

Ergebnisse und Zahlen der Qualitätssicherung des Konsiliardienstes für die Hirntodbestimmung der Region Nord 2000 / 2001 – 2006

H. Deutschmann
Ltd Oberarzt Neurologie
KRH Klinikum Nordstadt
Hannover

Allgemeine Vorbemerkungen

Es handelt sich um die Auswertung der Qualitätssicherungsbögen des Hirntodkonsiliarteams der Region Nord der DSO, ursprünglich bezogen auf Niedersachsen und Ostwestfalen, später die 4 nördlichen Bundesländer (Nieders., HB, HH und S.-H.) betreffend. Die Bögen wurden im Verlauf fortentwickelt, so dass die Fragen sich z.T gewandelt haben, daneben war die "Ausfüll-Disziplin" im Team uneinheitlich. Insofern differieren manchmal auch die absoluten Zahlen. Die Daten habe ich in großen Tabellen erfasst, die Auswertung anlässlich der jährlichen Team-Treffen als Powerpoint-Projektion vorgetragen. Später wurden jährlich bestimmte Daten auch in der Organspende-Kommission der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) von mir präsentiert. Eine "Studie" i.S. einer Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift war nie vorgesehen, einzelne Daten habe ich einmal in einem Vortrag vor Neurologen zum Thema Hirntod verwendet.

Die folgenden Zahlen resultieren aus den damaligen ppt-Präsentationen; darüber hinaus habe ich eine Fallweise Auswertung der Fälle vorgenommen, die bereits bei Eintreffen des Konsiliardienstes durch die Krankenhausärzte angeblich (!) gemäß dem Protokoll der BÄK-Richtlinien untersucht worden waren.

Zur Frage nach den Hirntodprotokollen in den Spender-Krankenhäusern: Zwischen den Jahren 2000 und 2005 fanden wir (Ärzte des Konsiliarteams) bei 256 Einsätzen nur 78 Hirntodprotokolle (ca. 30% der Einsätze) vor, die aber meistens von sehr schlechter oder zumindest unsicherer Qualität waren, so dass wir neben unserer eigenen grundsätzlich auf eine (gemeinsame, zeitgleiche) weitere Untersuchung durch einen der Ärzte des Spenderkrankenhauses bestanden haben. 85% der Protokolle waren von Fachärzten (Chef-, Ober- und Konsiliarärzten) ausgefüllt worden, 15% durch Nicht-Fachärzte, ohne dass abgefragt wurde, wie groß die "Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen" (gemäß den Richtlinien der BÄK) waren.

Die fehlerhaften Hirntodprotokolle wurden also nicht (!) systematisch erfasst, allerdings oft im Kontext mit "Implausibilitäten" erwähnt: Z.B. waren Kopfwendungen bei Schmerzreizen nicht als "Lebenszeichen" bewertet worden, wiederholt wurde trotz erhaltener eine ausgefallene Spontanatmung attestiert, mehrfach wurden die Hirntodkriterien als erfüllt angesehen, ohne dass ein Apnoe-Test durchgeführt worden war oder der Apnoe-Test war zu

früh abgebrochen worden, wie überhaupt der Apnoe-Test in der Durchführung sehr viele Probleme macht; mehrfach war trotz Kenntnis von Medikamentenspiegeln sedierender oder schmerzstillender hochwirksamer Medikamente im therapeutischen Bereich der Hirntod diagnostiziert worden, auch war öfters nicht beachtet worden, dass metabolische oder endokrine Entgleisungen wie auch eine Unterkühlung (Hypothermie) die Durchführung der Hirntoddiagnostik hätten einschränken müssen. Eklatant war auch ein Fall, in dem hochamplitudige Ausschläge in der Hirnstromkurve (EEG) als Null-Linien-EEG gedeutet wurden. Ein anderes Mal war der Hirntod bestätigt worden, ohne dass der Nachweis der Irreversibilität (durch Wiederholungsuntersuchung oder technische Zusatzuntersuchung) erfolgt war. Unvollständig ausgefüllte Protokolle mit fehlender Angabe des Blutdrucks oder fehlendem Datum der Untersuchung waren da schon fast als Bagatelle anzusehen. Bedeutsam war auch eine fehlerhafte Diagnose der zum Tode führenden Erkrankung, wobei eine Computertomographie fehlgedeutet worden war, indem eine Subarachnoidalblutung (eine meist von der Schädelbasis ausgehende Hirnblutung) als hypoxischer Hirnschaden im Rahmen eines Herzstillstands diagnostiziert worden war.

Aus den genannten Gründen beziehen sich die folgenden Daten und Ergebnisse auf die Jahre 2001 bis 2005, der Jahrgang 2000 bleibt bei der folgenden Auswertung unberücksichtigt.

Daten und Ergebnisse

In den Jahren 2001 bis 2005 waren bei 212 Einsätzen in 58 Fällen bereits vorher von den behandelnden Krankenhausärzten Hirntodprotokolle ausgefüllt und unterschrieben worden. In 16 dieser protokollierten Untersuchungen (ca. 27,5 % der Hirntod-Protokolle) konnte durch das Konsiliarteam die Hirntoddiagnose nicht bestätigt werden. Bei 2 der 16 Patienten (ca. 3,5% von 58) lagen sogar zwei protokollierte Untersuchungen vor (2 Protokolle bzw. einmal zwei Untersucher auf einem Protokoll). Bei den 16 Patienten mit vom Erstuntersucher ausgefülltem und unterschriebenem Hirntodprotokoll konnten in 5 Fällen positive Lebenszeichen in Form von Spontanatmung oder Hirnaktivität im EEG festgestellt werden, davon lag bei einem Patienten sogar ein von zwei Untersuchern erstelltes Hirntodprotokoll vor. D.h. in diesen 5 Fällen lebte der Patient nachweislich noch.

Fazit:

Die aktuelle Sichtung meiner Unterlagen bestärkt mich aber erneut, die Bundesärztekammer aufzufordern, eine Zusatzqualifikation für Hirntoddiagnostik zu schaffen, die mit einer Kursweiterbildung und einer praktischen Anleitung am Patienten einhergehen muss. Daneben müssen die Richtlinien aktualisiert werden und gerade unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus unserem Konsiliarteam mit "Standards" hinterlegt werden, zu denen eine obligate toxikologische Untersuchung wie auch eine technische Zusatzuntersuchung (EEG oder ein Kreislaufverfahren)

gehören müssen; in diesem Zusammenhang muss auch die Qualifikation des Durchführenden der Zusatzuntersuchung verbindlich definiert werden.

Diese Forderungen wurden umfassend und detailliert in einem offenen Brief an die Bundesärztekammer am 24. März 2014 von mir und mehreren anderen Ärzten mit langjähriger Erfahrung in der Hirntoddiagnostik gerichtet.