

Aus der Reihe

Medizin und Theologie im Gespräch

Dokumentation der Veranstaltung vom
Donnerstag, den 26. März 2009

Ersatzteillager Mensch? Organspende und die Auswirkung auf das Bild vom Menschen

Beim Thema Organspende denken wir in der Regel zuerst an Schwerkranke, die ohne ein Spenderorgan keine Überlebenschance haben. Aber welche Auswirkungen hat die Praxis der Organtransplantation in unseren Köpfen?

Fördert sie ein Anspruchsdenken? Verdrängt sie den Blick für die Situation der Organspender und die Nöte von deren Angehörigen? Verstärkt sie das Verständnis der Medizin als Reparaturbetrieb? Zerlegt sie den Menschen in seine Einzelteile? Diesen Fragen möchten wir an diesem Abend mit einem Mediziner und Theologen, aber auch mit Betroffenen nachgehen.

Referenten:

Dr. Ulrike Wirges

Deutsche Stiftung Organtransplantation

Prof. Dr. Hartmut Kreß

Evangelisch-Theologische Fakultät

Patient

Organempfänger

Einführung: Pfr. W. Koll Kath. Klinikseelsorger

Moderation: Dr. J. Herberg – Katholisches Bildungswerk Bonn

Veranstalter: Katholische und Evangelische Klinikseelsorge der Unikliniken
Evangelisches Forum und Katholisches Bildungswerk Bonn

gefördert durch:



Einführungsworte

Pfr. W. Koll

Kath. Klinikseelsorger – Unikliniken Bonn

Ganz herzlich begrüße ich Sie, liebe Anwesende, zu unserer heutigen Dialogveranstaltung. Dialog zwischen Theologie und Medizin - so lautet im 10. Jahr unser Anliegen mit diesen Diskussionsabenden, die wir als katholische und evangelische Klinikseelsorge zusammen mit den beiden kirchlichen Bildungswerken und unterstützt von der evangelischen Stiftung Krankenhausseelsorge in einem der Hörsäle des Universitätsklinikums veranstalten.

Am heutigen Abend beschäftigen wir uns mit dem Themenfeld "Organspende/Organtransplantation". Seit im Jahre 1954 in Boston erstmals eine Nierentransplantation stattfand und im Jahre 1967 Dr. Christian Barnard in Kapstadt die erste Herztransplantation vornahm, hat sich die Transplantation von Organen als eine medizinische Option für Organgeschädigte in das Standard-Repertoire der modernen Medizin etabliert. Hier bei uns im Uniklinikum Bonn finden regelmäßig Leber- und Nierentransplantationen statt. Die erste Lebertransplantation, die in Deutschland vorgenommen wurde, führte Professor Gütgemann hier in Bonn durch. Des Weiteren werden hier bei uns Inselzellen der Pankreas transplantiert und es werden Explantationen verschiedenster Organe vorgenommen.

Im Rahmen der Gesetzgebung zum Transplantationsgesetz, das am 1.12. 1997 in Kraft getreten ist, wurde das Pro und Kontra sowohl der Transplantation selbst als auch der Voraussetzung dazu, des Hirntodes, in unserem Land in großer Breite diskutiert. Wenn uns heute dieses Thema in den Medien begegnet, dann geht es entweder um missbräuchliche Praktiken im Bereich des Organhandels oder der Verteilungsgerechtigkeit von Spenderorganen. Oder es wird beklagt, dass in Deutschland zu wenig Organspenden stattfinden und dass viele Menschen, die auf ein Spenderorgan warten, ohne ein solches auf der Warteliste sterben müssen.

Mit unserer Themenwahl für diesen Abend haben wir einen Blickwinkel hervorgehoben, der in der öffentlichen Diskussion in der Regel kaum Beachtung findet: es geht um unser Menschenbild; es geht darum, wie wir den Menschen sehen. Wir möchten der Frage nachgehen, ob die Transplantationsmedizin, ob die Möglichkeit, einzelne Organe, einzelne Bausteine des menschlichen Körpers durch Ersatzorgane aus einem anderen menschlichen Körper wie durch Ersatzteile zu ersetzen, unsere Sicht vom Menschen verändert, und wenn ja, wie.

In der Vorbereitung auf diese Veranstaltung sind uns dazu einige Fragen gekommen:

- Wie verhält sich die Organtransplantation z.B. zu unserem christlichen Menschenbild, das den Menschen in seiner Ganzheit als Ebenbild Gottes sieht, weshalb er immer Subjekt, nie Objekt, nie Mittel zum Zweck sein kann?
- Welche Auswirkungen hat es, wenn ein sterbenskranker Patient in der Möglichkeit der Transplantation eine Anspruchshaltung auf ein Spenderorgan entwickelt, wenn er es als sein gutes Recht ansieht, ein neues Organ zu bekommen?
- Was bedeutet es für die Angehörigen eines durch Unfall oder Hirnblutung plötzlich hirntoten Patienten, über Einzelteile dieses Menschen zu entscheiden?

Wie wirkt sich die Pflege eines möglichen Organspenders, der durch die Hirntod-Diagnostik als tot gilt, aber bis zur Entscheidung durch die Angehörigen und den Beginn der Explantation weitergepflegt werden muss, auf das Pflegepersonal einer Intensivstation aus? Fördert die Transplantationsmedizin das Verständnis der Medizin als Reparaturbetrieb und die Sicht des Menschen als Ersatzteillager?

Die Referenten des heutigen Abends werden in ihren Statements versuchen, aus ihrer jeweiligen Sicht Antworten auf diese und im weiteren Verlauf auch auf Ihre Fragen zu geben.

Ich begrüße als Referentin für die medizinische Seite Frau Dr. Ulrike Wirges von der DSO, der Deutschen Stiftung Organtransplantation.

Ich begrüße Herrn Professor Dr. Hartmut Kreß, den Lehrstuhlinhaber für Sozialethik an der evangelisch-theologischen Fakultät hier in Bonn.

Ich begrüße Herrn Horst Urmersbach, der vor 12 Jahren hier im Uniklinikum Bonn lebertransplantiert worden ist.

Als Moderator dieses Diskussionsabends begrüße ich Herrn Dr. Josef Herberg, den Leiter des katholischen Bildungswerkes in Bonn.



Vortrag

Frau Dr. Ulrike Wirges

Geschäftsführende Ärztin der DSO - Region NRW
(eine autorisierte Tonbandmitschrift)

Sehr geehrte Gastgeber, liebes Auditorium!

Vielen Dank für Ihre Einladung und die Bitte, über das immer noch kritische Thema Organspende zu Ihnen zu sprechen. Ich habe mich sehr über die Aufforderung gefreut, an diesem Abend ein persönliches Bild darzustellen, wie es sich im Laufe meines beruflichen Umgangs mit diesem Thema ausgeprägt hat.

Zunächst zu meiner eigenen Person: ich bin gelernte Anästhesistin, habe bis 2004 in Duisburg als Anästhesistin gearbeitet, als leitende Notärztin im Kreis Viersen. Ich habe viel Elend gesehen und bin oft an Grenzen gestoßen, an denen ich nicht mehr helfen konnte.

Auf was stützt sich meine persönliche Berufsethik? Sie stützt sich auf vier Prinzipien, die von den englischen Ethikern Beauchamps und Childress dargestellt werden:

1. Respekt vor der Autonomie / Selbstbestimmung des Patienten

Der Arzt hat nicht nur die Verpflichtung, die Freiheitsrechte des Patienten zu achten, sondern auch die Verpflichtung, dem Patienten durch sachgerechte und sorgfältige Information die Mitwirkung an Therapieentscheidungen zu ermöglichen. Das Autonomieprinzip findet seinen Ausdruck in der Forderung des Informed Consent (informiertes Einverständnis). Jede diagnostische Maßnahme muss durch das ausdrückliche Einverständnis des Patienten legitimiert werden.

2. Non maleficence (primum nil nocere) nicht schaden

Bei zahlreichen Erkrankungen und Behandlungswegen besteht leicht Konfliktgefahr bei dem angestrebten Ziel, den Patienten von seiner Erkrankung zu heilen, oder sie doch mittel- oder langfristige deutlich zu lindern.

3. Beneficence (ärztliche Fürsorge)

Welche Verletzung des „Nicht Schaden“ Prinzips ist im Sinne eines Therapieerfolges unvermeidlich, welche Verletzung wird als zumutbar und verantwortbar empfunden? Beides gilt es mit dem Patienten zu vereinbaren bzw. auszubalancieren

4. Gerechtigkeit

Das Prinzip fordert eine gerechte Verteilung von Leistungen in der Gesundheitsversorgung. Gleiche Fälle sollen gleich behandelt werden. Eine große Aufgabe wird die Definition sein, was gleich in moralisch relevantem Sinne bedeutet/bedeuten soll.

„Ersatzteillager Mensch“ – ich habe mich schwer getan und mir auch Zeit gelassen, ob ich unter diesem Thema hierher kommen möchte. Der Titel hat mich erschreckt. War es im Sinne von „Lieferant“ gemeint? Oder im Sinne einer Lagerstätte? Beide Ideen sind heutzutage durchaus denkbar.

Grundsätzlich soll die Organspende zum Gesprächsthema heute Abend werden. Ich habe Ihren provokanten Titel letztlich gern aufgenommen und als Ausdruck eines Anspruchsdenkens: „Ich will leben!“ verstanden.

Ist es wirklich ein Anspruchsdenken, oder darf man diesen Wunsch äußern ohne dem Vorwurf ausgesetzt zu sein, es sei ein vermessener Wunsch. Wie steht es um die Überlebenschance, wenn ich ein Betroffener bin – in welcher Situation befindet sich der Organspender? Was ist die Not der Angehörigen? Muss man die Medizin als Reparaturbetrieb sehen? Was verstehen wir unter der Zerlegung des Menschen in seine Einzelteile? Wie fühlen sich Menschen, die sich für den Fall ihres Todes für eine Organspende entschieden haben? Wie fühlen sich deren Angehörige, wenn sie den Begriff „Ersatzteillager“ hören?

Da haben wir von dem Kind gehört, das in Amerika für den Zweck gezeugt und geboren wurde, für das ältere Geschwisterkind gegebenenfalls Knochenmarkspender sein zu können.

Skepsis drückt das Gefühl zur Frage aus: Handelt es sich um einen herzlosen Tod, wenn ich mich zum Organspender mache oder meine Angehörigen darüber entscheiden sollen? Zahlreiche Texte aus Philosophie und Ethik befassen sich mit diesen Fragen.



Anfangen möchte ich – um Ihnen von einem alten Menschheitstraum einen Eindruck zu vermitteln – mit zwei Schutzheiligen der Medizin, den Heiligen Cosmas und Damian, die der Legende nach erstmals versucht haben, das Bein eines Muren auf den Küster ihrer Kirche zu übertragen – ein erster Hinweis auf eine Organtransplantation.

Der Faden dieses Menschheitstraums zieht sich weiter durch die Geschichte und die Kunst. Zum einen die Kunsthand, wie sie sich Leonardo da Vinci erdacht hat und das heutige



Modell, zum anderen aber auch Bilder von Organtransplantierten, z.B.



eines Patienten (J. H.B. Geertzen), bei dem diese Operation nicht gelungen ist. In dieser trüben Darstellung zeigt er sehr wohl, was alles ersetzt werden kann (Kniegelenke, Beine, Knochen, Füße ...).



Das letzte Bild (lebensfrohes Farbbild hier nicht abgebildet) zeigt eine aus

einem Blütenkelch aufsteigende junge transplantierte Patientin, die nach der OP ihre Lebensqualität, –hoffnung und –chance wiedergefunden hat.

Welche Assoziationen kamen mir, als ich mich zu diesem Thema äußern sollte? Für mich sah ein Ersatzteillager aus, wie auf dem Bild (s. nächste Seite) und ich habe mich gefragt, ob diese Vorstellung mit meinem Menschenbild oder dem allgemeinen Menschenbild vereinbar ist, demzufolge dem Menschen der göttliche Funke übergeben ist? Merkwürdige Gefühle kamen bei mir auf. Mir hat geholfen, mich wieder einmal in die Rolle der Transplantierten bzw. der Empfänger hineinzusetzen.



Frau Ursula Drumm z.B. ist Herztransplantierte und hat ein Buch herausgegeben: „Zaungasterinnerungen – Geschichte einer Herztransplantation“. Sie schreibt: „Ich bin seit 4 Jahren herz-transplantiert. Wenn man vor der Entscheidung steht, ob man weiterleben will oder nicht, ob man seine Kinder und Enkelkinder größer werden sehen möchte oder nicht, ob man mit dem Menschen, den man liebt, weiterleben möchte oder nicht, ob man weiter Luft bekommen möchte oder nicht, glauben Sie mir, dann denkt man über viele Dinge anders“. Man sieht die Welt nach einer gelungenen Transplantation wirklich anders.

Was wollen wir, wenn alles möglich ist? Wollen wir wirklich als Ersatzteillager dienen? Wollen wir durch Klonen reproduzierbare Wesen sein? Was ist mit dem Gesicht in der gebenden Hand?



Als gläubige Christin habe ich mich dann an die Wertvorstellungen der Kirche gewandt. Der Papst ist Organspender. Im letzten Jahr hatte unser medizinischer Vorstand, Herr Dr. Günter Kirste eine Audienz beim Papst. Die Einstellung des Papstes zur Organspende wurde sehr deutlich: Eine Organspende ist für den Papst ein Akt der Liebe, der Zuwendung und der Bereitschaft,

Menschen helfen zu wollen.

Papst Benedikt XVI.: Organspender aus Überzeugung (REUTERS)

Wenn Kardinal Zollitsch mit Recht sagt, die Freiheit der Wissenschaft darf nicht auf Kosten der Schwächeren missbraucht werden, frage ich weiter: wer sind in diesem „Spiel“ die Schwächeren? Sind es die Verstorbenen, die ihre Angehörigen in ihrer Trauer zurücklassen? Oder sind es die Menschen, die so gerade eben noch leben und eine geringe Chance sehen, durch eine altruistische Spende eine Lebenschance zu erhalten?

Die evangelische Kirche hat sich ebenfalls dazu geäußert. Die Landesbischöfin Hannover, Frau Margot Käßmann formulierte, was sie unter Nächstenliebe und Auferstehung versteht: „Ich bin überzeugt, die Auferstehung von den Toten, an die ich glaube,

ist eine Auferstehung in einem Sein bei Gott, die nicht an einzelnen körperlichen Organen hängt“.



Sowohl im Jahr 2005 mit Kardinal Lehmann, als auch im Jahr 2006 im Dom zu Essen mit Weihbischof Franz Vorrath ist es uns gelungen, ökumenische Gottesdienste für die Organspender und für die



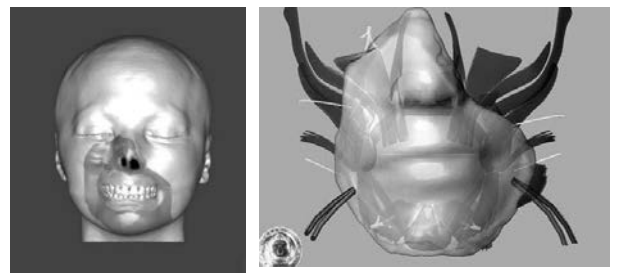
Empfänger der Organe zu gestalten. Diese Gottesdienste stießen auf großen Zuspruch: „Von Mensch zu Mensch hoffen – durch Organspende“

Ich habe mich weiter gefragt, warum es einerseits so einfach ist, zur Blutspende ein „Ja bitte!“ zu sagen, damit z.B. schwerverletzte Verkehrstopfer mit notwendigen Blutkonserven versorgt werden können es aber andererseits relativ häufig zur Aussage kommt: „Organspende – nein Danke!“

Vielleicht erinnern Sie sich an die Pressenachrichten zu einer Gesichtstransplantation. Das Gesicht der Patientin wurde durch einen Hundebiss entstellt. Für uns war dieser große Eingriff eine Sensation. Dennoch ist die Frage erlaubt, ob dies notwendig sei?



Vor dem Hundebiss, ein Jahr nach der Transplantation mit Makeup, 18 Monate danach ohne Makeup.
Bilder: NEJM



transplantierte Gesichtspartie

Muss man dies tun, wenn man es kann? Für mich war es durchaus notwendig, da die Patientin psychisch extrem belastet und stigmatisiert war und sich nicht mehr unter Menschen begeben konnte – ihr Äußeres wurde durch sie selbst, wie von der Umgebung als sehr unangenehm erfahren. Der gezeigte Gesichtsteil (s.o.) wurde ihr transplantiert. Das Ergebnis zeigt ihr Aussehen ein Jahr nach dem Eingriff. Ein wirklicher Erfolg der Medizin! Ich glaube, dass sich diese Patientin ohne die ihr so vertraute Angst der Ausgrenzung wieder unter Menschen traut. Ich halte diese Art der Transplantation für eine ärztliche Pflicht.

Ich habe mich noch weiter auf die Suche nach den Grenzen begeben.

Die nächste medizinische Sensation dieses Gebietes war die Transplantation zweier Arme, die dem 51 – jährigen Landwirt, der unglücklicherweise mit beiden Armen in einen Mähdrescher geriet. Seine Arme waren nicht zu retten. Für mich als Ärztin ein weniger belastendes Bild, für Sie als medizinische Laien sicherlich ein schreckliches Bild. Die Vorstellung, mit 51 Jahren einer solch extremen Hilflosigkeit ausgesetzt zu

sein, geht unter die Haut. Sollte man es nun wagen, diesem Betroffenen Arme zu transplantieren ? Wer soll seine Arme dafür spenden?



Foto: AP
Karl Merk, der Patient mit zwei Spender-Armen. Zweieinhalb Monate nach der Transplantation hat der Patient den bisherigen Heilungsverlauf positiv bewertet: Es sei "alles super gelaufen, fast ohne Probleme", sagte der 54-jährige.

Wie würden wir uns entscheiden, wenn wir selbst davon betroffen wären, die Arme verloren zu haben? Der Patient war so freundlich und hat uns private Aufnahmen zur Verfügung gestellt (Bilder hier nicht eingebunden). Auch wenn beide Anschlussstellen der Arme gut zu sehen sind, zeigen diese Aufnahmen auch die menschliche Seite, die mich sehr berührt hat – er kann sein Kind wieder im Arm halten und freut sich intensiv seines Lebens.

„Ersatzteillager Mensch“? Ich stehe ohne jeden Zweifel hinter der Aussage, dass die altruistische, ohne jeden Zwang geschenkte Fremdspende die ideale Spende ist. Wie weit wollen wir aber gehen?

Bei Kindern regt sich sehr schnell das Gemüt, das Herz, die Seele – das geht uns in besonderer Weise an. Bilder von L., im Jahre 2000 als Neugeborenes und nach einer Lebertransplantation im Alter von 4 Jahren im Kindergarten – 2008 ist sie gestorben. Die Frage, die ich auch hier stellen möchte: hat dieses Leben einen Sinn gehabt – kurze 8 Jahre? Ich stelle Ihnen diese Frage bewusst und vielleicht auch provokant: wie wäre Ihre Antwort? Meine Antwort ist klar, aber ich möchte eine Überlegung anstoßen, die uns gleich weiterführt.



So wie für L. setzen wir uns als Koordinierungsstelle für Organspenden ein, damit vielen Menschen geholfen werden kann. „Viele“ - das sind zur Zeit in NRW 3700 Patienten auf den Wartelisten für verschiedene Organe. NRW hat - abweichend von den anderen 6 Regionen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) - eine positive Bilanz bezüglich der Organspenden erzielen können. Der Zuwachs von 8,5% im letzten Jahr beruht vor allen Dingen darauf, dass viele Patienten denken, in NRW gäbe es viele Organspenden, so dass sich viele in Transplantationszentren in NRW in der Hoffnung anmelden, hier schneller ein Organ bekommen zu können. Eine solche Rechnung geht jedoch nicht auf. Wir geben – wie andere Länder auch - Organspenden anonymisiert an die Zentrale „Eurotransplant“ in Leiden, wo ein Rechner anonym ermittelt, welcher Empfänger auf der jeweiligen Liste eines Spenderorgans in höchster Stufe eingruppiert ist. Gleichzeitig werden dabei auch die Befunddaten der Patienten verglichen und die höchste Stufe der Übereinstimmung (Gewebetypisie-

rung und sehr ausführliche weitere Laborwerte) bestimmen mit, welcher Patient nach der Rangliste für eine Transplantation in Frage kommt und angerufen wird.

Wie sehen sich Patienten, die Organe empfangen (wollen)? Es gibt Strömungen, die sagen: „Wir möchten nicht mehr Todeskandidaten genannt werden – denn wir sind Lebenskandidaten, die hervorragende Lebenschancen haben, wenn uns ein Organ zur Verfügung gestellt wird“.

Die Akzeptanz eines Organs ist in den meisten Fällen groß und es wird überwiegend schnell als das Eigene angenommen. Komplikationen sollen nicht verschwiegen werden, aber diese gibt es auch in anderen medizinischen Bereichen.

Auf einem Plakat einer Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung lesen wir: „Schön, wenn Sie Ihr Herz verschenkt haben - wollen Sie's nach Ihrem Tod noch einmal tun?“ Solche Kampagnen regen natürlich stark die Emotion an – in positivem Sinn, denke ich.



Die Geschichte eines 12-jährigen Palästinenserjungen hat mich jedoch am meisten berührt: Dieser wurde im Kriegsgebiet am Gazastreifen erschossen. Die Eltern haben die Organe freigegeben und der Organspende zugestimmt. Mir sind die dortigen Verteilungsmechanismen jetzt zwar nicht ganz bekannt, aber auch ein israelisches Kind bekam eines der Organe.

Der Palästinenser Ismael Khatib mit einem der Kinder, das ein Organ seines getöteten Sohnes erhielt.
Foto: Arsenal - Hinweis: Dokumentarfilm: "Das Herz von Jenin"

Dennoch muss über die Gratwanderung gesprochen werden, der sich die Ärzte im Zusammenhang mit der Organspende stellen müssen. Ähnlich wie die Klinikseelsorger haben auch diese auf der einen Seite die Fürsorge für die Angehörigen des Verstorbenen zu übernehmen – andererseits müssen sie auch Fürsprecher für diejenigen sein, deren Stimme schon nicht mehr laut genug ist, um nach einem Organ zu bitten. Hier braucht es eine Ausgewogenheit.

Für Angehörige, die eine Todesnachricht ihres Angehörigen erhalten, kommt es oft zu einem Bruch: der Arzt, der eben noch als Heilender erlebt wurde und bislang alle Hoffnungen der Angehörigen auf sich gerichtet sah, soll sich nun nach einem vergeblichen Bemühen verwandeln und (d. Red.: in der Frage nach einer Zustimmung zu einer Organentnahme) zum Fürsprecher eines anderen Patienten werden, den er nicht einmal kennt. Angehörige erleben diese Augenblicke so, als würde ihr Kranker fallengelassen. Diese Diskrepanzen können nur schwer verstanden werden. Die Todesnachricht ist die schrecklichste Botschaft – hier überbracht mit der unglücklichsten Fragestellung (Bitte um Zustimmung zur Organspende), dazu noch im schlechtesten Augenblick (äußerste Trauer, womöglich Schock).

Worauf darf aber ein Schwerstkranker in Deutschland/im Bereich Eurotransplant hoffen? Der Sender ARTE hatte im Jahr 2006 eine einwöchige Serie mit dem Titel: „Hoffen zwischen Tod und Leben“. Um all diese Zusammenhänge verstehen zu können,

würde ich gern Kritiker und Zweifler einmal mit auf eine Transplantationsvisite einer Station mitnehmen, auf der Menschen liegen, die auf ein Organ warten. Dort könnten sie die Gefühle wahrnehmen, die uns von dort entgegengebracht werden.

Haben wir eine Moral, die uns dazu verpflichtet, nach Organspenden zu fragen und in Organtransplantationen umzusetzen? Ich berufe mich bezüglich meiner eigenen inneren Haltung auf Günther Patzig, einem deutschen Philosophen: Zwar gibt es keine rationale Letztbegründung dafür, dass Moral überhaupt sein soll. Unter der Voraussetzung aber, dass Menschenleben immer auch im Horizont von Gut und Böse, Recht und Unrecht und von persönlicher Verantwortung verstanden wird - und diese Voraussetzung wird doch von der weit überwiegenden Mehrheit des Menschengeschlechts geteilt -, kann man mit Hilfe der analytischen Vernunft sehr weitgehende Verständigung über das vernünftigerweise zu Fordernde erzielen.

(Günther Patzig (* 28.09.1926 in Kiel), deutscher Philosoph - Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Göttingen seit 1971 (deren Präsident von 1986 bis 1990), der Joachim-Jungius-Gesellschaft Hamburg seit 1989 und der Königlichen Akademie der Wissenschaft in Oslo seit 1997)

Not macht erfinderisch. So ist es inzwischen geübte Praxis, dass auch Lebendspenden umgesetzt werden (Anm. der Red.: Teillebertransplantation / Nierentransplantation). Hierzu möchte ich mich klar und präzise äußern: ich kann mich mit der Lebendspende deshalb nicht anfreunden, weil sie gegen eines der vier zu Beginn erwähnten Prinzipien verstößt. Die Organentnahme beim lebenden Spender durchbricht den ärztlichen Grundsatz des "nihil nocere", weil der Spender einem Operationsrisiko ausgesetzt wird, ohne dass ihm dies irgendeinen gesundheitlichen Vorteil bringt. Somit schade ich dem Spender. Zudem sind viele Dinge für den Spender nach dem Eingriff nicht geregelt. Ich weiß, dass die Not vieler Wartender sehr groß ist und diese Form der Organspende auf diesem Hintergrund durchgeführt wird.

Obwohl bei jeder Lebendspende auch eine Ethik-Kommission befragt wird, befürworte ich diese Praxis aus genanntem Grund nicht. Vom „Ersatzteillager Mensch“ habe ich eine ganz andere Vorstellung.

Ich möchte abschließend fragen: möchte man sich der Frage nach Organtransplantation mit der Formulierung „Ersatzteillager Mensch“ nähern oder eher mit dem Weg, den ich in Sophies Welt, einem Jugendbuch mit einer Einführung in philosophisches Denken fand? Sophie fragt sich dort: „Wer bin ich und wie ist mein Verhältnis zu den Menschen?“

Letztlich kommt es aber auf den kurzen Satz Immanuel Kants an: „Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!“ - ich ergänze: und treffe deine eigene Entscheidung!

Vielen Dank !



Vortrag

Prof. Dr. Hartmut Kreß

Evangelisch-Theologische Fakultät

Ethische Gesichtspunkte

I. Vorbemerkung: Die Medikalisierung des Menschenbilds in der Moderne

In der Gegenwart ist häufig von einer Medikalisierung des Menschenbilds die Rede. Klassisch findet sich dieser Gedanke bereits bei Rudolf Virchow. Dieser bedeutende Mediziner, Pathologe und liberale Politiker schrieb im Jahre 1848: „Die Medicin ist eine soziale Wissenschaft und die Politik ist nichts weiter, als Medicin im Großen.“ D.h., Virchow zählt zu denjenigen, die eine prägende Kraft der Medizin für das Menschenbild, für die Gesellschaft und für die Politik begrüßt und befürwortet haben. In bestimmter Hinsicht ist seine Auffassung meines Erachtens berechtigt. Denn die moderne Medizin trägt sehr viel dazu bei, Leben zu retten, Gesundheit zu erhalten, die Lebensqualität von Menschen zu verbessern und insofern Humanität zu verwirklichen. Andererseits sind auch Kehrseiten der modernen Medizin zu bedenken. Hierzu gehört die künstliche Lebensverlängerung, die menschlich keinen Sinn mehr ergibt. Einzelheiten lasse ich dahingestellt, sondern betone zum Zusammenhang „Medizin und Menschenbild“ generell vorab folgendes:

- a) Schon seit der Antike haben das Wissen und der Fortschritt der Medizin das Menschenbild stets beeinflusst. Dass die Medizin für das Menschenbild Prägekraft besitzt, ist kein neues, kein modernes Phänomen.
- b) Für unsere Gegenwart ist freilich eine Besonderheit festzuhalten: Der medizinische Fortschritt vollzieht sich hochdynamisch; das fachwissenschaftliche Entwicklungstempo ist atemberaubend. Daher fällt es dem einzelnen Menschen und der Gesellschaft oft schwer, mit dieser Dynamik Schritt zu halten.
- c) Es kommt hinzu: Gegenwärtig schneidet der medizinische Fortschritt sehr tief in das Menschenbild ein. Sogar das Verständnis von Gesundheit und Krankheit selbst wird verändert – z.B. durch die genetische Diagnostik.
- d) Anders als es in früheren Epochen der Fall war, sind wir uns dessen *bewusst* und ist es uns *reflexiv* deutlich, in welchem hohem Maß die Medizin auf das Menschenbild einwirkt. Daher tragen die aktiv Beteiligten – Ärzte, Wissenschaftler, Politiker – je nach ihrer Funktion eine gesteigerte Verantwortung für den Umgang mit dem Erkenntnis- und Handlungsfortschritt der Medizin. – Was bedeutet dies nun für die Transplantationsmedizin?

II. Leitgedanken zur Wechselbeziehung zwischen Menschenbild und Organtransplantation

1. Die Transplantationsmedizin verändert das Menschenbild nur in vergleichsweise beschränktem Maß.

Mir scheint, die Transplantationsmedizin beeinflusst das Menschenbild in geringerem Maße, als andere Entwicklungen der modernen Medizin es tun. Diese Einschätzung mag vielleicht überraschen. Und ich räume ein: Als im Jahr 1967 in Südafrika erstmals die Übertragung eines menschliche Herzens gelang, wirkte dies wie ein Kulturschock. Seitdem wird immer wieder z.B. der schroffe Vorbehalt laut, die Entnahme von Organen entwürdigte den Organspender; der Spender, die Quelle des Organs werde gar zum bloßen „Ersatzteillager“. Ein anderer Einwand lautet, die Implantation von Organen verändere die Identität des Patienten, weil er nun mit einem fremden Organ leben muss.

Um auf den zweiten Einwand knapp einzugehen: Es ist in der Tat zu durchdenken und ist im Einzelfall zu prüfen, welche Auswirkungen eine Organübertragung auf das Selbstverständnis, auf das Lebensgefühl und den Lebensalltag eines Empfängers hat. Solche Fragestellungen werden sich verschärfen, falls in Zukunft eventuell einmal Organe von Tieren auf Menschen übertragen werden (Xenotransplantation). Die Xenotransplantation wirft Probleme des Chimärismus auf. Die Spezies-Grenze wird überschritten, so dass die Organübertragung vom Tier auf den Menschen einen Inter-spezies-Chimärismus erzeugt.

Zweifellos bedarf es der Reflexion, was dies für den eventuell betroffenen Patienten sowie symbolisch für das Menschenbild im Allgemeinen bedeutet. Insgesamt scheint mir aber, dass andere Entwicklungen der modernen Medizin für das Menschenbild und für den Lebensalltag einschneidender sind, z.B. der derzeitige Umbruch von der kurativen zur prädiktiven Medizin. Aufgrund genetischer Diagnostik (z.B. prädiktive Brustkrebs- oder Darmkrebsdiagnostik) können Menschen heutzutage Kenntnis davon erhalten, dass im Lauf ihres Lebens bei ihnen mit gewisser Wahrscheinlichkeit bestimmte Krankheiten auftreten werden. Der Sachverhalt, dass Menschen auf genetischer Basis Informationen über ihre gesundheitliche Zukunft erhalten können, ist kulturgeschichtlich ein Novum; er bedeutet einen Einschnitt in das Menschenbild, in das Alltagsverhalten (ggf. bis hin zur Fortpflanzungsplanung) und auch in die soziale Ordnung (Arbeitswelt; Versicherungssysteme). Im Vergleich hierzu ist die Auswirkung der Transplantationsmedizin auf das Menschsein und das Menschenbild wohl weniger dramatisch. Was das Thema des heutigen Abends – den Zusammenhang zwischen Organtransplantation und Menschenbild – angeht, möchte ich sogar einen ganz anderen Akzent setzen, einen Perspektivenwechsel vornehmen und genau umgekehrt in den Vordergrund rücken: Die Konzeptionen der Menschenbilder (im Plural!), die in den verschiedenen Kulturen oder Regionen vertreten werden, geben ihrerseits den Ausschlag dafür, wie die Organentnahme nach dem Hirntod jeweils bewertet wird.

2. In der Gegenwart sind ganz unterschiedliche Menschenbilder anzutreffen.

Die Transplantationsmedizin ist ein Beispiel dafür, dass neue Entwicklungen der Medizin im Licht dieser Menschenbilder erörtert werden. Im Spiegel der verschiedenen Menschenbilder wird die Organentnahme nach dem Hirntod zum Teil abgelehnt, zum Teil akzeptiert.

Zur Erläuterung: Es fällt auf, dass im Judentum der Hirntod, die Organentnahme nach dem Hirntod und insbesondere die Übertragung von Herzen bis heute weitgehend abgelehnt werden. Der Hintergrund besteht darin, dass im Judentum seit alters her das Herz als Kern des Menschseins gilt. Im Hebräischen war schon vor Jahrtausenden das Wort „Herz“ das Äquivalent für das „Leben“, für das Gewissen und für die Seele, also für das Innerste, für den Kern des einzelnen Menschen. Im Licht jüdischer Anthropologie gibt deshalb noch heute der Herztod, nicht der Hirntod den Ausschlag für die Todesfeststellung. Daher wird eine Organentnahme nach dem Hirntod sehr skeptisch beurteilt, und eine Übertragung eines Herzens ist aus jüdischer Sicht höchst fragwürdig. Viel positiver bewerten jüdische Autoritäten solche Optionen, für die der Hirntod keine Rolle spielt und die nicht das Herz betreffen. Daher findet die Lebendspende von Nieren im Judentum hohe Zustimmung.

Distanz gegenüber dem Hirntod herrscht auch in fernöstlichen Kulturen. In Japan spielte und spielt eine Rolle, dass nach dem Tod die Seele nur langsam und allmählich aus dem Körper weiche. Schon allein deswegen, weil der Tod prozessual, zeitlich gestreckt vorgestellt wird, betrachtet man in Japan die Organentnahme mit Skepsis. Das japanische Transplantationsgesetz ist extrem restriktiv (noch sehr viel restriktiver als das deutsche); letztlich ist es als Verhinderungsgesetz konstruiert.

In Europa hingegen wird das Hirntodkriterium durchweg anerkannt. Dies erklärt sich wohl mit daraus, dass die abendländischen anthropologischen Denkmodelle den menschlichen Geist und die Vernunft, deren physiologische Basis das Gehirn ist, häufig als das Wesen des Menschseins definierten. Der Geist des Menschen bedeute seine Gottebenbildlichkeit – so lehrte es z.B. Thomas von Aquin. In dieser Logik lag es nahe, das Hirntodkriterium zu rezipieren und das Erlöschen der Gehirnfunktionen als Erlöschen des Menschseins zu begreifen.

Darüber hinaus kannte das Christentum die Vorstellung eines *Todeszeitpunktes*, eines *Todesaugenblicks* (im Unterschied zum langsamen Entweichen der Seele, wie die fernöstliche Sicht es besagt). Religiös ist der Todeszeitpunkt sogar überhöht und verklärt worden. Die christliche Dogmatik kannte die letzte Buße und vertrat die Idee, im Todesaugenblick sei eine sog. Endentscheidung für oder gegen Gott möglich. Solche Ideen des spezifisch abendländischen, hellenistisch und christlich geprägten Menschenbilds waren günstig dafür, die Harvarddefinition von 1968, die medizinische Feststellung des *Todeszeitpunktes* durch den Hirntod, für nachvollziehbar zu halten.

Das heißt: Gegenwärtig wird die Organübertragung nach dem Hirntod im Licht unterschiedlicher Traditionen und unterschiedlicher Anthropologien – fernöstlich, jüdisch, islamisch, hellenistisch-christlich – jeweils unterschiedlich bewertet.

Daher sollte man gedanklich nicht in einer Einbahnstraße verbleiben und sagen, es sei die moderne Medizin, die das Menschenbild verändere. Vielmehr ist es umgekehrt auch so, dass der Fortschritt der Medizin im Spiegel überlieferter anthropologischer und kultureller Überzeugungen erörtert und entsprechend problematisiert oder akzeptiert wird.

Im folgenden möchte ich nun aber noch deutlicher untermauern, warum das Hirntodkriterium und die Entnahme von Organen nach dem Hirntod ethisch tatsächlich legitim und zu bejahen sind. Hierzu greife ich einen weiteren Leitgedanken auf, der aus der Anthropologie des 20. Jahrhunderts stammt.

3. Die moderne Anthropologie hat die Differenz zwischen „Leib“ und „Körper“ auf den Begriff gebracht.

Diese Differenzierung besitzt Aussagekraft für das Hirntodkriterium und für das Todesverständnis. Sie erhöht die ethische Legitimität der postmortalen Organentnahme; und sie bestätigt die moralische Verpflichtung zur Organspende.

Für die ethische Bewertung der Organentnahme nach dem Hirntod lässt sich ein Gedankengang fruchtbar machen, der im frühen 20. Jahrhundert von dem Philosophen Max Scheler (1874-1928) auf den Nenner gebracht worden ist. Das Menschenbild, das Scheler konzipierte, unterscheidet zwischen „Körper“ und „Leib“. Demzufolge stellt der Körper das Ensemble der verschiedenen Organe und der einzelnen Lebensfunktionen dar. Die einzelnen Organe sind Bestandteile des Menschen, machen aber nicht das Menschsein als solches aus.

Daher „hat“ der Mensch einen Körper und Körperteile; aber er „ist“ ein Leib. Anders als der Körper bzw. als die diversen Körperteile gehört der Leib untrennbar zur Person, zum Ich eines Menschen, zur Ich-Identität. Der Leib ist unablösbares Element in der Einheit von Geist, Seele und Leib, die einen Menschen zum „Individuum“ oder zur „Person“ werden lässt.

Was besagt dies für die Transplantationsmedizin? Ich gehe dabei davon aus, dass das Hirntodkriterium, insbesondere in der Version des Ganzhirntodkriteriums, medizinisch-naturwissenschaftlich valide und dass es methodischdiagnostisch abgesichert ist. Wenn nun an einem Patienten der Ganzhirntod festgestellt wird, dann heißt dies: Der Betroffene ist kein lebender Mensch mehr im Sinn der Einheit von Geist, Seele und Leib. Dasjenige, was Dritte wahrnehmen und was intensivmedizinisch gestützt wird (etwa durch künstliche Beatmung), sind der *frühere* Mensch und der *frühere* Leib. Es handelt sich jetzt nur noch um einen Körper, nämlich um den Körper eines Toten. Dieser Körper repräsentiert keine „leibliche“ Existenz im engeren Sinn und

kein „Ich“, kein „Person“-Sein mehr. Der Körper ist die verbliebene Gestalt des gewesenen Menschen; aber das personale Menschsein als solches ist erloschen. Hieraus sind verschiedene Konsequenzen zu ziehen.

a) Konsequenz für die Begriffsbildung: Die medizinische Option, Organe nach dem Hirntod zu entnehmen, verändert den Begriff des Leichnams. Ich denke, in *dieser* ganz spezifischen Hinsicht – für das Verständnis des Leichnams – bedeutet die Transplantationsmedizin tatsächlich einen kulturellen und begrifflichen Einschnitt. Herkömmlich denkt man bei einem „Toten“ oder beim Wort „Leichnam“ an Totenflecken, an Leichenstarre u.a. Diese Merkmale treffen auf den Hirntoten, dem ein Organ entnommen wird, jedoch nicht zu. Bei ihm sind Lebensfunktionen noch vorhanden. Sie werden aber nicht mehr von innen reguliert und koordiniert, sondern aufgrund künstlicher, externer Stabilisierung. Daher handelt es sich um den Körper eines Toten oder, pointiert gesagt, um einen Leichnam.

Hieraus ergibt sich nun allerdings eine Aporie, ein Zwiespalt: Der Hirntote *wirkt* auf Dritte geradezu wie ein lebender Mensch oder wie ein integrierter Leib – ohne dass er dies tatsächlich wäre. Kulturgeschichtlich ist die Vorstellung völlig unvertraut, dass ein Körper, der lebendig wirkt, eigentlich ein Leichnam ist.

b) Konsequenz für die Angehörigen des Hirntoten: Aus dieser Aporie – der Hirntote *wirkt* wie ein Lebender, aber er *ist* kein lebender Mensch mehr, sondern nur noch der Körper eines Toten – erklärt es sich, dass Angehörige, die mit dem Hirntod konfrontiert werden, oftmals tief verunsichert sind. Dies ist wohl eines der sensibelsten Probleme, die sich angesichts der Organentnahme nach dem Hirntod stellen. Hier ergeben sich hohe Herausforderungen für die ärztliche Aufklärung und Beratung und für die mitmenschliche oder psychologische Begleitung von Angehörigen.

Darüber hinaus möchte ich auf generelle rechtliche Konsequenzen hinweisen:

c) Konsequenz in rechtlicher Hinsicht: Wenn man es ernst nimmt, dass es sich beim Hirntoten nur noch um den Körper eines Toten und nicht mehr um einen Leib oder um ein Ich handelt, dann ist der medizinische Zugriff auf den Hirntoten prinzipiell legitim. Dies gilt umso mehr, als das Ziel des Zugriffs die Lebensrettung bzw. die Therapie schwerster Erkrankungen von Patienten sind, für die keine therapeutische Alternative zur Verfügung steht. Das Leben und die Gesundheit dieser Patienten sind Güter, die besonderes Gewicht besitzen. Es ist ethisch und rechtlich geboten, Leben zu schützen und Gesundheit zu sichern; jeder Mensch / jeder Patient besitzt ein Grundrecht auf den Schutz seiner Gesundheit und auf gesundheitliche Versorgung.

Daher ist zu sagen, dass die Gesetzeslage in Deutschland verändert werden sollte. Sie sollte so ausgestaltet werden wie in den meisten europäischen Staaten, nämlich als Widerspruchslösung. Wenn ein Mensch es im Vorhinein abgelehnt hat, dass ihm postmortal Organe entnommen werden, dann muss dies respektiert werden. In dieser Hinsicht gilt das Selbstbestimmungsrecht. Wenn ein Mensch aber darauf verzichtet hat, von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen, und er davon abgese-

hen hat, zur postmortalen Organentnahme Nein zu sagen, dann ist sein Körper nicht unantastbar.

Sicherlich: Auch der Körper eines gewesenen Menschen, eines Hirntoten verdient Achtung und Respekt. Weil der Zugriff auf seine Organe aber die Rettung eines anderen Menschen ermöglicht, ist eine Organentnahme grundsätzlich legitim.

Es wäre zu wünschen, dass der Gesetzgeber dieser – hier nur knapp angedeuteten – anthropologischen und ethischen Logik Rechnung trägt und das Transplantationsgesetz in Richtung auf eine Widerspruchslösung weiterentwickelt.

Dies wäre auch angesichts des Mangels an Spenderorganen in Deutschland zu hoffen. Und darüber hinaus: Als Menschen sind wir moralisch zur Hilfeleistung zugunsten von Mitmenschen verpflichtet. Die jüdische, die christliche oder die philosophisch-humanistische Tradition besagen: Hilfeleistung ist für jeden eine moralische Pflicht. Dies sollte für die Bestimmungen des Transplantationsgesetzes stärker aufgegriffen und auf gesetzlicher Ebene in angemessener Form gedanklich berücksichtigt werden.

III. Fazit

- Auf der Grundsatzebene ist festzuhalten: Legt man die Leitideen des abendländischen Menschenbilds zugrunde und nimmt man die Verpflichtung zur Lebensrettung sowie das Recht schwer erkrankter Patienten auf Gesundheitsschutz ernst, dann ist die Organentnahme nach dem Hirntod ethisch zu befürworten. Dass die postmortale Organentnahme das abendländische Menschenbild gefährde oder entwerte, ist nicht zu befürchten.
- Zwar ist der Einwand zu hören, potentielle Organspender würden zum Ersatzteillager; es drohe eine Kommerzialisierung des Körpers, ein Dambruch zu Lasten der Menschenwürde oder anderes. Nun sind bestimmte Missbrauchsgefahren nicht abzustreiten. Aber es ist die Aufgabe der Rechtsordnung, ihnen pragmatisch zu wehren. Der Grundrechtsschutz von Organspendern lässt sich mit Hilfe institutioneller Vorgaben und durch Verfahrenskontrolle sichern.
- Weiterer Diskussionsbedarf zur Transplantationsmedizin ist in anderer Hinsicht zu sehen, etwa was die Möglichkeit der Lebendorganspende oder die Verteilungsmodalitäten knapper Organe anbelangt (z.B. das Problem Dringlichkeit versus Erfolgsaussicht). Solche Anschlussfragen muss ich an dieser Stelle freilich offen lassen – aber ich wollte sie zumindest erwähnt haben.