

Organspende – bewusst entscheiden

12.000 Menschen in Deutschland warten derzeit auf ein lebensretten- des Spendeorgan und jeden Tag sterben drei von den Wartenden. Doch im Jahr 2009 konnten nur etwa 4.000 Transplantationen vorgenommen werden, mehr als die Hälfte davon Nierenübertragungen. Der jüngste Fall einer Lebendspende, die für Aufmerksamkeit sorgte, war SPD-Fraktionschef Frank-Walter Steinmeier, der seiner kranken Frau eine



Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich

Niere spendete. Abgesehen davon wird die Organspende selten öffentlich thematisiert. Die im September 2010 durchgeführte Veranstaltungsreihe mit rund 250 Zuhörern „Organspende – bewusst entscheiden“ der Sächsischen Landesärztekammer und des Deutschen Hygiene Museums sollte helfen, für das Thema zu sensibilisieren und eine Hilfestellung für eine fundierte Entscheidung für oder gegen eine Organspende zu geben. Eröffnet wurde die Reihe vom Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich. Er wies auf die Bedeutung der Thematik hin und, dass für jeden „nach einem Unfall oder einer Krankheit eine solche Spende lebenswichtig sein“ kann.

In der ersten Veranstaltung zum Thema „Organe Spenden: Zwei Seiten des Todes“ ging PD Dr. med. habil. Jochen Machetanz in seinem Vortrag auf die historische Entwicklung des Hirntodkonzeptes und die Entwicklung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes ein. Diese

Richtlinien sehen eine streng formalisierte Untersuchung vor, die von zwei erfahrenen und nicht an der Transplantation beteiligten Ärzten unabhängig voneinander durchgeführt werden muss. Anzeichen für einen Hirntod sind, dass ein bewusstloser, beatmeter Patient, keine Kommunikationsfähigkeit, keine Hirnfunktion, keine Schmerzreaktion und keine Spontanatmung mehr aufweist. Dabei betonte Dr. Machetanz, dass neben der Feststellung des Hirntodsyndroms auch Diagnosen mit Verwechslungsmöglichkeit ausgeschlossen



PD Dr. med. habil. Jochen Machetanz

werden und der Nachweis der Irreversibilität des Patientenzustandes erbracht werden muss. Er wies darauf hin, dass in der Öffentlichkeit häufig eine Verwechslung von Hirntod und anderen Diagnosen wie dem Locked-In-Syndrom oder dem Wachkoma stattfindet und zu Verunsicherungen führt. Dabei seien diese Diagnosen zweifelsfrei voneinander zu unterscheiden.

Eine kulturwissenschaftliche Betrachtung des Hirntod-Konzeptes stellte Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus, Medizinethnologin, vor. Sie ging dabei auf das Spannungsfeld zwischen Körper-Haben und Leib-Sein ein und wies auf die Schwierigkeit hin, dass der Wille des Verstorbenen häufig nicht bekannt ist und daher die Angehörigen nur vom vermuteten Willen ausgehen können. In einer solchen psychischen Ausnahmesituation, in der der Verlust eines Angehörigen bewältigt werden muss, auch noch eine Entscheidung zu treffen, welche die



Dr. phil. habil. Oliver Decker

letzte Sterbephase des Verwandten betrifft, stelle häufig eine Überforderung dar.

Frau Dr. Kalitzkus berichtete, dass retrospektiv immer wieder Verunsicherungen bei den Angehörigen über den tatsächlichen Todeszeitpunkt auftreten. Durch die Beatmung wirke der Mensch trotz Hirntod noch „lebendig“ und erst nach

der Organentnahme, wenn alle lebenserhaltenden Maßnahmen eingestellt sind, wird der Tod richtig wahrgenommen. Diese Verlängerung des letzten körperlichen Sterbeprozesses sei für viele Angehörige eine hohe Belastung. Dr. Kalitzkus ging auch auf Meinungen ein, die eine Organentnahme als gravierenden Eingriff in den Sterbeprozess betrachten und an dieser Stelle einen moralischen Konflikt sehen. Hier offenbart sich das schwierige Spannungsfeld zwischen der Würde des Sterbenden und dem Interesse eines anderen Patienten am Überleben.

In der zweiten Veranstaltung stand das Thema „Organe empfangen: Weiterleben mit dem Fremden“ im Mittelpunkt. Der Psychologe Dr. phil. habil. Oliver Decker stellte die Situation der Organempfänger und welche Hoffnungen und Ängste diese vor und nach einer Transplantation bewegen am Beispiel der Nierentransplantation dar. Eine Nierenerkrankung träte häufig abrupt ein, so dass die Patienten „aus dem normalen Leben gerissen werden und ihnen der Verlust der Autonomie und ein sozialer Tod droht“. Dr. Decker wies darauf hin, dass die Therapie der Erkrankung nicht nur für den Patienten körperlich sehr belastend ist, sondern sich auch stark auf Familie oder Partnerschaft auswirkt. Die durchschnittliche Wartezeit auf eine Niere läge in Deutschland zurzeit zwischen fünf und sieben Jahren. In dem gesamten Zeitraum müssen Patienten nicht nur die Therapie der Erkrankung auf sich nehmen, sie setzen sich auch mit dem eigenen endlichen Dasein auseinander und dem „Warten auf den Tode eines anderen Menschen“. Nach einer Transplantation verändere sich zudem das eigene Körperbild und das neue Organ müsse nicht nur körperlich sondern auch psychisch angenommen werden. Dr. Decker erläuterte, dass Organempfänger häufig eigene Vorstellungen vom Spender entwickeln, die bei der Aneignung des Organs hilfreich sein können.

Prof. Dr. med. habil. Johann Hauss, Chirurg an der Universität Leipzig und Vorsitzender der Transplantationskommission der Sächsischen Lan-



Prof. Dr. med. habil. Johannes Hauss

desärztekammer, stellte in seinem Vortrag dar, wie häufig verschiedene Organe transplantiert werden und wie hoch die Lebenserwartung der Organempfänger danach ist. Er betonte, dass die Lebendspende einer Niere eine immer größere Rolle spielt, da die Funktionsdauer häufig länger ist, als bei einer postmortalen Spende. Auch seien schon Organe älterer Spender erfolgreich transplantiert wurden. Als Gäste hatte Prof. Dr. Hauss zwei ehemalige Patienten vorgestellt, die von ihren ganz persönlichen Erfahrungen als Organempfänger berichteten.

Mit „Hirntod und Organspende. Ein Tod – ein Leben“ war die abschließende Podiumsdiskussion überschrieben. Dr. med. Werner Siekmeyer, Leiter des gemeinsamen Intensivbereiches des Kinderzentrums am Universitätsklinikum Leipzig, machte an Beispielen aus seiner ärztlichen Tätigkeit deutlich, wie wichtig die Rahmenbedingungen sind, in denen Angehörige auf das Thema Organspende angesprochen werden. So prüfe er bereits im Vorfeld die Beziehung zwischen dem Patienten und dessen Angehörigen dahingehend, ob und wie ein Gespräch zur Organspende überhaupt sinnvoll ist. Nach seiner Ansicht bedarf es vor allem eines geschützten Raumes (physisch wie zeitlich) und gut ausgebildeten Personals, damit eine optimale Basis für eine Entscheidung zur Organspende gegeben sei. Hektische Gespräche auf dem Gang wirken kontraproduktiv. Ein geschützter Bereich sei auch wichtig, damit spätere Konfliktsituationen für Angehörige ver-



Dr. med. Werner Siegmeyer

mieden werden. Denn für sie wirke der Angehörige auf einer Intensivstation trotz Hirntod lebend. Der Brustkorb hebt sich, die Haut ist warm und hat eine normale Farbe. Hinterbliebene fragen sich deshalb nach Tagen oder Wochen oftmals: War die Entscheidung richtig, war mein Angehöriger wirklich tot und hatte ich genügend Zeit für meine Entscheidung?

Zudem forderte Dr. Siekmeyer eine bessere Fortbildung der Ärzte. Es könne nicht sein, dass Mediziner auf dem Standpunkt stünden, sie wüssten zu wenig über Organspende. Es sei eine ärztliche Verpflichtung, sich selbst auf diesem Gebiet fortzubilden. Prof. Dr. med. Katrin Engelmann, Klinik für Augenheilkunde Chemnitz, ergänzte, dass bereits durch eine verbesserte Organisation des Transplantationsprozesses eine Steigerung der Organspenderaten auch ohne Widerspruchslösung möglich wäre. Der Bereich der Gewebespende sei in dieser Beziehung eine Erfolgsgeschichte, weil dort durch sehr gute Strukturen und gesetzliche Grundlagen eine hohe Spendenbereitschaft herrsche. Zur Autonomie eines Menschen gehört dennoch, dass ihn niemand zwingen kann, über Organspende nachzudenken, und dass gesetzliche Regelungen die wichtige und offene Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörige nicht ersetzen. Darin waren sich die Gäste des Podiums einig.

Knut Köhler M.A.
Patricia Grünberg M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit