

Suizidwillige als Quelle für Organe

Mediziner veröffentlichen Modell-Kalkulationen für Belgien

Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

»Gefährliche Verknüpfung«

In Wien gibt es ein Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE), das sich dem »christlichen Menschenbild« verpflichtet sieht. Anspruch des Instituts ist es, Entwicklungen in Medizin und Forschung »zu beleuchten« und auch in ihrer gesellschaftspolitischen Dimension »kritisch zu hinterfragen«. Das tut das IMABE regelmäßig, mit Publikationen, Forschungsprojekten, Tagungen. Auf seiner Website www.imabe.org warnte es Anfang Mai vor aktuellen Entwicklungen in Belgien: »Die Verknüpfung von Tötung auf Verlangen mit anschließender Organspende kann zu einer gefährlichen Mischung werden«, erklärte der Internist Johannes Bonelli, der Direktor des IMABE ist. Weiter heißt es in der Mitteilung: »Die Organspende ist per se eine ehrenwerte Handlung. An Euthanasiewillige zu appellieren, sie sollten auch Organe spenden, weil die Wartelisten so lang sind, sei jedoch moralisch abzulehnen, so der Mediziner. Damit würde ein zusätzlicher Druck auf eine ohnehin schon vulnerable Patientengruppe ausgeübt, die in ihren Suizidgedanken noch bestätigt wird, statt dass man ihnen Handlungsalternativen aufgezeigt, betont Bonelli.«

Niederländische und belgische Ärzte hatten 2016 ein »Praxis-Handbuch« über Organentnahmen nach Euthanasie publiziert (→ BIOSKOP Nr. 74). Nun haben sie Kalkulationen vorgelegt, die zeigen sollen, wie ihre Methoden die Transplantationsraten steigern könnten. Auch in der Schweiz und in Kanada diskutieren Fachleute mittlerweile über diese fragwürdigen Perspektiven.

Der Maastrichter Mediziner Jan Bollen, der Transplantationschirurg Dirk Ysebaert von der Universität Antwerpen und weitere Kollegen beschrieben in ihrem »Benutzerhandbuch« die notwendigen Prozeduren, um die Praxis der Euthanasie mit der Organentnahme zu kombinieren. In Belgien und den Niederlanden ist es legal, PatientInnen auf deren Wunsch zu töten. Und erlaubt sind auch Explantationen nach dem Herzstillstand, gemäß Vorgaben des so genannten Maastricht-Protokolls.

Besonders die Kategorie III des Protokolls ermöglicht die Kombination von Euthanasie und Organentnahmen. Bei Kranken, deren Herzstillstand erwartet wird, können auf der Intensivstation oder gleich im Operationssaal die medizinischen Behandlungen unterbrochen werden. Zehn Minuten nach Feststellung des Kreislaufstillstandes dürfen Organe wie Nieren

oder Leber entnommen werden, in einigen Ländern auch nach nur zwei oder fünf Minuten.

Mittlerweile haben Jan Bollen und sein Team eine Kategorie V eingeführt: Menschen werden im Operationsaal nach vorheriger Einwilligung per Injektion getötet und der Herztod wird festgestellt – zehn Minuten später startet die Organentnahme. Mehr als 40 Kranke sollen inzwischen auf diese Weise gestorben sein, die meisten nach einem Schlaganfall oder bei einer fortgeschrittenen Multiplen Sklerose. In den Niederlanden darf die Qualität der Organe schon zu Lebzeiten potenzieller Spender geprüft und die Explantation vorbereitet werden. In Belgien dürfen die ÄrztInnen auch Heparin verabreichen, um den Zustand der Körperstücke zu optimieren.

Die Prozeduren könnten weiter perfektioniert werden, meint das Ärzteteam: Sollte jemand seine Tötung mit kombinierter Organspende »wollen«, könnte man auf die 10-minütige Wartezeit verzichten und die Vorgänge zur Feststellung des Todes vereinfachen. Überlegenswert sei zudem, Organentnahmen auch bei noch schlagendem Herzen durchzuführen. Sedierte PatientInnen würden dann im Operationssaal per Explantation zu Tode gebracht.

In der Fachzeitschrift *JAMA*, herausgegeben von der *American Medical Association*, hat die Autorengruppe im April 2017 vorgerechnet,

Fortsetzung von Seite 9

unethisch und mit unserem ärztlichen Selbstverständnis nicht zu vereinbaren.«

Als Ärztlicher Direktor des DHZB übernimmt Falk die Verantwortung für die Vergangenheit des Zentrums. Licht in die Black Box der China-Kooperationen zu bringen, scheint allerdings schwierig. Hetzers früherer Stellvertreter Weng Yu-Guo ist schwer erkrankt und kann nicht befragt werden. Hetzers ehemaliger Assistent ist inzwischen verstorben. Bleibt der Blick in Akten und Operationsprotokolle. Nicht zu allen Kooperationen seien Unterlagen noch auffindbar gewesen, sagt Falk. Die vorliegenden Vereinbarungen seien unterschiedlich detailliert. »Grundsätzlich ging es dabei stets um Erfahrungsaustausch auf klinischem oder wissenschaftlichem Gebiet«, teilt das DHZB schriftlich mit. Im Vordergrund habe die Entsendung von Gastärzten und Hospitanten gestanden. »Der Bereich der Transplantationsmedizin nahm dabei aber – soweit wir dies aus heutiger Sicht beurteilen können – in keinerlei Weise eine besondere Stellung ein.«

Falks Mitarbeiter forschten in Operationsprotokollen und Personalakten auch nach den Namen der 25 chinesischen Ärzte, die auf der Liste stehen. Zu 13 Namen seien Aufzeichnungen über einen Aufenthalt als Hospitant oder Gastarzt am DHZB gefunden worden. In sechs Fällen habe der Aufenthalt laut den Unterlagen länger als drei bis vier Monate gedauert. Vier dieser chinesischen Gastärzte hätten im Operationssaal assistiert, auch bei Transplantationen. Das heiße aber nicht, dass diese Ärzte in der Transplantation ausgebildet worden seien, betont Falk. Meist gehe es bei den Eingriffen am DHZB um Herzklappen, Bypässe oder Standardoperationen. Das Kapitel China sei am DHZB beendet: »Wo uns noch schriftliche Vereinbarungen vorlagen, haben wir diese formal gekündigt«, erklärt Falk.

Man wüsste gern, wie Hetzer heute zu den China-Kooperationen steht, was er über die Vereinbarungen weiß, zu denen keine Unterlagen vorliegen, was er zu der Frage sagt, ob er oder andere Ärzte des DHZB in China transplantierten. Doch Hetzer schweigt.

► wie sich mittels ihrer Methoden die Zahl der Transplantationen steigern ließe. Von den 2.023 PatientInnen-tötungen, die 2015 in Belgien registriert wurden, schlossen sie zunächst all jene aus, deren Organe als nicht mehr transplantierbar gelten, vor allem Menschen, die an Krebs oder mehreren Krankheiten litten; außerdem PatientInnen, die älter als 75 Jahre alt waren.

Basierend auf dieser Vorannahme, stuften sie 204 der getöteten Kranken als potenziell geeignete SpenderInnen ein. Nach Kalkulation von Bollen & Co. stünden somit pro Jahr 684 zusätzliche Organe in Aussicht: 400 Nieren, 179 Lungen, 75 Leberspenden, 30 Bauchspeicheldrüsen. 2015 standen in Belgien 1.288 PatientInnen auf der Organwarteliste, im selben Jahr wurden dort 260 Nieren transplantiert. Für ihre Studie durfte das Team um Bollen anonymisierte Daten des belgischen Euthanasie-Kontrollkomitees auswerten.

In den Niederlanden starben im vorigen Jahr 6.091 Menschen durch die Hand eines Arztes. Auch dort ist die Organabgabe nach Euthanasie erlaubt, aber noch nicht alltäglich. Die TransplantationsmedizinerInnen Anne van Wijngaarden und David J. van Westerloo aus Leiden sehen in dieser »Ausweitung des Spenderpools« perspektivisch einen »Teil der Lösung« von Organknappheit.

Schweizer Verhältnisse

Kalkulatoren dieser Art gibt es auch in der Schweiz. Der Bioethiker David M. Shaw von der Uni Basel rechnet mit 250 zusätzlichen SpenderInnen, wenn die in der Alpenrepublik zulässige Praxis der Organentnahme von Herztoten sich mit der dort ebenfalls erlaubten Beihilfe zum Suizid verbinden ließe. Bisher sind das Gedankenspiele – im öffentlichen Diskurs. Gesetzliche Schranken gäbe es nicht, zitierte der Züricher *Tages-Anzeiger* im April 2017 den Baseler Nierenarzt Jürg Steiger, der auch Präsident der zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ist. Steiger wünscht sich eine Diskussion, orientiert am Leitfaden von Bollen und Kollegen.

Die belgisch-niederländische Modellrechnung hieße, übertragen auf die Schweiz, wo 2014 insgesamt 740 »Freitodbegleitungen« gezählt wurden: 74 zusätzliche, potenzielle SpenderInnen. Bislang finden ärztlich assistierte Selbsttötungen praktisch kaum im Krankenhaus statt, und die Tatumstände müssen von der Polizei geprüft werden. Das kann Stunden dauern, so dass die Organe des Toten anschließend für Transplantationen nicht mehr brauchbar sein könnten. »Wenn jedoch ein großes Spital den begleiteten Suizid anbieten würde, spräche aus meiner Sicht ethisch und rechtlich nichts

gegen eine Organtransplantation« sagte Christoph Haberthür, Intensivmediziner und Vizepräsident des Stiftungsrats von Swisstransplant, dem *Tages-Anzeiger*.

Eine Kommission unter Leitung von Professor Steiger hat die Richtlinien der SAMW zur »Feststellung des Todes und Vorbereitung der Organentnahme im Hinblick auf Organtransplantationen« überarbeitet, der endgültige Text der revidierten Richtlinien soll noch in diesem Jahr publiziert werden.

Organentnahmen bei Herztoten nach dem Maastrichter Modell sind in der Schweiz schon länger akzeptiert. Gemäß Entwurf der SAMW-Richtlinien können »vorbereitende medizinische Maßnahmen« schon zu Lebzeiten ergriffen werden, zum Beispiel: Herzmassagen, Anlegen der Kanülen, um die Organe nach dem Abbruch möglichst schnell mit Kühlflüssigkeit haltbar zu machen. »Für die Organentnahme ist der Operationssaal der ideale Ort für den Therapieabbruch«, heißt es in den Richtlinien. Die Eingriffe würden dem potenziellen Spender nicht schaden und dürften somit durchgeführt werden, »auch wenn keine Erklärung zur Spende vorliegt«.

Organentnahmen werden in der Schweiz grundsätzlich mit Betäubung durchgeführt. Begründung, laut Richtlinien: »Durch die Anästhesie können über das noch intakte Rückenmark vermittelte Reflexe (z.B. die motorische Reaktion der Hand auf einen zugefügten Schmerzreiz) oder über das periphere autonome Nervensystem vermittelte vegetative Reaktionen (z.B. Tachykardie (beschleunigter Puls), Schwitzen usw.) unterdrückt werden.«

Erste Zahlen aus Kanada

Auch in Kanada sind die Kalkulationen der niederländisch-belgischen Vorreiter im Gespräch. Als dort der ärztlich begleitete Suizid und die Tötung auf Verlangen Mitte 2016 legalisiert wurden, war davon zwar keine Rede. Doch nur einige Monate später war vom Ethikkomitee der Quebecer Provinzregierung zu hören, dass diese neue Dienstleistung auch eine gute Quelle für die Transplantationsmedizin sei. Seit kurzem gibt es in Kanada auch die Praxis der Organentnahme bei Herztoten. Fünf bis zehn Minuten nach Feststellung des Todes infolge eines Behandlungsabbruchs darf die Explantation beginnen.

Über erste Zahlen berichtete die *National Post* im März dieses Jahres am Beispiel der Provinz Ontario. Dort starben seit Inkrafttreten des Suizidbeihilfe-Gesetzes 338 Menschen mit ärztlicher Unterstützung. 26 davon hätten sich Körperteile oder Gewebe entnehmen lassen, vornehmlich Hornhäute, Knochen, Sehnen, Haut, Herzklappen.

Nach oder vor einer »Freitodbegleitung«?

Die Organisation EXIT mit Sitz in Zürich bietet kranken Menschen, die sich ums Leben bringen wollen, tatkräftige Unterstützung an. Zu ihrer so genannten Freitodbegleitung gehört auch, beim Besorgen eines ärztlichen Rezepts für ein tödlich wirkendes Präparat behilflich zu sein. Der Sterbehilfverein zählt nach eigenen Angaben über 100.000 Mitglieder, für die er auch eine eigene Zeitschrift namens EXIT-INFO produziert. In Ausgabe 4/2015 erschien ein ausführliches Interview mit dem Herzchirurgen Franz Immer, dem amtierenden Direktor von Swisstransplant. Diese Stiftung fungiert in der Schweiz als »Nationale Zuteilungsstelle für die gesetzeskonforme Zuteilung der Organe an die Empfänger«, und sie führt auch die Wartelisten für Herzen, Lungen, Lebern, Nieren, Bauchspeicheldrüsen. Gefragt vom EXIT-INFO, ob nach einer »Freitodbegleitung« eine Organtransplantation »noch möglich« sei, erläuterte Franz Immer: »Da eine Freitodbegleitung meist zu Hause stattfindet und der Hirntod erst nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand eintritt, kommt eine Organspende nicht in Frage«. Der Swisstransplant-Direktor fügte aber hinzu: »Vor einer Freitodbegleitung wäre jedoch je nach Krankheitsbild die Lebendspende einer Niere möglich.«

