

Rechtsgutachten

an Arud Zentrum für Suchtmedizin z.H. Philip Bruggmann
von Andreas Wildi / Tamara Zeiter
Betrifft **Betreuung und Behandlung von Patienten mit problematischem Anabolikakonsum und medizinischer Komplikationen ausserhalb des Wettkampfsports**
Datum 05. Mai 2023 WIA / TZE

Andreas Wildi
Partner
Dr. med. et lic.iur.
Rechtsanwalt
Direkt +41 58 658 29 15
andreas.wildi@walderwyss.com

Tamara Zeiter
MLaw
Trainee Lawyer
Direkt +41586585684
tamara.zeiter@walderwyss.com

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage und Fragestellung	3
1.1. Sachverhalt	3
1.2. Fragestellung.....	4
2. Executive Summary	5
3. Hintergrund zur aktuellen Anabolika-Problematik	6
4. Rechtliche Analyse	7
4.1. Vorbemerkungen	7
4.2. Rechtliche Bestrebungen in der Schweizer Dopingbekämpfung.....	8
4.3. Grundsatz und Begriffe	8
4.4. Zulässigkeit der evidenz-basierten Behandlungen mit Mitteln auf der DOPINGLISTE	10
4.4.1. Zulassung von Anabolika und anderen anabol wirkenden Substanzen mit Indikationsangaben	10
4.4.2. Verbotene Verhaltensweisen	11
4.4.2.1. Ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung.....	11
4.4.2.2. Verhaltensweisen «zu Dopingzwecken»	13
4.5. Zulässiger Patientenkreis für das medizinische Versorgungsangebot.....	19
4.5.1. Anspruch auf medizinische Behandlung, Therapiefreiheit und Off-Label-Use.....	19
4.5.2. Psychische Diagnose als Grundstörung mit sekundärem Anabolikakonsum	21
4.5.3. Somatische Diagnose aufgrund des Anabolikakonsums.....	24
4.5.4. Nichteinstellen des Anabolikakonsums.....	25

4.6.	Zulässigkeit eines anonymen Drug-Checking-Angebots durch das DIZ Zürich	26
5.	Fazit und Empfehlung	28

1. Ausgangslage und Fragestellung

1.1. Sachverhalt

- 1 Das Arud Zentrum für Suchtmedizin (nachfolgend **ARUD**) ist die in der Schweiz führende Pionierorganisation im Zusammenhang mit Suchterkrankungen. Die Arud arbeitet mit Menschen, deren Gesundheit durch Substanzgebrauchsstörungen oder Verhaltenssüchte beeinträchtigt ist oder zu werden droht und bietet hierfür individuelle Unterstützung und Behandlung bei allen Abhängigkeitserkrankungen.
- 2 Die Arud plant ein medizinisches Versorgungsangebot für Menschen mit problematischem Anabolikakonsum, die **keinen Wettkampfsport** betreiben. *In concreto* soll das Versorgungsangebot folgende Eckpunkte beinhalten:
 - Unterstützung beim Absetzen von Anabolika; Behandlung von akuten Entzugssymptomen und Absetzungserscheinungen;
 - Evidenz-basierte Behandlungen der medizinischen Komplikationen;
 - Beratung und Aufklärung bezüglich des nicht-medizinischen Konsums von sog. Image and Performance Enhancing Drugs (IPEDs) und deren medizinischen/psychiatrischen Konsequenzen;
 - Suchtmedizinische und psychosoziale Behandlung;
 - Diagnostik und Behandlung von allgemeininternistischen und psychischen Co-Morbiditäten und
 - Implementation und Evaluation eines spezifischen «Drug Checking» durch das DIZ Zürich (komplementierendes Angebot).
- 3 Sowohl bei der Unterstützung beim Absetzen von Anabolika als auch bei der Behandlung von akuten Entzugssymptomen und Absetzungserscheinungen sowie bei evidenz-basierten Behandlungen der medizinischen Komplikationen sollen Substanzen eingesetzt werden, welche sich auf der Liste der verbotenen Substanzen und Methoden (nachfolgend **DOPINGLISTE**) befinden, wobei die Therapie mit diesen Substanzen evidenz-basiert erfolgt.

- 4 Nicht Bestandteil des Angebots der ARUD sollen sein die Abgabe, Verschreibung und Substitution von Anabolika, die Behandlung von Menschen, die Wettkampfsport betreiben sowie die Verschreibung von Medikamenten auf der DOPINGLISTE ohne medizinische Indikation.

1.2. Fragestellung

- 5 Die ARUD hat die Walder Wyss AG (nachfolgend **WALDER WYSS**) mit der Abklärung der aktuellen regulatorischen Grundlagen in Bezug auf dieses Therapieangebot in der Schweiz beauftragt. Insbesondere gilt es von Seiten WALDER WYSS instruktionsgemäss zu klären, ob die ARUD Patienten bezüglich Anabolikakonsum/Mischkonsum medizinisch-psychiatrisch betreuen darf, d.h. Laborkontrollen, Beratung, bei entsprechender Indikation Medikamentenabgabe, wenn
- die **evidenz-basierte Behandlung** Substanzen auf der DOPINGLISTE enthält (vgl. Rz. 25 ff.);
 - die Patienten eine **psychiatrische Diagnose** als Grundstörung haben, welche sekundär den Anabolikakonsum bewirkt oder dessen Gebrauch aufrechterhält bzw. als komorbide Störung einen erheblichen Einfluss auf den funktionalen Gesundheitszustand hat (vgl. Rz. 65 ff.);
 - die Patienten eine **somatische Diagnose** haben (vgl. Rz. 75 ff.);
 - die Patienten aktuell **nicht in der Lage oder nicht gewillt** sind, ihren Anabolikakonsum **einzustellen** (vgl. Rz. 77 ff.).
- 6 Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die ARUD neben den oben aufgeführten Behandlungsangeboten ein **anonymes Drug-Checking-Angebot** durch das Drogeninformationszentrum (nachfolgend **DIZ**) Zürich erstellen darf (vgl. Rz. 81 ff.).
- 7 Das vorliegende Rechtsgutachten soll unter Beantwortung dieser Fragen eine Übersicht über die gesetzlichen Grundlagen im Bereich der Anabolikaregulierung in der Schweiz geben und das Vorhaben der ARUD im Rahmen der rechtlich zulässigen Handlungsoptionen einordnen. Dabei sei angemerkt, dass die Verwendung des Begriffs «Anabolika» im Nachfolgenden repräsentativ *pars pro toto* für sämtliche auf der DOPINGLISTE erfassten verbotenen Substanzen steht und die erfolgten Ausführungen auf diese analog anwendbar sind.

2. Executive Summary

- 8 Die Zulässigkeit der ärztlichen Begleitung und Betreuung von Patienten mit einem problematischen Anabolika- bzw. Substanzkonsum ausserhalb des Wettkampfsports und im Rahmen des geplanten medizinischen Versorgungsangebots der ARUD gründet auf zwei Pfeilern:
- Erstens, auf der **grundsätzlichen Zulässigkeit der medizinischen Versorgung auch mit Substanzen auf der DOPINGLISTE** und
 - zweitens, auf dem **zulässigen Patientenkreis**, welcher von diesem Versorgungsangebot Gebrauch machen darf.
- 9 Für eine umfassende Beurteilung des konkreten Vorhabens der ARUD müssen einerseits die **heilmittelrechtlichen Bestimmungen** und andererseits die **Bestimmungen der Doping-/ und Betäubungsmittelgesetzgebung** sowie das Medizineralberufegesetz und die kantonale Gesundheitsgesetzgebung berücksichtigt werden. Nebst diesen rechtlich verbindlichen Normierungen dienen auch die **berufsethischen Standesregeln der FMH Swiss Medical Association** (nachfolgend **FMH**) als massgebliche Basis.
- 10 Unter Berücksichtigung dieser gesetzlichen und berufsständischen Grundlagen ist für das geplante medizinische Versorgungsangebot der ARUD substanziell, dass die ärztliche Begleitung und Versorgung durch die ARUD nicht zu Dopingzwecken, sondern aufgrund **medizinisch indizierter Zwecke** im Zuge einer **Sucht- bzw. Konsumbekämpfung** erfolgt.
- 11 Allerdings stellen sich bei dieser Abgrenzung diverse **rechtliche Herausforderungen**: Insbesondere ist nicht eindeutig, ob die FMH im Anhang 5 zur Standesordnung FMH gewollt ein pauschales Verbot für den ärztlichen Umgang mit Substanzen auf der DOPINGLISTE statuiert oder ob sie das Verbot in Analogie zur übergeordneten Standesordnung der FMH ebenfalls auf den Umgang zu Dopingzwecken beschränkt, dies aber so nicht explizit reglementiert hat. Weiter ist auch unklar, ob die Verstösse gegen die FMH-Standesordnung sowie deren Anhänge nur bei vorsätzlichem oder auch bei fahrlässigem Verhalten sanktioniert werden, was hauptsächlich für die Frage im Zusammenhang mit dem zulässigen Patientenkreis dezinisiv ist.
- 12 Im Nachfolgenden ist in Ausführung der relevanten theoretischen Grundlagen auf diese Schwierigkeiten einzugehen und zu erläutern, wie diese nicht

eindeutigen bzw. wenig spezifischen Bestimmungen im Hinblick auf das geplante medizinische Versorgungsangebot der ARUD zu interpretieren sind.

- 13 Dabei gilt es zu beachten, dass sich die **Schweizer Rechtsprechung** im Bereich des Anabolikakonsums **bis anhin (noch) nicht** mit der Zulässigkeit der ärztlichen Versorgung und Behandlung mit Substanzen auf der DOPINGLISTE ausserhalb des Wettkampfsports im Rahmen einer Sucht- bzw. Konsumbekämpfung **auseinandersetzen musste**. Es sei daher darauf hinzuweisen, dass es sich bei den nachfolgenden Ausführungen einzig um eine Einschätzung anhand der aktuellen rechtlichen Grundlagen in der Schweiz handelt, wobei nicht mit abschliessender Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass ein Schweizer Gericht diese Einschätzung teilt.

3. Hintergrund zur aktuellen Anabolika-Problematik

- 14 Seit geraumer Zeit lässt sich in der Schweiz eine Zunahme des Konsums von Anabolika und anderen form- und leistungsfördernden Substanzen (IPEDs) und damit verbundener Substanzkonsumstörungen feststellen. In der Schweiz konsumieren derzeit schätzungsweise über 200'000 Personen IPEDs, wovon rund ein Drittel eine Abhängigkeit entwickelt. Diese Substanzen werden häufig verwendet, um einem bestimmten Körperbild nachzueifern oder um sportliche Leistungsziele zu erreichen. Neben der körperlichen Wirkung werden diese Substanzen auch wegen der psychotropen Wirkung konsumiert, insbesondere zur Verbesserung des Antriebs und Affekts, des Selbstwertgefühls, sowie zur Steigerung des sexuellen Empfindens. Der Anabolika-Konsum bei Menschen, die nicht wettkampfmässig Sport betreiben, ist allerdings deutlich häufiger als der Einsatz in Form von Doping im Wettkampfsport.
- 15 Anabolika sind künstlich hergestellte Derivate des männlichen Sexualhormons Testosteron, allerdings mit einer deutlich stärkeren Wirkung als Testosteron. Anabolika haben ein immenses Schadenspotential für den menschlichen Körper und die Psyche, wobei die Konsequenzen des Konsums sehr komplex, weitreichend und nachhaltig sind. Konsumierende haben nicht selten grosse Mühe, mit dem Anabolikakonsum aufzuhören. Einer von drei Konsumierenden entwickelt eine Abhängigkeit. Die Anabolikaabhängigkeit erfüllt sämtliche Kriterien einer Substanzkonsumstörung, wie auch definiert für andere psychotrope (und nicht psychotrope) Substanzen. Absetzversuche scheitern häufig an der Entwicklung von ausgeprägten Entzugerscheinungen und Absetzphänomenen auf körperlicher und psychischer Ebene. Die Ursachen für einen problematischen Konsum können psychische Grundprobleme sein (z.B. Körperdysmorphie

Störung). Der problematische Konsum von psychoaktiven Substanzen in dieser Gruppe ist nicht selten, weshalb eine entsprechende medizinische Versorgung daher auch aus Sicht der öffentlichen Gesundheit dringend notwendig ist.

- 16 Mit einer medizinischen Versorgung entsteht die Möglichkeit, eine therapeutische Beziehung zu diesen Personen aufzubauen, die Grundlage für präventive, schadensmindernde und suchtmedizinische Behandlungsmassnahmen ist. Im Bereich vom Konsum anderer illegaler Substanzen (z.B. Heroin, Kokain, etc.) hat sich diese suchtmedizinische Versorgung bereits etabliert, ist wissenschaftlich breit abgestützt und in der Schweizer Drogenpolitik nicht mehr wegzudenken.

4. Rechtliche Analyse

4.1. Vorbemerkungen

- 17 Im Fokus der vorliegenden Abklärung stehen vornehmlich die Einordnung des durch die ARUD geplanten medizinischen Versorgungsangebots für Menschen mit problematischem Anabolikakonsum, die keinen Wettkampfsport betreiben. Im Rahmen der gutachterlichen Auseinandersetzung sind namentlich die folgenden, grundlegenden Themenbereiche und damit zusammenhängenden Rechtsfragen zu adressieren:
- Zulässigkeit der geplanten evidenz-basierten Behandlungen mit Mitteln auf der DOPINGLISTE (vgl. Rz. 25 ff.);
 - Zulässiger Patientenkreis, der von diesem Versorgungsangebot Gebrauch machen darf (vgl. Rz. 56 ff.) und
 - Zulässigkeit des geplanten Drug-Checking-Angebots durch das DIZ Zürich (vgl. Rz. 81 ff.).
- 18 Teil des geplanten medizinischen Versorgungsangebots der ARUD sind zudem Beratung und Aufklärung bezüglich des nicht-medizinischen Konsums von IPEDs und deren medizinischen/psychiatrischen Konsequenzen, die suchtmedizinische psychosoziale Behandlung sowie die Diagnostik und Behandlung von allgemeininternistischen und psychischen Co-Morbiditäten. Diese Aspekte erscheinen vorliegend isoliert betrachtet rechtlich unproblematisch, weshalb sie in der Folge nicht einzeln, sondern im Zusammenhang mit der Frage nach dem zulässigen Patientenkreis thematisiert werden (vgl. Rz. 56 ff.).

4.2. Rechtliche Bestrebungen in der Schweizer Dopingbekämpfung

19 Auf internationaler Ebene hat sich die Schweiz als Vertragsstaat der Europäischen Konvention gegen Doping vom 16. November 1989 (Übereinkommen gegen Doping¹) zum Erlass von Massnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit von Dopingmitteln, insbesondere von Anabolika, verpflichtet.² Bereits in der Botschaft sowie auch in den Debatten der beiden Räte wurde festgehalten, dass Doping nicht nur im Spitzensport, sondern auch im Breitensport eine Problematik darstellt, wie beispielsweise durch Medikamentenmissbrauch im Fitnes sport.³ Bereits deshalb ist es naheliegend, dass die Schweiz auch das Internationale Übereinkommen gegen Doping im Sport vom 19. Oktober 2005⁴ ratifiziert hat und damit spezifisch zum Erlass von Massnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit und Anwendung verbotener Wirkstoffe und Methoden **im Sport** verpflichtet ist.

20 Auf nationaler Ebene hat die Schweiz ihre internationalen Verpflichtungen in Bezug auf die Verhinderung der Verfügbarkeit von verbotenen Substanzen und Methoden in Art. 19 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2022 über die Förderung von Sport und Bewegung (Sportförderungsgesetz, SpoFöG⁵) umgesetzt. Zu diesen Massnahmen gehören insbesondere die Kontrolle, Einziehung und Vernichtung von Dopingmitteln des Bundesamts für Zoll und Grenzsicherheit (BAZG) sowie Dopingkontrollen der zuständigen Dopingkontrollstellen.

4.3. Grundsatz und Begriffe

21 Der Bundesrat hat unter dem Begriff «**Doping**» den Missbrauch von Mitteln und Methoden zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Sport definiert (Art. 19 Abs. 1 SpoFöG). Allgemein wird Doping als Oberbegriff für den Einsatz sämtlicher unerlaubter Wirkstoffe oder Methoden verwendet, welche als solche oder bei Überschreitung eines definierten Grenzwertes die Leistung

¹ SR 0.812.122.1; AS 1993 1237 f.; BBI 1992 VI 150.

² BBI 1992 1345, 1352; Art. 4 Abs. 1 Übereinkommen gegen Doping.

³ Vgl. Botschaft vom 12. Februar 1992 über die Konvention des Europarates gegen Doping, BBI 1992 1345, 1350; AB 1992 N 326 ff.; AB 1992 N 1667 f.

⁴ SR 0.812.122.2.

⁵ SR 415.0.

von Sporttreibenden steigern können.⁶ Von Doping ist demzufolge stets in einem sportlichen Sachverhaltszusammenhang die Rede.

- 22 **Anabolika** und andere anabol wirkende Substanzen qualifizieren als Mittel zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und gelten somit als vom Tatbestand des Dopings erfasste, verbotene Mittel. Per Definition werden Anabolika eingeteilt in anabol androgene Steroide (AAS) und andere anabole Wirkstoffe, wie z.B. die Beta-2-Agonisten Clenbuterol und Zilpaterol, die eine anabole Wirkung auf die Muskulatur haben oder die selektiven Androgen-Rezeptor-Modulatoren (SARMs), die in ihrer Wirkung den anabol androgenen Steroiden ähneln. Zu den anabol androgenen Steroiden gehören Steroidhormone wie das männliche Sexualhormon Testosteron sowie Substanzen mit einer Testosteron ähnlichen Wirkung, die unter anderem für eine anabole, d.h. für eine gewebeaufbauende Stoffwechsellage sorgen.⁷
- 23 Anabolika und andere anabol wirkende Stoffe können zudem auch psychotrope Wirkungen aufweisen (vgl. Rz. 14), weshalb sie in diesem Fall vom Geltungsbereich des Bundesgesetzes vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG⁸) erfasst sind. Als **psychotrope Stoffe** gelten abhängigkeiterzeugende Stoffe und Präparate, welche Amphetamine, barbiturate, Benzodiazepine oder Halluzinogene wie Lysergid oder Mescaline enthalten oder eine ähnliche Wirkung wie diese haben (Art. 2 lit. b BetmG).
- 24 Im Nachfolgenden gilt es sich entsprechend mit deren Zulässigkeit im Rahmen einer evidenz-basierten Behandlung auseinanderzusetzen.

⁶ Urteil (des Bundesverwaltungsgerichts) C-6302/2013 vom 14. September 2015, E. 3.4.1.; vgl. auch zum Begriff «Doping» MARKUS NATSCH, Dopingbekämpfung und Unschuldsvermutung, in: Sport und Recht, 2009 S. 39 f.

⁷ Swiss Sport Integrity, S1 Anabolika, abrufbar unter <<https://www.sportintegrity.ch/anti-doping/praevention/ausbildung/mobile-lesson/s1-anabolika>> (zuletzt besucht am 12. April 2023).

⁸ SR 812.121.

4.4. Zulässigkeit der evidenz-basierten Behandlungen mit Mitteln auf der DOPING-LISTE

4.4.1. Zulassung von Anabolika und anderen anabol wirkenden Substanzen mit Indikationsangaben

25 Im Allgemeinen wird der Umgang mit Arzneimitteln im Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG⁹) sowie in der Verordnung vom 21. September 2018 über die Arzneimittel (Arzneimittelverordnung, VAM¹⁰) geregelt. Für Betäubungsmittel, die als Heilmittel verwendet werden, gelten ebenfalls die Bestimmungen des Heilmittelgesetzes. Die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes sind anwendbar, soweit das Heilmittelgesetz keine oder eine weniger weit gehende Regelung trifft (Art. 1b BetmG).

26 Dabei ist der Schutz der öffentlichen Gesundheit und die allgemeine Sorgfaltspflicht oberstes Gebot im Umgang mit Arzneimitteln und damit auch bei deren Zulassung. Der Gesetzgeber hat deshalb Zulassungskriterien entwickelt, die dafür sorgen sollen, dass bei Arzneimitteln mit Indikationsangabe nur qualitativ hochstehende, sichere und wirksame Arzneimittel in den Verkehr gebracht werden (Art. 10 Abs. 1 lit. a HMG).

27 **Arzneimittel mit Indikationsangabe** sind Arzneimittel mit behördlich genehmigter Angabe eines bestimmten Anwendungsgebietes, die zur Anwendung nach den Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft bestimmt sind (Art. 4 Abs. 1 lit. a^{bis} HMG). Diese Arzneimittel sind entsprechend nur im Hinblick auf diese bestimmte Indikation zugelassen.

28 Derzeit sind in der Schweiz insgesamt sechs Präparate mit einer bestimmten Indikationsangabe in der Arzneimittelkategorie B zugelassen, welche entweder als Anabolika oder Androgene charakterisieren,¹¹ und nur auf ärztliche Verschreibung hin abgegeben werden dürfen (Art. 23 Abs. 1, Art. 23a, Art. 24 HMG und Art. 42 VAM). Bereits dadurch wird klar, dass die ärztliche Verschreibung und Abgabe von Anabolika und anderen anabol wirkenden Substanzen nicht *per se* verboten ist. Allerdings ist die Verfügungsfreiheit dieser Präparate auf eine bestimmte Indikation beschränkt, wie z.B. auf die Behandlung

⁹ SR 812.21.

¹⁰ SR 812.212.21.

¹¹ Diese sechs von Swissmedic zugelassenen Präparate sind Deca-Durabolin® (Anabolika), Nebido® (Androgen), Testogel® 50 mg (Androgen), Testoviron® Depot (Androgen), Tostran® (Androgen), TESTAVAN 23 mg (Androgen).

nachgewiesener Osteoporose bei postmenopausalen Frauen oder als Testosteron-Ersatztherapien¹² und nicht für die Verwendung als Dopingmittel.¹³

- 29 Demzufolge sind in der Schweiz aktuell keine Anabolika oder andere anabol wirkende Substanzen mit einer Indikation zugelassen, wie sie in der Realität als IPEDs Anwendung finden, weshalb Anwender ausschliesslich durch den Schwarzmarkt oder durch illegale Verschreibungen auf Anabolika und andere anabol wirkende Substanzen Zugriff haben. Dies ist letztlich auch die logische Konsequenz der gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen, welche den (ärztlichen) Umgang mit Anabolika – und *pars pro toto* auch mit den übrigen auf der DOPINGLISTE enthaltenen Substanzen – zu Dopingzwecken verbieten.
- 30 Nachfolgend wird deshalb *in concreto* aufgezeigt, welche ärztlichen Verhaltensweisen im Umgang mit Anabolika genau verboten sind.

4.4.2. Verbotene Verhaltensweisen

4.4.2.1. Ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung

(a) Heilmittelgesetz

- 31 Das Heilmittelgesetz äussert sich nicht direkt zum Umgang mit Anabolika, sondern sieht im Sinne einer generellen Bestimmung einzig vor, dass bei der Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln die **anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft** beachtet werden müssen (Art. 26 Abs. 1 HMG). Ein vorsätzlicher Verstoss gegen diese allgemein statuierte Sorgfaltspflicht wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft (Art. 86 Abs. 1 HMG), in Fällen, in denen Ärztinnen annehmen müssen, dass die Widerhandlung die Gesundheit von Menschen konkret gefährdet, sogar mit Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren (Art. 86 Abs. 2 HMG).
- 32 Das Bundesgericht hat in Bezug auf die Sorgfaltspflicht in Art. 26 i.V.m. Art. 86 Abs. 1 HMG in seinem Urteil vom 14. Juli 2015¹⁴ jedoch festgehalten, dass eine Gefährdung der Gesundheit von Menschen nur gegeben sei, wenn die Wahrscheinlichkeit von Beeinträchtigungen der Gesundheit von einer gewissen Schwere bestehe. Diese Voraussetzung sei bei Anabolika nicht ohne Weiteres,

¹² Testosteron ist im Vergleich zu Anabolika nur schwach anabol und fördert den Muskelaufbau nicht im gewünschten Mass, weshalb es kaum als IPED verwendet wird.

¹³ Vgl. RefData, AIPS – Einzelabfrage, abrufbar unter <www.swissmedicinfo.ch> (zuletzt besucht am 13. April 2023).

¹⁴ Urteil (des Bundesgerichts) 6B_621/2015 vom 14. Juli 2015, E. 1.4.2.

sondern nur bei Hinzukommen bestimmter Umstände erfüllt, wie z.B. bei Langzeitkonsum. Für eine Gesundheitsgefährdung im Sinne von Art. 86 Abs. 1 HMG sei vielmehr erforderlich, dass Personen langfristig mit Anabolika versorgt werden. Die Gesundheit des Abnehmers sei erst dadurch und nicht schon aufgrund einer einmaligen oder gelegentlichen Abgabe von Anabolika konkret gefährdet.

(b) Betäubungsmittelgesetz

- 33 Neben den Bestimmungen des Heilmittelgesetzes gilt es für Anabolika aufgrund deren psychotropen Wirkung (vgl. Rz. 23) auch die Normierungen des Betäubungsmittelgesetzes miteinzubeziehen (Art. 1 lit. a und b BetmG). Die dazugehörige Verordnung des EDI über die Verzeichnisse der Betäubungsmittel, psychotropen Stoffe, Vorläuferstoffe und Hilfschemikalien (Betäubungsmittelverzeichnisverordnung, BetmVV-EDI¹⁵) enthält in den Anhängen 1-6 ein Verzeichnis über die kontrollierten Substanzen, wovon eben auch psychotrope Stoffe erfasst sind (Art. 2a BetmG).
- 34 Demzufolge sieht Art. 19 ff. BetmG strafbare Handlungen vor, wonach beispielsweise mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft wird, wer Betäubungsmittel – und psychotrope Stoffe (Art. 2b BetmG) – unbefugt lagert, versendet, befördert, einführt, ausführt, durchführt, veräussert, verordnet oder auf andere Weise einem anderen verschafft oder in Verkehr bringt (Art. 19 Abs. 1 lit. b und c BetmG). Ob eine Person unbefugt oder befugt ist, die soeben erwähnten Handlungen vorzunehmen, ergibt sich insbesondere aus Art. 9 BetmG, wonach u.a. Medizinalpersonen im Sinne der Heilmittelgesetzgebung, die ihre Tätigkeit gemäss dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG¹⁶) privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, **ohne Bewilligung** Betäubungsmittel, mit Ausnahme der verbotenen Betäubungsmittel nach Art. 8 BetmG, beziehen, lagern, verwenden und abgeben dürfen.

1. *Verstösst die ARUD mit der **evidenz-basierten Behandlung mit (anabol wirkenden) Substanzen auf der DOPINGLISTE** gegen allgemeine Sorgfaltspflichten im **Heilmittel- oder im Betäubungsmittelgesetz**?*

- 35 Aufgrund der Instruktionen der ARUD ist vorliegend nicht auszuschliessen, dass das medizinische Versorgungsangebot Betäubungsmittel oder Substanzen mit

¹⁵ SR 812.121.11.

¹⁶ SR 811.11.

psychotroper Wirkung im Einzelfall enthalten würde, allerdings erübrigen sich im Fall der ARUD diesbezügliche spezifische Erörterungen, und so oder anders würde die ARUD als private Institution, die ihre Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung ausübt, keine Bewilligung benötigen, um mit Substanzen umzugehen, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt sind und würde somit bei einem allfälligen Umgang mit psychotropen Substanzen **keine Widerhandlung gegen das Betäubungsmittelgesetz** begehen (vgl. Rz. 33 ff.).

- 36 Zudem beinhaltet das geplante Versorgungsangebot der ARUD auch keine Abgabe oder Verschreibung von Anabolika, weshalb die ARUD auch diesbezüglich nicht Gefahr läuft, gegen Sorgfaltspflichtverletzungen im Heilmittelgesetz zu verstossen (vgl. Rz. 4).
- 37 Allerdings plant die ARUD evidenz-basierte Behandlungstherapien mit **anderen (anabol wirkenden) Substanzen auf der DOPINGLISTE**, u.a. mit Nebido® und Testogel® bei der Entzugsbehandlung oder Tamoxifen Famos bei der Behandlung der häufigen Nebenwirkung Gynäkomastie (schmerzhafte Brustschwellung).
- 38 Unter der instruktionsgemässen Prämisse, dass es sich bei der individuellen Behandlung des Patienten um eine evidenz-basierte Medikation mit medizinischer Indikation handelt, und damit auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit erfolgt, ist nicht ersichtlich, inwiefern durch die Abgabe dieser Substanzen eine Gesundheitsgefährdung des Patienten vorliegen könnte, weshalb von keinem nicht gerechtfertigten Risiko einer konkreten Gesundheitsgefährdung durch diese Behandlungstherapien ausgegangen werden muss.
- 39 Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass auch im Hinblick auf die bundesgerichtliche Rechtssprechung durch die medizinisch indizierte, evidenz-basierte Behandlung mit Substanzen auf der DOPINGLISTE **keine allgemeinen Sorgfaltspflichten des Heilmittelgesetzes** verletzt würden.

4.4.2.2. Verhaltensweisen «zu Dopingzwecken»

(a) Sportförderungsgesetz und -verordnung

- 40 Von der grundsätzlichen Zulässigkeit der ärztlichen Verschreibung und Abgabe von Anabolika und anderer anabol wirkender Substanzen mit Indikationsangaben muss der Einsatz im Sport – und zwar sowohl im reglementierten als auch

im nicht reglementierten Bereich¹⁷ – und damit der **nicht medizinisch indizierte Einsatz** von Anabolika und anderer anabol wirkender Substanzen unterschieden werden. Anabolika und andere anabol wirkende Substanzen qualifizieren gemäss Art. 74 Abs. 1 lit. a-d sowie gemäss Anhang I der Verordnung vom 23. Mai 2012 über die Förderung von Sport und Bewegung (Sportförderungsverordnung, SpoFöV¹⁸) als verbotene Mittel, deren Herstellung, Erwerb, Einfuhr, Ausfuhr, Durchfuhr, Vermittlung, Vertrieb, Verschreibung, in Verkehr bringen, Abgabe sowie Besitz **zu Dopingzwecken** gemäss dem Sportförderungsgesetz verboten sind und mit Freiheitsstrafe bis zu drei bzw. in schweren Fällen bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft werden (Art. 22 Abs. 1-3 i.V.m. Art. 19 Abs. 3 SpoFöG).

- 41 Auch Swiss Sport Integrity, die zuständige Stiftung für Dopingkontrollen und Dopingprävention im reglementierten Wettkampfsport in der Schweiz, teilt diese Ansicht und hält auf Anfrage fest, dass sie die «medizinische Behandlung von Anabolika-Abhängigen aus Sicht des Sportförderungsgesetzes primär nicht als problematisch [einschätzt], insbesondere wenn es sich um die Absetzung handelt».

Beilage 1: Stellungnahme Swiss Sport Integrity vom 14. April 2023

- 42 Von der gesetzlichen Regelung ausgenommen sind Personen, die Anabolika zum Zweck des eigenen Konsums herstellen, erwerben, einführen, ausführen, durchführen oder besitzen (Art. 22 Abs. 4 SpoFöG). Zurzeit prüft der Bundesrat jedoch die Einführung einer Strafbarkeit des Selbstdopings im Wettkampfsport, womit der Eigenkonsum von Anabolika im Wettkampfsport auch von Gesetzes wegen zukünftig nicht mehr zulässig wäre.¹⁹

(b) Standesordnung der FMH und Richtlinien für die ärztliche Betreuung von Sporttreibenden (Anhang 5)

- 43 Mit der gesetzlichen Normierung im Sportförderungsgesetz in Einklang stehend hält auch die Standesordnung der FMH fest, dass die Anwendung von verbotenen Mitteln und Methoden **zu Dopingzwecken** im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit zu unterlassen ist (Art. 33^{bis} Abs. 2 Standesordnung der FMH). Darüber hinaus verweist die Standesordnung der FMH für die Einzelheiten auf die

¹⁷ Vgl. BGE 145 IV 329, 333 E. 2.4.2; BBl 2009 8220 ff. Ziff. 1.2.8.1 und Ziff. 1.3.5.

¹⁸ SR 415.01.

¹⁹ Medienmitteilung des Bundesrats vom 10. Dezember 2021, abrufbar unter <<https://www.ad-min.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-86369.html>> (zuletzt besucht am 13. April 2023).

Richtlinien für die ärztliche Betreuung von Sporttreibenden in Anhang 5 zur Standesordnung FMH (Art. 33^{bis} Abs. 3 Standesordnung der FMH).

- 44 Der Geltungsbereich des Anhangs 5 umfasst analog zum Sportförderungsgesetz sowohl die ärztliche Beratung und Betreuung von Athleten, die am reglementierten Wettkampfsport teilnehmen als auch von Sporttreibenden im Allgemeinen, wovon sowohl Kinder als auch Jugendliche und Erwachsene, die sich sportlich betätigen, sowie Teilnehmer an nicht reglementiertem Wettkampfsport eingeschlossen sind (Ziff. 2 Anhang 5 zur Standesordnung FMH).
- 45 Obwohl sich Anhang 5 ebenfalls an der im Anhang I zur Sportförderungsverordnung aufgelisteten verbotenen Dopingmittel und -methoden orientiert (vgl. Rz. 31), geht er bezüglich der verbotenen Verhaltensweise für Ärztinnen einen Schritt weiter als die gesetzlichen Regelungen und die Standesordnung der FMH: Er entbehrt dem Passus «zu Dopingzwecken» und statuiert damit auf den ersten Blick ein **pauschales Verbot** für die Herstellung, den Erwerb, die Ein-, Aus- und Durchfuhr, die Vermittlung, den Vertrieb, die Verschreibung, das In-Verkehr-Bringen, die Abgabe, den Besitz oder die Anwendung verbotener Mittel und Methoden (Ziff. 4.4 Anhang 5 zur Standesordnung FMH); ungeachtet, ob das ärztliche Verhalten zu Dopingzwecken oder zu medizinisch indizierten Zwecken erfolgt.
- 46 Es ist fraglich, ob die Beschränkung auf Verhaltensweisen zu Dopingzwecken in Anhang 5 absichtlich weggelassen wurde oder ob es sich dabei um ein Unterlassen handelt. Vorliegend gibt es gute Gründe anzunehmen, dass es sich dabei um eine ungewollte Lücke handelt, sich demnach *in effecto* auch auf die Terminologie «zu Dopingzwecken» bezieht:
- Bereits der Titel des Anhangs 5 als «Richtlinien für die ärztliche Betreuung von Sporttreibenden» impliziert bereits, dass es sich um Verhaltensweisen im Sport, also zu Dopingzwecken handelt (vgl. pro memoria die Definition von «Doping» in Rz. 21).
 - Auch aus rechtsdogmatischer Sicht ist in der Tendenz eher von einem Unterlassen als von einer gewollten Unterscheidung auszugehen. Einerseits bezieht selbst das Sportförderungsgesetz die verbotenen Verhaltensweisen auf Dopingzwecke und andererseits enthält auch die Standesordnung der FMH als das dem Anhang 5 systematisch übergeordnete Regelwerk den Wortlaut «zu Dopingzwecken». Darüber hinaus ist anzunehmen, dass sich die Anhänge zur Standesordnung der FMH an deren Grundzüge orientieren und den Geltungsbereich der

strafbaren Verhaltensweisen nicht neu festlegen bzw. in diesem Fall erweitern.

- Für ein Versehen spricht zudem auch die Ausnahmebestimmung in Ziff. 4.6. des Anhangs 5, wonach bei der Stiftung Swiss Sport Integrity oder bei dem entsprechenden internationalen Sportverband eine Ausnahmebewilligung zu therapeutischen Zwecken (ATZ) beantragt werden kann, sofern die Verschreibung eines verbotenen Dopingmittels an Athleten – *notabene* im reglementierten Wettkampfsport – aus medizinischen Gründen unverzichtbar ist, und es für die verbotene Substanz keine gleichwertige alternative Behandlung gibt.

47 Den Autoren des vorliegenden Rechtsgutachtens liegt eine Stellungnahme der FMH vor, wonach «[d]ie Bestimmungen des Sportförderungsgesetzes (SpoFÖG) sowie die **berufsethischen Regeln der FMH [...] die Anwendung von «verbotenen Substanzen» zu Behandlungszwecken [erlauben]**».

Beilage 2: Stellungnahme FMH vom 28. April 2023

48 Bereits aus den oben genannten Gründen (vgl. Rz. 46) sowie aufgrund der Stellungnahme der FMH (vgl. Rz. 47) ist davon auszugehen, dass sich auch die in Anhang 5 statuierten Verhaltensweisen auf den Umgang mit verbotenen Mitteln und Methoden zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Sport beziehen und demnach lediglich verboten sind, wenn ein Verhalten zu Dopingzwecken vorliegt (vgl. oben zum Begriff «Doping», Rz. 21).

2. *Verstösst die ARUD mit der **evidenz-basierten Behandlung mit (anabol wirkenden) Substanzen auf der DOPINGLISTE** gegen Strafbestimmungen des **Sportförderungsgesetzes** und/oder gegen verbotene Verhaltensweisen der **Standesordnung der FMH** und/oder gegen die **Richtlinien für die ärztliche Betreuung von Sporttreibenden (Anhang 5)**?*

49 Konkret würde das gemäss medizinischer Fachliteratur²⁰ evidenz-basierte medizinische Versorgungsangebot der ARUD verbotene Mittel aus den folgenden Kategorien gemäss Anhang I der Sportförderungsverordnung beinhalten:

²⁰ ALEX K. BONNECAZE/THOMAS O'CONNOR/CYNTHIA A. BURNS, Harm Reduction in Male Patients Actively Using Anabolic Androgenic Steroids (AAS) and Performance-Enhancing Drugs (PEDs): a Review, in: J Gen Intern Med. 2021 Jul, 36(7), 2055-2064; CYRUS D. RAHNEMA/LARRY I. LIPSHULTZ/LINDSEY E. CROSNOE/JASON R. KOVAC/EDWARD D. KIM, Anabolic steroid-induced hypogonadism: diagnosis and treatment, in: Fertil Steril. 2014 May, 101(5), 1271-9; SAMUEL IFF/INGO

- **Anabol wirkende Substanzen** in sinkender Dosierung mit dem Ziel der Abstinenz;
- **anabol wirkende Substanzen** als kurzzeitige Testosteronersatztherapien bei bestätigtem Hypopituitarismus (ICD²¹-10-E23.1), wobei die Indikation gegeben ist;
- **Gonadotropine** als kurzzeitige Behandlung bei bestätigtem Hypopituitarismus (ICD-10-E23.1), wobei die Indikation gegeben ist;
- **Aromatasehemmer** (Letrozol, Anastrozol) und
- **antiöstrogene Substanzen** (Tamoxifen, Clomiphen).

50 Für die Frage der Zulässigkeit im Umgang mit diesen (anabol wirkenden) Substanzen auf der DOPINGLISTE ist, wie bereits erwähnt, nicht zuletzt entscheidend, zu welchem Zweck mit ihnen umgegangen wird. Wie bereits erläutert, statuieren sowohl das Sportförderungsgesetz (Art. 22 Abs. 1 SpofÖG) als auch die Standesordnung der FMH (Art. 33^{bis} Abs. 2) sowie, zumindest implizit, Anhang 5 zur Standesordnung FMH, dass die verbotenen Verhaltensweisen für Ärztinnen **zu Dopingzwecken strafbar** sind (vgl. Rz. 40 ff.).

51 Es gilt daher zu differenzieren, ob der ärztliche Umgang mit diesen im Anhang I der Sportförderungsverordnung gelisteten Substanzen **aufgrund medizinisch indizierter Zwecke oder zu Dopingzwecken** erfolgt. Hierfür gilt es danach zu fragen, was mit der Terminologie «zu Dopingzwecken» konkret gemeint ist.

52 Die Botschaft zur Revision des Sportförderungsgesetzes hält zu aArt. 21 (neu Art. 22 SpofÖG) einzig fest, dass sich aus dem Begriff «zu Dopingzwecken» ergibt, dass ausschliesslich die vorsätzliche Tatbegehung strafbar ist.²² Da sich der Bundesrat in seiner Botschaft nicht explizit dazu äussert, was er unter der Terminologie «zu Dopingzwecken» versteht, muss in einem weiteren Schritt nach dem der Revision zugrundeliegenden Zweck gefragt werden.

BUTZKE/MICHAEL ZITZMANN/ROGER SCHNEITER/MANUELA HUNZIKER/BORIS B. QUEDNOW/MALTE CHRISTIAN CLAUSSEN, IPED-Gebrauch im Freizeitsport. Praxis (Bern 1994) 2022 Apr, 111(6), 345-349.

²¹ Der aktuelle Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) «ICD-10» steht für «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems», wonach weltweit Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme klassifiziert werden, vgl. <<https://icd.who.int/browse10/2019/en>>.

²² BBl 2009 8189, 8240.

- 53 Mit der Totalrevision des Sportförderungsgesetzes wurden die Strafbestimmungen bei Dopingvergehen verschärft, wobei insbesondere die Bestrafung der im Umfeld der gedopten Sportlerinnen und Sportler tätigen Akteure im Vordergrund stand. Aufgrund der im Vergleich zu staatlichen Strafmassnahmen rascher ausgesprochenen und einfacher umsetzbaren Verbandssanktionen für Sportlerinnen und Sportler wurde am inhaltlichen Grundkonzept der bereits vor der Revision geltenden Doping-Straftatbeständen festgehalten: Die Sanktionszuständigkeit der Sportlerinnen und Sportler wurde vorrangig den Sportverbänden übertragen und die gesetzliche Bestrafung einzig für die Personen im Sportlerumfeld vorgesehen. Mit der Bestrafung des Sportlerumfelds wollte demnach bezweckt werden, dass der Zugang zu Dopingmittel und deren Anwendung für Sportlerinnen und Sportler so weit als möglich erschwert werden.²³
- 54 Im Gegensatz zum Umgang mit den gelisteten Substanzen zu Dopingzwecken, ist deren Zweck bei medizinisch indiziertem Einsatz diametral anders gelagert: Dabei steht nicht die Leistungssteigerung der Sportbetreibenden, sondern die Gesundheit und die Verbesserung bis hin zur vollständigen Genesung des Patienten im Vordergrund. In diesem Szenario erfolgt der Umgang mit den gelisteten Substanzen nicht zu Dopingzwecken, weshalb es an einem relevanten Tatbestandselement fehlt, und der gesetzliche Straftatbestand gemäss Art. 22 SpOFÖG nach der hier vertretenen Anschauung *per se* nicht erfüllt sein kann. Analoges gilt für die in der Standesordnung der FMH und in deren Anhang 5 statuierten verbotenen Verhaltensweisen für Ärztinnen, sofern bei letzterem davon ausgegangen wird, dass dessen Ziff. 4.4. kongruent mit der Standesordnung der FMH und dem Sportförderungsgesetz ist und ebenfalls ein Verhalten zu Dopingzwecken verbietet (vgl. Rz. 45 ff.).
- 55 Mit anderen Worten: Sofern die entsprechenden Behandlungstherapien nicht zu Dopingzwecken, sondern aufgrund medizinisch indizierter Zwecke erfolgen, **verletzt die ARUD mit dem geplanten medizinischen Versorgungsangebot mit den oben genannten (anabol wirkenden) Substanzen auf der DOPINGLISTE nach der hier vertretenen Auffassung weder den Straftatbestand im Sportförderungsgesetz noch verstösst sie gegen verbotene Verhaltensweisen für Ärztinnen gemäss der Standesordnung der FMH und deren Anhang 5.** Im Gegenteil: Gerade in Anbetracht der aktuellen Bestrebungen in der Dopingbekämpfung stellt das geplante medizinische Versorgungsangebot der ARUD einen grundlegenden und wichtigen Bestandteil in der Schweizer Dopingbekämpfung dar,

²³ BBI 2009 8189, 8221.

indem Betroffene, die zu Dopingzwecken verbotenerweise Anabolika konsumiert haben, eine Therapie zur Loslösung von Anabolika erhalten (vgl. oben Rz. 19 f.).

4.5. Zulässiger Patientenkreis für das medizinische Versorgungsangebot

4.5.1. Anspruch auf medizinische Behandlung, Therapiefreiheit und Off-Label-Use

56 Um den zulässigen Patientenkreis für das geplante medizinische Versorgungsangebot der ARUD eingrenzen zu können, bedarf es vorab einiger Erläuterungen zum grundsätzlichen Anspruch auf medizinische Behandlungen, deren Möglichkeiten und Grenzen.

57 Ein Anspruch auf medizinische Behandlung kann sich einerseits aus der Bundesverfassung (BV²⁴), insbesondere aus dem Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 10 Abs. 2 BV), und andererseits aus der ärztlichen Hilfeleistungspflicht in Notsituationen gemäss dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Art. 40 lit. g Medizinalberufegesetz, MedBG²⁵) ergeben.

58 Dieses gesetzliche Binom ist die Grundlage der ärztlichen Therapiefreiheit im Zusammenspiel mit dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten.²⁶ Der Inhalt der Therapiefreiheit besteht einerseits aus dem medizinischen Vorgehen, welches prognostisch eingeschätzt wird und andererseits aus dem Einbezug individueller Chancen und Risiken des Patienten. Letztlich geht es darum, für den Patienten eine massgeschneiderte Behandlung zu finden, weshalb neben den medizinischen Methoden auch jeweils psycho-soziale Aspekte der betroffenen Person einbezogen werden müssen. Nur unter Berücksichtigung der Prognostik des Verfahrens und unter Einbezug der physischen, psychischen und sozialen Komponenten kann das geeignete medizinische Vorgehen und Verfahren erörtert und schliesslich ausgewählt werden.²⁷

59 Auch das Bundesgericht anerkennt die ärztliche Therapiefreiheit,²⁸ die sich nicht nur auf die Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln und deren

²⁴ SR 101.

²⁵ SR 811.11.

²⁶ MARTIN SCHUBARTH, Therapiefreiheit des Arztes und Selbstbestimmungsrecht des Patienten, Konsequenzen für das Arztstrafrecht und die formula magistralis, in: AJP 2007 S. 1089.

²⁷ ISABEL BAUR, Personalisierte Medizin im Recht, Zürich 2019, S. 241.

²⁸ BGE 134 IV 175, E. 4.1.

Indikation erstreckt, sondern auch deren *Off-Label-Use* umfasst.²⁹ Unter dem Begriff «Off-Label-Use» wird die Anwendung eines in der Schweiz oder in einem Land mit vergleichbarer Arzneimittelkontrolle zugelassenen Arzneimittels in einer Art und Weise verstanden, die von der durch die zuständigen Behörden genehmigte Fachinformation abweicht. Dabei ist irrelevant, ob die Abweichung die Indikation, die Anwendungsmöglichkeiten, die Dosierung, die Art der Anwendung oder die Anwendung auf eine bestimmte Patientengruppe betrifft.³⁰ Bereits aus Art. 9 Abs. 2 HMG und aus der Rechtsprechung des Bundesgerichts geht hervor, dass die Verschreibung, Abgabe oder Anwendung eines Arzneimittels für eine von der Zulassung nicht abgedeckte Indikation grundsätzlich nicht verboten ist.³¹

- 60 Im Rahmen des Off-Label-Use trägt die Ärztin die alleinige Verantwortung für die von der zugelassenen Fachinformation abweichende Anwendung und muss entsprechend begründen können, dass der Off-Label-Use dem Stand der Wissenschaft und Technik entspricht und sie im Rahmen ihrer Sorgfaltspflicht nach Art. 3 HMG und Art. 26 HMG handelt. Darüber hinaus muss der Patient über den Off-Label-Use informiert werden, insbesondere, dass eine krankenversicherungsrechtliche Kostenübernahmepflicht nur unter engen Voraussetzungen greift.³² Sollte zudem ein Betäubungsmittel für eine andere als die zugelassene Indikation eingesetzt werden, muss die Ärztin die zuständigen kantonalen Behörden gemäss Art. 11 Abs. 1^{bis} des Betäubungsmittelgesetzes über den Off-Label-Use informieren.
- 61 Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass der Anspruch auf eine medizinische Behandlung stets seine Grenzen in den Schranken der ärztlichen Therapiefreiheit findet, die ärztliche Therapiefreiheit aber nicht nur auf Arzneimittel mit zugelassener Indikation beschränkt ist, sondern im Rahmen des aktuellen Stands der Wissenschaft und Technik sowie der ärztlichen Sorgfaltspflicht auch den Off-Label-Use von Arzneimitteln einschliesst.
- 62 Unter diesen Voraussetzungen dürfte die ARUD also theoretisch auch Arzneimittel bzw. die auf der DOPINGLISTE enthaltenen (anabol wirkenden) Substanzen zwecks Suchtbekämpfung im Off-Label-Use einsetzen und von der Indikation,

²⁹ ISABEL BAUR, Personalisierte Medizin im Recht, Zürich 2019, S. 242.

³⁰ «Abgrenzung von Standardtherapie und experimenteller Therapie im Einzelfall», medizin-ethische Richtlinie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2014/2015); BAUR (FN 27), S. 230.

³¹ BGE 134 IV 175, E. 4.1.

³² «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis», medizinisch-rechtliche Richtlinie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW 2022), S. 64 f., 78 ff.

den Anwendungsmöglichkeiten, der Dosierung, der Art der Anwendung oder der Anwendung auf eine bestimmte Patientengruppe abweichen. Dies ist vorliegend jedoch gemäss Angaben der ARUD nicht geplant, weshalb im Folgenden nicht weiter spezifisch darauf eingegangen werden muss.

- 63 Konkret plant die ARUD folgende Gruppen von Patienten aufgrund evidenz-basierter Behandlungen mit medizinischer Indikation zu behandeln:
- Patienten mit einer **psychischen Diagnose als Grundstörung**, welche sekundär den Anabolikakonsum bewirkt oder dessen Gebrauch aufrechterhält;
 - Patienten mit einer **somatischen Diagnose** aufgrund des Anabolikakonsums und
 - Patienten, die **nicht in der Lage oder nicht gewillt** sind, den Anabolikakonsum einzustellen.
- 64 Unter der instruktionsgemässen Hypothese, dass es sich stets um evidenz-basierte Behandlungen mit medizinischer Indikation handelt (vgl. Rz. 35 ff.), wird nachfolgend im Einzelnen erläutert, ob die ARUD ihr medizinisches Versorgungsangebot an diese Patientengruppen richten darf. Dabei, und insbesondere um dem Selbstbestimmungsrechts des Patienten stets Rechnung zu tragen, gilt es zu beachten, dass die **Verwendung und der Einsatz von Substanzen auf der DOPINGLISTE im Rahmen der Patientenaufklärung jeweils ausführlich zu thematisieren sind.**

4.5.2. Psychische Diagnose als Grundstörung mit sekundärem Anabolikakonsum

3. *Verstösst die ARUD mit der evidenz-basierten Behandlung mit (anabol wirkenden) Substanzen auf der DOPINGLISTE von Patienten mit einer **psychischen Diagnose als Grundstörung mit sekundärem Anabolikakonsum** gegen Strafbestimmungen des **Sportförderungsgesetzes** und/oder gegen verbotene Verhaltensweisen der **Standesordnung der FMH** und/oder gegen die **Richtlinien für die ärztliche Betreuung von Sporttreibenden (Anhang 5)**?*

- 65 Die ARUD möchte wissen, ob sie Patienten bezüglich ihrem Anabolikakonsum/Mischkonsum medizinisch-psychiatrisch betreuen und behandeln darf, wenn sie eine psychiatrische Diagnose als Grundstörung vorweisen, welche sekundär den Anabolikakonsum bewirkt oder dessen Gebrauch aufrechterhält

bzw. als komorbide Störung einen erheblichen Einfluss auf den funktionalen Gesundheitszustand hat, wie z.B.:

- ICD-10-F55.5: Schädlicher Gebrauch nicht abhängigkeiterzeugender (nicht psychotrop wirkender) Substanzen: Hormone und Steroide;
- ICD-10-F19.1: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: **Abhängigkeitssyndrom**;
- ICD-10-F19.3: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: **Entzugssyndrom**;
- ICD-10-F45.21: **Dysmorphophobie**;
- ICD-10-F45.2: **Hypochondrische Störung** und
- ICD-10-F32: **Depressive Episode**.

- 66 Vorweg: *Weshalb* der Patient mit dem Anabolikakonsum begonnen und eine Sucht entwickelt hat, spielt für die Frage der grundsätzlichen Zulässigkeit des Versorgungsangebots der ARUD nach der hier vertretenen Auffassung keine Rolle, da vielmehr das derzeitige **Motiv** und **Krankheitsbild** des Patienten ausschlaggebend sind. Daher gilt es für die Beantwortung der Frage, welche Patienten für das medizinische Versorgungsangebot der ARUD in Betracht kommen, zwischen dem persönlichen Motiv einerseits und dem Krankheitsbild des Patienten andererseits zu differenzieren.
- 67 Beim **Motiv** des Patienten muss kritisch hinterfragt werden, ob der Patient effektiv bereit ist, mit ärztlicher Hilfe und Begleitung seinen Anabolikakonsum im Rahmen eines Suchtbekämpfungsprogramms einzustellen, oder ob er darin lediglich eine Chance sieht, um beispielsweise die Nebenwirkungen von Anabolika zu lindern und weiterhin im privaten Sportumfeld Anabolika zu Dopingzwecken zu konsumieren. Mit anderen Worten muss der Patient den festen Willen haben, seine Anabolikasucht zu behandeln. Entsprechend bedarf es einer starken Abstinenzmotivation, um die Entzugstherapie erfolgreich durchzustehen.
- 68 Für Dritte, und eben auch die ARUD, ist die Erkennbarkeit des Motivs des Patienten jedoch ein äusserst schwieriges Unterfangen. Vermutlich sieht auch deshalb Art. 22 Abs. 1 SpofÖG vor, dass die genannten Verhaltensweisen **lediglich**

vorsätzlich strafbar sind (vgl. Rz. 52). Mit anderen Worten kann sich die ARUD durch die Schaffung des Zugangs zum medizinischen Versorgungsangebot grundsätzlich gemäss dem Sportförderungsgesetz nur strafbar machen, wenn sie einerseits zumindest für möglich hält, dass ein in Behandlung stehender Patient nach wie vor Anabolika zu Dopingzwecken konsumiert und andererseits ein strafbares Verhalten zu Dopingzwecken auch in Kauf nimmt (Art. 12 Abs. 2 Satz 1 StGB³³).³⁴

- 69 Demgegenüber ist der Standesordnung der FMH sowie deren Anhang 5 weder direkt noch indirekt zu entnehmen, ob sie ein inkriminierendes Verhalten bereits bei Fahrlässigkeit annimmt oder hierfür ebenfalls Vorsatz voraussetzt. Sie erwägt lediglich, dass Verstösse gegen die FMH-Standesordnung auf Anzeige hin erstinstanzlich durch die Standeskommission der kantonalen Ärztesellschaft geahndet werden.³⁵
- 70 Die FMH hat allerdings in einem Beitrag aus dem Jahr 2019 zur Revision der berufsethischen Regeln zum Doping als Fallbeispiel festgehalten, dass es einer Ärztin aus berufsethischen Gründen vollumfänglich untersagt ist, einen Fitness-Sportler zu betreuen, der für das Zulegen an Muskelmasse Anabolika konsumiert – und dies *notabene* auch transparent kommuniziert – und sich dabei gleichzeitig ärztlich überwachen lassen möchte.³⁶ Dieses Beispiel impliziert zumindest, dass auch die FMH, analog zum Sportförderungsgesetz, einzig vorsätzliche Verstösse gegen die berufsethischen Regeln sanktioniert.
- 71 Die ARUD muss vor dem Hintergrund der Bestimmungen im Sportförderungsgesetz sowie der Standesordnung der FMH und deren Anhang 5 **jeweils sicherstellen und in der Krankengeschichte festhalten, dass ihre Tätigkeit im Rahmen des medizinischen Versorgungsangebots stets zu Therapiezwecken und nicht zu Dopingzwecken erfolgt** (vgl. Rz. 40).
- 72 Die medizinische Indikation basiert nicht ausschliesslich auf naturwissenschaftlichen Aspekten, sondern muss auch anhand ethischer Überlegungen begründbar sein. Deshalb wird in Kombination mit der Begriffsbestimmung der medizinischen Indikation oftmals auch von der ärztlichen Indikation gesprochen, bei

³³ SR 311.0.

³⁴ Vgl. zum vorsätzlichen Handlungsdelikt, GÜNTER STRATENWERTH, Schweizerisches Strafrecht – Allgemeiner Teil I: Die Straftat, 4. Aufl., Bern 2011, Rz. 57 ff.

³⁵ «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis», medizinisch-rechtliche Richtlinie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW 2022), S. 23.

³⁶ GERMAN CLÉNIN/JULIEN DURUZ, Revision der berufsethischen Regeln zum Doping, in: SAEZ 2019;100(7), 196-199.

der es sich um ärztliche Abwägungen und Überlegungen handelt, die eine individuelle und fallbezogene Indikation rechtfertigen und beispielsweise auch auf die psychische und soziale Verfassung des Patienten abgestimmt sind. Mit anderen Worten ist eine ärztliche Leistung medizinisch indiziert, wenn sie angemessen und notwendig ist, d.h. wenn der medizinische Nutzen für den Patienten grösser ist als das Risiko, und wenn die Leistung dem Patienten aus wissenschaftlichen und sozialetischen Gründen empfohlen bzw. angeboten werden sollte.³⁷

- 73 In der Annahme, dass die geplante medizinische Versorgung eines Patienten mit einer psychischen Diagnose als Grundstörung und einem Anabolikakonsum als komorbide Störung **medizinisch indiziert** ist, muss davon ausgegangen werden, dass eine **Behandlung nicht zu Dopingzwecken, sondern zu Therapiezwecken** erfolgen würde.
- 74 Zusammenfassend kann demzufolge festgehalten werden, dass die ARUD unter den oben erwähnten Gesichtspunkten im Rahmen des geplanten medizinischen Versorgungsangebots **Behandlungen an Patienten anbieten darf, die eine psychische Diagnose als Grundstörung mit einem sekundären Anabolikakonsum vorweisen**, sofern deren **Abstinenzmotivation vorhanden** ist und die Behandlung aufgrund des Krankheitsbildes **medizinisch indiziert** ist. Dabei ist der ARUD ein grosses Ermessen einzuräumen, denn im Wechselspiel zwischen, durch die Grunderkrankung ausgelösten, Sekundärerkrankungen wie der Anabolika-Abhängigkeit und der Grunderkrankung selbst, hat die ARUD ihre Therapie nicht einzustellen, nur weil aufgrund der Grunderkrankung die Abstinenzmotivation bisweilen nicht direkt offenbart oder unterbrochen wird.

4.5.3. Somatische Diagnose aufgrund des Anabolikakonsums

4. *Verstösst die ARUD mit der evidenz-basierten Behandlung mit (anabol wirkenden) Substanzen auf der DOPINGLISTE von Patienten mit einer **somatischen Diagnose** gegen Strafbestimmungen des **Sportförderungsgesetzes** und/oder gegen verbotene Verhaltensweisen der **Standesordnung der FMH** und/oder gegen die **Richtlinien für die ärztliche Betreuung von Sporttreibenden (Anhang 5)**?*

³⁷ ESTHER KRAFT/MARTINA HERSPERGER/DANIEL HERREN, Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität, in: SAEZ 2012;93:41, 1487.

- 75 Die ARUD möchte wissen, ob sie Patienten bezüglich ihrem Anabolikakonsum/Mischkonsum betreuen und behandeln darf, wenn sie eine somatische Diagnose aufweisen, wie z.B.:
- ICD-10-N63: **Hypertrophie der Mamma (Gynäkomastie)** und
 - ICD-10-E23.1: **Arzneimittelinduzierter Hypopituitarismus durch anabole Steroide.**
- 76 Auch wenn es sich in diesem Szenario nicht um einen sekundär bedingten Anabolikakonsum, sondern um eine primär durch den Anabolikakonsum verursachte somatische Diagnose handelt, sei auch in diesem Fall auf die obigen Ausführungen verwiesen und von einer grundsätzlichen **Zulässigkeit der Behandlung eines somatisch erkrankten Patienten** auszugehen, sofern die Voraussetzungen bezüglich Motiv und Krankheitsbild eingehalten und erfüllt sind (vgl. Rz. 66 ff.).

4.5.4. Nichteinstellen des Anabolikakonsums

5. *Verstösst die ARUD mit der evidenz-basierten Behandlung mit (anabol wirkenden) Substanzen auf der DOPINGLISTE von Patienten, die **nicht in der Lage oder nicht gewillt sind**, ihren Anabolikakonsum einzustellen, gegen Strafbestimmungen des **Sportförderungsgesetzes** und/oder gegen verbotene Verhaltensweisen der **Standesordnung der FMH** und/oder gegen die **Richtlinien für die ärztliche Betreuung von Sporttreibenden (Anhang 5)**?*

- 77 Die ARUD möchte wissen, ob sie Patienten bezüglich ihrem Anabolikakonsum/Mischkonsum betreuen und behandeln darf, wenn sie nicht in der Lage oder nicht gewillt sind, ihren Anabolikakonsum einzustellen.
- 78 Wie bereits oben erwähnt, ist das Motiv bzw. die Abstinenzmotivation des Patienten essenziell für die Frage, ob die ARUD den Patienten ärztlich begleiten und behandeln darf oder nicht (vgl. Rz. 66). Im vorliegend beschriebenen Fall ist im Unterschied zu den vorhergehenden Szenarien bereits klar, dass der Patient weiterhin Anabolika konsumiert und die ARUD davon auch Kenntnis hätte.
- 79 Klar ist, dass **Patienten, die nicht gewillt sind, ihren Anabolikakonsum einzustellen, nicht von der ARUD behandelt werden dürfen**, zumal hier davon ausgegangen werden muss, dass diese Patienten Anabolika nach wie vor zu Dopingzwecken konsumieren, weil sie die gewünschten körperlichen Veränderungen nicht missen möchten. Die ARUD würde bei einer allfälligen ärztlichen

Begleitung dieser Patienten sowohl gegen die Bestimmungen des Sportförderungsgesetzes als auch gegen die Standesordnung der FMH und deren Anhang 5 verstossen (vgl. Rz. 40 ff.).

- 80 Bei Patienten, die zwar gewillt, aber **nicht eigenständig in der Lage** sind, ihren Anabolikakonsum einzustellen, würde diese pauschale Betrachtungsweise jedoch zu kurz greifen. Denn schliesslich scheitert der Versuch des Anabolikaentzugs bei diesen Patienten nicht an der Abstinenzmotivation, sondern an der psychisch oder körperlich bedingten Anabolikasucht. Daher ist im Grunde auch **bei diesen Patienten davon auszugehen, dass sie eine psychische oder somatische Diagnose aufweisen und unter Einhaltung der oben bereits genannten Voraussetzungen bezüglich Motiv und Krankheitsbild von der ARUD im Rahmen des geplanten medizinischen Versorgungsangebots behandelt werden dürfen** (vgl. Rz. 65 ff.)

4.6. Zulässigkeit eines anonymen Drug-Checking-Angebots durch das DIZ Zürich

6. Darf die ARUD ein spezifisches «Drug Checking» durch das DIZ Zürich anbieten?

- 81 Neben der geplanten medizinischen Versorgung möchte die ARUD als komplementierendes Angebot ein Drug-Checking durch das DIZ Zürich erstellen. Das DIZ Zürich bietet bereits jetzt Drug-Checking an; allerdings gehören Anabolika nicht zu den quantifizierbaren Substanzen, welche das DIZ Zürich auf seiner aktuellen Substanzliste führt.³⁸
- 82 Als «Drug Checking» qualifiziert die chemische Analyse von zumeist auf dem Schwarzmarkt gehandelten psychotropen Substanzen sowie einer persönlichen Beratung, um Konsumenten vor besonders gesundheitsschädlichen Präparaten zu warnen und somit die Gefahren, die beim Konsum von Substanzen mit einer unbekanntem Zusammensetzung entstehen könnten, zu vermindern. Drug-Checking-Angebote gehören nicht zuletzt zur Schadensminderung und tragen dazu bei, Trends und Dynamiken des Drogenmarktes und des Konsums von illegalen Substanzen besser zu verstehen und das Aufkommen neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) frühzeitig zu erkennen.³⁹

³⁸ Vgl. Drug Checking Substanzliste (Stand 2022) des DIZ Zürich abrufbar unter < <https://en.saferparty.ch/angebote/drug-checking> > (zuletzt besucht am 21. April 2023).

³⁹ Vgl. dazu Drug Checking abrufbar unter < <https://www.infodrog.ch/de/aktivitaeten/drug-checking.html> > (zuletzt besucht am 21. April 2023).

- 83 Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kam zum Schluss, dass Drug-Checking-Angebote dazu beitragen, die Konsumierenden vor Überdosierungen und unerwünschten Wirkungen von Streckmitteln zu schützen und damit einen wirksamen Ansatz zur Schadensminderung in der Drogenpolitik darstellen.⁴⁰
- 84 Die Schweiz hat seit dem Jahr 2008 das sogenannte «Viersäulenmodell» im Betäubungsmittelgesetz gesetzlich verankert (Art. 1a BetmG) und versteht darunter **Prävention** («Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung»), **Therapie** («Therapie und Beratung»), **Schadensminderung** («Schadensminderung und Risikominimierung») und **Repression** («Regulierung und Vollzug»), wobei das Drug-Checking zum Bereich der Schadensminderung zählt.⁴¹ Wie bereits aufgezeigt, fallen Anabolika und andere anabol wirkende Substanzen aufgrund ihrer psychotropen Wirkung auch unter das Betäubungsmittelgesetz (vgl. Rz. 23 und Rz. 33 ff.), weshalb das Vier-Säulen-Prinzip der schweizerischen Drogenpolitik auch für den gefährlichen und gesundheitsschädigenden Anabolikakonsum gilt, und dessen Umsetzung in diesem Bereich mit dem geplanten medizinischen Versorgungsangebot der ARUD einerseits und der Implementierung eines Drug-Checking-Angebots andererseits realisiert werden könnte.
- 85 Bereits in den 1990er-Jahren kamen die unabhängigen Gutachten von HANSJÖRG SEILER und PETER ALBRECHT zum Schluss, dass das Testen von Ecstasy-Tabletten in der Schweiz zulässig ist, sofern damit das Ziel verfolgt wird, die Konsumenten vor einer Einnahme besonders gefährlicher psychoaktiver Substanzen zu schützen.⁴² Beim Drug-Checking von Anabolika wäre dies nicht anders: Gerade weil Betroffene Anabolika und andere anabol wirkende Substanzen hauptsächlich auf dem Schwarzmarkt beziehen (vgl. Rz. 29), erweist sich ein Drug-Checking als wichtiger Bestandteil der Schadensminderung im Schweizer Konsummissbrauch; unter anderem auch weil vorliegend gleichermassen der Gesundheitsschutz der Konsumierenden vor schädlichen Substanzen Ziel und Zweck ist.

⁴⁰ Vgl. Studie zu den Effekten der Drug-Checking-Angebote in der Schweiz vom 4. Dezember 2020 abrufbar unter <<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-82431.html>> (zuletzt besucht am 21. April 2023).

⁴¹ Vgl. Studie zu den Effekten der Drug-Checking-Angebote in der Schweiz vom 4. Dezember 2020, S. 48 abrufbar unter <<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-82431.html>> (zuletzt besucht am 21. April 2023).

⁴² HANSJÖRG SEILER, Gutachten zu Rechtsfragen eines Ecstasy-Monitorings, Münsingen 1997; PETER ALBRECHT, Gutachten zu strafrechtlichen Fragen in Zusammenhang mit den Ecstasy-Testings, Basel 1997.

- 86 Nach der hier vertretenen Meinung sind folglich **keine Gründe ersichtlich, die gegen die Errichtung eines Drug-Checking-Angebots durch das DIZ Zürich sprechen würden.**

5. Fazit und Empfehlung

- 87 Grundsätzlich ist das geplante medizinische Versorgungsangebot der ARUD nach der hier vertretenen Anschauung im Rahmen der gesetzlichen und standesordentlichen Bestimmungen bis auf die Versorgung von Patienten, die nicht gewillt sind, ihren Anabolikakonsum einzustellen, **zulässig.**
- 88 Dies insbesondere vor dem Hintergrund, als dass sowohl das Sportförderungsgesetz als auch die Standesordnung der FMH und implizit auch deren Anhang 5 nur ein Verhalten unter Strafe stellen, welches **zu Dopingzwecken** erfolgt. Die ärztliche Begleitung von Anabolikasüchtigen im Rahmen des geplanten medizinischen Versorgungsangebots der ARUD erfolgt demgegenüber zu **Zwecken der Suchtbekämpfung**, wobei die evidenz-basierte Behandlung der Patienten mit einer psychischen Diagnose als Grundstörung, die einen sekundären Anabolikakonsum bewirkt oder dessen Gebrauch aufrechterhält (vgl. Rz. 65 ff.) sowie mit einer somatischen Diagnose (vgl. Rz. 75 ff.) aufgrund **medizinisch indizierter Umstände** angezeigt ist.
- 89 Die **Rechtsunsicherheiten** in Bezug auf die Auslegung und Interpretation der Terminologie «zu Dopingzwecken» in Anhang 5 zur Standesordnung FMH (vgl. Rz. 43 ff.) sowie der nur indirekten Annahme, dass die Standesordnung der FMH einzig vorsätzliche Verstösse gegen die berufsethischen Regeln sanktioniert (vgl. Rz. 69 ff.), sind durch die Stellungnahme der FMH weitgehend beseitigt und es ist deshalb davon auszugehen, dass die FMH-Position den hier erfolgten Ausführungen übereinstimmt.
- 90 Darüber hinaus erachten wir es als sinnvoll, den Aufbau des geplanten medizinischen Versorgungsangebots **mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zu koordinieren** und Einzelheiten festzulegen.

Mit freundlichen Grüssen

Andreas Wildi

Tamara Zeiter