

SCHWEIZERISCHE AKADEMIE
DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN
ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES
ACCADEMIA SVIZZERA DELLE SCIENZE MEDICHE

Richtlinien
für die Sterbehilfe



SCHWABE & CO · BASEL

I. Einleitung

Zu den Pflichten des Arztes, welche Heilen, Helfen und Lindern von Leiden als hohes Ziel umfassen, gehört auch, dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen. Diese Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege.

II. Behandlung

- a) In bezug auf die Behandlung ist der Wille des *urteilsfähigen* Patienten nach dessen gehöriger Aufklärung zu respektieren, auch wenn er sich nicht mit medizinischen Indikationen deckt.
- b) Beim bewusstlosen oder sonst *urteilsunfähigen* Patienten dienen medizinische Indikationen als Beurteilungsgrundlage für das ärztliche Vorgehen im Sinne einer Geschäftsführung ohne Auftrag. Hinweise auf den mutmasslichen Willen des Patienten sind dabei zu berücksichtigen. Dem Patienten nahestehende Personen müssen angehört werden; rechtlich aber liegt die letzte Entscheidung beim Arzt. Ist der Patient unmündig oder entmündigt, so darf die Behandlung nicht gegen den Willen der Eltern oder des Vormundes eingeschränkt oder abgebrochen werden.
- c) Bestehen bei einem auf den Tod Kranken oder Verletzten Aussichten auf eine Besserung, kehrt der Arzt diejenigen Massnahmen vor, welche der möglichen Heilung und Linderung des Leidens dienen.
- d) Beim Sterbenden, auf den Tod Kranken oder lebensgefährlich Verletzten
 - bei dem das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat und
 - der kein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung wird führen könnenlindert der Arzt die Beschwerden. Er ist aber nicht verpflichtet, alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen.

III. Beistand

Der Arzt bemüht sich, seinem auf den Tod kranken, lebensgefährlich verletzten oder sterbenden Patienten, mit dem ein Kontakt möglich ist, auch menschlich beizustehen.

IV. Pflege

Der auf den Tod kranke, lebensgefährlich verletzte und der sterbende Patient haben einen Anspruch auf die ihren Umständen entsprechende und in der gegebenen Situation mögliche Pflege.

Kommentar zu den «Richtlinien für die Sterbehilfe»

Zu den Aufgaben des Arztes gehört auch die Sterbehilfe; sie ist das Bemühen, dem Sterbenden so beizustehen, dass er in Würde zu sterben vermag. Solche Sterbehilfe ist nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein ethisches und juristisches Problem.

I. Ärztliche Überlegungen

Der von einer tödlichen Krankheit oder von einer lebensgefährlichen äusseren Gewalteinwirkung betroffene Mensch ist nicht notwendigerweise ein Sterbender. Er ist ein in Todesgefahr Schwebender, und es versteht sich von selbst, dass stets die Lebenserhaltung und wenn möglich die Heilung anzustreben ist. In solchen Fällen hat der Arzt diejenigen Hilfsmittel einzusetzen, die ihm zur Verfügung stehen und geboten erscheinen. Diesen Patienten zu behandeln, ist Lebenshilfe und keine Sterbehilfe.

1. a) Die Sterbehilfe betrifft den *im Sterben liegenden Menschen*. Ein Sterbender ist ein Kranker oder Verletzter, bei dem der Arzt auf Grund einer Reihe klinischer Zeichen zur Überzeugung kommt, dass die Krankheit irreversibel oder die traumatische Schädigung infaust verläuft und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird. In solchen Fällen kann der Arzt auf weitere, technisch eventuell noch mögliche Massnahmen verzichten.
- b) Die ärztliche Hilfe endet beim *Eintritt des Todes*, dessen Definition in den «Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes» der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (1969) festgelegt ist.
2. Die Sterbehilfe umfasst die aktive Sterbehilfe (oder Sterbenachhilfe) und die passive Sterbehilfe. Allerdings ist diese Unterscheidung in einzelnen Fällen nicht leicht zu treffen.
 - a) Die *aktive Sterbehilfe* ist die gezielte Lebensverkürzung durch Tötung des Sterbenden. Sie besteht in künstlichen Eingriffen in die restlichen Lebensvorgänge, um das Eintreten des Todes zu beschleunigen¹. Aktive Sterbehilfe ist nach dem Schweiz. Strafgesetzbuch strafbare vorsätzliche Tötung (StGB Art. 111 bis 113, Adnex). Sie bleibt gemäss StGB Art. 114 strafbar, selbst wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.
 - b) Die *passive Sterbehilfe* ist der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen beim Todkranken. Sie umfasst die Unterlassung oder das Nichtfortsetzen von Medikationen sowie von technischen Massnahmen, z. B. Beatmung, Sauerstoffzufuhr, Bluttransfusionen, Hämodialyse, künstliche Ernährung.

¹ Diese Sterbehilfe wurde auch als «aktive Euthanasie» bezeichnet, obschon «Euthanasie» eigentlich «guter Tod» heisst. Im Dritten Reich wurde die «Vernichtung lebensunwerten Lebens» missbräuchlich mit diesem Worte bezeichnet, weshalb es hier nicht gebraucht wird.

Ärztlich ist der Verzicht auf eine Therapie bzw. die Beschränkung auf eine Linderung von Beschwerden begründet, wenn ein Hinausschieben des Todes für den Sterbenden eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet und das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf angenommen hat.

c) Als medizinische Sonderfälle sei das Vorgehen bei einigen zerebralen Störungen erörtert:

Apallisches Syndrom (Coma vigile, akinetischer Mutismus). Wenn der Patient dauernd schwer bewusstseinsgestört bleibt und keinerlei Kommunikation mit seiner Umwelt hat, so muss der Arzt nach längerer Beobachtung beurteilen, ob der Prozess irreversibel ist, so dass auf die besonderen lebensverlängernden Massnahmen verzichtet werden kann, auch wenn das Atmen und das Schlucken erhalten sind. Die Behandlung darf sich in diesen Fällen auf pflegerische Hilfe beschränken.

Schwere zerebrale Störungen des Neugeborenen. Bei schweren Missbildungen und perinatalen Schäden des Zentralnervensystems, die zu irreparablen Entwicklungsstörungen führen würden, und wenn ein Neugeborenes bzw. ein Säugling nur dank des fortdauernden Einsatzes aussergewöhnlicher technischer Hilfsmittel leben kann, darf von der erstmaligen oder anhaltenden Anwendung solcher Hilfsmittel abgesehen werden.

II. Ethische Gesichtspunkte

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften war von dem Grundgedanken geleitet, dass es die primäre Verpflichtung des Arztes ist, dem Patienten in jeder möglichen Weise helfend beizustehen. Während des Lebens ist die Hilfe, die er leisten kann, ausgerichtet auf die Erhaltung und Verlängerung des Lebens. Beim Sterbenden hängt die bestmögliche Hilfe von einer Anzahl von Gegebenheiten ab, deren angemessene Würdigung und Abwägung den Arzt vor schwere Entscheidungen stellen kann. Der Arzt hat in seine Überlegungen unter anderem

- die Persönlichkeit oder den ausgesprochenen oder mutmasslichen Willen des Patienten
- seine Belastbarkeit durch Schmerzen und Verstümmelung
- die Zumutbarkeit medizinischer Eingriffe
- die Verfügbarkeit therapeutischer Mittel
- die Einstellung der menschlichen und gesellschaftlichen Umgebung einzubeziehen.

Der Sterbeprozess beginnt, wenn die elementaren körperlichen Lebensfunktionen erheblich beeinträchtigt sind oder völlig ausfallen. Sind diese Lebensgrundlagen derart betroffen, dass jegliche Fähigkeit entfällt, Subjekt oder Träger eigener Handlungen zu sein, d.h., sein Leben selbst zu bestimmen, und steht der Tod wegen lebensgefährdender Komplikationen unmittelbar bevor,

so ist dem Arzt ein breiter Ermessensspielraum für sein Handeln zuzugestehen.

Diese Richtlinien können dem Arzt seine Entscheidung nicht abnehmen, sollen sie ihm aber nach Möglichkeit erleichtern.

III. Rechtliche Beurteilung

Die Sterbehilfe beruht auf der Verpflichtung des Arztes, bei der Übernahme der Behandlung eines Patienten alles in seinen Kräften Stehende zu unternehmen, um Gesundheit und Leben des Kranken zu fördern und zu bewahren. Diese Pflicht wird als *Garantenpflicht des Arztes* bezeichnet. Der Arzt, welcher passive Sterbehilfe leistet, könnte zivil- oder strafrechtlich verantwortlich werden, wenn er dadurch seine Garantenpflicht verletzt. Deshalb muss der Arzt wissen, in welcher Weise diese Pflicht einerseits dem urteilsfähigen, bei vollem Bewusstsein befindlichen Patienten, und andererseits dem bewusstlosen Patienten gegenüber besteht.

1. Der Wille des *urteilsfähigen* Patienten, der über die Erkrankung, deren Behandlung und die damit verbundenen Risiken aufgeklärt worden ist, bindet den Arzt. Weil der urteilsfähige Patient darüber zu entscheiden hat, ob er behandelt werden will, kann er die Behandlung abbrechen lassen. Unter diesen Umständen entfällt die rechtliche Grundlage zur Behandlung mit denjenigen Massnahmen, welche der Patient nicht mehr wünscht. In diesem Fall darf sich der Arzt – dem Wunsch des Patienten entsprechend – darauf beschränken, nur noch leidendmildernde Mittel zu geben oder eine in anderer Weise beschränkte Behandlung durchzuführen, ohne dass er deswegen rechtlich verantwortlich wird. Es gilt der Grundsatz: «*Voluntas aegroti suprema lex esto*».
2. Ist der tödlich erkrankte Patient *nicht mehr urteilsfähig* und deswegen nicht in der Lage, seinen Willen zu äussern (wie z. B. der Bewusstlose), so wird die Pflicht des Arztes zivilrechtlich nach den Regeln der «Geschäftsführung ohne Auftrag» bestimmt (OR Art. 419ff.). Die Heilbemühungen sind dann entsprechend dem mutmasslichen Willen des Patienten auszuführen. Dieser Wille ist nicht einfach als auf blosser Verlängerung von Schmerzen und Leiden zielend anzusehen. Vielmehr kann der Respekt vor der Persönlichkeit des Sterbenden die Anwendung medizinischer Massnahmen als nicht mehr angezeigt erscheinen lassen. Ist diese Voraussetzung gegeben, so kann sich der Arzt strafrechtlich auf einen der «Geschäftsführung ohne Auftrag» entsprechenden Rechtfertigungsgrund berufen.
3. *Eine frühere schriftliche Erklärung*, worin der Patient auf jede künstliche Lebensverlängerung verzichtet, kann für die Ermittlung seines Willens ein gewichtiges Indiz abgeben. Entscheidend ist jedoch der gegenwärtige mutmassliche Wille, der nur auf Grund einer sorgfältigen Abwägung aller Um-

stände des Falles gefunden werden kann. Verbindlich ist die frühere Erklärung schon deshalb nicht, weil sie zu jeder Zeit rückgängig gemacht werden kann. Somit muss stets danach gefragt werden, ob der Patient die Erklärung im gegenwärtigen Augenblick vernünftigerweise widerrufen würde oder nicht.

4. *Dem Patienten nahestehende Personen* sind anzuhören. (Nahestehende Personen sind in der Regel, doch nicht ausschliesslich, die nächsten Verwandten des Patienten.) Die letzte Entscheidung liegt rechtlich allerdings beim Arzt. Ist jedoch der Patient unmündig oder entmündigt, so darf die Behandlung nicht gegen den Willen der Eltern oder des Vormundes eingeschränkt oder abgebrochen werden.

Basel, den 5. November 1976.

Die Mitglieder der für die Ausarbeitung dieser Richtlinien tätigen Kommission

Prof. Dr. E. LÄUPPI, Direktor des Gerichtlich-medizinischen Instituts der Universität Bern, Vorsitz

Dr med. et iur. J. BERGIER, ancien Président de la Fédération des médecins suisses, Le Mont-sur-Lausanne

Dr A.-P. GAUTIER, Conseiller national, Privat-docent à la Faculté de médecine de l'Université de Genève

Prof. Dr. Dr. h.c. O. GSELL, ehem. Direktor der Medizinischen Universitätspoliklinik Basel, St. Gallen

Prof. Dr. W. HADORN, ehem. Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Bern

☞ Prof. Dr. H. HARTMANN, Direktor des Gerichtlich-medizinischen Instituts der Universität Zürich

Dr. J. IMFELD, Arzt FMH für allgemeine Medizin, Biel, Vizepräsident der Verbindung der Schweizer Ärzte

Prof. Dr. F. KOLLER, ehem. Vorsteher des Medizinischen Departementes der Universität Basel, Riehen

Prof. Dr. Dr. h.c. R.-S. MACH, Professeur honoraire à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, Président de l'Académie suisse des sciences médicales

Prof. Dr. L. S. PROD'HOM, Médecin-chef au Service de pédiatrie et Directeur médical du Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Prof. Dr. H. RINGELING, ordentlicher Professor für theologische Ethik und Anthropologie an der Evangelisch-theologischen Fakultät der Universität Bern

Prof. Dr. H. SCHULTZ, ordentlicher Professor für Strafrecht und Rechtsphilosophie an der Universität Bern, Thun

Prof. Dr. G. WEBER, ehem. Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie und Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen

Prof. Dr. R. WENNER, ehem. Chefarzt der Gynäkologischen Abteilung des Kantonsspitals Liestal, Generalsekretär der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften

☞ Prof. Dr. W. WILBRANDT, Direktor des Pharmakologischen Instituts der Universität Bern, Vizepräsident der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften

Pater Dr. A. ZIEGLER, SJ, Studenten- und Akademikerseelsorger, Zürich

☞ Dr. K. ZIMMERMANN, Spezialarzt FMH für Anästhesiologie, Zürich, Präsident der Verbindung der Schweizer Ärzte

Schweizerisches Strafgesetzbuch

Vorsätzliche Tötung

Art. 111. Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besondern Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren bestraft.

Mord



Art. 112. Hat der Täter unter Umständen oder mit einer Überlegung getötet, die seine besonders verwerfliche Gesinnung oder Gefährlichkeit offenbaren, so wird er mit lebenslänglichem Zuchthaus bestraft.

Totschlag

Art. 113. Tötet der Täter in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung, so wird er mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder mit Gefängnis von einem bis zu fünf Jahren bestraft.

Tötung auf Verlangen

Art. 114. Wer einen Menschen auf sein ernstliches und dringendes Verlangen tötet, wird mit Gefängnis bestraft.

Nötigung

Art. 181. Wer jemanden durch Gewalt oder Androhung ernstlicher Nachteile oder durch andere Beschränkungen seiner Handlungsfreiheit nötigt, etwas zu tun, zu unterlassen oder zu dulden, wird mit Gefängnis oder mit Busse bestraft.