

Medizin-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) zur «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitungen der Organentnahme» vom 16. Mai 2017

Praktische Umsetzung Kapitel 3.1.3. / Fussnote 16

Hintergrund

Die klinische Beurteilung [zur Feststellung des Todes] muss durch Fachärzte¹ mit Weiterbildung im Bereich Hirntoddiagnostik und einer ausreichenden Erfahrung erfolgen. In den Richtlinien wird die ausreichende Erfahrung in der Fussnote 16 dahingehend präzisiert, dass mindestens einer der beiden die Hirntoddiagnostik durchführenden Fachärzte bei mindestens fünf Patienten eine Hirntoddiagnostik unter Supervision durchgeführt und dies auch dokumentiert hat. Anlass für die Präzisierung war das Bestreben, die Qualität der Diagnostik sicherzustellen. Eine Übergangsregelung ist in der SAMW-Richtlinie nicht formuliert.

Problematik

Die fehlenden Übergangsbestimmungen verunmöglichen de jure seit dem 15.11.2017 die Durchführung einer Hirntoddiagnostik, da derzeit kein Facharzt in der Schweiz den Nachweis über fünf *unter Supervision* durchgeführte Hirntoddiagnostiken vorlegen kann (auch wenn er diese *lege artis* im Beisein eines zweiten dazu bisher berechtigten Facharztes an mindestens fünf Patienten bereits durchgeführt hat).

Zielsetzung

Im Bestreben, einerseits die in den neuen SAMW-Richtlinien gestellten Anforderungen im Sinne einer Qualitätssicherung zu unterstützen und andererseits eine praktikable Lösung für die Umsetzung in der Praxis aufzuzeigen, hat ein Expertengremium, hauptsächlich bestehend aus Mitgliedern der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)², die nachfolgenden Ausführungsbestimmungen vorgeschlagen. In jedem Falle übernehmen die eine Hirntoddiagnostik durchführenden Fachärzte mit ihrer Unterschrift auf dem Protokoll die rechtliche und medizinische Verantwortung für eine *lege artis* erfolgte Feststellung des Todes.

Ausführungsbestimmungen

- Ärzte, die ihre Weiterbildung zum Facharzt Intensivmedizin oder Neurologie bzw. Schwerpunkt Neuropädiatrie vor dem 15.11.2017 abgeschlossen haben und bereits Hirntoddiagnostiken betrieben haben, sind weiterhin berechtigt, die Hirntoddiagnostik durchzuführen (Besitzstandwahrung) und diese auch zu supervisieren.
- Ärzte, die ihre Weiterbildung zum Facharzt Intensivmedizin oder Neurologie bzw. Schwerpunkt Neuropädiatrie nach dem 15.11.2017 abgeschlossen haben bzw. abgeschlossen werden, sind sowohl zur Durchführung einer Hirntoddiagnostik als auch zur Supervision derselben befähigt, wenn sie mindestens fünf Hirntoddiagnostiken (d.h. die Prozedur zur klinischen Diagnostik des Hirntodes) unter Supervision durchgeführt haben, wobei diese zu dokumentieren sind (siehe unten).

¹ Die entsprechenden Texte betreffen immer beide Geschlechter der genannten Personengruppen.

² Roundtable vom 12.12.2017 in Bern; Teilnehmer in alphabetischer Reihenfolge: Dr. med. R. Ensner (SGI), Prof. Dr. med. Ch. Habberthür (SGI; Mitglied der Subkommission), PD Dr. med. F. Immer (Swisstransplant); Dr. med. Michèle Mérat (SGI), Prof. Dr. med. H. Pargger (SGI), PD Dr. med. Th. Riedel (SGI), Prof. Dr. med. P. Riemensberger (SGI), lic. jur. Michelle Salathé (SAMW, Mitglied der Subkommission), Prof. Dr. med. J. Steiger (SAMW; Präsident der Subkommission), Prof. Dr. med. R. Stocker (SGI), Protokoll: Frau J. Kreis (Swisstransplant).

- Die Prozedur zur klinischen Diagnostik des Hirntodes kann unter Supervision in folgenden Situationen durchgeführt und dokumentiert werden:
 - An Patienten mit schwerer Hirnschädigung zur Feststellung des Todes im Hinblick auf eine potentielle Organspende (DBD-Spende) bzw. an Patienten, bei welchen wegen infauster Prognose die Therapie eingestellt wird und die einer DCD-Spende durchgeführt werden (bei letzteren ohne Apnoetest). Als persönliche Dokumentation kann eine Kopie des entsprechenden *Protokolls zur Feststellung des Todes* der SAMW (Anhang G) dienen, wobei der supervisierende Facharzt auf der Kopie entsprechend zu kennzeichnen ist.
 - An Patienten mit schwerer Hirnschädigung, auch wenn noch offen ist, ob der betreffende Patient versterben wird und allenfalls als Organspender in Frage kommt. In diesen Fällen kann zumindest im Rahmen eines neurologischen Status die Prüfung der Hirnnervenreflexe und – unter sorgfältiger Abschätzung möglicher Risiken – auch ein Apnoetest durchgeführt werden. Als Dokumentation dient das *Protokoll zur Feststellung des Todes* SAMW (Anhang G). Da diese Feststellung auch als persönliche Dokumentation für den durchführenden Arzt gilt, sollte aus Gründen des Datenschutzes anstelle des Patientennamens die klinikinterne Fallnummer festgehalten werden. Der supervisierende Facharzt ist entsprechend zu kennzeichnen.
 - Wenn ein Patient verstirbt und der Tod klinisch festgestellt wird, kann das systematisch-prozedurale Vorgehen gemäss Kap. 3.2.2. *Tod nach anhaltendem Kreislaufstillstand* durchgeführt und dokumentiert werden. Da diese Feststellung auch als persönliche Dokumentation für den durchführenden Arzt gilt, sollte aus Gründen des Datenschutzes anstelle des Patientennamens die klinikinterne Fallnummer festgehalten werden. Der supervisierende Facharzt ist entsprechend zu kennzeichnen.
 - An dafür geeigneten Simulationspuppen mit Simulation einer entsprechenden Patientensituation z.B. schwere Hirnschädigung (maximal 2 der 5 zu dokumentierenden Fälle). Als Dokumentation kann das *Protokoll zur Feststellung des Todes* der SAMW (Anhang G) dienen, wobei anstelle des Patientennamens Simulation, Ort und Datum festzuhalten sind und der supervisierende Facharzt entsprechend zu kennzeichnen ist.

Es empfiehlt sich, als Vorbereitung für die oben genannten Situationen vorgängig das *Basismodul Organspende und Hirntoddiagnostik* von CNDO/Swisstransplant zu absolvieren.³

Praktische Umsetzung Kapitel 2.3.1. Vorbereitende Medizinische Massnahmen vor dem Tod

Hintergrund

Die frühere medizin-ethische Richtlinie zur *Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation* von 2011 sahen eine auf maximal zwei Tage (48 Stunden) begrenzte Dauer der Durchführung von medizinischen Massnahmen *vor* dem Tode vor. Eine zeitliche Einschränkung ist jedoch im revidierten Transplantationsgesetz bzw. den dazugehörigen Verordnungen nicht vorgesehen. In den revidierten medizin-ethischen Richtlinien wurde von einer zeitlichen Limitierung für medizinische Massnahmen vor dem Tod abgesehen; dies auch aufgrund der Unsicherheiten, welche sich ergaben, wenn bei einem potentiellen DBD-Spender der Hirntod nach 48 Stunden nicht eintrat und eine DCD-Spende in Erwägung gezogen wurde.

³ Das Basismodul Organspende und Hirntoddiagnostik ist zu finden unter www.sgi-ssgmi.ch

Problematik

Für die im Organspenderprozess involvierten Fachkräfte aber auch für Angehörige hat sich ein einheitlich definiertes/limitiertes (und schriftlich fixiertes) Zeitfenster für medizinische Massnahmen vor dem Tod als hilfreich erwiesen und wird entsprechend in den neuen Richtlinien vermisst.

Absicht

Festlegung eines verbindlichen maximalen Zeitfensters für vorbereitende medizinische Massnahmen vor dem Tod unter Berücksichtigung eines möglichen Übergangs von einer DBD- zu einer DCD-Spende.

Ausführungsbestimmungen

Vorbereitende medizinische Massnahmen vor dem Tod (Paragraph 2.3.1. der revidierten medizin-ethischen Richtlinien der SAMW) dürfen während längstens 48 Stunden durchgeführt werden. Wenn nach dieser Zeit der Tod infolge primärer Hirnschädigung nicht eintritt, ist eine DCD-Spende nach Maastricht III zu erwägen. In letztem Fall dürfen die vorbereitenden medizinischen Massnahmen während längstens weiteren 24 Stunden durchgeführt werden.

Vom Vorstand der SGI eingesehen am 6. März 2018.

Vom Vorstand der SAMW eingesehen am 30. Januar 2018.