

Organspende und Organtransplantation Eine kritische Momentaufnahme

Denn du hast meine Nieren bereitet und hast mich gebildet im
Mutterleib.

Ich danke dir dafür, dass wunderbar gemacht bin;
Wunderbar sind deine Werke, und ich das erkennt meine Seele
wohl

(Psalm 139, 13-14, nach Luther)

**Bundesarbeitsgemeinschaft
Christinnen und Christen
bei Bündnis 90 / Die Grünen**



Wesentliche Inhalte:

1. Einführung

In diesem Kapitel wird nach einem Einstieg in die Thematik ein Überblick über die historische Entwicklung gegeben. Außerdem bietet es erste Überlegungen zum heutigen Umgang mit dem Sterben und dem Tod.

2. Fragen und Folgerungen zur medizinischen Ethik aus christlicher Sicht

Hier werden die Frage, ob es eine christliche Pflicht zur Organspende gibt, sowie weitere ethische Fragen angesprochen.

3. Medizinische Einzelfragen

In diesem Kapitel werden die quantitative Dimension und die medizinische Voraussetzung der Organtransplantation sowie ihre Durchführung dargestellt. Eine hervorgehobene Rolle nimmt hier die kritische Bewertung des Hirntodkonzepts ein.

4. Probleme bei der Organspende und Organtransplantation

Die derzeitigen Regelungen werden in diesem Kapitel kritisch unter die Lupe genommen: die Themen hier sind: Privatisierung, fehlende Akzeptanz, Datenschutz, Aufklärung, Angehörigengespräche, fehlende Kontrollmechanismen und Intransparenz, die Allokation und medizinische Probleme.

5. Weitere rechtliche und organisatorische Fragen

In diesem Kapitel werden u.a. die verschiedenen Möglichkeiten der Regelung der Organspende: Widerspruchslösung- erweiterte oder enge Zustimmungslösung, Entscheidungslösung und Notstandsregelung ausgeführt.

6. Politische Folgerungen

Hier sind die Folgerungen aufgeführt, die für nötig erachtet werden, um das Transplantationswesen zu reformieren, und eine aufgeklärte Entscheidung zu ermöglichen.

7. Quellen und Forschungsliteratur

In diesem Kapitel wird lediglich die wichtigste Literatur einschließlich einiger Quellen zur medizinischen Forschung, zur Ethik und zu den rechtlichen Problemen aufgelistet, und auch dann nur, soweit sie im Text zitiert wurden. Die Zitate sind in Klammern im Text, Quellen unter Angabe der jeweiligen Fundstelle aufgeführt. Bei mehreren Quellen bzw. Beiträgen eines Autors bzw. Herausgebers wird die Jahreszahl hinzugefügt.

Impressum:

V.i.S.d.P: **Friedrich Battenberg, Sprecher**
Im Heppensee 2, D-64390 Erzhausen
Kerstin Täubner-Benicke, Sprecherin
Am Mühleich 2, D-82319 Starnberg

Text: Kerstin Täubner-Benicke

Erarbeitet und Verantwortet von der Bundesarbeitsgemeinschaft
Christinnen und Christen bei Bündnis 90 / Die Grünen

Beschlossen auf der Herbsttagung in Würzburg, 11.Oktober 2014

1. Einführung

1.1. Aktualität der Thematik

Bei der Organspende handelt es sich um ein hochemotionales Thema, das mit großer Leidenschaft diskutiert wird. Umso wichtiger ist eine bewusste Entscheidung, die nur auf Grund von umfassender Information und Aufklärung getroffen werden kann. Dies wollen wir mit unserer Schrift leisten. Ausdrücklich betonen wir, dass wir nicht pro oder contra Organspende sind, sondern dass wir die Menschen in die Lage versetzen wollen, eine informierte, freie und verantwortungsbewusste Entscheidung zu treffen. Ob diese dafür oder dagegen ausfällt, oder die Entscheidung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird, wollen und können wir dem Einzelnen nicht abnehmen.

Es ist uns dabei bewusst, dass dabei viele Vorbehalte und Emotionen auftreten, die bewirken, dass sich viele Menschen mit dem Thema Organspende ungern befassen.

Vielleicht rührt das daher, dass unsere Organe von jeher als Ort der Emotion und Sitz der Seele gelten. Das spiegelt sich ebenso in bildreichen Sprichwörtern: „Dem ist eine Laus über die Leber gelaufen“, oder: „Das ist ihm an die Nieren gegangen“; man kann „etwas auf Herz und Nieren prüfen“ oder „sich etwas zu Herzen nehmen“.

Das Transplantationswesen ist durch die Skandale der letzten Jahre in Verruf geraten und hat spürbar Glaubwürdigkeit verloren.

Um die Diskurse um Organspende und Organtransplantation zu verstehen und im letzten Teil politische Forderungen aufzustellen, soll im Folgenden die historische und rechtliche Entwicklung bis hin zur Novelle des Transplantationsgesetzes (TPG) von 2012 in den Blick genommen werden.

1.2. Geschichte der Organspende

Schon im Mittelalter gab es Legenden zu Transplantationen, wie das sog. „Beinwunder“ der Heiligen Kosmas und Damian. Auf einer Darstellung in der *Legenda aurea* wurde das Bein eines Mannes durch das eines gerade verstorbenen Menschen afrikanischer Herkunft ersetzt (Manzeschke 2012). Die frühneuzeitliche „Schafott-Medizin“ kannte die Praxis, dass Körperteile von Hingerichteten als Therapeutika verwendet (Bergmann 2011). Als Mittel gegen Epilepsie wurde das Blut von Hingerichteten getrunken, und das menschliche Fett wurde als Mittel gegen Rheuma oder Gicht verwendet. Interessanterweise hat Paracelsus dafür den Begriff der Transplantation verwendet. Auch in der modernen Transplantationsmedizin geht es um die „therapeutische Einverleibung von menschlichen Organen bzw. von menschlichem Fleisch.“

Mit der Zunahme des Wissens in der chirurgischen Medizin wurde auch der Glaube an die Wirksamkeit eines Wunders langsam von einem rationalen Denken abgelöst, mit der Folge, dass man durch chirurgische Eingriffe oder pharmazeutische Behandlung den Prozess der Heilung zu befördern hoffte. Die Vorstellung, dass manche Krankheiten auf das Versagen eines einzelnen Organs zurückgeführt werden können, entstand im späten 19Jh. Die Übertragung von Geweben, z.B. der Schilddrüse oder der Haut, wurde seither ebenfalls systematisch erforscht. Die erste, freilich misslungene Transplantation einer Niere von einem toten auf einen lebenden Menschen wurde 1936 durchgeführt. 1954 schließlich konnte mit dem Wissen über Abstoßungsreaktionen und nötiger Gewebeübereinstimmung die erste erfolgreiche Nierentransplantation zwischen eineiigen Brüdern durchgeführt werden. 1963 gab es erstmals eine erfolgreiche Lebendspende zwischen Mutter und Tochter. Bald darauf gelangen Transplantationen von Lungen, Pankreas und Lebern, bis Christian Barnard 1967 die erste Herztransplantation in Kapstadt durchführte. Durch die Entwicklung des starken die Immunabwehr unterdrückenden Medikaments Cyclosporin wurde es ab Anfang der

achtziger Jahre möglich, die Abstoßungsreaktionen deutlich zu reduzieren. Die Dreijahres Überlebensraten für Nierentransplantationen stiegen von 45% auf über 80%. (Nagel u.a. 2011). Allein in Deutschland sind in den Jahren 1963 bis 2013 insgesamt 116.650 Organe transplantiert worden. (DSO 2014).

Eine wichtige Voraussetzung für die Transplantationsmedizin war die Gewinnung von lebensfrisch zu transplantierenden Organen. Zum einen gelingt dies durch die sog. Lebendspende, zum anderen durch die Intensivmedizin, genauer mittels der Herz-Lungen-Maschine, die es ermöglicht, Menschen mit erloschenem Atemreflex und nicht mehr feststellbarer Gehirntätigkeit in einem Zustand zu halten, in dem die Organe weiter durchblutet werden.

1.3. Zur Geschichte des Transplantationsgesetzes

Nach langjährigen Diskussionen hat der Gesetzgeber 1997 mit dem TPG einen gesetzlichen Rahmen für die gängige Transplantationspraxis geschaffen. In seinem Regelungsbereich stand die Organentnahme von toten und lebenden Organspendern. Darüber hinaus wurden Regelungen über die Entnahme, Vermittlung und Übertragung bestimmter Organe, sowie über Meldungen, Datenschutz, Fristen und Richtlinien zum Stand der medizinischen Wissenschaft getroffen. Zudem wurde Organhandel verboten. Verstöße gegen das TPG werden mit Straf- und Bußgeldvorschriften sanktioniert.

Auch davor stand die Transplantationspraxis nicht gänzlich im rechtsfreien Raum; so gab es einen sog. Transplantationskodex, zu dessen Einhaltung sich alle Transplantationszentren 1987 selbst verpflichtet hatten. In der ehemaligen DDR gab es bereits seit 1975 ein TPG, das eine Widerspruchslösung vorsah. 1997 wurde nun trotz verschiedener Anläufe zu einer Widerspruchslösung in der Bundesrepublik die erweiterte Zustimmungslösung beschlossen, die eine Organentnahme auch bei Menschen erlaubt, die zu Lebzeiten keine Entscheidung über eine Organspende getroffen, deren Angehörige jedoch die Zustimmung nach dem

mutmaßlichen oder mündlich vorher erklärten Willen gegeben hatten. Nicht durchsetzen konnte sich der Entwurf eines Teils der Fraktion von B90/DIE GRÜNEN mit der Forderung nach einer engen Zustimmungslösung (Winterfeldt 2010). Zehn Jahre später wurde das Gesetz noch einmal fortgeschrieben und der Anwendungsbereich des Gesetzes auf Knochenmark, embryonale, fötale Organe sowie auf menschliche Zellen und Gewebe erweitert.

Im Mai 2012 wurde das alte TPG mit einer breiten Mehrheit im Bundestag geändert. Es wurde festgelegt, dass jede/r Versicherte von der Krankenkasse befragt werden sollte, ob er für oder gegen eine Spende seiner Organe sei, die sogenannte Entscheidungslösung. Angesichts der Skandale des letzten Jahres herrscht aber große Verunsicherung. Ein uneingeschränktes „ja“ auf dem Organspende-Ausweis kann das Leben eines anderen retten, oder es sorgt dafür, dass ein Teil des Körpers in der Schönheitsindustrie Verwendung findet, auf jeden Fall beeinflusst es, wie Organspender und Organspenderinnen und ihre Angehörigen den letzten Abschied erleben. Die Medien berichteten von Manipulationen der Patientendaten gegenüber Transplantationskliniken, um eine bessere Position ihrer Patienten auf den Wartelisten für die Organtransplantation zu erreichen, auch von Bevorzungen der Privatpatienten. Es gab Vorwürfe der Verschwendung und einer Gutsherrenmentalität mit Mobbingverhalten bei der mit der Koordination der Organ-Entnahme beauftragten Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Der Rücktritt des kaufmännischen Vorstands folgte. Krankenkassen kündigten an, bis zur Klärung offener Fragen, den Versand von Organspende-Ausweisen aufzuschieben. So kam es 2013 zu einem Rückgang der Organspenden von weit über 10%.

Neu und fragwürdig ist im TPG von 2012 die Festlegung auf das Ziel der Erhöhung der Organspende-Bereitschaft. Für die Krankenversicherten ab 16 Jahren heißt dies, dass sie in Zukunft immer wieder von ihrer Krankenkasse nach Organspenden gefragt werden, Sie können dann mit „Ja“ oder „Nein“ antworten, aber

auch entscheiden, diese Entscheidung nicht zu treffen oder die beigefügten Unterlagen ungelesen ins Altpapier zu geben. Niemand soll gezwungen werden, sich dafür oder dagegen zu entscheiden. In Umfragen geben zwar zwei Drittel der Deutschen an, die Frage mit „Ja“ beantworten zu wollen. Die Erfahrung lehrt aber, dass die Rate bei einer rechtsverbindlichen Erklärung deutlich niedriger ausfallen wird. Das TPG akzeptiert, dass sich Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht entscheiden können. Allerdings lässt einen die immer wiederkehrenden Informationsschreiben auf dem Hintergrund des Ziels der Erhöhung der Organspende-Bereitschaft vermuten, dass diese wiederkehrenden Anschreiben ein „richtiges Ausfüllen“, nämlich ein Kreuz beim „Ja“, zum Ziel haben. Der damalige Gesundheitsminister formulierte das so: „Wir werden nicht locker lassen und werden regelmäßig immer wieder informieren (Bundesgesundheitsministerium). Zwei Grundkomponenten des Gesetzes, nämlich die Freiwilligkeit der Entscheidung und die Ergebnisoffenheit der Aufklärung, treten damit offen in Konflikt mit der Zielsetzung des Gesetzes.“

1.4. Der geänderte Umgang mit dem Sterben und dem Tod

Geburt und Tod sind zwei Extreme der menschlichen Existenz. In den letzten hundert Jahren ist es zu einer Verlagerung dieser Ereignisse aus dem häuslichen Umfeld der Menschen in Einrichtungen gekommen, in denen Emotionen und deren Verarbeitung nur noch bedingt möglich sind. Geboren und gestorben wird sozusagen nur noch aus Versehen im eigenen Heim. Auch der Brauch des Auffahrens und öffentlichen Betrauerns ist verschwunden. Der Tod wurde tabuisiert; stattdessen wurden die Verlängerbarkeit des Lebens und eine unbedingte Vermeidung von körperlichen Leiden eingefordert; der Tod „sollte vermeidbar“ werden. Das so erzeugte „Menschenbild geht von einem Körper aus, der wie eine Maschine reparabel ist. Und der menschliche Leib wird in verschiedene autonome Organe zerteilt, die beliebig ein- und auspflanzbar sind“ (Bergmann 2011). Die Grenze zwischen Tod

und Leben scheint dehnbar geworden zu sein. Das Interesse der Wissenschaft und Forschung hat nur das vorrangige Ziel: Leben zu verlängern. Die Mittel dazu liefert der Mensch selbst.

Vor diesem Hintergrund muss nun die Frage der Organspende diskutiert werden, und zwar im Folgenden vor allem unter dem Gesichtspunkt, welche Antworten sich aus den Prinzipien christlicher Ethik ergeben.

2. Fragen und Folgerungen zur medizinischen und christlichen Ethik

2.1. Allgemeine Überlegungen zur Nächstenliebe

„Organspende rettet Leben“, heißt es in der Werbung. Wenn der eigene Körper zugrunde geht, ist es dann nicht eine moralische Pflicht, dass man einem anderen Menschen mit seinen Organen das Weiterleben ermöglicht? In der Verlautbarung der Deutschen Bischofskonferenz und der EKD von 1990 heißt es: „Organspende nach dem Tod ist ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten“ (Deutsche Bischofskonferenz 1990). Im Jahr 2008 hat Papst Benedikt XVI. die Entnahme lebender Organe "ex cadavere" zum Zwecke der Transplantation ausdrücklich gutgeheißen - mit der Einschränkung, wenn man sicher sein könne, dass die Betroffenen tot seien (Rede auf einem Transplantationskongress am 7.11.2008).

Der Nutzen für die Empfänger und Empfängerinnen von Organspenden kann erheblich sein, Organtransplantationen bieten für sie die Chance zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und womöglich zum Erhalt ihres Lebens. Um dies zu ermöglichen, füllen Menschen einen Organspende-Ausweis mit dem Gedanken aus: „Wenn ich schon sterben muss, sollen meine Organe wenigstens noch jemand Schwerkranken das Leben retten!“ Nächstenliebe kann einer der Beweggründe für eine derartige Entscheidung sein, auch Nützlichkeitsdenken und vielleicht sogar ein Gefühl, dass wenigstens ein Teil des Ichs in einem anderen Menschen weiterleben

kann. Doch die Frage steht im Raum: Gibt es denn einen moralischen, ethischen Auftrag oder gar eine christliche Pflicht zur Organspende?

Nächstenliebe setzt eine innere Beziehung zwischen zwei Personen voraus. Im Prozess der Organtransplantation wird diese Beziehung allerdings zum einen bewusst anonymisiert, zum anderen dem Spender die Personalität abgesprochen. Mit dem Liebesgebot im Blick auf den Spender zur Organspende aufzurufen und den Tod des anderen zur Voraussetzung zu machen, ist für den Organempfänger eine Zumutung. Das Sterben eines Menschen bedarf keiner weiteren Sinnzumessung durch eine Organspende. Leben bewahren heißt auch, sich für das Recht der Menschen einzusetzen, ungestört, in und mit ihrem eigenen Leib sterben und bestattet werden zu können. Zudem sollte bei jedem Geschenk sichergestellt sein, dass sich sowohl der Geber als auch der Empfänger aller Begleitumstände und Erfordernisse bewusst sind.

Es geht um Fragen zu Leben, Sterben und Tod des Menschen: Wer und was ist der Mensch: eine erlebensfähige Person mit Bewusstsein oder ein funktionierender Organismus? Eine Neurologin drückte dies so aus: „Ohne funktionierendes Gehirn ist der Mensch als körperlich geistige Einheit nicht mehr existent.“ (Tagung der Forum Bioethik-Kommission März 2012). Dem Gehirn als Steuerungseinheit wird damit eine prioritäre Stellung eingeräumt. Das hat Einflüsse auf das Verständnis von Personalität und wirft zugleich weitere Fragen auf: Ist ein hirngeschädigter Mensch noch eine vollwertige Person? Wie steht es dann mit geistig schwerbehinderten Menschen, oder Menschen im Wachkoma?

Wem gehört der menschliche Körper? Dem Träger, der Gesellschaft? Das Leben ist aus christlicher Sicht nicht Besitz des Menschen, sondern Gabe Gottes, die im Tod in die Hand des Schöpfers zurückfällt. Also muss auch der Körper eines toten Menschen, ja die ganze Person der Verdinglichung entzogen werden. Wenn schon der Leichnam kein Eigentum sein kann, dann muss es erst

recht der noch lebende Körper eines Hirntoten sein. Dies begründet eine hohe Verantwortung der Personen, der Sterbenden wie auch der Empfänger.

Eine Medizin, die ihre Patienten unter dem Aspekt der Verwertbarkeit sieht, ist ethisch nicht zu rechtfertigen. Es darf kein Konkurrenzverhältnis zwischen zwei Patienten entstehen, wonach der eine für das Leben des anderen instrumentalisiert wird (Bergmann 2011). Dies aber suggeriert ein mit dem Satz „Effektiv auch im Alter“ betiteltes Werbefoto für Organspende, in dem eine alte Frau beim Hanteltraining gezeigt wird, um damit zu verdeutlichen, dass auch bei einem Alter von 60 Jahren und mehr Organspenden erwünscht seien, was übrigens heute besser geht, so dass das Paradox von Würde und Verwertung, von Person und „spendendem Patienten“ beachtet werden muss.

Bei der Organentnahme geht es um die Verletzung der körperlichen Integrität eines Menschen zum Wohl eines anderen, selbst bei der Lebendorganspende. Ist das ethisch zu rechtfertigen? Bisweilen klingt in der Diskussion auch die christliche Opfertheologie an, etwa unter Berufung auf das Johannesevangelium „Wie mich mein Vater liebt, so liebe ich euch auch. Bleibt in meiner Liebe! Das ist mein Gebot, dass ihr euch untereinander liebt, wie ich euch liebe. Niemand hat größere Liebe als die, dass er sein Leben lässt für seine Freunde. (Johannes 15, 9,12-13).

2.2. Die Diskurse nach dem Transplantationsgesetz von 2012

Das neue TPG verfolgt, wie einleitend schon bemerkt, das „Staatsziel“, die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen. Bisher noch nicht überprüft wurde, ob die im TPG vorgesehene Äußerungspflicht verfassungsrechtlich zulässig ist. Befürchtet werden muss eine massive öffentliche moralische Nötigung. Oft wird über die moralische Verpflichtung zum Altruismus gesprochen. Zugleich bestehen auch die Gebote der Ehrlichkeit, der Gerechtigkeit, und

der Freiheit, und gegen diese wird im Transplantationsverfahren immer wieder verstoßen (s.u. Kap. 4 und 5).

Zur ethischen Bewertung der Organspende müssen auch die Gerechtigkeitsprobleme bei der Zuteilung der Organe (sog. Allokation) gesehen werden. Vordergründig gesehen geht es lediglich um medizinische Probleme wie dem Vorhandensein von Gewebemerkmale, dem Grad der Dringlichkeit, und den möglichen Erfolgsaussichten. Allerdings spielt auch die Fähigkeit zur sog. Compliance, der vermuteten Bereitschaft der Organempfänger zur Mitwirkung an der Therapie, eine wichtige Rolle bei der Entscheidung, ob jemand überhaupt auf die Warteliste kommt. Von einem Wohnsitzlosen wird z.B. vermutet, dass diese Bereitschaft in nur geringem Maße vorhanden sei. Zudem finden sich in der Praxis Hinweise darauf, dass 80% der Organ-Spender und -Spenderinnen Frauen, dagegen 80% der Organ-Empfänger und -Empfängerinnen Männer sind. Dies könnte im oft besseren Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitszustand von Frauen begründet sein. Doch ist dies auch gerecht?

Festzuhalten ist, dass ein Sterbender während des gesamten Sterbeprozesses Mensch bleibt. Jemand, dem lebende Organe entnommen werden können, kann als Sterbender angesehen werden. Er bliebe dann Mensch mit allen seinen Rechten, bis er nach der Organentnahme stirbt. Der Gedanke einem Hirntoten, der von manchen als Sterbender angesehen wird, Organe zu entnehmen, löst widersprüchliche Gefühle bei uns aus, weil wir bei allem Willen helfen zu wollen, sicher sein müssten, dass der Mensch wirklich unwiderruflich tot ist. Der zweite Aspekt ist, dass ein Mensch instrumentalisiert wird und dass er nicht mehr Zweck an sich ist, sondern Mittel zum Zweck wird. Das Hirntodkonzept versucht, dem Problem dadurch auszuweichen, dass man den Tod per Gesetz auf einen bestimmten Zeitpunkt vor dem erkennbaren Ganzkörper Tod festlegt. Ein anderer Ausweg ist die Lebendorganspende, die allerdings nicht für das Herz durchgeführt werden kann. Können wir nun die Praxis der Organtransplantation ethisch

rechtfertigen? Müssen wir uns, um Schwerkranken das Weiterleben zu ermöglichen, schuldig machen? Ist es moralisch geboten, das eine schon versehrte Leben zu beenden, und damit das andere zu retten?

2.3. Was heißt hier eigentlich „nach dem Tod?“

Bei der Feststellung des Todes wird allgemein unterschieden nach unsicheren und sicheren Todeszeichen. Als unsichere gelten: keine Atmung, kein Herzschlag, keine Reflexe. Bei ihnen können Menschen oft noch reanimiert werden. Als sichere Todeszeichen gelten: Leichenstarre, Todesflecken, Verwesung. Diese liegen bei einem Organspender niemals vor.

Lebenswichtige insbesondere unpaarige Organe dürfen Lebenden nicht ohne weiteres entnommen werden. Daraus folgt, dass transplantierungsfähige Organe entweder von Lebenden kommen, die dem zugestimmt haben, oder von Toten. Nicht durchblutete Organe sind hingegen nicht transplantierbar (Ischämie). Hier werden innerhalb kürzester Zeit Leichengifte gebildet, die zum Absterben des Organs führen.

Gleichzeitig, mit dem Boom der Transplantationsmedizin, wurde eine neue Art von Hirnversagen entdeckt. Durch die Erfindung der Herz-Kreislauf-Maschine 1952 kamen immer mehr Menschen in ein sog. coma dépassé, ein Hirnversagen, das nicht mehr zwangsläufig im Herz-Kreislauf-Stillstand endete. Bis dahin galt der irreversible Kreislaufstillstand als Todeszeitpunkt. Um bei diesen Menschen das Abschalten der Maschinen zu ermöglichen, ohne dass sich der Mediziner des Mordes schuldig machte, setzte sich 1968 eine Ad-hoc-Kommission der Harvard-Universität zusammen und beschrieb das Hirntod-Syndrom. Hirntod bedeutete damals: keine spontane Atmung, keine Reflexe, tiefes Koma. Es durfte keine Aktivität in Stammhirn, Kleinhirn und Großhirn nachweisbar sein.

In der nachfolgenden wissenschaftlichen Diskussion wurde das irreversible Hirnversagen, genannt Hirntod, als Tod des Menschen akzeptiert. Hiermit waren zwei Probleme gelöst: Erstens durfte man bei Menschen mit Hirnversagen, aber weiterschlagendem Herzen, die Beatmungsmaschine abstellen, ohne bestraft zu werden und man hatte nun lebensfrische Organe für die Transplantation zur Verfügung. Der Tod der Person wurde jetzt festgestellt über den Verlust der Eigenschaften, die seine Persönlichkeit ausmachen; der Tod des Organismus als biologischen Tod wird neuerdings auch als kontinuierlicher Prozess des Verlustes beschrieben (Stoecker auf der Tagung Forum Bioethik März 2012). Die Definition des Todes als Verlust der zentralen Integrations- und Steuerungsfunktion des Gehirns, wenn es denn „tot“ ist, erschien insoweit plausibel. Daraus folgend wird von manchen Ethikern bereits eine Abweichung von der Tote-Spender-Regel gefordert, vor allem nach dem Befund, dass das Sterben in einem kontinuierlichen Prozess vor sich geht, und der Zeitpunkt des biologischen Todes nicht hundertprozentig festgelegt werden kann.

Hier kommt man allerdings zumindest aus christlicher Sicht in einen Konflikt mit dem Gebot „Du sollst nicht töten“. Zudem würde dies zu einer bedenklichen Veränderung des ärztlichen Selbstverständnisses führen. Schon jetzt ist dies schwierig: Ein Patient wird zuerst zu seinem eigenen Nutzen behandelt; doch nach der Diagnostik (z.T. auch schon vorher durch die sog. Spenderkonditionierung) wird er fremdnützig behandelt. Bisher versuchen Transplantationsmediziner die Tote-Spender-Regel aufrechtzuhalten, da sie befürchten, dass die Akzeptanz des Transplantationswesens durch die Bürger, aber auch die Akzeptanz der Organe durch den Organempfänger Schaden nehmen könnte.

Das irreversible Hirnversagen als rein medizinisches Kriterium wird als Tod des Menschen festgelegt. Aber: Der Patient wird nach allen bisherigen Erfahrungen nicht als tot erfahren und wahrgenommen. Der Hirntod markiert daher für manche zwar den

unumkehrbaren Eintritt in den Sterbeprozess, bedeutet aber nicht zweifelsfrei den Tod der gesamten Einheit von Leib und Seele, Körper und Bewusstsein. Diese Ambivalenz ist nicht aufzulösen.

3. Medizinische Einzelfragen

3.1. Die quantitative Dimension

Der „Bedarf“ an Organen steigt ständig: wegen medizinischer Fortschritte bei Transplantation und Immunsuppression und der Ausweitung der Altersgrenzen für Organempfänger, sowie durch den verbürgten Anspruch auf bestmögliche Therapie. Eine Rolle spielt dabei auch der Ausbau klinischer Kapazitäten. Die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage ist strukturell bedingt und wird nicht zu schließen sein. In Deutschland warteten 10.778 Menschen auf Spendeorgane, davon ca. 8.000 auf eine Niere; allerdings gibt es derzeit 70.000 Dialysepflichtige, die „noch nicht“ auf Wartelisten sind. Von diesen knapp 11.000 sterben jährlich leider etwa 1.000. Hinter den nackten Zahlen verstecken sich viel Leid, Schmerz und Todesangst. Allerdings muss man sehen, diese Menschen sterben nicht an einem „Organmangel“, denn sie haben ein Organ, das freilich nicht gut funktioniert; sie sterben leider an ihrer zugrundeliegenden lebensgefährlichen Erkrankung.

Im Jahr 2013 wurden 3.035 Organe entnommen; die von 876 Spendern und Spenderinnen stammten. Im Jahr 2013 gab es zwar insgesamt 2.221 Organspendekonsile. Aber bei 851 (38%) gab es Ausschlussgründe: entweder keine Hirntoddiagnose (21%), weitere medizinische Gründe, wie z.B. infektiöse Erkrankungen oder Tumore, sprachen dagegen (42%), oder es erfolgte schon im Vorfeld und vor der Hirntoddiagnose keine Zustimmung der Angehörigen (35%). Bisweilen erfolgte auch keine rechtzeitige Freigabe durch den Staatsanwalt, wie in Fällen des Suizids. In 494 (22%) Fällen sind im weiteren Verfahren aus anderen Gründen gescheitert: Ablehnung der Organspende durch die Angehörigen (30%), der Abbruch vor oder während der Organspende aus medizinischen Gründen (4%).

Man schätzt, dass es ca. 4.000 potentielle Hirntote pro Jahr in Deutschland gibt, die aber aus verschiedenen Gründen nicht alle gemeldet werden. Zudem ist seit Jahren die Zahl der Hirntod-Diagnosen aufgrund verbesserter Prophylaxe bei Unfällen und Therapieverbesserungen bei Hirnschädigungen rückläufig: Hinzu kommt in jüngster Zeit eine zunehmende Skepsis der Ärzte in den Krankenhäusern gegenüber der Transplantationsmedizin. Ein Grund für den Rückgang von in Frage kommenden Spendern ist auch in der zunehmenden Anzahl von Patientenverfügungen, die intensivmedizinische Behandlung ausschließen, zu finden. Als Folge werden von immer älteren, zum Teil auch (krebs-)kranken Menschen Organe entnommen (sogenannte marginale Organe), die z. T. gar nicht in den Eurotransplant-Pool und damit an deren Wartelisten vorbei gegeben werden, sondern im sog. Beschleunigten Verfahren vergeben werden. 2011 wurden so z.B. 900 Organe vermittelt: das waren jede dritte Leber, jedes fünfte Herz und fast die Hälfte der Bauchspeicheldrüsen (9.8.2012, SZ) Es gibt auch Hinweise darauf, dass Organe aufgrund schlechter Qualität abgelehnt wurden, um sie dann einem nicht auf der Warteliste Stehenden zu vermitteln. Dem Missbrauch wurde damit Tür und Tor geöffnet.

3.2. Unterscheidung von Lebendspende – Spende von Toten/ postmortale Spende

Es ist es in einigen Fällen möglich, eine Lebendspende durchzuführen. In Frage kommen etwa eine Niere, ein Teil der Leber, Teile der Lunge oder des Dünndarms. In Deutschland wurden 2013 z.B. 1.547 Nieren von Verstorbenen transplantiert, dazu kamen 725 Lebendnierenspenden (ca. 30% aller Transplantationen von Nieren). Die Prognose einer Lebendspende einer Niere ist besser als bei einer postmortalen Nierenspende. So arbeitet diese fünf Jahre nach der Transplantation in 85-90% der Fälle (gegenüber 72%). Bei Lebertransplantationen lag der Anteil der Lebendspenden von Lebersegmenten 2010 bei ca. 7%, mit steigender

Tendenz. Lebendorganspenden (LOS) sind in Deutschland nur bei Verwandten ersten oder zweiten Grades oder bei Menschen mit sehr enger Verbindung (Verlobte, Ehepartner), zulässig, um kommerzielle Interessen auszuschließen. Umfragen zeigen, dass sich 29% für eine Vergütung von LOS aussprechen würden, 68% wären dagegen. Eine Ethikkommission muss die Einhaltung dieser Kriterien überprüfen. Seit einiger Zeit ist die Lebendorganspende durch die stärkeren Medikamente auch bei Nichtverwandten möglich.

Anzusprechende Probleme bei der Lebendspende sind die „Freiwilligkeit“, oder ob nicht doch ein wie auch immer gearteter Druck ausgeübt wird. Die Risiken für Spender durch die Entnahmeoperation und Langzeitfolgen sind nicht unerheblich. Schwere Nebenwirkungen treten in etwa 3% der Fälle auf. Auch psychische Probleme bei Spendern und Empfängern gilt es aufzufangen und durch die Krankenversicherungen zu finanzieren. Die Situation von Lebendspenderinnen wurde durch das neue TPG verbessert, so erhält ein Arbeitnehmer eine Entgeltfortzahlung für sechs Wochen, und im Falle von Folgeschäden kann die Kasse des Organempfängers in Regress genommen werden.

Ganz überwiegend stammen Organspenden bislang von Hirntoten. Es trifft zwar zu, dass der Spender nicht für den Organempfänger stirbt; doch sein (Hirn-)Tod ist die Voraussetzung dafür, dass der Organempfänger weiterleben kann. Für die meisten Ethiker und Mediziner handelt es sich bei der Tote-Spender-Regel (Dead-Donor-Rule, D-D-R) um eine nicht aufgebare Regel. Nur wenn sicher ist, dass der Mensch hirntot ist, darf er explantiert werden, ansonsten handelt es sich um Mord oder zumindest Tötung auf Verlangen.

3.3. Zur Praxis der Feststellung des Hirntods (Hirntodkonzept)

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) definiert den Hirntod wie folgt: Es handelt sich um „eine „massive Hirnschädigung, z.B. durch eine schwere Kopfverletzung oder Hirnblutung; [diese] kann trotz aller medizinischen Maßnahmen zum Hirntod des Patienten führen. Die Diagnose Hirntod bedeutet, dass nachweislich die Funktionen von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm irreversibel erloschen sind. Gemäß dem Transplantationsgesetz stellen zwei Ärzte unabhängig voneinander den Hirntod fest. Sie führen die Diagnostik nach den Richtlinien der Bundesärztekammer durch.“ (DSO 2009). Doch sind damit die dabei entstehenden Probleme nicht gelöst. Hierzu sollen im Folgenden einige Überlegungen angestellt werden.

Der Hirntod kommt extrem selten vor. Schätzungen zufolge sind von 400.000 Sterbefällen, ca. 1%, also ca. 4.000 Menschen pro Jahr in Deutschland dem Hirntod zuzuordnen. Selbst wenn man davon ausgeht, dass man alle identifiziert und alle als Organspender zugestimmt hätten, würde der Bedarf an Organen dies bei weitem übersteigen, auch wenn man bedenkt, dass 40% der Patienten ohnehin aus medizinischen Gründen als Organspender ausscheiden.

Für die Diagnose reicht der Nachweis durch klinische Diagnostik, die mindestens zweimal durchgeführt werden muss, um das Fortbestehen des Zustands nachzuweisen. Es ist nur dann eine apparative Diagnostik vorgeschrieben, wenn es sich bei den Patienten um Kleinkinder handelt, oder die Zeit zwischen den Diagnosen verkürzt werden soll. Der sogenannte Apnoetest ist der letzte Test im Protokoll. Dafür wird die Sauerstoffzufuhr unterbrochen, worauf sich das Kohlendioxid im Blut anreichert. Normalerweise würde bei einer bestimmten Konzentration ein durch das Stammhirn ausgelöster Atemreflex einsetzen. Das Unterbleiben wird als Zeichen des Hirntodes interpretiert. Nach der Gabe

bestimmter Medikamente, starker Unterkühlung oder bei Vergiftungen kann das gleiche Bild des Ausbleibens des Atemreflexes erzeugt werden. Daher soll in diesen Fällen der Apnoetest nicht durchgeführt werden, zumal er hier den Hirntod erst auslösen kann. Der Tod des Patienten tritt der derzeitigen Regelung nach mit der Unterschriftsleistung auf dem zweiten Hirntodprotokoll ein.

3.4. Kritik am Hirntodkonzept

Ein Hirntoter wirkt auf den ersten Blick wie ein Mensch im tiefen Koma. Er wird beatmet, der Brustkorb hebt und senkt sich, Infusionen hängen an seinem Bett, es kann sein, dass er Bewegungen ausführt. Doch fortbestehende Lebenszeichen und Körperfunktionen wie etwa Ausscheidungen, Temperaturen, Wachstumszeichen und die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer Schwangerschaft sind Hinweise darauf, dass es sich bei einem Hirntoten um einen noch nicht wirklich Toten handelt. Weltweit gibt es 30 verschiedene Definitionen, was der Hirntod ist. Inzwischen dürfen bis zu 17 verschiedene Reflexe bei dem Hirntoten erhalten sein. In der Anfangszeit waren Reflexe ein Ausschlusskriterium. Später stellte man fest, dass, da die hemmenden Impulse aus dem Gehirn wegfallen, Rückenmarksreflexe beim als hirntot bezeichneten Patienten sogar noch verstärkt werden. Aber: das EEG ist flach, auf bestimmte Reize reagiert der Patient nicht. Der Ausfall des Groß-, Klein- und Stammhirns wird vermutet. Allerdings wird meist nur der Ausfall des Großhirns nachgewiesen. Das Kleinhirn wird praktisch nicht untersucht, dazu müssten sehr teure und aufwendige bildgebende Verfahren eingesetzt werden. Es kann sogar auf das EEG verzichtet, und nur eine klinische Diagnostik durchgeführt werden.

Auf manchen Informationsveranstaltungen gibt es um den Zeitdruck bei der Hirntoddiagnostik zu veranschaulichen, Behauptungen von Neurologen, dass sich die Gehirne von Hirntoten innerhalb kurzer Zeit auflösen und zersetzen. Beobachtungen dazu sind

jedoch bei späteren pathologischen Untersuchungen nicht dokumentiert. Ein Hirntoter wird entweder bei Ablehnung der Organspende von der Beatmungsmaschine abgenommen und das Herz hört aufgrund des Sauerstoffmangels auf zu schlagen; oder er kommt bei einer Zustimmung zur Organentnahme in den Operationssaal, wo das Herz dann letztlich auf dem Operationstisch zu schlagen aufhört.

In Amerika wurden fast 200 Fälle dokumentiert, bei denen Menschen zwei Wochen bis über zehn Jahre im Zustand des Hirntods geblieben sind. In der Stabilisierungsphase waren bei diesen nur noch eine Beatmung und eine minimale Medikamententherapie nötig. (Shewmon, Vortrag Forum Bioethik März 2012). In Deutschland machten das „Erlanger Baby“ und andere über Wochen fortgesetzte Schwangerschaften hirntoter Mütter Schlagzeilen.

Das Hirntodkonzept wird in der medizinischen Diskussion angezweifelt, da die integrierende Funktion des Organismus wohl nicht allein vom Gehirn ausgeht. Auch ohne funktionierendes Gehirn kann ein beatmeter Mensch lange in diesem Zustand bleiben.

Der Einwand, dass dies kein lebenswertes Leben ist, führt auf ein ganz anderes Gleis. Hier sind moralisch-ethische Bewertungen zu treffen, die Mediziner allein nicht treffen sollten.

Die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen ist vor allem aus utilitaristischen Beweggründen getroffen worden. Wem nutzt dieses Verständnis des Hirntods? Die Beantwortung der Kleinen Anfrage der Fraktion der Linken vom 23.07.2013 an die Bundesregierung zum Thema Hirntod mit allen Kritikpunkten (BT-Drucksache 17/14527) zieht sich darauf zurück, dass die Feststellung des Hirntodes durch die Wissenschaft hinreichend belegt sei und es keine Alternativen zum Hirntodkonzept gäbe. Man warte eine Stellungnahme in einer Publikation des Deutschen Ethikrates ab, bevor Überlegungen zu einer Änderung

des Transplantationsgesetzes angestellt würden. Allerdings zeigen die Antworten auf die 25 Teilfragen, dass die Bundesregierung an der bisherigen Regelung festhalten will.

Gibt es eine Fehldiagnose beim Hirntod? Von Neurologen wurde in solchen Fällen behauptet, dass die Hirntod-Diagnose nicht fachgerecht durchgeführt worden sei. Eine Untersuchung stellte fest, dass 30% der Hirntoddiagnosen fehlerhaft waren oder falsch dokumentiert wurden. Aus einer Studie der Neurochirurgie der Universität Bonn aus dem Jahre 2006 geht hervor, dass von 113 untersuchten, für hirntot erklärten Probanden - alle nach den Regeln der Bundesärztekammer untersucht - immerhin zwei überlebten. (Schaller, Kessler 2006)

Eine neue Studie, die im Frühjahr 2014 in der Süddeutschen Zeitung kommentiert wurde, zeigte, dass die erste Diagnose bei einem Drittel der als hirntot klassifizierten Patienten falsch war (SZ 18.02.2014). Daraus folgt, dass durch verstärkte Fortbildung der diagnostizierenden Ärzte die Diagnostik verbessert, der Einsatz von medizinisch-technischen Geräten erhöht, die Kontrolle verschärft und die vergleichende Forschung verstärkt werden müssen. Nach der gesicherten Diagnose des Hirntods, also des Ausfalls des Gesamthirns, gibt es keine Rückkehr in ein bewusstes Leben, wobei wohl aber noch über den Begriff „gesichert“ gesprochen werden muss. Der Hirntod ist jedenfalls ein Zwischenstadium vor dem endgültigen und vollständigen Tod. Aber auf dem Organspendeausweis wird der Hirntod überhaupt nicht thematisiert. Stattdessen wird nur lapidar und damit irreführend von „nach meinem Tod“ gesprochen.

3.5. Durchführung der Organentnahme und der Transplantation

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) beschreibt den Vorgang der Organentnahme wie folgt: „Für die Entnahme der jeweiligen Organe organisiert die DSO bei Bedarf Entnahmeteams. Gespendet werden können Nieren, Herz, Leber, Lunge,

Pankreas und Dünndarm. Üblicherweise entnehmen die Chirurgen, die auch die spätere Transplantation durchführen, Herz und Lunge. Nieren, Pankreas und Leber entnehmen in den meisten Fällen regionale Entnahmeteams, die ebenfalls von der DSO beauftragt werden. Die Organspende erfolgt unter den gleichen Bedingungen wie jede andere Operation. Die Ärzte verschließen die Operationswunde sorgfältig und übergeben den Spender in würdigem Zustand für eine mögliche Aufbahrung. Die Angehörigen können sich in gewünschter Weise von dem Verstorbenen verabschieden.“ (DSO 2009)

Der Vorgang des Zu-Ende-Sterbens wird durch die Organentnahme massiv beeinflusst. Statt eines allmählichen Aufhörlassens der Körperfunktionen, wird die oder der Hirntote bis zum Schluss intensivmedizinisch behandelt und beatmet. Vor der Operation wird der Spender oder die Spenderin noch zusätzlichen Behandlungen unterzogen: die sog. Spenderkonditionierung. Darunter versteht man organprotektive Maßnahmen, die allein zum Schutz der Qualität der Organe durchgeführt werden und nicht im Interesse des Spenders liegen. Bei einer Multiorganentnahme können bis zu 20 Personen im Operationsaal beteiligt sein. Zu Beginn der Explantation reagiert der Körper des Hirntoten mit Symptomen, die Stresssymptomen ähneln, wie Blutdruckanstieg, Pulsveränderung, Schwitzen und Abwehrbewegungen. Neurologen werten dies zwar als durch spinale Reflexe bedingte Reaktionen, ähnlich wie das Zucken eines Froschschenkels, oder das Herumflattern eines geköpften Huhns. Um eine Irritation des Pflegepersonals zu verhindern, geschieht die Explantation in der Regel unter Vollnarkose und mit muskelentspannenden Medikamenten. Bis alle Organe präpariert sind, schlägt das Herz weiter. Dann werden in sehr kurzer Zeit bis zu 10 Liter Kühlflüssigkeit (Wasser) in den Körper geleitet. Die entnommenen Organe werden in den weiteren Transplantationsprozess gegeben. Die Überwachungsgeräte werden ausgeschaltet, die Schnitte

versorgt. Die mehrstündige Operation hinterlässt einen Körper, der nun sichere Todeszeichen aufweist.

Nach einer Prüfung der entnommenen Organe werden sie in Kühlboxen an den jeweiligen Bestimmungsort gebracht, um sie in den Körper des Empfängers einzupflanzen. Bei der DSO liest sich das so: „Die Empfänger sind bereits auf die Operation vorbereitet, wenn die Organe im Transplantationszentrum ankommen. Damit geht häufig eine lange Zeit des Wartens zwischen Hoffnung und Verzweiflung zu Ende.“ (DSO) - Mit der Übergabe der Spenderorgane endet die Aufgabe der DSO im Prozess der Organspende.

Von 1963 bis 2013 sind in Deutschland 116.650 Organe transplantiert worden (75.972 Nieren, 21.016 Lebern, 11.628 Herzen, 4.595 Lungen, 3.439 Bauchspeicheldrüsen). Nach einer Nierentransplantation beträgt die Funktionsrate nach fünf Jahren 71% nach postmortalen Organspende bzw. 85% nach Lebendspende. Beim Pankreas beträgt sie 66%, bei der Herztransplantation 65%, bei der Lebertransplantation 52 bzw. 60% (LOS), bei der Lungentransplantation liegt sie bei 50%. Auffällig ist, dass die Funktionsraten in Deutschland teilweise deutlich niedriger sind als im internationalen Vergleich. (alle Zahlen: DSO 2014)

In Ländern wie der Schweiz, England oder den Niederlanden gibt es eine Ausweitung der Organentnahme auf „Non-Heart-Beating-Donor“ (NHBD), Fälle von Herzstillstand ohne Hirntod (Zylka-Menhorn et al 2008). Diese Praxis ist bisher unvereinbar mit deutschem Recht und den Regeln der Bundesärztekammer, da Menschen mit Herzstillstand wieder reanimiert werden können. So gilt in Deutschland, dass der Herzstillstand drei Stunden anhalten muss, bevor man zum Beispiel Gewebeentnahmen vornehmen darf. Die Organe sind zu diesem Zeitpunkt allerdings längst nicht mehr zu verwerten. In den Ländern, in denen NHBD erlaubt wird, kommt es hingegen zu einer stetigen Verkürzung der sog. „No-touch-Zeit“, um die Organe möglichst frisch zu bekommen. Teilweise sind es nur noch zwei Minuten, bevor mit der Explantation

begonnen wird. Im Jahr 1998 wurde von Eurotransplant festgestellt, dass ein Herzstillstand von 10 Minuten ein Äquivalent zum Hirntod sei. Die Spender werden in verschiedene Kategorien eingeteilt. Spender mit Herzstillstand bei Ankunft in der Klinik, Spender nach erfolgloser Reanimation, Spender, bei denen der Herzstillstand erwartet wird nach Unterbrechung lebenserhaltender Maßnahmen, Spender mit Herzstillstand bei Hirnstammtod, Spender mit Herzstillstand bei stationären Patienten. In den USA sind 8% der postmortalen Spenden auf NHBD zurückzuführen. Nach Schätzungen von Ärzten könnte man diesen Anteil auf 25% bis 42% erhöhen. Nach Ansicht der Autorinnen kämen als Spender in Frage: Komapatienten nach Schlaganfall oder Herzinfarkt, Querschnittsgelähmte und Unfallopfer, aber auch Schwerkranke, die ihren Zustand nicht mehr akzeptabel finden und auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichten wollen. Der Herzstillstand könnte dann „provoziert“ werden (Zylka-Menhorn et al 2008). Doch auch in Deutschland wird die Ausweitung der Organentnahme auf diese Fälle gefordert (Bechstein in einem Interview 2012, zit. im Dt. Ärzteblatt 2012,109). Mediziner werden in diese Richtung fortgebildet, wie im Uni-Klinikum Ulm am 19. März 2013, obwohl in Deutschland die Transplantation von NHBD Organen nicht erlaubt ist.

3.6. Missbrauchsfälle: Sterbehilfe, Organraub und Organhandel

Während Sterbehilfe in Deutschland nicht erlaubt ist, gab es in Belgien bereits 2011 einige Fälle von assistiertem Suizid in Verbindung mit der Organspende (Ärzteblatt 10.2.2011). „Ethisch problematisch zeigt sich auch die Vermischung von Euthanasie und Organspende. 2012 wurde bekannt, dass in Belgien seit 2005 neun nach Sterbehilfe verstorbenen Patienten Organe entnommen wurden. Debattiert wurde, ob die Spenden wirklich freiwillig erfolgen. Eine systematische Information der sterbewilligen

Patienten über Organspende gebe es nicht, um keinen emotionalen Druck zu erzeugen, zitieren Zeitungen den Antwerpener Transplantationsmediziner Dirk Ysebaert.“ (zit. nach www.katholisch.de abgerufen am 18.08.2014)

In angloamerikanischen Studien werden intensivmedizinisch behandelte Menschen, die prognostisch nur mehr eine kurze Lebensprognose haben, schon jetzt als potentielle Organspender angesehen.

Der Organhandel ist in Deutschland mit bis zu fünf Jahren Gefängnis auch für die Empfänger bewehrt, selbst wenn die Taten im Ausland stattfanden. Krankenkassen dürfen Kosten, die durch Organhandel entstehen, nicht übernehmen.

In anderen Ländern ist die Freiwilligkeit von Organspenden nicht gewährleistet. Es existieren Schilderungen von Organraub im Sinai, wo Leichen mit frischen Operationswunden in der Wüste gefunden wurden. Die Entnahme von Organen in China bei Menschen, die zur Todesstrafe verurteilt wurden, wird berichtet. Die Hinrichtung geschieht hier sozusagen auf dem Operationstisch.

In den meisten Ländern ist der Handel mit Organen verboten, kann aber nicht überall verhindert werden. Der Verkauf von Nieren ist auf den Philippinen mittels Lebendspende staatlicherseits erlaubt. Zuletzt gibt es auch eine Häufung von Lebendspenden angeblicher Verwandter aus ehemaligen Ostblockstaaten. Allerdings profitieren häufig weder Spender langfristig aufgrund der schlechteren Nachsorge und Gesundheitsversorgung noch die Empfänger.

4. Rechtliche Probleme bei der Organspende und -transplantation

4.1. Privatisierung der Praxis der Organspende

Eine grundsätzliche Kritik betrifft das Gesetzgebungsverfahren für die Neuauflage des TPG, da die Vorverhandlungen unter Ausschluss der Öffentlichkeit, sogar des Parlaments stattfanden. Die Umsetzung des TPG wird weiterhin nichtstaatlichen Instanzen anvertraut: DSO (hier ist 2013 eine Änderung der Zusammensetzung des Vorstandes vorgenommen worden, siehe DSO 2014), BÄK (Bundesärztekammer), Eurotransplant. Außerdem ist die weitgehende Privatisierung des Regelungsbereichs kritisch zu bewerten; auch in der Neufassung: mit der technischen Lösung soll die Gesellschaft für Telematik beauftragt werden. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist die bundesweite Koordinierungsstelle für Organspende. Ihre Aufgabe ist die umfassende Förderung der Organspende und –transplantation in Deutschland. Die DSO hat sich zum Ziel gesetzt, allen Patientinnen und Patienten so schnell wie möglich die notwendige Transplantation zu ermöglichen. Die DSO ist dabei ausschließlich für die Koordinierung der postmortalen Organspende verantwortlich. Zurzeit können Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas und Dünndarm nach dem Tod gespendet werden. Diese Organe gehören zu den vermittlungspflichtigen Organen. Ihre Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung unterliegt den Regelungen des deutschen Transplantationsgesetzes.

Die Aufgaben der DSO wurden durch einen Vertrag mit der BÄK, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft festgelegt. Die Übertragung der Organe erfolgt in den bundesweit etwa 50 Transplantationszentren. Die BÄK hat die Richtlinien für die Organtransplantation in Deutschland im Auftrag der Bundesregierung erlassen. Diese hat sie ausschließlich medizinisch begründet. Die ethische Bewertung medizini-

scher Grundsätze sowie die Transparenz sind durch die Aufgabenübertragung an die BÄK zu kurz gekommen. Die Stiftung Eurotransplant im niederländischen Leiden ist nach dem TPG mit der Vermittlung der Organe beauftragt, die in den angeschlossenen Ländern gespendet werden. Eurotransplant registriert zudem alle Patienten der Mitgliedsländer, die auf ein Organ warten. Die Organvergabe erfolgt nach einheitlichen Kriterien, die vor allem die Dringlichkeit und Erfolgsaussicht berücksichtigen. Hier wurde ein privatrechtlicher Vertrag mit Verbänden des deutschen Gesundheitssystems und der niederländischen Stiftung geschlossen. Die Stiftung übt faktisch ohne staatliche Aufsicht öffentliche Gewalt aus, was verfassungsrechtlich bedenklich scheint. Den Kliniken obliegen die Meldepflicht von potentiellen Organ Spendern und die Bestellung von Transplantationsbeauftragten. Bundesweit gibt es etwa 1.300 Krankenhäuser mit Intensivstation, in denen Organentnahmen möglich sind. Sie nehmen eine Schlüsselstellung ein, denn hier müssen im ersten Schritt mögliche Organspender erkannt und an die DSO gemeldet werden. Die DSO formuliert dies so: „Eine Organspende ist in jedem Krankenhaus mit Intensivstation durchführbar. So früh es geht, sollte die Kontaktaufnahme zur DSO erfolgen. Eine telefonische Abstimmung mit einem Koordinator der DSO klärt die rechtlichen und medizinischen Voraussetzungen für eine mögliche Spende. Die DSO ist für die Krankenhäuser bundesweit rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erreichbar.“ (DSO 2009).

Die DSO stellt bei Bedarf Neurologenteams zur Feststellung des Hirntods, Spezialisten für die Führung der Angehörigengespräche, Schulungen für Transplantationsbeauftragte und Entnahmeteams bei personellen Engpässen an den Entnahmekliniken bereit.

4.2. Probleme der Akzeptanz

Zu denken gibt die in Studien belegte Differenz zwischen theoretischer Spendebereitschaft (75%) und tatsächlicher Dokumentation (ca. 16%). Man kann vermuten, dass sich die Mehrzahl

der Bürger und Bürgerinnen keine Gedanken über den Tod machen wollen und daher eine Dokumentation „auf später einmal“ vor sich her schieben. Viele Menschen fühlen sich nicht sachgerecht und umfassend informiert. Manche wissen nicht einmal, woher sie einen Organspendeausweis bekommen können. Umfragen zeigen, dass es Befürchtungen eines unrechtmäßigen Umgangs mit gespendeten Organen gibt, was sich angesichts der publik gewordenen Skandale in den Kliniken Göttingen, Regensburg, Leipzig und München noch verstärkt hat. Weiterhin problematisch bleibt für viele das Hirntodkriterium.

4.3. Probleme des Datenschutzes

Die Meldung von Daten potentieller Organspender und Organspenderinnen an die DSO erfolgt bereits ohne das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligung oder die Einbeziehung der Angehörigen. Probleme bestehen zudem bei der im TPG vorgeschlagenen und an die Gesellschaft für Telematik delegierten technischen Lösung sowie bei der Verknüpfung mit der Gesundheitskarte: Das heißt: Die Krankenkassen werden über die Bereitstellung von Informationsmaterialien hinaus in den Prozess der Spende-Erklärung einbezogen. Besonders die Frage des Schreib- und Aufzeichnungsrechts der Krankenkassen ist sehr kritisch zu sehen, da alle sonstigen Eintragungen nur durch den Leistungserbringer, und den Versicherten eingesehen werden dürfen. Auch eine Verknüpfung mit potentiell vorhandenen Patientenverfügungen wird angestrebt. Der Änderungsantrag aus den Reihen von B 90/DIE GRÜNEN, der sich ausdrücklich gegen Lese- und Schreibrechte der Krankenkassen ausspricht, bekam im Bundestag keine Mehrheit. Gegen eine Spenderdatei spricht auch eine Erfahrung mit einer Technikpanne, die 2010 in Großbritannien aufgedeckt wurde. Die Daten von ca. 800.000 Organspendern wurden durch die fehlerhafte Übernahme von Daten aus Führerscheinen in das Organspenderegister mit insgesamt 17 Millionen registrierten Führerscheinbesitzern durcheinandergebracht. Bei 21 Personen sind die falschen Organe entnommen worden.

4.4. Probleme bei der Aufklärung

Bisher wird die Aufklärung über die Organspende maßgeblich von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der DSO geleistet. Diese Art von Aufklärung verdient jedoch ihren Namen nicht, da nur die angeblichen Erfolge und Errungenschaften der Transplantationsmedizin ausgeführt werden. Es kommen Betroffene zu Wort, die von ihrer Lebensrettung durch Organspende berichten. Oder es werden Menschen vorgestellt, die von ihrem belastenden Alltag mit der Dialyse berichten, und sich auf einer Warteliste befinden und vom Adressaten eine „richtige“ Entscheidung erwarten. Es gibt neben dem „Tag der Organspende“ verschiedene Kampagnen, um für die Organspende zu werben, manchmal unterstützt durch Prominente. Zu nennen ist hier z.B. die Kampagne Junge Helden, die seit 2007 in Deutschland durch die Kinos in Großstädten zog. Laut Webauftritt ist „jeder ein Junger Held, der sich mit Thema auseinandersetzt und seinen Willen dokumentiert bzw. seinen Angehörigen mitteilt“. Der PR-Gag im Jahr 2013 war eine ganzseitige Hochglanzanzeige mit einem unbekleideten weiblichen Model mit dem Werbespruch „Nichts ist so wertvoll wie dein Körper“. Anheftend befindet sich ein wie ein Kosmetikpröbchen verpackter Organspende-Ausweis mit der Aufschrift „décide“ (Entscheide!). Die Kampagne „Organspende schenkt Leben“ ist in ihrer Kernaussage auch genauso eindeutig. Der Umkehrschluss „Verweigerung der Organspende kostet Leben“ liegt relativ nahe. Die Plakatserie „Organpaten“ zielt auf alle Spendergruppen ab. Hier kommen hübsch zurechtgemachte Damen zu Wort, die von Verantwortung reden, oder ein älterer Herr, der gerne auch nach seinem Tod etwas für seine Mitmenschen tun will. Ein junger Mann sagt, dass es für ihn selbstverständlich sei, Organpate zu sein. „Es tut ja nicht weh. Und kann anderen das Leben retten.“ Auf der geschalteten Internetseite ist es möglich sein eigenes Bild mit einer Aussage zu posten. Problematisch sind diese kurzen Statements insofern als die Selbstdarstellung auf der Internetseite als Organpate eigentlich

über die Organspende aufklären sollte, wobei sich aber ausschließlich Zustimmungen zur Organspende und die Vorwegnahme der „richtigen“ Entscheidung finden. Die ältere, aber jetzt neu aktivierte Kampagne für die jüngere Generation ist „Organspende macht Schule“. Hierfür wurde ein 20-minütiger Film mit der Techniker Krankenkasse erstellt, der gezielt für junge Erwachsene ab der 9. Klasse im Jugendjargon und mit Hiphop-Musik produziert wurde. Laut Beschreibung bezieht der Film keine Stellung, sondern soll die Jugendlichen motivieren, sich eine eigene Meinung zu bilden. Allerdings bleiben kritische Aspekte in diesem Film unerwähnt.

Insgesamt ist festzustellen, dass eine objektive, nicht interessen geleitete Aufklärung nicht geleistet wird. Aufgeklärt wird einseitig und mit der Moralkeule. Menschen, die sich über die Probleme der Transplantationsmedizin informieren wollen, sind auf eigene Recherchen und andere Informationsquellen angewiesen.

4.5. Angehörigengespräche und Angehörigenbedürfnisse

Fehlende Objektivität in der Aufklärung zeigt sich auch bei den Angehörigengesprächen. Zeitungsberichte über eine versuchte Beeinflussung der Angehörigen von potentiellen Organspendern durch spezielle Gesprächsführungstechniken (NLP-Schulungen für Transplantationsbeauftragte) zeigen, dass die Entscheidung für oder gegen Organspende großen Erwartungshaltungen unterliegt. Eine von den GRÜNEN eingereichte Anfrage zur Durchführung der Angehörigengespräche (BT-Drucksache 17/9334) ergab, dass das TPG nicht festlegt, wann es möglich ist, ein abstraktes Gespräch über Organspende zu führen. Allerdings ist die Abfrage der Haltung der Betroffenen in einem Angehörigengespräch erst nach Feststellung des Hirntodes zulässig. Die Bundesregierung hält eine auf Zustimmung gerichtete Zielführung des Gesprächs für nicht mit dem TPG vereinbar und hat angeblich keinerlei Kenntnis von manipulativen Gesprächsführungstechniken. Aber in der Ärzte-Zeitung ist ein Bericht zu finden, der beklagt, dass in

den Jahren 2009 bis 2011 die Organspenden zurückgingen „trotz Schulung der Gesprächsführungen“ (20.11.2011). Im Newsletter Januar 2012 der DSO-Region Baden-Württemberg (1/2012) wird auch noch Unterstützung im Angehörigengespräch mit zugehörigem Seminar zur Steigerung der Organspende-Zahlen angeboten; „Eine verbesserte Kommunikation und Begleitung der Angehörigen im Krankenhaus ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Steigerung der Organspende. Das Team der DSO-Region Baden-Württemberg unterstützt Sie hierbei im Angehörigengespräch und bietet Seminare zum Thema an.“ Gesprächs- und Ergebnisoffenheit im Angehörigengespräch sieht anders aus.

Mit dem durch eine plötzliche Erkrankung oder einen Unfall verursachten Hirntod werden seelisch erschütterte Angehörige mit der Frage nach der Spende der Organe konfrontiert und dann noch zusätzlich emotional unter Druck gesetzt, indem ihnen erzählt wird, dass der Tod noch einen Sinn bekommen könnte: nämlich die Lebensrettung eines anderen Menschen. Auch von einem Weiterleben des Toten in einem anderen Menschen wird in dem Zusammenhang oft gesprochen. Seelsorger und Seelsorgefrauen berichten, dass die Transplantationsärzte nicht ergebnisoffen beraten. Die Kirchen bieten übrigens im Zusammenhang der Organspende zwei verschiedene Rituale an: eines vor und eines nach der Entnahme der Organe. Aber oft wird ein Abschiednehmen vom geliebten Menschen unmöglich und nach der Explantation bekommen Angehörige ihre Toten erst Stunden später zurück. So wird der Trauerprozess auf extreme Weise gestört und oft nicht angemessen respektiert. Jeder, der jemanden beim Sterben begleitet hat, weiß, wie wichtig es für den Trauerprozess ist, die Hand zu halten, den Menschen unversehrt zu lassen und es bedeutet eine große Überwindung ihn in den letzten Stunden dieser großen chirurgischen Operation auszuliefern (Bergmann 2011). Ein kulturelles Umdenken im Umgang mit dem Sterben hat gerade erst begonnen. Positive Beispiele sind Palliativ-Versorgung und Hospiz-Bewegung. Der Umgang mit Sterbenden im

Bereich der Organspende steht in krassem Widerspruch zu dieser Entwicklung.

Allerdings kann eine der ganzen Tragweite bewusste Entscheidung zur Organspende diese Widersprüche und Bedenken ausräumen. Diese Entscheidung ist höchst respektabel und soll in dieser Publikation auch nicht schlecht geredet werden. Wenn sie von dem Betroffenen vorab verfügt wird, können Angehörige besser damit umgehen.

4.6. Fehlende Kontrollmechanismen und Regelungsprobleme

Weder die gesetzeskonforme Durchführung der Hirntoddiagnostik und der Organentnahmen noch die Verteilung von Organen unterliegen einer öffentlichen Transparenz und staatlichen Kontrolle. Bei der Vergabe von Spende-Organen sind im zweiten Halbjahr 2012 zu viele Verdachtsfälle aufgetreten. Schon vorher hat es staatsanwaltliche Ermittlungen gegeben gegen Ärzte, die Lebendspenden von offensichtlich nicht miteinander Verwandten in deutschen Kliniken durchführten. Der Anstieg der im sog. Beschleunigten Verfahren (Vermittlung minderwertiger Organe ohne Meldung an Eurotransplant) gespendeten Organe gibt Anlass zur Nachfrage. Einen Anfangsverdacht der Bevorzugung von Privatpatienten thematisierte der GRÜNE MdB Harald Terpe 2012. Auch bei der Hirntoddiagnostik und deren Dokumentation gibt es Zweifelsfälle. So berichteten Angehörige von Organspendern von fehlenden bzw. umdatierten Hirntodprotokollen.

Unterschiedliche nationale Regelungen führen überdies dazu, dass deutsche Urlauber in anderen Ländern unfreiwillig zu Organspendern werden könnten. In anderen Ländern gespendete Organe erfüllen zum Teil nicht unsere rechtlichen Beschränkungen – wie z.B. die Organspende nach Herztod und dürfen über Eurotransplant dann auch nicht nach Deutschland vermittelt werden. Die unterschiedlichen nationalen Regeln führen zudem zu einem regen „Transplantationstourismus“ auf Seiten der

Patienten und Patientinnen, aber auch der Chirurgen und Chirurginnen.

4.7. Psychische und physische Probleme beim Empfänger

Die vielfältigen Nebenwirkungen von Transplantationen werden in der Öffentlichkeit kaum dargestellt und wahrgenommen. Von Heilung kann man ehrlicherweise nicht sprechen, denn auch nach der Transplantation sind Transplantierte nicht gesund, sondern lebenslang in Behandlung, da sie sehr starke Medikamente gegen die Abstoßung der Organe einnehmen müssen. Daher steht ihnen auch ein Behindertenausweis zu. Es gibt Organempfänger, die täglich einen Cocktail von bis zu 20 Medikamenten zu sich nehmen müssen. Wenn man sich die Nebenwirkungen für die Organempfänger genauer ansieht, widerlegt sich diese Methode von selbst - weil Organempfänger lebenslang Immun-Suppressiva einnehmen müssen, damit das Organ nicht wieder abgestoßen wird. Und das mindestens so lange, bis die Medizin auch dafür eine Lösung hat. Zumeist ist eine belastende und oft das Körperschema und -wahrnehmung beeinflussende Cortison-Therapie nötig. Die Transplantation gelingt nicht immer, es kann zu Komplikationen kommen. In vielen Fällen hält z.B. das neue Herz nur für einige Jahre, dann beginnt das Warten und Bangen von vorne. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate beträgt je nach Organ zwischen 50-80%. Auch psychische Probleme können auftreten: Fremdheitsgefühle mit dem neuen Organ, das unter Umständen nicht an derselben Stelle lokalisiert ist, wo das alte war, Verlustgefühle, wie die Frage, „was haben sie mit meinem alten Herzen gemacht?“ – Schuldgefühle, „war der Spender wirklich tot“, oder „musste er für mich sein Leben lassen“, können den Empfänger quälen. Noch immer gibt es Transplantationszentren ohne spezialisierte Psychologen und Psychologinnen. Hier sind noch ein höher Personalbedarf und Professionalisierung notwendig.

4.8. Allokation: Wer kommt wie und an welcher Stelle auf die Warteliste?

In letzter Zeit gibt zunehmend Zweifel an der Gerechtigkeit und Korrektheit der Wartelisten. Zwar hat die Bundesärztekammer Richtlinien für die Organvermittlung erlassen; doch scheint es Probleme bei der Aufnahme- und Verteilungsgerechtigkeit und bei der Transparenz zu geben. Die Verteilungskriterien sind nach TPG § 12 medizinisch begründet und gestaffelt nach Dringlichkeit, Erfolgsprognose und der Nutzungsdauer für den Empfänger. Genügen diese medizinischen Kriterien? Geschehen sie nicht letztlich nach ethischen Prinzipien, und können deshalb nicht ausschließlich von Medizinern beantwortet werden. Die BÄK hat Richtlinien für die Organvermittlung erlassen und ist somit Herrin bei der Verteilung. Sie übt faktisch öffentliche Gewalt aus, was sie nach dem Art. 24 GG nicht sollte. Es gibt keine staatliche Aufsicht im Organvermittlungsverfahren, die Institutionen kontrollieren sich selbst. Patienten und Patientinnen haben keinen Rechtsanspruch, sodass die Verteilungsregeln bzw. die Einstufung auf der Warteliste intransparent bleiben.

Bei der Transplantation von Nieren gibt es zum Beispiel den sog. Wujciak-Algorithmus, bei dem Punkte für die Gewichtung vergeben werden, so dass z.B. die Wartezeit, High Urgency berücksichtigt werden oder bei der Leber den sog. MELD-Score.

Grundsätzlich sind noch viele Fragen nicht beantwortet. Wie steht es zum Beispiel bei Patienten mit Alkoholproblemen? Um eine Aufnahme auf die Warteliste zu erreichen, müssen diese sechs Monate abstinent sein. Allerdings gilt auch Alkoholismus als Krankheit. Und verstößt es nicht gegen das Recht auf Leben, einen Patienten oder Patientin sterben zu lassen, nur weil er oder sie noch nicht lange genug trocken ist? (Gutmann). Werden Patienten und Patientinnen z.B. wegen eines fehlenden Wohnsitzes oder aufgrund nicht ausreichender Sprachkompetenz und der damit

schwieriger durchzuführende Nachsorge weiter hinten einge-
reihert? Wie kommt es, dass deutlich mehr Männer Organempfänger
sind, obwohl deutlich mehr Frauen als Männer Spenderinnen
sind? Ist es gerecht, dass Menschen, die nicht in Eurotransplant-
Ländern wohnen, nicht auf der Warteliste aufgenommen werden
können? Kann nur derjenige eine Lebenschance bekommen, der
genug bezahlen kann und einen Mediziner findet, der einen
„kreativ“ immer knapp an der Wahrheit vorbei gut auf der
Warteliste platziert?

4.9 Weitere Konflikte

Das Pflegepersonal hat oft große Mühe damit, dass es innerhalb
kurzer Zeit umschalten muss von einem Patienten, den es um
seiner selbst willen pflegt, auf die Erhaltung von Organen in
einem vorgeblich toten Körper. Manche Pfleger und Pflegerinnen
werden damit nicht fertig. Vom Pflegepersonal wird die Explanta-
tion oftmals als traumatische Erfahrung geschildert. Damit kommt
es kraft staatlicher Verordnung zu einer dauerhaften Tabuüber-
schreitung mit unabsehbaren Folgen.

Das Verhältnis zwischen Patientenverfügung, palliativer Betreu-
ung und Organgewinnung ist nicht eindeutig. Denn die Intensiv-
medizin, die bei einer geplanten Organspende angewendet wird,
steht im direkten Gegensatz zum Willen desjenigen Patienten, der
in seiner Verfügung zum Ausdruck gebracht hat, dass es eben
gerade nicht zum Einsatz aller technischen Möglichkeiten kommt.

Auf dem Organspendeausweis stehen mit nur einem Kreuz
vereint, aber grundlegend unterschiedliche Spenden: die Organs-
spende und die Gewebespende. Mit einem großen Unterschied:
Die Organspende wird publikumswirksam beworben, die Gewebe-
spende eher schamhaft verschwiegen. Dabei werden jedes Jahr
nur 4.000 Empfängern Organe verpflanzt, hingegen Zehntausen-
den Gewebe transplantiert. Gewebe retten in den seltensten
Fällen Leben, zumindest verbessern sie meistens die Lebens-
qualität. Manchmal dienen sie aber auch nur Schönheitsidealen.

Im Extremfall rettet ein Organspender bis zu sieben Menschenleben, Gewebeteile von ihm können aber in 60 und mehr Menschen Verwendung finden. Die entnommenen Gewebe werden weiterverarbeitet und gelten als Arzneimittel, mit denen sogar gehandelt werden darf. In Deutschland gibt es mehrere Organisationen, die Gewebespenden für den Einsatz in Kliniken aufbereiten. So gibt es einen Quadratzentimeter Haut schon für ca. 1 €, eine Kniescheibe kostet schon ca. 1.000 €, eine Augenhornhaut 1.500 € und eine Herzklappe ca. 4500 €. (SZ 17.5.2010). Die grundsätzliche Unterscheidung zwischen Organspende und Gewebeentnahme bleibt unklar. Wer auf dem Spenderausweis nichts einschränkt, spendet praktisch alles: Knochen, Blutgefäße, Augenhornhäute, Venen, Därme, die Haut. Eine Erhöhung der Dokumentation der Organspende-Bereitschaft hat wohl zur Folge, dass auch mehr –Gewebespenden realisiert werden können. Die Ökonomisierung des Lebens macht auch vor dem Sterben nicht Halt.

Worüber öffentlich geschwiegen wird, ist die finanzielle Seite der Transplantationsmedizin. Die Kosten der Diagnose von Hirntoten, die Entnahme und Vermittlung von Organen sind dabei relativ leicht zu beziffernde Größen. Die DSO veröffentlicht jährlich einen Finanzbericht mit den entsprechenden Daten und Zahlen. Im Jahr gab es einen Aufwand von 46 Mill. € pro Jahr, davon nahmen die Personalkosten ca. 20 Mill. € ein. Die Kosten für die Implantation von Organen sind schwierig zu ermitteln; die Kosten für stationäre und ambulante Nachsorge sind stark von den einzelnen Umständen und Verläufen abhängig. Je nach Organ fallen hier wohl zwischen 50.000 bis 150.000 € für die Transplantation an.

Ein großer Nutznießer der Transplantationsmedizin ist die pharmazeutische Industrie: je nach Organ müssen unterschiedliche Medikamente zusammengestellt werden. Kostenschätzungen gehen bei einer transplantierten Leber von ca. 160.000 € Kosten pro Jahr, bei einer transplantierten Niere von ca. 20.000 €

aus. Bei 2.800 transplantierten Nieren im Jahr 2011 kommen für jedes Jahr also 56 Mill. € sicherer Medikamentenumsatz hinzu. Bei 1.200 Lebern ergibt das pro Jahr schon 192 Mill. € Nicht nur in Deutschland geht es also allein auf den Pharmasektor bezogen um sehr viel Geld, das von den Krankenkassen aufgebracht werden muss.

5. Weitere rechtliche und organisatorische Fragen

5.1. Beim Organspende-Verfahren berührte Rechtsgüter

Auf Organempfängerseite geht es um das Recht auf bestmögliche Therapie bei Krankheiten. Es handelt sich bei der Transplantation um eine anerkannte klinische Behandlungsmethode zur Behebung eines Organversagens. Sie kann der Lebenserhaltung des Transplantierten dienen, oder zumindest eine Verbesserung der Lebensqualität erzielen. Da die Organtransplantation heute ein anerkanntes Heilverfahren ist, gelten für ihre zivilrechtliche Zulässigkeit die Regeln des ärztlichen Heileingriffs. Nach geltendem Recht bedarf es einer Rechtfertigung der Körperverletzung durch den Arzt, damit sich der Arzt nicht strafbar macht. Diese Rechtfertigung besteht in der informierten Einwilligung des Patienten bzw. seiner gesetzlichen Vertreter und Vertreterinnen oder der mutmaßlichen Einwilligung (Deyerler).

Auf Organspenderseite muss man zwischen Lebendorganspende und postmortalen Organspende unterscheiden. Bei der Lebendspende stellt die Explantation von Organen oder Organteilen strafrechtlich unstrittig eine Körperverletzung dar, da sie gegenüber dem Spender nicht medizinisch indiziert ist, sondern zugunsten des Organempfängers erfolgt. Eine Rechtfertigung durch Einwilligung kommt unter Vorbehalt in Betracht. Eine Einwilligung der gesetzlichen Vertreter ist aufgrund des hohen Risikos und der mangelnden Indikation auf Geberseite unwirksam.

Für eine Lebendspende kommen grundsätzlich nur paarig angelegte Organe bzw. Organteile oder das sich selbst regenerierende Knochenmark in Frage, da die Entnahme eines lebenswichtigen Organs sonst einer Tötung auf Verlangen gleichkäme und damit unzulässig wäre.

Der weitaus größere Teil der Organspenden wird aber durch die postmortale Organspende erreicht. Die Organentnahme von Toten setzt die Festlegung des Todeszeitpunkts voraus. Das TPG umgeht diese Frage, durch die Formulierung, dass der Nachweis des Todes nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem Stand der ärztlichen Wissenschaft zu erfolgen hat. Zivilrechtlich durch die postmortale Organspende berührte Rechtsgüter sind das Persönlichkeitsrecht des Organspenders und dessen Fortbestand nach seinem Tod, besonders die Befugnis, über seinen Leichnam nach dem Tod zu bestimmen. Dazu spielen Rechtsfragen der Pietät und die Rechte von Angehörigen, die die postmortalen Persönlichkeitsrechte des Verstorbenen wahrnehmen, eine Rolle. Darüber hinausgehende Rechte, wie z.B. Aneignungsrechte am Leichnam wären denkbar, da der Leichnam gemeinhin als Sache gilt. Weiterhin kommt das Totensorgerecht der Angehörigen in Betracht, das aber nicht höher als das Persönlichkeitsrecht des bzw. der Verstorbenen zu werten ist.

Für die strafrechtliche Einordnung gilt: Eigentums- und Sachbeschädigungsdelikte scheiden aus, da Leichname in niemandes Eigentum stehen können. Ein Beleidigungsdelikt ist bei einer medizinisch ordnungsgemäß und pietätvoll durchgeführten Organentnahme nicht anzunehmen. Kontrovers wird beurteilt, ob eine postmortale Organentnahme als Störung der Totenruhe bewertet werden kann, zumindest im Falle einer eigenmächtigen Entnahme durch die Klinik. Rechtlich zulässig wird eine Organentnahme erst durch die Einwilligung. Uneinigkeit besteht über die konkreten Voraussetzungen, so vor allem ob und wie neben dem Verstorbenen Angehörige in eine Organentnahme einwilligen können und eventuell müssen.

5.2. Widerspruchsregelung – erweiterte oder enge Zustimmungslösung – Entscheidungslösung – Notstandsregelung

In Europa gelten verschiedene Varianten der Zustimmung bzw. Ablehnung der Organspende. Die häufigste Lösung ist die Widerspruchslösung, die z.B. in Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Österreich, Portugal, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn ohne Einschränkung, in Belgien, Finnland, Norwegen mit Einspruchsrecht der Angehörigen. In Schweden und Frankreich heißt sie Informationslösung, ist aber eine Widerspruchslösung mit Anhörung der Angehörigen. Die Widerspruchslösung sieht vor, dass jeder automatisch zum Organspender im Falle des Hirntodes wird, der nicht zu Lebzeiten widersprochen hat. Ein Widerspruch braucht nicht begründet zu werden. Eine ausdrückliche Einwilligung ist nicht erforderlich. In manchen Ländern gibt es spezielle Register, in die man seinen Widerspruch, bzw. welche Organe man spenden oder nicht spenden möchte, eintragen kann.

Der Ethikrat in Deutschland plädierte für eine erweiterte Widerspruchslösung, um die Spenderzahlen zu erhöhen. Es wird den unterschiedlichen Gesetzeslagen zugeschrieben, dass die Spenderraten in den verschiedenen Ländern so unterschiedlich sind. In Deutschland kommen auf eine Million Einwohner 14,7 Spender, in Österreich sind es 25,5; in Spanien 34,4. Allerdings sind die Spenderraten auch innerhalb Deutschlands sehr unterschiedlich (zwischen 11% bis 30% je nach Region). Die angestrebte Erhöhung könnte sich aber schnell wieder aufheben, wenn von der Widerspruchsmöglichkeit stärker Gebrauch gemacht wird.

Schweigen sollte nicht automatisch als Zustimmung aufgefasst werden. Dagegen verstößt die Widerspruchslösung. Zudem tangiert die Notwendigkeit zur Befassung mit Fragen über den eigenen Tod die negative Komponente des postmortalen Selbstbestimmungsrechtes. (Deyerler). Ein nicht zureichend geregeltes

Problem ist, dass deutsche Auslandsreisende unfreiwillig Organ-spender werden könnten, wenn sie keinen Widerspruch mit sich führen, dieser nicht gefunden wird oder unter Umständen nicht gefunden werden soll. Die BzGA hat für diesen Zweck eigens mehrsprachige Ausweise geschaffen, allerdings wird von der DSO nicht ausreichend deutlich darauf hingewiesen.

Die erweiterte Zustimmungslösung gilt in Dänemark, Großbritannien, Niederlande, der Schweiz. Diese sieht vor, dass der Spender/die Spenderin die Spendebereitschaft schriftlich oder mündlich festgelegt hat. Dabei können zur Feststellung des mutmaßlichen Willens auch Angehörige befragt werden. In der Realität sieht das so aus, dass in Deutschland mehr als 90% der Entscheidungen für oder gegen eine Organspende mangels eines Organspendeausweises durch Angehörige getroffen werden müssen. Mit der jetzt gültigen Entscheidungslösung soll zwar die Dokumentation des Willens zur Organspende verbessert werden. Allerdings wird, solange ein potentieller Organspender keine Entscheidung dokumentiert hatte, weiterhin die erweiterte Zustimmungslösung angewendet werden. Die Verweigerung der Zustimmung, auch die der Angehörigen muss nicht begründet werden. Problematisch ist, dass eine ältere Entscheidung im Moment der Organentnahme bereits überholt sein könnte, ohne dass dies den Angehörigen bekannt gemacht worden ist. In jedem Fall muss berücksichtigt werden, dass die Angehörigen in der Situation, in der sie mit dem womöglich unerwarteten Tod ihres Angehörigen konfrontiert sind, mit der Entscheidung emotional überfordert sein können.

Eine enge Zustimmungslösung besagt, dass nur die ausdrückliche Einwilligung die Organentnahme rechtfertigt. Angehörige können diese nicht ersetzen. Auch bei der engen Zustimmungslösung besteht das Problem der Aufrechterhaltung der Aktualität. Sie gilt z.B. in Japan. Bei dieser Möglichkeit wird ein deutlich vermindertes Spendeaufkommen befürchtet, da bisher nur 16% einen Spenderausweis besitzen, der aber sowohl Zustimmung als auch

Ablehnung bzw. eine Übertragung der Entscheidung auf Angehörige beinhalten kann.

Die Notstandsregelung wird von einigen Juristen und Juristinnen und Medizinern und Medizinerinnen als hinreichender Rechtfertigungsgrund auch bei Fehlen einer Einwilligung verstanden. Wenn die Organentnahme zur Lebensrettung eines oder einer Dritten erfolgt, so kollidieren die Rechtsgüter Leben und Gesundheit mit dem postmortalen Selbstbestimmungsrecht bzw. dem Totensorgerecht des Angehörigen. Da man bei der Interessenabwägung das höherwertige gegenüber dem geringerwertigen Rechtsgut vorziehen müsse, kann es geboten erscheinen, sich über die fehlende Zustimmung hinwegzusetzen. So zitiert Reinhard Bingener in der FAZ vom 15.05.2010 den bekannten Transplantationsmediziner Eckhard Nagel: „In einem Fall etwa habe er eine Organspende auch ohne Zustimmung des Verstorbenen und seiner Angehörigen für geboten gehalten.“

6. Politische Forderungen

6.1. Prävention und konservative Behandlung verbessern

Zur gesundheitlichen Prävention gehören Aufklärung, Kampagnen gegen Tabletten- und Alkoholmissbrauch, die Verbesserung der Situation von Dialysepflichtigen. Transplantation sollte nur als Mittel der letzten Wahl angesehen werden. Eine Möglichkeit könnte auch die Zulassung von neuen oder in anderen Ländern zugelassenen Medikamenten für Schwerstkranke sein.

6.2. Vorrang für Behandlung des „Organspenders“

Es müssen alle Möglichkeiten zur Verhinderung der Hirnschädigung angewandt werden (z.B. Hormongabe, Hypothermie, Schädelentlastung). Die belastende Hirntoddiagnostik muss für Nicht-Spender ausschließbar sein. Weiter muss das Risiko der Hirntoddiagnostik offengelegt werden, nämlich, dass der Hirntod

oder ein apallisches Syndrom durch den Apnoetest oft erst ausgelöst werden kann. Die Spenderkonditionierung muss strengen Regeln unterliegen.

Eine apparative bildgebende Diagnostik zur Feststellung des Hirntods muss verpflichtend werden.

Die Wartezeit zwischen erster und zweiter Hirntoddiagnose muss auf 48 Stunden erweitert werden, wie es neben der verpflichtenden apparativen Diagnostik in der ehemaligen DDR Pflicht war. Wir fordern die verpflichtende Gabe von Narkosemitteln bei der Organentnahme, wie es z.B. in den Richtlinien der Schweiz empfohlen wird.

6.3. Informierte Entscheidung

Wir brauchen eine obligate Aufklärung von neutraler staatlicher Seite mit allen Implikationen und auch kritischen Aspekten, wie dem Hirntodkonzept, psychischen und körperlichen Problemen des Organempfängers, der Interessenslagen der Akteure. Echte Ergebnisoffenheit bei der Entscheidung durch eine ehrliche Aufklärung muss gewährleistet sein. Dazu gehört, dass den Bürgern gesagt wird, dass mit „Entnahme nach dem Tod“ der Hirntod gemeint ist, und dass es Zweifel am Hirntodkonzept gibt. Wenn jemand bereit ist, unter diesen Umständen zu spenden, soll er dies tun können.

Wegen dieser heiklen und höchstpersönlichen Entscheidung meinen wir als BAG ChristInnen, dass die Entscheidungslösung in letzter Konsequenz zur Anwendung kommen sollte, in der der Spender eigenhändig schriftlich dokumentiert haben muss, wie er zur Organspende steht.

6.4. Transparenz und Kontrolle von Organspende und Organtransplantation

Wir fordern eine lückenlose Dokumentation aller Fälle, auch mit unabhängigen, unangemeldeten Kontrollen der Krankenakten,

sowie die Erfassung von Fehldiagnosen beim Hirntod. Es müssen unabhängige vergleichende Fallstudien mit Veröffentlichungspflicht durchgeführt und neuere internationale Studien berücksichtigt werden. Im Krankenhausbereich muss man z.B. „whistle blowing“ ermöglichen, um Verdachtsfällen nachgehen zu können.

Zur Aufdeckung von Unregelmäßigkeiten muss der Gesetzgeber mittelfristig eine kontinuierliche Kontrolle der Organvergabe z.B. durch eine Bundesoberbehörde schaffen. Daneben müssen als kurzfristige Maßnahmen Schwerpunktstaatsanwaltschaften eingerichtet werden. Die finanziellen Rahmenbedingungen müssen offengelegt und den Unregelmäßigkeiten bei der DSO und in den Transplantationskliniken muss nachgegangen werden. Der Handel mit zusätzlich entnommenem Gewebe muss offengelegt und auf dem Organspendeausweis sollte die Gewebespende von der Organspende deutlich sichtbar getrennt werden.

6.5. Datenschutz und Rechtssicherheit

Die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz müssen gewährleistet sein. Es kann nicht sein, dass Patientendaten ohne Vorliegen einer Zustimmung bereits vor der Hirntoddiagnose weitergegeben werden. Die Entscheidung für oder gegen Organspende muss jederzeit revidierbar sein. Daher sind wir gegen eine dies ausschließende technische Lösung (Spenderdatei oder/und Krankenkassenkarte).

7. Quellen und Forschungsliteratur

7.1. Quellen

Bergmann, A., Organspende – tödliches Dilemma oder ethische Pflicht?, in: Aus Politik und Zeitgeschichte: Organspende und Selbstbestimmung, Jg. 20/21, 2011, S. 10-15.

Bundesärztekammer (Hg.), Organentnahme nach Herzstillstand, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 50, vom 11. 12. 1998

Bundesärztekammer (Hg.), Stellungnahme zur Stellungnahme des Bundesrates vom 23. 09. 11 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 17. 11. 2011

Bundesgesundheitsministerium: Rede von Daniel Bahr zur Neufassung des TPG abzurufen unter:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/R/Reden/120525_Rede_Organspende.pdf

Deutsche Bischofskonferenz/Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland: Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, 1990, Bonn / Hannover.

Deutsche Bischofskonferenz/Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland: Organtransplantationen. Erklärung der deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, in: Urban Wiesing (Hg.), Ethik in der Medizin. Ein Reader, Stuttgart 2000, S. 288-290.

Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.): Einsatz für Organspende, Frankfurt 2009

Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.): Kein Weg zurück... Informationen zum Hirntod, 6. Aufl. Frankfurt 2011

Deutsche Stiftung Organtransplantation, (Hg.): Organspende und Transplantation in Deutschland Jahresbericht 2013, Frankfurt/Main April 2014

Deutscher Bundestag, Drucksache 17/9240: Gespräche mit Angehörigen postmortaler Organspende, Kleine Anfrage

Deutscher Bundestag, Drucksache 17/14434: Kleine Anfrage der Fraktion der Linken zum Thema Hirntod

Deutscher Bundestag, Drucksache 17/14527: Antwort der Bundesregierung vom 09. 08 2013 auf die Kleine Anfrage der Linken zum Thema Hirntod.

Deyerler, S. Rechtsfragen der Transplantationsmedizin, insb. die Transplantation vom toten Spender, die Transplantation vom lebenden Spender und die Xenotransplantation. Seminararbeit, eingereicht bei J. Taupitz, Universität Mannheim, Mannheim 1999

Forum Bioethik: Hirntod und Organentnahme – Gibt es neue Erkenntnisse zum Ende des menschlichen Lebens?; Veranstaltung vom 21.3.2012, Berlin

Gutmann, T.: Der deutsche Patient. www.taz.de am 10.1.2012

Manzeschke, A. : Ethische und rechtliche Aspekte der Organtransplantation. Vortrag in Plankstetten vom 24.3.2012

Nagel, E., Alber, K., Bayerl, B. Geschichte und aktuelle Fragen der Organspende. In: Aus Politik und Zeitgeschichte: Organspende und Selbstbestimmung. 20-21/2011.

Schaller,C., Kessler M.: On the difficulty of neurosurgical end of life decisions. Journal of Medical Ethics, Februar 2006, Heft 32, S. 65-69

Winterfeldt, C. von, Eine Bestandsaufnahme des Novellierungsbedarfs zum Transplantationsgesetz. Kritische Aspekte seit der Einführung, mit Schwerpunkt der postmortalen Organentnahme, Augsburg 2010

Zylka-Menhorn, V., Siegmund-Schultze, N.: „Herztote“ Organspender. In: Deutsches Ärzteblatt Heft 16, 18.4.2008

7.2. Forschungsliteratur und Reader

Case, M.E., Non-Heart Beating Donation. An Important Contributor to Organ Procurement, in: Nephrol News Issues 13, 1999, S. 51-53

Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern leben und sterben im Herrn, Handreichung zur Organspende und Organtransplantation, München 2014

Evangelische Frauen in Deutschland, Organtransplantation Positionspapier 2013, Hannover 2013

Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG) von 1997, in: Urban Wiesing (Hg.), Ethik in der Medizin. Ein Reader, Stuttgart 2000, S. 283-288

Kliemt, Hartmut, Transplantationsmedizin, in: Ralf Stoecker u.a. (Hg.), Handbuch Angewandte Ethik, Stuttgart/Weimar 2011, S. 463-467

Nagel, Eckhard/ Kathrin Alber/Brigitta Bayerl, Transplantationsmedizin zwischen Fortschritt und Organknappheit. Geschichte und aktuelle Fragen der Organspende, in: Aus Politik und Zeitgeschichte: Organspende und Selbstbestimmung, Jg. 20/21, 2011, S. 15-21

Shewmon, D. Alan, The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating „Brain Death“ with Death, in: Journal of Medicine and Philosophy 26, 2001, S. 457-478

Stoecker, Ralf, Die Hirntod-Debatte, in: Ralf Stoecker u.a. (Hg.), Handbuch Angewandte Ethik, Stuttgart/Weimar 2011, S. 458-463

Inhaltsverzeichnis:

1. Einführung	4
1.1. Aktualität der Thematik.....	4
1.2. Geschichte der Organspende.....	5
1.3. Zur Geschichte des Transplantationsgesetzes.....	6
1.4. Der geänderte Umgang mit dem Sterben und dem Tod.....	8
2. Fragen und Folgerungen zur medizinischen und christlichen Ethik	9
2.1. Allgemeine Überlegungen zur Nächstenliebe.....	9
2.2. Die Diskurse nach dem Transplantationsgesetz von 2012.....	11
2.3. Was heißt hier eigentlich „nach dem Tod?“.....	13
3. Medizinische Einzelfragen	15
3.1. Die quantitative Dimension.....	15
3.2. Unterscheidung von Lebendspende – Spende von Toten/ postmortale Spende.....	16
3.3. Zur Praxis der Feststellung des Hirntods (Hirntodkonzept)	18
3.4. Kritik am Hirntodkonzept.....	19
3.5. Durchführung der Organentnahme und der Transplantation.....	21
3.6. Missbrauchsfälle: Sterbehilfe, Organraub und Organhandel	24
4. Rechtliche Probleme bei der Organspende und - transplantation	26
4.1. Privatisierung der Praxis der Organspende.....	26
4.2. Probleme der Akzeptanz.....	27
4.3. Probleme des Datenschutzes.....	28
4.4. Probleme bei der Aufklärung.....	29
4.5. Angehörigengespräche und Angehörigenbedürfnisse.....	30
4.6. Fehlende Kontrollmechanismen und Regelungsprobleme	32
4.7. Psychische und physische Probleme beim Empfänger	33

4.8. Allokation: Wer kommt wie und an welcher Stelle auf die Warteliste?	34
4.9 Weitere Konflikte.....	35
5. Weitere rechtliche und organisatorische Fragen	37
5.1. Beim Organspende-Verfahren berührte Rechtsgüter.....	37
5.2. Widerspruchsregelung – erweiterte oder enge Zustimmungslösung – Entscheidungslösung – Notstandsregelung.....	39
6. Politische Forderungen	41
6.1. Prävention und konservative Behandlung verbessern	41
6.2. Vorrang für Behandlung des „Organspenders“.....	41
6.3. Informierte Entscheidung.....	42
6.4. Transparenz und Kontrolle von Organspende und Organtransplantation	42
6.5. Datenschutz und Rechtssicherheit.....	43
7. Quellen und Forschungsliteratur	44
7.1. Quellen.....	44
7.2. Forschungsliteratur und Reader	46
Inhaltsverzeichnis:	47

