

Nachdenken über Organspende



Gemeinsame Stellungnahme von



BIO SKOP
Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften
und ihrer Technologien



Nachdenken über Organspende

Die Haltungen zur Transplantationsmedizin sind in der Hospiz- und Gesundheitsbewegung umstritten. Mit dieser Stellungnahme möchten wir kein Verhalten empfehlen für oder gegen die Organspende – sondern deren verschwiegenen Seiten aufzeigen und einer wenig beachteten Haltung Ausdruck verleihen: In Ruhe zu sterben und zu trauern, ohne Organe abzugeben und ein schlechtes Gewissen zu haben, sollte auch im Zeitalter der Transplantationsmedizin möglich bleiben.

Gesellschaftliche Kontroversen um eine Medizin, die den Körper der einen braucht, um anderen Überlebenschancen und Lebenszeit zu versprechen, blieben jahrelang politisch unberücksichtigt. Noch 2012 wurde das Transplantationsgesetz reformiert – ohne weitere öffentliche Anhörung und mit der erklärten Absicht, Organspende zu fördern sowie die bestehenden Strukturen weitgehend beizubehalten. Neuere Debatten um den „Hirntod“ oder intern bekannte Berichte über undurchsichtige Organzuteilungen, beispielsweise in den Transplantationszentren Regensburg und Göttingen, wurden ignoriert und erst nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens öffentlich. Auch in München und Leipzig liegt der Verdacht nahe, dass Organe nicht nach geltenden Regeln vergeben wurden.

Von diesen Problemen ist wenig wieder zu finden in Broschüren und Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Krankenkassen und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), die die Organspende koordiniert. Mit der gesetzlich verpflichtenden, direkten Ansprache aller Versicherten seitens der Krankenkassen wird das „Ja“ zur Organspende als erwünscht oder sogar moralisch geboten vermittelt. Die „Aufklärungs“-Rhetorik ist eindeutig: Menschen sterben täglich auf der Warteliste, weil zu wenig Organe verfügbar sind und sich zu wenig Menschen spendewillig zeigten. Der „Tod auf der Warteliste“ legt nahe, dass sie nicht an ihren Krankheiten sterben, sondern an mangelnder Solidarität oder Nächstenliebe. Suggestiert wird: Mehr Spendeausweise, mehr Zustimmung von Angehörigen am Intensivbett „hirntoter“ PatientInnen könnte den „Organmangel“ aus der Welt schaffen.¹

Emotionsgeladene Werbekampagnen – zum Beispiel Organpaten und Songwettbewerbe – klären nicht sachlich über die Transplantationsmedizin auf. Welche Formen wären angemessen und welche Informationen nötig? Wie können BürgerInnen auch in ihren skeptischen Einstellungen zur Organspende unterstützt werden?

Trotz Werbekampagnen wird es weiterhin Menschen geben, die nicht spenden wollen – aus wohl überlegten, intuitiven oder unbekanntem Gründen. Öffentlich kaum ein Thema ist: Die Zahl jener PatientInnen, die unter Erfüllung der geltenden Hirntod-Kriterien pro Jahr in den deutschen Intensivstationen versterben, wird auf circa 4.000 geschätzt, und nicht alle Organe sind transplantierbar. Mit stetig verbesserter Verkehrssicherheit und konventionellen Therapien in der Neurologie wird sich diese Zahl eher verringern als steigern lassen. Der Spendeausweis erhöht nicht wie von selbst das Organaufkommen, denn es muss ja tatsächlich gestorben werden. Der „Organmangel“ ist keine objektive Größe sondern steht auch mit den (Über)Kapazitäten der 47 deutschen Transplantationszentren in Verbindung, die wirtschaftlich arbeiten müssen. Die Konsequenz: Vielen Kranken wird eine Therapie versprochen, die prinzipiell nicht alle bekommen können. Das Einverständnis mit dem eigenen Ende oder der Verlust eines Angehörigen kann aber durch den scheinbar vermeidbaren „Tod auf der Warteliste“ noch schwerer bewältigt werden.

Auch Beschäftigte in den Krankenhäusern können Probleme mit den Folgen der Transplantationsmedizin haben. Sie nehmen „hirntote“ IntensivpatientInnen als lebend wahr und erst nach nächtlichen, mehrstündigen Explantationen als Leiche. Sie können es als unpassend empfinden, Angehörige in ihrer Trauer um Organe zu bitten. Laut Gesetz sind an den Kliniken Transplantationsbeauftragte zu benennen, die potentielle OrganspenderInnen in den Intensivstationen erkennen und frühzeitig mit Angehörigen sprechen sollen – zum Teil schon vor Eintritt des „Hirntodes“, wenn Familien noch um ihre Nächsten hoffen und bangen.

Können Angehörige in diesen existentiellen Lebenssituationen „frei“ entscheiden? Werden sie von Transplantationsbeauftragten „ergebnisoffen“ befragt? Ist klar gestellt, dass Pflegekräfte und ÄrztInnen ohne Nachteile für ihr Arbeitsverhältnis frei entscheiden dürfen, ob sie an Hirntod-Diagnosen und Explantationen teilnehmen? Ist für sie eine angemessene

Supervision und für die Angehörigen eine psychosoziale Betreuung jenseits der Interessen der Transplantationsmedizin sichergestellt?

Auch wenn Krankenkassen derzeit ihre Versicherten aktiv anschreiben und eine Entscheidung zur Organspende anmahnen: Niemand ist verpflichtet, sich zu entscheiden und niemand muss der Krankenkasse die persönliche Einstellung mitteilen. Doch die Gesellschaft für Telematik soll dafür sorgen, dass die Bereitschaft zur Organspende und der vorab erklärte Verzicht auf lebenserhaltende Therapien bei schwerer Krankheit (Patientenverfügung) irgendwann auf der elektronischen Gesundheitskarte registriert wird – mit Zustimmung der Versicherten, abrufbar von Krankenkassen und Leistungserbringern. Erst seit kurzem wird darüber nachgedacht, dass die Entscheidung, (intensiv)medizinische Maßnahmen via Patientenverfügung abzulehnen und gleichzeitig der Organspende zuzustimmen, in Konflikt geraten. Das zeigt einmal mehr, wie abstrakt viele Debatten um Sterben und Tod sind. Denn nur IntensivpatientInnen können Organe spenden. Das Versprechen der Patientenverfügung ist jedoch, ohne Maschinen möglichst zu Hause und begleitet sein Leben beenden zu können. Einmal mehr wird hier deutlich: Die konkreten Umstände des Sterbens sind weder über Spendeausweise noch Patientenverfügungen weit im Voraus denk- und planbar.

Gehören intime Entscheidungen über Behandlungsabbruch oder Organspende, auf eine elektronische Gesundheitskarte und in die Hände von Krankenkassen? Lassen sich deren soziale und emotionale Dimensionen in einfache „Ja/Nein“-Entscheidungen fassen?

Nur Toten dürfen lebenswichtige Organe wie Herz und Leber entnommen werden. Doch wie tot sind „Hirntote“? Der US-amerikanische Neurologe Alan Shewmon hat naturwissenschaftlich begründete Zweifel bestärkt. Am Beginn seiner Forschungen stand die Begegnung mit einem 14jährigen Jungen, dessen Hirntod Shewmon nach gängigen Kriterien bestätigt hatte. Die Eltern brachten ihren beatmeten Sohn dennoch in ein Pflegeheim, wo er weit weniger therapiert wurde als mancher Patient auf der Intensivstation. Der Junge überstand mehrere Infektionen, bekam Schamhaare und verstarb schließlich nach neun Wochen an einer Lungenentzündung. Shewmon sammelte systematisch weitere 175 Fälle. Das längste Überleben einer „Hirntoten“ lag bei 14 Jahren. Allgemein bekannt ist: „Hirntote“

scheiden Urin aus, können Blutdruck und Körpertemperatur regulieren, Infektionen bewältigen, während der Organentnahme mit steigendem Blutdruck und Hormonspiegel reagieren. Schwangere können von gesunden Kindern entbunden werden.² Professor Peter Suter von der Schweizer Akademie der Wissenschaften erklärte 2010 öffentlich, in der Schweiz würden Organspender/innen bei der Organentnahme konsequent narkotisiert.³ Doch die Patientenschutzorganisation SPO bezweifelt, dass sie obligatorisch narkotisiert werden. Sie bekommen – wie hierzulande auch – muskelentspannende Mittel, um die Operation ohne irritierende Bewegungen der „Hirntoten“ durchführen zu können.⁴

Die Behauptung, dass im Hirntod „alle für das eigenständige körperliche Leben erforderlichen Steuerungsvorgänge des Gehirns endgültig erloschen sind“ und „der Organismus als Ganzes seine Funktion verloren hat“, wie Bundesärztekammer und Transplantationsgesellschaften bis heute beharrlich schreiben, ist naturwissenschaftlich umstritten und keineswegs eindeutig. Die geltenden Konventionen zum Hirntod wurden über die Jahrzehnte immer wieder verändert, vereinfacht und sind international unterschiedlich gefasst. Die zugrunde liegenden, wissenschaftlichen Erkenntnisse sind weder unabänderlich noch unumstößlich „wahr“. Es sind zeitgebundene Vereinbarungen von Experten. Ob „Hirntote noch empfindungsfähig sind, kann niemand mit Sicherheit beantworten. Sterben und Tod bleiben ein Geheimnis, eine Zone des Unwissens, die weder natur- noch geisteswissenschaftlich geklärt werden kann.

Mittlerweile werden in bioethischen Fachdebatten bedrohliche Vorschläge zur Sprache gebracht. Nicht Toten, sondern Sterbenden dürften – nach persönlicher oder vermuteter – Zustimmung, lebenswichtige Organe entnommen werden, heißt es. Gewinnen solche Positionen Oberhand, würde das gesellschaftliche Tötungsverbot im Interesse der Transplantationsmedizin brüchig. In Belgien wurden in einzelnen Fällen Schwerstkranke euthanasiert, um Organe entnehmen zu können.⁵ Im europäischen Ausland und den Vereinigten Staaten werden Organe von „Herztoten“ entnommen. Gemäß unterschiedlicher, nationaler Vereinbarung, dürfen nach einem Herz- und Kreislaufstillstand mal nach drei, mal nach zehn Minuten – bei normaler Körpertemperatur – Organe explantiert werden. Der „kontrolliert“ genannte „Herztod“ ist in Deutschland nicht anerkannt. Das soll sich nach Wunsch einiger Transplantationsexperten ändern – um das Organaufkommen zu erhöhen.⁶ So wird die Grenze zwischen Organentnahmen und Tötungen einmal mehr uneindeutig.

Heißt aufklären und nachdenken über die Organspende nicht auch, die Zweifel am Hirntod-Konzept zur Sprache zu bringen? Die gefährlichen Konsequenzen des „kontrollierten Herztodes“ aufzuzeigen? Sich daran zu erinnern, wie wichtig die kulturellen, sozialen, psychischen Dimensionen einer Todesgewissheit sind, die leiblich erfahrbar und ohne biomedizinische Expertise begreifbar ist?

Lange herrschte der gute Glaube, dass Organe ohne persönliche Willkür nach streng medizinischen Kriterien über die europäische Vermittlungszentrale Eurotransplant (ET) verteilt werden. Die Verteilungspraxis in den Kliniken Regensburg, Göttingen, München, Leipzig belehrt eines schlechteren. Dort sollen Patientenakten manipuliert worden sein. PatientInnen wurden kränker gemacht als sie sind, um ihnen mit ärztlich attestierter, „hoher Dringlichkeit“ schneller als anderen Wartenden eine fremde Leber zukommen zu lassen; regulär berechnete Wartelistenpatienten als nicht transplantabel erklärt, um anderen das Organ zu verpflanzen; gespendete Körperteile schlechter geredet als sie sind, um sie als „Zentrumsangebot“ in einem „beschleunigten Verfahren“ Kranken eigener Wahl anzubieten. Nicht immer wird manipuliert. Beispielsweise werden 23% der Herzen und 39% der Lebern über das „beschleunigte Verfahren“ vermittelt, weil sie durch Krankheit und/oder Alter der Organspender/innen vorgeschädigt sind.⁷ Ob verfettete Lebern oder zuvor schlecht durchblutete Herzen den Kranken wirklich helfen, kann empirisch nicht bewiesen werden. Mittlerweile beklagen Transplantationschirurgen und europäische Behörden, dass es keine befriedigenden Qualitätskontrollen gibt.

Im Transplantationsgesetz ist vage formuliert, dass Organe nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit vergeben werden müssen. Doch: Je besser die körperliche Situation der Kranken, je besser sind deren Erfolgsaussichten und je geringer die Dringlichkeit. Genauere Regeln über Aufnahme in eine Warteliste und Zuteilung von Organen formuliert, verändert und überprüft die Bundesärztekammer und ihr zugeordnete Kommissionen.

Welche politischen Kontrollen sind nötig und welche Fehlanreize im Gesundheitswesen müssen abgeschafft werden, um die Verhältnisse im Transplantationswesen durchschaubar zu machen? Bedarf es weniger Transplantationszentren und anderer Bezahlungsweisen?⁸ Lassen sich Organe überhaupt „gerecht“ zuteilen?

¹ Mona Motakef. *„Hey big Spender!“ Organspende zwischen Biopolitik und Popkultur*
http://www.ruhr-uni-bochum.de/genderstudies/kulturundgeschlecht/pdf/Motakef_HeyBigSpender.pdf

² Sabine Müller. *Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten*, in: Das Parlament Nr. 20-21, 16.05.2011 | <http://www.das-parlament.de/2011/20-21/Beilage/001.html>

³ *Wann sind wir tot?* Neue Züricher Zeitung (NZZ) 31.10.2010
<http://www.nzz.ch/aktuell/startseite/wann-sind-wir-tot-1.8204978>

⁴ *SPO Stellungnahme*, Zürich, 13. September 2011. Vernehmlassung: Teilrevision des Transplantationsgesetzes | http://www.spo.ch/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=53

⁵ Martina Keller. *Carina, 43, lässt sich töten*, in: Die Zeit 20. Oktober 2011
<http://pdf.zeit.de/2011/43/DOS-Euthanasie.pdf>

⁶ Ulrike Baureithel. *Geste des Edelmutts*, in: Freitag 27.11.2012
<http://www.freitag.de/autoren/ulrike-baureithel/geste-des-edelmutts>

⁷ Erika Feyerabend/Martina Keller. *Die Tricks der Transplanteure*, in: FAZ Sonntagszeitung 4.08.2012 | <http://www.faz.net/sonntagszeitung/die-tricks-der-transplanteure-11844276.html>

⁸ Rüdiger Strehl. *Im Transplantationsskandal gibt es viele Täter*, in: FAZ 14.08.2012
<http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/organspende-ein-insider-klagt-an-im-transplantationsskandal-gibt-es-viele-taeter-11855724.html> | Zeitschrift „Das Parlament“, Ausgabe 8 2013

⁹ <http://www.das-parlament.de/2013/08/Themenausgabe/index.html>

Lesenswert sind darüber hinaus:

Vera Kalitzkus. *Dein Tod, mein Leben*. Suhrkamp (Frankfurt/M.) 2009
 sowie die Homepage von BioSkop-Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften e.V., <http://www.bioskop-forum.de>

Gemeinsame Stellungnahme von



OMEGA – mit dem Sterben leben e. V.

Bundesgeschäftsstelle
Dickampstr. 12
45879 Gelsenkirchen

Tel.: 0209 – 91 328 22/21
info@omega-ev.de
www.omega-ev.de



BioSkop e.V.

Bochumer Landstr. 144a
D-45276 Essen

Tel.: 0201 – 53 66 706
info@bioskop-forum.de
www.bioskop-forum.de



Arbeitskreis Frauengesundheit
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin,
Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e.V.

Sigmaringer Str. 1
10713 Berlin

Tel.: 030 – 863 93 316
buero@akf-info.de
www.akf-info.de