

Behandlung potentieller Organspender im Präfinalstadium: Ethische Fragen

Einleitung

Die Transplantationsmedizin, der unzählige Menschen ein "neues Leben" verdanken, wirft eine Reihe ethischer und rechtlicher Fragen auf. Diese offen zu diskutieren und gut begründete, gesellschaftlich akzeptable Antworten zu finden, ist unumgänglich – nicht zuletzt, um diesen segensreichen Bereich moderner Medizin vor Misstrauen und Missverständnissen zu schützen.

Zu den bekanntermaßen strittigen Fragen gehören die Regelung zum Einverständnis bei der postmortalen Spende (Zustimmung oder Widerspruch?), die Zuteilungskriterien für die stets knappen Organe oder die Zulässigkeitsgrenzen für Lebendspenden. In allen diesen Punkten hat Deutschland seit 1997 mit dem Transplantationsgesetz Festlegungen getroffen, welche die gegenwärtige Praxis bestimmen und allen Beteiligten weitgehende Rechtssicherheit geben – auch wenn die ethischen Debatten anhalten.

Daneben aber gibt es einige weitere ethische Fragen, deren breitere öffentliche Diskussion manche Experten scheuen, weil sie befürchten, Ansehen und Vertrauenswürdigkeit der Organtransplantation könnten darunter leiden. Und doch spricht alles dafür, auch diese Probleme transparent zu machen und offen zu debattieren – wie sonst könnten Bürger, Patienten und Angehörige zu informierten Spendern, Nichtspendern oder Empfängern von Organtransplantaten werden? Wie sonst könnten befriedigende Lösungen gefunden und das allgemeine Vertrauen in die Transplantationsmedizin noch erhöht werden? Zu jenen Fragen gehören international vor allem drei, die das genauere Zusammenspiel von Sterben und Organspenden betreffen. Dabei geht es (a) um die ethische Zulässigkeit von Organentnahmen wenige Minuten nach einem finalen Herzstillstand (*non heart beating donors*: NHBDs); (b) um die ethische Zulässigkeit von Wiederbelebungsmaßnahmen nach Herzstillstand außerhalb der Intensivstation zum Zwecke einer Hirntoddiagnostik und ggf. anschließender Organspende; (c) um die ethische Zulässigkeit zusätzlicher organprotektiver Maßnahmen bei präfinalen potentiellen Spendern unter bereits laufender intensivmedizinischer Behandlung.

Die NHBD-Thematik (a) wird hierzulande kaum ernsthaft diskutiert und die Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer sieht dafür auch keinen Bedarf (1): Zudem schließt

♦ Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universitätsklinikum Münster (UKM): Prof. Dr. Schöne-Seifert

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, UKM: Prof. Dr. med. Prien

Allgemeine Pädiatrie, UKM: Dr. med. Rellensmann

Ärztlicher Direktor, UKM: Prof. Dr. med. Roeder

Klinik und Poliklinik für Transplantationsmedizin, UKM: Prof. Dr. med. Schmidt

das Deutsche Transplantationsgesetz (TPG) eine Organentnahme *ohne* festgestellten Hirntod strikt aus, weswegen NHB-D-Patienten als Spender rechtlich gar nicht in Frage kommen.¹ Um hier eine andere Handhabe zu begründen, wie dies in zunehmend vielen Ländern geschieht,² gibt es zwei mögliche Strategien: Entweder muss man das herkömmliche Todesverständnis revidieren, so dass auch NHB-Patienten nach eingetretenem und akzeptiertem, aber rein *potentiell* noch reversiblen Herzstillstand als Tote gelten (vgl. 3). Oder man muss die Unverbrüchlichkeit der Regel in Frage stellen, dass eine Organspende am Lebensende ausschließlich bei Toten, nicht aber bei Sterbenden erfolgen darf.³ Es sind genau diese heiklen und schwierigen Fragen, die in der internationalen NHB-D-Debatte kontrovers diskutiert werden (vgl. 2, 6, 7).

Demgegenüber berühren Fragen (b) und (c) ethisch etwas weniger fundamentale Themen, sind aber gleichwohl brisant und praxisrelevant. In beiden Fragen geht es – in unterschiedlichen Konstellationen – darum, ob man Patienten mit infauster Prognose mit Blick auf eine mögliche Organspende *anders* behandeln darf, als man es ohne diese Perspektive täte. Das TPG lässt diese Problematik unerwähnt.

In Frage (b) geht es um – in der Regel terminal erkrankte - Patienten, die außerhalb der Intensivstation einen Herzstillstand erleiden (*uncontrolled cardiac death*) und die man normalerweise würde sterben lassen, weil eine Reanimation ihrem erklärten oder mutmaßlichen Willen widerspräche bzw. nicht in ihrem eigenen besten Interesse läge.⁴ Eine Organspende zu realisieren würde (sieht man von der hierzulande illegalen NHB-D-Spende ab) bedeuten, dass die Patienten *nur zu diesem Zweck* versuchsweise reanimiert und im Erfolgsfall auf eine Intensivstation verlegt und beatmet würden, um dort bei drohendem Hirntod einer entsprechenden Diagnostik und ggf. einer Organentnahme zugeführt zu werden. Eine solche Kaskade aufwendiger nicht-therapeutisch motivierter Maßnahmen ließe sich ethisch allenfalls dann in Erwägung ziehen, wenn die betroffenen Patienten sie im Vorfeld ganz konkret und ausdrücklich gewünscht oder verfügt hätten – ein kaum realistischer Fall. Unter allen anderen denkbaren Umständen sollte der Patient in Frieden sterben dürfen. Selbst eine von ihm explizit gewünschte Organspende würde den Rückschluss auf die implizite Zustimmung zu einer derart invasiven Störung des Sterbeprozesses keinesfalls rechtfertigen. Man darf davon ausgehen, dass die Praxis in Deutschland diesen Überlegungen folgt, auch wenn das Problem kaum thematisiert wird. Das ist in anderen Ländern anders (vgl. 8).

In Frage (c) schließlich geht es um die ethische Zulässigkeit organprotektiver Maßnahmen bei potentiellen Organspendern, die auf der Intensivstation in ein präfinales Stadium eingetreten sind.

¹ Der Hirntod kann nämlich nach einem unbehandeltem Herzstillstand erst so spät (nach TPG nach frühestens drei Stunden) als sicher eingetreten gelten, dass es für eine Entnahme funktionsfähiger Organe viel zu spät wäre. Anderenfalls ist er nach den in Deutschland rechtlich maßgeblichen Vorgaben der Bundesärztekammer bei schlagendem Herzen unter intensivmedizinischer Behandlung in einem mindestens mehrstündigen Verfahren zu diagnostizieren. Dann jedoch müssten NHB-D-Patienten allein dafür erfolgreich reanimiert und anschließend beatmet werden, was bei sehr vielen von ihnen gerade nicht funktionieren würde; anderenfalls ergibt sich Frage (c) wie folgt.

² So etwa in Belgien, den Niederlanden, Großbritannien, Österreich, der Schweiz, Spanien oder den USA, wo NHB-D-Patienten – primär im Dienst eines höheren Spenderaufkommens – unter strikten Auflagen als Spender akzeptiert werden. In etlichen Zentren machen NHB-D-Spenden über 20% der postmortalen Spenden aus (2).

³ Im anglo-amerikanischen Sprachraum firmiert diese Regel als *dead donor rule* (4); sie aufzugeben wird neuerlich auch von verschiedenen Seiten in der Hirntod-Debatte gefordert, die derzeit eine durchaus kritische und prominent publizierte Renaissance erfährt (vgl. 5).

⁴ Der Maßstab des Patientenwohls bzw. besten Interesses kommt, im Einklang mit rechtlichen und ethischen Vorgaben, erst subsidiär in Entscheidungen durch Stellvertreter in Geltung.

Diese Fälle sind keineswegs ganz selten und bedürfen einer differenzierten ethischen Betrachtung und Handhabung. Hierzu soll im Folgenden beigetragen werden.

Medizinische Kontexte

Die Gruppe von Patienten, um die es hier ausschließlich geht, umfasst diejenigen mit drohendem oder mit schon vermutetem Hirntod⁵, denn nur sie können – nach Deutschem Transplantationsrecht - potentiell Organspender werden. Es handelt sich also um Patienten, die mit schweren primären oder sekundären Hirnschäden⁶ auf Intensivstationen beatmet und medikamentös behandelt werden. Rechtlich und ethisch ist vollkommen unstrittig, dass sie zunächst ausschließlich nach Maßgabe ihres eigenen medizinischen Nutzens bzw. ihres erklärten oder mutmaßlichen Willens behandelt werden müssen. Eine solche strikt *patientenzentrierte*⁷ Behandlung, wie allein sie dem ärztlichen Auftrag entspricht, kann in günstigen Fällen zu einer Besserung oder Wiederherstellung des Patienten führen. In ungünstigen Fällen aber kann man irgendwann zu der Einschätzung kommen, dass die Prognose, zumindest was ein Wiedererlangen des Bewusstseins betrifft, nach ärztlichem Ermessen aussichtslos ist, dass der Verlauf der Krankheit einen *point of no return to consciousness* erreicht hat.

In manchen dieser Fälle würde man nun – gäbe es nicht die Perspektive einer möglichen Organspende – die Entscheidung treffen, die intensivmedizinischen Maßnahmen abubrechen. Dazu kommt es insbesondere dann, wenn die betroffenen Patienten ein solches Vorgehen über eine Patientenverfügung oder eine Bevollmächtigung legitimiert haben oder es klarerweise ihrem mutmaßlichen Willen entspricht. Für eine solche *patientenzentrierte* Entscheidung zum Sterbenlassen ist es manchmal ohne Bedeutung, ob der Hirntod unter Beatmung schon (undiagnostiziert) eingetreten oder erst zu erwarten ist bzw. ob der bewusstlose Patient nach dem Einstellen intensivmedizinischer Maßnahmen primär einen Herzstillstand erleidet. Kurz: man würde auf eine Hirntoddiagnostik verzichten. Diese Konstellation nimmt absehbar dadurch an Häufigkeit zu, dass durch Patientenverfügungsgesetz und BGH-Urteile⁸ Rechtssicherheit zugunsten eines vom Patienten gewollten Therapieabbruchs hergestellt worden ist, auch wenn dieser (erst) inofgedessen stirbt.

Um aber, so nun die andere Perspektive, bei solchen Patienten eine potentielle Organspende zu realisieren, müsste mit dem Abbruch der intensivmedizinischen Behandlung *gewartet* werden – sei es, um den Hirntod erst eintreten zu lassen, sei es, um die (aufwendige) Hirntoddiagnostik durchzuführen. Zugleich würden in aller Regel eine Reihe zusätzlicher medikamentöser Maßnahmen erforderlich, um die Durchblutung und Oxygenierung der Organe und so die Chancen einer eventuellen Transplantation zu verbessern. Ja, es könnte sogar zu einem Herzstillstand kommen, der eine medikamentöse oder mechanische Reanimation erforderlich machen würde. Darüber, ob und unter welchen Umständen solche nun *spendezentriert* motivierten Maßnahmen ethisch zulässig sind, wird

5 Zu Konzept und Kriterien des *imminent brain death* vgl. (9).

6 Nach traumatischen Hirnschädigungen oder mit Hirnblutungen nach cerebrovaskulären Ereignissen oder (seltener) mit post-reanimatorischer Enzephalopathie, mit Hirntumoren oder mit schweren ZNS-Infektionen.

7 Als "patientenzentriert" wird häufig eine ganzheitliche Betrachtung und Behandlung von Kranken bezeichnet, im Gegensatz zu einer eng auf Organdysfunktionen fixierte Perspektive. Die hier betonte Unterscheidung zwischen Patientendienlichkeit und Spendedienlichkeit hebt offenkundig einen anderen Aspekt hervor, von dem wir meinen, er solle klar beim Namen genannt werden. Der Sache nach wird diese Unterscheidung im internationalen Schrifttum von zahlreichen Autoren gemacht: patients' best interests versus organ protection (vgl. etwa 8, 10).

8 §§1901a ff BGB; insbesondere BGH StR 454/09 vom 25.06.2010.

international diskutiert (vgl. 10, 11, 12, 13).

Ein Beispielfall

Ein 21-jähriger Patient wird mit einer Kopfverletzung in die Notaufnahme gebracht, nachdem ihn ein Autofahrer angefahren hat. Ein Schädel-CT zeigt eine schwere intracerebrale Blutung. Der Patient wird intubiert und medikamentös behandelt, um den Hirndruck zu erniedrigen. Wenige Stunden später zeigt ein weiteres CT des Schädels eine deutliche Größenzunahme der Blutung und eine irreversible Hirnschädigung. Klinisch zeigen sich die Pupillen des Patienten dilatiert und irreagibel auf Licht, der Blutdruck ist stabil. Diese Befunde lassen auf einen rest-aktiven Hirnstamm schließen. Die neurologische Prognose ist extrem schlecht. Die Eltern des Patienten werden ausführlich informiert und sind sich einig darüber, dass ihr Sohn unter diesen Umständen nicht hätte am Leben erhalten werden wollen.

Ob der Patient eine Organspende gewünscht hätte, müsste in einem weiteren Gespräch mit seinen Eltern geklärt und möglicherweise von diesen entschieden werden, da er selbst keinen Organspende-Ausweis bei seinen Unterlagen hat.

Um aber eine Spende überhaupt realisieren zu können, müsste die Beatmung fortgeführt und der Patient kreislaufstabilisierend behandelt werden, bis der Eintritt des Hirntods vermutet und dann diagnostisch bestätigt würde.

Was ist zu tun?

Ethische Präzisierungen und Abwägungen

Die zentrale ethische Frage in solchen und ähnlichen Fällen lautet: Darf man einen potentiellen Spender mit aussichtsloser Prognose zugunsten einer (möglichen) Organspende *anders* behandeln, als man es ohne diese Perspektive täte? Darf man Maßnahmen durchführen, die nicht dem Patienten dienen, sondern eine Organspende ermöglichen und die Organe schützen?

"Nein, keinesfalls" antworten hier viele. Man müsse die Sorge um den Patienten strikt von Spender-Überlegungen frei halten; diese dürften überhaupt erst *nach* festgestelltem Hirntod in die Behandlungsentscheidungen mit einbezogen werden. Diese auf den ersten Blick beruhigende und sympathische Haltung möchte nicht zuletzt der verbreitete Sorge begegnen, potentielle Organspender könnten zu früh oder in sonst unangemessener Weise "als Spender" behandelt und somit "als Patient" unterversorgt werden.⁹ Anderen erscheint die zitierte Auffassung unrealistisch, ethisch unplausibel und unnötig restriktiv. Sehen wir uns die jeweiligen Argumente näher und kritisch an.

Berufung auf den Patientenwillen?

Ein Standardargument dafür, dass durchaus auch *spendezentrierte* Behandlungen zulässig seien, beruft sich auf den Patientenwillen: Wer in eine Organspende einwillige, stimme zugleich auch den dafür erforderlichen Maßnahmen zu, solange diese keine Belastungen und Risiken für ihn darstellen. Diese Sicht lässt sich jedoch aus zwei Gründen kritisieren: Zum einen lässt sich nicht umstandslos *unterstellen*, jeder Organspender würde organprotektiven Maßnahmen zustimmen, von denen er ja im Zustand terminaler Bewusstlosigkeit gar nichts merken würde: mancher mag auch kleinste Eingriffe in sein Sterben für unwürdig oder pietätlos halten. Zum anderen wissen wohl die meisten Spendewilligen, zumindest in Deutschland, relativ wenig über die genaueren Zusammenhänge zwischen Organspende und Hirntoddiagnostik. Das könnte sich eines Tages ändern – näm-

⁹ Laut einer 2010 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführten Repräsentativumfrage gaben unter den Bürger *ohne* Organspendeausweis (das sind ca. 75% der Gesamtbevölkerung) etwa 33% an, sie hätten anderenfalls "Angst, dass von den Ärzten nicht mehr alles" für sie getan werde (14).

lich dank einer offenen und verständlichen Diskussion der Organspende-Umstände. Aber bis dahin scheint es problematisch, in jemandes Zustimmung zur postmortalen Organspende eine *implizite* Einwilligung in die entsprechenden Vorbereitungen zu Lebzeiten hineinzulesen.

Viel besser aber als jede *implizite* Zustimmung wäre eine *ausdrückliche* Einwilligung. Hierfür wäre es erforderlich, die vorgefertigten Formulierungen in Patientenverfügungen und Organspendeausweisen differenziert zu präzisieren. Wenn in solchen Vorausverfügungen oder durch eine Bevollmächtigung künftig klar festgelegt würde, mit welchen Maßnahmen im Vorfeld einer gewollten Organspende der Patient sich einverstanden erklärt, wäre dies eine erhebliche Verbesserung in den Bemühungen um transparente und ethisch tragfähige Entscheidungen auf der Intensivstation.¹⁰

Instrumentalisierung des Patienten?

Jemanden ausschließlich oder in sonst bedenklicher Weise für fremde Zwecke zu "benutzen" (also ohne dass er selbst dem zustimmt oder zugestimmt hat), ist ethisch strikt unzulässig. Wann aber solche Bedenklichkeit vorliegt, bedarf, unbeschadet der Pauschalität, mit welcher "Instrumentalisierungs"-Vorwürfe häufig vorgebracht werden, der genaueren Klärung. So auch im vorliegenden Zusammenhang. Solange die in Rede stehenden Maßnahmen zum einen keinerlei Belastung für den Patienten bedeuten und zum anderen im Dienste einer von ihm selbst (potentiell) gewollten Organspende stehen, scheint eine konkretere Abwägung angemessener als eine pauschale Ablehnung jedweder "fremdnütziger" Behandlung. Entsprechend wird auch in anderen medizinethischen Kontexten geurteilt.

Der Maßstab des Patientenwohls

Auch wenn eine organprotektive Versorgung oder eine Hirntoddiagnostik in den hier besprochenen Fällen nicht mehr dem medizinischen Wohl des Patienten selbst dienen, mindern sie es aber auch nicht. Das ist ethisch ein gewichtiger Aspekt, den man leicht übersieht, wenn man die fehlende Patientenzentriertheit dieser Maßnahmen kritisiert. Medikamente zur Regulierung etwa von Blutdruck, Elektrolyten oder Blutzucker schaden *als solche* dem Patienten in keiner Hinsicht. Sie bedeuten keine Belastung, werden über ohnehin laufende Infusionen verabreicht, bedeuten – auch aus der Wahrnehmung der Angehörigen – keine aufwendige Störung.

Etwas anders mag man das für eine manchmal notwendig werdende *mechanische* Reanimation einschätzen. Die dafür erforderlichen Kompressionen des Brustkorbes, das Eingreifen mehrerer Personen, die Eile und Notfallmäßigkeit dieser Prozedur geben ihr eine andere Aura, eine invasivere Symbolik, die man mit Blick auf die Pietätsvorstellungen aller Beteiligten gerechtfertigt unterlassen könnte. Das gilt unbeschadet der Tatsache, dass mechanische und medikamentöse Reanimation im Ergebnis gleichermaßen invasiv oder non-invasiv sind. Man erkennt, dass es hier Ermessensspielräume gibt, die man in Behandlungsteams, besser noch für ganze Kliniken im Voraus ausloten sollte, um eine konsensfähige einheitliche und transparente Praxis zu gewährleisten. Offenkundig empfiehlt sich die Formulierung einer entsprechenden Leitlinie oder Empfehlung.

Neben ihren unmittelbaren Auswirkungen haben Organprotektion und das Abwarten oder Diagnostizieren des Hirntods aber noch zwei mittelbare Wirkungen: sie verlängern unter Umständen das Lebensende und sie bergen ein Risiko dafür, dass sich in dieser Zeit ein persistierend vegetativer Status (PVS, Wachkoma) entwickelt. Beides muss in die ethischen Abwägungen mit einbezogen werden.

¹⁰ Eine entsprechende Debatte gab es in den USA, nachdem dort ein Mustergesetz (2006) für die Bundesstaaten vorsah, bei einer vorliegenden Zustimmung zur Organspende deren Ermöglichung (einschließlich NHBD) *prinzipiell Vorrang* vor konterkarierenden anderweitigen Verfügungen desselben Patienten zu geben. Das Gesetz wurde 2007 entsprechend abgeändert (vgl. 8).

Wieder weckt die Vorstellung, den Sterbeprozess eines Patienten "künstlich zu verlängern", nur um eine Organspende realisieren zu können, leicht falsche Intuitionen. Eine schon länger laufende Intensivtherapie bei einem tief bewusstlosen Patienten noch einige Stunden oder Tage weiterzuführen, hat wenig mit den abschreckenden Szenarien gemein, in denen ein Sterbender, der bei Bewusstsein ist, noch in der letzten Phase seines Lebens sinnlosen Eingriffen unterzogen wird. Auch werden Entscheidungen zum Einstellen lebenserhaltender Intensivmedizin in aller Regel über einen längeren Zeitraum getroffen. Dennoch lehnen vermutlich einzelne Angehörigen und Patienten *jede* spendezentrierte Lebensverlängerung als pietätlos ab. Sie müssen das Recht dazu haben, müssen also verstehen, wozu sie einwilligen und was sie unterbinden wollen.

Ein gravierendes Problem der *spendezentrierten* Lebensverlängerung liegt aber darin, dass sie in seltenen Fällen zur Ausbildung eines PVS führen kann, in dem der Patient erneut selbstständig atmen und schlucken kann, ohne sein Bewusstsein zurück zu erlangen. Diesen Zustand schwerster neurologischer Schädigung und vollständiger Pflegebedürftigkeit wollen gewiss etliche Patienten und Angehörige keinesfalls akzeptieren und ein entsprechendes Risiko nicht eingehen. Nun ist es grundsätzlich rechtlich wie ethisch genauso zulässig, einen PVS-Patienten aufgrund eindeutiger eigener Verfügungen oder aufgrund eines evidenten mutmaßlichen Willens sterben zu lassen, wie dies bei einem beatmeten Intensivpatienten jenseits des *point of no return* zulässig ist. Doch die übliche Verfügung "keine Intensivmedizin bei schwerster neurologischer Schädigung" würde hier nichts ausrichten, weil PVS-Patienten keiner Intensivmedizin mehr bedürfen. Patienten, Betreuer und Bevollmächtigte müssten wissen, welche Risiken bestehen, um diese ablehnen oder ihnen begegnen zu können.

Ohne gemeinsam getragene Verantwortung sollten Ärzte diese Risiken nicht eingehen. Abhängig von den konkreten Umständen des Einzelfalls werden sie daher eine entsprechende Risikoprognose erheben und gegebenenfalls auf eine Organspende verzichten.

Rechtzeitige Klärung der Spende-Perspektive

Wann immer eine Hirntoddiagnostik, wie oben ausgeführt, für die *patientenzentrierten* Therapieentscheidungen nicht mehr erheblich ist, sollte sie nur bei einer realistischen Spendeperspektive durchgeführt werden. Das gilt erst recht, wenn das Eintreten des Hirntodes erst abgewartet werden soll. Das bloße Fehlen einer bereits bekannten *Spendeablehnung* reicht hier nicht aus; vielmehr sollte bereits geklärt sein, dass Patient oder Angehörige eine Organspende autorisiert oder befürwortet haben bzw. in Erwägung ziehen. Anderenfalls gäbe es keine zureichende Rechtfertigung dafür, das Sterben des Patienten hinauszuzögern.

Während es lange als ethisch und psychologisch richtige Praxis galt (das TPG schweigt dazu), mit den Angehörigen erst *nach* Beginn oder gar Abschluss der Hirntoddiagnostik über die Frage einer Organspende zu reden,¹¹ scheint dies also in den hier diskutierten Fällen nicht mehr vertretbar. Vielmehr sollten sie nun im Voraus über die Gründe für eine mögliche Hirntoddiagnostik informiert werden und sich darüber klar werden, ob sie diese als Vorbereitung einer intendierten (oder zumindest erwogenen) Organspende vom Patientenwillen gedeckt sehen und befürworten.

Diese Gespräche sind gewiss nicht immer leicht. Aber das sind die Fälle, in deren Kontext sie anstehen, ohnehin nicht – geht es hier doch immer um komplexe Überlegungen zum Sterbenlassen bei schwersten neurologischen Schädigungen. Die hierfür erforderlichen Angehörigengespräche verlangen für sich bereits ein hohes Maß an Einfühlsamkeit und kommunikativer Kompetenz. Die Spendeperspektive mit einzubeziehen, wenn die Entscheidung zum Therapieverzicht reift, dürfte

¹¹ So sind auch die Empfehlungen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (14) zu verstehen.

hier nicht die höchste Hürde sein. Und wer verstehen lernen muss, dass der Tod auf der Intensivstation immer häufiger eine Frage rechtlich zulässiger und ethisch fundierter *Entscheidungen* ist, kann auch verstehen, dass *spendezentrierte* Überlegungen jenseits des *point of no return* ethisch legitim, ja zum Teil erforderlich sind. Das gilt für Ärzte und Pflegekräfte wie für Angehörige.

Leitlinien-Entwurf des Universitätsklinikums Münster¹²

- A. Alle Patienten müssen nach geltendem Recht und einhelligem ethischen Urteil – im Rahmen dessen, was unser medizinisches Versorgungssystem erreichen kann – bis zu ihrem Tod nach Maßgabe ihrer eigenen Einwilligung, ihrer eigenen Würde und ihres eigenen Wohlergehens behandelt werden. Wir nennen dies die *patientenzentrierte* Ausrichtung der Behandlung. Sie kann im Einzelfall Anlass zu durchaus schwierigen Interpretationen und Abwägungen geben; doch niemals dürfen die Interessen eines Patienten denen eines Dritten geopfert werden. Das gilt ausnahmslos auch für Patienten, die mögliche oder sichere Organspender sind.
- B. Solange also für einen Patienten eine Chance auf Heilung, Besserung oder Weiterleben besteht, die er selbst (mutmaßlich) würde ergreifen wollen, spielen Organspende-Aspekte bei seiner Behandlung keine Rolle. Beatmete und hirngeschädigte Patienten auf der Intensivstation werden ebenso *patientenzentriert* behandelt wie Patienten mit einem Herzstillstand außerhalb der Intensivstation: bis auf sehr wenige Ausnahmen geht es allein um ihre eigenen Rettungs- oder Heilungschancen.
- C. Patienten, die außerhalb von Intensivstationen an einem Herzstillstand versterben, kommen als Organspender nicht in Frage: *Ohne* Hirntoddiagnostik ist dies rechtlich nicht erlaubt und eine Reanimation allein zum Zweck einer anschließenden Hirntoddiagnostik halten wir für ethisch unzulässig.
- D. Bei manchen Patienten, die beatmungspflichtig und hirngeschädigt auf der Intensivstation behandelt werden, kommt es trotz bester *patientenzentrierter* Therapie zu keiner Besserung ihres Zustands und stellt sich die Prognose hinsichtlich ihrer Überlebenschancen oder hinsichtlich ihrer neurologischen Situation als hoffnungslos dar. Bei diesen Patienten muss, nach Maßgabe entsprechender Patientenverfügungen, ihres mutmaßlichen Willens oder ihres bestverstandenen Wohls (also gleichfalls *patientenzentriert*) eine Änderung des Therapieziels erwogen werden.
- E. Unter diesen sich nicht bessernden, beatmungspflichtigen und schwerst hirngeschädigten Patienten befinden sich (11 a) Patienten mit stabil erhaltenen cerebralen Restfunktionen, und (b) solche, bei denen sich klinisch der Verdacht einstellt, sie seien bereits hirntot oder es sei mit dem Eintreten des Hirntods zu rechnen. Für diese zweite Gruppe stellt sich nicht nur die Frage nach der Durchführung einer Hirntod-Diagnostik, sondern unter dieser Perspektive nun auch die Frage einer möglichen Organspende.
- F. Die Hirntoddiagnostik, die den klinischen Verdacht in aller Regel bestätigt, für eine eindeutige Diagnose aber unerlässlich ist, wird in einem streng formalisierten Verfahren nach den Richtlinien der Bundesärztekammer durchgeführt und kann bis zu mehreren Tagen dauern. Die Motivation zu einer formalen Hirntoddiagnostik ist oft primär *patientenzentriert* (da die Behandlung bei nicht hirntoten Patienten weitergeführt würde), manchmal aber auch aus dieser Perspektive entbehrlich. Letzteres ist dann der Fall, wenn entschieden wurde, den Patienten bei aussichtsloser Prognose aufgrund seines erklärten oder mutmaßlichen Willens sterben zu lassen. Dies würde normalerweise durch Einstellen der Intensivtherapie einschließlich der künstlichen Beatmung realisiert, *ohne* eine Hirntoddiagnostik abzuwarten.

¹² Dieser Leitlinien-Vorschlag wurde von einem interdisziplinären Arbeitskreis Organspende UKM in mehreren Sitzungen zwischen 2008 und 2010 erarbeitet. Mitglieder dieses Arbeitskreises waren außer den Autoren: Prof. Dr. med. Hugo van Aken, Dr. med. Rainer Dziewas, Prof. Dr. Gerd Fasselt, Prof. Dr. jur. Thomas Gutmann, PD Dr. med. Klaus Hahnenkamp, Dr. med. Ekkehard Hilker, Dr. med. Markus Holling, Prof. Dr. med. Dr. phil. Fritz Alois Muthny, Pfarrer Frank Neumann, Pfarrer Friedrich Pankoke, Prof. Dr. med. Hermann Pavenstädt, Prof. Dr. med. Michael J. Raschke, Diplom-Pflegewirt Michael Rentmeister, Prof. Dr. med. Hans H. Scheld, PD Dr. med. Christoph Schmidt, Prof. Dr. med. Norbert Senninger, Dr. med. Gerda Silling, Prof. Dr. med. Jürgen Sindermann, PD Dr. med. Matthias Stelljes, Prof. Dr. med. Barbara Suwelack, Prof. Dr. med. Walter Stummer, Dr. med. Jörg Stypmann, PD Dr. med. Constantin Uhlig, PD Dr. med. Karsten Wiebe, Dr. med. Johannes Wölfer und PD Dr. med. Heiner Wolters.

- G. Aber auch eine Hirntoddiagnostik, die mit Blick auf die realistische Möglichkeit einer Organspende abgewartet und durchgeführt wird, ist ethisch grundsätzlich vertretbar. Dasselbe gilt - solange sie den Patienten nicht belasten oder in seiner Würde verletzen – auch für die kurzfristige Lebensverlängerung und die organprotektiven Maßnahmen, die damit einhergehen können.
- H. Allerdings besteht für manche Patienten ein geringes Risiko, durch die Fortsetzung der intensivmedizinischen Versorgung im Vorfeld der Hirntoddiagnostik in den Zustand eines dauerhaften Komas zu geraten. Da dessen Herbeiführung in aller Regel als eine massive Beeinträchtigung des Patientenwohls angesehen wird, würde man in solchen Fällen auf jede Verlängerung der Intensivtherapie verzichten. Dieser Verzicht würde sich auch auf das Abwarten und Veranlassen der Hirntoddiagnostik als notwendiger Voraussetzung einer Organspende erstrecken – es sei denn, eine Patientenverfügung lege anderes fest. Auch dies ist eine *patientenzentrierte* Entscheidung, die – basierend auf der gewissenhaften ärztlichen Einschätzung des Schädigungsrisikos - für den konkreten Einzelfall zu treffen ist.
- I. Gespräche mit den Angehörigen darüber, ob der Patient seine Organe spenden würde (Ausweis, frühere Willensäußerungen, Anzeichen für seinen mutmaßlichen Willen), müssen behutsam und einfühlsam geführt werden. Wo eine Hirntoddiagnostik nur mit Blick auf eine Organspende unternommen wird, ist *zuvor* sicherzustellen, dass eine Spende tatsächlich eine realistische Option ist. Anlass für solche Gespräche ergibt sich für die behandelnden Ärzte bereits dann, wenn deutlich wird, wie hoffnungslos die Prognose ist. Wo die Hirntoddiagnostik primär im Dienst *patientenzentrierter* Therapieentscheidungen erfolgt, ist spätestens zu ihrem Beginn ein Angehörigengespräch über potentielle Organspenden angebracht.
- J. Wann immer eine Hirntoddiagnostik mit der Perspektive einer potentiellen oder realistischen Organspende vorgesehen ist, ist es ethisch legitim, bei der medizinischen Weiterversorgung des Patienten zu berücksichtigen, dass seine Organe zwischenzeitlich keinen Schaden nehmen sollten, der ihre spätere Funktionsfähigkeit beeinträchtigen könnte. Eine solche Organschädigung zu verhindern, liegt nicht nur im Interesse des Empfängers, sondern entspricht grundsätzlich auch der Absicht einer Organspende. Da jedoch die Frage einer Organspende in den hier diskutierten Fällen gerade noch offen sein kann und da überdies eine mutmaßliche Zustimmung zum Organschutz nicht pauschal für alle organprotektiven Maßnahmen unterstellt werden darf, gibt es hier einen gewissen Ermessensspielraum, den wir eng auszulegen empfehlen. Gewiss sind organprotektive Maßnahmen dann rechtlich und ethisch zulässig, wenn sie den Patienten in keiner Weise zusätzlich belasten und nicht als würdevollverletzend oder pietätlos angesehen werden. Wir nennen dies eine *maßvolle Organ-Protektion*. Hier zu zählen wir die Fortführung der Intensivtherapie mit Verabreichung von Blutpräparaten oder Medikamenten zur Stabilisierung und Wiederherstellung vitaler Organfunktionen, namentlich zur Behandlung zirkulatorischer, endokriner und metabolischer Probleme im Vorfeld der anstehenden Hirntoddiagnostik. Hingegen würden wir in aller Regel* eine mechanische Reanimation nicht dazu rechnen. Die Fortführung einer rein spendezentrierten Intensivtherapie sollte in der Regel auf drei Tage begrenzt werden.
- K. Wenn bei einem Patienten der Hirntod festgestellt wurde, ist endgültig die Frage zu klären, ob seine Organe entnommen werden dürfen und sollen. Trifft dies zu, müssen, das ist aus ethischer und rechtlicher Sicht unstrittig, alle medizinisch erforderlichen organprotektiven Maßnahmen durchgeführt werden – unter Achtung der Würde des Organspenders.

Fazit

Bei Intensivpatienten mit irreversiblen cerebralen Schäden und dem Verdacht auf eingetretenen oder drohenden Hirntod wird eine Hirntoddiagnostik oft *patientenzentriert* angestrebt, um zu klären, ob eine Fortführung der Therapie überhaupt sinnvoll ist. Bei anderen Patienten würde man die Intensivmaßnahmen aufgrund ihres eigenen Willens abbrechen können, auch *ohne* dass sie vorher als hirntot diagnostiziert werden müssten – so liegt es in der Logik einer rechtlich und ethisch liberali-

* Denkbare Ausnahme: Spender oder Angehörige haben auch einer mechanischen Reanimation ausdrücklich zugestimmt – ein Fall, der etwa dann häufiger werden könnte, wenn es eines Tages entsprechend detaillierte Organspende-Ausweise geben sollte.

sierten Praxis des Sterbenlassen. Das Abwarten einer Hirntoddiagnostik und eine begleitende Organprotektion, wie sie als Voraussetzungen einer potentiellen Organspende erforderlich wären, erfolgen in solchen Fällen aus *spendezentrierter* Motivation. Diese Tatsache sollte nicht verschleiert, sondern offen kommuniziert werden, da sie ethische Abwägungen erforderlich macht.

Hirntoddiagnostik und Organprotektion scheinen durchaus für beide Patientengruppen, allerdings unter unterschiedlichen Randbedingungen, zulässig. Darüber, welche konkreten Maßnahmen als ethisch vertretbar angesehen werden, wie mit dem seltenen Risiko einer PVS-Induktion umzugehen ist und wie Angehörige in die Überlegungen zur Organspende rechtzeitig miteinzubeziehen sind, sollten Kliniken und Intensivstationen Vorab-Klärungen (Leitlinien) anstreben.

Literatur

1. Bundesärztekammer (1998): Organentnahme nach Herzstillstand ("non heart-beating donor"). DÄ 1998; 95(50): A 3235.
2. Steinbrook R: Organ donation after cardiac death. NEJM 2007; 357(3): 209-213.
3. Marquis D: Are DCD donors dead? HCR 2010; 40(3): 24-31.
4. Arnold RM, Youngner SJ: The dead donor rule: Should we stretch it, bend it, or abandon it? KIEJ 1993; 3: 263-278.
5. Miller FG, Truog RD: Rethinking the ethics of vital organ donation. HCR 2008; 38(6): 38-46.
6. Verheijde JL, Rady MY, McGregor JL: Presumed consent for organ preservation in uncontrolled donation after cardiac death in the United States: a public policy with serious consequences. PEHM 2009; 4(15): doi:10.1186/1747-5341-4-15.
7. Savulescu J, Wilkinson D: Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation. Bioethics 2010; doi: 10.1111/j.1467-8519.2010.01811.x.
8. DeVita MA, Caplan AL: Caring for organs or for patients? Ethical concerns about the Uniform Anatomical Gift Act (2006). AIM 2007; 147(12): 876-879.
9. De Groot YJ, Jansen NE, Bakker J, et al.: Imminent brain death: point of departure for potential heart-beating organ donation. Intensive Care Med 2010; 36: 1488-1494.
10. Parker M, Shemie SD: Pro/con ethics debate: Should mechanical ventilation be continued to allow for progression to brain death so that organs can be donated? Crit Care 2002; 6: 399-402.
11. Browne A, Gillett G, Tweeddale M: The ethics of elective (non-therapeutic) ventilation. Bioethics 2000; 14(1): 42-57.
12. Kluge E-HW: Elective, non-therapeutic ventilation. Bioethics 2000; 14(3): 240-247.
13. Rady MY, Verheijde JL, McGregor JL: Scientific, legal, and ethical challenges of end-of-life organ procurement in emergency medicine. Resuscitation 2010; 81: 1069-1078.
14. Deutsche Stiftung Organtransplantation: Informationsordner – Organspende eine gemeinsame Aufgabe [Internet]. Neu-Isenburg; Juli 2003 [zitiert 31. Dez. 2010]. Abrufbar unter: <http://www.dso.de/fachinformationen/informationsordner/pdf/informationsordner.pdf>.