

Organspende-Debatte

Weiß ein Spender, was mit ihm geschieht?

Von Wolfram Höfling und Jürgen in der Schmitt

Mit seinen Vorstößen zur Reform des Transplantationsrechts hat der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) eine lebhafte Debatte ausgelöst. Doch so vielfältig und differenziert die dabei ausgetauschten Argumente auch sein mögen: Wichtige Aspekte bleiben in der bisherigen öffentlichen Diskussion unterbelichtet oder werden gar ignoriert.

Jedes nicht auf einer Zustimmung des Spenders beruhende System der Organgewinnung ruht - jenseits der Lebendspende - auf der Prämisse, dass der betroffene Spender tot sei. Der amtliche Organspendeausweis drückt das mit der Formulierung "nach meinem Tod" aus. Doch diese Wendung und das Dokument insgesamt lassen unerwähnt, dass das deutsche Recht dem sogenannten Hirntodkonzept folgt, also der Gleichsetzung des unumkehrbaren Hirnversagens ("Hirntod") mit dem Tod des Menschen.

Wann "nach dem Tod" beginnt

Die lapidare Formulierung "nach meinem Tod" verschleiert (und viele Menschen sind sich denn auch der Tatsache nicht bewusst), dass ein Patient mit irreversiblen Funktionsausfall des Gehirns keine Leiche ist, die der Bestattung überantwortet werden könnte, sondern ein künstlich beatmeter, intensivmedizinisch behandelter Patient - ein Sterbender, der zwar nie wieder selbständig atmen können sowie irgendeine Form von Bewusstsein wiedererlangen wird (und dessen Weiterbehandlung daher nicht sinnvoll und nicht gerechtfertigt wäre, wenn es die Organtransplantation nicht gäbe), dessen Herz aber selbständig schlägt, dessen Blutkreislauf und übrige Organe intakt sind und dessen komplexe Funktionen und Interaktion des Organismus als Ganzem - von der Verdauung, Wundheilung und Immunabwehr bis zum Wachstum und zur Möglichkeit, eine frühe Schwangerschaft bis zur Geburt auszutragen - erhalten sind.

Mit guten Gründen wird deshalb national wie international von zahlreichen Ethikern, Medizinern und Juristen die Gleichsetzung als "hirntot" diagnostizierter Menschen mit Leichen in Zweifel gezogen. Allein 2018 in einer Stellungnahme des hierin uneinigen Deutschen Ethikrats zur "Hirntod"-Kontroverse wie auch in einem Überblick des Medizinethikers Robert Truog im "Journal of the American Medical Association" - verfasst anlässlich des 50. Jahrestags jenes Artikels eines Ad-hoc-Komitees der Harvard Medical School, in welchem 1968 der bis dahin als Koma bezeichnete "Hirntod" durch einen definitorischen Akt mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt wurde.

Erstaunlich, wie konsequent die laufende "Hirntod"-Kontroverse heute dennoch unbeachtet bleibt, ob in Medienberichten, in denen brav von der "postmortalen" Organspende gesprochen wird, als sei alles andere von der Zensur verboten, oder auch in der (ansonsten bemerkenswert differenzierten) Bundestagsdebatte vom 28. November 2018. Offenbar ist allseits in Vergessenheit geraten, dass bei der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes im Jahre 1997 immerhin ein Drittel der Abgeordneten des Deutschen Bundestages (darunter, retrospektiv gesprochen, drei Justizminister: Kinkel, Schmidt-Jortzig und Däubler-Gmelin) für einen Gesetzentwurf gestimmt hat, der "hirntote" Menschen als Sterbende anerkannte (statt sie als Leichen zu behandeln) und die Organentnahme auf dieser Basis (mittels einer sogenannten engen Zustimmungslösung) geregelt hätte. Auch heute verwirft ein gewichtiger Teil der deutschen Verfassungsrechtslehre das Hirntodkonzept als unvereinbar mit dem Grundgesetz.

Vor diesem Hintergrund ist es interessant zu sehen, mit welcher Hartnäckigkeit die Bundesärztekammer bei ihrem seit Jahrzehnten verfolgten Kurs bleibt, die "Hirntod"-Kontroverse als ein Missverständnis irreführender Laien darzustellen und der internationalen wissenschaftlichen Kritik daran somit nicht nur zu widersprechen (das wäre legitim), sondern sie zu ächten. Das tendenziöse Informationsgebaren der Bundesärztekammer, wie es sich auch in dem von ihr mit herausgegebenen "Deutschen Ärzteblatt" niederschlägt, wäre in dieser Hinsicht eine eigene Analyse wert.

Die Einwände gegen die Einführung einer Widerspruchslösung in welcher Form auch immer beschränken sich indes keineswegs auf die Fundamentalkritik an der Hirntodkonzeption. Erweist sich nämlich nach einer schweren Hirnverletzung (aber noch vor der Diagnose des "Hirntodes"), dass die medizinische Behandlung nicht mehr zu einer Besserung führen kann, die Prognose also infaust, ungünstig ist, so wäre medizinethisch wie medizinrechtlich grundsätzlich eine palliativ, also schmerzlindernd begleitete Behandlungsbegrenzung indiziert, so wie es auch die Formulierung vieler gängiger Patientenverfügungen vorsieht. Gleichwohl wird in solchen Fällen oftmals bereits Tage vor einer ins Auge gefassten Hirntoddiagnose die intensivmedizinische Behandlung unter anderen Vorzeichen fortgesetzt: Sie dient nunmehr der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der später gegebenenfalls zu entnehmenden Organe, also dem Wohl eines noch unbekanntem Dritten, des potentiellen Organempfängers.

Ein ausdrücklicher Erklärungsakt

Für derartige intensivmedizinische Übergriffe in die körperliche

2015 in seiner Stellungnahme "Hirntod und Entscheidung zur Organspende" hingewiesen und eine gesetzgeberische Nachbesserung gefordert - bislang vergeblich.

Ein Widerspruchsmodell könnte eine solche Legitimation sicherlich nicht liefern; im Gegenteil: seine Einführung würde die Problematik noch verschärfen. Aus grundrechtlicher Perspektive bedeutet es schon heute einen schwerwiegenden Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, wenn Patienten, die zur Ermöglichung einer Organentnahme schon Tage vor einer möglichen Hirntoddiagnose einer intensivmedizinischen Behandlung unterzogen werden, nicht mehr gleichsam stumm auf die Unverletzlichkeit ihres Körpers vertrauen dürfen, sondern gezwungen sind, präventiv die Verfügungsmacht von Rechts wegen nicht befugter Dritter durch einen ausdrücklichen Erklärungsakt abzuwehren.

Weitgehend unberücksichtigt lässt die bisherige Diskussion auch die "Synergieeffekte", die sich aus der umstrittenen Widerspruchslösung in Verbindung mit dem schon vorliegenden und überwiegend positiv aufgenommenen Regierungsentwurf für ein "Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende" (GZSO) insbesondere in den Entnahmekrankenhäusern ergeben sollen. Zumal die Rolle des Transplantationsbeauftragten soll nachhaltig gestärkt werden, er soll übergreifende Befugnisse erhalten.

Erhebliche Relativierung

Eine derartige Neuausrichtung der Abläufe in den Entnahmekrankenhäusern könnte unter der Geltung eines Widerspruchsmodells eine besonders fragwürdige Dynamik entfalten. Denn wenn Krankenhäuser nach jetzigem Stand einen potenziellen Organspender nicht melden, dann ist das Ausdruck der ärztlichen Entscheidung, ihre Patienten bei einer Hirnverletzung mit infauster Prognose sterben zu lassen, insbesondere (aber nicht nur) dann, wenn der Patient in einer Patientenverfügung eine Begrenzung lebensverlängernder Therapie für diesen Fall verfügt hat. Beim potentiellen Organspender aber wird ärztlicherseits nicht die (neutral gesprochen) kreislaufferhaltende Behandlung eingestellt, obwohl eine medizinische Indikation zu seinem Wohl dafür nicht mehr gegeben ist, sondern die Behandlung wird fortgesetzt, bis die Organentnahme erfolgen kann, im Zuge derer es dann im Operationssaal, also nicht im Beisein der Angehörigen, zum Kreislaufstillstand kommt.

Gegen all dies ist nichts einzuwenden, im Gegenteil, es verdiente allseits höchsten Respekt, wenn ein Mensch diesem Vorgehen nach umfassender Information im Voraus zugestimmt hätte, um auf Organe wartenden Menschen zu helfen, und wenn Mediziner unter solchen Voraussetzungen Organentnahmen durchführten. Im Fall einer Widerspruchsregelung droht

sogenannten Patientenverfügungsgesetz des Jahres 2009 (Paragraphen 1901a bis 1904 des Bürgerlichen Gesetzbuchs), eine erhebliche Relativierung: Wenn jeder, der einer Organentnahme nicht widersprochen hat, von Gesetzes wegen grundsätzlich als Organ-"Spender" gilt, ist der fehlende Widerspruch auch Legitimationsgrundlage für die nicht dem Betroffenen, sondern einem Dritten (dem noch unbekanntem Empfänger) zugute kommende Intensivbehandlung im Vorfeld einer möglichen Organentnahme.

Für den Transplantationsbeauftragten, dessen Zielvorgabe lautet, das Spenderpotenzial weitestmöglich auszuschöpfen, besteht kein erkennbarer Anreiz, dem eigenen, nicht fremdnützigen Sterben eines Patienten Raum zu lassen. Dies mag anders sein in Fällen, in denen ein Patient in einer Patientenverfügung unmissverständlich klargestellt hat, seine Vorgabe zur Behandlungsbegrenzung gelte ausnahmslos, das heißt auch in Ansehung einer denkbaren Organentnahme. Doch wie realistisch ist ein solches Szenario, wenn die derzeitigen Aufklärungskampagnen und Informationen die Problematik des sogenannten Hirntodes und der organprotektiven Maßnahmen im Krankenhaus verschleiern?

Alle Rechte vorbehalten © Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, Frankfurt am Main
Vervielfältigungs- und Nutzungsrechte für F.A.Z.-Inhalte erwerben Sie auf www.faz-rechte.de

Die Verschleierung der letzten Dinge

Um welchen Preis wird um mehr Organspenden geworben? Weiß die spendewillige Person, was vor und nach der Hirntodfeststellung mit ihr im Krankenhaus ...

15.01.2019 | Feuilleton | 1188 Wörter