

Formular für Vernehmlassungsantworten

Richtlinien «Feststellung des Todes und vorbereitende Massnahmen im Hinblick auf eine Organspende»

Vernehmlassung vom 16. Juni 2025 bis 19. September 2025

Alle medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) stehen vor der definitiven Verabschiedung durch die Zentrale Ethikkommission, den Vorstand und den Senat der SAMW in einer dreimonatigen öffentlichen Vernehmlassung. Die eingegangenen Stellungnahmen werden geprüft und bei der Ausarbeitung der definitiven Fassung berücksichtigt.

Mit der definitiven Fassung der Richtlinien wird ein öffentlich zugänglicher Synthesebericht mit den wichtigsten Ergebnissen aus der Vernehmlassung publiziert. Dieser kann Angaben zu den Vernehmlassungsteilnehmenden (Institutionen, Organisationen oder Einzelpersonen) enthalten. Einzelne Stellungnahmen werden von der SAMW nicht veröffentlicht oder an Dritte herausgegeben. Auf Anfrage ist im SAMW-Generalsekretariat (Bern) jedoch Einsicht in die eingegangenen Stellungnahmen möglich.

Stellungnahme eingereicht durch:

Institution: ☒	Einzelperson: ☐
Absender Name/Institution/Organisation: Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz Abkürzung Institution/Organisation: VKAS Adresse: Dr. med. Rahel Gürber, Florastrasse 1, 8008 Zürich Kontaktperson: Dr. med. P. Ryser E-Mail: ryser.peter@gmail.com Datum: 11.9.25	

Bitte retournieren Sie den ausgefüllten Fragebogen bis am 19. September 2025 an ethics@samw.ch. Vielen Dank.

1. Fazit zum vorliegenden Text:

- ☐ grundsätzliche Zustimmung
☒ grundsätzliche Ablehnung

Kommentar: Im Folgenden fokussieren wir uns vor allem auf die wichtigsten Änderungen in den revidierten Richtlinien. Paradigmatisch für die Probleme bei der Feststellung des Todes vor Organtransplantation erscheint uns das Bestreben, in den neuen Richtlinien auf den Begriff irreversibel zu verzichten und mit "permanent" zu ersetzen. Das ist ganz offensichtlich gesetzeswidrig, denn es widerspricht der Definition des Todes im Transplantationsgesetz. Im Gegensatz zu den Behauptungen der SAMW ist der Begriff der Irreversibilität medizinisch klar und überhaupt nicht verwirrend. Irreversibel ausgefallen ist die Hirn- oder Herzfunktion dann, wenn auch jegliche Reanimationsversuche vergeblich sind. Die Tatsache, dass die SAMW auf den Begriff der Irreversibilität verzichten will, generiert klare Rückfragen an die Sicherheit der Todesfeststellung bei der DCD. Die normothermische regionale Perfusion nach DCD erfordert spezielle Massnahmen, damit

das Gehirn nicht erneut mit sauerstoffhaltigem Blut versorgt wird und dadurch reanimiert werden könnte. Tote können per Definition nicht versehentlich reanimiert werden. Daher ist die Todesfeststellung nach der fünfminütigen Wartezeit bei der DCD ungültig und zwar mit oder ohne anschliessender NRP. In der Schweiz werden neuerdings auch Herzen nach DCD transplantiert, nachdem die Herzfunktion nach Entnahme wieder hergestellt wird. Mit diesen Massnahmen wird zudem die Dead Donor Rule verletzt. In Deutschland ist die Organtransplantation im Rahmen der DCD nicht gestattet. Wir möchten die SAMW dazu auffordern, zu diesen Problemen und Kritikpunkten öffentlich Stellung zu nehmen, auch im Hinblick auf eine transparente Information der Bevölkerung.

2. Zusatzfragen

Frage	Ja (optional mit Kommentar)	Nein (optional mit Begründung)
A) Der revidierte Richtlinienentwurf sieht Änderungen bei der Organspende von Kindern und Neugeborenen vor.		
Die revidierten Richtlinien lassen Organspenden auch für Neugeborene zu (bisher: erst ab 28 Tagen). Diese Neuerung basiert darauf, dass die Feststellung des Todes ab Geburt zuverlässig ist. Stimmen sie dieser Erweiterung zu?		Die DCD ab Geburt ist abzulehnen. Wartezeiten sind hier ausgeschlossen. Die Sicherheit der Todesdiagnostik ist in diesem Kontexte nicht gegeben.
Die revidierten Richtlinien verlangen für Kinder neu Wartezeiten und je nach Kontext eine doppelte klinische Untersuchung. Dies steht im Einklang mit internationalen Regeln. Stimmen sie diesen Anforderungen zu?		Neugeborene sollten generell nicht als Organspender dienen.
B) Die Richtlinien regeln, welche Ausbildung und Erfahrung Ärztinnen und Ärzte haben müssen, um die Diagnostik zur Feststellung des Todes durchführen zu dürfen. Neu sind dafür mehr Fachdisziplinen zugelassen.		
Der Richtlinienentwurf öffnet die Diagnostik zur Todesfeststellung für Fachärzte der Neonatologie, Anästhesie und Inneren Medizin, wenn sie mindestens 3 Jahre auf der (pädiatrischen) Intensivmedizin gearbeitet haben und 5 Diagnosen unter Supervision absolviert wurden (dokumentierter Nachweis). Stimmen Sie dieser Öffnung zu?		Es besteht die Gefahr von Fehldiagnosen
C) Der revidierte Richtlinienentwurf äussert sich detaillierter zu Massnahmen zur Aufrechterhaltung der Organperfusion (NRP).		
Bei DCD kann eine normotherme regionale Perfusion (NRP) die Qualität der Organe erhalten. Es wird unterschieden zwischen abdominaler NRP (Durchblutung der Organe im Bauchraum) und thorako-abdominaler NRP (Wiederherstellung des Kreislaufs inklusive Herzaktivität). Aufgrund medizin-ethischer und rechtlicher Überlegungen muss eine NRP so durchgeführt werden, dass keine erneute Durchblutung des Gehirns erfolgt. Dies ist bei thorako-abdominaler NRP gemäss Literatur heute unzureichend sichergestellt, weshalb gemäss Richtlinienentwurf auf eine thorako-abdominale NRP zu verzichten ist. Teilen Sie die Empfehlung, derzeit auf die thorako-abdominale NRP	Ja, allerdings ist auch die abdominale NRP abzulehnen. Eine erneute Hirndurchblutung muss ja verhindert werden, was darauf hinweist, dass die Hirnfunktionen nicht irreversibel ausgefallen sind.	

zu verzichten?		
Frage	Ja (optional mit Kommentar)	Nein (optional mit Begründung)
D) Der revidierte Richtlinienentwurf verwendet den Begriff <u>permanenter</u> Ausfall der Hirnfunktionen.		
Das Gesetz formuliert, dass der Mensch tot ist, wenn die Hirnfunktionen <u>irreversibel</u> ausgefallen sind (Art. 9 TxG). In der Botschaft zum Transplantationsgesetz (TxG) wird neben «irreversibel» auch der Begriff «permanent» verwendet. Massgeblich für den Tod eines Menschen ist, dass die Funktionen, die den Menschen in seiner Gesamtheit ausmachen, dauerhaft ausgefallen sind. Im Richtlinienentwurf wird in diesem Sinne der Begriff permanenter Ausfall der Hirnfunktionen verwendet. Begrüssen Sie die Verwendung des Ausdrucks «permanenter Ausfall»?		Wir verweisen auf die Argumentation im Fazit. Mit dem Begriff der Permanenz soll offenbar die Tatsache des nicht irreversiblen Hirnfunktionsausfalles verschleiert werden.
E) Im revidierten Richtlinienentwurf ist in der Fussnote 27 ein Minderheitsvotum der erarbeitenden Kommission abgebildet. Wie stehen Sie dazu?		
Das Minderheitsvotum schlägt vor, bei der Feststellung des Todes im Hinblick auf eine DCD auf die klinische Prüfung der sechs klinischen Todeszeichen zu verzichten. Stattdessen soll nach der fünfminütigen Wartezeit ein erneuter Nachweis des Kreislaufstillstandes durchgeführt werden. Die Mehrheit der Kommission bevorzugt, die Diagnostik des Todes bei DCD analog zur DBD beizubehalten. Die Prüfung der klinischen Zeichen im Vier-Augen-Prinzip ist in der Praxis etabliert und hat sich bewährt. Diese Art der Diagnostik trägt dem gesetzlich geforderten Nachweis des permanenten Ausfalls der Hirnfunktionen Rechnung. Stimmen sie einer gleichen Todesdiagnostik bei DCD und DBD zu?		Grundsätzlich ist auf die Verletzung der Dead Donor Rule bei der DCD hinzuweisen. Die übliche Hirntoddiagnostik in diesem Kontext ist nicht aussagekräftig. Hier kann auf die Literatur verwiesen werden. (vgl. Dalle Ave Al et al. J Crit Care 33, 2016, 114-118). Eine Wartezeit von 5-10 min ist generell nicht geeignet, die Irreversibilität der Hirnfunktionen nachzuweisen. Daran ändert auch der nochmalige Nachweis des Kreislaufstillstandes nach 5 min nichts.

3. Bemerkungen zu den einzelnen Kapiteln

Kapitel	Kommentar/Bemerkung	Antrag für Änderung (Textvorschlag)
Präambel		
allgemein:		
1. Geltungsbereich		
allgemein:		
2. Ethische und rechtliche Aspekte		
allgemein:		
2.1. Organentnahme als Eingriff in die körperliche Integrität		
2.2. Gespräche über Organspende		
2.3. Ermittlung eines allfälligen Widerspruchs zur Spende		
2.4. Vertretung der Patientin/Verstorbenen durch Angehörige		
2.5. Spezifische Aspekte bei Kindern und jugendlichen		
2.6. Konfliktsituationen		
2.7. Vorbereitende medizinische Massnahmen		
2.7.1. Zweck und Zulässigkeit		
2.7.2. Art, Zeitpunkt und Dauer vorbereitender medizinischer Massnahmen		
2.8. Betreuung der Angehörigen		
2.9. Umgang mit dem Körper der Verstorbenen		
2.10. Unterstützung des Behandlungsteams		
3. Feststellung des Todes		
allgemein:		
3.1. Voraussetzungen		
3.1.1. Klinische Voraussetzungen		
3.1.2. Fachliche Voraussetzungen		
Erwachsenenmedizin (ab 16 Jahren)		

Pädiatrie (unter 16 Jahren)		
Zusätzliche Voraussetzungen für Erwachsenenmedizin und Pädiatrie		
Besitzstandwahrung		
3.1.3. Strukturelle Voraussetzungen		
3.1.4. Unabhängigkeit der involvierten Ärzte		
3.2. Klinische Diagnostik des Todes		
3.2.1. Tod infolge Hirschädigung (DBD)		
3.2.2. Tod nach anhaltendem Kreislaufstillstand (DCD)		
3.2.3. Tod bei Kindern (0-16 Jahre; DBD und DCD)	Wir lehnen DCD generell ab	
3.3. Technische Zusatzuntersuchungen bei DBD		
3.3.1. Art der technischen Zusatzuntersuchungen		
3.3.2. Technische Zusatzuntersuchungen bei Kindern		
4. Organentnahme		
allgemein:		
4.1. Vorbereitende medizinische Massnahmen		
4.1.1. Diagnostische und organerhaltende Massnahmen		
4.1.2. Normotherme Regionale Perfusion (NRP) abdominaler Organe als vorbereitende medizinische Massnahme		
4.1.3. Abgrenzung zur End of Life Care		
4.2. Spez. Umstände bei Tod nach Kreislaufstillstand im Hinblick auf eine DCD		
4.3. Einsatz von Medikamenten bei der Organentnahme		
5. Dokumentation		
allgemein:		

Anhang		
allgemein:		
A. Negativliste		
B. Voraussetzungen zur Todesfeststellung		
C. Klinische Zeichen des Todes		
Apnoetest unter ECMO		
D. Technische Zusatzuntersuchungen		
Computertomographie		
Digitale Subtraktionsangiographie		
Magnetresonanztomographie		
Doppler-/Duplexsonographie		
E. Vorlagen für Protokolle zur Feststellung des Todes		
(1/3) Protokoll zur Todesfeststellung nach Kreislaufstillstand im Hinblick auf eine Organentnahme (DCD)		
(2/3) Protokoll zur Todesfeststellung nach primärer Hirnschädigung im Hinblick auf eine Organentnahme (DBD) bei Erwachsenen (>16 Jahre)		
(3/3) Protokoll zur Todesfeststellung nach primärer Hirnschädigung im Hinblick auf eine Organentnahme (DBD) bei Kindern (0-16 Jahre)		
F. Zitierte Literatur		
G. Glossar		

4. Allgemeine Bemerkungen zum vorliegenden Text: