



Bericht und Stellungnahme

der

Überwachungskommission

gem. § 11 Abs. 3 Satz 3 und § 12 Abs. 5 Satz 3 TPG

zur

Todesbescheinigung vom 08.12.2005

eines Spenders von drei Organen

Anlass und Fragestellung

Eine Koordinatorin der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) berichtete im Oktober 2008 den ihr bei einem Jour-Fixe am 10.01.2006 bekannt gewordenen „Fall einer Organspende ...“, die unter Umständen nicht nach den Richtlinien der BÄK (Bundesärztekammer) durchgeführt wurde ...“. Die von der Kommission dazu erbetene Äußerung des Vorstands der DSO vom 10.12.2008 ermöglichte keine abschließende Antwort auf die beiden Fragen:

- 1) War die der Todesbescheinigung des Organspenders zu Grunde gelegte und für die Zulässigkeit der Organentnahmen erforderliche Hirntodfeststellung (§ 3 Abs. 2 Nr. 2) richtliniengemäß erfolgt und gesetzesgemäß dokumentiert (§ 5 TPG)?
- 2) Lässt sich gegebenenfalls – das heißt dann, wenn aus welchen Gründen auch immer die Hirntodfeststellung oder -protokollierung unvollständig oder sonst unzulänglich gewesen ist – rückschauend anhand anderer Unterlagen hinreichend sicher erkennen, dass der Spender zur Zeit der Organ-Entnahmen hirntot war?

Grundlagen der Antworten auf die beiden Fragen

Die Kommission bemühte sich um eine möglichst genaue und lückenlose Rekonstruktion des Geschehens. Dazu wurden

- Unterlagen eingeholt, die im Folgenden dargelegt und in der Geschäftsstelle abgelegt sind,
- die mit der Todesbescheinigung sowie mit der Hirntod-Diagnostik und -Dokumentation befassten Ärzte,
- der für die Organisation der Organentnahme zuständige (nicht-ärztliche) Koordinator und die Geschäftsführende Ärztin der (DSO-)Region,
- die leitenden Entnahme-Chirurgen der Leber, der Nieren und des Herzens,
- einzelne nach den Unterlagen mittelbar mit der Sache befasste DSO-Mitarbeiter(innen) und ein als Zeuge benannter Arzt teils mündlich, teils schriftlich befragt.

Methodischer Hinweis:

Diese Gespräche führten im Auftrag und als Mitglieder der Kommission meist ein und derselbe Jurist und der ärztliche Berichtersteller. Abweichend davon erfolgten sie einmal in einer Kommissionssitzung, zu der auch der Ärztliche Vorstand der DSO eingeladen war, ein andermal unter zusätzlicher Mitwirkung einer Juristin der Kommission. Inhalt und Ergebnis der jeweiligen Befragung wurden vom Berichtersteller unmittelbar anschließend festgehalten. Diese Aufzeichnungen wurden ebenso unmittelbar anschließend an die Befragung vom juristischen Kommissionsmitglied, in dem einen Fall auch von der Juristin überprüft. Desgleichen wurden Inhalt und Ergebnis der Telefonate mit den Entnahmeschirurgen und dem einen als Zeugen benannten Arzt jeweils unmittelbar danach festgehalten, die Aktennotiz dem jeweiligen Gesprächspartner zur Gegenzeichnung zugeschickt und von ihm bestätigt. Auch die Aufzeichnungen der Anhörungen und der Telefonate sowie der entsprechende Abschnitt des Sitzungsprotokolls werden bei der Antwort auf die beiden Fragen dargelegt.

1. Zu Frage 1)

Vorbemerkung

Da auf der amtlichen Todesbescheinigung als festgestelltes sicheres Todeszeichen „Hirntod“ angekreuzt ist (vgl. 1.1), muss besonders darauf eingegangen werden (vgl. 1.2ff).

Die Einzelheiten der Hirntodfeststellung und die Qualifikationsanforderung an die beiden dazu nötigen Ärzte sind in den „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ der Bundesärztekammer festgelegt. Diese sind nach § 16 TPG verbindlich. Zu den Dokumentationspflichten der beiden Ärzte heißt es in § 5 TPG unter anderem: „Die Feststellung der Untersuchungsergebnisse und ihr Zeitpunkt sind von den Ärzten unter Angabe der zugrunde liegenden Untersuchungsbefunde unverzüglich jeweils in einer Nachschrift aufzuzeichnen und zu unterschreiben.“

Die Hirntod-Feststellung besteht im Nachweis des völligen und unabänderlich endgültigen (irreversiblen) Hirnausfalls. Die Irreversibilität kann entweder mittels Geräten oder durch Verlaufsbeobachtung erwiesen werden. Das gesetzes- und richtliniengemäße Vorgehen der beiden Ärzte lässt sich formal ausschließlich anhand ihrer Hirntodprotokolle, deren zusammenfassende Sachfeststellung, die Hirntod-Diagnose, durch Zusammenschau mit Behandlungsunterlagen, Ergebnissen einer inneren Leichenschau und Zeugenaussagen überprüfen und bewerten.

Die amtliche Todesbescheinigung kann die Hirntodprotokollierung nicht ohne weiteres ersetzen und nicht für sich allein eine Organentnahme zulässig machen. Denn zum Einen kann der Tod erst nach Feststellung eines sicheren Todeszeichens bescheinigt werden. Ein Arzt, der nicht an der Feststellung des Hirntods, des inneren sicheren Todeszeichens, beteiligt war, kann den Tod des betreffenden Menschen vor dem Auftreten eines von ihm feststellbaren äußeren sicheren Todeszeichens nicht „nach eigenen Feststellungen“ bestätigen, sondern ausschließlich anhand der Hirntodprotokolle, damit „nach Angaben ... Dritter“. Zum Anderen ist bei toten Spendern „die Entnahme von Organen oder Geweben ... unzulässig, wenn nicht vor der Entnahme“ der zwar nicht genannte, aber unmissverständlich eindeutig beschriebene Hirntod „festgestellt ist“ (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG).

1.1

Auf der amtlichen Todesbescheinigung ist „nach eigenen Feststellungen“ als sicheres Zeichen des Todes „Hirntod“ angekreuzt und bei der Frage, wer die Todesursache festgestellt habe „Behandelnder Arzt“. In der Krankenakte sind die Hirntod-Protokolle der beiden Erstuntersuchungen und einer Verlaufsuntersuchung abgelegt. Die Ärztin, die das Formular der amtlichen Todesbescheinigung ausgefüllt hat, hat bei der jetzigen Befragung verneint, selbst eine Hirntoduntersuchung durchgeführt zu haben. Was ihren Eintragungen zur Todesfeststellung auf der amtlichen Todesbescheinigung zugrunde lag, konnte sie nach ihrer Angabe nicht mehr erinnern. Insbesondere blieb die Frage nach der Anzahl der ihr vorgelegten Hirntod-Protokolle und deren eigener detaillierter überprüfender Kenntnisnahme offen (vgl. 1.2ff). Auf den drei in der Krankengeschichte vorhandenen Hirntod-Protokollen ist unter „3.1. Beobachtungszeit“ eingetragen: „Zum Zeitpunkt der hier protokollierten Untersuchungen bestehen die [klinischen] Symptome [des Ausfalls der Hirnfunktion] seit 24 [bzw. 48] Std.“ Ein entsprechend dokumentierter Befund einer den beiden protokollierten Erstuntersuchungen vorausgegangenen Hirntod-Diagnostik ließ sich nicht finden. Der Neurologe hat die gezielte Frage nach einer von ihm schon vor seiner ersten Hirntod-Protokollierung durchgeführten Testung des Atemantriebs und einer Reaktion beim Absaugen verneint. Nach alledem ist nicht erkennbar, dass für die amtliche Todesbescheinigung ein anderweitig als auf dem Formular der Hirntodfeststellung dokumentierter Befund verwendet wurde.

1.2

Die Entscheidung, die Hirntod-Feststellung ohne Geräte, ausschließlich durch unmittelbare Untersuchung der einzelnen Ausfallerscheinungen des Gehirns und durch deren Verlaufsbeobachtung durchzuführen, ist nicht zu beanstanden: Es lag keine Erkrankung oder Schädigung vor, die für den Nachweis des schließlich völligen und unabänderlichen endgültigen Hirnausfalls den Einsatz eines Geräts erfordert hätte. Vielmehr waren die Krankheitsart – zunächst eine sturzbedingte Hirnverletzung und dadurch oder aus anderen Gründen entstandene Hirnblutungen, dann ein Herzstillstand, der eine trotz sonst erfolgreicher Wiederbelebung bis zuletzt anhaltende Bewusstlosigkeit und die Verschlechterung der Hirnbefunde bedingte – und die anfänglich umschrieben betroffenen Bereiche des Großhirns, nicht des Hirnstamms im Bereich der hinteren Schädelgrube, bekannt. Nach der Klassifizierung in den „Richtlinien ...“ handelte es sich um eine akute schwere primäre supratentorielle und eine zusätzliche sekundäre Hirnschädigung. Der Umstand, dass auch an eine entzündliche Gefäßkrankung (Vaskulitis) gedacht und dass erst durch die innere Leichenschau ein Einriss der großen Körperschlagader (Aortendissektion) als hinreichende Erklärung u. a. für das fortschreitende Nierenversagen mit seinen Auswirkungen gefunden wurde, kann im Zusam-

menhang der jetzigen Fragestellungen auf sich beruhen bleiben. Die Mitteilung der Koordinatorin über eine Hirnstrom-(EEG)-Ableitung im Zusammenhang der Hirntoduntersuchungen ist nach den übrigen Unterlagen und nach den jetzigen Auskünften nicht zu bestätigen.

1.3

Gemäß dem Lebensalter des Patienten und dem gewählten Vorgehen mussten die erforderlichen und voneinander unabhängigen Überprüfungen und Untersuchungen durch jeweils zwei Ärzte im Abstand von mindestens 12 Stunden erfolgen und mussten insgesamt vier Protokolle erstellt werden.

Ob die Verlaufs- ebenso wie die Erstuntersuchung durch zwei Ärzte durchgeführt wurde, ist ungewiss. Denn über die Verlaufsuntersuchung liegt nur das eine Protokoll vor. Der Neurologe nimmt zudem nur auf seine eigene erste protokollierte Untersuchung Bezug, aber weder auf das Protokoll der anderen Erstuntersuchung noch auf die Protokollierung der Verlaufsuntersuchung durch einen anderen Arzt.

Die Bemühungen der Kommission um das eine fehlende Protokoll der Verlaufsuntersuchung und um die Klärung der damit zusammenhängenden Frage, ob auch sie durch einen zweiten Arzt richtlinienkonform ausgeführt worden ist, blieben erfolglos:

1.3.1

Das fehlende Protokoll haben nach ihren Angaben gesehen der in der Klinik mit der Organisation der Organentnahme befasste Koordinator vor dem Eingriff, die Geschäftsführende Ärztin im Verlauf danach. Detailfragen dazu, so nach dem Namen des zweiten mit der Verlaufsuntersuchung befassten Arztes oder nach den Gründen, den Neurologen und nicht Ärzte der Station, insbesondere die Ärztin, die das Formular der Todesbescheinigung ausgefüllt hat, zur Vorlage des anderen Protokolls aufzufordern, blieben offen.

1.3.1.1

Die Angabe des Koordinators, er habe vor dem Eingriff darauf hingewiesen, dass das eine Protokoll fehle, er es aber gesehen habe, wurde von keinem der drei die Entnahme des jeweiligen Organs leitenden Chirurgen bestätigt. Der Entnahme-Chirurg der Leber hat nach der von seinem Rechtsvertreter übermittelten Äußerung das Fehlen des einen Protokolls erst durch Mitarbeiter seines Zentrums erfahren, die am Jour Fixe vom Januar 2006 teilgenommen hatten.

1.3.1.2

Unbestätigt blieb auch der Bericht der Geschäftsführenden Ärztin in der Kommissionssitzung vom 08. Juni 2009, der Neurologe habe ihr das Protokoll zugeleitet und sie habe es drei Ärzten in dem Zentrum vorgelegt, in dem die Leber übertragen worden sei.

Der Neurologe hat zunächst verneint, ihr das gesuchte Protokoll nachgereicht zu haben, und dies auf nochmalige Frage erneut verneint, aber dazu bemerkt, es nicht ausschließen zu können, wenn es so gesagt werde.

Von den drei Ärzten des die Leber transplantierenden Zentrums, denen die Geschäftsführende Ärztin nach ihren Mitteilungen das nachträglich erhaltene Protokoll vorgelegt hat, hat einer dies nicht nur nicht erinnert, sondern dezidiert verneint. Ebenso wenig hat es zunächst der Entnahme-Chirurg der Leber bestätigt. Erst auf nochmalige Frage hat er mitteilen lassen, ihm sei per Telefax ein Hirntodprotokoll zugeleitet worden, von dem er angenommen habe, es sei das gesuchte, von dem er aber nicht mehr sagen könne. Der dritte Arzt wurde nicht befragt, da er zur Zeit der Kommissionsbefassung mit der Todesbescheinigung in anderem Zusammenhang als Klinikleiter suspendiert war.

1.3.2

Die Angabe der Koordinatorin, ein von ihr genannter damaliger Koordinator sei „von der Geschäftsleitung beauftragt worden, die Spenderakte zwecks Überprüfung der Hirntod-Protokolle öffnen zu lassen“, konnte die Suche nach dem vermissten Protokoll nicht weiterbringen: Der Arzt konnte nur schriftlich befragt werden und hat dabei mitgeteilt: „Den ... zitierten Sachverhalt kann ich weder bekräftigen noch korrigieren, da ich mich heute, fast vier Jahre später, weder daran erinnern kann, Einsicht in die ‚besagte Spenderakte‘ genommen zu haben noch an eventuelle Inhalte dieser Akte.“ Die in diesem Zusammenhang als Verfasserin des gesuchten Hirntodprotokolls genannte Ärztin hat die amtliche Todesbescheinigung erstellt, kein Hirntodprotokoll (vgl. 1.1). Die befragten Klinikumsärzte wussten nichts von einer nachträglichen Einsichtnahme in die Krankenblattunterlagen durch einen DSO-Mitarbeiter und hielten sie für unwahrscheinlich.

Der eine an der Erstuntersuchung beteiligte Oberarzt der betroffenen Station hat zum fehlenden Protokoll mitgeteilt: „... für den 08.12.2005 [ist] nur ein Protokoll ... abgeheftet. Somit ist nicht ersichtlich, ob auch die zweite Hirntod-Diagnostik durch zwei Untersucher durchgeführt wurde (alternativ wäre denkbar, dass ein Protokoll möglicherweise nicht abgeheftet wurde, dies kann allerdings anhand der Aktenlage nicht geklärt werden).“

1.3.3

Bei der Suche nach dem einen Hirntod-Protokoll half auch die Frage nach dem möglichen anderen Arzt der Verlaufsuntersuchung nicht weiter: Die beiden Erstuntersucher konnten sich an keinen anderen Arzt der Verlaufsuntersuchung als an den Neurologen erinnern, ebenso wenig die den amtlichen Totenschein ausstellende Ärztin. Bei seiner zweiten Befragung wusste der Neurologe keinen Arzt zu benennen, der außer ihm und dem Oberarzt der Station für die Verlaufsuntersuchung in Frage gekommen sein könnte. Dieser Oberarzt hatte bereits beim ersten gemeinsamen Gespräch eine zweite eigene Untersuchung verneint (s. o.). Der Versuch, über die Auszahlung des Entgelts den anderen Untersucher zu ermitteln, blieb ebenfalls erfolglos.

1.4

Die Koordinatorin hat der Kommission eine „Abschrift des handschriftlichen Gedächtnisprotokolls vom 11.01.2006“ zugeleitet, das nach ihren Angaben von mehreren namentlich aufgelisteten DSO-Mitarbeiter(innen)n „unterschrieben ... in einer Anwaltskanzlei hinterlegt [ist] und ... jederzeit eingesehen werden [kann]“. Das wiederholte Ersuchen um ein unterschriebenes Exemplar und um Auskunft über eine Kontaktaufnahme mit der Staatsanwaltschaft blieb unbeantwortet.

1.4.1

Die als Verfasserin nicht nur des Jour-Fixe-Protokolls, sondern auch des handschriftlichen Gedächtnisprotokolls benannte Koordinatorin hat es bestätigt, aber als „lediglich(e) Grundlage für das Abschlussprotokoll“ bezeichnet, und hat mitgeteilt „diese Notizen ... nach Erstellung des endgültigen Protokolls nicht aufbewahrt [zu haben und sich nicht] an ein zusätzliches handschriftliches Gedächtnisprotokoll, welches zeitnah zu den Aussagen unter TOP 3 [des Jour-Fixe-Protokolls] erstellt worden sein soll, ... [erinnern zu können], und es liegt mir auch keine Kopie eines solchen Protokolls vor.“

1.4.2

Der nach Mitteilung der Geschäftsführenden Ärztin von ihr damals konsultierte andere Geschäftsführende Arzt konnte sich daran nicht mehr erinnern.

1.5

Somit ergibt sich zu Frage 1) zusammenfassend:

In der amtlichen Todesbescheinigung ist als festgestelltes sicheres Todeszeichen „Hirntod“ angekreuzt. An der Feststellung dieses Todeszeichens war die Ärztin, die diese Bescheinigung ausgestellt hat, nach eigenen jetzigen Angaben nicht beteiligt. Trotzdem hat sie bei der entsprechenden Formular-Frage nicht „nach Angaben ... Dritter“, sondern „nach eigenen Feststellungen“ angekreuzt. Ob die nach den Angaben auf dem Formular wie nach Sachlage der Todesbescheinigung zugrunde liegende Hirntod-Feststellung vollständig den nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 TPG verbindlichen „Richtlinien ...“ entsprochen hat, ist ungewiss: Zwar ist dies nicht mit dem Grad der Sicherheit dadurch ausgeschlossen, dass eines der zur Dokumentation erforderlichen vier Hirntod-Protokolle nach Angaben der zuständigen DSO-Mitarbeiter zum Zeitpunkt der Organ-Entnahme nicht vorlag und sich auch jetzt nicht finden ließ. Aber seine Existenz ist auch nicht allein durch unbestätigte Angaben zu erweisen. Vielmehr ist sie nach den dargelegten Beurteilungsmöglichkeiten der Kommission unwahrscheinlich in dem Sinn, dass mehr und Wichtigeres dagegen als dafür spricht. Eine weitere Klärung ist grundsätzlich möglich, aber nicht mit den Mitteln der Kommission, etwa durch eine Gegenüberstellung der Personen, deren Äußerungen sich zumindest bisher unvereinbar widersprechen, oder die Beschaffung des nach Angabe der Koordinatorin von mehreren DSO-Mitarbeitern unterschriebenen handschriftlichen Protokolls etc.

2. Zu Frage 2)

Die in anderem Zusammenhang zuständige Staatsanwaltschaft hat der Kommission eine Kopie des Protokolls der inneren Leichenschau überlassen. Der Befund des Gehirns ist so klar beschrieben, dass man mit der für eine solche Aussage erforderlichen Sicherheit sagen kann: Der Sektionsbefund belegt rückschauend den Hirntod. Die entsprechenden Erscheinungen sind seit der wissenschaftlichen Erstbeschreibung 1959 und durch einschlägige Veröffentlichungen seither allgemein bekannt. Sie belegen die reale Existenz wie die letztlich von der jeweiligen Ursache unabhängige Entstehung des Hirntods als Tod des Gehirns, der dem Tod der anderen Organe vorausgegangen war. Neurologisch bestehen unabhängig von der Frage nach der richtlinienkonformen Feststellung keine Zweifel daran, dass das Gehirn des Organspenders zur Zeit der Organ-Entnahme abgestorben war und dass er demnach bei dem Eingriff tot gewesen ist.

3. Stellungnahme

3.1

Die amtliche Todesbescheinigung hätte den Hirntod als sicheres Todeszeichen „nach Angaben ... Dritter“ bestätigen müssen, nicht „nach eigenen Feststellungen“ bescheinigen dürfen. Die Unzulänglichkeiten der vorliegenden drei Hirntod-Protokolle bestehen u. a. in der Bezugnahme auf nicht in der Krankengeschichte dokumentierte Vorbefunde (vgl. 1.), im Protokoll der Nachuntersuchung in der Verwechslung ihrer Uhrzeit mit der des bescheinigten Todes und im fehlenden Bezug auf die Feststellungen des jeweils anderen Untersuchers.

Unklar ist, was auf dem Jour-Fixe vom 10.01.2006 besprochen wurde, weil es im Protokoll darüber nur heißt, „dass die HTD formal juristisch nicht korrekt durchgeführt wurde“ und weil sich die Protokollantin „an ein zusätzliches handschriftliches Protokoll, welches zeitnah zu den Aussagen unter TOP 3 [des Jour-Fixe-Protokolls] erstellt worden sein soll ... nicht erinnern“ kann. Diese Formulierung schließt die zusätzliche Protokollierung aber auch nicht aus.

3.2

Die Erinnerungsschwierigkeiten der Protokollantin und anderer DSO-Mitarbeiter(innen) – im Einzelnen: a) des Koordinators und der Geschäftsführenden Ärztin an den zweiten Verlaufsuntersucher, b) des um Rat gefragten anderen Geschäftsführenden Arztes an das Gespräch und seinen Inhalt, c) des nach Angabe der Koordinatorin später mit der nochmaligen Suche nach dem Protokoll beauftragten Arztes an diesen Vorgang – fallen zum Einen deshalb auf, weil sie ein Ereignis betreffen, das auf einem Jour-Fixe problematisiert wurde und ungewöhnlich gewesen sein dürfte. Zum Anderen war damaligen Entscheidungsträgern die Brisanz der Sache bewusst, erkennbar an der Information der Geschäftsführenden Ärztin durch den Koordinator, an ihren Bemühungen um das fehlende Hirntod-Protokoll und an ihrem Bericht, es persönlich drei Ärzten vorgelegt zu haben, am Bericht des die Leberentnahme leitenden Chirurgen über seine Reaktion auf die Mitteilung von Mitarbeitern über den Jour-Fixe. Auch die von der Koordinatorin vorgelegte Liste der als Zeugen benannten DSO-Mitarbeiter(innen), die nach ihren Angaben teilweise das Gedächtnisprotokoll unterschrieben haben, lässt die Erinnerungsdefizite problematisch erscheinen.

3.3

Der Widerspruch zwischen einerseits der Darstellung des mit der Vorbereitung der Organ-Entnahme befassten Koordinators und der in dieser Hinsicht von seinen Mitteilungen abhängigen Geschäftsführenden Ärztin, andererseits der die einzelnen Organ-Entnahmen leitenden Chirurgen lässt sich nicht mit den Mitteln der Kommission beheben (vgl. 1.).

Bei Betrachtung dieser Widersprüche scheinen die getrennt eingeholten Auskünfte der Entnahmechirurgen zum Einen deshalb eher als die Angabe des Koordinators zuzutreffen, weil sie untereinander übereinstimmen. Zum Anderen will beachtet sein: Die Entnahmechirurgen sind in Auswirkung von § 19 TPG verpflichtet, sich vor Organentnahmen der Zulässigkeit des Eingriffs zu vergewissern. Daher wäre die Zustimmung zur Darstellung des Koordinators als Entlastung gegenüber möglichen entsprechenden Vorwürfen im Interesse dieser Chirurgen gelegen, nicht der Widerspruch, der so betrachtet zutreffend erscheint. Auch die vom Entnahmechirurgen der Leber mitgeteilte Reaktion auf die ihm nach seiner Darstellung erst im Nachhinein bekannt gewordene Problematik widerspricht der Angabe des Koordinators.

Folgt man trotz der dargelegten Bedenken der Darstellung des Koordinators, konnten sich die Entnahmechirurgen nicht nur aufgrund der ihnen vorliegenden amtlichen Todesbescheinigung mit der Bestätigung des festgestellten Hirntods für die Organentnahme entscheiden. Vielmehr konnten sie auch darauf vertrauen, dass die amtliche Todesbescheinigung nach richtlinienkonformem Hirntodnachweis erstellt war, wenn und weil ihnen ein Mitarbeiter der Koordinierungsstelle versicherte, er habe das momentan nicht auffindbare Protokoll gesehen. Seine Mitteilung konnte ihnen auch deshalb plausibel erscheinen, weil die Erfahrung sagt: Die Feststellungen der beiden Verlaufuntersucher stimmen praktisch immer überein, wenn jeder von ihnen und die beiden Erstuntersucher richtliniengemäß vorgegangen sind.

Hält man sich dagegen an die übereinstimmenden Angaben der leitenden Entnahmechirurgen, ergibt sich nicht nur ein zumindest bislang unlöslicher Widerspruch zur Darstellung des Koordinators. Vielmehr mussten das Fehlen des einen Hirntod-Protokolls und die Zusammenschau der drei anderen die Frage veranlassen, ob der Hirntod als Bedingung für die Zulässigkeit der Organentnahme richtliniengemäß dokumentiert und festgestellt sei. Das Fehlen des einen Protokolls wurde vom Koordinator nach seinen Angaben noch vor Beginn des Eingriffs bemerkt und konnte demnach auch von den Chirurgen bei der ihnen obliegenden Prüfung der Zulässigkeit des Eingriffs festgestellt werden. So gesehen wäre ihnen eine Fahrlässigkeit gemäß § 19 Abs. 5 TPG unterlaufen.

3.4

Alledem gemäß muss das aus den Widersprüchen ersichtliche Verhalten einzelner Entscheidungsträger als problematisch bezeichnet werden.

3.5

Die Weiterleitung des Vorgangs an die Staatsanwaltschaft kommt wegen Verjährung nicht in Betracht: Ein denkbarer fahrlässiger Verstoß der Entnahmekirurgen nach § 19 Abs. 2, 5 TPG ist im Dezember 2008 verjährt. Anhaltspunkte für einen mit höherer Strafe bedrohten und deshalb später verjährenden vorsätzlichen Verstoß gegen § 19 Abs. 2 sind für die Kommission nicht erkennbar.

Der Fehler beim Ausfüllen der amtlichen Todesbescheinigung entspricht rechtlich einer fahrlässig falschen Angabe ohne strafrechtliche Konsequenz.

Äußerungen zu standesrechtlichen Aspekten können hier außer Acht bleiben, da nach Kenntnis der Kommission die Koordinatorin auch u. a. die regional zuständige Landesärztekammer informiert hat.

4. Folgerungen

4.1

Der Vorstand der DSO hat auf Ersuchen der Kommission die Leiter der Transplantationszentren und -programme gebeten, jeden Entnahmekirurgen auf seine gesetzliche Verpflichtung hinzuweisen, gemäß § 19 TPG eigenverantwortlich auch die rechtlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit der jeweiligen Organentnahme zu überprüfen.

Klargestellt wurde auch, dass für die Feststellung und für die Dokumentation des Hirntods die Untersucher verantwortlich sind. Die DSO-Mitarbeiter(innen) und die Entnahme-Chirurgen dürfen und müssen sich auf die Sachfeststellungen der Hirntod-Protokolle verlassen, müssen aber vor der Organentnahme prüfen, ob die Formulare vorschriftgemäß und vollständig ausgefüllt sind.

Im Gesamtzusammenhang wurde präzisiert, dass die mit den einzelnen Spendern befassten Koordinator(inn)en verpflichtet sind, dem/den Entnahmekirurgen vor Beginn des Eingriffs die erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Unabhängig davon, ob und gegebenenfalls wie weit sie selbst bestimmte Unterlagen, z. B. Einzelheiten der Hirntodprotokolle qualifizieren können, müssen sie prüfen, ob die für Organentnahmen erforderlichen Dokumente den formalen Anforderungen entsprechen und vollzählig vorliegen. Die Erfüllung dieser Verpflichtungen wird dokumentiert, so dass sich der hier dargelegte Sachverhalt kaum mehr wiederholen dürfte.

4.2

Der Sachverhalt und seine Beurteilung wird den unmittelbar und den mittelbar mit der Sache Befassten zugeleitet, außerdem dem Ärztlichen Leiter der Klinik und des Klinikums, in dem die Hirntod-Untersuchungen durchgeführt und protokolliert wurden sowie die Todesbescheinigung ausgestellt wurde, der für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörde, der Landesärztekammer sowie den Auftraggebern der DSO als Koordinierungsstelle.

Gegenüber allen diesen Institutionen möchte die Kommission ihre Bereitschaft zu jeder gewünschten Unterstützung bekunden.

Berlin, den 22.02.2010

Für die Kommission:

Prof. Dr. med. H. Angstwurm
- Vorsitzender -

Zusammenfassung des Berichts und der Stellungnahme der Überwachungskommission zur Todesbescheinigung vom 08.12.2005 eines Spenders von drei Organen

Die Kommission wurde im Oktober 2008 über eine möglicherweise nicht richtliniengemäße Organ-Entnahme vom 09.12.2005 informiert. Die Problematik bestand darin, dass zur Zeit des Eingriffs eines der nach Sachlage erforderlichen vier Hirntodprotokolle nicht vorlag. Daraus ergaben sich die Fragen nach dem Verbleib bzw. der Existenz dieser Dokumentation für den auf der amtlichen Todesbescheinigung als sicheres Todeszeichen angekreuzten Hirntod.

Nach dem Befund der inneren Leichenschau war der Spender zum Zeitpunkt der Organentnahme zweifelsfrei hirntot. Gleichwohl war die Überprüfung der Hirntod-Dokumentation als Voraussetzung der Organentnahmen (§ 3 Abs. 2 TPG) und aus grundsätzlichen Erwägungen unerlässlich.

Das gesuchte Protokoll ließ sich nicht finden. Ob es existiert (hat), blieb ungewiss, weil sich die Widersprüche der Angaben am Geschehen beteiligter Personen nicht mit den Mitteln der Kommission lösen ließen. Damit blieb auch ungewiss, ob die eine der zwei nach Sachlage für die Hirntod-Dokumentation nötigen Verlaufsuntersuchungen richtliniengemäß durchgeführt worden war.

Dieses unbefriedigende, wenn auch nicht notwendig endgültige Ergebnis ermöglicht nur eine bedingte rückschauende Beurteilung der Entscheidungen und des Verhaltens der damals unmittelbar sowie der später und jetzt mittelbar am Geschehen Beteiligten: Strafrechtliche Konsequenzen können wegen Verjährung nicht mehr gezogen werden. Die Entscheidung über andere Folgerungen als die Einschaltung der Staatsanwaltschaft und als die im Bericht genannten Anregungen, die eine Wiederholung des Geschehens möglichst verhüten sollen, obliegt der Klinik- und der Klinikumsleitung, dem regional für das Gesundheitswesen zuständigen Landesministerium, der Landesärztekammer sowie den Auftraggebern der DSO als Koordinierungsstelle. Ihnen allen und wie üblich den am Geschehen Beteiligten werden der Bericht über die Sache und Ihre Beurteilung durch die Überwachungskommission zugeleitet und ggf. jede mögliche Hilfe angeboten.

Berlin, den 22.02.2010

Für die Kommission:

Prof. Dr. med. H. Angstwurm
- Vorsitzender -