

Organspende - eine Christenpflicht?

Herzlichen Dank für die Einladung, heute hier zu Ihnen zu sprechen. Ich freue mich, daß Sie als kirchlicher Veranstalter ein Thema aufnehmen, daß immer noch ein heisses Eisen ist, wenngleich die glühenden Auseinandersetzungen darum in unserem Lande durch die Schaffung eines gesetzlichen Handlungsrahmens bereits vor einigen Jahren fast zum Erkalten gekommen sind. Doch ich bin gewiß: wir brauchen sie dringend, die Diskussion, die Sie heute hier anzetteln. Denn es geht bei dem Thema Organverpflanzung - auch jenseits der juristischen Regelung - 1. um existentielle Fragen auf Leben und Tod (und zwar bei der sogenannten "Postmortalen" Transplantation ebenso wie bei der "Lebendspende" - beides wird hier heute im Laufe dieses Workshop zur Sprache kommen), 2. um die Vergewisserung, wie wir uns selber als Menschen, als leib-seelische Wesen verstehen und schließlich 3. um die soziale und humane Frage, was unser Miteinander als Menschen bedeutet und austrägt, in diesem Land und auf dieser Erde.

Dabei kann ich meine persönliche Betroffenheit durch das Thema Organverpflanzung nicht leugnen. Im Laufe von fünf Jahren begleitete ich als Seelsorgerin und Ethikreferentin eines großen kirchlichen Krankenhauses etliche hirntote Patienten, Kinder, Jugendliche, Erwachsene, und auch ihre Angehörigen, führte viele Gespräche mit Organempfängern, mit Intensivpflegern und -schwestern, mit Anästhesisten, Chirurgen, ganz konkret auch mit Explanteuren und begleitete schließlich eine Patientin unseres Hauses eine Nacht lang durch eine umfangreiche Explantation. All diese Begegnungen, Gespräche und Erfahrungen haben mir geholfen, meine Einstellung zu Fragen der Transplantation immer wieder zu differenzieren.

Gerade deshalb empfinde ich es als völlig unberechtigt, die Organtransplantation als die höchste Kunst der medizinischen Wissenschaft und des chirurgischen Könnens darzustellen. Zu laut wird von den Erfolgen, zu leise von den Schattenseiten der Transplantation gesprochen. Die im satten Vierfarbdruck von blühendem Familienleben erzählenden Informationshefte der Stiftung Organtransplantation malen ein Paradies vor Augen, das keine Zweifel oder Kritik erlaubt. Die von den Transplantationszentren betreuten „Selbsthilfegruppen“ von Organtransplantierten werden von manchen Betroffenen als reine „Erfolgsmacherei“ der Medizin erlebt: Für kritische Rückfragen oder die Rückmeldung unangenehmer Erfahrungen – wie etwa eigene psychische Probleme mit einem fremden Organ oder mit heftigen Immunreaktionen - bleibe da kein Raum.

Durch das Transplantationsgesetz gilt in unserem Land seit 11 Jahren die sogenannte "erweiterte Zustimmungsregelung" zur Organspende. D.h. wenn ein als hirntod diagnostizierter Sterbender nichts im Voraus verfügt hat, sind seine Angehörigen gefragt, die Zustimmung (oder ggf. auch Ablehnung) zur Organspende auszusprechen. Nach meiner Beobachtung bedeutet dies eine komplette Überforderung für Angehörige, die oft gerade erst den lätaalen Ausgang eines tragischen Unfalls oder eines plötzlichen Zusammenbruchs ihrer Lieben begreifen müssen.

Sinnvoll und weiterhin dringend nötig erscheinen mir deshalb umfangreiche (und unabhängige) Aufklärungskampagnen in unserem Land, die das Ziel haben sollten, daß möglichst viele Menschen tatsächlich einen Organspendeausweis bei sich tragen, aus dem hervorgeht, ob sie

persönlich einer Organentnahme zustimmen oder sie ablehnen. Und ich wünsche uns, daß auch die heutige Veranstaltung zu solch einer Aufklärung beiträgt.

Mein Beitrag ist in vier Abschnitte unterteilt: 1. Was heisst hier "Christenpflicht"? Zwischen Respekt vor individueller Gewissensbindung und politischem Auftrag 2. Ein komplexes Gewebe - Gedanken zum Beziehungsgeflecht um Transplantationen 3. "Sterben als ein Teil des Lebens" - Gedanken zur Definition "Hirntod" 4. Eine Pragmatische Lösung: *Gewissen schützen - Leitlinien zum Umgang mit Organentnahmen* in der Diakonissenanstalt Flensburg. In einem abschließenden Teil sind die zentralen Aussagen dieses Vortrags als Thesen gebündelt.

1. Was heisst hier "Christenpflicht"?

Zwischen Respekt vor individuellen Gewissensbindungen und politischem Auftrag

Ethik ist die Kunst, Abwägungsentscheidungen zu treffen. Die Argumente für oder gegen eine konkrete Entscheidung sind oft nicht im vorhinein auszuloten, sondern können häufig erst im Verlauf eines Entscheidungsweges allmähig sondiert und gefunden werden. Das gilt auch in besonderer Weise für die eigene Haltung zur Organverpflanzung.

Ich muß zugeben, daß mich persönlich ein Gefühl des Unwohlseins erfüllt bei der Vorstellung, mir das Herz, die Leber oder weitere Organe eines anderen Menschen, ob ich ihm nun in Liebe und Freundschaft verbunden oder mit ihm verwandt bin oder ihn nicht einmal kenne, in meinen eigenen Organismus einpflanzen zu lassen. Bei anderen Materialien - Metall oder Kunststoff beispielsweise - wie sie für Füllungen oder Prothesen verwendet werden, begleitet mich dieses unangenehme Gefühl dagegen gar nicht.

Sie haben mit dem Begriff der "Christenpflicht?" hier eine Provokation an den Anfang gestellt, durch die ich mich herausgefordert finde: Was heisst hier "Christenpflicht"?

Da ist auf der einen Seite das in der Bergpredigt artikuliert jesuanische Gebot der unbedingten Liebe: Liebe deinen Nächsten wie dich selbst, ja, liebet eure Feinde! Es bekommt eine besondere Zuspitzung durch die Forderung einer unbedingten Hingabe. Jesus selber - so setzt es die johanneische Tradition fort - läd die Seinen ein:

Bleibt in meiner Liebe - und ich bleibe bei euch. Niemand hat grössere Liebe als der, der sein Leben läßt für die Brüder. Liebet einander - so bin ich in euer Mitte.

Die hier geforderte Liebesethik soll sich am Handeln Jesu orientieren. Seine Motivation wird als Beispiel hingestellt für die konkrete Gestalt christlicher Ethik. Zielpunkt des Jesuswortes ist die Nachfolge, die Imitatio, die Eigenaktivität der Christen. Es geht um eine Freiheit aus der Bindung an den auferstandenen Christus.

Diese Liebesethik wird gerne von der Transplantationsmedizin als Motiv für die Organspende ins Feld geführt. Die römisch katholische Kirche nennt die Einwilligung zur Organspende "ein beredtes Zeugnis der Nächstenliebe und Solidarisierung mit den Kranken"¹. Darin käme zum Ausdruck "dass das eigene geschenkt empfangene Leben dort zur Entfaltung kommt, wo es sich in der verantwortungsvollen und ganzheitlichen Hingabe an den Anderen auch leiblich 'verzehren' lässt"².

¹ Vgl. dazu Johannes Paul II Evangelium vitae. Enzyklika über den Wert und die Unantastbarkeit menschlichen Lebens (24. März 1995), Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, Bd.120, Nr.86; KKK, Nr. 2296; Erklärung der Deutschen Katholischen Bischofskonferenz in Deutschland: Organtransplantationen, Bonn 1990, Nr.6

² Martin Lintner, Organ-Spende oder Organ-Handel? "Gaben-theologische" Anmerkungen. In: Zeitschrift für Medizinische Ethik 53 (2007), p.73

Sicher kann insbesondere die Lebendspende eines Organs an einen mir nahestehenden Menschen, Ausdruck innigster Verbundenheit sein. Aber ***es wäre ein theologisches Mißverständnis, aus dem Gebot Jesu, den Nächsten zu lieben wie sich selbst, eine moralische Verpflichtung zur Organspende abzuleiten. Handeln aus Nächstenliebe ist eine Frucht des Glaubens an die umfassende Liebe Gottes. Wann und wie sich ein solches Handeln vollzieht, ergibt sich aus der nicht allgemein einklagbaren Gottesbeziehung jedes/jeder Einzelnen.***

Auf der anderen Seite hat bereits die frühe Christenheit die Allzueifrigen aus den eigenen Reihen für der Übertreibung dieser Haltung der Imitatio zu schützen gesucht. So betont der Hebräerbrief:

Christus hat ein für alle Mal das Opfer gebracht - durch seinen Tod am Kreuz. Nun sind keine Opfer mehr nötig.

Diese Ausführungen beziehen sich auf das allgemein altorientalische Verständnis des stellvertretenden Opfers. Im Tempel wurden Opfertiere, geschlachtet und verbrannt oder rituell verzehrt und auf diese Weise den Göttern dargebracht. Dieser Kult galt der Entsühnung der Spender und aller am kultischen Geschehen Beteiligten.

Die Verfasser des Hebräerbriefes stellen diesem alten Opferkult die umfassende Bedeutung des Sterbens Jesu entgegen: Nach dem, was Jesus getan hat, sind keine weiteren Opfer mehr nötig. Das Sterben und der Tod Jesu sind etwas ganz einmaliges. Der vorher treibende Zwang zur Wiederholung ist unterbrochen. Vielmehr ist nun der Auferstandene in seiner Gemeinde gegenwärtig. Zu ihm gehören - im Leben und im Sterben -, das ist nicht eine Sache weiterer Opfer, sondern des Bekenntnisses, des Glaubens.

Das hieße - auch im Blick auf Organspende: Überfordere dich nicht durch die Annahme, du müßtest eigene Defizite durch ein selbsterbrachtes Opfer wettmachen. Nimm dich vielmehr selber an - denn du bist angenommen im Leben und im Sterben. Was dein Leben kostbar und einzigartig macht, kannst du nicht machen, sondern nur empfangen. Du darfst dich staunend einfügen in das alles umfangende Handeln Gottes - das weiter reicht und anderes in dir wandeln kann als ein eingepflanztes Fremdorgan.

Beide Haltungen sind Fundament christlicher Ethik. In wunderbarer Klarheit hat Martin Luther die Basis dieser Ethik festgehalten in seiner kleinen Schrift "Von der Freiheit eines Christenmenschen". Ich erinnere an seine doppelte Formulierung:

Ein Christenmensch ist ein freier Herr aller Dinge und niemandem untertan.

Ein Christenmensch ist ein dienstbarer Knecht aller - und jedermann untertan (in der Liebe).

Das gilt auch für die Fragen der modernen Biomedizin. Als "freie Herren und Herrinnen" sind Christen auch heute nach ihrem eigenen Gewissen frei, zu prüfen und zu entscheiden. Als "dienstbare Knecht und Mägde" sind Christen herausgefordert, sich stets in die innere und äußere Situation anderer einzufühlen und ihr Tun und Lassen zu orientieren an der Liebe. Das heisst in unserem Fall, daß die Frage von "Organspende" niemals zu einem status confessiones werden darf. Von einer "Christenpflicht" zur Organspende dürfe deshalb - zumindest nach protestantischem Verständnis - niemals die Rede sein.

Als zweite These möchte ich darum an dieser Stelle festhalten:

Jeder Mensch zum Ebenbild Gottes geschaffen ist und hat darin seine Würde. Die Würde des Menschen zu achten schließt die Selbständigkeit und Selbstbestimmung jedes/jeder

Einzelnen mit ein. Deshalb ist die Entscheidung über eine Bereitschaft zur Organspende als persönliche Gewissensentscheidung zu treffen.

Doch Luther spricht auch vom "freien Herrn aller Dinge": als Christen sind wir herausgefordert, gesellschaftlich Verantwortung zu übernehmen. Die zentrale Option ist dabei der "Schutz der Schwachen". Auch das wird in den Werbekampagnen der Transplantationszentren gerne als Inbegriff "christlicher Handlungsmotivation" angeführt: "Organspende rettet Leben!" - Wer könnte bestreiten, daß ein totgeweihter Mensch, dem mittels eines fremden Organs noch mehrere Jahre Leben ermöglicht werden können, zunächst schwach und hilfsbedürftig ist. Doch steht ihm gegenüber der Organspender, der seinerseits entweder als Sterbender die eigenen Bedürfnisse nicht mir verbal äußern und nicht handfest verteidigen kann, also auf besonderen Schutz angewiesen ist.

Und besonders gilt diese Option zum Schutz der Schwachen im Blick auf den weltweiten Handel mit Organen, der - gesetzlich verboten - als Schwarzmarkt blüht. Das ist schlimm! Aber meines Erachtens ist es eine logische Konsequenz aus der Ökonomisierung aller unserer Lebensbereiche und eben ganz besonders auch der Medizin. Das Gebot der Ethik sehe ich in dieser Situation nicht darin, die Spendebereitschaft der Gesamtbevölkerung - mit allen rhetorischen Mitteln und Werbestrategien, oder gar durch die Schaffung "finanzieller Anreize" - anzukurbeln, sondern vielmehr darin, die grundsätzliche Zielrichtung des Menschenbildes zu hinterfragen, das in der Transplantationsmedizin seinen handfesten Ausdruck bekommt.

Als "freie Herren" müß(t)en sich Christen im Diskurs um diese Fragen zu Wort melden - ohne eigene Loyalitätsbindungen in medizinische oder pharmazeutische Interessen.

2. Ein komplexes Gewebe - Gedanken zur Beziehungsgeflecht um Transplantationen

Die Transplantationsmedizin ist nur zum Teil ein nach den Regeln der Medizin und der Jurisprudenz festlegbares Terrain. Zum großen Teil geht es hier um ein hochkomplexes Beziehungsgeschehen. Ein Teil der Probleme, vor denen sich die moderne Medizin findet, resultiert daraus, daß die Komplexität dieses Geflechts von Beziehungen nicht mit der nötigen Differenziertheit wahrgenommen und für das je eigene Handeln beachtet wird.

Aus der Vielfalt der Beziehungen, die es hier zu beleuchten gälte, möchte ich nur folgende zu bedenken geben:

Auf der einen Seite sind da kranke Menschen, die aus den Darstellungen der Medizin bzw. der sie behandelnden Ärzte Hoffnung schöpfen: es gäbe mittels einer Transplantation die Möglichkeit, eine schwere Krise doch zu überleben, oder sogar wieder zu einer vorher bereits "verlernten" Qualität körperlicher Integrität zurückzufinden. Diese kranken Menschen haben ihrerseits Angehörige oder auch ein weites Lebensumfeld an Bekannten, die an ihrem Krankheitsgeschehen in unterschiedlicher Weise Anteil nehmen und mit ihnen auf Besserung oder Genesung hoffen.

Auf der anderen Seite sind Menschen, die durch einen tragischen Krankheitsverlauf oder Unfall ganz nah dem Ende ihres Lebens und in Bewußtlosigkeit versunken sind. Auch sie sind in der Regel von Angehörigen und einem weiteren Lebensumfeld mit Bekannten, Arbeitskollegen etc. verbunden. Für die Angehörigen ist die Diagnose "Hirntod" oft zugleich eine erste Begegnung mit der Intensivmedizin. Sie finden sich in den meisten Fällen am Anfang eines Abschieds und zutiefst betroffen durch den dramatischen Verlauf und nahen Tod ihrer Lieben.

Auf beiden Seiten -- der des Empfängers wie der des Spenders -- gilt es sich mit sonst ungewohnten Fragen auseinanderzusetzen: Was würde es einerseits für mich als Empfängerin bedeuten, daß ein Teil von mir früher stirbt? Freilich werden in unserem Körper ständig alte Zellen gegen neue ausgetauscht; die Erneuerung von Körpergewebe ist etwas ganz natürliches. Doch mit den Organen eines anderen Menschen weiterzuleben? Und was hieße es andererseits für mich als Spendeberite, daß ich sterbe und doch ein Teil von mir weiterlebt? Doch anders als in meinen Werken oder in den Erinnerungen meiner Vertrauten oder Nachkommen: Obwohl ich selber zur Ruhe komme, sollen doch einzelne meiner Organe ihre Aktivität noch fortsetzen - nur im Leibe eines anderen Menschen?

Weiter sind da die Behandelnden im Transplantationszentrum und im Krankenhaus. Pflegende versorgen die als "hirntot" Diagnostizierten wie andere, z.B. komatöse Patienten nach dem aufwändigsten Repertoire pflegerischer Kunst. Neurochirurgen sind für die Diagnose des "Hirntodes" zuständig. Anästhesisten begleiten den "hirntoten" Patienten medizinisch. Hochspezialisierte Chirurgen führen die Entnahme der Organe aus dem Leib des Spenders und deren Verpflanzung in den Leib des Empfängers durch. Krankenwagenfahrer und Hubschrauberpiloten sind für den raschen Transport der Organe zuständig, Krankenkassen für die Übernahme der gewaltigen Kosten, Pharmaunternehmen für die Entwicklung und Vermarktung der angemessenen Medikationen zur "Organprotektion" und der dem "hirntoten" Spender vor der Entnahme verabreichten Betäubungsmittel (schließlich sind bei ihm zu diesem Zeitpunkt noch alle Reflexe ausgebildet - und dürfen doch die Durchführung der Organentnahme nicht stören).

Weiterhin gibt es einen gesellschaftlichen Rahmen, der die Auseinandersetzungen um den rechtlichen Status des gesamten Verfahrens klären muß (Gesetzgebung). Dabei ist auch der Begriff der "Organknappheit" kritisch zu hinterfragen. Er suggeriert einen vermeintlichen allgemeinen Anspruch auf den Empfang von Fremdorganen, den zu erfüllen eine Pflicht der Gesellschaft sei. Dagegen ist immer wieder mit aller Deutlichkeit festzuhalten: Es gibt weder einen moralischen noch einen rechtlichen Anspruch der Gesellschaft auf die Organe des oder der Einzelnen.

Schließlich muß auch noch der globale Rahmen, der sowohl weltweite wirtschaftliche Verflechtungen bedeutet (damit auch einen weltweiten Organhandel), als auch die Auseinandersetzung um Werte im Mit-, Gegen- und Nebeneinander unterschiedlicher Kulturen (z.B. mit der Hinrichtungspraxis in anderen Ländern ...).

Das hier aufgeführte Beziehungsnetz ist mit Sicherheit nicht vollständig. Keineswegs will ich es jetzt hier weiter vertiefen. Es soll lediglich verdeutlichen, was ich hier in einer dritten These festhalten möchte: ***Es handelt sich bei der Übertragung von Organen von einem Menschen auf einen anderen immer um das Handeln in einem weit differenzierten Netzwerk. Dabei sind die unterschiedlichen Motive aller Beteiligten - nicht nur die von Organspender und Organempfänger - kontinuierlich zu überprüfen.***

3. "Sterben als ein Teil der Lebens" - Eine kritische Relecture der Hirntoddefinition

Voraussetzung für die Möglichkeit einer Organentnahme ist eine Todesdefinition, die keinen Zweifel an der Endgültigkeit des Zustandes des Spenders lässt. Diese Definition ist bereits in den sechziger Jahren in dem Zustand des „Hirntodes“ gefunden worden. Im Transplantationsgesetz heisst es: „Hirntod ist ein endgültiger, nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (Gesamthirntod), der nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechen, ärztlich festgestellt ist.“³

Die deutsche katholische Bischofskonferenz schloss sich dieser gesetzlich verankerten Definition an und zeigt sich in ihrem eigenen Votum zur Transplantationsmedizin bemüht, es in populär verständlicher Weise aufzuschliessen: „Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschliesslich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äussern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgend etwas entscheiden. Nach dem Hirntod fehlt dem Menschen zugleich die integrierende Tätigkeit des Gehirns für die Lebensfähigkeit des Organismus: die Steuerung aller anderen Organe und die Zusammenfassung ihrer Tätigkeit zur übergeordneten Einheit des selbständigen Lebewesens, das mehr und qualitativ etwas anderes ist als nur eine bleibende Bewußtlosigkeit, die allein noch nicht den Tod des Menschen ausmacht.“⁴

Doch die dem Verfahren der Organübertragung vom deutschen Transplantationsgesetz zugrunde gelegte Definition des Hirntodes ist nicht unumstritten. Während Neurochirurgen und Anästhesisten diese Definition als ausschlaggebendes Todeskriterium akzeptieren, melden sich zahlreiche Kritiker dieser Todesdefinition aus unterschiedlichen Disziplinen zu Wort: Philosophen, Theologen, Ärzte, Seelsorger u.a. Einer der prominentesten unter ihnen ist der Philosoph Hans Jonas, der durch sein „Prinzip Verantwortung“ eine grundlegende ethische Orientierung der Moderne anfragt und entwirft.⁵ Er stellte deutlich heraus, dass die Definition des Hirntodes just in dem Moment (nämlich im Jahre 1968) probat wurde, als ein Interesse an der Verpflanzung von Organen erwachte. Vorher sei lediglich das Ende jeder Durchblutung von Stamm-, Klein- und Grosshirn diagnostiziert worden.

Transplantationsmediziner, die zur Ausübung ihres Berufes auf die Hirntoddefinition angewiesen sind, weisen gerne diese zeitliche Kongruenz zwischen dem Prägen der Hirntoddefinition und dem Transplantationsvermögen zurück. Die Hirntoddefinition inhaltlich füllend betonen sie die Zentralfunktion des Gehirns als personintegrierende Mitte des Individuums. So formuliert H. Angstwurm aus München: „Es gibt nur einen Tod des Menschen, bestehend im völligen und endgültigen Ausfall der den Menschen als Lebewesen kennzeichnenden Lebensmerkmale, im Ende der physisch-metaphysischen Einheit Mensch. Der Tod muß durch sichere Todeszeichen nachgewiesen werden, entweder durch den Hirntod als sicheres inneres oder durch sichere äussere Todeszeichen. Der Hirntod, der unabänderlich endgültige Ausfall der Gesamtfunktion des Gehirns, kann mit der seiner Bedeutung als sicheren Todeszeichen gemäßen Sicherheit

³ Bundesministerium für Gesundheit, Das Transplantationsgesetz 1997

⁴ Deutsche katholische Bischofskonferenz in Deutschland

⁵ Hans Jonas, Technik, Medizin, und Ethik – Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Frankfurt 1987, Seite 233

nachgewiesen werden ... Wer die Bedeutung des nachgewiesenen Hirntodes als Todeszeichen ablehnt, hat nichts zu befürchten, kann aber mit der Hirntodfeststellung auch keine Eingriffe begründen, die wie die Entnahme lebensnotwendiger Organe erst nach der Todesfeststellung in Frage kommen können. ... Die Auswirkungen des Hirntods für den betroffenen Menschen ist ein Gegenstand der Biologie, der Umgang mit dem betroffenen Menschen Gegenstand des Rechts, der Ethik und der Weltanschauung. Der Arzt muß die unterschiedlichen Belange zugleich auseinander- und zusammenhalten.“⁶

Die von Angstwurm geforderte Differenzierung zwischen Biologie einerseits, Recht, Ethik und Weltanschauung andererseits, versucht eine physische Grundlegung zu geben, von der aus dann unterschiedliche Deutungen und Konsequenzen ausgehen könnten: der Hirntod gilt für ihn als „biologisches Faktum“.

Doch die in dieser Formulierung zutage tretende biologistische Engführung stelle ich als Geisteswissenschaftlerin und Seelsorgerin in Frage: als biologisches Faktum lässt sich sehr wohl die Nicht-Mehr-Durchblutung von Groß-, Klein- und Stammhirn herausstellen. Dieses jedoch als „Hirntod“ zu bezeichnen, ist eine Frage der Definition. Deshalb ist es mir sowohl um eine Kritik an der Hirntoddefinition als solcher zu tun, als auch um den Bereich, den Angstwurm als den von „Recht, Ethik und Weltanschauung“ bezeichnet.

Den Hirntod als „völligen und endgültigen Ausfall der den Menschen als Lebewesen kennzeichnenden Lebensmerkmale, als Ende der physisch-metaphysischen Einheit Mensch“ kann ich nicht als Todesdefinition akzeptieren, weil die von Angstwurm ebenfalls zitierten „äußeren Todeszeichen“ fehlen.

In der Begleitung Sterbender habe ich das Zur-Ruhe-Kommen im Prozess des völligen Loslassens als das zentrale, für die Angehörigen und Behandelnden überzeugende Todeskriterium achten gelernt. Tod ist deshalb für mich nicht bloss ein letztlich biologisch definierbarer Zustand, durch Atem- und Herzstillstand, Hautveränderungen („Leichenflecken“), Starre und einsetzende Verwesung gekennzeichnet, sondern das Ende eines Prozesses, in dem die körperlichen Energien abgebaut, die seelischen Energien zugleich durch eine Reihe unterschiedlicher „Verwandlungen“ in Kampf und Ergebung verändert werden. Tod ist für mich daran zu erkennen, daß etwas zur Ruhe gekommen ist, daß die körperlichen Kräfte zu ihrem Ende gekommen sind.

Dieses Todeskriterium ist auf die Situation „Hirntoter“ nicht anwendbar. Bei ihnen zeigen zwar die hochsensiblen Messgeräte ein Null-Linien-EEG an, was von einem Erlöschen der Hirnfunktionen zeugt, doch den restlichen Organen dieses Menschen wird durch die Beatmung und durch (nun eventuell organprotektiv orientierte) Medikation unablässig Energie zugeführt. Der für mein Erleben des Todes elementare Prozess des Loslassens kann hier nicht stattfinden, solange die Intensivbehandlung dieses Menschen fortgesetzt wird. Er ereignet sich erst beim Abschalten all der beteiligten Geräte, bzw. während einiger Minuten im Verlauf einer Explantation; nämlich nach Eröffnung des Körpers, nach der eventuellen Entnahme von Nieren, Leber und anderen Organen, in den Minuten während das Herz entnommen und das Blut dieses Menschen abgeleitet wird. Unter Schweißausbrüchen ist der Todeskampf, der sonst mehrere Stunden oder gar Tage dauern kann, hier in wenigen Minuten auf dem Gesicht des als „hirntot“ deklarierten Organspenders sichtbar. Zurück bleibt eine Hülle, der Körper des Verstorbenen.

⁶ H. Angstwurm - Neurologische Klinik der Ludwig-Maximiliansuniversität, Klinikum Großhadern, München
Zitiert aus der Zeitschrift *Internist*, 1999 – 40:285

Von diesem Todesverständnis her kann ich zwar den „unabänderlich endgültigen Ausfall der Gesamtfunktion des Gehirns“ als grundlegendes Kriterium für die Zulässigkeit einer Organentnahme (bei vorheriger persönlicher Zustimmung des Spenders) akzeptieren, muß jedoch die Definition „Hirntod“ als „völligen und endgültigen Ausfall der den Menschen als Lebewesen kennzeichnenden Lebensmerkmale“ ablehnen.

Von dieser Kritik der Hirntoddefinition her leuchtet ein, daß mir auch der Umgang mit dem betroffenen Menschen nicht lediglich ein Gegenstand „des Rechts, der Ethik und der Weltanschauung“ sein kann (da dem Deutschen Transplantationsgesetz die Hirntoddefinition zugrunde liegt), sondern immer wieder nach den jeweils leitenden Interessen in der fachlichen Debatte wie auch im gesellschaftlichen Diskurs um die grundlegenden Definitionen gefragt werden muss.

Als Hinführung zu einer vierten These fasse ich zusammen:

Der Hirntod ist Kriterium, aber nicht umfassende Definition von Todesfeststellung und Tod.⁷

Denn die „Hirntod“-Definition selber ist bereits ein Ergebnis bestimmter weltanschaulicher Voraussetzungen. Sie setzt ein dualistisches, cartesianisches Verständnis des Menschen voraus: der Ratio als dem bestimmenden Merkmal des Menschlichen (bei Decartes „res cogitans“) steht die Körperlichkeit des Menschen als bloßes Material (bei Decartes „res extensa“) gegenüber.

In dem dualistischen Menschenbild der modernen Medizin ist die von Decartes beschriebene „wahrnehmende Instanz“ des Menschen nicht als eine metaphysische „Seele“ verstanden, sondern als unmittelbar mit dem Gehirn (noch genauer eigentlich nur dem Großhirn) verbunden. Der restliche Körper gilt als von den Funktionen des Gehirns abhängig und damit als sekundär und durch Hilfsmittel, Prothesen oder Transplantate ersetzbar. Ein integrales Menschenbild, das die Geistigkeit und Körperlichkeit des Menschen nicht auseinanderhält sondern in ihrer stets reziproken Abhängigkeit einer umfassenden Leiblichkeit versteht, fehlt der modernen westlichen Medizin bisher.

Deshalb halte ich als vierte These fest:

Die Intensivmedizin, die eine Voraussetzung der Transplantationsmedizin ist, erfordert in besonderer Weise ethisch begründete Kriterien ihrer Begrenzung.

4. Eine pragmatische Lösung

Gewissensbindungen achten - Leitlinien für Explantationen⁸

Habe ich bis hierher die an meiner persönlichen Gewissensfreiheit gereifte Position in Fragen um Organverpflanzung, Organspende und Hirntoddefinition dargelegt, so möchte ich nun anschließend die offizielle Position der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche zitieren.

Als solche ethisch begründeten Kriterien einer Begrenzung der Intensivmedizin und Intensivpflege, wie auch und zu einem konstruktiven Umgang mit den Möglichkeiten der

⁷ Vgl. Johannes Reiter, Strittige Voraussetzungen. Zur Diskussion über Todeszeitpunkt und Organtransplantation. In: Herderkorrespondenz 49 (1995) 123-128

⁸ DIAKO hausinterne Leitlinien für Explantationen, erarbeitet vom Qualitätszirkel Explantation der DIAKO (August 2001)

Transplantationsmedizin hat die Synode der Nordelbischen Landeskirche bereits vor neun Jahren drei Grundsätze festgehalten:

1. Die **Würde der Sterbenden**;
2. Die **Eigenverantwortlichkeit** von Spendern und Empfängern;
3. Die **Unabhängigkeit der Entscheidung von ökonomischen Erwägungen**.

Mit besonderer Betonung gelten die hier genannten Punkte 2 und 3 auch im Blick auf die Lebendspende. Die Nordelbische Kirche hat deshalb formuliert, was ich hier als fünfte These festhalten möchte:

Das freiwillige Opfer von Organen aufgrund einer bewußt getroffenen Entscheidung des Organspenders ist allen Respektes wert.

Die "Lebendspende" eines Organs - etwa zwischen Familienangehörigen - kann als ultima ratio nicht verwehrt werden. Sie muß jedoch auf den konkreten Einzelfall beschränkt bleiben und darf nicht zu einer anonymisierten Praxis auch unabhängig von einer solchen Notsituation anleiten.

Doch Grundsätze sind das eine - die medizinische und pflegerische Realität oft ein anderes. So sagte ich eingangs - Ethik ist die Kunst, Abwägungsentscheidungen zu treffen. Das gilt auch für das Handeln eines kirchlichen Krankenhauses im gesellschaftlichen Kontext der Bundesrepublik Deutschland. In der Diakonissenanstalt in Flensburg haben wir deshalb in Kooperation der unterschiedlichen im Krankenhaus befindlichen Berufsgruppen sowie unter Hinzuziehung von Juristen hausinterne Leitlinien entworfen und eingeführt, die sowohl dem gesetzlichen Rahmen und der aus ihm resultierenden Handlungsverpflichtung Rechnung tragen als auch der Gewissensbindung der einzelnen Mitarbeitenden.

Im August des Jahres 2001 verabschiedete der Ethikrat der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, als leitendes Gremium der Arbeit an ethischen Fragestellungen in den Einrichtungen der DIAKO folgendes Leitlinien für Explantationen für das eigene Haus.

1. Präambel

1.1 Diakonie nimmt teil an der ethischen und politischen Willensbildung der Gesellschaft und hinterfragt sie zugleich. Deshalb können wir als in der Diakonie Handelnde in eine Spannung zwischen dem Anspruch des Evangeliums einerseits, dem medizinisch technischen Fortschritt und dem geltenden Recht andererseits geraten. (vgl. die Synode der Nordelbischen Ev.-Luth. Kirche, 4.-6. 2.1999)

1.2 Unserem diakonischen Auftrag entsprechend steht unser medizinisches, pflegerisches und seelsorgerliches Handeln unter dem Bekenntnis, daß jeder Mensch zum Ebenbild Gottes geschaffen ist und darin seine Würde hat. Die Würde des Menschen zu achten schließt die Selbständigkeit und Selbstbestimmung jedes/jeder Einzelnen mit ein. Deshalb ist die Entscheidung über eine Bereitschaft zur Organspende als persönliche Gewissensentscheidung zu treffen. So hält die Synode der Nordelbischen Kirche fest: „Sowohl die Entscheidung, ein Organ zu spenden oder anzunehmen, als auch die gegenteilige Entscheidung sind vom Glauben her verantwortbar. Beide Entscheidungen können Ausdruck christlicher Mitmenschlichkeit sein.“ (a.a.O. Abs.3)

1.3 Wir betrachten die Transplantation als eine medizinische Möglichkeit, Menschen das Leben zu erhalten, und kooperieren mit dem zuständigen Transplantationszentrum entsprechend

der gesetzlichen Vorgaben (Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen, vom 5.11.1997). Hierin ist die „Entnahme, Vermittlung und Übertragung vermittlungspflichtiger Organe eine gemeinschaftliche Aufgabe“ des Transplantationszentrums und des Diakonissenkrankenhauses in regionaler Zusammenarbeit. In der Sicherstellung dieser Aufgabe berücksichtigen unsere zuständigen Leitungen die Gewissensnöte ihrer Mitarbeitenden bei der Teilnahme an Explantationen in der Diakonissenanstalt. Mitarbeiter, die aus moralischen, weltanschaulichen oder sonstigen Gründen Organtransplantationen ablehnen, werden in keiner Weise dazu herangezogen, sich an Explantationen und Transplantationen zu beteiligen. Gleichmaßen jedoch stehen wir in einer Verpflichtung gegenüber den auf eine Organübertragung hoffenden Patienten.

Voraussetzung für eine Explantation ist dementsprechend der irreversible, totale Ausfall aller Gehirnfunktionen (Hirntod). Von der Akzeptanz des Hirntodes als Definition für den vollständigen Tod des Menschen abweichende Meinungen werden in unserem Hause auch vertreten, hindern aber nicht ein dem Transplantationsgesetz und dem o.g. Synodenbeschuß entsprechendes Handeln.

1.4 Im Blick auf das seelsorgerliche Geleit verpflichten wir uns sowohl zu einer behutsamen Begleitung der Sterbenden wie zu einem würdevollen Umgang mit den Verstorbenen. Wir bemühen uns um eine angemessene Begleitung der Angehörigen der Verstorbenen und aller an der Explantation beteiligten Mitarbeitenden unseres Hauses.

2. Allgemeine Ausführungsrichtlinien

2.1 Die Feststellung des Todes (Hirntod) erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen unabhängig von einer möglichen Organtransplantation. Die Vorgaben der Hirntodfeststellung sind dieser Leitlinie als Anlage beigefügt.

2.2 Die Information und Einholung der Zustimmung zu einer Organexplantation gehört zu den besonders verantwortungsvollen Aufgaben ärztlichen Handelns. Die ordnungsgemäße Durchführung liegt im unmittelbaren Verantwortungsbereich des Chefarztes, dem die ärztliche Betreuung des Patienten und somit auch der Kontakt mit den Angehörigen in der Zeit vor dessen Tode oblag. Er benennt die Kollegen, die diese Gespräche führen sollen.

Die Dokumentation über die Durchführung des Gespräches erfolgt in der Patientenakte mit der Unterschrift der Beteiligten. Zur seelsorgerlichen Begleitung der Patienten, ihrer Angehörigen, sowie der behandelnden Kolleginnen und Kollegen, kann bei diesen Gesprächen ein/e Pastorin/Pastor hinzugezogen werden.

2.3 Das Zustimmungsgespräch erfolgt ausnahmslos erst nach der Feststellung des eingetretenen Hirntodes.

Den Angehörigen bzw. den sehr nahe stehenden Personen sind einleitend die Bedeutung des nachgewiesenen Hirntodes und die sich daraus für den Betroffenen ergebenden Konsequenzen allgemein verständlich und nachvollziehbar darzulegen. Erst daran anschließend kann das Thema „Explantation“ angesprochen und sodann um die Zustimmung zu einer Explantation gefragt werden.

Entscheidende Vorbedingung für die Durchführung einer Explantation sind der mutmaßliche Wille des Verstorbenen und das Einverständnis der Angehörigen bzw. der sehr nahe stehenden Personen.

Die gemäß §11 Absatz 4 des Transplantationsgesetzes erforderliche Meldung an das zuständige Transplantationszentrum erfolgt nach dem Entscheid für oder gegen eine Explantation.

- 2.4** Vor der Meldung an das Transplantationszentrum ist des weiteren abzuklären, ob Personal seitens des Krankenhauses für die Explantation verfügbar ist (OP-Schwester, OP-Springer, Anästhesiepflegekraft, Anästhesist). Für diese beteiligten Berufsgruppen wird eine auf Freiwilligkeit beruhende Bereitschaft zur Organentnahme organisiert.

Sollte trotz dieser freiwilligen Bereitschaft der genannten Berufsgruppen die Organentnahme infolge fehlender Verfügbarkeit eines oder mehrerer Mitarbeiter seitens des Diakonissenkrankenhauses nicht sicherzustellen sein, so ist dies bei der Meldung an das Transplantationszentrum dem Transplantationszentrum mitzuteilen, damit dieser Engpass durch Mitarbeiter des Transplantationszentrums abgedeckt wird.

3. Konkrete Ausführung

- 3.1** Die Feststellung des Hirntodes erfolgt entsprechend der Vorgaben des „Protokoll zur Feststellung des Hirntodes“ durch zwei dafür qualifizierte Ärzte, die diese/n Patienten / Patientin unabhängig voneinander zu untersuchen haben.

Die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt der Intensivstation informiert den zuständigen Chefarzt über das Resultat dieser Untersuchungen. Bei Feststellung des Hirntodes werden im Einvernehmen mit diesem zuständigen Chefarzt nachfolgende Maßnahmen veranlaßt:

- 3.2** Zunächst gilt es festzustellen, ob es Wille des/der Patienten / Patientin ist, postmortal Organe zu spenden (und wenn ja: welche).

a) Liegt ein Organspendeausweis vor, der darüber Auskunft gibt, dann ist dementsprechend zu verfahren. Im Falle einer Ablehnung sind alle weiteren Schritte zu unterlassen, im Falle einer Zustimmung aber ist unverzüglich das Transplantationszentrum zu informieren.

b) Liegt kein Organspendeausweis vor, muß die Information über den Willen der Patientin /des Patienten bei den Angehörigen eingeholt werden. (vgl. 2.2) Zu diesem Gespräch kann eine Pastorin / ein Pastor hinzugezogen werden. (Der Bereitschaftsdienst der Pastoren ist über die Krankenhauspforte erreichbar.)

- 3.2** Wenn der Patient / die Patientin nach erfolgter Zustimmung Organspenderin/Organspender ist, wird zunächst der OP-Koordinator (*Pieper: 62-1602*) bzw. im Bereitschaftsdienst der diensthabende Assistenzarzt der Anästhesie (*Pieper: 62-1690*) informiert. Der OP-Koordinator bzw. der Anästhesieassistentenarzt informieren sowohl den für den Intensivstationsbereich zuständigen Oberarzt der Anästhesie wie auch die OP-Schwester (*Pieper: 62-1233*) und die Anästhesiepflegekräfte (*Pieper: 62-1695*). Die zuständige OP-Schwester stellt fest und teilt möglichst umgehend dem OP-Koordinator (*Pieper: 62-1602*) bzw. im Bereitschaftsdienst dem Anästhesieassistentenarzt (*Pieper: 62-1690*) mit, ob ein Team von OP-Schwester und OP-Springer für die Organentnahme im Verlauf der folgenden 6 Stunden organisiert werden kann. Ein Gleiches erfolgt seitens der zuständigen Anästhesiepflegekraft wie auch seitens der Anästhesieärzte.

Im Rahmen der sich anschließenden Meldung an das Transplantationszentrum ist ggf. mitzuteilen, daß seitens des Diakonissenkrankenhauses für die Durchführung der Organentnahme nicht ausreichend Personal zur Verfügung gestellt werden kann.

Nach dem Gespräch mit dem Transplantationszentrum ist das OP-Bereitschaftsteam des Diakonissenkrankenhauses über den OP-Koordinator (*Pieper: 62-1602*) bzw. während des Bereitschaftsdienstes über den Anästhesiearzt (*Pieper: 62-1690*) über den vorgesehenen Zeitpunkt des Beginns der Organentnahme zu informieren.

In einem abschließenden Teil sind die Namen von Mitarbeitenden des Diakonissenkrankenhauses festgehalten, die sich freiwillig bereit erklärt haben, die anfallenden Tätigkeiten im Rahmen von sich ergebenden Explantationen zu übernehmen: Es handelt sich um OP-Schwestern bzw. -Pfleger, OP-Springer, Anästhesiepflegekräfte und Anästhesieärzte.

In einer hinzugefügten "Anlage" werden nochmals die Kriterien und das Prozedere zur Diagnose des Hirntodes (nach: Deutsches Ärzteblatt 1995, Heft 30) dargestellt,

5. "Organspende" oder "wachsamer Kritik der Transplantationsmedizin"

- wozu besteht hier eine Christenpflicht?

Abschließend möchte ich die in meinem Vortrag vorgestellten Thesen und aufgeworfenen Fragen in drei Aussagen bündeln:

- Es gibt weder einen moralischen noch einen rechtlichen Anspruch der Gesellschaft auf die Organe des oder der Einzelnen.
- Der Gebrauch eines "Imperativs" zu christlicher Nächstenliebe in einer Werbung für Organspende bedeutet einen Mißbrauch religiöser Tradition. Jedes Handeln aus Nächstenliebe ist eine Frucht des Glaubens an die umfassende Liebe Gottes. Wann und wie sich ein solches Handeln vollzieht, ergibt sich aus der nicht allgemein einklagbaren Gottesbeziehung jedes/jeder Einzelnen.
- Die Entscheidung über eine Bereitschaft zur Organspende ist als persönliche Gewissensentscheidung zu treffen.
- Mit der Propagierung eines vermeintlichen Anspruchs auf den Empfang von Fremdorganen, den zu erfüllen eine Pflicht der Gesellschaft sei, scheint eine irrationale Verdrängung von Sterblichkeit und Tod einherzugehen.
- Da die Übertragung von Organen von einem Menschen auf einen anderen immer das Handeln in einem weit differenzierten Netzwerk bedeutet, sind hierbei die unterschiedlichen Motive aller Beteiligten - nicht nur die von Organspender und Organempfänger - kontinuierlich zu überprüfen.
- Aus dem Ganzheitlichkeitsanspruch eines christlich-biblischen Menschenbildes heraus ist das der Transplantationspraxis zugrundeliegende Menschenbild der westlichen Medizin weiter zu hinterfragen. Das leitende Ziel müßte dabei sein, einerseits bisher errungene Möglichkeiten der modernen Medizin in den umfassenderen Anspruch eines ganzheitlichen Menschenbildes zu integrieren, andererseits aber auch die Grenzen des ärztlich Gebotenen immer wieder neu dem medizinisch-technisch Möglichen entgegensetzen.