

Evangelisch-Lutherische
Landeskirche Sachsens

Organ- und Gewebespende

Eine Handreichung der
Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Sachsens

Impressum

Herausgeber
Evangelisch-Lutherisches Landeskirchenamt Sachsens
Lukasstr. 6
D- 01069 Dresden
<http://www.evks.de>

Redaktionskreis
OKR Frank del Chin, Joachim Krause, Prof. Dr. Ulf Liedke, Prof. Dr. Frank Oehmichen,
Kathrin Pflücke, Heiko Reinhold, OKR Christian Schönfeld

Layout
Birgit Knabe, Grafik-Design

Druck
Lößnitz-Druck GmbH

Dresden, Januar 2015

Vorwort zur Handreichung Organspende



Seit der Deutsche Bundestag im Jahr 2012 das Transplantationsgesetz überarbeitet hat, ist das Interesse für das Thema Organspende deutlich gestiegen. Da alle Versicherten von ihren Krankenkassen gebeten werden, sich damit zu befassen, ob sie zur Organspende bereit sind oder nicht, kann kaum jemand dieser Frage ausweichen.

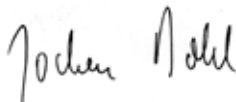
Wir werden durch sie mit unserer Sterblichkeit konfrontiert, auch in Lebensphasen, in denen uns alle Gedanken daran fern sind. Für weniger als ein Prozent aller Sterbefälle stellt sich die Frage nach einer Organspende, da der Hirntod Voraussetzung dafür ist. Dennoch kann diese Situation – etwa nach einem Unfall – ganz plötzlich eintreten.

Der christliche Glaube hilft uns, über die Fragen im Zusammenhang mit dem Lebensende in der Gewissheit nachzudenken, dass Gott mit uns ist im Leben und im Sterben und dass auch der Tod uns nicht aus seiner Hand reißen kann. Der Apostel Paulus bekennt diesen Glauben mit den Worten: „Ich bin gewiss, dass weder Tod noch Leben, weder Engel noch Mächte noch Gewalten, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, weder Hohes noch Tiefes noch eine andere Kreatur uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unserm Herrn.“ (Römer 8, 38)

Diese Handreichung will dazu ermutigen, das Thema Organspende zu bedenken.

Sie möchte eine Hilfe zur Entscheidungsfindung sein, aber nicht bedrängen. Dafür greift sie Fragen auf, die vielfach gestellt werden. Für eine freie Entscheidung benötigen wir möglichst umfassende Informationen. Wir müssen Argumente kennen, die dafür sprechen, in eine Organspende einzuwilligen, wie auch jene, die dagegen sprechen. Und wir müssen die Freiheit haben, zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Entscheidung zu treffen. „Zur Freiheit hat uns Christus befreit!“ (Galater 5, 1).

Ich bin dankbar für diese Handreichung und empfehle sie zur Meinungsbildung und Entscheidungsfindung, für Gespräche im persönlichen Rahmen wie auch in Kirchgemeinden und bei weiteren Formen des gemeinsamen Austauschs.



Jochen Bohl

Landesbischof der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens

INHALT

Handreichung der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Sachsens zur Organ- und Gewebespende

- Seite 3 Grußwort des Landesbischofs
- Seite 6 **Frage 1:** Was will diese Handreichung?
- Seite 7 **Frage 2:** Warum werden Organe oder Gewebe transplantiert?
- Seite 8 **Frage 3:** Welche Organe und Gewebe können anderen Menschen zur Verfügung gestellt werden?
- Seite 8 **Frage 4:** Unter welchen Bedingungen können Organe und Gewebe transplantiert werden?
- Seite 9 **Frage 5:** Welche rechtlichen Grundlagen bestehen für eine Organ- bzw. Gewebespende in Deutschland?
- Seite 11 **Frage 6:** Welche Institutionen und Einrichtungen sind außer dem Gesetzgeber an der Festlegung von Kriterien sowie an der Organisation der Vermittlung, Entnahme und Vergabe von Organen beteiligt?
- Seite 12 **Frage 7:** Welche rechtlichen Bedingungen sind bei einem Auslandsaufenthalt zu beachten?
- Seite 13 **Frage 8:** Was kann in einem Organspendeausweis bestimmt werden?
- Seite 15 **Frage 9:** Was kann in einem Organspendeausweis nicht bestimmt werden?
- Seite 15 **Frage 10:** Wie lange gilt ein Organspendeausweis?
- Seite 15 **Frage 11:** Was passiert, wenn kein Organspendeausweis vorhanden ist?
- Seite 16 **Frage 12:** Werden Betroffene weiterhin umfassend medizinisch behandelt, wenn sie sich zur Organspende bereit erklärt haben?
- Seite 16 **Frage 13:** Wie wird in Deutschland der Hirntod festgestellt?
- Seite 18 **Frage 14:** Wie läuft eine Organentnahme und –transplantation ab?

Frage 15: Wie läuft eine Gewebeentnahme ab und wie wird das Gewebe weiterverwendet?	Seite 20
Frage 16: Wie lange erfüllen Organe nach einer Transplantation ihre Funktion?	Seite 21
Frage 17: Bis zu welchem Lebensalter werden Organe und Gewebe verpflanzt?	Seite 22
Frage 18: Welche Rolle spielt die Verabreichung von Schmerz- oder Narkosemitteln während der Organentnahme?	Seite 22
Frage 19: Wie wird die Vergabe von Organen begründet und organisiert?	Seite 24
Frage 20: Wie wird die Organvergabe gegen Missbrauch geschützt?	Seite 25
Frage 21: Ist der Hirntod der Tod des Menschen?	Seite 26
Frage 22: Welche Auffassungen werden in der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Organ- und Gewebespende vertreten?	Seite 29
Frage 23: Wie wird in biblischen Texten vom Sterben und Tod des Menschen gesprochen?	Seite 30
Frage 24: Was können Menschen verfügen und was bleibt ihrer Verfügung entzogen?	Seite 31
Frage 25: Verstößt die Einwilligung in eine Organspende gegen die Unverfügbarkeit des Lebens?	Seite 32
Frage 26: Widersprechen sich die Bereitschaft zur Organspende und die Hoffnung auf Auferstehung?	Seite 34
Frage 27: Welche Beziehung besteht zwischen Organspende und Nächstenliebe?	Seite 34
Frage 28: Was bedeutet es für Angehörige, von einem Organspender oder einer Organspenderin Abschied zu nehmen?	Seite 36
Frage 29: Warum ist es wichtig, Fragen der eigenen Haltung zur Organ- und Gewebespende frühzeitig mit Angehörigen zu besprechen?	Seite 37
Literaturempfehlung	Seite 38

Frage 1:

Was will diese Handreichung?

Seit dem 1. November 2012 sind die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen verpflichtet, alle Versicherten ab einem Alter von 16 Jahren im Abstand von zwei Jahren zu befragen, ob sie im Todesfall zu einer Organ- bzw. Gewebespende bereit sind. Eine solch weitreichende Entscheidung trifft Menschen in ihrem Innersten. Sie sollen darüber befinden, was mit ihrem Körper nach der Feststellung ihres Hirntodes geschieht. Ihr Selbstverständnis und ihr Glaube werden damit gleichermaßen berührt. Während sich manche schon häufiger mit diesem Thema beschäftigt haben, ist es für andere neu. Sie fühlen sich unsicher und haben den Eindruck, noch viele Fragen klären zu müssen, bevor sie zu einer Entscheidung kommen.

Die vorliegende Handreichung soll Ihnen dabei helfen, sich ausführlich mit dem Thema der Organ- bzw. Gewebespende auseinanderzusetzen. Sie greift häufig gestellte Fragen auf und ist deshalb auch in Frageform gegliedert. So können Sie sich schnell einen Überblick verschaffen und diejenigen Themen finden, die für Sie von besonderem Interesse sind. Das Ziel der Handreichung besteht darin, Ihnen ausreichende Informationen zur Verfügung zu stellen, damit Sie selbst zu einer bewussten Entscheidung kommen können. Hinter ihr steht nicht die Absicht, Ihnen zur Organspende zu- oder von ihr abzuraten. Weil es sich dabei um eine sehr grundsätzliche Angelegenheit handelt, kann niemand anderes als Sie selbst diese Entscheidung treffen. Grundlagen und Hintergründe dafür finden Sie auf den folgenden Seiten. Zu empfehlen ist, dass Sie sich im Rahmen Ihrer Entscheidungsfindung mit Familienmitgliedern oder anderen nahestehenden Personen austauschen und sie anschließend auch über Ihren Entschluss informieren (vgl. Frage 7).

Viele der Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Organ- bzw. Gewebespende stellen, lassen sich relativ klar beantworten. In Bezug auf andere existieren dagegen unterschiedliche Einschätzungen. Das betrifft insbesondere die Beurteilung des Hirntodes (vgl. Frage 21). Je nachdem, ob der Hirntod als der Tod des Menschen oder als Phase im Sterbeprozess angesehen wird, verändern sich auch Einschätzungen bei anderen Fragen. Sie werden deshalb an diesen Stellen auch eine knappe Erläuterung der unterschiedlichen Auffassungen finden. Hier ist es besonders wichtig, dass Sie sich ein eigenes Urteil bilden.

Vielleicht haben Sie zum Thema der Organ- bzw. Gewebespende bereits von Ihrer Krankenkasse Informationsmaterial erhalten. Das Anliegen der vorliegenden Handreichung besteht in Ergänzung zu anderen Materialien darin, den Blickwinkel des christlichen Glaubens in die Überlegungen einzubeziehen. Deshalb werden auch einige Fragen aufgegriffen, die sich insbesondere für Christen stellen können.

Frage 2:

Warum werden Organe oder Gewebe transplantiert?

Ärztliches Tun war seit der Entstehung dieses Berufes auf die Verbesserung der Gesundheit und auf die Verlängerung des Lebens des einzelnen Menschen ausgerichtet. Im Lauf der Zeit entstand auch die Idee, Menschen durch die Verpflanzung von Organen und Geweben zu helfen. Der Weg von dieser Idee bis zu ihrer praktischen Umsetzung war lang. Erste Versuche der Hornhautübertragung bei Tieren sind bereits vom Ende des 18. Jahrhunderts überliefert. Bei Versuchen der Organübertragung zwischen Tieren und später auch zwischen Menschen wurden Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts wichtige praktische operative Erfahrungen gesammelt. In den 1950er Jahren waren es zunächst Lebendspenden von Nieren und in den 1960er Jahren Transplantationen von Leber und Herz, welche Hoffnungen auf eine breite Anwendung dieser Behandlungsmethoden weckten. Durch die Verbesserung der operativen Verfahren und der medikamentösen Begleitbehandlung (insbesondere der Immunsuppression¹) wurden Gewebe- und Organtransplantationen spätestens seit den 1980er Jahren zu Standardverfahren. Das Ziel dieser Transplantationen und Gewebeübertragungen ist es, die Lebenszeit der Patientinnen und Patienten zu verlängern und / oder deren Lebensqualität zu steigern.

¹Als Immunsuppression bezeichnet man medikamentöse Maßnahmen zur Unterdrückung der Abwehrreaktionen des Empfängerorganismus gegen das körperfremde Spenderorgan.

Frage 3:

Welche Organe und Gewebe können anderen Menschen zur Verfügung gestellt werden?

Häufig transplantierte Organe sind die Niere, das Herz, die Lunge, die Leber, die Bauchspeicheldrüse und der Dünndarm.

Transplantierbare Gewebe sind die Hornhaut und die Lederhaut des Auges (Cornea und Sclera), die Haut, große Blutgefäße, Herzklappen, Gehörknöchelchen, Knochen, Sehnen, Bänder und Bindegewebe, der Meniskus, die Eihaut der Fruchtblase und Knochenmark.

Frage 4:

Unter welchen Bedingungen können Organe und Gewebe transplantiert werden?

Zu unterscheiden sind

- Gewebe- bzw. Zellübertragungen von Lebenden auf sich selbst (z. B. bei der Übertragung von Haut in andere Körperregionen oder bei der Eigenblutspende),
- Spenden von Lebenden auf andere Personen oder
- Spenden von hirntoten Menschen auf Andere.

²Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG), zuletzt geändert am 15.7.2013; <http://www.gesetze-im-internet.de/tpg/BJNR263100997.html>

Die rechtlichen Voraussetzungen für eine zulässige Transplantation unter Lebenden richten sich nach den §§ 8 ff. Transplantationsgesetz² (TPG; vgl. Frage 5). Die Entnahme ist dabei grundsätzlich nur zulässig, wenn die Person u.a. volljährig und einwilligungsfähig ist, ferner wenn diese Person entsprechend aufgeklärt worden ist und in die Entnahme eingewilligt hat. Weitere medizinische Anforderungen, bspw. im Blick auf den Gesundheitszustand der betroffenen Personen, und sonstige Anforderungen, bspw. im Blick auf den behandelnden Arzt, müssen ebenfalls erfüllt sein.

Paarige Organe (Niere) oder Teile von Organen (Leber) können von hirntoten Menschen und von Lebenden gespendet werden.

Die Entnahme unpaariger Organe ist rechtlich nur nach der Feststellung des Hirntodes möglich (vgl. Fragen 13 und 21).

Eine fehlende Blutzirkulation hat eine mangelhafte Sauerstoffversorgung der Organe und Gewebe zur Folge. Da Gewebe im Vergleich zu Organen eine solche Mangelversorgung auch über längere Zeit ohne Schädigung tolerieren, können Gewebe nicht nur von Lebendspendenden oder von hirntoten Menschen (mit erhaltener Blutzirkulation) sondern auch von Menschen mit klassischen Todeszeichen (ohne Blutzirkulation) entnommen werden. Die Entnahme kann bis 72 Stunden nach Todesfeststellung im Operationssaal oder im Sektionssaal einer Pathologie bzw. eines rechtsmedizinischen Institutes erfolgen. Nach Bestimmung des Hirntodes hat die Organspende Vorrang vor der Gewebespende.

Von einer Organ- oder Gewebespende ausgeschlossen sind Personen ohne eindeutige Klärung der Todesursache, Personen mit dem Risiko der Übertragung einer Infektionskrankheit (z. B. bei einer aktiven Tuberkulose, bei einer Blutvergiftung mit multiresistenten Erregern, bei einer HIV-Infektion) sowie Personen mit bösartigen Tumoren. Bei primären Hirntumoren und bei bestimmten Haut- und Nerventumoren sind Ausnahmen möglich.

Frage 5:

Welche rechtlichen Grundlagen bestehen für eine Organ- bzw. Gewebespende in Deutschland?

Die rechtlichen Grundlagen für eine Organ- bzw. Gewebespende werden in Deutschland hauptsächlich durch das Transplantationsgesetz (TPG) geregelt. Dazu kommen Richtlinien der Bundesärztekammer³ und Rechtsverordnungen des Bundesgesundheitsministeriums. Ferner sind in bestimmten Fällen Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes⁴ und des Transfusionsgesetzes⁵ zu beachten.

Ziel des TPG ist es, „die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern.“ (§ 1 Absatz 1 TPG).

Das Gesetz enthält u. a.:

- Regelungen über die Voraussetzungen für die Entnahme von Organen und Geweben,
- Vorschriften für die Vermittlung und Übertragung von Organen und zur Zusammenarbeit bei der Entnahme von Organen und Geweben,
- Regelungen zu Meldungen, Dokumentation, Datenschutz,
- das Verbot des Organ- und Gewebehandels.

³Bundesärztekammer: Richtlinien zur Transplantationsmedizin <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.8858>

⁴Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 12. Dezember 2005, zuletzt geändert am 17.12.2014; http://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/BJNR024480976.html

⁵Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens vom 28.8.2007, zuletzt geändert am 17.7.2009; <http://www.gesetze-im-internet.de/tfg/BJNR175200998.html>

In Deutschland gilt nach dem TPG für Organ- und Gewebespenden eine „erweiterte Zustimmungsregelung“: Grundsätzlich muss die zu Lebzeiten erteilte Einwilligung des Organspenders in die Spende vorliegen (z. B. in Form eines Organspendeausweises). Liegt weder eine Einwilligung noch ein Widerspruch des Spenders vor – schriftlich oder mündlich übermittelt –, so können die Angehörigen über eine Entnahme von Organen bzw. Gewebe entscheiden (vgl. Frage 11).

Der Gesetzgeber möchte jeden Bürger bzw. jede Bürgerin in die Lage versetzen und dazu auffordern, eine eigene Entscheidung zu treffen („Entscheidungsregelung“). Dazu werden die Bürgerinnen und Bürger regelmäßig (derzeit alle zwei, später evtl. alle fünf Jahre) von den Krankenkassen bzw. den privaten Krankenversicherungsunternehmen angeschrieben, die ihnen Informationsunterlagen zur Verfügung stellen. Die Aufklärung muss laut Gesetz ergebnisoffen sein und die gesamte Tragweite der Entscheidung umfassen (also Argumente für und gegen eine Organspende berücksichtigen). Die Entscheidung kann für eine unbeschränkte, für eine teilweise oder gegen eine Organ- und Gewebespende getroffen werden. Die Möglichkeit, diese Entscheidung nicht zu fällen, besteht ebenso. Es kann niemand verpflichtet werden, eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende abzugeben (§ 2 Absatz 2a TPG).

Die Frage der gerechten Verteilung von Organen ist weiterhin in der Diskussion. Das Transplantationsgesetz regelt in § 12 Absatz 3 lediglich, dass die Organe nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln sind. Die Einzelheiten der Vermittlung werden durch Vertrag festgelegt, den der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam mit der sogenannten Vermittlungsstelle (derzeit handelt es sich dabei um die Stiftung Eurotransplant mit Sitz in den Niederlanden) schließt. Der Vertrag ist durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Die Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Christiane Woopen, hat erklärt, dass „die Frage nach einer gerechten Organverteilung eine primär ethische Frage sei. Es gebe nicht das eine Kriterium für eine gerechte Zuteilung. Vielmehr seien mehrere Kriterien miteinander zu kombinieren, die in einer intensiven öffentlichen Debatte bestimmt und gewichtet sowie vom Gesetzgeber festgeschrieben werden müssten.“⁶⁴

⁶⁴Deutscher Ethikrat:
Pressemittteilung <http://www.ethikrat.org/presse/pressemittelungen/2013/pressemittellung-05-2013>

Frage 6:

Welche Institutionen und Einrichtungen sind außer dem Gesetzgeber an der Festlegung von Kriterien sowie an der Organisation der Vermittlung, Entnahme und Vergabe von Organen beteiligt?

Die **Bundesärztekammer** (BÄK) ist eine Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Landes-Ärzttekammern. Die BÄK ist keine Körperschaft, sondern ein nicht eingetragener Verein. Sie vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, nimmt aber auch gesetzliche Aufgaben wahr, z. B. in der Umsetzung des Transplantationsgesetzes (TPG). Sie erlässt dazu Richtlinien (Feststellung des Hirntodes; Wartelistenführung und Organvermittlung gem. § 16 Absatz 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG)

Die **Deutsche Stiftung Organtransplantation** (DSO) ist eine private gemeinnützige Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist die nach § 11 Absatz 1 des TPG vom Bund der Krankenkassen, der BÄK und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam beauftragte Koordinierungsstelle für die Organspende in Deutschland.

Eurotransplant ist eine 1967 gegründete private Stiftung mit Sitz in der Universitätsstadt Leiden (Niederlande). Sie organisiert die Vermittlung von gespendeten Organen auch über Ländergrenzen hinweg für die Niederlande, Belgien, Luxemburg, Deutschland, Österreich, Slowenien, Kroatien und Ungarn.

Das Transplantationsgesetz sieht vor, dass Organe nur in dafür zugelassenen **Transplantationszentren** übertragen werden dürfen (§ 9 Absatz 2 TPG).

Bei den Transplantationszentren handelt es sich um Einrichtungen einer chirurgischen Klinik mit einem oder mehreren Transplantationsprogrammen. Zu den Aufgaben der Zentren gehören die Führung der Wartelisten, Übertragung von Organen, Patientennachsorge, psychische Betreuung von Patienten vor und nach der Transplantation sowie die Dokumentation der Transplantations-Ergebnisse⁷.

⁷Deutsche Stiftung Organtransplantation: Transplantationszentren <http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/transplantation/transplantationszentren.html>

Frage 7:

Welche rechtlichen Bedingungen sind bei einem Auslandsaufenthalt zu beachten?

Die Möglichkeiten, eine persönliche und rechtsverbindliche Entscheidung für oder gegen die Entnahme von Organen und Geweben zu treffen, werden in den einzelnen Staaten unterschiedlich geregelt. Allgemein werden folgende Modelle unterschieden:

Zustimmungsregelung

Nach der „**engen Zustimmungsregelung**“ muss der oder die Verstorbene selbst zu Lebzeiten einer Organentnahme ausdrücklich zugestimmt haben, z. B. per Organspendeausweis.

In vielen Ländern gilt eine „**erweiterte Zustimmungsregelung**“: Wenn von potenziellen Organspendern selbst keine (schriftliche) Zustimmung vorliegt, können die Angehörigen über eine Entnahme entscheiden. Entscheidungsgrundlage ist dann der ihnen durch eindeutige mündliche Äußerungen bekannte oder der mutmaßliche Wille des oder der Verstorbenen.

In Deutschland gilt als eine Sonderform der „erweiterten Zustimmungsregelung“ die „**Entscheidungsregelung**“: Die Versicherten erhalten von ihren Krankenkassen bzw. den privaten Krankenversicherungsunternehmen regelmäßig Informationsmaterialien zugesandt mit der Bitte, eine eigene Entscheidung zur Organspende zu treffen und zu dokumentieren.

Widerspruchsregelung

In Ländern mit dieser gesetzlichen Regelung gilt: Wenn die verstorbene Person einer Organentnahme zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen hat, z. B. in einem Organspendeausweis oder durch Eintragung in ein Widerspruchsregister, dann können Organe zur Transplantation entnommen werden. In einigen Ländern haben die Angehörigen ein Widerspruchsrecht.

Was aber geschieht nun, **wenn Sie sich im Ausland befinden**, z. B. nach einem Unfall im Urlaub?

Grundsätzlich gelten für eine Organentnahme die rechtlichen Regelungen des Landes, in dem Sie sich aufhalten.

In Europa hatten nach Angaben von Eurotransplant im Jahr 2014 nur sechs Länder eine „Zustimmungsregelung“. In 22 europäischen Ländern galt dagegen eine „Widerspruchsregelung“⁸.

Oft werden im Todesfall zwar auch bei der Geltung der Widerspruchsregelung die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person befragt. Darauf sollte man sich aber nicht verlassen.

Wer sich bei einer Reise ins Ausland absichern will, sollte eine eindeutige Erklärung zur Organspende in der Landessprache mit sich führen⁹. In einigen Ländern kann man sich auch in das Widerspruchsregister des betreffenden Landes aufnehmen lassen (das ist z. B. in Österreich¹⁰, aber auch in Italien und Frankreich möglich)¹¹.

Frage 8:

Was kann in einem Organspendeausweis bestimmt werden?

Aus rechtlicher Sicht dürfen allein Sie bestimmen, ob Sie einer Organ- bzw. Gewebespende zustimmen oder Ihren Widerspruch erklären.

Sie können das Formular eines Organspendeausweises nutzen, auf das im Folgenden Bezug genommen wird (erhältlich z. B. bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung¹²). Sie können aber auch Ihre persönlichen Festlegungen formlos niederschreiben. Wichtig ist in jedem Fall Ihre eigenhändige Unterschrift. Wenn Sie den Formulierungen im Organspendeausweis folgen, akzeptieren Sie, dass durch die Diagnose des Hirntodes (vgl. Fragen 13 und 21) der Tod eines Menschen festgestellt wird.

Im Falle einer Zustimmung legen Sie fest, welche Organe (Herz, Niere, Leber, Lunge, Darm, Bauchspeicheldrüse) und welche Gewebe (Haut, Herzklappen, Augenhornhaut, Knochen, Sehnen, Muskeln, Blutgefäße ...) Sie nach einer Hirntodfeststellung zur Verfügung stellen. Sie können durch entsprechende Eintragungen die Entnahme auf bestimmte Organe oder Gewebe beschränken.

Sie müssen also auf den Vordrucken für Organspendeausweise im Einzelfall jeweils ankreuzen, durchstreichen oder zusätzlich eintragen, welche der Möglichkeiten für Sie in Frage kommt. Natürlich können Sie auch einer Entnahme von Organen und Geweben widersprechen.

⁸Eine „Zustimmungsregelung“ galt 2014, in: Dänemark, Großbritannien, Litauen, Niederlande, Rumänien, (Deutschland). Eine „Widerspruchsregelung“ galt 2014, in: Belgien, Bulgarien, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Slowenien, Slowakei, Spanien, Tschechien, Türkei, Ungarn, Zypern. Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; <https://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/files/gesetzliche%20Regelungen%20in%20Europa.pdf>

⁹Formulare in den Sprachen aller EU-Länder sind zu finden unter: <http://www.organspende-info.de/organspendeausweis/beiblaetter>

¹⁰Gesundheit Österreich GmbH: Widerspruchsregister <http://www.goeg.at/de/Widerspruchsregister>

¹¹Die „Deutsche Verfügungszentrale“ bietet ein Formular an, mit dem ein Widerspruch gegen eine Organspende an alle in Frage kommenden Länder in Europa übermittelt werden kann; http://www.verfuegungszentrale.org/cms/upload/pdf/Formulare/Widerspruchsregister_zumAusfullen.pdf

¹²Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Organspendeausweis <http://www.organspende-info.de/start>

Organspendeausweis
nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Sex _____ PLZ, Wohnort _____

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **organspende** schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infocenter Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.

Erklärung zur Organspende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Festlegung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname _____ Telefon _____

Sex _____ PLZ, Wohnort _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise _____

DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____

Eine Zustimmung zur Organ- und Gewebespende können Sie ab einem Alter von 16 Jahren erklären, einen Widerspruch schon im Alter von 14 Jahren.

Es ist auch möglich, die endgültige Entscheidung auf eine Person Ihres Vertrauens zu delegieren (dazu müssen Sie mindestens 16 Jahre alt sein). Es ist wichtig, dass Sie mit Familie und Angehörigen bzw. mit Ihrer Vertrauensperson über Ihre Entscheidung sprechen. (vgl. Frage 29)

Zusätzlich zu den Ankreuzmöglichkeiten im Formular des Organspendeausweises können von Ihnen ergänzende Regelungen eingetragen oder bei Platzmangel gesondert notiert werden. Sie sollten dann auf ihrem Organspendeausweis eine Notiz eintragen, wie z. B.: „Dieser Organspendeausweis gilt nur in Verbindung mit weiteren Verfügungen, die ... (Angabe eines Ortes oder einer Person) hinterlegt sind.“

Es ist möglich, dass bei gleichzeitigem Vorliegen einer Patientenverfügung (Verzicht auf intensivmedizinische Behandlung) und einer Organspendeerklärung einander widersprechende Festlegungen getroffen wurden. In diesem Fall kann eine Klarstellung wichtig sein, etwa in der folgenden Form: „Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.“¹³

Sie können weiterhin festlegen, dass Sie während der Operation zur Organentnahme narkotisierende Medikamente erhalten möchten (vgl. Frage 18). Die Deutsche Stiftung Organtransplantation hat auf Anfrage erklärt, dass es zulässig ist, die Zustimmung zur Organentnahme an die Bedingung einer Narkose bei der Organentnahme zu knüpfen. Eine solche Festlegung hat verbindlichen Charakter.¹⁴

Sie können Ihre Meinung zur Organ- und Gewebetransplantation jederzeit widerrufen, sollten dies aber schriftlich tun und Vertrauenspersonen über die geänderte Entscheidung informieren.



¹³Christliche Patienten-
vorsorge, Handrei-
chung der Deutschen
Bischofskonferenz, des
Rates der Evangelischen
Kirche in Deutschland
und der Arbeitsge-
meinschaft Christlicher
Kirchen in Deutschland,
2012;Formular Teil B, S. 6;
[www.ekd.de/download/
patientenvorsorge.pdf](http://www.ekd.de/download/patientenvorsorge.pdf)

¹⁴Mitteilung der DSO,
Region Ost Leipzig,
E-Mail vom 17.10.2014

Frage 9:

Was kann in einem Organspendeausweis nicht bestimmt werden?

Sie können nicht bestimmen, wer Ihre Organe bzw. Gewebe erhält. Organspende ist kein Tauschgeschäft, sondern anonym: Gebende und Empfangende kennen sich nicht, sodass auch keine Abhängigkeiten entstehen können. Sie legen Ihre Spende in die Verantwortung der handelnden Ärztinnen und Ärzte. Die Vergabe erfolgt nach Kriterien der deutschen Bundesärztekammer und der Stiftung Eurotransplant und orientiert sich allein an medizinischer Erfolgsaussicht, Dringlichkeit und Chancengleichheit.

Frage 10:

Wie lange gilt ein Organspendeausweis?

Die Gültigkeit eines Organspendeausweises ist zeitlich nicht befristet. Jedoch empfiehlt es sich, die getroffenen Entscheidungen aller zwei bis drei Jahre neu zu bestätigen oder zu korrigieren. Damit können Sie in überschaubaren zeitlichen Abständen überprüfen, ob Sie zu Ihren Festlegungen noch stehen. Weiterhin bestätigen Sie denjenigen, die Ihren Willen im Falle Ihres Todes vertreten sollen, dass Ihre Entscheidungen relativ aktuell sind.

Frage 11:

Was passiert, wenn kein Organspendeausweis vorhanden ist?

In Deutschland gilt die „erweiterte Zustimmungregelung“ (vgl. Frage 5). Wenn Sie keinen Organspendeausweis besitzen, dann werden Ihre nächsten Angehörigen um eine Entscheidung gebeten. Diese haben dabei Ihren mutmaßlichen Willen zu beachten. Sie sind ebenso wie Ärztinnen und Ärzte an die zu Lebzeiten getroffene Entscheidung des Verstorbenen gebunden.

Wenn keine Zustimmung vorliegt, werden in Deutschland auch keine Organe entnommen. In anderen Ländern ist – wegen anderer Rechtslagen – eine Organentnahme auch bei fehlender Zustimmung möglich (vgl. Frage 7).

Frage 12:

Werden Betroffene weiterhin umfassend medizinisch behandelt, wenn sie sich zur Organspende bereit erklärt haben?

Im Falle eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung sind alle medizinischen Maßnahmen darauf ausgerichtet, das Leben der Patientin oder des Patienten zu retten. Allein mit diesem Ziel werden diese auf die Intensivstation gebracht und dort untersucht und behandelt. Die Frage nach einer Organspende stellt sich am Unfallort nicht. Auch kann über das Vorliegen des Hirntodes dort gar nicht sachgerecht entschieden werden. Solange nicht der Hirntod diagnostiziert ist, werden Betroffene nach den medizinischen Standards behandelt.

Manchmal jedoch muss – vielleicht erst nach Stunden oder Tagen – festgestellt werden, dass das Leben der Patientin oder des Patienten nicht mehr gerettet werden kann. Krankheit oder Unfallfolgen sind zu weit fortgeschritten bzw. zu ausgeprägt. Jetzt muss über die weitere Behandlung entschieden werden. Wenn in einer solchen Situation der Hirntod festgestellt wird, ist ein Abbruch der Heilbehandlung zulässig. Nur in diesem Falle der Feststellung des Hirntodes (vgl. Frage 13) kann auch über eine mögliche Organspende entschieden werden. Bei vorliegender Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten selbst (oder stellvertretend ihrer bzw. seiner Angehörigen; vgl. Frage 11) wird dann die medizinische Versorgung des Körpers der oder des Spendenden weitergeführt und an dem neuen Ziel der Organentnahme ausgerichtet.

Frage 13:

Wie wird in Deutschland der Hirntod festgestellt?

Nach § 3 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes (TPG) ist als Mindestvoraussetzung für eine Organ- oder Gewebeentnahme u. a. der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des menschlichen Gehirns festgeschrieben, welcher entsprechend dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft festgestellt ist.

Dieser sogenannte Hirntod wird von der Bundesärztekammer in ihren „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ definiert als der „Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten.“¹¹⁵

¹¹⁵Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3. Fortschreibung 1997, Stand vom 24. 07.1998; <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=h>

Die Voraussetzungen einer Hirntodbestimmung sind:

1. das Vorliegen einer primären (direkt das Gehirn betreffenden Schädigung, z. B. durch Hirnblutung, durch Gewalteinwirkung) oder sekundären Hirnschädigung (das Gehirn ist über beeinträchtigte Stoffwechselfvorgänge betroffen, z. B. infolge von Sauerstoffmangel nach Herzstillstand)
2. der Ausschluss von Vergiftungen, dämpfender Wirkungen von Medikamenten auf das Gehirn und auf Muskeln, Unterkühlungen, Kreislaufschock bzw. Bewusstlosigkeit durch hormonelle oder stoffwechselbedingte Erkrankungen oder Ausschluss von Entzündungen als Ursache oder Mitursache des Ausfalls der Hirnfunktion.

Die klinischen Symptome des Ausfalls der Hirnfunktion sind Bewusstlosigkeit, lichtstarre Pupillen, das Fehlen genau festgelegter Hirnstamm-Reflexe, das Fehlen von Reaktionen auf Schmerzreize und das Fehlen von Spontanatmung.

Die Bestimmung erfolgt durch zwei unabhängig voneinander untersuchende und dokumentierende Ärztinnen oder Ärzte, die über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Kranken mit schweren Hirnschädigungen verfügen müssen. Die an der Hirntod-Bestimmung beteiligten Ärztinnen und Ärzte dürfen weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe beteiligt sein, sie dürfen auch nicht einem daran beteiligten Arzt unterstehen.

Im nächsten Schritt muss der Nachweis der Irreversibilität der Hirnschädigung erbracht werden. Dies erfolgt durch die Wiederholung der klinischen Untersuchung nach einer festgelegten Beobachtungszeit. Die Beobachtungszeit beträgt bei primärer Hirnschädigung bei Erwachsenen und bei Kindern über 2 Jahren 12 Stunden, bei sekundären Hirnschäden in allen Altersgruppen 72 Stunden.

Um die Beobachtungszeit abzukürzen, können ergänzende apparative Untersuchungen durchgeführt werden. Als ergänzende Untersuchungen sind spezielle Hirnstromableitung (Ableitung eines Null-Linien-EEGs oder erloschene evozierte Potentiale) oder der Nachweis des Durchblutungsstillstandes der Hirngefäße durch eine Ultraschalluntersuchung (Dopplersonographie), durch eine Kontrastmittel-Röntgen-Untersuchung der Hirngefäße (Angiographie) oder durch eine nuklearmedizinische Durchblutungsuntersuchung des Gehirns (Perfusionsszintigraphie) anerkannt.

Bei Neugeborenen und bei Kindern unter 2 Jahren gelten besondere Festlegungen für die Bestimmung des Hirntodes.

Als Todeszeit wird bei Personen jeglichen Alters nicht der Zeitpunkt des Eintritts des Hirntodes, sondern der Zeitpunkt des Abschlusses der Diagnose und der Dokumentation des Hirntodes im Totenschein eingetragen (vgl. Frage 14).

Frage 14:

Wie läuft eine Organentnahme und –transplantation ab?

Der gesamte Prozess der Vorbereitung und Durchführung der Organentnahme wird von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO – vgl. Frage 6) koordiniert. Der Weg zur Organspende und Organverpflanzung läuft typischerweise in folgenden Schritten ab:

Eine Person mit akuter Hirnschädigung im Koma und mit künstlicher Beatmung befindet sich auf der Intensivstation. Sie wird ausschließlich mit dem Ziel, ihr Leben zu retten, dorthin gebracht und behandelt.

Irgendwann gibt es erste Hinweise darauf, dass trotz aller Behandlungsbemühungen der Hirntod bereits eingetreten sein könnte (klinische Symptome). Einer der behandelnden Ärzte (bzw. die oder der Transplantationsbeauftragte der Intensivstation) nimmt Kontakt mit der DSO auf. Die Intensivbehandlung wird währenddessen fortgeführt.

Nun wird nach den Richtlinien der Bundesärztekammer die Hirntoddiagnostik durchgeführt. Wenn der Hirntod nicht nachweisbar ist, wird die Behandlung fortgesetzt.

Nach ärztlicher Feststellung des Hirntodes wird ein Gespräch mit Angehörigen durchgeführt und geprüft, ob eine verbindliche, dokumentierte Äußerung zur Organspendebereitschaft vorliegt (Organspendeausweis). Wenn das nicht der Fall ist, dürfen und sollen die Angehörigen stellvertretend Auskunft geben über den mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten.

Bei fehlender Zustimmung zur Organspende wird nach der Hirntodfeststellung die weitere Behandlung eingestellt. Der Totenschein wird ausgestellt (vgl. Frage 13).

Nur für den Fall, dass eine Zustimmung zur Organentnahme vorliegt, erfolgt ein Perspektivenwechsel: Der Patient oder die Patientin wird zum Spender bzw. zur

Spenderin. Ab jetzt wird eine Organentnahme gezielt vorbereitet. Die Versorgung des hirntoten Spenders wird nun auf den Schutz und die Erhaltung der Funktionsfähigkeit seiner Organe ausgerichtet. Ergänzende Diagnostik wird durchgeführt, um Risiken für die Organ-Empfängenden auszuschließen (vorliegende Erkrankungen, mögliche Schädigungen der Organe). Eine Bestimmung der Blutgruppe und die Feststellung wichtiger Gewebemerkmale dienen der späteren Vermittlung der Organe an „passende“ Empfangende.

Die für eine Vermittlung der Organe notwendigen Daten der Spendenden (z. B. Laborwerte) werden an die Vermittlungszentrale Eurotransplant (vgl. Frage 6) übermittelt. Eurotransplant ordnet die zur Verfügung stehenden Organe konkreten Empfängerinnen und Empfängern zu. Ein spezielles Computerprogramm gleicht die Daten der gemeldeten Spenderorgane mit den Patientendaten auf den Wartelisten in den acht Mitgliedsländern ab und ermittelt die geeignetsten bzw. bedürftigsten Empfängerinnen und Empfänger. Die Vergabe richtet sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien, vorrangig nach Dringlichkeit bzw. Erfolgsaussicht.

Die Transplantationszentren, bei denen die potenziellen Empfängerinnen und Empfänger der verschiedenen zur Verfügung stehenden Organe auf der Warteliste stehen, werden benachrichtigt. Die potenziellen Empfängerinnen oder Empfänger werden in der Klinik untersucht (ist eine Transplantation in der konkreten Situation möglich?) und auf den Eingriff vorbereitet.

Erst bei der Entnahme kann die Eignung der Organe für eine Transplantation beurteilt werden.

Abweichend von anderen Operationen wird vor der Organentnahme eine gekühlte Konservierungsflüssigkeit in den Blutkreislauf geleitet. Das Beatmungsgerät wird nach der Organentnahme abgeschaltet.

Nach der Organentnahme wird die Operationswunde sorgfältig verschlossen und der Körper der oder des Spendenden in würdigem Zustand an die Angehörigen übergeben, die sich nun von der bzw. dem Verstorbenen verabschieden können. Die entnommenen Organe werden unter geeigneten Bedingungen (v. a. Kühlung) „funktionsfähig“ erhalten und auf schnellstem Wege zu den verschiedenen Krankenhäusern transportiert, in denen sich die jeweiligen Organ-Empfängenden befinden. Dort erfolgt die Einpflanzung der gespendeten Organe.

Den Angehörigen und Mitarbeitenden kann in allen Phasen der Organtransplantation eine seelsorgerliche Betreuung angeboten werden.

Frage 15:

Wie läuft eine Gewebeentnahme ab und wie wird das Gewebe weiterverwendet?

Eine Gewebeentnahme ist nur zulässig, wenn der Gewebespende- bzw. die Gewebespende- rinde zuvor in die Entnahme eingewilligt hat (§ 3 Absatz 1 Transplantationsgesetz – TPG). Dabei hat die mögliche Entnahme und Übertragung eines Organs Vorrang vor der Entnahme des Gewebes (§ 9 Absatz 3 TPG). Menschliche Gewebe sind „alle aus Zellen bestehenden Bestandteile des menschlichen Körpers, die keine Organe ... sind, einschließlich einzelner menschlicher Zellen“ (§ 1a Absatz 4 TPG). Im Rahmen der Gewebespende entnommene Gewebe sind z. B. Knochen (insbesondere die langen Knochen der Beine und/oder der Arme), Sehnen, Herzklappen, Hornhäute der Augen, Muskeln, Blutgefäße und Haut. Nach der Entnahme wird eine Rekonstruktion des Körpers durchgeführt, die Knochen werden durch Prothesen ersetzt. Entstellende äußere Veränderungen am Körper der bzw. des Verstorbenen sind, wie bei der Organspende, zu vermeiden.

Die Gewebeentnahme erfolgt in einem Operationssaal (z. B. bei einer gleichzeitigen Organentnahme) oder im Sektionssaal eines pathologischen oder rechtsmedizinischen Institutes. Sie erfolgt in der Regel bis zu drei Tage nach der Todesfeststellung. Im Gegensatz zur Organspende ist bei (alleiniger) Gewebespende eine Hirntoddiagnostik nicht erforderlich, da bereits der Herz-Kreislauf-Tod eingetreten ist.

Im Unterschied zur Organspende müssen die entnommenen Gewebe nicht schnellstmöglich transplantiert werden. Sie werden in sogenannte Gewebebanken überführt, wo sie untersucht und gelagert werden. Auch für die Vergabe von Gewebespenden werden Wartelisten geführt, zum Beispiel bei der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation oder von Universitätskliniken, die Gewebebanken haben.¹⁶

Für Gewebe (wie auch für Organe) gilt in Deutschland ein Handelsverbot (§ 17 TPG; erlaubt sind Erstattungen für Aufwendungen für die Entnahme, Aufbereitung für die Gewebebank, Transport). Dieses Verbot gilt nicht für Arzneimittel, die aus Geweben hergestellt werden (§§ 21 und 21a Arzneimittelgesetz).

¹⁶Deutsche Stiftung Organtransplantation: Gewebespende <http://www.fuers-leben.de/informieren/entscheidungshilfe/gewebespende.html>

Frage 16:

Wie lange erfüllen Organe nach einer Transplantation ihre Funktion?

Bei der Organverpflanzung handelt es sich nicht um einen „Ersatzteil-Einbau“ mit garantierter Erfolgsaussicht. Empfängerinnen oder Empfänger sind vor der Organverpflanzung schwer kranke Menschen, die sich oft in einer lebensbedrohlichen Situation befinden. Gespendete Organe sind „gebraucht“, sie bringen schon eine Vorgeschichte und mögliche Vor-Schädigungen mit, deren Einfluss auf den Erfolg der Übertragung sich nicht sicher abschätzen lässt. Das erfolgreiche Funktionieren von übertragenen Organen hängt von bestimmten Faktoren und Bedingungen ab, z. B. von der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten und ständiger ärztlicher Kontrolle. Dennoch kann es dazu kommen, dass Organe vom Körper der Empfängerin bzw. des Empfängers nicht akzeptiert und abgestoßen werden. In solchen Fällen kann eine Zweit-Transplantation erfolgen.

Um die Erfolgsrate von Organübertragungen zu dokumentieren, wird in internationalen Vergleichen festgestellt, wie viele der verpflanzten Organe fünf Jahre nach der Übertragung noch ihre Funktion erfüllen:

Organ	Funktionierende Organe fünf Jahre nach der Übertragung (Angaben für Deutschland in Prozent) ¹⁷
Niere	70,9 (Lebendspenden 87,5)
Herz	64,7
Leber	52,6 (Lebendspenden 60,7)
Lunge	49,5
Bauchspeicheldrüse	65,8

„Deutsche Stiftung Organtransplantation: Organspende und Transplantationen in Deutschland, Jahresbericht 2013; http://www.dso.de/uploads/tx_dso/dl/JB_2013_Web_05.pdf

Durchschnittlich erreichen z. B. übertragene Nieren heute eine Lebensdauer von 11 Jahren, Herzen und Lebern eine solche von 9 bis 10 Jahren. In Einzelfällen lebten Organempfänger und -empfängerinnen aber auch noch mehr als 30 Jahre nach der Transplantation.

Frage 17:

Bis zu welchem Lebensalter werden Organe und Gewebe verpflanzt?

Für eine Organspende gibt es in Deutschland keine festgelegte Altersgrenze. Entscheidend für die Organ- und Gewebespende sind der allgemeine Gesundheitszustand der spendenden Person und der Zustand ihrer Organe, also das „biologische Alter“. Es handelt sich immer um Einzelfallentscheidungen, wobei eine Bewertung erst angesichts der zur Verfügung stehenden Organe während der Operation getroffen werden kann.

So können beispielsweise auch Organe von Personen, die 70 Jahre oder älter sind, oft noch transplantiert werden. Der älteste bekannte Organspender in Deutschland war 96 Jahre alt. In Deutschland waren in den Jahren 2009 bis 2011 immerhin 30 Prozent der Organspenderinnen und -spender älter als 64 Jahre.

Durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird erläutert: „Für Gewebe wie Augenhornhäute und Knochen gibt es keine Altersgrenze, Sehnen und Bänder können bis zum Alter von 65 Jahren gespendet werden. Für eine Hautspende gilt eine Obergrenze von 75 Jahren. ... (Auch) nach unten (für Kinder) gibt es keine Altersgrenze für eine Organ- und Gewebespende.“¹⁸

Die bisher älteste Gewebespenderin in Deutschland war 102 Jahre alt.

¹⁸Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: <https://www.organspende-info.de/organ-und-gewebespende/spender>

Frage 18:

Welche Rolle spielt die Verabreichung von Schmerz- oder Narkosemitteln während der Organentnahme?

Den nachstehend wiedergegebenen Stellungnahmen zufolge erscheint eine Narkose zur Schmerzlinderung bei der Organentnahme nicht notwendig und sinnvoll.

Dennoch können Sie verbindlich festlegen, dass Sie während der Operation zur Organentnahme narkotisierende Medikamente erhalten möchten (nach einer Auskunft der DSO, vgl. Frage 8).

Oft wird – in Publikationen und in Internetbeiträgen – behauptet, dass in der Schweiz (im Unterschied zu Deutschland) eine Verabreichung von Schmerzmitteln bei der Organentnahme verbindlich vorgeschrieben sei.

In Deutschland werden Narkose- und Schmerzmittel nicht routinemäßig verabreicht. Dieses Vorgehen wird damit begründet, dass beim Hirntod alle vom Gehirn gesteuerten Organfunktionen erloschen seien, wie z. B. Bewusstsein und Atmung. Auch Schmerzen könnten dann nicht mehr wahrgenommen werden. Daher gebe es keinen rationalen medizinischen Grund, bei der Organentnahme Narkose- oder Schmerzmittel zu geben.

Die DSO teilt mit,¹⁹ dass auch in Deutschland bei der Organentnahme Narkosemittel und Schmerzmittel eingesetzt werden (können). Begründung dafür ist aber nicht die Ausschaltung von möglicherweise noch erhaltenen Schmerzempfindungen, sondern die Beobachtung, dass noch Reflexe auf der Ebene des Rückenmarks erhalten bleiben, solange diese Körperregion durch den künstlich aufrechterhaltenen Kreislauf durchblutet ist. Diese Reflexe können sich ungesteuert entladen, sind aber in ihrer Entstehung klar vom Gehirn abgrenzbar. Häufig werden den Muskeltonus lösende Wirkstoffe mit dem Ziel der Entspannung der Muskulatur verabreicht. Ein vegetativ induzierter Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg, welcher die Organe schädigen könnte, kann durch Gabe von Opiaten vermieden werden.

Auch in der Schweiz ist die grundsätzliche Bewertung nicht anders. Das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit teilt mit:²⁰

„Eine verstorbene Person braucht keine Narkose, damit Organe entnommen werden können. Der Nachweis des Hirntodes ist erfolgt und die Person ist somit tot. Das Gehirn und die beteiligten zentralen Rezeptoren sind nachgewiesenermaßen irreversibel ausgefallen und damit auch das Bewusstsein und die Schmerzreaktion.

Periphere Rezeptoren im Rückenmark sind hingegen in ihrer Funktion nicht beeinträchtigt und können zu so genannten spinalen Reflexen und damit zu Spontanbewegungen und zum Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz führen. Deshalb wird der Organspender oder die Organspenderin zur Optimierung der chirurgischen Tätigkeit sowie zur Vermeidung dieser spinalen Reflexe relaxiert (Muskelentspannung) und ein Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg mit entsprechenden Medikamenten (z. B. Opiaten) behandelt.“

¹⁹Deutsche Stiftung Organtransplantation: Leitfaden für die Organspende, Kap. 7.2.1 http://www.dso.de/uploads/tx_dso/DSO_Leitfaden_Organspende_01_2012.pdf; <http://www.projektlebenretten.de/Organentnahme.pdf>

²⁰Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit: Transplantationsmedizin, Häufige Fragen <http://www.bag.admin.ch/transplantation/faq/index>.

Frage 19:

Wie wird die Vergabe von Organen begründet und organisiert?

Die Vergabe von Spenderorganen erfolgt nach festgelegten Kriterien wie medizinischer Dringlichkeit und Erfolgsaussicht. Auch die Chancengleichheit muss sichergestellt werden (Unabhängigkeit der Vergabe vom Wohnort, dem sozialen Status bzw. der finanziellen Situation der Empfangenden). Die Organvergabe erfolgt nach Kriterien, die die Bundesärztekammer (BÄK) in Vergabe-Richtlinien festgelegt hat²¹. Für jedes Organ (Herz, Niere, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Dünndarm) bestehen eigene Vergabe-Richtlinien, die regelmäßig an den Stand der Wissenschaft angepasst werden müssen.

Für die Vergabe gibt es eine zentrale Warteliste. Am Vergabeverfahren nehmen nur die Menschen teil, die dort gelistet sind. Die gemeinnützige Stiftung Eurotransplant (vgl. Frage 6) ist in den 8 Mitgliedsländern zuständig für die Registrierung der Patienten, die auf ein Organ warten, sowie für die Vermittlung aller gemeldeten Spenderorgane. Durch den internationalen Austausch haben die Patientinnen und Patienten größere Chancen, ein passendes Organ zu bekommen.

Der Platz auf der Warteliste wird bestimmt von der Art der vorliegenden Erkrankung, der Dringlichkeit der Situation, dem Vorliegen bestimmter (seltener) Gewebemerkmale usw. Personen können dann in die jeweilige Warteliste aufgenommen werden, wenn die Organtransplantation mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Lebensverlängerung oder eine Verbesserung der Lebensqualität erwarten lässt, als das bei einer alternativen Behandlung möglich ist. Bei der Entscheidung über die Aufnahme ist jeweils zu prüfen, ob der körperliche und seelische Gesamtzustand der Patientin bzw. des Patienten den erwünschten Erfolg der Transplantation erwarten lässt: das längerfristige Überleben, die längerfristig ausreichende Transplantatfunktion und eine verbesserte Lebensqualität. Für diese Beurteilung sind die Gesamtumstände zu berücksichtigen. Dazu gehören auch die Fähigkeit und Bereitschaft zur Kooperation und zur Befolgung notwendiger Verhaltensregeln (z. B. Medikamenteneinnahme, Alkoholverbot). Es gibt Situationen, in denen eine Organvergabe nach den Standardverfahren nicht möglich ist, beispielsweise bei Spendenden mit seltenen Blutgruppen oder in höherem Alter, bei zu langen Transportzeiten der entnommenen Organe oder wenn der ursprünglich vorrangig ausgewählte Empfänger zu krank für eine Transplantation ist. In solchen Fällen werden für jedes Organ unterschiedliche Regeln angewandt.

²¹Bundesärztekammer: Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG <http://www.bundesaeztekammer.de/page>.

Gesonderte Vermittlungsverfahren werden z. B. angewendet, um die Zeitspanne des Organs außerhalb des Körpers möglichst kurz zu halten und Organverluste zu vermeiden.

Nicht alle Patientinnen und Patienten, die ein neues Organ benötigen, können auf eine Warteliste aufgenommen werden. Ist das Risiko der Transplantation und ihrer Nachbehandlung zu hoch und sind die Erfolgsaussichten schlecht, so wird der Eingriff nicht in Betracht gezogen. Nach den Richtlinien der BÄK besteht die Verpflichtung, Gründe für oder gegen die Aufnahme auf die Warteliste zu dokumentieren und der Patientin bzw. dem Patienten mitzuteilen. Die Entscheidung über die Aufnahme in die Warteliste, ihre Führung sowie über die Abmeldung einer Patientin bzw. eines Patienten trifft eine ständige, interdisziplinäre und organspezifische Transplantationskonferenz des Transplantationszentrums.

Frage 20:

Wie wird die Organvergabe gegen Missbrauch geschützt?

Das Transplantationsgesetz (TPG) hat schon 1997 den Organhandel unter Strafe gestellt. Doch nicht nur der Handel ist verboten. Es ist ausdrücklich auch verboten, gehandelte Organe zu übertragen (Verbot für die Ärztin oder den Arzt) und sich übertragen zu lassen (Verbot für die Patientin und den Patienten). Verstöße gegen das Organhandelsverbot können mit bis zu 5 Jahren Haft bestraft werden (§ 18 TPG).

Aufgrund der 2012 aufgedeckten Missbrauchsfälle sind seit dem 1. August 2013 Änderungen des TPG in Kraft getreten, wonach falsche Erhebungen, Dokumentation und Übermittlung von Daten zum Gesundheits- bzw. Krankheitszustand einer Patientin oder eines Patienten verboten und unter Strafe gestellt sind. Dazu gehören auch Manipulationen, die eine erhöhte Dringlichkeit für eine Transplantation vortäuschen (§ 19 TPG).

Die Ermittlung verschiedener Laborwerte entscheidet z. B. über die Aufnahme und Platzierung auf der Warteliste für eine Organspende. Um die Transparenz bei der Übermittlung der für die Warteliste entscheidenden Laborwerte sicherzustellen, werden diese Untersuchungen nun im 6-Augen-Prinzip durchgeführt und erfasst.

Ob die Feststellung des Hirntodes und eine Organentnahme unter Beachtung der gesetzlichen, standesrechtlichen und satzungsgemäßen Vorgaben der beteiligten Institutionen erfolgt, unterliegt derzeit keiner unmittelbaren staatlichen Kontrolle. Durch die Änderungen des TPG zum 1. August 2013 sind aber zwei Kontrollinstanzen (Prüfungskommission und Überwachungskommission) bei der Bundesärztekammer eingerichtet worden, welche verpflichtet sind, Erkenntnisse über Verstöße gegen dieses Gesetz und auf Grund dieses Gesetzes erlassener Rechtsverordnungen an die zuständigen Behörden der Länder zu melden.

Frage 21:

Ist der Hirntod der Tod des Menschen?

Eine Organentnahme ist gemäß dem Transplantationsgesetz nur zulässig, wenn zuvor „der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“ (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Dem Transplantationsgesetz liegt die Hirntodkonzeption zugrunde. Der Hirntod wird von der Bundesärztekammer in Deutschland „definiert als Zustand der irreversibel (unumkehrbar, endgültig) erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten.“²² Welche Voraussetzungen dabei erfüllt sein müssen und nach welchen genau vorgegebenen Regelungen die Hirntoddiagnostik durchgeführt wird, wird in Frage 13 behandelt.

Schon seit längerer Zeit wird in Deutschland über die Frage diskutiert, ob der Hirntod tatsächlich als der Tod eines Menschen charakterisiert werden kann. Die Diskussion über diese Frage ist nicht abgeschlossen und verlangt deshalb von allen, die sich mit dem Thema der Organspende beschäftigen, eine persönliche Bewertung.

Im Prozess des Sterbens verlischt das Leben. Dabei stellen die unterschiedlichen Systeme des menschlichen Organismus mehr oder weniger schnell ihre Funktion ein. Der Sterbeprozess und somit das Leben endet mit dem Tod. Der Tod kann erst bei Vorliegen bestimmter Zeichen und Kriterien sicher festgestellt werden. Zu den klassischen Todeszeichen gehört u. a. die Leichenstarre. Sie tritt erst geraume Zeit

²²Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3. Fortschreibung 1997, Stand vom 24.07.1998; Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 30, 24. Juli 1998 (53), A A-1861-1868: 1861. <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=his=.6.38.3310.8181.11915.3252>

nach dem irreversiblen Verlust der Hirn- und der Herz-Kreislauf-Funktion (also nach dem Hirn- und dem Herz-Kreislauf-Tod) ein.

Seit den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts kann die Intensivmedizin Lebensfunktionen unterstützen oder ersetzen. Damit wurde die Behandlung von Erkrankungen oder Schädigungen möglich, welche ohne diese Unterstützung bzw. diesen Ersatz unheilbar waren und zum Tode geführt haben.

Unterschiedliche Gewebe oder Organe haben bei Schädigungen unterschiedliche Widerstands- bzw. Rückbildungsfähigkeiten. Beispielsweise kann das Herz einen Sauerstoffmangel besser tolerieren als das Gehirn.

Wird nun bei einer Erkrankung oder Schädigung durch intensivmedizinische Maßnahmen die Sauerstoffversorgung wieder hergestellt, kann das Gehirn schon irreversibel abgestorben sein, die Herzfunktion hingegen kann sich unter künstlicher Beatmung wieder erholen. Das Ausmaß der Schädigungen und die Erholungsfähigkeit sind bei Behandlungsbeginn oft nicht beurteilbar. Diese Beurteilung kann erst nach einem Behandlungsversuch unter Anwendung intensivmedizinischer Maßnahmen erfolgen. In manchen Fällen lässt sich dann allerdings nur diagnostizieren, dass bereits die Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms endgültig erloschen ist. Dieser Zustand wird mit dem Begriff des Hirntodes gekennzeichnet. Über die in der Definition vorgenommene Charakterisierung besteht große Übereinstimmung. Umstritten ist dagegen die Frage, ob dieser Zustand auch als Tod des Menschen gelten kann.

Für die *eine Position* ist mit dem unumkehrbaren Funktionsverlust des gesamten Gehirns eine Situation gegeben, in der die personale Identität eines Menschen, seine bewusste Existenz sowie seine leib-seelische Ganzheit endgültig erloschen sind.²³ So argumentiert beispielsweise die Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD (vgl. Frage 22) aus dem Jahr 1990: „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 irgendetwas 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 etwas qualitativ anderes ist als eine bloße Summe seiner Teile.“²⁴

²³Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Hirntod, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, 58 (2012), S. 117-134: 126.

²⁴Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Gemeinsame Texte 1, 1990, S. 18; http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html

Für die *andere Position* stellt der unumkehrbare Funktionsverlust des gesamten Gehirns nicht den Tod, sondern lediglich einen – wenn auch wesentlichen – Schritt in einem unumkehrbaren Prozess des Sterbens dar. Vertreterinnen und Vertreter dieser Auffassung verweisen auf den Umstand, dass die medizinische Diagnose des Hirntodes nur teilweise mit dem übereinstimmt, was nach allgemeiner menschlicher Erfahrung mit dem Tod verbunden wird. Der Körper eines Hirntoten wirkt äußerlich wie der eines bewusstlosen Menschen. Er kann bei intensivmedizinischer Versorgung seine Körpertemperatur selbst regulieren, kann Urin und Stuhl ausscheiden sowie schwitzen und Antikörper bilden. Der frühere Ratsvorsitzende der EKD, Wolfgang Huber, kommt vor diesem Hintergrund zu folgender Einschätzung: „Der Hirntod markiert einen Punkt im Prozess des menschlichen Sterbens, jenseits dessen der oder die Sterbende nie wieder in einen ‚Wachzustand‘ zurückkehren kann und jenseits dessen auch seine oder ihre Organfunktionen nur mit Mitteln der Intensivmedizin aufrecht erhalten werden können.“²⁵

²⁵Huber, Wolfgang:
Organtransplantation,
Hirntod und Menschen-
bild, in: Hoff, Johannes/
in der Schmitt, Jürgen
(Hrsg.): Wann
ist der Mensch

Die Differenz zwischen beiden Positionen lässt sich nicht auf den Unterschied zwischen einer natur- und einer geisteswissenschaftlichen Sicht zurückführen. Ebenso wenig lässt sich „objektiv“ entscheiden, welche Position im Recht ist. Entscheidend sind vielmehr die Menschenbilder, die in beiden Positionen zum Ausdruck kommen. Wer den Hirntod als Todeskriterium befürwortet, betont in der Regel stärker Gesichtspunkte eines *personalen* Lebens, während die Kritikerinnen und Kritiker meist deutlicher *organische* Lebensprozesse hervorheben. Gerade angesichts der unabgeschlossenen Diskussion zum Hirntodkriterium ist es besonders wichtig, sich das jeweils eigene Menschenbild bewusst zu machen. Somit muss die Frage, ab wann der Tod eingetreten ist, jeder und jede für sich selbst entscheiden. Während für den einen der Zeitpunkt des Hirntodes schon den endgültigen Todeszeitpunkt darstellt, beinhaltet diese Diagnose für die andere lediglich die Feststellung, dass der Sterbeprozess nun unumkehrbar ist. Allerdings gilt der Zeitpunkt der abgeschlossenen Hirntod-Feststellung heute in Deutschland als Zeitpunkt, ab welchem nach dem Transplantationsgesetz über die Organ- oder Gewebeentnahme entschieden werden kann. Wenn mit dem Vorliegen des Hirntodes nicht der Tod des Menschen festgestellt, sondern lediglich der Eintritt in den unumkehrbaren Sterbeprozess markiert wird, würde die Organentnahme an Sterbenden, d. h. an noch lebenden Menschen erfolgen müssen (vgl. Frage 25).

Frage 22:

Welche Auffassungen werden in der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Organ- und Gewebespende vertreten?

In ihren offiziellen Erklärungen unterstützen die beiden großen christlichen Kirchen in Deutschland Organspende und Transplantation. In zwei gemeinsamen Erklärungen aus den Jahren 1989 und 1990 wird die grundsätzlich positive Bewertung deutlich²⁶. Die Kirchen betonen hier, „Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten.“²⁷ Noch in den letzten Jahren wurde weiter auf diese Aussagen verwiesen²⁸. Auch im Nationalen Ethikrat votierten die Vertreter der christlichen Kirchen für Bemühungen zur Erhöhung der Zahl der Organspenden in Deutschland²⁹.

Sowohl aus evangelischer als auch katholischer Perspektive gilt die Organtransplantation als solche als ethisch legitim, da sie dem Leben dient. Zugleich wird darauf hingewiesen, dass auch eine Entscheidung gegen Organspende eine ethisch begründete und christlich verantwortete Haltung sein kann. Die Bereitschaft zur Organspende darf nicht als das „eigentlich christlichere Zeichen“ gewertet werden.

Seit den 1990er Jahren haben zahlreiche Theologinnen und Theologen Zweifel daran geäußert, dass der Hirntod tatsächlich der Tod des Menschen sei. Sie haben sich deshalb mit Blick auf die Transplantation dafür ausgesprochen, dass nur die Betroffenen selbst einer Organentnahme zustimmen dürften (sogenannte „enge Zustimmungsregelung“, vgl. Frage 7). Auch heute wird die Frage, ob der Hirntod der Tod des Menschen ist, unterschiedlich bewertet (vgl. Frage 21). Der ethische Konflikt zwischen der Solidarität mit potentiellen Organempfängern einerseits und dem Wunsch nach einem ungestörten Sterbeprozess andererseits besteht weiterhin und fordert eine individuelle Entscheidung.³⁰

In einem „Geistlichen Wort zur Organspende“³¹ hat der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), Präses Nikolaus Schneider, im Jahr 2012 betont, dass die „Freiheit des Gewissens“ bei der Entscheidungsfindung zur Organspende „nicht bedrängt“ werden darf. Die EKD macht Christinnen und Christen „Mut ..., sich diesen Fragen ohne das Gefühl einer Bedrängung zu stellen“. Sie macht deutlich, dass „das Leben und damit der Körper des Menschen ein Geschenk.

²⁶Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der DBK, 1989; Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Gemeinsame Texte 1, 1990, S. 26.

²⁷Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Gemeinsame Texte 1, 1990, S. 26.

²⁸Christliche Patientenversorgung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Gemeinsame Texte, 2011, Text S.25

²⁹Nationaler Ethikrat: Stellungnahme „Die Zahl der Organspenden erhöhen – zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland“, 2007; <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/die-zahl-der-organspenden-erhoehen.pdf>

³⁰Vgl. u.a.: Evangelische Frauen in Deutschland (Hrsg.): Organe spenden? Nachdenken im Grenzland zwischen Leben und Tod, Hannover 2013; Evangelische Frauen in Deutschland (Hrsg.): Organtransplantation, Positionspapier 2013.

³¹EKD (Hrsg.): Geistliches Wort zur Organspende, http://www.ekd.de/presse/pm258_2012_schneider_geistliches_wort_zur_organspende.html

Gottes“ sind, das er aus Liebe zum Nächsten einsetzen dürfe. „Eine Entnahme von Organen verletzt nicht die Würde des Menschen und stört nicht die Ruhe der Toten.“ Zugleich betont die EKD aber auch: „Es gibt keine christliche Verpflichtung zur Organspende. Christinnen und Christen können der Organspende zustimmen; sie können sie aber auch ablehnen.“

Frage 23:

Wie wird in biblischen Texten vom Sterben und Tod des Menschen gesprochen?

Die biblischen Texte erzählen mit großer Eindrücklichkeit davon, wie Gott Menschen ins Leben ruft, sich ihnen zuwendet, sie erlöst und zum Leben mit sich führt. In ihrer ausdrucksstarken und oft poetischen Sprache geben sie dem Glauben an Gottes Gegenwart und Handeln lebendigen Ausdruck. Dadurch wecken, orientieren und stärken sie auch den Glauben heutiger Menschen. Biblische Texte dürfen vor diesem Hintergrund nicht als naturwissenschaftliche Texte verstanden werden, die medizinische Fakten vermitteln. Menschen können mit ihrer Hilfe vielmehr ihr eigenes Leben in der Beziehung auf Gott verstehen.

Die Art und Weise, in der an verschiedenen Stellen von Sterben und Tod gesprochen wird, ist tief eingebettet in das biblische Verständnis des Menschen insgesamt. Ein wichtiger Grundbegriff für das Alte Testament ist dabei die ‚Seele‘. Sie ist nicht als Körperorgan, sondern als Inbegriff für das individuelle Leben eines Menschen zu verstehen (z. B. 2. Mose 21,23). ‚Seele‘ ist „das individuelle Lebensprinzip ..., das den Menschen zur Person macht und seine unverwechselbare Eigenart bestimmt“³² (z. B. 3. Mose 17,11). Menschen besitzen diese Lebenskraft nicht aus sich selbst, sondern verdanken sie Gott. Eine der Schöpfungserzählungen am Anfang der Bibel bringt zum Ausdruck, dass Gott Menschen dadurch lebendig macht, dass er ihnen Lebensatem einhaucht (1. Mose 2,7). Auf diese Weise wird der Mensch eine lebendige Person. Mit dieser Überzeugung von der Lebendigkeit des Menschen hängt auch das hebräische Verständnis vom Lebensende zusammen. Ein Mensch stirbt, wenn Gott seinen Lebensatem zurücknimmt. Der Betende des 104. Psalms beschreibt deshalb die menschliche Grundsituation vor Gott in Gebetsform: „Verbirgst du dein Angesicht, so erschrecken ... [die Menschen]; nimmst du weg ihren Odem, so vergehen sie und werden wieder Staub“ (Ps. 104, 29).

³²Kaiser, Otto: *Der Gott des Alten Testaments*, Bd. 2, Göttingen 1998, S. 293

Die neutestamentlichen Texte beschreiben das menschliche Leben in einer vergleichbaren Weise. Ganz ähnlich wird hier der Mensch als ‚Seele‘ beschrieben. Erneut wird damit zum Ausdruck gebracht, dass der Mensch keine Seele *hat*, sondern Seele *ist*. Deshalb stirbt ein Mensch dann, wenn ihn diese Lebenskraft verlässt. Er gilt als tot, wenn er sein Leben ausgehaucht hat. Andere neutestamentliche Texte charakterisieren den Menschen als ‚Geist‘. Das griechische Wort hierfür bedeutet zugleich auch Atem oder Lebensgeist. Es kennzeichnet ebenfalls den ganzen Menschen als lebendiges Ich. Der Mensch als Geist ist eine wollende und sich selbst bewusste Person (vgl. Phil. 1,27; 1. Kor. 2,11). Verlässt dieser lebendige Geist den Menschen, so stirbt er. Er haucht seinen Geist aus.

Leben und Sterben des Menschen sind im biblischen Verständnis untrennbar mit der menschlichen Gottesbeziehung verknüpft. Die Rede vom Lebensatem, der von Gott ausgeht, macht dies deutlich. Mit jedem Atemzug erfüllt Menschen diese Lebenskraft von neuem. In dieser Vorstellung drückt sich das Vertrauen aus, dass Menschen in allen ihren Lebensmomenten von Gott bestimmt und getragen werden. Auch im Sterben und im Tod. Für Paulus ist es deshalb „gewiss, dass weder Tod noch Leben, ... weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, weder Hohes noch Tiefes noch eine andere Kreatur uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unserm Herrn“ (Römer 8,37).

Aus den biblischen Texten lässt sich allerdings keine theologische Beurteilung des Hirntodes ableiten. Ein hirntoter Mensch atmet nicht mehr selbst, sondern wird maschinell beatmet. Er wird nie wieder selbstständig atmen können. Die künstliche Beatmung im Zusammenhang intensivmedizinischer Behandlungen darf deshalb nicht mit dem Lebensodem gleichgesetzt werden. Wäre die künstliche Beatmung mit dem Lebensodem Gottes gleichzusetzen, dürfte sie niemals abgebrochen werden.

Frage 24:

Was können Menschen verfügen und was bleibt ihrer Verfügung entzogen?

Wer in eine Organ- bzw. Gewebespende einwilligt, erlaubt damit anderen Menschen, im Rahmen der Transplantation über Teile des eigenen Körpers zu verfügen. Diese Vorstellung ist für viele beunruhigend. Christinnen und Christen fragen sich dabei: Kann ich das mit meinem Glauben vereinbaren? Darüber hinaus fra-

gen sich viele, was Menschen überhaupt verfügen können oder dürfen. Es gehört zu den menschlichen Grunderfahrungen, dass der Mensch über vieles, aber nicht über alles verfügen kann. In der Beziehung zu unseren Mitmenschen erleben wir, dass wir unsere Aktivitäten mit ihnen abstimmen müssen. Oft ist es unumgänglich, auf Andere zu reagieren. Im Alltag sind deshalb unseren Handlungsmöglichkeiten oft Grenzen gesetzt. Zugleich sind wir aber auch dazu genötigt, aktiv zu werden und Entscheidungen zu treffen. Viele Lebensumstände fügen sich nicht von selbst, sondern müssen von uns gefügt werden. In der ersten Schöpfungserzählung ergeht sogar der ausdrückliche Auftrag an die Menschen, die Welt aktiv zu gestalten (1. Mose 1, 28).

Wir *müssen* unser Leben aktiv gestalten und zugleich mit den Aktivitäten Anderer abstimmen. Wenn wir uns in dieser Weise auf uns selbst besinnen, können wir etwas sehr Grundsätzliches entdecken: Wir können immer nur über Zusammenhänge in unserem Leben verfügen und nicht über die Bedingungen, unter denen unser Leben steht. Der christliche Glaube entdeckt darin die Geschöpflichkeit des Menschen. Gott hat uns geschaffen und uns Leben geschenkt. Weil wir es aus seiner Hand empfangen haben, liegt das Leben nicht in unserer Hand. Es ist als solches unverfügbar.

Allerdings zeigen die heutigen medizinischen Möglichkeiten eindrücklich, wie weitgehend in Lebensprozesse und Krankheitsverläufe eingegriffen werden kann. Die Organtransplantation ist ein Beispiel dafür. Diese Chancen stoßen dann an ihre Grenze, wenn menschliche Lebensfunktionen unumkehrbar versagen und nicht durch medizinische Eingriffe aufrechterhalten werden können. Sterben und Tod führen die biologischen Grenzen der menschlichen Verfügungsmöglichkeiten vor Augen, die in der Frage Jesu anklingen: „Wer ist unter euch, der seines Lebens Länge eine Spanne zusetzen könnte?“ (Mt. 6, 27).

Frage 25

Verstößt die Einwilligung in eine Organspende gegen die Unverfügbarkeit des Lebens?

Der zweite Schöpfungsbericht in der Bibel erzählt davon, wie Gott dem Menschen „den Odem des Lebens in seine Nase“ blies und der Mensch dadurch „ein lebendiges Wesen“ wurde (1. Mose 2, 7). Luthers ursprüngliche Übersetzung sprach

an dieser Stelle sogar vom Menschen als einer „lebendigen Seele“. Diese Charakterisierung beschreibt den *gesamten* Menschen, ohne dabei Leib und Seele voneinander zu trennen. Der Mensch *hat keine*, sondern *ist eine* lebendige Seele. Deshalb betonen die biblischen Texte auch die Verantwortung des Menschen gegenüber seinem Leib. So erinnert bspw. Paulus die Gemeinde in Korinth daran, dass der „Leib ein Tempel des Heiligen Geistes ist“ (1. Kor. 6, 19). Die Unverfügbarkeit des Lebens (vgl. Frage 24) schließt deshalb grundsätzlich den Leib mit ein. Die biblische Deutung des Lebens wirkt sich auch auf das Verständnis des Sterbens und des Todes aus. Ein Mensch stirbt, wenn Gott seinen Lebensatem zurücknimmt (vgl. Frage 23). Dabei werden einem Menschen seine aktiven Handlungsmöglichkeiten unumkehrbar entzogen. Der Tod ist dann „*das definitive Ende aller aktiven Möglichkeiten*“³³ des Menschen. Der Glaube vertraut darauf, dass Gott Menschen auch in dieser Situation nahe ist und ihr Leben in seiner Hand hält. Diese Nähe Gottes gilt aber nicht dem toten Körper, sondern der Person des Verstorbenen. Paulus schreibt: „Es wird gesät verweslich und wird auferstehen unverweslich“ (1. Kor. 15, 42).

³³Härle, Wilfried:
Dogmatik, Berlin; New
York 42012, S. 652

Die Antwort auf die Frage, ob die Einwilligung in eine Organspende gegen die Unverfügbarkeit des Lebens verstößt, hängt deshalb entscheidend davon ab, ob der Hirntod als Zeitpunkt des Todes angesehen wird (vgl. Frage 21). Wird der *Hirntod* nicht als Todeskriterium, sondern *als Phase im Prozess des Sterbens* verstanden, so gilt: Sterbende sind Lebende. Willigt jemand für den (noch) nicht abgeschlossenen Sterbeprozess in eine Organspende ein, so wird die Entnahme an einem Lebenden vorgenommen. In diesem Fall ist der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, dass hier ein Verstoß gegen die Unverfügbarkeit des Lebens vorliegt.

Wird dagegen *der Hirntod als der Tod des Menschen* angesehen, so verstoßen Menschen mit der Einwilligung in eine Organ- oder Gewebespende keineswegs gegen die Unverfügbarkeit des Lebens. Die Unverfügbarkeit gilt dem Menschen als „lebendiger Seele“, nicht dem toten Körper. Die Zustimmung zur Organ- oder Gewebeentnahme ist nach diesem Verständnis lediglich die Erlaubnis, dass Andere über Teile des *toten Körpers* verfügen dürfen. Mit der Beerdigung bzw. Feuerbestattung muss später ohnehin über den Leichnam verfügt werden.

Frage 26:

Widersprechen sich die Bereitschaft zur Organspende und die Hoffnung auf Auferstehung?

Hinter dieser Frage steht – ausgesprochen oder unausgesprochen – die Befürchtung, dass der versehrte Körper eines Toten ein Hindernis für die leibliche Auferstehung des betreffenden Menschen sein könnte. In der Geschichte der Kirche ist diese Frage häufiger gestellt worden, so etwa angesichts der entstellten Leichname von Märtyrerinnen und Märtyrern, Soldaten oder Unfallopfern. Aus biblischer Perspektive kann es jedoch keinen Zweifel daran geben, dass die Auferstehung keine intakten Körper zur Voraussetzung hat. Paulus spricht ausdrücklich davon, „dass Fleisch und Blut das Reich Gottes nicht ererben können“ (1. Kor. 15, 50). Er beschreibt Tod und Auferstehung vielmehr als eine *Verwandlung*. Der irdische und vergängliche Körper hat daran keinen Anteil. Vielmehr schenkt Gott den Toten in der Auferstehung einen neuen, himmlischen Körper. Paulus beschreibt ihn als einen geistlichen und unvergänglichen Leib. „Es wird gesät ein natürlicher Leib und wird auferstehen ein geistlicher Leib“ (1. Kor. 15, 44).

An einer anderen Stelle greift Paulus zum Bild eines Hauses. Er spricht davon, dass „unser irdisches Haus ... abgebrochen wird“ und dass Gott uns ein Haus „erbaut, ... nicht mit Händen gemacht, das ewig ist im Himmel“ (2. Kor. 5, 1). Auch hier lässt er keinen Zweifel daran, dass wir im Tod „überkleidet werden ..., damit das Sterbliche verschlungen werde von dem Leben“ (2. Kor. 5,4). Auf der Grundlage des biblischen Zeugnisses ist deshalb die Sorge, die sich in der Eingangsfrage äußert, unbegründet. Die Auferstehung und das neue Leben bei Gott setzen keinen unversehrten Leichnam voraus.

Frage 27:

Welche Beziehung besteht zwischen Organspende und Nächstenliebe?

Auf die Frage nach dem höchsten Gebot antwortet Jesus: „...du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben von ganzem Herzen, von ganzer Seele, von ganzem Gemüt und von allen deinen Kräften. Das andere ist dies: Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst. Es ist kein anderes Gebot größer als diese.“ (Mk. 12, 30+31). Im Lukasevangelium lesen wir dazu eine Geschichte, in der Jesus gefragt wird:

„Wer ist denn mein Nächster?“ Und er erzählt von drei Personen, die einen Schwerverletzten am Wegrand liegen sehen. Nur einer hilft ihm. Dieser ist nach Jesu Verständnis dem Verletzten zum Nächsten geworden. Immer ist es die konkrete Betroffenheit oder die konkrete Beziehung zu Menschen, die diese Menschen für mich zu Nächsten werden lassen³⁴. Das Gebot der Nächstenliebe kann nicht abstrakt verstanden werden. Deshalb kann die seltene Form einer Organspende unter Lebenden (vgl. Frage 4) zwar unter bestimmten Umständen als Akt der Nächstenliebe verstanden werden. Aber aus eben diesem Grund lässt sich umgekehrt kein Recht auf die Organspende durch andere ableiten, denn beispielsweise bei der Lebendspende setzen Menschen dafür ihr eigenes Leben aufs Spiel.

Organspende kann ein Zeichen von Nächstenliebe sein.

Da sie jedoch, außer bei der Lebendspende für Angehörige, immer anonym geschieht, kann die Bezeichnung als Akt der Nächstenliebe nicht allgemein und formelhaft erfolgen. Denn eine Voraussetzung für Nächstenliebe ist die Beziehung zu einem konkreten Gegenüber³⁵.

Das Gebot der Nächstenliebe ist eine ethische Richtschnur für das Handeln. Sie hilft in einem konkreten Fall zu der freien Entscheidung, sich für andere Menschen einzusetzen.

Beim Nachdenken über Nächstenliebe werden auch die Angehörigen und alle Menschen, die uns besonders nahe stehen, in den Blick kommen. Wie stehen sie zur Entscheidung über die Organspende? Welche Folgen hätte das für ihren Trauerprozess?

Jesus stellt das Gebot der Nächstenliebe in einen Zusammenhang mit der Gottesliebe und der Liebe zu sich selbst. Somit kann aus Jesu Gebot der Nächstenliebe keine Pflicht abgeleitet werden³⁶. Eine freie Entscheidung zur Organspende kann aber aus der Hoffnung erfolgen, dass mit der Organtransplantation schwerkranken Menschen neue Lebensperspektiven eröffnet werden.

³⁴Eibach, Ulrich: *Organspende: Moralische Pflicht und Akt der Nächstenliebe?*, in *Wege zum Menschen, Göttin-gen*, 65. Jg., 515-534

³⁵ebd.

³⁶vgl. *Evangelische Landeskirche in Baden: Entscheidungshilfe zur Organtransplantation*, 2014. www.ekiba.de/organspende

Frage 28:

Was bedeutet es für Angehörige, von einem Organspender oder einer Organspenderin Abschied zu nehmen?

Wenn der Hirntod festgestellt wurde und alle Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen, werden durch Fortführung der intensivmedizinischen Behandlung die Funktion des Herz-Kreislauf-Systems und damit der Stoffwechsel und der Gasaustausch aufrechterhalten. In der emotionalen Ausnahmesituation, in der sich Angehörige möglicherweise befinden, sollen sie gegen alle äußeren Anzeichen verstehen, dass der warme, durchblutete und beatmete Körper tot bzw. unumkehrbar dem Tod geweiht ist. Sie werden in dieser Situation mit der Frage nach der Organentnahme konfrontiert. Falls der zustimmende Wille der spendenden Person bekannt ist bzw. der oder die nächste Angehörige unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des bzw. der möglichen Organ- oder Gewebespenders bzw. -spenderin zustimmen, ist ein Abschiednehmen vor oder nach der Organentnahme möglich.

Es besteht die Möglichkeit, Krankenhauseselsoergerinnen bzw. Seelsorger um Begleitung zu bitten und den Abschied zu gestalten, beispielsweise mit Gebet und Abschiedssegens. So kann ein Mensch aus unseren Händen in Gottes Hände übergeben werden. Dem Schmerz, der Trauer sowie der Hoffnung auf neues Leben bei Gott wird dabei Ausdruck verliehen.

Die Bedeutung einer Unterbrechung im Prozess des Abschiednehmens sollte mit Angehörigen vor dem Ausfüllen eines Organspendeausweises beraten werden. Dabei gilt es zu bedenken, welche Folgen die Zustimmung zu einer Organspende für das Abschiednehmen haben kann. Wie Trauernde beim Tod eines nahestehenden Menschen Abschied nehmen können, ist von großer Bedeutung für die Verarbeitung ihrer Trauer.

Nach der Entnahme der Organe besteht die Verpflichtung, den Leichnam in würdiger Form zu versorgen und den Angehörigen zu übergeben.

Seelsorgerinnen und Seelsorger können auch bei diesem weiteren Schritt des Abschiednehmens die Angehörigen begleiten³⁷.

³⁷vgl. Evangelische Kirche in Baden: Entscheidungshilfe zur Organtransplantation, 2014, www.ekiba.de/organspende

Frage 29:

Warum ist es wichtig, Fragen der eigenen Haltung zur Organ- und Gewebespende frühzeitig mit Angehörigen zu besprechen?

Durch Unfall oder andere plötzlich eintretende Ereignisse kann die Frage nach Organentnahme schnell Realität werden. Es handelt sich um einen geringen Prozentsatz der Sterbefälle, die dafür in Betracht kommen, da die weitaus höchste Zahl der Todesfälle mit irreversiblen Herz-Kreislauf-Versagen einhergeht, ohne dass zusätzlich das Vorliegen des Hirntodes geprüft wird. Voraussetzung für die Organentnahme ist die Feststellung des Hirntodes auf der Intensivstation (vgl. Fragen 13 und 21). Das irreversible Herz-Kreislauf-Versagen tritt dann erst nach der Organentnahme bzw. nach dem Beenden der intensivmedizinischen Maßnahmen ein.

Dennoch sollten Sie darauf vorbereitet sein und sich zu Lebzeiten mit nahestehenden Menschen darüber austauschen, so dass diese über Ihre Entscheidung zur Organspende informiert sind. Ihre Willensbekundung kann zustimmend oder ablehnend sein oder sich bewusst einer endgültigen Festlegung verweigern. Für alle Haltungen kann es gute Gründe geben, die zu respektieren sind.

Für Ihre Angehörigen ist es jedoch schwer und kommt einer enormen Zumutung gleich, wenn sie keine Anhaltspunkte für Ihren mutmaßlichen Willen haben. Sie müssen dann stellvertretend entscheiden. Mittlerweile liegt umfangreiches Material vor, mit dem sich jede und jeder über Organtransplantation informieren kann.

Da die konkrete Situation, bei der von Angehörigen eine Entscheidung erbeten wird, nicht voraussehbar ist und die genauen Umstände nicht kalkulierbar sind, kann erwogen werden, dass Sie einem Ihnen besonders eng verbundenen Personenkreis die Möglichkeit einräumen, die Letztentscheidung zu treffen. Das sollten Sie auch schriftlich festhalten (vgl. Frage 8)³⁸. Damit räumen Sie der Verbundenheit mit diesen Menschen und ihrem Zustand bei der Trauer einen wichtigeren Platz ein als Ihrem eigenen Willen zu Lebzeiten. Ansonsten kann es geschehen, dass eine Organentnahme gemäß dem dokumentierten Willen des Spenders bzw. der Spenderin erfolgt, obwohl die Angehörigen sich in der konkreten Situation dagegen aussprechen.

Diese Situation kann bis zu einem gewissen Grad vermieden werden, wenn zu Lebzeiten ausgiebig miteinander über Organspende gesprochen wird.

³⁸Eibach, Ulrich a.a.O.

Literaturempfehlungen

(Bibliothek des Landeskirchenamtes, s. Impressum)

Barth, Hermann: Wie wollen wir leben? Beiträge zur Bioethik aus evangelischer Sicht. Hannover: Lutherisches Verlagshaus, 2003. 151 S.

(darin: Die Evangelische Kirche in Deutschland und die Transplantationsgesetzgebung, S. 71–82)

Eibach: Organspende: Moralische Pflicht und Akt der Nächstenliebe? Eine theologisch-ethische und seelsorgliche Sicht. In: Wege zum Menschen, 65. Jg. 2013, S. 515–534

Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 1990. 112 S.

Holzniekenper, Thomas: Organspende und Transplantation und ihre Rezension in der Ethik der abrahamitischen Religionen. Münster: Lit, 2005. 240 S. (Ethik in der Praxis, Studien. Bd. 20)

Jörns, Klaus-Peter: Gibt es ein Recht auf Organtransplantation? Ein theologischer Diskurs. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1993. 27 S. (Veröffentlichung der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften Hamburg. Nr. 74)

Krahe, Susanne: Adoptiert: Das fremde Organ. Transplantation als Grenzerfahrung. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 1999. 109 S.

Krahe, Susanne und Eberhard Fincke: Organspende – ein Akt der Nächstenliebe? Pro und Contra Transplantationsmedizin. Würzburg: Echter Verl., 2013. 141 S.

Krause, Joachim: Organspende. Pflicht aus Nächstenliebe oder Verstoß gegen die Menschenwürde? Schönberg, 2004. 14 S. (Schönberger Blätter. Nr. 6)

leben und sterben im Herrn. Handreichung zur Organspende und Organtransplantation der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern. München, 2014. 58 S.

Marx, Anna-Maria: Christliche Begleitung in der Transplantationsmedizin. Herausforderungen einer ganzheitlichen Seelsorge. Würzburg: Echter Verl., 2014. 106 S. (Erfurter Theologische Schriften. Bd. 47)

Organe spenden? Nachdenken im Grenzland zwischen Leben und Tod. Hrsg.: Evangelische Frauen in Deutschland. Hannover 2013. 82 S. (Arbeitshilfe zum Weitergeben Nr. 2/2013)

Organtransplantation. Positionspapier 2013. Hrsg.: Evangelische Frauen in Deutschland. Hannover 2013. 75 S.

Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Hannover; Bonn, 1990. 24 S. (Gemeinsame Texte. Nr. 1)

Schneider, Nikolaus: „Christlich verantwortbar und ethisch zu respektieren“. Geistliches Wort zur Organspende. In: epd-Dokumentation Nr.49/50, 2012. S.58-59

Siegmund-Schultze, Nicola: Organtransplantation. Medizin, Ethik, Recht. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1999. 336 S.

Wann ist der Mensch tot? Diskussion um Hirntod, Herztod und Ganztod. Hrsg.: Heribert Niederschlag und Ingo Proft. Ostfildern: Grünewald, 2012. 140 S. (Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege. Bd. 3)

Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium. Hrsg.: Johannes Hoff u.a. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1995. 522 S.

Zweites Leben. Organspende – ja oder nein? Erfahrungen, Meinungen und Fakten / Hrsg.: Sibylle Sterzik. Berlin: Wichern, 2013. 168 S.

**„Denn bei dir ist die Quelle des Lebens,
und in deinem Lichte sehen wir das Licht.“**

Psalm 36, 10.