

Konflikte zwischen Palliative Care und Patientenverfügung versus Organspende

Markus Zimmermann

Mögliche Konflikte zwischen einer Organspende einerseits und der Palliative Care sowie Patientenverfügungen andererseits betreffen den Kontext von Lebensende-Entscheidungen und somit Bemühungen um eine fachlich wie menschlich angemessene Betreuung von Sterbenden. Auf den ersten Blick scheinen hier wenig Reibungsflächen zu bestehen, im Gegenteil: Zum einen bieten die inzwischen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auch rechtlich abgesicherten Patientenverfügungen gute Gelegenheit, eine persönliche Bereitschaft zur Organspende rechtzeitig und eindeutig zu dokumentieren, so dass Konflikte tendenziell eher vermieden werden können. Das Formular der „Christlichen Patientenvorsorge“ beispielsweise bietet die Möglichkeit, durch das Ankreuzen einer vorbereiteten Formulierung die Spendebereitschaft im Voraus zu dokumentieren.¹ Zum andern kommen Patientinnen und Patienten mit spezialisierter Palliative Care- oder Hospiz-Versorgung nur selten für Organspenden in Frage, da die Organe von Sterbenden mit einer akuten Tumor-, Infektions- oder neurologischen Erkrankung sich nur bedingt für eine Transplantation eignen. Insofern ist es wenig überraschend, dass in den einschlägigen Handbüchern, Richtlinien und Fachzeitschriften zur Palliative Care die Organspende nicht oder nur am Rand thematisiert wird. Schließlich werden sowohl die Organspende als auch Palliative Care sowie die Idee der Patientenverfügung von den christlichen Kirchen bejaht und unterstützt.²

¹ Vgl. *Deutsche Bischofskonferenz, Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland, Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung*, Hannover, Bonn, Frankfurt a. M. 2010, 24 (bzw. S. 6 im Formular).

² Vgl. *Deutsche Bischofskonferenz, Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland, Christliche Patientenvorsorge* (s. Anm. 1), 24, zudem: *dies., Gemeinsame Erklärung zu Organtransplantationen*, Bonn, Hannover 1990.

Trotzdem offenbart sich hier beim näheren Hinsehen ein ethisch relevantes Konfliktpotential. In der Fachliteratur wird beispielsweise die Hornhautspende von Menschen mit spezialisierter palliativer Betreuung diskutiert³, insofern eine solche durchaus unabhängig von den zum Tod führenden Krankheiten durchgeführt werden kann. Eine Extremsituation stellt zudem eine Organspende nach Herzkreislaufstillstand bei palliativ betreuten Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) dar, insofern die Beendigung der künstlichen Beatmung sowie die Organspende mit dem Patienten und dessen Angehörigen besprochen und nach einem extrem engen Zeitplan durchgeführt werden.⁴ Eine Organspende nach Herzkreislaufstillstand, auch als „Non heart beating donation (NHBD)“ oder „Donation after cardiac death (DCD)“ bezeichnet, ist alleine aufgrund des damit verbundenen Zeitdrucks auch unabhängig von einer spezialisierten palliativen Begleitung ethisch umstritten und zudem in Deutschland nicht erlaubt.⁵

Ein weiterer potenzieller Konfliktbereich besteht an der Schnittstelle zur Notfallversorgung, insoweit es beispielsweise bei einem Verkehrsunfall darum geht, unter großem Zeitdruck zu entscheiden, ob eine schwerverletzte Person am Unfallort noch intensivmedizinisch behandelt werden soll oder nicht. In einer derartigen Situation ermöglicht ausschließlich die Entscheidung zugunsten einer Reanimation und Behandlung eine spätere Organentnahme, was angesichts der großen Nachfrage nach Spenderorganen als Anreiz zugunsten ethisch nicht vertretbarer Behandlungen wirken könnte. Da es bei diesen Behandlungsentscheidungen nicht selten um Se-

³ Vgl. Stiel, Stephanie, Hermel, Martin, Radbruch, Lukas, Cornea Donation from Patients Deceased at a Palliative Care Unit, in: Palliative Medicine 25 (2011), 183–184.

⁴ Vgl. Smith, Thomas J., Vota, Scott, Patel, Shejal, Ford, Timothy, Lyckholm, Laurel, Bhushan, Anup, Bobb, Barton, Coyne, Patrick, Swainey, Craig, Organ donation after Cardiac Death from Withdrawal of Life Support in Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis, in: Journal of Palliative Medicine 15 (2012), 16–19.

⁵ Vgl. dagegen zur Situation in der Schweiz: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen. Medizin-ethische Richtlinien, Basel 2011, bes. Kap. 5: „Organentnahme nach Tod nach Kreislaufstillstand“: Die Organentnahme oder die Perfusion der Organe mit Konservierungslösung muss möglichst rasch nach der Todesfeststellung erfolgen, um die Zeit der organschädigenden warmen Ischämie möglichst kurz zu halten.

kunden geht, haben Notfallteams in der Regel keine Möglichkeit, zuerst nach einer Patientenverfügung zu suchen. Tätowierungen oder Hautstempel auf der Brust mit dem Hinweis, dass die betroffene Person im Notfall Reanimationsversuche ablehnt, haben zwar gemäß Schweizer Richtlinien nicht die Rechtskraft von Patientenverfügungen, dienen jedoch als eindeutiger Hinweis auf das Vorliegen einer solchen.⁶

Bevor im Folgenden der Versuch unternommen wird, mögliche Konfliktfelder systematisch zu erkunden, sind zuvor die beiden Hauptbegriffe zu klären.

I. Begriffe

Unter der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung, kurz auch als *Palliative Care* bezeichnet, wird die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden.⁷ Idealerweise wird sie rechtzeitig und begleitend zu kurativen Behandlungen eingesetzt, ihr Schwerpunkt liegt aber zu der Zeit, in der die Heilung einer Krankheit als nicht mehr möglich betrachtet wird. Wichtige Ziele bestehen in der Erhaltung der optimalen Lebensqualität bis zum Tod und der Unterstützung der Angehörigen. Die Palliative Care möchte den „ganzen“ Menschen in seinem familiären Kontext begleiten und beinhaltet daher neben medizinischen Behandlungen und pflegerischen Interventionen auch eine psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung.⁸ Auch wenn in der Palliative Care

⁶ Vgl. *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, Reanimationsentscheidungen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, neu überarb. Fassung, Basel 2013, Punkt 3.1.

⁷ Vgl. *Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren* (Hg.), Nationale Leitlinien Palliative Care, Bern 2010, 8; *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, neu überarb. Fassung, Basel 2013; *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer* (Hg.), Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Berlin 2010.

⁸ Vgl. *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer* (Hg.), Charta zur Betreuung schwerstkranker und

spezifisches Sachwissen beispielsweise in der Schmerztherapie ein wichtiges Anliegen ist, geht es ihr im Kern jedoch um einen umfassenden Betreuungsansatz und damit um ein neues Verständnis medizinischer Praxis insgesamt.⁹ Insofern versteht sich Palliative Care wesentlich auch als eine Protestbewegung, die ihr Profil in Auseinandersetzung mit Missständen einer einseitig biomedizinisch verstandenen Medizin und Gesundheitsversorgung entwickelt hat.

In einer *Patientenverfügung* kann für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus schriftlich festgelegt werden, ob und wie die betroffene Person in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchte. Das deutsche Bürgerliche Gesetzbuch definiert in § 1901a Abs. 1 die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung einer volljährigen Person, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt. Sie richtet sich in erster Linie an das Behandlungsteam, kann sich aber auch zusätzlich an eine bevollmächtigte Vertreterin bzw. Vertreter richten sowie Anweisungen zur Auslegung und Durchsetzung enthalten.¹⁰ Eine interessante Parallele zur Palliative Care-Bewegung besteht darin, dass auch die Idee der Patientenverfügungen im Sinne eines Widerstands gegen eine einsei-

sterbender Menschen (s. Anm. 7). Die Schweizer Leitlinien wurden im Rahmen einer „Nationalen Strategie Palliative Care“ erarbeitet, welche sich mittlerweile in einer zweiten Phase befindet, vgl. *Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren* (Hg.), *Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015*, Bern 2012.

⁹ Vgl. *Kunz, Roland*, Palliative Care: Keine neue medizinische Spezialität, sondern ein umfassender Betreuungsansatz, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 87 (2006), 1106–1114.

¹⁰ Vgl. *Bundesministerium für Justiz*, *Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?*, Berlin, Paderborn 2012, 9; *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, *Patientenverfügungen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*, neu überarb. Fassung, Basel 2013; in der Schweiz gilt seit dem 1.1.2013 eine neue Regelung; im Schweizer Zivilgesetzbuch (ZGB) ist in Art. 340 geregelt, dass eine urteilsfähige Person in einer Patientenverfügung festlegen kann, welchen medizinischen Maßnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt; außerdem kann auch eine Person bezeichnet werden, die im Fall der Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Maßnahmen besprechen und entscheiden soll.

tig technisierte, in erster Linie biomedizinisch verstandene und überdies paternalistische Medizin entstanden ist.

II. Analyse möglicher Konflikte

„Also, dieses bedingungslose Transplantationen gut finden, das ist etwas, was im palliativen Bereich eigentlich so nicht gedacht werden kann, weil den Menschen natürlich klar gesagt werden muss, dass der Hirntod sozusagen eine Todesdefinition ist, aber mit dem tatsächlichen Sterbeprozess nur sehr bedingt etwas zu tun hat. Der Sterbeprozess ist ein Kontinuum, und dieses Kontinuum wird in jedem Fall durch die Organentnahme unterbrochen.“¹¹

Diese skeptischen Worte aus einem Interview mit einem bekannten Vertreter der Palliative Care- und Hospizbewegung in Deutschland zeigt, dass der grundsätzliche Streit um die Hirntoddefinition und die damit verbundene Organentnahme zumindest in Deutschland auch aus Sicht der Palliative Care aufgegriffen und bestehende Zweifel an der Vertretbarkeit des Hirntodkonzepts bestärkt werden.¹² Der Idee eines kontinuierlich verlaufenden natürlichen Sterbens wird die Realität eines abgebrochenen, technisierten und damit künstlichen Sterbevorgangs entgegengestellt und kritisiert. Nicht alle kritischen Einwände werden jedoch auf dieser fundamentalen Ebene artikuliert, so dass es sinnvoll scheint, die Bedenken, Einwände und Kritiken systematisch zu unterscheiden, auch wenn diese in den realen Disputen in der Regel nicht eindeutig getrennt vertreten werden.

¹¹ *Student, Christoph*, in: Akt der Nächstenliebe? Die Organspende bleibt umstritten. Ein Gespräch mit Prof. Dr. Christoph Student, Manuskript der Sendung „Glaubenssachen“ vom 3.6.2012 in NDR Kultur, 4 (<http://www.ndr.de/ndrkultur/programm/sendungen/glaubenssachen/gsgorganspende107.html>, 16.2.2013).

¹² Vgl. auch *Klie, Thomas, Student, Johann-Christoph*, Patientenverfügung. So gibt sie Ihnen Sicherheit, Freiburg i. Br. 2011, 102–109, zudem die Bemerkungen im Buchanhang auf den S. 207 (Patientenverfügung) und 217 (Organspendeaussweis).

1. Interessenkonflikte beim Abfassen einer Patientenverfügung

Ein Forschungsgutachten zur „Inhousekoordination bei Organspenden“, das vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) im Auftrag der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) vorgelegt wurde, hat einen Zusammenhang zwischen der zunehmenden Verbreitung von Patientenverfügungen und dem Rückgang der Organspenden aufgezeigt.¹³ Im Gutachten wird gefordert, es sei stärker ins Bewusstsein von Krankenhauspersonal und Patienten sowie deren Angehörigen zu rücken, dass die Ablehnung bestimmter lebensverlängernder Maßnahmen und die Zustimmung zu einer möglichen Organspende keinen Widerspruch bilden müssten.¹⁴ Zudem wird darauf hingewiesen, dass Patientenverfügungen nicht zwingend einen limitierenden Faktor für die Organspende darstellen müsste, sondern diese sogar unterstützen und fördern könnten.¹⁵ Letzteres gilt allerdings nur dann, wenn in der Verfügung ausdrücklich zu der möglichen Situation Stellung genommen wird, dass bei einer möglichen Organspende lebensverlängernde Maßnahmen getroffen werden dürfen. Offensichtlich wird dieser Punkt bislang in den wenigstens Verfügungsformularen berücksichtigt, so der Bericht.¹⁶ Eine entsprechende Formulierung im Formular der erwähnten Christlichen Patientenvorsorge lautet:

„Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.“¹⁷

¹³ Vgl. *Blum, Karl*, Inhousekoordination bei Organspenden. Abschlussbericht. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Düsseldorf 2012, 12f., 109f.

¹⁴ Vgl. ebd., 12.

¹⁵ Vgl. ebd., 13.

¹⁶ Vgl. ebd., 109.

¹⁷ *Deutsche Bischofskonferenz, Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland*, Formular der Christlichen Patientenvorsorge (s. Anm. 1), 6.

Da in der Schweiz die Organspende auch infolge eines Herzkreislaufstillstands erlaubt ist und praktiziert wird, heißt es in einer neuen Vorlage für eine Patientenverfügung der Schweizerischen Ärzteverbindung (FMH) und der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) kürzer und pauschaler: „Ich möchte meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen sowie die Durchführung der vorbereitenden medizinischen Maßnahmen, die im Hinblick auf die Organspende notwendig sind.“¹⁸

Die bloße Tatsache, dass aufgrund von Patientenverfügungen, zudem sicherlich auch aufgrund der größeren Aufmerksamkeit für eine rechtzeitig einsetzende Palliative Care¹⁹, die Anzahl potentieller Spenderinnen und Spender zurückgeht, deutet auf einen Interessenkonflikt hin: Eine im Prinzip abgelehnte intensivmedizinische Maßnahme soll unter gewissen Umständen aus rein fremdnützigen, also altruistischen Beweggründen zugelassen werden. Zwar kann dieser Konflikt mit Hilfe einer entsprechenden Bemerkung in der Patientenverfügung pragmatisch gelöst werden, stellt aber de facto eine Hürde für die Spendebereitschaft dar.

2. Konflikte aufgrund einer mangelhaften palliativen Betreuung von Organspendern

Die eingangs erwähnte Beobachtung, dass Patienten, welche eine spezialisierte Palliative Care erhalten, nur bedingt für Organspenden in Frage kommen, berücksichtigt nur eine Perspektive. Eine andere besteht darin, nach der palliativen Versorgung von Patienten zu fragen, welche für eine Organspende in Frage kommen. Werden potentielle Organspender und deren Angehörige aus der Sicht von Palliative Care angemessen behandelt und begleitet? Eine Sorge könnte darin bestehen, dass bei spendebereiten Patienten nicht mehr alles unternommen wird, um die begehrten Organe möglichst rasch zur

¹⁸ FMH/SAMW, Patientenverfügung. Ausführliche Version, 4 (als Alternativen können auch angekreuzt werden: „Ich gestatte nur die Entnahme von ...“ oder „Ich möchte nicht Spender sein“), <http://www.fmh.ch/service/patientenverfuegung.html> (19.2.2013).

¹⁹ So jedenfalls *Tolmein, Oliver*, Die Ablehnung hat Gründe. Ein brisantes Gutachten zur Organspendebereitschaft, in: FAZ vom 13.12.2012, 31.

Verfügung zu haben. Diese Bedenken gehen offensichtlich an der Realität vorbei, da spendebereite Patienten in der Regel eher länger und intensiver behandelt werden als Patienten, die nicht für eine Spende in Frage kommen. Aufgrund der vorbereitenden Untersuchungen, die normalerweise bereits vor Eintreten des Hirntods nötig sind, um Qualität und Beschaffenheit der Organe zu prüfen, können spendebereite Patienten darüber hinaus relativ sicher sein, dass sie in ihrer letzten Lebensphase besonders aufmerksam begleitet werden. Zu fragen bleibt darum einerseits, ob mit der Durchführung notwendiger vorbereitender Untersuchungen und der Hirntoddiagnostik möglicherweise negative Folgen für den Patienten verbunden sind, und andererseits, ob die Angehörigen angemessen informiert und in ihrer Entscheidungsfindung einfühlsam begleitet werden.

Hier ist nicht der Ort, um detailliert auf eine angemessene palliative Behandlung von spendebereiten Patienten einzugehen.²⁰ Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass eine medizinisch angemessene und menschlich einfühlsame Begleitung auf alle Fälle *möglich* ist. Organspende und Palliative Care schließen einander nicht grundsätzlich aus. Allerdings ist es wichtig, dass die Anliegen der Palliative Care – auch unter Bedingungen von Ressourcenknappheit – *in* der Notfall- und Intensivmedizin umgesetzt werden (also nicht nur in der Vor- und Nachbehandlung in anderen klinischen Fachbereichen), wenn langfristig das Vertrauen in eine angemessene Intensivpflege und damit die Spendebereitschaft nicht untergraben werden sollen. Die Gewährleistung einer angemessenen palliativen Begleitung stellt in diesem Bereich aufgrund der heute zur Verfügung stehenden technischen Möglichkeiten eine besondere Herausforderung dar. Aus ethischer Sicht ist stark zu gewichten, dass eine einfühlsame und persönliche Begleitung der Angehörigen von Organspendern wesentlich dazu beiträgt, spätere traumatische Erinnerungen an den Prozess der Entscheidungsfindung zu verhindern.²¹

²⁰ Eine Liste mit ethischen, medizinischen, sozialen und spirituellen Aufgaben bei Patienten und deren Angehörigen, die infolge eines Herzkreislaufstillstands zu Organspende bereit sind, bietet *Smith, Thomas J. et al.*, Organ donation (s. Anm. 4), 18; vgl. auch die Aufgabenliste in *SAMW, Palliative Care* (s. Anm. 18), Punkt 8.2.

²¹ Vgl. *Kesselring, Annemarie, Kainz, Martina, Kiss, Alexander*, Traumatic Memories of Relatives Regarding Brain Death, Request for Organ Donation and Interactions with Professionals in the ICU, in: *American Journal of Transplantation* 7

3. Konflikte aufgrund unterschiedlicher Ideale von Sterben und Trauern

Neben den erwähnten Konflikten können sich zusätzlich Meinungsverschiedenheiten aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen von einem guten Sterben bzw. von einem gelungenen Trauerprozess ergeben, wie sie offensichtlich auch im Hintergrund der Debatten um das Hirntodkonzept eine entscheidende Rolle spielen. In diesen Diskursen steht die Transplantationsmedizin gleichsam symbolisch für ein technisiertes Medizinverständnis, von dem sich sowohl die Palliative Care- als auch die Patientenverfügungs-Bewegung absetzen möchten. Nachdem Thomas Klie und Johann-Christoph Student in ihrem Ratgeber zu Patientenverfügungen ihre starke Skepsis gegenüber dem Hirntodkonzept zum Ausdruck gebracht haben, treffen sie folgende ambivalente Aussage zum Problem der Zustimmung zu einer Organspende:

„Das Hauptproblem bei der Entscheidung zur Zustimmung zu einer Organspende dürfte darin liegen, dass eigentlich nur jeder Mensch ganz allein für sich entscheiden kann, ob er sich bereits als ‚Leiche‘ definieren lassen möchte, wenn seine Hirntätigkeit weitestgehend erloschen ist, oder ob er in der Entnahme von Organen eine Unterbrechung seines Sterbeprozesses sieht. – Hier gibt es kein wirkliches ‚Richtig‘ oder ‚Falsch‘, sondern nur eine ganz persönliche Position, über die nachzudenken es sich lohnt, ehe man einen Organspendeausweis unterschreibt oder eine entsprechende Position in einer Patientenverfügung ankreuzt.“²²

Diese Bemerkung trägt aufgrund ihrer impliziten Botschaft wohl eher zur Verunsicherung als zur Orientierung bei. Die Autoren lassen nämlich keinen Zweifel daran, dass sie für sich selbst bereits entschieden haben, dass das Hirntodkriterium unzureichend sei, eine Organentnahme den Sterbeprozess unterbreche und der Trauerpro-

(2007), 211–217. Das betonen ebenfalls *Klie, Student*, *Patientenverfügung* (s. Anm. 12), 104–109.

²² *Klie, Student*, *Patientenverfügung* (s. Anm. 12), 104. Insbesondere J.-C. Student ist ein wichtiger Vertreter der Palliative Care-Bewegung in Deutschland, vgl. zuletzt *Student, Johann-Christoph, Napiwotzky, Annedore*, *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen*, Stuttgart ²2011: in diesem Standardwerk zur Pflegepraxis in Palliative Care bleibt, wie auch in anderen einschlägigen Lehrbüchern zur Palliative Care, die Organspende unkommentiert.

zess der Angehörigen dadurch behindert werde.²³ Die genannten Alternativen für eine individuelle Entscheidung über die Spendebereitschaft (ankreuzen oder nicht ankreuzen) haben also ihres Erachtens *beide* zur Grundlage, dass der Sterbeprozess mit dem Hirntod noch nicht abgeschlossen sei und der Trauerprozess der Angehörigen durch eine Organspende behindert oder sogar verhindert werde. Obgleich es hier nicht ausdrücklich gemacht wird, beschränkt sich folgerichtig eine moralisch integre Möglichkeit einzig darauf, den natürlichen Sterbeprozess zuzulassen sowie den für die Angehörigen wichtigen Trauerprozess zu ermöglichen, das heißt konsequenterweise auch, eine Organspende grundsätzlich auszuschließen.

Im Unterschied zu den oben genannten Konflikten, die sich praktisch lösen lassen, handelt es sich hier um einen weltanschaulich-philosophischen Einwand auf der Ebene der persönlichen Überzeugungen. Eine präzisere Formulierung „des Hauptproblems“ wäre etwa die Folgende: Je nach persönlicher Überzeugung eines Menschen wird der Hirntod als ein relevantes oder nicht genügendes Kriterium zur Todesbestimmung angesehen und entsprechend für „richtig“ oder „falsch“ gehalten. Entsprechend dürfte für den Trauerprozess der Angehörigen gelten, dass dieser je nach persönlicher Überzeugung der Angehörigen bei einer Organspende als möglich oder unmöglich angesehen und erlebt wird. Erst eine solche oder ähnliche Formulierung kann als eine angemessene Ausgangslage für eine „ganz persönliche Positionierung“ dienen. Es scheint mir kein Zufall zu sein, dass in dem Fallbeispiel, welches T. Klie und J.-C. Student im Zentrum ihrer skeptischen Darstellung erwähnen, die Kommunikation zwischen der Mutter eines hirntoten Unfallopfers und dem Behandlungsteam nicht zustande kommt. Es heißt dort z. B., niemand habe wahrgenommen, dass die Mutter mehr Zeit gebraucht hätte, um sich von ihrem Sohn zu verabschieden, offensichtlich war zudem die Situation so anonym, dass die Frau mit niemandem über ihre Gefühle habe sprechen können.²⁴ Gerade diese Schwierigkeit ist allerdings ein bekanntes Problem, welches bei Ignoranz durch das Behandlungsteam zu traumatischen Erinnerungen und schweren Belastungen bei den Hinterbliebenen führen kann.

²³ Vgl. noch pointierter formuliert in *Student*, Akt der Nächstenliebe (s. Anm. 11), 5.

²⁴ Vgl. Klie, *Student*, Patientenverfügung (s. Anm. 12), 108f.

Das Problem der mangelnden Kommunikation und Begleitung der in einer solchen Situation gewöhnlich unter Schock stehenden Angehörigen hat jedoch nicht unmittelbar mit den Vorstellungen eines natürlichen versus technisierten Sterbens zu tun.

III. Fazit

Auch wenn die Reibungsflächen zwischen der Praxis der Organspende einerseits und den Handlungsfeldern von Palliative Care sowie der Etablierung von Patientenverfügungen andererseits nicht auf den ersten Blick evident erscheinen, sind sie doch existent. Sie könnten sich in Zukunft insbesondere dann verstärken, wenn auf der Ebene der persönlichen Überzeugungen die Evidenz des Hirntodkriteriums auf zunehmende Skepsis stoßen sollte.

Wesentlich scheint mir die Unterscheidung der involvierten Konfliktebenen zu sein: Sowohl Interessenkonflikte bei der Abfassung einer Patientenverfügung als auch mögliche Konflikte aufgrund einer mangelhaften palliativen Betreuung von Organspendern und deren Angehörigen lassen sich praktisch lösen, der erste Konflikt durch entsprechende Zusatzbemerkungen in einer Patientenverfügung, der zweite durch eine angemessene Integration der Palliative Care-Anliegen in der Notfall- und Intensivmedizin. Konflikte, die sich aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen von einem guten Sterben und einem gelungenen Trauerprozess ergeben, lassen sich hingegen nicht pragmatisch angehen. Sie verweisen vielmehr auf die Notwendigkeit weltanschaulicher Auseinandersetzungen, in welchen erfahrungsgemäß Überzeugungen, Werthaltungen und persönliche Erfahrungen eine wichtige Rolle spielen. Wichtig ist, dass die unterschiedlichen Ebenen möglichst klar auseinandergehalten werden und auf diese Weise verhindert wird, sachlich oder praktisch lösbare Herausforderungen zum Gegenstand von Überzeugungskonflikten zu machen.

Die unterschiedlichen Vorstellungen von angemessenen Sterbe- und Trauerprozessen zeigen zunächst, dass heute ein Pluralismus von Meinungen und Überzeugungen besteht, der mit Blick auf die freiwillige Organspende als solcher zunächst einmal zu akzeptieren ist und meines Erachtens als eine Bereicherung der Diskussionen verstanden werden sollte.

Daneben gilt, dass Interessenkonflikte im Bereich heikler Lebensende-Entscheidungen stets transparent zu machen sind, um ethisch vertretbare Entscheidungen zu ermöglichen. Dabei ist die Selbstbestimmung des Patienten bzw. die Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens eines Patienten hinsichtlich der Organspende zentral, wenngleich mitbedacht werden sollte, dass erstens die Angehörigen andere Positionen als die direkt Betroffenen vertreten können, und zweitens, dass Lebensende-Entscheidungen im Rahmen einer intensivmedizinischen Betreuung grundsätzlich sehr schwierig sind und sich am besten am Ideal des „Shared decision making“²⁵ orientieren sollten.

Hinsichtlich einer längerfristigen Spendebereitschaft dürfte ein Aspekt eine kaum zu überschätzende Rolle spielen: Eine mangelhafte Betreuung und Begleitung der Angehörigen, die über eine Organspende zu entscheiden haben, kann zu traumatisierenden Erinnerungen führen und das Vertrauen in die beteiligten Personen und das System der Intensiv- und Transplantationsmedizin auf die Dauer untergraben.

Ideale, die heute mit Blick auf das Lebensende in den Hochlohnländern der Welt von vielen Menschen vertreten werden, sind Kontrolle, Selbstbestimmung, Schmerzfreiheit und eine möglichst hohe Lebensqualität bis zuletzt. Mit Blick auf die Spendebereitschaft von Organen dürfte viel davon abhängen, dass diese Ideale auch durch die bei einer Organspende notwendigen Prozeduren nicht infrage gestellt werden.

²⁵ Vgl. *Curtis, J. Randall, Tonelli, Mark R.*, Shared Decision-Making in the ICU. Value, Challenges, and Limitations, in: *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 183 (2011), 840f.