

**Fragen im Rahmen der öffentlichen Vernehmlassung
vom 16. Juni 2025 bis 19. September 2025 zu den**

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

Alle medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften 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.

Die Teilnehmenden der oben genannten öffentlichen Vernehmlassung konnten zu jedem Kapitel des Richtlinienentwurfs ihre Meinung äussern und Änderungsvorschläge, Kommentare und Begründungen hinzufügen.

Zusätzlich waren die Vernehmlassungsteilnehmenden gebeten, zu den folgenden fünf Fragen Stellung zu nehmen:

Frage 1) Der revidierte Richtlinienentwurf sieht Änderungen bei der Organspende von Kindern und Neugeborenen vor.

1a) 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?

1b) Die revidierten Richtlinien verlangen für Kinder neue Wartezeiten und je nach Kontext eine doppelte klinische Untersuchung. Dies steht im Einklang mit internationalen Regeln.

Stimmen sie diesen Anforderungen zu?

Frage 2) 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?

Frage 3) 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 medizinisch-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 zu verzichten?

Frage 4) Der revidierte Richtlinienentwurf verwendet den Begriff permanenter Ausfall der Hirnfunktionen als Kriterium für die Todesfeststellung.

Das Gesetz formuliert, dass der Mensch tot ist, wenn die Hirnfunktionen irreversibel 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, da bei DCD durch Reanimationsmassnahmen eine Wiederherstellung der Durchblutung des Hirns möglich wäre.

Begrüssen Sie die Verwendung des Ausdrucks «permanenter Ausfall»?

Frage 5) 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?