

Öffentliche Anhörung
Im Deutschen Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Statement
Anton Losinger

Ethische Fragen der Transplantationsmedizin

Die Bereitschaft zur postmortalen Organspende ebenso wie der Lebendspende wird in der ethischen Bewertung der Theologie der Katholischen Kirche als ein Ausdruck der Solidarität und Nächstenliebe gesehen, die einem von schwerer Krankheit und Tod bedrohten Mitmenschen zumeist in anonymer Weise über den eigenen Tod hinaus entgegengebracht wird. Sie ist ein Zeichen der Hilfsbereitschaft, das in besonderer Weise Anerkennung, Hochschätzung und sogar Bewunderung verdient. Demgegenüber stellen weder die Pietätspflicht gegenüber dem menschlichen Leichnam noch die Verpflichtung zur Bewahrung der körperlichen Integrität (im Falle der Lebendspende) einen absoluten Wert dar; beide stehen vielmehr in einem Spannungsverhältnis zur freiwilligen Organspende, die sich aus dem Motiv „großherziger Solidarität“ und Nächstenliebe begründet.

Kirchliche Dokumente

Der **Katechismus der Katholischen Kirche (KKK)** stellt zum Thema „Organtransplantation“ (Nr. 2296) fest: *„Die Organverpflanzung entspricht dem sittlichen Gesetz, wenn die physischen und psychischen Gefahren und Risiken, die der Spender eingeht, dem Nutzen, der beim Empfänger zu erwarten ist, entsprechen. Die Organspende nach dem Tod ist eine edle und verdienstvolle Tat, sie soll als Ausdruck großherziger Solidarität gefördert werden. Sie ist sittlich unannehmbar, wenn der Spender oder die für ihn Verantwortlichen nicht ihre ausdrückliche Zustimmung gegeben haben. Zudem ist es sittlich unzulässig, die Invalidität oder den Tod eines Menschen direkt herbeizuführen, selbst wenn dadurch der Tod anderer Menschen hinausgezögert würde.“*

In dieser Linie schreibt der im Jahr 1995 erschienene **Zweite Bands des Katholischen Erwachsenen Katechismus (KEK)**, hrsg. von der Deutschen Bischofskonferenz (S. 315ff.): Bedeutsam ist die vor dem Tod gegebene Einwilligung des Spenders oder bei Verstorbenen die Zustimmung der Angehörigen. Die freiwillig informierte Zustimmung ist der gemeinsame Ausgangspunkt aller Äußerungen. Ist sie nicht gegeben, ist Organtransplantation sittlich nicht akzeptabel.

In der gemeinsamen Schrift **Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens** (1989) wird u.a. daran erinnert, dass Organverpflanzungen bei allen Leistungen die Hinfälligkeit und Sterblichkeit des Menschen nicht beseitigt. Dieser Teil der Gemeinsamen Erklärung schließt mit folgenden grundsätzlichen Ausführungen: *„Die Kirchen wollen auch weiterhin die Bereitschaft zur Organspende wecken und stärken. Die Organspende kann eine Tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus sein ... Insgesamt sehen die Kirchen in einer Organspende eine Möglichkeit, über den Tod hinaus Nächstenliebe zu praktizieren, treten aber zugleich für eine sorgfältige Prüfung der Organverpflanzung in jedem Einzelfall ein.“* (S. 103 u. S. 105)

1990 wurde eine **Gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Thema „Organtransplantation“** veröffentlicht (Gemeinsame Texte 1). Sie geht stärker auf einzelne Einwände und Schwierigkeiten ein. Es heißt im Blick auf Bedenken: *„Wer darum für den Fall des eigenen Todes die Einwilligung zur Entnahme von Organen gibt, handelt ethisch verantwortlich, denn dadurch kann anderen Menschen geholfen werden, deren Leben aufs Höchste belastet oder gefährdet ist. Angehörige, die die Einwilligung zur Organtransplantation geben, machen sich nicht eines Mangels an Pietät gegenüber dem Verstorbenen schuldig. Sie handeln ethisch verantwortlich, weil sie ungeachtet des von ihnen empfundenen Schmerzes im Sinne des Verstorbenen entscheiden, anderen Menschen beizustehen und durch Organspende Leben zu retten.“*

Zusammenfassend heißt es am Schluss, zugleich im Sinne einer Empfehlung: *„In diesem Zusammenhang wird deutlich, wie wichtig es ist, das allgemeine Bewusstsein für die Notwendigkeit der Organspende zu vertiefen. Es warten viele Schwerkranke bzw. Behinderte auf ein Organ; weit mehr als Organe für Transplantation zur Verfügung stehen. Die Ärzte und ihre Mitarbeiter, aber auch die christlichen Gemeinden, sind aufgerufen, ihren Beitrag zur sachlichen Aufklärung der Bevölkerung zu leisten, um mehr Möglichkeiten der Transplantation zu verwirklichen. Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten.“*

Ethische Fragen der postmortalen Organspende

Entscheidende Voraussetzung für die Organspende ist die *„freie und bewusste Entscheidung des Spenders oder seiner berechtigten Vertreter – für gewöhnlich der nächsten Verwandten – ...[und] die Entscheidung, unentgeltlich einen Teil des eigenen Körpers zur Verfügung zu stellen.“* (Ansprache von Johannes Paul II. an den 1. Internationalen Kongress der Gesellschaft für Organverpflanzung, in: OR (D) 42, 18 Nov. 1991, S. 14.; KKK 2296; Organtransplantation, S. 16); aus ethischer Sicht besteht allerdings **keine Verpflichtung** zur Organspende. Das umstrittenste Kriterium ist das **„Hirntod-Kriterium“**.

Die Feststellung des Todes und das Hirntod-Kriterium

Da es unsittlich wäre und auch vom säkularen Strafrecht geahndet würde, einem noch Lebenden Organe zu entnehmen, die für ihn selbst lebensnotwendig sind, ist die Bestimmung des Todeszeitpunktes von besonderer Bedeutung.

Die Wertung des Kriteriums „Hirntod“ ist stark umstritten und emotional aufgeladen. Im Katholischen Erwachsenenkatechismus heißt es zusammenfassend: *„Bei vielen Menschen bestehen tiefsitzende Ängste und Vorbehalte dagegen, nach dem Tod als Organspender zu dienen oder diese Entscheidung für einen verstorbenen Angehörigen zu übernehmen. ... Andere befürchten, man könne als sterbenskranker Mensch vorschnell für tot erklärt werden.“* Die Angst, bei vorliegendem Organbedarf von den Ärzten zu schnell für tot erklärt zu werden und die Organentnahme in einem medizinisch nicht mehr erfassbaren Bewusstseinszustand noch irgendwie mitzerleben, wird von einer immer wieder aufflackernden philosophischen Kritik an der so genannten Hirntoddefinition noch verstärkt. Diese kann sich auf zwei ernsthafte Gründe berufen: Zum einen erfolgte die Neuformulierung der Kriterien der Todeszeitfeststellung in der Tat aus pragmatischen Rücksichten auf die gewandelten Erfordernisse der Intensiv- und Transplantationsmedizin, die eine definitorische Vorverlegung des Todeszeitpunktes erforderlich machten. Zum anderen kann die Differenzierung zwischen Gehirntod und biologischem Organtod einen unreflektierten Dualismus begünstigen, der im Widerspruch zur Leib-Seele-Einheit des Menschen steht. Die entscheidende Frage lautet, ob der definitive Ausfall der Gehirnfunktionen trotz dieser Bedenken als ein hinreichend sicheres Kriterium der Todesfeststellung gelten kann, das mit der ärztlichen Pflicht zur Lebenserhaltung und dem Tötungsverbot vereinbar ist.

Den beiden Kritikpunkten läßt sich zunächst entgegenhalten, dass die Definition des Hirntodes dem Versuch dient, ärztliches Handeln auch in dem Grenzbereich zwischen Leben und Tod an verantwortliche und überprüfbare Kriterien zu binden. Eine solche Grenzaussage wird notwendig falsch, wenn man sie als eine Grundformel des Menschseins liest und zum Ausgangspunkt einer anthropologischen Gesamtheorie macht; sie setzt eine solche vielmehr umgekehrt voraus und ist deshalb nur auf dem Boden eines ganzheitlichen Menschenbildes richtig zu verstehen.

Die Richtlinien, die von der BÄK 1982 beschlossen und 1986 fortgeschrieben wurden, definieren den Hirntod als vollständigen und irreversiblen Zusammenbruch der Gehirnfunktion bei noch aufrechterhaltenen Kreislauffunktionen im übrigen Körper. Damit ist der endgültige Ausfall der integrativen Großhirn- und Stammhirntätigkeit, also das Erlöschen aller Gehirnfunktionen gemeint, in der Regel nachgewiesen durch eine mindestens 30 Minuten andauernde hirnelektrische Stille und einen zerebralen Kreislaufstillstand. Die Entnahme von lebenswichtigen Organen ist erst nach Eintritt und Feststellung des Hirntodes möglich; sie erfolgt also an einem Menschen, der aufgrund des Ausfalls der integrativen Gehirnleistungen als tot angesehen werden muss, obwohl partielle Körperfunktionen noch intakt sind und der Gesamtkreislauf des Organismus bis zur Organentnahme durch eine Herz-Lungen-Maschine aufrechterhalten bleibt.

Der Tod des Menschen ereignet sich in einem gesamten Prozess der körperlichen Desintegration und Devitalisation, ohne dass sein Zeitpunkt in nachhinein exakt feststellbar wäre. Bei der verbindlichen Festlegung des Todeszeitpunktes, von dem ab die ärztliche Behandlungspflicht aufhört und die Organentnahme gestattet wird, ergeben sich in dieser Lage nur zwei Alternativen. Entweder man sieht den Eintritt des Todes erst mit dem Erlöschen der letzten biologischen Körperprozesse im Organismus als gegeben an oder man bewertet den irreversiblen Ausfall der integrativen Leitungsfunktionen des Gehirns als ausreichend sicheren *terminus ad quem*, der den Rückschluss auf den Tod der menschlichen Person erlaubt. Die medizinische Hirntoddefinition, die derzeit in fast allen Ländern eingeführt und von bedeutenden wissenschaftlichen Institutionen einschließlich der päpstlichen Akademie der Wissenschaften anerkannt ist, wählt diesen zweiten Weg und deutet den endgültigen Hirntod als einen sicherten Hinweis darauf, dass der Tod des Menschen bereits eingetreten ist.

Das Kardinalproblem: Der Mangel an Spenderorganen

Mit den transplantationsrechtlichen Regelungen seit 1997 hat zwar die in Deutschland lange Zeit herrschende Rechtsunsicherheit in der Transplantationsmedizin ein Ende gefunden; dennoch hat sich die bestehende Kluft zwischen Angebot und dem Bedarf an Spenderorganen nicht verbessert. Im Durchschnitt beträgt die Wartezeit etwa sechs Jahre, bevor ein passendes Organ zur Verfügung steht. Bereits ein Drittel der Patienten sterben aufgrund mangelnder Organe und somit zu langer Wartezeiten. Die Zahl der postmortal gespendeten Organe ist nicht signifikant gestiegen.

Ethische Fragen der Organlebendspende:

Ausweitung der Zulässigkeit der Lebendspende?

Aus christlicher Sicht ist die Nachrangigkeit der Organlebendspende gegenüber der post-mortalen Organspende zu betonen: Bei der Lebendspende besteht das Problem, dass der ärztliche Grundsatz des Nichtsschadens (**nihil nocere**) mit der Organentnahme bei einem Lebendspender verletzt wird. Diesem wird nämlich ein relativ riskanter medizinischer Eingriff mit Schädigungspotenzial zugemutet, der für ihn weder indiziert noch von Nutzen ist. Die Organentnahme stellt insofern eine vorsätzliche und gezielte Körperverletzung dar. Eine Verletzung des arztethischen Prinzips des Nichtsschadens kann nur gerechtfertigt werden durch eine langfristig positive Bilanz für alle an der Lebendspende Beteiligten. Der Dienst am Leben hat seine Grenze an der irreparablen Schädigung des Spenders (vgl. KKK, Nr. 2296).

Da die Nachrangigkeit der Organlebendspende nur durch den Lebensschutz des Spenders begründet ist, lässt sich für paarweise vorhandene Organe eine Organlebendspende als Dienst am Leben begründen (KEK, S. 315). Das TPG schränkt die Lebendspende von Organen auf zweifache Weise ein. Einmal dadurch, dass es sie nur ersatzweise für zulässig erklärt, wenn zum Zeitpunkt der Organübertragung kein geeignetes Organ eines Hirntoten vorhanden ist. Darüber hinaus wird die Lebend-

spende von Organen, die sich nicht wieder bilden können, nur erlaubt unter Verwandten ersten oder zweiten Grades, unter Ehegatten, Lebenspartnern, Verlobten oder anderen Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit nahe stehen.

Angesichts der geringen Zahl von verfügbaren postmortalen Spenderorganen wird gegen die oben genannte Einschränkung der Lebendspende von Organen zunehmend Kritik geäußert. Ein Grund für die steigende Nachfrage nach Lebendspenden sind auch deren klinische Erfolge im Vergleich zu postmortalen Transplantationen. Vorteile der Transplantation einer Lebendspende für den Empfänger sind kürzere Wartezeiten, eine geplante Operation zum optimalen Zeitpunkt, die kurze Übergangszeit des Organs vom Spender zum Empfänger, sowie die häufig längere Funktionsfähigkeit des transplantierten Organs. Inzwischen wird über eine Ausweitung der Lebendspende in Form von anonymen Spenden und so genannten **Cross-over-Spenden** diskutiert. Cross-over-Spenden werden angewendet bei Fällen, bei denen die Lebendorganspende zwischen Personen, die Organe spenden dürfen, aus medizinischen Gründen nicht in Frage kommt. Hier besteht die Möglichkeit, ein solches Spender-Empfänger-Paar mit einem geeigneten zweiten Paar zusammenzubringen und zwei Lebendorganspenden kreuzweise durchzuführen. Cross-over-Spenden werden trotz der ungeklärten Rechtslage in Deutschland inzwischen durchgeführt, sind aber höchst umstritten.

Ethische Fragen der postmortalen Organspende:

Änderung der Erweiterten Zustimmungslösung in eine Widerspruchslösung?

In Deutschland existiert das Modell der **erweiterten Zustimmungslösung**. Danach dürfen die Organe eines Toten nur entnommen werden, wenn entweder der Verstorbene sich zu Lebzeiten für eine Organspende ausgesprochen hat oder die nächsten Angehörigen der Organentnahme zustimmen. Die Angehörigen sind dabei an den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen gebunden.

Der **Nationale Ethikrat** verweist in seiner Schrift „Die Zahl der Organspenden erhöhen“ (2007) darauf, dass lediglich ein geringer Prozentsatz der Bevölkerung überhaupt von dieser Regelung wisse und somit keinen Spenderausweis ausgefüllt habe. Komme es zu der Situation, dass der Spender hirntot ist und seine Organe transplantiert werden könnten, müssten Ärzte die Angehörigen um eine Erlaubnis noch auf der Intensivstation fragen, was aber häufig nicht gemacht werde. Der Nationale Ethikrat hat ein Stufenmodell vorgeschlagen, das Elemente einer **Erklärungsregelung** mit **Elementen einer Widerspruchslösung** verbindet. Die Widerspruchslösung bestimmt, dass ein Verstorbener jederzeit als Spender in Frage kommt, es sei denn, er hat zu Lebzeiten ausdrücklich einer Spende widersprochen. Die erweiterte Widerspruchslösung umfasst zusätzlich noch das Recht der Angehörigen, nach dem Tod des potentiellen Spenders widersprechen zu können.

Im Sinne der freiheitlichen Selbstverantwortung und Selbstbestimmung erfordert die Organspende die freie und informierte Zustimmung des Spenders. Die erweiterte Zustimmungslösung garantiert, dass der Mensch sich aufgrund einer bewussten Willensbildung für eine Organspende entschieden hat und mit der freien und bewussten Entscheidung seine Würde gewahrt bleibt.

Die reine **Widerspruchslösung** erfüllt diese Voraussetzungen nicht. Fehlt es an einer ausdrücklichen Erklärung - dem Widerspruch -, kann keinerlei Aussage darüber getroffen werden, ob diesem Sachverhalt „eine Entscheidung“ zugrunde liegt. Zudem ist fraglich, ob ein Betroffener hinreichend darüber informiert war, dass er im Falle einer Nichterklärung zum Organspender wird, ob er überhaupt die Möglichkeit hatte, zu widersprechen.

Von der Widerspruchslösung ist im Sinne des Stufenmodells des Nationalen Ethikrates die sog. „Erklärungs- oder Informationslösung“ zu trennen. Um eine verantwortliche Entscheidung treffen zu können, ist eine solide Informationsbasis erforderlich. Daher sollte jeder Bürger und jede Bürgerin sich mit der Frage der Organspende auseinandersetzen und die entsprechenden Informationen erhalten. Insoweit ist es zu unterstützen, wenn eine entsprechende Informationspflicht verankert werden soll, die mit einer Erklärung verbunden werden kann. Hierbei muss auch die Möglichkeit gegeben werden, sich später zu entscheiden. Ebenso muss es möglich sein, eine Entscheidung wieder rückgängig zu machen. Dies ist auf Basis der heute geltenden erweiterten Zustimmungslösung ergänzend möglich. Für den Fall, dass keine Erklärung abgegeben wird, bleibt es bei der heutigen Regelung, dass die Angehörigen zustimmen müssen. Dieses Modell könnte als „**erweiterte Zustimmungslösung mit Informationspflicht**“ bezeichnet werden.

Die Informationspflicht müsste von Personen erfüllt werden, die fachlich und persönlich hinreichend qualifiziert sind, Menschen mit dieser sensiblen Frage zu konfrontieren und ihnen die notwendigen Informationen zu geben.

In der Diskussion wurde dies häufig mit den Ausgabestellen für Personalausweise, Gesundheitskarten und Führerscheine verbunden. Diese scheinen hierfür prima vista nicht geeignet zu sein. Für diese Aufgabe sollte besser ein stimmiges System kompetenter Beratung organisiert werden.

Kommerzielle Aspekte?

Das Transplantationsgesetz hat das Handeltreiben mit Organen verboten und unter Strafe gestellt. Danach ist es zwar zulässig, dass dem Lebendorganspender die Kosten für die Operation und die mit der Organentnahme im Zusammenhang stehende medizinische Betreuung erstattet werden, der Spender darf für die Spende als solche jedoch kein Entgelt oder eine andere materielle Entlohnung annehmen.

In den letzten Jahren hat auch in Deutschland eine Diskussion darüber eingesetzt, mit Hilfe welcher Anreize die Bereitschaft zur Organspende gefördert werden könne. Als eine Möglichkeit wird diskutiert, die eigene Spendenbereitschaft als Kriterium bei der Organzuteilung zu berücksichtigen. Damit würden allerdings das Prinzip der Zuteilung von Spenderorganen nach medizinischem Bedarf sowie das Prinzip des glei-

chen Zugangs zu Gesundheitsressourcen unabhängig vom eigenen Verhalten verlassen.

Seit einigen Jahren werden deswegen auch so genannte finanzielle Anreizmodelle diskutiert: Steuersparmodelle, verbilligte oder kostenlose medizinische Behandlung, Rabatte bei der Krankenversicherung, Übernahme der Beerdigungskosten bei postmortalen Organspenden, Sterbegeld bei späterem Tod.

Befürworter argumentieren, mit finanziellen Anreizen lasse sich der Organmangel und der Schwarzmarkt für Organe beseitigen. Kritiker sehen darin eher eine Gefährdung der Freiwilligkeit zur Organspende und befürchten einen Rückgang altruistischer Motive zur Organspende.

Organisatorische Verbesserungen in den Krankenhäusern!

Weniger als die Hälfte aller deutschen Krankenhäuser beteiligen sich derzeit an der Mitteilung potenzieller Organspender. Das TPG hatte jedoch die Organspende zur verpflichtenden Gemeinschaftsaufgabe erklärt und die Krankenhäuser verpflichtet, mit den Transplantationszentren und der Koordinierungsstelle (Deutsche Stiftung Organtransplantation) zusammenzuarbeiten. Hier sollte primär angesetzt werden!

Die Gründe, warum Organspenden in den Krankenhäusern nicht umgesetzt werden, können vielfältig sein. Dazu zählen: keine angemessene Kostenerstattung für die Krankenhäuser, Arbeitsüberlastung, ungewohnte Abläufe oder auch die Scheu und Unsicherheit aufgrund mangelnder Ausbildung, mit den Angehörigen über eine Organspende sprechen zu müssen. Die DSO und der Nationale Ethikrat sehen in der Einsetzung von so genannten Transplantationsbeauftragten im Krankenhaus, die in Zusammenarbeit mit dem Personal der Intensivstation alle Organspendemöglichkeiten identifizieren und die Abläufe und Verantwortlichkeiten zur Umsetzung regeln sollen, einen Ansatzpunkt, um diese Situation zu verbessern. Beide Gremien sprechen sich dafür aus, dass die finanziellen Aufwendungen des jeweiligen Krankenhauses vollständig abgedeckt werden.