

Die SAMW-Richtlinien zur Feststellung des Todes und Vorbereitung der Organentnahme

Soweit die Transplantationsmedizin auf der Organentnahme bei Verstorbenen beruht, hat die sichere Feststellung des Todes enorme ethische, rechtliche und politische Bedeutung. Sie muss garantieren, dass Lebende immer als Lebende und Tote immer als Tote behandelt werden.



Lic. iur. Michelle Salathé

1969 hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erstmals Richtlinien für die «Definition und Diagnose des Todes» erlassen. Seit dem 1. Juli 2007 sind die Voraussetzungen für Organtransplantationen nicht mehr kantonal, sondern im Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (TxG) geregelt. In der Frage des Todeskriteriums stützt sich das Gesetz auf die neurologische Definition des Todes, wonach der Mensch tot ist, wenn sämtliche Funktionen seines Hirns, einschliesslich des Hirnstamms, irreversibel ausgefallen sind. Wie der Tod *arte legis* festgestellt wird, überlässt der Gesetzgeber den medizinischen Experten. Die Verordnung zum TxG verweist auf die Richtlinien der SAMW, die entsprechenden Kapitel haben Rechtskraft.

Im November 2017 soll eine revidierte Fassung des TxG in Kraft treten. Die Revision hat unter anderem zwei zentrale Anliegen der SAMW aufgenommen, die zu Unklarheiten in der klinischen Praxis geführt hatten. Diese betreffen

1. den Zeitpunkt, zu dem mit den Angehörigen über die Organspende gesprochen werden darf;
2. die Frage, welchen vorbereitenden medizinischen Massnahmen die Angehörigen zustimmen können, wenn sich der Patient selbst nicht dazu geussert hat.

Die Revision des TxG machte auch eine Anpassung der Richtlinien zur Feststellung des Todes aus dem Jahr 2011 erforderlich. Wie alle SAMW-Richtlinien wurde die revidierte Richtlinie zur «Feststellung des Todes und Vorbereitung der Organentnahme im Hinblick auf Organtransplantationen» von einer interprofessionellen Subkommission ausgearbeitet.

Der Entwurf wurde sowohl mit ausgewählten Expertinnen und Experten diskutiert als auch öffentlich zur Vernehmlassung gestellt. Unterdessen sind die revidierten Richtlinien von den SAMW-Gremien (Zentrale Ethikkommission, Vorstand und Senat) verabschiedet und publikationsbereit. Sie treten per 1. November 2017 mit dem revidierten TxG in Kraft.

Die folgenden zentralen Punkte bleiben unverändert:

- Voraussetzungen des Todeskriteriums (klinische Zeichen)
- Untersuchung durch zwei Fachärzte (Vier-Augen-Prinzip), kein Zeitintervall
- Eine technische Zusatzuntersuchung ist nur erforderlich, wenn die Voraussetzungen für die klinische Untersuchung nicht erfüllt sind (d.h. wenn die Hirnnerven klinisch nicht untersucht oder potentiell reversible Ursachen als Mitursachen nicht ausgeschlossen werden können).
- Keine Organentnahme bei Neugeborenen

Die zentralen Revisionspunkte im Überblick

Wann dürfen die Angehörigen zur Organspende befragt werden?

Der Gesetzestext liess für die Praxis unklar, ab welchem Zeitpunkt mit den Angehörigen über das Thema der Organspende gesprochen werden darf. Mit der revidierten Richtlinie ist diese Frage nun geklärt. Die klare Trennung zwischen der Entscheidung, eine lebenserhaltende Therapie abzubrechen, und der Entscheidung, Organe zu spenden, ist zentral. Intensiv- und Notfallmedizinische Indikationsstellungen dürfen nicht durch die Option einer Organspende beeinflusst sein. Die Zustimmung zur Organentnahme und zu allfälligen vorbereitenden medizinischen Massnahmen

darf deshalb erst eingeholt werden, nachdem der Entscheid feststeht, die lebenserhaltenden Therapien abzubrechen. Gespräche über die Möglichkeit der Organspende dürfen aber bereits vor der Feststellung des Todes geführt werden; oft greifen die Angehörigen das Thema sogar selbst auf.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit der Prozess zur Feststellung des Todes eingeleitet werden kann?

Bei der Revision der Richtlinien hat die SAMW nicht nur Anpassungen an das revidierte TxG vorgenommen, sondern auch Rückmeldungen aus der Praxis aufgenommen. Als wesentliche Neuerung werden in einem Anhang C zu den Richtlinien die klinischen Voraussetzungen umschrieben, die erfüllt sein müssen, bevor die Feststellung des Todes durchgeführt werden darf. Dies soll zu mehr Sicherheit im Prozess beitragen.

Wer darf den Tod feststellen?

Die neuen Richtlinien umschreiben die Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte, die den Tod feststellen, präziser als bisher. Sie verlangen, dass mindestens einer der beiden beurteilenden Fachärzte zuvor bei mindestens fünf Patienten eine Hirntoddiagnostik unter Supervision durchgeführt hat.

Welche vorbereitenden Massnahmen dürfen bereits vor dem Tod durchgeführt werden und welche Rolle spielen die Angehörigen?

Die Frage, ob und welche vorbereitenden medizinischen Massnahmen vor dem Tod durchgeführt werden dürfen, ist in der Praxis von erheblicher Bedeutung, weil die meisten Patienten auf der Intensivstation und nicht unter voller Therapie versterben. Kommt hinzu, dass nur wenige Patienten eine Spendekarte besitzen und damit die Spendebereitschaft offen bleibt. Um die Organe bis zur Entnahme

funktionsfähig zu erhalten, müssen jedoch vorbereitende medizinische Massnahmen durchgeführt werden. Mit dem bisherigen TxG blieb unklar, ob Angehörige vorbereitenden Massnahmen vor dem Tod zustimmen können, wenn der betreffende Patient sich selbst nicht geäussert hat. Mit Revision des TxG steht nun fest, dass vertretungsberechtigte Angehörige – mit gewissen Ausnahmen – vorbereitenden Massnahmen zustimmen können. Dies gilt auch in der Situation, wenn sie nicht wissen, wie der Patient entschieden hätte. Ergänzend zum TxG stellen die Richtlinien in einem Flowchart den komplizierten Entscheidungsprozess dar und zählen in einer sog. «Negativliste» diejenigen Massnahmen auf, in deren Durchführung die Angehörigen nicht einwilligen können. Es handelt sich um das Setzen von arteriellen Kanülen und um die Durchführung einer mechanischen Reanimation.

Was gilt, wenn Angehörige aus persönlicher Überzeugung eine Organentnahme ablehnen, obwohl eine Spende-karte vorliegt?

Auch diese Situation kommt im klinischen Alltag vor und stellt das Behandlungsteam vor eine schwierige Situation. Die Richtlinien verweisen auf die rechtliche Regelung, die festhält, dass der Wille der verstorbenen Person demjenigen der nächsten Angehörigen vorgeht. Die Richtlinien empfehlen aber, wenn immer möglich eine einvernehmliche Entscheidung unter allen Beteiligten anzustreben und vermehrt eine ethische Unterstützung beizuziehen.

Die revidierten Richtlinien unterstützen Betreuungsteams dabei, die rechtlichen Bestimmungen umzusetzen und mit den vielfältigen ethischen Fragen besser umzugehen. Die Feststellung des Todes beruht zwar auf naturwissenschaftlichen Fakten, bleibt aber auch eine gesellschaft-

liche Festlegung. Dies zeigt sich mitunter darin, dass die entsprechenden Verfahrensweisen in verschiedenen Ländern bei aller grundlegenden Gemeinsamkeit in manchen Aspekten divergieren. Das Ziel bleibt aber, im jeweiligen Kontext für alle Beteiligten die grösstmögliche Gewissheit zu erreichen, dass Spender zum Zeitpunkt der Organentnahme tatsächlich tot sind und der respektvolle Umgang mit dem Sterbenden bzw. dem Leichnam stets gewährleistet ist.

Michelle Salathé, Lic. iur.

Michelle Salathé ist Juristin und hat einen Master in Advanced Studies Applied Ethics. Sie ist stellvertretende Generalsekretärin der SAMW und leitet das Ressort Ethik.

Weitere Infos: <http://www.samw.ch/de/Ethik/Organtransplantation.html>

Hornhaut-Transplantation heute: Im Dienste verbesserten Sehens

Eine Hornhaut-Transplantation ist nach wie vor eine grosse Herausforderung für einen Chirurgen, auch wenn die Operationstechnik grosse Fortschritte gemacht hat.

Die allerersten Hornhaut-Transplantationen bei Menschen fanden 1888 statt, damals noch mit Hilfe der Hornhaut von Kaninchen. Die erste homologe, perforierende (durchgreifende) Keratoplastik wurde dann von Zirm 1905 erfolgreich durchgeführt. Die transplantierte Hornhaut blieb über ein Jahr lang klar und wurde noch mit Frauenhaar zugenäht. Indiziert ist eine Hornhautübertragung, wenn das Sehen durch die äusserste Gewebsschicht des Auges hindurch stark reduziert ist infolge Narbengewebe und Gefässneubildungen oder zur Deckung nach spontanen Hornhautperforationen bei schweren Augeninfektionen. Die Funktion der Hornhaut beruht auf ihrer gleichmässigen Form als optisch brechendes Medium sowie auf ihrer Transparenz. Erreicht wird dieses durch ein extrem homogenes, zellarmes Gewebe mit gleichmässig ausgerichteter Struktur von Kollagenfasern sowie einem ausgesprochen niedrigen Wassergehalt, der durch eine ständige Dehydrierung durch das Horn-

hautendothel gewährleistet wird. Diese Eigenschaften der Hornhaut wie auch ihre spezielle morphologische Struktur stellen auch im Rahmen der Transplantation eine aussergewöhnliche Situation dar.

Da es sich um ein Gewebe mit sehr geringer Stoffwechselaktivität handelt und keine Blutgefässe vorhanden sind, hat die Hornhaut ein gewisses Immunprivileg, was die Problematik der Abstossungs-

