

Rechtliche Grundlagen und Voraussetzungen für die Organ- spende sowie Spendererkennung

Version 3.0 — März 2026

Inhalt

1.0	Zusammenfassung	4
2.0	Rechtliche Grundlagen	5
2.1	Bundesverfassung und Transplantationsgesetz	5
2.2	Ausführungsverordnungen	6
2.2.1	Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung)	6
2.2.2	Verordnung über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung)	7
2.2.3	Verordnung des EDI über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung EDI)	7
2.3	Organhandelskonvention	7
3.0	Gesetzliche Voraussetzungen für die Organspende	8
3.1	Einwilligung zur Organspende	8
3.2	Feststellung des Todes	9
3.2.1	Ursachen des Hirntodes	9
3.2.2	Voraussetzungen für die Diagnostik des Todes	9
3.2.3	Klinische Diagnostik des Todes	10
3.3	Vorbereitende medizinische Massnahmen	11
3.3.1	Vorbereitende medizinische Massnahmen vor Feststellung des Todes	12
3.3.2	Vorbereitende medizinische Massnahmen nach Feststellung des Todes	12
4.0	Spendererkennung	13
4.1	Einleitung	13
4.2	Erkennung möglicher Spender	15
4.2.1	Kriterien für die Erkennung möglicher DBD-Spender	15
4.2.2	Kriterien für die Erkennung möglicher DCD-Spender	15
4.2.3	Kontraindikationen für eine Organspende	16
4.3	Eröffnung eines SOAS-Eintrages	18
4.3.1	DBD-Spender	18
4.3.2	DCD-Spender	18
4.4	Verlegung potenzieller Spender	18

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten jedoch für alle Geschlechter. Der Terminus «Organspende» schliesst, soweit anwendbar, auch die Gewebespende ein.

1.0

Zusammenfassung

Die rechtlichen Grundlagen für die Spende und Transplantation von Organen, Geweben und Zellen in der Schweiz bilden die Bundesverfassung, das Transplantationsgesetz und die dazugehörigen Verordnungen. An oberster Priorität steht der Schutz der Menschenwürde, der Persönlichkeit und der Gesundheit. Die Organspende erfolgt unentgeltlich, Organhandel ist verboten, Organzuteilung findet gerecht statt, niemand soll diskriminiert werden.

Die Voraussetzungen für eine Organentnahme bei Verstorbenen sind gesetzlich definiert. Eine Organentnahme bei einer verstorbenen Person darf nur beim Vorliegen einer Einwilligung und nach Feststellung des Todes erfolgen.

Der Tod kann entweder eintreten durch eine Hirnschädigung, wobei der permanente Funktionsausfall des Hirns zum Tod führt (Donation after Brain Death, DBD = Spender im Hirntod), oder durch anhaltenden Herzkreislaufstillstand, der die Durchblutung des Hirns so lange unterbricht, bis der permanente Funktionsausfall vom Hirn und somit der Tod eingetreten ist (Donation after Cardiocirculatory Death, DCD = Spender im Hirntod nach Herzkreislaufstillstand).

Vorbereitende medizinische Massnahmen sind die Tätigkeiten, die ausschliesslich zum Zwecke der Organspende in Hinblick auf eine Transplantation durchgeführt werden. Diese können sowohl vor als auch nach der Feststellung des Todes notwendig sein und sind nur zulässig, wenn die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Erkennung eines möglichen Spenders kann prinzipiell auf jeder Abteilung eines Spitals erfolgen. Ein möglicher Spender ist ein Patient mit infauster Prognose, d.h. mit aussichtsloser oder unwirksamer Therapieoption, der entweder durch eine Hirnschädigung bzw. eine -erkrankung oder durch anhaltenden Herzkreislaufstillstand und den Ausfall respiratorischer Funktion versterben wird und bei dem keine Kontraindikation zur Organspende vorliegt.

Der Geltungsbereich der vorliegenden Empfehlungen erstreckt sich grundsätzlich über alle Abteilungen in Schweizer Spitälern, sie richtet sich aber insbesondere – aufgrund der erhöhten Inzidenz von Patienten mit infauster Prognose – an alle Intensivpflege- und Notfallstationen.

2.0

Rechtliche Grundlagen

2.1 Bundesverfassung und Transplantationsgesetz

Die rechtliche Grundlage für die Transplantationsmedizin in der Schweiz beruht auf dem Artikel 119a der **Bundesverfassung** der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Im Verfassungsartikel ist festgelegt, dass der Bund die Vorschriften im Bereich der Transplantation von Organen, Geweben und Zellen erlässt. An oberster Priorität steht der Schutz der Menschenwürde, der Persönlichkeit und der Gesundheit. Die Spende von menschlichen Organen, Geweben und Zellen erfolgt unentgeltlich und der Organhandel ist verboten. Der gerechten Zuteilung von Organen, Geweben und Zellen kommt besondere Bedeutung zu.

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [1]

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/de>



Gestützt auf die Bundesverfassung erliess der Bund das **Transplantationsgesetz**, das am 1. Juli 2007 in Kraft trat.

Das Transplantationsgesetz legt fest, unter welchen Voraussetzungen Organe, Gewebe oder Zellen zu Transplantationszwecken verwendet werden dürfen. Das beinhaltet Vorgaben zur **Einwilligung** in die Organspende, zum **Todeskriterium** und zur **Feststellung des Todes** und zu **vorbereitenden medizinischen Massnahmen** (siehe Kapitel 3.0 dieses Moduls).

Im Gesetz wird ausserdem die **Unentgeltlichkeit der Spende** und das **Verbot des Handels** geregelt. Weiter besteht nach dem Transplantationsgesetz eine **Sorgfaltspflicht** im Umgang mit Organen, Geweben oder Zellen, die alle Massnahmen betrifft, die nach aktuellem wissenschaftlichen und technischen Stand erforderlich sind, um eine Gefährdung der menschlichen Gesundheit zu verhindern.

Im Transplantationsgesetz finden sich weiter Bestimmungen zur **Aufnahme in die Warteliste** und zur **Zuteilung von Organen**, zu **Melde- und Bewilligungspflichten**, zur **Schweigepflicht** und zu **Strafbestimmungen** die greifen, wenn Vorschriften des Transplantationsgesetzes verletzt werden.

Als Geltungsbereich definiert das **Transplantationsgesetz** den Umgang mit Organen, Geweben oder Zellen menschlichen oder tierischen Ursprungs sowie daraus hergestellte Produkte (Transplantatprodukte), die für eine Transplantation beim Menschen bestimmt sind. Organe im Sinne dieses Gesetzes sind alle Teile des Körpers, deren Zellen und Gewebe eine gemeinsame Funktionseinheit bilden.

Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) [2]

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/de>



2.2 Ausführungsverordnungen

Das Transplantationsgesetz wird durch sechs Ausführungsverordnungen ergänzt. Es sind dies die Transplantationsverordnung, die Überkreuz-Lebendspende-Verordnung, die Organzuteilungsverordnung, die Organzuteilungsverordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI), die Xenotransplantationsverordnung sowie die Transplantationsgebührenverordnung.

2.2.1 Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung)

Die Transplantationsverordnung knüpft an die im Transplantationsgesetz aufgelisteten geregelten Rahmenbedingungen an und erlässt konkrete **Ausführungsbestimmungen**.

Die Transplantationsverordnung verweist in Bezug auf die **Todesfeststellung** auf Ziff II. 3. sowie Ziff. III. C-H der Medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme» [7]. Somit unterstellt der Gesetzgeber die Bestimmung, wie der Tod nach der Regel der ärztlichen Kunst festzustellen ist, dem Stand der Wissenschaft.

Weiter werden in der Transplantationsverordnung unter dem Kapitel **Vollzug** die Aufgaben der Spitäler und der für «die lokale Koordination zuständigen Person» ausgeführt. Zu den Aufgaben der für «die lokale Koordination zuständigen Person» gehören insbesondere die korrekte Einleitung und Koordination von Organ- und Gewebespendeprozessen.

Details zu den Aufgaben und Akteuren in den Spitälern und zu den Strukturen rund um die Organspende in der Schweiz sind dem Modul 12 «Qualitätsmanagement in der Organspende» zu entnehmen.

Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung) [3]:
<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/280/de>



2.2.2 Verordnung über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung)

Die Organzuteilungsverordnung legt die allgemeinen Kriterien und Prioritäten für die Organzuteilung durch die Nationale Zuteilungsstelle Swisstransplant fest. Sie beinhaltet ebenso Vorgaben zur Warteliste, zum Swiss Organ Allocation System (SOAS) sowie zum internationalen Organ austausch.

Verordnung über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung) [4]

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/281/de>



2.2.3 Verordnung des EDI über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung EDI)

Diese Verordnung listet spezifisch für jedes Organ die detaillierten Zuteilungskriterien auf.

Verordnung des EDI über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung EDI) [5]

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/282/de>



2.3 Organhandelskonvention

Um den Organhandel effektiver zu bekämpfen, unterzeichnete die Schweiz im Jahr 2016 das internationale Übereinkommen des Europarates gegen den Handel mit menschlichen Organen (Organhandelskonvention) und hat es am 21. Oktober 2020 ratifiziert. Seit dem 1. Februar 2021 ist die Organhandelskonvention in der Schweiz in Kraft, zusammen mit den dafür notwendigen Anpassungen und Präzisierungen im Transplantationsgesetz (Unentgeltlichkeit der Spende, Verbot des Handels und Strafbestimmungen). Seither besteht die Möglichkeit, alle Personen, die sich in der Schweiz aufhalten und Organhandelsdelikte in der Schweiz oder im Ausland begangen haben, strafrechtlich zu verfolgen.

Übereinkommen des Europarats gegen den Handel mit menschlichen Organen [6]:

Völkerrechtlicher Vertrag zur Verhütung und Bekämpfung des illegalen Organhandels

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/1067/de>
<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/282/de>



3.0

Gesetzliche Voraussetzungen für die Organspende

3.1 Einwilligung zur Organspende

Die Voraussetzungen für eine Entnahme von Organen, Geweben und Zellen bei Verstorbenen sind im Transplantationsgesetz definiert [2]. In der Schweiz gilt aktuell noch die **erweiterte Zustimmungregelung**. Die wichtigsten Bestimmungen lauten:

- Organe, Gewebe oder Zellen dürfen einer verstorbenen Person nur entnommen werden, wenn sie vor ihrem Tod einer Entnahme zugestimmt hat und der Tod festgestellt worden ist.
- Liegt keine Erklärung vor, ist eine Organentnahme zulässig, wenn die nächsten Angehörigen zustimmen. Sie haben dabei den mutmasslichen Willen der verstorbenen Person zu beachten.
- Die nächsten Angehörigen dürfen erst dann zwecks einer Organentnahme angefragt werden, wenn die Entscheidung getroffen wurde, die lebenserhaltenden Massnahmen einzustellen.
- Falls der Wille der verstorbenen Person nicht bekannt ist und keine Angehörigen zugegen oder erreichbar sind, ist es untersagt, Organe, Gewebe oder Zellen bei der verstorbenen Person zu entnehmen.
- Der Wille der verstorbenen Person geht dem Willen der Angehörigen vor.
- Die Angehörigen erhalten keine Informationen über die Organzuteilung und über die empfangenden Personen (Grundsatz der Anonymität).

Gemäss Transplantationsverordnung [3] sind nächste Angehörige:

- a) Ehefrau / Ehemann, eingetragene Partnerin / Partner, Lebenspartnerin / Lebenspartner
- b) Kinder
- c) Eltern und Geschwister
- d) Grosseltern und Grosskinder
- e) Andere der verstorbenen Person nahestehende Personen

Das Schweizer Volk hat sich 2022 für die **erweiterte Widerspruchsregelung** bei der Organspende ausgesprochen. Wer seine Organe nicht spenden möchte, soll dies zu Lebzeiten festhalten. Eine fehlende Erklärung der verstorbenen Person wird grundsätzlich als Zustimmung zur Spende gewertet. Die nächsten Angehörigen müssen jedoch immer beigezogen werden und können einer Organentnahme widersprechen, wenn keine Erklärung vorliegt und dies dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person entspricht. Wenn keine Willensäusserung vorliegt und keine Angehörigen erreichbar sind, ist eine Entnahme der Organe verboten.

Die neue Regelung wird **frühestens ab 2027** gelten. Bis zur Umstellung gilt weiterhin die erweiterte Zustimmungregelung.

3.2 Feststellung des Todes

3.2.1 Ursachen des Hirntodes

Die folgenden Pathologien können zum Hirntod führen (aufgeführt mit absteigender Inzidenz):

- Anoxische Hirnschädigung
- Zerebrovaskulärer Insult (hämorrhagischer oder ischämischer Infarkt)
- Schädel-Hirn-Trauma
- Andere zerebrale Erkrankungen (z.B. Infektionen, Intoxikationen)

Der Hirntod ist ein irreversibler Funktionsausfall des Hirnes einschliesslich des Hirnstammes («full brain death concept»).

3.2.2 Voraussetzungen für die Diagnostik des Todes

Die Todesfeststellung hat gemäss der SAMW-Richtlinie «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme» zu erfolgen.

Medizin-ethische Richtlinien SAMW: «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme» [7]

[https://www.samw.ch/dam/jcr:4a69851d-bd05-49b3-a209-](https://www.samw.ch/dam/jcr:4a69851d-bd05-49b3-a209-3ce28d66372e/richtlinien_samw_feststellung_tod_organentnahme.pdf)

[3ce28d66372e/richtlinien_samw_feststellung_tod_organentnahme.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:4a69851d-bd05-49b3-a209-3ce28d66372e/richtlinien_samw_feststellung_tod_organentnahme.pdf)



Der Tod kann eintreten durch folgende Ursachen:

1. Durch eine **Hirnschädigung bzw. -erkrankung**, die zu einem vollständigen Funktionsausfall des Hirns einschliesslich des Hirnstammes bei noch erhaltenem Kreislauf zum Tod führt. Eine nachfolgende Organspende wird als Donation after Brain Death (DBD) bezeichnet.
2. Durch einen **anhaltenden Herzkreislaufstillstand**, der die Durchblutung des Hirns so lange unterbricht, bis der permanente Funktionsausfall vom Hirn zum Tod führt. Eine nachfolgende Organspende wird als Donation after Cardiocirculatory Death (DCD) bezeichnet.

Im Vordergrund stehen in dem Szenario der möglichen Organspende Patienten mit schwerster Hirnschädigung und solche mit einer massiven Unterstützung der Vitalfunktionen, bei deren Absetzen das rasche Eintreten des Todes erwartet wird.

Die **Durchführung der formalen Hirntoddiagnostik** ist abhängig von Voraussetzungen, die in der o. a. SAMW-Richtlinie dargelegt sind [7].

Klinisch ist entweder eine permanente Hirnschädigung bekannter Ursache vorzusetzen oder eine Schädigung anderer Organe, deren Funktionsausfall zum Tode führt. Somit sind zunächst alle Zustände, die eine korrekte Hirntoddiagnostik verunmöglichen, auszuschliessen.

Folgende klinische Voraussetzungen müssen für die Hirntoddiagnostik erfüllt sein [7].

- Koma bekannter Ursache
- Körpertemperatur > 35°C
- Kein Schockzustand
- Kein Effekt von neurodepressiven Medikamenten
- Kein Effekt von Muskelrelaxantien
- Kein Effekt von anticholinergen Medikamenten
- Kein entgleister Metabolismus
- Kein Vorliegen von Polyradikuloneuritiden (z.B. Guillain-Barré-Syndrom)

Für weitere Details wird auf die entsprechende Referenz verwiesen, die auch eine **Checkliste klinischer Zeichen des Todes** beinhaltet und über technische Zusatzuntersuchungen informiert [7]. Die SAMW-Richtlinien berücksichtigen sowohl DBD- wie auch DCD-Spender und beinhalten Protokolle zur Hirntoddiagnostik, die zum Download auf der SAMW-Webseite zur Verfügung stehen (<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>).

Es gibt zusätzlich wichtige **fachliche** und **strukturelle** Voraussetzungen. Grundsätzlich ist die Unabhängigkeit der beteiligten Ärzte unabdingbar, d.h. sie dürfen weder an der Entnahme der Organe noch der Transplantation mitbeteiligt sein; des Weiteren dürfen sie auch nicht den Weisungen einer ärztlichen Fachperson unterstehen, die bei der Organentnahme oder bei der Transplantation direkt involviert ist. Ausserdem ist wichtig, dass das die sterbende Person betreuende Fachpersonal und die die Todesfeststellung durchführenden Ärzte nicht unter Zeitdruck gesetzt oder anderweitig beeinflusst werden [7]. Es ist erforderlich, dass die klinische Beurteilung durch Fachärzte mit Weiterbildung im Bereich Hirntoddiagnostik und nachweislich ausreichender Erfahrung durchgeführt wird.

Für die Hirntoddiagnostik bei Erwachsenen ist eine abgeschlossene Facharztausbildung in der Neurologie oder Intensivmedizin und in der Pädiatrie eine fachärztliche Weiterbildung in der pädiatrischen Intensivmedizin oder Neuropädiatrie Bedingung.

3.2.3 Klinische Diagnostik des Todes

a) Tod infolge Hirnschädigung

Die Todesfeststellung erfolgt durch eine klinische Untersuchung, bei der die **sieben** klinischen Zeichen **kumulativ** nachzuweisen sind und die von zwei Fachärzten im «Vier-Augen-Prinzip» durchzuführen ist.

1. Komatöser Zustand (areaktive Bewusstlosigkeit)
2. Beidseits mittelweite bis weite, lichtstarre Pupillen
3. Fehlen der vestibulo-okulären Reflexe
4. Fehlende Kornealreflexe
5. Fehlende zerebrale Reaktion auf Schmerzreize
6. Fehlende Reflexantwort auf pharyngeale und tracheale Reflexe
7. Fehlende Spontanatmung (Apnoetest)

Der **Todeszeitpunkt bei Erwachsenen** entspricht exakt dem Zeitpunkt, an dem die klinische Untersuchung abgeschlossen wird. Wenn eine Zusatzuntersuchung nach der klinischen Todesfeststellung nötig ist, entspricht der Todeszeitpunkt dem Zeitpunkt, an dem die Zusatzuntersuchung abgeschlossen wurde.

Bei **Säuglingen**, das heisst bei Kindern, die älter als 28 Lebenstage und jünger als ein Jahr sind bzw. bei Frühgeborenen älter als 44 Wochen postmenstruelles Alter, erfolgt die

Hirntoddiagnostik durch zwei klinische Untersuchungen mit einem Beobachtungsintervall von 24 Stunden. **Der Todeszeitpunkt bei Säuglingen** entspricht dem Zeitpunkt, an dem die zweite klinische Untersuchung abgeschlossen wird. Wenn der Hirntod durch eine Zusatzuntersuchung festgestellt wird, entspricht der Todeszeitpunkt dem Zeitpunkt, an dem die technische Zusatzuntersuchung abgeschlossen wird.

b) Tod nach anhaltendem Kreislaufstillstand

Die Todesfeststellung nach anhaltendem Kreislaufstillstand erfolgt durch den Nachweis des permanenten Ausfalls der Hirn- und Hirnstammfunktionen aufgrund anhaltender Unterbrechung der Hirndurchblutung. Nach Feststellung des Kreislaufstillstands (fehlende Herzaktivität) durch eine transthorakale Echokardiographie (4-Kammer-Blick in der subxiphoidalen Einstellung) oder durch eine transösophageale Echokardiographie und nach einer anschliessenden Wartezeit von mindestens 5 Minuten ohne Durchführung von Reanimationsmassnahmen werden folgende **sechs klinische Zeichen geprüft**, die zwingend **kumulativ** vorhanden sein müssen [6]:

1. Komatöser Zustand (d.h. areaktive Bewusstlosigkeit)
2. Beidseits mittelweite bis weite, lichtstarre Pupillen
3. Fehlen der vestibulo-okulären Reflexe
4. Fehlende Kornealreflexe
5. Fehlende zerebrale Reaktion auf Schmerzreize
6. Fehlende Reflexantwort auf pharyngeale und tracheale Reflexe

Ein Apnoetest ist nicht erforderlich, da die fünfminütige beatmungsfreie Wartezeit ohne Wiedereinsetzen der Spontanatmung ein ausreichender Beweis der Abwesenheit des Atemreflexes ist [6].

3.3 Vorbereitende medizinische Massnahmen

Das Thema der vorbereitenden Massnahmen wird ausführlich im Transplantationsgesetz sowie in der SAMW-Richtlinie «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme» abgehandelt [7]. Diese Richtlinie gilt für Ärzte und medizinische Fachpersonen, die Patienten betreuen, die post-mortem als Organspender in Frage kommen.

Vorbereitende medizinische Massnahmen sind diejenigen Tätigkeiten, die ausschliesslich zum Zweck einer möglichen Organspende hinsichtlich einer Transplantation durchgeführt und nicht für die Therapie des Patienten ergriffen werden. Die Massnahmen dürfen nur mit minimalen Risiken und Belastungen für die spendende Person verbunden sein und können sowohl **vor** als auch **nach** der Feststellung des Todes notwendig sein.

Unterschieden wird zwischen **diagnostischen** und **organerhaltenden** Massnahmen. Beispiele für diagnostische Massnahmen sind die Typisierung des Blutes, serologische Analysen und bildgebende Verfahren. Auch invasivere Untersuchungen wie eine Bronchoskopie oder eine Koronarangiographie können angezeigt sein. Beispiele für organerhaltende Massnahmen sind die Weiterführung bereits begonnener Therapien (Beatmung, Verabreichung von Medikamenten und Flüssigkeit zur Erhaltung der Kreislauffunktion, Aufrechterhaltung der Homöostase).

Nicht zu den vorbereitenden medizinischen Massnahmen zählen palliative intensivmedizinische Massnahmen wie symptomlindernde Analgosedativa oder die terminale Extubation.

Wichtig ist die Unterteilung der vorbereitenden medizinischen Massnahmen in die Zeit **vor** und **nach** Feststellung des Todes.

3.3.1 Vorbereitende medizinische Massnahmen vor Feststellung des Todes

Zu den vorbereitenden medizinischen Massnahmen, die vor dem Tod durchgeführt werden, gehören das Fortführen von bereits begonnenen Therapien (Weiterführung der Beatmung, Verabreichung von Medikamenten und Lösungen zur Erhaltung der Kreislauffunktion), die Laboranalysen zur Steuerung der Behandlung sowie die Hormonsubstitutionen zur Aufrechterhaltung des «inneren Milieus». Das Fortführen von bereits begonnenen Therapien ist möglich und gilt nicht als vorbereitende medizinische Massnahme, solange sie noch anderen Zwecken dienen als der Organentnahme (z.B. Abschiednehmens durch Angehörige, Palliative Care).

In der SAMW-Richtlinie wird auch eine **Negativliste** geführt [7], die die folgenden unerlaubten vorbereitenden Massnahmen vor Todesfeststellung auflistet:

- Setzen von grosslumigen Kanülen (z.B. Gillot-Sonde) zur Verabreichung von Kühlflüssigkeit
- Durchführung einer mechanischen Reanimation

Die vorbereitenden medizinischen Massnahmen sind weiter **nicht zulässig**, wenn diese den Tod beschleunigen oder zu einem dauernden vegetativen Zustand führen können. Vorbereitenden medizinische Massnahmen dürfen prinzipiell nur mit **Einwilligung des Patienten** vorgenommen werden (Spenderausweis, Verfügung, etc.). Liegt **kein schriftlich voraus verfügbarer Wille** vor, muss mit Hilfe der nächsten Angehörigen der diesbezügliche Wille im Sinne des Patienten erfragt werden, wie zuvor bereits dargelegt. Liegt keine Erklärung des Patienten vor, dürfen die bereits ergriffenen Massnahmen aufrechterhalten werden, bis die nächsten Angehörigen erreicht werden können. Sind **keine Angehörigen kontaktierbar** oder können sie nicht rechtzeitig kontaktiert werden, dürfen keine weiteren vorbereitenden medizinischen Massnahmen für die Organspende stattfinden, **eine Organspende ist ausgeschlossen**. Das medizinische Behandlungsteam muss den Entscheid des Patienten für oder gegen eine Spende und die Entscheidung der nächsten Angehörigen respektieren.

3.3.2 Vorbereitende medizinische Massnahmen nach Feststellung des Todes

Nachdem der Tod festgestellt worden ist, sind Massnahmen zu einer Aufrechterhaltung der Organperfusion (Herzmassage, Einlegen von femoralen Kanülen zur Organperfusion, extrakorporale Membranoxygenierung ECMO) erlaubt. Da diese Massnahmen dem Verstorbenen nicht schaden können (weil die Person bereits verstorben ist), dürfen sie durchgeführt werden, bis eine Zustimmung oder Ablehnung der Angehörigen vorliegt wie oben im Detail ausgeführt.

Die vorbereitenden medizinischen Massnahmen dürfen nach dem Tod des Patienten während **höchstens 72 Stunden** durchgeführt werden [7].

- Bei einem nicht-natürlichen oder einem unklaren Todesfall sind die gesetzlichen Behörden gemäss dem geltenden kantonalen Verfahren zu unterrichten, um die Erlaubnis zur Organentnahme zu erhalten.

4.0

Spendererkennung

4.1 Einleitung

Länder mit den höchsten Transplantationsraten und somit dem besten Zugang für Patienten zur Transplantation, verfügen über gut etablierte Spendererkennungsprogramme [8]. Gemäss dem internationalen Bericht zur weltweiten Organspende- und Transplantationsaktivität 2023 der Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT) war Spanien weltweit führend in Bezug auf die Zahl der Verstorbenenspenden mit absolut 2346 Spendern / Jahr, entsprechend 48,9 Spendern / 1 Mio. Einwohnern, die Schweiz zeitgleich mit absolut 200 / Jahr, entsprechend 23 Spendern / 1 Mio. Einwohnern [9].

Weltweit stellen Spenden nach DBD den grössten Anteil der Verstorbenenspenden dar, wobei der Anteil an Spenden nach DCD stetig zunimmt und in der Schweiz 2024 bereits die Hälfte aller Spenden ausmachte [10].

Der Leitfaden der Weltgesundheitsorganisation WHO zur Verstorbenenspende («WHO Critical Pathway for Deceased Donation») hat sich in der alltäglichen Praxis als geeignetes Hilfsmittel für die Spendererkennung bewährt. Der Vorteil des Leitfadens besteht darin, dass einheitliche Begriffsklärungen und Prozessbeschreibungen verwendet werden, die sowohl die Spende nach DBD wie auch DCD umfassen (s. Abb. 1) [8].

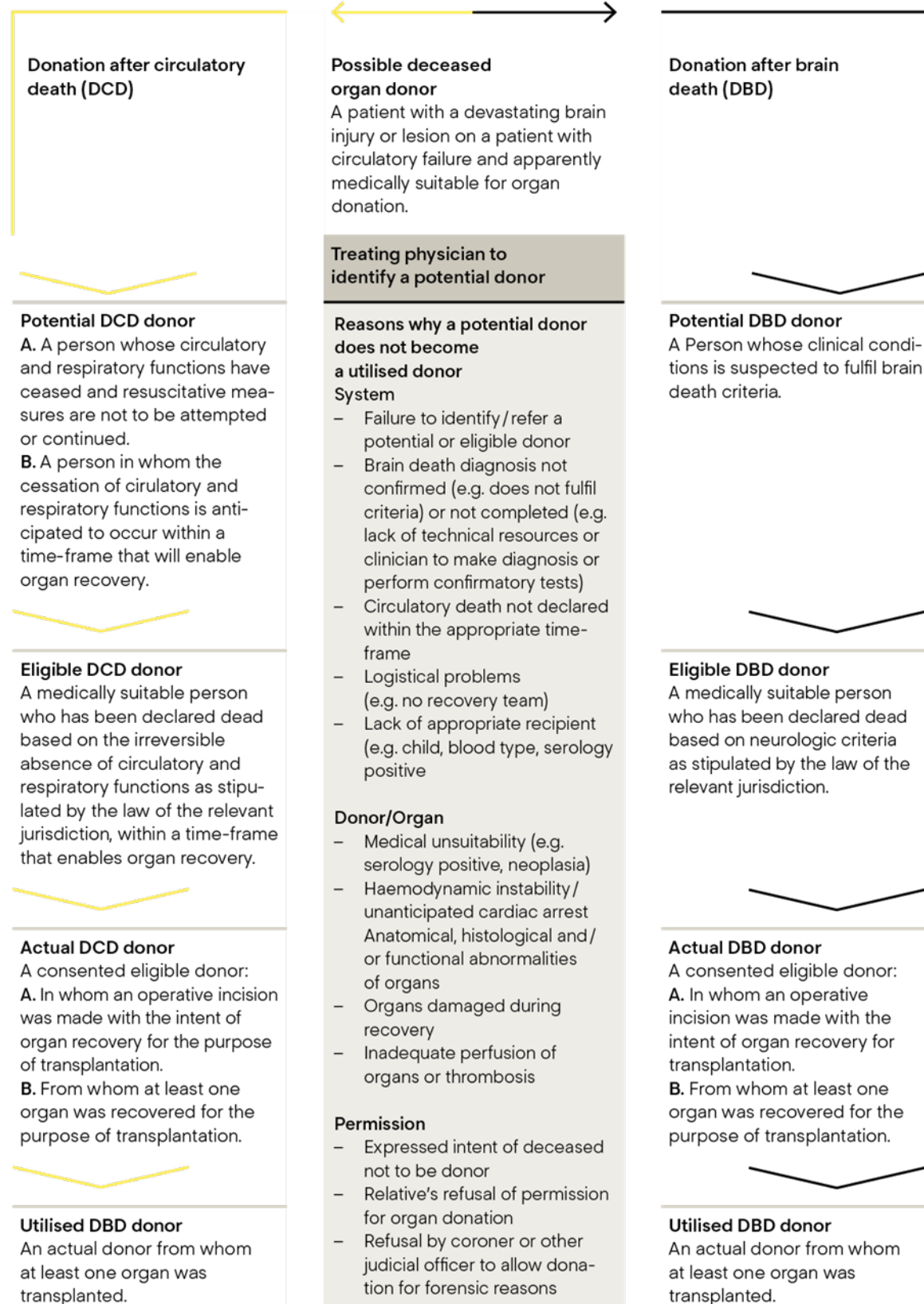


Abbildung 1: WHO Leitfaden zur Verstorbtenenspende adaptiert nach [8]

4.2 Erkennung möglicher Spender

Die Erkennung eines möglichen Spenders kann prinzipiell auf jeder **Abteilung eines Spitals** erfolgen, z.B. der Notfallstation, Bettenabteilung Innere Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Pädiatrie usw. Der Geltungsbereich dieser vorliegenden Empfehlungen erstreckt sich aber insbesondere – aufgrund der erhöhten Inzidenz von Patienten mit infauster Prognose – an alle **Intensiv- und Notfallstationen**.

Ein möglicher Spender ist ein Patient mit einer infausten Prognose, d.h. mit aussichtsloser oder unwirksamer Therapieoption, der entweder durch eine Hirnschädigung bzw. eine Hirnerkrankung oder durch einen anhaltenden Herz-Kreislaufstillstand und den Ausfall der respiratorischen Funktion versterben wird und bei dem **keine Kontraindikation** zu einer Organspende vorliegt.

Es liegt in der Verantwortung des Behandlungsteams, mögliche Spender zu erkennen und die Verlegung auf die Intensivstation zu veranlassen. Eine fachkompetente intensivmedizinische Behandlung ist unerlässlich, um allenfalls eine Organ- und Gewebespende zu ermöglichen respektive den Willen des Patienten in Erfahrung zu bringen.

In den jeweiligen Spitälern sind FOGS verantwortlich, dass dem Behandlungsteam die Prozesse der Spendererkennung bekannt sind und bieten entsprechende Unterstützung wie zuvor erläutert.

4.2.1 Kriterien für die Erkennung möglicher DBD-Spender

Ein möglicher DBD-Spender ist ein Patient mit einer irreversiblen Hirnschädigung, bei dem eine Spende in Erwägung gezogen wird. Die wichtigsten Kriterien für die Erkennung eines DBD-Spenders sind die folgenden:

- Infauste Prognose mit aussichtsloser oder unwirksamer Therapie
- Irreversible Hirnschädigung oder tiefes Koma bekannter Ursache
- Klinische oder radiologische Hinweise, dass der Patient hirntot ist oder dass der Hirntod in den folgenden 48 Stunden nach der Zustimmung zur Organspende eintreten kann
- Keine Kontraindikation für eine Organspende

Tritt bei einem möglichen **DBD-Spender 48 Stunden** nach der Zustimmung zur Organspende der Hirntod nicht ein, ist er in der Folge ein möglicher DCD-Spender.

4.2.2 Kriterien für die Erkennung möglicher DCD-Spender

Ein möglicher DCD-Spender der Maastricht-Kategorie III ist ein Patient mit einer festgelegten Therapiezieländerung zur Palliation und einer geschätzten Sterbezeitwahrscheinlichkeit von weniger als 120 Minuten nach Beendigung der lebenserhaltenden Massnahmen (inkl. Extubation).

Die wichtigsten Kriterien für die Erkennung eines DCD-Spenders sind die folgenden:

- Infauste Prognose
- Festgelegte Therapiezieländerung zur Palliation
- Hohe Sterbezeitwahrscheinlichkeit (der Herz-Kreislaufstillstand wird innert 120 Minuten nach Therapierückzug erwartet)
- Keine Kontraindikation für eine Organspende

4.2.3 Kontraindikationen für eine Organspende

Für eine Organspende bestehen die folgenden Kontraindikationen:

- Neugeborene < Alter 28 Tage respektive < postmenstruelles Alter 44 Wochen
- **Therapierefraktäre** systemische Infektionen oder Infektionen unbekanntes Ursprungs
- Bestimmte degenerative Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNSs)
z.B. Tollwut, Prionen Erkrankung etc.
- Aktive Leukämien, Lymphome oder Plasmazytome

Im Hinblick auf **bösartige Neubildungen** ist heutzutage eine **sehr differenzierte** Herangehensweise erforderlich. Im Grundsatz können zwar bösartige Neubildungen in immunsupprimierte Organempfänger übertragen werden von Spendern mit einem bekannten oder unbekanntem bösartigen Tumorleiden, aber dieses Risiko ist klein bei sorgfältiger Spenderauswahl (nur ca. 0,05 % der Organempfänger entwickeln ein vom Spender übertragenen Tumor) [13]. Eine onkologische Vorgeschichte – oder unter bestimmten Umständen sogar ein aktives Tumorleiden – stellt daher keine absolute Kontraindikation dar. Das zu erwartende Risiko einer Tumorübertragung ist vorsichtig abzuwägen in Hinblick auf den Benefit einer möglichen Transplantation. Fortschritte in der Medizin und neuere Erkenntnisse erlauben eine liberalere Einschliessung von Spendern mit Neubildungen, insbesondere bei lokal-regional begrenzten Tumoren im frühen Stadium, gegebenenfalls ist eine übertragene Neoplasie im Empfänger sogar behandelbar. Eine **besondere Vigilanz** bezüglich der Erkennung bösartiger Neoplasien beim Spender sollte aber gewährleistet sein. In diesem Zusammenhang ist die detaillierte medizinische Spenderanamnese sehr wichtig, zusätzlich Laboruntersuchungen inklusive Tumormarker, wobei ein routinemässiges Tumormarker-Screening als **nicht** zielführend erachtet wird [13]. Bildgebende Verfahren sollten sorgfältig eingesetzt werden inklusive CT-Bildgebung von Thorax, Abdomen und Becken. Eine Gewebebiopsie bei der Organentnahme kann helfen, ein bösartiges Tumorleiden auszuschliessen. Während der Organentnahme soll eine Inspektion aller intrathorakalen und intraabdominalen Organe erfolgen (inklusive der nicht für eine Transplantation vorgesehenen Organe).

Die bisher publizierten Empfehlungen klassifizieren Tumorleiden anhand des wahrscheinlichen Transmissionsrisikos, wobei diese Empfehlungen auf Literaturangaben, Registerdaten und Expertenmeinungen beruhen und international unterschiedlich bewertet werden. Allgemein gilt, dass Organspender mit kurativ behandelten Tumorleiden mit entsprechender sorgfältiger Tumornachsorge und zeitlich gut dokumentierter kompletter Tumorfreiheit für gewissenhaft ausgewählte Empfänger akzeptabel sind. Bezüglich der Freiheit eines Tumorrezidivs gibt es international keinen Konsensus, er variiert zwischen > 5 oder > 10 Jahren je nach Tumortyp und Tumorstadium [13].

Primärtumoren im Zentralnervensystem (ZNS) repräsentieren bis zu 1,5 % der Todesursachen bei Organspendern [13]. Die zwei wichtigsten Faktoren bei der Beurteilung von ZNS-Tumoren in Hinblick auf ihr Übertragungsrisiko im Rahmen einer Organspende sind 1.) der histologisch festgelegte WHO Grad des ZNS-Tumors und 2.) jegliche Tumorintervention (Chirurgie, Shunt, Chemo- und / oder Radiotherapie). Generell gilt, je höher der Tumorgrad und je mehr Interventionen, desto höher das Übertragungsrisiko [13]. Eine 2023 publizierte Studie aus England konnte jedoch zeigen, dass das Risiko einer Tumorübertragung bei Transplantationen von verstorbenen Spendern mit primären Hirntumoren geringer ist als bisher angenommen, selbst bei Spendern, die als risikoreicher gelten. Bei 778 transplantierten Organen von 282 verstorbenen Spendern mit primären Hirntumoren, darunter 262 mit hochgradigen Hirntumoren, konnte keine Übertragung nachgewiesen werden [14].

Beim **malignen Melanom** ist eine 74 %ige Übertragungsrate und eine 60 %ige Sterberate bei Empfängern gezeigt worden [13]. Publierte Daten sind nach wie vor unzureichend, so dass immer noch von einer hohen Transmissionsrate beim malignen Melanom auszugehen ist. In Anbetracht dieser Tatsache wird ein oberflächlicher Tumor mit einer Tumordicke

< 1,5mm nach kurativer Tumorresektion und eine Rezidivfreiheit von > 10 Jahren als ein akzeptables Risiko mit niedriger Übertragungsrate für den Empfänger angesehen.

- Keine Kontraindikation besteht bei:
 - Primäres Basalzellkarzinom der Haut
 - – Gebärmutterhalskarzinom in situ
 - Lokaler, klar umschriebener Tumor geringer Malignität
z.B. Nierenzellkarzinom < 2 cm

In unklaren Fällen sollte daher immer bei Swisstransplant zwecks Spenderabklärung gefragt werden, **bevor** ein möglicher Spender kategorisch ausgeschlossen wird. Hierfür steht das **Donor Evaluation Tool** (DET) zur Verfügung, das die rasche Einholung einer fachlichen Einschätzung zur Spendeignung durch den Medical Advisor von Swisstransplant ermöglicht. Die Medical Advisor haben Kenntnis über die sich stets im Wandel befindlichen medizinischen Ausschlusskriterien und kennen ebenso die Situation auf der nationalen Warteliste (braucht eine Patientin oder ein Patient dringend ein lebensrettendes Organ, so sind die Transplantationszentren auch bereit, gewisse Zusatzrisiken einzugehen, da sonst die Patientin oder der Patient verstirbt).

Ausserdem sind folgende generelle Punkte zu beachten:

- Fortgeschrittenes Alter ist keine Kontraindikation für eine Organspende.
- Hepatitis C Virus (HCV): HCV Antikörper-positive und PCR-negative Spender können Organe an HCV-Antikörper-negative Empfänger spenden. Organe von HCV-Antikörper- und PCR-positiven Spendern dürfen Empfängern mit Dringlichkeitsstatus transplantiert werden. In beiden Fällen muss der Empfänger vor der Transplantation sein schriftliches Einverständnis geben.
- Hepatitis B Virus (HBV): HBV-Antikörper-positive und HBsAg-negative Spender dürfen Organe an HBV-Antikörper-negative Empfänger spenden. Der Empfänger muss vor der Transplantation sein schriftliches Einverständnis geben.
- Humanes Immundefizienz-Virus (HIV): Organe dürfen transplantiert werden, sofern auch beim Empfänger das Testergebnis reaktiv auf HIV ist. Der Empfänger muss vor der Transplantation sein schriftliches Einverständnis geben.

Es wird in **allen unklaren Fällen** empfohlen, bei Swisstransplant via **Donor Evaluation Tool** eine Spenderevaluation vornehmen zu lassen.

Die Entscheidung, ob ein Patient medizinisch für eine Organ- und / oder Gewebespende geeignet ist, obliegt Swisstransplant.

4.3 Eröffnung eines SOAS-Eintrages

Der Zeitpunkt der Eröffnung eines SOAS-Eintrags unterscheidet sich nach Art der Spende.

4.3.1 DBD-Spender

Bei einer DBD-Spende wird der SOAS-Eintrag nach der Hirntoddiagnostik und nach der Einwilligung in eine Organspende durch den Spender oder die Angehörigen eröffnet (s. Modul 2: «Angehörigenbetreuung und Kommunikation»). Beim Spender handelt es sich nun um einen qualifizierten DBD-Spender.

Ein **qualifizierter DBD Spender** ist eine Person, die medizinisch gesehen für eine Organspende in Frage kommt (transplantierbare Organe, keine Kontraindikation) und bei der der Hirntod gemäss geltenden Richtlinien diagnostiziert wurde.

4.3.2 DCD-Spender

Bei einer DCD-Spende wird aus logistischen Gründen der SOAS-Eintrag vor der Therapiezieländerung zur Palliation und vor der Todesfeststellung erstellt. Auch hier muss die Einwilligung des Spenders oder der Angehörigen in eine Organspende vorliegen, bevor ein Spender-Eintrag im SOAS eröffnet wird. Bei dem Spender spricht man zum Zeitpunkt des SOAS-Eintrages nach wie vor von einem potenziellen DCD-Spender.

Ein **potenzieller DCD-Spender** ist ein Patient, dessen Herzkreislauffunktion und respiratorische Funktion sistiert haben und Reanimationsmassnahmen nicht zum Einsatz kommen oder ein Patient, bei dem der Ausfall der Herz- und Kreislauffunktion und der respiratorischen Funktion nach Therapierückzug in einem definierten Zeitintervall eintritt, in dem eine Wiederaufnahme der Organfunktion im Empfänger möglich ist.

4.4 Verlegung potenzieller Spender

Wenn aufgrund der strukturellen Gegebenheiten des Spitals eine Organentnahme vor Ort nicht möglich ist, wird der Patient (potenzieller DBD- oder DCD-Spender) mit Einverständnis der Angehörigen in ein Entnahmespital verlegt.

Weitere Informationen hierzu: Siehe Modul 8 «Transportlogistik».

Autoren

Mitwirkende Fachpersonen ab erster Auflage (alphabetisch)

- Prof. Dr. med. Christian Benden
- Dr. med. Christian Brunner
- Dr. med. Edith Fässler
- PD Dr. med. Franz Immer
- Dr. med. Nathalie Krügel
- Dr. med. Renato Lenherr
- Dr. med. Mathias Nebiker
- Vera Nobs
- Dr. med. Deborah Pugin
- Juliane Skierka
- René Waser

Referenzen

- [1] Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, SR 101 vom 08. April 1999, Stand März 2024
- [2] Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz); SR 810.21 vom 8. Oktober 2004; Stand Februar 2021
- [3] Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung), SR 810.211 vom 16. März 2007, Stand September 2023
- [4] Verordnung über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung), SR 810.212.4 vom 16. März 2007, Stand Januar 2024
- [5] Verordnung des EDI über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung EDI), SR 810.212.41 vom 02. Mai 2007, Stand April 2024,
- [6] Übereinkommen des Europarats gegen den Handel mit menschlichen Organen, SR 0.810.3, Stand August 2025
- [7] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Medizinisch-ethische Richtlinien. Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme; 2017
- [8] European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM), Guide to the quality and safety of organs for transplantation, 9th edition; 2025
- [9] Organ Donation and Transplantation Activities 2023 Report. Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT), <https://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2025/02/2023-data-global-report-20022025.pdf>
- [10] Swisstransplant. Jahresbericht 2024
https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2024_DE.pdf
- [11] Greenhall G., Rous B., Robb M., et al. Organ Transplants from deceased donors with primary brain tumors and risk of cancer transmission. *Fama Surg.* 2023; 158(5): 504 - 513

Änderungen

Datum	Version	Änderungen
März 2026	3.0	Kapitel 3.2.3.: Änderungen bei der Hirntoddiagnostik von Säuglingen/Kindern rückgängig gemacht. Die revidierte SAMW-Richtlinie zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen ist noch nicht in Kraft, aktuell gültig ist die Fassung vom 16.05.2017.
Februar 2026	2.0	Zusammenführung des bisher in zwei Teilen (Modul 1 Basisversion + Modul 1 SOP) vorliegenden Inhaltes Titel des Moduls angepasst. Ganzes Modul: Neue Kapitelstrukturierung und der besseren Lesbarkeit dienliche Änderungen/Korrekturen Kapitel 2.2: Weitergehende Informationen zu Swisstransplant, den Organspendenetzwerken und dem CNDO entfernt, dafür auf das entsprechende Kapitel im neuen Modul 12 verwiesen. Kapitel 3.3: Maastricht-Klassifikationstabelle entfernt da bereits in Modul 9 vorhanden. Subkapitel über Kosten im Organspendeprozess entfernt da neu in Modul 12 erwähnt. Kapitel 4.1: Einleitung gekürzt und mit den neusten verfügbaren Zahlen aktualisiert. Kapitel 4.2.2: DCD Schemata entfernt da neu in Modul 9 integriert. Kapitel 4.4: Informationen zur Verlegung potenzieller Spender gekürzt, dafür auf Modul 8 verwiesen. Referenzen: Aktualisiert
Februar 2023	1.1	Korrektur
Dezember 2020	1.0	Ersterstellung

Swisstransplant
Effingerstrasse 1
3011 Bern
T: +41 58 123 80 00

info@swisstransplant.org
www.swisstransplant.org