



# HIPPOKRATISCHE GESELLSCHAFT SCHWEIZ

Wingertweg 3, 7215 Fanas  
Tel. 055 280 59 11, Fax 055 280 59 67  
[www.hippocrates.ch](http://www.hippocrates.ch), [hgs.ch@gmx.ch](mailto:hgs.ch@gmx.ch)

## Beilage 1

### Zu Vernehmlassungsantwort

### Richtlinienentwurf der SAMW «Umgang mit Sterben und Tod»

#### *Überlegungen zur Entwicklung der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur «Sterbehilfe» seit 1976*

Rückblickend auf frühere Richtlinien der SAMW lässt sich nachzeichnen, wie in unserem ärztlichen Standesrecht (!) Schritt für Schritt das Lebensrecht angegriffen wird und die für unseren Berufsstand notwendige ethisch-moralische Stütze entfällt. Standen die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW zum Umgang mit Sterbenden (1976, 1981 und 1995) im Einklang mit der vorstaatlichen Menschenrechtsethik, auf welcher der Bundesstaat und sein Rechtssystem beruhen und stand damit die Unantastbarkeit des Lebens im Zentrum, so wurde dies mit den SAMW-Richtlinien «Betreuung von Patienten am Lebensende» (2004) radikal geändert: die Garantenpflicht des Arztes wurde weggelassen und seine absolute Verpflichtung gegenüber dem Leben verlassen. Der Richtlinienentwurf vom 23. 11. 2017 geht nochmals einen Schritt weiter: Die Beihilfe zum Suizid, in der Vernehmlassungsversion benannt als «ärztliche Suizidhilfe» soll möglich sein bei **«unerträglichem Leiden»** – einem nicht objektivierbaren Begriff, der in den Niederlanden als zweites Kriterium für die aktive Tötung und die Hilfe bei der Selbsttötung verwendet wird. Zudem soll die Beihilfe zum Suizid **nicht mehr ans Lebensende gebunden** sein. Die ethische Stellungnahme, dass Suizidbeihilfe nie eine ärztliche Tätigkeit sein darf, wird verlassen im Sinne eines «anything goes». Im **Richtlinienentwurf wird eine entscheidende Grenze verwischt: die Beihilfe zum Suizid wird zur Option eines «normalen» Sterbevorgang erhoben** – unter dem Motto Wahlfreiheit.

**Es geht nicht an, dass die SAMW die Erosion der ärztlichen Ethik betreibt. Wir schlagen vor, wieder auf den Geist der früheren Richtlinien zurückzugreifen und einige neuere Entwicklungen einzubeziehen.**

***Zur Erinnerung Zitate aus den früheren Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften:***

**SAMW: «Richtlinien für die Sterbehilfe» (1976)**

*«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 Aussicht 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.

*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.»

Aus dem Kommentar zu den «Richtlinien für die Sterbehilfe» von 1976:

«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.»

«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 steht.»

**SAMW : «Richtlinien für die Sterbehilfe» (1981 und in Neuauflage 1989)**

Aus der Einleitung: «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.»

Die Richtlinien für die Sterbehilfe sind ähnlich mit denen aus dem Jahr 1976. Als zusätzlicher Punkt ist das Vorgehen bei einigen zerebralen Störungen erörtert.

**SAMW: «Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten» (1995)**

Neben dem geänderten Geltungsbereich sind hier erstmals die Fragen von „aktiven Massnahmen zum Zwecke der Lebensbeendigung“ und die Frage der Suizidbeihilfe erörtert. Die Unantastbarkeit des Lebens ist formuliert:

«Auch gegenüber Sterbenden und zerebral schwerst Geschädigten sind aktive Massnahmen zum Zwecke der Lebensbeendigung gesetzlich verboten.»

«Beihilfe zum Suizid ist kein Teil ärztlicher Tätigkeit. Der Arzt bemüht sich, die körperlichen und seelischen Leiden, die einen Patienten zu Suizidabsichten führen können, zu lindern und zu ihrer Heilung beizutragen.»

**SAMW: «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» (2004)**

Erstmals gibt es hier einen Titel «Beihilfe zum Suizid». Und erstmals wird die Garantenpflicht des Arztes weggelassen und seine absolute Verpflichtung gegenüber dem Leben verlassen:

«Die Rolle des Arztes besteht bei Patienten am Lebensende darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es ist nicht seine Aufgabe, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, sondern er ist im Gegenteil verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern.»

«Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren. In jedem Fall hat der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen. Entschliesst er sich zu einer Beihilfe zum Suizid, trägt er die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch wohlerrwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.»

Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 22. Februar 2018