

Transplantation: Kirchen ermuntern zur Organspende

Am 31. August (abgedruckt in epd-Dokumentation vom 24. September) wurde von der Leitung der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz eine gemeinsame Erklärung über „Organtransplantation“ veröffentlicht. Nur wenige Tage nach der Veröffentlichung des Textes – er wurde am 21. September der Presse vorgestellt – kündete die Bundesregierung in einer vom Bundeskabinett verabschiedeten Antwort auf eine große Anfrage der Grünen ein strafrechtliches Verbot kommerzieller Organvermittlung an und plädierte in der gleichen Erklärung für eine Verbesserung der Struktur des Transplantationswesens (vgl. epd, 26. 9. 90). Und nur gut zwei Wochen später verlieh das Nobelpreiskomitee in Stockholm den diesjährigen Nobelpreis für Medizin an zwei amerikanische Pioniere der Transplantationsmedizin: an *Edward D. Thomas* (Seattle) und *Joseph E. Murray* (Boston). Ersterer gilt als Begründer der Knochenmarkverpflanzung, letzterem gelang die erste Übertragung einer Spenderniere in den Körper eines einjährigen Zwillingbruders des Spenders.

Eine gemeinsame Denkschrift

Das Zusammentreffen dieser in der Öffentlichkeit sehr unterschiedlich registrierten Ereignisse ist zufällig. Es veranschaulicht aber, wie stark das Transplantationswesen sich in wenigen Jahrzehnten ausgedehnt hat, welche medizinischen, ethischen und auch juristischen Probleme mit diesem zweifellos schwierigsten Bereich ärztlicher Heilverfahren nach wie vor verbunden sind und auch, welche unterschiedliche Interessen sich dabei kreuzen können.

Transplantationen, vor allem Organtransplantationen, gehören zwar noch nicht zum medizinischen Alltag, wohl aber sind sie bereits zu einer Selbstverständlichkeit geworden, an deren prinzipieller Zulässigkeit und Angemessenheit niemand mehr zweifelt, wenn auch die Erfolgsaussichten je nach Organ sehr unterschiedlich sind. Seit der ersten Nierentransplantation wurden (Stand 1989) 350 000 Nieren übertragen; 350 Patienten lebten 1989 mit einem transplantierten Herzen.

Übertragbar sind inzwischen mit Ausnahme des Gehirns fast alle lebenswichtigen Organe (Nieren, Herz, Leber, Lungen), Teile von Organen und Gewebe (Haut, Augenhornhaut, Ohrenknorpel). Transplantationen sind legitime Heilverfahren geworden und verhelfen zur Lebensrettung und Lebensverlängerung in Situationen extremer Gefährdung. Deswegen hieß es schon in der gemeinsamen Denkschrift der Kirchenleitungen „Gott ist ein Freund des Lebens“ von Ende 1989 (S. 105): „Insgesamt sehen die Kirchen in einer Organspende eine Möglichkeit, über den Tod hinaus Nächstenliebe zu praktizieren.“ Die gleiche Denkschrift riet aber noch zur sorgfältigen Prüfung jedes Einzelfalles und verband damit deutliche Warnungen (es werde in diesem Bereich gegenwärtig zu viel gemacht und zu viel experimentiert, der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft allein könne eine Organverpflanzung nicht rechtfertigen), als es die jetzige gemeinsame Erklärung tut.

Die gemeinsame Erklärung vom 31. August, die in zweijähriger Arbeit zunächst nur auf katholischer Seite in Verbindung mit Fachmedizinern und später zwischenkirchlich von einer 16köpfigen Studiengruppe verfaßt wurde, der auch erstrangige medizini-

sche Transplantationsexperten angehörten (*Werner Klinner*, München, *Rudolf Pichlmayr*, Hannover), verfolgt demgegenüber eine erkennbar „offenere“, wenn man will transplantationsfreundlichere Linie. Sie beschränkt sich dabei auf *Organübertragungen* von Mensch zu Mensch; die Übertragung tierischer Organe auf den Menschen (gegenwärtig noch im Versuchsstadium) und der künstliche Organersatz bleiben ausgeklammert.

Ein Raster ethischer Grundsätze

Den medizinischen und ethischen Problemen der Organübertragung von Lebenden auf Lebende, und von Toten auf Lebende, auf die sich die Erklärung konzentriert, wird eine Art ethische Präambel vorausgeschickt. Nimmt man die dort festgehaltenen Normen ethischer Beurteilungen der einschlägigen medizinischen Sachverhalte zusammen, dann ergibt sich als ethisches Grundraster: Niemand hat hat einen Anspruch auf Körperteile eines lebenden oder toten Mitmenschen. Kranke aber dürfen freiwillig gespendetes Gewebe und Organe zu ihrer Behandlung als Geschenk annehmen; der Wunsch nach Erhaltung des eigenen Lebens ist berechtigt. Aber kein Mensch darf zu einer Gewebe- oder Organspende verpflichtet oder auch nur gedrängt werden. Die Entscheidung über eine Lebendspende seiner Organe kann nur der einzelne persönlich treffen. Auch Eltern dürfen nicht über die Organspende ihrer Kinder entscheiden; nur in eine Gewebespende dürfen sie einwilligen. Die Organspende ist fachgerecht durchzuführen; für die Nachbehandlung des Spenders ist wie für die des Empfängers zu sorgen.

Zur Lebend- und Totenspende wird festgestellt: die Organentnahme von Verstorbenen sei der Lebendspende eindeutig vorzuziehen. Die Pietät vor dem menschlichen Leichnam, weil zu Lebzeiten Träger der menschlichen Person, und die Achtung vor den Gefühlen der Angehörigen müsse gewahrt bleiben. Aber es wird auch gesagt: Das Recht auf die Integrität

des Leichnams besitzt keine absolute Gültigkeit. Es kann zurücktreten hinter der Solidarität mit einem Schwerkranken oder gar vom Tod bedrängten Mitmenschen. Vorausgesetzt wird dabei, daß die Bemühungen um das Leben des Spenders nicht beeinträchtigt werden, daß der Tod des Spenders vor der Explantation durch Gehirntod zweifelsfrei feststeht und daß die (verfügbaren) Organe nach rechtlich und ethisch vertretbaren Regeln verteilt werden.

Die sachgemäße Explantation von Geweben und Organen verletze weder die Würde des Toten noch die Ruhe des Verstorbenen. Der Lebendspender darf nur ein paariges Organ spenden, von unpaarigen Organen und Geweben nur Teile. Und ganze lebensnotwendige Organe dürfen selbstverständlich überhaupt nur Toten entnommen werden. Eine Organspende aus ökonomischen Motiven ist wie der Organhandel entschieden abzulehnen. „Der Verkauf eigener Organe ist ein Verstoß gegen die Würde des Menschen.“

Die Verpflanzung des Gehirns – die Erklärung nennt sie „medizinisch utopisch“ – verbietet sich ethisch, weil mit diesem Organ die persönlichkeitsbestimmenden Merkmale verbunden sind. Die Übertragung von Gehirnzellen von Embryonen auf Parkinsonkranke ist so lange abzulehnen, als dies eine Abtreibung voraussetzt. Die Transplantation von Keimdrüsen ist zu untersagen, weil sie in die genetische Individualität des Menschen eingreift. Organentnahmen bei Anenzephalen (bei Neugeborenen ohne Großhirnbildung) ist ohne Hirntodfeststellung nicht vertretbar.

Zusammenfassend aber heißt das Urteil: „Aus christlicher Sicht gibt es keinen grundsätzlichen Einwand gegen eine freiwillige Organspende. Bedenken ergeben sich nur aus der Möglichkeit des Mißbrauchs . . . Nach christlichem Verständnis ist das Leben und damit der Leib ein Geschenk des Schöpfers, über das der Mensch nicht nach Belieben verfügen kann, das er aber nach sorgfältiger Gewissensprüfung aus Liebe zum Nächsten einsetzen darf. Das schließt eine Entschädi-

gung von Aufwendungen für die Gewebe- und Organspende nicht aus, verbietet aber einen dadurch erstrebten Gewinn.“

Zum ethischen Fazit der Erklärung gehört aber auch die Mahnung, die Transplantationsmedizin solle nicht nur dazu dienen, das Leben nur biologisch zu verlängern, sondern müsse dem Patienten „eine reale Chance für ein gesundes Leben“ bieten. In Abwandlung eines berühmt gewordenen Satzes des Medizinhistorikers und -anthropologen *Heinrich Schipperges* fordert die Erklärung vorsichtig: „Die neuen Organe sollen dem Leben neue Jahre schenken, die Jahre mit neuem Leben erfüllen helfen.“

Beschreibende Vorsicht bei praktischen Problemen

Vermutlich noch bedeutsamer als die Festschreibung allgemeiner, teils selbstverständlicher, teils interpretationsbedürftiger ethischer Grundsätze ist die ethische Relevanz der mit der Transplantationsmedizin verbundenen praktisch medizinischen und psychologischen Probleme: Sie reichen von der Todesfeststellung bei toten Organspendern über das Problem der „knappen Ressourcen“, als der in zu geringer Zahl vorhandenen transplantierbaren Organe und der vorgegebenen knappen Zeiträume – deswegen wird mit erkennbarer Wärme für mehr Bereitschaft zur Organspende ermuntert und für den „Organspenderausweis“ geworben („um seinen Angehörigen die zuweilen schmerzliche Last der Entscheidung abzunehmen“) –, bis zur möglicherweise – im Falle der Lebendspende – entstehenden problematischen Beziehungen zwischen Spender und Empfänger und im Umgang des Arztes mit den Angehörigen eines Verstorbenen, dessen Organe für eine Organspende gebraucht würden.

Angesichts der knapp verfügbaren Organe und des trotz inzwischen gut funktionierender klinischer Zentren und übernationaler Informationssysteme schwierig bleibenden Zeitfaktors muß nach Dringlichkeit und Erfolgsaussichten entschieden werden.

Dabei wird, wo es um die Wahrung einer letzten Überlebenschance geht – bei Herz- und Lebertransplantationen –, dem Moment der *Dringlichkeit* Vorrang gegeben, während bei Nierentransplantationen wegen des Einsatzes künstlicher Nieren das Moment der Dringlichkeit hinter dem Kriterium des *langfristigen Erfolges* (Prüfung der Gewebeerträglichkeit) zurücktreten kann. In der u. U. auch mit Rechtsfolgen verwickelten Frage, wann bzw. unter welchen Voraussetzungen die Totenspende in Anspruch genommen werden kann, soll zwar entsprechend den aufgestellten allgemeinen ethischen Regeln der Wille des Verstorbenen respektiert werden, aber trotz dieser Grundregel wird doch weitgehend das Argument des „Notstands“ (zugunsten des höherrangigen Rechtsguts darf in ein anderes Rechtsgut eingegriffen werden) zur Geltung gebracht. Zumindest wenn kein ausdrücklicher Widerspruch des Verstorbenen oder der Angehörigen vorliegt, darf die Totenspende für eine lebensrettende Organtransplantation in Anspruch genommen werden.

Aber wie sind die *psychologischen und medizinischen Risiken* im Falle der Lebendspende abzuschätzen? Die Erklärung verbleibt auch da vorsichtig im Deskriptiven, macht aber darauf aufmerksam, daß „einige Chirurgen“ Nierentransplantationen zwischen Lebenden deswegen ablehnen, weil bisher nicht gesichert sei, ob die Entnahme einer gesunde Niere vom Spender auch noch nach 20 Jahren so gut vertragen werde wie in der ersten Zeit. Und zur psychologischen Seite wird eingeräumt, *das Geflecht von Beweggründen des einzelnen Menschen zur Organspende* sei auch ärztlich nur schwer zu durchschauen, mögliche entstehende psychische Abhängigkeiten zwischen verwandten Spendern (im Falle der Nierentransplantation vorwiegend unter Familienangehörigen), Schuldgefühle seitens des Empfängers und psychischer Druck von Familienangehörigen (etwa der Eltern auf ein mögliches Spenderkind zugunsten eines nierenkranken anderen Kindes) werden nicht geleugnet. Trotz möglichen psychischen Mißbrauchs des Spenders und des gleichfalls drohenden Miß-

brauchs durch kommerzielle Organspenden spricht sich die Erklärung selbst nicht gegen die Organspende von Lebenden aus.

Schwankend zwischen Tabumoral und Güterabwägung

Und der viel Sensibilität fordernde Umgang mit Angehörigen von Verstorbenen, die als Organspender in Betracht kommen? Hier brechen sich deutlich seelsorgliche Antriebe und menschliche Rücksichtnahme Bahn: Trotz der nur sehr begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit bedürfte es seitens des Arztes des einfühlerischen Umgangs mit den Angehörigen, die in einer für sie außerordentlich belastenden Situation u.U. die Entscheidung zu treffen haben.

Anders ist der Tenor der Erklärung in der Frage der *Verdrängung des Todes durch medizinische Hochtechnologien*, die mit zum Hintergrund des Transplantationswesens gehört. Die Frage wird zwar mehrfach angesprochen. Gesundheitliche Gefährdungen können überwunden, doch der Tod kann dadurch nicht endgültig vertrieben werden, heißt es im Vorwort der Bischöfe *Kruse* und *Lehmann*. Die Erklärung selbst berührt mit dem Bekennt-

nis zur christlichen Auferstehungshoffnung („Für den christlichen Glauben ist der Tod Ende der Pilgerschaft und Durchgang zum ewigen Leben“) die Frage aber nur sehr indirekt.

Und es fällt z. B. auf, daß bei der Erörterung des Hauptproblems, der Diskrepanz zwischen Patientennachfrage und Spenderangebot, die Frage nach dem *Alter* des möglichen Empfängers explantierter Organe mit keinem Wort angesprochen wird. Genügt da das Kriterium der Dringlichkeit? Natürlich wird man auch einem Patienten im hohen Alter, wenn die Gesamtkonstitution es erlaubt, eine Organtransplantation nicht einfach verweigern. Aber abgesehen davon, daß einzuräumen ist, daß die Erfolgsaussichten speziell bezüglich Überlebenschancen begrenzt sind, ist wohl auch wegen des fortgeschrittenen Alters zu fragen, ob einem hochbetagten Patienten, selbst wenn er dafür disponiert ist, ein solcher Eingriff zuzumuten oder gar zu empfehlen ist. Eine Transplantations-technologie, die den Erfolg nicht einfach nur um des Erfolges willen anstrebt, kann hier sehr wohl raten, und Seelsorge kann begleitend mitwirken, den Tod anzunehmen. Aber hier hatten offenbar in erster Linie die Mediziner das Wort.

Und noch etwas fällt an der Erklärung auf. Sie schwankt im ethischen Urteil

zwischen einfacher Problembeschreibung, Tabumoral und rationaler Güterabwägung. Wieweit läßt sich z. B., wenn das Recht auf die Integrität des eigenen Leichnams keine absolute Gültigkeit haben *kann*, der Widerspruch von Angehörigen gegen eine Totenorganspende – ein entsprechender Notfall (Notstand) vorausgesetzt – als praktische ethische Norm überhaupt begründen?

Und rein teleologisch und nach den Regeln der praktischen Vernunft ist wohl auch die Frage erlaubt, ob bei einem anenzephalen Neugeborenen ohne Aussicht auf Überleben in einer Notstandsituation mit der Entnahme lebenswichtiger Organe bis zum sicheren Eintritt des Todes in jedem Fall gewartet werden muß. Freilich: über Ausnahmen diskutieren heißt hier Dammbürche initiieren. Und vielleicht gehört ein gewisses Maß an Tabumoral zur recht gelebten Endlichkeit des Menschen. Hier waren offenbar die theologischen Ethiker mit deontologischen Setzungen in der Vorhand.

Ziemlich einig war man sich unter Medizinern und Ethikern (gegen einige Juristen), das Transplantationswesen, von Verhinderung kommerziellen Mißbrauchs abgesehen, nicht durch ein spezielles Gesetz zu ordnen. Die standesethischen Normen und die Vorschriften des allgemeinen Rechts reichten aus. *D. S.*

Ein gewaltiger Fortschritt, aber auch ungelöste Probleme

Das neue sowjetische Religionsgesetz

Am 1. Oktober wurde das seit längerer Zeit vorbereitete und erwartete neue sowjetische Religionsgesetz verabschiedet. Durch dieses Gesetz wird der erweiterte Freiheitsraum, den die Religionsgemeinschaften seit drei Jahren genießen, rechtlich sanktioniert, auch wenn nicht alle ihre Forderungen erfüllt werden. Die Anwendung des neuen Gesetzes, das die Religionsfreiheit anerkennt und den staatlichen Zugriff auf die Religionsgemeinschaften lockert, hängt allerdings von den örtlichen Behörden ab und könnte deshalb noch Probleme mit sich bringen. In einigen Unionsrepubliken hat sich die Religionsgesetzgebung schon stärker liberalisiert als auf

Unionsebene; auch hier liegt also Konfliktstoff. Insgesamt bedeutet das neue Gesetz aber einen großen Fortschritt.

Am 1. Oktober 1990 meldete die sowjetische Nachrichtenagentur TASS: „Auf der gemeinsamen Sitzung der beiden Kammern des Obersten Sowjets der UdSSR wurde heute das Gesetz ‚Über die Freiheit des Gewissens und der religiösen Organisationen‘ verabschiedet. Das Gesetz, das die grundlegenden Garantien der Gewissensfreiheit im Lande festlegt, garantiert die Rechte der Bürger, ihre Haltung zur Religion zu bestimmen und zum Ausdruck