

besondere beim Apnoetest – ausgeschlossen werden. Die Hirntoddiagnose wird auch bei den DCD-Spendern (Donor after Cardiocirculatory Death) durchgeführt, d.h. nachdem der Patient an einem Herzkreislaufstillstand gestorben und ein sekundärer Hirntod eingetreten ist.

Momentan beschränken sich die Spitäler mehrheitlich auf sogenannte Maastricht-III-Spender. Das sind Patienten auf der Intensivstation mit einer infausten Prognose, bei denen ein Therapieabbruch unter kontrollierten Bedingungen durchgeführt wird. Sterben solche Patienten innert kurzer Zeit (innert 120 Minuten) und haben sie oder ihre Angehörigen die Zustimmung zur Organspende gegeben, kann die Transplantation nach dem Herzstillstand und dem diagnostizierten Hirntod erfolgen. DCD-Spender bedingen wegen der warmen Ischämiezeit der Or-

gane eine zeitlich akkurat geplante Entnahmeoperation, die im Gegensatz zum Spender im primären Hirntod unmittelbar nach dem Eintritt des Todes und der Hirntoddiagnose begonnen werden muss.

Aufruf an die Ärzte

Mir ist wichtig zu betonen, dass Organspenden bis ins hohe Alter möglich sind. Vor diesem Hintergrund rufe ich meine Berufskollegen auf, die Möglichkeit einer Organspende fortan stärker in ihre Arbeit einzubeziehen. Das gilt für Spitalärzte ebenso wie für frei Praktizierende. Wir unterstützen Sie dabei. Nehmen Sie mit uns Kontakt auf!

9. September 2017 – der Europäische Organspendetag in Bern

Erstmals finden der Nationale, der Europäische und der Internationale Tag der

Organspende am selben Datum statt. Die Schweiz ist Gastgeberin für alle drei Anlässe, so wird der Bundesplatz in Bern am 9. September 2017 ganz im Zeichen der Organspende stehen. Mit Konzerten und Infoständen werden Zeichen gesetzt, um das Thema in der Bevölkerung und in der Politik sichtbarer zu machen und besser zu verankern und nicht zuletzt um den Spendern und ihren Familien, die in eine Organspende eingewilligt haben, zu danken. Mehr Infos: www.eodd2017.ch

Dr. med. Franz F. Immer

PD Dr. med. Franz F. Immer ist Facharzt für Herzchirurgie FMH und CEO swisstransplant, franz.immer@swisstransplant.org

Interview mit dem Medizinethiker Prof. Giovanni Maio

«Die Transplantationsmedizin hat sich als Segen für die Menschheit herausgestellt, aber sie löst nicht das Grundproblem!»



Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A., phil.

Synapse: Wann ist ein Mensch aus ethischer Sicht medizinisch tot? Ist der Hirntod nach wie vor das entscheidende Kriterium?

Giovanni Maio: Der Hirntod kann keine neue Definition des Todes liefern, aber er

kann ein Kriterium angeben zur Feststellung des Todes. Dass es allerdings einen phänomenologischen Unterschied gibt zwischen einem Hirntoten und einer Leiche, bereitet vielen Menschen Schwierigkeiten, ja, Unbehagen. Dass bei Hirntoten noch eine Wundheilung stattfindet, dass sie Fieber entwickeln können, dass sie eine Immunabwehr haben, dass bei hirntoten Kindern eine sexuelle Reifung stattfindet und dass hirntote Schwangere ihre Schwangerschaft über Monate aufrechterhalten können, all das wirft die Frage auf, ob diese Phänomene einfach nur als Resultat der künstlichen Beatmung zu deuten sind oder ob sie als Ausdruck einer noch übriggebliebenen

Integrations- und Koordinationsleistung des Organismus selbst zu interpretieren sind. Kurz: Es geht um die Frage, ob diese körperlichen Vorgänge als Ausdruck von Lebendigkeit zu werten sind oder nicht.

Wohlgemerkt geht es hier eben um Deutungsunsicherheiten hinsichtlich der beschriebenen Phänomene. Diese Unsicherheiten gilt es als solche anzuerkennen und sich darüber im Klaren zu sein, dass es hier nicht um Fakten geht, sondern um einen unvermeidbaren sozialen Aushandlungsprozess im Hinblick auf die Frage, wie viel Integrationsleistung erforderlich ist, um noch von einem lebenden Menschen sprechen zu können. Diese Grundfrage lässt sich nicht mit Zahlen beantworten, sondern nur mit Interpretation, und diese Interpretationen sind eben zwangsläufig unterschiedlich, ohne dass man sagen könnte, dass die eine Interpretation richtig und die andere falsch ist. Deswegen sollte man hier respektieren, dass es viele Menschen gibt, die den Hirntod als Todeskriterium für sich nicht akzeptieren können, und diesen Menschen muss

die moralische Freiheit gelassen werden, sich gegen eine Organspende auszusprechen. Zu Ende gedacht müssten aber diese die Annahme eines fremden Organs für sich konsequenterweise ablehnen.

Was bedeutet aus ethischer Sicht eine gerechte Verteilung der Organe bei Organknappheit?

Es ist wichtig, dass die Kriterien der Dringlichkeit und der Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. des Organüberlebens in eine gute Balance gebracht werden.

Welche Rolle spielt die Selbstverschuldung? Hat zum Beispiel aus ethischer Sicht ein Raucher das selbe Recht auf eine Ersatz-Lunge wie ein Nichtraucher?

Wir sollten hier nicht von Selbstverschuldung sprechen; es geht nicht darum, jemandem Schuld zuzusprechen, denn das ist nicht die Aufgabe der Medizin. Im übrigen stellt die Medizin zum Beispiel beim Herzinfarkt bei Workaholics die Frage nach der Schuld weniger offensiv wie bei Suchtpatienten. Der As-

pekt der Selbstverschuldung sollte also nicht relevant sein bei der Verteilung der Organe, wohl aber der Aspekt der Überlebenswahrscheinlichkeit des Organs. Man muss es auch aus der Sicht des Spenders sehen: Derjenige, der das Organ spendet und hierbei ein Opfer auf sich nimmt, spendet deswegen, weil er davon ausgeht, dass man mit seinem Organ einer anderen Person wirklich helfen kann. Wenn man ein solches Organ einer Person implantiert, die nicht fähig ist, sich so zu verhalten, dass das Organ nicht abgestossen wird, dann ist der eigentliche Sinn der Spende und des ganzen Systems ausser Kraft gesetzt. Daher geht es primär um die Sicherung der Compliance, nicht um die Frage nach Schuld.

Und welche Rolle spielt das Alter: Hat ein 94-Jähriger dasselbe Recht auf ein Organ wie ein 15-Jähriger?

Wir sollten nicht dazu übergehen, durch etwaige Altersgrenzen den alten Menschen zu diskriminieren. Wichtig ist auch hier eher die Frage, wie lange das Organ aller Wahrscheinlichkeit nach dem Empfänger wirklich helfen können. Da geht es nicht primär um das Alter, sondern um die Komorbiditäten, um den Gesamtzustand des Patienten.

Es gibt in der Schweiz nach wie vor ein grosses Missverhältnis zwischen Spendern und Empfängern, es gibt wesentlich mehr Menschen, die auf eine Spende warten als Spender. Woran liegt das? Und kann man das mit guten PR-Massnahmen und Werbekampagnen wirklich beheben?

Diese Diskrepanz würde auch dann bleiben, wenn viel mehr Menschen spenden würden. Ich finde es nicht richtig, wenn wir hier PR-Massnahmen betreiben. Bei so einer diffizilen Frage, ob man spenden möchte oder nicht, braucht der Bürger eine gute und umfassende Information und keine Werbebroschüren. Ich finde es übertölpelnd, wenn man für die Spende Werbung betreibt, denn die Werbung ist immer einseitig und simplifizierend. Die Werbung beschönigt, sie blendet aus, sie klärt nicht auf, sondern sendet moralische Appelle, und das finde ich nicht richtig in diesem Kontext, weil die Frage nach der Spende ein Privatissimum bleiben muss und die Bürger davor geschützt werden müssen, zu einer Spende moralisch gedrängt zu werden. Viele denken, nur eine Entscheidung für die Spende sei eine gute Entscheidung und die Entschei-

dung gegen die Spende sei eine irrationale oder schlechte Entscheidung. Ich stelle das grundlegend in Frage, weil es hier nicht gute oder schlechte Entscheidungen geben kann, sondern nur eine Entscheidung, die zu den Werthaltungen des Bürgers passt, und eine, die nicht dazu passt. Wer für sich der Überzeugung ist, dass er nicht spenden möchte, darf nicht moralisch unter Druck gesetzt werden. Oft aber wollen Menschen aus Unkenntnis heraus oder auf dem Boden von Fehlannahmen nicht spenden. Daher sollten wir eher in eine optimierte Aufklärung investieren und nicht in eine übertölpelnde Werbung.

Was müsste man Ihrer Meinung nach tun, um die Spendenbereitschaft zu erhöhen?

Man müsste weg von dem moralisierenden Unterton und den Bürgern ermöglichen, tatsächlich zu erfahren, was mit ihnen geschieht, wenn sie als Spender gälten. Je offener man mit dem ganzen Prozedere der Explantation umgeht, desto mehr wird man Vertrauen stiften. Wenn man aber bestimmte Dinge erst gar nicht anspricht, wie die Kritik am Hirntodkonzept oder die genaue Situation im Moment der Explantation, dann wird man eher Misstrauen säen. Und man müsste sich viel intensiver um die Angehörigen der Spender kümmern. Das kommt zuweilen viel zu kurz und hinterlässt ungute Gefühle. Kurzum: Offenheit statt Moralisierung, Begleitung statt Abfragen, Sich-zuständig-Fühlen nicht nur für den Empfänger, sondern in gleicher Weise für den Spender und seine Angehörigen.

Welche Rolle spielen Religion und Moral bei einer Organspende?

Das kann jeder nur für sich entscheiden. Es ist aber meines Erachtens nicht primär eine Frage der Religion, sondern eine Frage der Deutung des Status des Hirntoten und somit eher eine Menschenbildfrage.

Was glauben Sie, hindert die meisten Menschen an einer Organspende?

Die unberechtigte Angst, dass man zu früh vom Medizinsystem aufgegeben wird, und die zu respektierende Unsicherheit darüber, was der Status des Hirntoten eigentlich für den Menschen bedeutet, die Unsicherheit darüber, ob dieser Status mit dem Status der Leiche oder mit dem Status des sterbenden Menschen verglichen werden kann.

Ist die Fähigkeit der Medizin, Organe transplantieren zu können, nicht letztlich ein Machtanspruch der Medizin, Leben und Tod kontrollieren zu wollen?

Ich sehe die Entwicklung der Organtransplantation als eine Antwort auf die Not der Menschen, die durch chronische Krankheit enorm leiden oder vom Tode bedroht sind. Insofern ist die Organtransplantation per se zu begrüßen, weil sie sehr vielen Menschen helfen kann. Aber es muss eben verhindert werden, dass in der Bevölkerung eine Art Anspruch auf ein Organ als Grundhaltung entsteht. Man kann glücklich sein, wenn man ein fremdes Organ erhält, und deren Vergabe muss transparent und gerecht sein, aber einen Anspruch darauf kann es nun mal nicht geben, weil jede Organspende aus meiner Sicht ein Geschenk ist und keine Bringschuld.

Seit die Medizin in der Lage ist, Organe zu transplantieren, haben sich neue ethische Fragen ergeben, die beantwortet werden müssen und die es früher so nicht gab. Worin liegt der Vorteil und worin der Nachteil dieses «Fortschrittes»? Ist die Transplantationsmedizin ein Fluch oder ein Segen für die Menschheit?

Die Transplantationsmedizin hat sich primär als Segen für die Menschheit herausgestellt, aber sie löst leider nicht das Grundproblem. Das Grundproblem ist doch, dass es viel zu viele Menschen gibt, die in die Situation hineingeraten, nur noch mit fremdem Organ weiterleben zu können. Wir sollten uns nicht auf die Transplantationsmedizin verlassen, sondern wir müssen viel mehr darin investieren, dass die Menschen eben nicht chronisch nierenkrank werden, dass sie keine Kardiomyopathie entwickeln und so weiter. Ich finde, dass der Fokus auf die Transplantation und die Rhetorik des «zu wenige Organe» den Blick darauf verstellt, dass die Medizin viel zu wenig Prävention betreibt und sich viel zu schnell mit der Reparatur zufriedengibt. Daher müssen wir hier weniger mechanistisch denken, sondern das Problem des Organbedarfs aus einer geweiteten Perspektive betrachten.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker.

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil., Inhaber des Lehrstuhls für Medizinethik, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.