Häringstrasse 20
8001 Zürich

Ihre Ansprechpartnerin:
Barbara Züst
barbara.zuest@spo.ch

BAG/Öffentliche Gesundheit
Abteilung Biomedizin
Vernehmlassung TxG
3003 Bern

Zürich, 26. September 2011

Vernehmlassung: Teilrevision des Transplantationsgesetzes (TxG)

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir im Folgenden Stellung zur Teilrevison des Transplantationsgesetzes.

1. Zeitpunkt der Anfrage an die Angehörigen im Hinblick auf eine Organentnahme (Art. 8 TxG)

Grundsätzlich begrüssen wir die neue Bestimmung im revidierten Transplantationsgesetz, die die Frage, ab wann die Angehörigen zur Organentnahme angefragt werden dürfen, klärt (Art. 8 Abs. 3bis TxG).

Tatsächlich ist es für die Angehörigen eine Zumutung, wenn sie noch vor dem Tod einer ihnen nachstehenden geliebten Person über dessen eventuelle Organspende nachdenken müssen. Doch erhalten die Angehörigen Dank dieser „frühen“ Anfrage mehr Bedenkzeit, was tendenziell eine bessere Entscheidungsfindung ermöglicht.

Das ist im medizinischen Interesse des Organempfängers, bringt aber auch den Angehörigen des Spenders Vorteile, da mehr Zeit bei der schwierigen Entscheidung zur Verfügung steht. Wichtig und fundamental ist für uns in diesem Zusammenhang jeweils, dass der Gesetzgeber vorgängig abwägt, nämlich zwischen den Interessen des Organspenders und des Organempfängers.

Nach Abwägung beider Interessen ist es auch aus unserer Sicht richtig, die Angehörigen noch **vor** der Feststellung des Todes eines evtl. Spenders über dessen Organentnahme anzufragen.

2. Vorbereitende medizinische Massnahmen (Art. 10 TxG)

Wir heissen gut, dass neu eine zur Vertretung im medizinischen Bereich berechtigte Person zu vorbereitenden Massnahmen zustimmen kann, wenn dies dem mutmasslichen Willen der spendenden Person entspricht.

Klar abzulehnen ist jedoch der Rückgriff auf das „objektive Wohl“, wenn der mutmassliche Wille des Organspenders nicht ermittelt werden kann.

Das Konstrukt des „objektiven Wohls“, das sich gemäss den Verfassern des Rechtsgutachtens vom März 2010 (Guillod/Mader) unter folgenden vier kumulativen Bedingungen ergibt, soll vorbereitende medizinische Massnahmen ermöglichen, auch wenn der Spenderwille nicht bekannt ist:

- *Erstens müssen die vorbereitenden medizinischen Massnahmen für den Erfolg der Organentnahme und der anschliessenden Transplantation unerlässlich sein;*
- ***Zweitens dürfen die vorbereitenden medizinischen Massnahmen die Spenderin oder den Spender nur minimalen Risiken und Belastungen aussetzen;***
- *Drittens muss die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung, der Vertrauensperson oder der nächsten Angehörigen vorliegen;*
- *Viertens muss sich ein Nutzen für schwer kranke und auf ein Organ wartende Personen ergeben.*

Die erste, dritte und vierte Voraussetzung ergibt sich aus der Natur der Sache und erachten wir als selbstverständlich.

Probleme bereitet die zweite Bedingung, also Massnahmen, die sich klar gegen die Spenderinteressen richten. Denn was unter *minimalen Risiken* und *Belastungen* zu verstehen ist, ist unklar. Dass gerade diese Bedingung unbestimmte Begriffe enthält, wird der Tragweite der zu regelnden Materie nicht gerecht.

Der Gesetzgeber verzichtet darauf, die vorbereitenden medizinischen Massnahmen zu differenzieren. Wohl deshalb, weil diese ihre Aktualität schnell verlieren könnten, was verständlich ist. Doch wichtig zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass sich die vorbereitenden medizinischen Massnahmen in ihrer Art und Auswirkung enorm unterscheiden, wie dies auch die Erläuterungen der Vernehmlassung auf Seite 23 richtigerweise festhalten.

Das Problem in der Praxis ist nicht die künstliche Beamtmung eines evtl. Organspenders beispielsweise, bedeutend sind aber das Setzen von arteriellen Kanülen sowie die Verabreichung von Antikoagulanzien oder Vasodilatoatoren, die klar den Spenderinteressen zuwiderlaufen. Nicht umsonst ist deshalb in Kanada das Verabreichen von Vasodilatatoren sowie die arterielle Kanülierung vor dem Tod bei der Organspende verboten, was auch die Gutachter Guillod/Mader erwähnen.

Aufgrund dessen ist die in den Erläuterungen auf Seite 23 festgehaltene Schlussfolgerung klar abzulehnen: *„Es ist daher Sache der zuständigen Ärztin bzw. des zuständigen Arztes, die Risiken für die Spenderin oder den Spender abzuschätzen und aufgrund deren oder dessen individueller Situation zu entscheiden.“*

Für uns ist zentral, dass die Angehörgen Auskunft darüber zu geben haben, was sich der Patient gewünscht hätte. Ist das nicht möglich, so sollen organerhaltende Massnahmen nicht eingeleitet werden dürfen. Und zwar in gesetzgeberischer Analogie zu Art. 8 Abs. 4 TxG, wonach ohne Zustimmung - falls Angehörige weder vorhanden noch erreichbar - keine Organe entnommen werden dürfen.

Seien wir uns bewusst, dass es sich bei der vom Gesetzgeber genannten spendenden Person um einen sterbenden Menschen mit hohem Schutzbedarf handelt. Dessen physische und psychische Integrität gilt es vor Eingriffen, die fremde Interessen verfolgen, zu schützen.

Brisant wird diese Forderung vorallem im Kontext des in der Schweiz wieder eingeführten Non-Heart-Beating-Donor-Programms. Wir weisen Sie darauf hin, dass nicht ohne Grund die Organentnahme nach Herzstillstand nach Mitteilung der Bundesärztekammer vom 11. Dezember 1998 in Deutschland **verboten** ist (Beilage 1). Ausnahme ist die Entnahme nach Herzstillstand, bei dem zuvor der Hirntod nach festgelegten Kriterien festgestellt wurde (Maastrichtkategorie IV).

Von grosser Bedeutung sind die vorbereitenden medizinischen Massnahmen auch deshalb, weil sie eng mit der Todesfeststellung verknüpft sind. Festzuhalten ist, dass die deutschen Richtlinien des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer vom 1997 zur Feststellung des Hirntodes (Beilage 2) erheblich von den schweizerischen Richtlinien abweichen. Die Abweichung besteht darin, dass die deutschen Ärzte an die Hirntoddiagnostik viel höhere Anforderungen stellen, als dies in der Schweiz der Fall ist.

Und zwar deshalb, weil gemäss den deutschen Richtlinien bei primärer Hirnschädigung die Irreversibilität des Hirnfunktionsausfalls und damit der Hirntod grundsätzlich erst bei einer Beobachtungszeitdauer von **mindestens** 12 Stunden als nachgewiesen gilt. Auf diese minimale Beobachtungsdauer kann nur bei vorliegen von ergänzenden Untersuchungen, wie das EEG, die evozierten Potentiale oder bei einem nachgewiesenem zerebralen Zirkulationsstillstand mittels Dopplersonographie oder Perfusionsszintigraphie verzichtet werden.

Schweizer Ärzte beschränken sich demgegenüber gemäss den soeben neu revidierten schweizerischen Richtlinien der SAMW bei der Hirntoddiagnostik im Normalfall lediglich auf das Vorliegen von klinischen Zeichen und dies ohne vorgeschriebene minimale Beobachtungszeitdauer. Noch krasser ist der Unterschied bei Vorliegen eines Herz- und Kreislaufstillstandes im Zusammenhang mit dem bereits erwähnten Non-Heart-Beating-Donor-Programm, weil in Deutschland im Gegensatz zur Schweiz ein Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Minuten nur als mögliches, aber als unsicheres Todeszeichen gilt. Ein unter diesen Umständen entnommenes Organ dürfen Ärzte in Deutschland gar nicht transplantieren.

Genau Diskrepanzen dieser Art verunsichert die Bevölkerung und nährt verständlicherweise das Misstrauen in die Transplantationsmedizin.

Die in der Revision vorgeschlagene „liberale Interpretation des objektiven Wohls des Spenders“, anstelle dessen mutmasslichen Willens, lehnen wir deshalb insbesondere auch im Blick auf die Todesfeststellung klar ab. Mit Sorge beobachten wir, wie sich wegen des Organmangels immer mehr die Empfängerinteressen in den Vordergrund drängen.

Unsere Wahrnehmung ergibt sich auch aus unserer ehemaligen Tätigkeit als Anästhesiepflegefachfrauen. Wir haben in diesem Rahmen bei einigen Organ-Explantationen im Operationsaal mitgewirkt und miterlebt, wie die Würde des Spenders, in Ruhe zu sterben, massiv beeinträchtigt wurde.

Deshalb gilt es gesetzgeberisch massvoll zu agieren, damit nicht das bereits in der Bevölkerung bestehende Misstrauen in die Organspende weiter zunimmt.

3. Finanzielle Absicherung der Lebendspender (Art. 14 TxG)

Wir freuen uns über die revidierten Bestimmungen zugunsten von Menschen, die Schwerkranken Organe spenden. Die für die Lebendspender aktuell bestehende Unklarheiten im Versicherungsbereich wird durch die Revision wahrscheinlich weitgehend beseitigt. Insbesondere begrüssen wir die Kostenregelung für die lebenslage Nachverfolgung des Gesundheitszustandes der Spender von Organen.

4. Zusammenfassung

Wir befürworten die der Rechtssicherheit dienenden Klarstellung darüber, ab wann die Angehörigen zur Organentnahme angefragt werden dürfen.

Klar abzulehnen ist jedoch die in der Revision vorgesehene Verankerung einer liberalen Interpretation des objektiven Wohls des Spenders im TxG. Können Angehörige oder die zur Vertretung Berechtigten den mutmasslichen Willen des Spenders nicht erurieren, sind organerhaltende Massnahmen zu unterlassen. Denn diese Massnahmen hängen eng zusammen mit der umstrittenen Wiedereinführung des Non-Heart-Beating-Programms, das eigentlich dem gesetzgeberischen Hirntod-Konzeptes zuwiderläuft. Die Angst in der Bevölkerung liegt genau darin begründet, dass wegen des Organmangels die Industrie die Empfängerinteressen auf Kosten des Spenders vorantreiben. Dieser unheilvollen Entwicklung ist wenigstens von gesetzgeberischer Seite her Einhalt zu gebieten.

Zu begrüssen sind die revidierten Schutzbestimmungen zugunsten der Lebendspender, welche deren finanzielle Belastung sicherstellt und die gegenwärtigen versicherungsrechtlichen Unsicherheiten beseitigen.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Bemerkungen gedient zu haben und stehen Ihnen für Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Margrit Kessler
Stiftungsratspräsidentin SPO

lic. iur. Barbara Züst
Beraterin SPO

Beilagen:
1. Mitteilung der deutschen Bundesärztekammer vom 11. Dezember 1998
2. Deutsche Richtlinien zur Feststellung des Todes von 1997