



„Inhousekoordination Organspende“

Eckpunkte für Freiburg

Klaus Michael Lücking

2014

Inhouse-Koordination Organspende: Empfohlene & evaluierte Massnahmen zur „Ausschöpfung des Organspendepotentials“

- Spendererkennung/-rekrutierung
- Rodriguez-Arias et al: Success factors and ethical challenges of the Spanish model of organ donation. Lancet 2010;376:1109-12, Dominguez-Gil et al: The critical pathway for deceased donation: reportable uniformity in the approach to deceased donation. Transpl International 2011; 24:373-378
- Hirntoddiagnostik
- „end-of-life“- Intensivmedizin
- EU-ACCORD-Studie WP5: Intensive Care&Donor transplant coordination collaboration
- „Informed consent“ zur Organspende:
- Simpkin et al: modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. BMJ 2009;339:b991, The ACRE trial coordinators: Effect of „collaborative requesting“ on consent rate for organ donation: randomised controlled trial (ACRE trial). BMJ 2009;339:b3911



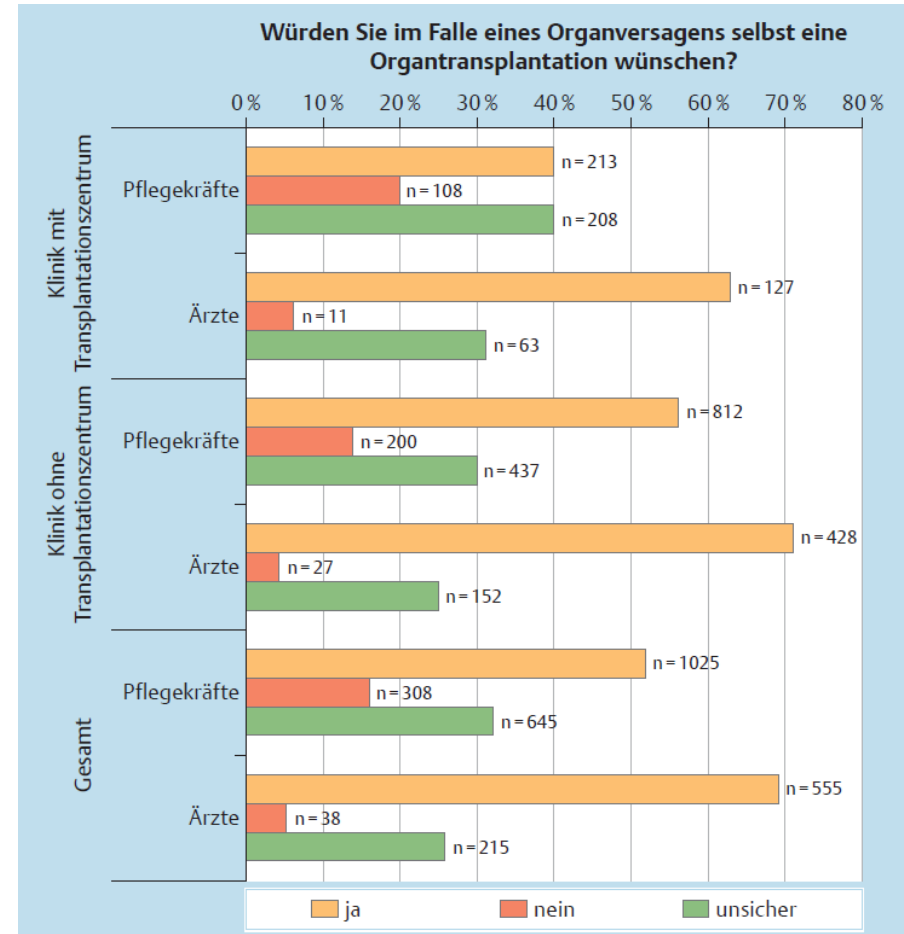
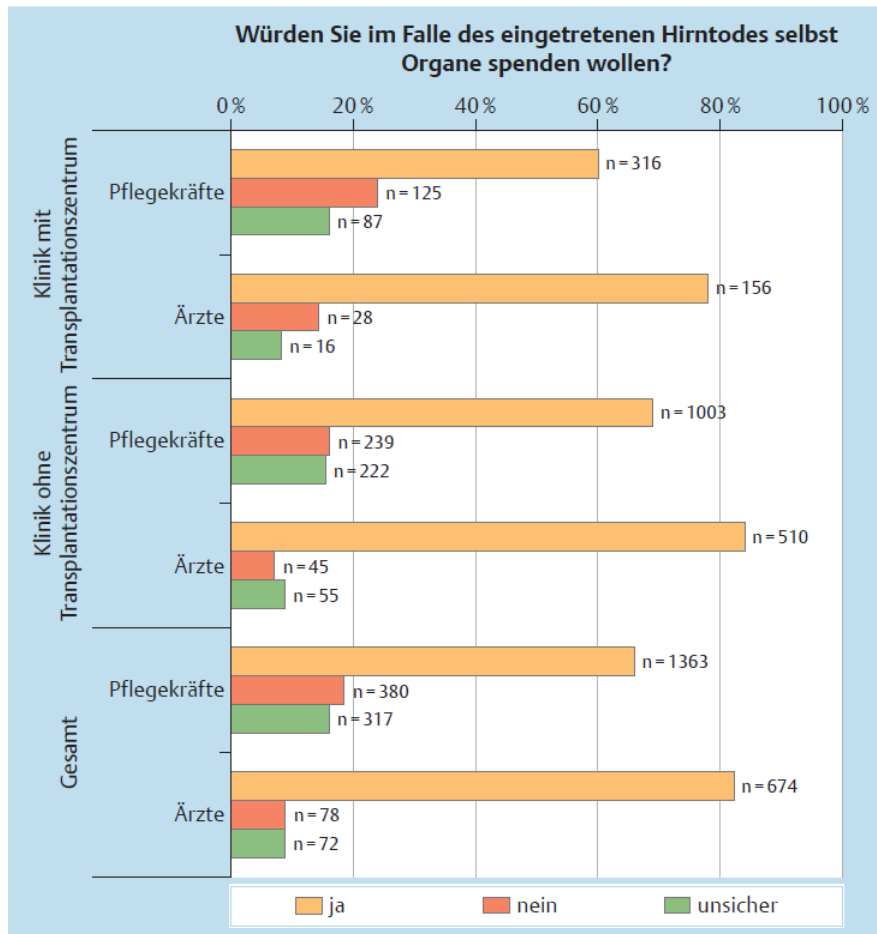


Ist (in unserem professionellen Selbstverständnis) Organspende ein integraler Bestandteil der intensivmedizinischen Betreuung am Lebensende?!

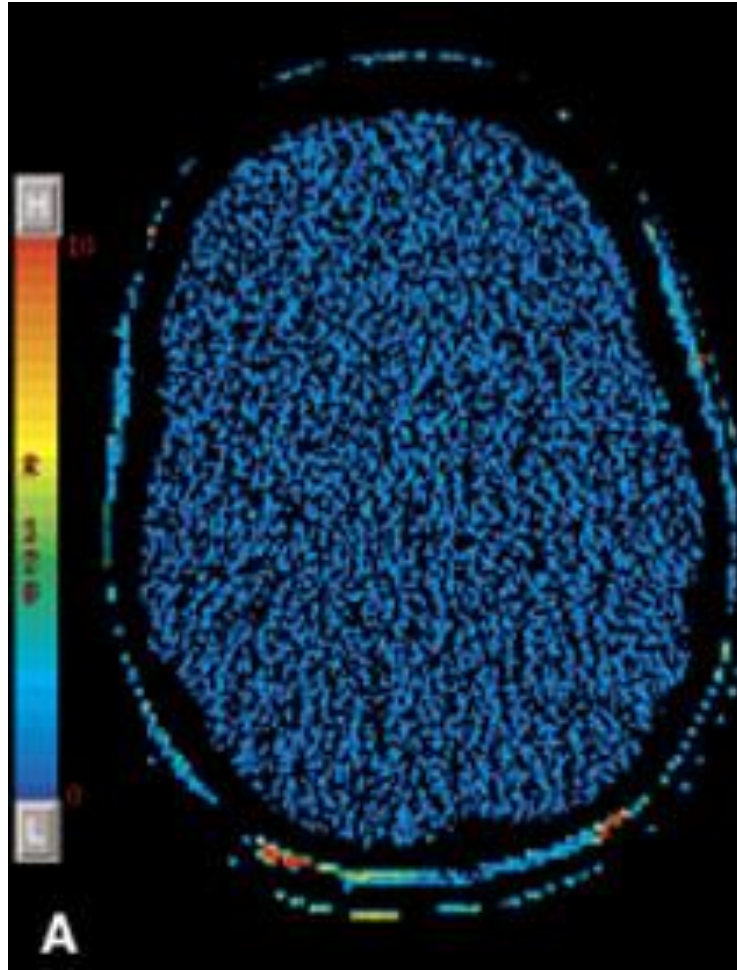
Attitudes of medical staff potentially participating in the organ donation process towards organ donation and transplantation in Bavaria

Autoren

D. Grammenos¹ T. Bein² J. Briegel³ K.-U. Eckardt⁴
 G. Gerresheim⁵ C. Lang⁶ C. Nieß⁷ F. Zeman⁸ T. Breidenbach⁹



Das Hirntod-Konzept



- 82% pro, 7% contra, 14% unsicher (DMW 2014)

Organspende als „3.Weg“?



- Kurativ (mit „akzeptablem Handicap“)
- Palliativ oder Sterben in Würde (sogar auf der ICU)
- Organspende (Es gibt ein Recht, Organe zu spenden!)

„Futility“ = Neujustierung des übergeordneten Therapieziele



- Palliatives Behandlungsziel erwägen &
- intensivmedizinische Massnahmen limitieren/beenden

Oder

- „keep calm and carry on“: Zielgerichtete „organprotektive“ Intensivtherapie,
- Hirntoddiagnostik anstreben
- Patientenverfügung und Angehörigenhaltung evaluieren



Inhouse Koordination Organspende



- In Situationen des drohenden Hirntodes Beteiligung eines (intensivmedizinisch versierten) Inhouse-Koordinators in die intensivmedizinische Evaluation *ad hoc* auf den Intensivstationen
- Ist eine absehbar infauste Prognose mit potentiell folgender Organspende eine Indikation für die Aufnahme auf eine Intensivstation? JA!
- Regelmässige („aufsuchende“) Präsenz auf den Intensivstationen

Input Intensivmedizin

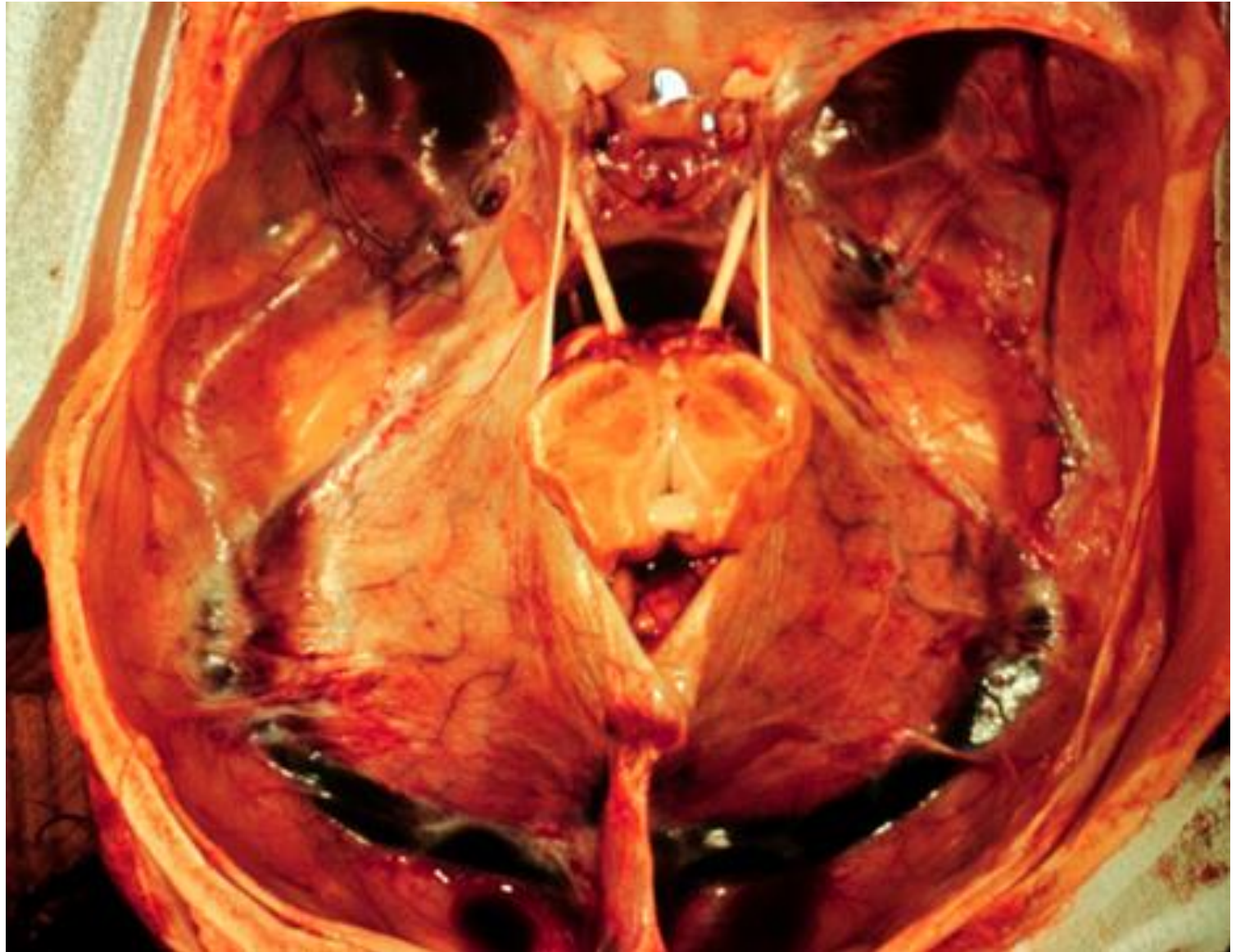
- Analyse der Organspendeoption ggf. bereits vor der Hirntoddiagnostik (Gespräche mit Niedergelassenen / Spezialisten zur Abschätzung der „Spendereignung“)
- Zieldefinition für Angehörigengespräche: Ist die Option „Organspende“ ein umsetzbares Angebot?
- „Organprotektive Intensivtherapie“ beginnt spätestens mit dem klinischen Hirntod und ist zeitlich limitiert!

„Organprotektive“ Intensivtherapie – was macht den Unterschied?

- Intensivtherapie *post mortem*!
- Die Hirntoddiagnose (und damit der Tod des personalen Menschen) gebietet die Beendigung intensivmedizinischer Massnahmen, es sei denn:
- Option der postmortalen Organspende
- Singuläre Grenzsituationen (zB Schwangere)
- Intention: „*Care of the dead for the living*“:

„Organprotektive“ Intensivtherapie

- Inhaltlich: Jede Intensivtherapie ist per se organprotektiv (zB therapeutische Hypothermie, (maschinelle Beatmung, differenzierte Katecholamintherapie, extrakorporale Verfahren,...)
- Organspende: temporäre Fortführung der Organprotektion (mit Ausnahme der Cerebroprotektion) ohne kurative Perspektive plus
- Therapie der extracerebralen Komplikationen der cerebralen Einklemmung



Extracerebrale Konsequenzen des Hirntodes

- Zentrale Kreislaufdysregulation (initial schwerste art. Hypertonie gefolgt von generalisiertem Vasotonus-Verlust)
- Temporäre myokardiale Schädigung (CK/Troponin ↑; Takotsubo-(„broken-heart“-) Cardiomyopathie)
- Zentral induziertes SIRS mit konsekutiver Endotheldestruktion (ARDS, generalisiertes Ödem, Up-Regulation von ↑CRP, Procalcitonin, IL1,6,10, TNF α)
- Beeinträchtigung der hypothalamisch-hypophysären Achse (klinisch relevant: Diabetes insipidus!)
- Hypothermie/Fieber

Input zu Angehörigen-“end-of-life“- Gesprächen

- Frühzeitiger gemeinsamer Kontakt IPS-Team & ärztl Koordinator mit Angehörigen in Situationen des drohenden Hirntodes (spätestens bei Initiierung der Hirntoddiagnostik)
- Angehörigengespräche zur Entscheidungsfindung in Verantwortung des ärztl. Koordinator (gemeinsam mit Team/DSO-Koordinator)
- „Nachhaken dürfen“: Auch eine Ablehnung der Option „Organspende“ bedarf der sorgfältigen Evaluation im gemeinsamen Gespräch („informed reject“)

„Presumptive consent“ - auch eine Frage der Haltung

- „War es Ihrem „Angehörigen“ wichtig, im Falle des Todes seine Organe für andere Menschen zu spenden?“
- „Was wünschen Sie sich für sich? als „Überlebende“ & Zurückbleibende?“
- „Wir möchten gemeinsam die Organspende als eine Option am Lebensende möglich machen...“
- Organspende als „spirituelle Option“?



Dr. K. Michael Lücking
Ärztlicher Koordinator Organspende
Fon: 0761-270-18081, mobil: 0173-3808495
michael.luecking@uniklinik-freiburg.de

Organspende & Intensivmedizin

- Eine infauste (kurative) Prognose **erlaubt** die Beendigung intensivmedizinischer Massnahmen im Konsens zwischen medizinischem Team und Patienten- resp. Angehörigenwillen.
- Die Diagnose des Hirntodes **gebietet** die Beendigung intensivmedizinischer Massnahmen und ist unabdingbare Voraussetzung für eine Organspende im Konsens mit Spenderwillen und/oder Angehörigenwillen

Spannungsfeld Patientenverfügung & Organspende - Leitplanken der BÄK



- Eine wirksame Patientenverfügung, welche die intensivmedizinische Behandlung am Lebensende einschränkt oder negiert, schliesst eine Organspende per se NICHT aus...
- Eine solche Patientenverfügung schliesst bei einem JA zur Organspende eine kurzzeitige organprotektive Intensivtherapie NICHT aus!
- Intensivmedizin „auf Verdacht“ bei infauster Prognose und/oder wirksamer widersprechender Patientenverfügung zur Klärung der Organspende-Option ist ethisch NICHT empfohlen!

Nahtstelle zur DSO

- Offener wechselseitiger Informationsfluss
- Gemeinsame Entscheidung bzgl Kontraindikationen zur Organspende, zur erweiterten Spenderdiagnostik,.....
- Gemeinsame *De-Briefings* mit involvierten Intensivteams
- Tragfähige Vertretungsregelung
- Gemeinsames *reporting*