

Organentnahme und Organspende aus theologisch-ethischer und seelsorgerlicher Sicht

Prof. Dr. Ulrich Eibach

1. Fallbeispiele: Seelsorgerliche Praxis und ethische bzw. rechtliche Theorie

Bei meinen Darlegungen werde ich mich auf die ethischen Probleme im Zusammenhang mit der Organentnahme bei hirntoten Menschen beschränken. Die besonderen Probleme der Organspende von Lebenden kann ich wegen der begrenzten Zeit nicht erörtern. Meine Darlegungen sind auf dem Erfahrungshintergrund meiner über 30-jährigen Tätigkeit als Klinikpfarrer am Universitätsklinikum Bonn zu sehen. In der Klinikseelsorge habe ich sowohl mit Menschen, die auf die Transplantation eines Organs warten und die ein Transplantat erhielten als auch mit Menschen zu tun, die als Organspender in Frage kommen, und mit ihren Angehörigen. In den Jahren 1971-1974 habe ich in der Uniklinik die Diskussion über die Todeszeitbestimmung und Organentnahme persönlich miterlebt und mich daran beteiligt. Damals hatte Prof. Gütgemann die ersten Lebertransplantationen und dazu auch Organentnahmen vorgenommen. Gegen ihn wurde Anklage wegen Tötung und Schändung von Toten erhoben. Daraufhin begann die deutsche Diskussion über Organentnahmen. 1976 veröffentlichte ich mein Buch „Medizin und Menschenwürde“ (5.Aufl. 1997) und darin ca. 100 Seiten über Todeszeitbestimmung, Organentnahme und

Organtransplantation. Es war die erste ausführliche ethische Veröffentlichung zu dieser Frage in Deutschland.

Fallbeispiel 1: *Im Jahre 1996 wurde ich vom Gesundheitsministerium zur Beratung über ein Transplantationsgesetz zu Rate gezogen. Ich erinnere mich an eine der Diskussionen. Der beteiligte Transplantationschirurg wie auch der Neurologe erklärten, warum der Hirntod der Tod des Menschen ist. In den anschließenden Diskussionen sprachen sie immer wieder von dem behandelten Patienten. Sie meinten damit den Menschen, dem Organe entnommen werden sollen und von dem sie vorher erklärt hatten, dass er mit dem Hirntod tot, mithin ein Leichnam oder dergleichen sei, jedenfalls kein Patient mehr, der noch zur Erhaltung seines eigenen Lebens behandelt wird. Als ich auf den Widerspruch aufmerksam machte, waren sie etwas verlegen und beeilten sich zu versichern, dass der zur Organentnahme behandelte Körper natürlich kein lebender Patient mehr sei. Das Beispiel macht auf einen Widerspruch aufmerksam. Wir erleben und behandeln den hirntoten Organspender als lebenden Patienten und müssen uns in einem kognitiven Akt gegen die sinnliche Erfahrung klar machen, dass er tot sein soll, mithin kein Patient mehr ist. Aber Tote behandelt man eigentlich nicht mehr medizinisch, wenigstens nicht um ihrer selbst, sondern nur um anderer willen, also um ihre Organe für andere Menschen zu verwerten, zu gebrauchen, also als Mittel zum Zweck anderer.*

Fallbeispiel 2: *Ein 19-Jähriger verunglückt als Beifahrer mit dem Motorrad und erleidet ein Schädelhirntrauma. Er wird von einem Krankenhaus im Bergischen Land in die Neurochirurgische Klinik gebracht. Die Intensivstation ruft mich gegen 22 Uhr an, ich möge zu einem Gespräch mit den Eltern kommen. Auf der Station informiert mich der diensttuende Arzt, dass keine Überlebenschancen bestehen, der Hirntod sich anbahne und die Hirntoddiagnostik eingeleitet sei. Meine Frage, ob die Eltern schon auf die Möglichkeit einer Organentnahme hingewiesen seien, beantwortet er: „Ja, so flüchtig“ und bittet darum, beim Gespräch schon einmal diesbezüglich vorzufühlen. Er sagt, er habe keine Zeit, ausführlicher mit den Eltern zu sprechen, denn von den 14 Patienten der Intensivstation seien mehrere im kritischen Zustand. Ich gehe zum Bett des Patienten, begrüße die Eltern und biete ihnen an, in einen*

gesonderten Raum zum Gespräch zu gehen. Das Gespräch dauert etwa eine Stunde. Vater und Mutter sind zunächst wie versteinert. Nach ca. 30 Minuten sagt der Vater, dass der Arzt ihm angedeutet habe, dass eine Organentnahme in Frage komme und dass sie diese Möglichkeit schon einmal bedenken sollten. Er fragt, wie die Organspende aus christlicher Sicht zu beurteilen sei. Ich mache deutlich, dass nach dem Transplantationsgesetz (TPG) entscheidend sei, wie ihr Sohn dazu denken würde. Er sagte, man habe nie darüber gesprochen, so dass er nicht wisse, wie der Sohn dazu denken würde. Ich sage, dass sie dann aus ihrer Sicht als Eltern eine Entscheidung treffen müssten. Der Vater fragt nochmals, wie die Organentnahme aus christlicher Sicht zu beurteilen sei und wie das ablaufe. Wir erörtern die Problematik. Ich weise auch darauf hin, dass sie im Falle einer Organentnahme das Sterben ihres Sohnes auf der Intensivstation nicht bis zum endgültigen Tod erleben, ihn nicht darin begleiten und von ihm dann Abschied nehmen können. Das war den Eltern nicht klar. Sie reagieren beunruhigt und mit deutlichen Nachfragen. Am Ende des Gesprächs sagt der Vater, dass er mit dem Verstand der Organentnahme zustimmen könne, aber nicht vom Gefühl her. Er spüre sehr große Widerstände. Die Mutter redet wenig, ist aber sehr unruhig. Es ist deutlich, dass sie mit einer Entscheidung überhaupt überfordert ist. Ich versuche zu beruhigen und sage, dass sie nicht entscheiden müssen, dass dies aber bedeute, dass keine Organe entnommen werden können. Wenn der Arzt mit ihnen über die Organentnahme spreche, dann könnten sie das auch so mitteilen. Ich empfehle, dass sie alles nochmals ohne mein Beisein bedenken und besprechen und dass wir dann nochmals zusammenkommen und zum Bett des Sohnes gehen, um sein Leben durch Gebet und Segnung in Gottes Hand zu legen. Dann weise ich darauf hin, dass der Arzt danach ein Gespräch mit ihnen führen will. Doch dann sagt die Mutter: „Ich kann das nicht! Wir wollen jetzt zum Bett gehen!“ Ich kläre nochmals ab, ob das bedeutet, dass sie einer Organentnahme nicht zustimmen kann. Sie bejaht. Nach der Aussegnung teilt der Vater dem Arzt mit, dass sie einer Organentnahme nicht zustimmen können. Daraufhin werden die lebenserhaltenden Maßnahmen eingestellt. Die Eltern bleiben bis zum endgültigen Tod am Bett des Sohnes.

Wenn man als Klinikpfarrer in solchen Fällen zum Gespräch gebeten wird, ist man immer Seelsorger und ethischer Berater zugleich. Beide

Funktionen sind zu unterscheiden, aber nicht zu trennen. Es gibt letztlich keine wertneutrale Beratung, erst recht nicht in solchen tragischen Lebenssituationen. Aber man muss sich deutlich Rechenschaft über seine eigene ethische Position geben, sie den Gesprächspartnern als eigene ethische Position durchsichtig machen, auch abweichende Überzeugungen ins Gespräch einbringen. Das gilt nicht nur für die Extreme, dass man die Organspende für eine „moralische Pflicht“ hält oder dass man die Organentnahme aus moralischen Gründen grundsätzlich ablehnt. Vor allem darf man für Entscheidungen wesentliche ethische Gesichtspunkte nicht verschweigen. Eine ethische Beratung sollte möglichst ergebnisoffen gestaltet werden. Dazu gehört, dass manipulative Äußerungen wie z.B. die, dass der Tod des Sohnes durch die Organspende einen Sinn bekomme, dass er in dem Organempfänger weiter lebe, dass man, wenn man die Zustimmung nicht gebe, auch am Tod anderer Menschen mit schuldig werde usw., zu unterlassen sind.

Die auf rationaler Ebene zu gewinnende Klarheit ist jedoch nur die eine und die einfachere Seite des Gesprächs, die **schwierigere** ist die, wie man dies in solchen dramatischen Situationen, in denen Menschen meist mit einem unvorhersehbaren plötzlichen Tod konfrontiert und nicht selten psychisch traumatisiert und nur bedingt entscheidungsfähig sind, überhaupt vermitteln kann. Dabei muss man sich darüber klar werden, dass bei solchen Gesprächen keinesfalls nur rationale Erwägungen, sondern auch die emotionale Ebene, also die Gefühle, eine bedeutsame Rolle spielen und die Entscheidungen bestimmen und bestimmen dürfen. Das wird in vielen ethischen Theorien negiert, dürfte aber jedem, der hinreichende seelsorgerliche Erfahrung in Krisensituationen des Lebens hat, selbstverständlich sein. Aufgrund meiner langjährigen seelsorgerlichen Erfahrung habe ich auch meine eigene ethische

Urteilsbildung gegenüber meiner früheren Position (in meinem Buch „Medizin und Menschenwürde“) korrigieren müssen, nicht zuletzt, weil ich zur Zeit der Abfassung des Buches nur über eine etwa 3-jährige Erfahrung als Klinikseelsorger verfügte.

Fallbeispiel 3: *Ich besuche in der Chirurgischen Klinik einen Mann, 42 Jahre alt, der infolge Hepatitis C eine Leberzirrhose im Endstadium hat und daher im lebensbedrohlichen Zustand von der inneren Medizin in die Chirurgie verlegt wurde, damit unverzüglich eine Lebertransplantation vorgenommen werden kann, sobald ein geeignetes Organ zur Verfügung steht. Der Mann hat 3 minderjährige Kinder im Alter von 6 -14 Jahren. Er ist sich seiner lebensbedrohlichen Situation bewusst, hat aber eine große Hoffnung, dass er noch rechtzeitig ein geeignetes Organ bekommt. Er stellt die Frage, warum man eigentlich mit einer Organentnahme warten müsse, bis ein Mensch tot sei, wenn er schon sein Bewusstsein unwiderruflich verloren habe und der Tod mit Sicherheit eintreten wird. Er bittet mich darum, für ihn zu beten, dass er rechtzeitig eine neue Leber bekommt.*

Einen Tag später habe ich am Wochenende Rufbereitschaft. Die Neurochirurgische Intensivstation ruft am Samstag gegen 17 Uhr an. Auf der Station informiert man mich gleich, dass keine Überlebenschancen für Herrn H. bestehen und dass die Hirntoddiagnostik noch heute Nacht abgeschlossen sein wird und dass die Ehefrau informiert wurde, dass diese vorgenommen werde, weil eine Organentnahme in Frage komme. Herr H., 53 Jahre, hat auf dem Weg zur Arbeit eine Hirnblutung erlitten, konnte noch rechtzeitig mit dem PKW auf einen Parkplatz an der Autobahn fahren. Am Bett anwesend ist die Ehefrau und die Tochter sowie ein sehr guter Freund von Herrn H. Wir gehen in ein Zimmer, um miteinander zu sprechen. Die Ehefrau bittet den Freund, mit zum Gespräch zu kommen. Nach einiger Zeit sagt die Ehefrau, man hätte kurz davon gesprochen, dass eine Organentnahme in Frage komme. Sie wisse nicht, ob das dem Willen ihres Mannes entspreche. Die Tochter meint aber, dass es doch den Vorstellungen des Vaters entsprechen würde. Die Ehefrau ist eher skeptisch. Dann sagt sie, dass sie aber nicht zustimmen würde, dass auch das Herz entnommen wird. Ich frage aufgrund der Eindeutigkeit der Aussage nicht nach der Begründung. Dann stellt der Freund die Frage, wie das denn mit der Organentnahme ablaufe. Ich erläutere den Vorgang.

Dann sagt Frau H.: „Ja, mein Mann lebt doch jetzt noch. Die Organe werden doch erst nach dem Tod entnommen, oder ist das anders?“ Ich erläutere, dass sie nach der Feststellung des Hirntods entnommen werden und was das bedeutet. Dann fragt der Freund: „Bedeutet das, dass wir uns im jetzigen Zustand von ihm verabschieden müssen, wo er noch behandelt wird, oder nach der Einstellung der Behandlungen?“ Ich sage, dass ersteres der Fall sei. Ehefrau und Tochter sind sehr betroffen und der Freund sagt: „Da würde ich nie zustimmen, wenn es meine Frau wäre!“

Im Gespräch denke ich immer wieder an den Mann, der in der Chirurgie auf eine lebensrettende Leber wartet und denke, er würde die Leber von Herrn H. Wahrscheinlich bekommen, wenn die Gewebeverträglichkeit einigermaßen stimmt. Nach einer Weile des Schweigens spreche ich die ethische Seite nochmals an und weise ausdrücklich auf die lebensrettende Möglichkeit der Organspende hin, aber auch darauf, dass sie ein Recht haben, das Sterben von Herrn H. bis zum „natürlichen“ Tod zu erleben. Nach einer Weile des Gesprächs schlägt die Tochter der Mutter vor, dass sie erst einmal nach Hause fahren und das nochmals alles bedenken und dass man jetzt zur Aussegnung des Vaters an sein Bett gehen solle. Nach der Aussegnung erkundigen sie sich beim Arzt, bis wann sie eine Entscheidung gefällt haben müssen. Man einigt sich, am Sonntag um 10 Uhr wieder da zu sein. Am Montag teilt mir der Transplantationskoordinator mit, dass er alles für eine Organentnahme vorbereitet hatte, dass die Angehörigen aber gekommen seien und mitgeteilt hätten, dass sie einer Organentnahme nicht zustimmen. Ich hatte diese Entscheidung nicht erwartet. Sieben Monate später ist der Gedächtnisgottesdienst für in der Uni-Klinik Verstorbene. Beim anschließenden Zusammensein kommen die Ehefrau und Tochter von Herrn H. zu mir. Sie sagen, sie seien nicht zuletzt gekommen, um mir für das Gespräch und die Aussegnungsfeier zu danken. Sie seien damals bis zum wirklichen Tod am Bett geblieben. Ehefrau wie Tochter sagten, sie seien heute ganz sicher, dass es für sie die richtige Entscheidung gewesen sei.

Jährlich sterben viele Menschen, die vergeblich auf eine Organspende warten. Und selbst wenn das Leben durch ein fehlendes Organ nicht unmittelbar bedroht ist, könnte – wie beim Ausfall der Nierenfunktionen – das Leben durch eine Organspende erheblich an Lebensqualität

gewinnen. Als Organspender kommen Menschen in Frage, die plötzlich an einer Hirnschädigung oder am Herzkreislaufversagen sterben. Aber es werden in Deutschland von den möglichen Organspenden nur ca. 60 Prozent realisiert. Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Deshalb sucht man jetzt nach Möglichkeiten, die Zahl der Organspenden zu erhöhen, z.B. durch Aufklärung der Öffentlichkeit, durch Verpflichtung der Krankenhäuser, alle potentiellen Organspender zu melden, der Bürger, eine Entscheidung zu fällen, die dann in offizielle Papiere (z.B. Personalausweis) eingetragen wird, durch Änderung des Transplantationsgesetzes von 1997 (=TPG).

2. Hirntod gleich Tod des Menschen? - Werden Organe von „Sterbenden“ oder „Toten“ entnommen?

Das TPG bestimmt, dass Organe nach dem Eintritt des *Hirntods*, also dem Erlöschen der Funktionen des gesamten Gehirns, entnommen werden dürfen. Man setzt den *Hirntod* mit dem *Tod des Menschen* gleich. Diese Gleichsetzung ist anthropologisch nicht unproblematisch, wenn damit behauptet wird, dass nur das Gehirn und nicht die gesamte *Leiblichkeit* Träger des Menschseins ist. Dann wäre der übrige Leib nur ein Anhang des Gehirns. Dies ist keine naturwissenschaftliche Erkenntnis, sondern eine Definition, die von weltanschaulich bedingten anthropologischen Annahmen ausgeht.

Biologisch gesehen ist der *Tod die unwiderrufliche Negation des Lebensträgers*. Lebensträger ist der ganze Organismus, also die *Leiblichkeit*. Der Tod ist eingetreten, wenn die *Integration* der Organe zu einem ganzheitlichen Organismus unwiderruflich zerfallen ist. Diese Integration zu einer Ganzheit wird durch zwei Organsysteme bewirkt, das Herz-Kreislauf-System (=HKS) und das Zentralnervensystem (ZNS), wobei das letztere ersterem übergeordnet ist. Fällt das HKS aus, so fällt

bald danach auch das ZNS aus. Seine zentrale Steuerungsinstanz ist das Gehirn. Fallen seine Funktionen unwiderruflich aus, so tritt auch das Versagen des HKS und damit der Tod in mehr oder weniger kurzer Zeit unwiderruflich ein, es sei denn, man hält die Funktionen des HKS durch eine künstliche Beatmung bzw. eine Herz-Lungenmaschine und andere Methoden aufrecht. Dann lebt der Leib ohne Gehirn mittels technischer Mittel weiter. Dies ist der Fall, wenn man bei einem hirntoten Menschen Organe entnehmen möchte.

Die Gleichsetzung des Hirntods und damit eines, wenn auch des wesentlichsten, Organs mit dem Tod des Menschen stellt ein Problem dar, weil der Hirntod an sich nicht schon zeitlich und sachlich mit dem Tod des ganzen Lebensträgers identisch ist. Er tritt zwar *notwendig* nach dem Hirntod in meist absehbarer kurzer Zeit ein, aber nur, wenn der Zusammenbruch des HKS nicht medizintechnisch aufgehalten wird. Der Eintritt des Todes, man kann auch sagen der Endphase des Sterbens, wird aber unter den Bedingungen der Organentnahme mit aufwändigen medizintechnischen Mitteln manipuliert, durch die der natürlicherweise meist schnell eintretende Tod des Lebensträgers bis zur Organentnahme verhindert wird, um die Organe möglichst lebensfrisch entnehmen zu können. Es entsteht dadurch der irrige Eindruck, der Tod werde durch die Organentnahme erst *verursacht*, tatsächlich wird er aber bis dahin nur verhindert und dann erst endgültig *zugelassen*. Niemand wird durch eine Organentnahme erst getötet. Der Tod wird durch sie *nicht verursacht*, sondern durch Abbrechen lebenserhaltender intensivtherapeutischer Methoden nun erst *zugelassen*. Ohne sie wäre er, wenn der Hirntod eindeutig festgestellt ist, schon früher eingetreten. Das *Tötungsverbot* ist also dadurch nicht berührt. Bedingung ist allerdings, dass der Hirntod und damit der Tod des gesamten Gehirns, des Großhirns, des Mittelhirns, des Kleinhirns und des Stammhirns wirklich eingetreten ist.

Die Angst, es würden Organe von Menschen entnommen, die als Organismus aus sich heraus noch lebensfähig sind, ist unberechtigt, wenn die von der Bundesärztekammer festgelegten Kriterien zur Feststellung des Hirntods genau beachtet werden. Wenn die Kriterien nicht eindeutig gegeben sind und der Tod des gesamten Gehirns mit ihnen nicht eindeutig ermittelbar ist, müssen zusätzliche Methoden angewendet oder die Organentnahme unterlassen werden, denn dann könnte die Organentnahme ein Akt der Tötung, wenigstens der ursächlichen vorzeitigen Herbeiführung des Todes sein. Man kann aber nicht behaupten, dass – weil diese Möglichkeit bestehe – jede Organentnahme eine Form der Tötung sei.

Natürlich ist die Gleichsetzung des Hirntods mit dem Tod des Menschen eine Definition, die es ermöglichen soll, dass man überhaupt Organe entnimmt. Würde man nämlich warten, bis die Funktionen des Herzens und des HKS natürlicherweise erloschen sind, so wären Organe wie das Herz, die Lunge, die Leber überwiegend schon so geschädigt, dass sie nicht mehr transplantiert werden können. Insofern stellt diese Definition einen – durchaus akzeptablen – Kompromiss dar, ab wann Organe entnommen werden dürfen. Sie verhindert auf jeden Fall auch, dass Organe schon bei einer schweren und unwiderruflich zum Tode führenden Schädigung des Gehirns oder des Herzens entnommen werden, also dann, wenn nur das Großhirn und mit ihm das Bewusstsein oder nur Teile des Stammhirns und mit ihnen alle motorische Fähigkeiten, auch die zur sprachlichen Äußerung u.a., ausgefallen sind, das Bewusstsein aber noch besteht, wie beim „Locked-in-Syndrom“. Würde man Organe schon nach dem irreversiblen Verlust des Bewusstseins entnehmen, so würde man, wenn das nicht eine Tötung sein soll, behaupten müssen, dass allein, wenigstens aber hauptsächlich das Bewusstsein das Menschsein konstituiert, der endgültige Verlust des

Bewusstseins mit dem Tod des Menschen als Person identisch sei, der Körper ein Akzidenz des Bewusstseins sei und daher die Entnahme von Organen bei solchen bloß biologisch menschlichen Organismen keine Tötung von Menschen, von Personen sei, sondern nur von einem „biologisch-menschlichen Etwas“.

Bei den Beratungen zum Transplantationsgesetz ging mein Vorschlag dahin, dass Organe entnommen werden dürfen, wenn eindeutige Kriterien für den unwiderruflichen Tod des gesamten Gehirns vorliegen, ohne dass man damit behauptet, dass der gesamte Lebensträger tot sei. Das lehnten aber vor allem die Transplantationschirurgen und auch die Juristen ab, vor allem weil sie dann dem Verdacht ausgesetzt wären, dass sie den Menschen dann erst mit der Organentnahme töten. Ein mir gut bekannter Chirurg sagte: „Das Geschäft der Organentnahme ist für mich belastend genug, da will ich mich nicht noch mit dem Gedanken quälen, ob ich damit jemanden töte!“ Und Juristen sagen: Wenn der Hirntod nicht der Tod des Menschen ist, dann dürfen wir keine Organe von Hirntoten entnehmen, denn dann wäre das Tötung von Menschen. Diese theoretische wie praktische Problematik ist bis heute nicht endgültig geklärt.

3. Organentnahme als ethisches und seelisches Problem

Das eigentliche ethische, menschliche und seelsorgerliche Problem der Organentnahme besteht in dem „manipulativen“ Umgang mit dem Leben angesichts des unabwendbaren Todes. Dies ist eine Folge dessen, dass der unwiderruflich dem Tode geweihte Mensch schon vor dem endgültigen Todeseintritt als Organspender betrachtet und behandelt wird, also nicht mehr um seiner selbst, sondern um anderer Menschen willen behandelt wird. Denn im Sterben befindliche Menschen oder Tote behandelt man eigentlich nicht mehr medizinisch mit dem Ziel

der Lebensverlängerung. Das bedeutet, dass alle Beteiligten, auch Ärzte und Pflegekräfte, sich gegen die Ebene der sinnlichen Wahrnehmung und der durch sie bestimmten Gefühle auf der Verstandesebene bewusst machen müssen, dass der Mensch gemäß der Definition des Todes im TPG tot sein soll. Der Tod ist damit nur als „kognitiver Akt“ gegenwärtig, wird aber nicht unmittelbar auf der sinnlichen Ebene, sondern nur über Apparate vermittelt erlebt.

Die Angehörigen sind in diesen Fällen meist mit einem plötzlichen Tod konfrontiert. In dieser oft schockierenden und dramatischen Situation sollen sie zugleich mit der Frage belastet werden, ob sie einer Organentnahme zustimmen. Eine beabsichtigte Organentnahme verhindert eine Sterbebegleitung und das Erleben des Sterbens und Todes bis zu einem „natürlichen“ Ende und – in der Regel - ein dem folgendes Abschiednehmen. Dies kann die seelische Verarbeitung eines plötzlichen Todes erheblich beeinträchtigen und gibt zu der Frage Anlass, ob man Menschen in einer solchen Lebenssituation überhaupt mit der Frage nach einer Organentnahme behelligen darf. Sie zu verschweigen, stellt aber auch keine Möglichkeit dar. Ebenso wenig kann es menschlich und ethisch gerechtfertigt werden, sie gegen den Willen der Angehörigen vorzunehmen, wenigstens dann, wenn der Spender einer Organentnahme nicht ausdrücklich zugestimmt hat. Eine *Widerspruchslösung* und eine auf ihr basierende Organentnahme ohne oder gar entgegen der Zustimmung der Angehörigen bei fehlendem Widerspruch des Spenders ist ethisch nicht akzeptabel. Ja selbst eine Entnahme ohne explizite Zustimmung der Angehörigen ist nicht zu rechtfertigen, denn dies würde beinhalten, dass andere Menschen ein Recht auf die Organe eines Verstorbenen haben und dass gegenüber diesem Recht die Bedürfnisse der Angehörigen, z. B. das Sterben und den Tod eines Geliebten bis zum Ende zu erleben, auf jeden Fall

zurückzutreten hätten. Dies sind sich aus der Praxis der Organentnahme ergebende ethische Bedenken von erheblichem Gewicht, die auf jeden Fall ausschlaggebend dafür sein sollten, dass eine ausdrückliche und ohne Druck entstehende freie Zustimmung der Angehörigen Bedingung der Organentnahme ist, wenn der Spender nicht eine eindeutige Einwilligung gegeben hat.

Eine Organentnahme schließt notwendig einen Gebrauch des menschlichen Körpers zu ihm fremden Zwecken ein. Die ungeteilte Würde des irdischen Lebens endet mit dem Tode, doch fordert selbst das TPG, dass der Körper als leibhafte Gestalt des toten Menschen weiterhin unter „Achtung seiner Würde“ und nicht nur als „Gebrauchsgegenstand“ zu behandeln ist. Der tote Körper, der Leichnam, wird nicht zum Besitz anderer Menschen oder der menschlichen Gesellschaft. Er ist auch nicht mehr Besitz des Toten oder seiner Angehörigen (auch wenn sie ihm gegenüber Pflichten haben), sondern er fällt zurück in die Hand dessen, der sein Leben geschaffen hat, in Gottes Hand. Niemand hat ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über den toten Körper. Seine Teile können weder verschenkt noch verkauft und gekauft werden. Niemand hat einen Rechtsanspruch auf sie. Wohl aber gibt es die Pflicht, die Bedürfnisse der Angehörigen zu bedenken, die dem Verstorbenen in Liebe verbunden waren und die von seinem plötzlichen Tod tief betroffen sind.

Es ist einheitliche Auffassung der katholischen und evangelischen Kirchen, dass gegen die Organentnahme aus christlicher Sicht keine grundsätzlichen ethischen Bedenken bestehen. Dass in der Auferweckung von den Toten derselbe irdische Mensch zum ewigen Leben auferweckt wird, hängt nach christlicher Sicht nicht an der Unversehrtheit des Leichnams. Die Auferweckung ist nicht mit einer Wiederbelebung des Leichnams zu verwechseln, sie gilt der Person und

hat den Charakter einer dieses irdische Leben transzendierenden „neuen Schöpfung“, in der und durch die die irdische Person bewahrt, erneuert und vollendet wird (vgl. 1. Kor. 15, 35 ff.).

4. Organspende: Ein Akt der Nächstenliebe und ethisches Gebot?

Wie wir darlegten, ist die Organentnahme mit ethischen Bedenken belastet, die nicht einfach mit dem Argument übergangen werden können, die Rettung oder gar nur die Gesundheit eines Menschenlebens sei ein höherrangiges Gut als die Beachtung der seelischen Bedürfnisse von Angehörigen. Wer als Klinikseelsorger mit beiden Seiten, den Menschen, die plötzlich sterben müssen, und ihren Angehörigen, befasst ist und sie, aber auch Menschen, deren Leben bedroht ist und durch eine Organspende gerettet werden könnte, in dieser schweren Situation seelsorgerlich begleitet, wird immer beide Seiten im Blick haben.

Die katholische „Deutsche Bischofskonferenz“ und der „Rat der EKD“ haben 1990 in einer gemeinsamen Erklärung die Organspende als Akt der *Nächstenliebe* bezeichnet. Das würde bedeuten, dass Angehörige, die gegen eine Organentnahme votieren, und Menschen, die für sich eine Organentnahme ablehnen, gegen das Gebot der Nächstenliebe verstoßen. Demgegenüber ist zu fragen, in welcher Weise hier vom Begriff „Nächstenliebe“ Gebrauch gemacht wird. *Liebe* ist eine Qualifizierung von *Beziehungen unter Personen*. Nächstenliebe im eigentlichen Sinne setzt daher voraus, dass zwischen dem Geber und dem Empfänger von Liebesgaben ein Mindestmaß an personaler Beziehung besteht. Das Verhältnis von Spender und Empfänger ist bei der Organspende aber völlig anonym und versachlicht. Die Vergabe des Organs wird durch eine Institution (Eurotransplant) organisiert. Der Spender bleibt dem Empfänger anonym, auch wenn der Empfänger den

Angehörigen des Spenders vermittelt über die Transplantationskoordinatoren anonym „danken“ kann. Zudem ist der „Spender“ zum Zeitpunkt der Organspende „hirntot“ und zu keinen personalen Akten wie der Liebe mehr fähig. Er kann und hat auch nichts mehr zu verschenken, wenn der tote Körper nicht mehr sein Eigentum ist und der Körper es – wenigstens aus christlicher Sicht – auch nie war.

Die Organspende ist eine verantwortliche Entscheidung im Umgang mit dem eigenen Leben zu Gunsten anderer Menschen, zu der es aber keine sich aus dem Gebot der Nächstenliebe ergebende unbedingte moralische Verpflichtung gibt. Über die Möglichkeit der Organspende sollten Menschen sich zu Lebzeiten Gedanken machen, möglichst eine Entscheidung fällen und sie dann auf jeden Fall auch den nächsten Angehörigen mitteilen, möglichst aber auch mit ihnen eingehend besprechen, bevor sie sie schriftlich niederlegen. Bei der Entscheidung sollte immer das Geschick schwerst kranker Menschen mitbedacht werden, deren Leben durch eine Organspende gerettet oder erleichtert werden kann. Aber die Ablehnung der Organentnahme sollte nicht als „liebloser Egoismus“, als Unbarmherzigkeit oder gar Rücksichtslosigkeit gegenüber diesen Menschen eingestuft werden. Niemand hat eine eindeutige sittliche Verpflichtung, seine Organe für andere zu spenden oder als Angehöriger der Organentnahme zuzustimmen.

Es stellt sich dann noch die Frage, ob die Zustimmung eines Spenders zur Organentnahme immer besagt, dass ihm auch Organe entnommen werden dürfen. Von einem *Menschenbild* aus gesehen, in dem die *Autonomie* das ist, was das Menschsein ausmacht und die Autonomie als der entscheidende oder gar als der alleinige Inhalt der Menschenwürde ausgegeben wird, wäre die Zustimmung des Spenders immer allein ausschlaggebend. Ihre Nichtbeachtung würde vielleicht sogar als Missachtung der Menschenwürde betrachtet. Man dürfte dann

ohne weiteres gegen die eindeutige Einstellung der nächsten Angehörigen und ihre evidenten Bedürfnisse eine Organentnahme vornehmen. Die Angehörigen und ihre Bedürfnisse spielten dann keine Rolle. Ich habe Menschen kennengelernt, die daran sehr gelitten haben und deren Trauerprozess dadurch sehr belastet war, die ihren Verstorbenen Vorwürfe machten, dass sie ohne Rücksichtnahme auf die nächsten Angehörigen eine solche Entscheidung gefällt haben, und vor allem Menschen, die glaubhaft versichern konnten, dass wenn ihre Verstorbenen gewusst hätten, welche schwere Belastung das für sie ist, sie dem niemals zugestimmt hätten.

Wenn man von einem relationalen, wie dem christlichen Menschenbild ausgeht, in dem die *Liebe* und die *Beziehungen* zu Gott und dem Menschen und nicht die Autonomie die grundlegende Dimension des Menschseins ausmachen, dann kann man nicht „autonom“ und ohne Rücksprache mit den nächsten und in Liebe verbundenen Angehörigen eine Organspende verfügen, ohne deren Einstellung dazu angehört und bei seiner Entscheidung bedacht zu haben. Zu diesem Bedenken gehört auch, dass man die Belastungen, die der konkreten Situation für die Angehörigen entstehen können, nicht als Gesunder theoretisch vom Schreibtisch aus vorweg absehen und einplanen kann. Alle Zustimmungen zur Organentnahme sollten daher unter den Vorbehalt gestellt werden, dass die dem Toten in Liebe verbundenen Menschen dem in der jeweiligen Situation wirklich zustimmen können.

Ich weiß aus Erfahrung, dass viele Ärzte/innen, Pflegekräfte und selbst erfahrene Transplantationskoordinator/innen diese Ansicht teilen und entsprechend verfahren, obwohl das die meisten an einer Ethik der Autonomie orientierten Ethiker und Juristen anders sehen. Tragische Lebenssituationen sind aber oft nicht mit einer normativen Ethik oder gar

dem Recht in menschlich zuträglicher Weise zu lösen, sondern nur durch Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme auf die betroffenen Menschen in einer konkreten tragischen Lebenssituation, also durch eine Form der Anteil nehmenden Wahrnehmung des anderen und – im Falle der Organspende – der Einordnung einer autonomen Entscheidung in die übergeordnete Dimension der von der Liebe bestimmten mitmenschlichen Beziehungen. In meiner Patientenverfügung (= PV) steht daher zu dem Absatz hinsichtlich der Organentnahme folgende Verfügung: „Ich stimme zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser PV der Organentnahme zu. Diese Zustimmung ist allerdings nur verbindlich, wenn meine nächsten Angehörigen, in erster Linie meine Ehefrau und dann auch meine Kinder in der konkreten Situation der Organentnahme ebenfalls zustimmen können. Ich untersage ausdrücklich, dass mein hier geäußelter Wille dann gegen den Willen und die Bedürfnisse meiner Angehörigen durchgesetzt wird.“

Da man, ohne in der konkreten Situation zu sein, letztlich nicht vorweg entscheiden kann, wie man selbst in der jeweiligen Situation, wenn man entscheiden könnte, entscheiden würde und wie die Angehörigen dann mit einer solchen Entscheidung umgehen können, sind alle Formen, die eine einmalige und schwer revidierbare Zustimmung einschließen, wie ein Eintrag in den Pass, den Personalausweis, den Führerschein, untauglich, um einer solchen schweren Lebenssituation gerecht zu werden. Auch kann in sie keine lange Formulierung eingetragen werden, wie ich sie in meiner PV niederlegt habe. Es bliebe dann nur die Möglichkeit, einen Eintrag zu verweigern oder eine Formulierung: „Ausdrücklich keine Entscheidung!“ einzutragen. Jederzeit leicht revidierbare Papiere wie eine „elektronische Gesundheitskarte“ sind also eine Minimalbedingung für eine aus meiner Sicht ethisch gerechtfertigte und verbindliche schriftliche Äußerung zur Organspende. Für besser

halte ich eine ausführlichere Darlegung meines Willens, z.B. in einer PV oder einem gesonderten Organspendeausweis. Hier könnten z.B. auch Einschränkungen hinsichtlich der Organe benannt werden, die man nicht bereit ist zu spenden. Der Nachteil ist freilich, dass nur wenige, vor allem gesunde und junge Menschen eine PV verfassen werden. Der Vorteil eines verpflichtenden Eintrags in offizielle Papiere ist vor allem, dass die Menschen genötigt werden, über das Problem der Organspende nachzudenken und sich eine Meinung dazu zu bilden. Dem stehen allerdings auch die genannten gewichtigen ethischen Bedenken gegenüber.

5.Fazit

Die Regelungen im deutschen Transplantationsgesetz (TPG, 1997) stellen eine hinreichende und tragfähige rechtliche Basis für die Organentnahme und Organspende dar. Das TPG schließt die sogenannte *Widerspruchslösung* aus, nach der Organe entnommen werden dürfen, wenn der potentielle Spender dem nicht widersprochen hat. Die Regelungen des TPG bedürfen keiner grundlegenden Veränderung, auch nicht in die Richtung, die z.B. der „Nationale Ethikrat“ (2007) vorgeschlagen hat. Im TPG ist die sogenannte „erweiterte Zustimmungslösung“ gesetzlich verordnet. Das heißt, der mögliche Organspender kann durch einen Organspendeausweis die Bereitschaft zur Organspende verfügt haben. Ist dies – wie ganz überwiegend – nicht der Fall, so haben die Angehörigen unter Berücksichtigung des Willens des möglichen Organspenders eine Entscheidung für oder gegen die Organspende zu fällen. Da sie meist wenig oder nichts über den Willen des Organspenders in dieser Sache wissen, müssen sie ihre Entscheidung faktisch immer gemäß ihren Mutmaßungen über den Willen des Spenders und ihre eigenen Vorstellungen fällen. Viele

Angehörige entscheiden gegen eine Organentnahme oder wollen oder können keine Entscheidung fällen, weil sie z.B. in dieser Krisensituation damit überfordert sind. Aus diesen Gründen hat der „Nationale Ethikrat“ (2007) dafür plädiert, diese Form der Zustimmungslösung dahingehend zu ändern, dass, wenn Angehörige sich nicht explizit gegen eine Organentnahme aussprechen, eine Organentnahme auch ohne ihre Zustimmung stattfinden sollte, es sei denn, es seien begründete Einwände des möglichen Organspenders gegen die Organentnahme bekannt. Dies kommt einer Widerspruchslösung im Grunde nahe. Ich halte die Zustimmung der Angehörigen zur Organentnahme in der Regel für geboten, nicht nur um ihrer selbst und der Verarbeitung des schweren Lebensgeschicks willen, sondern auch um des potentiellen Organspenders willen, denn nur die Angehörigen können eine Stellvertreter-Rolle für ihn einnehmen. Die Regelung, die der „Nationale Ethikrat“ vorschlägt, hat eine deutliche Schlagseite hin zur Widerspruchslösung und zur Vergesellschaftung des Leichnams, also zum Recht der Gesellschaft, über die Organe von Gliedern der Gesellschaft nach ihrem Tod zu verfügen.

Es ist sehr wichtig, dass möglichst alle Menschen sich Gedanken über die Organspende machen und eine – wenn auch immer revidierbare – Entscheidung fällen. Deshalb ist eine öffentliche Aufklärung wichtig, die jeden einzelnen dazu herausfordert, sich mit dieser Thematik zu befassen und für sich eine Entscheidung zu fällen, sie aber auch eingehend mit den nächsten Angehörigen abzusprechen und sie dann möglichst auch schriftlich niederzulegen. Darüber hinaus sollten die Krankenhäuser ermutigt werden, alle möglichen Organspender zu melden. Dabei ist aber auch die moralisch und seelisch belastende Situation zu bedenken, in der Ärzte und Pflegekräfte und ganz besonders die Angehörigen sich befinden. Sie sollten nicht einem

offenen oder heimlichen moralischen und seelischen Druck zur Organspende ausgesetzt werden. Deshalb ist bei der Aufklärung Einfühlungsvermögen und Behutsamkeit angesagt, und es ist zu empfehlen, dass zu den Gesprächen mit den Angehörigen über die Organentnahme möglichst Personen zugezogen werden, die sich in solchen schweren Situationen in den Krankenhäusern auskennen, die aber auch von den Angehörigen als „neutrale“ Berater und auch Anwälte ihrer Interessen anerkannt werden können. Hierfür bieten sich insbesondere erfahrene Krankenhausseelsorger/innen an.

Literatur des Verfassers zum Thema: *Organ- und Gewebespende – Ethische und rechtliche Überlegungen zum beratenden Gespräch mit Angehörigen über Organentnahmen*, Erschienen in: *Medizinrecht* 23 (2005), S. 64 – 70

Zum Autor: **Prof. Dr. Ulrich Eibach**, geb. 1942; 1980 – 2007 Klinikpfarrer an den Universitätskliniken Bonn und Beauftragter der „Ev. Kirche im Rheinland“ für Fortbildung in Krankenhausseelsorge und Fragen der Ethik in Biologie und Medizin, apl. Professor für Systematische Theologie und Ethik an der Ev. Theol. Fakultät der Universität Bonn

Zum Text: Dieser Text ist das Manuskript eines Vortrags, der am 5. Bioethikforum der Evangelischen Kirche im Rheinland, Bonn, 21.09.2011, gehalten wurde.