

Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten

I. Geltungsbereich

Diese Richtlinien betreffen die ärztliche Betreuung von Sterbenden, d.h. von Personen, bei welchen der Arzt¹ aufgrund klinischer Anzeichen zur Überzeugung kommt, dass die Krankheit oder die traumatische Schädigung irreversibel ist und trotz Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führen wird. Ferner beziehen sich diese Richtlinien auf die ärztliche Betreuung zerebral schwerst Geschädigter mit irreversiblen, fokalen oder diffusen Hirnschädigungen, welche einen chronischen vegetativen Zustand zur Folge haben. Die Betreuung umfasst Behandlung, Pflege und Begleitung dieser Patienten.

II. Richtlinien

1. Grundsätze

- 1.1 Grundsätzlich hat der Arzt die Pflicht, dem Patienten in jeder Weise beizustehen, sein Leiden zu heilen oder zu lindern und sich um die Erhaltung menschlichen Lebens zu bemühen.
- 1.2 Ausnahmen von der ärztlichen Verpflichtung zur Lebenserhaltung bestehen bei Sterbenden, deren Grundleiden einen unabwendbaren Verlauf zum Tode genommen hat, und bei zerebral schwerst Geschädigten. Hier lindert der Arzt die Beschwerden. Der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen und der Abbruch früher eingeleiteter Massnahmen dieser Art sind gerechtfertigt. Dabei sind Ziff. 2 und 3 dieser Richtlinien zu beachten, und der Arzt soll sein Vorgehen mit dem Pflegepersonal und mit den Angehörigen besprechen.
- 1.3 Der Arzt lässt Sterbenden und zerebral schwerst Geschädigten stets eine angemessene Betreuung zukommen. Er ist verpflichtet, Schmerz, Atemnot, Angst und Verwirrung entgegenzuwirken, insbesondere nach Abbruch von Massnahmen zur Lebensverlängerung. Er darf palliativ-medizinische Techniken anwenden, auch wenn sie in einzelnen Fällen mit dem Risiko einer Lebensverkürzung verbunden sein sollten.
- 1.4 Auch gegenüber Sterbenden und zerebral schwerst Geschädigten sind aktive Massnahmen zum Zwecke der Lebensbeendigung gesetzlich verboten.

¹ Der Einfachheit halber gilt in diesem Text die männliche Bezeichnung für beide Geschlechter.

2. *Urteilsfähige Patienten*

- 2.1 Verlangt ein urteilsfähiger Patient den Verzicht auf Behandlung oder auf lebenserhaltende Massnahmen oder den Abbruch bereits eingeleiteter Massnahmen, so ist dieser Wille zu respektieren. Dabei sorgt der Arzt dafür, dass der Patient über die damit verbundenen medizinischen Tatsachen und ihre Folgen in für ihn verständlicher Weise informiert wird.
- 2.2 Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit. Der Arzt bemüht sich, die körperlichen und seelischen Leiden, die einen Patienten zu Suizidabsichten führen können, zu lindern und zu ihrer Heilung beizutragen.

3. *Urteils- oder äusserungsunfähige Patienten*

- 3.1 Bei urteilsunfähigen, bei äusserungsunfähigen und bei bewusstlosen Patienten handelt der Arzt primär entsprechend der Diagnose und der mutmasslichen Prognose; er beurteilt die zu erwartenden Lebensumstände des Patienten nach seinem besten Wissen und in eigener Verantwortung. Er kann sich dieser nicht dadurch entziehen, dass er die Anweisungen Dritter befolgt.
- 3.2 Intensität und Schwere der dem Patienten zugemuteten Eingriffe und Anstrengungen sollen zum mutmasslichen Behandlungserfolg und zur Lebenserwartung des Patienten in einem medizinisch vertretbaren Verhältnis stehen.
- 3.3 Bei unbestimmter Prognose, die grundsätzlich voneinander abweichende Vorgehensweisen zulässt, orientiert sich der Arzt am mutmasslichen Willen des Patienten: wenn dieser Lebenszeichen äussert, die auf einen gegenwärtigen Lebenswillen schliessen lassen, sind diese entscheidend. Fehlt es an solchen Zeichen, so dienen frühere Äusserungen des Patienten, Angaben von Angehörigen und eine allenfalls vorhandene schriftliche Erklärung des Patienten selber (vgl. Ziff. 3.4 hienach) als Orientierungshilfen. Ist in Zukunft ein Leben in zwischenmenschlicher Kommunikation zu erwarten, so ist in der Regel ein Wiedererstarken des Lebenswillens vorauszusehen; eine solche Aussicht ist für das ärztliche Vorgehen massgebend.
Der Arzt soll ferner bestrebt sein, ein Vorgehen zu wählen, das von den Angehörigen des Patienten gebilligt werden kann. Bei unmündigen und entmündigten Patienten darf er unmittelbar lebenserhaltende Massnahmen gegen den Willen der gesetzlichen Vertreter weder abbrechen noch ihre Aufnahme verweigern.
- 3.4 Liegt dem Arzt eine Patientenverfügung vor, die der Patient in einem früheren Zeitpunkt als Urteilsfähiger abgefasst hat, so ist diese verbindlich; unbeachtlich sind jedoch Begehren, die dem Arzt ein rechtswidriges Verhalten zumuten oder den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens erwarten lässt.
- 3.5 Bei Neugeborenen mit schweren kongenitalen Fehlbildungen oder perinatalen Läsionen ist die Prognose besonders wichtig. Bei schweren Missbildungen und perinatalen Schäden des Zentralnervensystems, welche zu irreparablen Entwicklungsstörungen führen würden, und wenn ein Neugeborenes bzw. ein Säugling nur dank des fortdauernden Einsatzes aussergewöhnlicher technischer Hilfsmittel leben kann, darf nach Rücksprache mit den Eltern von der erstmaligen oder anhaltenden Anwendung solcher Hilfsmittel abgesehen werden.

III. Kommentar

Zu Teil I (Geltungsbereich)

Der chronisch-vegetative Zustand besteht im (nach mehrmonatiger Beobachtungszeit wiederholt bestätigten) irreversiblen und definitiven Verlust der kognitiven Fähigkeiten, der Willensäußerungen und der Kommunikation. Er kann nach Schädeltrauma oder Hirnblutung, bei Gefässleiden, entzündlicher oder degenerativer Hirnkrankheit, infolge eines Tumors oder einer Anoxie auftreten.

Bei Neugeborenen gelten die gleichen Grundsätze. Die Entscheidung über aktives Eingreifen oder zurückhaltendes Abwarten ist hier besonders schwerwiegend.

Zu Teil II (Richtlinien)

Zu Ziff. 1.2 (Verzicht auf ausserordentliche Massnahmen zur Lebenserhaltung)

Der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch in bestimmten Situationen wird als «passive Sterbehilfe» bezeichnet. Zu lebenserhaltenden Massnahmen gehören insbesondere künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse.

Zu Ziff. 1.3 (Pflicht zur Pflege)

Sofern der Patient nicht aus persönlicher Überzeugung ein gewisses Mass an Schmerz auf sich nehmen will, haben Arzt und Pflegepersonal alle zur Verfügung stehenden Mittel und Methoden der Schmerzlinderungstechniken der Palliativmedizin anzuwenden. Schmerzzustände jeglicher Art am Lebensende, die viele Patienten befürchten, können in nahezu allen Fällen erfolgreich bekämpft werden. Für Patienten, welche trotz Schmerzbekämpfung und angemessener Betreuung weiterhin über ungelinderte Schmerzen und Angst klagen, müssen Spezialisten der Palliativmedizin und Psychiatrie beigezogen werden.

Zu Ziff. 1.4 (keine Massnahmen zum Zweck der Lebensbeendigung)

Massnahmen mit dem Ziel der Lebensbeendigung bei Sterbenden und schwer Leidenden («aktive Sterbehilfe») sind nach Art. 114 des Strafgesetzbuches strafbar, selbst dann, wenn sie auf ernsthaftes und eindringliches Verlangen eines urteilsfähigen Patienten vorgenommen werden.

Zu Ziff. 2.1 (urteilsfähige Patienten)

Bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit des Patienten ist allfälligen psychischen Ausnahmeständen und depressiven oder panikartigen Reaktionen oder einer vorbestehenden Depression Rechnung zu tragen. Bevor irreversible Schritte eingeleitet werden, soll der Patient dazu veranlasst werden, seinen Entscheid reiflich zu bedenken und sich, wenn möglich, mit einem Arzt und mit Personen seines Vertrauens zu besprechen.

Zu Ziff. 2.2 (keine Beihilfe zum Suizid)

Suizid und Suizidversuche sind mit überaus seltenen Ausnahmen die Folgen von persönlichen Krisen, Sucht oder psychischer Krankheit. Die Katamnesen von überlebenden Suizidalen zeigen, dass die überwiegende Mehrzahl nach Jahrzehnten noch lebt und sich von der damaligen Situation distanziert hat.

Die Befürchtung, am Lebensende schweren Schmerzzuständen preisgegeben zu sein und der Umgebung zur Last zu fallen, verführt zuweilen zum Wunsch, sich für eine solche

Situation die Selbstmordhilfe Dritter zu sichern. Kompetent angewandte palliative und analgetische Massnahmen können indessen in der Regel vor unnötigem Leiden bewahren und diese Angst mindern. Obwohl Suizidhilfe, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe geleistet wird, nicht strafbar ist (vgl. Art. 115 des Strafgesetzbuches), sind aus ärztlicher Sicht entschiedene Vorbehalte angebracht. Neben einer religiös oder weltanschaulich begründeten Ablehnung des Suizids, die in den persönlichen Gewissensentscheid des verantwortlichen Arztes einfließen mag, sind die Missbrauchsgefahren augenfällig, die aus der generellen Akzeptanz ärztlicher Suizidhilfe resultieren müssten.

Zu Ziff. 3.3 (urteilsunfähige Patienten)

Beim urteilsunfähigen Patienten sucht der Arzt das Gespräch mit seinen Angehörigen und mit dem Pflegepersonal, bevor er eine irreversible Entscheidung trifft. Dabei klärt er, wenn möglich, im voraus ab, ob das von ihm beabsichtigte Vorgehen von den Angehörigen gebilligt wird.

Mitglieder der für die Ausarbeitung dieser Richtlinien tätigen Subkommission:

Dr. Cécile Ernst-Allemand, Zürich, Präsidentin; Dr. A. G. Bondolfi, Zürich; Prof. Ch. Brückner, Basel; Dr. Silvia Käppeli, Zürich; Prof. Ch.-H. Rapin, Collonge-Bellerive/Genève; Dr. J. Rey-Bellet, Monthey; Dr. Getrud Siegenthaler-Zuber †, Zürich

Diese Richtlinien wurden vom Senat der SAMW am 24. 2. 1995 genehmigt und ersetzen diejenigen von 1976 und von 1981.

*Prof. B. Courvoisier, Genf
(Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW bis 4. 6. 1992)*

*Prof. W. H. Hitzig, Zürich
(Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW ab 5. 6. 1992)*

Literatur

Browne A. Assisted suicide and active voluntary euthanasia. *Bioethics News* 1990; 9: 9–24.
Courvoisier B. Euthanasie? *Schweiz Rundsch Med Prax* 1993; 82: 110–1.
De Wachter MAM. Active euthanasia in the Netherlands. *JAMA* 1989; 262: 3316–9.
Doucet H. Mourir. *Approche bioéthique*. Paris/Ottawa: Ed. Desclée/Novalis; 1988.
Emanuel EJ. Euthanasia, historical, ethical, and empirical perspectives. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1890–901.
Reusser K. Patientenwille und Sterbebeistand. *Zürcher Studien zum Privatrecht*, 112. Zürich: Schulthess Polygraphischer Verlag; 1994.