

Linus S. Geisler: Die Lebenden und die Toten

UNIVERSITAS, 65. Jahrgang, Nr. 763, Ausgabe Januar 2010, S. 4-13

URL: http://www.linus-geisler.de/art2010/201001universitas_tote-spender-regel.html

Die „Tote-Spender-Regel“ (Dead Donor Rule), die seit rund 40 Jahren in der Transplantationsmedizin akzeptiert ist, formuliert zwei ethische Normen, die die Praxis der Organentnahme betreffen: Lebenswichtige Organe dürfen nur von toten Patienten entnommen werden; lebende Patienten dürfen nicht für oder durch eine Organentnahme getötet werden. Derzeit gibt es Bestrebungen, das Konzept des Hirntodes oder des Herztodes auszuhöhlen und die Entnahme lebenswichtiger Organe zur Organspende bereits bei Lebenden zu legitimieren. Linus S. Geisler warnt vor einem fundamentalen Tabubruch.



Die Lebenden und die Toten

Die Transplantationsmedizin beginnt sich von der „Tote-Spender-Regel“ zu verabschieden

Linus S. Geisler

Eine alltägliche Szene in der Transplantationsmedizin: Ein junger Mann, äußerlich unverletzt, liegt auf einer Intensivstation und ist an ein Beatmungsgerät angeschlossen. Er scheint zu schlafen. Sein Herz schlägt, sein Kreislauf ist stabil, seine Nieren funktionieren, ebenso sein Stoffwechsel; gelegentlich macht er, wenn man ihn berührt, bestimmte Bewegungen: Er hebt beide Arme, als wolle er jemanden umarmen (so genanntes Lazarus-Zeichen). Eigentlich sieht er gesünder aus als manche Mitpatienten auf der Intensivstation.

Es könnte sich ebenso um eine junge schwangere Frau handeln. Nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch wäre es möglich, sie so lange auf der Intensivstation zu versorgen, bis man sie durch einen Kaiserschnitt von einem gesunden Kind entbindet: Eine Tote, die in der Lage ist, einem Kind das Leben zu schenken. Solche erfolgreichen Verläufe bei schwangeren hirntoten Frauen sind in der Literatur mehrfach beschrieben worden.

Aber die junge Frau oder der junge Mann gelten, entgegen allem Anschein, nicht als Lebende, sondern als Tote. Sie wurden für tot erklärt, weil bei ihnen der Hirntod diagnostiziert wurde. Die klassischen Zeichen des Todes, wie sie seit Menschengedenken bekannt sind, lassen sich aber bei ihnen nicht feststellen: Blässe, Kälte, Körperstarre und Bewegungslosigkeit.

Hirntote sind Menschen, bei denen 97 Prozent ihres Körpers leben, nur drei Prozent – ihr Gehirn – ist tot, „hirntot“. Hirntot bedeutet, ihr Gehirn ist irreversibel so schwer geschädigt, dass sie ohne intensivmedizinische Maßnahmen, wie zum Beispiel künstliche Beatmung, in kurzer Zeit sterben würden. Nach den Kriterien einer 1968 in Harvard tagenden Ethik-Kommission (Harvard-Commission) sind sie als Tote anzusehen und können als solche behandelt werden: Lebenserhaltende Maßnahmen dürfen beendet, vor allem aber können ihre Organe für Transplantationszwecke entnommen werden.

Behandelt man Hirntote über längere Zeit, Tage bis Wochen, so lassen sich einige von ihnen mit relativ geringem intensivmedizinischen Aufwand in einem stabilen Zustand halten. Herz-Kreislauf, Nieren, Verdauung und Stoffwechsel funktionieren. Sie lassen nicht die geringsten Zeichen einer Verwesung erkennen. Der amerikanische Neurologe Alan Shewmon hat 57 derartige gesichtete Fälle von „chronischem Hirntod“ beschrieben.

Für die meisten Angehörigen sind Hirntote nicht tot, sondern noch am Leben. Die Aussage der Mediziner, es handle sich nur scheinbar um Lebende, in Wirklichkeit seien es Tote („Scheinlebende“), widerspricht zutiefst jeder herkömmlichen Vorstellung vom Tod. Dieser massive Verstoß gegen die menschliche Intuition ist eine der wesentlichen Ursachen für Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Organentnahme bei hirntoten Menschen.

Seit rund 40 Jahren wird die „Tote-Spender-Regel“ praktisch weltweit von der Transplantationsmedizin akzeptiert, auch wenn es eine Vielzahl unterschiedlicher diagnostischer Hirntodkriterien gibt. Die „Tote-Spender-Regel“ hat es ermöglicht, dass zehntausende Menschen ihr Weiterleben lebenswichtigen, von Hirntoten entnommenen Organen wie Herz, Leber oder Lungen zu verdanken haben.

Aber das Hirntodkonzept ist von Anfang an weder von der Allgemeinheit noch von der Gesamtheit der Wissenschaft widerspruchsfrei akzeptiert worden. Zahlreiche Ärzte, Philosophen, Ethiker, Theologen und Laien führen eine uferlose Debatte über die Frage, ob Hirntote wirklich tot sind. Ob ihr Tod nicht nur eine manipulative Vereinbarung der Transplantationsmedizin darstellt, um ihr das Handwerk zu erleichtern und welche konkreten Auswirkungen diese Zweifel für die Praxis der Organspende haben müssten.

Das Hirntodkonzept begleitet wie ein düsterer Schatten die Transplantationsmedizin, ein Schatten, den sie liebend gern loswerden möchte, aber nicht loswerden kann. Sie ist sich bewusst, dass jede Diskussion über den Hirntod in der Aporie enden und zwangsläufig unlösbar sein muss.

Wegen der Schwierigkeit, das Hirntodkonzept allgemein zu vermitteln, aber auch, um das Organaufkommen zu erhöhen, beschreitet die Transplantationsmedizin seit einer Reihe von Jahren den Weg der Organentnahme bei Spendern, bei denen der „Herztod“ festgestellt wurde, ohne dass zuvor der Hirntod nachgewiesen werden musste. Diese „Herztoten“ werden als Non-Heart-Beating-Donors (NHBD) bezeichnet.

Die Herztoten

Beim so genannten Herztod kann bereits zwei bis zehn Minuten nach dem festgestellten Herzstillstand mit der Organentnahme begonnen werden. Der Herzstillstand wird klinisch und/oder nach zehn Minuten durch ein Nulllinien-EKG (nicht Nulllinien-EEG) festgestellt. Nach dem so genannten Maastricht Protokoll von 1995 können „Organspender ohne schlagende Herzen“ in folgende fünf Kategorien eingeteilt werden:

- Herzstillstand bei Ankunft in der Klinik
- Organspender nach erfolgloser Reanimation
- Organspender, bei denen der Herzstillstand nach Unterbrechung lebenserhaltender Maßnahmen erwartet wird
- Herzstillstand beim Hirnstamm-Tod sowie
- Herzstillstand bei einem stationären Patienten.

Konkret kann es sich also um Menschen im Koma, Schlaganfall- und Herzinfarktpatienten oder Unfallopfer handeln. Es kommen aber auch Schwerkranke, deren Tod nicht unmittelbar bevorsteht, infrage, wenn sie ihre Lebensqualität als nicht mehr akzeptabel empfinden. Voraussetzung ist dann eine gültige Zustimmung der Betroffenen oder ihrer Angehörigen zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. Liegt diese vor, kann der Herzstillstand provoziert werden.

Dieses Vorgehen gilt nicht für Deutschland, da nach dem deutschen Transplantationsgesetz Organe nur entnommen werden dürfen, wenn der Hirntod eindeutig festgestellt wurde oder seit dem Herzstillstand mindestens drei Stunden vergangen sind.

In vielen anderen Ländern aber wie in den USA, in Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Spanien oder Belgien wird die Organentnahme bei herztoten Spendern bereits seit Jahren routinemäßig praktiziert. So stammen in den USA acht Prozent der Organspenden von herztoten Spendern, in der Schweiz sind es elf Prozent.

Man hat, um ein größeres Organaufkommen zu erzielen, immer wieder versucht, die Latenzzeit zwischen Herzstillstand und Organentnahme weiter zu verkürzen. Es gibt Versuche, diese Zeit auf 60 Sekunden zu reduzieren, mit dem (klinisch widerlegbaren) Argument, dass ein seit 60 Sekunden stillstehendes Herz in der Regel spontan nicht wieder zu schlagen beginnt, sondern allenfalls durch Wiederbelebensmaßnahmen wieder zum Schlagen gebracht werden kann.

Als Voraussetzung zur Entnahme lebenswichtiger Organe bei Herztoten gilt, dass der Herzstillstand „irreversibel“ ist. Aber der Widerspruch, den dieses Postulat enthält, liegt auf der Hand: Ziel ist es ja gerade, ein „irreversibel“ nicht mehr schlagendes Herz einem anderen Menschen mit dem Ziel einzupflanzen, dass es in dessen Körper wieder einwandfrei funktioniert, was tatsächlich in vielen Fällen gelingt.

Der begriffliche Ausweg, den man versucht hat, liegt in einem manipulativen Umgang mit dem Begriff der Irreversibilität. „Irreversibel“ soll sich nur auf die Situation des sich noch im Körper des Spenders befindlichen Herzens beziehen jedoch nicht mehr für das verpflanzte Organ gelten. Hier wird also mit einer sozusagen „reversiblen Irreversibilität“ operiert. Ferner hat man versucht, Irreversibilität bereits dann anzunehmen, wenn ein Herz stillsteht und beschlossen wurde, keine Wiederbelebensmaßnahmen mehr einzuleiten, obwohl durch diese häufig die Funktion wiederhergestellt werden könnte.

Der Versuch, den Herzstillstand als sicheres Todeszeichen und damit als Kriterium für die Organentnahme anzusehen, ist ebenso mit massiven Zweifeln behaftet wie das Hirntodkonzept. Die Behauptung, der Herzstillstand sei ein sicheres Todeskriterium wird durch die, jedem Kliniker geläufige Tatsache entkräftet, dass sich in vielen Fällen auch nach mehr als zehnteilminütigem Herzstillstand eine – wenn auch manchmal nur vorübergehend – erfolgreiche Reanimation durchführen lässt.

Das Dilemma

Weder das Prinzip des Hirntodes noch das des Herztodes ist im Stande, die Transplantationsmedizin von ihrem fundamentalen Dilemma zu befreien, dass sie nämlich lebenswichtige Organe nur Menschen entnehmen kann, die als tot gelten, aber einen lebenden Körper haben. „Warme Leichen und kalte Embryonen“ hat der französische Psychoanalytiker Michel Tort in seinem Buch „Le désir froid – Procréation artificielle et crise des repères symboliques“ als die begehrtesten Objekte unserer Gesellschaft bezeichnet.

Die „Tote-Spender-Regel“ ist immer stärker zum erdrückenden Ballast geworden, den die Transplantationsmedizin so lange nicht abwerfen kann – so gern sie es täte – so lange sie daran festhalten muss, dass sie nur Toten lebenswichtige Organe entnehmen darf.

Natürlich hat man nach Auswegen gesucht das Hirntodkonzept zu relativieren und festzulegen, dass nicht der Ausfall des gesamten Gehirns, sondern bereits bestimmter Anteile ausreicht, um lebenswichtige Organe entnehmen zu können. Beim so genannten Hirnstammtod (gültig in England) genügt der irreversible Ausfall des Hirnstamms zu Organexplantation. Problematischer hat sich das Konzept des Teilhirntodes erwiesen, bei dem es genügt, dass nur bestimmte Teile des Gehirns, wie zum Beispiel das Großhirn ausgefallen sind. Dieses Prinzip würde es erlauben, bereits bei tief komatösen Patienten, Wachkomapatienten oder anencephalen Kindern Organe zu entnehmen.

Alle Auswege, die entweder das Konzept des Hirntodes oder des Herztodes umgehen könnten, setzen letzten Endes einen fundamentalen Tabubruch voraus, nämlich den Abschied von der „Tote-Spender-Regel“. Im Klartext bedeutet der Abschied von der „Tote-Spender-Regel“ nichts anderes, als die Entnahme lebenswichtiger Organe zur Organspende bereits bei Lebenden zu legitimieren. Diesen Weg versucht man jetzt zu beschreiten.

Der Abschied von der „Tote-Spender-Regel“

Der Harvardprofessor für Bioethik und Anästhesie Robert D. Truog und der Bioethiker des NIH (National Institutes of Health, Bethesda) Franklin G. Miller haben 2008 im „New England Journal of Medicine“ (NEJM)¹ einen Weg aus dem fundamentalen Dilemma der Transplantationsmedizin vorgeschlagen, der bisher als ethisch undenkbar galt.

Das Gewicht dieses Vorschlags lässt sich daran ermessen, dass beide Wissenschaftler über ein weltweit akzeptiertes Renommee auf dem Feld der Bioethik und Transplantationsmedizin verfügen, und das NEJM als weltbestes Medizinjournal gilt.

Truog und Miller schlagen nichts Geringeres vor, als das Postulat vom Tod des Spenders als Voraussetzung für die Entnahme lebenswichtiger Organe aufzugeben. Die Explantation lebenswichtiger Organe zu Transplantationszwecken bei Lebenden solle unter bestimmten Voraussetzungen legitim und ethisch unanfechtbar sein. Der Abschied von der „Tote-Spender-Regel“ erlaube es, auf ebenso unnötige wie unhaltbare Revisionen der Definition des Todes zu verzichten.

Als Alternative schlagen sie vor, lebenswichtige Organe von Patienten mit irreversiblen, verheerenden (devastating) neurologischen Schäden zur Organverpflanzung zu entnehmen, bevor bei ihnen lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden, vorausgesetzt, dass eine gültige Zustimmung des Patienten oder seiner Angehörigen vorliegt. Die Organentnahme erfolgt also bei Lebenden, ohne dass der Hirntod festgestellt wurde. Die Kernaussage von Truog und Miller lautet: „Ob der Tod eintritt, weil die künstliche Beatmung beendet wird oder durch die Organentnahme – die ethisch relevante Voraussetzung ist eine gültige Zustimmung des Patienten oder der Angehörigen. Liegt eine solche Zustimmung vor, wird durch die Gewinnung von lebenswichtigen Organen vor dem Tod weder Schaden zugefügt noch ein Unrecht begangen, vorausgesetzt, dass eine Narkose verabreicht wird. Bei geeigneten Vorsichtsmaßnahmen wird kein Patient an der Organentnahme sterben, der nicht anderenfalls durch die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen sterben würde.“²

Das Szenario ist eindeutig: Es handelt sich um lebende Patienten mit irreversiblen neurologischen Schäden ohne gesicherten Hirntod, die ohne lebenserhaltende Maßnahmen sterben müssten. Dass sie Schmerz empfinden könnten, wird durch die Forderung nach einer Narkose indirekt eingeräumt. Die Autoren vermuten, dass dieses Vorgehen eher auf öffentliche Zustimmung stoßen könnte, als wenn der Tod zum Zeitpunkt der Organentnahme zweifelhaft sei. Zahl und Qualität der so gewonnenen Organe könnten dadurch möglicherweise maximiert werden.

Die Lebenden und die Toten

Dem Vorschlag von Truog und Miller zu folgen, hätte vordergründig einige positive Seiten. Als Wichtigstes wäre der Versuch einer gewissen Ehrlichkeit zu nennen. Überwunden wären die makabren semantischen Klimmzüge in der Begründung des Hirntodkonzeptes, überflüssig die schiefen Bilder der Rechtfertigung (der Hirntod als eine Art „innerer Enthauptung“), ebenso manche, selbst für renommierte Medizinjuristen (Hans-Ludwig Schreiber) bemerkenswerte, sprachliche Ungereimtheiten: „Der Hirntote ist definitiver (sic!) tot als der klinisch Tote ...“. Vor allem bedürfte es nicht des menschenunwürdigen Anschlags auf die unverstellte Intuition der Angehörigen beim Anblick ihres hirntoten Familienmitgliedes, das nicht selten eine lebenslange Traumatisierung zur Folge hat. Die Angehörigen wären nicht mehr dem Vorwurf ausgesetzt, Opfer einer „individuellen Plausibilitätsfalle“ zu sein, wenn sie entgegen vielen wissenschaftlichen Beteuerungen ihre Angehörigen nicht als tot, sondern als lebendig wahrnehmen.

Das neue Szenario ist geprägt durch klinisch-nüchterne Überschaubarkeit: operative Organentnahme als legale, zum Tode führende, letzte ärztliche Maßnahme bei einem sterbenskranken Menschen.

Dies alles kann freilich nicht über die Ungeheuerlichkeit hinwegtäuschen, dass hier zum ersten Mal in der Medizingeschichte der zivilisierten Welt Ärzte den Tod eines Menschen herbeiführen dürften, um ihn zur Therapie eines anderen Menschen zu instrumentalisieren.

Der Vorgang ist nicht vergleichbar mit aktiver Sterbehilfe, denn diese hat im Kern die Beendigung des Leidens des Getöteten zum Ziel. Das neue Vorgehen bedeutet jedoch eine massive stundenlange

Sterbensverlängerung. Der Behandlungsauftrag des Arztes – Leben zu erhalten, zu heilen oder Leiden zumindest zu lindern – wird pervertiert und in sein Gegenteil verkehrt. Die Lizenz zum Töten würde zur legalen ärztlichen Qualifikation. Die ewige Versuchung „so früh wie möglich“ an Organe heranzukommen würde so zu einer „Ausweitung der Kampfzone“ bei der Gewinnung von Organen führen. Nach diesem Konzept liegt die Bürde der Organspende auf den Lebenden und nicht mehr auf den Hirntoten.

Der neue Vorschlag, der zum Abschied von der „Tote-Spender-Regel“ führen könnte, ist bei weitem nicht so unanfechtbar, wie es der erste Anschein suggeriert. Seine Fragwürdigkeit liegt in der Prämisse der „irreversiblen“ neurologischen Schädigung. Jede Annahme von Irreversibilität stützt sich auf so genannte harte, klinisch messbare Größen, aber ebenso auf die unverzichtbare „weiche“ Komponente ärztlicher Erfahrung. Diese aber ist auslegungsfähig und subjektiv gefärbt. Jeder erfahrene Arzt hat erlebt, dass „irreversible“ Zustände oder Befunde sich am Ende doch als reversibel erwiesen haben.

Der nächste Schritt, sich bereits mit dem Postulat „so gut wie irreversibel“ zu begnügen, ist nicht so weit entfernt, wie man vermuten könnte. „So gut wie tot“ war schon in der Debatte um den Hirntod ein oft zu hörendes Argument. Alternativen zur Organspende werden mit vergleichbar viel geringerer Anstrengung betrieben: Die technische Realisierung klinisch einwandfreier künstlicher Herzen, die Optimierung von Therapiekonzepten, Bestrebungen, statt Organe einzupflanzen, spezielle Zellpopulationen zu kultivieren (zum Beispiel Hepatozyten). Vor allem aber könnte eine breite, intensiv betriebene Prävention den „Bedarf“ an Organen drastisch reduzieren.

In einem seiner letzten Briefe (November 1992) schrieb der Philosoph Hans Jonas an den Rechtsmediziner Hans-Bernhard Wuermeling fast flehend zur Organentnahme von Hirntoten: „Lasst sie zuerst sterben ...“. Jonas wusste sehr wohl, wovon er sprach, denn er hatte sich – anders als die meisten Philosophen – per Augenschein vom Procedere der „Organgewinnung“ bei Hirntoten überzeugt. Doch er war sich auch bewusst, dass seine Worte in den Wind gesprochen waren.

Leseempfehlungen:

J. Hoff, J. in der Schmittgen (Hrsg): Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium. Reinbek. 1995

Vera Kalitzkus: Dein Tod, mein Leben: Warum wir Organspenden richtig finden und trotzdem davor zurückschrecken. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2009.

Anmerkungen:

¹ Truog RD, FG Miller: The Dead Donor Rule and Organ Transplantation. N Engl. J Med 359, 7, August 14, 2008

² Whether death occurs as the result of ventilator withdrawal or organ procurement, the ethically relevant precondition is valid consent by the patient or surrogate. With such consent, there is no harm or wrong done in retrieving vital organs before death, provided that anaesthesia is administered. With proper safeguards, no patient will die from vital organ donation who would not otherwise die as a result of the withdrawal of life support.