

Organspende nach kontrolliertem Herzkreislaufstillstand (cDCD) in Deutschland – ein Diskussionsbeitrag

K. Michael Lücking und Gerold Söffker

(Stand Juni 2023)

Die Organspende nach kontrolliertem Herzkreislaufstillstand (cDCD, Maastricht-Kategorie 3) gestattet es Patienten, ihre Organe postmortal zu spenden, selbst wenn der Irreversible Hirnfunktionsausfall (IHA) absehbar (noch) nicht eintreten wird. Konkret werden im cDCD-Prozess nach interdisziplinärer infauster Prognoseabschätzung und Änderung des übergeordneten Therapieziels hin zur palliativen Behandlung des Patienten sowie bei Zustimmung des Patienten / seiner Stellvertreter zur Organspende die kurativen intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahmen eingestellt; lediglich eine patientengerechte palliative Analgosedierung wird durch das begleitende intensivmedizinische Team bis zum Herzstillstand fortgeführt. Der Feststellung des Herzkreislaufstillstandes (diagnostiziert mithilfe der arteriellen Druckmessung und repetitiven Echokardiografie) schließt sich eine mindestens 5-minütige „no-touch“-Phase an (Beobachtungszeit zum Beleg der Permanenz des Herzkreislaufstillstandes). Im Anschluss wird (ggf unter Einbezug zusätzlicher bestätigender klinisch-neurologischer Kriterien) der Tod festgestellt. Die Irreversibilität des Todes begründet sich in diesem Kontext durch den vorbestehenden Reanimationsverzicht. Trotz der deutlich verlängerten „Warmen-Ischämie-Zeit“ sind die Transplantationsergebnisse denen einer Organspende nach IHA vergleichbar, sofern entweder regionale *in-situ*-Reperfusion-Verfahren der zu explantierenden Organe oder eine *ex-situ*-Maschinenperfusion nach *rapid procurement* eingesetzt werden. Beide intraoperativen Verfahren werfen neue ethische Fragen und Ressourcen-Aspekte auf.

Chancen und Risiken der cDCD

Einige Chancen: cDCD betont den Patientenwillen in der intensivmedizinischen Entscheidungsfindung am Lebensende; der Patientenwunsch einer Organspende in deletären Situationen wird nicht mehr durch ein erforderliches „Erreichen des IHA“ eingeschränkt. cDCD ist integraler Bestandteil einer palliativ-intensivmedizinischen Betreuung und stärkt diese. cDCD verlangt eine Schärfung der interdisziplinären Prognoseeinschätzung und – sicherheit, wenn die Diagnose des IHA als „prognostisches Werkzeug“ der Todesfeststellung nicht mehr obligat ist. Angehörige können den Patienten bis zum Eintreten des Herzkreislaufstillstandes begleiten und erleben den (Kreislauf-) Tod unmittelbar.

Einige Risiken: Die Wahrung der *Dead Donor Rule* (DDR) als zentrales Dogma der Organspende erfordert eine tiefgreifende Beschäftigung mit medizinisch, ethisch, juristisch

und kulturell akzeptablen Todesdefinitionen/-konventionen sowie Entnahmekriterien. Die konkrete Feststellung des Todes im Kontext der Organspende muss neu und interdisziplinär konsentiert werden. Die kardio-zirkulatorische Todesfeststellung im cDCD-Kontext erfordert eine grundlegende Änderung resp. Erweiterung des Transplantationsgesetzes (TPG); spätestens hier muss eine gesamt-gesellschaftliche Diskussion initiiert werden, welche absehbar auch die derzeit gültigen Regularien und Verfahrensweisen den Prüfstand stellen wird.

cDCD versus Widerspruchslösung: Die Einführung nationaler cDCD-Programme hat selbst auf der Grundlage einer gesetzlichen *Opt-in*-/Zustimmungs-Lösung (e.g. in UK, NL, CH) zu einer signifikanten Steigerung der Organspendezahlen insgesamt geführt (Abb.1). Hingegen gibt es bis anhin keine wissenschaftliche Evidenz für einen nur annähernd vergleichbaren Effekt durch die alleinige Einführung einer *Opt-out*-/Widerspruchslösung.

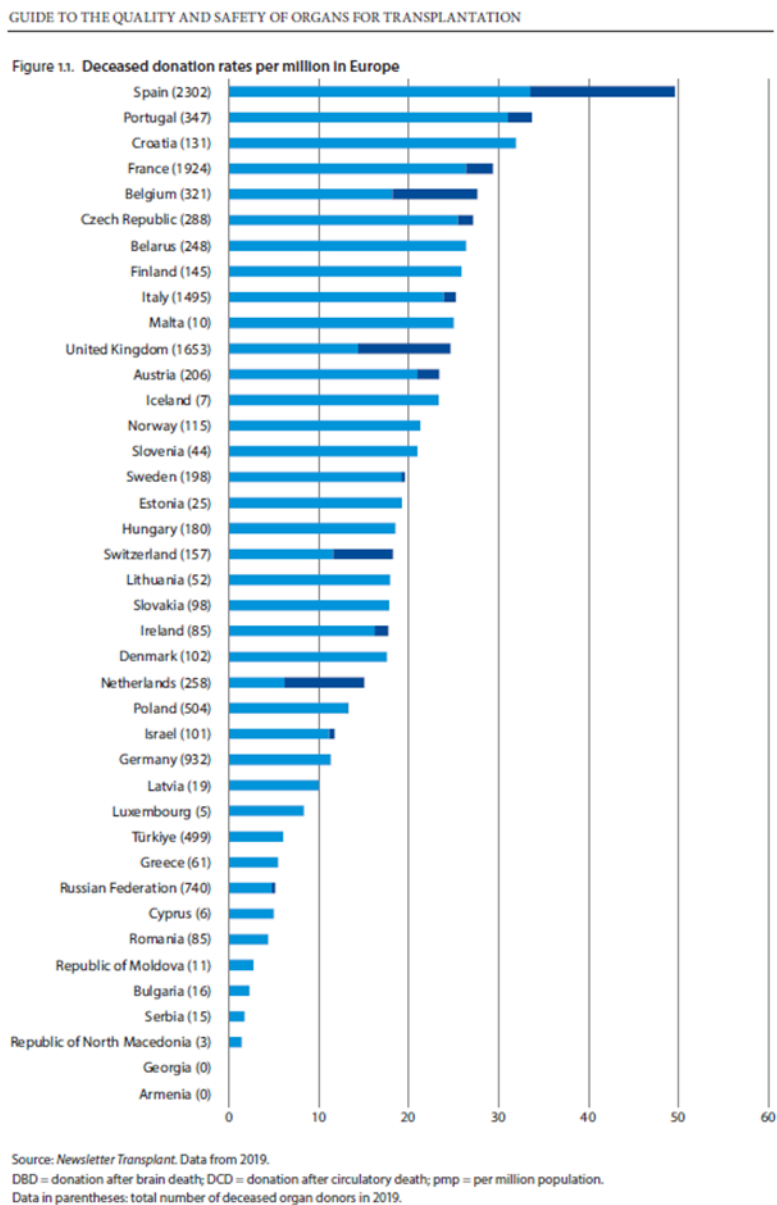


Abb.1