

*Der Essener Transplantationsmediziner Christoph E. Broelsch plädiert für mehr Transplantationen in Deutschland und erklärt in diesem Artikel die Hintergründe der Diskrepanz von positiven Rückmeldungen transplantierter Patienten auf der einen und die nicht vorbehaltlose Akzeptanz der Organspende auf der Spenderseite.*

# Zwischen Tod und Leben

Ein Plädoyer für die Organspende

Von Christoph E. Broelsch

Die erst 50 Jahre alte Transplantation lebenswichtiger Organe wie Herz, Leber, Lungen und Nieren hat zu einer Neubesinnung über den Bereich zwischen Leben und Tod geführt und dabei pragmatische Lösungen bis hinein in den Bereich der Definitionen gefordert und auch bewirkt. Sie tat – und tut – dies im Kontext mit der modernen Hochleistungsmedizin, die sich ausschließlich an naturwissenschaftlichen, physiologischen Kriterien orientiert. Selbst diese Wissenschaften müssen nun neue Antworten zu den Kriterien des „Lebens“ und des „Todes“ finden, konnten sie doch in der Vergangenheit uns die Geheimnisse der Funktionen der Einzelorgane bis hin zu deren Gesamtfunktionieren in Vorlesungen und Lehrbüchern erklären<sup>9,10</sup>.

Für die Organspende als Voraussetzung für Transplantationen

– wenn wir zu Beginn den ganzen Bereich der Organlebendspende ausklammern – muss der Phase zwischen Lebensende und Tod besondere Beachtung und Würdigung geschenkt werden. Dies kann nicht nur unter pragmatischen Gesichtspunkten geschehen, sondern verlangt eine Aufarbeitung der Kultur einer Gesellschaft, die sich letztlich entscheiden muss, ob sie vor dem Hintergrund ihres rechtlichen, religiösen oder traditionellen Hintergrundes Organtransplantationen, das heißt Organspende will, oder ob sie beharren will auf Grundvorstellungen und Richtlinien, die Veränderungen und neue Definitionen erschweren<sup>14</sup>.

Ein Beispiel dieses Beharrems auf traditionellen, emotional begründeten Vorstellungen ist die Gegenwart der Organspende: Über 80 Prozent der deutschen Bevölkerung ist bereit, nach dem Tode Organe zu spenden.

Ebenso erwartet ein ähnlich hoher Anteil der Bevölkerung, Organe zu bekommen, sollten sie zu Organempfängern werden müssen. Auf den Wartelisten sterben täglich mehrere Menschen. Dies geschieht vor dem Hintergrund einer Vielzahl potenzieller Organspender, die dieses Dilemma fast eliminieren könnten<sup>7</sup>.

Lassen Sie mich drei Gründe anführen, warum die Lösungsschwelle in Deutschland unüberwindbar erscheint, trotz der in Umfragen immer wieder erzielten hohen Akzeptanz der Organspende: 1. das Unbehagen (der Unglaube) an der Hirntoddefinition, 2. die unzureichende, so genannte „erweiterte Zustimmungslösung“, 3. die medizinischen Vorbehalte.

Allen drei angeführten Kritikpunkten ist gemeinsam, dass sie sich mit einer Situation am Ende eines Menschenlebens auseinanderzusetzen



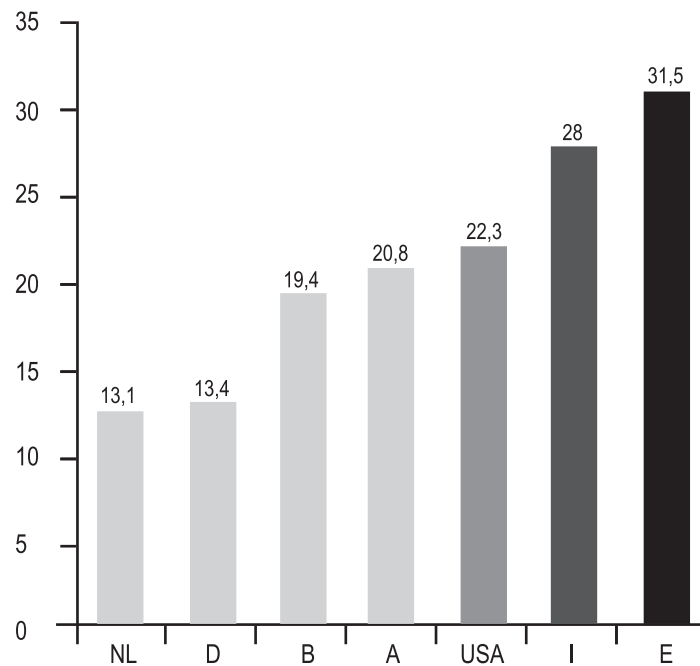
Christoph E. Broelsch. Foto: Timo Bobert

zen haben. Dabei begegnen sie einerseits der wissenschaftlichen Realität, andererseits der kulturellen Realität, die im Umgang mit dem Tod oder dem todesnahen Zeitpunkt ganz unterschiedliche Vorstellungsgrundlagen haben. Entscheidend ist dabei weniger der medizinische Realismus von Ärzten, als die Empfindung von Angehörigen, beziehungsweise einer möglichen vorausgegangenen eigenen Meinungsbildung eines verstorbenen Patienten über die Umstände bei seinem Lebensende. Die rationale Beschäftigung mit diesem Zeitpunkt wird generell verdrängt, womit das erste Problem der Organspende angeschnitten ist.

Der Tod gehört zum Leben als seine unbestrittene Grenze! Allein die Vorstellungen von dieser „Grenze“ sind so vielfältig und rational unerforschbar, wie es Kulturen auf dieser Welt gibt. In unserer Gesellschaft gibt der Umgang mit Leben und Sterben eine qualitative Aussage über den Zustand unserer Kultur! Dies besonders vor dem Hintergrund unserer älter werdenden und letztlich langsamer aus dem Leben scheidenden Gesellschaft, die zunächst in die Pension, dann in die Isolation und schließlich in die Hospitalisation übergeht<sup>12</sup>.

Die Grenze des Lebens war Jahrhunderte lang definiert mit dem Aussetzen der Atmung und dem Aussetzen der Herzaktion. Die Projektion des Todes auf diese Merkmale sind einschließlich der Merkmale des „kalt und regungslos Werdens“ nach wie vor vorherrschende Vorstellungen der normalen Menschen. Bei einigen Tausenden jedoch, die auf modernen Intensivstationen versterben, ist dies gänzlich anders. Sie sind angeschlossen an Schläuche, Apparate, Monitore und Perfusoren, die ihre Lebensfunktionen, auch im bewusstlosen Zustand, aufrecht erhalten. Natürlich kann auch hier der Tod am Aussetzen des Herzschlages festgemacht werden, jedoch ist gerade das Herz als medikamentös gut zu beeinflussender „Motor“ immer noch stimulierbar, wenn

## Organspender pro 1 Mio. Einwohner



(1) Organspender pro 1 Mill. Einwohner im Ländervergleich. Belgien (B), Italien (I), Österreich (A) und Spanien (E) sind in Europa führend.

andere Organe nicht mehr funktionsfähig sind. Erst das Ganze in seiner Einheit wird zum Leben des Individuums<sup>2,19</sup>.

Das Phänomen der Intensivmedizin hat eine „Lebenserscheinung“ entstehen lassen, die vorübergehenden Charakter hatte, weil sie entweder zurück zum normalen Leben oder nach vorn zum Lebensende führte. Sämtliche, an Bewusstsein, Wahrnehmung und Individualität geknüpfte Eigenschaften des Lebens sind schließlich an das Hirn des Menschen gebunden. Der Ausfall desselben verlangte eine neue Definition, die an besondere Kriterien geknüpft war. Der völlige Ausschluss des Hirns von der Blut- und Sauerstoffversorgung führt zum Absterben des Hirns, das heißt, zu dessen Verwesung.

Der so eingetretene Zustand kann nicht anders als Hirntod bezeichnet werden. In weltweit publizierten Neurologischen Studien wurde diese Situation des

„abgestorbenen Hirns“ im weiter funktionierenden Restorganismus beschrieben. In den USA wurde damals im so genannten Anatomical Gift Act folgende Todesdefinition gesetzlich festgeschrieben: „Irreversible cessation of brain and cardiac function represents the death of an individual“<sup>13</sup>.

Es ist nicht die Aufgabe eines Transplantationschirurgen, die Kriterien des Hirntodes darzustellen. Für diese aufwändige und präzise Diagnose sind zwei an der Transplantation nicht beteiligte Ärzte verantwortlich. Aber auch diese objektive Diagnosestellung beendete nicht die Diskussion, ob es sich bei dem Hirntoten um einen Sterbenden oder einen Toten handelt. Zu menschlich „lebendig“ erscheint den Angehörigen – und vielem ärztlichen Hilfspersonal – der Körper des Toten, so dass in vielen Jahren vergangener Diskussionen Begriffe wie „Teiltod“, Coma dépassé und andere eingeführt wurden<sup>1</sup>.

Es hat verschiedene begriffliche und vor allem rechtliche Implikationen, ob einem „Sterbenden“ oder einem Toten Organe entnommen werden dürfen. Der Transplantationschirurg und Arzt ist aus der sprachlichen – und rechtlichen – Begriffsfindung erst entlassen, wenn der Tod des Spenders dokumentiert ist. Niemals würde er einem Sterbenden durch einen Eingriff zusätzlich schaden wollen – und dürfen<sup>15</sup>! Zu Lebzeiten muss ein Organspendewilliger die Sicherheit des Wissens haben, dass alles Menschenmögliche getan wird, um sein Leben zu retten. Der Explantationschirurg muss sich andererseits darauf verlassen können, dass er an einem Toten operiert. Eine Entscheidung – wie im amerikanischen Gesetz – wäre hier gefordert!

Im deutschen Transplantationsgesetz von 1997 ist der Tod nicht definiert, sondern er wird „nach den Erkenntnissen der Medizinischen Wissenschaften festgestellt“. Diese eigentlich unmissverständliche weise Kompromissformulierung hat das Unbehagen über die Definition, deren Feststellung dann von den Fachgesellschaften ausformuliert wurde, nicht beseitigt.

Zweifel an der Sicherheit ärztlicher Diagnosen, medienwirksame Horrorberichte über Organentnahmen in Filmen, und Berichte über Organhandel in der „dritten Welt“ werden instrumentalisiert, um das Vertrauen einer (unserer) Gesellschaft in diesen hochsensiblen Bereich zu erschüttern und ständig in Frage zu stellen. Insofern ist das Ziel des Transplantationsgesetzes, nämlich „Rechtssicherheit“ zu schaffen, zu kurz gekommen.

Andererseits ließe die Gesetzesformulierung theoretisch auch die Todesfeststellung des Herzstillstandes als Zeitpunkt der Organspende zu, um so genannte Non-Heart-Beating Spender zu nutzen, wie dies in europäischen Nachbarländern praktiziert wird, jedoch ist die Akzeptanz des jetzigen Gesetzes, das allein den Hirntod als Zeitpunkt

des Todes vorsieht, noch nicht so weit durchgedrungen, um eine solche Zukunftsvision entstehen zu lassen<sup>19</sup>.

Gerade die Organspende hat sich den Vorwurf zugezogen, das Sterben und den Tod zu „professionalisieren“ und eine „Zweckrationalisierung“ verbreiten zu wollen, dem das Interesse beziehungsweise die Nöte der Wartepatienten zugrunde liegen. Dies ist nur ein sehr vordergründiges Bedenkenpaket. Es war gerade die Transplantationsmedizin, die die Brücke zwischen dem toten Spender und dem sich in höchster Not befindlichen Empfänger gebaut hat. Sie hat dies unter Heranziehung aller moralischen Werte unserer Gesellschaft in Jahrzehnte langer Diskussion zu bewerkstelligen versucht:

Der höchste moralische Würdebegriff unserer Nation, der Würdebegriff Immanuel Kants, kann in dem Konflikt zwischen Personenwürde (und Selbstbestimmung) eines Organspenders, sowie dem Lebensinteresse des Organempfängers durchaus in Einklang gebracht werden. Zwar wird der Hirntote in der Transplantationsmedizin zu einem Zweck behandelt (der nicht seiner Heilung dient), jedoch wird er zum Mittel der Heilung eines anderen. Vordergründig wird die eigene Würde nicht berücksichtigt. Die Würde des Individuums wird bei Kant jedoch durch die prinzipielle Fähigkeit zur Universalisierbarkeit seiner Handlungsweise beurteilt: Verhält sich an meiner Statt jeder andere ebenso, so ist der Bezug auf die Würde des Menschen als Teil der Menschheit sichergestellt. In diese ethische Perspektive hat die Transplantation den Organempfänger mit hineingestellt.

Wenn jemand also hofft, dass ihm im Falle der Bedürftigkeit ein Fremdorgan zur Verfügung gestellt wird, muss man nach Möglichkeit einem anderen die gleiche Chance einräumen. Dies trifft auch den christlichen Kern der „Nächstenliebe“, der jedoch in einer säkularisierten Gesellschaft eher im Hin-

tergrund stehen sollte, weil er im Vokabular der alles finanzierenden Solidargemeinschaft nur wenige von ihren Vorbehalten befreit, beziehungsweise aktiv eine Spendebereitschaft erkenntlich macht<sup>8</sup>.

Die heute vorherrschende, treibende Motivation ist der Anspruch auf medizinische Leistung einschließlich eines Spenderorgans im Bedarfsfalle. Vorurteile werden beibehalten speziell bezüglich der „Sicherheit“ der Hirntoddiagnostik. Öffentliche Aufklärung und dokumentierte Zustimmung zur Organspende sind defizitär. Daran ändern auch die so genannte Professionalisierung der Organspende durch Institutionen und die geregelten Allokationsmechanismen durch die Eurotransplant Stiftung nichts<sup>4</sup>. Die Transplantationsmedizin – und mit ihr die transplantierten Patienten – kann nur mit dem Hinweis auf ihre Erfolgchancen – im Falle der Patienten auf das wiedergewonnene Leben – versuchen, den Hirntod als einen Zeitpunkt vertraut zu machen, an dem unter Berücksichtigung der Würde eines Menschen, die menschliche Medizin endet, Ärzte den Tod feststellen können und Transplantateure eine Möglichkeit haben, lebensrettende Organe zu entnehmen.

Zu Beginn meiner Studienzeit – also fast mit dem Beginn der klinischen Transplantation – stand über den Hörsälen der Pathologie der Satz: „Hier ist der Ort, wo der Tod sich freut, dem Leben nützen zu können.“ Dieser Ort kann heute der Tote auf einer Intensivstation sein.

Die im Transplantationsgesetz verankerte „erweiterte Zustimmungslösung“ zur Organspende reflektiert in zweierlei Hinsicht auf unser Thema: Sie stellt nämlich einen Kompromiss dar zwischen der uneingeschränkten Selbstbestimmung des Menschen über sich selbst und dem rechtlich verbrieften Totensorgerecht der Angehörigen für den Leichnam eines Verstorbenen. Liegt nämlich keine festgelegte Zustimmung oder Ablehnung zur



## Gesetzliche Regelungen für die Entnahme von Organen zur Transplantation in Europa

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung

Land	Gesetzliche Regelung
Belgien	Widerspruchsregelung mit Einspruchsrecht der Angehörigen
Dänemark	Erweiterte Zustimmungsregelung
Deutschland	Erweiterte Zustimmungsregelung ←
Finnland	Widerspruchsregelung mit Einspruchsrecht der Angehörigen
Frankreich	Informationsregelung
Griechenland	Erweiterte Zustimmungsregelung
Großbritannien/Irland	Widerspruchsregelung
Italien	Widerspruchsregelung
Luxemburg	Widerspruchsregelung
Niederlande	Erweiterte Zustimmungsregelung
Norwegen	Widerspruchsregelung mit Einspruchsrecht der Angehörigen
Österreich	Widerspruchsregelung
Portugal	Widerspruchsregelung
Schweden	Informationsregelung
Schweiz	Erweiterte Zustimmungsregelung
Slowenien	Widerspruchsregelung
Spanien	Widerspruchsregelung
Tschechien	Widerspruchsregelung
Ungarn	Widerspruchsregelung

(2) Vergleich der gesetzlichen Regelungen in Europa. Großbritannien (UK) zieht Konsequenzen aus dem gegenwärtigen Organmangel durch Einführung der Widerspruchslösung. Quelle: UK: 2008 Widerspruchslösung, Gordon Brown, PM

Organentnahme eines Verstorbenen vor, so sollen die Angehörigen den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zum Ausdruck bringen<sup>3,14</sup>.

Wie ist dies mit dem „Bereich zwischen Leben und Sterben“ zu verbinden?

Wir beginnen wieder mit dem Hirntod, der in der zwanzigjährigen Geschichte der Diskussion um das

Transplantationsgesetz letztlich nicht gesetzlich als „Tod des Menschen“ festgelegt wurde, medizinisch aber definierbar ist. Vor dem Hintergrund vor allem philosophischer Auseinandersetzungen<sup>10</sup> wird der „Hirntod“ zwar als ein Endpunkt im Sterbeprozess eines Menschen akzeptiert; zu diesem Zeitpunkt kann nur er allein darüber verfügen, ob und was mit

ihm geschieht. Die Gesellschaft hat hier kein Zugriffsrecht. Eine Zustimmung kann nur durch ihn selbst erfolgen – oder erfolgt sein!

In dieses Argument stimmen alle diejenigen mit ein, denen das fundamentale Selbstbestimmungsrecht heilig ist, wobei ihnen zugute gehalten werden muss, dass die meisten dieser Richtung gar nicht gegen Organspende sind, sondern einen besonderen Entscheidungsprozess fordern, dem man im Grunde auch zustimmen kann, wenn ein solcher denn in einer Gesellschaft von 80 Millionen Menschen möglich wäre.

Die Folge solcher Argumentation wäre eine „enge Zustimmungslösung“ und de praxi das Ende der Transplantationsmedizin solider, lebenswichtiger Organe, die nicht von Lebendspendern gewonnen werden könnten. Darüber hinaus wäre dem internationalen Organhandel jedes Tor geöffnet, durch das die verzweifelten Organempfänger gehen müssten, um zu überleben<sup>16</sup>.

Die juristischen Berater des Gesetzgebungsprozesses (H. L. Schreiber) haben dies Problem sehr wohl erkannt und das Totensorgerecht der Familien in die Verfügung über den Leichnam eingebracht, wohl wissend, dass es eine breite Akzeptanz für die Organspende in der allgemeinen Bevölkerung gibt, die – im Verständnis der Notwendigkeit – einer Zustimmung nicht verschlossen bleiben würde, auch wenn der Betroffene zu Lebzeiten keine dezidierte Meinung im positiven Sinne geäußert hat.

Genau hier liegt aber das Problem, da der Einzelne oder in der Gemeinschaft mit der Familie den Bereich zwischen Leben und Tod, wie er sich unter den Umständen einer Organspende darstellt, in den seltensten Fällen je erlebt, je erdacht oder erfüllt hat! Dazu kommt, dass in unserer (hyper-)aktiven Gesellschaft der Deutschen das Lebensende stets ausgeblendet wird. Bewusst vermeide ich eine Thematisierung der Sorge um die vielen Älteren und einsam Sterbenden

in unserer Gesellschaft. Nur die anwachsende Zahl der Betroffenen zwingt dazu, sich einmal mit dem Ende zu befassen.

In der Praxis stellt das Totensorgerecht eine unangemessene, sogar unerträgliche Belastung einer Familie dar, die in vielen Fällen zu einer Ablehnung einer Organspende führt (R. Pichlmayr): Es ist die Überforderung zu einer mutmaßlichen Meinungsbildung angesichts einer häufig schicksalhaften Tragödie, einer unfassbaren Situation vor Ort! Der Tote ist warm, die Haut durchblutet, Reflexe lassen sich auslösen (Händedrucke werden spürbar?), wie kann so jemand tot sein? Dennoch muss dem Arzt geglaubt und die Situation erfasst werden. Vorbehalte bleiben: Ärzte können trotz aller Technik und Kunst irren! Man hat schon andere „Geschichten“ gehört; waren doch die Umstände des Todes so mysteriös und ungeklärt. Nein, über Organspende wurde nie gesprochen...

Erst in dieser Situation erfahren viele zudem noch zum ersten Mal, dass nicht nur ein einzelnes, sondern mehrere Organe entnommen werden können, so dass der Eindruck einer „Ausweidung“ eines Toten entsteht, einer physischen Entstellung und gewissermaßen eine Entwürdigung des Körpers. Erst die Wahrnehmung, dass durch einen toten Spender womöglich fünf und mehr Menschenleben gerettet werden können, weckt die Zustimmung zu einer Organentnahme.

Einfühlsame ärztliche und pflegerische Mitarbeiter versuchen die komplizierte und besondere Situation zu erklären. Geschultes Personal der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)<sup>6</sup> muss Erklärungen geben zu einer Zeit, in der Angehörige lernen müssen, mit ihrer Trauer umzugehen. Kurz: Es müssen die falschen Fragen, zum falschen Zeitpunkt, am falschen Ort geklärt werden!

Dennoch zeigen die Erfolge der Transplantationsmedizin, Aufklärungsarbeit und letztlich auch

der Solidargedanke einer Gesellschaft eine hohe Akzeptanz. Dazu kommen die Erklärungen der Religionsgemeinschaften, die in der Organspende einen besonderen Akt der christlichen Fürsorge und Dankbarkeit für geschenktes Leben sehen.

Leider geht keine der Glaubensgemeinschaften so weit, Organspende als „Christenpflicht“ anzusehen, da aus protestantischer Sicht jeweils die Entscheidung des Einzelnen in seiner eigenen Verantwortung vor Gott gilt. Aus katholischer Sicht kann schon eher eine „Pflicht“ abgeleitet werden, eine Ablehnung in keinem Falle aber als Sünde angesehen werden<sup>5</sup>. Dennoch ist die positive Einstellung aller christlichen Glaubensgemeinschaften, einschließlich jüdischer und moslemischer Bekenntnisse nicht hoch genug einzuschätzen! Aus ihrem Grundverständnis heraus könnten sie sich einer Organspende, sei es eine postmortale oder eine Lebendspende auch gar nicht widersetzen! Mit besonderem Recht aber können (müssen) sie anmahnen, mit dem Leib und Leben als einem Geschenk des Schöpfers umzugehen. „Als Dein Geschenk und Gab“, wie es Paul Gerhard in einem Lied 1600 erklingen lässt. Darüber kann er nicht nach Belieben verfügen, aber nach sorgfältiger Gewissensprüfung kann er Organe seines Leibes zur Rettung von Leben einsetzen. Eine starke moralische Verbindlichkeit ist hier nicht wegzuleugnen – der letzte Schritt zu einer besonderen „Verpflichtung“ bleibt aber aus.

Pragmatisch hat sich der Gedanke durchgesetzt, dass die Möglichkeit, einmal ein Transplantat zu benötigen relativ höher ist, als jemals Organspender zu werden (5:1), so dass unter dem Aspekt des eigenen Nutzungsverhaltens, die Organspende im Grunde verständlich zu vermitteln ist. Überhaupt sind auf rationaler Basis überzeugende Argumente vorzubringen, so dass sich für einen Transplantationschirurgen überhaupt die Frage stellt, ob das Thema der Organspende vom

Ende des Lebens, das heißt vom Sterben her aufgenommen werden sollte oder nicht besser in einem Kontext der Lebenden untergebracht ist? In vielen Diskussionen vor allem mit jungen Menschen ist ganz vordergründig der Gedanke der Hilfe für einen anderen, die Faszination des Möglichen und die objektiven Fakten von Organversagen und Hirntod zur Sprache gekommen. Eine erstaunliche Offenheit und Unbefangenheit lässt mit diesen jungen Menschen eine fast schwe-relose Diskussion zu, die den symposialen Ballast der Bedenkenträger in den Hintergrund drängt. Gerade aber auch ältere Menschen – näher am Sterben als am Leben, jedoch geistig mitten im Leben – zeigen Furchtlosigkeit mit diesem Thema, weil die am häufigsten gestellte Frage nicht die nach der Unfehlbarkeit der Hirntoddiagnose ist, sondern vielmehr: „Bis zu welchem Alter kann ich noch Organe spenden?“ – Es geht aber um die in der Mitte, die über ihr Totensorgerecht eine Entscheidung zur Organspende zu treffen haben.

Zehn Jahre nach Inkrafttreten des Deutschen Transplantationsgesetzes hat die so genannte Rechtssicherheit die Zahl der verfügbaren Organe nicht wesentlich vermehrt. Richtlinien wurden erlassen, nach denen Organe verteilt werden und der nichtexistente Organhandel in Deutschland wurde unter Strafe gestellt. Krankenkassen wurden verpflichtet, jedem Versicherten ab dem 18. Lebensjahr regelmäßig Unterlagen zur Organspende zuzuschicken! Mehr kann ein Gesetz eigentlich nicht ausrichten. (DTG §2)

Gestiegen ist die Zahl der Wartepatienten und – bei lebenswichtigen Organen – die Zahl der Toten auf der Warteliste! Dies obwohl professionelle Einrichtungen zur Unterstützung von Krankenhäusern, Patienten und Krankenkassen eingerichtet wurden. Ebenfalls wurde evident, dass die Kosten der Behandlung von Organversagen (Dialyse, Kunstherzen, Perfusionssysteme

## Motivation zur Organspende

Lebendspende	Postmortale Spende
Altruismus	Altruismus
Direkter Bezug zum Empfänger	Allgemeine Sozialbeziehung
Anonym (noch unlegitimiert)	Anonym (zwingend)
Aktive Entscheidung (situationsgebunden)	Schicksalsentscheidung
Sorge um Empfänger (Lebensbedrohung, Wartezeit)	Eigenversorgung (Chance Spender/Empfänger 5:1)

(3) Motivationsgrundlagen zur Organspende, speziell der postmortalen Spende.

zur Verhütung des Leberversagens, Intensivtherapien) ständig ansteigen, während ein nierentransplantiertes Patient der Solidargemeinschaft innerhalb weniger Jahre hunderttausende Euro einspart.

Es ist daher ein gleichwertiges Gebot der Solidarität und Ökonomie, die vorhandenen Ressourcen effizient zu nutzen und gegebenenfalls durch bessere Utilisation der Organe, zum Beispiel durch Organteilung bei der Leber, durch Lebendspenden sowohl der Leber als auch der Nieren und Lungen Voraussetzungen für mehr Transplantationen zu schaffen. Gerade bei der Lebendspende zeigt sich die Uneigennützigkeit und Nächstenliebe in einer Solidargemeinschaft am vordergründigsten<sup>17</sup>. Die Verhütung eines Risikos des gesunden Spenders ist dabei zu einem neuen Paradigma der Transplantationsmedizin aufgestiegen.

Der Blick über den Zaun in europäische Nachbarländer wie Österreich, Belgien, Spanien, Norditalien, Frankreich unterbleibt<sup>11</sup>. Das dort gültige Transplantationsgesetz erlaubt die Entnahme von Organen Verstorbener, wenn diese nicht ausdrücklich zu Lebzeiten einer Organentnahme widersprochen

haben. Organspende ist dort ein normaler Vorgang nach Feststellung des Todes! Ein legitimer Widerspruch – auch von Angehörigen – wird dort definitiv respektiert. Nur, die Zustimmung stellt in diesen Ländern die gesetzlich definierte Grundlage dar, nicht der Zweifel am Hirntod, dessen Umstände und Diagnose! Die Paradigmen sind umgekehrt: Der Arzt muss nicht beweisen dass der Hirntod eingetreten ist und um Zustimmung bitten. Sie ist bereits im Gesetz verankert und damit nicht mehr Gegenstand von Diskussionen. Wer gedacht hätte, dass im Rahmen Europäischer Anpassungsverfahren auch Anpassungen in Transplantationsgesetzen erfolgen würden, sah sich nach einer der letzten Aussprachen im Europäischen Parlament enttäuscht: Die Grenzen bleiben, die Kulturräume werden weiter abgeschottet. Spanier, Norditaliener, Schweden und Belgier warten nur kurz auf eine neue Niere im Gegensatz zu deutschen Patienten, deren Wartezeit zwischen vier und fünf Jahren liegt. Selbst Organe, die aus dem Eurotransplant Raum nach Deutschland kommen, müssen über ein „pay back“-Verfahren mit den Spenderländern ausgeglichen werden. Dass jedoch außerhalb

Deutschlands Organspendeprobleme pragmatisch angegangen werden, zeigt die Gesetzesänderung in Großbritannien zugunsten einer Widerspruchslösung!

Basierend auf der grundsätzlich positiven Einstellung unserer Mitbürger zur Organspende, hat der (inzwischen nicht mehr tätige) Nationale Ethikrat im vergangenen Jahr eine einmalige Erklärung zur Organspende veröffentlicht, die es wert ist, hier im Wortlaut zitiert zu werden:

*„Dem ethischen Gebot, auf der organisatorischen und der rechtlichen Ebene Möglichkeiten des Helfens und Heilens zu nutzen, entspricht auf der individuellen Ebene die Beistandspflicht, wie sie sich aus dem*

### Ausbeute

*Sollen wir als Organspender in Geiselhaft kommen?*

*Wie soll man sich damit abfinden können, dass mitten unter uns jeden Tag drei schwerkranke Menschen sterben, weil ihnen nicht rechtzeitig ein Ersatzorgan übertragen werden kann? Wie erklären wir dem Dialysepatienten – und überdies dem einflussreichen Gesundheitsökonom –, dass die Wartelisten der Transplantateure länger und länger werden und er mindestens sechs Jahre oder im schlimmsten Fall gar bis zum bitteren Ende an der Nierenwäsche hängen muss – statt der ein- bis anderthalb Jahre, die medizinisch als zuträglich für den Körper gelten? Wie also könnte man behaupten, in den vergangenen zehn Jahren seit der Verabschiedung des deutschen Transplantationsgesetzes hätten sich die Dinge zum Besseren gewendet – habe sich die hiesige Organspende-Regelung bewährt? Erstaunlicherweise tun das in der großen Mehrzahl ausgerechnet diejenigen, die das tägliche Versagen hautnah miterleben: Ärzte und die Deutsche Stiftung Organtransplantation, die seit sieben Jahren die Organtransplantation im Land koordiniert.*

(4) FAZ-Schlagzeile. Mittwoch, 25. April 2007.

*elementaren Gebot der Nächstenliebe oder der Mitmenschlichkeit ergibt.“*

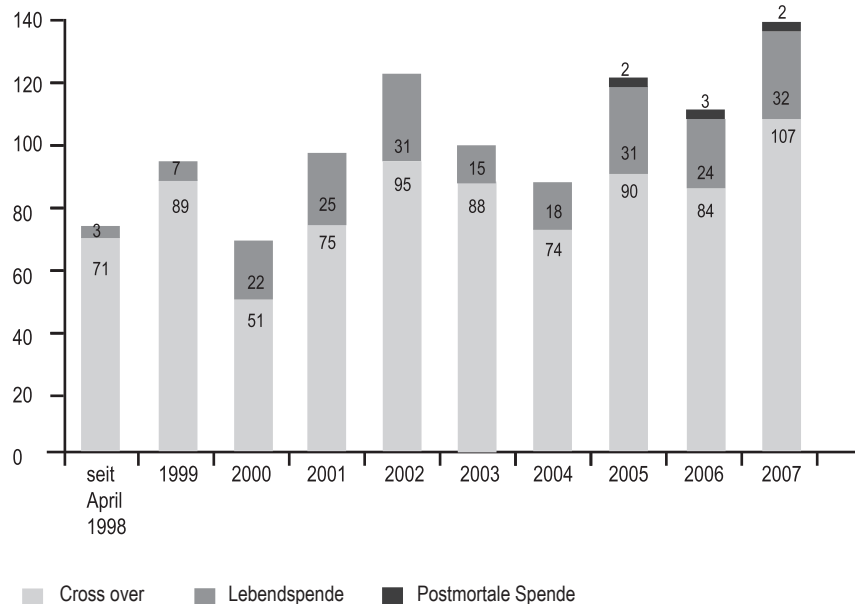
Nationaler Ethikrat, 24. April 2007

Die Antwort der Medien ließ nicht lange auf sich warten: Unter dem Stichwort „Geiselaft“ wurde der Vorstoß des Ethikrates abgewürgt. Die Niederlage der Transplantationsmedizin war besiegelt! Das Sterben und Leiden auf der Warteliste wird weitergehen! Die Verblendung und Negativität mit der eine Änderung im Transplantationsgesetz verhindert worden ist – zumindest vorläufig – ist schockierend für diejenigen, die auf ein Transplantat warten und für die kein Spenderorgan eines Lebenden verfügbar ist. Mit Recht mahnen viele an, dass vor einer Gesetzesänderung die Möglichkeiten des bestehenden Transplantationsgesetzes erst einmal voll ausgeschöpft werden sollten. Dafür jedoch Menschen und Mittel bereitzustellen, wird sehr zögerlich angegangen, obwohl das „Kind doch bereits in den Brunnen gefallen ist“ und nach allen internationalen Erfahrungen Handlungsbedarf besteht. Auf der Prioritätenliste unserer Gesetzgeber – solange sie selbst keine Organempfänger sind – steht dieses Thema nicht!

In der hochtechnisierten deutschen Medizin, sicherlich eine der führenden in der Welt, spielt die Transplantationsmedizin eine eher untergeordnete Rolle und wird nur von einigen führenden Zentren nach innen und außen vertreten. Die Zahl der Transplantationen, gemessen an der Zahl der Gesamtbevölkerung, ist etwa ein Drittel im Vergleich mit den USA, Österreich, Belgien oder Spanien.

Die Gemeinschaftsaufgabe „Organspende“ wie sie im Transplantationsgesetz vorgesehen ist, hat noch nicht durchgegriffen. Nach wie vor ist es Patientengruppen, Einzelnen, engagierten Ärzten und ärztlichem Personal vorbehalten, sich dieser Aufgabe zu widmen. Die

Anzahl der Nierentransplantationen in Essen (Stand 12.2007)



(5) Bedeutung der Lebendspende als Kompensation des Organmangels (30 Prozent) bei gleichbleibender Anzahl postmortalen Spenden. Erste Cross-Over-Transplantationen in Essen. Quelle: UK Essen, 12.2007.

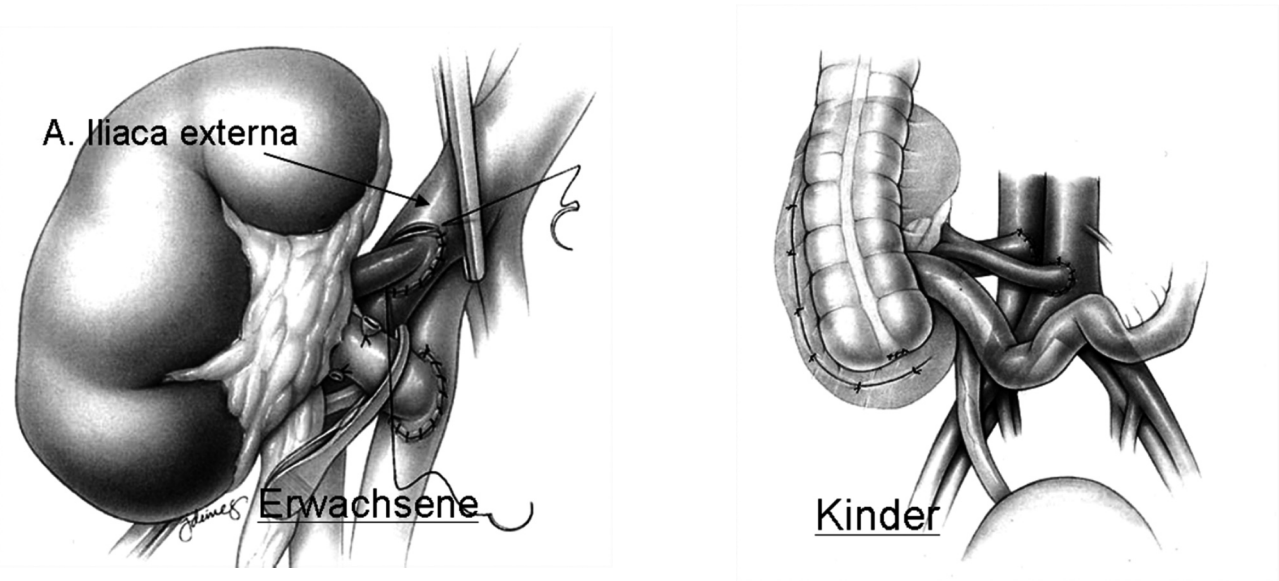
Vorbehalte resultieren zumeist aus Unsicherheit und liegen tief verwurzelt im Themenbereich des Umgangs mit dem „Sterben“. Nachweislich mehr als die Hälfte aller möglichen Hirntoddiagnosen werden nicht verwirklicht, um aus diesen Situationen heraus Organspender zu gewinnen. Die Begründungen reichen von strukturellen Defiziten bis hin zu „persönlichen“ Bedenken, die wiederum durch kontroverse Diskussionen in der Öffentlichkeit Nahrung erhalten. Unsere Gesellschaft irritiert sich dabei selbst, wenn sie in dem großen Fragenkomplex nach dem „Beginn und Ende des Lebens“ begriffliche Definitionen, wie zum Beispiel Tod, nicht in die Vorstellungswelt der Menschen einfügen kann. Ärzte und Personal am Bett eines Sterbenden haben damit ständig zu tun. Auch für sie ist der Übergang vom lebenden Patienten, der maximaler Behandlung bedarf, zum plötzlich toten Organspender, in ein und derselben Person, ein derart seltenes und belastendes Ereignis, so

dass eher die pietätvolle Stille nach Abschalten der Geräte gesucht wird, als das gelegentlich hektische Neueignis mit der Übergabe des „Patienten“ an Explantationsteams.

So verständlich derartige Reaktionen sind, so sind sie ärztlich falsch, denn jede nicht realisierte Organspende erhöht die Kosten unseres Gesundheitswesens, verlängert das Leiden eines Wartepatienten oder bewirkt seinen Tod auf der Warteliste.

Die organisatorische Komplexität der Organspende – einschließlich der Informationsvermittlung – verlangt die institutionelle Unterstützung der Solidargemeinschaft (inklusive Kostenträger) mit der Einbeziehung aller Krankenhäuser in das spezielle Meldesystem der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Gleichviel muss das Verständnis und die Bereitschaft zur Organspende in allen Bereichen deutlicher gefördert werden. Zu Lebzeiten sollte die positive Entscheidung fallen, damit sie nach dem





(6) Nierentransplantation bei Erwachsenen und Kindern.

Tode realisiert werden kann; denn Organspende heißt nichts anderes als, dass nach meinem Tode ein anderer weiter leben darf. Diese Gewissheit muss helfen, die bestehenden Schwellen zu überwinden.

### Zusammenfassung

Organspende und Organtransplantation erfreuen sich in Deutschland einer breiten, hohen Akzeptanz! Sie gelten als Zeichen des Sieges und des Fortschritts, früher unheilbare Erkrankungen dauerhaft heilen zu können. Die überwiegend positiven Erfahrungen von transplantierten Patienten in Lebensberichten und öffentlichen Zeitschriften bilden die Grundlage für hohe Erwartungen auf weitere Erfolge der Transplantationsmedizin.

Diametral im Gegensatz dazu steht die nicht uneingeschränkte, vorbehaltlose Akzeptanz der Organspende sowohl von Lebenden wie auch von verstorbenen Spendern. Ursache hierfür ist die schwierige, nicht abgeschlossene Diskussion um Fragen des Lebensendes, des Sterbens und des Todes. Offensichtlich liegt in diesem Themenkreis eine kulturelle Selbstüberforderung vor,

weil medizinischer Fortschritt neue Begriffsdefinitionen provozierte. Organspende fordert eine Entscheidung über „noch leben“ oder „bereits tot“. Medizinischer Kenntnisstand erlaubt eindeutige Todesfeststellungen; zu einem bestimmten Zeitpunkt als Hirntod definierbar. Die Lücke zwischen hochspezialisiertem medizinischen Kenntnisstand und breiter, öffentlicher Akzeptanz manifestiert sich am Beispiel der Organspende. Sie wird defizitär bleiben, sofern nicht durch frühzeitige Aufklärung, Anpassung des Transplantationsgesetzes an die Mehrzahl europäischer Nachbarstaaten und intensiverer Vernetzung von Spenderkrankenhäusern bessere Akzeptanz erzielt wird.

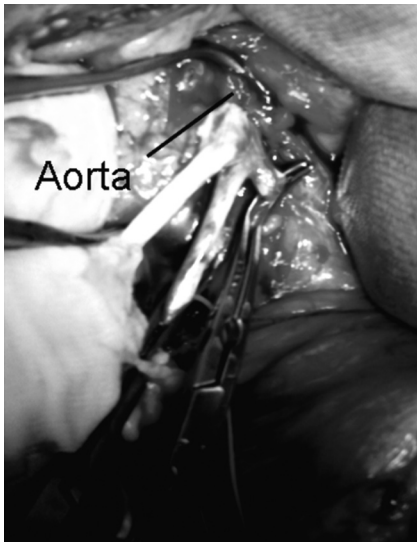
---

### Summary

According to public surveys, organ donations as well as organ transplantation enjoy a high degree of acceptance within Germany. Transplantation is seen as a victory over otherwise untreatable deadly diseases. Positive reports of transplant

patients in the news and media form the basis for expectations of further successes of modern medicine. In contrast to the broad acceptance of organ transplantation, organ donation has not yielded unrestricted and unbiased recognition, irrespective of whether the discussion focuses on deceased or live organ donation. In Germany, detailed discussions about end of life decisions, the process of dying and the diagnosis of brain death remain controversial and thus prevent unanimous acceptance of organ donation. Medical progress requires new definitions of previously unchallenged entities, such as life and death. Organ donation postulates a distinct division between still alive and already dead. Medical knowledge allows for a definite recognition of signs of death, exemplified through the definition of brain death at a certain point.

Public acceptance of highly specialized medical achievements in a sensitive field can be difficult where traditional emotions and popular legend come up against scientific facts. The gap can be narrowed with the provision of early information, recognition of organ donation pro-



cedures in neighboring European countries and intensified networking amongst donor hospitals, which could result in a better implementation of organ donation.

#### Anmerkungen/Literatur

- 1) Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School: A Definition of Irreversible Coma. JAMA 1968; 337-340
- 2) Angstwurm, H.: Tod und sichere Todesfeststellung vor der Organentnahme. Oduncu, Schroth, Vossenkuhl (Hrsg), Transplantation. Organengewinnung und -allokation. 2003; 28-35
- 3) Blankart, Ch. B., Kirchner, Ch. und Thiel, G.: Transplantationsgesetz - Eine kritische Analyse aus rechtlicher, ökonomischer und ethischer Sicht. Shaker Verlag, Aachen 2002; 4-60
- 4) Bundesärztekammer: Richtlinien zur Organtransplantation gemäß § 16 TPG. 2006; Dt. Ärztebl. 48:3282-3290
- 5) Deutsche Bischofskonferenz und Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland: Erklärungen zur Organtransplantation. 1990
- 6) DSO-Jahresbericht 2007. www.dso.de
- 7) Forsa. Gesellschaft für Sozialforschung: Die Organspendebereitschaft in der Bundesrepublik Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung 2000
- 8) Guttman, R. D. und Guttman, A: Organ Transplantation: Duty reconsidered. Transpl. Proc. 1992; 24: 2179-2180
- 9) Hoff, J., in der Schmitten, U.: Kritik der Hirntodkonzeption. Wann ist der Mensch

tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium 1995; 153-254

- 10) Jonas, H.: Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes. Technik, Medizin und Ethik: Zur Praxis des Prinzips Verantwortung 1985; 219-241
- 11) Klinkhammer, G.: Export des Mangels. Dt. Ärztebl. 2008; 16: 723-724
- 12) Kupatt, C.: Das Unbehagen an der Hirntoddefinition. Der tote Mensch. Tagung Evang. Akad. Nordelbien 1995; 17-25
- 13) Master, E. (Hrsg.): Uniform Anatomical Gift Act: Uniform Laws Annotated. Estate, Probate and Related Laws, St.Paul.Minnesota 1972; 15-44
- 14) Schreiber, H. L.: Rechtliche Fragen der Organentnahme - auch der Lebendspende. Ethik und Organtransplantation, Gesellschaft, Gesundheit und Forschung e.V. (Hrsg.) Frankfurt 1989; 41
- 15) Schreiber, H. L.: Wann ist der Mensch tot? Im Transplantationsgesetz muss die Frage nach dem Ende des Lebensschutzes beantwortet werden. FAZ 1997; 46:9
- 16) Siegmund-Schultze, N.: Organtransplantation. Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1999
- 17) Valentin-Gamazo, C., Malago, M., Karliova, M., Lutz, J., Frilling, A., Nadalin, S., Testa, G., Ruehm, S. G., Erim, Y., Paul, A., Lang, H., Gerken, G. and Broelsch, C. E.: Experience after the Evaluation of 700 Potential Donors for Living Related Liver Transplantation in a Single Center. Liver Transplantation 2004; 10: 1087-1097
- 18) Vulchev, A., Roberts, J. P., and Stock, P. G.: Ethical issues in Split versus Whole Liver transplantation. Am. J. Transplantation 2004; 4: 1737-1740
- 19) Zylka-Menhorn, V. und Siegmund-Schultze, N.: Herzote Organspender. Dt. Ärztebl. 2008; 16: 724-725

#### Der Autor

Christoph E. Broelsch studierte Medizin und Zahnmedizin in Köln und Erlangen. Nach dem Physikum begann er seine klinische Ausbildung an der Universität Düsseldorf und promovierte dort - nach seinem Medizinischen Staatsexamen 1969 - summa cum laude mit einer Arbeit über die „Traumatischen Veränderungen am basalen Schädelkappen“ in der Neuropathologie bei Lieselotte Gerhard. Seine Medizinalassistentenzeit absolvierte Broelsch am Evangelischen Diakonissenhaus Bremen (Innere Medizin), in den Krupp-Krankenanstalten Essen (Chirurgie) und in der Anästhesieabteilung der Düsseldorfer Universität. Nach seiner Approbation 1970 wurde er Assistent am Pathologischen Institut der Universität Düsseldorf bei H. Meeßen. 1972 und 1973 ging Broelsch als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft an die University of California in San Diego, wo er sich mit den Problemen des Pfortaderhochdrucks und der experimentellen Lebertransplantation beschäftigte. Anschlie-

ßend wechselte er - nach einem weiteren Jahr klinischer Ausbildung an der Universität Düsseldorf bei Prof. Dr. K. Kremer - 1974 an die Medizinische Hochschule Hannover zu Rudolf Pichlmayr. In den zehn Jahren seiner dortigen Tätigkeit absolvierte er seine Facharztausbildung und arbeitete weiter an wissenschaftlichen Projekten zu den Problemen des Pfortaderhochdrucks, der Mikrozirkulation der Leber und der Lebertransplantation. 1979 erfolgte seine Habilitation und 1983 die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor. 1984 folgte Broelsch dem Ruf als Abteilungsleiter für Hepatobiliary Surgery and Livertransplantation an das Department of Surgery der University of Chicago in die USA. Dort entstanden seine grundlegenden Arbeiten zur Lebertransplantation mit großenreduzierten Spenderorganen und die Vorbereitungen des ethischen und technischen Konzepts der Verwandten-Lebersegmenttransplantation. 1989 führte er dort auch die erste Lebendlebersegmenttransplantation in den USA durch. 1991 folgte er dem Ruf auf den Lehrstuhl für Allgemein Chirurgie am Universitätskrankenhaus Eppendorf und leitete dort die Abteilung für Allgemein Chirurgie in der Chirurgischen Klinik, an der er auch als geschäftsführender Direktor von 1995 bis 1998 tätig war. 1997 erhielt er einen Ruf an das Universitätsklinikum Essen, wo er seit April 1998 die Klinik für Allgemein- und Transplantationschirurgie leitete. Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit ist seitdem neben der onkologischen und endokrinen Chirurgie die Weiterentwicklung der Verwandtentransplantation für Nieren- und Leberpatienten. Christoph E. Broelsch ist Mitglied und Ehrenmitglied zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften, darunter des American College of Surgeons, der European Surgical Association und der American Surgical Association. Er ist einziges Europäisches Mitglied der William Stuart Halsted Society in Amerika. Broelsch ist Mitherausgeber nationaler und internationaler Fachzeitschriften, darunter Surgery und Langenbeck's Archives of Surgery und Ehrendoktor von sieben Europäischen Universitäten. Er ist Initiator mehrerer erfolgreicher europäischer Transplantationsprogramme, denen er seine Zeit und Kompetenz in der Aufbauphase zur Verfügung stellte. 2003 wurde ihm vom Bundespräsidenten das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. 2004 wurde er Sprecher einer von der DFG geförderten „Klinischen Forschergruppe zu Optimierung der Leberlebendspende“, die im Juni 2007 unter seiner Leitung fortbewilligt wurde. Seit Oktober 2007 ist er von seinen Dienstaufgaben suspendiert.

# DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT  
DUISBURG  
ESSEN

*Offen im Denken*

ub | universitäts  
bibliothek

Dieser Text wird über DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt. Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

**DOI:** 10.17185/duepublico/73822  
**URN:** urn:nbn:de:hbz:464-20210208-184721-2

Alle Rechte vorbehalten.