

## Stellungnahme von

Name/Institution/Organisation : Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz

Abkürzung Institution/Organisation : VKAS

Adresse : Florastrasse 1, 8008 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. Rahel Gürber, Präsidentin VKAS

Telefon : 043 818 53 83

E-Mail : rahelguerber@bluewin.ch

Datum : 31.01.2017

Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte als **Word-Dokument bis spätestens 28. Februar 2017** an Sibylle Ackermann: s.ackermann ( at ) samw.ch

<b>Richtlinien «Feststellung des Todes und Vorbereitung der Organentnahme im Hinblick auf Organtransplantationen»</b>	
<b>Name/ Institution</b> <small>(Bitte die auf Seite 1 vermerkte Ab- kürzung verwenden)</small>	<b>Allgemeine Bemerkungen</b>
HLI	<p>Zur Präambel möchten wir Folgendes festhalten:                      Es ist zweifellos zu begrüßen, wenn die sichere Feststellung des Todes als zentrale Voraussetzung der Transplantationsmedizin bezeichnet wird. Anschliessend wird allerdings ausgeführt, dass «das Transplantationsgesetz für den Tod eines Menschen den Ausfall der Funktionen seines Hirns einschliesslich des Hirnstamms» festlege. Dies ist streng genommen nicht zutreffend. Denn es ist ja nicht der Gesetzgeber, der das Hirntodkriterium der Medizin vorschreibt. Vielmehr wurde ursprünglich die neurologische Definition des Todes vom Gesetzgeber anerkannt und übernommen, der Gesetzgeber stützt sich lediglich auf den medizinischen Sachverstand. Demzufolge verweist die noch geltende Transplantationsverordnung denn auch auf die Richtlinien der SAMW aus dem Jahre 2011. Dasselbst wird unter der Rubrik 1 (Todeskriterium) noch der <b>«irreversible Ausfall sämtlicher Funktionen des Gehirns»</b> erwähnt. Der Ausfall <b>sämtlicher</b> Funktionen des Gehirns wird in den vorliegenden revidierten Richtlinien nicht mehr erwähnt, wäre unseres Erachtens aber unbedingt zu ergänzen, zumal sonst der Eindruck erweckt werden kann, dass nur noch die relevanten oder wichtigsten Hirnfunktionen gemeint sind.                      Derartige Auslassungen, Umformulierungen mögen unscheinbar wirken, sind unseres Erachtens für die Feststellung des Hirntodes jedoch von grosser Bedeutung.                      Zu Recht wird in den Vorbemerkungen der Präambel darauf verwiesen, dass Sterben ein biologischer Prozess ist, der mit variablem Erscheinungsbild über eine gewisse Zeitspanne abläuft. Der Hinweis, dass die Richtlinien zur Festlegung des Todes letztlich eine gesellschaftliche Festlegung seien und die entsprechenden Verfahrensweisen in verschiedenen Ländern divergieren, ist zumindest ein indirekter Hinweis auf einen Pragmatismus bei verbleibenden Unsicherheiten zu Gunsten der Transplantationsmedizin. Zu bemerken ist auch, das z. B. in England der irreversible Ausfall des Hirnstammes als Todeskriterium ausreicht. Die Richtlinien der SAMW sind eher Resultat von Expertenmeinungen, welche hinsichtlich Hirntod und dem damit verbundenen Ausfall der integrativen Funktionen des Gehirns für den Organismus nicht unumstritten sind.<sup>1</sup></p>

<sup>1</sup> Controversies in the determination of death, A white Paper by the President's Council on Bioethics 2008; D. Alan Shewmon, Brain Death: Can It Be Resuscitated? in: The Hastings Center Report; 39 (2009); Rethinking the Ethics of Vital Organ Donations, F. G. Miller, R.D. Truog, Hastings Center Report, 2008; M. Y .Rady, HEC Forum (2013) 25:25–45; F. G. Miller, Death and Organ Donation: back to the Future, J Med Ethics 2009, 35, 616-620

	Damit ist das Erreichen einer grösstmöglichen Gewissheit bezüglich Todesfeststellung durchaus problematisch. Wir fragen uns zudem, inwiefern – auch im Hinblick auf die immer noch weitergehende Debatte hinsichtlich Hirntodkonzept <sup>2</sup> – die Bevölkerung je klar und verständlich ins Bild gesetzt worden ist.		
Name/ Institution	Kapitel/ Unterkapitel/ \$\$\$dAnhang	Kommentar/Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
HLI	2. Ethische und rechtliche Aspekte	Dem Hinweis, dass die Entscheidung zum Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie nicht durch die Option einer Organspende beeinflusst sein darf, ist zuzustimmen. Doch dürfte dieser Vorsatz an rein praktischen Aspekten im Organspende- und Entnahmeprozess oft genug scheitern und zur Wunschvorstellung werden. (Vorbereitende Massnahmen vor dem Tod, Anfrage an Angehörige, Tod nach Kreislaufstillstand). Siehe auch Kapitel 4.1.1 Wenn vorbereitende Massnahmen in den Ablauf von Sterben und Abschiednehmen eingreifen, stellt sich die Frage, was unter einem würdigen Tod und dessen Gewährleistung durch das Behandlungsteam verstanden werden soll.	
HLI	2.1 Gespräch über Organspende	Der Hinweis auf die Wichtigkeit der Erkennung potentieller Organspender auf Intensiv- und Notfallstationen und die Aufgabe, das Thema in geeigneter Form anzusprechen zeigt, dass Organspende sowie intensiv- und notfallmedizinische Indikationsstellungen eng miteinander verknüpft sein können und nur schwer – wenn überhaupt – auseinander zu halten sind. Ähnliches gilt wohl auch für das Gespräch mit den Angehörigen. Den Abbruch von lebenserhaltenden Therapien als “Änderung des Behandlungsziels” zu bezeichnen, ist widersprüchlich und wirkt euphemistisch. Zudem werden dieselben Massnahmen nach Feststellung des Todes in der Regel weitergeführt. Behandelt werden jedoch nur lebende Patienten	<b>“Änderung des Behandlungsziels”</b> im 2. Abschnitt streichen
	2.3 Zustimmung zur	Das Vorgehen im Falle des nicht eruierbaren mutmasslichen Willens des	Der letzte Satz in der Negativliste des

<sup>2</sup> A. Brenner, Kainsmal der Transplantation, NZZ 23.8.12

HLI	Organentnahme und zur Durchführung von vorbereitenden medizinischen Massnahmen	Patienten ist vom Transplantationsgesetz vorgegeben, ebenso die Bedingungen für vorbereitende Massnahmen, denen die Angehörigen zustimmen können. Neu ist die in Zusammenhang mit Art. 10 Abs 2-4 TxG erstellte "Negativliste" in Anhang H der Richtlinien. Allerdings sind die beiden aufgeführten Massnahmen (mechanische Reanimation und Setzen einer arteriellen Kanüle zur Verabreichung von Kühlflüssigkeit) nur dann untersagt, wenn der Patient vorbereitenden Massnahmen nicht zugestimmt hat. Damit wird die sogenannte "Negativliste" wiederum relativiert. Entscheidend ist, dass sie die Voraussetzungen nach Art. 10 Abs 3 TxG gerade nicht erfüllen. Es ist aus unserer Sicht jedoch nicht einzusehen, warum Eingriffe, deren Unerlässlichkeit für eine erfolgreiche Transplantation nicht erforderlich sind und zu höheren Risiken und Belastungen führen, überhaupt eingesetzt werden sollen. Aus unserer Sicht wird hier einer Instrumentalisierung Sterbender zu Gunsten der Transplantationsmedizin weiter Vorschub geleistet.	Anhangs H ist wie folgt abzuändern, <b>Sie dürfen vor dem Tod nicht durchgeführt werden.</b>
HLI	2.4 Spezifische Aspekte bei Kindern und Jugendlichen	Mutmasslicher Wille von unter 16-Jährigen soll relevant für den Entscheid der Eltern sein: dies wirkt inkonsequent, zumal sich diese Altersklassen nicht verbindlich zur Organspende äussern können. Es ist ohnehin fraglich, ob Jugendliche, Kinder sich ein adäquat informiertes Bild vom Organspendeprozess machen können, wenn dies selbst für viele Erwachsene fraglich ist.	Letzten Satz im Abschnitt 2.4 weglassen
HLI	2.5 Konfliktsituationen	Die genannten Situationen sind wohl für alle Beteiligten belastend, vor allem aber für Angehörige. Dies sollte immer mitbedacht werden. Im Falle von nicht behebbarer Uneinigkeit betreffend mutmasslichem Willen müsste auf eine Organentnahme verzichtet werden, zumal es sich um ein Konstrukt handelt, das mit einiger Unsicherheit behaftet ist	
HLI	2.6 Betreuung von Angehörigen	Zu Recht wird erwähnt, dass der Aspekt des Hirntoten und allenfalls vorhandene Rückenmarksreflexe Belastungsfaktoren sind. Hier zeigt sich unter anderem, dass das der Todesfeststellung zugrundeliegende Konzept kaum auf einem gesamtgesellschaftlichen Konsens beruht, wie dies in der Präambel behauptet wird. Die Möglichkeit zur Verabschiedung vom Sterbenden/Verstorbenen dürfte bei Tod nach Kreislaufstillstand in den meisten Fällen inexistent	

		sein, angesichts der grossen Hektik im Hinblick auf die Organentnahme.	
HLI	II. Richtlinien	Auf den logischen Aufbau und die besseren Formulierungen in den bisherigen Richtlinien sollte nicht verzichtet werden	Daher sei vor dem 3. Kapitel ein weiterer Abschnitt mit dem Text aus den geltenden Richtlinien <b>unter 1. Todeskriterium</b> ohne Abstriche einfügen. Hier wird unter anderem auch auf den irreversiblen Ausfall sämtlicher Herzfunktionen verwiesen.
HLI	3.2.1 Tod infolge primärer Hirnschädigung	Wie bereits in den derzeit geltenden Richtlinien (hier erstmals) wird auf eine Wiederholung der Hirntoddiagnostik verzichtet, mit dem Hinweis, dass ein solches Vorgehen keine besseren Resultate ergebe. Dabei wird in Fussnote 19 bezüglich Literaturbelegen auf den Anhang I verwiesen, wo allerdings nur der knappe Vermerk “folgt” angegeben ist, Es handelt sich dabei um eine wichtige Praxisänderung, welche gar nicht adäquat begründet wird. Dies muss im definitiven Text unbedingt nachgeholt werden. Der Verzicht auf eine zweite Hirntoddiagnostik entspricht nicht dem allgemeinen Konsens in Europa. So verlangen zum Beispiel die Richtlinien der deutschen Bundesärztekammer zum Nachweis der Irreversibilität der Ausfälle eine zweite klinische Untersuchung oder eine Bestätigung durch Zusatzuntersuchungen. <sup>3</sup> Auch in Österreich ist eine zweite Untersuchung zwingend <sup>4</sup> . Dass die Sicherheit einer einzigen klinischen Untersuchung nicht über alle Zweifel erhaben ist, kann auch aus dem vorliegenden Text der Vernehmlassungsversion abgeleitet werden. Denn im Kapitel 3.3 wird erwähnt, dass klinische Untersuchung und technische Zusatzuntersuchungen diskrepante Resultate ergeben können und die Diagnose nur im Falle eines übereinstimmenden Resultates gestellt werden kann!	<b>Ergänzung der Literatur in Anhang I und eine eingehende Begründung, warum die Irreversibilität der Ausfälle im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern lediglich durch eine klinische Untersuchung sichergestellt sein soll.</b>

<sup>3</sup> Deutsches Ärzteblatt 30.3.2015

<sup>4</sup> Österreichische Ärztezeitung 15. 7.2006


HLI	3.2.2 Tod nach anhaltendem Kreislaufstillstand	In den Richtlinien wird nach erfolgloser Reanimation vor der Hirntoddiagnostik eine Wartezeit von mindestens 10 Minuten empfohlen (Maastricht Kategorie 2). Bei Maastricht Kategorie 3 wird eine entsprechende Wartezeit nach Herzkreislaufstillstand nicht erwähnt. Es stellt sich hier auch die Frage, inwiefern eine einmalige Hirntoddiagnostik angesichts des hohen Zeitdrucks korrekt durchzuführen ist. Unter dem Begriff der Autoresuscitation nach erfolgloser Reanimation werden in der Literatur Latenzzeiten angegeben, die von einigen Sekunden bis deutlich über 10 Minuten reichen, mit teilweiser Erholung der neurologischen Ausfälle. <sup>5</sup> Dies führt generell zur Frage, wie lange es ab Kreislaufstillstand bei DCD im Durchschnitt dauert, bis der irreversible Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen festgestellt werden kann. Solche Daten dienen der Transparenz und der Information der Öffentlichkeit	Siehe unter 4.1.2
HLI	3.2.3 Tod bei Kindern	Die Vorgabe, bei Neugeborenen bis zum 28. Tag auf Organentnahmen zu verzichten, ist zu begrüssen	
HLI	4.1.1 Vorbereitende Massnahmen vor Feststellung des Todes	In Bezug auf die Negativliste siehe Bemerkungen zu Kapitel 2.3	
HLI	4.1.2 Spezielle Umstände beim Tod nach Kreislaufstillstand b) Maastricht-Kategorie 2	Allgemein ist festzustellen, dass Therapieabbruch und Organentnahme sehr eng verknüpft sind. Die Interpretation der Goldberger-Studie in Fussnote 28 bezüglich Reanimationsdauer ist nicht ganz korrekt. Die Autoren sprechen nicht von einem wenig sinnvollen Weiterführen der Reanimation nach 20 Minuten. Sie zitieren zwar verschiedene Untersuchungen mit stark diskrepanten Ergebnissen je nach Reanimationsdauer. Die Interpretation der Goldberger Studie lautet jedoch wie folgt: Patienten in Spitälern mit länger dauernden Reanimationsversuchen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit eines spontanen Wiedereinschliessens des Kreislaufes, vor allem bei Asystolie und pulsloser elektrischer Aktivität	<b>Korrektur der Fussnote 28</b> gemäss Interpretation im Abstract der Goldbergerstudie

<sup>5</sup> K. Hornby Crit Care Med 2010, 1246-1253 ; Joffe et al. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2011, 6:17

HLI	c)Maastricht-Kategorie 3	des Herzens.	Ergänzen: <b>Beobachtung des Herzkreislaufstillstandes während mindestens 10 Minuten</b>
HLI	4.1.3 Vorbereitende Massnahmen nach Feststellung des Todes	Im Falle des Fehlens einer Erklärung zur Spende werden vorbereitende Massnahmen durchgeführt. Die Angehörigen sollten jedoch nicht nur zur Organspende, sondern auch zu den vorbereitenden Massnahmen angefragt werden.	3. Satz im ersten Abschnitt wie folgt ändern: <b>In diesem Fall sind aber die nächsten Angehörigen anzufragen, ob sie einer Organentnahme und den vorbereitenden medizinischen Massnahmen zustimmen.</b>

Wir danken Ihnen bestens für die gewährte Möglichkeit, zu den vorgesehenen Änderungen der Richtlinien «Feststellung des Todes und Vorbereitung der Organentnahme im Hinblick auf Organtransplantationen» Stellung nehmen zu können.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Rahel Gürber, Präsidentin Vereinigung VKAS

Zürich, 31. Januar 2017