

Spezielle Situationen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten

4.1 Genetische Untersuchung

Das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen schützt einerseits die Menschenwürde und die Persönlichkeit der betroffenen Personen, sichert aber auch die Qualität der Untersuchungen und der Ergebnisse. 2018 ist das Gesetz umfassend revidiert worden; neu unterliegen auch genetische Untersuchungen von nicht erblichen Eigenschaften dem Geltungsbereich. Das revidierte Gesetz tritt voraussichtlich 2021 in Kraft.

Das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG)³⁶⁰ erfasst sämtliche Untersuchungen, die unmittelbar die Abklärung ererbter oder während der Embryonalphase erworbener Eigenschaften des Erbgutes bezwecken. Das Gesetz gewährleistet einerseits den Schutz bzw. die Rechte der betroffenen Personen (Diskriminierungsverbot, Informations- und Einwilligungsrechte, Recht auf Nichtwissen), enthält aber auch Vorgaben mit dem Ziel der Qualitätssicherung. So ist die Veranlassung genetischer Untersuchungen Ärztinnen und Ärzten vorbehalten, wobei diese für präsymptomatische und pränatale genetische Untersuchungen über eine entsprechende Weiterbildung verfügen müssen. Pränatale und Reihenuntersuchungen unterliegen zusätzlichen spezifischen Voraussetzungen.

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

Neben den Untersuchungen im medizinischen Bereich regelt das Gesetz u. a. auch die Erstellung von DNA-Profilen zur Klärung der Abstammung. Um Interessenkollisionen zu vermeiden, darf ein urteilsunfähiges Kind nicht von derjenigen Person vertreten werden, von der die Abstammung geklärt werden soll. Hier ist die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde beizuziehen. Bei vorgeburtlichen Vaterschaftsabklärungen bestehen zusätzliche Informationspflichten.

³⁶⁰ Vgl. Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) vom 8. Oktober 2004.

Das GUMG regelt zudem die genetischen Untersuchungen im Versicherungsbereich und begrenzt die Rechte der Versicherer (Untersuchungs- und Nachforschungsverbot).

In den nachfolgend definierten Ausnahmefällen sind Nachforschung seitens des Versicherers nach Ergebnissen früherer präsymptomatischer genetischer Untersuchungen zulässig,

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

Der Versicherer hat nicht bei der antragstellenden Person, sondern bei der beauftragten Ärztin bzw. beim beauftragten Arzt nachzufragen. Letztere teilt dem Versicherer zudem lediglich mit, in welcher Risikokategorie die betreffende Person einzuteilen ist.

Schliesslich regelt das Gesetz die Zulässigkeit genetischer Untersuchungen im Haftpflichtbereich (d.h. im Kontext der Schadensberechnung und der Schadenersatzbemessung) und im Arbeitsbereich: Von wenigen Ausnahmen abgesehen, dürfen keine (präsymptomatischen) genetischen Untersuchungen durchgeführt werden.

Da das aktuell geltende GUMG der heutigen Situation nicht mehr gerecht wird, hat das Parlament den Bundesrat beauftragt, das Gesetz zu überarbeiten, und am 15. Juni 2018 haben National- und Ständerat das revidierte GUMG verabschiedet.³⁶¹ Neu enthält das Gesetz auch umfangreiche Bestimmungen zu genetischen Untersuchungen ausserhalb des medizinischen Bereichs und von nicht erblichen Eigenschaften. Der nichtmedizinische Bereich wird unterteilt in eine Gruppe von genetischen Untersuchungen zur Abklärung besonders schützenswerter Eigenschaften, wie z. B. die Lebensweise beeinflussende physiologische Eigenschaften (z. B. Optimierung der Ernährung, sportliche Veranlagung), und in eine Gruppe von übrigen genetischen Untersuchungen von nicht besonders schützenswerten Eigenschaften (z. B. Haar- und Augenfarbe, Geschmacksempfindungen, Partner-Matching). Ein allgemeiner Grundsatz, der für alle Geltungsbereiche gilt und neu aufgenommen wurde, ist die Aufforderung, bei der Durchführung von genetischen Untersuchungen die Entstehung von Überschussinformationen so weit

361 www.bag.admin.ch → Medizin & Forschung → Genetische Tests → Aktuelle Rechtsetzungsprojekte.

als möglich zu vermeiden. Das revidierte GUMG reagiert auch auf die breit verfügbaren kommerziellen Tests, die im Internet angeboten werden. Die direkte Nutzung von Gentests durch den Kunden ist zur Abklärung medizinisch nicht relevanter und vergleichsweise harmloser Eigenschaften erlaubt.

4.2 Fortpflanzungsmedizin

Das Fortpflanzungsmedizingesetz legt fest, unter welchen Voraussetzungen die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung beim Menschen angewandt werden dürfen. Es schützt die Menschenwürde, die Persönlichkeit sowie die Familie und verbietet missbräuchliche Anwendungen der Bio- und der Gentechnologie. Seit dem 1. September 2017 sind das revidierte Fortpflanzungsmedizingesetz und die revidierte Fortpflanzungsmedizinverordnung in Kraft.

Nach dem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (FMedG)³⁶² dürfen Verfahren wie die künstliche Insemination oder die In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer zur Überwindung von Unfruchtbarkeit oder zur Vermeidung der Übertragung einer schweren, unheilbaren Krankheit angewendet werden. Während die Verwendung gespendeter Samenzellen für Ehepaare zulässig ist, sind die Eizellen- und Embryonenspende sowie die Leihmuttertschaft generell verboten. Verfahren der Fortpflanzungsmedizin dürfen nur angewandt werden, wenn eine schriftliche Einwilligung des umfassend aufgeklärten Paares vorliegt; dies gilt auch für die künstliche Insemination.

Die Anwendung von Fortpflanzungsmedizinverfahren, die Konservierung von Keimzellen und Embryonen sowie die Vermittlung von Samenzellen bedürfen einer Bewilligung des jeweiligen Kantons.³⁶³

Die Präimplantationsdiagnostik (PID) ist ein Verfahren zur genetischen Untersuchung in vitro von Embryonen. Die Untersuchung muss in den ersten Tagen nach der Zeugung durchgeführt werden. Ziel der PID ist die Auswahl von Embryonen, die weder von den Eltern ererbte Voraussetzungen für eine bestimmte schwere Krankheit tragen, noch chromosomale Eigenschaften aufweisen, die die Entwicklungsfähigkeit des Embryos beeinträchtigen können. In der Schweiz war die PID vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des FMedG 2001 bis zum 31. August 2017 verboten. Am 1. September 2017 trat das revidierte FMedG zusammen mit der zugehörigen Verordnung in Kraft. Seit diesem Zeitpunkt kann die PID in der Schweiz unter gewissen Voraussetzungen angewendet werden. Für Laboratorien, die in der Fortpflanzungsmedizin und Präimplantationsdiagnostik tätig sind, gelten strengere Qualitätskriterien als zuvor.

362 Vgl. Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG).

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

Das revidierte FMedG erlaubt, für eine künstliche Befruchtung bis zu zwölf Embryonen pro Behandlungszyklus zu entwickeln und anschliessend nur einen, aufgrund morphologischer Eigenschaften besonders geeigneten Embryo in die Gebärmutter zu übertragen. Damit können IVF-Verfahren so durchgeführt werden, dass die Wahrscheinlichkeit von Mehrlingen minimiert wird. Dies stellt eine entscheidende Neuerung des revidierten Gesetzes dar, da die Mehrlingsschwangerschaften das Risiko für mütterliche und kindliche Komplikationen erhöhen. Nicht verwendete Embryonen dürfen mit schriftlicher Einwilligung des Paares für maximal 10 Jahre im Hinblick auf eine spätere Herbeiführung der Schwangerschaft aufbewahrt werden.

4.3 Schwangerschaftsabbruch

Der Schwangerschaftsabbruch ist straflos, wenn er innerhalb der ersten 12 Wochen durchgeführt wird.

Seit 2002 ist die sogenannte Fristenlösung in Kraft. Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, «wenn er innerhalb von 12 Wochen seit Beginn der letzten Periode auf schriftliches Verlangen der Schwangeren durchgeführt wird, die geltend macht, sie befinde sich in einer Notlage(...)». Der Abbruch muss durch einen zur Berufsausübung zugelassenen Arzt vorgenommen werden. Dieser hat persönlich mit der Frau vorher ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu beraten.³⁶⁴

Auch nach Ablauf der 12. Wochen ist ein Schwangerschaftsabbruch straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der Schwangeren die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr für die Frau muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.³⁶⁵

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

364 Vgl. Art. 119, Abs. 2 StGB.

365 Vgl. Art. 119, Abs. 1 StGB.

4.4 Sterilisation

Seit dem Jahr 2005 regelt ein Bundesgesetz die Voraussetzungen, unter denen eine Sterilisation zu Verhütungszwecken zulässig ist sowie die zu beachtenden Verfahren.³⁶⁶ Die Sterilisation ist ein schwerer Eingriff in die körperliche und psychische Integrität; durch sie wird die Fortpflanzungsfähigkeit einer Person auf Dauer aufgehoben.

Eine Sterilisation darf nur an über 18-jährigen urteilsfähigen Personen und mit deren freier und aufgeklärter und schriftlicher Einwilligung erfolgen. Damit kommt der Urteilsfähigkeit eine zentrale Funktion zu. Nach Gesetz müssen Ärzte, die den Eingriff durchführen, dokumentieren, aufgrund welcher Feststellungen sie die betreffende Person als urteilsfähig betrachten. Die Sterilisation einer über 18-jährigen, urteilsfähigen Person unter umfassender Beistandschaft darf nur vorgenommen werden, wenn zusätzlich zu ihrer Einwilligung, die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters und der Erwachsenenschutzbehörde vorliegen. Die Erwachsenenschutzbehörde holt eine ärztliche Zweitmeinung ein und ordnet nötigenfalls ein psychiatrisches Gutachten zur Evaluation der Urteilsfähigkeit an.

Das Gesetz verbietet grundsätzlich die Sterilisation von urteilsunfähigen Personen. Unter strengen Voraussetzungen allerdings sind Ausnahmen bei urteilsunfähigen Personen, die mindestens 16 Jahre alt sind, möglich.³⁶⁷ Aus ärztlicher Sicht ist die Umsetzung dieser Gesetzesbestimmung sehr schwierig.³⁶⁸

4.5 Die Behandlung übertragbarer Krankheiten – Epidemiengesetz

Das Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) von 1886 wurde 2010 totalrevidiert. Die Totalrevision soll eine zeitgemässe Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten gewährleisten.

Details der Meldepflichten sind in der «Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen» geregelt.

Die Haftung des Staats für Impfschäden bei staatlich empfohlenen Impfungen ist auch im revidierten Gesetz nur subsidiär, d. h. in erster Linie haftet die impfende Ärztin.³⁶⁹

366 Vgl. Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisationen (Sterilisationsgesetz) vom 17. Dezember 2004.

367 Vgl. Art. 7 Sterilisationsgesetz.

368 Vgl. Kap. 8.2 sowie «Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung», medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2008/2013).

369 Art. 64 EpG.

4.6 Transplantationsmedizin

Das Transplantationsgesetz³⁷⁰ legt fest, unter welchen Voraussetzungen Organe, Gewebe oder Zellen zu Transplantationszwecken verwendet werden dürfen. Es soll einerseits dazu beitragen, dass menschliche Organe, Gewebe oder Zellen für Transplantationszwecke zur Verfügung stehen. Es soll aber auch den missbräuchlichen Umgang mit Organen, Gewebe oder Zellen verhindern und die Menschenwürde, die Persönlichkeit und die Gesundheit schützen.

Bei der postmortalen Entnahme von Organen zum Zweck der Transplantation ist es aus ethischer und rechtlicher Perspektive zwingend, den Tod auf zuverlässige und sichere Weise zu diagnostizieren. In der Frage des Todeskriteriums stützt sich das Gesetz auf die neurologische Definition des Todes, wonach der Mensch tot ist, wenn sämtliche Funktionen seines Hirns, einschliesslich des Hirnstamms, irreversibel ausgefallen sind. Zur Feststellung des Todes verweist die Verordnung auf die Richtlinien der SAMW «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme».³⁷¹

Die postmortale Organentnahme ist nur zulässig, wenn die betroffene Person selbst (z. B. mit einer Spendekarte) oder, wenn sie sich nicht geäussert hat, ihre nächsten Angehörigen der Organentnahme zugestimmt haben. Sind keine nächsten Angehörigen vorhanden oder können diese nicht rechtzeitig erreicht werden, ist eine Organentnahme nicht zulässig.

Angehörige, die an Stelle des Patienten entscheiden, müssen dessen mutmasslichen Willen zu beachten. Sie können der Organentnahme aber auch dann zustimmen, wenn sie seinen Willen nicht kennen. Per Ende 2017 wurde das Transplantationsgesetz revidiert. Es wurde geklärt, zu welchem Zeitpunkt die nächsten Angehörigen für eine Organentnahme angefragt werden und unter welchen Voraussetzungen vorbereitende medizinische Massnahmen im Hinblick auf eine Organentnahme vorgenommen werden dürfen.

Der behandelnde Arzt meldet Patientinnen, bei denen eine Organtransplantation indiziert ist, mit deren Einwilligung unverzüglich einem Transplantationszentrum. Die erforderlichen Daten werden in der Folge auf einer gesamtschweizerischen, von der nationalen Zuteilungsstelle³⁷² geführten Warteliste aufgenommen. Die Zuteilung der verfügbaren Organe erfolgt nach gesetzlich definierten Kriterien zentral und patientenbezogen durch die nationale Zuteilungsstelle.

370 Vgl. Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 8. Oktober 2004 (Transplantationsgesetz).

371 Vgl. «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen», medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2017).

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

In Bezug auf die Lebendorganspende enthält das Transplantationsgesetz eine vergleichsweise liberale Regelung. Die urteilsfähige und volljährige Person muss nach umfassender Aufklärung schriftlich in die Organentnahme einwilligen und ihr Leben oder ihre Gesundheit darf durch die Organentnahme nicht ernsthaft gefährdet sein. Zudem darf für die empfangende Person keine andere Therapie mit vergleichbarem Nutzen bestehen. Die Lebendspende ist bei urteilsunfähigen oder minderjährigen Personen nur ausnahmsweise und nur für die Entnahme regenerierbarer Gewebe und Zellen zulässig.

Eine Lebendorganspende kann sowohl zugunsten einer bekannten als auch einer unbekannt Person erfolgen, eine persönliche Beziehung ist nicht notwendig. Seit Oktober 2017 ist die Spende von Nieren zwischen inkompatiblen Paaren im Rahmen des Überkreuz-Lebendspende-Programms möglich.³⁷³

Bei der Revision des Transplantationsgesetzes wurde die medizinische Nachsorge nach einer Lebendorganspende finanziell abgesichert. Neu sind die Versicherer der empfangenden Person verpflichtet, die Kosten als einmalige Pauschale an den Lebendspende-Nachsorgefonds zu entrichten.

4.7 Ärztliche Betreuung von Sportlern und Kampf gegen Doping

Ärztinnen müssen sich der speziellen medizinischen und ethischen Herausforderungen des Sports – insbesondere des Hochleistungssports – bewusst sein, und sie müssen die Gesundheit der Sporttreibenden schützen. Doping ist verboten, sowohl für Wettbewerbs- als auch für Hobbysportlerinnen und -sportler.

Hochleistungs- und Breitensport nehmen in unserer Gesellschaft viel Raum ein. Durch die Betreuung und Beratung von Sporttreibenden leisten die Ärztinnen einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung. Die spezifischen Anforderungen des Sports, insbesondere auf hohem Niveau, stellen jedoch Herausforderungen sowohl aus medizinischer als auch aus berufsethischer Sicht dar. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurden sowohl ein interdisziplinärer Schwerpunkt zu Sportmedizin als auch besondere Standesregeln eingeführt.³⁷⁴

Im Hochleistungssport muss der Arzt mit den vielen Interessengruppen rund um die Athletinnen und Athleten (Trainer, Fitnesstrainer, Sponsoren, Verband, Medien usw.) sowie mit Leistungsdruck umgehen, unter dem vor allem die Athletinnen und Athleten stehen. Die Ärztin kann somit in einen berufsethischen Konflikt zwischen Gesundheitsschutz und Patientenautonomie geraten. Daher muss

373 Vgl. Überkreuz-Lebendspende-Verordnung vom 18. Oktober 2017.

374 Art. 27, 33 und 33^{bis} der Standesordnung der FMH sowie Anhang 5,

«Richtlinie für die ärztliche Betreuung von Sportlerinnen und Sportlern».

sie die Gesamtsituation analysieren und dabei die Risiken für die Gesundheit und die Entscheidungsfähigkeit und -freiheit der Sporttreibenden berücksichtigen. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Kindern und Jugendlichen, deren Trainingseinheiten und Wettkämpfe an ihr Wachstums- und Entwicklungsstadium angepasst sein müssen. In jedem Fall informiert der Arzt die Sporttreibenden unmissverständlich über etwaige Risiken und hält sie von allen sportlichen Aktivitäten ab, die nicht mit ihrem Gesundheitszustand vereinbar sind. Er verweigert die Ausstellung einer Bescheinigung, die unwahr³⁷⁵ oder mit seinem Gewissen nicht vereinbar ist. Die von einem Team oder einem Verband beauftragte Ärztin muss sich möglicher Interessenkonflikte bewusst sein und die Wahrung des Arztgeheimnisses sicherstellen, indem sie die Sporttreibenden darüber in Kenntnis setzt, welche Informationen an Dritte weitergegeben werden, und nur die nötigen Informationen (Tauglichkeit oder Untauglichkeit für Training oder Wettkampf), jedoch keine spezifischen medizinischen Daten preisgibt.

Als «Missbrauch von Mitteln und Methoden zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Sport»³⁷⁶ untergräbt Doping die Einhaltung der Sportregeln, die Chancengleichheit, den fairen Wettbewerb und die Förderung der Gesundheit durch körperliche Betätigung. Dabei handelt es sich um ein gesellschaftliches Problem, das über den rein sportlichen Rahmen hinausgeht. Doping ist aus medizin-ethischer Sicht nicht zu rechtfertigen.³⁷⁷ In der Schweiz beruht der Kampf gegen Doping auf zwei Listen, die verbotene Methoden und Produkte aufführen:

- Die erste Liste ist im Gesetz verankert³⁷⁸ und führt die Mittel und Methoden auf, deren Verwendung zu Dopingzwecken ein ernsthaftes Gesundheitsrisiko darstellt. Dabei handelt es sich insbesondere um anabole Steroide, Erythropoese stimulierende Substanzen, Wachstumshormone und Gendoping. Ärzte sind also von der Gesetzgebung zur Dopingbekämpfung direkt betroffen und können im Fall einer absichtlichen Verletzung dieser Gesetze mit deutlich härteren Strafen belegt werden, als ihre Patientinnen oder Patienten. Die Ärztin darf diese Substanzen bei der Betreuung von Patienten, die sich sportlich betätigen, nicht missbräuchlich einsetzen. Dies gilt auch dann, wenn die Substanzen nur für den privaten Gebrauch bestimmt sind.³⁷⁹

375 Auch bei der Ausstellung eines falschen ärztlichen Zeugnisses macht der Arzt sich strafbar (Art. 318 StGB): siehe auch Kap. 6.4.

376 Art. 19 Bundesgesetz über die Förderung von Sport und Bewegung (SpoFöG).

377 German Clénin / Julien Duruz, Revision der berufsethischen Regeln zum Doping, Schweizerische Ärztezeitung Nr. 7 vom 13.2.2019, S. 196 ff.

378 Bundesgesetz über die Förderung von Sport und Bewegung (SpoFöG) und Anhang zur Verordnung über die Förderung von Sport und Bewegung (SpoFöV).

379 Siehe Pkt. 4.4, Abs. 1 Buchst. a und Pkt. 4.5, Abs. 1 von Anhang 5 zur Standesordnung der FMH.

- Die zweite Liste wurde von Sportorganisationen und insbesondere der Welt-Anti-Doping Agentur (WADA) aufgestellt³⁸⁰ und richtet sich vor allem an Sporttreibende, die an Wettbewerben teilnehmen, die von internationalen Sportorganisationen oder von Schweizer Verbänden ausgetragen werden, die Swiss Olympic angeschlossen sind. Dabei handelt es sich nicht ausschliesslich um Spitzenwettkämpfe, sondern auch um Volksläufe und -turniere. Diese Liste ist weitaus umfangreicher als die erste und umfasst auch Diuretika und Stimulanzen. Wenn der oder die Sporttreibende mit einer verbotenen Methode oder Substanz behandelt werden muss und es keine Alternative gibt, kann eine «Ausnahmebewilligung zu therapeutischen Zwecken (ATZ)» ausgestellt werden. Diese Bewilligung wird in der Regel rückwirkend nach der Dopingkontrolle erteilt. Bei Sporttreibenden, die in einen «Kontrollpool» eingeteilt sind (in der Regel Sporttreibende auf sehr hohem Niveau), muss die Genehmigung vor der Behandlung eingeholt werden.

Der Arzt unterlässt nicht nur sämtliche Tätigkeiten, die zu Doping führen (z. B. Verschreibung, Aushändigung, Verabreichung und Import von verbotenen Produkten oder Methoden) oder Kontrollverfahren behindern, sondern hilft den Sporttreibenden auch bei der Beantragung einer ATZ. Es ist von entscheidender Bedeutung, die Behandlungen gut zu dokumentieren, um zu belegen, dass sie nicht missbräuchlich sind. Die Verantwortung für den Kampf gegen Doping liegt aber nicht nur bei der Ärzteschaft: In ihrer Eigenschaft als Sporttreibende haben auch die Patientinnen und Patienten Pflichten. Sie müssen insbesondere die behandelnde Ärztin über jede Wettkampfteilnahme in Kenntnis setzen. Der Kampf gegen Doping erfordert somit eine effiziente Kommunikation und den Dialog zwischen Arzt und Patient.³⁸¹

Die Stiftung Antidoping Schweiz ist das Kompetenzzentrum im Kampf gegen Doping. Sie erteilt die ATZ und informiert über zulässige Produkte und Methoden. Die Stiftung gibt der Ärzteschaft und den Sporttreibenden zahlreiche Hilfsmittel an die Hand, namentlich eine aktualisierte Liste der Verbote, eine Suchmaschine zur Überprüfung der Zulässigkeit der Arzneimittel sowie eine Liste von Arzneimitteln, die zur Behandlung gängiger Erkrankungen zulässig sind.³⁸²

380 Siehe Welt-Anti-Doping-Code, Liste der durch die WADA verbotenen Mittel und Methoden und Doping-Statut von Swiss Olympic; diese Dokumente sind auf der Website www.antidoping.ch einsehbar.

381 Siehe Pkt. 4 von Anhang 5 zur Standesordnung der FMH.

382 Besagte Hilfen sind auf folgender Website verfügbar: www.andidoping.ch

4.8 Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Demenz

In der Schweiz leben rund 150 000 Menschen mit Demenz. Mit der Nationalen Demenzstrategie³⁸³ haben der Bund und die Kantone Ziele festgelegt, um die Lebensqualität dieser wachsenden Patientengruppe zu verbessern, Belastungen zu verringern und die Qualität der Versorgung zu garantieren. Die SAMW trägt mit der medizin-ethischen Richtlinie «Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz» (2017) dazu bei.

Der Verlauf der Demenzerkrankung – meist in Kombination mit chronischen somatischen und psychischen Erkrankungen – zieht sich in schwer vorhersagbarer Art oftmals über Jahre hin. Bei schwerer Demenz ist eine fehlende Urteilsfähigkeit die Regel. Entscheidungen müssen dann, basierend auf dem im Voraus erklärten Willen oder dem mutmasslichen Willen der Patienten, durch Stellvertretungen getroffen werden.

Fehlende Urteilsfähigkeit im fortgeschrittenen Stadium, krankheitsbedingte Verhaltensstörungen, die Belastung der Angehörigen oder besondere Herausforderungen bei der Pflege können zu schwierigen Entscheidungssituationen führen und mit ethischen Konflikten verbunden sein. Die im Dezember 2017 veröffentlichten medizin-ethischen Richtlinien der SAMW zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz bieten eine praxisbezogene Orientierungshilfe. Der rechtliche und psychosoziale Schutz von urteilsunfähigen Personen, die in Wohn- und Pflegeeinrichtungen leben, wurde durch das neue Erwachsenenschutzrecht verbessert.³⁸⁴ Wird eine urteilsunfähige Person für längere Dauer in einem Alters- oder Pflegeheim betreut, so muss zwingend ein schriftlicher Betreuungsvertrag abgeschlossen werden, der Auskunft über die Leistungen der Einrichtung und das geschuldete Entgelt gibt. Es ist Sache der vertretungsberechtigten Personen, den Vertrag für die urteilsunfähige Person zu unterzeichnen (mehr dazu siehe Kap. 3.5).

Der Autonomie der betagten Menschen kommt eine grosse Bedeutung zu. Die freie Arztwahl ist deshalb auch im Pflegeheim gewährleistet, soweit nicht wichtige Gründe dagegensprechen (mehr dazu siehe Kap. 3.1).

Im Pflegeheim ist eine umfassende Beurteilung der Situation der Patientinnen besonders wichtig: So sollen die behandelnde Ärztin, das Pflegepersonal und die Therapeuten ihre Entscheide auf die gemeinsame Evaluation medizinischer, psychischer, sozialer und funktionaler Aspekte und des Umfelds stützen.

383 Vgl. Nationale Demenzstrategie 2014–2019, www.bag.admin.ch

384 Art. 382 – 387 ZGB.

Es gibt Situationen, in denen sich verwirrte, urteilsunfähige Personen nicht mehr orientieren können und sich dadurch gefährden. Das Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz regelt, unter welchen Bedingungen eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit zulässig ist.³⁸⁵ Eine solche Massnahme kann angeordnet werden, um entweder eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter abzuwenden oder eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens zu beseitigen. Die Einschränkung ist so bald als möglich wieder aufzuheben und muss protokolliert werden.

4.9 Medizinische Entscheidungen am Lebensende

Die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten, die mit dem eigenen Sterben konfrontiert sind, ist eine zentrale Aufgabe der Medizin, die hohen Respekt vor der Würde und dem selbstbestimmten Willen der Patientin und grosse ethische Verantwortung verlangt. Die klinischen Situationen in diesem Zusammenhang sind vielfältig und häufig komplex. Mehrere Richtlinien der SAMW³⁸⁶ bieten eine Orientierungshilfe für die ethisch herausfordernde Praxis.

Unter medizinischen Entscheidungen am Lebensende versteht man sämtliche Handlungen und Unterlassungen, die möglicherweise oder sicher die Lebensspanne eines schwerstkranken Menschen verkürzen bzw. dessen Tod herbeiführen. Häufig spricht man in diesem Zusammenhang von «Sterbehilfe», wobei in den letzten Jahren eine Tendenz zu beobachten war, diesen Begriff zunehmend in eingegrenzter Bedeutung als Überbegriff für Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen zu verwenden.

385 Art. 383 – 385 ZG, siehe dazu weiter auch: «Zwangsmassnahmen in der Medizin». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2015).

386 Vgl. dazu: «Palliative Care» (2006); «Reanimationsentscheidungen» (2012); Intensivmedizinische Massnahmen (2013); «Umgang mit Sterben und Tod» (2018).

Einen Überblick über die verschiedenen Formen der medizinischen Entscheidungen am Lebensende gibt die nachstehende Tabelle.

Formen medizinischer Entscheidungen am Lebensende und deren rechtliche Einordnung

Medizinische Entscheidungen am Lebensende (Sterbehilfe*)	Todesart	Rechtlicher Status
Unterlassen oder Abbruch von Massnahmen mit potenziell lebenserhaltender Wirkung in Übereinstimmung mit dem (mutmasslichen) Willen des Patienten (passive Sterbehilfe)	Medizinische Behandlungen werden unterlassen oder abgebrochen, wenn sie sich als wirkungslos oder überflüssig im Hinblick auf die Lebenserhaltung erweisen. Im Rahmen einer limitierten Therapie wird auf einzelne lebenserhaltende Massnahmen verzichtet, weil die damit verbundene Beeinträchtigung der Lebensqualität den erwarteten Nutzen eines möglichen Gewinns an Lebensdauer aus Sicht der Patientin übersteigt oder diese den Therapieverzicht aus anderen Gründen wünscht. Bei der Unterlassung oder beim Abbruch einer potenziell lebenserhaltenden Behandlung wird in der Regel angenommen, dass dies zu einer Verkürzung der Lebensdauer führt.	zulässig
Behandlung von Schmerz, Atemnot und anderen belastenden Symptomen unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung in Übereinstimmung mit dem (mutmasslichen) Willen des Patienten (indirekte aktive Sterbehilfe)	Durchführung einer ausreichenden Symptomtherapie. Die atemdepressive Wirkung der dafür verwendeten Medikamente kann grundsätzlich zu einer Verkürzung der Lebensdauer führen.	zulässig
Beihilfe zum Suizid (Suizidhilfe) Vgl. Kap. 4.10	Urteilsfähiger Patient verabreicht sich ein in tödlicher Dosis rezeptiertes Medikament. Suizidhilfe sind Handlungen, die in der Absicht erfolgen, die Durchführung eines Suizids zu ermöglichen, insbesondere die Verschreibung oder Aushändigung eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung.	gemäss Art. 115 StGB nicht strafbar, sofern keine eigennützigen Motive des Sterbehelfers Art. 115 StGB
Tötung auf Verlangen	Die Applikation eines oder mehrerer Medikamente in akut tödlicher Dosierung zur Lebensbeendigung bei ernsthaftem und eindringlichem Wunsch der Patientin.	nach Art. 114 StGB strafbar
Tötung ohne ausdrückliches Verlangen	Die Applikation eines oder mehrerer Medikamente in akut tödlicher Dosierung zur Lebensbeendigung.	strafbar nach Art. 111, 113, 117 StGB

* Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe auf Verlangen werden zunehmend als Sterbehilfe im engeren Sinn bezeichnet.

Einige Sondersituationen

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

- *Ein dementer Patient verweigert zunehmend die Nahrungs-, evtl. auch die Flüssigkeitsaufnahme:* Gemäss SAMW-Richtlinien ist, nach zumutbarer Diagnostik zum Ausschluss einer behandelbaren Störung (Schluckstörung, gastrointestinale Pathologie), ein solches Verhalten als verbindliche Willensäußerung zu respektieren und auf das Legen einer PEG-Sonde zur Zwangsernährung zu verzichten. Nahrung und Flüssigkeit sollen aber immer wieder angeboten werden.
- *Versetzen einer terminalen Patientin in ein kontinuierliches, tiefes Koma bis zum Tode (palliative Sedierung):* In Situationen, in denen ein Symptom therapierefraktär und für den Patienten in unerträglicher Weise persistierend ist, besteht die Behandlungsoption einer vorübergehenden oder kontinuierlichen palliativen Sedierung, das heisst des kontrollierten Einsatzes sedierender Medikamente. Eine kontinuierliche tiefe Sedierung darf nicht zum Zweck der Lebensbeendigung eingesetzt werden, sondern ihr Ziel ist es, den Sterbeprozess, der bereits eingesetzt hat, zu erleichtern. Sie darf deshalb nur bei Sterbenden unter kontrollierten Bedingungen, gestützt auf fachliche Standards und mit entsprechender Protokollierung eingesetzt werden.
- *Begleitung und Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF; «Sterbefasten»):* Der FVNF wird von manchen Patienten als Möglichkeit gewählt, um den Sterbeprozess zu beschleunigen. Freiwillig ist der Verzicht dann, wenn der klar geäußerte Wille einer urteilsfähigen Person vorliegt. In der Sterbephase nehmen Hunger- und Durstempfinden häufig ab. Dies kann den Entschluss zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit begünstigen und dessen Umsetzung für alle Beteiligten erleichtern. Der Wunsch nach FVNF kann jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb eines Krankheitsverlaufs zum Thema werden und dabei unterschiedliche ethische Fragen aufwerfen.³⁸⁷

4.10 Beihilfe zu Suizid

Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz nicht strafbar, wenn eine urteilsfähige Sterbewillige den Suizid selbst begeht und wenn die helfende Person nicht aus selbstsüchtigen Motiven handelt.

In der Schweiz ist Beihilfe zum Suizid gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuchs nicht strafbar, solange sie ohne selbstsüchtige Motive erfolgt. Die Grenzen regelt das Strafgesetzbuch: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt

387 Vgl. hierzu Kap. 6.2.2 «Umgang mit Sterben und Tod», medizin-ethische Richtlinien der SAMW.

oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder Geldstrafe bestraft.» Das bedeutet, dass Beihilfe zum Suizid nicht strafbar ist, wenn alle folgenden drei Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind:

- Der Sterbewillige hatte selbst die Tatherrschaft über die zum Tode führende Handlung inne.
- Bei der beim Suizid assistierenden Person liegen keine selbststüchtigen Beweggründe vor.
- Die Person, welche die Selbsttötung beging, war bezüglich des eigenen Sterbewunsches urteilsfähig.

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

Zur Suizidbeihilfe zählen Handlungen, die in der Absicht erfolgen, einer urteilsfähigen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen, insbesondere die Verschreibung oder Aushändigung eines Medikamentes zum Zweck der Selbsttötung.

Das zur Suizidbeihilfe verwendete Natrium-Pentobarbital untersteht sowohl der Betäubungsmittelverzeichnisverordnung als auch dem Heilmittelgesetz (Abgabekategorie B). Es darf also nur von Ärztinnen verschrieben werden, die zur selbstständigen Berufsausübung zugelassen sind, wobei diese dabei die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften zu beachten haben.

Die Einhaltung der entsprechenden Pflichten wird von den kantonalen Aufsichtsbehörden überwacht; bei Pflichtverletzungen können die Kantone Disziplinar massnahmen wie einen Verweis oder einen teilweisen bzw. vollständigen Entzug der Praxisbewilligung verfügen.

Zur Frage, was unter den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften im Kontext der Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital zum Zweck der Suizidbeihilfe zu verstehen ist, hat das Bundesgericht 2006 festgehalten, dass die Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital mit dem Ziel, einem Patienten den Suizid zu ermöglichen, eine «den Regeln der ärztlichen Berufs- und Sorgfaltspflichten entsprechend vorgenommene Diagnose, Indikationsstellung und ein Aufklärungsgespräch» verlangt. Des Weiteren ist die Prüfung und Dokumentation der Urteilsfähigkeit der Patientin für ihren Sterbewunsch zentral. Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit kann dabei letztlich nur durch einen Arzt erfolgen.

Im Entscheid nimmt das Bundesgericht explizit Bezug auf die medizin-ethischen Richtlinien der SAMW aus dem Jahr 2004 über die «Betreuung von Patienten am Lebensende». Diese Richtlinien wurden in der Zwischenzeit umfassend überarbeitet, und die revidierte Fassung wurde 2018 unter dem Titel «Umgang mit Sterben und Tod» veröffentlicht.

Gemäss den revidierten Richtlinien ist Suizidhilfe bei urteilsfähigen Patientinnen dann vertretbar, wenn diese unerträglich unter den Symptomen einer Krankheit und/oder Funktionseinschränkungen leiden und andere Optionen erfolglos bleiben oder als unzumutbar abgelehnt werden. Der Wunsch des Patienten, in dieser unerträglichen Lebenssituation nicht mehr leben zu wollen, muss für die Ärztin aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche nachvollziehbar sein. Er muss zudem wohlervogen, dauerhaft und ohne äusseren Druck entstanden sein. Die Richtlinien betonen aber auch, dass Patienten keinen Anspruch auf Suizidhilfe haben, und es jedem Arzt freisteht, diese Handlung für sich in Betracht zu ziehen oder nicht.

Die FMH hat es abgelehnt, die revidierten Richtlinien in der vorliegenden Form in die Standesordnung aufzunehmen; zu Kritik Anlass gab namentlich das Kriterium des «unerträglichen Leidens». Bis auf Weiteres verweist die FMH-Standesordnung auf die frühere Fassung der Richtlinien aus dem Jahr 2004.

Neben der Problematik der Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken wirft in der Praxis auch das Verlangen auf Unterstützung von Personen im frühen Stadium einer Demenz sowie von betagten, lebensmüden, aber körperlich und psychisch weitgehend gesunden Personen schwierige Fragen auf, ohne dass darauf aber in der bisherigen Rechtsprechung eine klare Antwort zu finden wäre. Ein Positionspapier der SAMW vom März 2012 hält fest, dass die zunehmende Etablierung der Suizidhilfe in der Verantwortung der Gesellschaft als ganzer liege und nicht an die Ärzteschaft delegiert werden dürfe. Die grundsätzliche Diskussion über diese umstrittenen Fragen sei unerlässlich.³⁸⁸

4.11 Zwangsmassnahmen in der Medizin

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

In der Praxis wird zwischen Freiheitsbeschränkung und Zwangsbehandlung unterschieden. Von Freiheitsbeschränkung spricht man, wenn ausschliesslich die Bewegungsfreiheit eingegrenzt wird (z. B. die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung). Schwerwiegende Freiheitsbeschränkungen sind die Fixation (z. B. mit Gurten) oder die Isolation (z. B. in einem Isolierzimmer). Wird nicht nur die Freiheit beschränkt, sondern auch in die körperliche Integrität eines Menschen

388 «Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW», Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(11): 411/12.

eingegriffen, etwa bei einer Zwangsmedikation, handelt es sich um eine medizinische Zwangsmassnahme mit Verletzung der körperlichen Integrität. Dafür wird der Begriff Zwangsbehandlung verwendet.

Zwangsmassnahmen stellen einen schweren Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf persönliche Freiheit eines Menschen dar. Dennoch sind Zwangsmassnahmen als letztes Mittel nicht immer zu umgehen. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung stellen sie manchmal die einzige zur Verfügung stehende Möglichkeit dar, um grösseren Schaden abzuwenden. Bei der Durchführung sind Verhältnismässigkeit und Subsidiarität besonders zu beachten. Eine Massnahme muss also erstens notwendig und zweitens geeignet sein.³⁸⁹ Sind mehrere Massnahmen geeignet, ist die am wenigsten belastende Massnahme zu wählen. Diese Voraussetzungen müssen bei jeder Patientin individuell geprüft werden. Auch die Dauer muss an die Art der Zwangsmassnahme und den Zustand des Patienten angepasst werden. Bei der Abwägung ist zu berücksichtigen, dass bei Durchführung einer Zwangsmassnahme auch somatische oder psychische Schäden entstehen können. Die Kommunikation mit der betroffenen Patientin vor, während und nach einer Zwangsmassnahme ist von entscheidender Bedeutung.

In Notfallsituationen mit einem hohen Grad an Selbst- und Fremdgefährdung ist die Notwendigkeit von Zwangsmassnahmen kaum bestritten. Schwieriger sind Situationen ohne Notfallcharakter, bei denen Aspekte der Sicherheit oder Gesundheitsschädigung im Vordergrund stehen, insbesondere im Bereich der Altersmedizin und Psychiatrie. Hier ist oft nicht eindeutig, ob das Prinzip «Gutes tun» die Einschränkung der Persönlichkeitsrechte und Freiheit, also die punktuelle Durchbrechung der Patientenautonomie, tatsächlich aufwiegt. Wie ist in solchen Situationen die Patientenautonomie umzusetzen? Wann dürfen – wann müssen – dringende medizinische Massnahmen durchgeführt werden, obwohl die betroffene Person ihnen nicht zustimmt oder sich sogar aktiv dagegen wehrt? Die von der SAMW im Jahr 2015 veröffentlichten Richtlinien³⁹⁰ stellen einen Rahmen zur Verfügung, um Fragen in diesem Spannungsfeld beantworten zu können. Sie berücksichtigen dabei die rechtlichen Vorgaben des 2013 in Kraft getretenen Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes.

Fürsorgerische Unterbringung (FU)

Eine Fürsorgerische Unterbringung (FU) liegt vor, wenn eine Person gegen ihren Willen zur Behandlung und Betreuung in eine geeignete Institution eingewiesen wird. Voraussetzung für die Anordnung einer FU ist das Vorliegen eines Schwächezustands (psychische Störung, geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung), der eine Behandlung oder Betreuung erforderlich macht, die nicht anders

389 Dies beinhaltet, dass vorgängig alle Alternativen zu einer Zwangsmassnahme geprüft wurden und nur eine Zwangsmassnahme geeignet ist, die Gefährdung abzuwenden.

390 «Zwangsmassnahmen in der Medizin», medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2015).

als mittels einer FU in einer geeigneten Einrichtung erfolgen kann (individuelles Schutzbedürfnis).³⁹¹ Die unzumutbare Belastung der Angehörigen oder weiterer Drittpersonen kann ein zusätzliches wichtiges Kriterium für die Anordnung einer FU sein; für sich genommen rechtfertigt sie jedoch keinen FU. Die FU ist ein schwerer Eingriff in das Grundrecht der persönlichen Freiheit, weshalb sie nur als Ultima Ratio in Frage kommt (siehe weiter oben). Für die Unterbringung und die Entlassung ist die Erwachsenenschutzbehörde zuständig. Die Kantone können die Einweisungskompetenz auch an Ärzte delegieren, wobei die Dauer der Unterbringung in diesem Fall auf maximal 6 Wochen zu beschränken ist.³⁹² Die untergebrachte Person hat das Recht, eine Vertrauensperson beizuziehen und die Unterbringung muss periodisch überprüft werden.

Erfolgt die Unterbringung zum Zwecke der Behandlung, so erstellt die behandelnde Ärztin unter Beizug der betroffenen Person und der Vertrauensperson einen Behandlungsplan. Ist die betroffene Person urteilsfähig, so muss ihr der Behandlungsplan zur Zustimmung unterbreitet werden. Es gelten in diesem Fall die Grundsätze der informierten Einwilligung (Informed consent). Ist die untergebrachte Person urteilsunfähig, so ist eine allfällige Patientenverfügung (vgl. Kap. 3.6) zu berücksichtigen. Auch bei einer FU muss die Patientenverfügung somit nach Möglichkeit befolgt werden, auch wenn ihr keine absolute Verbindlichkeit zukommt. Eine FU ist eine Zwangsmassnahme, erlaubt aber als solche noch keine medikamentöse Zwangsbehandlung der betroffenen Person. Die Zwangsbehandlung ist im Gesetz unter dem Titel «Behandlung ohne Zustimmung» geregelt.³⁹³ Sie ist durch den Chefarzt oder die Chefärztin schriftlich anzuordnen und setzt insbesondere voraus, dass die betroffene Person hinsichtlich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist und eine ernsthafte Gefahr für ihre Gesundheit oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter besteht. Liegt eine Notfallsituation vor, so können zudem die zur Abwendung der akuten Gefahrensituation unerlässlichen medizinischen Massnahmen sofort ergriffen werden. Diese Regeln sind nur auf die Behandlung von psychischen Störungen bei FU anwendbar. Bei somatischen Erkrankungen sind auch während einer FU die medizinischen Vertretungsrechte bei Urteilsunfähigen zu beachten (siehe Kap. 3.1–3.5). Auf freiheitsbeschränkende Massnahmen (Fixation, Isolation) sind die Bestimmungen über die Einschränkung der Bewegungsfreiheit in Wohn- und Pflegeeinrichtungen bei FU sinngemäss anwendbar (vgl. weiter oben).

391 Art. 426 ZGB.

392 Der ärztliche Unterbringungsentscheid muss mindestens folgende Angaben enthalten: 1. Ort und Datum der Untersuchung; 2. Name der Ärztin oder des Arztes; 3. Befund, Gründe und Zweck der Unterbringung; 4. Rechtsmittelbelehrung (Art. 430 Abs. 2 ZGB).

393 Art. 434 ZGB.

Bei FU besteht ein ausgebauter Rechtsschutz. Die betroffene oder eine ihr nahestehende Person kann das Gericht in folgenden Fällen anrufen: Anordnung der ärztlichen Unterbringung, Zurückbehaltung und Abweisung eines Entlassungsgesuches durch die Einrichtung, Behandlung ohne Zustimmung, Einschränkung der Bewegungsfreiheit. Die Frist zur Anrufung des Gerichts beträgt grundsätzlich 10 Tage seit Mitteilung des Entscheides.

Das neue Erwachsenenschutzrecht hat darauf verzichtet, Rechtsgrundlagen für die ambulante Zwangsbehandlung einzuführen. Aufgrund eines ausdrücklichen Vorbehaltes können deshalb die Kantone die Nachbetreuung regeln und ambulante Massnahmen vorsehen. Zahlreiche Kantone haben von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht. Danach wird in der Regel der Erwachsenenschutzbehörde die Befugnis erteilt, der betroffenen Person die Auflage zu machen, sich einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen oder medizinisch indizierte Medikamente einzunehmen. Auf diese Weise sollen FU verhindert bzw. Rückfälle vermieden werden.

Indirekter Behandlungszwang durch Strafrichter oder Versicherer

Gemäss Strafgesetzbuch kann eine StrafrichterIn bei psychischen Störungen oder einer Suchtmittelabhängigkeit des Täters eine stationäre therapeutische Massnahme oder eine ambulante medizinische Behandlung anordnen.³⁹⁴ Bei ambulanten Therapien besteht immerhin ein erheblicher Druck zur Mitwirkung, da bei einem Therapieabbruch der Vollzug einer aufgeschobenen Freiheitsstrafe droht.

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

394 Art. 56ff StGB.

4.12 Behandlung von Patienten im Strafvollzug

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

Verschiedene internationale Organisationen (UNO, Europarat usw.) haben in den letzten Jahren Leitlinien für die gesundheitliche Betreuung von inhaftierten Personen verfasst. 2002 hat auch die SAMW Richtlinien für die «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» verabschiedet, die von der FMH in die Standesordnung aufgenommen wurden; die Richtlinien wurden 2013 aktualisiert und 2015 sowie 2018 ergänzt.

Menschen im Strafvollzug haben grundsätzlich dieselben Rechte bezüglich ihrer Gesundheit wie alle anderen Bürger. Sie haben Anrecht auf eine Behandlung, die medizinisch jener der Allgemeinbevölkerung entspricht.³⁹⁵ Wie in jedem Arzt-Patienten-Verhältnis darf auch im Strafvollzug eine diagnostische oder therapeutische Massnahme nur nach Aufklärung und mit dem freien Einverständnis der inhaftierten Person durchgeführt werden. Zudem besteht auch hier ein Recht auf Vertraulichkeit und Datenschutz. Die ärztliche Schweigepflicht gemäss Art. 321 StGB besteht auch gegenüber dem Überwachungspersonal einer Haftanstalt. Aus diesem Grund müssen die Krankengeschichten unter ärztlicher Verantwortung aufbewahrt werden. Ausnahmen von der Schweigepflicht sind z. B. zum Schutz vor der Übertragung ansteckender Krankheiten oder bei unmittelbarer Gefahr von selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen der inhaftierten Person und bei weiteren vollzugsbedingten Gründen zulässig. Hier ist aber jeder Fall einzeln zu beurteilen.

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

³⁹⁵ Vgl. auch Art. 80, Abs. 1 StGB: «Von den für den Vollzug geltenden Regeln darf zu Gunsten des Gefangenen abgewichen werden: a. wenn der Gesundheitszustand des Gefangenen dies erfordert; b. bei Schwangerschaft, Geburt und für die Zeit unmittelbar nach der Geburt; c. zur gemeinsamen Unterbringung von Mutter und Kleinkind, sofern dies auch im Interesse des Kindes liegt.»

4.13 Behandlung von Sans-Papiers und Asylsuchenden

Auch Sans-Papiers und Asylsuchende haben einen Anspruch auf Wahrung des Arztgeheimnisses. Asylsuchende sind obligatorisch krankenversichert, müssen aber je nach Kanton in einem Managed-Care-Modell betreut werden. Auch abgewiesene Asylsuchende und solche mit Nichteintretensentscheid bleiben KVG-versichert, aber erhalten keine Sozialhilfe, sondern nur Nothilfe.

«Aus juristischer Sicht haben die Sans-Papiers wie alle in der Schweiz wohnhaften Personen die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschliessen, sowie das Recht auf Prämienverbilligung und auf die Grundleistungen der schweizerischen Gesundheitsversorgung. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, Sans-Papiers aufzunehmen, und dürfen keine Informationen über sie weitergeben. Dieselbe Geheimhaltungspflicht gilt auch für das Gesundheitspersonal.»³⁹⁶

«Asylsuchende und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung» sind KVG-versichert. Doch kann der Kanton sie einem Managed-Care-Modell zuweisen und auch die Wahl des Versicherers einschränken.³⁹⁷ Das Bundesgericht hatte 2011³⁹⁸ entschieden: «Abgewiesene Asylsuchende mit Wohnsitz in der Schweiz bleiben bis zu ihrer Ausreise aus der Schweiz der obligatorischen Krankenversicherung unterstellt. Die anfallenden Krankenkassenprämien sind bei nothilfeberechtigten, abgewiesenen Asylbewerbern durch die zuständige Sozialhilfebehörde zu tragen.» Auch nach der letzten Asylgesetzrevision (in Kraft seit 1. März 2019) sind abgewiesene Asylsuchende gestützt auf Art. 3 KVG obligatorisch krankenversichert. Sie sind hingegen seit 2014 von der Sozialhilfe ausgeschlossen³⁹⁹ und haben nur Anspruch auf die in der Bundesverfassung verankerte Nothilfe⁴⁰⁰, ausser eine Drittperson ist verpflichtet, für den Unterhalt zu sorgen.⁴⁰¹ Die betroffenen Personen können beim zuständigen Kanton Nothilfe beantragen; bei Aufenthalt in einem Bundeszentrum bleibt der Bund für die Nothilfe zuständig.⁴⁰²

Für die medizinische Betreuung im Zusammenhang mit der Rückführung von abgewiesenen Asylsuchenden gelten aus berufsethischer und standesrechtlicher Sicht die Richtlinien der SAMW von 2002/2018 über die «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen». (Zu medizinischen Kontraindikationen im Hinblick auf die Rückschaffung ins Herkunftsland siehe Kap. 6.10.)

396 www.bag.admin.ch → Strategie & Politik → Nationale Gesundheitsstrategien → Gesundheitliche Chancengleichheit → Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung → Gesundheitsversorgung der Sans-Papiers

397 Art. 82a Asylgesetz.

398 BGE 138 V 310.

399 Art. 82 Asylgesetz, Änderung des Asylgesetzes vom 14. Dezember 2012, i. K. 2014.

400 Art. 12 BV.

401 Art. 81 Asylgesetz.

402 Art. 80 Asylgesetz.