

Zusätzliche Stellungnahme

RICHARD FUCHS

Sachbuchautor

KAISER-WILHELM-RING 19, 40545 DÜSSELDORF

TEL.: 0211/551037 u. 576057, FAX: 0211/9559174

E-Mail: ursel.fuchs@rp-plus.de

Im Auftrag von KAO „Kritische Aufklärung über Organtransplantation“

c/o Jürgen und Gisela Meyer, Rosenstraße 55, 53489 Bad Bodendorf, Tel./Fax: 02642/41679

www.Initiative-KAO.de

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung „Organlebendspende“ der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ am 1. März 2004

Lebendorganspende

Erfahrungen mit dem Transplantationsgesetz, Ermittlung von Änderungsbedarf: Teil 1

Kommerzialisierung der Lebendorganspende.

Vor dem Hintergrund des stagnierenden Aufkommens sogenannter „Leichenspenden“ (Organe von sterbenden Patienten), sind die Transplantationszentren nicht erst heute dazu übergegangen, vermehrt „Lebendorganspender“ zu akquirieren. Der Gesetzgeber hat die Tür hierfür bereits weit geöffnet. Während in der Zeit vor Verabschiedung des Transplantationsgesetzes (TPG) Lebendspenden nur unter Verwandten gestattet waren, heißt es nun: dass Organe außer auf „*Verwandte ersten und zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen*“ übertragen werden können. Es soll zwar durch eine Kommission sichergestellt sein, dass „*das Organ nicht Gegenstand verbotenen Handelstreibens*“ ist, eine Garantie hierfür kann indessen niemand übernehmen.

Nun gibt es Überlegungen von Seiten der Befürworter, die Lebendorganspende zu kommerzialisieren mit allen Risiken, die auch für die Spender damit verbunden sind.

Obwohl **Crossover-Lebendorgan-Spenden** laut TPG verboten sind, hinderte dies den Freiburger Professor Günter Kirste (Vorstandsmitglied der *Deutschen Stiftung Organtransplantation*) nicht daran, solche Organübertragungen zwischen Deutschen und Schweizern 1999 in der Schweiz vorzunehmen. Der Vorsitzende der ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer Prof. Dr. jur. Hans Ludwig Schreiber unterstützte die Aktion mit den Worten: Das TPG sei „*in der Praxis längst aufgeweicht*“ – eine für einen Strafrechtler bemerkenswerte Feststellung (Südd. Zeitung, 12.6.01). Aus dem inneren Kreis der Transplantations-Mediziner war zu vernehmen, man wolle Fakten schaffen, die der Gesetzgeber nicht mehr ignorieren könne. Die normative Kraft des Faktischen, die damals in einer rechtlichen Grauzone geschaffen wurde, war schließlich auch erfolgreich: Unter starkem Einfluss von Lobbyisten ist mit dem Transplantationsgesetz ein Gesetz verabschiedet worden, das nach Auffassung der meisten Staatsrechtler (s. Anhörung im

Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages 1996) verfassungswidrig ist. Schreiber zählte und zählt zu der kleinen Minderheit der Juristen mit einer anderen Auffassung.

Organhandel in Israel, Umschlagplatz Türkei. Organhandel auch in Deutschland?

Obwohl dort (noch) offiziell verboten, werden in Israel illegale Geschäfte mit kommerziellem Organhandel kaum verhüllt praktiziert. Bis zu 150 israelische Patienten, so Schätzungen, kaufen jedes Jahr eine Niere. Bis zu 160 000 Dollar müssen Kunden für eine Niere bezahlen, die sie durch einen israelischen Vermittler im Ausland bekommen. Die Provision für den Makler liegt bei 50 000 bis 70 000 Dollar. Die Auslandsreisen israelischer Patienten sind eng verknüpft mit dem Pionier der Transplantationschirurgie und ehemaligem Chefchirurg am Rabin Medical Center in Tel Aviv, Zaki Shapira. Er begleitete Jahre lang mit einem Mediziner-Team Patienten ins Ausland, in die Türkei und Europa. Um dem illegalen Organhandel ein Ende zu bereiten, setzt sich inzwischen der Nierenfacharzt Michael M. Friedlaender von der Hadassah-Universität in Jerusalem bei der israelischen Regierung dafür ein, den Organhandel offiziell zu regeln.

Die Nierenspende kamen aus Moldawien und Rumänien. Hier haben die wenigsten Bewohner ein geregeltes Einkommen. Die Türkei entwickelte sich zwischenzeitlich zu einem Umschlagplatz für Geschäfte mit Nieren. Ein israelisches Unternehmen organisiert die Reisen und beschafft Unterkünfte und Visa. Als Orte der OP werden auch Transplantationszentren in Deutschland empfohlen, wie z. B. Essen, und auch genutzt. Hier muss allerdings die Hürde der Kommissionen durch entsprechende Gesprächsvorbereitungen überwunden werden.

Der Essener Cheftransplanteur Christoph Broelsch, der den israelischen Vermittler Shmuel Friedland persönlich kennt, kam im Zusammenhang mit einer umstrittenen Transplantation in die Schlagzeilen. 2001 stellte sich ein israelischer Patient in Essen vor, der von seinem moldawischen Spender behauptete, er sei ein Vetter. Daran zweifelten die Essener Psychosomatiker aus der Ethik-Kommission, da Empfänger und Spender unterschiedliche Angaben über ihr Verwandtschaftsverhältnis machten. (DIE ZEIT, 5.12.02) Nachdem die Lebendspende-Kommission der Ärztekammer Nordrhein abgelehnt hatte, telefonierte Broelsch mit einem alten Freund in Jena, dem Chirurgen Johannes Scheele. Nachdem sich Spender und Empfänger den dortigen Psychologen vorgestellt hatten, stimmten sie noch am selben Tag der OP zu. Wenige Tage später sah sich Broelsch dem Verdacht ausgesetzt, er habe sich am Organhandel beteiligt.

Bis zu diesem Zeitpunkt hatten sich mehr als 20 israelische Patienten zur Transplantation in Essen vorgestellt. Mehrere brachten moldawische Organspende mit, einige davon wurden auch transplantiert. Nach der Statistik des israelischen Krankenkassen-Managers Rosenfeld, wurden in Essen in zwei Jahren sieben gekaufte Nieren transplantiert.

Deutsche Transplantations-Chirurgen im Ausland.

Für deutsche Transplantations-Chirurgen bietet sich auch im Ausland ein weiteres Betätigungsfeld. Im Mai 2003 verschwand Prof. Land aus dem Uni-Klinikum Großhadern. Mit ihm tauchten fünf Ärzte und drei Schwestern unter. Auch medizinische Geräte verschwanden. Drei Mitarbeiter hatten die Reise als Erholungsurlaub deklariert. Land, der 12 Tage nicht zu sprechen war, bekam Schwierigkeiten mit seinem Verwaltungschef und dem bayrischen Dienstrecht. Was war geschehen? Die Präsidentenfamilie der Vereinigten Emirate hatte um Hilfe für einen Angehörigen gebeten, dessen Krankheit nicht bekannt werden sollte. (Südd. Zeitung, 26.5.2003)

Sind Lebendorganspender Organempfänger von morgen? Risiken bei Lebendspendern werden oft unterschätzt.

Schenkt man interessengeleiteten PR-Artikeln Glauben, so scheint eine Lebendorganspende weitestgehend unproblematisch. Hier heißt es z. B.: „Ein Gesunder kann auf eine Niere oder ein Stück Leber verzichten. Die verbliebenen Organe verstärken einfach ihre Aktivität. Nach ein bis drei Monaten ist man wieder arbeitsfähig.“ (chrismon 10/2002, S. 15) Die Risiken werden heruntergespielt. Die Wirklichkeit ist anders:

- Zunächst sind Lebendorganspender gesunde Menschen, dann aber geschädigt.
- Immerhin bewertet das Sozialversicherungsrecht den Verlust einer Niere mit einer Teilerwerbsminderung von 10 bis 30 Prozent.
- Das Mortalitätsrisiko bei einer Lebendorganspende liegt bei 1 Promille bei der Nierenentnahme, zwischen 3 Promille bis 0,7 Prozent bei der Explantation eines Teiles der Leber. Anderen Angaben zu Folge, hatte es bis 2001 430 Leberlebensspenden gegeben – mindestens vier der Spender sind gestorben – d. h., fast ein Prozent (SZ, 4.12.01). Manfred Stangl vom Münchner Klinikum rechts der Isar bezweifelt, dass das die ganze Wahrheit ist: Selbst das Europäische Leber-Transplantations-Register (*European Liver Transplant Registry*) geht davon aus, dass längst nicht alle Todesfälle und Komplikationen gemeldet werden.
- Da diese Fälle in Deutschland nicht gewissenhaft dokumentiert wurden, ist mit einer höheren Dunkelziffer zu rechnen.
- Während der Operation kann es zu schweren Blutungen kommen, die eine Bluttransfusion erforderlich macht,
- oder zu Nachblutungen, oder zu Milzverletzung bei der Organentnahme.
- 5 Prozent der Spender müssen nochmals operiert werden.
- Es kann zu chronischen und schweren Komplikationen kommen von bis zu 7 Prozent
- sowie Beschwerden durch dauerhafte Narbenschmerzen.
- Bis zu 15 Prozent haben Wundheilungsstörungen, Entzündungen des Bauchfells, Nachblutungen oder Lecks an den Gallengängen.
- Acht bis elf Prozent der Spender klagen über anhaltende Wundschmerzen
- und immer wiederkehrende Harnwegsinfekte, deren Häufigkeit bei 7,6 bis 11,4 Prozent liegt.
- Die verbleibende Niere kann später einem Tumor zum Opfer fallen.
- Der Spender wird dialysepflichtig und schließlich seinerseits Anwärter für eine neue Niere. (In den USA rücken Nierenkranke auf der Warteliste für ein „Hirntodorgan“ nach vorn, wenn Verwandte einem anderen Kranken eine Niere geben).
- Die Lebenserwartung kann sinken, wenn ein wertvolles Organ fehlt

Stehen hier kommerzielle Interessen im Vordergrund?

- Bei den Organempfängern liegt oftmals ein großes Problem in der Indikationsstellung. Es ist kein Einzelfall, dass metastasierende Krebspatienten eine Lebendspende erhalten, die meisten von ihnen aber nach wenigen sterben.
- Die Indikationen werden von den Lebendspendekommissionen vielfach nur unzureichend geprüft. Oder die Kommissionsmitglieder werden über die wahre Diagnose im Unklaren gelassen.
- Das Gleiche gilt für die z. Zt. stark propagierten Lebendorganspenden für Alkoholiker oder Drogenabhängige. Meist werden die Kinder solcher Patienten gefragt und geraten dabei unter Druck.
- In Jena sind zwei Spender bei der Entnahme fast gestorben, ebenso bei Broelsch in Essen.

- Die Fälle müssen nicht obligatorisch an das europäische Register für Evaluation der Lebendorganspende, bzw. DSO weitergeleitet werden. Scheele in Jena hat aus gutem Grund auf eine Meldung verzichtet.
- Eine Meldung kann dadurch vermieden werden, dass Spender oder Empfänger in einer letalen Phase solange (30 Tagefrist) künstlich am Leben gehalten werden, bis der Todesfall nicht mehr mit der Transplantation in Verbindung gebracht werden muss. Das kann zu besonderen Belastungen für Patienten und Pflegepersonal führen.
- Da bei einer Übertragung vielfach nur auf die identische Blutgruppe zwischen Spender und Empfänger geachtet und andere Parameter außer acht gelassen werden, können kaum optimale Ergebnisse für den Empfänger erreicht werden.
- Geschädigte Patienten wenden sich selten an die Presse, da sie sonst bei zukünftigen Behandlungen Nachteile fürchten, oder im Notfall auf eine Retransplantation verzichten müssen.
- Begehrt sind ausländische Patienten, da sie sofort zahlen (auch bar und ohne Quittung) und die Einkünfte außerhalb des Klinikbudgets verbucht werden.
- Im Ausland sind anschließend die Adressen für staatsanwaltliche Ermittlungen nicht mehr nachprüfbar.

Die Quintessenz: Solange Unregelmäßigkeiten bei der Lebendorganspende nicht gewissenhaft an ein Zentralregister gemeldet werden müssen, kann keine seriöse Diskussion geführt werden. Sobald aber Misserfolge dokumentiert sind, wird es in vielen Kliniken zu Rückgängen der Patientenzahl kommen. Denn wer vor einer Operation eine gute Klinik sucht, ist bald nicht mehr auf Hörensagen angewiesen: Krankenkassen und niedergelassene Ärzte dürfen ab 2005 nach einer Art Qualitäts-Rangliste Empfehlungen abgeben. Kliniken sind dann verpflichtet einen Qualitätsbericht vorzulegen und im Internet zu veröffentlichen. Gewünscht sind auch Angaben über Komplikations- oder Morbiditätsraten. Zudem legt die Vereinbarung für bestimmte Operationen eine Mindestzahl fest. Z. B. darf nur ein Krankenhaus, das mindestens zehn Lebertransplantationen im Jahr vornimmt, dies auch weiter tun. Für Nierentransplantationen ist die Erfahrung von 20 Eingriffen nötig.

Heute ist es für Lebendspendekommissionen unmöglich, Indikationen auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Auch sind sie außerstande den Tatbestand des verdeckten Organhandels zu überprüfen, da sie keinen Zugriff auf Melderegister im Ausland haben. Der Organhandel wird in Deutschland möglicherweise zunehmen, sobald mehr Angebote im Internet gemacht werden. Im Jahr 2001 hatte das Amtsgericht in Homburg sich mit dem Fall eines 19-Jährigen zu befassen, der eine seiner Nieren zur Versteigerung im Online-Dienst eBay angeboten hatte.

Fallpauschalen für Organtransplantationen ab 1.1.2004.

Ersatzorgane sowohl von „hirntoten“, als auch von lebenden Menschen stehen Transplantationschirurgen zum Nulltarif zur Verfügung. Bei der Vermarktung dieser Organe ergibt sich folgende Wertschöpfung.

Lebertransplantation mit Langzeitbeatmung	64.302,-- Euro
• Lungentransplantation mit Langzeitbeatmung	81.426,-- Euro
• Herztransplantation mit Langzeitbeatmung	78.513,-- Euro
• Transplantation von Niere und Pankreas mit	
• Transplantatabstoßung	47.934,-- Euro

Leichenorganspende

(Organe von sogenannten „Hirntoten“, d. h. sterbenden Patienten)

Erfahrungen mit dem Transplantationsgesetz, Ermittlung von Änderungsbedarf: Teil 2

Der Fragenkatalog für die Anhörung am 1. März, der sich ausschließlich auf Lebendorganspende bezieht, zeigt starke Parallelen zu dem von dem Internationalen Kongress zur Lebendorgantransplantation im Dezember 2002 in München aufgestellten Forderungskatalog der Transplantationsmedizin. Die Konferenz wurde von der Deutschen Akademie für Transplantationsmedizin ausgerichtet. In einer Presseerklärung der Pressestelle der Uni in Essen vom Juli 2002, forderte Prof. Christoph E. Broelsch, einer der Wortführer der Konferenz, vorausseilend: „*Die ökonomisierte Welt braucht für die Organspende keine Ausnahme zu machen, oder braucht sie eine letzte Ausflucht für ihr Gewissen?*“ Er verlangt darüber hinaus eine gesetzlich geregelte Widerspruchslösung.

Doch für das gegenwärtige TPG gibt es m. E. dringenden Änderungsbedarf in ganz anderer Form, besonders bezüglich der sogenannten „Leichenspenden“. Hier geht es um die Wiederherstellung der Grundrechte deutscher Bürgerinnen und Bürger.

Die Probleme in Kürze:

Im Transplantationsgesetz § 6 heißt es: „**Würde des Organspenders.** Die Organentnahme und alle mit ihr zusammenhängenden Maßnahmen müssen unter Achtung der Würde des Organspenders in einer ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechenden Weise durchgeführt werden.“ Diese Forderung ist unerfüllbar. Denn es handelt sich um sterbende und nicht um verstorbene Menschen, die zum überwiegenden Teil aller Fälle einer Organentnahme nicht zugestimmt haben. Das widerspricht dem Selbstbestimmungsrecht dieser Menschen. Dieser Patient ist in der Regel kein Spender, da in rund 90 Prozent der Fälle von ihm kein Organspendeausweis unterschrieben wurde. Das heißt, Angehörigen spenden etwas, das ihnen nicht gehört. Damit missachten sie die Autonomie dieses Patienten, der sich in dieser Lage nicht mehr zu äußern, geschweige denn zu wehren vermag.

Erweiterte Zustimmungslösung missachtet Selbstbestimmungsrecht.

Diese gesetzliche Regelung der „erweiterten Zustimmungslösung“ steht im Widerspruch zum 1992 in Kraft getretenen Betreuungsgesetz, das das Selbstbestimmungsrecht des Patienten rechtlich stärkt. D. h., in Abkehr von einer paternalistischen Bevormundung, hat heute alleine der Patient darüber zu entscheiden, wie er behandelt werden will. Die Bevormundung wehrloser sterbender Patienten im Interesse Dritter ist Gegenstand von zwei noch anhängigen Menschenrechtsklagen vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg.

Erschwerend kommt hinzu, dass sich Angehörige in einer Schocksituation befinden, wenn sie vom professionell geschultem Krankenhauspersonal um die Freigabe der Organe gebeten werden. In dieser Situation sind Angehörige nicht in der Lage, eine verantwortliche Entscheidung zu treffen.

Wann ist der Mensch tot?

Dem Kleingedruckten eines Organspendeausweises ist zu entnehmen es handele sich um eine Organspende nach dem Tod. Das ist falsch und damit irreführend. Denn ein sogenannter „hirntoter“ Mensch ist ein wehrloser sterbender Patient und nicht eine Leiche. Ein Organ von einem wirklich Verstorbenen nützt dem Empfänger nicht. Patienten mit irreversiblen Hirnverletzungen sind Patienten auf Intensivstationen, die beatmet und aufwendig versorgt

werden, deren Lebensfunktionen sich kaum von denen anderer Patienten unterscheiden. Ein würdevoller Umgang mit diesen Patienten würde voraussetzen, dass ihre höchstpersönliche Einwilligung vorliegt und dass sie bei der Organentnahme genauso behandelt werden, wie jeder andere bei einer Operation, damit er nicht leidet. Das aber ist nicht sichergestellt.

Der Düsseldorfer Nobelpreisträger für Medizin Werner Forßmann, ein Pionier auf dem Gebiet der Herzkatheteruntersuchung hat nach der zweiten Herztransplantation 1968 in Kapstadt die Situation treffend beschrieben:

„Der Erfolg jeder Transplantation steht und fällt mit der Lebensfrische des gespendeten Organs. Die Chancen sind also am aller größten, wenn das Organ einem gesunden und in voller Lebenskraft stehenden Menschen entnommen wird. Deshalb liegt es im Interesse des Empfängers und des Operateurs, den sterbenden Spender so früh wie möglich für tot zu erklären, um über ihn verfügen zu können.“ (FAZ, 3.1.1968)

Bundesärztekammer (BÄK): OP ohne Narkose.

Bei einer Organentnahme von dem Patienten bleibt es dem Anästhesisten überlassen, ob er Schmerzmittel gibt oder nicht. In der letzten *„Erklärung zum Hirntod“* der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2001 heißt es sogar: *„Nach dem Hirntod gibt es keine Schmerzempfindung mehr. Deshalb sind nach dem Hirntod bei Organentnahme keine Maßnahmen zur Schmerzverhütung (zum Beispiel Narkose) nötig.“*

Fakten sprechen eine andere Sprache: Werden zur Organentnahme lediglich Muskelrelaxantien gegeben, um mögliche Abwehrbewegungen zu unterdrücken – das dient im übrigen dem Schutz des Chirurgen - lassen bei dem Opfer Lebenszeichen wie Anstieg des Blutdrucks, Transpiration, Rötung der Haut und Abwehrbewegungen auf Schmerz- und Angstreaktionen schließen. Das bestätigt die medizinische Fachliteratur.

In einem Schreiben vom 10.12.2001 des Bestatters Hiob Prätorius aus Mannheim an das Bundesverfassungsgericht heißt es: *„Als Bestatter erfahren wir gerade in den letzten Jahren, wie furchtbar entstellt (interne Bezeichnung ‚Fratze‘) Organspende-, Opfer‘ aussehen – und haben allergrößte Mühe damit, diese kosmetisch für offene Aufbahrung zu versorgen. Das Leid, das diese Sterbenden haben erdulden müssen, muss derart furchtbar gewesen sein, dass es nicht in Worte zu fassen ist.“*

Selbst der Geschäftsführende Arzt der *Deutschen Stiftung Organtransplantation* Professor Lauchert gibt in einem Schreiben an die Pastorin Ines Odaischi zu: *„Es ist in der Tat nicht zu belegen, dass eine für hirntot erklärte Person tatsächlich über keinerlei Wahrnehmungsvermögen, insbesondere Schmerzempfindlichkeit, verfügt.“*

Der *Erklärung zum Hirntod* der Bundesärztekammer waren Anfragen und Klagen von einer Pastorin und potentiellen Organspenderin vorausgegangen, u. a. vor dem Verwaltungsgericht in Berlin, und vor dem Bundesverfassungsgericht, das die Bundesregierung zwingen sollte das Transplantationsgesetz dahingehend zu novellieren, dass eine Narkose für Organspender zwingend geboten ist. Das Problem für die BÄK ist aber, dass mit einer verpflichtenden Erklärung zur Narkose gleichzeitig bestätigt würde, es handele sich bei den „hirntoten“ um noch lebende Menschen. Also nimmt man billigend in Kauf, dass die Menschen während der OP Schmerzen erleiden.

Ruhigstellung einer Leiche und Erhaltung der Funktionsfähigkeit.

Was dann in der Erklärung der BÄK folgt, ist allerdings sprachlich entlarvend: Hier heißt es: *„Die Tätigkeit eines Anästhesisten bei der Organentnahme – zu Maßnahmen wie zum Beispiel der künstlichen Beatmung, der Kontrolle der Herzaktivität und des Kreislaufs sowie der notwendigen Ruhigstellung der Muskulatur – dient ausschließlich der Erhaltung der Funktionsfähigkeit der zu entnehmenden Organe.“* Hier ist die Frage erlaubt, ob das die angemessene Versorgung und Behandlung einer Leiche ist, die zudem noch in der Lage sein soll, etwas zu spenden?

Der Gesetzgeber überlässt dem Wissenschaftsrat der (BÄK) die Definition darüber, wann der Mensch tot ist, obwohl diese als Standesvertretung der Ärzteschaft befangen ist und u. a. die kommerziellen Interessen ihrer Mitglieder vertritt. Bei ihrer „wissenschaftlichen“ Verabredung bezieht sich die BÄK auf den im August 1968 veröffentlichten Report der Harvard-ad-hoc-Kommission. Sie musste eine standesrechtliche Regelung finden, um Transplanteure vor Strafverfolgungen zu schützen, wenn sie durch Explantationen komatöse Patienten töteten. In dem weltweit meinungsbildenden Report heißt es zu Anfang: *„Unsere primäre Absicht ist, das irreversible Koma als neues Todeskriterium zu definieren“*. Und zum Schluss: *„Obsolete Kriterien für die Definition des Todes könnten zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen zur Transplantation führen.“* Mit wissenschaftlicher Erkenntnis hat diese definitorische Vereinbarung nichts gemeinsam. *Ad hoc* heißt im englischen Umgangssprachgebrauch soviel, wie „auf die Schnelle, oberflächlich, ohne zu vertiefen“.

Verzicht auf seriöse Aufklärung.

Wer, wie die DSO oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beim Aushändigen eines Organspendeausweises auf eine Aufklärung über alle Implikationen einer Hirntoddiagnostik und der Organentnahme verzichtet, handelt daher grob fahrlässig. Denn strafrechtlich setzt zur Abwehr einer Strafe wegen Körperverletzung jeder Eingriff eine Einwilligung des Patienten nach vorheriger Aufklärung voraus. Im Akutfall einer Hirntoddiagnose und Organentnahme kann das natürlich nicht mehr geschehen. Deshalb müsste dies vorauseilend geschehen, bevor ein Organspendeausweis unterschrieben wird. Hier wird allerdings aus gutem Grund darauf verzichtet.

Ich habe wiederholt gemeinsam mit Ärzten auf Podien diskutiert und musste auf Fragen nach dem Besitz eines Organspendeausweis feststellen, dass diese Ärzte keinen besaßen. Sie kennen die Einzelheiten einer Organentnahme. Mit Beachtung der Menschenwürde hat das nichts zu tun. Letztlich wird der zu Beginn einer Explantation noch lebende komatöse Patient während der OP, mit oder ohne Narkose, bzw. Schmerzmittel getötet. Als besonders belastend beschreibt eine Anästhesistin im Deutschen Ärzteblatt (Dr. Friederike Schlemmer, 16.7.01) die *„undankbare und schwierige Aufgabe, den Herzkreislaufstillstand nach erfolgter Explantation herbeizuführen“*.

Die „Hirntod“-Diagnose, ein schmerzhafter Prozess.

Die klinische „Hirntod“-Diagnose an noch lebenden Patienten ist ein schmerzhafter Prozess. Es ist ein nicht indizierter Eingriff, der in der Regel der Organbeschaffung dient. Die klinische Untersuchung - und nur diese ist vorgeschrieben - sieht u. a. eine Provokation der Augenhornhaut mit einem Gegenstand vor, Stechen in die Nasenwand, Reizen des Rachenraums mit einem Gegenstand, Setzen eines heftigen Schmerzes zur Reizung von Reflexen, Reizung des Bronchialraums durch Absaugkatheter, festes Drücken der Augäpfel, Gießen von Eiswasser in die Gehörgänge. Durch solche Untersuchungen oder auch mit Hilfe einer Angiographie kann der Patient in den Tod getrieben werden.

Die Koma-Forschung zeigt: Der Patient reagiert auf ein schweres schockartiges Erlebnis, mit einer tiefgreifenden gesamtkörperlichen Stilllegung, einer Hemmung, einem „Totstellreflex“ oder einer „Katastrophenreaktion“. So kann sein intuitives Verhalten lebensbedrohliche Folgen haben, wenn er sich bei einer schmerzhaften Diagnose tot stellt.

Missachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Da in Zukunft mehr Organe beschafft werden sollen, schreibt der Gesetzgeber eine Regelung vor, die bei Datenschutzbeauftragten Entsetzen hervorrufen müsste: Hier heißt es: *„Die Transplantationszentren und die anderen Krankenhäuser sind verpflichtet, untereinander und mit der Koordinationsstelle zusammenzuarbeiten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen, dem zuständigen Transplantationszentrum mitzuteilen, das die Koordinationsstelle unterrichtet.“*

Die Informationen nehmen in aller Regel Koordinationsbüros des gemeinnützigen Vereins Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) in den Transplantationszentren entgegen. Die gesetzlich geregelte Meldepflicht der Krankenhäuser betrachtete folglich der ehemalige Geschäftsführer der DSO, Dr. Zickgraf als *„Eintrittskarte in alle Krankenhäuser“*. Das besondere Interesse der DSO an der „Organbeschaffung“ erklärt sich aus der Tatsache, dass bisher für ihre Dienstleistung jeweils eine Rückvergütungspauschale von rund 6000 Euro pro Erfolgsfall gezahlt wurde. Die Mitarbeiter der DSO übernehmen im Rahmen ihrer Dienstaufgabe - „Organbeschaffung“ - die professionelle Überzeugungsarbeit bei trauernden Angehörigen. Diese Regelung führt sowohl den Datenschutz als auch die ärztliche Schweigepflicht (§§203 u. 204 StGB) „im übergeordneten Interesse“ ad absurdum.

Das heißt, kein Patient auf der Intensivstation, der die Kriterien des sogenannten „Hirntodes“ erfüllt, kann verhindern, dass seine Daten gegen seinen Willen weitergeleitet werden, mit der Maßgabe der baldigen Kontaktaufnahme mit den Angehörigen, um die Einwilligung in eine Organentnahme einzuholen. Da die Meldepflicht der Krankenhäuser zunächst in Gestalt einer *lex imperfecta* ausgestattet wurde, da ihre Verletzung weder durch Strafandrohung noch mit Bußgeld sanktioniert ist, sollten für Krankenhausärzte finanziellen Anreize zur „Förderung der Organspende“, für „qualifizierte Spendermeldungen“, für die Schaffung eines „förderlichen Kooperationsklimas“ bereit gestellt werden.

Unbeschadet der schon jetzt vorhandenen rechtlichen und ethischen Probleme, wird von Seiten der Verantwortlichen eine Novellierung des Transplantationsgesetzes zu Gunsten einer Widerspruchslösung gefordert. D. h., jeder der nicht seinen Widerspruch erklärt hat, oder sich in ein Widerspruchsregister hat eintragen lassen, soll potentieller Organspender sein.

Düsseldorf, den 5. Februar 2004

Richard Fuchs

Autor u. a. von:

Tod bei Bedarf. Mordsgeschäfte mit Organtransplantationen, Ullstein Report, Berlin 1996.

Co-Autor von *Sterben auf Bestellung - Fakten zur Organentnahme*, emu-Verlag, Lahnstein 1997.

Gemeinsam mit Prof. Dr. jur. K. A. Schachtschneider Herausgeber und Autor von *Spenden was uns nicht gehört. Das Transplantationsgesetz und die Verfassungsklage*, Rotbuch Verlag, Hamburg 1999.

Das Geschäft mit dem Tod. Plädoyer für ein Sterben in Würde. Patmos Verlag, Düsseldorf 2001.