



INHALTSVERZEICHNIS

EVANGELISCHE FRAUEN IN DEUTSCHLAND
ORGANTRANSPLANTATION
POSITIONSPAPIER 2013





1	VORWORT	2
2	MEDIZINISCHE ASPEKTE	5
2.1	HIRNTOD	5
2.2	GEWEBE	17
3	RECHTLICHE ASPEKTE	25
3.1	DEFINITION DES TODES	25
3.2	TOTE SPENDER_INNEN-REGEL	27
3.3	ZIEL DES TRANSPLANTATIONSGESETZES	32
3.4	ORGANISATION UND KONTROLLE	36
4	FRAGEN DER GERECHTIGKEIT	45
4.1	GESCHLECHTERGERECHTIGKEIT	45
4.2	KOSTENGERECHTIGKEIT	51
4.3	GERECHTIGKEIT BEI DER ORGANVERTEILUNG	54
4.4	GERECHTIGKEIT IM GLOBALEN KONTEXT	58
5	INFORMATION – AUFKLÄRUNG – WERBUNG	63
6	AUSBLICK	70
7	DANKSAGUNG	74



1 VORWORT

Ist Organspende aus christlicher Sicht zu befürworten? Die beiden großen christlichen Kirchen sind sich einig: Bereits 1990 haben sie in einer gemeinsamen Erklärung betont, dass „in der Organspende noch über den Tod hinaus etwas spürbar werden [kann] von der ‚größeren Liebe‘, zu der Jesus seine Jünger auffordert“. Zwar sei der Leib ein Geschenk des Schöpfers, über das der Mensch nicht nach Belieben verfügen könne, jedoch dürfe er dieses „nach sorgfältiger Gewissensprüfung aus Liebe zum Nächsten einsetzen“. Das Gebot der Nächstenliebe scheint die Frage, ob Organspende aus christlicher Sicht zu befürworten ist, hinlänglich zu beantworten. Wer als Christin oder Christ keinen Organspendeausweis besitzt, gerät nun in Erklärungsnot. „Wer durch seinen Körper einem anderen neues Leben schenkt – übt Nächstenliebe. Wer dies mit seinem Körper verweigert, muss dies nun begründen“, ist auf der Internetseite evangelisch.de zu lesen.

Bei dem Thema Organtransplantation handelt es sich um ein komplexes Feld, das viele Fragen beinhaltet, die theologisch und ethisch geprüft werden müssen. Diese Komplexität wird – von Ausnahmen abgesehen – im öffentlichen Diskurs nicht vermittelt. Und so fehlen wichtige Informationen, die für die Urteilsfindung unerlässlich sind.

Eine zentrale Frage lautet: Ist ein hirntoter Mensch wirklich tot? Dass dies so ist, sagt die Bundesärztekammer – die auch definiert, dass ein Hirntod dann eingetreten ist, wenn die Gesamtfunktion des Gehirns, bestehend aus Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm irreversibel (also unumkehrbar) erloschen ist. Nicht nur in der philosophischen/theologischen Debatte, sondern auch innerhalb der medizinischen Wissenschaft bestehen schon lange Zweifel an dieser Auffassung. Manche Fachleute sagen, dass Hirntote keine toten, sondern sterbende Menschen sind. Wenn dem so wäre, würde das bedeuten, dass die Organe noch lebenden Menschen entnommen werden und der endgültige Tod erst während der Explantation eintritt. Wie wäre ein solcher Eingriff in den Sterbeprozess theologisch zu werten? Zur Frage, wann ein Mensch als tot gilt, gehört theologisch auch das Nachdenken darüber, wie die Bibel Leben versteht und welche Bedeutung dem Funktionieren des Gehirns, des Geistes und des Bewusstseins zukommt.

Eine Frage, die in öffentlichen Diskursen selten erörtert wird, ist die nach der Geschlechterperspektive. Männer werden häufiger als Frauen in die Wartelisten zur Organtransplantation aufgenommen und erhalten häufiger als Frauen einen Ersatz für ihre nicht mehr funktionsfähigen Organe. Auch die Motive für eine Organspende sind unterschiedlich: Frauen führen eher altruistische Beweggründe an, während Männer ihre Organspende häufig als einen heldenhaften Akt beschreiben. Wenn Werbung für Organspende auf das Motiv der selbstlosen Gabe abzielt, kann daraus gefolgert werden, dass sie damit insbesondere Frauen anspricht oder ansprechen soll.

Die Entscheidung, sich für oder gegen eine Organspende auszusprechen (oder auch die, sich nicht zu entscheiden), bedarf des sorgfältigen Abwägens. Der Bundesverband Evangelische Frauen in Deutschland e.V. hat bereits mit einer Ausgabe der „Arbeitshilfe zum Weitergeben“ (2/2013) Impulse gegeben, die Menschen bei einer informierten individuellen Entscheidungsfindung unterstützen können. Das nun vorliegende Positionspapier zielt auf die breite öffentliche Debatte im kirchlichen und gesellschaftspolitischen Raum. Es macht deutlich, dass einfache Antworten und moralische Vereindeutigungen wenig hilfreich sind und ein schlichtes Pro oder Contra der Problematik und



Komplexität des gesamten Themas nicht gerecht wird. Das Thema Organtransplantation wird in diesem Positionspapier aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet: medizinische, juristische und soziologische, theologische und geschlechtsspezifische Sichtweisen werden in ihrer Unterschiedlichkeit beschrieben und Forderungen abgeleitet.

In einem gesellschaftlichen Klima, in dem viele Akteure und Akteurinnen den Wert der Organspende in den Vordergrund stellen, kann das vorliegende Positionspapier mit seinen kritischen Fragen als Ausdruck der Ablehnung von Organtransplantation überhaupt verstanden werden. Dies ist nicht beabsichtigt, vielmehr verbinden die Evangelischen Frauen in Deutschland mit diesem Papier die Hoffnung, dass fundierte Informationen zu einer Horizonterweiterung in Kirche und Gesellschaft führen, die eine unerlässliche Voraussetzung für die Beurteilung einer so komplexen Thematik wie die der Organtransplantation darstellt.

Die Freiheit eines Christenmenschen beinhaltet die Gewissensfreiheit – ein hohes Gut evangelischen Glaubens, welches über allen kirchlichen und weltlichen Autoritäten steht. Der Bundesverband Evangelische Frauen in Deutschland e.V. stellt sich in diese reformatorische Tradition, indem er mit diesem Positionspapier detailliert informiert, Widersprüche aufzeigt, theologische Impulse gibt und damit die Voraussetzungen schafft für eine Beurteilung, die ihrem Gegenstand angemessen ist.

Ilse Falk
Vorsitzende

Angelika Weigt-Blätgen
Stellvertretende Vorsitzende

Dr. Eske Wollrad
Geschäftsführerin



2 MEDIZINISCHE ASPEKTE

2.1 HIRNTOD

Voraussetzung einer legalen Organtransplantation ist in Deutschland der vor der Explantation der Organe festgestellte Tod der Spenderin oder des Spenders. Als tot gelten dabei Patient_innen¹, bei denen ein Hirntod diagnostiziert wurde. Die Evangelischen Frauen in Deutschland teilen die – auch durch medizinische Forschungsergebnisse gestützte – Annahme vieler, dass Patient_innen mit Hirntoddiagnose nicht Tote, sondern Sterbende sind, deren Sterbeprozess erst mit der Organentnahme endgültig abgeschlossen ist. Für die Evangelischen Frauen in Deutschland sind dabei neben den medizinisch-naturwissenschaftlichen Einwänden gegen das Hirntodkonzept biblische und theologische Erwägungen maßgebend.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VON DEN POLITISCH VERANTWORTLICHEN die Organisation eines breiten gesellschaftlichen Diskurses zum Hirntodkonzept als Grundlage der Transplantationsmedizin in Deutschland;

VOM GESETZGEBER die Veränderung der „Erklärung zur Organ- und Gewebespende“ (Organspendeausweis) dahingehend, dass die Bestimmung „nach meinem Tod“ ersetzt wird durch „nach Feststellung meines Hirntodes“;

VOM GESETZGEBER die Festschreibung, dass Organentnahme nach festgestelltem Hirntod nur unter der Bedingung einer Vollnarkose, d.h. Bewusstseinsverlust, Schmerzausschaltung und Muskelentspannung erlaubt ist;

VOM GESETZGEBER, eine Regelung im Transplantationsgesetz zu treffen, dass niemand verpflichtet ist, an spendeoptimierender Pflege und Explantation hirntoter Patient_innen mitzuwirken;

VOM GESETZGEBER die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass das an Explantationen von Organen beteiligte medizinische Personal grundsätzlich Anspruch auf Supervision hat; die Kosten der Supervision müssen der Entnahmepauschale als fester Bestandteil zugerechnet werden;

VOM GESETZGEBER, die Festschreibung, dass auf Wunsch der Organspender_innen oder deren Angehöriger die Organspender_innen durch eine_n Angehörige_n oder durch eine_n Stellvertreter_in in den Operationssaal begleitet werden können; Organspendeausweise sollen die mögliche Erklärung dieses Wunsches ausdrücklich vorsehen; ➡

¹ Die Evangelischen Frauen in Deutschland verwenden durchgängig eine inklusive, d.h. die Geschlechter ausdrücklich benennende Sprache. Um die Vielfältigkeit von Geschlechtern deutlich zu machen, setzt dieses Papier als Bestandteil geschlechtergerechter Sprache zwischen der männlichen und weiblichen Form einen Unterstrich; dies gibt allen, die sich nicht eindeutig positionieren wollen oder können, Raum.



VOM GESETZGEBER, die Voraussetzungen für eine aus Mitteln der Deutschen Stiftung Organtransplantation und der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation finanzierte, aber unabhängige psychologische und/oder seelsorgliche Begleitung der Angehörigen nach einer Organentnahme zu schaffen; zu gewährleisten ist dabei, dass – falls gewünscht – die seelsorgliche Begleitung durch Seelsorger_innen der jeweils eigenen Religion oder auch Konfession erfolgt;

VON DER BUNDESÄRZTEKAMMER die Veränderung der Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes dahingehend, dass apparative Zusatzdiagnostik wie fMRT, PET, SPECT, EEG oder mindestens eine Duplexsonographie der Carotiden (Doppler-Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern) in jedem Falle zwingend vorgeschrieben wird;

VON DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND, eine Studie zum Hirntodkonzept aus biblischer/theologischer Perspektive in Auftrag zu geben;

VON DEN KRANKENHÄUSERN IN TRÄGERSCHAFT VON EVANGELISCHEN KIRCHEN ODER DIAKONIE, dass dort Angehörigengespräche im Rahmen der erweiterten Zustimmungslösung zur Entnahme von Organen und/oder Geweben nach festgestelltem Hirntod ausschließlich durch eigenes, entsprechend ausgebildetes Personal geführt werden.

HINTERGRUND

In Deutschland dürfen – sofern es sich nicht um Lebendspende handelt – seit Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes von 1997 Organe nur Toten entnommen werden. Die Feststellung des Todes erfolgt „nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“.² Zudem regelt das Transplantationsgesetz, dass vor der Organentnahme der Hirntod des Spenders/der Spenderin festgestellt werden muss, der als „nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ bezeichnet wird. Auch diese Diagnose muss nach Verfahrensregeln erfolgen, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen.³ Entsprechend dem Transplantationsgesetz obliegt es bislang allein der Bundesärztekammer, den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festzulegen.⁴ Dementsprechend konstatiert der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in seinen „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“, dass „mit dem Hirntod [...] naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt [ist]“.⁵ Die Hirntoddiagnose muss von zwei Ärzt_innen, die nicht an der Organtransplantation beteiligt sind, in der Regel im Abstand von 24 Stunden unabhängig voneinander gestellt werden.

² Vgl. § 3 (1), 2 TPG.

³ Vgl. § 3 (2), 2 TPG.

⁴ Vgl. § 16 TPG; auf Beschluss des Deutschen Bundestages vom 27. Juni 2013 wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der sicherstellt, dass die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Organtransplantation durch das Bundesgesundheitsministerium zu genehmigen sind. Vgl. Drucksache 17/13897 – System der Organtransplantation in Deutschland nachhaltig stärken: Konsequenzen aus den Manipulationen an Patientendaten in deutschen Transplantationskliniken, Abs. 2.1 (zugänglich unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/138/1713897.pdf; Zugriff am 29.07.2013).

⁵ Vgl. Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 30, 24. Juli 1998 (53), A-1861.



ENTWICKLUNG DES HIRNTODKONZEPTE

Die medizintechnische Voraussetzung für das isolierte Eintreten des Hirntodes⁶ war die Entwicklung der modernen Beatmungstechnologie Mitte des 20. Jahrhunderts. Zuvor galten Menschen als tot, wenn ihr Herz still stand und sie nicht mehr wiederbelebt werden konnten; innerhalb von Minuten kam es dann zu Sauerstoffmangel im Gehirn, dem das Absterben dieses Organs wie aller anderen Organe folgte. Als die Atmung dauerhaft maschinell ersetzt werden konnte, wurde es möglich, diesen zuvor unaufhaltsamen Sterbeprozess zu unterbrechen und die Patient_innen weiter am Leben zu halten. Viele dieser beatmeten Patient_innen können später wieder unabhängig von der Beatmung leben, einige bleiben dauerhaft davon abhängig. Wiederum ein Teil dieser Patient_innen befindet sich in einem Zustand des irreversiblen Komas; in diesen Fällen stellt sich die medizinethische und juristische Frage nach der Erlaubnis zum Abbruch der Behandlung oder zum Wechsel von kurativer zu palliativer Therapie. Zeitgleich war die Technik der Organverpflanzung so weit entwickelt, dass es einen Bedarf an funktionsfähigen⁷ Spender_innenorganen gab. Um eine juristisch einwandfreie Definition der Grundlage einer Organentnahme (oder eines Behandlungsabbruchs) zu schaffen, formulierte eine Expertenkommission der Harvard Medical School 1968 das Hirntodkonzept – die Definition des irreversiblen Komas als Todeskriterium – und erweiterte damit die bisher geltenden sicheren Todeszeichen (Totenflecken und Totenstarre).

Nach massiver Kritik wurde die Begründung des Hirntodkonzeptes in den Folgejahren erweitert, zunächst um das Bewusstseins- beziehungsweise Geistigkeitsargument. Person sein, so das Argument, setze Bewusstsein voraus, dies wiederum die Funktionsfähigkeit von Großhirn und Großhirnrinde. Sei das Bewusstsein unumkehrbar erloschen, könne nicht mehr von einer Person gesprochen werden. Hinzu kam in den 1970er Jahren ein biologisches Argument – die These, dass der Ausfall der im Hirnstamm angesiedelten vegetativen Funktionen die Desintegration des Organismus zur Folge habe, dieser also die Fähigkeit verliere, als ganzer Organismus zu funktionieren. Eine vom Präsidenten der USA Anfang der 1980er Jahre berufene Kommission zur Klärung der Todesdefinition verknüpfte das anthropologische und das biologische Argument und schuf so die Begründung des Hirntodkonzeptes, wie es bis heute auch in Deutschland der Transplantationsmedizin zugrunde liegt.

⁶ Vgl. im Folgenden die ausführlichere Darstellung bei Alexandra Manzei: Tot oder lebendig? Über die Unzulänglichkeiten des Hirntodkonzepts, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 51-57

⁷ In der öffentlichen Debatte wird zur Beschreibung des für eine erfolgreiche Transplantation notwendigen Zustands der Organe oft der anschauliche, aber emotionalisierende Begriff „lebendfrisch“ verwendet. Dieses Positionspapier spricht durchgängig von „durchblutet“ bzw. „funktionsfähig“.



UNANSCHAULICHKEIT DES HIRNTODKONZEPTE

Die Explantation von Organen und/oder Gewebe nach diagnostiziertem Hirntod bedeutet für Angehörige, dass sie sich von einem warmen, beatmeten, der Wahrnehmung nach lebenden Körper verabschieden müssen. Sie sollen verstandesmäßig begreifen, dass die oder der Hirntote „nur scheinbar“ noch lebt, dass seine oder ihre körperlichen Funktionen „nur noch künstlich“ aufrecht erhalten werden, er oder sie in Wirklichkeit aber bereits tot ist. Die Angehörigen erleben in dieser Situation möglicherweise, dass die oder der hirntote Patient_in sich bewegt, und sie sehen, dass die Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Herzfrequenz etc.) gemessen werden – jene Werte also, die bei allen anderen Patient_innen als eindeutige Lebenszeichen gelten. Zudem erleben sie in einigen Fällen, dass die/der Hirntote massiven Behandlungen unterzogen wird (bis hin zu Reanimationen), um die Herz-Kreislauf-Funktionen bis zur Explantation aufrechtzuerhalten.

Zugleich ist seit Langem bekannt, wie wichtig eine liebevolle Begleitung des Sterbens bis zum Ende für die oder den Sterbenden, aber auch für die Angehörigen ist – nicht zuletzt für deren spätere Verarbeitung der Trauer. Steht ein hirntoter Mensch nicht als Organspender_in zur Verfügung, können Angehörige dabei sein, wenn die Beatmung eingestellt wird, und sehen, wie der Tod eintritt. Wird ein Mensch nach festgestelltem Hirntod zum Organspender oder zur Organspenderin, ist eine solche Sterbebegleitung schon deshalb nicht möglich, weil nicht-medizinisches Personal in der Regel keinen Zutritt zum Operationssaal hat. Allerdings gibt es Ausnahmen.⁸

Grundsätzlich käme daher im Fall einer Organexplantation, sofern dies gewünscht wird, die Begleitung des Sterbeprozesses bis zur Wahrnehmbarkeit des Todes in Frage. Würde es Angehörigen ermöglicht, einen hirntoten Menschen in den Operationssaal zu begleiten, könnten sie, am Kopfende sitzend, dabei bleiben und wahrnehmen, wenn das Herz in dieser Brust aufhört zu schlagen.

Dies könnte dem starken Gefühl vieler Angehöriger entgegenwirken, sie hätten ihre_n Liebste_n im schwächsten Moment alleingelassen.

⁸ Dem Argument, nicht-medizinisches Personal könne aus hygienischen Gründen nicht im Operationssaal anwesend sein, widerspricht, dass z.B. werdende Väter ihre Partnerinnen bereits seit einigen Jahren bei Kaiserschnittgeburten begleiten; dabei ist das Operationsfeld durch ein großes Tuch so abgeschirmt, dass es nicht zu ungewollten medizinischen Einsichten kommt.

⁹ Vgl. Alexandra Manzei, Körper – Technik – Grenzen. Kritische Anthropologie am Beispiel der Transplantationsmedizin, Münster u.a., 2003, S. 146-148 sowie Kapitel 4, insbesondere 175-180 sowie Kai-Uwe Kohlschmidt, Die Reise des Lazarus. Vom Hirntod bis zur Organentnahme, Deutschlandradio Kultur, 12.09.2013, zugänglich unter www.dradio.de/download/205476/, Zugriff am 24.09.2013

Einen Eindruck von der zu erwartenden Belastung, der Beteiligte an einer Explantation unter Umständen ausgesetzt sind, vermittelt das Interview der Frankfurter Allgemeinen Zeitung mit einer nicht namentlich genannten Ärztin, die vor 15 Jahren an einer (misslungenen) Explantation beteiligt war. (Zugänglich unter www.faz.net/aktuell/politik/organspende-das-war-ein-katastrophaler-ausbau-von-ersatzteilen-12536010.html; Zugriff am 23.09.2013)



Den Evangelischen Frauen in Deutschland ist bewusst, dass die Teilnahme an einer Explantation die meisten Angehörigen überfordern würde.⁹ Die Begleitung schließt deshalb notwendigerweise ein, dass der Explantation eine offene medizinische Information über die Abläufe vorausgeht sowie eine psychologische und/oder seelsorgliche Begleitung vor, während und nach der Explantation in Anspruch genommen werden kann. Alternativ sollte es möglich sein, eine_n Vertreter_in (beispielsweise Klinikseelsorger_in, Pflegepersonal) zu bestimmen, die oder der bei der Explantation als Garant_in der Interessen der Organspenderin oder des Organspenders anwesend ist.¹⁰

Auch für viele Pflegende und Mediziner_innen bedeutet es eine große Belastung, den nach der Hirntoddiagnose offiziell für tot erklärten Körper weiter zu behandeln und zu pflegen.¹¹

Denn einerseits unterscheidet sich die Versorgung einer hirntoten Person bis zur Explantationsoperation in weiten Teilen nicht von der Versorgung einer schwer hirntot verletzten Person. Andererseits müssen die Pflegenden und die behandelnden Ärzt_innen unmittelbar nach Feststellung des Hirntodes und Freigabe der Explantation die Zielrichtung ihrer Tätigkeit ändern: vom Wohl der/des zu Behandelnden beziehungsweise der/des zu Pflegenden zur Erhaltung und Optimierung der Organe im Interesse der Empfänger_innen¹² – was individuell als schwerer Konflikt mit den Maßgaben des beruflichen Ethos erlebt werden kann. Grundsätzlich können Intensivpflegekräfte und Ärzt_innen diesen Bereich der Arbeit aus Gewissensgründen verweigern, sofern es dem Krankenhaus ohne weiteres möglich ist, die jeweiligen Aufgaben anderen Pfleger_innen und Ärzt_innen zu übertragen. Allerdings ist die Rechtmäßigkeit der Weigerung nach der geltenden Rechtslage immer eine Frage des Einzelfalls. Ein_e Arbeitnehmer_in kann daher nie sicher sein, ob sie oder er die Beteiligung an der Vorbereitung und Durchführung einer Explantation zu Recht verweigert, und darum zwar nicht mit arbeitsrechtlichen, unter Umständen aber mit strafrechtlichen und haftungsrechtlichen Konsequenzen zu rechnen hätte. ❏

¹⁰ So könnte im Übrigen auch angstbesetzten Phantasien über einen nicht würdevollen Umgang mit dem Körper der Organspenderin oder des Organspenders während der Entnahmeoperation entgegengewirkt werden.

¹¹ Laut Untersuchungen sollen ca. 46 Prozent der Krankenpfleger_innen auf Intensivstationen die Pflege hirntoter Patient_innen als belastend empfinden. Vgl. die Darstellung der in der Pflege besonders belastenden Aspekte (und die dort gegebenen Hinweise auf die Fachliteratur) in Anna-Katharina Grieger: Hirntod Belastungsfaktoren des Pflegepersonals und deren präventive Möglichkeiten (zugänglich unter: www.uke.de/zentrale-dienste/bildungszentrum/downloads/Hirntod_Anna_Grieger.pdf; Zugriff am 29.07.2013).

¹² Vgl. die Information der Deutschen Stiftung Organtransplantation, dass eine „konsequente organprotektive Intensivtherapie beim Organspender der erste Schritt zur erfolgreichen Behandlung der Empfänger [ist]. Funktionelle Schäden und Verluste der zur Transplantation vorgesehenen Organe müssen vermieden und eine optimale Organfunktion zum Zeitpunkt der Entnahme sichergestellt werden.“ Zitiert aus: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hrsg.): Leitfaden für die Organspende (zugänglich unter: www.dso.de/uploads/tx_dso/DSO_Leitfaden_Organspende_01_2012.pdf; Zugriff am 18.06.2013)



Eine ausdrückliche Regelung im Transplantationsgesetz, die – analog zur Lösung einer vergleichbaren Problemlage durch § 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz – die Möglichkeit zur Verweigerung einer solchen Tätigkeit aus Gewissensgründen vorsieht, wäre daher sinnvoll.¹³

Für Angehörige wie für beteiligtes medizinisches Personal sind erst nach der Explantation – die oft viele Stunden nach der Hirntoddiagnose erfolgt – die Todeszeichen sichtbar, die sinnlich wahrgenommen werden können: Der Körper ist kalt und leblos, kein Herzschlag ist zu spüren. Das oft große Unbehagen angesichts der „Unanschaulichkeit“ des Hirntodes kann nicht einfach als „irrational“ oder „Wunschdenken von Angehörigen“ weggeredet werden. Denn auch neuere medizinische Forschungsergebnisse¹⁴ lassen die fortwährende Gleichsetzung von Hirntod und Tod mehr als fragwürdig erscheinen.

MEDIZINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHE ZWEIFEL AM HIRNTODKONZEPT

Von größtem Gewicht ist dabei der Nachweis, dass einige künstlich beatmete hirntote Patient_innen Teile ihrer körperlichen Funktionen aufrechterhalten können – etwa, indem sie schwitzen und Infektionen durch Fieber bekämpfen. Hirntote beatmete Patient_innen, die künstlich ernährt wurden, verdauten und schieden aus.¹⁵ Hirntote Kinder können weiter wachsen und sogar ihre Geschlechtsentwicklung fortsetzen, hirntote Männer können Erektionen haben. Bis 2003 wurden zehn Schwangerschaften von hirntoten Frauen über Monate aufrechterhalten und diese Frauen wurden dann von gesunden Kindern entbunden.¹⁶ „Eine Untersuchung [...] hat gezeigt, dass bei zwei von 30 als hirntot diagnostizierten Organspendern [...] Blutdruck und Herzfrequenz bei der Organentnahme sprunghaft anstiegen. Ob es sich dabei um Rückenmarksreflexaktivität handelte, wie die Autoren vermuten, oder um Schmerzreaktionen, ist unklar.“¹⁷

¹³ Informationen durch einzelne Pflegekräfte lassen vermuten, dass Pflegekräfte, die die Beteiligung an spendeoptimierender Pflege und Organexplantation verweigern, in der Regel keine arbeitsrechtlichen Konsequenzen fürchten müssen, ggf. aber nicht mehr auf einer Intensivstation arbeiten können. Das Evangelische Krankenhaus Oldenburg z.B. legt in seiner „Richtlinie zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes“ von 2004 fest, dass diese „als Standard [...] für alle betroffenen Mitarbeiter verbindlich“ ist; dazu gehört, dass „Mitwirkung an den erforderlichen medizinischen und organisatorischen Abläufen einer akuten Organspende [...] grundsätzlich jedem Mitarbeiter als Dienstaufgabe angeordnet werden“ kann. Zur Mitwirkung gehört u.a. die „Detektion des potentiellen Organspenders“, die „im wesentlichen von der fachlichen Qualifikation und Motivation des medizinischen Personals“ abhängt. Abschließend legt die Richtlinie einschränkend fest, dass „bei der Entnahmeoperation [...] im Rahmen der Möglichkeiten vorrangig die Mitarbeiter eingesetzt werden [sollen], die diese Aufgabe freiwillig übernehmen möchten“. Zitiert aus: Evangelisches Krankenhaus Oldenburg (Hrsg.): Richtlinie zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes (zugänglich unter: www.evangelischeskrankenhaus.de/html/ev_krankenhaus/downloads/richtlinie_organspende.pdf; Zugriff am 11.07.2013). Zur Rechtslage vgl. Oliver Ricken: § 11 Recht des Krankenhauspersonalwesens (Rn 47f.), in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Praxishandbuch des Krankenhausrechts, München 2010, 353-386.

¹⁴ Vgl. im Folgenden die ausführliche Darstellung von Sabine Müller: Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten, in: Das Parlament: Beilage APuZ 20-21 (2011), 3-9 (zugänglich unter: www.bpb.de/publikationen/F5U0YL,0,Organspende_und_Selbstbestimmung.html; Zugriff am 29.07.2013).

¹⁵ Der US-Neurologe Shewmon schlussfolgerte bei seinem Vortrag vor dem Deutschen Ethikrat im März 2012, dass Hirntote „severely disabled, totally dependent, tenuously alive organisms as a whole“ sind. Vgl. Alan Shewmon: Is a brain-dead body an organism? Vortrag beim Deutschen Ethikrat am 21. März 2012. (Die Präsentation des Vortrages ist zugänglich unter: <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/hirntod-und-organentnahme>. Zugriff am 07.08.2013.)

¹⁶ Sabine Müller: Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten, in: Das Parlament: Beilage APuZ 20-21 (2011), 4. (zugänglich unter: www.bpb.de/publikationen/F5U0YL,0,Organspende_und_Selbstbestimmung.html; Zugriff am 08.08.2013.)

¹⁷ Ebd., S.6

Dies alles zeigt, dass das Gehirn nicht, wie bisher angenommen, der alleinige Integrator aller Körperfunktionen ist. Auch konnte bei einigen Patient_innen nach Hirntod-Diagnose mithilfe bildgebender Verfahren¹⁸ in Teilbereichen des Gehirns noch Durchblutung nachgewiesen werden.¹⁹ Ob daraus geschlossen werden kann, dass Teile des Gehirns noch (eingeschränkt) funktionsfähig sind, ist nicht geklärt.

In Deutschland sind Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren nur in einigen Ausnahmefällen vorgeschrieben, im Normalfall wird eine klinische Diagnostik zur Feststellung des Hirntodes als ausreichend erachtet.²⁰ Bei dieser Diagnostik werden Funktionen/Reflexe untersucht, die über den Hirnstamm gesteuert werden. Aus dem Ausfall dieser Funktionen wird geschlossen, dass der Hirnstamm nicht mehr durchblutet wird. Erkrankungen, die ausschließlich den Hirnstamm betreffen, bei denen aber andere Teilbereiche des Gehirns noch funktionsfähig sind, können über die klinische Hirntoddiagnostik demnach nicht eindeutig festgestellt werden. Ebenso können Funktionen und Reflexe, die über das Kleinhirn, Mittelhirn oder Großhirn gesteuert werden, nicht mithilfe dieser klinischen Diagnostik untersucht werden. Man nimmt an, dass diese Teile des Gehirns bei funktionsunfähigem Hirnstamm ebenfalls funktionsunfähig sind, und stellt den Hirntod fest. Dies widerspricht der gesetzlichen Regelung, wonach alle Teile des Gehirns nachweislich nicht mehr funktionsfähig sein dürfen, um einen Hirntod zu diagnostizieren.²¹ Eine relativ sichere Diagnose des Hirntodes wäre nur mit Hilfe von apparativer Zusatzdiagnostik möglich.²² Dass mit erhöhten Anforderungen an die Hirntoddiagnostik kleine Krankenhäuser, die nicht über die entsprechenden technischen Voraussetzungen verfügen, als Spendevermittler ausfallen würden, kann grundsätzlich kein Argument gegen die Forderung nach größtmöglicher Qualität in der Diagnose sein.²³ ➡

¹⁸ z.B. funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Einzelphotonen-Emissions-Tomografie (SPECT)

¹⁹ Vgl. Sabine Müller: Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten, in: Das Parlament: Beilage APuZ 20-21 (2011), 5 (zugänglich unter: www.bpb.de/publikationen/F5U0YL,0,Organspende_und_Selbstbestimmung.html; Zugriff am 08.08.2013).

²⁰ Siehe die Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes der Bundesärztekammer, abrufbar unter: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Hirntodpdf.pdf; Zugriff am 20.06.2013. Für eine Hirntoddiagnostik ist es – neben der Untersuchung einiger dem Hirnstamm zugeordneter Reflexe/Funktionen – auch notwendig festzustellen, dass eine eigenständige Spontanatmung fehlt (sogenannter Apnoetest).

²¹ Nach § 3 (2) 2. TPG ist die „Entnahme von Organen oder Geweben [...] unzulässig, wenn [...] nicht vor der Entnahme [...] der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms [...] festgestellt ist.“

²² Vgl. Stefan Welschhold u.a.: Apparative Zusatzverfahren bei der Hirntoddiagnostik: Ein Vergleich von SEP, AEP, EEG, TCD und CT-Angiographie, in: Deutsches Ärzteblatt Int 2012; 109 (39), 624-630 (zugänglich unter: www.aerzteblatt.de/archiv/130983/Apparative-Zusatzverfahren-bei-der-Hirntoddiagnostik-Ein-Vergleich-von-SEP-AEP-EEG-TCD-und-CT-Angiographie; Zugriff 29.07.2013).

²³ Zudem ist anzunehmen, dass dadurch die Zahl der zur Transplantation verfügbaren Organe nicht nennenswert zurückgehen würde. Den Jahresberichten der Deutschen Stiftung Organtransplantation ist eindeutig zu entnehmen, wie verschwindend gering der Anteil der zur Verfügung gestellten Organe durch Krankenhäuser der Kategorie C (Krankenhäuser ohne Neurochirurgie) ist. Vgl. z.B. die Grafik DOS_2012_01_03.jpg im Jahresbericht 2012 (zugänglich unter: www.dso.de/servicecenter/downloads/jahresberichte-und-grafiken.html; Zugriff am 23.09.2013)

Sind keinerlei Aktivitäten des Gehirns mehr vorhanden, ist damit nicht zugleich bewiesen, dass hirntote Patient_innen keine Schmerzen mehr empfinden können. Die Wahrnehmung von Schmerzen erfolgt mithilfe elektrischer Impulse über die Nervenbahnen, die durch das Rückenmark mit dem Gehirn verbunden sind, wo diese Impulse empfangen und ausgewertet werden. Umstritten ist allerdings, ob beim Ausfall einer solchen Bewertung durch das Gehirn Formen der Rezeptivität von Schmerzen beispielsweise durch das zentrale Nervensystem weiterhin möglich sind.²⁴ Daher ist nicht auszuschließen, dass körperliche Reaktionen von hirntoten Patient_innen bei der Explantation von Organen (wie Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz oder Bewegungen von Armen und Beinen) unter Umständen Schmerz- und Abwehrzeichen sind. Die Deutung von körperlichen Bewegungen, die laut Deutsche Stiftung Organtransplantation bei 75 Prozent aller Hirntoten auftauchen, als „spinale Reflexe“ und „Lazaruszeichen“,²⁵ als Zeichen des Todes also, verliert zunehmend an Plausibilität und ist keineswegs unstrittig. Daher gibt es ausreichend Gründe, Organspender_innen bei der Operation zur Explantation vollständig – d.h. unter Ausschaltung von Schmerzen und Bewusstsein sowie Entspannung der Muskeln – zu narkotisieren.²⁶

In Deutschland werden in der Regel nur muskelentspannende Medikamente gegeben, um Bewegungen der Hirntoten während der Explantation zu unterbinden.²⁷ Denn dies würde den operativen Eingriff stören – und in vielen Fällen wohl auch das beteiligte medizinische Personal verstören.²⁸

-
- ²⁴ Bis vor einigen Jahren gingen Mediziner_innen auch davon aus, komatöse Patient_innen könnten nichts wahrnehmen. Heute zeigen vielfältige Forschungen, dass auch Menschen im „Wachkoma“ (medizinisch korrekter ist der Begriff unresponsive wakefulness syndrom) über ein – wenn auch möglicherweise sehr eingeschränktes – Bewusstsein verfügen. Vgl. z.B. Ansgar Herkenrath: Begegnung mit dem Bewusst-Sein von Menschen im Wachkoma. Darstellung und Untersuchung von Bewusstsein und Entwicklung kognitiver Gehirnleistung von Menschen im Wachkoma am Beispiel der Begegnung in der Musiktherapie (Dissertation Universität Duisburg; Medizinische Fakultät 2004). [zugänglich unter: www.musiktherapie-wachkoma.de/Dissertation; Zugriff am 17.06.2013].
- ²⁵ „Die zur Spende freigegebenen Organe werden von verschiedenen Ärzteteams entnommen. Hierbei werden keine schmerzstillenden Medikamente verabreicht, weil eine Schmerzwahrnehmung beim endgültigen Ausfall der Gesamthirnfunktionen nicht mehr möglich ist. Es werden aber teilweise Medikamente zur Entspannung der Muskulatur verabreicht. Denn nach dem Eintreten des Hirntodes können spontan oder als Reaktion auf äußere Reize durch die Tätigkeit des Rückenmarks Bewegungen der Arme und Beine auftreten. Diese Bewegungen, die sogenannten Lazarus-Zeichen, sprechen nicht gegen den Hirntod. Sie entstehen außerhalb des Gehirns auf der Ebene von Rückenmark, Nerven und Muskulatur und sind für den Hirntod geradezu typisch. Sie haben mit dem personalen Leben des Menschen nichts zu tun und weisen auch nicht auf Schmerzempfindungen hin.“ Quelle: www.organspende-info.de/organ-und-gewebespende/verlauf/entnahme (Zugriff am 29.07.2013)
- ²⁶ Die Frage, ob und ggf. warum die Organentnahme unter (welcher Art von) Narkose erfolgt, wird in den europäischen Ländern unterschiedlich beantwortet.
- ²⁷ „Während der Organentnahme ist die Durchführung einer Narkose zur Ausschaltung des Bewusstseins und der Schmerzreaktionen überflüssig, weil das primäre Zielorgan – das Gehirn und die betroffenen zentralen Rezeptoren – nachgewiesenermaßen irreversibel ausgefallen sind. Unabhängig vom vollständigen und irreversiblen Ausfall aller Hirnfunktionen bleiben Funktionen des vegetativen Nervensystems im Rückenmark [...] erhalten, die zu Hypertonie, Tachykardie, (Hyper-)hidrose oder spinalen Automatismen (Beugekontraktionen) führen können. Deshalb wird der Organspender zur Optimierung der chirurgischen Tätigkeit sowie zur Vermeidung dieser autonomen Reaktionen relaxiert [...]. Ein vegetativ induzierter Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg kann durch Opiate [...] vermieden werden.“ Zitiert aus: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hrsg.): Leitfaden für die Organspende (zugänglich unter: www.dso.de/uploads/tx_dsodl/DSO_Leitfaden_Organspende_01_2012.pdf; Zugriff am 18.06.2013).
- ²⁸ Auf die Problematik weisen nicht nur Kritiker_innen des Hirntodkonzeptes hin. Laut DSO „[konfrontiert] die Beteiligung an einer Organentnahme [...] Anästhesisten und Anästhesie-Pflegekräfte mit ungewohnten Aufgaben. Sie betreuen eine Operation mit dem Ziel, die getroffene Entscheidung zur Organspende für schwerkranke Patienten umzusetzen. Das Anästhesie-Team leistet dabei einen wichtigen Beitrag zum Transplantationserfolg, weil es die auf der Intensivstation eingeleitete organprotektive Therapie bis zur Konservierung der Organe fortführt.“ Zitiert aus: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hrsg.): Leitfaden für die Organspende (zugänglich unter: www.dso.de/uploads/tx_dsodl/DSO_Leitfaden_Organspende_01_2012.pdf; Zugriff am 18.06.2013).



BIBLISCHE UND THEOLOGISCHE ANFRAGEN AN DAS HIRNTODKONZEPT

Das der Transplantationsmedizin zugrunde liegende Menschenbild ist funktional, organzentriert und hierarchisch bestimmt. Denn das Gehirn wird hier als organische Grundlage der Persönlichkeit wie auch als Integrations- und Steuerungszentrale des Körpers wahrgenommen, das Organ Gehirn erhält oberste Priorität gegenüber allen anderen Organen. Kurz: „Die Hirnleistung macht uns zu Menschen.“²⁹ Ähnlich argumentieren EKD und Deutsche Bischofskonferenz in der gemeinsamen Erklärung „Organtransplantationen“ von 1990, wenn erläutert wird, warum der Hirntod ebenso wie der Herztod den Tod eines Menschen bedeutet: „Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgendetwas entscheiden.“³⁰

In der kurz zuvor ebenfalls von EKD und Deutscher Bischofskonferenz veröffentlichten Erklärung „Gott ist ein Freund des Lebens“ heißt es zur besonderen Würde des menschlichen Lebens hingegen, „dass jeder Mensch sich verstehen darf als von Gott geschaffen und gewollt [...], dass jeder Mensch vor Gott und den Menschen einen eigenen Wert und Sinn besitzt. ☒

²⁹ Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, bei einer Podiumsdiskussion in Hannover im Februar 2012. Zitat nachzulesen bei: Christian Beneker: Heftige Kontroverse: Wann ist ein Mensch tot?, in Ärzte Zeitung (22. Februar 2012. Zugänglich unter: www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinethik/article/805434/heftige-kontroverse-wann-mensch-tot.html; Zugriff am 29.07.2013).

³⁰ So in Kap. 3.2. von: Deutsche Bischofskonferenz/EKD (Hrsg.): Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Bonn/Hannover 1990 (zugänglich unter: www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html; Zugriff am 29.07.2013).



Diese Auszeichnung des Menschen ist unverlierbar, wie immer der Mensch beschaffen ist und was immer mit ihm geschieht – und sei er in seinen Lebensäußerungen noch so eingeschränkt.³¹ Wo ein hierarchisches Menschenbild in der philosophischen Debatte zu einer Höherbewertung von Bewusstsein und kognitiven Fähigkeiten geführt hat – und in Folge dessen zur Behauptung eines abgestuften Lebensrechtes³² – reagieren EKD und Deutsche Bischofskonferenz ebenfalls eindeutig: „Jeder Mensch, wie immer er ist, gesund oder krank, mit hoher oder mit geringer Lebenserwartung, produktiv oder eine Belastung darstellend, ist und bleibt ‚Bild Gottes‘. Die Überzeugung, dass letztlich nicht eigene Qualitäten, sondern Gottes Annahme und Berufung dem Menschen Gottebenbildlichkeit und damit seine Würde verleihen, muss sich gerade gegenüber dem kranken, behinderten und sterbenden Leben bewähren.“³³

Die Evangelischen Frauen in Deutschland schließen sich dieser Position an und betonen, dass ein christlich geprägtes Menschenbild ganzheitlich orientiert ist und durch die untrennbare Einheit von Körper und Geist/Seele bestimmt wird. Auch wenn die Bibel nichts vom modernen, naturwissenschaftlich geprägten Menschenbild weiß, das der (westlichen) Medizin zugrunde liegt, können aus dem, was biblisch von menschlichem Leben und Sterben erzählt wird, bedenkenswerte Anfragen und Hinweise gewonnen werden.³⁴

Die Hebräische Bibel³⁵ gibt keine Definition, sondern entfaltet, was Leben ist, in Erzählung und Poesie. Lebendigkeit wird dabei ganz körperlich gedacht – und lebendiges Fleisch (hebr. basar) wird ein Mensch dann, wenn Gott ihm oder ihr den Lebensatem (hebr. neschema beziehungsweise ruach) einhaucht. Als ein von Gottes ruach/Geist beatmetes Wesen ist ein Mensch beseeltes Fleisch,³⁶ imago dei³⁷ oder, in der Sprache des Neuen Testaments, „Tempel des Heiligen Geistes“.³⁸

³¹ Deutsche Bischofskonferenz/EKD (Hrsg.): Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Bonn/Hannover 1989 (zugänglich unter: www.ekd.de/EKD-Texte/44678.html; Zugriff am 29.07.2013).

³² Für einige prominente Vertreter des Utilitarismus wie Peter Singer und Tristram Engelhardt Jr. sind Personsein – und damit Lebensschutzrechte – an bestimmte Eigenschaften wie Bewusstsein oder Interessen-Haben gebunden. Demnach gäbe es Tiere (z.B. Menschenaffen), die als Person bezeichnet würden und Menschen, die (aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung) nicht als Person betrachtet würden.

³³ So in Kap. IV,5 von Deutsche Bischofskonferenz/EKD (Hrsg.): Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Bonn/Hannover 1989 (zugänglich unter: www.ekd.de/EKD-Texte/44678.html; Zugriff am 29.07.2013).

³⁴ Vgl. im Folgenden die ausführliche Darstellung von Ruth Poser: Du nimmst ihre Geistkraft zurück. Hirntod und Organtransplantation vor dem Hintergrund der Hebräischen Bibel, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 6-13.

³⁵ Jüd_innen haben darauf aufmerksam gemacht, dass die im Christentum übliche Bezeichnung "Altes Testament" auch die Bedeutung alt, veraltet oder überholt haben kann und so der Eindruck entstehen könne, dass das Alte Testament durch das Neue Testament abgelöst worden sei. Daher nutzen die Evangelischen Frauen in Deutschland die Bezeichnung "Hebräische Bibel".

³⁶ Dieser Ausdruck wurde besonders von der us-amerikanischen Theologin Sharon Betcher geprägt, die kritisiert, dass hinter einer spiritualisierenden Rede vom „Leib“ die tatsächlichen Gegebenheiten des Körpers mit all seinen Verletzlichkeiten verschwinden und damit ein Ideal eines normativen, gesunden, „heilen“ Körpers unterstützt wird. Vgl. Sharon Betcher: Spirit and the Politics of Disablement, Minneapolis 2007.

³⁷ Vgl. die Rede von den Menschen als „Bild Gottes“ in Gen 1,26-28. Die Evangelischen Frauen in Deutschland widersprechen der Auffassung, nur der paradiesische Mensch sei Ebenbild Gottes gewesen, nach dem sogenannten Sündenfall sei die Gottebenbildlichkeit einzig durch die Erlösung der Welt durch Jesus Christus wieder ermöglicht worden. Demgegenüber betonen die Evangelischen Frauen in Deutschland, dass Gottes Zusagen an die Menschen bleibend sind und sich an die ganze Menschheit richten.

³⁸ 1 Kor 6,19.

Menschliche Lebendigkeit an die Hirnfunktion zu binden, erscheint schöpfungstheologisch fragwürdig. Wie Leben der Hebräischen Bibel zufolge körperlich gebundenes Atmen – und zwar Atmen aus dem Atem Gottes – ist, ist Sterben die Rücknahme des menschlichen Atems durch und zu Gott. Der Tod selbst oder gar der Todeszeitpunkt werden dabei in der Hebräischen Bibel nicht definiert; manches deutet darauf hin, dass das Sterben eher im Sinne eines Prozesses begriffen wurde, der Klage-, Trauer- und Abschiedsrituale in den letzten Lebenstagen und ersten Todestagen sowie das Begräbnis umschließen konnte.³⁹

Als Christ_innen sind die Evangelischen Frauen in Deutschland davon überzeugt, dass alle Menschen von Gott angesehen und daher mit einer unverlierbaren Würde ausgestattet sind – unabhängig von ihrer körperlichen Verfasstheit und ihren Möglichkeiten zur aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Das heißt: Nicht die Hirnleistung macht uns zu Menschen, sondern die Beziehung Gottes zu einem jeden einzelnen Menschen, die diesem von Beginn bis zum Ende seines Lebens – unabhängig von Kognitivität, Moralität oder auch Religiosität – zukommt. Begrenztheit und Endlichkeit, Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit sind Wesensmerkmale menschlichen Lebens⁴⁰ und gehören seit Anbeginn der Schöpfung zum Leben hinzu. Bereits die paradiesischen Menschen waren sterblich,⁴¹ Sterben und Tod sind Wesensmerkmale der Geschöpflichkeit. Menschen mit schweren Erkrankungen oder Behinderungen, sterbende Menschen und auch Menschen mit Hirntodsyndrom spiegeln diese Wesensmerkmale auf eine besonders eindringliche Art wider. Einen qualitativen Unterschied zu anderen Formen des Lebens begründet das nicht.⁴² ➔

³⁹ Ruth Poser weist darauf hin, dass der Tod(eszeitpunkt) „an sich“ eher unbestimmt bleibt und das damit zusammenhängende Geschehen prozesshaft erscheint – was damit zusammenhänge, dass Tod und Leben im biblischen Kontext nicht streng getrennt sind. Vielmehr greifen Lebens- und Todessphäre vielfältig ineinander. Wie z.B. Katastrophen oder Lebenskrisen individuell wie kollektiv als Todeserfahrungen gelten (vgl. Ps 22), so die Rettung daraus als Erfahrung von Gottes todüberwindender Macht. Vgl. Ruth Poser: Du nimmst ihre Geistkraft zurück. Hirntod und Organtransplantation vor dem Hintergrund der Hebräischen Bibel, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 6-13.

⁴⁰ Vgl. Kap. 1 von Deutsche Bischofskonferenz/EKD (Hrsg.): Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Bonn/Hannover 1989 (zugänglich unter: www.ekd.de/EKD-Texte/44678.html; Zugriff am 29.07.2013).

⁴¹ Siehe Gen 3,22: „Und Adonaj, also Gott, sprach: ‚Schau, der Mensch ist im Blick auf die Erkenntnis von Gut und Böse wie einer von uns geworden. Dass er nun nicht auch noch seine Hand ausstreckt, vom Baum des Lebens nimmt, isst und so ewig lebt.‘“

⁴² Menschen mit Hirntodsyndrom gehören sicherlich zu den Schwächsten und Bedürftigsten dieser Aufzählung, da sie nicht mehr mit eigener Stimme sprechen und mit ihrer Umwelt eindeutig wahrnehmbar kommunizieren können. Gleichwohl zeigt z.B. der Mediziner Andreas Zieger auf, dass auch hirntote Menschen zur Selbstaktualisierung und Reaktionen auf die Umgebung in der Lage sind, wenn auch nur auf einer basalen, vegetativen Ebene (vgl. Andreas Zieger: Medizinisches Wissen und Deutungen in der „Beziehungsmedizin“ – Konsequenzen für Transplantationsmedizin und Gesellschaft, in: Alexandra Manzei/Werner Schneider [Hrsg.], Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis, Münster 2006, 157-181).



Ein solches Menschenbild schließt einen abgestuften Würdebegriff, wie er in der Debatte um den Personbegriff postuliert wird, aus. Menschen lassen sich nicht in Personen erster und zweiter Klasse unterscheiden, ihr Lebensrecht und das Recht auf einen würdevollen Sterbeprozess darf nicht davon abhängig gemacht werden, welchen Nutzen sie für die Gesellschaft erbringen, mit welchen Fähigkeiten sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben können oder welchen Nutzen einzelne oder die Gesellschaft von der Verwertung ihrer Körperteile haben könnten. Gerade das verletzte, schwache Leben steht unter dem besonderen Schutz Gottes.⁴³ Im Kontext der Organtransplantation ist aus theologischer Perspektive darauf zu bestehen, dass der Schutz des sterbenden Lebens genauso hoch zu bewerten ist wie der Schutz des vom Tode bedrohten, schwerkranken Lebens.

Das Leben als Gabe Gottes zu begreifen fordert dazu auf, dass Menschen Verantwortung für sich, für ihr Leben und für das Leben ihrer Mitmenschen und der anderen Mitgeschöpfe übernehmen. Diese Verantwortung beinhaltet beides: Krankheiten zu heilen oder zu lindern, Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern ebenso wie Menschen ein begleitetes und behütetes Sterben zu ermöglichen. Diese Aufgaben können nur im Respekt vor der unantastbaren Würde eines jeden einzelnen Menschen bewältigt werden, unabhängig davon, ob dieser am Beginn oder am Ende seines Lebens steht.⁴⁴

Viele Kirchenvertreter_innen argumentieren, dass das jüdisch-christliche Gebot der Nächstenliebe auch den Einsatz des eigenen Körpers aus Solidarität mit den Kranken einschließe.⁴⁵ „Nächstenliebe bedeutet die Bereitschaft, auch etwas persönlich ganz Wertvolles für andere einzusetzen.“⁴⁶ Wird im Kontext von Organtransplantationen mit dem Gebot der Nächstenliebe argumentiert, dann in aller Regel mit Blick auf diejenigen, die auf ein gespendetes Organ warten.⁴⁷ Dabei erweist sich das Gebot der Nächstenliebe als das theologische Argument, das am häufigsten verwendet wird, um den für die Transplantation notwendigen medizinischen Eingriff in den Sterbeprozess der Spender_innen zu rechtfertigen. So sehr dieses Argument auf den ersten Blick einleuchtet, darf nicht außer Acht bleiben, dass der biblische Kontext des Gebots der Schutz der Schwächsten ist; daher wäre mindestens mit zu bedenken, ob einer Entnahme von Organen aus einem sterbenden Menschen deshalb auch widersprochen werden kann.

⁴³ Die Bundestreue Israels macht sich z.B. daran fest, wie die Israelit_innen mit den Witwen, Waisen, Sklav_innen und Fremden umgehen, prophetische Kritik bezieht sich auf die Unterdrückung der Schwachen und in der Wiederaufnahme des Doppelgebots der Liebe werden im Neuen Testament ausdrücklich die Fremden, die Feinde und die Ausgegrenzten eingeschlossen.

⁴⁴ Vgl. Deutsche Bischofskonferenz/EKD (Hrsg.): Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Bonn/Hannover 1989 (zugänglich unter: www.ekd.de/EKD-Texte/44678.html; Zugriff am 29.07.2013) sowie EKD (Hrsg.): „Und unsern kranken Nachbarn auch“. Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik, Gütersloh 2011 (zugänglich unter: http://www.ekd.de/download/denkschrift_gesundheitspolitik2011.pdf; Zugriff am 29.09.2011).

⁴⁵ Siehe z.B. Nikolaus Schneider: Geistliches Wort zur Organspende (zugänglich unter: www.ekd.de/presse/pm258_2012_schneider_geistliches_wort_zur_organspende.html; Zugriff am 29.07.2013).

⁴⁶ So z.B. begründet der bayrische Diakoniepräsident M. Bammessel, warum die Diakonie seines Erachtens klar pro Organspende auftreten müsse. (www.bayern-evangelisch.de/www/informiert/eine-frage-der-naechstenliebe.php, Zugriff am 08.08.2013.)

⁴⁷ Zur ethischen Bedeutung des „Gebots der Nächstenliebe“ vgl. Stefanie Schardien: Größere Liebe hat niemand? Bibelarbeit zu Johannes 15,13, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 14-20. Kundgebung der 9. Synode der EKD auf ihrer 7.Tagung (zugänglich unter: www.ekd.de/download/synode2002_kundgebungsentwurfmitdeckblatt.pdf; Zugriff am 29.07.2013)



Theologisch bleibt zudem die Frage, ob es ethisch gestattet ist, in den Sterbeprozess eines Menschen einzugreifen, um Teile von dessen Körper weiter zu verwenden – auch wenn dies aus lautersten Motiven geschieht. In einem anderen Kontext hat die Synode der EKD dazu erklärt: „Abzulehnen sind aber alle Methoden der Forschung oder Therapie, durch die Menschen bloß als Mittel für die Heilungschancen anderer Menschen gebraucht werden. Jedes ‚Ethos des Heilens‘ muss um seine Grenzen wissen, um menschlich zu bleiben.“⁴⁸

2.2 GEWEBE

Die postmortale Gewebespende unterscheidet sich wesentlich von der Organspende nach Hirntod – vor allem deshalb, weil die gespendeten Gewebe zum größten Teil nicht unmittelbar zur Transplantation genutzt, sondern in verarbeiteter Form verwendet werden. Zudem müssen die für eine Weiterverwendung geeigneten Gewebe, anders als die meisten Organe, bei der Entnahme nicht durchblutet sein, sodass die Explantation auch noch Stunden nach dem Eintritt des Todes möglich ist. Auch wenn die ethischen Fragen sich damit deutlich von denen bezüglich einer Organentnahme nach festgestelltem Hirntod unterscheiden, sind aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland Änderungen an der derzeitigen Gesetzeslage und medizinischen Praxis notwendig.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VOM GESETZGEBER, die bisherigen Organspendeausweise ausdrücklich als Organ- und Gewebespendeausweise kenntlich zu machen;

VOM GESETZGEBER die Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen, dass die postmortale Gewebespende die Erklärung durch die Spender_innen (ab 18 Jahren)⁴⁹ selbst in einem Organ- und Gewebespendeausweis voraussetzt; Angehörige sollen der Gewebeentnahme nur dann ➔

⁴⁸ Kundgebung der 9. Synode der EKD auf ihrer 7. Tagung (zugänglich unter: www.ekd.de/download/synode2002_kundgebungsentwurfmitdeckblatt.pdf; Zugriff am 29.07.2013).

⁴⁹ Derzeit werden Entscheidung bezüglich einer Gewebespende von Kindern und Jugendliche unter 16 Jahren im Rahmen der elterlichen Sorge getroffen. Analog zu anderen medizinischen Entscheidungsbereichen (z.B. Operationen) erscheint eine Regelung geboten, in der die Altersgrenze auf die Volljährigkeit angehoben wird.



stellvertretend zustimmen dürfen, wenn die/der Verstorbene ihnen gegenüber ausdrücklich ihren/seinen Willen zur Gewebespende erklärt hat;

VOM GESETZGEBER die Sorge dafür, dass leicht zugängliche Information zur Verfügung gestellt wird, die offen, umfassend und in allgemein verständlicher Sprache die Implikationen einer Zustimmung zur Gewebespende beschreibt – insbesondere den Unterschied zwischen Spende zur Transplantation (wie beispielsweise Hornhaut, Herzklappen) und Weiterverarbeitung anderer Gewebe zu Arzneimitteln;

VOM GESETZGEBER die Bestimmung, dass eine bundesweit arbeitende Behörde eingerichtet wird, die die Weiterverarbeitung und -verwendung von Geweben als Arzneimittel kontrolliert und die Kommerzialisierung verhindert;

VON DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND die Initiierung und Vergabe theologischer Studien zum Körperkonzept, wie es der postmortalen (Organ- und) Gewebespende und deren Verwendung zur Transplantation zugrunde liegt.

HINTERGRUND

Das Dokument, mit dem sich Menschen in Deutschland auseinandersetzen sollen, heißt offiziell „Organspendeausweis“. Bei den konkreten Fragen auf der Rückseite jedoch ist von „Organen/Geweben“ die Rede. Der Bereich der Gewebespende unterscheidet sich aber in einem ganz grundsätzlichen Aspekt von der Organspende: Gewebe müssen nicht durchblutet entnommen werden, sie können auch noch Stunden (z.T. bis zu 72 Stunden) nach Eintritt des Todes durch Herz-Kreislaufstillstand explantiert werden. Daraus folgt, dass sehr viel mehr Menschen als potentielle Gewebespende_innen (ca. 400.000/Jahr) in Frage kommen denn als Organspende_innen (geschätzt ca. 4000/Jahr).⁵⁰

⁵⁰ Vgl. Art. Gewebespenden, in: Ärzte Zeitung (4. August 2012; zugänglich unter www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/organspende/article/819096/gewebespenden_gewebespenden-aufklaerung.html; Zugriff am 14.05.2013). Die Zahl der potentiellen Organspende_innen ist nicht belegt. Studien hierzu arbeiten mit Hochrechnungen. Vgl. Alexandra Manzei: Organmangel als strukturelles Problem der Transplantationsmedizin, in: Zur Debatte. Zeitschrift der Katholischen Akademie Bayern. Zugänglich unter: www.kath-akademie-bayern.de/ausgabe/2013/3.html.



VERWENDUNGSMÖGLICHKEITEN GESPENDETER GEWEBE

Entnommen werden können Haut, Herzklappen, Augenhornhaut, Knochen (der Gliedmaßen, d.h. Arm und Bein, der Beckenkamm, Rippenknorpel) sowie Sehnen, Bänder, Muskeln und die großen Blutgefäße. Außerdem können Gewebe, anders als bei der Transplantation etwa von Herzen oder Lebern, für die nach der Entnahme nur wenige Stunden bis zur Implantation in einen anderen menschlichen Körper zur Verfügung stehen, bei entsprechender Konservierung zum Teil noch über Jahre für Transplantationen verwendet werden.⁵¹

Von Bedeutung ist, dass es zwei Arten von Gewebespenden gibt. Zur einen zählen beispielsweise Herzklappen, Haut oder die Hornhaut des Auges. Mit der Übertragung der Hornhaut eines oder einer Verstorbenen kann einem anderen Menschen wieder zum Sehen verholfen werden, Hauttransplantationen können die Folgen schwerster Verbrennungen von Unfallopfern lindern. Die zweite Art von Gewebespende betrifft beispielsweise Knochen: Diese werden z.T. zerschnitten oder gemahlen, als Granulat gefriergetrocknet oder als Paste bei Gewebebanken angeboten. Dies bedeutet, dass Gewebetransplantate zum Teil zu Arzneimitteln verarbeitet werden. Konsequenterweise finden sich daher Regelungen zum Umgang mit Gewebetransplantaten sowohl im Transplantationsgesetz als auch im Arzneimittelgesetz.

Zu den Organisationen, die diese Gewebe verarbeiten, gehört das gemeinnützige Deutsche Institut für Zell- und Gewebeersatz (DIZG).⁵² Nach eigenen Aussagen hat das DIZG im Jahr 2011 „rund 24.600 humane Transplantate in ca. 250 Formen, Größen und Gewebearten“ hergestellt, die im Online-Katalog „geordnet nach Anwendungsgebiet vorgestellt“ werden.⁵³ Zuständig für die Koordination der Gewebetransplantation ist die Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation mbH (DGFG).⁵⁴ Sie koordiniert den gesamten Ablauf des Verfahrens – von der Spender_innenmeldung über Gespräche mit den Angehörigen, die medizinische Klärung der Voraussetzung für eine Spende und die Entnahme von Geweben bis hin zur Vermittlung, Logistik und Bereitstellung der aufbereiteten Gewebe. Untersucht, verarbeitet, gelagert, konserviert und verteilt werden die Gewebespenden in (auf die unterschiedlichen Gewebe spezialisierten) Gewebebanken. ➡

⁵¹ Aorten- und Pulmonalklappen z.B. können bei -180° C bis zu 5 Jahren gelagert werden. Quelle: www.br.de/radio/bayern2/sendungen/gesundheitsgesprach/themen/organspende-transplantationsmedizin-gewebetransplantation100.html (Zugriff am 18.06.2013).

⁵² Vgl. Christoph Schmidt-Petri/Franz Himpf: Art. „Zellfrei, gefriergetrocknet. Knochenmehl, Haut, Achillessehnen: Was geschieht eigentlich mit Gewebespenden?“, in: Süddeutsche Zeitung vom 30. Mai 2012, 16

⁵³ Zitate aus: www.dizg.de/gewebetranplantate.html. Vgl. z.B. die Präparate im Bereich der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, präsentiert in der „DIZG DENTAL LINE“, darunter etwa demineralisierte Knochenmatrix im Fläschchen oder in der Spritze: www.recursoosmedicos.com/htm/esp/productos/pdf/catalogos/dzig_dental_catalog.pdf (Zugriff am 29.07.2013).

⁵⁴ Vgl. www.gewebenetzwerk.de. Die DGFG, ursprünglich eine Tochterorganisation der DSO, ist seit 2007 ein eigenständiges Netzwerk, das durch drei Gesellschafter getragen wird: die Medizinische Hochschule Hannover, das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und das Universitätsklinikum Leipzig.



Nach eigener Aussage arbeitet die Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation mbH, selbst eine gemeinnützige, nicht kommerzielle Gesellschaft,⁵⁵ dabei ausschließlich mit gemeinnützigen Partner_innen zusammen – dazu zählen zehn Gewebebanken sowie zwei Knochenbanken und drei Herzklappenbanken in Deutschland. Jedoch gibt es rund fünfzehn weitere Gewebebanken, über deren Organisationsstatus nichts bekannt ist. Nicht bekannt ist zudem die Zahl der Knochenbanken, die nicht mit der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation mbH zusammen arbeiten.⁵⁶

BEDARF UND SPENDEBEREITSCHAFT

Das Transplantationsgesetz sieht – wie bei Organen – als Voraussetzungen für die Entnahme von Geweben toter Spender_innen die Einwilligung des Spenders/der Spenderin oder stellvertretend deren oder dessen Angehöriger, die Feststellung des Todes und die Entnahme durch eine Ärztin oder einen Arzt oder durch eine andere qualifizierte Person unter ärztlicher Aufsicht vor.⁵⁷

Und wie im Bereich der Organspende ist die Bereitschaft in der Bevölkerung zur postmortalen Gewebespende gering – auch wenn die daraus entstehende Lücke zwischen Nachfrage und Angebot im allgemeinen Bewusstsein nicht annähernd so präsent ist.

Das mag mit unterschiedlich langen Wartezeiten zusammenhängen⁵⁸ oder auch damit, dass Organe in der öffentlichen Wahrnehmung Leben retten, Gewebe das Leben „nur“ lebenswerter machen.⁵⁹ Allerdings ist der „konkret existierende Mangel an Gewebetransplantaten [...] zurzeit auch aufgrund von Importen wenig spürbar.“⁶⁰ Diese Importe wären nach Ansicht des Deutschen Ärztetages „überflüssig, wenn durch Politik und Ärzteschaft die Voraussetzungen zur Realisierung von allen letztwilligen Verfügungen zur Gewebespende geschaffen würden. Es fehlen Aufklärungskampagnen [...], ausdifferenzierte Regelungsinstrumente wie Spenderregister, flächendeckende Schaffung von Gewebeeinrichtungen und analog zum Transplantationsbeauftragten Gewebebeauftragte an Kliniken.“ Und auch innerhalb der Ärzteschaft könne die Bereitschaft zur Wahrnehmung des letzten Willens Verstorbener verbessert werden.⁶¹

⁵⁵ Finanziert wird das System laut Aussage von Axel Manecke, Regionalleiter der DGFG, indem die Krankenkassen nach erfolgreicher Operation zur Implantation eine pauschale Aufwandsentschädigung zahlen, in der die Kosten für Entnahme, Untersuchung, Konservierung und Transport der Gewebe enthalten sind. Quelle: www.br.de/radio/bayern2/sendungen/gesundheitsgesprach/themen/organspende-transplantationsmedizin-gewebetransplantation100.html (Zugriff am 29.07.2013).

⁵⁶ Quelle: Art. Gewebespenden, in: Ärzte Zeitung online, Ärzte Zeitung (4. August 2012; zugänglich unter www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/organspende/article/819096/gewebespenden-aufklaerung.html; Zugriff am 14.05.2013).

⁵⁷ Vgl. § 3 TPG.

⁵⁸ Die durchschnittliche Wartezeit auf ein Hornhauttransplantat beträgt zum Beispiel im Universitätsklinikum Freiburg zurzeit ca. 2-3 Monate; vgl. www.uniklinik-freiburg.de/augenklinik/live/homede/hbe/PatienteninfoHHTransplantation.pdf (Zugriff am 31.05.2013). Die Wartezeit für eine passende Niere beträgt hingegen 5 Jahre, für Herz und Leber jeweils 6 bis 24 Monate; Quelle: Bundesverband für Gesundheitsinformation und Verbraucherschutz – Info Gesundheit e.V. (zugänglich unter: www.bgv-transplantation.de/wartezeit.html; Zugriff am 31.05.2013).


⁵⁹ So anlässlich der Gründung der „Gewebedatenbank Berlin-Brandenburg“ im Juni 2010, die Formulierung auf der Internetseite des Deutschen Herzzentrums Berlin. Quelle zugänglich unter: www.dhzb.de/aktuell/dhzb_aktuell/detail/ansicht/pressdetail/gewebebank_mehr_als_ein_ersatzteillager_fuer_kranke (Zugriff am 31.05.2013).

⁶⁰ Entschließung des 114. Deutschen Ärztetags 2011 „Förderung der Gewebespende“ (zugänglich unter: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.9278.9373.9383; Zugriff am 31.05.2013).

⁶¹ Ebd.

Weitere Vorschläge zur Angebotssteigerung machen die „Einbecker Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) zu Rechtsfragen der Obduktion und postmortalen Gewebespende“ – etwa die Trennung der gesetzlichen Entnahmebestimmungen für Gewebe von denen für Organe oder die Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen für eine spätere Übertragung von Geweben, die bei einer klinischen oder rechtsmedizinischen Obduktion entnommen wurden, auf schwer erkrankte Patient_innen. Denn es gebe bedeutsame Unterschiede „zwischen der postmortalen Organentnahme unter intensivmedizinischen Bedingungen („warme Leiche“) und der postmortalen Gewebeentnahme in der Rechtsmedizin („kalte Leiche“), weil die Problematik der Hirntodkonzeption hier nicht relevant sei, da „sichere Zeichen des Todes vorliegen (Totenflecke, Totenstarre)“.⁶²

Um das Vertrauen der Bevölkerung in den rechtmäßigen Umgang mit menschlichen Geweben zu stärken, muss sichergestellt sein, dass ein Handel mit diesen Transplantaten ausgeschlossen ist. Das Transplantationsgesetz verbietet den Handel mit menschlichen Organen und Geweben.⁶³ Das Arzneimittelgesetz (AMG)⁶⁴ definiert unter anderem die Bedingungen für die Erlaubnis der Gewinnung von Gewebe und für das Inverkehrbringen von Gewebe oder Gewebesubereitungen als Arzneimittel.⁶⁵

Die Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation verweist darauf, dass unter bestimmten Umständen gespendetes menschliches Gewebe von der Pharmaindustrie verkauft werden darf: „Neue Transplantatentwicklungen, die zukünftig über komplexere, industrielle Verfahren aus Geweben hergestellt werden, sind derzeit vom Handelsverbot ausgenommen. Diese Arzneimittelpräparate können vom pharmazeutischen Hersteller unter kommerziellen Gesichtspunkten veräußert werden, sofern es sich um Präparate handelt, die arzneimittelrechtlich zugelassen sind.“⁶⁶ Die Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation mbH selbst sieht hier eine Gefahr der Kommerzialisierung, denn sie fährt fort: „Es muss aus Sicht der Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation mbH auch hier eine Regelung gefunden werden, die eine Kommerzialisierung der altruistischen Gewebespende verhindert.“⁶⁷ 

⁶² In: Hessisches Ärzteblatt 1/2012, 48f.

⁶³ § 17 TPG. Faktisch lässt sich das nicht mehr gewährleisten, seitdem es (seit ca. 1998) für Universitäten möglich ist, Ausgründungen oder public-private-partnerships (ppp) mit privatwirtschaftlichen Unternehmen einzugehen, die dann automatisch von den Spenden profitieren, diese verarbeiten und verkaufen. Angesichts dessen wäre hier eine weitgehende Anpassung der Rechtslage erforderlich.

⁶⁴ Vgl. www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg_1976/gesamt.pdf.

⁶⁵ § 20 b,c AMG.

⁶⁶ www.gewebetzwerk.de/index.php?option=com_simplefaq&task=display&Itemid=63&catid=49&page=1#FAQ18 (Zugriff am 20.06.2013).

⁶⁷ Ebd.

Menschliches Gewebe wird in Banken gelagert, verarbeitet und aktuell vielfach aus dem Ausland importiert und zum Teil von Pharmakonzernen verkauft. Eine bundesweit arbeitende Behörde, die diesen Sektor kontrolliert und verhindert, dass aus menschlichem Gewebe Profit geschlagen wird, existiert bislang nicht.

Das Feld der postmortalen Gewebespende wirft Probleme auf, weil selbst in einer säkularisierten Gesellschaft wie der hiesigen, die die sterblichen Überreste eines Menschen als „Sache“ im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches definiert, der Leiche noch etwas anhaftet von dem, was sie einst war.⁶⁸ „Deshalb sprechen etliche [juristische] Regelungen für eine Nachwirkung des Persönlichkeitsrechtes und damit gegen eine uneingeschränkte Anwendung des Sachenrechts auf die Leiche.“⁶⁹

Postmortale Gewebespende stellt auch für die christliche Ethik eine Herausforderung dar, weil ihr ein Menschenbild zugrunde liegt, das den Körper als recycelbare Materie versteht, die zerlegt, konserviert und unter Umständen auch verkauft werden kann. Demgegenüber enthält die Bibel eine Vielzahl von Zeugnissen, die die Achtung vor dem menschlichen Leichnam bekunden. Sie äußert sich auch darin, dass der tote Körper bestattet werden muss, ob unversehrt oder geschändet.⁷⁰ Das Grab gilt als nantastbarer Ort,⁷¹ der sorgsame Umgang mit dem toten Körper als Ausdruck der Barmherzigkeit und Gottesliebe,⁷² und auch schuldhaft zu Tode Gekommene werden bestattet.⁷³

Jesus selbst hat zwar im Horizont der Verkündigung des Reiches Gottes die Sorge um die Toten relativiert,⁷⁴ jedoch wird der Umgang mit seinem toten, geschändeten Körper ausführlich berichtet.⁷⁵ Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im jüdisch-christlichen Erbe auch dem toten Körper große Achtung entgegengebracht wird. Die EKD betont: „Die christlichen Bemühungen um die Bestattungskultur zielen darauf, dass [...] die ‚Ehrfurcht vor den Toten‘ und ‚die Totenwürde‘ geachtet und gewahrt wird.“⁷⁶ Gleichzeitig handelt es sich bei dem Bemühen, menschliches Leid zu lindern, um ein hohes ethisches Gut. Damit stehen bezüglich der Verwendung postmortal gespendeter Gewebe zwei ethische Werte einander gegenüber – beide dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Die Komplexität der Problematik verbietet eine einfache Antwort; vielmehr gebietet sie eine breite Debatte im kirchlichen wie gesellschaftspolitischen Raum und den hohen Schutz der Freiheit individueller Entscheidungen für oder gegen die Bereitschaft zur Gewebespende – basierend auf detaillierten Informationen.

⁶⁸ Vgl. ausführlich dazu: Dominik Groß: Zum Wandel im Umgang mit der menschlichen Leiche – Hinweise und Erklärungsversuche, in: Das Parlament: Beilage APuZ 20-21 (2011), 40-46 (zugänglich unter: <http://www.bpb.de/apuz/33326/zum-wandel-im-umgang-mit-der-menschlichen-leiche-hinweise-und-erklarungsversuche?p=all>; Zugriff am 29.07.2013).

⁶⁹ Brigitte Tag: Rechtliche Erwägungen zu Körperspende, Plastination und Menschenwürde, in: Katalog zur Ausstellung „Körperwelten“, 9. Aufl., Heidelberg 2009, 259-286 (zugänglich unter: www.postmortal.de/Recht/JuristischerDiskurs/TagKoerperwelten/tagkoerperwelten.html; Zugriff am 08.07.2013).

⁷⁰ Vgl. 2 Sam 1, 19-27.

⁷¹ Vgl. z.B. Gen 23, 1-20.

⁷² Vgl. Buch Tobit.

⁷³ Vgl. Apg 5, 1-11.

⁷⁴ Vgl. Mt 8, 22; Lk 9, 69.

⁷⁵ Vgl. Mk 15, 42-16, 2.

⁷⁶ EKD (Hrsg.): Herausforderungen evangelischer Bestattungskultur. Ein Diskussionspapier (März 2004, zugänglich unter: www.ekd.de/download/ekd_bestattungskultur.pdf; Zugriff am 29.07.2013).



3 RECHTLICHE ASPEKTE

Rechtliche Grundlage der Transplantationsmedizin ist in Deutschland das Transplantationsgesetz von 1997, seit 2012 modifiziert durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes⁷⁷ und das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz, das zum 1. November 2012 in Kraft getreten ist.⁷⁸ Aus grundsätzlichen Erwägungen wie aufgrund der zunehmend deutlich werdenden Probleme in der Organisation der Transplantationsmedizin halten die Evangelischen Frauen in Deutschland einen umfassenden gesellschaftlichen Diskurs zur aktuellen Rechtslage und substantielle Änderungen der Gesetze für dringend erforderlich.

3.1 DEFINITION DES TODES

Das Transplantationsgesetz legt als Voraussetzung zur Organentnahme den „Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“, fest.⁷⁹ Den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festzustellen, obliegt der Bundesärztekammer.⁸⁰ Diese Zuweisung der Definition des Lebensendes allein an die Medizin ist aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland inakzeptabel. Es ist nicht objektiv feststellbar, wann genau menschliches Leben – und damit der grundgesetzlich garantierte Schutz – beginnt und endet. Vielmehr ist die Bestimmung von Beginn und Ende des Lebens eine kulturelle Setzung. Die Verständigung darüber muss daher in einem gesellschaftlichen Diskurs erfolgen. Dieser Diskurs darf, nicht zuletzt im Interesse kranker Menschen, die auf ein Spendeorgan warten, nicht interessegeleitet sein.⁸¹ Allein der Verdacht, die Definition des Todes könnte von den praktischen Bedürfnissen der Transplantationsmedizin beeinflusst sein, würde das Vertrauen in die Grundlagen der Transplantationsmedizin in Deutschland weiter untergraben.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VON DEN POLITISCH VERANTWORTLICHEN, einen breiten gesellschaftlichen Diskurs zu organisieren mit dem Ziel einer Verständigung darüber, wann ein Mensch tot ist beziehungsweise im Bereich der Bundesrepublik Deutschland als tot gilt; ➡

⁷⁷ zugänglich unter: www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf.

⁷⁸ zugänglich unter: www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI#_Bundesanzeiger_BGBI_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'bgbl112s1504.pdf'%5D__1371541978258.

⁷⁹ § 3 (1), 2 TPG.

⁸⁰ § 16 TPG.

⁸¹ Vgl. Giovanni Maio: Von der Gabe zur Bürgerpflicht? Zur gesetzlichen Regelung der Organspende, in: Herder Korrespondenz 66 (2012), 306f.



VOM GESETZGEBER, auf der Grundlage des gesellschaftlichen Verständigungsprozesses § 3 und § 16 des Transplantationsgesetzes dahingehend zu ändern, dass die Definition des Todes (als Voraussetzung der Explantation funktionsfähiger Organe) nicht mehr in die Zuständigkeit der Bundesärztekammer fällt; wünschenswert ist in dem Zusammenhang die Überprüfung der bisherigen gesetzlichen Regelungen in §§ 3 und 16 des Transplantationsgesetzes durch das Bundesverfassungsgericht;

VON KIRCHE UND THEOLOGIE, sich ihrerseits für einen solchen gesellschaftlichen Diskurs stark zu machen und in die Verständigung über das Ende des Lebens ihre biblisch-theologischen Argumente einzubringen.

HINTERGRUND

Die Frage, was als Leben – und damit als Noch-nicht-Leben oder als Nicht-mehr-Leben, also als Tod – verstanden wird, beantworten selbst Länder innerhalb eines Kulturkreises unterschiedlich. So wird etwa in Großbritannien zur Feststellung des Hirntodes nur der Ausfall des Hirnstamms gefordert, während in Deutschland der Ausfall der gesamten Hirnfunktion Grundlage der Hirntodfeststellung ist.⁸² Allein dieses Beispiel macht deutlich, dass die Bestimmung von Anfang und Ende des Lebens eine kulturelle Setzung ist, auf die eine Gesellschaft sich unter Einbeziehung philosophischer, anthropologischer, religiöser, weltanschaulicher und medizinisch-naturwissenschaftlicher Gesichtspunkte verständigt, unter Umständen aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse auch neu verständigt.⁸³

Angesichts des grundgesetzlich garantierten Rechts auf Leben ist die Entscheidung des Gesetzgebers, die Definition des Lebensendes der Bundesärztekammer zu übertragen, mehr als fragwürdig. Die Evangelischen Frauen in Deutschland bezweifeln, dass das Gesetz in diesem Punkt einer Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht standhalten würde. Denn es gibt keinen nachvollziehbaren Grund, die Definition des Lebensendes im Kontext der Transplantationsmedizin der medizinischen Wissenschaft (allein) anheimzustellen. Die vom Deutschen Bundestag am 27.06.2013 beschlossene Absicht, die entsprechenden Richtlinien der Bundesärztekammer unter einen Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums zu stellen, behebt nicht die grundsätzliche Problematik; aufgrund der weit reichenden Konsequenzen ist die Definition des Lebensendes auch durch eine Überprüfung der Richtlinien durch die Exekutive nicht hinreichend legitimiert. Auf der Grundlage eines gesellschaftlichen Verständigungsprozesses kann nur der Gesetzgeber – ggf. bestätigt oder korrigiert durch die Judikative – festlegen, wann im Geltungsbereich des Grundgesetzes Leben endet. Die Medizin kann den Tod feststellen. Definieren kann sie ihn nicht.

⁸² vgl. Gerhard Deter, Hirntod. Eine kritische Betrachtung des Konzeptes unter Berücksichtigung medizinischer, juristischer und ethischer Aspekte. Wissenschaftliche Dienste/Deutscher Bundestag 2012 (zugänglich unter: www.bundestag.de/dokumente/analysen/2012/Hirntod.pdf)

⁸³ Maßgeblich für den angemessenen Rahmen und Umfang eines solchen Verständigungsprozesses kann der Diskurs sein, den diese Gesellschaft über Jahre um Möglichkeiten und Grenzen des Schwangerschaftsabbruchs und der Präimplantationsdiagnostik geführt hat und bei sich verändernden medizinischen Möglichkeiten auch weiterhin führen wird.



3.2 TOTE-SPENDER INNEN-REGEL

Das Transplantationsgesetz basiert auf der sogenannten dead-donor-rule, der Tote-Spender_innen-Regel. Das bedeutet, dass Organe und Gewebe erst nach dem Tod entnommen werden dürfen. Entsprechend dem Transplantationsgesetz hat die Bundesärztekammer definiert, dass mit „dem Hirntod [...] naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt [ist]“.⁸⁴ Andernfalls wäre in Deutschland nach derzeit geltendem Recht die Explantation von Organen, die noch funktionsfähig explantiert werden müssen, um einem anderen Menschen mit Aussicht auf Erfolg übertragen werden zu können, verboten. Es ist für die Evangelischen Frauen in Deutschland vorstellbar, die dead-donor-rule als Grundlage einer legalen Organentnahme nach Hirntod aufzugeben. Dann wären rechtliche Regelungen zu schaffen, die den notwendigen Eingriff in den Sterbeprozess ermöglichen, um somit die Durchblutung der Organe bis zum Explantationszeitpunkt aufrechterhalten zu können.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VON DEN POLITISCH VERANTWORTLICHEN, den breiten gesellschaftlichen Verständigungsprozess anzustoßen und zu organisieren, der für eine Aufgabe der Tote-Spender_innen-Regel im Zusammenhang der Organspende nach festgestelltem Hirntod notwendig ist;

VOM GESETZGEBER, auf Grundlage dieses Verständigungsprozesses die Transplantationsgesetzgebung dahingehend zu modifizieren, dass Voraussetzung einer legalen Organentnahme nach festgestelltem Hirntod die schriftlich erklärte Zustimmung des Spenders oder der Spenderin (ab 18 Jahren)⁸⁵ ist.

VOM GESETZGEBER die Bestimmung im Transplantationsgesetz, dass ein Formular zur Bekundung einer informierten Einwilligung Bestandteil einer „Erklärung zur Organ- und Gewebespende“ sein muss;

VOM GESETZGEBER die Bestimmung im Transplantationsgesetz, dass Angehörige einer Organentnahme nur noch im Ausnahmefall stellvertretend zustimmen dürfen, wenn der potenzielle Spender/ die potenzielle Spenderin ihnen gegenüber den Willen zur Organspende explizit geäußert hat;

VON KIRCHE UND THEOLOGIE, sich intensiv an diesem gesellschaftlichen Diskurs zu beteiligen und dabei die besondere Kompetenz für Fragen der menschlichen Würde von Anfang bis Ende des Lebens einzubringen.

⁸⁴ Wiss. Beirat der Bundesärztekammer: Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 30, 24. Juli 1998 (53), A-1861-A-1868 (zugänglich unter: <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/Hirntodpdf.pdf>; Zugriff am 30.07.2013).

⁸⁵ Derzeit werden Zustimmung oder Ablehnung zur Organentnahme nach Hirntod bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren im Rahmen der elterlichen Sorge geregelt. Analog zu anderen medizinischen Entscheidungsbereichen (z.B. Operationen oder Einwilligung in Lebendspende) ist eine Regelung geboten, in der die Altersgrenze auf die Volljährigkeit angehoben wird.

HINTERGRUND

Auf die zunehmenden, auch medizinisch-naturwissenschaftlich begründeten Zweifel an der Gleichsetzung von Hirntod und Tod eines Menschen hat das US-amerikanische Pendant zum Deutschen Ethikrat (The President's Council on Bioethics) bereits 2008 mit dem Vorschlag reagiert, im Falle der Organexplantation die dead-donor-rule aufzugeben und von einem justified killing, einer gerechtfertigten Tötung auszugehen.⁸⁶

AUFGABE DER TOTE-SPENDER_INNEN-REGEL

Aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland gibt es gute Gründe dafür, die Zweifel an der Gleichsetzung von Hirntod und Tod ernst zu nehmen und daraus Konsequenzen zu ziehen. Eine gesellschaftliche Verständigung auf ein generelles Verbot der Explantation von Organen vor Eintritt des endgültigen Todes ist in Deutschland nicht zu erwarten. Auch die Evangelischen Frauen in Deutschland setzen sich nicht für eine solche Lösung ein, die vielen schwer Kranken die Hoffnung auf Weiterleben oder Linderung ihrer Leiden nehmen würde. Sie teilen allerdings die Ansicht, dass die dead-donor-rule als Grundlage der Organentnahme nach Hirntod auch in der deutschen Rechtsordnung aufgegeben werden sollte. Im Interesse der Organspender_innen wie der Empfänger_innen und auch der betroffenen Angehörigen wie des beteiligten medizinischen Personals wäre eine rechtliche Regelung, die die Entnahme von funktionsfähigen Organen nach Feststellung des Hirntodes erlaubt oder, analog zu anderen rechtlichen Regelungen wie beispielsweise bei Schwangerschaftsabbruch oder Notwehr, straffrei stellt.⁸⁷

Ein dafür notwendiger, tief greifender gesellschaftlicher Diskurs mit anschließendem Gesetzgebungsverfahren und verfassungsrechtlicher Überprüfung wäre zweifellos aufwendig.⁸⁸ Dies kann aber angesichts des verfassungsrechtlich hoch geschützten Grundrechts auf Leben, das tief im Wertebewusstsein dieser Gesellschaft verankert ist, kein Hinderungsgrund sein.

⁸⁶ Vgl. The President's Council on Bioethics: Controversies in the Determination of Death. A White Paper, Washington D.C. 2008. Zum Thema vgl. auch Nicola Siegmund-Schultze: Anlass zu zweifeln: Wie sicher ist die derzeitige Diagnostik des Hirntodes?, in: Ärzte Zeitung, 24.06.2010 und Sabine Müller: Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten, in: Das Parlament: Beilage APuZ 20-21 (2011), 3-9 (zugänglich unter: www.bpb.de/publikationen/F5U0YL,0,Organspende_und_Selbstbestimmung.html; Zugriff am 29.07.2013).

⁸⁷ In diese Richtung geht z.B. auch der Vorschlag des Verfassungsrechtlers Wolfgang Höfling; vgl. ders., Die Hirntodkonzeption. Eine Kritik aus grundrechtsdogmatischer Perspektive, in: Sibylle Sterzik (Hrsg.), Zweites Leben, Berlin 2013, 104-107.

⁸⁸ Wolfram Höfling weist darauf hin, dass es Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der Gleichsetzung von Hirntod und Tod, die die substantielle Grundlage der Tote-Spender_innenregel ist, bereits im Kontext der Vorbereitung des TPG von 1997 gab und eine kritische Position gegenüber der Hirntodkonzeption inzwischen von zahlreichen Verfassungsrechtler_innen vertreten wird. Vgl. Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung: Stellungnahme „Löst die geplante Änderung des Transplantationsgesetzes tatsächlich die Probleme?“ (21. Dezember 2011; zugänglich unter www.stiftung-patientenschutz.de/publikationen/stellungnahmen/Stellungnahmen-2011; Zugriff am 30.07.2013).



Die Evangelischen Frauen in Deutschland gehen davon aus, dass auf diese Weise die Bereitschaft von Menschen, sich ernsthaft mit der Frage der Organ- und/oder Gewebespende auseinanderzusetzen, mehr gefördert würde, als mit dem Festhalten an der Definition, dass „ein Mensch dann tot [ist], wenn zwei Ärzte [...] festgestellt haben, dass ein Mensch keine Hirnaktivität mehr hat“.⁸⁹

NON-HEART-BEATING DONORS

Die in einigen Ländern legale – und angesichts der großen Nachfrage nach Organen auch in Deutschland gelegentlich diskutierte – Möglichkeit, das Hirntodkriterium aufzugeben und stattdessen Entnahme von Organen nach Herzstillstand (non-heart-beating donors) zu erlauben, lehnen die Evangelischen Frauen in Deutschland entschieden ab. Wie die Bundesärztekammer widersprechen sie der Auffassung, dass ein Herz- und Kreislaufstillstand von zehn Minuten bei normaler Körpertemperatur als „Äquivalent zum Hirntod“⁹⁰ bezeichnet werden kann. Um Organe von non-heart-beating donors erfolgreich transplantieren zu können, bedarf es besonderer Maßnahmen, um zu verhindern, dass nach Eintritt des Herz-Kreislaufstillstands die Organe durch die fehlende Durchblutung geschädigt werden. So werden beispielsweise bei Patient_innen mit zu erwartendem Herz-Kreislaufstillstand mittels eines operativen Eingriffs Perfusionssonden in Nähe der Organe eingesetzt, die bei Todesfeststellung die Organe sofort mit Flüssigkeit kühlen.⁹¹

Grundsätzlich ist ein Herzstillstand zumindest in einigen Fällen ein durch medizinische Behandlung reversibler Zustand. Daher ist die Frage nicht von der Hand zu weisen, ob bei einem Zurückgreifen auf non-heart-beating donors diesen Patient_innen in jedem Falle und unter allen Umständen der volle Einsatz der Reanimation geboten wird.⁹²

⁸⁹ Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der BÄK, bei einer Podiumsdiskussion in Hannover im Februar 2012 – zitiert bei Christian Beneker: Heftige Kontroverse: Wann ist ein Mensch tot?, in: Ärzte Zeitung (22. Februar 2012; zugänglich unter: www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinethik/article/805434/heftige-kontroverse-wann-mensch-tot.html; Zugriff am 29.07.2013).

⁹⁰ Eurotransplant Newsletter 148, September 1998.

⁹¹ Vgl. Bundesamt für Gesundheit der Schweiz: „Non Heart Beating Donors“ sowie „Vorbereitende medizinische Maßnahmen“ (zugänglich unter www.bag.admin.ch/transplantation/00695/01488/11828/index.html?lang=de; Zugriff am 30.07.2013).

⁹² Vgl. Anna Bergmann: Organspende – tödliches Dilemma oder ethische Pflicht?, in: Das Parlament: Beilage APuZ 20-21 (2011), 10 (zugänglich unter: <http://www.bpb.de/apuz/33313/organspende-toedliches-dilemma-oder-ethische-pflicht-essay?p=all>; Zugriff am 30.07.2013). A. Bergmann bezieht sich in ihrem Artikel auf Untersuchungen im europäischen und us-amerikanischen Raum.



ZUSTIMMUNGSREGELUNG

Nach Maßgabe des Transplantationsgesetzes⁹³ werden – sofern keine schriftliche Erklärung der möglichen Organspenderin oder des möglichen Organspenders vorliegt oder deren/dessen Wille den nächsten Angehörigen nicht bekannt ist – die nächsten Angehörigen um eine Entscheidung entsprechend dem „mutmaßlichen Willen des möglichen Organ- oder Gewebespenders“ oder, falls auch dieser nicht erkennbar ist, aufgrund eigener ethischer Wertmaßstäbe⁹⁴ gebeten. Ist ein unverändertes Fortbestehen dieser Regelung schon angesichts der aktuellen Gesetzeslage problematisch, wäre dies bei Aufgabe der Tote-Spender_innen-Regel für die Evangelischen Frauen in Deutschland überhaupt nicht mehr vorstellbar.

Die praktische Relevanz dieser Regelung liegt auf der Hand: Im Jahr 2012 erfolgte die Zustimmung zur Organ- und Gewebeentnahme bei hirntoten Patient_innen in 66,5 Prozent aller Fälle durch Angehörige aufgrund des mutmaßlichen Willens oder auch ohne Kenntnis des Willens der hirntoten Patient_innen.⁹⁵ Dass bei einer Einschränkung der bisherigen Regelung – jedenfalls vermutlich zunächst – die Zahl der verfügbaren Organe und Gewebe rückläufig wäre, kann aber kein Argument gegen die informierte Zustimmung der potentiellen Spenderin oder des potentiellen Spenders als rechtliche Voraussetzung für die Explantation nach festgestelltem Hirntod sein. Die Einschränkung liegt nicht zuletzt auch im Interesse der Empfänger_innen, die davon ausgehen können müssen, dass die Entscheidung zur Organ- und/oder Gewebespende freiwillig und im Bewusstsein aller Implikationen erfolgt ist.⁹⁶

Analog zur notwendigen informierten Zustimmung von Patient_innen – zum Beispiel zum Eingriff in ihre körperliche Integrität vor einer Operation – muss der zurzeit gültige „Organspendeausweis nach § 2 des Transplantationsgesetzes“ um eine Erklärung bezüglich der Informiertheit der oder des Unterzeichnenden erweitert werden. Mindestanforderung an eine informierte Zustimmung zur Organ- und Gewebespende im Falle eines festgestellten Hirntodes wäre aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland (1) das Wissen darum, dass der festgestellte Hirntod die gesetzliche Voraussetzung der Explantation ist, die Gleichsetzung von Hirntod und Tod eines Menschen allerdings wissenschaftlich umstritten ist. Zudem ist es für die individuelle Entscheidung, welche Organe bzw. Gewebe gegebenenfalls zur Spende freigegeben werden, wichtig zu wissen, (2) welche Organe vor dem endgültigen Eintritt des Todes durch den irreversiblen Herz-Kreislauf-Stillstand entnommen werden müssen, um transplantiert werden zu können – und welche Organe/Gewebe auch bei Entnahme von

⁹³ § 4 TPG.

⁹⁴ Die „eigenen ethischen Wertmaßstäbe“ bei der Entscheidung benennt das TPG nicht als Kriterium – wohl aber der „Leitfaden für die Organspende“ der DSO als Hinweis für das Angehörigengespräch; siehe dazu: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hrsg.): Leitfaden für die Organspende (zugänglich unter: www.dso.de/uploads/tx_dso/dsod/DSO_Leitfaden_Organspende_01_2012.pdf; Zugriff am 18.06.2013).

⁹⁵ Quelle: DSO: www.dso.de/dso-news-home/galerie-bundesweiter-jahresbericht-erschiene.html (Zugriff am 17.05.2013).

⁹⁶ Vgl. Giovanni Maio: Von der Gabe zur Bürgerpflicht? Zur gesetzlichen Regelung der Organspende, in: Herder Korrespondenz 66 (2012), 306f.



Leichen noch zur Transplantation geeignet sind. Darüber hinaus gehört zu dem für eine informierte Entscheidung erforderlichen Wissen (3) die Information darüber, dass die Annahme, mit dem Hirntod sei auch das Schmerzempfinden eines Menschen erloschen, nicht wissenschaftlich eindeutig belegt ist. Und schließlich ist in der Erklärung (4) auch der ausdrückliche Hinweis auf mögliche Widersprüche zu Bestimmungen in einer Patient_innenverfügung notwendig. Mindestens wäre von einer bzw. einem Spendebereiten das Wissen darum zu dokumentieren, dass die Bereitschaft zur potenziellen Organ- und Gewebespende im Falle des festgestellten Hirntodes die Einwilligung in sein bzw. ihr Sterben unter intensivmedizinischer Behandlung voraussetzt.⁹⁷

⁹⁷ Vgl. „Organspendeausweis und Patient_innenverfügung“, S. 33-35 dieses Papiers



3.3 ZIEL DES TRANSPLANTATIONSGESETZES

Erklärtes Ziel des Transplantationsgesetzes ist es, die Bereitschaft der Bevölkerung zur Organspende zu fördern. Dies soll durch eine breite Palette von Aufklärungsmaßnahmen erfolgen, die die gesamte Tragweite einer Entscheidung für oder gegen die Bereitschaft zur Organspende umfassen und ergebnisoffen sein müssen. Die Evangelischen Frauen in Deutschland sehen einen deutlichen Widerspruch zwischen dem alleinigen Ziel des Gesetzes (Förderung der Bereitschaft zur Organspende) und Maßnahmen, die dem Anspruch der Entscheidungsfreiheit genügen müssen.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VOM GESETZGEBER, die Modifikation des Gesetzeszieles im Transplantationsgesetz, „die Bereitschaft zur Organspende zu fördern“, dahingehend, dass die Bereitschaft zur Entscheidung bezüglich einer Erklärung zur Organspende gefördert wird;

VOM GESETZGEBER, die rechtliche Regelung und administrative Gewährleistung, dass die zuständigen Stellen die Bevölkerung über Organtransplantation im Sinne einer ergebnisoffenen Aufklärung umfassend informieren; in die Informationspflicht ausdrücklich eingeschlossen werden müssen Hinweise auf Risiken der Transplantationsmedizin und strittige Aspekte wie die Kontroversen um das Hirntodkonzept und die Konsequenzen einer Entscheidung für Organspendebereitschaft für die Umstände des eigenen Sterbens und die möglichen Widersprüche mit erklärten Wünschen in einer Patient_innenverfügung;

VON DEN KIRCHEN das Einsetzen ihrer Möglichkeiten für eine Revision des Transplantationsgesetzes im beschriebenen Sinne;

VON DEN KIRCHEN UND IHREN REPRÄSENTANT_INNEN, dass sie Menschen bei der individuellen Entscheidungsfindung ergebnisoffen unterstützen – insbesondere, wo sie (wie in kirchlichen Krankenhäusern und allgemein in der Krankenhauseseelsorge) im direkten Kontakt mit Menschen stehen, die (als potentielle Empfänger_innen, Spender_innen, Angehörige potentieller Spender_innen) unmittelbar von der transplantationsmedizinischen Praxis betroffen sind.

HINTERGRUND

Zu Beginn des Transplantationsgesetzes wird als Ziel des Gesetzes benannt, „die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern“. Um dieses Ziel zu erreichen, sollen die „nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, sowie die Krankenkassen [...] die Bevölkerung aufklären“.

Als Inhalte dieser Aufklärung benennt das Gesetz im Folgenden ausdrücklich „(1) die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende, (2) die Voraussetzungen der Organ- und Gewebeentnahme bei toten Spendern einschließlich der Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung, und der Rechtsfolge einer

unterlassenen Erklärung im Hinblick auf das Entscheidungsrecht der nächsten Angehörigen [...] sowie (3) die Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung im Hinblick auf den für kranke Menschen möglichen Nutzen einer medizinischen Anwendung von Organen und Geweben einschließlich von aus Geweben hergestellten Arzneimitteln“. Schließlich wird die verlangte Aufklärung dahingehend qualifiziert, dass sie „die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen [hat] und [...] ergebnisoffen sein [muss]“.⁹⁸

Das explizite Ziel des Gesetzes (Förderung der Bereitschaft zur Organspende) korrespondiert offensichtlich mit den im Folgenden im Sinne dieses Zieles bestimmten Inhalten der Aufklärung. Aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland ist mit diesen Inhalten aber „die gesamte Tragweite der Entscheidung“ keineswegs abgebildet; hingewiesen sei beispielsweise auf die Zweifel am Hirntodkonzept.⁹⁹

Kritisch anzumerken ist zudem, dass bei der Zielbestimmung des Gesetzes, die Organspendebereitschaft zu fördern, und auf Grundlage der benannten Inhalte die Aufklärung nicht „ergebnisoffen“ bleiben kann. Denn diese beiden Anforderungen bilden bereits einen Widerspruch in sich. „Aufklärung“ setzt gesichertes Wissen derjenigen voraus, die diese Aufgabe haben – und Uninformiertheit bei denjenigen, die aufgeklärt werden sollen, der Bevölkerung also.¹⁰⁰ Folglich kann dieser Vorgang der Wissensvermittlung per definitionem nicht ergebnisoffen, sondern immer nur zielorientiert sein. Im Sinne des Gesetzes: die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu erhöhen. So ist es nicht verwunderlich, dass beispielsweise die Informationen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (stiftungsgemäß) interessegeleitet sind und dementsprechend ein deutlich größeres Gewicht auf die Argumente legen, die für eine Organentnahme nach festgestelltem Hirntod sprechen.

ORGANSPENDEAUSWEIS UND PATIENT_INNENVERFÜGUNG

Zwischen Eintritt des Hirntodes und dem Absterben der übrigen Organe liegen höchstens Minuten. Dieser Sterbeprozess kann nur dann aufgehalten werden, wenn die Patientin / der Patient unmittelbar nach Eintritt des Hirntodes künstlich beatmet und intensivmedizinisch behandelt wird oder dies bereits vor Eintritt des Hirntodes wurde. Erst dann kann eine Hirntoddiagnostik durchgeführt werden.¹⁰¹ ➡

⁹⁸ § 2 (1) TPG.

⁹⁹ Zur Plausibilität der Zweifel vgl. die ausführliche Darlegung zum Hirntodkonzept in Kapitel 2.1 Hirntodkonzept in diesem Positionspapier.

¹⁰⁰ Vgl. Brigitta Hauser-Schäublin/Vera Kalitzkus/Imme Petersen: Der geteilte Leib: die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland, Göttingen 2008, 116 (zugänglich unter: webdoc.sub.gwdg.de/pub/mon/2008/hauser-schaeublin.pdf; Zugriff am 30.07.2013).

¹⁰¹ Vgl. Alexandra Manzei: Tot oder lebendig? Über die Unzulänglichkeiten des Hirntodkonzepts, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 51-57.



Organspender_in kann also nur werden, wer eine intensivmedizinische Versorgung uneingeschränkt für sich akzeptiert. Dies steht – und das ist vielen nicht bewusst – im Konflikt mit einer Patient_innenverfügung, sofern dort lebenserhaltende Maßnahmen und intensivmedizinische Versorgung explizit ausgeschlossen wurden.¹⁰²

Widersprüchlichen Willensbekundungen in Organspendeausweis und Patient_innenverfügung ziehen erhebliche ethische und auch rechtliche Probleme nach sich bei der Entscheidung, ob bei einer Patientin oder einem Patienten mit (möglichem) Hirntod die intensivmedizinische Behandlung zum Zweck der Organ- und Gewebeentnahme fortgeführt werden darf.¹⁰³

Die Bundesärztekammer geht zurzeit von folgender Annahme aus: In dem Fall, wo der Eintritt des Hirntodes vermutet wird, ist der „in der Patientenverfügung ausgedrückte Wunsch nach Therapiebegrenzung [...] mit der Bereitschaft zur Organspende und der dafür erforderlichen kurzzeitigen Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen vereinbar“.¹⁰⁴ Wird hingegen ein Hirntod erwartet (was bedeutet, dass nicht vorhersehbar ist, ob und wann er tatsächlich eintritt), könne nicht schon aus der Organspendeerklärung abgeleitet werden, dass die Patientin oder der Patient mit der Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen einverstanden sei. Daher sei hier die Entscheidung der Patient_innenvertreter_innen und Angehörigen zu suchen.

Um Sicherheit zu gewinnen, empfiehlt die Bundesärztekammer, eine Entscheidung über die Organentnahme zu Transplantationszwecken in der Patient_innenverfügung ausdrücklich zu dokumentieren. Falls die Organentnahme zu Transplantationszwecken nicht ausdrücklich abgelehnt werde, könne die Patient_innenverfügung zum Beispiel so ergänzt werden, dass „ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe“ gestattet wird – und dass dies „auch für die Situation [gilt], dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird“.¹⁰⁵

¹⁰² Dabei ist auch zu bedenken, dass die Schmerz- und Beruhigungsmedikamente, die schwerstverletzten Menschen routinemäßig gegeben werden, für eine korrekte Hirntoddiagnostik abgesetzt werden müssen und diesen Menschen daher unter Umständen starke Schmerzen zugemutet werden.

¹⁰³ Vgl. die ausführliche Diskussion der ethischen und rechtlichen Problematik bei Bettina Schöne-Seifert u.a.: Behandlung potentieller Organspender im Präfinalstadium: Ethische Fragen, zugänglich unter: www.campus.uni-muenster.de/egtm_organspende_praefinal.html (Zugriff am 23.09.2013)

¹⁰⁴ Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung vom 18.1.2013; Quelle: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf (Zugriff am 05.07.2013).

¹⁰⁵ Ebd.

Ein gleichlautender Vorschlag der Deutschen Stiftung Organtransplantation liegt bereits länger vor: Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hrsg.): Kein Weg zurück... – Informationen zum Hirntod, Frankfurt a.M., 7. Aufl., 2012 (zugänglich unter: http://www.dso.de/uploads/tx_dsodl/HT_d_2012_Web.pdf; Zugriff am 30.07.2013).



Patient_innen bereits im Vorfeld, bei „vermutetem“ oder „erwartetem“ Hirntod als potenzielle Organ-spender_innen einzuschätzen und sie für diesen Fall intensivmedizinisch (weiter) zu behandeln, ist aber oft medizinisch nicht eindeutig möglich und darüber hinaus gesetzlich verboten. Denn bis zum (festgestellten) Hirntod darf eine Patientin oder ein Patient ausschließlich zu ihrem/seinem Wohl diagnostiziert und behandelt werden und haben Ärztinnen und Ärzte „ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.“¹⁰⁶

Der Wechsel von einer patient_innenorientierten zu einer spendeorientierten Diagnose und Behandlung darf also erst nach Feststellung des Hirntodes erfolgen. Dies zu verändern bedürfte jedoch zunächst einer offenen ethischen Diskussion und gegebenenfalls veränderte Rechtsgrundlagen.

Vor allem wäre hierzu in jedem Fall die ausdrückliche informierte Zustimmung der potenziellen Spender_innen nötig, die nicht mit deren Zustimmung zur Organspende implizit angenommen werden darf.

Auch das Wissen darüber, dass Organentnahme zu Transplantationszwecken nur dann möglich ist, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor Eintritt des Hirntodes intensivmedizinisch behandelt wird, kann nicht vorausgesetzt werden. Darüber offen und in allgemein verständlicher Sprache zu informieren, ist eine Mindestanforderung für eine der Tragweite der Entscheidung angemessene Aufklärung der Bevölkerung.

¹⁰⁶ (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel; zugänglich unter: www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20111.pdf (Zugriff am 23.09.2013)



3.4 ORGANISATION UND KONTROLLE

Organisation und Kontrolle des Transplantationsverfahrens liegen in Deutschland – anders als in anderen Ländern wie Spanien, Frankreich und Großbritannien – weitgehend in den Händen nichtstaatlicher Institutionen. Missstände bei der vom Transplantationsgesetz vorgesehenen Koordinierungsstelle (Deutsche Stiftung Organtransplantation) haben in den vergangenen Jahren deutlich werden lassen, dass Veränderungen insbesondere bezüglich einer effektiven Kontrolle der Arbeit notwendig sind.

Die Vermittlung von zu Transplantationszwecken gespendeten Organen organisiert Deutschland im Verbund mit sechs weiteren europäischen Ländern mithilfe der in den Niederlanden ansässigen Stiftung Eurotransplant. Neben grundsätzlichen Bedenken gegenüber einem solchen, weitgehend rechtsstaatlicher Kontrolle entzogenen System mehren sich Anzeichen dafür, dass diese Lösung auf Dauer nicht tragfähig ist.

Den dritten zentralen Baustein in der Organisation der Transplantationsmedizin in Deutschland bilden die gesetzlich vorgesehenen Entnahmekrankenhäuser und Transplantationszentren. Nach den im Jahr 2012 aufgedeckten Missständen an einigen Transplantationszentren – wozu die Bevorzugung einzelner Wartelistenpatient_innen aufgrund manipulierter Krankenakten gehört – teilen die Evangelischen Frauen in Deutschland die Ansicht vieler, dass in diesem Bereich sowie generell substantielle Änderungen in der Organisation und Kontrolle der Transplantationsmedizin in Deutschland notwendig sind.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VOM GESETZGEBER umgehend die schnelle Implementierung eines effektiven staatlichen Kontrollsystems mit weitgehenden Ermittlungs- und Sanktionsmöglichkeiten für die Arbeit der Koordinierungsstelle;

VON DEN POLITISCH VERANTWORTLICHEN längerfristig eine erneute intensive Debatte mit dem Ziel, das Transplantationsgesetz dahingehend zu ändern, dass die Koordination der Organtransplantationen und die Kontrolle der beteiligten Institutionen in Deutschland einer juristischen Person (beispielsweise einer Stiftung) öffentlichen Rechts übertragen wird, die der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit untersteht;

VON DEN POLITISCH VERANTWORTLICHEN eine ergebnisoffene Diskussion darüber, ob es mit den Rechtsnormen der Bundesrepublik (wie der EU) vereinbar und auf Dauer gewollt ist, die Vermittlung der zu Transplantationszwecken gespendeten Organe (einschließlich der Festlegung von Kriterien, die potentielle Empfänger_innen ausschließen) in und für Deutschland einer privatrechtlichen Organisation in den Niederlanden zu übertragen – und ggf. die Vorbereitung einer Gesetzesänderung;

VOM GESETZGEBER die Bestimmung einer unabhängigen Evaluierung der Leistungsfähigkeit der bisher zugelassenen Transplantationszentren und gegebenenfalls die Reduzierung ihrer Zahl;

VOM GESETZGEBER die Bestimmung, dass die Transplantationsmedizin als medizinisches Verfahren einer fachlichen Evaluation durch unabhängige Organisationen unterzogen wird;

VOM GESETZGEBER eine Beschränkung der Zulassung auf Entnahmekrankenhäuser, die für die Feststellung des Hirntodes über die technischen Voraussetzungen für eine apparative Zusatzdiagnostik wie fMRT, PET, SPECT, EEG oder mindestens die Möglichkeit zur Duplexsonographie der Carotiden (Doppler-Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern) verfügen;¹⁰⁷

VON DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND UND DER DIAKONIE DEUTSCHLAND, die Beteiligung evangelischer Krankenhäuser und evangelischer Krankenhauseelsorge an der Organspende quantitativ und qualitativ zu evaluieren; auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse sind in einem breiten ethischen Diskurs im Bereich der EKD Inhalt und Form der bisherigen Beteiligung zu bewerten und gegebenenfalls eine gemeinsame künftige Ausrichtung zu vereinbaren.

HINTERGRUND

KOORDINIERUNGSSTELLE

Laut Transplantationsgesetz ist die „Entnahme von Organen verstorbener Spender einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung [...] gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der Entnahmekrankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit.

Zur Organisation dieser Aufgabe errichten oder beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Koordinierungsstelle).“¹⁰⁸ Diese Koordinierungsstelle ist die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), eine Stiftung des Privatrechts mit Hauptsitz in Frankfurt, organisiert in sieben Regionen. Die DSO beschäftigt mehr als 200 Mitarbeiter_innen und ist damit nach eigener Auskunft eine der größten nationalen Organspendeorganisationen weltweit.¹⁰⁹

Die Aufsicht über die Arbeit der DSO liegt satzungsgemäß bei einem Stiftungsrat, der sich zurzeit zusammensetzt aus drei Vertretern der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V., je zwei Vertretern der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und des Spitzenverbandes gesetzlicher Krankenkassen (GKV) sowie dem Generalsekretär des Vereins „Sportler für Organspende“.



¹⁰⁷ Zum Hintergrund der Forderung vgl. Kap. 2.1 Hirntod / Hintergrund: Abschnitt: Medizinisch-naturwissenschaftliche Zweifel am Hirntodkonzept.

¹⁰⁸ TPG § 11 (1).

¹⁰⁹ Quelle: www.dso.de/dso/aufgaben-und-ziele.html (Zugriff am 17.05.2013).



Der Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetags ist Ehrenmitglied. Hinzu kommen als Gäste ein Unterabteilungsleiter des Bundesministeriums für Gesundheit, ein Abteilungsleiter Gesundheit aus dem Bereich der Bundesländer sowie der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer.¹¹⁰

Als weiteres Aufsichtsgremium gibt es eine Überwachungskommission,¹¹¹ die von der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband gebildet wird und in der auch Vertreter_innen von zwei Landesregierungen einen Gaststatus haben. Seit der Reform des Transplantationsgesetzes 2012 ist die Kommission verpflichtet, die zuständigen staatlichen Stellen über festgestellte Rechtsverstöße zu informieren.

In den Jahren 2011/2012 wurden Vorwürfe über fragwürdige Praktiken und Betriebsabläufe innerhalb der Deutschen Stiftung Organtransplantation laut – so beunruhigte viele die Erklärung des damaligen medizinischen Vorstandes gegenüber der Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, dass Gespräche mit Angehörigen von Seiten der Deutschen Stiftung Organtransplantation nicht ergebnisoffen geführt würden.¹¹² Ab Sommer 2012 wurden darüber hinaus Manipulationen von Patient_innendaten in einigen deutschen Transplantationszentren bekannt. Insbesondere dies führte zu Einbrüchen bei den Organspendezahlen.

Der Bundesminister für Gesundheit hat nach Bekanntwerden der Missstände „mit allen Beteiligten am Transplantationsgeschehen, Transplantationsmedizinern, Selbstverwaltung, Bundesärztekammer, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Eurotransplant sowie den für die Überwachung zuständigen Ländern einen Katalog von Sofortmaßnahmen vereinbart, die in der Folge zügig umgesetzt wurden“.¹¹³ Die Maßnahmen beinhalten unter anderem die Intensivierung der Kontrollen und die Stärkung der Kontrollgremien.

¹¹⁰ Quelle: www.dso.de/dso/struktur-der-dso/stiftungsrat.html (Zugriff am 17.05.2013).


¹¹¹ Vgl. § 11 TPG: „Die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband [...] unterhalten auf der Grundlage der Vorgaben nach §§ 11 und 12 TPG in Verbindung mit den Verträgen zur Beauftragung einer Koordinierungsstelle und zur Beauftragung einer Vermittlungsstelle seit 2001 eine Kommission zur Überwachung der Bestimmungen dieser Verträge (Überwachungskommission). Sie berichtet seit 2002 den Auftraggebern der Koordinierungsstelle nach § 11 TPG in regelmäßigen Abständen. Die Bundesärztekammer führt die Geschäfte dieses Gremiums. Die Aufgabe der Überwachungskommission besteht darin, die Einhaltung der auf der Grundlage des Transplantationsgesetzes vertraglich festgelegten Verpflichtungen und Aufgaben der Koordinierungsstelle und der Vermittlungsstelle zu überprüfen. In Wahrnehmung dieser Aufgabe haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankversicherung und die Bundesärztekammer in § 10 des Vertrages mit der Koordinierungsstelle und in § 14 des Vertrages mit der Vermittlungsstelle eine Regelung getroffen.“ (aus: Berichte der Überwachungskommission an die Auftraggeber der Koordinierungs- und der Vermittlungsstelle gemäß § 1 und 12 TPG für die Jahre 2001 bis 2011 [zugänglich unter: www.bundesaeerztekammer.de/downloads/2012-08-24_UeK-Jahresberichte_2002-2011.pdf; Zugriff am 30.07.2013]).

¹¹² Vgl. die Darstellung der öffentlich gewordenen Missstände in der Begründung zum Antrag „Organspende in Deutschland transparent organisieren“, den die Abgeordneten Dr. Harald Terpe u.a. und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dem Deutschen Bundestag zur Abstimmung vorlegten (zugänglich unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/113/1711308.pdf; Zugriff am 30.07.2013).

¹¹³ Der Katalog der Sofortmaßnahmen ist Teil des interfraktionellen Antrags „System der Organtransplantation in Deutschland nachhaltig stärken: Konsequenzen aus den Manipulationen an Patientendaten in deutschen Transplantationskliniken“ der Abgeordneten Jens Spahn u.a., den der Deutsche Bundestag auf Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit am 26.06.2013 beschlossen hat (zugänglich unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/138/1713897.pdf; Zugriff am 29.07.2013).

Aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland sind damit Schritte in die richtige Richtung erfolgt. Grundsätzlich bleibt es allerdings eine Schwäche – und damit ein Sicherheitsrisiko – des Systems, dass die Deutsche Stiftung Organtransplantation weiterhin privatrechtlich organisiert und damit einer staatlichen Rechtsaufsicht entzogen bleibt. Der Vorschlag der Deutschen Stiftung Organtransplantation zu einer „stärker öffentlich-rechtlichen Ausrichtung“ ihrer Arbeit als Koordinierungsstelle und die „Einbindung der Stiftungsarbeit in öffentlich-rechtliche Rahmenbedingungen“¹¹⁴ ist aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland nicht ausreichend, um eine effektive Kontrolle der Arbeit der Koordinierungsstelle zu gewährleisten. Ebenso wenig entspricht die vom Deutschen Bundestag im Juni 2013 beschlossene Absicht, „die eingeleitete Umstrukturierung der Deutschen Stiftung Organtransplantation weiter eng zu begleiten“,¹¹⁵ dem tatsächlichen Bedarf an Aufsicht und Kontrolle. Vieles spricht dafür, das Transplantationssystem in Deutschland grundlegender zu reformieren. Ein vorrangig notwendiger Baustein dazu wäre es, die Verantwortung für die Koordination der Transplantationsmedizin einer Stiftung (oder anderen juristischen Person) öffentlichen Rechts zu übertragen, deren Arbeit der Aufsicht beispielsweise des Bundesministers für Gesundheit unterstellt werden könnte.

VERMITTLUNGSSTELLE

Zur Vermittlung der vermittlungspflichtigen Organe „errichten oder beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Vermittlungsstelle)“.¹¹⁶ 

¹¹⁴ Pressemitteilung der DSO vom 24.4.2013 (zugänglich unter: www.dso.de/dso-pressemitteilungen/einzelansicht/article/deutsche-stiftung-organtransplantation-stellt-sich-neuen-herausforderungen.html; Zugriff am 31.07.2013).

¹¹⁵ Deutscher Bundestag / Antrag „System der Organtransplantation in Deutschland nachhaltig stärken: Konsequenzen aus den Manipulationen an Patientendaten in deutschen Transplantationskliniken“ (Drucksache 17/13897) – inhaltlich beschlossen am 27.06.2013 (zugänglich unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/138/1713897.pdf; Zugriff am 29.07.2013).

¹¹⁶ Vgl. § 12 (1) TPG.

Dieser gesetzlichen Regelung folgend wurde die Vermittlungsaufgabe im Jahr 2000 durch eine vertragliche Regelung¹¹⁷ der Stiftung Eurotransplant International Foundation (ET) übertragen, eine niederländische Organisation mit Sitz in Leiden. Dem Vermittlungsverbund angeschlossen haben sich weitere sechs europäische Länder, namentlich Belgien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich und Slowenien.

Im Vorstand von Eurotransplant sind deutsche Transplantationszentren und die Deutsche Transplantationsgesellschaft vertreten. Gemäß dem Transplantationsgesetz haben die Auftraggeber die Einhaltung des Vertrages¹¹⁸ zu überwachen – dazu haben sie eine Prüfungskommission eingerichtet. Die Mitglieder dieser Kommission stimmen weitgehend mit denen der Überwachungskommission (der Vermittlungsstelle Deutsche Stiftung Organtransplantation) überein.¹¹⁹

Es gibt aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland zunehmend Zweifel, ob die Regelung, die Vermittlung der Spendeorgane in diesem Verbund über die Stiftung Eurotransplant zu organisieren, auf Dauer tragfähig ist. Schon mehrfach haben Verfassungsrechtler_innen darauf hingewiesen, dass „Entscheidungen in der Transplantationsmedizin [...] Entscheidungen über Leben und Tod [sind]. Sie betreffen existenzielle und elementare grundrechtliche Schutzgüter. Derartige Entscheidungen bedürfen in der Verfassungsrechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland der rechtlichen Einbindung sowie der Legitimation.“¹²⁰ Eine konkrete Frage, die sich hier stellt, ist zum Beispiel, gegen wen eine Patientin oder ein Patient in Deutschland klagen könnte, die oder der nicht auf die Warteliste für ein bestimmtes Organ aufgenommen wird, über die eine private Stiftung in den Niederlanden entschieden hat. Oder mit welchem Recht Menschen, die nicht im Bereich des Verbundes wohnen, von der Vermittlung ausgeschlossen werden – zumal, wenn es sich um Bürger_innen anderer EU-Länder handelt.¹²¹

¹¹⁷ Einzusehen unter: www.transplantation-information.de/gesetze_organspende_transplantation/vertraege/vertrag_vermittlungsstelle.html (Zugriff am 17.05.2013).

¹¹⁸ Vgl. §12 TPG; die „Auftraggeber“ sind die bereits genannten: Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Bundesärztekammer und Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger.

¹¹⁹ Vgl. die Informationen des BMG unter www.bmg.bund.de/praevention/organspende/regelung-der-organspende.html (Zugriff am 17.05.2013); zur Überwachungskommission vgl. die Erläuterungen in Fußnote 104

¹²⁰ Vgl. Wolfram Höfling: „Löst die geplante Änderung des Transplantationsgesetzes tatsächlich die Probleme?“, 4. (Stellungnahme der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, 21. Dezember 2011; zugänglich unter www.stiftung-patientenschutz.de/publikationen/stellungnahmen/Stellungnahmen-2011; Zugriff am 30.07.2013).


¹²¹ Vgl. ebd.; zu klären wären in diesem Zusammenhang ebenfalls die Rechte von Migrant_innen, Asylbewerber_innen, Abschiebehäftlingen und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus..



ENTNAHMEKRANKENHÄUSER

Für Organ- und/oder Gewebeentnahmen nach Hirntod kommen „grundsätzlich alle zugelassenen Krankenhäuser in Betracht, die nach ihrer räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind, Organentnahmen [...] zu ermöglichen. [...] Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender [...] in Betracht kommen, [...] festzustellen und der Koordinierungsstelle [...] unverzüglich mitzuteilen; kommen diese Patienten zugleich als Gewebespender [...] in Betracht, ist dies gleichzeitig mitzuteilen.“¹²²

Die Zahl der Entnahmekrankenhäuser im Sinne des Gesetzes beträgt in Deutschland ca. 1350. Von diesen Krankenhäusern wurden der Deutschen Stiftung Organtransplantation im Jahr 2012 insgesamt 1548 potentielle Organspender_innen gemeldet; realisiert wurde die Entnahme von Organen nach diagnostiziertem Hirntod in 1046 Fällen.¹²³ Nicht zu entnehmen ist dem aktuellen Gesamtjahresbericht, wie viele der potentiellen Entnahmekrankenhäuser sich am Verfahren beteiligt haben; die Statistik der Deutschen Stiftung Organtransplantation weist lediglich die Krankenhäuser mit den meisten Organentnahmen aus.¹²⁴

Aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland erscheinen die gesetzlichen Anforderungen für die Definition eines Entnahmekrankenhauses nicht hinreichend. Um die gesetzlich geforderte Feststellung des nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms treffen zu können, müsste als Voraussetzung die Möglichkeit zu technikgestützten Untersuchungen im Rahmen der Hirntoddiagnose gegeben sein – zum Beispiel durch funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Einzelphotonen-Emissions-Tomografie (SPECT) und Elektroenzephalografie (EEG). Mindestens aber müsste die Möglichkeit zur Duplex-Sonographie der Carotiden gegeben sein¹²⁵ 

¹²² § 9a TPG.

¹²³ Quelle: DSO – Jahresbericht 2012, herunterzuladen unter www.dso.de/dso-news-home/galerie-bundesweiter-jahresbericht-erschienenen.html (Zugriff am 17.05.2013).

¹²⁴ Im Jahr 2007 haben 46 Prozent der relevanten Krankenhäuser mindestens eine Patientin oder einen Patienten als mögliche_n Organspender_in an die DSO gemeldet. (Deutscher Bundestag, Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin in Deutschland zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes /Drucksache 16/13740; zugänglich unter: www.iges.de/publikationen/gutachten__berichte/transplantations_studie/e7583/infoboxContent7585/DeutscherBundestag-Drucksache1613740_ger.pdf; Zugriff am 30.07.2013).

¹²⁵ Zur Bedeutung dieser Methoden vgl. Kap. 2.1 Hirntod / Hintergrund: Abschnitt Medizinisch-naturwissenschaftliche Zweifel am Hirntodkonzept des Positionspapiers.



Entsprechend der gesetzlichen Definition sind auch eine Reihe kirchlicher (evangelischer) Krankenhäuser Entnahmekrankenhäuser, also zur Beteiligung am Organspende-Verfahren verpflichtet. Darüber hinaus besteht direkte kirchliche Beteiligung dort, wo evangelische Krankenhauseelsorger_innen in die Angehörigengespräche zur stellvertretenden Zustimmung oder Ablehnung von Organ- und/oder Gewebespende nach Hirntod involviert sind. Öffentlich zugänglichen Daten ist zu entnehmen, dass sich einige der kirchlichen Krankenhäuser an der „Gemeinschaftsaufgabe Organspende“ beteiligen.¹²⁶ Ferner treten die kirchlichen Krankenhäuser zum Thema Organspende vor allem mit der Position in Erscheinung, dass die individuelle Entscheidungsfreiheit bezüglich einer Erklärung zur Organspende(bereitschaft) gewahrt werden muss.¹²⁷ Zu – auch kontroverser – Diskussion und Positionierungen herausgefordert sehen sich einzelne Krankenhauseelsorger_innen ebenso wie deren landeskirchliche Zusammenschlüsse. Aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland ist es wünschenswert, wenn innerhalb der EKD und der Diakonie Deutschland eine quantitative wie qualitative Evaluation der Beteiligung und Erfahrungen kirchlicher Mitarbeiter_innen und Institutionen am Organspendeverfahren durchgeführt würde – und dies in einen breiten Diskurs über die damit verbundenen ethischen Fragen und die seelsorglichen Angebote für alle am Entnahmeverfahren Beteiligten mündete.

¹²⁶ Vgl. z.B. die Informationen auf den Internetseiten der DSO-Regionen – diese enthalten unter „Krankenhäuser“ bzw. in den Jahresberichten in der Regel allerdings keine vollständigen Auflistungen der Beteiligungen der Entnahmekrankenhäuser in ihrem Bereich, sondern lediglich die Aufschlüsselung der Gesamtzahl der potenziellen Entnahmekrankenhäuser (nach Kategorie) sowie die Auflistung der „Krankenhäuser mit den meisten Explantationen“ und (jahrgangsweise) derjenigen Krankenhäuser, die „für ihr besonderes Engagement in der Organspende“ ausgezeichnet wurden. „Ausschlaggebend für die Auszeichnungen sind Kriterien wie die Unterstützung der Transplantationsbeauftragten durch die Klinikleitung, die Fortbildung des Klinikpersonals sowie die Erarbeitung von Leitlinien und Verfahrensschritten für den Akutfall Organspende.“ (Quelle z.B. für die Region Ost: www.dso.de/dso/struktur-der-dso/regionen/region-ost/krankenhaeuser.html) – Im Jahr 2012 befand sich z.B. das Ev. Krankenhaus Duisburg-Nord unter den sechs Preisträgern, die vom Gesundheitsministerium NRW ausgezeichnet wurden. „Um die Organspendezahlen dauerhaft zu steigern, kommt es darauf an, dass sich alle Beteiligten zu dieser Aufgabe bekennen und gemeinsam an einem Strang ziehen. Insbesondere in den Krankenhäusern zählt der Einsatz jedes Einzelnen“, sagte der Staatssekretär im Gesundheitsministerium NRW, Dr. Walter Döllinger, anlässlich der diesjährigen Ehrung von Kliniken, die sich besonders für die Organspende engagiert haben. Ausschlaggebende Kriterien für die Ehrung sind eine gute Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Transplantationsbeauftragten und der Klinikleitung, die Fortbildung des Klinikpersonals sowie die Erarbeitung von Leitlinien für den Akutfall Organspende. (Quelle: www.diakonie-rwl.de/index.php/mID/6.13.1/lan/de/xtra/1b503df6a2808bf71cce0353333eb653/msg/1a13e78641386d028c6d8cc48c897de5/itt/Vorbildliches_Engagement_fuer_Organspende/index.html); Zugriff am 15.07.2013).

¹²⁷ Vgl. Pressemitteilung zur Informationsaktion Organspende „Leib und Leben – ein Geschenk: Ihre Entscheidung hilft“ (www.dekv.de/fileadmin/user_upload/downloads/Internet/PM_CKiD_BZgA_zur_Aktion_Leib_und_Leben_15042013_01.pdf); Zugriff am 30.07.2013).



TRANSPLANTATIONSZENTREN

Für die Transplantation von nach diagnostiziertem Hirntod entnommenen Organen kommen in Deutschland zurzeit ca. 50 Transplantationszentren in Frage.¹²⁸ Bei der Zulassung¹²⁹ sind „Schwerpunkte für die Übertragung dieser Organe zu bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern.“¹³⁰ Von den zugelassenen Transplantationszentren wurden laut Jahresbericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation im Jahr 2012 insgesamt 4.555 Organe übertragen.

Insbesondere im Zusammenhang mit öffentlich gewordenen Manipulationen von Krankenakten in einigen Transplantationszentren wurde die Frage diskutiert, ob die – mit Blick auf die zur Transplantation zur Verfügung stehenden Organe – die Zahl der anerkannten Transplantationszentren zu groß sei. Um „falsche ökonomische Anreize“ zu vermeiden und ständige Kontrolle zu vereinfachen, sprach sich der Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz ebenso wie der Präsident der Bundesärztekammer für eine deutliche Senkung der Zahl an Transplantationszentren aus.¹³¹

Die Evangelischen Frauen in Deutschland begrüßen die Entscheidung des Deutschen Bundestages, der die Länder auffordert, „ihren Überwachungspflichten gegenüber den Transplantationszentren und deren Leitungen ausnahmslos nachzukommen“ und „die Anzahl der Transplantationszentren zu prüfen, um die Qualität der Versorgung der Patienten und Patientinnen auf den Wartelisten für ein Organ zu verbessern und Fehlentwicklungen bei einer Überversorgung an Zentren entgegenzuwirken“.¹³² Dies wird nur möglich sein, wenn gesetzlich geregelt wird, dass die Transplantationsmedizin – wie andere medizinische Therapien auch – einer fachlichen Evaluation zu unterziehen ist, die durch unabhängige Organisationen geleistet werden.

¹²⁸ Vgl. www.bmg.bund.de/praevention/organspende/regelung-der-organspende.html (Zugriff am 17.05.2013).

¹²⁹ Vgl. SGB V, § 108

¹³⁰ § 10 TPG.

¹³¹ Vgl. Art. Patientenschützer fordert Schließung von Transplantationszentren, in: Süddeutsche Zeitung (3. Januar 2013, zugänglich unter: www.sueddeutsche.de/gesundheit/organspende-skandal-in-leipzig-patientenschuetzer-fordert-schliessung-von-transplantationszentren-1.1563731; Zugriff am 30.07.2013).

¹³² Deutscher Bundestag / Antrag „System der Organtransplantation in Deutschland nachhaltig stärken: Konsequenzen aus den Manipulationen an Patientendaten in deutschen Transplantationskliniken“ (Drucksache 17/13897) – inhaltlich beschlossen am 27.06.2013 (zugänglich unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/138/1713897.pdf; Zugriff am 29.07.2013).



4 FRAGEN DER GERECHTIGKEIT

Es gibt aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland viele nachvollziehbare Gründe, der Transplantationsmedizin skeptisch bis ablehnend gegenüber zu stehen oder sie zu befürworten. Spätestens mit dem Bekanntwerden manipulativer Praktiken einzelner Ärzt_innen in einigen Transplantationszentren und den daraufhin eingebrochenen Zahlen bei der Organspende ist unübersehbar geworden, wie eng die Akzeptanz in der Bevölkerung damit zusammenhängt, ob die Menschen das Gefühl haben, dass es gerecht zugeht im Umgang mit den gespendeten Organen und Geweben.

Für die Evangelischen Frauen in Deutschland ist „Gerechtigkeit“ als zentraler Begriff der Hebräischen Bibel wie des Neuen Testaments der entscheidende Maßstab für das eigene gesellschaftlich-politische Engagement. Zedaka (hebr.) und dikaiosyne (griech.) zielen auf gesellschaftliche Verhältnisse, in denen die Lebensmöglichkeiten aller verwirklicht sind.¹³³ Insofern ist Gerechtigkeit immer auch eine Frage der guten und gerechten Verteilung vorhandener Ressourcen – und somit Verteilungsgerechtigkeit ein entscheidendes ethisches Kriterium im Kontext der Transplantationsmedizin.

Dabei betrifft Verteilungsgerechtigkeit im Bereich der Organtransplantation nicht nur die Verteilung von transplantierbaren Organen. Es stellen sich ebenso Fragen der Geschlechtergerechtigkeit und Fragen der Kostengerechtigkeit im solidarischen Gesundheitswesen, Fragen der Zuteilung von Lebenschancen und, nicht zuletzt, Fragen nach der globalen Verflechtung dieses Medizinbereichs.

4.1 GESCHLECHTERGERECHTIGKEIT

Geschlechtergerechtigkeit ist im Bereich der Organtransplantation bisher kaum in den Blick genommen worden: Männer erhalten fast doppelt so oft Organe wie Frauen. Die vermutete Erklärung, dass Männer häufiger an Grunderkrankungen leiden, die eine Organtransplantation notwendig werden lassen, ist strittig. Möglicherweise ist die geschlechtsspezifische medizinische Ungleichbehandlung ursächlich für die höhere Transplantationsrate bei Männern.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VOM GESETZGEBER, Studien zur geschlechtersensiblen und –gerechten Diagnostik und Therapie in allen medizinischen Fachrichtungen und geschlechterspezifische Behandlungsleitlinien verpflichtend zu machen;

VOM GESETZGEBER die Bestimmung, dass in den Bundesauswertungen bezüglich Organtransplantationen alle Daten auch nach der Kategorie Geschlecht aufgeschlüsselt werden; ➔

¹³³ Vgl. Klaus Bieberstein/Lukas Bormann: Art. Gerechtigkeit, in: Sozialgeschichtliches Wörterbuch zur Bibel, Gütersloh 2009, 197-203; vgl. auch Frank Crüsemann/Luise Schottroff: Art. Gerechtigkeit, in: Ulrike Bail u.a. (Hrsg.), Bibel in gerechter Sprache (Glossar), Gütersloh 2006, 2347-2349.



VON DER BUNDESÄRZTEKAMMER die Aufnahme von Geschlechtergerechtigkeit in die Allokationskriterien zur Organtransplantation;

VON DER ÄRZT_INNENSCHAFT, verbindliche und angemessene Frauenquoten in den Leitungsgremien der kassenärztlichen Vereinigungen und den Fachärztlichen Gesellschaften festzulegen und umzusetzen.

HINTERGRUND

Etwa 18.400 Menschen wurden in Deutschland in den Jahren 2008 bis 2011 Organe transplantiert. Das Geschlechterverhältnis der Organempfangenden ist über diesen Betrachtungszeitraum mit leichten Schwankungen relativ konstant: etwa 36 Prozent waren Frauen, rund 64 Prozent Männer.¹³⁴ Männer erhalten also nicht nur deutlich häufiger neue Organe, sie werden auch signifikant häufiger in die Wartelisten zur Organvermittlung aufgenommen und erhalten damit in stärkerem Maße als Frauen überhaupt die Möglichkeit, bei der Verteilung der transplantierten Organe berücksichtigt zu werden.¹³⁵

DIAGNOSE, THERAPIE UND GESCHLECHT

Insbesondere bei den Herztransplantationen und der entsprechenden Warteliste ist das Missverhältnis zwischen Frauen und Männern augenfällig: Mehr als 80 Prozent Männer stehen weniger als 20 Prozent Frauen gegenüber.¹³⁶ Inzwischen gibt es Hinweise, dass die vermutete Erklärung, Männer würden entsprechend häufiger an den Grunderkrankungen leiden, die zur Organtransplantation führen, nicht mehr haltbar ist.¹³⁷

¹³⁴ Nach Zahlen aus den Bundesauswertungen bezüglich Organtransplantationen. Die Bundesauswertungen beinhalten Postmortal- und Lebendspenden. Quelle: www.sgg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/index.html (Zugriff am 01.07.2013).


¹³⁵ Vgl. ebd.

¹³⁶ Vgl. Robert-Koch Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 17 – (Themenheft: Organtransplantation und Organspende) 17 (2003). Das Themenheft ist zugänglich unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_uid=gast&p_aid=15993749&p_fid=8523&p_ftyp=TXT&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_vtrau=4&p_hlp_nr=&sprache=D&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=83&p_news=&p_modus=2&p_window=&p_janein=J (Zugriff am 30.07.2013). Aktuelle Zahlen zur Geschlechterverteilung auf den Warteliste sind entweder nicht verfügbar oder aber nicht zugänglich.

¹³⁷ Vgl. Claudia Brunhuber: Geschlechterunterschiede in Klinik und Verlauf der dilatativen Kardiomyopathie, S. 6 (Dissertation Humboldt-Universität Berlin, Medizinischen Fakultät 2007) (zugänglich unter: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/brunhuber-claudia-2008-04-25/PDF/brunhuber.pdf>; Zugriff am 30.07.2013). Vgl. Merve Winter: Geschlecht und Organspende – Gesundheitspolitische Aspekte der Gender Imbalance, *Femina Politica*, 1 (2009). (zugänglich unter: http://www.femina-politica.de/pdf/Korrektur_MWinter.pdf; Zugriff am 30.07.2013). Günther Heller et al: Sterblichkeitsrisiko von Frauen und Männern nach einem Myokardinfarkt, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 105/15 (2008), 279-285

Ein Blick auf die Geschlechteraspekte bei den Herzerkrankungen macht das deutlich: Mehr als acht von zehn Herzen werden transplantiert aufgrund von Erkrankungen des Herzmuskels (Kardiomyopathie) oder der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit). Neuere Daten legen nahe, dass mit Bezug auf die dilatative Kardiomyopathie¹³⁸ – die den größten Anteil unter den diagnostizierten Kardiomyopathien ausmacht¹³⁹ – die Erkrankungshäufigkeit bei Frauen und Männern ähnlich ist.¹⁴⁰

Frauen sterben mindestens gleich häufig, möglicherweise auch häufiger als Männer an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.¹⁴¹ Bei Frauen ist jedoch die Symptomatik einer Herzerkrankung oft anders als bei Männern, und die Symptome werden, wenn überhaupt, später erkannt. Der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Symptomatik wird auch heute noch deshalb keine Rechnung getragen, weil über lange Zeit nur die „männlichen“ Symptome als Norm gelehrt wurden. Die klinischen Symptome bei Frauen mit dilatativer Kardiomyopathie sind ausgeprägter als bei Männern, dennoch erhalten sie viel seltener Zugang zur Warteliste für die Herztransplantation. Vermutet wird hier, dass Frauen erst in einem weiter fortgeschrittenen Krankheitsstadium von den behandelnden Ärzten zur Transplantation vorgestellt werden.¹⁴²

Diagnose und Therapie von Herzkreislaferkrankungen erfolgen mit deutlichem Geschlechterunterschied: Männer werden häufiger zu kardiologischen Fachärzten überwiesen und einer adäquaten kardiologischen Diagnostik zugeführt. Die Therapieleitlinien werden bei Frauen weniger strikt beachtet, die Nachsorge erfolgt nachlässiger.¹⁴³ 

¹³⁸ Eine dilatative Kardiomyopathie ist eine krankhafte Erweiterung (Dilatation) des Herzmuskels.

¹³⁹ Quelle: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000, zugänglich unter: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=58212464&nummer=594&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=51825653 (Zugriff am 01.07.2013).

¹⁴⁰ Vgl. Claudia Brunhuber: Geschlechterunterschiede in Klinik und Verlauf der dilatativen Kardiomyopathie, S. 6 (Dissertation Humboldt-Universität Berlin, Medizinischen Fakultät 2007) (zugänglich unter: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/brunhuber-claudia-2008-04-25/PDF/brunhuber.pdf>; Zugriff am 30.07.2013).

¹⁴¹ Quellen: Genderdatenreport, Gesundheitsstatus und Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern, zugänglich unter: www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/genderreport/8-gesundheitsstatus-und-gesundheitsrisiken-von-frauen-und-maennern.html (Zugriff am 01.07.2013); Günther Heller u.a.: Sterblichkeitsrisiko von Frauen und Männern nach einem Myokardinfarkt, in: Deutsches Ärzteblatt 105/15 (2008), 279-285 (zugänglich unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/59642/Sterblichkeitsrisiko-von-Frauen-und-Maennern-nach-Myokardinfarkt>; Zugriff am 30.07.2013).

¹⁴² Vgl. Claudia Brunhuber: Geschlechterunterschiede in Klinik und Verlauf der dilatativen Kardiomyopathie, S. 44 (Dissertation Humboldt-Universität Berlin, Medizinischen Fakultät 2007) (zugänglich unter: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/brunhuber-claudia-2008-04-25/PDF/brunhuber.pdf>; Zugriff am 30.07.2013).

¹⁴³ Vgl. ebd.; vgl. auch Markus Bönke u.a.: Einfluss von Patienten-Alter und -Geschlecht auf ärztliche Entscheidungen bei koronarer Herzkrankheit, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 132/2007, 2251-2255; vgl. Christiane Erley: Das geht PatientInnen und ÄrztInnen an die Nieren, in: Ärztin 59 (2012), 12-13..



An Diabetes erkrankte Frauen mit einer kardiovaskulären Vorgeschichte beispielsweise werden medikamentös signifikant schlechter eingestellt als Männer, von Ärztinnen jedoch besser als von Ärzten.¹⁴⁴ Die Ursachen für die Ungleichbehandlung sind bisher wenig untersucht – es wird jedoch vermutet, dass Geschlechtsstereotype in der Behandlung wirksam sind.¹⁴⁵

Medikamente für das kardiovaskuläre System, die Nummer eins der deutschen Arzneimittelverordnungen, werden Männern fast doppelt so häufig verordnet wie Frauen. Aber nicht nur Arzneimittel zur Behandlung von beispielsweise Bluthochdruck, auch Antidiabetika, Lipidsenker und antithrombotische Mittel werden Männern häufiger verordnet.¹⁴⁶ Alle genannten Verordnungen betreffen Risikofaktoren der koronaren Herzerkrankungen. Darüber hinaus wirken Medikamente bei Frauen und Männern unterschiedlich. Einer Studie zufolge soll das Überleben nach Herzinfarkt mit nur medikamentöser Behandlung aufgrund der daraus resultierenden Komplikationen für Frauen um 30 Prozent niedriger als das der Männer sein.¹⁴⁷ Arzneimittel-Nebenwirkungen treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern, Medikamentenstudien werden zum größten Teil an Männern durchgeführt.¹⁴⁸

Geschlechtsspezifische Behandlungsleitlinien gibt es in Deutschland bisher nicht.¹⁴⁹ Daher liegt die Vermutung nahe, dass die diagnostische und therapeutische Ungleichbehandlung auch bei anderen Erkrankungsgruppen vorliegt.¹⁵⁰ In den Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung zur Organtransplantation wird im Kontext der gesetzlich geforderten Chancengleichheit eine anzustrebende Geschlechtergerechtigkeit bei der Allokation (Zuteilung) der zur Transplantation verwendeten Organe nicht erwähnt.¹⁵¹ Mit Blick auf Geschlechtergerechtigkeit der medizinischen Versorgung in Deutschland bedarf dies für den Bereich der Organtransplantation – und darüber hinaus – dringend der Korrektur.

¹⁴⁴ Vgl. Heiner K. Berthold et al.: Physician Gender is Associated with the Quality of Type 2 Diabetes Care, in: *Journal of Internal Medicine* 264 (2008), 340-350.

Gab es noch vor 20 Jahren fast doppelt so viele Fachärzte wie Fachärztinnen, so ist das Geschlechterverhältnis hier inzwischen fast ausgewogen (Quelle: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=2586462&nummer=305&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=87311141; Zugriff am 31.07.2013). Nicht ausgewogen ist es hingegen in den kassenärztlichen Versorgungswerken und noch weniger in den ärztlichen Fachgesellschaften und deren Leitungsgremien. Vgl. dazu Art. Emanzipation beim Infarkt, in: ZEIT online (7. Juli 2008; zugänglich unter: www.zeit.de/2008/28/M-Frau-Mann-Interview; Zugriff am 01.07.2013).

¹⁴⁵ Vgl. Petra Kolip: Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit, in: *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 45 (2009), 57-69.

¹⁴⁶ Quelle: *Techniker Krankenkasse: Gesundheitsreport 2011*, 128-129.

¹⁴⁷ Vgl. Art. Emanzipation beim Infarkt, in: ZEIT online (7. Juli 2008; zugänglich unter: www.zeit.de/2008/28/M-Frau-Mann-Interview; Zugriff am 01.07.2013).

¹⁴⁸ Vgl. Art. Frauen und Männer werden unterschiedlich krank, in: ZEIT online (2. November 2009; zugänglich unter: www.zeit.de/wissen/gesundheits/2009-11/Gender-Medizin-Gesundheit; Zugriff am 31.07.2013); vgl. dazu auch: Ina Brzoska: Gendermedizin: Rosa Pillen, blaue Pillen, in: *Spiegel online* (20. November 2012; zugänglich unter: www.spiegel.de/gesundheits/diagnose/gendermedizin-frauen-erkranken-anders-als-maenner-a-868202.html; Zugriff am 08.07.2013).

¹⁴⁹ „Die Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die Leitlinien sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.“ Quelle: www.awmf.org/leitlinien.html (Zugriff am 01.07.2013).


¹⁵⁰ So erhalten Männer häufiger eine Dialysebehandlung und haben dadurch häufiger die Möglichkeit, auf die Warteliste für ein Spenderorgan zu kommen. Vgl. Sabine Wöhlke: Fürsorgegeist und Heldenmut – Geschlechtsspezifische Aspekte bei der Organtransplantation, in: *Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013* (Themenheft: „Organe spenden?“), 74.

¹⁵¹ Vgl. www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.8858 (Zugriff am 01.07.2013).

SPENDE(BEREITSCHAFT) UND GESCHLECHT

Betrachtet man die geschlechtsspezifische Bereitschaft zur Organspende, so ist zwischen der Lebendorganspende und der Organspendebereitschaft im Falle des Hirntodes, der sogenannten postmortalen Spendebereitschaft, zu unterscheiden. Sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Falle eines möglichen Hirntodes wenig ausgeprägt, so sind sie bei Lebendspenden dagegen sehr prägnant.

Im Jahr 2011 waren in Deutschland 59 Prozent der Nierenlebendspender_innen Frauen, 35,2 Prozent Männer, die verbleibenden 5,8 Prozent wurden nicht näher spezifiziert.¹⁵² „Die Diskrepanz zwischen weiblichen und männlichen Lebendorganspendenden wird bereits seit Mitte der 1980er nachgewiesen und ist in nahezu allen Staaten zu beobachten, in denen Lebendorganspenden durchgeführt werden.“¹⁵³ Dabei könnte es eine Rolle spielen, dass Männer häufiger Angst vor Schmerzen haben als Frauen. Seit in den USA die Lebendnierenspende minimalinvasiv und nicht mehr mit einer offenen chirurgischen Entnahme durchgeführt wird, spenden Männer genauso oft wie Frauen. Geschlechtsspezifische Ungleichheiten sind auch unter sozialen Aspekten zu finden: Männer befürchten nach einer Nierenspende eher negative Folgen für ihre Gesundheit, und sie erwarten mehr Anerkennung durch ihr soziales Umfeld.¹⁵⁴

Die Gründe für die höhere Lebendspendebereitschaft von Frauen in Deutschland sind hingegen wenig erforscht. Vermutete medizinische Gründe, derentwegen Männer seltener spenden, konnten nicht bestätigt werden.¹⁵⁵ Es liegt vielmehr nahe, „dass die Motive für das erhöhte Spendeaufkommen in traditionellen Geschlechterrollen und entsprechenden Erwartungen zu finden sind. Fürsorge, Aufopferungsbereitschaft und Verantwortung für die familiäre Gesundheit werden weiterhin stärker als Aufgaben von Frauen wahrgenommen“.¹⁵⁶ 

¹⁵² Vgl. Sabine Wöhlke: Fürsorgegeist und Heldenmut – Geschlechtsspezifische Aspekte bei der Organtransplantation, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 73

¹⁵³ Vgl. dazu ausführlich: Mona Motakef: Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende, Bielefeld 2011, 17 sowie Werner Schneider: Organtransplantation. Soziologische Konturen der Transplantationsgesellschaft (zugänglich unter: www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/33789/organtransplantation; Zugriff am 31.07.2013.)

¹⁵⁴ Neda Khalifeh u.a.: Geschlechtsspezifische Besonderheiten im Rahmen der Nierentransplantation, in: Nephro-News 6/2007 (zugänglich unter: www.medicom.cc/medicom-de/inhalte/nephro-news/entries/2400/entries_sec/2401.php; Zugriff am 01.07.2013).

¹⁵⁵ Neda Khalifeh u.a.: Geschlechtsspezifische Besonderheiten im Rahmen der Nierentransplantation, in: Nephro-News 6/2007 (zugänglich unter: www.medicom.cc/medicom-de/inhalte/nephro-news/entries/2400/entries_sec/2401.php; Zugriff am 01.07.2013).

¹⁵⁶ Mona Motakef: Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende, Bielefeld 2011, 17 sowie Werner Schneider: Organtransplantation. Soziologische Konturen der Transplantationsgesellschaft (zugänglich unter: www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/33789/organtransplantation)



„Im Falle der Lebendorgantransplantation kann die Spende als Ausweitung weiblicher Familienpflichten gelesen werden. Und in der Tat führen Frauen eher fürsorgliche Motive für ihre Organspende auf, während Männer sie als einen heroischen Akt beschreiben.“¹⁵⁷

Im Jahr 2011 sollen in Deutschland 53,8 Prozent der postmortalen Spender_innen männlich, 46,2 Prozent weiblich gewesen sein.¹⁵⁸ In der Bundesauswertung zur Transplantation ist das Geschlechterverhältnis jedoch nicht durchgängig nach gespendeten Organen aufgeschlüsselt, oder aber die Geschlechterdaten der Spenden wurden nicht getrennt nach Lebend- und Postmortalspenden differenziert.¹⁵⁹

Jede_r vierte Deutsche besitzt einen Organspendeausweis, dabei ist der Anteil von Frauen minimal höher. Die grundsätzliche Bereitschaft, postmortal Organe zu spenden, erklärten drei von vier Frauen, sie liegen damit zwei Prozentpunkte höher als die Männer. Frauen sprechen auch häufiger mit Familienangehörigen und Freund_innen über ihre Überlegungen zur Organspende und zu ihrem eigenen Tod. In den Motiven zur postmortalen Organspendebereitschaft sind leichte Geschlechterdifferenzen festzustellen: So ist es für Frauen etwas wichtiger als für Männer, ihre Angehörigen mit dieser Entscheidung nicht zu belasten, Männer hingegen ist es weitaus häufiger als Frauen egal, „was nach ihrem Tod mit ihnen passiert“.¹⁶⁰

Liegt kein Organspendeausweis vor, werden die nächsten Angehörigen im Falle der Hirntoddiagnose nach einer Entscheidung über eine mögliche Organspende gefragt. Studien, die eine geschlechtersensible Differenzierung von Entscheidungen zur Organspende aus Angehörigenperspektive aufschlüsseln, gibt es bisher kaum. Bekannt ist lediglich, dass mehr Frauen als Männer sich in einer solchen Situation, in der eine nahestehende Person stirbt, stellvertretend mit der Frage nach einer möglichen Organspende auseinandersetzen.¹⁶¹ Vermutlich spielen auch hier Geschlechterrollenerwartungen eine Rolle.

¹⁵⁷ Sabine Wöhlke: Fürsorgegeist und Heldenmut – Geschlechtsspezifische Aspekte bei der Organtransplantation, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), S. 75; vgl. dazu auch: Mona Motakef: „Hey big Spender!“ Organspende zwischen Biopolitik und Popkultur, in: onlinejournal kultur und geschlecht 6 (2010), 1-21 (zugänglich unter: http://www.ruhr-uni-bochum.de/genderstudies/kulturundgeschlecht/pdf/Motakef_HeyBigSpender.pdf; Zugriff am 31.07.2013).

¹⁵⁸ Vgl. Sabine Wöhlke: Fürsorgegeist und Heldenmut – Geschlechtsspezifische Aspekte bei der Organtransplantation, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 73.

¹⁵⁹ Vgl. Bundesauswertungen Transplantation (ab 2009), www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/index.html (Zugriff am 01.07.2013).

¹⁶⁰ Quelle: Daniela Watzke/Volker Sander: Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse unter: http://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/RepBefragung_Bericht_final.pdf (Zugriff am 01.08.2013)

¹⁶¹ Hinweis von Sabine Wöhlke: Fürsorgegeist und Heldenmut – Geschlechtsspezifische Aspekte bei der Organtransplantation, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 76 f.

4.2 KOSTENGERECHTIGKEIT

In Deutschland fließen immense Summen in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Gleichwohl werden nicht sämtliche Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung finanziert. Das heißt, dass die verfügbaren finanziellen Mittel bereits verteilt werden, ohne dass dies immer im ausreichenden Maße transparent wäre. Voraussetzung einer gesellschaftlichen Bewertung – und Konsensbildung – über die gerechte Verteilung ist die öffentliche Zugänglichkeit der tatsächlichen Kosten, die im jeweiligen medizinischen Bereich entstehen.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VOM GESETZGEBER die Verpflichtung der Kostenträger (Gesetzliche Krankenversicherer) zu fortlaufenden, interessengruppenunabhängigen und geschlechtersensiblen Evaluationen sämtlicher mit der Transplantationsmedizin verbundenen Kosten, insbesondere auch mit Blick auf die lebenslangen Folgekosten; die Ergebnisse müssen öffentlich zugänglich sein.

HINTERGRUND

Gesundheit ist ein teures Gut: In den vergangenen 20 Jahren haben sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland annähernd verdoppelt. Hauptsächlich verantwortlich dafür ist der medizinische Fortschritt, in dessen Folge sich das therapeutische Spektrum erweitert hat. „Früher nicht bekannte oder nicht mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden sind mit zunehmendem Fortschritt machbar und durchführbar geworden. [...] Verbesserte Therapieverfahren führen zur Senkung des Behandlungsrisikos und können nun an Patienten angewandt werden, die zuvor nicht therapierbar waren.“¹⁶²

Nicht zuletzt der Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten verdankt die Bevölkerung in Deutschland die kontinuierliche Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung.¹⁶³ Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung wiederum ist relevant auch für die Entwicklung der Transplantationsmedizin, denn „parallel zum Spektrum der verpflanzbaren Organe wächst auch die Altersspanne der Empfänger immer weiter an“.¹⁶⁴ ➡

¹⁶² Thomas Kopetsch: Gesundheitswesen am Scheideweg, in: Wirtschaftsdienst 2001/X, 589.

¹⁶³ Auch wenn dies auf den ersten Blick irritiert: Heute gilt ein großer Anteil krebs- und herzkreislauferkrankter Menschen als Indikator einer guten medizinischen Versorgung. Das war nicht immer so. Waren im vorindustriellen Europa aufgrund häufigen Nahrungsmangels, ansteckender Krankheiten und unzureichender hygienischer Verhältnisse infektiöse und parasitäre Erkrankungen die Haupttodesursachen, so leben in Industrienationen die Menschen heute nicht nur wesentlich länger, sie sterben auch an anderen Krankheiten. Dazu zählen vor allem die degenerativen Erkrankungen wie eben Krebs und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Vgl. Steffen Kröhnert/Margret Krasch: Sterblichkeit und Todesursachen – Lebensspanne und Todesursachen früher und heute, in: Online-Handbuch Demografie (zugänglich unter: www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/faktoren/sterblichkeit.html; Zugriff am 01.07.2013).

¹⁶⁴ Thomas Kopetsch: Gesundheitswesen am Scheideweg, in: Wirtschaftsdienst 2001/X, 589.



Altersgrenzen für sehr belastende und umfangreiche chirurgische Eingriffe, wie sie noch vor wenigen Jahren bestanden, sind bedeutungslos geworden, da ältere Patient_innen diese Operationen mittlerweile recht gut überstehen. Hohes Alter ist heute keine Kontraindikation mehr für beispielsweise koronare Bypass-Operationen.¹⁶⁵

Und doch bleiben die Menschen sterblich. „Die Hinauszögerung eines letztlich doch unausweichlichen Todes wird mit enorm steigenden Kosten der gewonnenen Lebenserwartung erkaufte. [...] Die Diskrepanz zwischen dem medizinisch Möglichen und dem finanziell Machbaren wird daher immer mehr zunehmen. Damit wächst die Notwendigkeit, Prioritäten hinsichtlich der Verteilung der knappen finanziellen Mittel zu setzen.“¹⁶⁶ Und mit der Frage der Verteilung stellt sich unabweisbar die Frage der Verteilungsgerechtigkeit der zur Verfügung stehenden Mittel.

KOSTEN DER TRANSPLANTATIONSMEDIZIN

11,3 Prozent ihres Bruttoinlandproduktes wendeten die Deutschen im Jahr 2011 für ihre Gesundheit auf. Größter Ausgabenträger war dabei mit 168,5 Milliarden Euro die gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsträgerin für 69,6 Millionen Versicherte.¹⁶⁷ Mehr als ein Drittel der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen fielen dabei für Krankenhausbehandlungen an.

Rund 7,2 Millionen Operationen wurden im Jahr 2011 in Deutschland durchgeführt. 4.932 Organe wurden im selben Zeitraum hierzulande transplantiert, das macht also 0,7 Promille aller Operationen aus. Organtransplantationen gehören damit zu den sehr seltenen Operationen in Deutschland, und sie betreffen eine vergleichsweise sehr kleine Gruppe der Versicherten im solidarischen Gesundheitssystem. Die Transplantationsmedizin ist damit zwar ein kleiner, allerdings ein sehr prestigeträchtiger Geschäftszweig (einiger) deutscher Krankenhäuser, sie ist eine aufwändige und kostenintensive High-Tech-Medizin „zur Lebensverlängerung beziehungsweise zur Verbesserung der Lebensqualität“.¹⁶⁸ 187 Millionen Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2011 für Transplantationen einschließlich der DSO- und Eurotransplant-Pauschalen ausgegeben.¹⁶⁹ Das ist gerade mal ein Promille der gesamten im Jahr 2011 von den Gesetzlichen Krankenkassen getätigten Ausgaben oder drei Promille der für die Gesetzliche Krankenversicherung angefallenen Krankenhauskosten.

¹⁶⁵ Quelle: www.herzzentrum-stuttgart.de/index.php?bypass-operation-1 (Zugriff am 01.07.2013).

¹⁶⁶ Thomas Kopetsch: Gesundheitswesen am Scheideweg, in: Wirtschaftsdienst 2001/X, 594.

¹⁶⁷ Quelle: Statisches Bundesamt, 4.4.2013, Pressemitteilung Nr. 128.

¹⁶⁸ Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2012, 181f.

¹⁶⁹ Vgl. Maïke Telgheder/Siegfried Hofmann: Transplantationen als Wirtschaftsfaktor, in: Handelsblatt Nr. 161 vom 21.8.2012 (zugänglich unter: <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/geschaeftszweig-mit-prestige-transplantationen-als-wirtschaftsfaktor-seite-all/7058914-all.html>; Zugriff am 31.07.2013).

Die durchschnittlichen Kosten für eine Organtransplantation betragen zwischen 20.000 Euro (für eine Niere) und 75.000 Euro¹⁷⁰ (für ein Herz). Nicht enthalten in dieser Summe sind die zur Organtransplantation notwendigen Voruntersuchungen, auch nicht enthalten sind die Folgekosten: lebenslange Medikamentierung¹⁷¹ insbesondere mit Immunsuppressiva, die eine Abstoßung der transplantierten Organe verhindern sollen. Aber auch die Kosten der auftretenden Folgeerkrankungen, unter anderem durch die Arzneimittel-Nebenwirkungen verursacht, fehlen in diesem rechnerischen Mittelwert. Ebenso wenig berücksichtigt sind Retransplantationen, wenn das zunächst transplantierte Organ doch abgestoßen wird oder aus anderen Gründen nicht zufriedenstellend arbeitet.¹⁷²

Die realen Gesamtkosten der Transplantationsmedizin in Deutschland sind also bisher nicht bekannt oder zumindest nicht öffentlich zugänglich. Der rechnerische Mittelwert pro transplantiertem Organ dürfte, werden sämtliche Kosten einbezogen, aber den geringeren Teil der tatsächlichen Kosten der Transplantationsmedizin ausmachen. Erst bei Kenntnis der realen Gesamtkosten inklusive gesicherter Evaluationen über die tatsächlichen Erfolge und Nutzen dieses Medizinzweiges kann im Weiteren über Verteilungsgerechtigkeit unter Kostenaspekten innerhalb der solidarischen Krankenversicherung nachgedacht werden.

Die Problematik dieses Nachdenkens liegt auf der Hand. Die Lösung kann weder in schlichten Rechnungen und dem einfachen Zahlenvergleich liegen, noch dürfen verschiedene Gruppen von kranken Menschen, die medizinischer Leistungen bedürfen, gegeneinander ausgespielt werden. Zugleich aber kann das hohe Gut eines solidarischen Gesundheitssystems angesichts begrenzter finanzieller Mittel auf Dauer nicht erhalten werden, ohne die Frage der Mittelverteilung in einem offenen gesellschaftlichen Diskurs zu klären. In Fachkreisen wird daher schon lange diskutiert, ob und wie Leistungen rationalisiert oder priorisiert werden könnten – zum Beispiel durch die Einführung von Altersgrenzen für bestimmte Operationen oder die Unterscheidung nach notwendigen und wünschenswerten Leistungen. Die meisten Gesundheitspolitiker_innen aller Parteien haben solche Überlegungen aber bislang weit von sich gewiesen und stattdessen gefordert, die Eigenverantwortung auszuweiten.¹⁷³ Und so werden de facto sehr wohl schon längst Entscheidungen über die Verteilung der begrenzten Ressource getroffen. Private Zuzahlung, zum Teil in erheblichem Umfang, für Brillen, Zahnersatz und Arzneimittel sind vergleichsweise kleine Beispiele dafür. ➡

¹⁷⁰ Ebd.

¹⁷¹ Im Jahr 2011 wurden 17,2 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für Arzneimittel getätigt. Das sind knapp 30 Mrd. Euro. Quelle: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Zahlen und Fakten 2012, Berlin 2012, 13 (zugänglich unter: www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/zahlen/aok/aok_zuf.pdf; Zugriff am 01.07.2013).

¹⁷² Die Wahrscheinlichkeit, an allgemeinen Mortalitätsfaktoren (wie Tumor- oder Herz-Kreislauf-erkrankungen) oder den langfristigen Folgen der Transplantation und ihren Folgetherapien zu sterben, ist für die Empfänger_innen einer Niere oder Leber gleich groß oder größer, als die Gefährdung durch die Transplantation. Vgl. Sandra Ciesek u.a.: Folgeerkrankungen nach Organtransplantationen, in: Internist 47 (2006), 252-265.

Das Risiko einer Krebserkrankung ist nach Organtransplantation verdoppelt, berichtete im Jahr 2011 das Journal of the American Medical Association. Vgl.: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47901/Krebsrisiko-nach-Organtransplantation-verdoppelt>.

¹⁷³ Vgl. dazu ausführlich Cornelia Coenen-Marx: Zu teuer für Solidarität? Zur Kostenentwicklung im deutschen Gesundheitssystem, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 1/2011 (Themenheft: „Gesundheit“), 73-78.



Auch im 21. Jahrhundert ist der Zugang zu medizinischer Versorgung und damit die Lebenserwartung in Deutschland eine Frage finanzieller Möglichkeiten: Wer weniger verdient, ist früher tot.¹⁷⁴

Nicht zuletzt sind allgemein zugängliche Zahlen über die tatsächlichen Kosten der Transplantationsmedizin und ein offener gesellschaftlicher Diskurs über die damit gestellte Frage nach der Gerechtigkeit in der Ressourcenverteilung im Interesse derjenigen Menschen, die dringend auf ein Organ warten. Die rückläufige Organspendebereitschaft, die nicht zuletzt den im Sommer 2012 bekannt gewordenen Manipulationen von Patient_innendaten in einigen deutschen Transplantationszentren zuzuschreiben sein dürfte, zeigt, wie bedeutsam Gerechtigkeitsfaktoren für die Akzeptanz der Transplantationsmedizin innerhalb der Bevölkerung sind – und damit für die potenzielle Bereitschaft zur Organspende.

4.3 GERECHTIGKEIT BEI DER ORGANVERTEILUNG

Die Festlegung von Allokationsregeln für Organe ist im Kern kein medizinisches Problem. Eine ausschließlich nach medizinischen Kriterien betriebene Organverteilung berücksichtigt die grundsätzlich ethische Natur dieser Verteilungsfragen nicht. Neben Fragen der Verteilungsgerechtigkeit stellen sich aber sehr wohl auch Fragen der Verteilungsrechtmäßigkeit.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VON DER ÄRZTESCHAFT, die derzeit verwendeten Verteilungskriterien öffentlich und transparent zu machen. Dabei müssen die Entscheidungsträger dazu veranlasst werden, ihre Gründe für die Festlegung der Verteilungskriterien zu benennen und nachvollziehbar zu machen;

VON DEN POLITISCH VERANTWORTLICHEN, dass die derzeit verwendeten Verteilungskriterien durch rechtlich legitimierte Institutionen öffentlich und transparent diskutiert und auf ihre ethischen Grundsätze und ihre Rechtmäßigkeit sowie auf ihre Geschlechtergerechtigkeit hin überprüft und korrigiert werden. Dabei muss gesetzlich festgelegt werden, dass die Festlegung der Verteilungskriterien künftig durch rechtlich legitimierte Institutionen zu erfolgen hat;

¹⁷⁴ Vgl. Art. Lebenserwartung gesunken – Wer weniger verdient, ist früher tot ; in: FOCUS Money online (12. Dezember 2011; zugänglich unter: www.focus.de/finanzen/news/lebenserwartung-gesunken-wer-weniger-verdient-ist-frueher-tot_aid_693214.html; Zugriff am 01.07.2013).

VOM GESETZGEBER, regelmäßige, interessengruppenunabhängige und geschlechtersensible Evaluationen zur Ergebnisqualität von Organtransplantationen einschließlich des medizinischen Nutzens und der Risiken für die Betroffenen festzulegen. Die Festlegung der Qualitätskriterien muss dazu einer ethischen Reflexion unterzogen werden;

VOM GESETZGEBER Regelungen, die die staatliche Überprüfung einer ordnungsgemäßen Vergabe der zur Verfügung gestellten Organe sicherstellen, sowie eine unabhängige Bewertung der bestehenden Allokationsregeln¹⁷⁵ und darüber hinaus ein öffentliches Register für solche Organvermittlungen, die auf Ausnahmeregelungen beruhen, um unter anderem Missstände bei der Organverteilung schneller erkennen zu können.

HINTERGRUND

Das deutsche Transplantationsgesetz legt fest, dass die „vermittlungspflichtigen Organe von der Vermittlungsstelle [...] insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln“ sind.¹⁷⁶ Diese beiden Kriterien – Erfolgsaussicht und Dringlichkeit – sind häufig gegenüber Patient_innen, die mit hoher Dringlichkeit transplantiert werden, haben hohe postoperative Mortalitäten und schlechte mittel- und langfristige Transplantationserfolge.¹⁷⁷

Der Wunsch, diese Allokationsfragen ließen sich „medizinisch“ lösen – der Gesetzgeber hat eben diese Beantwortung mit dem Transplantationsgesetz der Bundesärztekammer übertragen – ist so nachvollziehbar wie irrational. Verspielt wird mit der gesetzlich legitimierten Praxis vor allem die Chance einer tatsächlichen Legitimation der Verteilungspolitik bei Organen, die das Ergebnis einer öffentlichen und transparenten Diskussion wäre.¹⁷⁸

Die Behauptung, die Verteilung von Organen könne und solle aufgrund von (angeblich objektiven) medizinischen Kriterien erfolgen, führt angesichts der unausweichlich ethischen Natur von Verteilungsentscheidungen in die Irre. Es werden dabei Wertfragen als Sachfragen maskiert, womit der Eindruck entsteht, hier sei nichts zu entscheiden. Normative Fragen, die das Verteilungsproblem aufwirft, wurden daher nie beantwortet. So wäre neben anderen die Frage zu beantworten, wie knappe medizinische Ressourcen zu verteilen sind. ➔

¹⁷⁵ „Allokation“ bedeutet „Zuteilung“ und wird auch in anderen Fachgebieten besonders dann verwendet, wenn es sich um Verteilung/Zuteilung einer knappen Ressource handelt.

¹⁷⁶ §12 (3) TPG – Am häufigsten wird derzeit nach High-Urgency-Kriterien (hohe Dringlichkeit) verteilt, 80 Prozent seien es im Jahr 2009 gewesen, erklärte Dr. Axel Rahmel, Ärztlicher Leiter von Eurotransplant, auf dem 2. Wissenschaftlichen Symposium der Bundesärztekammer zur Lage der Transplantationsmedizin in Deutschland im Jahr 2010. Quelle: www.patientenpolitik.de/content/archiv/2010/august/organspende/transplantationsmedizin/index_ger.html (Zugriff am 01.07.2013).

¹⁷⁷ Vgl. Gerhard Dannecker u.a.: Gleichheit und Ungleichheit in der Leberallokation: aktuelle Fragen klinischer Praxis und ihre Reflexion aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht (Auszug aus dem Jahresbericht „Marsilius-Kolleg 2011/2012“; zugänglich unter: http://www.marsilius-kolleg.uni-heidelberg.de/md/einrichtungen/mk/publikationen/mk_jb_03_gleichheit_und_ungleichheit_in_der_leberallokation.pdf; Zugriff am 31.07.2013).

¹⁷⁸ Vgl. Thomas Gutmann, Werner Land: Ethische und rechtliche Fragen der Organverteilung: Stand der Debatte. In: Gerd Brudermüller/Kurt Seelmann (Hrsg.): Organtransplantation (Schriften des Instituts für Angewandte Ethik, Bd. 2), Würzburg 2000, 116

Es wäre darüber zu entscheiden, welche individuellen Interessen an Gesundheit mangels verfügbarer Organe zurückgestellt werden sollen, welches Leiden nicht gemindert, welche Krankheit nicht geheilt werden soll.¹⁷⁹

Als Zuteilung von Lebenschancen besitzt die Organ-Allokation Grundrechtsrelevanz. Sind Dringlichkeit und auch Wartezeit – ein weiteres im Eurotransplantverbund gewertetes Vergabekriterium¹⁸⁰ – den Gerechtigkeitskriterien zuzurechnen, so ist die Erfolgsaussicht ein Nutzenkriterium. Es stellt sich juristisch die Frage, ob die Organverteilung nach Nutzenkriterien überhaupt rechtlich zulässig ist. Denn das menschliche Leben und die Würde des Menschen genießen ohne Rücksicht auf die Dauer des Lebens den gleichen verfassungsrechtlichen Schutz und dürfen keiner wie immer gearteten unterschiedlichen oder gar zahlenmäßigen Abwägung unterworfen sein. Neben Fragen der Verteilungsgerechtigkeit stellen sich hier also auch Fragen der Verteilungsrechtmäßigkeit. Problematisch ist darüber hinaus, dass es bislang wenig gesichertes Wissen über den Erfolg der Transplantationen und die Zahl der gewonnenen Lebensjahre für die Empfänger_innen gibt. Deutsche Register fehlen, und die Qualitätssicherungsdaten sind lückenhaft.¹⁸¹ Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland schlecht ab, die Fünf-Jahres-Funktionsraten der Transplantate liegen deutlich unter dem internationalen Durchschnitt.¹⁸² Das könnte unter anderem dem immer häufigeren Transplantieren „alter Organe für alte Empfänger_innen“ (old-to-old¹⁸³) geschuldet sein, aber auch der Tatsache, dass der Anteil derer immer weiter zunimmt, die mit hoher Dringlichkeit transplantiert werden, deren Erfolgsaussichten aber deutlich schlechter sind als bei Patient_innen mit geringerer Dringlichkeit.¹⁸⁴

¹⁷⁹ Ebd. S. 89f.

¹⁸⁰ Vgl. www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=allocation (Zugriff am 01.07.2013).


¹⁸¹ Vgl. Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2012, 182. – Als wichtiger Fortschritt ist in dem Zusammenhang der Beschluss des Deutschen Bundestages vom Juni 2013 zu werten, mit dem die Bundesregierung aufgefordert wird, „einen Gesetzentwurf vorzulegen, der auf der Grundlage eines in Auftrag gegebenen Fachgutachtens zu einem nationalen Transplantationsregister eine einheitliche und umfassende Datenerhebung im gesamten Prozessablauf der Transplantationsmedizin schafft und damit die Voraussetzungen für eine stärker auf Daten gestützte Verbesserung insbesondere der Allokationsentscheidungen, der Versorgungsqualität und der Kontrolle in der Transplantationsmedizin ermöglicht, auch um dadurch die Entscheidungen bei der Vermittlung von Organen nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht auf eine verbesserte und fundiertere Datenbasis zu stellen“. Quelle: Deutscher Bundestag / Antrag „System der Organtransplantation in Deutschland nachhaltig stärken: Konsequenzen aus den Manipulationen an Patientendaten in deutschen Transplantationskliniken“ (Drucksache 17/13897) – inhaltlich beschlossen am 27.06.2013 (zugänglich unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/138/1713897.pdf; Zugriff am 29.07.2013).

¹⁸² Vgl. Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2012, 169.

¹⁸³ Vgl. z.B. die Informationen des Universitätsklinikums Erlangen zum sogenannten „Old-to-old-Programm“; Quelle: www.medicin4.uk-erlangen.de/e759/e1782/e1849/index_ger.html (Zugriff am 01.07.2013). Bei Eurotransplant wird dies als „Seniorenprogramm“ geführt; Quelle: www.nierenratgeber.de/nierentransplantation/allgemeine-info/eurotransplant-seniorenprogramm.html (Zugriff am 01.07.2013).

¹⁸⁴ Vgl. Gerhard Dannecker u.a.: Gleichheit und Ungleichheit in der Leberallokation: aktuelle Fragen klinischer Praxis und ihre Reflexion aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht (Auszug aus dem Jahresbericht „Marsilius-Kolleg 2011/2012“; zugänglich unter: http://www.marsilius-kolleg.uni-heidelberg.de/md/einrichtungen/mk/publikationen/mk_jb_03_gleichheit_und_ungleichheit_in_der_leberallokation.pdf; Zugriff am 31.07.2013).



Die Frage nach der Erfolgsaussicht ist auch unter anderen Gesichtspunkten zu klären. Denn was wird als Erfolg gewertet? Das Überleben der Transplantation? Die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Transplantierten? Geringe Sterblichkeitsraten der Transplantierten nach einem, drei oder fünf Jahren? Die Erfolgsrate des transplantierenden Chirurgen oder des Zentrums? Oder der Transplantationsmedizin des Landes? Was als Erfolg gelten soll, ist nicht definiert, und somit entscheiden die behandelnden Ärzt_innen, welchen Maßstab für „Erfolg“ sie ansetzen. Dieser Entscheidungsspielraum aber hat Auswirkungen auf die Verteilung der transplantierbaren Organen und er eröffnet damit den persönlichen Wertevorstellungen der jeweils behandelnden Ärzt_innen und der jeweiligen Beziehung zwischen Ärzt_in und Patient_in nicht unerheblichen Einfluss auf die Zuteilung von Lebenschancen. Da jedoch weder vorausgesetzt noch gewährleistet werden kann, dass alle Akteur_innen der Transplantationsmedizin die „gleichen Erfolgskriterien vor Augen haben, besteht die Gefahr, dass in der Patientenversorgung (medizinisch) gleiche Fälle ungleich behandelt werden“.¹⁸⁵ 

¹⁸⁵ Ebd., S. 49



4.4 GERECHTIGKEIT IM GLOBALEN KONTEXT

Die Frage nach Gerechtigkeit im Hinblick auf Transplantationsmedizin lässt sich nicht erfassen, ohne den international organisierten Organhandel zu problematisieren. Belastbare Daten dazu fehlen ebenso wie wirksame Instrumente zur Bekämpfung der kriminellen Aktivitäten. Ebenso notwendig ist eine ethische Auseinandersetzung mit dem Menschenbild, das dem weltweiten Organgeschäft zugrunde liegt.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VON DEN POLITISCH VERANTWORTLICHEN die Schaffung von effizienten Instrumenten zur internationalen Bekämpfung von Organhandel;

VON DEN KIRCHEN, dass sie ihre internationalen ökumenischen und politischen Netzwerke nutzen, um für den kriminellen Organhandel zu sensibilisieren, Informationen darüber zu sammeln und die zuständigen Organisationen auf allen politischen Ebenen zum Handeln zu motivieren.

HINTERGRUND

Heute muss von einem regelrechten „Transplantationstourismus“ gesprochen werden. So reisen beispielsweise wohlhabende Deutsche, die krank sind, in ein asiatisches, afrikanisches oder latein-amerikanisches Land, um dort ein Organ zu kaufen und sich implantieren zu lassen.¹⁸⁶ Dieser Tourismus funktioniert nicht nur deswegen, weil es Verzweifelte gibt, die krank sind und Geld haben, und andere Verzweifelte, die gesund und arm sind. Er funktioniert vor allem deshalb, weil es sich um ein Milliardengeschäft handelt, bei dem vor allem kriminelle Organhändler_innen verdienen. Wissenschaftliche Studien, die das Ausmaß dieses Handels untersuchen, sind rar. Belastbare Daten fehlen, wenngleich zu einigen Ländern seriöse journalistische Recherchen vorliegen. Einzelberichte über illegalen Organhandel, die an die Öffentlichkeit gelangen, enthüllen nur die Spitze des Eisbergs. Umso wichtiger ist es, die Quellen ernst zu nehmen, die diese Fälle gut dokumentieren.

¹⁸⁶ Vgl. Art. Transplantationstourismus ist weltweit zurückgegangen aber nicht gestoppt, in: ärzteblatt.de (zugänglich unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/50933/Transplantationstourismus-ist-weltweit-zurueckgegangen-aber-nicht-gestoppt; Zugriff am 31.07.2013).

Der Sender N24 recherchierte, dass in der Volksrepublik China Wanderarbeiter_innen eine Niere für 20.000 bis 30.000 Yuan (umgerechnet 2500 bis 3800 Euro) an Organhändler_innen verkaufen, Patient_innen zahlen zwischen 300.000 und 600.000 Yuan (umgerechnet 38.000 bis 76.000 Euro) für eine solche illegale Niere.¹⁸⁷ Staatlich gelenkte Maßnahmen zur Beschaffung von Organen sind nicht minder problematisch. Der ehemalige Vize-Gesundheitsminister Chinas, Huang Jiefu, schreibt im amerikanischen Wissenschaftsmagazin *The Lancet*, dass in China jährlich mehr als 10.000 Nieren, Lebern, Herzen und Lungen verpflanzt würden; knapp 60 Prozent dieser Organe sollen von hingerichteten Gefangenen stammen.¹⁸⁸ Wie viele Menschen in China im Jahr hingerichtet werden, ist nicht bekannt. Schätzungen gehen von etwa 4.000 Hinrichtungen aus.¹⁸⁹ Zwar ist in China Organhandel seit 2007 gesetzlich verboten und unter hohe Strafen gestellt, jedoch verteidigte Jiefu die gängige Praxis lange Zeit.¹⁹⁰ Dabei profitiert das chinesische Transplantationswesen von deutscher Expertise: Das deutsche Herzzentrum Berlin arbeitet mit mehr als 30 Kliniken in der Volksrepublik zusammen, darunter auch Transplantationszentren. *DIE ZEIT* schreibt: „In Deutschland bekommen chinesische Ärzte das Handwerkszeug, das es ihnen erlaubt, in China Organe von Hingerichteten zu verpflanzen.“¹⁹¹

Internationaler Organhandel, organisiert von kriminellen Gruppen, findet in vielen Ländern statt. So wurden Fälle von Organhandel in Brasilien bekannt, in Mozambique fand man 2004 ein Massengrab mit Leichen von Kindern, denen Organe entnommen worden waren.¹⁹² „In Pakistan und Nepal bekommen Spender zwischen 100 und 1.400 Euro für eine Niere. Zumeist benötigen sie das Geld, um Schulden zu begleichen, die sie bei Großgrundbesitzern haben: Das System im ländlichen Pakistan ist noch immer feudal; die Spender sind überwiegend Niedrigstlohnarbeiter aus der Landbevölkerung. Mit der Organspende geraten sie oft in eine neue Schuldenspirale. Denn die Organentnahme wird zumeist unter zweifelhaften medizinischen und hygienischen Bedingungen durchgeführt. Durch den Eingriff sind die Spender geschwächt, können weniger arbeiten und müssen oft über einen langen Zeitraum medizinisch versorgt werden, was neue, unerwartete Kosten verursacht.“¹⁹³ ➡

¹⁸⁷ Vgl. Art. Organhandel in China. Tausche Niere gegen iPhone, in: n24 Wissen (30. Mai 2013; zugänglich unter: www.n24.de/n24/Wissen/Gesundheit/d/2921650/tausche-niere-gegen-iphone.html; Zugriff am 10.07.2013).

¹⁸⁸ Vgl. Huang Jiefu et al: A pilot programme of organ donation after cardiac death in China, in: *The Lancet*, 379/9818, 862-865 (2012). Vgl. Martina Keller: Organhandel – Herz auf Bestellung, in: *DIE ZEIT* vom 07. März 2013, Nr.11. (zugänglich unter: <http://www.zeit.de/2013/11/China-Transplantationen-Organhandel>, Zugriff am 06.08.2013.)

¹⁸⁹ In der Todesstrafenstatistik 2012 von Amnesty International heißt es: „Amnesty geht davon aus, dass in China auch 2012 Tausende Menschen - und somit mehr als im Rest der Welt zusammen - hingerichtet wurden. [...] Zahlen zu China veröffentlicht Amnesty seit 2009 nicht mehr, da China Angaben zur Todesstrafe geheim hält.“ (Zitat zugänglich unter: www.amnesty.de/todesstrafe-2012; Zugriff am 31.07.2013).

¹⁹⁰ Im März 2012 gab Jiefu bekannt, diese Praxis solle in drei bis fünf Jahren auslaufen. Vgl. „Umstrittene Praxis: China schafft Organspende nach Todesstrafe ab“, *Spiegel online*, 23.03.2012 (zugänglich unter: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/china-will-keine-organspende-von-hingerichteten-mehr-a-823291.html>. Zugriff am 05.08.2013.)

¹⁹¹ Martina Keller: Organhandel – Herz auf Bestellung, in: *DIE ZEIT* vom 7. März 2013, Nr.11. (zugänglich unter: <http://www.zeit.de/2013/11/China-Transplantationen-Organhandel>, Zugriff am 06.08.2013.)

¹⁹² Vgl. Verena Renneberg: Organhandel. Eine Niere schon für hundert Euro, in: www.bundestag.de/dasparlament/2013/08/The-menausgabe/42955678.html (Zugriff am 03.07.2013).

¹⁹³ Ebd.

Der US-amerikanische Fernsehsender CNN Ägypten berichtete, dass Flüchtlingen aus dem Sudan, Äthiopien oder Eritrea auf dem Sinai Organe entnommen worden sind. Die meisten Opfer überlebten die brutalen Eingriffe nicht. Fotos im Internet dokumentieren die grauenhaften „Operationen“, nach denen die Opfer verstümmelt zurückgelassen wurden. Nicht nur in Bezug auf den Sinai,¹⁹⁴ auch für viele andere Orte fehlen jedoch belastbare Daten über das Ausmaß des Organhandels sowie die dahinter liegenden Strukturen. Das gilt auch für EU-Länder: Hier sind nur vereinzelt Fälle von illegalem Organhandel aktenkundig geworden – so in Polen und im Kosovo.¹⁹⁵

Menschenrechtsorganisationen, die Weltgesundheitsorganisation¹⁹⁶ und der Europarat ebenso wie die Europäische Union¹⁹⁷ verurteilen den internationalen Organhandel auf das Schärfste. Neben belastbaren Daten fehlen allerdings bislang Instrumente zur effektiven Bekämpfung des international organisierten Organhandels. Das deutsche Transplantationsgesetz sieht bei entsprechenden Vergehen Haftstrafen von bis zu fünf Jahren vor, auch der Empfang eines gehandelten Organs ist strafbar. Dies gilt auch, wenn die Transplantation im Ausland stattgefunden hat. Die internationalen Verflechtungen des organisierten Organhandels machen es aber erforderlich, dass länder- und kontinentübergreifend gearbeitet wird, um diese Praxis zu unterbinden. Organhandel muss, genau wie Menschen- und Drogenhandel, durch internationale polizeiliche Zusammenarbeit bekämpft werden. Die hinter einer solchen Politik der konsequenten Bekämpfung von internationalem Organhandel stehende ethische Grundhaltung setzt voraus, dass eine Organspende aus ökonomischen Motiven und der Handel mit Organen nicht vertretbar sind, da sie der Menschenwürde widersprechen. Andere Positionen befürworten die Möglichkeit des Verkaufs von eigenen Organen mit dem Verweis auf den das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper.¹⁹⁸

¹⁹⁴ „Although research indicates that the forced removal of organs takes place in the Sinai, further information and research is required to find out whether or not, and to what extent, trafficking in persons for the removal of organs does take place in the Sinai.“ Mirjam van Reisen, Meron Estefanos, Conny Rijken: Human Trafficking in the Sinai: Refugees between Life and Death, Brüssel 2012, 79.

¹⁹⁵ Vgl. www.das-parlament.de/2013/08/Themenausgabe/42955678.html (Zugriff am 03.07.2013).

¹⁹⁶ WHO-Resolution WHA63.22 (2010): apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R22-en.pdf (Zugriff am 31.07.2013).

¹⁹⁷ Vgl. z.B. die Mitteilung der Kommission vom 30. Mai 2007 an das Europäische Parlament und den Rat „Organspende und -transplantation: Maßnahmen auf EU-Ebene“, in der u.a. Möglichkeiten zur Bekämpfung des internationalen Organhandels vorgeschlagen werden. Quelle: europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/c11578_de.htm (Zugriff am 31.07.2013).



Bei diesem Argument wird der Körper als Sache betrachtet, die jemand besitzt (wie ein Haus oder ein Auto) und die wie eine Ware verkauft werden darf.¹⁹⁸ National sowie international wächst die Zahl der Stimmen, die angesichts der „Organknappheit“ das sogenannte „Marktmodell“ befürworten, demzufolge (mit oder ohne staatliche Regulierung) für eine postmortale oder auch Lebendorganspende eine Geldsumme gezahlt werden soll. Hier geht es also nicht nur um die Verfügbarkeit des eigenen Körpers, sondern um seine Kommodifizierung, d.h. seine Warenförmigkeit: Der Körper ist nur mehr ein „Etwas“, das jemand „hat“, das zerlegt und mit Preisen in Euro und Cent versehen wird.

Der Rat der EKD sowie die Deutsche Bischofskonferenz vertreten ein anderes Menschenbild: „Kein Lebender darf aus irgendeinem Grund zu einer Organspende genötigt werden. Eine Organspende aus ökonomischen Motiven ist ebenso wie der Organhandel ethisch nicht vertretbar. Der Verkauf eigener Organe ist ein Verstoß gegen die Würde des Menschen.“²⁰⁰

Die Evangelischen Frauen in Deutschland schließen sich diesem Votum an und betonen darüber hinaus, dass Ausbeutung und Armut ethisch ebenso wenig vertretbar sind. Der Verband wendet sich gegen jede Kommodifizierung und Kommerzialisierung des menschlichen Körpers. Der menschliche Körper ist weder eine Ware noch ein „Ersatzteillager“, für welches ein Preis gezahlt werden kann.

¹⁹⁸ 2008 bot ein junger Mann aus Leipzig im Internet-Auktionshaus EBAY eine seiner Nieren und Teile seiner Leber zum Verkauf an. Er wurde vor Gericht gestellt und plädierte auf nicht schuldig: „Ich gehe davon aus, dass ich berechtigt bin, über Teile meines Körpers bestimmen zu können.“ Zitiert nach Oliver Decker: Organe und Waren, in: Susanne Lettow (Hrsg.), Bioökonomie. Die Lebenswissenschaften und die Bewirtschaftung der Körper, Bielefeld 2012, 85.

¹⁹⁹ Vgl. dazu Brunhilde Raiser: Wem gehört eigentlich meine Niere?, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 68-72. Eine ausführliche, kulturwissenschaftlich und juristisch unterlegte, ethische Auseinandersetzung mit dem Argument bietet Christian Lenk: Mein Körper – mein Eigentum?, in: Das Parlament: Beilage APuZ 20-21 (2011), 22-27 (zugänglich unter: www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/33307/organspende-und-selbstbestimmung; Zugriff am 31.07.2013).

²⁰⁰ Zitiert in Kap. 1.2 von: Deutsche Bischofskonferenz/EKD (Hrsg.): Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Bonn/Hannover 1990 (zugänglich unter: www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html; Zugriff am 31.07.2013).

5 INFORMATION – AUFKLÄRUNG – WERBUNG

Das Transplantationsgesetz sieht eine breite Aufklärung der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende vor. Zugleich aber soll die Aufklärung ergebnisoffen erfolgen. Aufgrund der gegenwärtigen Praxis der Aufklärung halten die Evangelischen Frauen in Deutschland eine grundlegende Änderung der Öffentlichkeitsarbeit für dringend geboten, damit im Sinne des Gesetzes ergebnisoffen informiert und die gesetzliche Zusage der Entscheidungsfreiheit gewahrt wird.

DIE EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND FORDERN

VON DER BUNDESREGIERUNG, für eine nicht interessegeleitete Information zur Organtransplantation sowie die Ergebnisoffenheit der Aufklärung Sorge zu tragen; dazu gehört, dass Informationen über Organtransplantation und die damit zusammenhängenden Themenfelder wie etwa die Diskussion um das Hirntodkonzept (auch) von unabhängigen, nicht in die Interessen der Transplantationsmedizin involvierten Stellen konzeptioniert und verbreitet werden müssen;

VON DEN KIRCHEN, Räume für eine kritische, die gesamtgesellschaftliche Tragweite des Themas Organtransplantation berücksichtigende Auseinandersetzung zu schaffen, in denen tatsächlich ergebnisoffen diskutiert und Meinung gebildet werden kann;

VON DEN KIRCHEN, dass sie sich auch als Stimme derjenigen Menschen in diesen gesellschaftlich-politischen Diskurs einbringen, die auf die Anfrage nach ihrer Bereitschaft, ihre Organe nach Hirntod zu spenden, zurückhaltend reagieren oder keine Entscheidung für sich (oder gegebenenfalls für ihre Angehörigen) treffen wollen; dabei muss deutlich werden, dass die Zurückhaltung nicht per se „irrational“, sondern ernst zu nehmen ist;

VON DEN KIRCHEN, die einseitige Gleichsetzung der Organspendebereitschaft mit Akten der Nächstenliebe aufzugeben, um einen erweiterten gesamttheologischen, aber auch gesamtgesellschaftlichen Diskurs zu befördern.

HINTERGRUND

Damit eine informierte und unabhängige Entscheidung möglich ist, sieht das Transplantationsgesetz „eine breite Aufklärung der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende vor“, die die gesamte Tragweite der Entscheidung umfasst und ergebnisoffen ist. Darum „soll jede Bürgerin und jeder Bürger regelmäßig im Leben in die Lage versetzt werden, sich mit der Frage seiner eigenen Spendebereitschaft ernsthaft zu befassen und aufgefordert werden, die jeweilige Erklärung auch zu dokumentieren“; allerdings kann dazu niemand verpflichtet werden. Zusammen mit den Organ- und Gewebespendeausweisen sollen die zuständigen Stellen „geeignete Aufklärungsunterlagen“ zur Verfügung stellen und „fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen zur Organ- und Gewebespende sowie zur Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung“ benennen.²⁰¹

Auf dieser gesetzlichen Grundlage versenden die Krankenkassen seit Ende 2012 Informationsbroschüren und Ausweise zur persönlichen Erklärung zur Organ- und Gewebespende. ➡



Ausweise und Material liegen in Krankenhäusern und ärztlichen Praxen aus, Anzeigen in Pressepublikationen und bundesweite Plakatserien machen auf das Thema aufmerksam. Unter der Schirmherrschaft der Bundeskanzlerin wirbt die Initiative „Fürs Leben. Für Organspende“ der Deutschen Stiftung Organtransplantation mithilfe prominenter „Botschafter_innen“ um mehr Spendebereitschaft. Unter dem Titel „Die Welt mit anderem Herzen sehen“ bietet die Deutsche Stiftung Organtransplantation aufbereitetes Unterrichtsmaterial an. Leicht zugänglich ist Aufklärungsmaterial auf Internetseiten, auch die social media facebook und twitter sind mit im Boot. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung lädt jedermann und jedefrau ein, Organpate oder Organpatin zu werden.²⁰² Zusammen mit dem Verband der Christlichen Krankenhäuser startet sie eine „Informationsaktion Organspende: Leib und Leben – ein Geschenk“. Es ist augenscheinlich, dass die Bestimmung des Gesetzes erfüllt wird, soweit es die Aufforderung an die Bevölkerung, sich zur Organspende zu erklären, betrifft. Die Frage ist, ob dies auch für die nähere Bestimmung der Aufklärung gilt: die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und ergebnisoffen zu sein.

Nicht nur „das Sein“, auch Sprache bestimmt das Bewusstsein. Begriffe, in denen wir denken und die wir benutzen, prägen nicht nur unser Bild von der sozialen Wirklichkeit, sie beeinflussen auch unser Verhalten. Arbeiten aus dem Bereich der Sozial- und Kulturwissenschaften haben eindrücklich aufgezeigt, wie die Werbung um Organspende(bereitschaft) auf diese Wirk-Macht der Sprache setzt.²⁰³

MANGEL AN SPENDER_INNENORGANEN

Eine der derzeitigen Sprachstereotypen ist der scheinbar nicht mehr zu hinterfragende „Mangel an Spender_innenorganen“. Regelmäßig veröffentlicht die Deutsche Stiftung Organtransplantation die Zahlen, wie viele Menschen gestorben sind, während sie auf ein Spender_innenorgan gewartet haben.²⁰⁴ Diese Zahlen werden, in der Regel an prominenter Stelle, in nahezu sämtlichen Informationsbroschüren oder auf den Internetseiten der anderen zuständigen Stellen wieder aufgegriffen und dann auch in der Presse verwendet. Es soll dadurch nicht nur Aufmerksamkeit für das Thema erzielt, sondern auch eine emotionale Reaktion bei den Rezipient_innen ausgelöst werden.

²⁰¹ Vgl. §§ 1 und 2 TPG.

²⁰² Die Kampagne „Ich bin Organpatin“ bzw. „Ich bin Organpate“ der BZgA wurde von der Werbeagentur Schmittgall konzipiert. Bei 28 von 30 Referenzen auf der Internetseite der Agentur handelt es sich um Produkte von Pharmaunternehmen; siehe: www.schmittgall.de/print.html (Zugriff am 08.07.2013).

²⁰³ Vgl. im Folgenden insbesondere Mona Motakef: Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende, Bielefeld 2011; Brigitta Hauser-Schäublin/Vera Kalitzkus/Imme Petersen: Der geteilte Leib: die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland, Göttingen 2008, bes. 120ff. (zugänglich unter: webdoc.sub.gwdg.de/pub/mon/2008/hauser-schaeublin.pdf; Zugriff am 30.07.2013); Kristina Dronsch: Haben Sie schon Ihr Herz verschenkt? Die Sprache der Werbung für Organtransplantation, in: Arbeitshilfe zum Weitergeben 2/2013 (Themenheft: „Organe spenden?“), 78-82.

²⁰⁴ Nach Angaben der DSO stehen in Deutschland „etwa 12.000 Patienten auf der Warteliste für eine Transplantation. Doch viele warten vergebens. Täglich sterben statistisch gesehen drei von ihnen, weil für sie nicht rechtzeitig ein passendes Organ verfügbar ist. In Deutschland gibt es einen akuten Organmangel.“ (Zitat aus: www.dso.de/organspende-und-transplantation/thema-organspende.html; Zugriff am 10.06.2013).



Auch Eurotransplant konfrontiert Besucher_innen der Internetseite gleich auf der Startseite, sortiert nach Mitgliedsländern, mit den „Kennzahlen“, die den Mangel belegen sollen – erweitert um den „selbstredenden“ Hinweis auf die Gesamtzahl der Einwohner_innen des Landes.²⁰⁵ Die Rede vom Mangel an Spender_innenorganen erweckt – besonders, wenn sie zugespitzt wird auf diejenigen, die während der Wartezeit auf ein Spendeorgan verstorben sind („Tod auf der Warteliste“) – den Anschein, dass diese Menschen nicht deshalb gestorben sind, weil sie krank waren und ihre Organe versagt haben, sondern weil es eine unzureichende Bereitschaft in der Bevölkerung zur Organspende und deren Dokumentation in einem Organspendeausweis gibt. Der nahe liegende Schluss ist: Sie sind nicht wegen ihrer Krankheit gestorben, sondern wegen eines sozialen Problems.²⁰⁶

ORGANE SPENDEN

Die mittlerweile eingetretene allgemeine Gewöhnung an das Wort „Organspende“ lässt leicht vergessen, dass dieser Begriff selbst ein geschaffenes Sprachbild ist, das eine bestimmte Intention verfolgt.²⁰⁷ Die nahezu ausschließliche Verwendung der Metapher „Spende“ blendet den realen transplantationsmedizinischen Vorgang der Explantation von Organen vollständig aus und verlagert das Geschehen in den sozialen Bereich zwischenmenschlichen Handelns – genauer: des mitmenschlichen Handelns. Denn mit dem Begriff der Spende sind unweigerlich positive Assoziationen verbunden. Wer spendet, handelt altruistisch. Diese Person ist also eine, die anderen statt nur den eigenen Zielen dient. Niemand ist gesetzlich verpflichtet, ihre oder seine Organe und/oder Gewebe zur Verfügung zu stellen, wenn sie oder er stirbt. Es gibt auch keine ethische Pflicht – wer sich jedoch altruistisch handelnd verstehen will, wird die Organe nach dem eigenen Tod anderen spenden. Wer also ein Mensch mit Sinn für die Gemeinschaft sein will, dem wird Organspende sozusagen zur inneren Pflicht.²⁰⁸ ■

²⁰⁵ 11.233 Patienten aktiv auf der Warteliste am 01.01.2013, 6.713 Registrierungen auf der Warteliste in 2012, 4.042 Organtransplantationen von verstorbenen Spendern in 2012; 81.844.000 Gesamtzahl der Bevölkerung in Deutschland; Quelle: www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_germany (Zugriff am 10.06.2013).

²⁰⁶ Vgl. dazu Mona Motakef: Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende, Bielefeld 2011, 17 sowie Werner Schneider: Organtransplantation. Soziologische Konturen der Transplantationsgesellschaft (zugänglich unter: www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/33789/organtransplantation; Zugriff am 31.07.2013.)

²⁰⁷ Der Begriff „Organspende“ war 1997 ein Kandidat für die Wahl zum Unwort des Jahres. Die Jury begründete das mit einer „Pervertierung“ des Spendenbegriffs. (Quelle: de.wikipedia.org/wiki/Unwort_des_Jahres_%28Deutschland%29; Zugriff am 30.07.2013).

²⁰⁸ „Der Aufruf zur ‚Organspende‘ ist [...] auch ein Aufruf zu einem altruistischen, einem ‚wertvollen‘ Menschen, und zeichnet ein positives Beispiel für unser gesellschaftliches Menschenbild. Wenn man die aufgeführten Eigenschaften für sich beanspruchen will, wird ‚Organspende‘ zur Pflicht. Denn nur ein Mensch, der christliche und ethische Verantwortung, solidarisches Handeln, Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe in der Bereitschaft zur ‚Organspende‘ lebt, gilt als ein altruistisch handelnder und damit besonders wertvoller Mensch in unserer Gesellschaft.“ (Brigitta Hauser-Schäublin/Vera Kalitzkus/Imme Petersen: Der geteilte Leib: die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland, Göttingen 2008, 116 [zugänglich unter: webdoc.sub.gwdg.de/pub/mon/2008/hauser-schaeublin.pdf; Zugriff am 30.07.2013]). Der Soziologe Werner Schneider benennt dieses Phänomen prägnant als „sozialen Zwang zum Altruismus“. Vgl. Werner Schneider: Organtransplantation. Soziologische Konturen der Transplantationsgesellschaft (zugänglich unter: www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/33789/organtransplantation; Zugriff am 31.07.2013.)

Besonders dieser gemeinschaftsstiftende Aspekt der Sprachmetapher „Organspende“ wird in christlichen Argumentationszusammenhängen adaptiert. Hier erscheint Organspende dann nicht als ethische Verpflichtung, sondern als Akt der Nächstenliebe.²⁰⁹ Damit wird auch in kirchlichen Kontexten auf die Sprachkraft der Metapher „Organspende“ gesetzt. Wo kirchenleitende Frauen und Männer auf die Bewertung der Bereitschaft zur Organspende als Zeichen der Nächstenliebe hinweisen, fügen sie oft hinzu, dass respektiert werden müsse, wie ein Mensch sich bezüglich einer möglichen Organspende entscheide.²¹⁰ Jedoch klingt im Begriff Respekt – verstärkt durch den Argumentationszusammenhang – oft bereits mit, dass die Ablehnung einer Organspende die schlechtere Wahl ist, die den Menschen aber aufgrund ihrer Entscheidungsfreiheit zuzugestehen ist. Die weitgehend uneingeschränkte Unterstützung der Kirchen für die Werbung um Organspenden nach Hirntod ist auch in geschlechtsspezifischer Hinsicht bedeutsam – jedenfalls dann, wenn dabei das Nächstenliebe-Argument hervorgehoben wird. Denn in noch höherem Maße als kirchlich sozialisierte Männer reagieren Frauen aufgrund der weiter wirkenden traditionellen Geschlechterstereotype auf diesen Appell.

HERZ VERSCHENKEN

Ein weiteres Sprachbild, mit dessen Hilfe die groß angelegten Werbekampagnen für Organspende (bereitschaft) Assoziationen wecken und Verhaltensänderungen erreichen wollen, ist das „Geschenk“, oft bildlich festgemacht an dem Organ, das wie kein anderes symbolisch aufgeladen ist: das Herz.²¹¹ „Ein Geschenk, das Leben rettet“, empfiehlt, neben vielen anderen, auch der Sozialverband VdK Bayern und wirbt für „Organspende – Geschenk von Mensch zu Mensch“.²¹² Selbst Kritiker_innen des Hirntodkonzeptes übernehmen diesen Diskurs, so etwa der Abgeordnete Gerald Häfner (Bündnis 90/Die Grünen) während der ersten Beratung des Transplantationsgesetzes 1996 im Deutschen Bundestag: „Es gibt im ganzen Hause, soweit ich das wahrnehmen kann, niemanden, der Organtransplantation ablehnt und dieses vielleicht größte Geschenk, das ein Mensch in seinem Sterben einem anderen Menschen machen kann, ihm die Hilfe zu geben, mit seinen Organen weiterzuleben, in irgendeiner Weise schlecht machen, dem Menschen ausreden oder verhindern möchte.“²¹³

²⁰⁹ So heißt es z.B. in der Erklärung von Rat der EKD und Deutscher Bischofskonferenz von 1990: „Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten. (Deutsche Bischofskonferenz/EKD [Hrsg.]: Organtransplantation. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Bonn/Hannover 1990 [zugänglich unter: www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html]; Zugriff am 29.07.2013)].

²¹⁰ So z.B. Nikolaus Schneider, Ratsvorsitzender der EKD; Quelle: www.ekd.de/presse/pm258_2012_schneider_geistliches_wort_zur_organspende.html (Zugriff am 10.06.2013).

²¹¹ „An andere denken und ‚Herz verschenken‘“ ist z.B. die Überschrift auf der Internetseite „Fürs Leben. Für Organspende. Eine Initiative der DSO“, wo ein Werbefilm „behutsam an die Organspende heranführt“ (www.fuers-leben.de/informieren/news-einzelansicht/article/2012/01/an-andere-denken-und-herz-verschenken-2.html); Zugriff am 10.06.2013).

²¹² Organ-Spendebereitschaft der Deutschen sinkt – Leidtragende sind Patienten (zugänglich unter: www.vdk.de/bayern/pages/presse/vdk_zeitung/28181/ein_geschenk_das_leben_rettet); Zugriff am 10.06.2013).

²¹³ Zit. nach Brigitta Hauser-Schäublin/Vera Kalitzkus/Imme Petersen: Der geteilte Leib: die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland, Göttingen 2008, 117 (zugänglich unter: webdoc.sub.gwdg.de/pub/mon/2008/hauser-schaeublin.pdf); Zugriff am 30.07.2013).

Ausgeblendet bleibt in der gesamten Geschenk-Metaphorik, dass die Gabe eines Geschenks sich einem ganz bestimmten „Sitz im Leben“ verdankt. Menschen machen einem (oder mehreren) realen anderen Menschen Geschenke, und das gilt erst recht für das Geschenk des Herzens. „Ich schenke dir mein Herz“ – das sagt (und tut) eine_r gemeinhin in einer Situation verlässlicher und auf eine gemeinsame Zukunft gerichteten Partnerschaft. Eben diese persönliche und auf Dauer angelegte Beziehung aber ist im Kontext einer Transplantation ausgeschlossen.

AUFKLÄRUNG – WERBUNG – INFORMATION

Durch die Verwendung solcher Sprachbilder wird im Sinne des Gesetzes versucht, die Bereitschaft der Bevölkerung zur Organspende zu erhöhen. Die einander abwechselnden Organspende-Kampagnen werden mit den effektiven Methoden moderner Produktwerbung durchgeführt. Getragen von jeweils unterschiedlichen Organisationen und von bekannten Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens sowie von finanzkräftigen Unternehmen unterstützt, sollen sie eine „wichtige Voraussetzung [sein], um eine selbstbestimmte Entscheidung zur Organspende zu treffen und diese zu dokumentieren“.²¹⁴

Bei genauerem Hinsehen aber sind diese Werbekampagnen von ergebnisoffener Aufklärung weit entfernt. Die Informationsbroschüren der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) – aus denen die anderen Träger_innen der Öffentlichkeitsarbeit ihrerseits weitgehend die von ihnen angebotenen Informationen beziehen – dienen (stiftungsgemäß) der Werbung für Organtransplantationen. In ihnen werden besonders die Chancen, die in einer Transplantation liegen können, benannt. Staatlich finanzierte Broschüren, die das Ziel der umfassenden Aufklärung haben, müssen neben den Chancen auch die Risiken und weiterführenden Problembereiche der Organtransplantation benennen. Der Deutsche Bundestag hat auf die einseitige Informationspolitik reagiert und die Bundesregierung aufgefordert „darauf hinzuwirken, dass die Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Stiftung Organtransplantation und der von ihr treuhänderisch verwalteten Stiftung ‚FÜRS LEBEN‘ den Vorgaben des Transplantationsgesetzes entspricht“.²¹⁵ Aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland ist dieser Beschluss zu begrüßen. Darüber hinaus ist es notwendig, auch Institutionen mit der Entwicklung des Informationsmaterials zu beauftragen, die nicht den Interessen der Transplantationsmedizin verpflichtet sind. ☞

²¹⁴ Zitiert bei: www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-02/bmg-und-bzga-starten-organspendekampagne.html (Zugriff am 31.07.2013).

²¹⁵ Deutscher Bundestag / Antrag „System der Organtransplantation in Deutschland nachhaltig stärken: Konsequenzen aus den Manipulationen an Patientendaten in deutschen Transplantationskliniken“ (Drucksache 17/13897) – inhaltlich beschlossen am 27.06.2013 (zugänglich unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/138/1713897.pdf; Zugriff am 29.07.2013).



Auffällig ist, dass die tatsächliche Bereitschaft zum Ausfüllen eines Organspendeausweises deutlich hinter der bekundeten Bereitschaft zurückbleibt. Für diese Zurückhaltung gibt es aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland viele ernstzunehmende und nachvollziehbare Gründe.

Ein gravierender Grund ist, dass die Transplantationsmedizin eine Fülle komplexer ethischer, medizinischer, weltanschaulich-religiöser, gesellschaftlicher, aber auch organisatorischer Fragen aufwirft, die in den Werbe-Kampagnen zur Organspende übergangen werden und unausgesprochen bleiben. Gleichwohl erhöhen die simplifizierenden Kampagnen zur Organspende den moralischen Druck, sich für eine Organspende zu entscheiden, sodass Menschen in Umfragen so antworten, wie es als „sozial erwünscht“ wahrgenommen wird, ohne handlungspraktische Konsequenzen aus ihrer Bekundung zu ziehen. Es existieren Werbe-Kampagnen mit flotten Sprüchen wie „Im Himmel braucht man kein Gepäck“²¹⁶ oder „Damit ist alles gesagt“, wo Prominente „im Interview mit Organspende-Geschichten erzählen, was sie bewegt hat, einen Organspendeausweis auszufüllen“.²¹⁷

Diese Kampagnen verfehlen die für die Evangelischen Frauen in Deutschland verbindliche und unter allen Umständen zu achtende Würde des Menschen, die auch im Sterben und nach dem Ableben Geltung besitzt. Inhaltlich sind die Werbe-Kampagnen ungeeignet dazu beizutragen, dass Menschen sich mit einer Bereitschaftserklärung zur Organspende differenziert auseinandersetzen. Denn es gehört zum Wesen einer Kampagne, auch sehr komplexe Themen auf eine simple „Pro oder Contra“-Entscheidung zu reduzieren.²¹⁸ Jedoch kann eine freie Entscheidung nur dann getroffen werden, wenn die zugrundeliegenden komplexen Zusammenhänge bekannt sind und die angängigen medizinischen, ethischen, weltanschaulich-religiösen und gesellschaftlichen Fragen und Problemstellungen in einen diskursiven Raum überführt werden, der dieser Tragweite gerecht wird und die angesprochenen komplexen Fragestellungen angemessen zur Sprache bringt. Nur so werden Menschen in die Lage gesetzt, ohne jeden Druck, auch ohne moralischen Druck, eine Entscheidung zu treffen. Diese freie Entscheidung beinhaltet ebenfalls die Möglichkeit, eine solche Entscheidung nicht zu treffen und sie jederzeit ändern zu können.

²¹⁶ Vgl. www.fuers-leben.de/informieren/downloads/im-himmel-braucht-man-kein-gepaeck.html (Zugriff am 31.07.2013).

²¹⁷ Vgl. die Plakatserie von BMG und BZgA zur Kampagne, gestartet zum Tag der Organspende 2013 – Quelle: Bundesministerium für Gesundheit www.bmg.bund.de/praevention/organspende/ueberblick-zur-collage/interview-markus-lanz.html (Zugriff am 15.07.2013).

²¹⁸ Exemplarisch dafür steht die Plakatfrage der 2010 gestarteten und inzwischen beendeten „Pro-Kampagne“ des Deutschen Herzzentrums Berlin: „Du bekommst alles von mir. Ich auch von Dir?“.

Die gegenwärtigen Debatten um Fragen der Organtransplantation sind von einer grundlegenden Spannung geprägt: Zum einen sind die Menschen mit der Erwartung konfrontiert, ihre Organe und Gewebe zu Transplantationszwecken zur Verfügung zu stellen und diese Bereitschaft in einem Organspendeausweis zu dokumentieren. Zum anderen haben viele das Vertrauen in die Transplantationsmedizin verloren, seit Manipulationen an Patient_innendaten in einigen Transplantationszentren aufgedeckt wurden. Zudem haben zahlreiche Medien in Deutschland kritische Fragen der Transplantationsmedizin – wie die Debatte um das Hirntodkonzept – breit aufgegriffen.

Dementsprechend konzentriert sich der Beitrag der Evangelischen Frauen in Deutschland zur kirchlichen und gesellschaftlichen Diskussion um Fragen der Organtransplantation bisher vor allem auf zwei Aspekte. Zum einen wird mit einer Ausgabe der Arbeitshilfe zum Weitergeben versucht, Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit dem Aufruf zur (Erklärung zur) Spendebereitschaft zu unterstützen. Ziel ist es dabei auch, die wahrgenommene Verkürzung der Problematik in den Aufklärungsmaterialien, die von den zuständigen Stellen zur Verfügung gestellt werden, auszugleichen und auf problematische Fragen der transplantationsmedizinischen Praxis hinzuweisen. Zum anderen setzen die Evangelischen Frauen in Deutschland sich mit dem jetzt vorgelegten Diskussionspapier insbesondere kritisch mit den Aspekten Organ- und Gewebespende nach Hirntod, mit den medizinischen und gesetzlichen Grundlagen und Voraussetzungen der Transplantation von „postmortal“ gespendeten Organen sowie mit den Fragen nach gerechter Verteilung und seriöser Informationsvermittlung auseinander.

Zum ausstehenden gesellschaftlichen Diskurs gehören weitere Aspekte, die in diesem Positionspapier nicht oder nur kurz angesprochen sind. Aus Sicht der Evangelischen Frauen in Deutschland ist dabei insbesondere die Perspektive der Empfänger_innen gespendeter Organe und Gewebe in den Blick zu nehmen sowie die Perspektive der Angehörigen hirntoter Patient_innen, die stellvertretend über die Entnahme von Organen und Geweben entscheiden sollen oder dies bereits getan haben. Nicht minder dringlich stellt sich schließlich die Frage, wie der Bedarf an Spendeorganen und -gewebe zu senken wäre, in welchen Bereichen Präventivmaßnahmen den immer weiter steigenden Bedarf senken könnten und wo gegebenenfalls alternative Methoden der Behandlung von Organversagen entwickelt werden könnten (mit jeweils ganz eigenen ethischen Problemstellungen).

DIE PERSPEKTIVE DER EMPFÄNGER_INNEN

Die Fragen, die sich kranken Menschen bei der Entscheidung für oder gegen eine transplantationsmedizinische Behandlung stellen, sind ebenso wenig einfach zu beantworten wie die Fragen nach der Bereitschaft zur Organspende. Die Evangelischen Frauen in Deutschland gehen davon aus, dass grundsätzlich alle Maßnahmen, die der Freiwilligkeit und umfassenden Informiertheit bei der Entscheidung von Menschen zur Organspende und der verbesserten Kontrolle des Verfahrens dienen, auch im Sinne der Empfänger_innen sind.

Darüber hinaus ist es ausgesprochen wichtig, dass sich diese Gesellschaft – und darin die Kirchen – intensiver und differenzierter als bisher mit der Frage auseinandersetzt, wie Menschen zu einer tragfähigen Entscheidung darüber kommen, ob und unter welchen Bedingungen Transplantation



von Organen und/oder Geweben Teil ihrer eigenen medizinischen Behandlung sein soll. Denn auch hier vermittelt der öffentliche Diskurs bisweilen, dass es da nichts zu bedenken oder abzuwägen gäbe. Es verbietet sich von selbst, Menschen hier vorgefertigte Antworten zu suggerieren. Gefragt sind umso mehr Überlegungen zu den ethischen Implikationen einer Zustimmung zu oder Ablehnung von transplantationsmedizinischer Behandlung. Für die gesellschaftliche und individuelle Meinungsbildung sind hier auch und gerade die Kirchen mit ihren ethisch-theologischen und seelsorglichen Kompetenzen gefragt. Menschen können und sollten die Auseinandersetzung mit der Frage nach ihrer Spendebereitschaft als Chance begreifen, sich gleichzeitig mit der Frage auseinanderzusetzen, welche Formen der Behandlung sie im Krankheitsfall für sich akzeptieren oder ablehnen. Dass sich die Frage nach einer möglichen transplantationsmedizinischen Behandlung – ebenso wie die Frage nach einer möglichen Organspende – deutlich anders „anfühlt“ und möglicherweise auch anders beantwortet wird, solange sie sich im Zustand psychischer und physischer Gesundheit stellt, spricht keineswegs dagegen, sich mit ihr auseinanderzusetzen, bevor der Ernstfall eingetreten ist.

DIE PERSPEKTIVE DER ANGEHÖRIGEN

Noch viel zu wenig im Blick ist bislang – jedenfalls im öffentlichen Gespräch – die Perspektive von Angehörigen, die durch die transplantationsmedizinische Praxis auf unterschiedliche Art und Weise betroffen sind.

Im vorliegenden Positionspapier ist die Bedeutung thematisiert, die die Begleitung des Sterbens eines geliebten Menschen bis zum Ende für Angehörige hat, nicht zuletzt für die Bewältigung der Trauer. Nicht hinreichend untersucht ist, was es (auch langfristig) für Angehörige bedeutet, wenn diese Begleitung aufgrund einer Organ- und/oder Gewebespende nach festgestelltem Hirntod nicht möglich ist. Während die Aufklärungsmaterialien der Deutschen Stiftung Organtransplantation betonen, wie sehr es die Hinterbliebenen tröste zu wissen, dass andere Menschen mit den gespendeten Organen/ Geweben weiterleben können, legen vereinzelt Untersuchungen nahe, dass die Unanschaulichkeit des Hirntodes und die damit einhergehenden Fragen Angehörige oftmals lange Zeit intensiv beschäftigen und zum Teil auch belasten. Angebote für Angehörige, für die die Zustimmung zur Organ- und Gewebespende eine belastende und keineswegs Trost spendende Erfahrung war und ist, gibt es nach Kenntnis der Evangelischen Frauen in Deutschland bislang nicht. Auch hier sehen die Evangelischen Frauen in Deutschland dringenden Diskussions- und Handlungsbedarf.

BEDARF SENKEN

Kritische Zustimmung zu den Möglichkeiten der Transplantationsmedizin schließt für die Evangelischen Frauen in Deutschland die Forderung ein, dass weit mehr als bisher investiert wird, um den vermeintlich unaufhaltsam steigenden Bedarf an gespendeten Organen und Geweben systematisch zu senken. Dies ist umso dringender geboten, als längst deutlich geworden ist: Selbst wenn alle potenziellen Spender_innen nach Hirntod der Entnahme ihrer Organe (und Gewebe) zwecks Transplantation zustimmen und alle zur Verfügung gestellten Organe verwendet würden, könnte der über die Wartelisten zu errechnende Bedarf nicht gedeckt werden. ➡



Investitionen in die Bedarfssenkung schließen bessere und gezieltere Maßnahmen zur Prävention ebenso ein wie die systematische Weiterentwicklung alternativer transplantationsmedizinischer Möglichkeiten wie die Verwendung künstlich hergestellter Organe oder auch Xenotransplantation, d.h. beispielsweise die Übertragung einer Herzklappe von einem Schwein auf einen Menschen. Diese Medizinbereiche sind – über die in diesem Papier gestellten ethischen Grundsatzfragen wie die nach dem Ende des Lebens und der Gerechtigkeit - mit noch ganz anderen, aber nicht weniger komplexen ethischen Fragestellungen verbunden. Eine intensive ethische Diskussion dieser Fragestellungen steht in vielen Bereichen noch aus. Gerade darum braucht es jetzt diese Diskussion, bevor die Forschung die Ethik „überholt“ und vor vollendete Tatsachen stellt.

FAZIT

Eine große Herausforderung, die mit der Transplantationsmedizin verbunden ist, besteht darin, dass sie nicht allein medizinische Fachbereiche betrifft, sondern Fragen nach Leben und Tod, nach Menschenwürde, Geschöpflichkeit und Grenzen berührt. Eine zweite Herausforderung besteht darin, sich den Ambivalenzen zu stellen, die dem Thema „Organtransplantation“ innewohnen. Was zunächst als eindeutig erscheint, erweist sich bei näherer Betrachtung als widersprüchlich und mehrdeutig. Ein ausgewogenes Urteil bedarf umfänglicher Informationen – und hier liegt ein großes Problem. Es fehlen in vielen medizinischen, gesellschaftswissenschaftlichen und theologischen Bereichen Studien und belastbare Daten, die für eine Beurteilung nötig sind. Diese einzufordern, liegt im Interesse aller.

Die Evangelischen Frauen in Deutschland sehen sich herausgefordert, sich mit ihren speziellen Erfahrungen und Sichtweisen, ihren Kompetenzen und Positionen in den Diskurs um Organtransplantation einzubringen. Nicht rechthaberisch, nicht besserwisserisch, schon gar nicht der Illusion verhaftet, die einzigen mit einer ethischen Perspektive zu sein, sondern zutiefst interessiert an den Sichtweisen und Meinungen gerade derjenigen, die anders denken. „Prüft alles und behaltet das Gute“, rieten die Autor_innen des ersten Briefes an die Gemeinde in Thessaloniki. Diesem zeitlos guten Rat folgend, stellen die Evangelischen Frauen in Deutschland ihre Positionen zur Diskussion.

POSITIONSPAPIER BESCHLOSSEN VON DER MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER
EVANGELISCHEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND E.V. AM 16. OKTOBER 2013



7 DANKSAGUNG

Die Evangelischen Frauen in Deutschland danken für fachliche Beratung und kritische Hinweise den Mitgliedern des EFiD-Rechtausschusses sowie Dr. med. Michael Bohlmann, Claudia Heinkel, Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus, Prof.in Dr. phil. Alexandra Manzei, Dr. phil. Mona Motakef, Dr. phil. Dipl.-phys. Sabine Müller, Brunhilde Raiser, Dr. med. Regine Rapp-Engels, Prof. Dr. jur. Oliver Ricken, Pastorin Anne Rieck.



**ORGANTRANSPLANTATION
POSITIONSPAPIER 2013**

HERAUSGEBERINNEN

Evangelische Frauen in Deutschland e.V.
Dr. Eske Wollrad – Geschäftsführerin

AUTORINNEN

Katharina Friebe, Frauke Josuweit, Margot Papenheim, Dr. Eske Wollrad

REDAKTIONELLE BEARBEITUNG

Dr. Kristina Dronsch

GESCHÄFTSSTELLE

Berliner Allee 9 - 11, 30175 Hannover
TEL (0511)89768-100
FAX (0511)89768-199

EMAIL

info@evangelischefrauen-deutschland.de

INTERNET

www.evangelischefrauen-deutschland.de

ERSCHEINUNGSDATUM

Oktober 2013

LAYOUT UND DESIGN

Dorit Osang
OSANGDESIGN – Büro für Corporate Design und Verpackungsdesign
www.osangdesign.de