

Die neue Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls

Ein Kommentar

Endlich ist es so weit. Am 6. Juli 2015 wurde im „Deutschen Ärzteblatt“ die „Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG 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, Vierte Fortschreibung“ veröffentlicht. Angesichts der 17 Jahre zurückliegenden Dritten Fortschreibung war ein Aktualisierungs- bzw. Überarbeitungsbedarf entstanden.

Der unbequeme holprige Titel ist aus Gründen der Rechtssicherheit der Nomenklatur des Transplantationsgesetzes geschuldet (TPG, ausgefertigt 05.11.1997, zuletzt geändert 15.07.2013), das den Begriff „Hirntod“ an keiner Stelle benutzt. Entsprechend wurde der jahrzehntelang gebräuchliche umgangssprachliche Begriff „Hirntod“ ersetzt durch die naturwissenschaftlich-medizinische Bezeichnung „irreversibler Hirnfunktionsausfall“, mithin auch die Begriffe „Hirntoddiagnostik“ und „Protokoll zur Feststellung des Hirntodes“, die in der alten Richtlinie („Dritte Fortschreibung“, veröffentlicht 24.07.1998) noch üblich waren. Damit scheint der oft missverständlich geführten Diskussion „Wie tot ist hirntot?“ oder „Sind tatsächlich alle Hirnzellen tot?“ der Boden entzogen, vorausgesetzt man anerkennt, dass durch den unwiederbringlichen Verlust aller Hirnfunktionen der Mensch nicht mehr lebendig ist. Klargestellt wird auch, dass ein Patient mit richtliniengemäß nachgewiesenem irreversiblen Hirnfunktionsausfall unter intensivmedizinischer Aufrechterhaltung von Atmung und Herzfunktion zu Zeichen von Extremitätenbewegung, Schwitzen und fortgesetzter Schwangerschaft in der Lage ist, mithin die weiterhin funkti-



Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider
© SLÄK

onierende Tätigkeit jenes Teils seines Nervensystems anzeigt, das sich außerhalb des Gehirns befindet (Rückenmark, vegetatives Nervensystem). Das ändert nichts daran, dass es sich um einen Menschen mit einem toten Gehirn handelt und nach deutschem Recht juristisch um eine Leiche.

Die neue Richtlinie. Was bleibt, was ist wirklich neu? Unverändert bleiben:

- 1. dass die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls gemäß der Richtlinie den Tod des Menschen sicher und unzweifelhaft diagnostizieren kann,
- 2. die Voraussetzungen für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, nämlich der zweifelsfreie Nachweis einer akuten schweren primären (zum Beispiel Schädel-Hirn-Trauma, Hirnmassenblutung) oder sekundären (zum Beispiel Herz-Kreislaufstillstand, Atemstillstand) Hirnschädigung,
- 3. der Ausschluss reversibler Ursachen (zum Beispiel exogene [Sedoanalgesie, Hypnotika, Drogen] und endogene [metabolische, endokrine] Vergiftungen/Komazustände, Relaxierung, primäre Hypothermie [NEU: therapeutische Hypothermie]),
- 4. die klinischen Symptome des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Bewusstlosigkeit [Koma]: kein Augenöffnen auf Schmerzreize, Hirnstammareflexie [mittlerweile oder weite Pupillen; Fehlen

von Pupillenlichtreflex, okulozephal/vestibulookulären Reflex = „Puppenkopffänomen“, Kornealreflex, Pharyngeal-/Trachealreflex, Trigeminusschmerzreaktion], Ausfall der Spontanatmung [„Apnoe-Test“]).

Wirklich neu ist die Verschärfung der Anforderungen an die Ärzte, die den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellen dürfen, sowie an die Krankenhäuser, in denen solche Patienten zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls diagnostiziert werden. Seitens der diagnostizierenden Ärzte gilt: – sie müssen Fachärzte sein, die mehrjährige (demnach mindestens zwei Jahre) Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen haben, damit naheliegend – aber nicht gefordert – über das Zertifikat der jeweiligen Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen. Mindestens einer der zwei unabhängig voneinander untersuchenden Ärzte muss Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein. Ist der Patient unter 14 Jahre alt, muss einer der zwei Ärzte Facharzt für Kinder-/Jugendmedizin sein. Die apparative Ergänzungsuntersuchung zur Verkürzung der klinischen Schwebezeit mittels CTA (Computertomographische Angiographie, eine neu eingeführte Methode) darf nur erfolgen, wenn die Untersuchung von einem Facharzt für Radiologie mit mehrjähriger (also mindestens zwei Jahre) Erfahrung in neuroradiologischer Diagnostik kontrolliert und beurteilt wird. Das Gleiche gilt für die Perfusionsszintigraphie, das heißt die ein Facharzt für Nuklearmedizin kontrollieren und beurteilen muss. Seitens der Krankenhäuser, in deren Auftrag die den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden und protokollierenden Ärzte (Fachärzte) tätig werden, ist in einer Arbeitsanweisung festzulegen (SOP, standard operating procedure), wann und wie die Diagnostik veranlasst wird und dass deren Durchführung nach dieser Richtlinie erfolgt.

Kurzum, insgesamt ein sachlich ausgewogenes Regelwerk eines 28 Mitglieder umfassenden Arbeitskrei-

ses des Wissenschaftlichen Beirates der BÄK, dessen Entwurf zum 21.07.2014 durch schriftliche Anhörung von 70 Fachkreisen kommentiert (u.a. Ärztekammern, Berufsverbände, Fachgesellschaften), am 13.12.2014 vom Plenum des Wissenschaftlichen Beirates der BÄK und am 30.01.2015 vom Vorstand der BÄK beraten und beschlossen und am 30.03.2015 ohne Änderungen vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 16 Abs. 3 TPG genehmigt wurde. Es ist für jeden der täg-

lich drei in Deutschland versterbenden, erfolglos auf eine Spende wartenden potenziellen Organempfänger zu wünschen, dass diese verschärften Regeln mehr Sicherheit und Zustimmung zum Konzept der postmortalen Organspende begründen und damit sich mehr Menschen zur Organspende bereit erklären.

Die Sächsische Landesärztekammer führt am 5. September 2015 im Deutschen Hygiene-Museum Dresden ein Symposium „Organspende –

Quo vadis?“ durch. In drei Themenblöcken werden rechtliche wie ethische Fragestellungen zur Organspende, zur Patientenverfügung und zum Hirntod aufgegriffen. Die sächsischen Ärzte sind dazu herzlich eingeladen. Nähere Information unter www.slaek.de

Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider,
Facharzt für Innere Medizin, Neurologie
und Psychiatrie,
Neurologische Intensivmedizin
Organspendebeauftragter der Sächsischen
Landesärztekammer