

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

Medizinisch-ethische Richtlinien
der Schweizerischen Akademie
der medizinischen Wissenschaften



Vorwort zur Neuauflage 1989

Die grosse Nachfrage hat einen Neudruck der medizinisch-ethischen Richtlinien nötig gemacht. In die vorliegende Neuauflage wurde der Text der Ausgabe vom November 1981 übernommen mit zwei Ausnahmen:

- Die Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes wurden in einer neuen Fassung im Mai 1983 vom Senat genehmigt.
- Ziff. III/3 des Kommentars zu den Richtlinien für die Sterbehilfe wurde nach Genehmigung durch den Senat im Juni 1988 ersetzt.

Prof. B. Courvoisier
Präsident der Zentralen medizinisch-ethischen
Kommission der Akademie

Prof. A. Pletscher
Präsident der Schweizerischen Akademie der
medizinischen Wissenschaften

März 1989

Diese Empfehlungen
können bezogen werden beim:

Sekretariat der
Schweizerischen Akademie der
medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13
4051 Basel

Einleitung

Die medizinische Ethik umfasst weitreichende Gebiete, die immer wieder neue Fragen aufwerfen. Ethische Entscheidungen verlangen in gleicher Weise wissenschaftliche Überlegungen wie praktische Stellungnahmen. Eine intensive Zusammenarbeit der *Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften* und der *Verbindung der Schweizer Ärzte* ist deshalb notwendig und hat sich bewährt, denn der Arzt ist durch die Verbundenheit und die Verwurzelung in einer Gemeinschaft den ethischen Grundsätzen seiner Zeit und seines Landes eng verpflichtet. Er wird geleitet durch seine Haltung, sein fachliches Können und seine Bereitschaft, sich dem Patienten, dem körperlich Kranken oder seelisch Belasteten zuzuwenden und ihn als Menschen zu verstehen.

Für die Tätigkeit von Ärzten und Forschern sollen medizinische Richtlinien Wegleitungen bieten. 1969 bis 1976 hat die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften bereits drei **Richtlinien** herausgegeben, so 1969 für die Definition und die Diagnose des Todes, 1970 für Forschungsuntersuchungen am Menschen und 1976 für die Sterbehilfe. In den letzten Jahren hat die Akademie sich mit weiteren medizinisch-ethischen Fragen beschäftigt, die in verschiedenen Subkommissionen und dann ab November 1979 in einer Zentralen medizinisch-ethischen Kommission eingehend beraten wurden. Die gedankliche Aussprache fand ihren Niederschlag in einem *Symposium* vom 28./29. März 1980 in Basel über *«Ethik und Medizin – Die Würde des Patienten und die Fortschritte der Medizin»*. Ethische Stellungnahmen und Leitlinien für das Vorgehen der Ärzte wurden von Vertretern der Philosophie, Theologie, Jurisprudenz und Psychologie sowie von Ärzten aus verschiedenen Fachbereichen und Vertretern der

schweizerischen Ärzteschaft und der Krankenschwestern dargelegt und zur Diskussion gestellt. Anschliessend sind von der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der SAMW medizinische Richtlinien in den Sitzungen vom 18. November 1980 und vom 24. Februar 1981 verabschiedet und dann dem Senat der Akademie vorgelegt worden.

Die am 17. November 1981 vom Senat in zweiter Lesung genehmigten und hier wiedergegebenen Richtlinien sind die folgenden:

1. Richtlinien der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der SAMW (Tätigkeit und Organisation), s. S. 3.
2. Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen, s. S. 6.
3. Richtlinien für die Sterbehilfe, s. S. 12.
4. Medizinisch-ethische Richtlinien zur Transplantation, s. S. 19.
5. Zu 4. beigelegt: Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, s. S. 21.
6. Medizinisch-ethische Richtlinien für die künstliche Insemination, s. S. 26.
7. Medizinisch-ethische Richtlinien zur Sterilisation, s. S. 28.

Prof. O. Gsell

Präsident der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der Akademie

Prof. R.-S. Much, Prof. A. Cerletti

Präsidenten der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften

17. November 1981

Richtlinien für die Sterbehilfe

Zu den Pflichten des Arztes und des Pflegepersonals, 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.

- 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 können

lindert der Arzt die Beschwerden. Er ist aber nicht verpflichtet, alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen.

II. Beistand

Der Arzt und das Pflegepersonal bemühen sich, ihrem auf den Tod kranken, lebensgefährlich verletzten oder sterbenden Patienten, mit dem ein Kontakt möglich ist, auch menschlich beizustehen.

III. 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 möglichen 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 Le-

benserhaltung 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 aufgrund 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)¹ 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 beschleunigen². Aktive Sterbehilfe ist nach dem Schweizerischen Strafgesetzbuch strafbare vorsätzliche Tötung (StGB Art. 111

¹ Neue Fassung Mai 1983.

² 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 Wort bezeichnet, weshalb es hier nicht gebraucht wird.

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, zum Beispiel Beatmung, Sauerstoffzufuhr, Bluttransfusionen, Hämodialyse, künstliche Ernährung.

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 vigilé, akinetischer Mutismus). Wenn der Patient ununterbrochen schwer bewusstseinsgestört bleibt und keinerlei Kommunikation mit seiner Umwelt hat, so muss der Arzt nach monatelanger Beobachtung beurteilen, ob der Prozess irreversibel ist. Es kann auf die besonderen lebensverlängernden Massnahmen verzichtet werden, 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 anhal-

tenden Anwendung solcher Hilfsmittel abgesehen werden.

II. Ethische Gesichtspunkte

1. 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 Umgebungeinzubeziehen.
2. 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, das heisst, 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 Ent-*

scheidung 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 leidenmildernde 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. 419 ff.). 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. Wenn der Patient in einer früheren schriftlichen Erklärung auf jede künstliche Lebensverlängerung verzichtet hat, ist es die Aufgabe des Arztes, genau abzuklären, ob die von den geltenden Richtlinien geforderten Voraussetzungen medizinisch gegeben sind. Erst wenn diese Voraussetzungen zweifellos erfüllt sind, soll der Arzt dem in der Erklärung bekundeten Willen des Patienten folgen, es sei denn, bestimmte Umstände liessen darauf schliessen, die Erklärung entspreche nicht mehr dem wirklichen Willen des Patienten.
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.

5. November 1976
und 17. November 1981