

Empfehlung des

Ethik-Komitees der
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

Ethische Orientierungshilfe



zum Thema
„Organspende“



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH
(KRANKEN - UND PFLEGEINRICHTUNGEN)

Inhaltsübersicht

	Seite
Vorwort	3
1. Medizinische Grundlagen von Organspende und -transplantation	4
2. Geschichte der Transplantation	6
3. Der Hirntod	8
4. Gerechtigkeitsprobleme der Organzuteilung unter Mangelbedingungen	11
5. Gesetzliche Grundlagen	13
- Transplantationsgesetz	13
- Richtlinien und Stellungnahmen der Bundesärztekammer	14
6. Haltung der Religion	14
7. Stellungnahme des Ethik-Komitees	16
8. Literaturhinweise	18
Autoren	19

Empfehlung des Ethik-Komitees der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft zur Organspende

Vorwort

Liebe Patientinnen und Patienten,
liebe Angehörige,
liebe Mitarbeiterinnen, liebe Mitarbeiter!

Der medizinische Fortschritt ermöglicht seit einigen Jahren eine Transplantation von Organen – von lebenden oder schon verstorbenen Menschen. Sollte jeder Mensch ein Organspender sein, ist dies für Christen vielleicht sogar eine Pflicht?

Mit der Neufassung des Transplantationsgesetzes 2012 wollte die Bundesregierung das Organspendeverfahren klar regeln und eine höhere Spendenbereitschaft erreichen. Möglichst jeder Bundesbürger soll sich jetzt aktiv für oder gegen eine Organspende entscheiden. Die Zahl der Menschen, die sich für eine Organspende aussprechen, ist im letzten Jahr aber deutlich gesunken, nicht zuletzt durch die in jüngster Zeit bekanntgewordenen Transplantationsskandale. In der Bevölkerung herrscht Unsicherheit, welche Entscheidung nun die richtige ist und ob mit den gespendeten Organen „gut“ umgegangen wird.

Die vorliegende Empfehlung versucht, die Möglichkeiten und Grenzen der modernen Transplantationsmedizin aufzuzeigen und die Schwierigkeiten einer gerechten Spenderorganverteilung zu erläutern. Auch aus ethischer Sicht möchten wir eine Hilfestellung für diese wichtige Entscheidung geben, vor die wir alle gestellt sind.

Dr. Susanne Lindner
Mitglied des Ethik-Komitees

1. Medizinische Grundlagen von Organspende und -transplantation

Nahezu 12.000 schwer kranke Menschen in Deutschland setzen ihre Hoffnung in die Transplantation eines Organs. Ihr Überleben und ihre Lebensqualität hängen auch von der Bereitschaft ihrer Mitmenschen ab, nach dem Tod Organe zu spenden. Derzeit geht allerdings die Zahl potentieller Organspender deutlich zurück.

Aufgrund der heutigen Behandlungsmöglichkeiten kommt die Organtransplantation für viele Patienten in Frage. In der Regel sind es lebensbedrohliche Krankheiten, die eine Organtransplantation erforderlich machen, etwa bei schwerem Herz-, Lungen- oder Leberversagen. In anderen Fällen ist der Verlust einer Organfunktion, wie beispielsweise der Bauchspeicheldrüse oder der Nieren, mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität und weiteren Folgeerkrankungen verbunden. Die Übertragung eines funktionstüchtigen Spenderorgans kann in diesen Fällen die Lebensqualität verbessern, das Auftreten von Spätschäden verhindern und das Leben von Menschen retten.

Das bin ich meinem Spender schuldig. Die Leber ist ein Geschenk, das ich wie ein rohes Ei behandeln muss – deshalb ist die Medikamenteneinnahme für mich selbstverständlich. Ich bin dankbar in einem Land zu leben, das mir diesen medizinischen Fortschritt ermöglicht.

R.M., 22 Jahre; Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Es gibt **zwei Arten der Organspende**: Die Lebendspende und die postmortale Organspende, also die Spende nach dem Tod.

Die **Lebendspende** bezeichnet die Übertragung eines Organs bzw. des Teils eines Organs von einer lebenden Person auf einen Empfänger. Das Transplantationsgesetz sieht bei einer Lebendspende erhebliche Einschränkungen vor. So ist die Lebendspende von Organen vorrangig nur unter Verwandten ersten oder zweiten Grades erlaubt. In Betracht kommen z.B. Eltern oder Geschwister der empfangenden Person sowie Ehepartner, Verlobte oder andere Personen, die mit dem Empfänger in besonderer Weise persönlich verbunden sind. Vor der geplanten Organspende erfolgt eine Überprüfung durch eine Ethik-Kommission. Es ist möglich, eine Niere, einen Teil der Leber sowie der Lungen, des Dünndarms und der Bauchspeicheldrüse zu spenden. In Deutschland werden

ausschließlich Nieren und Teile der Leber zur Lebendspende genutzt.

Ohne die Nierenspende meiner Frau wäre vieles nicht möglich gewesen. Weder eine längere Reise noch der Sport oder das Motorradfahren. Wir haben alle von ihrer Entscheidung profitiert. Unsere Beziehung ist dadurch noch intensiver geworden.

A.Q., 50 Jahre; Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die **postmortale Organspende** bezeichnet das Spenden von Organen nach dem Tod. Voraussetzungen dafür sind die zweifelsfreie Feststellung des Hirntodes und eine Zustimmung zur Organspende durch den Spender oder die Angehörigen des verstorbenen Menschen.

Seit dem 1.8.2012 gilt in Deutschland das geänderte Transplantationsgesetz, seit dem 1.11.2012 gilt die erweiterte Entscheidungslösung (s.a. Kapitel „Gesetzliche Grundlagen“), d.h. alle Bundesbürger werden persönlich angeschrieben und aufgefordert, sich für oder gegen eine Organspende zu entscheiden, aber auch eine neutrale Haltung ist möglich. Falls keine Entscheidung getroffen wurde, können wie bisher die Angehörigen befragt werden und entscheiden.

Folgende Organtransplantationen können heute als medizinisch sinnvolle Behandlungsmethoden realisiert werden:

- Nierentransplantation
- Lebertransplantation
- Transplantation der Bauchspeicheldrüse
- Herztransplantation
- Lungentransplantation
- Dünndarmtransplantation

Im Fall einer Zustimmung zur Organspende erfolgen die erforderlichen Laboruntersuchungen des Spenderblutes: Die Blutgruppe und die Gewebemerkmale werden bestimmt, Begleiterkrankungen oder Infektionen, die den empfangenden Patienten gefährden könnten, werden ausgeschlossen.

Erst während der Entnahmeoperation wird entschieden, ob ein Organ wirklich zur Transplantation geeignet ist. Nach der Entnahme werden die Organe auf schnellstem Wege zu dem jeweiligen Transplantationszentrum gebracht. Dort ist der Organempfänger bereits auf die bevorstehende Transplantation vorbereitet worden, die unmittelbar nach dem Eintreffen des Organs durchgeführt wird.

2. Geschichte der Transplantation

Organtransplantationen werden seit ca. 50 Jahren regelmäßig durchgeführt und sind inzwischen ein bewährtes Verfahren der medizinischen Versorgung. Allerdings enthält ein gespendetes Organ Gewebemerkmale, die vom Körper des Empfängers als fremd erkannt werden. Dies kann dazu führen, dass das transplantierte Organ abgestoßen wird. Daher ist eine medikamentöse Unterdrückung von Abstoßungsreaktionen, mit denen das Immunsystem des Empfängers normalerweise auf körperfremdes Gewebe antwortet, eine notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Transplantation.

Durch die Entwicklung immer effektiverer so genannter Immunsuppressiva, also der Medikamente, die die körpereigene Abwehr unterdrücken, kann die Häufigkeit von Abstoßungsreaktionen reduziert werden. Dadurch verbessern sich die Funktionsraten transplanteder Organe deutlich. Die immunsuppressiven Medikamente müssen nach einer Transplantation dauerhaft eingenommen werden, obwohl sie auch zahlreiche unerwünschte Wirkungen haben. So ist beispielsweise durch die herabgesetzte Immunabwehr die Gefahr, an einer Infektion zu erkranken, deutlich erhöht. Auch können andere Erkrankungen ausgelöst werden, wie z.B. Leukämien, Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder eine Einschränkung der Nierenfunktion. Daher sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig.

Es ist zwar nicht immer leicht, mit den Folgen der Transplantation klarzukommen (Nebenwirkungen der Medikamente, Angst vor Infektionen und Abstoßungen usw.), aber ich kann sagen, dass sich der harte Kampf voll ausgezahlt hat.

C.P., 26 Jahre (Lungentransplantation); Quelle: www.bdo-ev.de

Eine dauerhafte Funktion des Transplantates kann nicht garantiert werden. Durch den medizinischen Fortschritt ist es inzwischen immerhin möglich, dass z.B. 5 Jahre nach einer Herztransplantation noch etwa 70% der Transplantierten leben. Nach einer Nierentransplantation (postmortale Spende) leben ebenfalls noch 60-70% mit einem funktionierenden Organ, bei Lebendnierenspende 85% der Transplantierten. Nach einer Lungentransplantation sind es lediglich 50% der Transplantierten, die nach 5 Jahren noch leben.

Erstmals wurde 1883 eine Organtransplantation beschrieben. Damals wurde Schilddrüsengewebe verpflanzt. Die erste Nierentransplantation bei Tieren wurde 1906 beschrieben.

1944 wurden im Rahmen von Hauttransplantationen bei Tieren erste Erkenntnisse über Gewebeverträglichkeit und Abstoßungsreaktionen entdeckt, die für die weitere Entwicklung der Transplantationen wichtig waren. Die erste erfolgreiche Nierentransplantation (Lebendspende bei Zwillingen) wurde 1954 von dem amerikanischen Chirurgen Joseph Murray durchgeführt. 1962 konnte erstmals eine Niere eines Verstorbenen mit Hilfe von Immunsuppressiva erfolgreich transplantiert werden. Ein weiterer Meilenstein gelang mit der erfolgreichen Transplantation eines Herzens durch den südafrikanischen Herzchirurgen Christiaan Barnard 1967.

Transplantationen werden heute regelmäßig und mit Erfolg durchgeführt. Die Transplantationsmedizin entwickelte sich rasant weiter. 1998 wurde erstmals eine Unterarmtransplantation durchgeführt, 2002 folgte eine Gebärmuttertransplantation, 2005 eine Gesichtstransplantation. 2008 wurden in München zwei komplette Arme eines Verstorbenen transplantiert.

Erst hat es mir komplett den Boden unter den Füßen weggezogen. Man hängt in der Schwebel, alles kann passieren. Die Gestaltung eines eigenen Lebens ist in dieser Zeit sowieso nicht möglich. Alle Gedanken kreisen nur noch um ein einziges Thema und dabei konzentriert auf das, was gerade höchste Priorität hat. Ob er es bis zur Operation schafft? Wann wird die Spende kommen?

Partnerin eines 40-jährigen Empfängers eines Spenderherzens
Quelle: Verband für Organtransplantierte

Auch im Bereich der Xenotransplantation (Übertragung von tierischen Ersatzorganen) wird geforscht. Hier bereiten Infektionen und die großen immunologischen Differenzen Probleme. Derzeitig sind „virensichere“ Xenotransplantationen von mit menschlichen Immunfaktoren ausgestatteten Schweineherzen geplant.

3. Der Hirntod

Viele, wenn nicht die meisten medizinischen Fragen beschäftigen sich mit Problemen am Lebensende. Umso wichtiger erscheint dabei die Klärung der eigentlich naheliegenden Frage: Wann ist ein Mensch tot? Es sollte doch möglich sein, wenigstens hierüber Einigkeit zu erzielen, denn für alle weiteren Entscheidungen um die Organspende benötigen wir zur Verständigung eine gemeinsame Basis. Bis zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war diese Frage recht einfach zu klären: Mit dem Aussetzen von Atmung und/oder Herzschlag entwickelten sich rasch eindeutige Todeskriterien wie das Absinken der Körpertemperatur und die Leichenstarre.

Seit den 60er Jahren und der Weiterentwicklung der Intensivmedizin bestehen durch die Fortschritte in Beatmung und Kreislaufunterstützung vielfältige Behandlungsmöglichkeiten an der Grenze des Überlebens, so dass sich die bisher bekannten Grenzen des Todeseintritts verschoben haben: bei einem schwer erkrankten Patienten traten nun nicht immer Kreislaufversagen und Stillstand der Atmung kurz hintereinander auf, sondern konnten durch künstliche Maßnahmen unterstützt oder sogar ersetzt werden. Familien und das Personal der Intensivstationen mussten sich mit Krankheiten auseinandersetzen, bei denen das Bewusstsein vorübergehend erloschen war, aber offensichtlich der Patient noch lebte. Innere Organe arbeiteten weiter, Nieren- und Darmfunktionen waren erhalten und die Haut zeigte sich warm und rosig. Und manche Menschen erholten sich aus diesen Zuständen und lebten mitunter ohne gesundheitliche Probleme weiter. Bei anderen Patienten hingegen dauerte der Zustand der Bewußtlosigkeit an.

Es mag überraschen: nachdem ein Kreislaufstillstand nicht mehr als einziges eindeutiges Anzeichen für den sicheren Tod eines Menschen herangezogen werden konnte, bestand in der Ärzteschaft keine einheitliche Definition des Todes mehr! Auch ein Koma war nicht gleichzusetzen mit dem Tod, denn auch bei diesen Patienten bestand ein funktionieren-

der Kreislauf - wenn auch nicht alle Patienten wieder aufwachen.

Erst 1968 definierte die „Harvard Medical School“ für den amerikanischen Raum den Hirntod als endgültiges Todeskriterium für diejenigen Patienten, bei denen sowohl Großhirnrinde als auch Zwischenhirn und Hirnstamm endgültig und unwiderruflich geschädigt waren. Man benötigte eine Definition, um sicherzugehen, wann die Therapie auf einer Intensivstation ohne jeden Zweifel beendet werden durfte. Ziel war es jedoch nicht, die Voraussetzungen für eine spätere Entnahme von Organen zu schaffen.

Das Konzept des Hirntodes setzte sich danach in den meisten Ländern durch. Für Deutschland formulierte die Bundesärztekammer erst seit 1982 Richtlinien zur praktischen Feststellung des Hirntodes. Allerdings besteht keine gesetzliche Festlegung, wann ein Mensch für tot erklärt werden kann. Auch das Deutsche Transplantationsgesetz bezieht sich nur darauf, dass „der Tod (...) nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“. Nach dem heutigen Wissensstand ist mit dem Hirntod ein Zeitpunkt erreicht, an dem die Gesamtfunktion des Gehirns endgültig und unwiderruflich ausgefallen ist: es besteht eine schwerwiegendere Schädigung als in einem Wachkoma, denn nicht nur das Bewusstsein und die Schmerzfunktion sind erloschen, sondern nicht einmal die eigene Atmung kann noch aufrecht erhalten werden. Ohne ein Beatmungsgerät tritt innerhalb weniger Minuten auch der Herztod ein.

Ich muss noch oft daran denken, dass da ein Mensch, vielleicht sogar ein ganz junger, für mich gestorben ist, dass einer sein Leben lassen musste, damit ich weiterleben kann.

Quelle: Jetzt ist´s ein Stück von mir!“, Kösel-Verlag `97

Die Untersuchung des Hirntodes erfolgt erst nach der Feststellung einer schweren Hirnschädigung und zwar nach einem bestimmten Schema und unabhängig durch zwei erfahrene Ärzte. Dabei muss zunächst untersucht werden, ob äußere Einflüsse wie Vergiftung, Medikamentengabe oder eine Unterkühlung vorliegen. Der Patient wird dann mit verschiedenen Methoden körperlich auf das Fehlen von Reflexen und Schmerzreaktion untersucht - das ist in jedem Krankenhaus möglich. Damit wirkliche Sicherheit über die Endgültigkeit vorliegt, muss die Untersuchung in einem festgelegten zeitlichen Abstand wiederholt werden - je nach Art der

Schädigung. Wenn die technischen Möglichkeiten vorhanden sind, kann die Feststellung des Hirntodes auch schneller erfolgen, indem Hirnströme (EEG) und/oder fehlende Durchblutung des Gehirns mit bildgebenden Verfahren gemessen werden (Kontrastmittel-Untersuchung, Ultraschall). Bei hirntoten Kindern sind diese technischen Untersuchungen obligatorisch. Eine Verwechslung mit anderen Zuständen tiefer Bewusstlosigkeit kann dann sicher ausgeschlossen werden.

Es fällt vielen Menschen, insbesondere natürlich den Familienmitgliedern, schwer, diesen Zustand des Hirntodes mit dem endgültigen Tod gleichzusetzen. Körperliche Grundfunktionen, auch komplexe Regelmechanismen sind nach dem Eintritt des Hirntodes noch für eine Weile vorhanden: während der künstlichen Beatmung schlägt das Herz, die Verdauung und die Urinausscheidung funktionieren, auch Haare und Fingernägel wachsen weiter. Ob wir den mit dem Ausfall der Gehirnfunktion verbundenen Verlust der Persönlichkeit des Menschen als das wirkliche Ende seines Lebens anerkennen oder ob die Aspekte der rein körperlichen Existenz für uns eine ebenso große Bedeutung haben, hängt von unserer persönlichen Einstellung und weltanschaulichen und religiösen Einflüssen ab.

Zum anderen besteht durchaus die Besorgnis, dass eine ärztliche Diagnose mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch fehlerhaft sein kann: so vielleicht auch die Diagnose „Hirntod“? Zur Absicherung wird daher nur die Feststellung durch zwei voneinander unabhängige Ärzte akzeptiert.

Dass der im Transplantationsgesetz genannte „Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ sich ändern kann, ist jedoch medizinischer Alltag. Vielleicht gibt es in 50 Jahren eine schlüssigere Definition des Todes. Bis dahin müssen wir uns damit begnügen, dass nach bestem Wissen entschieden wird – und unsere eigene Einstellung dazu finden.

Festzuhalten bleibt, dass auch im Zusammenhang mit schwersten Erkrankungen der Hirntod ein recht seltenes Ereignis ist. In Deutschland ist eine postmortale Organspende aber daran gebunden. In anderen Ländern wird das anders gesehen, auch in Europa. In der Schweiz, Österreich, Spanien, Belgien und den Niederlanden ist dies seit Jahren bereits praktizierte Routine. Dort entnimmt man auch Organe ohne Feststellung des Hirntodes, d.h. schon dann wenn das Herz zu schlagen aufgehört hat: die Ärzte warten zwischen 2-10 Minuten unter EKG-Kontrolle ab, bis Sicherheit besteht, dass das Herz nicht wieder zu

schlagen beginnt und entnehmen dann die geeigneten Organe. Das kann Menschen mit Herzinfarkt, Schlaganfall oder auch Unfallopfer betreffen. Je länger die Organe jedoch bei einem Herzstillstand nicht durchblutet sind, desto geringer sind die Erfolgsaussichten nach der Transplantation. Deshalb ist die erforderliche Wartezeit in der Diskussion. Da sich in den Krankenhäusern viel häufiger ein Herzstillstand ereignet als ein Hirntod diagnostiziert wird, steigt auf die Weise die Anzahl verfügbarer Organe für eine Transplantation deutlich an. Andererseits bietet eine Zeit unterhalb von vier Minuten Herzstillstand eine gewisse Erfolgsaussicht, einen Patienten wiederzubeleben, ohne dass es anschließend zu neurologischen Spätfolgen kommt. In Deutschland ist, wie bereits betont wurde, weiterhin der Hirntod das alleinige Kriterium für eine Organentnahme.

Eine Frage, die weniger mit dem Hirntod, sondern mit der Organspende als solcher zu tun hat, ist der würdige Umgang mit dem Abschied von einem toten Angehörigen: anders als bei einer normalen Sterbephase ist eine Anwesenheit der Familie hier nicht in jeder Phase möglich. Während der Hirntod-Diagnostik sind zwei Ärzte mit dem Patienten allein, und zum Abschluss findet die Organentnahme im Operationssaal statt. Auch bei diesem Problem soll der Transplantationsbeauftragte des Krankenhauses dafür Sorge tragen, dass die Familie ausreichend Gelegenheit erhält, sich angemessen verabschieden zu können.

4. Gerechtigkeitsprobleme der Organzuteilung unter Mangelbedingungen

Ein weiteres ethisches Problem in der heutigen Transplantationsmedizin stellt die Verteilung von postmortal gespendeten Organen dar. Gefordert wird eine gerechte Organ-Allokation (= Verteilung) unter den Bedingungen des Mangels an Spendern. Zur Diskussion steht, wie mit Fällen umzugehen ist, in denen zwei oder mehrere Patienten unter medizinischen Kriterien für ein und dasselbe Spenderorgan in Frage kommen. Die Organ-Allokation orientiert sich hauptsächlich an den Grundprinzipien der Dringlichkeit und der Erfolgsaussicht. Diese beiden Prinzipien können jedoch miteinander in Konflikt geraten. So wäre der Nutzen einer Transplantation bei einer noch relativ gesunden Person am größten, doch damit würde das Organ jemandem vorenthalten, der sich im Endstadium seiner Erkrankung befindet und für den es die vielleicht letzte Chance bedeutet. **Konkret:** Soll eine zur Verfügung stehende Leber der Patient bekommen, der vielleicht 10 Jahre oder mehr mit ihr überlebt (aber aktuell noch nicht in

Lebensgefahr ist) oder der akut lebensbedrohlich Erkrankte, dem die Leber u.U. nur ein Weiterleben von wenigen Monaten ermöglicht? Die Gewichtung der beiden genannten Prinzipien lässt sich aus ethischer Sicht nicht definitiv festlegen, sondern muss in einem transparenten gesellschaftlichen Prozess ausgehandelt werden.

Ich bin definitiv nicht ganz gesund. Es gibt immer wieder Höhen und Tiefen. Durch die Medikamente bin ich anfälliger für Infekte. Vierteljährlich stehen Nachuntersuchungen an. Schon ein Spaziergang mit meinem Hund ist für mich der absolute Luxus.

C.R., 34 Jahre (Lungentransplantation), Quelle: www.bdo-ev.de

In Deutschland werden die so genannten vermittlungspflichtigen Organe (Herz, Lunge, Leber, Niere, Pankreas und Darm) durch die Koordinierungsstelle „Eurotransplant“ gemäß der Richtlinien zur Organvermittlung verteilt. Diese Stiftung mit Sitz in den Niederlanden hat mit einigen (nicht allen) europäischen Ländern Verträge geschlossen und registriert die bei ihr angemeldeten Patienten und die zur Verfügung stehenden Spenderorgane. Die Vergabe wird über einen komplizierten Verteilungsschlüssel vorgenommen, der die entscheidenden Kriterien wie Erfolgsaussicht und Dringlichkeit, aber auch z.B. die Entfernung zwischen dem zur Verfügung stehenden Organ und dem Empfänger berücksichtigt. Zudem spielt es eine Rolle, wie viele Organe nach Deutschland vergeben wurden und aus Deutschland in andere Länder vermittelt wurden. Im deutschen Transplantationsgesetz von 1997 wird eine Organvergabe nach wissenschaftlichen Kriterien ausdrücklich an diese Vermittlungsstelle außerhalb Deutschlands übertragen (§12 TPG). Dieses Verfahren wird sogar von Juristen kritisiert, denn eine Vergabe derart existenzieller und knapper Güter berühre Grundrechte, werde zu wenig durch staatliche Stellen kontrolliert und müsse für Betroffene auch Möglichkeiten bereithalten, gegen eine Entscheidung zu klagen, z.B. wenn man sich auf der Warteliste übergangen fühlt oder ein nur unzureichend funktionierendes Organ erhält (Prof. Dr. Wolfram Höfling, Köln). Es erscheint sinnvoll, dass eine offene Diskussion über diese Fragen stattfindet, denn auch ohne Organmangel und bei einer „ausreichenden“ Zahl von gespendeten Organen ist eine gerechte Auswahl der Empfänger notwendig: Wer bekommt dann das Organ des jüngeren und gesünderen Spenders?

Mit Blick auf die Schwierigkeit der gerechten Organ-Allokation wird auch über Modelle diskutiert, die vorsehen, dass Spenderorgane nur den

Personen zugeteilt werden, die sich selbst bereit erklären ihre Organe postmortal zu spenden. Kritiker dieses Modells warnen vor nicht gewollten Diskriminierungen, die in der praktischen Umsetzung auftreten könnten. Weitgehend Einigkeit herrscht in der Diskussion darüber, dass soziale Kriterien, wie beispielsweise die gesellschaftliche Stellung einer Person, bei der Verteilung von Organen keine Rolle spielen dürfen.

5. Gesetzliche Grundlagen

• Das deutsche Transplantationsgesetz

Eine Neuregelung des Gesetzes wurde 2012 erforderlich, um eine EU-Richtlinie umzusetzen. Es ist darin vorgesehen, an allen deutschen Krankenhäusern, in denen Organe entnommen werden könnten, Transplantationsbeauftragte zu bestellen, die für Fortbildungen der Mitarbeiter zur Verfügung stehen, für Gespräche mit Patienten und Angehörige besonders geschult sind und potentielle Organspender an die „Deutsche Stiftung Organtransplantation“ (DSO) melden. Zentrale Neuerung ist allerdings, dass nun in Deutschland die „Entscheidungslösung“ an die Stelle der „erweiterten Zustimmungslösung“ tritt. Mindestens alle zwei Jahre sollen alle Bundesbürger ab 16 Jahren von ihren Krankenkassen Informationsmaterial erhalten und erklären, ob sie sich nach ihrem Tod für oder gegen eine Organspende erklären — oder sich neutral verhalten wollen. Ziel ist es, auf diese Weise die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen, da bis dahin in den meisten Fällen, in denen kein Organspendeausweis vorlag, diese Entscheidung allein den Angehörigen zufiel.

Medizinethiker bemerken hierzu, dass diese Entscheidung nicht so „frei“ ist, wie von der Politik behauptet wird: Begründet wird die Änderung des TPG klar damit, die Anzahl zur Verfügung stehender Organe zu erhöhen und nicht etwa damit, eine Last von der Familie zu nehmen, sich in der Phase unmittelbar nach dem Tod ihres Angehörigen entscheiden zu müssen. Hinter der Äußerungspflicht stehe die ‚Doppelbotschaft‘, sich zwar entscheiden zu dürfen, jedoch möglichst positiv. Stellt dies bereits eine moralische Nötigung dar? (Prof. Dr. Weyma Lübke, Regensburg) Zwar besteht in Deutschland auch ein gewisser Mangel an Blutkonserven, dennoch erwartet niemand von einem gesunden Erwachsenen, dass er Blutspender wird.

Die Frage, wann ein Patient als tot gilt, wird im Gesetz jedoch nicht definiert, sondern soll „nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der

medizinischen Wissenschaft entsprechen“ festgestellt werden. Diese Aufgabe wird in Deutschland an die Bundesärztekammer abgegeben.

Im TPG heißt es in §12: „Die vermittlungspflichtigen Organe sind von der Vermittlungsstelle (...) insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln.“ Wer aber sind „geeignete Patienten“: die kränksten, also diejenigen, bei denen das Organ nach der Transplantation am längsten arbeitet oder jene, die nach dem Empfang des Organs wieder die beste Lebensqualität erreichen? Die beiden bei der Verteilung entscheidenden Kriterien „Erfolgsaussicht“ und „Dringlichkeit“ können sich sogar widersprechen.

Weitere Punkte des neuen Gesetzes betreffen u.a. das Verbot jeglichen Handels mit Organen und einen besseren Schutz für Lebendspender, indem auch Spätfolgen einer Organentnahme (z.B. Niere) für ihn abgesichert werden.

• **Richtlinien und Stellungnahmen der Bundesärztekammer**

Das Transplantationsgesetz (TPG) verpflichtet die Bundesärztekammer, Richtlinien zu einzelnen Bereichen der Transplantationsmedizin zu erstellen, die sich am Stand der medizinischen Wissenschaft orientieren (§16 TPG). Diese Richtlinien wurden von der „Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer“ erarbeitet und seitdem unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft immer wieder aktualisiert. Neben medizinischen Experten gehören ihr Juristen, Philosophen, Patienten und Angehörige von Organ Spendern an. Die Bundesärztekammer hat entsprechend der Vorgaben des TPG folgende Richtlinien formuliert: Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, zur Aufnahme in die Warteliste, zur Organvermittlung, zu erforderlichen Maßnahmen zum Schutz des Organempfängers, zu Maßnahmen der Qualitätssicherung.

6. Haltung der Religionen

Die großen Kirchen Deutschlands nehmen schon seit mehr als 20 Jahren eine deutlich befürwortende Position zur Organspende ein. Die Anzahl der Organspendeausweise hat seitdem nicht zugenommen. Die wesentlichen Standpunkte während dieser vielen Jahre sind gleich geblieben.

Die Katholische Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland sehen in der Organspende einen Akt der Nächstenliebe, daher haben sie sich bereits 1990 in einer gemeinsamen Erklärung für die Organspende ausgesprochen: „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 und 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.“ (siehe: „Gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD“, 1990, S. 16).

In den letzten drei Jahrzehnten haben in beiden großen Kirchen (parallel zu den Diskussionen um den Entwurf um das Transplantationsgesetz) Auseinandersetzungen über dieses Thema stattgefunden, besonders zur Feststellung des Todes. Heute berufen sich beide große Kirchen auf den Hirntod als medizinisches Kriterium zur Feststellung des Todes.

Die Bereitschaft zur postmortalen Organspende ebenso wie die Lebendspende drücken Solidarität und Nächstenliebe aus und sind Zeichen der Hilfsbereitschaft, die Anerkennung, und sogar Bewunderung verdienen. (vgl. Anton Losinger, Mitglied im Deutschen Ethikrat, Öffentliche Anhörung im Deutschen Bundestag, Juni 2011, S.1.)

Die postmortale Organspende kann nur nach einer freien und bewussten sowie unentgeltlichen Entscheidung des Spenders oder seiner berechtigten Vertreter erfolgen (vgl. Ansprache von Johannes Paul II. anlässlich des 1. Internationalen Kongresses der Gesellschaft für Organverpflanzung August 2000, S. 16).

Es ist die Nachrangigkeit der Organlebendspende gegenüber der postmortalen Organspende zu betonen, da bei der Lebendspende der ärztliche Grundsatz des Nichtschadens verletzt wird.

Die Erklärungen und Stellungnahmen der Katholischen und der Evangelischen Kirche Deutschlands sind ausführlich dokumentiert auf den Seiten www.dbk.de und www.ekd.de (Suchbegriff ‚Organspende‘).

Neben den christlichen Kirchen sieht auch der **Islam** den Handel von

Organen als kritisch an. Bei der dritten internationalen Konferenz islamischer Gelehrter in Amman wurden 1986 Herz- und Hirntod gleichgestellt. Organspende sei ein Zeichen von Mitgefühl und habe nichts mit Respektlosigkeit gegenüber dem Toten zu tun. Der Zentralrat der Muslime in Deutschland hat das Transplantationsgesetz von 1997 mit den islamischen Prinzipien als vereinbar eingestuft.

Das **Judentum** hat eine uneinheitliche Wertung hinsichtlich der Organspende. Liberale Juden sehen in der Organspende oft einen Akt für das Leben. Manche orthodoxe Gruppen sehen im Hirntod nicht den Tod des Menschen. Der Körper ist für sie eine Leihgabe und man kann auch über den Tod hinaus nicht über ihn verfügen.

In den Augen des **Buddhismus** gehört der Hirntod zum Sterbeprozess des Menschen, in den normalerweise nicht eingegriffen werden darf. Andererseits stellt die bewusste Entscheidung für die Organspende einen Akt tätigen Mitgefühls dar, welcher sich positiv auf die nächste Existenz auswirken kann. Wenn keine Stellungnahme des Hirntoten vorliegt, wird laut Arbeitsgemeinschaft Organentnahme und Organtransplantation der Deutschen Buddhistischen Union aus dem Jahre 2005 von einer Stellvertreterentscheidung abgeraten.

7. Stellungnahme des Ethik-Komitees

Mit der vorliegenden Empfehlung möchten wir deutlich machen, dass es in der Transplantationsmedizin keine vorgefertigten Lösungen gibt. Eine Organspende bzw. die Bereitschaft dazu ist eine besondere Geste der Nächstenliebe. Gerade deswegen muss sie freiwillig erfolgen und darf von niemandem erwartet oder erzwungen werden. **Es gibt keinen moralischen Anspruch auf die Organe eines Anderen.**

Sollte sich jemand gegen eine Organspende entschließen, muss er dieses „Nein“ nicht begründen – genauso wenig wie jemand seine Zustimmung zur Organspende rechtfertigen muss.

Da täglich Menschen sterben, die auf einer Warteliste für eine Transplantation stehen, muss sich die Gesellschaft aber fragen lassen, wie sie Schwerstkranken beisteht, die auf ein Organ warten. Aus diesem Grund kann man von jedem Einzelnen erwarten, dass er sich mit dem Thema Organspende befasst und eine Entscheidung bzgl. seiner persönlichen

Spendenbereitschaft trifft. Dies wurde in der Neuregelung des Transplantationsgesetzes 2012 formuliert.

Da Fragen der Organverteilung Gerechtigkeitsfragen sind, stößt hier auch die Medizinethik an ihre Grenzen: Was ist gerecht?

Es ist fragwürdig, ob die Klärung dieser Gerechtigkeitsfragen allein Ärzten überlassen werden soll. Regeln, nach denen knappe Güter (wie zu transplantierende Organe) zu vergeben sind, sollten per Gesetz festgelegt werden und einer staatlichen Kontrolle unterliegen - wie in anderen westlichen Ländern auch. Damit würde für Betroffene auch ein Rechtsanspruch geschaffen.

Die derzeit praktizierte Verteilung anhand der medizinischen Kriterien Dringlichkeit und Erfolgsaussicht der Transplantation (also Überleben der Transplantation mit funktionsfähigem Organ), unter Wahrung der Chancengleichheit als Grundlagen der Organzuteilung, erscheint plausibel. Angesichts der Organknappheit müssen sowohl die Erfolgsaussichten als auch die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Betroffenen im Vordergrund stehen.

Die im Sinne des Transplantationsgesetzes geforderte Transparenz ist nach unserer Einschätzung derzeit nicht vollständig gewährleistet, wenn selbst eine Diskussion über die von Laien und Fachleuten unterschiedlich beurteilten Kriterien ‚Dringlichkeit‘ und ‚Erfolgsaussicht‘ nicht stattfindet.

Gerade in Hinsicht auf die Skandale der letzten Jahre und das damit bekannt gewordenen Fehlverhalten einzelner Ärzte, sollten alle mit Transplantationen Befasste und insbesondere auch die Politiker alles tun, um Vertrauen in die Integrität, Legitimität und rechtsstaatliche Rationalität der Transplantationsmedizin zurückzugewinnen.

8. Literaturhinweise

www.dso.de	Deutsche Stiftung Organtransplantation
www.organspende-info.de	Info-Seite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
www.bmg.bund.de	Informationen des Gesundheitsministeriums
www.bdo-ev.de	Bundesverband der Organtransplantierten e.V.
www.eurotransplant.org	Stiftung Eurotransplant in Leiden (NL)
www.transplant-forum.de	Info-Portal rund um die Organtransplantation (Seite des Pharma-Unternehmens astellas®)
www.dbk.de	Deutsche Bischofskonferenz
www.ekd.de	Evangelische Kirche in Deutschland
www.ethikrat.org	ausführliche Publikationen, Sitzungsprotokolle

Mitglieder des Ethik-Komitees:

- **Susanne Heck**
Pflegedienst Operative Intensivstation
St.-Johannes-Hospital
- **Dr. med. Susanne Lindner**
Oberärztin Palliativstation
Klinik für Innere Medizin II
St.-Johannes-Hospital
- **Andreas Hinzmann**
Sozialdienst
St.-Johannes-Hospital
- **Dr. med. Horst Luckhaupt**
Chefarzt HNO-Klinik
St.-Johannes-Hospital
Vorsitzender Ethik-Komitee
- **Bernd Mathias**
Stationsleitung P1/P2 Psychiatrie
Marien Hospital Hombruch
- **Pfarrer Thomas Müller**
Kath. Krankenhausseelsorge
St.-Johannes-Hospital
- **Fred Oberhag**
Leiter Wirtschaftsabteilung
St.-Johannes-Hospital
- **Axel Westermann**
Pflegedienstleitung
St.-Elisabeth-Krankenhaus
- **Thomas Wirriger**
Oberarzt Intensivpflege-Einheit
Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
St.-Johannes-Hospital



**KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH**
(KRANKEN - UND PFLEGEINRICHTUNGEN)

Johannesstraße 9-17
44137 Dortmund
Telefon 0231-18 43-35500
Telefax 0231-18 43-35509
<http://www.st-johannes.de/ethik.html>