

Gunnar Duttge¹, Gerald Neitzke²

Zum Spannungsfeld zwischen Intensivtherapie und Organtransplantation*

The tensions between intensive care therapy and organ transplantation



Prof. Dr. jur. Gunnar Duttge, Direktor der Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht sowie Vorstandsmitglied des Zentrums für Medizinrecht an der Georg-August-Universität Göttingen. Mitglied des Klinischen Ethikkomitees (KEK) an der Universitätsmedizin Göttingen sowie in der Sektion Ethik der DIVI. Foto: privat



Dr. Gerald Neitzke, kommissarischer Leiter des Instituts für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Vorsitzender des Klinischen Ethik-Komitees (KEK) der MHH. Mitglied im Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) und in der Sektion Ethik der DIVI. Foto: privat

Die erforderlichen organprotektiven Maßnahmen zur Realisierung der Hirntoddiagnostik und letztlich der postmortalen Organspende fallen in Deutschland in einen undefinierten rechtlichen Graubereich zwischen Betreuungs- und Transplantationsrecht. Wann von einer rein patientenzu einer spendezentrierten Behandlung übergegangen werden darf, ist ebenso wenig klar wie die Frage, welche Person für den Patienten stellvertretend die notwendige Entscheidung zu treffen hat. Der Beitrag will die Problematik aufklären und stellt verschiedene Lösungsmöglichkeiten zur Diskussion.

Schlüsselwörter: Hirntod; Organspende; Organprotektion; Organspendeausweis; erweiterte Zustimmungslösung; Patientenverfügung; mutmaßlicher Wille; Betreuer/Gesundheitsbevollmächtigter; nächster Angehöriger

In Germany the necessary means of organ protection for the purpose brain death diagnosis and post-mortal organ donation are performed on an uncertain legal basis in the field of tension between the sectors of guardianship law and transplantation law. Concerning this legal gray area, questions arise such as under what circumstances the medical treatment may be changed at the expense of therapeutic interests to ensure the organ's transplantation capability and who is authorized to make the necessary decision by proxy. The contribution focusses on these deficiencies and presents various possible solutions for discussion.

Keywords: brain death; organ donation; organ protection; organ donor card; extended consent solution; patient decree; presumed consent; caregiver, authorized representative; next of kin

Zitierweise:

Duttge G, Neitzke G: Zum Spannungsfeld zwischen Intensivtherapie und Organtransplantation. DIVI 2015;6:144-149
DOI 10.3238/DIVI.2015.0144-0149

Problemstellung

Noch immer herrscht in Deutschland ein akuter Mangel an Spenderorganen. Nach Auskunft der Deutschen Stiftung Organtransplantation warten derzeit etwa 10.000 Patientinnen und Patienten auf ein Organ, davon ca. 8.000 auf eine Niere [1]; im vergangenen Jahr konnten

aber nur 1.489 Nieren transplantiert werden. Die Zahl an Organspendern hat sich nach den rapiden Verlusten im Zuge der bekanntgewordenen Regelwidrigkeiten mit 864 zuletzt auf einem niedrigen Niveau stabilisiert [2]. Dabei lag die Zahl an möglichen Spendern, bei denen also der Hirntod gemäß der einschlägigen Richtlinie der Bundesärzte-

kammer [3] festgestellt wurde und keine medizinischen Ausschlussgründe vorlagen, deutlich höher (bei 1.339 Personen). In der Mehrzahl der Fälle lehnte jedoch der nahe Angehörige die erforderliche Zustimmung ab [4]. Nach wie vor hat offenbar nur eine kleine Minderheit der Bürgerinnen und Bürger für sich selbst eine Entscheidung getroffen

¹ Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht

² Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin

* Aufgrund seines interdisziplinären Zuschnitts wird dieser Beitrag parallel auch in der juristischen Zeitschrift „Gesundheitsrecht“ (Verlag Dr. Otto Schmidt, Köln) erscheinen.

bzw. eine solche durch einen Organspendeausweis schriftlich dokumentiert (§§ 3 I Nr. 1, 4 I S. 1 TPG).

Solange sich hieran nichts ändert, kommt den Abläufen vor Realisierung der Organspende und insbesondere der Kommunikation mit den Angehörigen eine gesteigerte Bedeutung zu. Gerade in dieser sensiblen Phase bestehen aber in der Praxis offenbar erhebliche Unsicherheiten mit ethischer Brisanz: Es ist erstens keineswegs klar, wann von einer rein patientenzentrierten zu einer spendezentrierten Behandlung übergegangen werden darf, und zweitens ebenso wenig, welches Dokument bzw. die Erklärung welcher Person die Annahme der erforderlichen patientenseitigen Zustimmung trägt. Dies ist deshalb von besonderer Relevanz, weil der Hirntoddiagnostik in der Regel intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen (wie z.B. Fortsetzung der künstlichen Beatmung, Verabreichung gefäßaktiver Medikamente, ggf. Hormonersatztherapien und Intensivpflege) vorausgehen müssen [5], die sonst bei infauster Prognose und irreversibel tödlichem Verlauf u.U. nicht mehr zur Anwendung kämen [6].

Unter welchen Voraussetzungen man Patienten aufgrund ihrer Eignung zur Organspende länger intensivmedizinisch behandeln darf als andere Patienten, ist im Transplantationsgesetz nicht geregelt und wird erst in jüngerer Zeit offen debattiert [7, 8]. Dieser Beitrag will einen Überblick zur Problematik und zu den möglichen Lösungsansätzen geben, kann aber die bestehenden (Rechts-)Unsicherheiten nur aufdecken und nicht selbst beseitigen.

Ethische Problematik und rechtliche Regelungslücke

Zur Veranschaulichung möge der folgende Beispielfall dienen: Ein 51-jähriger Patient wird nach einem Verkehrsunfall mit einer Kopfverletzung in die Notaufnahme gebracht. Ein erstes Schädel-CT zeigt eine schwere intrazerebrale Blutung, ein zweites wenig später eine deutliche Zunahme der Blutung, die zusammen mit weiteren Parametern den Verdacht auf eine schwerste, irreversible Hirnschädigung begründen. Klinisch verfügt der Patient über einen stabilen Blutdruck; die Befunde lassen auf einen

rest-aktiven Hirnstamm schließen. Die Angehörigen teilen mit, dass der Patient über einen Organspendeausweis verfügt, aber auch eine Patientenverfügung verfasst hat. Es liegt eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten zugunsten des erwachsenen Sohnes des Patienten vor. Dieser plädiert dafür, die mögliche Organspende zu realisieren; die Ehefrau verlangt, den Patienten friedlich sterben zu lassen.

Das geltende Transplantationsgesetz basiert auf der fundamentalen rechtsethischen Annahme, dass erst die Zustimmung des betroffenen Patienten selbst oder seiner nächsten Angehörigen (vorwiegend auf der Basis eines mutmaßlichen Willens des Patienten) die Entnahme seiner Organe legitimiert. Ein Eingriff in den menschlichen Körper und mehr noch die Verwendung eines Teils hiervon allein zu fremdnützigen Zwecken gilt hingegen weithin als illegitime Instrumentalisierung, die den Eigenwert des Menschen als Subjekt seiner selbst von Grund auf in Frage stellt [7].

Hat der Betroffene freilich über seine Organe zustimmend vorausverfügt, so könnte man meinen, dass dies auch die Durchführung organprotektiver Maßnahmen umfasse. Dem steht jedoch entgegen, dass der Bevölkerung das Verfahren der Organspende noch immer überwiegend unbekannt ist und tendenziell eher davon ausgegangen wird, dass eine Spendeerklärung u.U. zu einem früheren Ableben und nicht zu einer Verlängerung intensivmedizinischer Maßnahmen führen könnte („Hirntod vor klinischem Tod“). Der bloße Verweis auf einen Organspendeausweis wird jedoch noch zweifelhafter, wenn zugleich eine Patientenverfügung vorliegt, die regelmäßig eine Therapiebegrenzung „in aussichtsloser Lage“ verlangt. In diesem Fall zweier kollidierender Patientenerklärungen bleibt der Gesamtwille unklar, wenn der Patient selbst nicht das Verhältnis zwischen beiden Erklärungen klargestellt hat.

In einem Arbeitspapier der Bundesärztekammer [9] zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung wird daher empfohlen, zur Entscheidung über organprotektive Maßnahmen und der Durchführung einer Hirntoddiagnostik in jedem Fall den Gesamtwillen des Patienten zu ermitteln. Das bedeutet, dass alle Informati-

onsquellen (Patientenverfügung, Organspendeerklärung, aber auch mündlich geäußerte Behandlungswünsche und mutmaßlicher Wille) genutzt werden sollen, um zu prüfen, ob letztlich der Organspendewunsch oder aber der Wunsch auf ein Sterbenlassen unter palliativmedizinischer Betreuung vorherrschen. Auf diese Weise könnte im Extremfall ein mündlich geäußerter Organspendewunsch eine Patientenverfügung außer Kraft setzen oder ein nachweislicher Wunsch nach Therapiebegrenzung den Organspendewunsch. Als höchstes Gut wird dabei der Patientenwille geachtet und respektiert, unabhängig davon, in welcher Weise der Patient ihn kundgetan hat.

Ungeklärt ist aber darüber hinaus, wer denn überhaupt legitimiert ist, stellvertretend den mutmaßlichen Willen des Patienten zu deuten und rechtsverbindlich zu erklären: Für den Bereich der Therapiebegrenzung schreibt das Gesetz die Befugnis zur Vertretung des Patienten einem gerichtsseitig erst zu bestellenden Betreuer zu, sofern der Patient nicht bereits privatautonom eine konkrete Person bevollmächtigt hat (§§ 1896 ff., 1901a I, II, V BGB). Für Erklärungen im Kontext der postmortalen Organspende hat das Transplantationsgesetz jedoch – vorbehaltlich einer auch hier möglichen Bevollmächtigung (§ 2 II TPG) – den „nächsten Angehörigen“ zur stellvertretenden Entscheidung bestimmt und für das Verhältnis der Angehörigen untereinander eine starre Reihenfolge festgelegt (§ 4 I, II i.V.m. § 1a Nr. 5 TPG). Daher können die zur Stellvertretung vor und nach dem Tod des Patienten berufenen Personen ohne Weiteres verschieden sein. Auf dieses Problem hat erstmalig, soweit uns bekannt, Tolmein hingewiesen [10].

Es ist offensichtlich, dass der Gesetzgeber die Notwendigkeit organprotektiver Maßnahmen vor Feststellung des Hirntodes ganz und gar übersehen und stattdessen vielmehr angenommen hat, das Transplantationsrecht komme erst nach Feststellung des Hirntodes zur Anwendung. Unter dieser Annahme wäre zu jedem Zeitpunkt klar, wer die Entscheidungen im Namen des Patienten treffen darf. Dass die Entscheidung zur Organspende (für die der nächste Angehörige zuständig ist) aber bereits in einer Phase fallen muss, in der noch der Betreuer oder Bevollmächtigte berufe-

ner Ansprechpartner für die zu treffenden Behandlungsentscheidungen ist, und dass die Aussicht auf eine Organspende unweigerlich Folgen für das Ausmaß intensivtherapeutischer Maßnahmen hat, bildet daher einen blinden Fleck des Rechts. Was aus diesem Befund bis zu einer evtl. gesetzgeberischen Klärung bis auf Weiteres folgt, darüber besteht bislang weitreichende Uneinigkeit.

Was bedeutet dies in dem skizzierten Fallbeispiel?

Aus den schriftlichen Dokumenten des Patienten geht nicht eindeutig hervor, ob in der eingetretenen Situation der Sterbe- oder der Organspendewunsch vorrangig sein soll. Der naheliegende Gedanke, dass zunächst (der Hirntod ist noch nicht erwiesen) die Patientenverfügung berücksichtigt und der Patient wunschgemäß sterben gelassen wird, ist aufgrund der Überlegungen der Bundesärztekammer nicht ausreichend. Es sollte vielmehr der Gesamtwille bezüglich einer Organspende ermittelt werden. Aber auch hier besteht Unsicherheit: Wer ist legitimiert, diesen Willen zu ermitteln und zur Geltung zu bringen? Formalgesetzlich ist der Sohn als Gesundheitsbevollmächtigter für die Behandlungsentscheidungen zu Lebzeiten des Patienten zuständig, die Ehefrau als nächste Angehörige (im Sinne des TPG) jedoch für die Zustimmung zur Organspende. Beide Personen sind gesetzlich verpflichtet, sich auf die schriftlichen Dokumente des Patienten zu stützen. Allerdings haben sie unterschiedliche Vorstellungen, welcher der Patientenwünsche Vorrang hat: Organspende oder Palliation. Zumindest bei der Ehefrau besteht zusätzlich der Verdacht, dass sie Eigeninteressen mit den Wünschen ihres Mannes vermischt. In der Praxis werden also ausführliche Gespräche mit allen Beteiligten, wenn verfügbar auch eine Ethik-Fallberatung, geführt werden müssen.

Lösungsmöglichkeiten

Das bereits erwähnte Arbeitspapier der Bundesärztekammer empfiehlt, das Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung wie folgt zu deuten [9]: Es solle von Grund auf zwischen

der Situation eines „vermuteten“ sowie eines nur alsbald „erwarteten“ Hirntodes unterschieden werden. Wird also von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten aufgrund der klinischen Situation vermutet, dass der Hirntod bereits eingetreten ist, oder wird aufgrund des Schädigungsmusters erwartet, dass er in Kürze eintritt?

Bei erwartetem, aber noch nicht eingetretenem Hirntod könne ein Einverständnis des Patienten mit der Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen nicht schon aus der Organspendeerklärung abgeleitet werden, weil die Realisierung des Organspendewunsches den Sterbeprozess um den schwer prognostizierbaren Zeitraum bis zum Eintritt des Hirntodes verlängere, so dass es einer separaten Zustimmung zur Fortführung der Behandlung bedarf. Deshalb müsse hier eine Entscheidung „mit dem Patientenvertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) und den Angehörigen des Patienten“ gesucht werden.

Bei vermutlich bereits eingetretenem Hirntod ist die Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Ermöglichung der Hirntoddiagnostik jedoch „zeitlich eng begrenzt“, so dass bereits aufgrund der Organspendeerklärung von einem Einverständnis des Patienten mit der organprotektiven Behandlung und Fortführung der Hirntoddiagnostik ausgegangen werden könne. Schließlich stelle die Feststellung des Hirntodes eine notwendige Voraussetzung für die postmortale Organspende dar, und die hierfür erteilte Zustimmung lasse sich nicht durch die „hypothetische Annahme“ entkräften, dass sich der Patient über die Notwendigkeit organprotektiver Maßnahmen nicht im Klaren gewesen sei. Ein vom Patienten verfügter Verzicht auf kardiopulmonale Reanimation solle hingegen in beiden Konstellationen respektiert werden, weil deren Missachtung als „erheblicher Eingriff“ zu qualifizieren sei und das Vorliegen des Hirntodes noch nicht geklärt werden konnte.

Diese Empfehlungen sind ersichtlich von pragmatischer Warte aus formuliert worden; es geht ihnen weniger um eine tiefeschürfende Begründung, sondern mehr um eine – zumindest grobe – Handlungsanleitung für die Praxis. Eben darin liegt aber zugleich ihre zentrale Schwäche, weil es eine verlässliche

Orientierung nur geben kann, sofern die Begründung hierfür tragfähig ist. Dass dies nicht der Fall ist, lässt sich schon daran leicht erkennen, dass es doch eigentlich um die Vereinbarkeit mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten geht, womit sich freilich eine Vorab-Unterscheidung je nach objektiver Krankheitssituation schlecht verträgt. Eben dies war die Lehre aus den gescheiterten Bemühungen um eine gesetzliche Reichweitenbegrenzung für die Geltungskraft von Patientenverfügungen (vgl. § 1901a III BGB).

Vor allem aber unterliegt der Patientenwille keinem Bagatellvorbehalt derart, dass etwa ein Behandlungsveto nur dann respektiert werden müsse, wenn es sich um „erhebliche Therapiemaßnahmen“ (wie eine Reanimation) handle.

Wenn der in einer Patientenverfügung vorausverfügte Wille einer Aufrechterhaltung intensivmedizinischer Maßnahmen entgegensteht, so bedarf es im Lichte des Selbstbestimmungsrechts schon einer überzeugend begründeten Rechtfertigung, soll gleichwohl dieser Vorgabe zuwider gehandelt werden. Lediglich auf den Organspendeausweis zu verweisen genügt gerade nicht, weil damit schon vorausgesetzt wird, was erst zu beweisen wäre: die Vorrangigkeit der Organspendeerklärung. Dass diese in ihrem Erklärungsgehalt mit der Patientenverfügung kollidiert, ist zudem keine bloß „hypothetische Annahme“, sondern ausweislich der beiden Dokumente Realität, solange sich aus ihnen nicht die Einschränkung entnehmen lässt, dass organprotektive Maßnahmen zur Realisierung der Organspende erlaubt bleiben sollen. Wenn der Patient diesen Vorbehalt selbst nicht formuliert hat, spricht alles für die Annahme, dass ihm diese Kollisionsmöglichkeit gar nicht bewusst war. Dies gilt aber in gleicher Weise auch umgekehrt für eine DNR-Ordner: Dass diese selbst dann gelten soll, wenn dadurch eine an sich erwünschte Organspende vereitelt wird, ist kein Gegenstand einer generalisierbaren Haltung aller Menschen, sondern kann nur Resultat einer Einschätzung des mutmaßlich individuellen Willens eines konkreten Patienten (§ 1901a II BGB) sein.

Interessant ist hingegen, dass die Empfehlungen der Bundesärztekammer für die Konstellation des „erwarteten

Hirntodes“ auf eine Einbeziehung des Betreuers/Gesundheitsbevollmächtigten und der (nahen) Angehörigen dringen. Letzteren kommt freilich nur dann ein im Konfliktfall auch durchsetzungsfähiges Mitsprache- und -entscheidungsrecht (und nicht bloß die Position einer wichtigen Informationsquelle, vgl. § 1901b II BGB) zu, sofern es sich um jene Personen handelt, die § 4 i.V.m. § 1 Nr. 5 TPG als zur Stellvertretung des potenziellen Organspenders berufen ausweist. Eben dies wird aber von Medizinrechtlern durchweg abgelehnt, entweder weil das Gesetz bis zur Feststellung des Hirntodes allein Betreuer/Gesundheitsbevollmächtigte zur Ermittlung des Patientenwillens ermächtigt oder doch jedenfalls die Vorsorge zugunsten einer potenziell noch lebenden Person wertbezogen höhergewichtig sei als jene im Kontext der postmortalen Organspende, die der Totenfürsorge zuzurechnen ist. Jener im Medizinrecht derzeit wohl vorherrschenden Ansicht, wonach deshalb vor Todesfeststellung das Betreuungsrecht zur Anwendung kommen müsse, steht allerdings entgegen, dass die Stellvertretung von (potenziellen) Organspendern nicht in den Anwendungsbereich der §§ 1896 ff. BGB, sondern des § 4 TPG fällt.

Die erforderliche Feststellung eines einheitlichen Patientengesamtwillens kann aber allein durch Einbeziehung sowohl der Organspendeerklärung als auch der Patientenverfügung erfolgen. Daraus folgt nach geltendem Recht zwangsläufig, dass sämtliche zur jeweiligen Interpretation berufenen Stellvertreter des Patienten – und zwar gemeinschaftlich – mitentscheidungsbefugt sein dürften.

Der Deutsche Ethikrat hat kürzlich allerdings die Auffassung vertreten, dass zur stellvertretenden Entscheidung weder der Betreuer/Gesundheitsbevollmächtigte noch der „nächste Angehörige“ im Sinne des § 4 TPG zuständig seien [8]: letzterer nicht, weil dessen Entscheidungsbefugnis doch erst mit Feststellung des Todes begründet werde, ersterer nicht, weil organprotektive Maßnahmen nicht dem „therapeutischen Interesse“ des Patienten dienen. Abgesehen davon, dass eine solche Abwahl gleich beider im Recht vorgesehenen Modelle zur Sicherung des Selbstbestimmungsrechts von Patienten die rechtspraktische Handhabung einschlä-

giger Konfliktfälle bis auf Weiteres unentscheidbar machen würde, unterliegt diese Position einer verkürzten, die bestehenden Interpretationsspielräume des geltenden Rechts verkennenden, Betrachtungsweise: Denn wenn das geltende Transplantationsrecht – auch zur Sicherung einer ausreichend großen Zahl von Spenderorganen – neben den unmittelbar Betroffenen auch deren nächsten Angehörigen als hinreichend entscheidungsbefugt für die Vornahme einer Organspende ansieht („erweiterte Zustimmungslösung“), so muss dies zwangsläufig auch jene notwendige Vorentscheidung mitbetreffen, ohne die eine Organspende sonst überhaupt nicht realisiert werden könnte. Ansonsten müsste von einem absurden Recht ausgegangen werden, das eine Problemlösung vorsieht, die niemals praktisch werden könnte.

Die Anwendbarkeit des Betreuungsrechts (§§ 1896 ff. BGB) lässt sich schon deshalb nicht in Abrede stellen, weil das Wohl des Patienten, durch eine evtl. Vornahme organprotektiver Maßnahmen durchaus betroffen, bis zur Feststellung seines Todes einem Betreuer/Bevollmächtigten anvertraut ist. Der Annahme, dass ein Betreuer/Bevollmächtigter der fremdnützigen Organspende niemals zustimmen dürfte, steht schon entgegen, dass bei der Beurteilung seines „Wohls“ maßgeblich die Wünsche des Patienten zu berücksichtigen sind (§ 1901 II, III BGB). Im Übrigen lässt sich das Patientenwohl lebensweltlich von vornherein gar nicht in ein „therapeutisches“ und ein „organspendespezifisches“ aufspalten, sondern diese gesetzliche Aufspaltung zeigt gerade die Notwendigkeit einer Gesamtschau unter Einbeziehung aller Mitentscheidungsbefugten.

Jedenfalls legt diese Sichtweise die Empfehlung nahe, im Zweifel den rechtssicheren Weg zu beschreiten und schon deshalb keine eventuell entscheidungsbefugte Person zu übergehen. Allerdings kennt das Recht keine ausdrückliche Regelung, wie im Falle eines fortdauernden Dissenses zwischen dem Betreuer (Bevollmächtigten) auf der einen und einem „nahen Angehörigen“ auf der anderen Seite zu verfahren ist. Da jedoch die Richtigkeit des gemutmaßten Patientenwillens im Kontext therapiebegrenzender Entscheidungen gem. § 1904 II BGB vom Betreuungs-

gericht zu beurteilen sind, kann nach dem Rechtsgedanken dieser Vorschrift für mögliche Relativierungen der Interpretation aufgrund des Bestehens einer Organspendeerklärung wohl nichts anderes gelten.

Problemverschärfung

Nach dem Vorstehenden folgt umstandslos, dass die Kollisionsproblematik keineswegs auf das Vorhandensein schriftlicher Dokumente beschränkt ist, sondern sich ebenfalls einstellt, wenn „nur“ frühere mündliche Äußerungen bekannt werden bzw. in beiderlei Hinsicht – bei der Frage der Therapiebegrenzung wie der Organspende – der mutmaßliche Patientenwille zu ermitteln ist. Der BGH hat sich jüngst zur hohen Bedeutsamkeit auch mündlicher Behandlungswünsche im Kontext therapiebegrenzender Entscheidungen geäußert [11], siehe dazu auch Anmerkungen [12, 13].

Folgerichtig müsste dann aber stets – in sämtlichen Konstellationen – unter Einbeziehung aller Stellvertreter/Angehörigen nach dem Patientengesamtwillen gefahndet werden. Der Versuch, einer solchen Problemverschärfung zu entgehen, wäre nur um einen hohen Preis zu haben: Entweder man nimmt zugunsten einer „organspendefreundlichen Lösung“ [14] die Missachtung eines möglichen Sterbewillens in Kauf, oder aber man sieht mit Rücksicht auf die bestehende Situation der Transplantationsmedizin (s.o. „Problemstellung“) so lange keinen Anlass für einen möglichen Organspendewillen, wie dieser nicht die vorgesehene Form einer schriftlichen Spendeerklärung im Sinne der §§ 3 I Nr. 1, 4 I TPG gefunden hat oder von einem wenigstens mündlichen Spenderwillen glaubhaft berichtet wird. In diesem Fall bliebe aber für Zustimmungserklärungen naher Angehöriger kraft mutmaßlichen Willens kein Raum mehr und wäre daher ein weiterer erheblicher Einbruch der Spenderzahlen die zwangsläufige Folge.

Einen einfachen Ausweg aus dem Dilemma ermöglicht allerdings eine eindeutige Festlegung des Patienten in einem Dokument für beide Fragen: a) Er oder sie beschreibt in der Patientenverfügung das gewünschte Vorgehen im Falle des vermuteten oder erwarteten

Hirntodes oder es wird b) im Organspendeausweis ein expliziter Passus der Einwilligung in die zur Realisierung der Spende erforderlichen Maßnahmen inklusive der Organprotektion und Durchführung der Hirntoddiagnostik aufgenommen.

Im Fall a) ergeben sich folgende mögliche Verfügungswünsche: Wenn eine Organspende abgelehnt wird, werden konsequenter Weise auch weitere lebenserhaltende und/oder organprotektive Maßnahmen sowohl für den Fall eines vermuteten als auch für den Fall eines erwarteten Hirntodes abgelehnt. Wenn ein Organspendewunsch besteht, ist mindestens für den vermuteten Hirntod eine Zustimmung zur Organprotektion und zur Durchführung der Hirntoddiagnostik erforderlich. Für den Fall des erwarteten Hirntodes sind individuelle Festlegungen hilfreich und wirken sich ebenfalls entscheidungsleitend aus: etwa die Erlaubnis aller intensivmedizinischer Maßnahmen inklusive der kardiopulmonalen Reanimation, damit der Spendewunsch wenn irgend möglich erfüllt werden kann; oder der Ausschluss bestimmter Maßnahmen (etwa der Reanimation oder weiterer Operationen vor Abschluss der Hirntoddiagnostik), um ein erhöhtes Ausmaß an Therapieeskalation auszuschließen, das bis zum Eintritt des Hirntodes erforderlich werden könnte; oder der Ausschluss weiterer lebenserhaltender Maßnahmen für den Fall des nur erwarteten Hirntodes, wenn in diesen Fällen das Sterbenlassen vorrangig gewünscht wird.

Im Fall b) ist die Organspende hingegen nur durchführbar, wenn die Er-

laubnis sowohl für die Spende als auch für Organprotektion vorliegt. Die Formulare zur Organspendeerklärung (z.B. Organspendeausweis) könnten entsprechend geändert werden, so dass eine solche Erklärung regelhaft vorgesehen ist.

Ausblick

Das Streben nach einer trag- und zukunfts-fähigen (rechtlichen) Grundlage der postmortalen Organspende verbietet es, das hier thematisierte Problem kurzerhand zu ignorieren oder aber eine willkürliche, allein vom gewünschten Ergebnis her gedachte Lösung zu propagieren. Die deutsche Transplantationsmedizin kann es sich schlechterdings nicht mehr leisten, das ohnehin fragile Vertrauen der Bevölkerung weiterhin aufs Spiel zu setzen. In erster Linie ist jedoch der Gesetzgeber aufgerufen, sich von seiner irrigen Sicht schleunigst zu verabschieden, wonach die Therapiebegrenzung am Lebensende sowie Fragen der postmortalen Organspende 2 voneinander getrennte Sachbereiche betreffen. Die dringliche Regelung sollte jedoch tunlichst davon absehen, mit Gesetzeskraft die Akzeptanz in organprotektive Maßnahmen erzwingen zu wollen, wie es der Deutsche Ethikrat als einen möglichen Lösungsweg (1) vorschlägt [8]. Stattdessen sollte man sich auf eine Klärung der Zuständigkeit beschränken, welche Person(en) zur verbindlichen Deutung des Patientenwillens berufen sein soll(en). Ergänzend dürfte die rechtspolitische Debatte nicht länger an der Frage vorbeikommen, ob nicht doch eine ärztliche Bera-

tung vor Abfassen einer Patientenverfügung (ggf. mit einer Erklärung zur Organspende) künftig obligatorisch sein sollte. Und zudem sollte auch der Gedanke einer Erklärungspflicht zwecks Vermeidung derart gravierender Unsicherheiten beim dunklen Spekulieren über den mutmaßlichen Patienten(-gesamt-)willen über kurz oder lang kein Tabu sein. Bis dahin kann der klinischen Praxis nur empfohlen werden, die jeweiligen Optionen frühzeitig zu bedenken und nicht etwa zu verheimlichen, sondern allseits klar zu kommunizieren. DIVI

Interessenkonflikte: Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte im Sinne des ICMJE bestehen.

Zitierweise:

Duttge G, Neitzke G: Zum Spannungsfeld zwischen Intensivtherapie und Organtransplantation. *DIVI* 2015;6:144–149

DOI 10.3238/DIVI.2015.0144-0149

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Gunnar Duttge
Institut für Kriminalwissenschaften
Abteilung für strafrechtliches Medizin-
und Biorecht
Juristische Fakultät der Georg-August-
Universität
Platz der Göttinger Sieben 6
37073 Göttingen
Tel.: +49 (0)551 39-21620
Fax: +49 (0)551 39-21622
lduttge@gwdg.de

Literatur

1. Deutsche Stiftung Organtransplantation (2015) Warteliste und Vermittlung. <http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/warteliste-und-vermittlung.html> (Zugriff am 24.07.2015)
2. Deutsche Stiftung Organtransplantation (2015) Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2014: 28 f
3. Bundesärztekammer: 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. Dtsch Ärztebl DOI: 10.3238/arztebl.2015.rl_hirnfunktionsausfall_01
4. Deutsche Stiftung Organtransplantation (2015) Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2014:17
5. Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme, 2015:26 f
6. Bein T, Schlitt HJ, Bösebeck D, Bele S, Krämer BK, Taeger K: Hirntodbestimmung und Betreuung des Organspendes: Eine Herausforderung für die Intensivmedizin. Dtsch Ärztebl 2005; 102:A278–283
7. Schöne-Seifert B, Prien T, Rellensmann G, Roeder N, Schmidt H H-J: Behandlung potenzieller Organspender im Präfinalstadium. Dtsch Ärztebl 2011;108: A2080–A2086
8. Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme, 2015:43–48
9. Bundesärztekammer: Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung. Dtsch Ärztebl 2013;110: Anlage A7–9 zu A-1580–1586
10. Tolmein O: Stellungnahme zur geplanten Änderung des Transplantationsgesetzes im Rahmen einer öffentlichen Sachverständigenanhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, Ausschuss-Drs. 17(14) 0148(9). http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/jj_Organspende_Block_II/Stellungnahmen/17_14_0148_9_.pdf
11. BGH: Beschluss vom 17.9.2014 – XII ZB 202/13. Juristenzeitung 2015;70:39–43
12. Duttge G: Anmerkungen. Juristenzeitung 2015;70:43–46
13. Simon A: Anmerkungen. medstra – Zeitschr Medizinstrafrecht 2015;1: 214–217
14. Verrel T: Patientenverfügung, Therapiebegrenzung und Organspende. Anmerkungen zu einem vermeintlichen Widerspruch. Gesundheit und Pflege 2012;2:121–126

Buchneuzugänge

Moskopp D.

Hirntod

Thieme (Stuttgart) 2015, Softcover, 152 Seiten, 50 Abbildungen, ISBN: 978-3-13-198661-0. EUR 29,99
Die Diagnose Hirntod ist für Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige ein belastendes Thema. Neue Gesetze und Richtlinien zur Hirntoddiagnostik sowie unterschiedliche ethisch-moralisch Vorstellungen führen zu Unsicherheiten im Handeln. Dieses Handbuch bietet einen Leitfaden sowohl für die Diagnosestellung, als auch den sicheren Umgang mit der schwierigen Situation Hirntod.

Hansmann G. (Hrsg.)

Neugeborenen-Notfälle

Schattauer (Stuttgart) 2015, Hardcover, 552 Seiten, 114 Abbildungen, 55 Tabellen, ISBN: 978-3-7945-2905-6. EUR 99,99
Das Neugeborene hat eine Sepsis oder einen Krampfanfall; das Kind kommt viel zu früh; eine nicht geplante Hausgeburt steht an – was ist zu tun? Bei neonatalen Notfällen ist keine Sekunde zu verlieren, und jeder Handgriff muss sitzen. Das interdisziplinär ausgerichtete Werk – in der vollständig überarbeiteten und stark erweiterten Neuauflage – bündelt hierzu alles Wichtige in Kürze. Die einheitlich

strukturierten Notfallkapitel erleichtern das schnelle Auffinden. Flowcharts und Checklisten ermöglichen eine rasche und fundierte Entscheidungsfindung. Prägnante Merksätze und anschauliche Bilder verdeutlichen, worauf bei Neugeborenen im Kreißsaal, während des Transports oder auf der Intensivstation zu achten ist. Darüber hinaus geht der Leitfaden auf spezielle Probleme vor Ort ein. Das Handbuch für Neonatologen, Pädiater, Notärzte, Anästhesisten, Geburtshelfer, Hebammen, Rettungsassistenten, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen.

Bahrs C.

Traumatologie pocket

Börm Bruckmeier (Grünwald) 2015, Softcover, 150 Seiten, ISBN: 978-3-89862-769-6. EUR 14,99
Die häufigsten Verletzungen des Bewegungsapparats im Überblick: Die sieben Kapitel Polytrauma, Leichtes Schädelhirntrauma, Wirbelsäulenverletzungen, Verletzungen der oberen Extremität, Verletzungen der unteren Extremität und Sportverletzungen geben prägnante Empfehlungen zu allen relevanten Aspekten der unfallchirurgischen Behandlung. Übersichtlich: bei jeder Verletzung alle wichtigen Informationen zu Epidemiolo-

gie, Anamnese, Untersuchung, Klassifikation, Bildgebende Diagnostik, Therapieoptionen, Komplikationen. Konkret: praxisnahe Therapieempfehlungen mit Notfalltherapie, konservativer und operativer Therapie inklusive Nachbehandlung. Anschaulich: farbige Abbildungen zu den wichtigsten Klassifikationen.

Furger P.

Notfall quick

Thieme (Stuttgart) 2015, 3. aktualisierte Auflage, Softcover, 464 Seiten, ca. 130 Abbildungen, ISBN: 978-3-13-140443-5. EUR 34,99
*Praxispower für alle medizinischen Notfälle: kardiopulmonale, gastrointestinale und neurologische Notfälle, Verbrennungen, Schmerzen. Konzentration auf die Fakten: maximale Kompression auf die wirklich relevanten Inhalte. Praxisauglich: klassische Gliederung nach Fachgebieten; viele Praxistipps, Merksätze und instruktive Grafiken; Algorithmen und Schemata. Knapp gefasster Telegrammstil mit stark strukturierten Inhalten
Neu: Komplett aktualisiert, noch übersichtlicher durch strukturierteres zweifarbigeres Layout. Kapitel Reanimation, Intensivmedizin, Kardiologie, Pneumologie und viele diverse Notfälle überarbeitet und erweitert*