

Erwin Kress

Organspende – eine Hilfe mit vielen Hindernissen

Vorbemerkung

Organtransplantationen gibt es seit über sechzig Jahren. Organe von Verstorbenen können ohne Zweifel für Lebende mit einem entsprechenden Organversagen zumindest vorübergehend von Nutzen sein. Nunmehr ist das Thema Organspende seit einiger Zeit wieder Gegenstand neuer Gesetzesvorlagen und findet vielfachen Widerhall in den öffentlichen Medien. Leider spiegelt sich in der öffentlichen Diskussion nur ein kleiner Teil der Probleme rund um die Organspende wieder. Viele Hindernisse sind meist nur Fachleuten bekannt, finden aber nicht den nötigen öffentlichen Raum, damit die Bevölkerung sich ein richtiges Bild machen und danach entscheiden kann.

Im vorliegenden Beitrag soll daher insbesondere auf Hindernisse eingegangen und auf vom Gesetzgeber zu ziehende Konsequenzen hingewiesen werden.

Zahlen, Daten, Fakten

In der Bundesrepublik sterben jährlich tausend und mehr Menschen an Organversagen, deren Leben hätte verlängert werden können, wenn rechtzeitig ein Spenderorgan zum Austausch zur Verfügung gestanden hätte.¹ Dies ist bedauerlich. Von vielen Politikern, Medien und Funktionären wird dieser Zustand gerne auf eine zu geringe Spendenbereitschaft der Bevölkerung zurückgeführt.

So erklärte Frank Ulrich Montgomery im Januar 2011 für die Bundesärztekammer: „Wir müssen die Menschen abholen, die sich für die Organspende aussprechen, aber ihre Bereitschaft noch nicht dokumentiert haben. Denn fast 70 Prozent der Menschen in unserem Land sind bereit, nach ihrem Tod Organe oder Gewebe zu spenden. Aber nur 17 Prozent haben ihre Entscheidung in einem Organspendeausweis dokumentiert. So versterben von den 12.000 Patienten, die auf ein Spenderorgan warten, jedes Jahr etwa 3.000 Menschen.“²

Zu viele Ablehnungen bei möglichen Organspenden?

Im Jahr 2010 wurden in der BRD 1876 mögliche Organspender ermittelt. In 482 Fällen kam die Organspende nicht zustande, weil entweder ein schriftlicher Widerspruch des Patienten vorlag oder die Angehörigen einer Organentnahme widersprachen. 482 von 1876, das macht 26 Prozent. In 74 Pro-

¹ In Deutschland liegt die jährliche Sterberate von Patienten, die auf ein Herz warten, bei 17,1 Prozent. Die durchschnittliche Wartezeit für eine Niere beträgt fünf Jahre, was die Aussichten für Nierenpatienten erheblich reduziert, da die Transplantatüberlebenszeit nach länger andauernder Dialyse deutlich sinkt. 2937 Patienten wurden im Jahre 2010 Nieren transplantiert, während etwa 8.000 Patienten auf der Warteliste verblieben. Es gab 393 Herztransplantationen, während mehr als 700 Patienten für die Transplantation neu gemeldet waren; 298 Lungen wurden transplantiert, während sich 420 Patienten neu registrierten. In den USA zeigen die Daten für alle Organe, dass im Jahr 2010 von 14.505 Spendern insgesamt 28.664 Organtransplantationen durchgeführt wurden. 110 521 Patienten standen demgegenüber jedoch im März 2011 auf der Warteliste. – Vgl. Website des Organ Procurement and Transplantation Network <http://optn.transplant.hrsa.gov> [Zugriff: 29. 3. 2011].

² Vgl. Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 11. Januar 2011, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.8899.8902.8923> [Zugriff: 18.7.2011].

zent der Fälle lag also ein Spendeausweis vor oder die Angehörigen stimmten einer Entnahme zu. Das sind noch mehr als die siebzig Prozent, von denen Montgomery oben spricht.

Es sind dies, nicht eben zufällig, die 74 Prozent der Bevölkerung, die nach einer Umfrage der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* in 2010 grundsätzlich damit einverstanden sind, dass man ihnen nach ihrem Tod Organe und Gewebe entnimmt. Das bedeutet, dass die Angehörigen vormals geäußerte Meinungen der potentiellen Organspender in der Regel auch umsetzen. 18 Prozent der von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* 2010 Befragten waren mit einer Organentnahme nicht einverstanden. (2008 waren dies noch 24 Prozent.) Acht Prozent waren unentschieden. 18 plus acht ergibt 26, die gleiche Zahl wie bei den in der Praxis verweigerten Organspenden oben.

Woher kommt also die heftige Diskussion um Widerspruchslösung und oder Erklärungslösung? Wozu die Anstrengungen des *Nationalen Ethikrates* und der Politiker?³ Wir müssen die Menschen nicht „abholen“, wäre Herrn Montgomery hier zu entgegnen, sie sind schon da. Sie verhalten sich schon so, wie sie in den Umfragen angeben. Es geht also offenbar darum, durch einen gewissen zusätzlichen Zwang zur Erklärung die Zahl der Organspendegegner und Unentschlossenen noch weiter zu reduzieren, oder um die Hoffnung, dass bei einer Widerspruchslösung die Menschen vergessen, ihren Widerspruch deutlich zu machen.

Dies wird nicht ganz gelingen. Der Prozentsatz der „genehmigten“ Organspenden wird auf diese Weise wohl bestenfalls von jetzt 74 auf achtzig Prozent zu heben sein. Man kann den Menschen weder verbieten, sich gegen eine Organspende auszusprechen, noch zu einem gewissen Zeitpunkt unentschlossen zu sein. Dafür ist das Thema zu schwierig, für viele unübersichtlich – und für andere ethisch fragwürdig.

³ Vgl. Nationaler Ethikrat: Die Zahl der Organspenden erhöhen. Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland. Berlin 2007, S. 20: „zum anderen begrenzt die rechtliche Regelung in Deutschland den Kreis möglicher Organspender stärker als in anderen Ländern, indem sie eine Entnahme von Organen nur mit ausdrücklich erklärter Zustimmung des Spenders oder seiner Angehörigen zulässt“.

Ist der geplante Eingriff in die Entscheidungsfreiheit und der damit verbundene Verwaltungsaufwand also gerechtfertigt? Wer hier argumentiert, jede Niere zähle, sollte sich besser mit den Fakten beschäftigen.

Die möglichen Organspenden werden nicht ausreichend erfasst

In Deutschland ist eine zustimmungspflichtige Organentnahme zur Spende unter der Voraussetzung erlaubt, dass der Tod des Patienten festgestellt ist, bzw. „der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“.⁴ Der zuletzt genannte Zustand wird auch als Hirntod bezeichnet, wobei das Transplantationsgesetz diesen Begriff nicht verwendet.

In Deutschland versterben pro Jahr 900.000 Menschen. Der primäre Hirntod als Folge einer Kopfverletzung, wobei Herz-, Lungen- und Nierenfunktion usw. intakt bleiben, macht nur etwa ein Prozent aller Todesfälle aus. Bei 99 Prozent der Menschen in diesem Land setzten beim Tod weiterhin primär Herz, Lunge und Kreislauf aus. Sie können keine lebenden Organe spenden. In maximal 0,5 Prozent der Fälle (ca. 4.000) kommt es zum Hirntod auf der Intensivstation.⁵ Nach anderen Untersuchungen tritt bei 4.000 bis 5.000 der 500.000 Todesfälle in deutschen Krankenhäusern pro Jahr der Hirntod ein und es wäre eine Organspende denkbar, d. h. bei über fünfzig pro eine Million Einwohner.⁶

Statistiker gehen davon aus, dass der „dissoziierte Hirntod (vollständiger Ausfall der Hirnfunktionen bei künstlicher Aufrechterhaltung der Herz-Kreislauf-Funktionen)“ weltweit ein sehr seltenes Ereignis ist, von dem dreißig bis sechzig Personen pro eine Million Einwohner und Jahr betroffen sind.⁷ Etwa

⁴ Vgl. § 3 des Transplantationsgesetzes.

⁵ Vgl. <http://www.organspende-und-transplantation.de/gedanken.htm> [Zugriff: 21.7.2011].

⁶ Ist-Zustand der Organspende und Transplantation in Deutschland [Stand: September 2004], S. 5, vgl. <http://www.organspende-und-transplantation.de/ist-zustand.htm> [Zugriff: 17.10.2010].

⁷ Vgl. E. Nagel, K. Alber, B. Bayerl: Transplantationsmedizin zwischen Fortschritt und Organknappheit. Geschichte und aktuelle Fragen der Organspende. In: Aus Politik und Zeitgeschichte [APuZ], Berlin 20-21/2011, S. 42.

4.000 Fälle in Deutschland pro Jahr bedeuten cirka fünfzig Fälle pro Million Einwohner.

Das passt also zu den internationalen Zahlen. Was nicht passt, das ist die Anzahl der in den deutschen Krankenhäusern mit Intensivstationen ermittelten möglichen Organspender (= Hirntoten). Wie oben bemerkt, waren dies 2010 nur 1876, also nur 23 pro Million Einwohner. Dies ist weniger als die Hälfte der möglichen 4.000 Hirntoten.

Wenn diese Lücke geschlossen würde, wären die größten Wartelistenprobleme gelöst, ohne dass es eines weiteren Drucks auf die Bevölkerung bedürfte. – Tatsächlich durchgeführte Organspenden belaufen sich in Deutschland auf etwa 16 pro Million Einwohner und Jahr, während dies in Spanien etwa 34 sind, also mehr als doppelt so viel.

Die Hauptursache für die vergleichsweise geringe Zahl von Organspenden in Deutschland ist also nicht die fehlende Spendebereitschaft der Bevölkerung, sondern offenbar die fehlende Erfassung in den Krankenhäusern. Dies ist die Folge von unzulänglichen Strukturen, fehlenden finanziellen Mitteln und von schlecht ausgebildetem und aufgeklärtem Personal.

Die im Transplantationswesen handelnden Personen wissen in der Regel um diese Probleme. In der Praxis wird jedoch wenig zu deren Behebung unternommen. So empfiehlt der *Nationale Ethikrat* eine vernünftige Finanzierung und eine Bestellung von Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern, richtet das Hauptaugenmerk in seiner Stellungnahme für die Bundesregierung jedoch auf die Erhöhung der Spendenbereitschaft.⁸ Die ethische Knebelung – Verpflichtung zur Hilfeleistung für mögliche Organempfänger – ist wohl billiger und kommt als politische Förderung der Nächstenliebe öffentlich besser an.

⁸ Vgl. Nationaler Ethikrat: Die Zahl der Organspenden: „Für die Erklärung des Organmangels in Deutschland wird man vor allem zwei Gründe in Betracht ziehen müssen: Zum einen gibt es organisatorische Defizite und Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem, die zu Problemen bei der Erkennung und Meldung möglicher Spender in den Krankenhäusern führen; zum anderen begrenzt die rechtliche Regelung in Deutschland den Kreis möglicher Organspender stärker als in anderen Ländern, indem sie eine Entnahme von Organen nur mit ausdrücklich erklärter Zustimmung des Spenders oder seiner Angehörigen zulässt.“

Eine klare Prioritätensetzung zugunsten einer besseren Erfassung möglicher Spender in den Kliniken findet weder in den öffentlichen Verlautbarungen von Politikern, noch sonst irgendwo in den Massenmedien statt. Und von einer schon an sich falschen Gleichsetzung der Probleme Spendenaufkommen und Spendebereitschaft bleibt meist nur noch der Appell an die Bevölkerung übrig.

Die in der Öffentlichkeit vernehmbaren Stimmen gegen ein solches Vorgehen, z. B. von der *Deutschen Hospiz Stiftung* sind leider noch sehr spärlich.⁹ Das Transplantationswesen selbst (warum müssen so viele Organe transplantiert werden), wird in der öffentlichen Debatte nur von wenigen mahnenden Stimmen in Frage gestellt.¹⁰

Organisation des Organspendeprozesses in Deutschland

Die Mängel bei der Erfassung möglicher Organspender in den deutschen Krankenhäusern sind letztlich dem Transplantationsgesetz selbst geschuldet.¹¹ Dieses trat am 1. Dezember 1997 als *Gesetz über die Spende, Ent-*

⁹ So wurde der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz in Frankfurt a.M. im Juni 2011 vom Geschäftsführenden Vorstand der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung Eugen Brysch scharf kritisiert. – Vgl. die Pressemitteilung der DHS vom 29. Juni 2011: „Für die Bevölkerung ist das Transplantationssystem in Deutschland undurchsichtig. Statt Klarheit in das System zu bringen, wollen die Gesundheitsminister in Frankfurt die ethischen Leitplanken verschieben. Dabei werden die Möglichkeiten des bestehenden Transplantationsgesetzes schon jetzt in der Praxis nicht konsequent ausgeschöpft“.

¹⁰ Die Kluft zwischen Organnachfrage und -angebot sollte nicht durch ethisch fragwürdige Maßnahmen zur Erhöhung des Organangebots überbrückt werden, sondern vorrangig durch Maßnahmen zur Verringerung der Nachfrage wie Präventionsmaßnahmen gegen Übergewicht, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus, Drogenmissbrauch oder Hepatitis. Die Transplantationsmedizin wird vielleicht in einigen Jahren als Brückentechnologie betrachtet werden können, die gebraucht wird, bis ethisch und medizinisch bessere Lösungen – wie vollimplantierbare Kunsterzen und Organe aus dem Labor – verfügbar sind. – Vgl. S. Müller: Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten. In: APuZ, 20-21/2011, S. 9.

¹¹ Vgl. Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I, S. 2206), das durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist. – Vgl. <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf> [Zugriff: 7.11.2011].

nahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz, TPG) in Kraft. Zum Zeitpunkt der Verabschiedung verzichtete der Staat auf eine einheitliche staatlich kontrollierte Organisation zur Abwicklung des Organerfassungs- und -übermittlungsprozesses. Stattdessen wurde eine Dreiteilung der Transplantationsmedizin vorgesehen in Organisation der Organspende, Vermittlung von Organen und der Durchführung, Vor- und Nachbereitung einer Organtransplantation.

Für die Organisation der Organspende und die Vermittlung von Organen wurde eine sogenannte Koordinierungsstelle geschaffen, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam errichtet oder beauftragt wird.

Mit der Funktion dieser Koordinierungsstelle wurde die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) betraut, die ursprünglich aus privatwirtschaftlichen Interessen gegründet worden war. Für sie gilt die gesetzliche Anforderung (§ 11 [1] TPG): „Sie muß auf Grund einer finanziell und organisatorisch eigenständigen Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Maßnahmen nach Satz 1 in Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern nach den Vorschriften dieses Gesetzes durchgeführt werden. Die Transplantationszentren müssen in der Koordinierungsstelle angemessen vertreten sein.“¹²

Ihre Finanzierung erfolgt durch ein Budget, das die DSO mit den gesetzlichen Krankenkassen aushandelt. Dieses richtet sich nach der zu erwartenden Anzahl der transplantierten Organe. Den beteiligten Krankenhäusern vergütet die DSO den entstehenden Aufwand in Form von Pauschalen.

Dass die DSO ihre Aufgabe nicht ausreichend erfüllt, dürfte angesichts der oben dargelegten unzureichenden Erfassung von Organspendern unstrittig sein. Im Oktober 2011 haben sich Mitarbeiter der DSO anonym an den Gesundheitsminister Bahr und an die Gesundheitspolitiker der Bundestagspar-

¹² „Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit.“

teilen gewandt und sich über die Verhältnisse innerhalb der DSO beklagt.¹³ Zur Vermittlung von Organen „errichten oder beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Vermittlungsstelle)“ (§12 [1] TPG). Mit dieser Aufgabe der Vermittlungsstelle wurde wiederum ein bereits zuvor existierendes privatwirtschaftliches Unternehmen betraut, die internationale Stiftung *Eurotransplant* mit Sitz in Holland.¹⁴

In einer Befragung durch die EU zu möglichen Verbesserungen des Transplantationswesens wird ausgeführt,¹⁵ dass multinationale Organaustauschorganisationen in erster Linie an einem geeigneten Spender-Empfänger-Muster und damit günstigen Transplantationsbedingungen interessiert sind. Sie sind auf der Basis gegründet, dass je größer die Zahl möglicher Organempfänger ist, umso größer die Chance, einen geeigneten Empfänger zu finden. Es steht dabei nicht im Focus, Strategien zur besseren Erfassung von Spendern zu entwickeln. Dies sehen sie vielmehr als nationale Initiative.

Die dritte Säule in der nationalen Transplantationsmedizin bildet die Durchführung, Vor- und Nachbereitung einer Organtransplantation. Hierfür sind nach § 10 TPG die Transplantationszentren verantwortlich, dies sind speziell zugelassene Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern.

¹³ Vgl. <http://faz-community.faz.net/blogs/biopolitik/archive/2011/10/11/anonyme-mit-arbeiter-und-unbekannte-transparenz-whistleblower-in-der-deutschen-stiftung-organ-spende.aspx> [Zugriff: 7.11.2011].

¹⁴ Eurotransplant vermittelte zu Beginn ausschließlich Spendernieren, dehnte seine Aktivitäten dann auf Leber-, Herz- und Pankreastransplantationen, mittlerweile auch auf Lungen- und Zwölffingerdarmtransplantationen aus. Am Eurotransplant-Programm nehmen neben den deutschen außerdem noch die Transplantationszentren aus Belgien, den Niederlanden, Luxemburg, Slowenien, Österreich und Kroatien teil. Von Anfang an verfolgte Eurotransplant das Ziel einer zentralen Registrierung von Patienten, um auf Basis eines größtmöglichen Organempfänger-Pools eine optimale Organallokation garantieren zu können. – Vgl. Nagel u. a.: Transplantationsmedizin, S. 18.

¹⁵ Organ donation and transplantation: policy options at EU level. Question 2, vgl. http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organ/docs/oc_organ_061_en.pdf [Zugriff: 16.10.2011]

In der oben genannten Befragung durch die EU wird darauf hingewiesen, dass die besten Erfolge in Europa da erzielt wurden, wo eine staatliche bzw. staatlich geprüfte Organisation sich um alle die Aufgaben kümmert, die in Deutschland auf drei verschiedene Schultern verlagert wurden. In einem solchen nationalen Modell ist Transplantation nicht einfach eine weitere medizinische Disziplin, sondern ein komplexer Prozess der Gesundheitsfürsorge, der die aktive Teilnahme von Gesundheitsverantwortlichen, Unternehmen und lokalen, regionalen und nationalen Behörden verlangt. Nahezu alle solche Organisationen sind zentral-regierte Institutionen auf der Basis von öffentlichen Gesetzen oder Richtlinien und sind verantwortlich für die Ausbildung, Überwachung und Durchführung hinsichtlich aller Spende- und Transplantationsaktivitäten.

Nachdem in Spanien 1989 die nationale Transplantationsorganisation gegründet worden war, zusammen mit einem Netzwerk von speziell trainierten und hoch motivierten Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern, konnte die Anzahl der Organspender von 14 auf 34 pro eine Million Einwohner erhöht werden.¹⁶ In jedem der rund 200 Krankenhäuser mit Intensivstationen (in Deutschland sind dies immer noch etwa 1400) gibt es ein Transplantationskoordinierungsteam, das verantwortlich ist für den gesamten Prozess von der Identifizierung eines Spenders bis zur Organübertragung.

Das spanische Modell resultiert aus den Bemühungen vieler, Hindernisse, wie nicht oder ungenügend trainiertes Personal, nicht identifizierte Spender und Widerwillen gegen die Gespräche mit trauernden Angehörigen zu überwinden. Der hier mögliche Einwand, in Spanien gelte ja auch die Widerspruchslösung, verfängt nicht, da in Spanien, auch wenn kein Widerspruch gegen die Organentnahme vorliegt, dennoch die Zustimmung der Angehörigen eingeholt wird. Die Bevölkerung wird also hier nicht übertölpelt, sondern in jeder Weise ernst genommen.

In Österreich führte die Einführung der Widerspruchslösung zu einer Erhöhung der Spenderzahlen von 4,6 (ungeregelter Zustand) auf 10,1 pro Million Einwohner und Jahr. Nach Änderungen der Infrastruktur einschließlich der

¹⁶ Vgl. R. Matesanz and B. Miranda: Expanding the organ donor pool. The Spanish Model. In: *Kidney International, Official Journal of the International Society of Nephrology*, Brussel and Reston, VA 2001, vol. 59, S. 1594. – <http://www.nature.com/kidney/journal/v59/n4/full/4492192a.html> [Zugriff: 16.10.2011].

Einführung von Vollzeit-Transplantationskoordinatoren konnte die Spenderzahlen auf über zwanzig pro Mio. EW erhöht werden.¹⁷

Geplante Änderungen des Transplantationsgesetzes

Die EU hat am 7. Juli 2010 eine Richtlinie über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe erlassen,¹⁸ die bis August 2012 in nationales Recht umzusetzen ist. Darin sind u. a. Transplantationskoordinatoren oder -koordinierungsteams vorgesehen, „als Schlüssel zur Verbesserung sowohl der Effektivität des Prozesses der Organspende und -transplantation als auch der Qualität und Sicherheit der für die Transplantation vorgesehenen Organe“.

„Betriebliche“ Änderungen

Die Bundesregierung hat bereits einen Entwurf zur Änderung des TPG vorgelegt,¹⁹ durch den die EU-Richtlinie umgesetzt werden soll. Danach werden die Entnahmekrankenhäuser; das sind alle Krankenhäuser mit Intensivstationen; verpflichtet, mindestens einen Transplantationsbeauftragten zu bestellen. Mittel für diese Stellen sollen über die DSO bereitgestellt und letztlich von den Kostenträgern der Organempfänger refinanziert werden.

Ansonsten bleibt es im Prinzip bei der oben ausgeführten Dreiteilung des Transplantationswesens. An den Rollen von DSO und *Eurotransplant* ändert sich nichts. Von der Koordinierungsstelle (=DSO) wird die Erstellung einer Reihe grundlegender Verfahrensanweisungen zur Sicherstellung der Qualität verlangt. Zusätzlich werden neue Kommissionen eingeführt, die die Tätigkeit der DSO und der Vermittlungsorganisation *Eurotransplant* überwachen sollen.

¹⁷ Vgl. A. Rithalia, C. McDaid, S. Suekarran u.a.: Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. In: British Medical Journal (BMJ), London, 14. Januar 2009. – <http://www.bmj.com/content/338/bmj.a3162.full> [Zugriff: 16.10.2011].

¹⁸ Richtlinie 2010/45/EU des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 7. Juli 2010 (die Nummer der Richtlinie wurde im Nachhinein auf 2010/53 korrigiert).

¹⁹ Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes, 12.8.2011, Bundesratdrucksache 457/11.

Ansonsten heißt es in der Begründung zum Gesetzentwurf der Regierung: „Die Umsetzung der Richtlinie 2010/53/EU erfordert keine grundlegenden Änderungen der Strukturen im Transplantationsgesetz (TPG), da die Richtlinie den Mitgliedstaaten einen weiten Spielraum für die Berücksichtigung nationaler Transplantationssysteme einräumt.“

Das hätte man sich anders gewünscht. Sicherlich ist die Einführung von Transplantationsbeauftragten und eine realistischere Vergütung für die Entnahmekrankenhäuser ein Fortschritt. Gleichzeitig wird in dem Gesetzentwurf schon für die Länder die Möglichkeit eingeräumt, auf Transplantationsbeauftragte in einzelnen Krankenhäusern zu verzichten. Die Nichtbeachtung der einschlägigen Gesetzesvorgaben wird auch nicht mit Sanktionen bedroht. – Es ist nicht erkennbar, dass mit der Novellierung des TPG ein neuer Geist in die Transplantationsmedizin einziehen wird.

Der *Nationale Ethikrat* stellt in seiner Stellungnahme von 2007 fest: „Im Jahr 2005 haben sich trotz der im TPG niedergelegten Meldepflicht nur 45 Prozent der Krankenhäuser mit Intensivstationen an der Organspende beteiligt, das heißt mindestens Kontakt mit der zuständigen Koordinierungsstelle aufgenommen. Dieser Missstand ist sowohl auf mangelnde Anreize für Krankenhäuser, sich an der Organspende zu beteiligen, als auch auf mangelnde Sanktionen für die Nichtbeteiligung zurückzuführen.“

Und weiter: „Neben finanziellen und organisatorischen Aspekten stellt auch die Motivation der Ärzte und Pflegekräfte auf der Intensivstation eine nicht unerhebliche Einflussgröße für die Beteiligung eines Krankenhauses an der Organspende dar. Die primäre und für das eigene Berufsverständnis leitende Aufgabe des medizinischen Personals auf einer Intensivstation ist es, Leiden zu lindern und Leben zu retten. Da bei einem potentiellen Organspender beides nicht mehr möglich ist, stehen seine Identifikation und Vorbereitung auf eine mögliche Organentnahme hinter der Behandlung „ausichtsreicher“ Patienten eher zurück.“²⁰

Die Hoffnung, dass durch organisatorische Maßnahmen im neuen TPG eine Erhöhung der Spenderzahlen bewirkt werde, kann sich damit nur auf die Transplantationsbeauftragten stützen, sofern hierfür ausreichende Stellen

²⁰ Nationaler Ethikrat: Die Zahl der Organspenden erhöhen. Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland. Berlin 2007, S. 21 f.

eingerrichtet werden und die Beauftragten es vermögen, das nötige Verständnis und Training in den Krankenhäusern zu vermitteln.

Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Regierung einige nach seiner Ansicht erforderliche Nachbesserungen vorgenommen,²¹ so z. B. bezüglich der Transplantationsbeauftragten und der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal. Es ist zu hoffen, dass diese Nachbesserungen entsprechend umgesetzt werden.

Änderungen in der Erfassung des Spenderwillens

Während der Gesetzentwurf der Bundesregierung sich nur mit den Anpassungen gemäß EU-Richtlinie befasst, hat der Gesundheitsausschuss des Bundesrates am 9. September 2011 in seiner Stellungnahme dazu auch die Frage der Spendenbereitschaft aufgenommen. Die Bundesregierung wird gebeten, „im weiteren Gesetzgebungsverfahren die derzeit geltende erweiterte Zustimmungslösung in eine Erklärungslösung umzuwandeln, die die Bürgerinnen und Bürger in einem geregelten Verfahren über die Organspende informiert und zu einer persönlichen Erklärung auffordert, ob sie einer Organspende zustimmen, nicht zustimmen oder sich nicht erklären möchten“.²²

Zur Begründung wird auch hier erneut angeführt: „In Deutschland versterben infolge des Organmangels jedes Jahr rund 1.000 Patientinnen und Patienten, die auf der Warteliste stehen, d. h. ca. jeder Dritte.“ Wie eine solche Erklärungslösung im neuen TPG Eingang finden soll, wird noch nicht dargestellt. Es heißt aber: „Im Rahmen der Erklärungslösung soll das Selbstbestimmungsrecht jedes Einzelnen dahingehend erhalten bleiben, sich nicht zur Organspende zu äußern.“

Um eine Organspende im Falle einer fehlenden Erklärung nicht auszuschließen, soll eine Zustimmung durch die Angehörigen wie bei der bisherigen erweiterten Zustimmungsregelung möglich bleiben.“ Anstelle von Erklärung

²¹ Bundesrat Drucksache 457/1/11, 9.9.2011, Empfehlungen der Ausschüsse..., Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes.

²² Bundesrat Drucksache 457/1/11.

runungslösung werden auch die Begriffe Zustimmungsregelung oder Entscheidungslösung gebraucht.

CDU und SPD votieren wohl mehrheitlich für eine Lösung, bei der sich die Bürger einmal in ihrem Leben (etwa bei der Führerscheinprüfung oder der Beantragung des Personalausweises) für oder gegen eine Organspende im Falle ihres Todes aussprechen sollten (Zustimmungsregelung).²³

Als inzwischen klar erscheint, dass es neben der Möglichkeit, sich für oder gegen eine Organspende auszusprechen, auch die Möglichkeit geben muss, sich nicht zu entscheiden. Dies hatte schon der *Nationale Ethikrat* bedacht.²⁴

Beim *Nationalen Ethikrat* wird allerdings der erhobene moralische Zeigefinger, den wir in vielen anderen Äußerungen auch spüren, ganz deutlich: „Wie verhalten sich die Zustimmung zur postmortalen Organspende und die Verweigerung derselben zueinander?“

Das Ergebnis ist deutlich: Die Bereitschaft zur postmortalen Organspende ist ethisch als die objektiv vorzugswürdige Alternative anzusehen. Gleichwohl bleibt es dabei, dass die Zustimmung zur postmortalen Organspende ein großmütiges Geschenk darstellt und deshalb niemand rechtlich oder moralisch zu dieser Entscheidung genötigt werden darf.“ – Der moralische Zwang wurde allerdings gerade im Satz zuvor festgezurr.

Dies wird durch nachfolgende Äußerung der nationalen Ethiker verstärkt: „In der hier vorgeschlagenen Lösung kommt zum Ausdruck, dass die freie Zustimmung des Organspenders die vorzuziehende ethische Legitimationsbasis der Organtransplantation ist. In einem solchen Kontext ist die ergänzende Anwendung einer Widerspruchsregelung ethisch vertretbar.“²⁵ – Sprich: Wer sich nicht erklärt hat, kommt als Spender in Frage.

²³ Vgl. Nagel u. a.: Transplantationsmedizin, S. 15.

²⁴ Nationaler Ethikrat: Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland, Berlin, 2007, S. 30 : „Außer der Entscheidung für oder gegen die Organspende könnte im Rahmen einer weniger streng gefassten Erklärungsregelung auch die Möglichkeit eingeräumt werden, sich nicht zu äußern. In diesem Fall müsste allerdings von Rechts wegen entschieden werden, ob im Falle unterlassener Äußerung die Organentnahme zulässig ist oder nicht.“

²⁵ Nationaler Ethikrat, S. 40.

Eine harsche Kritik an dieser Haltung formuliert die Kulturwissenschaftlerin Anna Bergmann: „Egal, welchen moralisch hohen und pietätvollen Anstrich die Transplantationsmedizin sich zu geben vermag: Unsere ethischen Normen im Umgang mit Sterbenden und Toten, die Prämissen der medizinischen Ethik und schließlich das Tötungsverbot werden durch das Prozedere der Organgewinnung über Bord geworfen. Eine ethische Verpflichtung zur Organspende kann es daher nicht geben.“²⁶

Die Befürworter von Widerspruchs- oder Erklärungslösungen gehen offenbar davon aus, dass die Bürgerinnen und Bürger bereits ausreichend über alle Fragen im Zusammenhang mit der Organspende informiert sind, oder etwa im Rahmen der Befragung zur Erklärungslösung informiert werden. Meist wird aber gar kein großer Erklärungsbedarf gesehen. Wer hier ganz und gar noch die Führerscheinausgabe als Erklärungsstelle ins Spiel bringt, dem genügt offenbar ein Faltblatt.

Nun gibt es ja genügend Menschen, die in der Zustimmung zur Organspende überhaupt kein Problem sehen und sich für Details nicht interessieren, nach dem Motto „Was mit meinem Leichnam nach meinem Tod passiert, ist mir egal; wenn ich damit anderen nützen kann, umso besser.“ Manche sind dann allerdings erschrocken, wenn sie zufällig Näheres über den Ablauf der Organspende erfahren.

Auf diese Weise sind einige Organspendeausweise wieder zurückgezogen worden. Die Aufklärung zum Thema Organspende ist eben in der Regel nicht neutral und sachlich, wenn sie überhaupt stattfindet. Nach dem Transplantationsgesetz sind vor allem die Krankenkassen mit dieser Aufklärung betraut. Wer erinnert sich an eine solche Aufklärung? War sie ausreichend? Für viele sicher nicht, sonst müssten mehr Menschen den Organspendeausweis tragen.

In einer neueren Untersuchung wird der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BzgA) nachgewiesen,²⁷ dass ihre Internet-Darstellung zum The-

²⁶ A. Bergmann: Organspende – tödliches Dilemma oder ethische Pflicht? In: APuZ 20-21/2011, S. 15.

²⁷ Vgl. P. Rogge: Aufklärung oder Propaganda. In: Sic et Non, Zeitschrift für Philosophie und Kultur, Darmstadt 2008, H. 9. – Vgl. http://www.sicetnon.org/content/phil/rogge_aufklaerung_propaganda.pdf [Zugriff: 17.10.2011].

ma Organspende klar parteiliche Propaganda im Sinne „pro Organspende“ darstellt und nicht neutral Wissen vermittelt.

Weyma Lübbe hat im Juni 2011 den Gesundheitspolitikern der Bundestagsparteien hierzu „die Leviten gelesen“: „Es geht nicht an, dass das Interesse, Patienten zu versorgen, dazu führt, dass öffentliche Instanzen Nichtspender als unaufgeklärte Personen mit diffusen Ängsten darstellen, bei denen die Aufklärung über die Vertrauenswürdigkeit und die Segnungen des Organspendewesens noch nicht erfolgreich gewesen ist. Unter solchen Kommunikationsverhältnissen kann die Aufforderung, sich (halb-)öffentlich zur Organspende zu erklären, nur als Aufforderung aufgefasst werden, sich zur Spende bereit zu erklären.

Ich empfehle daher, im politischen Diskurs zunächst expliziter die Frage nach den ethischen und rechtlichen Gründen des Respekts für Nichtspender zu stellen. Wenn es für diesen Respekt gute Gründe gibt, muss auch dafür Sorge getragen werden, dass er im gesellschaftlichen Diskurs angemessen kommuniziert wird und präsent ist.“²⁸

Der *Humanistische Verband Deutschlands* (HVD), eine Weltanschauungsgemeinschaft nichtreligiöser Menschen, blickt auf zwanzig Jahre Beratung zu qualifizierten Patientenverfügungen zurück. Dabei hat sich herausgestellt: Bei einer ergebnisoffenen Erläuterung relevanter Fragen hinsichtlich des Organentnahmeverfahrens sinkt eher die Spendenbereitschaft. Die Auswertung von über 10.000 seit 2004 elektronisch erfasster Fragebögen ergab, dass etwa 54 Prozent der Menschen, die sich mit einer Patientenverfügung, letztlich also mit ihrem Sterben intensiv beschäftigen, eine Organspende ablehnen. Die übrigen 46 Prozent waren entweder zur Organspende bereit oder unentschieden.

Wie sehr es bei der Spendebereitschaft auf Feinheiten in der Aufklärung ankommt, zeigt eine Untersuchung der Universität Köln aus 2004: „Den Hirntod akzeptieren nur 62 Prozent der Bevölkerung als den tatsächlichen Tod des Menschen. So sind auch nur sechzig Prozent unter seiner Voraussetzung zur Organspende bereit. Bei zusätzlichem Herz-Kreislauf-tod stim-

²⁸ W. Lübbe: Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit „Ethische und rechtliche Aspekte von Organspenden“ am 29. Juni 2011, Deutscher Bundestag, Ausschussdrucksache 17(14)0148(6).

men 43 Prozent derer, die unter der Maßgabe des Hirntodes die Organspende abgelehnt hatten, der Spende doch zu. Die Spendebereitschaft unter der Voraussetzung des Herz - Kreislauftodes erhöht sich bei den Patienten um elf Prozent und bei den Transplantationsmedizinerinnen sogar um zwölf Prozent. Die Bereitschaft zur Organspende lässt sich in der Bevölkerung von 60 auf 77 Prozent steigern, wenn die Organentnahme nach Hirntod und zusätzlichem Herz-Kreislaufstillstand erfolgen würde.²⁹

Eine wichtige Rolle spielt in der gegenwärtigen Diskussion zur Widerspruchs- oder Entscheidungslösung auch die *Bundesärztekammer*. Da die Widerspruchslösung nicht durchsetzbar sei, plädieren Deutschlands Transplantationsmediziner jetzt ebenfalls für die sogenannte Entscheidungslösung. Dies könne idealerweise bei der geplanten Herausgabe einer neuen Gesundheitskarte geschehen. Die Koordination der Befragung sei bei den Krankenkassen „sehr gut aufgehoben“.³⁰

„Wir müssen aber zugleich nach Wegen suchen, die Dokumentation dieser Bereitschaft erheblich zu erleichtern. Zukunftsweisend wäre da zweifellos eine neue Krankenversicherungskarte / elektronische Gesundheitskarte, auf der umfassend wie auch aktuell die Erklärung zur Organspendebereitschaft abgegeben werden könnte. ... Vor allem aber müsste mit dem neuen elektronischen Personalausweis die Voraussetzung einer rechtsgültigen Signatur der elektronischen Erklärung zur Organspende auf der Gesundheitskarte geschaffen werden. Hier ist also die Bundesregierung gefragt, schnellstmöglich die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, damit in einer modernen Gesellschaft mit modernen Medien die große Bereitschaft der Bevölkerung zur Organspende auch tatsächlich dokumentiert werden kann.“³¹

Die hier genannte große Bereitschaft der Bevölkerung ist bekannt. Sie bräuchte nicht aufwändig über die Gesundheitskarte ermittelt zu werden. Das starke Interesse für den Krankenhausbetrieb besteht wohl eher darin,

²⁹ Pressemitteilung Universität Köln: Angst vor Organhandel. – Vgl. <http://www.idw-online.de/de/news77934> [Zugriff: 7.10.2011]

³⁰ Vgl. [Aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47599/Transplantationsmediziner_fuer_sogenannte_Entscheidungsloesung.htm) vom 6.10.2011 unter http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47599/Transplantationsmediziner_fuer_sogenannte_Entscheidungsloesung.htm [Zugriff: 17.10.2011].

³¹ F. U. Montgomery: Organspendebereitschaft besser dokumentieren. Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 11. Januar 2011. – Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.8899.8902.8923> [Zugriff: 18.7.2011].

dass man auf die lästigen Angehörigengespräche verzichten könnte, wenn gültige Erklärungen zur Organspende vorliegen.

Viele Menschen wollen allerdings gerade, dass an ihrer Stelle ihre Angehörigen in der konkreten Situation entscheiden sollen, da sie z. B. Angst haben, dass andernfalls nicht alle Möglichkeiten zu ihrer Rettung ausgeschöpft werden. Wenn diese Angst auch unbegründet sein dürfte, so ist sie doch real vorhanden. Da helfen keine Glanzbroschüren, sondern nur vertrauensbildende Aufklärung und Offenheit. Und auch hier zeigt wider das Beispiel Spanien, dass Angehörigengespräche kein Hindernis sind, um viele Organspenden zu ermöglichen.

Einführung einer „Vertrauensperson“

Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat am 9. September 2011 in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Regierung für ein neues Transplantationsgesetz Vertrauenspersonen eingeführt,³² die zu befragen sind, ob eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist. Dadurch soll sichergestellt werden, „dass bereits zu Lebzeiten Vertrauenspersonen namentlich benannt werden können, die nach dem Tod der Betroffenen anstelle von Angehörigen einer Organ- oder Gewebeentnahme zustimmen oder ihr widersprechen können. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass oftmals keine Angehörigen vorhanden sind. Zugleich ist die Möglichkeit, Personen auch außer halb des Kreises der Angehörigen benennen zu können, Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts der Erklärenden.“³³

Die „Vertrauensperson“ existiert gesetzlich normiert im Betreuungsrecht als sogenannter Gesundheitsbevollmächtigter. Der Humanistische Verband Deutschlands weist Ratsuchende, die sich nicht für oder gegen eine Organspende entscheiden möchten, schon lange darauf hin, dass dies vorsorglich in die Hände einer namentlich genannten Person gelegt werden kann. Die Einführung einer Vertrauensperson ist also insofern sinnvoll, als das geltende TPG nur eine Befragung der „nächsten Angehörigen“ vorsieht. Ob diese das Votum der Vertrauensperson beachten, oder die Vertrauensperson überhaupt gehört wird, bleibt nur zu hoffen.

³² Bundesrat Drucksache 457/1/11.

³³ Bundesrat Drucksache 457/1/11, S. 4 f.

Der Rechtsanwalt Oliver Tolmein fordert an dieser Stelle die „Funktion von Betreuern und Bevollmächtigten zu regeln“.³⁴ Er fordert weiterhin, dass „Regelungen betreffend die Organspende nicht in Widerspruch zu betreuungsrechtlichen Regelungen stehen“ dürfen. Vorab-Entscheidungen über Organentnahmen sind für ihn „Patientenverfügungen besonderer Art“.³⁵

In diesem Zusammenhang ist zu fragen, ob nicht der Organspendeausweis zu ersetzen ist durch eine Vorsorgevollmacht, in der die Organspende geregelt werden kann, bzw. für den Fall des Hirntodes ein Bevollmächtigter eingesetzt wird. Über einen Bevollmächtigten bzw. Betreuer könnte auch das bei der Abfassung von Patientenverfügungen gelegentlich auftretende Problem gelöst werden, wie der u. U. geforderte Verzicht auf „Intensivmedizin“ mit der Bereitschaft zur Organspende und den sich daraus ergebenden lebenserhaltenden Maßnahmen in Einklang zu bringen ist.

Hirntod-Debatte

Eine Organentnahme ist nur bei toten Menschen erlaubt. So versteht es die Bevölkerung und so steht es im Transplantationsgesetz (§ 3 [1]). Allerdings geht das TPG in §3 (2) einen Schritt weiter oder zurück, wenn es festlegt: „Die Entnahme von Organen oder Geweben ist unzulässig, wenn ... nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespende der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.“

Im Umkehrschluss bedeutet dies, die Organentnahme ist zulässig, wenn der Ausfall der gesamten Hirnfunktionen festgestellt ist. Dies wird also offenbar gleichgesetzt mit dem Tod des Menschen, ohne dass der Gesetzgeber dies hier explizit sagt. Er verlässt sich hier auf eine vorausgegangene Definition der *Bundesärztekammer*, deren wissenschaftlicher Beirat rechtzeitig vor der Verabschiedung des TPG im Mai 1997 vorgegeben hatte: „Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Be-

³⁴ O. Tolmein: Stellungnahme zur geplanten Änderung des Transplantationsgesetzes. In: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0148(9), 27.6.2011.

³⁵ O. Tolmein: Stellungnahme.

atmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten.“³⁶
Zur Feststellung des Hirntodes hat die *Bundesärztekammer* auf Anforderung des TPG entsprechende Verfahren festgelegt.

Der Begriff Hirntod war nicht neu. Er geht zurück auf Untersuchungen des französischen Anatomen M.-F.-X. Bichat, die bereits um 1800 herum stattfanden. Bei der Entwicklung der Organverpflanzungsmedizin erlangte dieser Begriff große Bedeutung, da nur über die Hirntodfestlegung das Problem gelöst werden konnte, dass man einem Körper Organe entnehmen wollte, der nach klassischer Definition (Herz-Kreislauf- und Atemstillstand) noch nicht tot war.

Der Medizinethiker Uwe Körner hat sich bereits 1994 mit dem Thema Hirntod aus säkular-humanistischer Perspektive auseinandergesetzt und verlässliche Kriterien zur Feststellung des Hirntodes angemahnt,³⁷ damit ein Verwertungsinteresse der Transplantationsmedizin nicht zu Fehlentscheidungen führen könne. Diese Kriterien wurden durch die Bundesärztekammer festgelegt.

Der Neurologe J.-F. Spittler, der an der Ruhruniversität Bochum viele Hirntote erlebte und große Erfahrung in der Hirntoddiagnostik hat, beschäftigte sich in mehreren Veröffentlichungen vor und nach der Verabschiedung des TPG mit der Hirntoddefinition,³⁸ der Hirntoderkennbarkeit und der Kritik am Hirntodkonzept:

„In den Augen der Kritiker haben die seit Jahren mit der Hirntodes-Feststellungs-Untersuchung befassten Neurochirurgen, Anästhesisten, Neurologen nicht ausreichend nachgedacht und Menschen in ihrem – zwar unumkehrbaren – Sterbeprozess ‘für tot erklärt’. Von ‘ganzheitlich’ denkenden Medizinern, Philosophen, Theologen und Juristen werden Ärzte eines aus

³⁶ „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ in der 3. Fortschreibung von 1997, vgl. http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/diagnostik.html [Zugriff: 17.10.2011].

³⁷ Vgl. U. Körner: *Hirntod und Organtransplantation. Fragen zum menschlichen Leben und zum menschlichen Tod*. Dortmund 1994.

³⁸ Vgl. J.-F. Spittler: *Sterbeprozess und Todeszeitpunkt. Die biologischen Phänomene und ihre Beurteilung aus medizinischer Sicht*. In: *Medizinethische Materialien*, hrsg. vom Zentrum für medizinische Ethik, Bochum 1996, H. 112. – Ders.: *Gehirn, Tod und Menschenbild*. Stuttgart 2003.

einem materialistisch-positivistischen Weltbild gefolgerten naturalistischen Fehlschlusses bezichtigt. Wenn wir einem hirntoten, noch überlebenden Körper Organe entnehmen, seien wir 'Mörder' unserer 'wehrlos ausgelieferten' sterbenden Patienten. ... Für die Existenz des individuellen Lebewesens ist sicher nicht das Vorhandensein von Leben in einzelnen Zellen, in meinen Augen auch nicht die Lebendigkeit von Organen und Organwechselwirkungen von Bedeutung. Entscheidend ist die Integration des individuellen Organismus in seiner Ganzheit. ... Auch wenn wir unendlich viele Details nicht wissen, ist doch unübersehbar, daß unser Wahrnehmen, Erleben, Erinnern und unser Reagieren- und Handeln können auf das allerengste und unauflöslich mit der intakten Funktion unseres Gehirns verbunden ist. ... Von Philosophen, Theologen und Juristen wird uns Ärzten der Vorwurf gemacht, es sei anmaßend, wenn wir über den Tod des Menschen urteilen wollten. Hier soll beachtet werden: Unsere Domäne ist die Beschreibung von biologischen und krankhaften Sachverhalten, aber notwendigerweise doch auch das damit zu verbindende Beurteilen und Bewerten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod. ... Aber kann es überzeugend sein, wenn Philosophen, Theologen, Juristen oder Politiker die Beurteilung der Ärzte mit biologischen und medizinischen Argumenten kritisieren?³⁹

³⁹ F. J. Spittler: Rationalität im Umgang mit dem Tod. Ruhr-Universität Bochum 1997, http://www.ruhr-uni-bochum.de/rubin/rbin1_97/rubin9.htm [Zugriff: 17.10.2011] – Zur Debatte über den Hirntod eine Anmerkung: Die häufig vorgebrachte Forderung, dass bei der Organentnahme eine Narkose des Patienten durchgeführt werden solle, beruht auf der Kenntnis, dass der Patient bei der Entnahmeoperation noch diverse Reflexe zeigt. Diese werden vielfach von besorgten Menschen als Reste von Bewusstsein erachtet und damit als Zeichen von Schmerzempfinden. – Während des Eingriffs ist eine Narkose zum Ausschalten des Bewusstseins und der Schmerzreaktion jedoch nutzlos, weil das primäre Zielorgan – das Gehirn und die betroffenen Rezeptoren – nachgewiesenermaßen irreversibel ausgefallen sind. Periphere Rezeptoren im Rückenmark sind allerdings in ihrer Funktion nicht beeinträchtigt und können zu Spontanbewegungen und zum Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz führen. Deshalb wird der Organspender zur Optimierung des chirurgischen Eingriffs sowie zur Vermeidung von spinalen Reflexen relaxiert und ein Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg mit entsprechenden Medikamenten behandelt. – Vgl. S. Lang: Hirntod und Organspende. In: *zwai.media*, Münster, http://www.zwai.net/pflege/Intensiv/Journal/Intensivpflege/Hirntod_und_Organspende/ [Zugriff: 8.11.2011].

Dass die Hirntoddebatte dennoch weitergeht – getragen unter anderem von christlich-fundamentalen Lebensschützern⁴⁰ – und seit 2008 wieder genährt von der *President's Commission on Bioethics* in den USA, die in einem *White Paper* Zweifel an der bisherigen Begründung des Hirntodes geäußert hatte,⁴¹ ist unvermeidlich, hängt sie doch wesentlich mit menschlichen Ängsten hinsichtlich des Lebensendes zusammen. Kritiker, wie Stefan Sahn, Chefarzt für Innere Medizin am *Ketteler Krankenhaus* in Offenbach, fordern eine neue Debatte auf höchster Ebene: „Die längst überfällige neue Debatte um den Hirntod dagegen meiden die Regierung und ihr Ethikrat wie der Teufel das Weihwasser.“⁴²

Als Lösung des medizinisch-juristischen Problems, dass Organe nur Toten entnommen werden dürfen, beim Ganz-Tod des Menschen die Organe aber im Prinzip nicht mehr verwendbar sind, wird vorgeschlagen, dass der Gesetzgeber erlaubt, bei einem Patienten, der die Kriterien nach §3 (2) TPG („nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“) erfüllt, Organe zu entnehmen, wenn der Patient der Entnahme aus seinem noch nicht ganz toten Leib zuvor rechtsverbindlich zugestimmt hat. Dies ist vom Gesetzgeber u. a. deswegen nicht gewollt, weil bei dieser Regelung ein drastischer Rückgang bei den Organspenden befürchtet wird. Das würde sicher so sein, wenn keine offene ehrliche Debatte hierüber geführt würde.

Früher oder später wird der Gesetzgeber die Verknüpfung der Organspende mit der Todesfrage neu aufnehmen müssen. In verschiedenen anderen Ländern werden heute auch Organe bei Patienten entnommen, deren Kreislauf zusammengebrochen ist und bei denen medizinisch gesehen eine Wiederbelebung keinen Sinn mehr macht (*non heart beating donors*).

⁴⁰ Der Begriff Lebensschützer soll hier nicht abwertend gemeint sein. Allerdings fühlen sich auch säkular-humanistische Menschen dem Lebensschutz verpflichtet, wenn auch häufig mit anderen Abwägungen.

⁴¹ *Controversies in the Determination of Death. A White Paper by the President's Council on Bioethics*, Washington, D.C., December 2008. – Vgl. <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/death/index.html> [Zugriff: 15.10.2011].

⁴² St. Sahn: Hirntod. Ist die Organspende noch zu retten?“ In: *Frankfurt Allgemeine Zeitung* vom 14.9.2010. – Vgl. <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/geisteswissenschaften/hirntod-ist-die-organspende-noch-zu-retten-1605259.html#comments> [Zugriff: 14.10.2011].

„2008 wurde in den USA der Spenderkreis um eine vom Hirntod unabhängige Patientengruppe erweitert, die mittlerweile auch in einigen europäischen Ländern (Österreich, Schweiz, Niederlanden, Belgien, Spanien) als Organspender dient: die *non heart-beating donors*. Hierbei handelt es sich um Patienten mit einem Herzstillstand, der durch eine medizinische Behandlung durchaus reversibel sein kann. Dennoch wird ohne Reanimationsbemühungen mit der Organentnahme bei diesen Patienten schon zwei bis zehn Minuten nach der Todesfeststellung begonnen, wobei der Körper durch Beatmung und Herzmassage weiterhin für den Transplantationszweck versorgt wird.⁴³

Die Transplantationsmedizin hinterfragen

Mit der Hinzunahme von Herztoten werden von der Transplantationsmedizin weitere Grenzlinien besetzt und das Unbehagen in der Gesellschaft wird sich weiter verstärken, wo kein wirkliches Vertrauen in die Medizin gegeben ist. Auf der anderen Seite werden diejenigen, die auf ein Spenderorgan dringend warten, nicht mehr nur auf Glatteis hoffen (eine Chance auf Hirntote), sondern auch auf mehr Herzinfarkte als Chance auf eine neue Niere.

Mit dieser letzten Bemerkung soll auf einen Zusammenhang hingewiesen werden, den Anna Bergmann in einer kritischen Zusammenstellung zur Transplantationsmedizin ausführlich darlegt.⁴⁴ Es gibt nicht nur das Unbehagen (geschweige denn die Ablehnung) bei vielen Menschen auf der Spenderseite. Es gibt auch auf der Empfängerseite nicht nur Freude, sondern auch Leid bis hin zu traumatischen Erlebnissen. Und natürlich ist die Transplantationsmedizin ein Riesengeschäft, unter anderem für die Hersteller von Arzneien, die die bei der Organtransplantation üblichen Abstoßungen lebenslang verhindern. Geschäfte wecken Interessen, die entsprechend aktiv verfolgt werden.

Ein zweifellos gravierender Aspekt bei diesem Thema stellt der Organhandel dar. Während der Organhandel durch EU-Richtlinie und das TPG untersagt werden, findet er in Wirklichkeit doch statt, insbesondere auf dem Rücken

⁴³ Vgl. Bergmann: Organspende, S. 10

⁴⁴ Vgl. U. Baureithel und A. Bergmann: Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende. Stuttgart 1999. – Vgl. die Zusammenfassung unter <http://www.initiative-kaeo.de/bergmann-tabuverletzungen-und-schuldkonflikte-in-transplantationsmedizin.html> [Zugriff: 15.10.2011].

der ärmsten Menschen weltweit. Und während bei uns bestimmte Auswüchse des Sextourismus inzwischen verfolgt werden, kann jeder Geld in die Hand nehmen und sich im Ausland ein Organ kaufen.

Es gibt also allen Grund, nach Alternativen zur Transplantationsmedizin zu suchen. Bereits heute besteht die Möglichkeit, dass durch umfassende Aufklärung und Steuerung in der ganzen Gesellschaft der Bedarf an Organen drastisch reduziert wird. In vielen Fällen ist das Organversagen, dessentwegen eine Spende benötigt wird, zivilisationsbedingt bzw. durch ungesunde Lebensweise des Individuums. Hier hat der Staat den Einsatz der Gelder in Medizin und Gesundheitspropaganda zu optimieren und ggf. durch gesetzliche Regelungen nachzuhelfen.

Die wichtigsten konkreten Folgerungen

Im Folgenden einige Überlegungen des Autors, was aus dem bisher Geschriebenen abgeleitet werden könnte.⁴⁵

1. Der Staat muss endlich und ernsthaft dafür sorgen, dass die organisatorischen, aufsichtsrechtlichen und finanziellen Strukturen so beschaffen sind und eingehalten werden, dass die Zahl potentieller Organspender in den Krankenhäusern ausgeschöpft wird.

2. Insbesondere die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* und die im TPG benannten Krankenkassen müssen ihre Aufklärungsarbeit endlich ernst nehmen, und dabei nichts beschönigen, sondern die Menschen wertneutral und wahrheitsgemäß informieren. Die Menschen haben ein Recht zu wissen, was es bedeutet, Hirntod zu sein unter intensivmedizinischer Lebenserhaltung der sonstigen Organe; ob alle Rettungsmöglichkeiten ausgeschöpft werden, falls sie als Organspender in Frage kommen; wie die Entnahme und Verteilung vonstatten geht. – An aufgeklärte Menschen kann man dann auch appellieren, sich altruistisch zu zeigen. Und ihnen lässt sich aufzeigen, dass die Zustimmung zur Organspende zu Lebzeiten die Angehörigen im Zweifelsfall entlastet.

⁴⁵ Ähnliche Forderungen finden sich z. B. beim Pro Pflege Netzwerk oder bei der Deutschen Hospiz Stiftung. – Vgl. http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemittellungen/organspende_kann_leben_rettet.php [Zugriff: 20.10.2011]. – <http://www.hospize.de/servicepresse/2011/mitteilung440.html> [Zugriff: 20.10.2011].

3. Praktische Regelungen und Aufklärungskampagnen, welche die Organspende betreffen, sind ebenso wie das Transplantationsgesetz selbst in Einklang zu bringen mit dem Betreuungsrecht und Patientenverfügungen. Anstelle von Organspendeausweisen sollte die frühzeitige Ausstellung eines Notfallpasses mit Bestellung eines Bevollmächtigten favorisiert werden.
4. Unter den genannten Prämissen gibt es keinen Grund, die derzeit geltende erweiterte Zustimmungslösung durch manipulative Elemente wie Widerspruchslösung oder Erklärungslösung zu ersetzen, deren rechtliche Gültigkeit ohnehin fraglich ist.
5. Der Staat und seine Institutionen sowie die Krankenkassen täten gut daran, ihre gesundheitliche Aufklärung auch dahingehend auszudehnen und zu verbessern, dass die Bevölkerung *erstens* Risiken klar erkennen kann, die zum Angewiesensein auf fremde Organe führen können; und *zweitens* auch erfährt, dass Organempfang oft mit großen medizinischen und seelischen Komplikationen einhergeht.
6. Der Organhandel muss eindeutig sanktioniert werden; das gilt insbesondere für Organempfangstourismus auf Kosten von sozial Schwächeren und den Armen in unserer Welt.