

Stellungnahme des Ethikrates

Organspende

Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier



Herausgegeben vom

**Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
im Bistum Trier**

Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann

Geschäftsstelle: Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Vallendar

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@pthv.de

Autoren: Heinemann, Thomas; Höfling, Wolfram;
Proft, Ingo; Sahm, Stephan; Schockenhoff, Eberhard;
Schuster, Josef; Wetzstein, Verena

unter Mitarbeit von Brantl, Johannes; Gebert, Franz Josef
(Weihbischof von Trier); Niederschlag, Heribert; Reiter,
Johannes

© 2019 Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.
2. Auflage. Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-00-063165-8

Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.

1	Einleitung	4
2	Rechtslage und Reformvorschläge	6
2.1	Geltendes Recht bis zum Inkrafttreten des Zweiten TPG-Änderungsgesetzes am 01.04.2019	6
2.2	Reformen und Reformvorschläge	7
2.2.1	<i>Das Zweite TPG-Änderungsgesetz</i>	7
2.2.2	<i>Widerspruchslösungen und Entscheidungsmodelle als Alternativvorschläge zur sogenannten erweiterten Zustimmungslösung des geltenden Rechts</i>	
3	Medizinische Grundlagen und Verfahrensabläufe	11
3.1	Todeskriterien	11
3.1.1	<i>Hirntod</i>	11
3.1.2	<i>Organismischer Tod</i>	12
3.1.3	<i>Tod durch Herz- und Kreislaufstillstand</i>	13
3.2	Verfahrensablauf und Fallkonstellationen	13
3.2.1	<i>Fallkonstellation A: Hirntod ist eingetreten</i>	16
3.2.2	<i>Fallkonstellation B: Hirntod ist nicht eingetreten</i>	17
4	Ethische Orientierungen	18
4.1	Ethische Fragestellungen	18
4.2	Die Frage nach Organen als Gemeinschaftsgut	18
4.3	Freiwilligkeit der Organspende	20
4.4	Informierte Einwilligung	22
4.5	Wahrung einer Kultur des Sterbens	22
4.6	Pietät gegenüber dem Verstorbenen	23
5	Empfehlungen	25
5.1	Empfehlungen für die Politik	25
5.2	Empfehlungen für die Krankenhäuser	26
6	Appendix	28
6.1	Information über den Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier	28
6.2	Die Mitglieder des Ethikrates	28

1 Einleitung

Sie waren ein Alarmsignal, die Organspende-Zahlen des Jahres 2017: 20 Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes war mit 797 Organspendern¹ in Deutschland ein neuer Tiefpunkt erreicht. Bei durchschnittlich 3,3 entnommenen Organen pro Spender standen im Jahr 2017 damit 2594 postmortale² Organe zur Verfügung.³ Auf eine Million Einwohner kamen nur noch ca. 10 Organspender. Zu dieser Entwicklung mögen die sogenannten Organspendeskandale, etwa am Universitätsklinikum Göttingen (2013), in Regensburg, München sowie Verdachtsfälle in verschiedenen Zentren beigetragen haben. Sie erklären aber nicht vollständig den sehr niedrigen Stand der Organspenden in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern. Aber bereits solche Vergleiche erfordern wichtige Differenzierungen. So wird als positives Beispiel häufig Spanien als »Spitzenreiter« mit über 40 Spendern pro eine Million Einwohner angeführt. Indes wird in der öffentlichen Debatte weitgehend ausgeblendet, dass in Spanien, wie in vielen anderen Ländern, Explantationen nach einem sogenannten Herz- bzw. Kreislaufftod vorgenommen werden. Dies ist nach geltendem deutschen Recht verboten und lässt bereits unterschiedliche Bewertungen im Zusammenhang mit der Organspende erkennen.

Auch wenn im Verlauf des Jahres 2018 die Spendebereitschaft in Deutschland wieder zugenommen hat,⁴ ist die skizzierte Entwicklung in der Politik ganz offenkundig als Weckruf aufgefasst worden. So ist nach sehr zügigem Gesetzgebungsverfahren bereits am 1. April 2019 das Zweite Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende (GZSO) in Kraft getreten.⁵ Darüber hinaus wird derzeit im Deutschen Bundestag über verschiedene Vorschläge zur Änderung der geltenden sogenannten erweiterten Zustimmungslösung beraten. Insbesondere das Modell einer sogenannten doppelten Widerspruchslösung,⁶ vorgestellt und unterstützt u. a. von Bundes-

1 Durchgehend verwendet diese Publikation zur besseren Lesbarkeit die männliche Form.

2 Zu der der postmortalen Spende in Deutschland zugrundeliegenden Hirntodkonzeption vgl. Kap. 3.1.

3 Eingehend zu den Zahlen: Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), Jahresbericht Organspende und Transplantation in Deutschland 2017.

4 Eine Erhöhung um 955 Spender bedeutet eine Steigerung um ca. 20 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

5 Bundesgesetzblatt I 2019, S. 352.

6 Danach soll jeder Mensch potenzieller Organspender sein, wenn er zu Lebzeiten nicht widerspricht oder die Angehörigen dies nach dem Tod ablehnen.

gesundheitsminister Jens Spahn und vom SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach, hat lebhaftige Debatten ausgelöst.

Vor diesem Hintergrund stellen sich ethisch relevante Fragen, etwa nach der selbstbestimmten Entscheidung zur Organspende, nach der Rechtfertigung der im Vorfeld der Hirntoddiagnostik notwendigen Maßnahmen, nach einem Anspruch des Staates auf die Organe seiner Bürger und nach einer tatsächlichen Entlastung der Entscheidungssituation für Angehörige. Nicht zuletzt geht es auch um die Frage nach der Kultur des Sterbens.

Im Hinblick auf den Umstand, dass Organspenden in den Krankenhäusern ein wichtiges und zugleich ethisch sensibles Thema darstellen, hat sich der *Ethikrat Katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier (EKT)* dieser Fragen angenommen. Die vorliegende Stellungnahme skizziert zunächst die geltende Rechtslage sowie die Reformen bzw. Reformvorschläge (Kapitel 2), klärt die medizinischen Grundlagen und Verfahrensabläufe in den Entnahmekrankenhäusern (Kapitel 3) und skizziert auf dieser Basis ethische Orientierungen (Kapitel 4). Vor diesem Hintergrund formuliert der Ethikrat Empfehlungen zum Umgang mit der Organspende an Politik und Entnahmekrankenhäuser (Kapitel 5).

2 Rechtslage und Reformvorschläge

2.1 GELTENDES RECHT BIS ZUM INKRAFTTRETEN DES ZWEITEN TPG-ÄNDERUNGSGESETZES AM 01.04.2019

Die postmortale Organspende wird durch die sogenannte erweiterte Zustimmungslösung geprägt, die durch die §§ 3 und 4 Transplantationsgesetz (TPG) in einem *4 Stufen-Modell* konkretisiert wird:⁷

Nach § 3, Abs. 1, TPG ist, soweit in § 4 nichts Abweichendes bestimmt ist, die Entnahme von Organen nur zulässig, wenn der Organspender in die Entnahme eingewilligt hat. Diese Grundregel wird indes durch § 4 in erheblichem Umfang relativiert, indem auch die Zustimmung anderer Personen als Rechtfertigung für eine Organentnahme anerkannt wird.

Daraus ergeben sich folgende Entscheidungsschritte:

1. Organentnahme auf der Grundlage einer schriftlichen Einwilligung des Betroffenen.
2. Soweit kein schriftlicher Widerspruch des Betroffenen vorliegt: Erklärung des nächsten Angehörigen⁸, eine Spende entspreche dem mündlich erklärten Willen des Betroffenen.
3. Bei Fehlen eines Widerspruchs und bei Fehlen einer expliziten anderweitigen Erklärung des möglichen Organspenders: Erklärung des nächsten Angehörigen, eine Spende entspreche dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen.
4. Für den Fall, dass auch der mutmaßliche Wille nicht ermittelt werden kann: Entscheidung des nächsten Angehörigen aus eigenem Recht und, wie es in der amtlichen Begründung zum TPG heißt, »nach eigenem ethisch verantwortbarem Ermessen«.⁹

Dieses Modell der erweiterten Zustimmungslösung wird seit dem Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im TPG vom 12.07.2012 durch das Konzept einer intensivierten Information und Aufklärung der Bevölkerung flankiert. Mit dieser sogenannten Entscheidungslösung wollte der Gesetzgeber die Bereitschaft zur Organspende erhöhen, ohne allerdings die Ent-

⁷ Zum Folgenden Wolfram Höfling, Kritische Überlegungen zur Einführung eines Widerspruchmodells, ZME 65 (2019), 61 (62).

⁸ Zum Begriff des nächsten Angehörigen siehe § 1a Abs. 1 Nr. 5 TPG.

⁹ Siehe Bundestagsdrucksache 13/8027, S. 9.

scheidungsfreiheit des Einzelnen durch eine Erklärungspflicht einzuschränken.¹⁰

In einem weiteren Änderungsgesetz zum TPG vom 21.07.2012 wurden sodann in Umsetzung einer EU-Richtlinie erstmals auf bundesgesetzlicher Ebene Regelungen zur Person, Stellung und zu den Aufgaben des Transplantationsbeauftragten getroffen. Nach § 9b Abs. 2 TPG sind diese insbesondere dafür verantwortlich, dass die Entnahmekrankenhäuser ihrer Verpflichtung gemäß § 9a Abs. 2 Nr.1 TPG nachkommen, zum einen die Hirntoddiagnose vorzunehmen und zum anderen die Koordinierungsstelle der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) darüber zu informieren. Diese bundesgesetzlichen Neuregelungen haben in der Praxis nicht die erwartete Wirkung gezeigt. Defizite betreffen insbesondere die Ausgestaltung der Kompetenzen der Rechtstellung des Transplantationsbeauftragten und dessen Finanzierung.¹¹

2.2 REFORMEN UND REFORMVORSCHLÄGE

2.2.1 *Das Zweite TPG-Änderungsgesetz*

Seit langem ist bekannt, dass die Identifizierung von möglichen Spendern und deren Meldung, die sogenannte Spenderrealisierung, in den Entnahmekrankenhäusern (§ 9a TPG) sehr unterschiedlich gehandhabt wird. In einer neueren Untersuchung, die den Zeitraum zwischen 2010 und 2017 umfasst, kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass insgesamt ein erhebliches Identifikations- und Meldedefizit besteht.¹² Obwohl die Anzahl der möglichen Organspender im genannten Zeitraum von knapp 24.000 auf mehr als 27.200 angestiegen sei (Zunahme um 13,9 Prozent), sei die Kontaktquote (gemeint ist die Kontaktaufnahme zur DSO) von 11,5 Prozent auf 8,2 Prozent gefallen. Entsprechendes gelte für die sogenannte Realisationsquote, die das Verhältnis von realisierten Organspenden zu möglichen – »potenziellen« – Organspendern ausdrückt und eine Abnahme von 5,4 Prozent auf 3,2 Prozent ausweist.¹³ Mit Blick auf diese Zahlen

¹⁰ Siehe Bundestagsdrucksache 17/9030, S. 20; zur Regelung, A. Engels, in: W. Höfling (Hrsg.), TPG. Kommentar, 2. Aufl. 2013, § 2 Rn. 2 ff.

¹¹ Siehe zur Kritik an den entsprechenden Handlungsempfehlungen Deutscher Ethikrat, Hirntod und Entscheidung zur Organspende, Stellungnahme vom 24. Februar 2015, S. 171 f.; W. Höfling, Organspende oder Organgewinnung, Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP), 2019, 2 (3).

¹² Vgl. hierzu K. Schulte u. a., Deutsches Ärzteblatt 2018, 463 (464).

¹³ Siehe K. Schulte u. a., Deutsches Ärzteblatt 2018, 463 (464).

ist aber nachdrücklich hervorzuheben, dass nach geltendem Recht eine Meldepflicht nur für Personen bestand, bei denen der Hirntod festgestellt wurde. Einen »potenziellen Spender«¹⁴ gab es bis zur Gesetzesänderung am 22.03.2019 nicht.

Obwohl demnach die vorliegende Interpretation des Zahlenmaterials zu kritischen Fragen Anlass gibt, reagiert nun das Zweite TPG-Änderungsgesetz hierauf folgendermaßen:

- Im Zentrum steht die Stärkung des Status des Transplantationsbeauftragten. So soll es bundeseinheitlich klar definierte Freistellungsregelungen für den Transplantationsbeauftragten geben, die sich auf die Anzahl der Intensiv-Behandlungsbetten oder Beatmungsbetten beziehen. Von erheblicher Auswirkung auf die Verfahrensabläufe in den Entnahmekrankenhäusern dürften die Neuregelungen in § 9b Abs. 1 Satz 5 TPG sein. Danach haben die Entnahmekrankenhäuser sicherzustellen, dass der Transplantationsbeauftragte hinzugezogen wird, wenn Patienten nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen. Darüber hinaus hat der Transplantationsbeauftragte ein Zugangsrecht zu der Intensivstation des Entnahmekrankenhauses und muss alle erforderlichen Informationen zur Verfügung gestellt bekommen.
- Damit der Prozess der Organspende für Entnahmekrankenhäuser kein finanzielles »Verlustgeschäft« darstellt, sieht der Gesetzentwurf vor, dass in Zukunft alle mit der Explantation im Zusammenhang stehenden Leistungen besser vergütet werden.
- Nach dem neugefassten § 9b Abs. 2 TPG sind die Transplantationsbeauftragten u. a. dafür verantwortlich, alle Todesfälle mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung in jedem Einzelfall, insbesondere die Gründe für eine nicht erfolgte Feststellung oder für eine nicht erfolgte Meldung nach § 9a Abs. 2 Nr. 1 oder andere der Organentnahme entgegenstehende Gründe, auszuwerten und darüber die Leitung des Entnahmekrankenhauses mindestens einmal jährlich zu unterrichten. Nach dem neueingefügten § 11 Abs. 1d TPG wertet die Koordinierungsstelle, also die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), diese Daten aus und leitet sie und die Ergebnisse der Auswertung standortbezogen an die nach Landesrecht zuständigen Stellen weiter.

¹⁴ Vgl. Drucksache 19/6915 abrufbar unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/069/1906915.pdf

- Um sicherzustellen, dass in jedem Entnahmekrankenhaus jederzeit eine Hirntoddiagnostik vorgenommen werden kann, soll ein neurologischer und neurochirurgischer konsiliarärztlicher Bereitschaftsdienst institutionalisiert werden. (§ 9c TPG)

2.2.2 Widerspruchslösungen und Entscheidungsmodelle als Alternativvorschläge zur sogenannten erweiterten Zustimmungslösung des geltenden Rechts

Über die vorstehend skizzierten organisatorischen, strukturellen und finanziellen Reformen hinaus findet aktuell eine intensive Debatte darüber statt, ob und inwieweit das derzeitige Modell der erweiterten Zustimmungslösung geändert werden soll. Dabei hat insbesondere die vorgeschlagene Neuausrichtung hin zu einem sogenannten Widerspruchsmodell ein überaus kontroverses Echo ausgelöst. In der Diskussion ist allerdings nicht immer klar, wie ein derartiges Widerspruchsmodell im Einzelnen ausgestaltet sein soll. Oft variiert im Zusammenhang mit der sogenannten doppelten Widerspruchslösung die Art der Berücksichtigung der Angehörigen. Zur Klarstellung ist zunächst festzuhalten, dass weltweit (wohl) alle rechtlichen Regelungen zur Organspende eine Einbeziehung von Angehörigen in den Prozess der Organspende vorsehen. Diese kann indes in ganz unterschiedlicher Weise erfolgen:

- Die Angehörigen werden nur nach einem explizit erklärten Willen des Betroffenen gefragt.
- Die Angehörigen werden zusätzlich zu einem mutmaßlichen Willen des Betroffenen befragt.
- Die Angehörigen haben über die beiden genannten Konstellationen hinaus ein eigenes, originäres Widerspruchsrecht für den Fall, dass weder ein erklärter noch ein mutmaßlicher Wille des Betroffenen zu ermitteln ist.
- Die theoretisch denkbare Variante, dass die Angehörigen auch bei einem bekannten Willen des Betroffenen diesen durch ihre eigene Erklärung konterkarieren können, kommt in Deutschland von Verfassungs wegen nicht in Betracht.

Ersichtlich konvergieren erweiterte Zustimmungslösung und Widerspruchsrecht umso stärker, je größer die Entscheidungsbefugnisse der Angehörigen sind. Damit stellt sich die Frage, inwieweit durch einen Systemwechsel

ein Steigerungspotenzial für die Organspende entstünde. In der politischen Debatte zielt daher ein weiterer interfraktioneller Reformvorschlag nicht auf einen Systemwechsel, sondern setzt auf den »nudging effect« (Anstoßwirkung) eines sogenannten Entscheidungsmodells. Demnach sollen alle Bürger, die einen Personalausweis oder Reisepass bzw. deren Verlängerung beantragen, bei dieser Gelegenheit mit den Fragen konfrontiert werden, ob sie einer Organentnahme zustimmen, ihr widersprechen oder derzeit keine Entscheidung treffen wollen.¹⁵

Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Stellungnahme sind die Debatten über eine Neuerung und gegebenenfalls auch ihrer Form noch in vollem Gang.

¹⁵ Die Eckpunkte sind vorgestellt worden von den Abgeordneten Pilsinger (CSU), Schmidt (SPD) und Baerbock (Bündnis 90/Die Grünen).

3 Medizinische Grundlagen und Verfahrensabläufe

3.1 TODESKRITERIEN

Die postmortale Spende in der Bundesrepublik Deutschland orientiert sich am Hirntodkonzept (§ 3 TPG). In zahlreichen Ländern, darunter auch solchen des Eurotransplant-Raumes,¹⁶ erfolgt die postmortale Organspende jedoch auch auf der Grundlage von Herz-/Kreislaufstillstand-Todeskonzepten, wodurch die Debatte um ein ethisch angemessenes Todeskonzept in den letzten Jahren wieder auflebte.

3.1.1 Hirntod

Dem Konzept des Hirntodes zufolge tritt der Tod des Menschen durch den irreversiblen Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms ein (irreversibler Hirnfunktionsausfall, IHA).¹⁷ Mit ihm verbindet sich die Vorstellung, dass jegliches Bewusstsein des betroffenen Menschen irreversibel erloschen ist. Zudem ist infolge der ausgefallenen Funktion des Hirnstamms nach eingetretenem Hirntod eine autonome Atmung nicht mehr möglich, so dass die Körperorgane innerhalb weniger Minuten durch Sauerstoffmangel ihre Funktion einstellen und der Verwesungsprozess beginnt. Da die Herzfunktion nicht unmittelbar von einer intakten Hirnfunktion abhängt, kann allerdings der Blutkreislauf auch bei eingetretenem Hirntod auf einem niedrigen, wengleich oftmals funktional ausreichenden Niveau fortbestehen. Ein Herz- und Kreislaufstillstand tritt beim Hirntoten oftmals erst durch einen Sauerstoffmangel infolge der ausgefallenen Atmung und eine hierdurch bewirkte Schädigung des Herzmuskels ein. Werden die Herzfunktion und der Kreislauf durch entsprechende Medikamente unterstützt und der Patient künstlich beatmet, können der Organismus und seine Organe mit Ausnahme des Gehirns mit diesen Maßnahmen über längere Zeit funktionsfähig gehalten werden. Die Durchführung solcher sogenannter »organprotektiver Maßnahmen« beim Hirntoten stellt eine Voraussetzung für die Entnahme funktional intakter Organe dar.

Das Konzept des Hirntodes beruht auf der Folgerung, dass nach dem endgültigen Erlöschen der Gehirntätigkeit von einer selbstgesteuerten Integ-

¹⁶ Vgl. hierzu: www.eurotransplant.org.

¹⁷ Richtlinien zur Hirntodfeststellung 4. Fortschreibung Bundesärztekammer: DOI:10.3238/arzteblatt.2015.rl_hirnfunktionsausfall_01.

rationsleistung des Organismus als funktionaler Einheit seiner einzelnen Organe nicht mehr die Rede sein kann. »Wenn sämtliche Funktionen des Gehirns für immer erloschen sind und dies nach den verlässlichen Kriterien der Hirntodfeststellung zweifelsfrei diagnostiziert ist, berechtigt dies nach der Hirntodkonzeption zu der Annahme, dass der Mensch tot ist.«¹⁸ Dem Hirntodkonzept liegt daher die Vorstellung zu Grunde, dass das Gehirn sämtliche andere Organe des Körpers zu jener funktional interaktiven Einheit integriert, die den lebenden Organismus ausmacht.

Beide Kriterien zusammen, das irreversible Erlöschen des Bewusstseins und der Verlust der Integrationsfähigkeit des Organismus werden als sichere Indikatoren betrachtet, die es erlauben, auf den bereits eingetretenen Tod des Menschen zurückzuschließen.

3.1.2 Organismischer Tod

Eine andere Auffassung macht geltend, dass der Hirntod keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen ist. Denn es erscheint schwierig, einen Menschen mit irreversiblen Ausfall der Hirnfunktionen als tot zu bezeichnen, wenn sein Organismus – wenngleich mit Hilfe medizinischer Maßnahmen wie künstlicher Beatmung und gegebenenfalls medikamentöser Kreislaufunterstützung – funktionsfähig ist und damit die Kriterien von Leben erfüllt. Der Umstand, dass die funktionale Einheit des Organismus nur mit Hilfe intensivmedizinischer Maßnahmen ermöglicht wird, wird von Vertretern dieser Position nicht als relevant für die Unterscheidung von tot und lebendig angesehen, da die gleichen intensivmedizinischen Maßnahmen bei nicht hirntoten Patienten gerade zu dem Zweck angewendet werden, die Patienten am Leben zu halten. Der Organismus von Patienten, bei denen der Hirntod diagnostiziert wurde, verfügt nämlich noch über vielfältige Funktionen, die für den Organismus als Ganzen eine integrierende Aufgabe wahrnehmen, z. B. die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts einer Vielfalt interagierender physiologischer Parameter durch die Funktion der Leber und der Nieren, des Herz-Kreislauf- und der Hormonsysteme, u. a. Darüber hinaus ist der Mensch mit irreversiblen Hirnfunktionsausfall (IHA) auch fähig zur physiologischen Interaktion mit seiner Umwelt.¹⁹ Demnach leben Patienten auch dann, wenn ihre Gehirne irreversibel die Tätigkeit eingestellt haben und die übrigen Körperfunktionen künstlich aufrechterhalten werden. Gleichwohl stellt der Hirntod auch für Vertreter

¹⁸ Deutscher Ethikrat, Hirntod und Entscheidung zur Organspende, S. 72.

¹⁹ Näher hierzu Deutscher Ethikrat, Hirntod und Entscheidung zur Organspende, S. 84 ff.

dieser Position eine wichtige normative Zäsur dar, da mit der Feststellung des Hirntodes die Pflicht des Arztes entfällt, therapeutisch ausgerichtete Maßnahmen zu ergreifen. »Stattdessen gewinnt nun der Wille des betroffenen Patienten eine entscheidende Bedeutung. Seine Entscheidung, sein Leben nicht nur durch die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen, sondern mit einem Akt der Organspende zu beenden, kann und sollte respektiert werden.«²⁰

3.1.3 Tod durch Herz- und Kreislaufstillstand

Eine weitere Auffassung greift auf das Todeskonzept zurück, das vor der Anfangszeit der modernen Intensiv- und Transplantationsmedizin die Unterscheidung zwischen Leben und Tod ausmachte: die Herzfunktion. Im angelsächsischen Sprachraum werden Organspenden, die unter diesem Todeskonzept durchgeführt werden, als Non-Heart-Beating-Donation (NHBD) bezeichnet. Demnach rechtfertigt der Herz-/Kreislauf-Stillstand die Feststellung des Todes und die Entnahme von Organen. Insbesondere hinsichtlich der Wartezeit zwischen Herzstillstand und Organentnahme hat sich allerdings international bisher keine einheitliche Praxis durchsetzen können. Auf der einen Seite müssen Organe möglichst bald nach Kreislaufstillstand entnommen werden, um ihre Qualität als Spenderorgane zu erhalten. Auf der anderen Seite bestehen Zweifel, dass wenige Minuten nach einem Herzstillstand tatsächlich alle Hirnfunktionen irreversibel erloschen sind. Gleichwohl orientiert sich die Transplantationsmedizin in den USA und z. T. auch in einigen europäischen Staaten in der klinischen Praxis an der NHBD. Auf der Grundlage des Konzepts eines kontrollierten Herz-Kreislauf-Todes haben zahlreiche Länder inzwischen eine deutliche Steigerung des Spendeorgan-Aufkommens erreichen können.²¹ Diese unterschiedliche Regelung der Todesfeststellung muss bei jedem internationalen Vergleich des Spendeorgan-Aufkommens berücksichtigt werden.

3.2 VERFAHRENSABLAUF UND FALLKONSTELLATIONEN

Alle Anstrengungen der Intensivmedizin sind zunächst darauf ausgerichtet, das Leben der Patienten zu erhalten und die Gesundheit möglichst wiederherzustellen. Erst wenn sich abzeichnet, dass das Leben nicht erhalten werden kann, kann eine postmortale Organspende in Betracht ge-

²⁰ Deutscher Ethikrat (Hg.): Hirntod und Entscheidung zur Organspende, S. 97.

²¹ S. etwa V. Rao et al., CMJA vol. 189, 25.09.2017.

zogen werden. Für eine postmortale Organspende kommen in Deutschland nur Verstorbene in Betracht, bei denen der Hirntod festgestellt ist.

Die Art und Weise der Feststellung des Hirntodes ist in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntodes festgelegt.²² Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms.²³ Die Diagnose des Hirntodes erfordert die Erfüllung der Voraussetzungen für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, den Nachweis der klinischen Symptome des Ausfalls der Hirnfunktionen sowie den Nachweis der Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome. Zu den Voraussetzungen zählen, dass klinisch eine akute schwere primäre Hirnschädigung (d. h. das Hirn ist unmittelbar als Organ geschädigt, z. B. nach physischer Einwirkung von außen) oder sekundäre Hirnschädigung (d. h. das Hirn ist mittelbar durch einen anderen Krankheitszustand geschädigt, z. B. Sauerstoffmangel bei Kreislaufstillstand, Vergiftung) vorliegt und dass reversible Ursachen der klinischen Symptome eines Hirnfunktionsausfalls wie Intoxikationen, neuromuskuläre Blockade, Unterkühlung, Kreislaufschock oder ein endokrines oder metabolisches Koma ausgeschlossen sind. Als klinische Symptome des Ausfalls der Hirnfunktionen müssen Bewusstlosigkeit (Koma), Ausfall der Hirnstamm-Reflexe (Lichtstarre beider Pupillen, beidseitiges Fehlen des okulo-cephalen bzw. des vestibulo-okulären Reflexes, beidseitiges Fehlen des Kornealreflexes, das Fehlen einer Reaktion auf Schmerzreize beidseits im Bereich des Nervus trigeminus und von zerebralen Reaktionen auf Schmerzreize außerhalb des Bereichs des Nervus trigeminus, Fehlen des Pharyngeal- und Trachealreflexes) sowie ein Ausfall der Spontanatmung (Apnoe) festgestellt werden. Die Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome wird durch die erneute klinische Untersuchung nach ei-

²² Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung. Deutsches Ärzteblatt | 30. März 2015 | DOI: 10.3238/arztebl.2015.rl_hirnfunktionsausfall_01

²³ Der Hirnstamm umfasst die Hirnstrukturen unterhalb des Zwischenhirns (Diencephalon) mit Ausnahme des Kleinhirns. Zum Hirnstamm gehören demnach das Mittelhirn (Mesencephalon), das Rautenhirn (Rhombencephalon) mit der Brücke (Pons) sowie das verlängerte Rückenmark (Medulla oblongata). In diesem entwicklungsgeschichtlich ältesten Teil des Gehirns werden ankommende Sinneseindrücke und abgehende motorische Impulse verarbeitet und wichtige Lebensfunktionen wie die Herzfrequenz, der Blutdruck und die Atmung reguliert. Überdies werden hier Reflexbahnen für wichtige Reflexe wie den Lidschluss-Reflex, Schluckreflex oder Hustenreflex verschaltet. Der Hirnstamm ist nicht zu verwechseln mit dem Stammhirn, das den Hirnstamm sowie das Zwischenhirn, somit alle Hirnanteile mit Ausnahme von Großhirn und Kleinhirn umfasst.

nem angemessenen Zeitraum (12 Stunden bei primärer und 72 Stunden bei sekundärer Hirnschädigung) oder durch ergänzende Untersuchungen wie den Nachweis einer Null-Linie im Elektroencephalogramm (EEG), das Erlöschen oder den Ausfall evozierter Potenziale oder einen zerebralen Zirkulationsstillstand nachgewiesen.

Es gibt viele Fälle primärer und sekundärer Hirnschädigung, bei denen krankheitsbedingt eine fortschreitende schwere Schädigung des Gehirns zu diagnostizieren ist, der Hirntod jedoch noch nicht eingetreten ist, aber möglicherweise noch eintreten wird. Im weiteren klinischen Verlauf stellt sich dann die Frage, ob eine Fortsetzung der Behandlung medizinisch indiziert ist.²⁴ Ist die Prognose infaust und eine Behandlung mit kurativer Zielsetzung nicht mehr indiziert, ändert sich das Therapieziel hin zu einer palliativmedizinischen Behandlung. Sofern nun aber eine Organspende angestrebt wird, erfordert diese nicht eine palliativmedizinische Behandlung, sondern sogenannte »organprotektive« oder »spendezentrierte« Maßnahmen, die darauf abzielen, die später nach Eintritt des Hirntodes zu entnehmenden Körperorgane in einem transplantationsfähigen, d. h. qualitativ guten Zustand zu erhalten. Hierzu zählen vor allem die künstliche Beatmung, die Verabreichung von Medikamenten zur Kreislaufstabilisierung und intensivpflegerische Maßnahmen. Durch organprotektive Maßnahmen wird der Sterbeprozess unter Umständen angehalten, verlängert bzw. zumindest modifiziert.

Die Durchführung solcher organprotektiver Maßnahmen vor Eintritt des Hirntodes ist ohne Einwilligung des Patienten nicht erlaubt. Organprotektive Maßnahmen sind nur durch einen erklärten oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen zur Spendebereitschaft legitimiert. Eine solche Willensäußerung hat allerdings zur Voraussetzung, dass dem Spendewilligen die Bedeutung organprotektiver Maßnahmen bewusst und er hierüber informiert war. Damit entsteht ein rechtliches und ethisches Problem, das bereits die geltende Regelung der erweiterten Zustimmungslösung betrifft. Denn es ist offensichtlich, dass von einer informierten Einwilligung von Betroffenen in die Durchführung von organprotektiven Maßnahmen vor dem Tod – auch wenn die Betroffenen in eine Organentnahme nach dem Tod eingewilligt haben – derzeit in den allerwenigsten Fällen auszugehen sein dürfte und insofern Zweifel an einer so gelagerten Rechtfertigung für die Einleitung organprotektiver Maßnahmen bestehen.

²⁴ Z. B. bei einer Störung des Kreislaufregulation, Ausfall der Eigenatmung, endokrinologische Störungen, Elektrolytstörungen, Stoffwechsellentgleisungen und Gerinnungsstörungen, Fehlsteuerung der Temperaturregulation.

Aber auch eine Legitimation durch eine Stellvertreterentscheidung stößt auf durchgreifende Bedenken. Auf eine eigenständige Entscheidungsbezugnis von Angehörigen zur Durchführung organprotektiver Maßnahmen vor (oder auch während) der Feststellung des Hirntodes kann nicht zurückgegriffen werden, da sich ihr Entscheidungsrecht aus dem Totensorgerecht ableitet²⁵ und sie nach der transplantationsgesetzlichen Konzeption grundsätzlich erst *nach* Feststellung des Hirntodes Aussagen zu Maßnahmen treffen können. Ebenfalls darf ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer nicht in organprotektive Maßnahmen *vor* Feststellung des Hirntodes einwilligen, da diese Maßnahmen nicht dem therapeutischen Interesse des Betroffenen dienen.²⁶

Die mit dieser Problematik aufgeworfenen Fragen werden durch die neue Gesetzgebung verschärft. Nach § 9b Abs. 1 Satz 5 Nr. 1 TPG müssen die Entnahmekrankenhäuser sicherstellen, »dass der Transplantationsbeauftragte schon dann hinzugezogen wird, wenn Patienten nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen.« Eine weitere Zuspitzung der Problematik würde mit der Einführung einer Widerspruchslösung erfolgen.

Vor diesem Hintergrund stellen sich die ethischen und rechtlichen Fragen je nach klinischer Situation unterschiedlich dar, wie an den beiden nachfolgend dargestellten Fallkonstellationen ersichtlich wird.

3.2.1 Fallkonstellation A: Hirntod ist eingetreten

Wenn bei einem Patienten, der z. B. nach einem Unfall und notärztlicher Versorgung unter Beatmungsbedingungen in ein Krankenhaus eingeliefert wird, nach Aufnahme der Hirntod festgestellt wird, ist eine in kurativer oder palliativer Absicht durchgeführte Therapie nicht mehr indiziert.

Wenn sich die betroffene Person zu Lebzeiten zum Spenden von Organen bereit erklärt hat bzw. Angehörige die mutmaßliche Bereitschaft des bzw. der Verstorbenen zur Organspende erklären oder eine eigenständige diesbezügliche Entscheidung treffen, dürfen organprotektive Maßnahmen nach Feststellung des Hirntodes durchgeführt werden. Diese Fallkonstellation wird in der Praxis relativ selten angetroffen, jedoch in der öffentlichen Diskussion über Organspende und Todeszeitpunkte häufig als typisches Fallbeispiel herangezogen.

²⁵ Entsprechendes gilt im Übrigen für eine Person, die der Betroffene mit der Entscheidung über die Organspende betraut hat.

²⁶ So zu Recht Deutscher Ethikrat, Hirntod und Entscheidung zur Organspende, S. 42 f.

3.2.2 Fallkonstellation B: Hirntod ist nicht eingetreten

Wenn Patienten als mögliche Organspender identifiziert wurden, der Hirntod aber (noch) nicht eingetreten ist, müssen die medizinischen Maßnahmen fortgeführt werden, wenn ein Absterben der zu transplantierenden Organe verhindert und ihre Funktion aufrechterhalten werden soll. Es erfolgt dann keine Therapiezieländerung hin zu palliativen, sondern ein Wechsel zu organprotektiven Maßnahmen.²⁷ Diese Situation ist im Verhältnis zur Fallkonstellation A recht häufig.

Dieser Wechsel zu organprotektiven Maßnahmen bedeutet in der Regel, dass der Sterbeprozess verlängert wird. Sofern der Betroffene ausdrücklich in diese Möglichkeit und in organprotektive Maßnahmen eingewilligt hat, können diese durchgeführt werden. Problematisch sind hingegen diejenigen Konstellationen, in denen zum Zeitpunkt der ärztlichen Beurteilung der Wille des Betroffenen zur Organspende und zu organprotektiven Maßnahmen nicht bekannt ist. Da Stellvertreterentscheidungen nach geltendem Recht (s. 3.2.) ausscheiden, muss bei infauster Prognose eine Behandlungsbegrenzung erfolgen und der Sterbeprozess palliativ begleitet werden. Eine Organentnahme scheidet dann aus.

Als ein besonderes Problem der organprotektiven Maßnahmen wird zudem die Möglichkeit diskutiert, dass sie – wenngleich wohl nur in sehr seltenen Fällen – zur Ausbildung eines Wachkomas (persistierender vegetativer Status, PVS) führen können, in dem der Patient erneut selbstständig atmen und schlucken kann, ohne sein Bewusstsein zurück zu erlangen. In der Literatur finden sich keine Angaben, ob und wie häufig solche Fälle aufgetreten sind.²⁸

²⁷ Organprotektive Maßnahmen werden daher nicht erst nach Feststellung des Hirntods, sondern gegebenenfalls beim noch lebenden Patienten erforderlich.

²⁸ Deutscher Ethikrat, Hirntod und Entscheidung zur Organspende, vgl. 27. Bezug Artikel Schöne-Seifert

4 Ethische Orientierungen

4.1 ETHISCHE FRAGESTELLUNGEN

Der vorstehende Problemaufriss markiert wichtige ethische Fragestellungen und Herausforderungen, die sowohl mit der Einführung eines Widerspruchsmodells als auch mit der Implementierung der bereits in Kraft getretenen organisationsstrukturellen Gesetzesänderungen verbunden sind:

- Ist es ethisch vertretbar, den Akt der *Organspende* von der Zustimmung des Betroffenen abzukoppeln und einen fehlenden Widerspruch als Legitimationsgrundlage als ausreichend anzusehen? Lässt sich die transplantationsmedizinische Versorgung auf eine »Sozialpflichtigkeit« des menschlichen Körpers und auf eine Auffassung der Organe als Gemeinschaftsgut stützen (vgl. Kap. 4.2)?
- Berücksichtigen die Reformen, dass die Entscheidung zur Organspende häufig eine Entscheidung über die Art des eigenen Sterbens ist? Wie lassen sich organprotektive Maßnahmen rechtfertigen (vgl. Kap. 4.3)?
- Lässt sich eine eingehende Aufklärung über die Grundlagen und Konsequenzen der Hirntodkonzeption, die deutlich über die bisherige Praxis hinausreicht, sicherstellen? Welche Probleme werden durch die mit einem Widerspruchsmodell verbundenen diesbezüglichen gesetzlichen Normierungen hervorgerufen (vgl. Kap. 4.4)?
- Was bedeutet die Fokussierung auf die Identifizierung möglichst aller »potenzieller Organspender« für die Kultur der palliativen Begleitung und der Kultur des Sterbens (vgl. Kap. 4.5)?
- Wie lässt sich eine umfassende Organentnahme mit der Würde des Verstorbenen in Einklang bringen (vgl. Kap. 4.6)?

4.2 DIE FRAGE NACH ORGANEN ALS GEMEINSCHAFTSGUT

Durch die postmortale Spende und Transplantation von Organen kann das Leben von Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung auf ein Spenderorgan angewiesen sind, gerettet werden. Nach realistischen Schätzungen sterben in Deutschland täglich im Durchschnitt drei Menschen, deren Leben durch ein gespendetes Organ hätten erhalten werden können. Auch wenn der Hinweis zutrifft, dass Menschen nicht an fehlenden Organen sterben, sondern an ihrer Grunderkrankung, kann dadurch der Einwand nicht rela-

tiviert werden, dass ihnen durch ein Spenderorgan hätte geholfen werden können. Beide Kirchen in Deutschland wie auch das Römische Lehramt der Katholischen Kirche bejahen grundsätzlich die Organspende als einen Akt der Nächstenliebe.²⁹

Legt man ein Menschenrecht auf eine angemessene soziale Gesundheitsversorgung zu Grunde, kann es nahe liegen, auf eine »Sozialpflichtigkeit« des menschlichen Körpers *post mortem* zu schließen. Der Wert eines toten Körpers liegt einer solchen Auffassung zufolge darin, dass er auch über den Tod des Individuums hinaus noch durch die Entnahme (einiger) seiner Organe kranken Menschen zu einem Weiterleben verhelfen bzw. zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität dienen kann.

Überdies würden durch die Entnahme von Organen *post mortem* keine Pietätspflichten verletzt, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind: Erstens muss eine ausdrückliche Erlaubnis zur Organspende vorliegen (Spender oder Angehörige) und zweitens muss die Feststellung des Hirntods und die Explantation nach den Regeln ärztlicher Kunst erfolgen.

Insofern könnte eine moralische wie auch eine rechtliche Pflicht zur Organspende erwogen werden. Gegen diese Positionen werden allerdings folgende Einwände erhoben:

1. In der Rede von Organspende bzw. Organspender kommt zum Ausdruck, dass die Bereitschaft zu einer solchen Spende Gabecharakter hat, die seitens des Spenders/Gebers freiwillig erfolgt und von einem potenziellen Empfänger nicht einfach eingefordert werden kann. Unter dieser Rücksicht kann weder von einer rechtlichen oder moralischen Pflicht zur Organspende noch von einer Sozialpflichtigkeit des menschlichen Körpers *post mortem* gesprochen werden.
2. Im christlichen Verständnis wird die freiwillige und informierte Spende von Organen als ein »Werk der Übergebühre« eingeordnet, zu dem niemand von Seiten Dritter moralisch wie rechtlich verpflichtet werden darf. Freilich ist auch vor einer moralischen »Überhöhung« der postmortalen Spende insofern zu warnen, da im Unterschied zur Lebendspende der Empfänger des Organs dem Spender nicht

²⁹ Vgl. DBK/EKD, Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen in Deutschland, Bonn-Hannover 1990; DBK/Glaubenskommission, Hirntod und Organspende (Nr. 41), Bonn 2015; Papst Johannes Paul II., Enzyklika. Evangelium vitae, Rom 1995, Nr. 86; Papst Benedikt XVI. Ansprache an die Teilnehmer am Internationalen Kongress der Päpstlichen Akademie für das Leben zum Thema: Ein Geschenk für das Leben. Zum Problem der Organspende, Rom 7. November 2008.

bekannt ist. Die Spende wird von Dritten einem anonymen Empfänger zugeteilt, der wiederum seine Dankbarkeit einem Spender nur noch im Gedenken erweisen kann, weil dieser bereits verstorben ist. Insofern ist die Differenzierung hilfreich, die postmortale Organspende geschehe im »Geist der Nächstliebe«. ³⁰

3. Kontrovers wird in katholischer wie evangelischer theologischer Ethik die Frage diskutiert, ob für Christen das »Ja« oder »Nein« zur Organspende als unter moralischer Rücksicht gleichwertig anzusehen sei. Wie auch immer diese Frage zu entscheiden ist, so gilt es doch anzuerkennen, dass es durchaus ehrenwerte Motive für ein »Nein« zur Organspende geben kann, von denen nur drei genannt seien: Die Nicht-Einwilligung kann motiviert sein durch die Unsicherheit, ob der Hirntod wirklich der Tod des Menschen ist, oder auch durch Rücksichtnahme auf die Angehörigen, weil die Umstände der Organentnahme das Abschiednehmen unter Umständen stark belasten können. Auch bergen organprotektive Maßnahmen Unsicherheiten, ob und in welcher Form der Sterbeprozess verlängert werden darf.

Die Frage, ob Organe als ein gemeinschaftliches Gut anzusehen sind oder ob die Verfügung hierüber ausschließlich und ohne Präjudiz dem Individuum zu überlassen ist, hängt von anthropologischen, ethischen und verfassungsrechtlichen Vorentscheidungen ab. Festzuhalten ist indes, dass die Frage, ob die Entscheidung zur *Organspende* und insbesondere zur Inkaufnahme organprotektiver Maßnahmen der individuellen Einwilligung oder dem Widerspruch überlassen bleibt, nicht eine bloß graduelle normative Verschiebung darstellt, sondern einen grundsätzlichen normativen Paradigmenwechsel reflektiert.

4.3 FREIWILLIGKEIT DER ORGANSPENDE

Der moralische Wert der Organspende hängt von ihrer Freiwilligkeit ab und setzt somit die Selbstbestimmung des Spenders voraus. Daher sollte eine rechtliche Regelung der postmortalen Organspende das Ziel verfolgen, die Ausübung autonomer Selbstbestimmung zu Lebzeiten zu ermöglichen. Zugleich sollte sie aber auch die berechtigten Interessen der potenziellen Organempfänger berücksichtigen, da auch auf ihrer Seite fundamentale Güter wie die Gesundheit und das Leben auf dem Spiel stehen.

³⁰ Vgl. E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Freiburg i. Br. 2009, S. 425.

Für die auf der Warteliste geführten schwer erkrankten Organempfänger, die auf die Zuteilung eines geeigneten Spenderorgans warten, wäre auch eine geringfügige Erhöhung der Zahl zur Verfügung stehender Organspenden eine Hilfe. Eine erweiterte Widerspruchsregelung und die hierdurch geschaffene Norm zur Organspende würde dafür jedoch in Kauf nehmen, dass das in ethischer Hinsicht unverzichtbare Kriterium der Freiwilligkeit hinter die Interessen der Organbeschaffung zurücktritt. Selbst wenn man eine Organspende als zumutbar, angemessen und verhältnismäßig ansieht, und auf Grund der dringlichen Angewiesenheit der Empfänger auf die Organspende eine allgemeine moralische Hilfsverpflichtung der Bevölkerung annehmen wollte, bliebe die Erfüllung dieser Pflicht nur dann ein moralisch vertretbarer Akt, wenn die möglichen Spender in autonomer Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechtes in sie eingewilligt und zu Lebzeiten eine wohlerrungene Entscheidung gefällt haben.

Der Einwand, auch die Widerspruchsregelung gehe von der Freiwilligkeit der Organspende aus, da man sich der gesetzlichen Vermutung eines potenziellen Organspender-Status durch eine einfache Erklärung ohne Begründung entziehen könne, erscheint in mehrfacher Hinsicht problematisch. Zunächst ist zu konstatieren, dass eine Widerspruchsregelung eine Nicht-Erklärung oder das Unterlassen des Widerspruchs als Zustimmung zur Organentnahme *deutet* und damit eine Rechtsfiktion postuliert, die den in Deutschland geltenden (medizin-)ethischen Prinzipien und dem geltenden Arztrecht ansonsten fremd ist. Beide sind durchgängig vom Erfordernis der informierten Einwilligung (*informed consent*) als Ausübung der Patientenautonomie geprägt, während eine Widerspruchslösung ein starkes fremdbestimmtes Moment in Gestalt einer vorbestimmten Norm in den Entscheidungsprozess einbringt. Zudem würde eine Widerspruchslösung ausgerechnet in einem Entscheidungsfeld, in dem es, wie oben dargelegt, um Leben, Sterben und Tod geht, einer starken Rechtfertigung bedürfen angesichts der Tatsache, dass sich der Rechtsstaat in anderen Sphären des rechtlich geordneten Zusammenlebens nicht auf eine nur vermutete bzw. solcher Art gedeutete Zustimmung der Betroffenen verlässt. Die einzige Ausnahme bildet das Handelsrecht, das wegen der leichteren Abwicklung von Tauschgeschäften in einigen Bestimmungen nach dem Grundsatz »Wer schweigt, stimmt zu!« verfährt. Überträgt man dies auf die Organspende, würde Urteilsenthaltung als Zustimmung oder ein nicht-ingelegtes »Nein« als »Ja« gedeutet.

4.4 INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Eine selbstbestimmte Entscheidung ist unbedingt auf eine umfassende Information angewiesen, die sich bei der mit einer Widerspruchslösung verbundenen Rechtsfiktion kaum mit hinreichender Sicherheit herstellen und absichern ließe. Konkret wäre damit die hohe Wahrscheinlichkeit verbunden, dass jemand aus Unkenntnis gegen seinen Willen als Organspender betrachtet wird, weil er über die rechtlichen Folgen eines unterlassenen Widerspruchs nicht aufgeklärt war. So wissen Umfragen zufolge 76 Prozent der Befragten in Spanien nicht, dass sie ausdrücklich widersprechen müssen, wenn sie nicht als Spender gelten wollen. In Österreich, wo die Widerspruchsregelung schon seit vielen Jahren in Geltung ist, sind dies immerhin noch 68 Prozent.³¹

Vor diesem Hintergrund ist aus ethischer Sicht der berechnete Wunsch nach einem Spenderorgan nicht hinreichend, um das Prinzip der informierten Einwilligung relativieren zu können.

Darüber hinaus stellt sich insbesondere die Frage, ob der Staat, indem er mit einem Widerspruchmodell die Organspende und die hierfür notwendigen organprotektiven Maßnahmen zum Regelfall erklärt, seinen Bürgern einen verlängerten bzw. zumindest modifizierten Sterbeprozess auferlegen und zumuten darf. Immerhin würde der Staat beim noch nicht Verstorbenen unter Verwertungsgesichtspunkten in den individuellen Sterbeprozess eingreifen. Jeder Bürger kann aber nach vorheriger Aufklärung seinerseits in organprotektive Maßnahmen einwilligen und ein solches Vorgehen dadurch legitimieren.

4.5 WAHRUNG EINER KULTUR DES STERBENS

Aus ethischer Sicht ist neben einer angemessenen rechtlichen Absicherung der Freiwilligkeit der Spende ein weiteres Desiderat zu nennen, das in der öffentlichen Debatte um eine Erhöhung des Organaufkommens bislang nicht die erforderliche Aufmerksamkeit erhalten hat. In den vergangenen Jahrzehnten fand im medizinethischen Denken und im Selbstverständnis von Ärzten und Pflegekräften ein Wandel statt, der unter dem Stichwort »Förderung einer Kultur des Sterbens« erörtert wird.

Zu einer Kultur des Sterbens gehört neben einer intensiven pflegerischen

³¹ Vgl. F. Breyer, Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?, Berlin u. a. 2006, S. 176.

und menschlichen Begleitung durch Angehörige oder dem Sterbenden nahestehende Personen der Wechsel des Therapiezieles, das nunmehr durch die palliativmedizinische Versorgung bestimmt ist. Im Blick auf die durch das Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende vorgeschriebenen Maßnahmen zur früheren und breiteren Erfassung potenzieller Organspender kann es dabei zu einem Zielkonflikt zwischen der Erhöhung der Organspendezahlen und der sachgerechten und personengerechten palliativen Begleitung kommen, der bei der konkreten Umsetzung der vorgeschriebenen Verfahrensschritte zu beachten ist. Bei der Suche nach potenziellen Spendern muss ein solcher Zielkonflikt vermieden werden.

Zu einer Kultur des Sterbens gehört eine Sichtweise, die den Sterbeprozess als eine eigene Behandlungsphase ansieht, die von der vorrangigen Sorge um das Wohl des Sterbenden geprägt sein muss.

Die in den letzten Jahrzehnten gewachsene Einsicht, dass während der Sterbephase alle pflegerischen und medizinischen Maßnahmen primär dem Wohlergehen des Sterbenden zu dienen haben, stellt einen hohen moralischen Wert dar, der durch das Bestreben, potenzielle Spender frühzeitig zu identifizieren und bis zum Eintritt des Hirntodes weiter zu behandeln, nicht wieder aufs Spiel gesetzt werden sollte.

Vor diesem Hintergrund muss bei der konkreten Umsetzung der Vorgaben des GZSO darauf geachtet werden, dass die Belange des Sterbenden und die Erfordernisse einer menschenwürdigen Gestaltung des Sterbeprozesses ausreichende Beachtung finden. Dieser Anspruch stellt sich besonders im Kontext konfessioneller Trägerschaften.

4.6 PIETÄT GEGENÜBER DEM VERSTORBENEN

Auch wenn kontroverse Auffassungen bezüglich des Todeskriteriums bestehen, wird der Mensch nach Eintritt des Hirntodes im Hinblick auf einen würdevollen Umgang als Verstorbener angesehen. Zur Pietät gegenüber Verstorbenen gehört, dass der Körper würdevoll behandelt wird. Dies kontrastiert mit den invasiven Vorgängen bei einer umfassenden Entnahme von Organen. Rechtfertigend für die Organentnahme ist die Weiterverwendung der Organe zu medizinischen Zwecken, soweit damit die Achtung vor der Würde des Verstorbenen und eine Wertschätzung der Entscheidung zur Organspende einhergeht. Dies findet beispielsweise Ausdruck in geeigneten Umgangsformen und operativen Techniken während der Explan-

tation wie auch in einer möglichst vollständigen Wiederherstellung des äußeren Erscheinungsbildes des Verstorbenen nach der Organentnahme. »Pietät und Ehrfurcht sind eine Frage der Haltung, mit der die Lebenden die Erinnerung des Verstorbenen pflegen, sie erfordern keinesfalls die körperliche Unversehrtheit des Leichnams.«³²

Zudem bilden die die Toten ehrenden Bestattungsriten einen wichtigen Bestandteil der menschlichen Kultur. Wer den toten Leib schädigt, der beschädigt damit auch den Respekt vor diesem Menschen und missachtet die Selbstbestimmung der Person.

In der Achtung vor der Würde des Verstorbenen und der hierin gründenden Pietät liegt oftmals ein Grund für die Zögerlichkeit bis Ablehnung von Angehörigen gegenüber einer Organentnahme. Doch bei aller positiven Würdigung der Pietät ist zu konstatieren, dass die Entnahme von Organen von einem Verstorbenen nach der gegenwärtigen erweiterten Zustimmungslösung den Charakter einer in einem reflektierten Prozess erfolgten Spende trägt und mit seiner ausdrücklichen oder zumindest mutmaßlichen Einwilligung erfolgt.

³² Eberhard Schockenhoff, Ethik des Lebens, S. 421 f.

5 Empfehlungen

Auf der Grundlage der oben ausgeführten Argumente kommt der Ethikrat zu den nachfolgend aufgeführten Empfehlungen. Die Empfehlungen richten sich zum einen an die politischen Entscheidungsträger und den Gesetzgeber und zum anderen an die Entnahme-Krankenhäuser, vornehmlich solche in konfessioneller Trägerschaft.

5.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE POLITIK

1. Ablehnung einer Widerspruchslösung:

Die Entscheidung zur Organspende setzt notwendigerweise eine freie und selbstbestimmte Entscheidung über das eigene Sterben sowie die Spende der Organe seitens des Spenders bzw. der Angehörigen voraus. Eine Widerspruchslösung, gleich welcher Ausprägung, wird einer freien und selbstbestimmten Entscheidung nicht hinreichend gerecht.

Der Ethikrat kann daher die Einführung einer Widerspruchslösung nicht befürworten.

2. Umfassende und sachkundige Aufklärung:

Die erweiterte Entscheidungslösung lässt hinsichtlich der Aufklärung bei der Entscheidung zur Organspende, namentlich in der gegenwärtigen Form der Organspendeausweise, erhebliche formale und inhaltliche Mängel erkennen. Zwar besteht eine gesetzliche Pflicht, dass Informationsmaterial von Krankenkassen und Krankenversicherungen regelmäßig verschickt wird, jedoch kann dieses Vorgehen faktisch eine adäquate Aufklärung der Bürger nicht sicherstellen. Die Aufklärung muss das Hirntodkonzept als Grundlage der Organspende und die diesbezügliche Kritik sowie die bei einer Organentnahme durchgeführten Prozeduren einschließlich organprotektiver Maßnahmen darstellen. Auf Wunsch einer spendebereiten Person muss die Möglichkeit eines ärztlichen Gesprächs sichergestellt werden.

Der Ethikrat empfiehlt dem Gesetzgeber, eine wiederkehrende umfassende und sachkundige Aufklärung jedes Bürgers sicherzustellen. Zudem sollte auf dieser Grundlage eine obligatorische Äußerungspflicht für jeden Bürger eingeführt und dafür ein geeignetes Verfahren, das der Bedeutung der Entscheidung gerecht wird, zur Verfügung gestellt werden.

3. Regelung organprotektiver Maßnahmen:

Die zeitliche Phase organprotektiver Maßnahmen kann zu einer Verlängerung des Sterbeprozesses und zudem zu einer erheblichen psychischen Belastung der Angehörigen führen.

Der Ethikrat fordert den Gesetzgeber auf, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts Regelungen zur Zulässigkeit organprotektiver Maßnahmen zu treffen. Dabei sollte der Zeitraum organprotektiver Maßnahmen auf 48 Stunden vor Beginn der Hirntoddiagnose begrenzt werden.

5.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE KRANKENHÄUSER

1. Aufklärung und Einbeziehung der Angehörigen bzw. der rechtlichen Vertreter:

Ungeachtet der geltenden Rechtslage empfiehlt der Ethikrat den Entnahmekrankenhäusern, Verfahrensregeln zu schaffen, die darauf abzielen, unter Einbeziehung der Angehörigen bzw. der rechtlichen Vertreter vor Einleitung organprotektiver Maßnahmen einen entsprechenden Willen des Betroffenen zu eruieren.

2. Therapiezielwechsel und Transplantationsbeauftragte:

Der Ethikrat beurteilt die in der gesetzlichen Neuregelung zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Struktur bei der Organspende festgelegte Stellung und die Kompetenzen des Transplantationsbeauftragten kritisch, da die Gefahr besteht, dass das Arzt-Patient-Verhältnis als Kernbestand der Behandlungsbeziehung relativiert wird.

Der Ethikrat empfiehlt sicherzustellen, dass in Krankenhäusern die primäre Behandlungsbeziehung, Indikationsstellung und Therapieentscheidung immer beim behandelnden Arzt liegt. In jeden Behandlungsfall, in dem der Transplantationsbeauftragte hinzugezogen oder eigenständig aktiv wird, sollte seitens des Krankenhauses auch ein Palliativmediziner eingebunden werden. Ferner sollen Transplantationsbeauftragte in konfessionellen Krankenhäusern mindestens in ihrer hälftigen Arbeitszeit auch ärztliche Aufgaben wahrnehmen und zudem eine palliative Ausbildung erhalten.

3. Begrenzung organprotektiver Maßnahmen:

Organprotektive Maßnahmen werfen ungeachtet der rechtlichen Problematik ethische Fragen auf, die einer differenzierten Güterabwägung bedürfen. Zu letzteren zählen das Spektrum und die zeitliche Dauer organprotektiver Maßnahmen (zur Dauer s. 5.1.3)

Der Ethikrat empfiehlt, dass in den Kliniken Maßnahmen der Reanimation durch Thoraxkompression (Herzdruckmassage) zur Aufrechterhaltung des Kreislaufs allein zum Zwecke der Organprotektion unterlassen werden.

4. Palliative Kultur:

Eine palliative Kultur, die die Würde des Sterbenden und des Verstorbenen betont, stellt ein wesentliches Merkmal konfessioneller Krankenhäuser dar.

Der Ethikrat empfiehlt, in den Krankenhäusern geeignete Strukturen des sozialen Rückhaltes und der Unterstützung bei Entscheidungsfindungsprozessen zu etablieren. Hierzu gehören eine transparente Kommunikation der medizinischen Entscheidungen beim Therapiezielwechsel, das Angebot für eine pastorale und psychologische Betreuung von Angehörigen sowie das Angebot eines Abschiedsritus für die Angehörigen. Überdies ist es Aufgabe konfessioneller Krankenhäuser, eine seelsorgliche Begleitung für Pflegende und Ärzte z. B. in Form von regelmäßigen Gesprächen anzubieten.

6 Appendix

6.1 INFORMATION ÜBER DEN ETHIKRAT KATHOLISCHER TRÄGER VON GESUNDHEITS- UND SOZIALEINRICHTUNGEN IM BISTUM TRIER (EKT)

Träger des Ethikrates sind die Marienhaus Unternehmensgruppe, die BBT Gruppe, die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts), die cusanus trägergesellschaft trier mbH (ctt), die Franziskanerbrüder vom Hl. Kreuz (Hausen/Wied) sowie die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Karl Borromäus (Trier). Der Trägerübergreifende Ethikrat bearbeitet konkrete ethische Fragen von übergeordneter Bedeutung, die sich in den Einrichtungen der genannten Trägergesellschaften ergeben. Er bearbeitet auch Themen, die im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs besonders erörtert werden und wesentliche Bedeutung für die Arbeit der Träger erlangen können.

6.2 DIE MITGLIEDER DES ETHIKRATES

Prof. Dr. Johannes Brantl

Theologische Fakultät Trier; Lehrstuhl für Moraltheologie

Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann (Vorsitzender)

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin

Prof. Dr. Wolfram Höfling

Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht

Prof. Dr. Helen Kohlen

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Care Policy und Ethik in der Pflege

Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC
Professor em. für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Prof. Dr. Johannes Reiter
Professor em. für Moraltheologie der Katholisch-Theologischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Stephan Sahm
Ketteler Krankenhaus, Offenbach; Chefarzt Medizinische Klinik I

Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff (Stellvertreter Vorsitzender)
Theologische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Lehrstuhl für Moraltheologie

Prof. P. Dr. Josef Schuster SJ
Professor em. für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main

Dr. Verena Wetzstein
Studienleiterin an der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg

Ständiges beratendes Mitglied

Weihbischof Prälat Franz Josef Gebert
Vorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Trier e.V.

Koordinator

Prof. Dr. Ingo Proft
Moraltheologe und Bioethiker, Leiter des Ethik-Instituts an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

KONTAKT

Ethik-Institut an der PTHV
Geschäftsstelle des Ethikrates katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

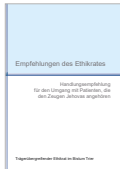
Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@pthv.de

STELLUNGNAHMEN DES ETHIKRATS

Die Stellungnahmen des Ethikrats sind im Ethik-Institut an der PTHV verfügbar.
Die digitalen Versionen finden Sie unter:

www.pthv.de/forschung/institute/ethik-institut/ethikrat/stellungnahmen-des-ethikrats/



Handlungsempfehlung für den Umgang mit Patienten, die den Zeugen Jehovas angehören

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage
ISSN 2194 -1386



Assistierter Suizid

Erscheinungsjahr: 2016
3. Auflage



Postkoitale Antikonzipation (»Pille danach«)

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage



Plastisch-ästhetische Chirurgie

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage



Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen

Erscheinungsjahr: 2017



Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Erscheinungsjahr: 2018
ISBN 978-3-00-059782-4

ISBN 978-3-00-063165-8