

Organspende- beauftragter Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider

Der Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie ist anerkannter Experte auf dem Gebiet der Hirntod-Bestimmung – jetzt hat die Sächsische Landesärztekammer ihn zum Organspende-Beauftragter berufen

Herr Prof. Dr. Schneider, der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat auf Vorschlag der Transplantationskommission das Jahr 2015 unter das Motto „Jahr der Organspende“ gestellt. Was soll damit erreicht werden?

Das primäre Ziel ist eine Steigerung der Anzahl von Spenderorganen. Denn jeden Tag sterben Menschen, die vergeblich auf ein rettendes Spenderorgan warten. Die sächsische Ärzteschaft soll intensiver über Organspende und Organtransplantation informiert und motiviert werden, um in ihrer sehr wichtigen Mittlerrolle zwischen Medien und Bevölkerung die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen. Als „Nebeneffekt“ kann dabei auch gleichzeitig das Wissen und die Einstellung der Ärzte zum Hirntod als Tod des Menschen verbessert werden.

Die Gründe für die geringe Spendebereitschaft sind ja weitgehend analysiert. Welche sehen Sie als gravierend an und wie kann die Ärzteschaft da eigentlich Einfluss nehmen?

Aktuelle Gründe waren die Verfehlungen von Ärzten in den Transplantationszentren, die falsche Angaben über die Dringlich- bzw. Bedürftigkeit ihrer Patienten auf der Warteliste machten, um die Organverteilung (Organallokation) durch die europäische Vermittlungsstelle (Eurotransplant mit Sitz in Leiden, Niederlande) zu ihren Gunsten zu manipulieren. Somit handelte es sich eigentlich um einen „Transplantationsskandal“ und keinen „Organspendeskandal“, wie es die Medien teilweise



© SLÄK

verbreitet haben. Zu dieser Verunsicherung der Bevölkerung im Sinne von „Organhandel“ (der übrigens nachweislich in keinem Fall vorlag) gesellte sich die erneute, nie verstummte Diskussion, ob mit dem Hirntod der Mensch tatsächlich tot ist. Das Unverständnis steigerte sich zusätzlich, nachdem in einer Statistik der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO, www.dso.de) innerhalb von drei Jahren bei acht Organspendern die Diagnose Hirntod formal nicht richtig gestellt worden wäre. Dass der Fehler in allen Fällen bemerkt und korrigiert wurde, bevor es zur Organentnahme kam, wurde wie so oft in der Presse weniger kommuniziert.

Die Berichterstattung hat aber auch die Ärzteschaft und das Pflegepersonal sehr verunsichert. Es gilt jetzt, mit dieser Verunsicherung professionell umzugehen sowie dem Vertrau-

ensverlust in der Bevölkerung sensibel zu begegnen und nachhaltig deren Ursachen aufzuklären.

Denn die Hirntoddiagnostik ist eine der sichersten Diagnosen in der Medizin. Dass ein hirntoter Patient unter intensivmedizinischer Aufrechterhaltung von Atmung und Herzfunktion zu Zeichen von Extremitätenbewegung, Schwitzen, ja, wie bekannt wurde, fortgesetzter Schwangerschaft in der Lage ist, zeigt nur die weiterhin funktionierende Tätigkeit jenes Teils seines Nervensystems an, das sich außerhalb des Gehirns befindet (Rückenmark, vegetatives Nervensystem). Das ändert aber nichts daran, dass es sich im Fall einer richtlinienkonform durchgeführten Hirntoddiagnostik um einen Menschen mit einem toten Gehirn handelt. Tot heißt irreversibel, unwiederbringlich verloren. Juristisch eine Leiche, so schlimm das auch klingt. Dieser Zustand ist für die Angehörigen eine unglaubliche emotionale Belastung, weil die Diskrepanz zwischen dem, was das Ohr vom Arzt gehört hat und dem, was das Auge sieht, das Herz schier zerreißt. Hier gilt es, die Bevölkerung besser über die vielen verschiedenen Facetten aufzuklären, die dieser Extremsituation eigen sind.

Wie dramatisch war der Rückgang der Spender nach den so genannten Transplantationsskandalen in den Jahren 2010 bis 2012?

Es war und ist eine Katastrophe. Die Anzahl der Organspender in Deutsch-

land sank um 33 % von 1271 Organspender im Jahr 2010 auf 851 Organspender im Jahr 2014 (<http://statistics.eurotransplant.org>). Pro Spender werden durchschnittlich 3,4 Organe entnommen. 2014 waren auf der Warteliste für eine Organtransplantation 10.585 Patienten registriert, darunter 842 Patienten, die auf ein Herz warteten, davon 366 mit einer Wartezeit von mehr als zwei Jahren. 137 Patienten verstarben 2014 auf der Herz-Warteliste, das heißt jeder sechste Patient. Die meisten der 10.585 Patienten auf der Warteliste 2014 warteten auf eine Nierentransplantation, nämlich 7717, davon wurde fast jeder zweite (3306) schon länger als fünf Jahre dialysiert. 376 Patienten verstarben 2014 auf der Nieren-Warteliste. Pauschal gesagt sterben täglich drei bis vier Patienten auf der Warteliste. Ein unerträglicher Zustand für Deutschland im Gegensatz zu Spanien oder Norwegen. Die WELT berichtete 2012, dass von den Menschen, die im ersten Halbjahr 2012 in Norwegen einen Hirntod erlitten und als Spender infrage kamen, fast 90 Prozent zu Spendern wurden (Die Welt, 14.10.2012, <http://www.welt.de/109816798>). In Deutschland liegt die Quote zwischen 50 % und 60 %, in manchen Krankenhäusern sogar deutlich darunter.

Können Sie ausschließen, dass solch ein Transplantationsskandal sich wiederholt?

Ja. An den Transplantationszentren wurden konsequent Bedingungen geschaffen, die solche Richtlinienv Verstöße zukünftig verhindern. Konkret wurde beispielsweise in Leipzig das Transplantationsbüro direkt dem Vorstand unterstellt und ist nicht mehr wie zuvor ein Teil der Transplantationsklinik. Den interdisziplinären Transplantationskommissionen wurden zusätzlich Vertreter aus nicht direkt mit der Organtransplantation beteiligten Fachgebieten zugeordnet. Das geforderte 6-Augen-Prinzip wurde auf ein mindestens 8-Augen-Prinzip bei der Entscheidung über eine Listung erweitert. Die drei betroffenen leitenden Ärzte der Transplantationsklinik mussten das

Klinikum verlassen. Selbstverständlich wurden alle Prozesse und Verfahren im Transplantationszentrum überprüft, im Bedarfsfall überarbeitet und den aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK, www.baek.de) angepasst. Seitens des Gesetzgebers wurde 2012 das Transplantationsgesetz (TPG) novelliert und europarechtskonforme Standards für Qualität und Sicherheit der Organtransplantation festgeschrieben („Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben [Transplantationsgesetz-TPG]“ vom 15.07.2013). Seitens der Bundesärztekammer ist im Frühjahr 2015 mit der Veröffentlichung der 4. Fortschreibung der „Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Transplantationsgesetz für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S.1 Nr.2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr.2 TPG“ zu rechnen. Darüber hinaus werden derzeit alle Richtlinien der Bundesärztekammer zur Transplantation der verschiedenen Organe überarbeitet und an die Ergebnisse der Prüf- und Überwachungskommissionen angepasst.

Warum erfolgte eine 4. Fortschreibung der „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“? Haben sich denn die Kriterien des Hirntodes geändert?

Nein, die klinischen Kriterien des Hirntodes haben sich kein Jota geändert. Nach wie vor gilt es, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind (Diagnose und Ausschlusskriterien), die acht klinischen Symptome in ihrer Irreversibilität zweifelsfrei festzustellen: Bewusstlosigkeit (Koma), Hirnstamm-Areflexie, nämlich mittelweite oder weite Pupillen, Fehlen von Pupillenlichtreflex, okulozephalen/vestibulookulären Reflex (Puppenkopffänomen), Kornealreflex, Pharyngeal-/Trachealreflex (Hustenreflex), Trigeminus-Schmerzreaktion und Ausfall der Spontanatmung (Apnoe-Test). Angesichts der über 17 Jahre zurückliegenden Dritten Fort-

schreibung ist aber ein Aktualisierungs- bzw. Überarbeitungsbedarf entstanden, der u.a. Besonderheiten im Kindesalter betrifft, die Durchführung des Apnoetests, neue (auch veränderte) apparative Untersuchungsmethoden, verbesserte Protokollbögen und vor allem die Anforderungen an die ärztliche Qualifikation: – mindestens einer der den Hirntod klinisch feststellenden Ärzte muss ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie mit mehrjähriger Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen sein. Der umgangssprachliche Begriff „Hirntod“ soll durch die naturwissenschaftlich-medizinisch korrekte Bezeichnung „irreversibler Hirnfunktionsausfall“ ersetzt werden – wie schon immer im Transplantationsgesetz angewandt.

Sehen Sie auch beratende Aufgaben für niedergelassene Ärzte bei der Entscheidung von Patienten für oder gegen die Organspende?

Ja, selbstverständlich. Niedergelassene Ärzte, vor allem die Hausärzte, sind für die Bevölkerung die natürlichen Vertrauenspersonen in allen Fragen, die Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod betreffen. Gegenwärtig warten 10.500 Menschen in Deutschland auf ein Spenderorgan. Täglich sterben drei bis vier von ihnen. Jedes gespendete Organ bedeutet für diese schwerkranken Menschen die Chance auf ein neues Leben. Das ist zwar der Grundgedanke, aber dem Hausarzt stellen sowohl betroffene Kranke und deren Angehörige viele Fragen. Auch zu dem Problembereich der sicheren Todesfeststellung, dem Hirntod, der Organspende und Transplantation suchen Menschen Antworten. Dabei fällt es den meisten Menschen schwer, sich mit dem eigenem Tod zu beschäftigen, zunehmend jedoch berät auch der Hausarzt bei der Erstellung einer Patientenverfügung. Jeder Mensch sollte sich eigentlich fragen, ob er für sich ausschließt, jemals ein Spenderorgan selbst zu benötigen, wenn es sein Leben retten könnte. Wenn wir es für unsere eigene Lebensrettung erwarten, soll-

ten wir uns auch mit dem Gedanken beschäftigen, ob wir im Falle unseres Todes anderen Menschen das Leben retten wollen.

Vor allem wird der Hausarzt dann gefordert sein, wenn verunsicherte Angehörige eines nicht mehr einwilligungsfähigen Intensivtherapiepatienten seinen Rat einholen wollen, weil sie von den behandelnden Krankenhausärzten nach dessen mutmaßlichen Willen zur Organspende befragt werden. Nicht zuletzt können Konflikte aus scheinbaren Widersprüchen zwischen Patientenverfügung und bejahter Organspende entstehen, weil die Organentnahme den eingetretenen Hirntod voraussetzt, dessen Entwicklung aber einen bestimmten Zeitablauf hat, während dem die Intensivtherapie fortgesetzt werden muss, obwohl sie den Versterbenden selbst nichts mehr nützt. In der Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte in die Gemeinschaftsaufgabe Organspende liegt also noch viel Potential.

Wo steht Deutschland international bei der Möglichkeit, Schwerkranken mit Spenderorganen zu helfen?

Im Vergleich der Anzahl postmortaler Organspender (2014) pro 1 Million Einwohner belegt Deutschland unter den acht Eurotransplant-Ländern den vorletzten Platz. Nur Luxemburg ist schlechter (Kroatien 33,9; Belgien 25,2; Österreich 24,3; Slowenien 20,9; Ungarn 20,1; Niederlande 16,1; Deutschland 10,5; Luxemburg 7,3; aus: <http://statistics.eurotransplant.org>). Zwei- bis dreimal mehr Organspender als Deutschland haben beispielsweise auch Spanien 35,3; USA 26,0; Frankreich 25,0; Italien 21,8 (Council of Europe: International Figures on Donation and Transplantation, 2011, vol. 17, No. 1, 1, September 2012). Besonders bedrückend ist, dass 2014 wie auch die Jahre zuvor zwei Drittel der wartenden Organempfänger, die auf der Warteliste von Eurotransplant registriert waren (14928 Patienten), aus Deutschland kommen (10585 Patienten), dem Land, das am wenigsten spendet.

Was werden Sie persönlich als Organspende-Beauftragter unternehmen, um die Situation zu verbessern?

Alles, was mir inhaltlich, organisatorisch und politisch der eher plakative Status einer Gallionsfigur „Organspendebeauftragter“ ermöglicht. Dabei steht im Zentrum das sächsi-

sche Netzwerk Organspende (SNO). Alle Krankenhäuser werden hier vernetzt, damit man sich gegenseitig unterstützen kann, aber auch einheitliche Standards für Sachsen umgesetzt werden können. Die Aktionen reichen bis ins individuelle Krankenhaus, – in die ärztliche Niederlassung, – in die Schulen und in

die Medien (Presse, MDR). Wir haben uns sehr viel vorgenommen und sind dankbar, dass die Presse in Sachsen dieses wichtige Thema auf- und ernstnimmt.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder