

## Transplantation

### Hirntod-Diagnostik mit Problemen?

Quelle: Ärzte Zeitung online

Quelldetails ×

publiziert am: 23.2.2014 16:00

Quelle: Ärzte Zeitung online

Autor: Denis Nößler



Kein Hirntod: Hier sind noch Ströme.

© Andrea Danti / fotolia.com

**Fehlerhafte Diagnostik, laufende Medikation, missverständene Richtlinien: In einigen Fällen gibt es bei der Hirntod-Diagnostik offenbar Probleme. Die DSO warnt jedoch vor Panikmache.**

In Deutschland gibt es offenbar hin und wieder Regelverletzungen bei der Hirntoddiagnostik vor der postmortalen Organspende. In den vergangenen drei Jahren habe es insgesamt zehn Abweichungen gegeben, sagte der Interimsvorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Dr. Rainer Hess, der Nachrichtenagentur dpa.

Hess bestätigte damit teilweise einen Bericht der "Süddeutschen Zeitung" vom 18. Februar. Danach soll es unter anderem zwischen Anfang 2011 und Anfang 2013 in Bayern und Nordrhein-Westfalen insgesamt acht Fälle von Fehlern bei der Diagnostik des Hirntods gegeben haben. Die Feststellung ist obligatorisch vor der Leichenspende.

In zwei Fällen ist es nach Angaben der DSO von Dienstagabend "zu einer Organentnahme nach formal fehlerhafter Hirntoddiagnostik" gekommen. Beide Fälle seien der Staatsanwaltschaft gemeldet worden. "In den anderen Fällen hat das Kontrollsystem funktioniert", sagte Hess dazu.

In keinem Fall habe es aber eine Organentnahme bei Lebenden gegeben. Hess trat dem Vorwurf entgegen, die Hirntoddiagnostik sei hierzulande häufig fehlerhaft. "Ich weise den Generalverdacht über falsche Todesfeststellungen mit Nachdruck zurück."

Einer der beiden genannten Fälle mit Organentnahme könnte der jenes Kleinkindes sein, über den die "Süddeutsche" berichtet hatte. Dem Kind sollen "vor wenigen Jahren" in "Norddeutschland" Organe entnommen worden sein, obwohl der Hirntod nicht korrekt diagnostiziert wurde. Die "Süddeutsche Zeitung" beruft sich bei der Schilderung auf "interne Unterlagen" nicht näher benannten Ursprungs.

Das Problem bei Kindern: Für sie gelten adjustierte Vorgaben zur Hirntodfeststellung. Nach Ziffer 4 der einschlägigen Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) müssen bei Säuglingen und Kleinkindern (29. bis 730. Lebensjahr) mindestens 24 Stunden zwischen den Untersuchungen liegen. Bei unreifen Frühgeborenen muss die Beobachtungszeit sogar mindestens 72 Stunden betragen.

Womöglich hatten die diagnostizierenden Ärzte - es müssen immer zwei in der Intensivmedizin qualifizierte Untersucher sein - in diesem Fall die üblichen Regeln für Erwachsene (Ziffer 3.1) angewandt.

Danach gilt für die primäre Hirnschädigung ein Zeitabstand von mindestens zwölf Stunden, wenn alternativ keine ergänzenden Untersuchungen durchgeführt werden können. Allerdings ist diese Kasuistik nicht bestätigt. Die DSO bestätigte am Dienstagabend lediglich, dass in einem Fall "die Untersuchungszeiten nicht korrekt eingehalten worden" sind.

In dem zweiten genannten Fall mit einer anschließenden Entnahmeoperation soll laut DSO eines der vier Hirntodprotokolle gefehlt haben. Details gab die Organisation jedoch nicht bekannt. Beide Male sei die Staatsanwaltschaft eingeschaltet worden. Es sei anschließend "zweifelsfrei bestätigt" worden, dass beide Spender hirntot waren.

Bei einem weiteren Vorfall soll laut "Süddeutscher Zeitung" Ende 2012 bei einem gestorbenen Mann in einem "Bezirkskrankenhaus" eine Hirntoddiagnostik bei laufender Sufentanil-Gabe durchgeführt worden sein. Der zuständige DSO-Koordinator soll den Fehler noch rechtzeitig erkannt haben, so dass die Organentnahme schließlich abgesagt wurde.

Ebenfalls Ende 2012 soll in einem "süddeutschen Uniklinikum" der Hirntod ohne den nach der einschlägigen Richtlinie obligaten Apnoetest festgestellt worden sein. Diese beiden Fälle sind jedoch nicht bestätigt. Laut DSO wurden die Untersuchungen nach Intervention der Koordinatoren jedoch wiederholt, oder es wurde von einer

Organentnahme abgesehen.

Die Prüfung des Atemstillstands ist verpflichtend (Ziffer 2.7 der BÄK-Richtlinie). Zahlreiche Fachgesellschaften der Neurologen hatten im Sommer 2012 erneut betont, dass "die Überprüfung des Atemantriebs zum Nachweis aller Ausfallsbefunde des Gehirns unerlässlich" ist.

Ebenso verpflichtend muss die Lichtstarre beider Pupillen nachgewiesen werden, sowie die Bewusstlosigkeit und eine Hirnstamm-Areflexie - anhand fehlender kornealer, okulozephaler, pharyngealer, trachealer Reflexe und eines fehlenden Schmerzreizes des N. trigeminus.

Die Irreversibilität der Hirnschädigung kann entweder über den Zeitabstand zwischen den zwei Untersuchungen oder mittels Null-Linien-EEG, fehlende evozierte Potentiale und einen zerebralen Zirkulationsstillstand nachgewiesen werden.

Und grundsätzlich kommen ohnehin nur akute schwere primäre oder sekundäre Hirnschädigung als Voraussetzung für einen Hirntod in Betracht. Die untersuchenden Ärzte müssen zudem Intoxikationen ebenso ausschließen, wie zerebrale Einflüsse von Medikamenten, neuromuskuläre Blockaden, Unterkühlungen, Schockzustände oder andere Erkrankungen, die eine Ursache für den Ausfall der Hirnfunktion sein könnten, etwa systemische Entzündungsprozesse.

Dass es offenbar eines Repetitoriums zu den Vorgaben bei der Hirntoddiagnostik braucht, ist ob der Vorgaben in der Intensivmedizin wohl auch kein Geheimnis. Vor allem kleinere Entnahmekrankenhäuser können nicht immer die ärztliche Expertise zur Hirntoddiagnostik trainieren, wie es an großen Zentren usus ist.

Bereits vor acht Jahren berichtete das "Deutsche Ärzteblatt" über eine interne DSO-Studie, wonach das regionale DSO-Team für Niedersachsen (Region Nord) in 21 von rund 50 Fällen die Hirntoddiagnostik nicht sicher reproduzieren konnte ([Dtsch Arztebl 2006; 103\(19\): A-1270](#)). Der Hirntod sei in diesen Fällen womöglich falsch vermutet oder nicht exakt nach den Richtlinien festgestellt worden.

Diese Situation könnte sich jedoch in Zukunft etwas verbessern. Bereits im Sommer 2012, kurz nach dem Bekanntwerden der Allokationsskandale, kündigte die BÄK eine Überarbeitung ihrer einschlägigen Transplantationsrichtlinien an - allen voran jener zur Hirntoddiagnostik.

**publiziert am:** 23.2.2014 16:00 **Autor:** Denis Nöbler **Quelle:** [Ärzte Zeitung online](#)

LESER-KOMMENTARE ZU DIESEM ARTIKEL

[Kommentieren](#)

21.02.2014 15:34 von Dr. Thomas Georg Schätzler

### Die DSO bleibt ein Kreuzworträtsel

Wenn der Interimsvorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Dr. jur. Rainer Hess, behauptet, in keinem Fall habe es eine Organentnahme bei Lebenden gegeben und dem Vorwurf entgegentrat, die Hirntoddiagnostik sei hierzulande in begründeten Einzelfällen fehlerhaft, mit "Ich weise den Generalverdacht über falsche Todesfeststellungen mit Nachdruck zurück", entschuldigt ihn vielleicht, dass er (\* 6. 11. 1940) nunmehr im 74. Lebensjahr stehend, über keine Befähigung zur Ausübung der Heilkunde verfügt. Aber letzten Endes weist er nur noch reflexhaft alle Unterstellungen und Verdachtsmomente zurück, während die Organspende-Bereitschaft immer dramatischer zurückgeht. Denn es ist und bleibt gerichtsnotorisch und aktenkundig, dass es in der Transplantations-Medizin an einigen wenigen Behandlungszentren in Deutschland drunter und drüber gegangen ist. Und dagegen könnte nur eine V o r w ä r t s- und keine Rückwärts-Verteidigung etwas ausrichten. • Wenn es jedoch nach Angaben der privatwirtschaftlichen, mit 44 Millionen Euro jährlich alimentierten DSO selbst in 2 Fällen aktenkundig "zu einer Organentnahme nach formal fehlerhafter Hirntoddiagnostik" gekommen sei, darf man auch als juristischer Laie fragen, wie es dann mit der möglicherweise i n h a l t l i c h fehlerhaften Hirntoddiagnostik bestellt ist? • Wie es zur Entnahme von lebensfrischen Organen kommen kann, wenn die Hirntod-Feststellung "obligatorisch vor der Leichenspende" ist? • Wie es zu der neuen Begrifflichkeit der "Leichenspende" kommt, wenn bei Organtransplantationen und in der gesamten Transplantationsmedizin immer wieder betont wird, dass diese im G r e n z b e r e i c h zwischen Leben und Tod agiert? • Warum, so makaber es klingt, vitale bzw. vitalisierte Organe von "Leichenspendern" im NAW/RTW mit Blaulicht transportiert werden und nicht in schwarzen Fahrzeugen mit Milchglasscheiben? • Wenn bei Säuglingen und Kleinkindern bzw. differenziert bei Erwachsenen auch nur einmal "die Untersuchungszeiten nicht korrekt eingehalten worden" sind, welche "Flüchtigkeitsfehler" werden dann noch ans Tageslicht kommen? • Wenn einmal eines der vier Hirntodprotokolle gefehlt haben soll, wie oft soll das denn noch passieren? • Wenn die Prüfung des Atemstillstands, der Lichtstarre beider Pupillen und weitere neurologisch definierte Befundkriterien verpflichtend sind (Ziffer 2. ff. der BÄK-Richtlinie von 1997), warum musste dann im Sommer 2012 betont werden, dass "die Überprüfung des Atemantriebs zum Nachweis aller Ausfallsbefunde des Gehirns unerlässlich" sei? • Wenn eine interne DSO-Studie 2006 publiziert wurde, wonach das regionale DSO-Team für Niedersachsen (Region Nord) in 21 von rund 50 Fällen die Hirntoddiagnostik nicht sicher reproduzieren konnte [[Dtsch Arztebl 2006; 103\(19\): A-1270](#)], warum hat die DSO bis heute nicht konsequent reagiert? • Wenn die BÄK-Richtlinie (Bundesärztekammer) zur Hirntod-Diagnostik von 1997 stammt [[Dtsch Arztebl 1997; 94\(19\): A-1296 /](#)

B-1103 / C-1031], also nunmehr 17 Jahre alt ist, und derzeit überarbeitet wird, wieso hat BÄK-Chef Prof. h. c. (HH) und Kollege Frank-Ulrich Montgomery sich nicht unmittelbar nach den bekannt gewordenen Transplantationsskandalen um Aktualisierung bemüht? • Ist der DSO denn nicht bekannt, dass international bereits ein „Non Heart Beating Donor“-Organspenderkonzept diskutiert wird? Damit ich nicht missverstanden werde: Ich bin für die Weiterentwicklung der Transplantationsmedizin in Wissenschaft, Forschung und Krankenversorgung, genauso wie für Kritikfähigkeit, Transparenz, Verantwortung, Öffentlichkeit und Kontrolle! Aber nach den aufgedeckten Skandalen, Manipulationen und hier vorliegenden Ungereimtheiten bin ich in meinem Glauben an die Medizin und an den möglichen medizinischen Fortschritt im Sinne der Verbesserung der "conditio humana" nachhaltig erschüttert und enttäuscht. Das muss jetzt endlich besser werden! Und wann werden die hohen Herrschaften bei der DSO inhaltlich darüber nachdenken wollen, wie optimale bio-psycho-soziale Rahmenbedingungen für alle diejenigen geschaffen werden können, die in Intensivpflege, im OP und ärztlichen Dienst, in der Technik/Logistik bei Explantation, Transplantation und Implantation einerseits den endgültigen Sterbeprozess bei hirntoten Organspendern aufhalten, andererseits bei Organempfängern unter dem Druck enger Zeitfenster, drohendem Transplantatversagen und möglichen intraoperativen Komplikationen medizinische Maximalversorgung in der Transplantationschirurgie sicherstellen sollen. Mf+kG, Dr. med. Thomas G. Schätzler, FAFAM Dortmund - vgl. auf Schätzlers Schafott: "Transplantation - Organ(isations)-Versagen!" - <http://www.springermedizin.de/organisations-versagen/4963928.html> - und - <http://www.springermedizin.de/hirntod-juristisches-kreuzwortraetsel/4973518.html>