

Es gibt nur einen Tod

Kommentar zu den zentralen Revisionspunkten der Richtlinien «Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen»

Die bis Ende August 2011 noch gültigen Richtlinien «Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen» stammen aus dem Jahr 2005. Da sie im Zusammenhang mit dem 2007 in Kraft getretenen Transplantationsgesetz in der Praxis zu Interpretationsschwierigkeiten führten (vgl. SAMWbulletin 2/2010), hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) eine Subkommission unter Leitung von Prof. Jürg Steiger aus Basel mit deren Überarbeitung beauftragt.

1. Zentrale Änderungen der Richtlinien

Die revidierten Richtlinien, die am 1. September 2011 in Kraft treten, sehen namentlich in folgenden Bereichen Änderungen vor:

- *Procedere zur Feststellung des Todes*
Sofern die Ursache für den Funktionsausfall des Gehirns eindeutig feststeht, braucht es für die Feststellung des Todes nicht mehr zwei Untersuchungen mit einem Zeitintervall von sechs Stunden (oder nach Bestätigen des zerebralen Kreislaufstillstands, mit Hilfe von Zusatzuntersuchungen), sondern zwei gleichzeitige Untersuchungen durch zwei Ärzte, mit einer Bestätigung der Diagnose des Hirntodes durch beide Personen (Vier-Augen-Prinzip). Einer der Untersucher darf nicht direkt in die Betreuung des Patienten involviert sein.
- *Zeitpunkt der Anfrage der Angehörigen*
Wenn feststeht, dass die Prognose bei einem Patienten aussichtslos ist, darf die Möglichkeit einer «Organspende» mit den Angehörigen besprochen werden
- *Durchführung von vorbereitenden medizinischen Massnahmen*
Unter definierten Voraussetzungen können vorbereitende medizinische Massnahmen im Hinblick auf eine Organtransplantation durchgeführt werden. Wenn der potentielle Spender diesen nicht ausdrücklich zugestimmt hat, ist auf seinen mutmasslichen Willen Bezug zu nehmen. Stellt sich heraus, dass der Patient der Durchführung der organerhaltenden Massnahmen vermutlich nicht zugestimmt hätte oder können die Angehörigen keine Auskunft darüber geben, was sich der Patient gewünscht hätte, muss auf die Durchführung von organerhaltenden Massnahmen verzichtet werden.

2. Begründungen

2.1. Procedere zur Feststellung des Todes

Grundsätzlich gibt es nur «einen Tod». Hingegen gibt es verschiedene Möglichkeiten, den Tod festzustellen. Die «klassische Methode» ist jene, bei welcher der Arzt die Todeszeichen (Totenflecken, Totenstarre) feststellt; da die Todeszeichen jedoch erst nach einer gewissen Latenz (20-60 Min.) auftreten, kommen sie in der Transplantationsmedizin nicht in Frage, da die Organe nach dieser Zeit nicht mehr funktionstüchtig wären. Entsprechend gilt in der Transplantationsmedizin der totale und irreversible Funktionsausfall des Gehirns (der soge-

nannte «Hirntod») als sicheres Zeichen dafür, dass ein Mensch tot ist. Diese Nachweismethode hat sich weltweit etabliert.

Der totale und irreversible Funktionsausfall des Gehirns kann verschiedene Ursachen haben:

- Eine schwere Verletzung des Gehirns, z.B. infolge eines Unfalls oder einer Gehirnblutung
- Eine fehlende Durchblutung des Gehirns nach Kreislaufstillstand; bereits nach 3 Minuten Kreislaufstillstand treten schwerste Schädigungen des Gehirns auf; nach 10 Minuten ist der Funktionsausfall in jedem Fall total und irreversibel.

Indem es sich sowohl beim Tod infolge primärer Hirnschädigung als auch beim Tod nach Kreislaufstillstand um einen totalen und irreversiblen Funktionsausfall des Gehirns handelt, kommt in beiden Fällen die sogenannte Hirntoddiagnostik zur Anwendung, das heisst, es werden die nachfolgenden klinischen Zeichen geprüft; diese müssen alle vorhanden sein:

1. Koma;
2. Beidseits weite, auf Licht nicht reagierende Pupillen;
3. Fehlen der okulozephalen (zervikookulären und vestibulo-okulären) Reflexe;
4. Fehlen der Kornealreflexe;
5. Fehlen zerebraler Reaktionen auf schmerzhafte Reize;
6. Fehlen des Husten- und Schluckreflexes;
7. Fehlen der Spontanatmung.

Die korrekt durchgeführte klinische Hirntoddiagnostik gilt als sicheres Verfahren, vor allem bei Vorliegen einer bekannten Ursache für den Hirntod (z.B. Unfall; Kreislaufstillstand). Die Untersuchung muss jedoch durch zwei Ärzte vorgenommen und die Diagnose des Hirntodes von beiden bestätigt werden (Vier-Augen-Prinzip). Von diesen Ärzten werden entsprechende Qualifikationen gefordert.

Der einzige Grund, der in der Vergangenheit für einen zweiten Zeitpunkt der Hirntoddiagnostik sprach, war psychologischer Natur. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die 6-stündige Wartephase für die Angehörigen eher belastend als erleichternd war. Die vorgeschlagene Neuregelung hat den Vorteil, dass die Frage «Wann ist (der Mensch?) man tot?» klarer als bisher beantwortet wird.

2.2. Zeitpunkt der Anfrage der Angehörigen

Bei den involvierten Ärzten bestand bis anhin offenbar Unsicherheit darüber, ob Angehörige bereits vor dem Tod eines Patienten mit dem Thema der Organspende konfrontiert werden dürfen. Die etwas unglückliche Formulierung im aktuellen Transplantationsgesetz, welches den Spender als die «verstorbene Person» bezeichnet, trägt wesentlich zu dieser Unsicherheit bei. Die Richtlinien halten nun ausdrücklich fest, dass ein Patient als allfälliger Organspender in Frage kommt, wenn die Prognose aussichtslos und eine Weiterbehandlung medizinisch sinnlos ist. In dieser Situation steht nicht mehr die Lebenserhaltung, sondern die palliative Betreuung des Patienten im Vordergrund. Sofern keine offensichtlichen medizinischen Gründe den Patienten als Spender ausschliessen, muss dessen Wille im Hinblick auf eine Spende eruiert werden. Deshalb darf (und soll) das Thema der Organspende mit den Angehörigen angesprochen werden, sobald die Situation aussichtslos ist, aber bevor der Tod festgestellt ist. Dem Gespräch über die Organspende ist im Richtlinienentwurf ein ganzes Kapitel gewidmet (Kapitel 3.1.). Die Richtlinien halten fest, dass es sinnvoll ist das Thema der Organspende frühzeitig anzusprechen, weil die Angehörigen dann länger Zeit haben, sich mit der Frage auseinanderzusetzen. Der Entscheid, die lebenserhaltende Therapie abzubrechen, darf jedoch nicht durch die Möglichkeit einer Organspende beeinflusst werden.

Deshalb muss die Besprechung des Abbruchs der lebenserhaltenden Therapien deutlich früher und separat vor der Diskussion über die Organspende und die dafür erforderlichen medizinischen Massnahmen erfolgen.

3. *Durchführung von vorbereitenden medizinischen Massnahmen*

Heute sterben im Notfall- und Intensivmedizinbereich die meisten Patienten mit einer hoffnungslosen Prognose unter Therapiebeschränkung oder -abbruch. Die Intensivmedizin verfügt über technische und medikamentöse Hilfsmittel, die in diesen Situationen ein Überleben über längere Zeit möglich machen würde, ohne dass Aussicht auf Erholung oder Heilung besteht. Deshalb wird bei Patienten mit einer aussichtslosen Prognose bereits vor dem Eintritt des Hirntodes im medizinischen Team und mit den Angehörigen diskutiert, wann Therapieeinschränkungen angezeigt sind oder lebenserhaltende Massnahmen abgebrochen werden sollen. Damit bei diesen Patienten eine allfällige Organentnahme überhaupt möglich ist, müssen sog. vorbereitende medizinische Massnahmen zur Organerhaltung und Abklärung der Spendereignung durchgeführt werden. Dies ist gemäss Transplantationsgesetz unter definierten Voraussetzungen erlaubt (Art. 10). Die Interpretation des Gesetzes hat aber in der Praxis zu Schwierigkeiten geführt und eine Umfrage der SAMW hat gezeigt, dass die Zentren den Organspendeprozess bisher unterschiedlich handhabten. Die neuen Richtlinien bringen hier Klärung. Die vom BAG neu gestaltete Bevölkerungsinformation zur Organtransplantation «Alle haben Recht: Sie äussern Ihren Willen»¹ trägt diesem Problem Rechnung und informiert auch über die vorbereitenden medizinischen Massnahmen. Entsprechend wurde auch die Spendekarte angepasst.

Ihren Regelungsvorschlag stützt die SAMW auch auf ein aktuelles Rechtsgutachten zu verschiedenen Fragen im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz, welches vom BAG vor kurzem in Auftrag gegeben wurde. Dieses stellt fest, dass bei Patienten mit einer aussichtslosen Prognose nicht mehr die Lebensrettung oder Gesundheitswiederherstellung im Vordergrund stehen, sondern das Interesse «in Würde zu sterben». Aus diesem Grund ist die Durchführung von vorbereitenden Massnahmen unter den definierten Voraussetzungen juristisch vertretbar.

¹ <http://www.bag.admin.ch/transplantation/index.html?lang=de>