

Therapieziel Hirntod?

Soll ein potenzieller Organspender mit aussichtsloser Prognose zugunsten einer möglichen Transplantation lebensverlängernd behandelt werden?

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung ethischer Fragen in Medizin und Gesundheitswesen hat sich die Redaktion des „Bayerischen Ärzteblattes“ entschieden, eine Artikelserie zur Ethik in der Medizin zu starten. Fachlich und redaktionell koordiniert wird die Serie von Privatdozent Dr. Dr. Ralf Jox und Professor Dr. Georg Marckmann, MPH, vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Die Beiträge werden vier Mal im Jahr erscheinen und sollen vor allem solche ethischen Fragen behandeln, die für Ärztinnen und Ärzte bei ihrer praktischen Tätigkeit in der stationären oder ambulanten Patientenversorgung relevant sind (zum Beispiel Fragen der Therapieziel-

änderung) oder aktuell in der Öffentlichkeit bzw. der Ärzteschaft kontrovers diskutiert werden (zum Beispiel ärztlich assistierter Suizid). Knappe, praxisorientierte Übersichten und kommentierte Fallbesprechungen sollen den Leserinnen und Lesern diese Themen auf eine verständliche Weise nahebringen. Auch rechtliche Aspekte werden – sofern erforderlich – mit abgedeckt. Themenvorschläge und interessante Fälle zur Diskussion nehmen wir gerne entgegen, auch potenzielle Autoren dürfen sich gerne bei uns melden. Als dritten Beitrag dieser Artikelserie stellen wir im Folgenden dar, ob ein potenzieller Organspender mit aussichtsloser Prognose zugunsten einer möglichen Transplantation lebensverlängernd behandelt werden soll.

Hintergrund

Der Hirntod ist nach dem deutschen Transplantationsgesetz die zwingende Voraussetzung für eine postmortale Organspende. Der Organexplantation muss durch eine Erklärung des Spenders (Organspendeausweis) oder alternativ durch seine Angehörigen zugestimmt werden. Wenn in einer prognostisch ungünstigen Komapase vor dem Hirntod („erwarteter Hirntod“) die Indikation für eine lebenserhaltende Therapie zweifelhaft wird oder sich der Patient gegen entsprechende Maßnahmen ausgesprochen hat, entsteht ein Dilemma: es besteht ein Widerspruch zwischen der für die mögliche Organentnahme notwendigen Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen bis zum Eintritt des Hirntodes und dem aus der Erkrankungs- und Einwilligungssituation allein nicht mehr gerechtfertigten Behandlungsauftrag. Mit der zunehmenden Verbreitung von therapielimitierenden Voraussetzungen und angesichts des höheren Alters von potenziellen Organ Spendern steigt indes auch die Wahrscheinlichkeit, dass im klinischen Alltag Patientenverfügungen mit Organspende-Erklärungen zusammentreffen. Dann konkurrieren zwei widersprüchliche Intentionen des Behandelten und das daraus resultierende „ethische Minenfeld“ [1] wurde in letzter Zeit erkannt und diskutiert. Ein Expertenkreis aus Medizinern, Juristen und Ethikern erarbei-

tete 2013 für die Bundesärztekammer ein „Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspende-Erklärung“ [2].

Fallbeispiel

Bei einem 44-jährigen Mann mit einem plötzlichen Herzstillstand führt eine 20-minütige präklinische Reanimation zur Wiederherstellung des Kreislaufs. Die neurologische Untersuchung auf der Intensivstation zeigt am dritten Behandlungstag eine schwerste hypoxische Hirnschädigung mit Hirnschwellung, die potenziell in den Hirntod münden kann. Die Ehefrau spricht für einen solchen Fall eine mögliche Organspende an, dadurch hätte der sinnlose Tod wenigstens für Andere etwas Hilfreiches, was ihr Mann mehrfach erwähnt habe. Gleichzeitig berichtet sie, ihr Mann habe immer gesagt, er wolle bei absehbar schlechter Prognose aufgrund einer Hirnschädigung auf keinen Fall eine lebensverlängernde Therapie beanspruchen, um damit nicht unnötig leiden zu müssen. Ein Organspendeausweis oder eine schriftliche Patientenverfügung liegen nicht vor.

Der Ehefrau wird erläutert, dass der Hirntod als Voraussetzung für eine Organspende zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorläge, aber in den nächsten Tagen eintreten könne. Zu-

nehmende Dysregulationen von Kreislauf und Temperatur erfordern Therapiemaßnahmen, die im Behandlungsteam als „Organprotektion“ verstanden werden und nicht mehr dem Wohl des Patienten dienen. Nachdem der Patient auch nach weiteren 24 Stunden nicht hirntot ist, wird mit allen Beteiligten diskutiert, ob das Verlängern des „Überlebens des spendefähigen Körpers“ bis zum Eintritt des Hirntodes nicht eigentlich eine Verlängerung des Sterbens bedeute und unvermeidbar sei. Ohne die Perspektive der möglichen Organspende hätte man angesichts der infausten Prognose und des im Vorfeld geäußerten Patientenwillens die Therapie bereits beendet und der Herz-Kreislaufstillstand wäre eingetreten.

Die kritische Phase: „Erwarteter Hirntod“, „Terminales Koma“

Die Phase in der Behandlung schwerer Gehirnerkrankungen, in der sich bereits vor dem Hirntod mit höchster Wahrscheinlichkeit eine infauste Prognose einstellt, die aber mit hoher Wahrscheinlichkeit in einen Hirntod mündet, wird in der englischen Literatur als „imminent brain death“ bezeichnet. In der deutschen Debatte wird von „präfinaler Phase“, „erwartetem“ oder „bevorstehendem Hirntod“ oder von „terminalem Koma“ gesprochen (Abbildung).

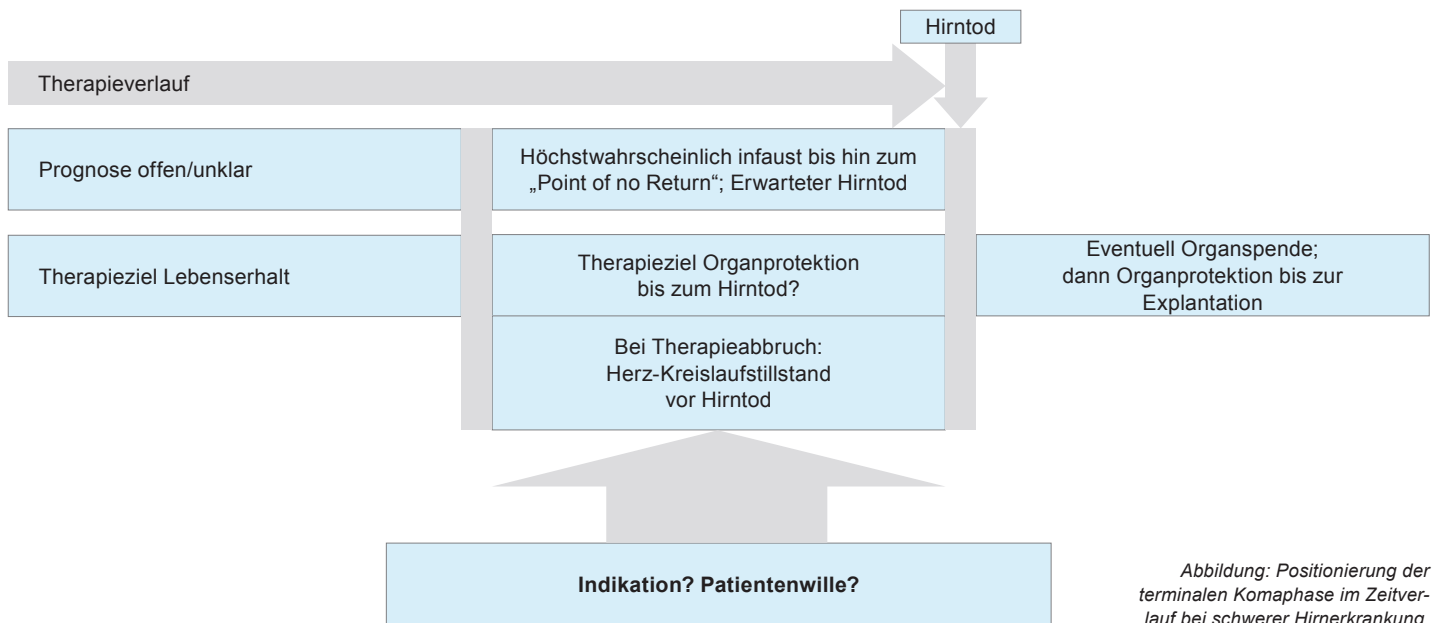


Abbildung: Positionierung der terminalen Komphase im Zeitverlauf bei schwerer Hirnerkrankung.

Warum ist das Problem aktuell?

An der grundsätzlichen Systematik der postmortalen Organspende hat sich in den vergangenen Jahrzehnten nichts geändert: mit dem Eintritt des Hirntodes ist per definitionem der Tod des Menschen eingetreten und bei einer Einwilligung zur Organspende wird die Beatmung und die Herz-Kreislaufunterstützung für kurze Zeit bis zur Explantation aufrechterhalten. Bis vor kurzem wurde selbst in prognostisch schlechten Komphasen weitgehend unreflektiert bis zum Eintritt des Hirntodes behandelt und bis dahin weder die Behandlungsindikation noch die Einwilligung des Patienten in Frage gestellt. Es wurde eine relativ strikte ärztliche Rollentrennung praktiziert: Der behandelnde Arzt ging seinem „lebensrettendem Auftrag“ bis zum Äußersten nach; nach dem „Scheitern“ und dem Eintritt des Hirntodes traten andere mit der Organtransplantation befasste Ärzte in das Geschehen ein und waren mit der Zustimmung zur Organspende und dem fremdnützigen Organerhalt bis zur Explantation („Spenderkonditionierung“) befasst. Diese simplifizierende Choreografie ist inzwischen aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr aufrechtzuerhalten.

1. Die Indikation zur intensivmedizinischen Therapie bei schweren Gehirnerkrankungen

wird mittlerweile kritischer bewertet und bei einer hohen Wahrscheinlichkeit einer infausten Prognose bereits vor dem Eintritt des Hirntodes als nicht mehr gegeben erachtet. Dazu mag auch beigetragen haben, dass die Zahl der Schädel-Hirn-Traumata mit potenziell günstiger Prognose von ca. 50 Prozent auf 20 Prozent zurückgegangen ist und heute Schlaganfälle und Hypoxien – die ab einem bestimmten Grad prognostisch eindeutiger als infaust zu charakterisieren sind – mit ca. 80 Prozent die vom Hirntod bedrohte Patientengruppe dominieren.

2. Die Einwilligung zu einer lebenserhaltenden Therapie in solchen Situationen wird mittlerweile durch therapielimitierende Maßgaben des Patientenwillens zunehmend verweigert, sodass bereits vor eindeutig infaustem Verlauf und selbst bei noch gegebener medizinischer Behandlungsindikation eine palliative Therapiezieländerung erfolgen muss und die Situation des Hirntodes gar nicht erreicht wird.

Rechtliche und ethische Bewertung der organerhaltenden Therapie

Rechtlich gesehen stellt jede diagnostische und therapeutische Handlung an einem Patienten

eine Körperverletzung dar. Legitimiert werden medizinische Eingriffe durch zwei Voraussetzungen: Indikation und Einwilligung [3]. Ist der Patient selbst nicht zur Einwilligung fähig, übernimmt diese – außer bei dringenden Notfallmaßnahmen – ein Vertreter (Vorsorgebevollmächtigter oder Betreuer), der sich am schriftlich verfügten, mündlich geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren hat. Diese Rollenverteilung zwischen Indikationsstellung als „Sache des Arztes“ und Einwilligung als „Sache des Patienten“ ist auch im sogenannten Patientenverfügungsgesetz verankert (§ 1901b BGB): „Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung“.

Rechtlich und ethisch vollkommen unstrittig ist, dass Patienten mit schweren primären oder sekundären Hirnschäden zunächst ausschließlich nach Maßgabe ihres eigenen medizinischen Nutzens und ihres erklärten oder mutmaßlichen Willens behandelt werden (patientenzentrierte Behandlung), dies kann im günstigen Fall zu einer Besserung führen [4]. Ohne die Perspektive einer Organspende würde

man in der Phase des erwarteten Hirntodes die intensivmedizinischen Maßnahmen abbrechen haben, da keine Indikation oder Einwilligung vorliegt [4, 5, 6].

Soll man – zumindest unter bestimmten Umständen – zugunsten einer möglichen Organspende anders behandeln als ohne diese Perspektive? Und falls ja – in welcher Phase der Therapie können Maßnahmen zur Sicherung einer möglichen Organentnahme Vorrang vor der therapeutischen Verantwortung gegenüber dem Patienten erlangen? Das Transplantationsgesetz lässt diese Fragen unbeantwortet. In jedem Fall ist die oben genannte Praxis obsolet, die Frage einer postmortalen Organspende erst nach der Feststellung des Hirntodes mit den Angehörigen zu besprechen.

Unter welchen Voraussetzungen wäre es zur Realisierung einer möglichen Organspende vertretbar, eine organprotektive intensivmedizinische Behandlung fortzusetzen, um den erwarteten Hirntod eintreten zu lassen (spendenzentrierte Behandlung)?

Juristische Bewertung

Eine intensivmedizinische (Weiter-)Behandlung bedarf einer Indikation, die sich an den medizinischen Möglichkeiten und Aussichten im besten Interesse des Patienten im Sinne der Rettung seines Lebens oder der Verbesserung seines Gesundheitszustandes zu orientieren hat und der Einwilligung bedarf. Ein Nutzen Dritter – im konkreten Fall des potenziellen Organempfängers – generiert per se keine medizinische Indikation und legitimiert somit keine Therapiefortsetzung. Nur eine ausdrück-

liche Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters kann eine Indikation für therapeutische Maßnahmen zugunsten Dritter entstehen lassen und rechtfertigen; ansonsten erfüllte sie den Tatbestand der Körperverletzung. Eine explizite oder mutmaßliche Einwilligung in die Organentnahme kann grundsätzlich auch organpräventive Maßnahmen im Vorfeld des Hirntodes umfassen. Dies würde aber ein Wissen des Organspenders um die Zusammenhänge zwischen Organspende und Hirntoddiagnostik und die damit eingewilligten detaillierten Vorgehensweisen voraussetzen [7].

Ethische Bewertung

Die Therapie eines Patienten ohne seine Einwilligung zum Vorteil Dritter durchzuführen widerspricht dem ethischen Prinzip des „Wohltuns“ [8]. Im Falle einer vorliegenden Organspendeerklärung wäre die Therapie allerdings zumindest durch das Prinzip der „Autonomie“ gedeckt. Es ist dann zu prüfen, ob die Maßnahmen bis zum Eintritt des Hirntodes und die dann notwendige Hirntoddiagnostik – die also nicht mehr seinem unmittelbaren Wohl dienen – dem Prinzip des „Nicht-Schadens“ widersprechen. Maßnahmen wie Blutdruck-, Elektrolyt- und Blutzuckerregulierung schaden dem Patienten im Regelfall nicht und bedeuten – auch aus der Wahrnehmung der Angehörigen – keine von ihm wahrgenommene Beeinträchtigung [9, 10, 11]. Ein „Leiden“ im subjektiv perzipierten Sinn ist durch diese Therapie im Koma nicht zu erwarten. Ob dem Patienten durch die Verlängerung der von ihm nicht wahrgenommenen Sterbephase im spirituellen Sinn Leiden zugefügt wird oder er in seiner Würde verletzt wird, ist abhängig von der subjektiven Bewertung.

Ein potenzieller Schaden allerdings entsteht aus der wenig wahrscheinlichen, aber nicht auszuschließenden Möglichkeit, dass der Patient anstatt am erwarteten Hirntod zu versterben, durch die Fortsetzung der Maximaltherapie im Zustand einer schweren Hirnschädigung zum Beispiel des „Wachkomas“ überlebt [12]. Einer solchen Entwicklung kann allerdings dadurch begegnet werden, dass bei „Nicht-Eintritt“ des erwarteten Hirntodes nach einer definierten Frist von wenigen Tagen eine Einstellung der lebenserhaltenden Maßnahmen erfolgt.

Der Nutzen der Organspende für den Empfänger ließe sich unter dem über den Einzelfall hinausgehenden ethischen Prinzip der „Gerechtigkeit“ diskutieren. Bei autonomer und möglichst informierter Zustimmung zur Organspende besteht unter Abwägung der ethischen Prinzipien eine Rechtfertigung für die Fortsetzung einer organerhaltenden Therapie [12, 13]. Besteht neben dem Organspendeausweis eine therapielimitierende Patientenverfügung, konkurrieren wie im Fallbeispiel zwei widersprüchliche autonome Entscheidungen.

Organspendewunsch als „Informierte Zustimmung“ („informed consent“)?

Die Entscheidung zur Organspende resultiert meist aus dem Wunsch, den Empfängern als erkrankten Menschen zu helfen. Obwohl nach Erhebungen der „Bundeszentrale für politische Aufklärung“ 2013 ca. 70 Prozent der Träger eines Organspendeausweises zwar den „Hirntod“ als Voraussetzung der Explantation kennen, hat die Mehrheit kaum eine konkrete Vorstellung von der möglichen Implikation einer ausschließlich organerhaltenden Therapie in der

	Patientenverfügungen	Organspende-Erklärung	Umgangsempfehlung zu intensivmedizinischen Maßnahmen	
Situation I	Liegt vor	Liegt vor	Konstellation 1: Klinisch vermuteter Hirntod vor detaillierter Hirntodfeststellung.	Zeitlich eng begrenzte Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen bis zur Hirntodfeststellung möglich.
			Konstellation 2: Erwarteter Hirntod.	Kein automatisch ableitbares Einverständnis mit der Fortführung; Absprache im Diskurs mit Patientenvertreter, Angehörigen.
Situation II	Liegt nicht vor	Liegt vor	Absprache mit dem Patientenvertreter über Therapieprioritäten am Lebensende; Grundsätze wie unter I.	
Situation III	Liegt vor	Liegt nicht vor	Absprache mit dem Patientenvertreter über mutmaßlichen Organspendewunsch; Grundsätze wie unter I.	
Situation IV	Liegt nicht vor	Liegt nicht vor	Absprache und Abwägung mit dem Patientenvertreter zwischen den Therapieprioritäten und möglichem Organspendewunsch.	

Tabelle: Umgangsempfehlungen der Bundesärztekammer.

