

Fachliche Stellungnahme zur Hirntoddiagnostik im gesellschaftlichen Diskurs

Hamburg, 01.12.2016

Daniel Wertheimer
Neurozentrum Schön Klinik Hamburg Eilbek



Fachliche Stellungnahme zur Hirntoddiagnostik im gesellschaftlichen Konsens

Hamburg, 01.12.2016

Daniel Wertheimer
Neurozentrum Schön Klinik Hamburg Eilbek



Konsens hätten wir gerne, haben wir aber nicht.

Facetten des aktuellen Diskurses:

- **ist ein hirntoter Mensch (ganz) tot?**
- **führen wir offenen Diskurs?**
- **Kommunikationskonzept?**
- **ist unser Hirntodkonzept von Utilisation für die Transplantationsfrage geprägt?
(Traut man uns in der HT-Diagnostik?)**
- **ist unsere Hirntoddiagnostik suffizient?**

Stellungnahme Deutscher Ethikrat 2012:

Überwiegend Befürworter: Ohne Gehirn ist der Mensch als körperlich-geistige Einheit nicht mehr existent=totFörderreuther

Ablehnende: Auch ohne Gehirn sind noch Regulationsvorgänge wie Temperatursteuerung, Infektabwehr möglich, außerdem wenig apparative Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen nötig (Beatmung)Schewmon

Beides: Auch bei Hirntod mit irreversiblen Bewußtseinsverlust noch vorhandene Integrität, Sein zwischen Leben und TodStoecker

Metaphysischer Ansatz: keine ethische, sondern metaphysische Frage nach Existenz und Tod > Empfehlung Diskurs Naturwissenschaft und NaturphilosophieQuante

Deutscher Ethikrat 2012:

**Gute Idee,
nur schon vorhanden, Diskurs seit über 2000
Jahren** Sokrates 471 v.Chr, Epikur 341 v.Chr.

**Wir brauchen zeitnahe, rechtssichere und zu
handhabende Lösungen...**

Andere Näherung:

Was wäre, wenn..

Was wäre, wenn..

der Hirntod nicht der Tod des Menschen wäre?

1.) Metaphysische Grenzfragen:

**Ist der Mensch lebendig, auch wenn nur noch einzelne
Organe funktionieren? Welche, wie viele?
Ist der Mensch noch Mensch, wenn..**

2.) Utilisatorische Fragen:

**Therapiebegrenzungen erschwert > mehr
Intensivpatienten Eigenutilisation
Transplantationsfrage: Mit dead-donor-Prinzip nicht mehr
vereinbar > Entnahme von Lebenden, damit Tötung??**

3.) Rechtliche Implikationen

Zustimmungs-/Widerspruchslösung

Deutscher Ethikrat 2012:

Was wäre, wenn..

wir uns die Hirntoddebatte ohne Transplantationsfrage vorstellen?

Integrität des Menschen nach HT-Diagnostik ohne Organentnahme unberührt, nach Transplantation nicht

Zweckungebundener Diskurs?

Stellungnahme Deutscher Ethikrat 2015:

Ist der Tod Angelegenheit von Ärzten?

President`s council on bioethics 2008

Notwendige, transparent aufgearbeitete Debatte^{Höfling}

Information der Bevölkerung über Bundeszentrale für gesellschaftliche Aufklärung und über Krankenkassen.
Werde ich schlechter behandelt, weil man meine Organe will?

Vertrauen

Beginn organprotektiver Maßnahmen vor HT-Nachweis mit ev. Verlängerung der Sterbephase?

Verhärtete Diskurs von unmittelbarer Nähe zur Transplantationsfrage geprägt:

Hirntodkonzept:

Kategorie hirntot als besonderes „Zwischenreich“?

Aufgeben der dead-donor- rule?

Lebenspende am Lebensende?

Unverständnis:

Warum Verankerung im Transplantationsgesetz?

Misstrauen:

Instrumentalisierung der (naturwissenschaftlich-metaphysischen) Frage zur Förderung der Transplantationszahlen?

Ergebnisoffene HT-Untersuchung gefordert unabhängige Institution? Es klingelt an der Tür, die DSO...

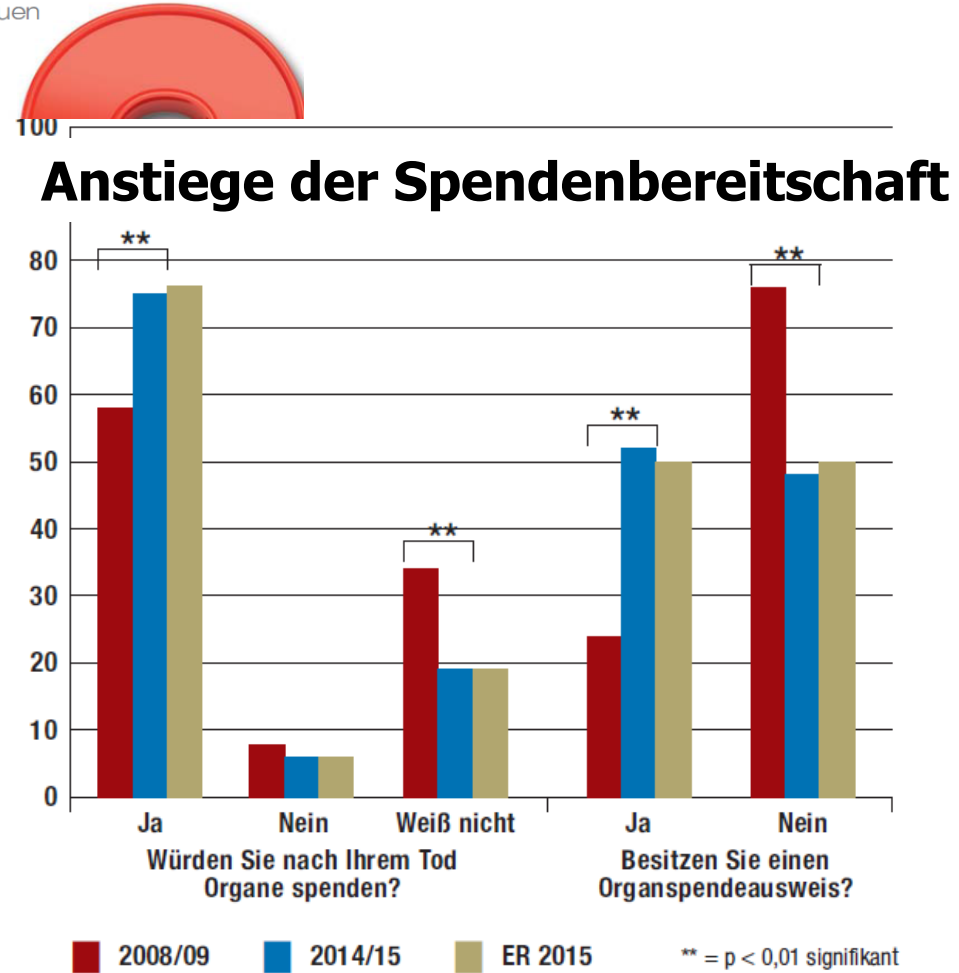
EINSTELLUNG ZUR ORGANSPENDE

Kulturell tief verwurzelt

Die Zurückhaltung gegenüber einer Organspende in Deutschland lässt sich eher auf kulturelle Einstellungen zum Hirntod und zur Körperlichkeit zurückführen als auf Misstrauen gegenüber dem System: Ergebnisse des Göttinger Organspende-Surveys.

Sp-Skeptiker: 20%
Sp-Willige: 10%
= Skepsis gegenüber dem Hirntod-Konzept

S.Schicktanz, DÄ vom 16.09.2016



Regelung Todesfeststellung und Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Gesamtfunktionsausfall von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm

Zunächst formal anmutender Aspekt:

Irreversibler HirnfunktionsAusfall:

(was macht den Menschen zum Menschen)

**Betonung verlorener Gesamtfunktionalität und
bewusste Abgrenzung von semantischer und
konnotativer Last der belasteten Vergangenheit**

Richtlinie BÄK 2015/IV zur Hirntodfeststellung:

**Der festgestellte Hirntod ist als äquivalentes
Todeszeichen zu den sicheren Todeszeichen wie
Totenflecke oder Totenstarre zu verstehen**

Nachweis IHA

Kriterien: wenig Änderung zur III. Fortschreibung von 1998, d.h.

weiterhin drei zu erfüllende Kriterien:

- Nachweis einer schweren primären oder sekundären Hirnerkrankung**
- Nachweis von Koma, Hirnstammareflexie und fehlendem Atemantrieb (Apnoetest)**
- Nachweis der Irreversibilität durch zwei Untersuchungen mit definierten Abständen und/oder apparativen Zusatzuntersuchungen (hier neu CTA und Duplexsonografie)**

Nachweis IHA durch 2 Ärzte

Qualifikation:

- beide Facharztstatus, davon
- ein Facharzt beliebiger Fachrichtung
- ein Neurologe oder Neurochirurg
- bei Kindern unter 14 J ein Pädiater
- beide mit mehrjähriger (mind. 2 J.) Erfahrung in der intensivmedizinischen Behandlung von Pat. mit schweren akuten Hirnschäden
- Mitglieder des Transplantationsteams
exkludiert
- Transplantationsbeauftragter des Hauses **nicht**
exkludiert

Nachweis IHA

Allen Einrichtungen, die nicht über Personal mit dieser Qualifikation verfügen, ist auferlegt,

- eine Arbeitsanweisung mit Prozessbeschreibung zur IHA-Diagnostik (wer, wie, wann) zu erstellen**
- die Durchführung nach der Richtlinie BÄK sicherzustellen**

Nachweis IHA

Allen durchführenden Ärzten ist die Teilnahme an qualitätsfördernden Maßnahmen empfohlen

Medialer Diskurs: nicht qualifiziert durchgeführte/dokumentierte Hirntoduntersuchungen

Keine Konzeptkritik

1. Evaluierter Grundlagenkurs DIVI 2016 zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, 60 TN / TED

Vorsitz: Hansen, Neumünster; Hahnenkamp, Greifswald

13:30 – 14:00 Voraussetzungen

Ferbert, Kassel

- Pathophysiologische Grundlage / Voraussetzungen
- Reversible Ursachen der Symptome /Pharmakokinetik zentral dämpfender Substanzen

14:00 – 14.30 Klinisch neurologische Diagnostik

Hansen ,NMS

14:30 - 15.00 Apnoetest / klinische Irreversibilitätskriterien Söffger, Hamburg

15:00– 15:45 Nachweis der Irreversibilität

- Elektrophysiologische Verfahren Ferbert, Kassel
- Nachweis des vollständigen zerebralen Zirkulationsstillstandes Niesen , Freiburg

15:14 – 16:05 Pause

16:05 -16:35 Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen Wolf, Traunstein

16:35 -17:05 Differentialdiagnose zerebraler, spinaler und peripher-neurogener Reaktionen Gahn Karlsruhe

17:05 -17:35 Fallvorstellungen

Niesen, Freiburg

Apnoetest mit Troubleshooting , andere Sonderfälle, „schwierige Hirntoddiagnostik“

15:35 – 17:50 Abschlussdiskussion und Evaluation mit MC-Fragen

Welcher und wo denn eigentlich?

übergeordnete ethische Diskurs?

fachgesellschaftliche Diskurs?

„öffentliche“ Diskurs in der Tagespresse?

oder etwa den in den sozialen Netzwerken?

FAZIT: Diskurs geprägt von

**emotionalisierter, unzureichend breit und offen
geführter Diskussion um zugrundeliegende
ethische und weltanschauliche Positionen**

**(unzulässig?) enger Verknüpfung von IHA-
Debatte mit Transplantationsfrage und
Utilisation**

**negativer Konnotation mit
Transplantationsmedizin, die aktuell gegen
Vertrauensverlust kämpft**

**IHA muss von Transplantationsfrage losgelöst
gedacht werden trotz innewohnender Nähe**

Was sollten wir tun?

Klare Grundlagenpositionen und Handlungsanweisungen formulieren (im Fluß)

Offenen Diskurs führen

Den Diskurs verständlich aufarbeiten

Den Diskurs medial transparent platzieren

Widersprüche akzeptieren