Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: - (1981-1982)

Vereinsnachrichten: Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften

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 Gundsätzen 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 SAMV (Tätigkeit und Organisation), s. S. 37.
2. Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen, s. S. 40.
3. Richtlinien für die Sterbehilfe, s. S. 46.
4. Medizinisch-ethische Richtlinien zur Transplantation, s. S. 53.
5. Zu 4. beigefügt: Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, s. S. 55.
6. Medizinisch-ethische Richtlinien für die artifizielle Insemination, s. S. 58.
7. Medizinisch-ethische Richtlinien zur Sterilisation, s. S. 60.

Prof. O. Gsell
Präsident der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der Akademie

Prof. R.-S. Mach, Prof. A. Cerletti
Präsidenten der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften

17. November 1981

Richtlinien für die Organisation und Tätigkeit der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission

Bei der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften besteht eine *Zentrale medizinisch-ethische Kommission.* Sie beruht auf den Grundsätzen, die in den «Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen» der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften von 1970 und in der «Helsinki-Deklaration II» des Weltärztebundes von 1975 festgehalten sind. Ethische Regeln über das Verhalten der Ärzte unter sich und zwischen dem Arzt und seinem Patienten gehören in den Zuständigkeitsbereich der kantonalen Ärztegesellschaften. Der Akademie fällt die Formulierung von Aufgaben zu, welche hochspezialisierte Techniken und Kenntnisse voraussetzen, sowie die Behandlung ethischer Probleme, die eine Lösung auf gesamtschweizerischer Ebene erfordern.

Die *Aufgaben* der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der SAMW sind folgende:

1. Sie kann *Fragen* medizinisch-ethischer Art, die ihr von seiten des Bundes, der Kantone, von internationalen Organisationen, von der Verbindung der Schweizer Ärzte oder Einzelpersonen unterbreitet werden, aufgrund medizinisch-wissenschaftlicher, medizinisch-ethischer und juristischer Erkenntnisse beantworten. Die *Antworten* oder Entscheide sind nach Anhören der Fragesteller schriftlich und begründet auszustellen.
2. Sie pflegt *Kontakte* zu den *medizinisch-ethischen Kommissionen der Krankenhäuser und Universitätsinstitute,* die ihre Aufgaben gemäss den «Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen» und der Helsinki-Deklaration II so-

wie bei der Entscheidungsfindung im präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Bereich der Medizin selbständig lösen. Durch Förderung des *Informationsaustausches* sorgt sie für die notwendige *Koordination*. Die vom Generalsekretariat der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften erstellte und ständig nachgeführte Liste der medizinisch-ethischen Kommissionen dient dabei als Arbeitsinstrument.

3. Sie kann als medizinisch-ethische Kommission für Krankenhäuser und Institute wirken, welche weder eine eigene medizinisch-ethische Kommission besitzen, noch sich an eine andere bestehende medizinisch-ethische Kommission wenden möchten.
4. Sie bearbeitet wichtige sich stellende medizinisch-ethische Probleme und kann *Leitsätze* dazu aufstellen. Diese sind dem Senat der Akademie zur Genehmigung vorzulegen. Diese Leitsätze können nur durch *zwei Entscheide des Senates* genehmigt oder modifiziert werden; der zweite Entscheid muss mindestens vier Monate nach dem ersten gefällt werden.
5. Sie trägt, in Zusammenarbeit mit den medizinisch-ethischen Kommissionen der Krankenhäuser und Universitätsinstitute, zur *Verbesserung der Kontakte* zwischen Patienten, Ärzten, Pflegepersonal, Krankenhäusern, der Bevölkerung und den Behörden bei, damit das Band der gemeinsamen Hilfe und das Vertrauen, das für die Heilung von Kranken notwendig ist, eine Stärkung erfährt.

Mitglieder der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der SAMW sind

1. ein derzeitiger oder früherer Senator der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften als Präsident;

2. der Generalsekretär der Akademie;

3.–8. ein deutschsprechender, ein französischsprechender und ein italienischsprechender derzeitiger oder früherer Senator der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, zwei praktizierende Ärzte, die nicht Mitglieder des Senats sind, sowie eine diplomierte Ärztin als Vertreterin der Schweizer Ärztinnen;

9.–11. der Präsident, Vizepräsident sowie ein weiteres Mitglied des Zentralvorstandes der Verbindung der Schweizer Ärzte oder deren Vertreter, wobei die Sprachregionen nach Möglichkeit zu berücksichtigen sind;

12. ein Dozent einer juristischen Fakultät einer Schweizer Universität;

13.–14. zwei Delegierte des Schweizerischen Berufsverbandes für Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK).

Einzuladen zu den Sitzungen ist der Präsident der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften.

Experten können zu den einzelnen Fragen aufgeboten werden.

Die Wahl der Mitglieder erfolgt durch den Senat der Akademie in der Mitte der 4jährigen Amtsperiode.

Die *Sitzungen* der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission finden jährlich einmal oder wiederholt statt. Anfragen können durch den Kommissionspräsidenten auf dem Zirkularweg vorgelegt werden, wobei an der Rundfrage mindestens 8 Kommissionsmitglieder einen Entscheid zu genehmigen haben. Die danach vom Präsidenten beantworteten Fragen werden von ihm an der nächsten Sitzung der Gesamtkommission zur Kenntnis gegeben.

Die Zentrale medizinisch-ethische Kommission legt dem Generalsekretariat der Akademie einen *Jahresbericht* vor, welcher im Jahresbericht der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften veröffentlicht wird.

14. November 1979 17. November 1981

Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen

Es ist Aufabe des Arztes, die Gesundheit des Menschen zu erhalten. Er setzt dafür seine Kenntnisse ein.

Die international anerkannten Grundsätze medizinischer Ethik untersagen dem Arzt jegliche Handlung, welche eine Schwächung der körperlichen oder seelischen Widerstandskraft eines Menschen zur Folge hat und therapeutisch nicht notwendig ist.

Ein wissenschaftlicher Fortschritt im Interesse der leidenden Menschheit ist nicht denkbar ohne die Überprüfung der im Laboratoriumsversuch gewonnenen Erkenntnisse am Menschen. Aus dieser Überzeugung hat der Weltärztebund Empfehlungen für die Durchführung wissenschaftlicher Forschungsuntersuchungen am Menschen ausgearbeitet, an die sich diese Richtlinien anlehnen. Sie wollen Ärzten und ihren Mitarbeitern, die Forschungsuntersuchungen am Menschen durchführen, die sich stellenden grundsätzlichen Fragen bewusst machen. Sie entbinden sie aber nicht von ihrer persönlichen beruflichen, zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Verantwortung.

Zu diesen Richtlinien vom 1. Dezember 1970 der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften hat im gleichen Sinne der *Weltärztebund* 1975 in der Versammlung in Tokio die als *Helsinki-Deklaration II* bekannte Erklärung über die Forschungen am Menschen abgegeben. 1978 hat der *Europarat* im «Accord partiel du Comité de santé publique» Vorschläge präzisiert, unter welchen Bedingungen die Medikamente erstmals am Menschen angewendet werden sollen. Es werden ein schriftliches Verfahren (Dossier) und eine ausreichende Abklärung gefordert. Obschon der Euro-

parat vorschlägt, diese Weisungen durch eine gesetzgeberische Ordnung auszusprechen, dürfte es genügen, sie auf nationaler Ebene durch nichtstaatliche Organe zu geben. Die *Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften* hat deshalb Richtlinien für die Schweiz aufgestellt. Sie hat 1979 im Sinne der hier gegebenen Empfehlungen eine *Zentrale medizinisch-ethische Kommission* gegründet.

I. Zielsetzung

Bei allen wissenschaftlichen Forschungsuntersuchungen am Menschen muss grundsätzlich unterschieden werden zwischen solchen, die eine direkte Bedeutung für Diagnose, Therapie und Prophylaxe bei der zu untersuchenden Person haben, und solchen, die der allgemeinen medizinischen Forschung dienen.

II. Gemeinsame Bestimmungen

1. Die Grundsätze ärztlicher Ethik, die für das Handeln des Arztes bestehen, haben ebenfalls Geltung für die Forschungsuntersuchungen am Menschen.
   Die Suche nach neuen Therapien ist dann eine zwingende Aufgabe, wenn die Gesundheit nicht mit vorbeugenden Massnahmen bewahrt werden kann oder wenn die Behandlung einer Krankheit zu wenig wirkungsvoll bleibt. Jede Forschung, welche die menschliche Gesundheit zu verbessern sucht, setzt eine Ethik voraus, welche auf die Bewahrung der Gesundheit zielt.
2. Forschungsuntersuchungen am Menschen dürfen nur von wissenschaftlich qualifizierten Personen in ausreichend ausgerüsteten Institutio-

nen und unter der *Verantwortung eines Arztes* ausgeführt werden.

3. Forschungsuntersuchungen am Menschen müssen sich auf Labor- oder Tierversuche oder andere, wissenschaftlich bewährte Methoden und Erkenntnisse stützen können.
4. Forschungsuntersuchungen am Menschen dürfen nur dann durchgeführt werden, wenn die Wichtigkeit des Zweckes in ärztlich vertretbarem Verhältnis zu den einzugehenden Risiken steht.
5. Jeder Forschungsuntersuchung am Menschen muss eine sorgfältige Abschätzung der damit verbundenen Gefahren im Vergleich zu dem zu erwartenden Nutzen für die zu untersuchende Person bzw. für die Allgemeinheit vorangehen. Dabei sind auch mögliche Änderungen der Persönlichkeitsstruktur und der Urteilsfähigkeit miteinzubeziehen.
6. Der Leiter des Forschungsprojektes hat dafür zu sorgen, dass vor Beginn der Untersuchungen, die nicht vorwiegend im Interesse der zu untersuchenden Person veranlasst werden, ein angemessener *Versicherungsschutz* für den Fall einer nachweislich auf die Untersuchungen zurückgeführte Schädigung besteht, ungeachtet einer Haftpflicht der handelnden Person.
7. Die medizinischen und ethischen Aspekte einer geplanten Forschungsuntersuchung sind Konsultativgremien zu unterbreiten (*medizinisch-ethischen Kommissionen,* siehe «Richtlinien für die Organisation und Tätigkeit der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften»). Die Ergebnisse der angemeldeten Untersuchungen sind einer solchen medizinisch-ethischen Kommission zu melden. Die Zusammensetzung dieser Konsultativgremien der

Krankenhäuser und Institute wird je nach Art der Institution *selbständig* festgelegt. Dabei sollen stets die Pflegepersonen angehört werden.

8. Die Zustimmungserklärung der zu untersuchenden Person bzw. ihres gesetzlichen Vertreters ist im Sinne der nachstehenden Paragraphen eine wesentliche Voraussetzung und darf nicht unter Anwendung von Zwang eingeholt werden. Eine freiwillig gegebene, rechtsgültige Zustimmung nach vorheriger Aufklärung vermindert im übrigen die berufliche, zivilrechtliche oder strafrechtliche Verantwortung des Untersuchungsleiters nicht.
9. Der Leiter des Forschungsprojekts muss sich vergewissern, dass die hierbei beteiligten Mitarbeiter, insbesondere das Pflegepersonal, über Ziel und Durchführung des Projektes richtig aufgeklärt werden.
10. Forschungsuntersuchungen am Menschen müssen protokolliert werden. Die Protokolle sind unabhängig von der Krankengeschichte zu führen und aufzubewahren. Auch in der Krankengeschichte muss die Forschungsuntersuchung vermerkt werden.

III. Forschungsuntersuchungen im Interesse der zu untersuchenden Person

1. Bei der Behandlung des Kranken muss dem Arzt die Anwendung einer neuen therapeutischen Massnahme freistehen, wenn sie geeignet sein könnte, das Leben des Patienten zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen oder seine Leiden zu lindern. In dem Masse, in dem dies möglich und der psychischen Verfassung des Patienten angemessen ist, muss der Arzt ihn aufklären und seine freie Zustimmung einholen. Ist der Patient

urteilsunfähig, so wird seine Zustimmung durch die seines gesetzlichen Vertreters ersetzt.

2. Der Arzt kann mit dem Ziel, neue medizinische Erkenntnisse zu erlangen, die Forschungsuntersuchung mit der Behandlung nur in dem Umfang verbinden, als es der diagnostische, therapeutische oder prophylaktische Wert für den Patienten rechtfertigt und daraus kein erhebliches Risiko resultiert.

IV. Andere Forschungsuntersuchungen

1. Auch bei diesen Forschungsuntersuchungen am Menschen bleibt es Aufgabe des Arztes, Leben und Gesundheit der zu untersuchenden Person zu schützen.
2. a) Der Arzt muss die zu untersuchende Person, wenn sie urteilsfähig ist, über Art und Sinn der Forschungsuntersuchung sowie die damit für Leben und Gesundheit verbundenen allfälligen Gefahren aufklären.
   b) Forschungsuntersuchungen am Menschen dürfen nur vorgenommen werden, nachdem sich die zu untersuchende Person aufgrund der vorausgegangenen Aufklärung freiwillig einverstanden erklärt hat.
   c) Die zu untersuchende Person muss sich in einem solchen geistigen, körperlichen und rechtlichen Zustand befinden, dass sie in der Lage ist, in vollem Umfang ihre freie Entscheidung zu treffen.
3. Forschungsuntersuchungen an handlungsunfähigen Personen sind nur mit Zustimmung des gesetzlichen Vertreters und nur dann zulässig, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht an handlungsfähigen Personen durchgeführt werden können. Ist die handlungsunfähige Person urteilsfähig, so bedarf es auch ihrer Zustimmung. Nicht-

therapeutische Forschungsuntersuchungen an urteilsunfähigen Personen sind unzulässig, wenn sie die Gefahr einer Beeinträchtigung bedingen.

4. Die Zustimmungserklärung wird mündlich oder schriftlich abgegeben und soll in einem Protokoll festgehalten werden. Die moralische Verantwortung für eine nichttherapeutische Forschungsuntersuchung am Menschen trägt jedoch immer der leitende Wissenschafter und niemals die zu untersuchende Person, obgleich sie aus freien Stücken zugestimmt hat.
5. a) Der Untersuchungsleiter muss das Recht jedes Menschen auf geistige und körperliche Unversehrtheit respektieren; besondere Bedeutung kommt dieser Forderung dann zu, wenn die in die Untersuchung einbezogene Person in einem Abhängigkeitsverhältnis zu dem Leiter der Untersuchung steht.

   b) Der zu untersuchenden Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter muss es jederzeit freistehen, die Forschungsuntersuchung abbrechen zu lassen.

   Der Untersuchungsleiter und seine Mitarbeiter sind ihrerseits verpflichtet, die Forschungsuntersuchung abzubrechen, wenn der zu untersuchenden Person eine erhebliche oder irreversible Schädigung droht.
6. Bei vorhersehbarem Risiko erheblicher oder irreversibler Schädigung oder des Todes ist eine Forschungsuntersuchung nicht erlaubt.

1. Dezember 1970
und 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.

I. 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 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 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 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) 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 beschleunigen[1]. Aktive Sterbehilfe ist nach dem Schweizerischen Strafgesetzbuch strafbare vorsätzliche Tötung (StGB Art. 111

[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 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 vigile, 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 Umgebung

   einzubeziehen.
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 blosse 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 aufgrund einer sorgfältigen Abwägung aller Umstände 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.

5. November 1976
und 17. November 1981

Medizinisch-ethische Richtlinien zur Transplantation

Für das Vorgehen bei der Transplantation von menschlichen Geweben erlässt die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften Richtlinien, die sich weitgehend an die *Resolution des Europarates Nr. 29, 1978,* mit den Regeln über Entnahme, Transplantate und Transplantationen von aus dem Menschen gewonnenen Geweben halten. Es wird dabei unterschieden zwischen Entnahme am Lebenden und vom Toten.

Bei der *Entnahme am Lebenden* ist die Information über die Gefahren für den Spender und über den Nutzen für den Empfänger zu verlangen. Das Einverständnis des Spenders ist schriftlich festzuhalten. Bei nicht Urteilsfähigen ist das Einverständnis des legalen Vertreters notwendig. Gewebeentnahmen, die zu einem definitiven Organverlust führen, sind bei Kindern zu unterlassen.

Die Identität des Spenders darf dem Empfänger und diejenige des Empfängers darf dem Spender nicht bekanntgegeben werden, es sei denn, dass zwischen ihnen enge familiäre oder persönliche Beziehungen bestehen. Die Anonymität beider vor der Öffentlichkeit ist zu respektieren.

Die Spende von menschlichen Geweben soll gratis sein; Entschädigungen für entstandene Kosten und Erwerbsausfall sind zugelassen.

Bei *Entnahme vom Toten* kann die Entnahme des Transplantates erfolgen, wenn nicht eine nachweisbare oder anzunehmende Opposition des Verstorbenen bekannt ist und wenn keine besonderen staatlichen Vorschriften bestehen.

Die Identität des Spenders darf dem Empfänger und diejenige des Empfängers der Familie des Spenders

nicht bekanntgegeben werden. Die Anonymität beider vor der Öffentlichkeit ist zu respektieren.
Die Todesbescheinigung hat durch einen Arzt, der weder der Entnahme- noch der Implantationsequipe angehört, erstellt zu werden.
Bei der Feststellung des Todes ist nach den «Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes» der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften 1969 zu verfahren.

17. November 1981

Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes

1. Die Entwicklung der Reanimationstechnik hat es notwendig gemacht, die biologischen Kriterien des menschlichen Todes neu festzulegen.
2. Es ist möglich, beim Menschen den Ausfall der Atemfunktion durch künstliche Beatmung und den der Herztätigkeit durch Herzmassage und Pumpensysteme zu kompensieren.
3. Es ist nicht möglich, die gesamthaften Auswirkungen des vollständigen irreversiblen Funktionsausfalls des Gehirns durch irgendwelche Massnahmen zu beheben.
   Ein solcher Funktionsausfall ist dem Tod des Gehirns gleichzusetzen. Er führt zwangsläufig zum Absterben des übrigen Organismus.
4. Ein Mensch ist als tot zu betrachten, wenn eine oder beide der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
   a) Irreversibler Herzstillstand mit der dadurch unterbrochenen Blutzirkulation im Organismus und damit auch im Gehirn: Herz-Kreislauf-Tod.
   b) Vollständiger, irreversibler zerebraler Funktionsausfall oder Tod des Gehirns: zerebraler Tod.

5. Der vollständige, irreversible zerebrale Funktionsausfall trotz vorhandener Herzaktion ist beim normo-, hyper- oder höchstens geringgradig hypothermen (Körpertemperatur nicht unter 34°C), nicht narkotisierten und nicht im Zustand einer akuten Vergiftung sich befindenden menschlichen Organismus anzunehmen, wenn bei mehrfacher Untersuchung die fünf folgenden Symptome zusammentreffen:

5.1 Kein Ansprechen auf irgendwelche sensorischen und sensiblen Reize.

5.2 Keine spontane Atmung und keine anderen spontanen zentralgesteuerten motorischen Erscheinungen im Bereich der Augen, des Gesichts, des Gaumens und des Rachens, des Stammes und der Extremitäten.

5.3 Extremitäten schlaff und reflexlos.

5.4 Beide Pupillen weit und lichtstarr.

5.5 Rascher Blutdruckabfall, gegebenenfalls nach dem Absetzen der künstlichen Stützung des Kreislaufes.

Dieser vollständige zerebrale Funktionsausfall ist dem Tod des Gehirns gleichzusetzen. Ein Elektroenzephalogramm kann ihn bestätigen und dokumentieren.

Beim Kleinkind müssen die besseren Restitutionsmöglichkeiten berücksichtigt werden.

6. Das Gehirn ist ebenfalls als tot zu betrachten,
   - wenn beim normo-, hyper- oder geringgradig hypothermen (Körpertemperatur nicht unter 34 °C) menschlichen Organismus während mindestens 20 Minuten kein zerebraler Stoffwechsel mehr festzustellen ist oder
   - wenn im Karotisangiogramm eindeutig nachgewiesen wird, dass kein Blut mehr ins Gehirn gelangt.
7. Der Zeitpunkt des Todes ist derjenige des Hirntodes. Es ist dies
   a) beim primären irreversiblen Herz- und Kreislaufstillstand der Zeitpunkt des Auftretens von weiten und lichtstarren Pupillen;
   b) beim primär zerebralen Tod der Zeitpunkt des Auftretens aller Symptome des vollständigen irreversiblen zerebralen Funktionsausfalls.
8. Zur Feststellung des Todes ist nur ein Arzt (der

behandelnde oder der nach dem Tod beigezogene) berechtigt.

9. Nach Eintritt des Herz-Kreislauf-Todes oder des zerebralen Todes ist
   a) das endgültige Absetzen der eventuell eingeleiteten künstlichen Beatmung oder einer eventuell eingeführten Kreislaufstützung durch den Arzt gerechtfertigt,
   b) die Entnahme überlebender Organe zulässig.

10. a) Sofern nicht eine eindeutige, vollständige Zerstörung des Gehirns vorliegt, muss vor der Entnahme von überlebenden Organen zu Transplantationszwecken der zerebrale Tod durch elektroenzephalographische Untersuchungen oder durch den Nachweis des fehlenden zerebralen Stoffwechsels bzw. der fehlenden zerebralen Blutzirkulation (z. B. Karotisangiogramm) dokumentiert sein.
    b) Ist bei primär zerebralem Tod die Entnahme von überlebenden Organen zu Transplantationszwecken vorgesehen, so hat der behandelnde Arzt zur Feststellung des zerebralen Todes einen Neurologen oder Neurochirurgen und zur Beurteilung des Elektroenzephalogramms einen in dieser Hilfsmethode erfahrenen Spezialisten beizuziehen.
    c) Die den zerebralen Tod feststellenden Ärzte müssen vom Transplantationsteam unabhängig sein.

25. Januar 1969
und 17. November 1981

Medizinisch-ethische Richtlinien für die artifizielle Insemination

1. Die künstliche Insemination mit dem Samen eines anonymen Spenders, auf die sich die folgenden Empfehlungen im Anschluss an die *Resolution des Europarates vom 29.12.78* beziehen, darf nur unter der Verantwortung des Arztes, der den Eingriff ausführt, vorgenommen werden. Der Arzt soll sich nicht nur von medizinischen Überlegungen leiten lassen, sondern sich nach Möglichkeit vergewissern, dass das *Wohlergehen des künftigen Kindes* umfassend gewährleistet ist.
2. *Spendersamen* darf nur mit schriftlicher Zustimmung des Spenders zur artifiziellen Insemination gebraucht werden. Eine artifizielle Insemination darf nur durchgeführt werden, wenn das schriftliche Einverständnis der empfangenden Frau und, wenn sie verheiratet ist, ihres Ehemannes oder, bei dauernder Partnerschaft, des Partners vorliegt.
3. Ein Arzt oder eine medizinische Institution, die menschliches Sperma zum Zwecke von artifizieller Insemination erhalten, haben vor deren Durchführung die *notwendigen Nachforschungen und Untersuchungen* beim Spender anzustellen, um die Übertragung erblicher Krankheiten an den Empfänger und ansteckende Krankheiten oder sonstiger Gefährdung von Mutter und künftigem Kind zu vermeiden. Nötigenfalls stehen die humangenetischen Institute der medizinischen Fakultäten zur Verfügung. Der Samen des gleichen Spenders soll am selben Ort nicht vielfach verwendet werden (zur Vermeidung von Blutsverwandtschaften usw.).
4. Der Arzt, unter dessen Verantwortung eine *artifizielle Insemination* durchgeführt wird, hat im

Rahmen des Möglichen einen Samenspender zu wählen, dessen Kind als dasjenige des das Kind wünschenden Paares angesehen werden könnte.

5. Der Arzt und das Personal der medizinischen Institution, welche Samen entgegennehmen, und der Arzt, welcher eine artifizielle Insemination ausführt, haben über die Identität des Spenders und der empfangenden Frau sowie über die artifizielle Insemination als solche *Verschwiegenheit* zu bewahren. Die Frau darf also nicht den Spender und der Spender darf nicht die Frau und ihren Gatten kennen oder mit ihnen bekannt sein. Der Arzt nimmt keine artifizielle Insemination vor, wenn die Wahrung der Verschwiegenheit als unwahrscheinlich erscheint.
6. Der Samen soll *unentgeltlich gespendet* werden. Immerhin können zeitliche Beanspruchung, Verdienstausfall, Reisespesen und andere Auslagen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Samenspende dem Spender ersetzt werden. Wer als Privatperson oder als öffentliche oder private Organisation Samen zur artifiziellen Insemination zur Verfügung stellt, soll das ohne Erwerbsabsicht tun.

17. November 1981

Medizinisch-ethische Richtlinien zur Sterilisation

I. Allgemeines

Die operative Sterilisation ist bei beiden Geschlechtern ein sicheres Mittel zur definitiven Verhütung weiterer Nachkommenschaft. Die Abklärung, ob der Eingriff die zweckmässige Methode ist, erfordert *eine dem Einzelfall angemessene Beratung* durch den Arzt, welcher die psychischen und physischen Voraussetzungen für eine Sterilisation zu überprüfen hat. Dabei ist der Einbezug des Ehegatten oder ständigen Partners in der Regel notwendig. Die geringen Chancen, den Eingriff rückgängig machen zu können, bedingen eine besonders eingehende Aufklärung (Möglichkeit des Todes von Kindern, der Auflösung der Ehe, der Wiederverheiratung). Zwischen Beratungsgespräch und Eingriff soll eine angemessene Bedenkzeit eingeschaltet werden. Ergibt das Beratungsgespräch Hinweise für eine vorbestandene psychische Erkrankung oder geistige Behinderung, empfiehlt es sich, eine eingehende konsiliarische Abklärung durch einen *Psychiater* zu veranlassen. Diese Massnahme sollte auf alle Fälle ergriffen werden, wenn Zweifel an der Urteilsfähigkeit bezüglich des Eingriffes bestehen.
Fehlt eine rechtsgültige Einwilligung des Patienten zur Sterilisation, so stellt der Eingriff eine schwere Körperverletzung im Sinne von Artikel 122 Ziffer 1 des StGB dar und kann Schadenersatz- oder Genugtuungsansprüche nach sich ziehen. Keine strafbare Handlung liegt vor, wenn die Sterilität als unausweichliche Nebenwirkung einer sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eintritt.

II. Operative Sterilisation geistig Gesunder

Geistig gesunde, urteilsfähige Personen können über die Vornahme einer Sterilisation *frei entscheiden,* was sie unterschriftlich zu bestätigen haben. Der Arzt muss sich dabei vergewissern, dass die gesuchstellende Person nicht unter Druck gesetzt ist. Diese muss wissen, dass es sich beim Eingriff um eine meist irreversible Massnahme handelt. Es liegt im Ermessen des Arztes, eine Sterilisation entgegen dem Wunsch des Gesuchstellers (Gesuchstellerin) im Einzelfall abzulehnen oder aus Überzeugung keine Sterilisationen auszuführen.

III. Operative Sterilisation geistig Behinderter

Die psychiatrische Abklärung und Beratung ist unabdingbare Voraussetzung für den Eingriff. Aus der Beratung müssen Diagnose und Prognose der geistigen Behinderung mit hinreichender Sicherheit hervorgehen. Vermag ein geistig Behinderter die Tragweite des Eingriffs zu beurteilen, so kann er allein darüber entscheiden, ob der Eingriff ausgeführt werden soll. Bei urteilsfähigen Minderjährigen oder Entmündigten ist, wenn immer möglich, für die Zustimmung zum Eingriff das Einverständnis der Eltern oder des Vormundes einzuholen.

Bei *Urteilsunfähigkeit* ist der Eingriff *unzulässig,* weil es sich um ein höchst persönliches Recht handelt, welches nicht durch einen gesetzlichen Vertreter ausgeübt werden kann.
Die *Anforderungen an die Urteilsfähigkeit* müssen der *Sachlage angemessen* sein: Es muss vermieden werden, eine Person zu operieren, die das Problem nicht in seiner ganzen Tragweite verstanden hat; es muss aber auch vermieden werden, dem Wunsch

einer Person, die das Recht auf Selbstbestimmung hat, aus unzumutbaren Gründen nicht nachzukommen. Der geistig Behinderte muss mindestens verstehen, dass ein operativer Eingriff vorgenommen werden soll und dass dieser bleibend verhindert, dass er/sie Kinder zeugen beziehungsweise gebären kann.

Viele geistig Behinderte, vor allem Schwachsinnige, sind stark von ihren Angehörigen oder Betreuern abhängig. Es ist deshalb wichtig, dass sie ihre Meinung so gut wie möglich frei äussern können, das heisst in Abwesenheit anderer, sie beeinflussender Personen. Es muss genügend Zeit für den Entscheidungsprozess gewährt werden, was in der Regel wenigstens zwei Konsultationen in mehrwöchigem Abstand bedingt.

Bei geistig Behinderten ist trotz eingehender Beratung und Abklärung das Risiko späterer Unzufriedenheit oder störender, auf den Eingriff zurückgeführter Auswirkungen grösser als bei Gesunden. Es ist deshalb Aufgabe des Arztes, Vor- und Nachteile vorsichtig abzuwägen und gemäss dem beim betreffenden Menschen zu erwartenden Ergebnis zu handeln.

17. November 1981

Nachwort

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften weist noch besonders hin auf die:

Ethischen Empfehlungen internationaler Organisationen, der Verbindung der Schweizer Ärzte und der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften.

A. «Allgemeine Erklärung der Menschenrechte», angenommen von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948*
B. «Internationaler Code der ärztlichen Ethik», angenommen an der Generalversammlung des Weltärztebundes in London im Oktober 1949* und ergänzt in Sydney 1968 (allgemeine Pflichten des Arztes, Pflichten des Arztes gegenüber dem Kranken, gegenseitige Pflichten unter sich)
C. «Äusserung des Weltärztebundes» in seiner 27. Versammlung in München 1973 (Verurteilung der Diskriminierung eines Menschen)
D. «Deklaration von Helsinki» über die Forschung am Menschen vom Weltärztebund 1968, ergänzt in Tokio 1975*
E. «Vademecum 1979 und 1982» der Verbindung der Schweizer Ärzte, welches Dokumente für die Führung einer ärztlichen Praxis zusammenfasst und im Wortlaut frühere medizinisch-ethische Bekenntnisse wiedergibt, so den Eid des Hippokrates* und das Genfer Ärztegelöbnis*, Weltärztebund 1948
F. Symposium «Ethik und Medizin» der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften vom 28./29. März 1980 in Basel, Bull.

* Texte sind wiedergegeben in J. Wunderli und K. Weisshaupt: «Medizin im Widerspruch», Walter-Verlag, Olten, 1977.

Schweiz. Akad. Med.Wiss. *36,* 4–6, 1980, und in Buchform, Verlag Schwabe & Co. AG, Basel, 1981

Die *Zentrale medizinisch-ethische Kommission der Akademie,* welche diese Empfehlungen zuhanden des Senats der SAMW ausgearbeitet hat, setzt sich zusammen aus jetzigen und ehemaligen Mitgliedern des Senats, aus praktizierenden Ärzten und Ärztinnen von verschiedenen Sprachgebieten der Schweiz, aus Mitgliedern des Zentralvorstandes der Verbindung der Schweizer Ärzte, des Schweizer Berufsverbandes für Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK und einem Juristen einer schweizerischen Universität.

In der Amtsperiode der Kommission 1979–1982 sind Mitglieder:
Prof. Dr. *O. Gsell,* Kommissionspräsident, Basel/St. Gallen; Prof. Dr. *J. Girard,* Generalsekretär SAMW, Basel; Dr. med. et jur. *J. Bergier,* Le Mont (bis April 1981); Dr. *J. Buffle,* Genf †; Frau Dr. med. *C. Ernst-Allemann,* Zürich (ab April 1981); Dr. *J. Imfeld,* Biel (bis April 1981); Prof. Dr. *R.-S. Mach,* Genf; Dr. *E. Rossetti,* Ambri; Mlle *R. de Roulet,* Genf; Prof. Dr. *H. Schultz,* Bern/Thun; Frau Dr. *G. Siegenthaler-Zuber,* Zürich; Prof. Dr. *G. Stalder,* Basel; Dr. *V. Tatti,* Bellinzona; PD Dr. med. *N. de Tribolet,* Lausanne (ab April 1981); Dr. *K. Zimmermann,* Zürich; Frau *M. Zierath,* Basel.

Zu den Sitzungen beigezogen ist der Präsident der Akademie
zuerst Prof. Dr. *R.-S. Mach* bis Frühjahr 1980, dann Prof. Dr. *A. Cerletti,* Basel.

Präsidenten von Subkommissionen waren
Prof. Dr. *R. Wenner,* Basel; Prof. Dr. *O. Gsell,* Basel/St. Gallen; Prof. Dr. *R.-S. Mach,* Genf; Prof. Dr. *J. Bernheim,* Genf.