistungen einberechnet werden. Auch hier führt die Tatsache, dass Kinder, die im Rahmen des Medizintourismus in der Schweiz behandelt werden, bewusst und intentional in die Situation erhöhter Vulnerabilität gebracht werden, zu erhöhten Sorgfaltspflichten auf Seiten der Institutionen und der Behandelnden. Dem ist im Rahmen der Sorgfaltskriterien, wie sie innerhalb von Institutionen oder auf einer übergeordneten Ebene festzulegen sind, besondere Beachtung zu schenken.

Pädiatrische Institutionen, die sich am Medizintourismus beteiligen, sollten deshalb spezifische Sorgfaltskriterien festlegen für den Umgang mit ethischen Konflikten, die im Kontext des Medizintourismus akzentuiert auftreten können.

Handlungsempfehlungen zu Schadensrisiken und multiresistenten Keimen

Das Problem multiresistenter Keime ist als Herausforderung an das Gesundheitswesen kein spezifisches Problem des Medizintourismus – die Handlungsempfehlungen gehen somit nicht grundsätzlich über die in der «Strategie Antibiotikaresistenz Schweiz» (2015) genannten und durch konkrete Richtlinien in den jeweiligen Kliniken ergänzten Forderungen hinaus. Es bestehen aber aufgrund der kontrollierbaren Rahmenbedingungen und der bewussten Inkaufnahme des Risikos strikte Sorgfaltspflichten.

- In der Behandlung von Medizintouristen/innen sollten die nationalen Handlungsempfehlungen (Strategie Antibiotikaresistenz Schweiz, 2015) sowie die spezifischen Richtlinien in den Kliniken eingehalten werden.

- Aufgrund der besonderen Verantwortung, die aus der freiwilligen und bewusst herbeigeführten Behandlung von Medizintouristen/innen entsteht, die möglicherweise Träger multiresistenter Keime sind, leiten sich besondere Sorgfaltspflichten ab, deren strikte Umsetzung gefordert ist.

Handlungsempfehlungen für Institutionen des Gesundheitswesens als globale Akteure

Aus den vorstehenden Überlegungen zum Zusammenhang von globaler Gerechtigkeit und Medizintourismus lassen sich einige allgemeine Forderungen ableiten:

- Es sollte das Bewusstsein für die globale Dimension des Medizintourismus mit Blick auf Gerechtigkeitsfragen bei allen Beteiligten geweckt werden, wobei deutlich gemacht werden sollte, dass aus der Teilnahme an der Praxis des Medizintourismus eine Verantwortung entsteht, der Pflichten entspringen.

Auf welche Weisen den Pflichten gegenüber den Ausgangsländern nachgekommen werden kann, und wer dabei welchen Beitrag leisten kann, sollte Teil eines Überlegungsprozesses werden, der nicht in einzelnen Kliniken, sondern auf höherer Ebene (etwa auf kantonaler oder nationaler Ebene) stattfinden sollte. Es sollte dabei eine allgemeine und verbindliche Handlungsempfehlung angestrebt werden.

Teil IV: Synthese und Empfehlungen

10 Synthese und Empfehlungen

10.1 Ausmass des Medizintourismus

Der vorliegende Bericht zeigt auf, dass der *incoming*-Medizintourismus in der Schweiz zahlenmässig betrachtet ein kleines Phänomen ist.

Dies gilt für die nachweisbaren Fallzahlen ebenso wie für die ökonomischen Anreize, die mit dem Phänomen des Medizintourismus verbunden sind. Sie sind sowohl aus betriebswirtschaftlicher als auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive gemäss den Abschätzungen dieses Forschungsprojekts (vgl. oben, Kapitel 6.2) marginal bzw. inexistent. Allenfalls kann auf der Ebene der individuellen Ärztin oder des individuellen Arztes ein ökonomischer Anreiz gegeben sein, dies allerdings am ehesten für Medizintouristen/innen, die ambulant behandelt werden. Damit könnte gleichzeitig eine spezifische Dimension der Verdrängungsproblematik angesprochen sein. Allerdings lässt sich auch diese kaum quantifizieren, da im ambulanten Bereich derzeit keine Angaben zur Herkunft der Patienten/innen erhoben werden, die einen Rückschluss auf das Ausmass des Medizintourismus in diesem Bereich zulassen.

10.2 Chancen und Risiken des Medizintourismus

Nachstehende Tabelle fasst Chancen und Risiken des Medizintourismus in der Schweiz in synthetisierter Form zusammen – und dies gegliedert nach den verschiedenen Betrachtungsebenen.

Betrachtungsebene	Chancen des Medizintourismus	Risiken des Medizintourismus
Medizin-Touristen/innen	<ul style="list-style-type: none"> – Qualitativ hochstehende medizinische Versorgung und Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> – Fehlender informed consent – Falsche Hoffnungen auf Genesung – Inadäquate Nachbehandlung – Finanzielle Belastung – Interkultureller Stress
Ärztenschaft	<ul style="list-style-type: none"> – Interkultureller Austausch – Minimale ökonomische Vorteile – In Einzelfällen internationale Reputation – In Einzelfällen interessante internationale Kontakte 	<ul style="list-style-type: none"> – Fehlender informed consent – Interkultureller Stress – Zusätzliche administrative Belastung
Pfleger/innen	<ul style="list-style-type: none"> – Interkultureller Austausch – Behandlung aussergewöhnlicher Fälle 	<ul style="list-style-type: none"> – Fehlender informed consent – Interkultureller Stress – Zusätzliche administrative Belastung
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> – Erreichen benötigter Fallzahlen in spezifischen Bereichen der hochspezialisierten Spitzenmedizin – Ökonomische Vorteile, wenn auch nur in beschränktem Ausmass – Querfinanzierung weniger rentabler Berei- 	<ul style="list-style-type: none"> – Fehlender informed consent – Multiresistente Keime – Administrative Zusatzbelastungen bei komplexen Patienten/innen-Situationen – Verdeckte Kosten – Ressourcenkonkurrenz von Abteilungen

Betrachtungsebene	Chancen des Medizintourismus	Risiken des Medizintourismus
	che sowie von Forschung und Lehre durch Gewinne aus dem Medizintourismus	– Zusatzproblematik Pädiatrie
Gesundheitssystem Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> – Wachstumschancen des Medizintourismus angesichts unsicherer Weltlage – Gestärkte internationale Wettbewerbsfähigkeit und Reputation der Spitzenmedizin in der Schweiz – Qualitätssteigerung durch mehr Fallzahlen 	– Verdrängungsproblematik in Intensivstationen
Volkswirtschaft Schweiz	– Gewinne in Tourismus, Hotellerie und Detailhandel	–

Tabelle 6: Chancen und Risiken des Medizintourismus in der Schweiz

10.3 Ethische und juristische Probleme

Mit Blick auf normative Implikationen in ethischer und juristischer Hinsicht, bieten die geringen Fallzahlen allerdings keine Entlastung – diese gelten auch für Einzelfälle. Wie der vorliegende Bericht zeigt, bestehen mit Blick auf den Medizintourismus in der Schweiz manifeste ethische sowie juristisch relevante Probleme. Sie betreffen insbesondere den *informed consent*, die Interkulturalität in der Medizin und die sprachliche Verständigung sowie das Risiko einer Ressourcenverknappung resp. Verdrängung durch Medizintouristen/innen. Für alle diese Fragstellungen ergibt sich jedoch aus ethischer Sicht die wichtige Erkenntnis, dass sie nicht spezifisch mit dem Medizintourismus verbunden sind, sondern ethische Fragen berühren, die sich im Spitalbereich generell stellen, wenn es um die Aufnahme und Behandlung von Patienten/innen mit Migrationshintergrund oder mit Migrationsgeschichte geht. Diesbezüglich bestehen zahlreiche Probleme, die auch in der Schweiz mit einem ungleichen Zugang zu ärztlichen und pflegerischen Leistungen zu tun haben und zahlenmässig von weit grösserer Bedeutung sind als der Medizintourismus. Die vorliegende Studie kommt daher zum Schluss, dass aus ethischer Sicht die Aufmerksamkeit durchaus auf Fragen des Zugangs zu und der Verteilung von ärztlichen und pflegerischen Leistungen zugunsten von Menschen ausländischer Herkunft zu richten ist, dabei aber vornehmlich auf Themen zu fokussieren ist, die als Fragestellungen von Migration und Gesundheit behandelt werden.

Hinzu kommt, dass die rechtlichen Regelungen, die den Medizintourismus im öffentlich-rechtlichen wie auch im privatrechtlichen Bereich regulieren, ausreichend erscheinen. Allerdings gibt es auch in juristischer Perspektive offene Fragen mit Blick auf die Situation von Menschen mit Migrationsgeschichte in der Medizin generell.

Das Prinzip des *informed consent* bei medizinischen Behandlungen gilt unabhängig von der Nationalität des Patienten/der Patientin. Sowohl formell als auch materiell sind bei Medizintouristen/innen deswegen dieselben rechtlichen Vorgaben zu beachten wie bei inländischen Patienten/innen. Trotzdem lassen sowohl die örtliche Distanz vor und nach der Behandlung als auch kulturelle und sprachliche Differenzen einzelne Bereiche des *informed consent* problematisch erscheinen. Vor der Behandlung in der Schweiz findet eine erste medizinische Triage im Ausgangsland statt. Dies hat zur Folge, dass Medizin-

touristen/innen bereits vor ihrer Einreise bis zu einem gewissen Grade über die Behandlungsmöglichkeiten informiert worden sind und eine Erwartungshaltung mitbringen, welche sich auf die Aufklärung auswirken kann. Im Hinblick auf die Nachsorge nach dem Aufenthalt in der Schweiz müssen die Ärzte und Ärztinnen die örtlichen Gegebenheiten des Herkunftslands bei der Sicherungsaufklärung beachten.

Von zentraler Bedeutung beim *informed consent* ist das generelle Problemfeld der Kommunikation aufgrund sprachlicher und kultureller Unterschiede. Die Kommunikation zwischen Spital/medizinischen Fachpersonen und Medizintouristen/innen wird durch verschiedene Aspekte beeinflusst. Neben der rein sprachlichen Barriere spielen kulturell bedingte Anforderungen, beispielsweise an den Informationsumfang, die Stellung der einzelnen Familienmitglieder oder des Arztes/der Ärztin, eine Rolle. Hierzu gehört die Auswahl der Dolmetscher/innen, welche neben der Sprache und der Kultur ebenso ein medizinisches Verständnis aufbringen sollten.

Trotzdem ist hervorzuheben, dass sich die einzelnen Aspekte des *informed consent* bei der Behandlung von Medizintouristen/innen im Vergleich mit Inländern/innen mit ähnlichem kulturellen und sprachlichen Hintergrund bloss akzentuieren und grundsätzlich nicht in neue Problemfelder verwandeln. In unserer multikulturellen Gesellschaft stellen sich sodann bereits ohne ausländische Patienten/innen ähnliche Fragen. Ein gewichtiger, ausschliesslich bei Medizintouristen/innen zu berücksichtigender Aspekt ist jedoch die Involvierung vermittelnder Personen und Agenturen. Neben den Dolmetschern/innen sind auch die Vermittler/innen sorgfältig auszuwählen, um das Selbstbestimmungsrecht der Patienten/innen gewährleisten zu können.

Die Überlegungen zur Verdrängungsproblematik bei der Aufnahme stützen sich auf Art. 41a KVG und die daraus aufgestellte potentielle Aufnahmekaskade, welche abschliessend den Vorrang der innerkantonalen Behandlungsbedürftigen bei der Aufnahme regelt. Ausserkantonale bilden zusammen mit Medizintouristen/innen aus dem EU/EFTA-Raum die zweite und Bürger/innen von Drittstaaten die dritte Prioritätsgruppe. Ausgenommen und in jedem Falle prioritär zu behandeln sind Notfälle, unabhängig der Nationalität. Hier liegt auch die einzige auslegungsbedürftige Regelung vor, welche von der Praxis auszufüllen ist und keine Neuheit darstellt. Bei der Aufnahme ist die gesetzliche Regelung demnach ziemlich klar.

Für die Verdrängungsproblematik bei der Behandlung ist zunächst festzuhalten, dass die Behandlungsqualität unabhängig der Patientennationalität sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst richtet. Dies lässt jedoch einen gewissen Spielraum, um Priorisierungen vorzunehmen. Dies kann zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität bei einheimischen Patienten/innen und somit zu einer gewissen Verdrängung führen. Fraglich ist deswegen, wie mit dieser Gefahr umgegangen wird.

Die Behandlung *de lege artis* definiert sich durch *soft law* und (deswegen) durch die Praxis. Dies trifft ebenfalls auf die Frage nach den Grenzen der noch akzeptablen Qualität zu. In dieser Hinsicht ist die rechtliche Regelung in der Schweiz ausreichend und es bedarf vielmehr eines Diskurses in der Gesellschaft über die gewünschten Mindeststan-

dards in der medizinischen Behandlung. Ansonsten wird der zusätzliche, aus dem Medizintourismus gewonnene Verdienst nicht zwingend in den Ausbau von Kapazitäten und der damit verbundenen Sicherung des medizinischen Standards für die inländische Bevölkerung investiert. Unsere Forschungsfrage «Welche Behandlungsqualität sollte der Schweizer Bevölkerung erhalten bleiben?» kann demnach nicht aus juristischer Perspektive generell-abstrakt, sondern nur im Sinne eines interdisziplinären Austausches angegangen und beantwortet werden.

10.4 Handlungsempfehlungen des Konsortiums

Ausgehend von den Erkenntnissen der vorliegenden Studie wie auch insbesondere vor dem Hintergrund des Handlungsbedarfes aus den Kapiteln 7.6, 8.4 und 9.7 formuliert das Konsortium nachfolgende Handlungsempfehlungen. Die Handlungsempfehlungen richten sich hierbei direkt an die SAMW, benennen jedoch die verantwortlichen Akteure des Gesundheitswesens, die bei einer Umsetzung zu adressieren wären.

1. Sorgfaltskriterien für Medizintourismus formulieren

Den Institutionen des Gesundheitswesens erwachsen im Kontext des Medizintourismus besondere Sorgfaltspflichten. Deshalb sollten sie Sorgfaltskriterien für den Umgang mit Medizintouristen/innen formulieren, in denen auch die mögliche Verdrängungsproblematik, die Interkulturalität, die rechtliche Aufklärung, die informierte Zustimmung und die Vermittlungsaktivitäten thematisiert werden.

Adressatin: SAMW

2. Sensibilisierung verstärken

Angesichts der aus ethischer Sicht geringen Spezifität des Medizintourismus erscheint der Erlass eigener medizinisch-ethischer Richtlinien der SAMW zum Medizintourismus nicht angezeigt. Hingegen sollte die Sensibilisierung für Fragen des Medizintourismus und generell für die Situation von Menschen ausländischer Herkunft im Gesundheitswesen weiter gestärkt werden. Entsprechend sollte die SAMW prüfen, inwiefern entsprechende Strukturen und Gefässe gefördert werden könnten.

Adressatin: SAMW

3. Medizintourismus in die SAMW-Richtlinien Intensivmedizin aufnehmen

Die SAMW sollte ihre Richtlinien zu intensivmedizinischen Massnahmen mit Äusserungen zum Umgang mit Medizintouristen/innen in der Intensivmedizin ergänzen. Namentlich ist auf die Frage einzugehen, wie in der Intensivmedizin mit dem Verdrängungsrisiko umzugehen ist, das jedoch nicht für den Medizintourismus spezifisch ist und somit ggf. auch unter generellen Gesichtspunkten in den Richtlinien abzuhandeln wäre.

Adressatin: SAMW

4. Leitlinien für vulnerable Gruppen erarbeiten

Gesellschaftlich und für das Spitalwesen dringlicher als geplanter Medizintourismus scheinen Problemlagen, die sich durch Patientengruppen wie Asylsuchende oder Sans-Papiers ergeben. Die SAMW sollte daher die Sensibilisierung und Problemwahrnehmung erweitern und den Fokus insbesondere auf Rechts- und Finanzierungsfragen richten: Obschon die rechtlichen Grundlagen genügen, fehlt es in den einzelnen Institutionen des Gesundheitswesens oft an rechtlicher Unterstützung für solche Fälle.

Adressatin: SAMW

5. Fachpersonen entlasten

Zur Unterstützung der behandelnden Fachpersonen sollten Gefässe gestärkt werden, die diese in psychologischer, juristischer, administrativer oder organisatorischer Hinsicht entlasten (z.B. Case Management bei komplexen Fällen). Die dazu nötigen Instrumente sind durch die beteiligten Institutionen zu schaffen. Die benötigten Ressourcen könnten über die Tarife eingenommen und einem Pool zugeführt werden.

Adressatinnen: Institutionen des Gesundheitswesens

6. Interkulturalität in der Ausbildung stärken

Die Auseinandersetzung mit Fragen der Interkulturalität sollte in der Aus- und Weiterbildung aller im Gesundheitswesen tätigen Fachpersonen gestärkt werden. Dies betrifft auch jene, die nicht über medizinische oder pflegerische Curricula erreicht werden, im Kontext des Medizintourismus aber wichtige Rollen einnehmen (Vermittler/innen, Hotellerie, etc.). Ebenfalls könnte die Stärkung der Interkulturalität Eingang in das Medizinberufegesetz (MedBG) finden.

Adressaten: Bund (BAG und SBFI), Kantone, Standesorganisationen

7. Interkulturelles Dolmetschen sicherstellen

Der Zugang zu professionellen und unabhängigen interkulturellen Dolmetschern/innen sollte weiter verbessert werden und sollte auch Medizintouristen/innen offenstehen, wobei sichergestellt werden sollte, dass ausreichend Ressourcen für in- und ausländische Patienten/innen zur Verfügung stehen.

Adressatinnen: Institutionen des Gesundheitswesens

8. Intensivstationen koordinieren

Mit Blick auf die Herausforderung einer möglichen Verdrängungsproblematik im Nadelöhr «Intensivstation» sollten die Spitäler, die über eine Intensivstation verfügen, einerseits ihre interne Koordination stärken. Andererseits sollten diese Spitäler die Zusammenarbeit mit Spitälern suchen, die über keine Intensivstation verfügen, um Situationen akuter Knappheit vorab besser handhabbar zu machen.

Adressatinnen: Institutionen des Gesundheitswesens

9. Capacity Building im Ausland ausbauen

Damit, dass ein Gesundheitssystem von Medizintourismus aus dem Ausland profitiert, geht für die Akteure und Institutionen im Zielland die Verantwortung einher, sich in den Herkunftsländern für eine bessere Gesundheitsversorgung zu engagieren, auch um eine adäquate Nachsorge zu gewährleisten.

Adressatinnen: Bund (BAG/DEZA), Institutionen des Gesundheitswesens

10. Statistische Grundlagen verbessern

Der Begriff «Medizintourismus» sollte allgemeingültig definiert werden, damit anhand festgelegter Kriterien einheitliche Erhebungen und Auswertungen vorgenommen werden können. Eine Datenbank des BFS für ambulante Behandlungen von Medizintouristen/innen ist im Aufbau.

Adressat: Bund (BAG, BFS), Institutionen des Gesundheitswesens

11. Nationale Strategie für Medizintourismus erarbeiten

Sollte der Medizintourismus gefördert werden, ist die Ausarbeitung einer nationalen Strategie für Medizintourismus zu empfehlen. Eine solche Strategie könnte Massnahmen und Ziele definieren, inwiefern der Medizintourismus als Einnahmequelle im Gesundheitswesen sowie zur Sicherung der Qualität insbesondere in der Spitzenmedizin (Fallzahlen) beitragen kann. Zudem könnte eine nationale Strategie auch Massnahmen für den Umgang mit weiteren Zielgruppen (Sans-Papiers, Asylsuchenden u.Ä.) beinhalten.

Adressaten: Bund (BAG), Institutionen des Gesundheitswesens

12. Institutionelle Strategien für Medizintourismus

Die Institutionen des Gesundheitswesens sollten anhand von Strategien die Chancen und Risiken aufzeigen, welche für sie mit einer Förderung des Medizintourismus einhergehen.

Adressatinnen: Institutionen des Gesundheitswesens

Zum Abschluss möchten wir allen, die dieses Forschungsprojekt unterstützten, indem sie ihr Wissen und ihrer Erfahrung mit uns teilten, herzlich danken! Wir hoffen, mit dieser Studie einen Beitrag zu einer differenzierten Diskussion des Medizintourismus in der Schweiz leisten zu können.

Zürich, 31. Mai 2018

Forschungskonsortium «Ethische Probleme des Medizintourismus»

Literatur

- Aebi-Müller, R., Fellmann, W., Gächter, Th., Rütsche, B., Tag, B. (2016). *Arztrecht*. Bern: Stämpfli Verlag.
- Akademie für Ethik in der Medizin (2014). *Empfehlungen zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens*. Positionspapier der Arbeitsgruppe Interkulturalität in der medizinischen Praxis in der Akademie für Ethik in der Medizin.
- Archard, D. (2008). Informed Consent: Autonomy and Self-Ownership. *Journal of Applied Philosophy* 25 (1): 19–34.
- Banerjee, A. (2010). Reorienting the ethics of transnational surrogacy as a feminist pragmatist. *The Pluralist*, 5 (3): 107–127.
- BASS (2014). *BASS-Studie Lebensende*. Bern.
- Beauchamp, T., Childress, J. (2008). *Principles of Biomedical Ethics*. 6th edition. Oxford: Oxford University Press.
- Bell, J., Ho, A. (2011). Authenticity As a Necessary Condition for Voluntary Choice: A Case Study in Cancer Clinical Trial Participation. *American Journal of Bioethics* 11 (8): 33–35.
- Berghmans, R. (2011). Voluntary Consent, Normativity, and Authenticity. *American Journal of Bioethics* 11 (8): 23–24.
- Biggins, S. W., Bambha, K., Terrault, N., Inadomi, J., Roberts, J. P., Bass, N. (2009). Transplant tourism to China: The impact on domestic patient-care decisions. *Clinical Transplantation* 23 (6): 831–838.
- Bock, K. D. (1993). *Wissenschaftliche und alternative Medizin*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Bookman, M. Z. and Bookman, K. R. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave Macmillan.
- Bramstedt, K. A., Xu, J. (2007). Checklist: Passport, plane ticket, organ transplant. *American Journal of Transplantation* 7 (7): 1698–1701.
- Bruchhausen, W. (2014). Interkulturalität als Thema der Medizinethik. In: Coors, M., Grutzmann, T., Peters, T. (Hg.). *Interkulturalität und Ethik*. Göttingen: Edition Ruprecht: 23–36.
- Buchanan, A.W., Brock, D. (1990). *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bucher, E., Aebi-Müller, R. (2017). *Die natürlichen Personen, Art. 11-19d ZGB: Rechts- und Handlungsfähigkeit*. Bern: Stämpfli-Verlag.

- Büchler, A., Michel, M. (2014). *Medizin – Mensch – Recht. Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz*. Zürich/Basel/Genf: Schulthess.
- Büchler, A., Hemmi, M., Achermann, A. (2015). Die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts im Bereich des Ausländer- und Bürgerrechts. In Achermann, A., Amarelle, C., Caroni, M., Epiney, A., Kälin, W., Uebersax, P. (Hg.). *Jahrbuch für Migrationsrecht 2014/2015*: 125–173
- Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2015). *Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz*.
- Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2013). *Bericht des Bundesrates über die Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung vom 18. Dezember 2013* (zit. als BR, Spitalplanung)
- Caroni, M., Ott, L. (2010). *Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer (AuG), Handkommentar zu Art. 29 AuG*. Bern: Stämpfli Verlag.
- Cathomas, G., Ahrendt R. (2009). Global Medicine als Chance für die Schweiz? *Schweizerische Ärztezeitung* 90 (45): 1768.
- Cohen, I. G. (2010). Medical tourism: The view from ten thousand feet. *Hastings Center Report* 40 (2): 11–12.
- Cohen, I. G. (2012). How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics). *Developing World Bioethics* 12 (1): 9–20.
- Cohen, I. G. (2013a). *The globalization of health care: Legal and ethical issues*. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, I. G. (2013b). Transplant tourism: The ethics and regulation of international markets for organs. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 41 (1): 269–285.
- Cohen, I. G. (2015a). *Patients with passports: medical tourism, law and ethics*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cohen, I. G. (2015b). Medical tourism. In: Arras, J. D. (2015). *The Routledge companion to bioethics*. New York: Routledge: 99-113.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism Management* 27: 1093–1100.
- Connell, J. (2011). *Medical tourism*. Wallingford: CABI.
- Coors, M. (2014). Die Ethik und das Fremde. Einleitende Beobachtungen zum (kulturell) Fremden als Thema der Medizinethik. In: Coors, M., Grutzmann, T., Peters, T. (Hg.). *Interkulturalität und Ethik*. Göttingen: Edition Ruprecht, 7–19.
- Corfee, F. A. (2015). Transplant tourism and organ trafficking: Ethical implications for the nursing profession. *Nursing Ethics* 23 (7): 754–760.

- Cottier, M. (2014). Elternschaft im Zeitalter der globalisierten Biotechnologie: Leihmutter-schaft, Eizell- und Embryonenspende im Rechtsvergleich. *FamPra.ch – Schriftenreihe zum Familienrecht* 22: 1–22.
- Crooks, V. A., Snyder, J., Adams, K. (2013). Promoting social responsibility amongst health care users: Medical tourists' perspectives on an information sheet regarding ethical concerns in medical tourism. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 8 (1): 19.
- Crozier, G. K. D., Martin, D. (2012). How to address the ethics of reproductive travel to developing countries: A comparison of national self-sufficiency and regulated market approaches. *Developing World Bioethics* 12 (1): 45–54.
- Deonandan, R., Green, S., van Beinum, A. (2012). Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism. *Journal of Medical Ethics* 38 (12): 742–745.
- Devine, R.J. (2004). *Good Care, Painful Choices*, New York: Paulist Press.
- Domanig, A. (2015). Pflegezusatzversicherung – Notwendigkeit oder Luxus? *Pflegerecht* 2015: 194
- Donatsch, M. (2017). Die Stellung der öffentlichen Hand bei der Spitalfinanzierung nach KVG, Jusletter vom 28. August 2017
- Donchin, A. (2010). Reproductive tourism and the quest for global gender justice. *Bioethics* 24 (7): 323–332.
- Dworkin, G. (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Einsiedel, E. F. and Adamson, H. (2012). Stem cell tourism and future stem cell tourists: Policy and ethical implications. *Developing World Bioethics* 12 (1): 35–44.
- Eisner, B. (1992). *Die Aufklärungspflicht des Arztes. Die Rechtslage in Deutschland, der Schweiz und den USA*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
- English, V., Mussell, R., Sheather, J., Sommerville, A. (2001). Medical tourism. *Journal of Medical Ethics* 27 (4): 284–285.
- English, V., Mussell, R., Sheather, J., Sommerville, A. (2005). More on medical tourism. *Journal of Medical Ethics* 31 (12): 743.
- Epstein, M. (2009). Sociological and ethical issues in transplant commercialism. *Current Opinion in Organ Transplantation* 14 (2): 134–139.
- Eugster, G. (2010). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)*. Zürich/Basel/Genf: Schulthess Verlag
- Eugster, G. (2016). *Krankenversicherung*. In: Meyer, U. (Hg). *Soziale Sicherheit, Sécurité sociale*. 3. Auflage. Basel: Helbing Lichtenhahn: 385.

- Eyal, N. (2011). Informed Consent. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/entries/informed-consent/> (last accessed January 3, 2018).
- Fabre, C. (2008). *Whose Body is it Anyway? Justice and the Integrity of the Person*. Oxford: Oxford University Press.
- Faden, R., Beauchamp, T. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- Feinberg, J. (1980). The Child's Right to an Open Future. In: Aiken, W., LaFollette, H. (Hg.). *Whose Child?* Totowa, NJ: Rowman & Littlefield: 124-153.
- Feinberg, J. (1986). *Harm to Self*. New York: Oxford University Press.
- Fellmann, W. (1992). *Der einfache Auftrag, Art. 394-406 OR*. Berner Kommentar Band/Nr. VI/2/4: Bern: Stämpfli Verlag.
- Foster, C. (2015). Suicide tourism may change attitudes to assisted suicide, but not through the courts. *Journal of Medical Ethics* 41 (8): 620–620.
- Fujita, M., Slingsby, B. T., Akabayashi, A. (2010). Transplant tourism from Japan. *The American Journal of Bioethics* 10 (2): 24–26.
- Gächter, Th., Rütscbe B. (2013). *Gesundheitsrecht*, 3. Auflage, Basel: Helbing Lichtenhahn.
- Gauthier, S., Mausbach, J., Reisch, T., Bartsch, C. (2015). Suicide tourism: A pilot study on the swiss phenomenon. *Journal of Medical Ethics* 41 (8): 611–617.
- Giesinger, C. (2014). Die Auswirkungen des Rechts der Patientenfreizügigkeit auf die öffentlichen Ausgaben: Das Beispiel der allgemeinen Krankenversicherung. In: Hennion, S., Kaufmann, O. (Hg.). *Unionsbürgerschaft und Patientenfreizügigkeit*, Berlin: Springer Verlag: 423.
- Grolimund, N. (2010). *Entterritorialisierung der Gesundheitsdienstleistungen in der EU und in der Schweiz*. Zürich/Basel/Genf: Schulthess Verlag.
- Gross Hawk, B. (2015). Neue Spitalplanung. In: Kieser, U., Lendfers, M. (Hg.). *JaSo 2015, Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2015*. Zürich/St. Gallen: Dike Verlag: 167ff.
- Hall, C. M. (2013). *Medical tourism: The ethics, regulation, and marketing of health mobility*. London: Routledge.
- Harris, D. M. (2011). *Ethics in Health Services and Policy: A Global Approach*. Jossey-Bass.
- Hauser, S. (2015). *Hochspezialisierte Medizin im föderalistischen System der Schweiz*, Zürich/Basel/Genf: Schulthess Verlag.

- Hausheer, H., Jaun, M. (2015). § 19 Unsorgfältige ärztliche Behandlung – Arzthaftung. In: Weber, St., Münch, P. (Hg.). *Haftung und Versicherung, Beraten und Prozessieren im Haftpflicht- und Versicherungsrecht*. Basel: Helbing Lichtenhahn: 895–946.
- Hill, T. L. (2011). The Spread of Antibiotic-Resistant Bacteria through Medical Tourism and Transmission Prevention Under the International Health Regulations. *Chicago Journal of International Law*, 12 (1): Article 11. Available at: <http://chicagounbound.uchicago.edu/cjil/vol12/iss1/11>.
- Hippen, B. (2010). Professional obligation and supererogation with reference to the transplant tourist. *American Journal of Bioethics* 10 (2): 14–16.
- Hodges, J. R. (2012). *Risks and challenges in medical tourism: Understanding the global market for health services*. Santa Barbara: Praeger.
- Huxtable, R. (2009). The suicide tourist trap: Compromise across boundaries. *Journal of Bioethical Inquiry* 6 (3): 327–336.
- Ilkilic, I. (2010). Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: Deutscher Ethikrat (Hg.). *Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*, <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/tagungsdokumentation-migration-und-gesundheit.pdf> (last accessed: January 3, 2018).
- Joffe, S., Truog, R. (2010). Consent to Medical Care: The Importance of Fiduciary Context. In: Miller, F., Wertheimer, A. (Hg.). *The Ethics of Consent*. New York: Oxford University Press: 347-373.
- Junginger, T. et al. (2008) (Hg.). *Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen*. Heidelberg: Springer.
- Juszczak, J. (2013). Internationale Märkte – Potenziale für deutsche Krankenhäuser, in: Debatin, J. F., Ekkernkamp, A., Schulte, B. (Hg.). *Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden*. 2. Auflage, Berlin: MWV: 151.
- Kaplan, L., Tong, R. (1996). *Controlling our Reproductive Destiny: A Technological and Philosophical Perspective*. Harvard: MIT Press.
- Kiener, R., von Büren, L. (2007). Strafbarkeit durch medizinische Betreuung von Sans-Papiers? *Asyl* 4/07: 11–16.
- Kieser, U. (2017). Entscheidbesprechungen. *AJP* 2017: 792 ff.
- Kingreen, T. (2011). Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. *Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer (VVDStRL)* 70: 152 ff.
- Knipper, M. (2014). Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt, In: Coors, M., Grutzmann, T., Peters, T. (Hg.). *Interkulturalität und Ethik*. Göttingen: Edition Ruprecht: 52–69.

- Kodama, M. (2012). The present state of commercial surrogacy in india and the ethical assessment of physician in charge Dr. Nayna Patel: Ethical research concerning indian reproductive medicine, especially commercial surrogacy. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 22 (2): 85–90.
- Krones, T., Biller-Andorno, N. (2011). Art. "Ethik der Intensivmedizin". In: Stoecker, R. et al. (Hg.). *Handbuch Angewandte Ethik*. Stuttgart: Metzler: 453–458.
- Kuhn, M. (1994). 1. Kapitel. Die rechtliche Beziehung zwischen Arzt und Patient. In: Honssel, H. (Hg.). *Handbuch des Arztrechts*. Zürich: Schulthess Polygraphischer Verlag.
- Kumarasamy, K. et. al. (2010). Emergence of a New Antibiotic Resistance Mechanism in India, Pakistan, and the UK: A Molecular, Biological, and Epidemiological Study. *The Lancet Infectious Diseases* 10 (9): 597–602.
- Landolt, H. (2002). *Pflegerecht, Band II: Schweizerisches Pflegerecht*. Eine Darstellung der verfassungs- und bundesrechtlichen Grundlagen des Schweizerischen Pflegerechts unter besonderer Berücksichtigung des privat- und sozialrechtlichen Pflegesicherungssystems sowie des Pflegeschadenersatz- und des Pflegehaftpflichtrechts. Bern: Stämpfli Verlag.
- Laupland, K., Fisman, D. (2010): The Accidental Medical Tourist. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology* 21 (4): 155–156.
- Levine, R. (1988). *Ethics and Regulation of Clinical Research*. 2nd edition. New Haven: Yale University Press.
- Levine, AD & Wolf, LE. (2012). The roles and responsibilities of physicians in patients' decisions about unproven stem cell therapies. *The Journal of Law, Medicine, and Ethics* 40 (1): 122–134.
- Luley, S. (2015). 'Suicide tourism': Creating misleading scientific news. *Journal of Medical Ethics* 41 (8): 618–619.
- Maio, G. (2007). Ist die ästhetische Chirurgie überhaupt noch Medizin? Eine ethische Kritik. *Handchir Mikrochir plast Chir* 39 (3): 189–194.
- Manson, N., O'Neill, O. (2007). *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marckmann, G. (2009). Begrenzte Ressourcen in der Intensivmedizin als ethische Herausforderung. In: Salomon, F. (Hg.). *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Konkrete Entscheidungshilfen in Grenzsituationen*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 107–114.
- Markus, J. (2009). *Betriebswirtschaftliche Potenziale vom «Medizintourismus», Patienten aus den GUS-Staaten in deutschen Kliniken*. Hamburg: Igel Verlag.
- Martin, D. (2010). Professional and public ethics united in condemnation of transplant tourism. *American Journal of Bioethics* 10 (2): 18–20.

- Meghani, Z. (2011). A robust, particularist ethical assessment of medical tourism. *Developing World Bioethics* 11 (1): 16–29.
- Meyer U. (Hg.) (2016). *Soziale Sicherheit, Sécurité sociale*. 3. Auflage, Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Michel, M., Rutishauser, C. (2016). Kinder und Jugendliche als Patientinnen und Patienten – Ein Beitrag aus rechtlicher und medizinischer Sicht. In: Büchler, A., Schwenzler, I (Hg.). *Achte Schweizer FamilienrechtsTage*. Bern: Stämpfli Verlag, 3-31.
- Miller, F. (2010). Consent to Clinical Research. In: Miller, F., Wertheimer, A. (Hg.). *The Ethics of Consent*, New York: Oxford University Press.
- Moser, M. (2010). Analyse der rechtlichen Grundlagen der Spitalplanung gemäss revidiertem KVG, im Auftrag von H+ (zit als. Analyse Spitalplanung).
- Mutcherson, K. M. (2013). Open fertility borders: Defending access to cross-border fertility care in the United States. In: Cohen, I. G. (Hg.). *The globalization of health care: Legal and ethical issues*. Oxford: Oxford University Press: 148–163.
- Naraindas, H. (2015). *Healing holidays: Itinerant patients, therapeutic locales and the quest for health*. London: Routledge.
- NEK-CNE (2009). Zur Forschung mit Kindern, Bern 16/2009.
- NEK-CNE (2017). Migrants allophones et Système de soin, Bern 27/2017.
- Nideröst, P. (2009). § 9 Sans-Papiers in der Schweiz In: Uebersax, P. et al. (Hg.). *Ausländerrecht*. 2. Auflage. Basel: Helbing Lichtenhahn: 373–415.
- Navqui, S. A. A., Ali, B., Mazhar, F., Zafar, M. N., Rizvi, S. A. H. (2007). A socioeconomic survey of kidney vendors in Pakistan. *Transplant International* 20 (11): 934–939.
- Parks, J. A. (2010). Care ethics and the global practice of commercial surrogacy. *Bioethics* 24 (7): 333–340.
- Payllier, P. (1999). *Rechtsprobleme der ärztlichen Aufklärung unter Berücksichtigung der spitalärztlichen Aufklärung*. Zürich: Schulthess Polygraphischer Verlag.
- Pennings, G. (2002). Reproductive tourism as moral pluralism in motion. *Journal of Medical Ethics* 28 (6): 337–341.
- Pennings, G. (2007). Ethics without boundaries: Medical tourism. *Principles of Health Care Ethics*. Second Edition: 505–510.
- Poledna, T., Berger, B. (2002). *Öffentliches Gesundheitsrecht*. Bern: Stämpfli Verlag.
- Purdy, L. (1996). *Reproducing Persons: Issues in Feminist Bioethics*. New York: Cornell University Press.
- Reisewitz, J. (2015). *Rechtsfragen des Medizintourismus*. Berlin/Heidelberg: Springer.

- Radcliffe-Richards, J. (1998). The case for allowing kidney sales. *International Forum for Transplant Ethics. Lancet* 351 (9120): 1950–1952.
- Ramirez de Arellano, A.B. (2007). Patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services* 37 (1): 193–198.
- Rhodes, R, Schiano, T (2010). Transplant tourism in China: a tale of two transplants. *American Journal of Bioethics*. 10 (2): 3–11.
- Roggo, A. (2002). *Aufklärung des Patienten. Eine ärztliche Informationspflicht*. Bern: Stämpfli Verlag.
- Rütsche, B. (2011). *Neue Spitalfinanzierung und Spitalplanung, Insbesondere zur Steuerung der Leistungsmenge im stationären Bereich*. Bern: Stämpfli Verlag.
- Rütsche, B. (2016a). *Spitalplanung und Privatspitäler, Aktuelle Rechtsfragen zur Umsetzung des KVG*. Zürich/Basel/Genf: Schulthess Verlag.
- Rütsche, B. (2016b). Staatliche Leistungsaufträge und Rechtsschutz. *ZBJV* 152/2016: 71 ff.
- Salomon, F. (2009) (Hg.). *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Konkrete Entscheidungshilfen in Grenzsituationen*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013a). *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013b). *Intensivmedizinische Massnahmen. Medizinisch-ethische Richtlinien*. Basel.
- Satyapal, KS (2005). Ethics, transplantation, and the changing role of anatomists. *Clinical Anatomy* 18: 150-153.
- Saniotis, A. (2008). Medical bioethics and medical tourism in thailand. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 18 (5): 150–151.
- Schmitz-Luhn, B. (2017). Explikation im Gesundheitswesen – Priorisierung, Rationierung, Kostendruck und Standard: Herausforderungen und Möglichkeiten solidarischer Gesundheitsversorgung. In: Katzenmeier, C., Ratzel, R. (Hg.). *Festschrift für Franz-Josef Dahm, Glück auf! Medizinrecht gestalten*. Berlin: Springer Verlag: 437.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2005). Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung. Bern (zit. als GDK, leistungsorientierte Spitalplanung).
- Schwendener, M. (2008). *Krankheit und Recht, Der Krankheitsbegriff im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*. Basel: Helbing Lichtenhahn.
- Smith, K. (2012). The problematization of medical tourism: A critique of neoliberalism. *Developing World Bioethics* 12 (1): 1–8.

- Snyder, J., Crooks, V. A. (2010). Medical tourism and bariatric surgery: More moral challenges. *American Journal of Bioethics* 10 (12): 28–30.
- Snyder, J., Crooks, V., Turner, L. (2011). Issues and challenges in research on the ethics of medical tourism: Reflections from a conference. *Journal of Bioethical Inquiry* 8 (1): 3–6.
- Snyder, J., Crooks, V. A., Johnston, R. (2012). Perceptions of the ethics of medical tourism: Comparing patient and academic perspectives. *Public Health Ethics* 5 (1): 38–46.
- Snyder, J., Crooks, V. A. (2012). New ethical perspectives on medical tourism in the developing world. *Developing World Bioethics* 12 (1): iii–vi.
- Snyder, J., Crooks, V., Johnston, R., Kingsbury, P. (2013). Beyond sun, sand, and stitches: Assigning responsibility for the harms of medical tourism. *Bioethics* 27 (5): 233–242.
- Sprecher, F. (2007). *Medizinische Forschung mit Kindern und Jugendlichen nach schweizerischem, deutschem, europäischem und internationalem Recht*. Berlin: Springer.
- Stöckli, W. (2009). § 11 Asyl. In: Uebersax, P. et al (Hg.). *Ausländerrecht*. 2. Auflage. Basel: Helbing Lichtenhahn: 521–588.
- Storrow, R. F. (2013). The proportionality problem in cross-border reproductive care. In: Cohen, I. G. (Hg.). *The globalization of health care: Legal and ethical issues*. Oxford: Oxford University Press: 148–163.
- Tag, B. (2007). 13. Kapitel. Strafrecht im Arztalltag. In: Kuhn, M.W., Poledna, T. (Hg.). *Arztrecht in der Praxis*. 2. Auflage. Zürich/Basel/Genf: Schulthess. 669–765.
- Trüeb, H. R., Zimmerli, D. (2012). Spitalfinanzierung und Vergaberecht. *fgf - Forum Gesundheitsrecht Band/Nr. 19*: 60.
- Turner, L. (2009). Commercial organ transplantation in the philippines. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 18 (2): 192.
- Uebersax, L. (2011). Ausländische Patienten bringen Geld ins Schweizer Gesundheitssystem. *SKR* 3/11: 20.
- Waldmann, B., Belser, E. M., Epiney, A. (Hg.) (2015). *Basler Kommentar zur Bundesverfassung*. Basel: Helbing Lichtenhahn (zit. als BSK BV-Autor).
- Widdows, H. (2011). Localized past, globalized future: Towards an effective bioethical framework using examples from population genetics and medical tourism. *Bioethics* 25 (2): 83–91.

- Wiegand, W. (1994). 3. Kapitel. Die Aufklärungspflicht und die Folgen ihrer Verletzung. In: Honsel, H. (Hg.). *Handbuch des Arztrechts*. Zürich: Schulthess Polygraphischer Verlag.
- Wiesemann C., Dörries A., Wolfslast G., Simon A. (Hg.) (2003). *Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille*. Frankfurt/M.: Campus.
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) (2000). Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? (zit. als Zentrale Ethikkommission, Prioritäten).
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2007). Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Langfassung (zit. als Stellungnahme ZEKO).
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2016). Umgang mit medizinischen Angeboten im Ausland. Ethische und rechtliche Fragen des ‚Medizintourismus‘. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, www.zentrale-ethikkommission.de/Ausland2016 (last accessed: January 3, 2018).

Anhang

A-1 Wirkungsmodell «Medizintourismus»

Nachfolgendes, umfassendes Wirkungsmodell zum Forschungsgegenstand des Medizintourismus in der Schweiz (vgl. Figur 5) stellte die Grundlage für die Eingrenzung des Forschungsgegenstands wie auch möglicher Forschungsfragen dar. Zu diesem Wirkungsmodell lassen sich folgende Erläuterungen machen:

Input / Output / Outcome / Impact

Als Grundlage für die Konzeption dieses Forschungsprojekts haben wir ein Wirkungsmodell verwendet, das mit den Stufen von Input, Output, Outcome und Impact arbeitet. Dabei wurden diese Begriffe wie folgt verwendet:

- *Input*: Der Input umfasst alle Ressourcen, die in das Wirkungssystem einfließen.
- *Output*: Der Output umfasst die Leistungen, Angebote und Produkte des Systems.
- *Outcome*: Der Outcome beschreibt die Wirkungen auf Ebene der Zielgruppe(n).
- *Impact*: Der Impact beschreibt die Veränderung auf gesellschaftlicher Ebene. Da der Bezug auf die Gesamtgesellschaft meistens weder sinnvoll noch möglich ist, beziehen sich die Impacts meist auf einen Teil der Gesellschaft.

Bezüglich Outcome und Impact ist zu beachten, dass die Aktivitäten in der Regel nur Beiträge zu (erwünschten) Wirkungen leisten können.

Zweistufiges Wirkungsmodell

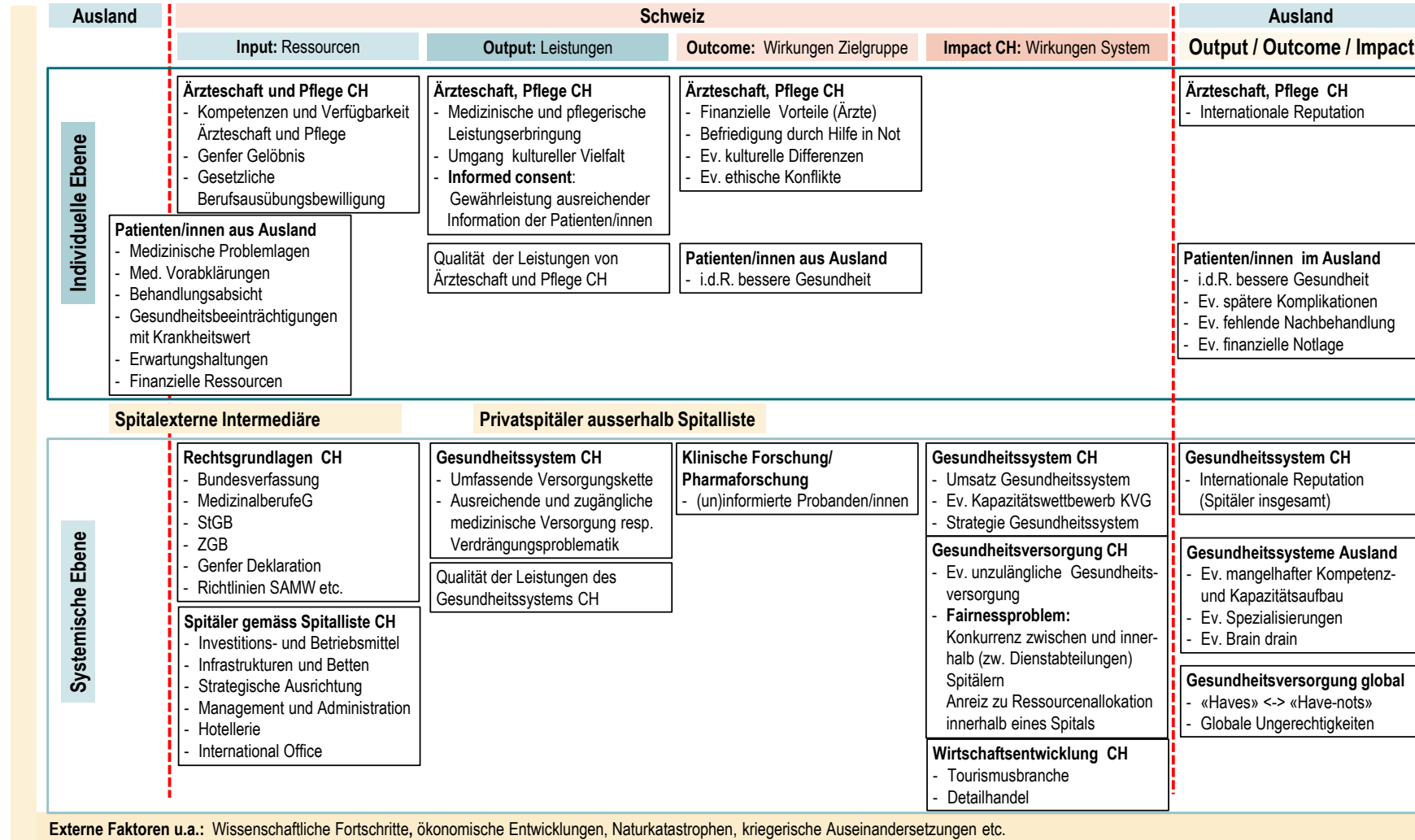
Das Wirkungsmodell zu diesem Forschungsvorhaben (vgl. Figur 5) ist zweistufig und berücksichtigt damit, dass sich ethische Fragen zunächst und allem voran auf der individuellen Ebene manifestieren. Systemische Wirkungen des Medizintourismus haben jedoch das Potenzial, ihrerseits wiederum ethische Fragen aufzuwerfen. Auch bedarf die Beantwortung der Fragen zu juristischen, epidemiologischen und organisationalen Aspekten sowie der ökonomischen Bedeutung Überlegungen auf systemischer Ebene. Zwischen individueller und systemischer Ebene platziert das Wirkungsmodell einerseits die intermediären, kommerziellen Vermittler von Gesundheitsdienstleistungen sowie jene Privatspitäler, die nicht sogenannte «Listenspitäler»⁹² sind.

Wirkungsmodell über die Schweiz hinaus

Patienten/innen kommen aus dem Ausland. Damit zusammenhängende Auswirkungen des Medizintourismus, die ggf. in ethischer Hinsicht relevant sind, ergeben sich nicht nur in der Schweiz, sondern vor- und insbesondere nachgelagert auch im Ausland. Das Wirkungsmodell muss deshalb, sowohl was den Input als auch die Wirkungen auf Outcome- und Impact-Ebene betrifft, über die Schweiz hinausgreifen.

⁹² Mit den kantonalen Spitallisten wird verbindlich geregelt, welche Spitäler für welche Krankheitsbehandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung («Grundversicherung») tätig sein können.

Umfassendes Wirkungsmodell des Medizintourismus in der Schweiz



Figur 5: Das Wirkungsmodell des Medizintourismus. Rot umrandet ist die Systemgrenze des Forschungsgegenstands.

A-2 Detaillierte Forschungsfragestellungen

Forschungsfragestellungen	
Stand der ethischen Debatte	
1.1	– Welche ethischen Fragen und Herausforderungen werden im Zusammenhang mit Medizintourismus diskutiert und wie lassen sich diese systematisch darstellen?
1.1.1	<i>Informed consent:</i> – Inwiefern kommt es zu Situationen, in denen aus kulturellen oder sprachlichen Gründen Hürden für <i>informed consent</i> bestehen? – Inwiefern kommt es vor, dass aufgrund Vorabklärungen in anderen Ländern Rechte und Pflichten der Patienten/innen nicht klar sind und die behandelnden Fachpersonen vor einem Dilemma stehen? – Welche weiteren Aspekte sind bezgl. <i>informed consent</i> bekannt (z.B. mangelnder Kontakt zwischen behandelnder und behandelter Person; beschönigendes Marketing; Interessenskonflikte bei behandelnden Fachpersonen; Druck, einer Behandlung zuzustimmen, da die Reise bereits unternommen wurde)?
1.1.2	<i>Fairnessprobleme:</i> – Inwiefern setzt Medizintourismus in der Schweiz Anreize zu Ressourcenallokation innerhalb von Spitälern (interner <i>brain-drain</i>)? – Inwiefern führt Medizintourismus in der Schweiz innerhalb Spitälern (bspw. zwischen Dienstabteilungen) zu Konkurrenzverhalten? – Inwiefern tragen Schweizer Medizintourismus-Anbieter moralische Verantwortung für Folgeprobleme in den Ausgangsländern (z.B. externer <i>brain-drain</i> ; Mangel an Freiwilligen in medizinischen Versuchsphasen; Belastung des Gesundheitssystems durch Nachfolgebehandlungen; Anreiz zum regulatorischen «Rennen nach unten»)?
1.1.3	<i>Probleme des medizinischen Fachethos:</i> – Inwiefern haben Fachpersonen die moralische Erlaubnis oder sogar die Pflicht, Patienten/innen über illegale Möglichkeiten zu informieren? – Inwiefern sind Fachleute moralisch verpflichtet, Gesetzesübertretungen (etwa die Inanspruchnahme illegaler Organtransplantationen) behördlich zu melden? Wie verhält sich so eine Meldepflicht allenfalls zum Fachethos (etwa der ärztlichen Schweigepflicht)? – Inwiefern dürfen Fachleute die Weiterbehandlung verweigern, wenn illegale Leistungen in Anspruch genommen wurden? Sind sie verpflichtet, den Patienten/die Patientin weiterzugeben?
1.1.4	<i>Rechtsethische Fragen:</i> – Wer sollte für die Kosten einer Übersetzung aufkommen müssen? – Wer sollte für allfällige Kunstfehler haften müssen
1.2	– Welche der identifizierten ethischen Problemfelder sind im Kontext der Schweiz einschlägig?
Juristische Analyse der Rechtsgrundlagen	
2.1	– Inwiefern ergeben sich aus dem Medizintourismus rechtliche Fragestellungen, die das Handeln auf der individuellen Ebene betreffen?
2.1.1	– Welche Aspekte sind bei der Aufklärung ausländischer Patienten/innen zu beachten?
2.1.2	– Welche Probleme stellen sich in der Praxis beim <i>informed consent</i> von Medizintouristen/innen?
2.2	– Inwiefern ergeben sich rechtliche Fragestellungen, die das Gesundheitssystem der Schweiz betreffen?
2.2.1	<i>Verdrängungsproblematik</i> – Wie passen Medizintouristen/innen in unser öffentliches Gesundheitssystem mit beschränkten Kapazitäten? – Welche Behandlungsqualität sollte der Schweizer Bevölkerung erhalten bleiben? – Inwiefern sind Auswirkungen des Medizintourismus im Sinne der Verdrängungsproblematik festzustellen?

Forschungsfragestellungen	
Empirisch-sozialwissenschaftliche Analyse der Wirkungszusammenhänge	
Epidemiologische Fragestellungen des Medizintourismus in der Schweiz	
3.1	<i>Entstehung Medizintourismus in der Schweiz</i> – Wie lässt sich die Entstehung des Medizintourismus beschreiben? – Welche Wirkungszusammenhänge sind dabei besonders wichtig?
3.2	<i>Entwicklung Medizintourismus in der Schweiz</i> – Wie lässt sich die Entwicklung des Medizintourismus quantitativ beschreiben? – Wie lässt sich die Entwicklung des Medizintourismus qualitativ beschreiben? – Wie lässt sich die regionale Verbreitung des Medizintourismus beschreiben?
Organisationale Fragestellungen des Medizintourismus in der Schweiz	
3.3	<i>Spitalinterne Strategien</i> – Inwiefern richten sich Spitäler strategisch auf den Medizintourismus aus? – Inwiefern richten sich Spitäler organisatorisch, administrativ und personell auf den Medizintourismus aus?
3.4	<i>Spitalexterne Strategien</i> – Welche Geschäftsmodelle lassen sich für Vermittlungsaktivitäten erkennen? – Inwiefern richten sich Vermittlungsanbieter/innen auf Chancen und Herausforderungen des Medizintourismus aus?
Ökonomische Fragestellungen des Medizintourismus in der Schweiz	
3.5	<i>Wirtschaftliche Fragestellungen auf individueller Ebene</i> – Inwiefern schafft der Medizintourismus finanzielle Vorteile für die Ärzteschaft? Inwiefern schafft die Behandlung gesundheitlicher Probleme im Ausland finanzielle Probleme für Patienten/innen?
3.6	<i>Betriebswirtschaftliche Fragestellungen</i> – Welche betriebswirtschaftlichen Chancen und Risiken sind für Spitäler mit dem Medizintourismus verbunden (Listenspitäler/nicht Listenspitäler)? – Welche betriebswirtschaftlichen Chancen und Risiken sind für intermediäre Vermittler mit dem Medizintourismus verbunden? Inwiefern lassen sich betriebswirtschaftliche Perspektiven des Medizintourismus abschätzen?
3.7	<i>Volkswirtschaftliche Fragestellungen</i> – Welche volkswirtschaftlichen Chancen und Risiken sind mit dem Medizintourismus für die Schweiz verbunden? – Inwiefern lassen sich volkswirtschaftliche Perspektiven des Medizintourismus für die Schweiz abschätzen?
Ethische Fragen des Medizintourismus in der Schweiz (→ Weiterentwicklungen der Fragen ergeben sich aus den Erkenntnissen der FM 1-3)	
4.1	<i>Ethische Fragestellungen auf individueller Ebene</i> – Inwiefern ergeben sich ethische Fragestellungen für die Ärzteschaft und die Pflege? In welchen Situationen? In welchem Ausmass? – Welche Antworten aus ethischer Sicht wurden darauf bisher gefunden? – Inwiefern besteht Handlungsbedarf bzgl. Regelungen zum Umgang mit ethischen Fragen die sich aus dem Medizintourismus ergeben? Inwiefern besteht professioneller Unterstützungsbedarf bzgl. ethischer Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Medizintourismus?
4.2	<i>Ethische Fragestellungen auf systemischer Ebene</i> – Inwiefern ergeben sich aufgrund der Auswirkungen des Medizintourismus auf das Gesundheitssystem der Schweiz ethische Fragen?
Rechtliche Aspekte des Medizintourismus in der Schweiz	
5.1	– Wie gestaltet sich die geltende Rechtslage mit Blick auf den Medizintourismus in der Schweiz sowohl auf individueller wie auch auf systemischer Ebene? – Inwiefern kann aus juristischer Sicht Handlungsbedarf mit Blick auf den Medizinstandort Schweiz geortet werden? Welche Konsequenzen sind daraus zu ziehen?

Tabelle 7: Detaillierte Forschungsfragestellungen zum Medizintourismus in der Schweiz

A-3 Allgemeiner Leitfaden für die Befragungen

Nachfolgend ist der gesamte Leitfaden abgebildet. Für die einzelnen Gespräche wurde der Leitfaden jeweils entsprechend der Funktion der befragten Person angepasst.

Ihre Funktion und Ihre Berührungspunkte mit Medizintourismus

→alle

- 1 Inwiefern kommen Sie in Ihrer Funktion als ... mit Aspekten des Medizintourismus in Berührung?

Medizintourismus: Begriffsdefinition und Bedeutung für Ihre Institution

→alle

Für das vorliegende Forschungsprojekt haben wir eine Definition von Medizintourismus vorgenommen und den Forschungsgegenstand abgegrenzt:

Definition des Begriffs «Medizintourismus» durch das Forschungskonsortium:

«Unter Medizintourismus versteht das Konsortium den Verkehr von ausländischen Privatpersonen in die Schweiz mit dem (Haupt-)Motiv der stationären, medizinischen Behandlung durch Fachpersonen, die über eine gesetzliche Berufsausübungsbewilligung verfügen.»

Weitere Personengruppen

Der Begriff Medizintourismus kann weitere Personengruppen umfassen, so u.a. Kurzaufenthalter/innen oder Asylsuchende, die in der Schweiz medizinisch behandelt werden; Schweizer/innen, die sich im Ausland medizinisch behandeln lassen; Probanden/innen für Phase I- und Phase II- Forschung.

Weitere Behandlungsformen

Zudem kann Medizintourismus weitere Behandlungsformen umfassen, so u.a. ambulante Behandlungen (inkl. Haftung und Nachbehandlung), experimentelle Therapien, Organspenden in der Schweiz.

- 2 In welchem Ausmass und seit wann ist Medizintourismus (gemäss der genannten Definition) für Ihre Institution von Bedeutung?
- 3 Wie lässt sich die Entwicklung von Medizintourismus in der Schweiz aus der Perspektive Ihrer Institution beschreiben?
- 4 Inwiefern haben Sie Erfahrungen mit weiteren Personengruppen gemacht, die in der vorliegenden Definition des Medizintourismus nicht erfasst sind? Inwiefern sind diese von quantitativer Bedeutung?
- 5 Inwiefern haben Sie Erfahrungen mit weiteren Behandlungsformen gemacht, die in der vorliegenden Definition des Medizintourismus nicht erfasst sind? Inwiefern sind diese von quantitativer Bedeutung?

Medizintourismus und seine Auswirkungen auf Spitäler

→Kliniken, Ärzteschaft, Pflege, International Offices

- 6 Inwiefern ist der Medizintourismus von strategischer und ökonomischer Bedeutung für Ihre Institution? Wurde der Medizintourismus explizit in die Strategie Ihrer Institution aufgenommen?
- 7 Welche Auswirkungen hat der Medizintourismus auf folgende Aspekte des Spitalbetriebs?
 - 7.1 Organisation des Spitalbetriebs (z.B. Infrastruktur, Betten, Hotellerie etc.)
 - 7.2 Administration des Spitalbetriebs (z.B. Termine, Auslastung, Zimmerbelegung)
 - 7.3 Personal (z.B. Diensterteilung der Ärzteschaft und Pflege, zusätzliche Dienstleistungen wie Übersetzungen, Sozialdienst, Angehörigenbetreuung; spezifische Weiterbildung etc.)
 - 7.4 Finanzierung: Nebst den Honorarzahungen, welche weiteren (pauschal) Kosten fallen für Medizintouristen/innen, die in Ihrer Institution behandelt werden, an?
- 8 Inwiefern führt der Medizintourismus in Ihrem Spital zu Konkurrenzverhalten, beispielsweise zwischen verschiedenen Dienstabteilungen?
 - 8.1 Welche Abteilungen sind für Medizintourismus attraktiv, welche weniger?
- 9 Inwiefern setzt der Medizintourismus Anreize zu Ressourcenallokation in Ihrem Spital?
- 10 Daten des Bundesamtes für Statistik zeigen, dass Medizintouristen/innen deutlich öfters ambulant den stationär behandelt werden. Auf was ist dies zurückzuführen?
- 11 Verfügen Sie über Kennzahlen zum Medizintourismus in Ihrer Institution?
- 12 Welche Chancen und Risiken bringt Medizintourismus für Ihr Spital/ Ihre Abteilung?

Medizintourismus und seine Auswirkungen auf die Ärzteschaft und Pflege

→Kliniken, Ärzteschaft, Pflege, International Offices, Sozialdienste

- 13 Welche Erfahrungen wurden in der Praxis gemacht hinsichtlich des Umgangs der Ärzteschaft und Pflege mit der kulturellen Vielfalt von Medizintouristen/innen (z.B. Sprache, Religion, medizinische Behandlungskultur, Erwartungshaltungen, Assessment der finanziellen Leistungsfähigkeit des Patienten) – insbesondere hinsichtlich Problemen und Herausforderungen?
- 14 Wie viele Fälle von Medizintourismus werden jährlich in Ihrer Abteilung betreut?
- 15 Können Sie an einem Beispiel skizzieren, inwiefern sich die Betreuung/Versorgung einer/s Medizintouristen unterscheidet von anderen Patienten/innen?
- 16 Über welche Kanäle werden Medizintouristen/innen Ihnen/ Ihrer Abteilung zugewiesen? Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit diesen Akteuren?

- 17 Können Sie an einem Beispiel den Ablauf einer Behandlung an einem/r Medizintouristen/in skizzieren, insbesondere mögliche Herausforderungen?
- 18 Inwiefern bringt der Umgang mit Angehörigen von Medizintouristen/innen Herausforderungen mit sich und wie unterscheiden sich diese im Unterschied zu inländischen Patienten/innen?
- 19 Inwiefern schafft der Medizintourismus finanzielle Vorteile für die Ärzteschaft?
- 19.1 Sind hierbei Unterschiede zwischen den Ärzten/innen zu erkennen?
- 19.2 Wenn ja, worauf basieren diese Unterschiede (z.B. Anstellungsmodalität der Ärzteschaft; medizinischer Fachbereich; Behandlungsleistung und Versicherungsmodalität des/r Patienten/in; Art des Spitals)?
- 20 Haben Sie Behandlungen von Medizintouristen/innen erlebt, bei denen Sie den Eindruck hatten, Aspekte oder Umstände der Behandlung waren ethisch nicht vertretbar, wenn ja, welche?
- 21 Haben Sie Behandlungen von Medizintouristen/innen erlebt, die juristische Fragen nach sich zogen, wenn ja, welche?
- 22 Inwiefern wünschen Sie sich (weitere) Unterstützung (z.B. seitens Administration, Übersetzungsdiensten, Betreuung der Angehörigen, Richtlinien o.Ä.) bei der Behandlung/ Betreuung von Medizintouristen/innen?
- 23 Welche Chancen und Risiken bringt Medizintourismus für die Ärzteschaft und die Pflege?

Medizintourismus und seine Auswirkungen auf die Patientenschaft

→Ärztenschaft, Pflege, Vermittlungsbüros, International Offices, Sozialdienste

Bei einer medizinischen Behandlung sollte seitens der Patienten/innen ein «*informed consent*» bestehen, d.h. der/die Patient/in muss ausreichend über die medizinische Behandlung und mögliche Konsequenzen (gesundheitlich, finanziell) informiert sein.

- 24 Welche spezifischen Informationen (für Medizintouristen/innen) müssen dem/der Patienten/in zur Verfügung gestellt werden?
- 25 Inwiefern werden Medizintouristen/innen über ihre Rechte und Pflichten als Patienten/innen informiert? Von wem und über welche Informationskanäle?
- 25.1 Inwiefern kommt es vor, dass aufgrund von Vorabklärungen in anderen Ländern die Rechte und Pflichten von Patienten/innen nicht klar sind und die behandelnden Fachpersonen vor einem Dilemma stehen, den/die Patienten/in trotz mangelnden Informationen zu behandeln?
- 25.2 Inwiefern stimmen die Informationen (Diagnostik), die Ihnen im Vorfeld über eine/n Medizintouristen/in vorliegen, mit der wirklichen Verfassung des/der Patienten/in in der ersten Sprechstunde überein?

- 25.3 Wie wird die Nachbehandlung sichergestellt, resp. wie wird abgeklärt, ob eine Nachbehandlung sichergestellt ist?
- 25.4 Wie wird Kostentransparenz (bzgl. Kosten für Spitalbehandlung, für Vermittlung etc.) gewährleistet?
- 26 Inwiefern werden Medizintouristen/innen über die medizinische Behandlung und mögliche Konsequenzen (gesundheitlich, finanziell) informiert? Von wem und über welche Informationskanäle?
- 26.1 Inwiefern bestehen aus kulturellen und/oder sprachlichen Gründen Hürden für *informed consent*?
- 26.2 Inwieweit gelangen Medizintouristen/innen in finanzielle Problemlagen aufgrund der Behandlung ihrer gesundheitlichen Probleme im Ausland?
- 27 Welche weiteren Hürden oder Probleme stellen sich in der Praxis für den *informed consent* von Medizintouristen/innen?
- 28 Welche Chancen und Risiken bringt Medizintourismus für Ihre Institution im Umgang mit der Patientenschaft?

Vermittlungsaktivitäten im Medizintourismus von externen und spitalinternen Vermittlungsagenturen

→Vermittlungsbüros, International Offices, weitere Experten/innen

- 29 Über welche verschiedenen Geschäftsmodelle von Vermittlungsaktivitäten verfügt Ihre Institution? Welche Rolle spielen dabei schweizerische Krankenkassen, diplomatische Botschaften und die International Offices, die Patienten/innen aus dem Ausland vermitteln?
- 30 Wie lässt sich ein typischer Ablauf eines Beratungs- und Vermittlungsmandats im Medizintourismus skizzieren? (zeitlicher Rahmen, Informationsfluss, konkrete Aufgaben/Schritte, Kontakt mit wem, Kosten, Haftung, weiterführende Angebote nach Vermittlung)
- 31 Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen den Vermittlungsagenturen und dem Spital? Existieren Unterschiede zwischen externen und spitalinternen Vermittlungsagenturen?
- 32 Wo sehen Sie kurz- und mittelfristig die grössten Chancen wie auch Herausforderungen für das Geschäft von Vermittlungsaktivitäten?

Initiativen zu Medizintourismus in der Schweiz

→Experten/innen, International Offices, Vermittlungsbüros

- 33 Welche Ziele verfolg(t)en Initiativen wie Lucerne Health oder Swiss Health und inwiefern konnten die Erwartungen erfüllt werden?
- 34 Inwiefern werden für Ausländer/innen andere Tarife/Pauschalen für Behandlungen in Schweizer Spitälern und Kliniken verlangt?
- 35 Inwiefern schafft Medizintourismus in der Schweiz einen volkswirtschaftlichen Mehrwert? Können Sie Beispiele hierfür nennen und/oder verfügen Sie über Kennzahlen/Studien dazu?
- 36 Inwiefern besteht (gemeinsamer) Handlungsbedarf seitens privaten und öffentlichen Institutionen, um den Mehrwert von Medizintourismus richtig zu nutzen / zu verteilen?
- 37 Erste Gespräche zum Thema «Ethische Fragen zum Medizintourismus» haben ergeben, dass Medizintourismus weit weniger problematisch scheint, als angenommen. Welche Gründe sehen Sie für diese Diskrepanz zwischen der öffentlichen Wahrnehmung und der Einschätzung von Stakeholdern und Experten/innen?
- 38 Verfügen Sie über Kennzahlen/ Studien zum Medizintourismus in der Schweiz?

Medizintourismus und seine Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

→alle

- 39 Inwieweit ergeben sich ggf. Synergien und Widersprüche zwischen Medizintourismus und den übergeordneten Zielen des öffentlichen Gesundheitswesens (insbesondere Versorgungssicherheit resp. Kapazitätsgrenzen, Behandlungsqualität, Kosten)?
- 40 Inwiefern sehen Sie Handlungsbedarf in der Steuerung von Medizintourismus vor dem Hintergrund der übergeordneten Ziele des öffentlichen Gesundheitswesens?

Abschluss

→alle

- 41 Inwiefern unterscheidet sich die öffentliche Wahrnehmung zum Medizintourismus von jener der Gesundheitsfachpersonen?
- 42 Welche Chancen und Risiken sehen Sie kurz- und mittelfristig für den Medizintourismus in der Schweiz aus der Sicht Ihrer Institution?
- 43 Inwiefern sehen Sie Handlungsbedarf mit Blick auf den Medizintourismus in der Schweiz?
- 44 Haben Sie weitere Anliegen, die wir bis anhin noch nicht angesprochen haben?

Vielen Dank!

A-4 Portrait der einzelnen Institutionen des Konsortiums

econcept AG Forschung / Beratung / Evaluation

Im Zentrum unserer Tätigkeit stehen anwendungsorientierte Forschung, wissenschaftsbasierte Beratung, Evaluationen sowie das Management strategischer Projekte und Prozesse. Unsere Fachkompetenzen liegen in den Themenfeldern Energie und Klima, Umwelt- und Ressourcenökonomie, Soziale Sicherheit und Public Management sowie Bildung und Wissenschaft. Öffentliche Verwaltungen und Körperschaften sowie private Institutionen und Unternehmen sind unsere Auftraggeberinnen und Auftraggeber.

Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik

Das Büro Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik wurde von Susanne Brauer und Jean-Daniel Strub im Frühjahr 2013 gegründet. Aufbauend auf der Expertise aus wissenschaftlicher Forschung und Lehre im Bereich Ethik (u.a. Ethik-Zentrum der Universität Zürich) und langjähriger wissenschaftlicher und organisatorischer Führung der Geschäftsstelle der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) bieten Brauer & Strub an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft, Gesellschaft und Politik Dienstleistungen in Beratung und Forschung, Veranstaltungskonzeption, Weiterbildung, Fachreferate und Moderation an. Ihre Schwerpunkte umfassen die Ethik in der Medizin, im Gesundheitswesen und in Life Sciences.

Ethik-Zentrum Universität Zürich

Das Ethik-Zentrum der Universität Zürich (EZEN) ist eine in der Schweiz einzigartige Initiative verschiedener Fakultäten. Die Ethiklehrstühle der theologischen, philosophischen und medizinischen Fakultät bilden den Kern des 1995 gegründeten Zentrums. Gegenwärtig arbeiten über 50 wissenschaftliche Mitarbeiter/innen in einem international gut vernetzten Umfeld. Sie beschäftigen sich in der Forschung und Lehre einerseits mit Grundlagenreflexion zu Fragen der Moralphilosophie und der theologischen Ethik sowie mit aktuellen Fragen der angewandten Ethik. Im Bereich der angewandten Ethik liegen die Schwerpunkte der Forschung in der biomedizinischen, der politischen sowie der Umweltethik. Fragen der Gerechtigkeit und Menschenwürde bilden die wichtigsten Querschnittsthemen. Das Zusammenspiel von Grundlagenreflexion und angewandter Ethik aus verschiedenen Disziplinen gehört zu den spezifischen Kompetenzen des EZEN.

Kompetenzzentrum Medizin - Ethik - Recht Helvetiae, Universität Zürich

Das Kompetenzzentrum Medizin – Ethik – Recht Helvetiae (MERH) ist ein interdisziplinäres und interfakultäres wissenschaftliches Forschungsnetzwerk der Universität Zürich. Es befasst sich mit Fragen an den Schnitt- und Nahtstellen von Medizin, Ethik und Recht. In diesem Bereich strebt das MERH die Vernetzung und Förderung von Forschung und Lehre an der Universität Zürich und anderen universitären Institutionen im In- und Ausland an. Das MERH beleuchtet sowohl aktuell drängende Themen als auch langfristige, grundlegende Fragestellungen im Bereich von Gesundheit, Krankheit und Medizin aus einer interdisziplinären Perspektive. Dabei versteht es sich gleichermaßen als Forum für die Öffentlichkeit und für Expertinnen und Experten. Eine massgebliche Rolle spielt dabei der praktische Nutzen für die Allgemeinheit.