

Pfr. Prof. Dr. Ulrich Eibach / Bonn

Organ- und Gewebeentnahme

Empfehlungen zur Mitwirkung von Krankenhausseelsorgern bei Gesprächen mit Angehörigen über Organentnahmen*

** Erarbeitet unter beratender Mitarbeit der „Arbeitsgemeinschaft für Medizinische Ethik im Krankenhaus“ des Konvents der Krankenhausseelsorger/innen der „Evangelischen Kirche im Rheinland“ und von E. Backhaus (Organspendekoordinatorin, Bonn), J. Beste (Krankenschwester, Neurochirurgische Intensivstation Uniklinikum Bonn), Prof. Dr. R. Biniek (Chefarzt Neurologische Klinik der Rheinischen Kliniken Bonn), G. Jochum (Krankenhauspfarrer, Siegen), Dr. C. Pavlidis (Oberarzt Neurochirurgische Klinik Universitätsklinikum Bonn), Prof. Dr. K. Zwirner (Ärztlicher Direktor i.R. Winterberg-Kliniken Saarbrücken)***

*** Auf Anregung der beteiligten weiblichen Personen wurde auf eine geschlechterspezifische Sprachform verzichtet.*

I. Zum Hintergrund der Fragestellung

In Deutschland werden jährlich bei etwa 1000 Menschen Organe entnommen. Fast viertausend Menschen bekommen Organe implantiert. Der Bedarf liegt für alle in Frage kommenden Organe wenigstens doppelt so hoch, die Wartelisten auf Organe sind lange, insbesondere bei der Niere, trotz Zunahme der Zahl der Nierenspenden lebender Menschen. Bei Befragungen (FORSA) im Jahre 2000 akzeptierten 72% der Bevölkerung die Organspende für sich selbst, 20% lehnten sie für sich ab. Von den möglichen Organspenden wurden vor 1998 ca. 61% realisiert. Der Prozentsatz ist von 1998 – 2000, also nach Inkrafttreten des *Transplantationsgesetzes* (1.Dez.1997 = TPG), zurückgegangen auf ca. 55,5% . Gleichzeitig hat sich der Prozentsatz der Ablehnungen möglicher Organspenden um ca. 5,5% auf 37,7% erhöht.

In anderen Ländern mit ähnlichen gesetzlichen Regelungen wie in Deutschland (z.B. Niederlande) ist die Zahl der Organentnahmen höher, insbesondere aber in Ländern (z.B. Österreich), die die gesetzliche Regelung getroffen haben, dass Organe entnommen werden dürfen, wenn der potenzielle Organspender sich nicht eindeutig dagegen ausgesprochen hat („Widerspruchslösung“). Angesichts des Rückgangs der Organspenden und des stark wachsenden Bedarfs werden mancherlei Anstrengungen unternommen, die Bereitschaft zur Organspende zu vermehren, insbesondere dadurch, dass alle Krankenhäuser angehalten werden, der gesetzlichen Verpflichtung im TPG nachzukommen, Angehörige des potenziellen Organspenders über dessen Willen oder mutmaßlichen Willen zur Organspende zu befragen und diese bei der für die Organentnahme zuständigen Organisation, der „*Deutschen Stiftung Organtransplantation*“ (DSO), zu melden. Um dieser Verpflichtung Nachdruck zu verleihen, veröffentlicht die DSO jährlich auch die Zahl der von Krankenhäusern gemeldeten Organspender. Gleichzeitig versucht man gemäß dem TPG (§ 2) durch werbende Aufklärung die Organspendebereitschaft in der Öffentlichkeit zu erhöhen und zu erreichen, dass viele Menschen entsprechende vorzeitige, möglichst schriftliche Verfügungen treffen. Es mehren sich aber in letzter Zeit auch die Stimmen, die angesichts des Organmangels für eine Änderung des TPG in Richtung einer „Widerspruchslösung“ oder – trotz anders lautender Bestimmungen des TPG (§ 17) – auch für über „Entschädigungen“ für real entstandene Kosten hinausgehende finanzielle Leistungen (z.B. Bezahlung der Bestattung) votieren. In den folgenden Empfehlungen wird vorausgesetzt, dass jede Art, durch finanzielle Anreize eine Zustimmung der Angehörigen zur Organentnahme zu erlangen, auch aus ethischen Gründen grundsätzlich abzulehnen ist.

Die Ursachen für den Rückgang der Spendebereitschaft mögen vielfältig sein, können z.B. auch in einer wachsenden Sensibilität gegenüber dem manipulativen Umgang mit dem Sterben und Tod bei der Organentnahme und dem verbrauchenden Umgang mit dem Körper („Ersatzteillager“) liegen. Berichte von Angehörigen über einen unwürdigen Umgang mit dem „Organspender“ und wenig einfühlsame Gespräche mit ihnen im Zusammenhang mit der Organentnahme sind nicht unbekannt geblieben. Es kann nicht geleugnet werden, dass in Hinsicht auf einen würdigen Umgang mit dem Sterben und dem Tod bei Organentnahmen und auf die Gespräche mit Angehörigen über die Organentnahme teils unvermeidbare (vgl.III), nicht selten aber auch erhebliche vermeidbare Mängel bestehen. *Die hier vorgelegten Empfehlungen sollen einen Beitrag dazu leisten, dass diesen Mängeln begegnet werden kann.*

Das deutsche TPG vertritt eine sogenannte *erweiterte Zustimmungslösung*. Danach ist die Organentnahme zulässig, wenn der potenzielle „Spender“ dem entweder zu Lebzeiten ausdrücklich schriftlich oder mündlich zugestimmt hat (§ 3, *enge Zustimmungslösung*) oder wenn ein „nächster Angehöriger“, der in den letzten Lebensjahren in einem „persönlichen Kontakt“ zum Spender stand, der Organentnahme zustimmt (§ 4, *erweiterte Zustimmung*). Dabei hat der Angehörige bei seiner Entscheidung den „mutmaßlichen Willen“ des Spenders zu beachten. Ist kein Angehöriger im Sinne des Gesetzes vorhanden, so kommt eine

Organentnahme nicht in Betracht. Da dies immer häufiger der Fall ist, wird dieser Umstand auch für eine Änderung des TPG in Richtung einer Widerspruchslösung angeführt.

II. Die Fragestellung

Die angedeuteten, ethisch wie seelsorgerlich relevanten Mängel im Umfeld der Organentnahme lassen die Frage aufkommen, ob und inwieweit die Seelsorger im Krankenhaus die Möglichkeit oder sogar die Aufgabe haben, in diesem Bereich einen hilfreichen Beitrag zu leisten, vor allem für die Angehörigen. Da es sich um spezielle, meist dramatische und plötzliche Situationen des Sterbens von Menschen handelt, die bis dahin überwiegend gesund waren, gehört dieser Bereich zum genuinen Aufgabenfeld der Krankenhauseelsorge, wenigstens hinsichtlich der seelsorgerlichen Begleitung des Sterbenden bzw. Toten und seiner Angehörigen. Dabei stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoll und für alle Beteiligten hilfreich ist, wenn der Seelsorger in die Gespräche über die Organentnahme eingebunden wird.

Diese Gespräche sind - wenigstens was die medizinische Information über den „Hirntod“ und Fragen der Organentnahme und die Abklärung der Zustimmung eines Angehörigen zu einer Organentnahme betrifft - gemäß dem TPG (§ 3,3; § 4, 1 u. 4) Aufgabe des behandelnden Arztes. Faktisch werden diese Gespräche heute aber meist von den durch die DSO eingesetzten „Organspendekoordinatoren“ gemeinsam mit dem Arzt oder in einem weiteren Gespräch nochmals alleine geführt. Bei einer Beteiligung des Seelsorgers an diesen Gesprächen wäre allerdings genau zu bedenken, in welcher Rolle und mit welcher Zielsetzung der Seelsorger an solchen Gesprächen teilnimmt. Zwei, zwar nicht zu trennende, aber doch zu unterscheidende Aspekte kommen dabei hauptsächlich in Frage. Es ist einerseits die Funktion des Seelsorgers, Menschen in schweren Lebenssituationen beizustehen, sie zu begleiten und in diesem Zusammenhang geistliche Aufgaben wie das Abschiednehmen von einem sterbenden bzw. toten Menschen durch Gebet und Riten und tröstende Gespräche wahrzunehmen, und andererseits hat er die Funktion des *ethischen Beraters*, der – wie etwa auch in einem „ethischen Konsil“ – das Gespräch nach ethischen Gesichtspunkten strukturiert.

III. Organentnahme als anthropologisches und ethisches Problem

Voraussetzung jeder Beratung von Angehörigen ist, dass man sich die grundsätzlichen ethischen und seelischen Probleme der Angehörigen im Zusammenhang mit einer möglichen Organspende bewusst macht. Die erste wesentliche ethische Frage, vor die die Organentnahme stellt, ist die, ob durch sie das *Tötungsverbot* berührt ist. Dies hängt ab von der anthropologischen Frage, *wann der Mensch tot ist*. Und diese Frage impliziert wiederum die andere, ob der *Tod des Menschen* mit dem *Tod des biologisch-menschlichen Lebens identisch ist* oder ob der Tod des Menschen davon zu unterscheiden ist.

1. Wann ist der Mensch tot?

1.1. Der Tod in biologischer Sicht

Eine genaue Festlegung des Todeszeitpunkts im Prozess des Sterbens wurde erst notwendig, als man möglichst gut erhaltene Organe von Menschen gewinnen wollte. Voraussetzung dafür war, dass man den Menschen durch diese Entnahme nicht tötet, dass er also tot ist oder für tot erklärt ist.

Das *Sterben* ist ein *Prozess*, der zum Tod führt. Der *Tod* ist die unwiderrufliche *Negation des Lebensträgers*. Lebensträger ist der *Organismus als Ganzheit*, die *Leiblichkeit*. Der *Tod* ist eingetreten, wenn die *Integration* des Organismus zu einer Ganzheit unwiderruflich zerfallen ist. Die Integration zu einem Organismus wird bei Wirbeltieren durch zwei Systeme bewirkt: das *Herz-Kreislaufsystem(HKS)* und das *Zentralnervensystem(ZNS)*. Der

unwiderrufliche Ausfall des HKS oder des ZNS leitet den Zerfall der Integration des Organismus, also dessen Tod ein.

1.2. Inwiefern ist der Hirntod der Tod des Lebensträgers?

Das ZNS ist dem HKS insofern *übergeordnet*, als es das ganze Lebensgeschehen und damit auch das KHS steuert. Beide Systeme können *natürlicherweise* nur für eine kurze Zeit unabhängig voneinander funktionieren. Das ZNS hat im *Gehirn* seine zentrale Integrations- und Steuerungsinstanz. Der endgültige Ausfall der Funktionen des *gesamten Gehirns*, einschließlich des *Hirnstamms* (Steuerung z.B. des HKS), leitet den Zerfall der Integration des Organismus unwiderruflich ein. Er kann deshalb als das *entscheidende Ereignis im Prozess des Sterbens* betrachtet werden, das den Tod unwiderruflich macht.

Wenn es eine Notwendigkeit gibt, den Tod genau zu definieren, dann kann der *Hirntod* (= Tod des Gesamthirns) nur insofern als *frühester Zeitpunkt des endgültigen Übergangs in den Tod* in Anspruch genommen werden, als mit ihm der *Zerfall der Integration des Organismus zu einer Ganzheit* und damit der *Tod des Lebensträgers definitiv eingeleitet* ist. Der Hirntod kann nur nach seinem Eintritt festgestellt werden. Dabei sind die von der Bundesärztekammer erstellten und jeweils dem Stand der Forschung angepassten „Richtlinien zur Feststellung des Hirntods“ zu beachten.

Die Funktion des HKS kann durch Medizintechnik künstlich befristet aufrechterhalten werden. Damit wird zugleich durch das HKS die Integration des Organismus zu einer weitgehenden Ganzheit erhalten, d.h. dass der Prozess zum endgültigen Tod hinausgezögert wird. Der Organismus (Körper= Lebensträger) lebt trotz des Todes des Gesamthirns.

1.3. Ist der Hirntod der Tod des Menschen? – Oder: Bis wann steht menschliches Leben unter dem uneingeschränkten Schutz der Menschenwürde?

1.3.1. Philosophische Aspekte

Das TPG (§ 3, § 5) geht davon aus, dass mit dem Hirntod auch der Tod des Menschen eingetreten ist. Diese Hypothese stellt kein naturwissenschaftliches Faktum, sondern eine Definition von Menschen dar. Sie kann damit begründet werden, dass das Gehirn die spezifischen Leistungen hervorbringt, die biologisch-menschliches Leben erst *zum Menschen werden* lassen. Diese Unterscheidung von *biologisch-menschlichem Leben* (Lebensträger) und *Menschsein*, dem *Menschenwürde* und *Menschenrechte* zukommen, macht die Menschenwürde abhängig von Bewertungen von körperlichen und vor allem hirnorganischen und damit seelisch-geistigen *Lebensqualitäten*, die auch aufgrund von Krankheiten nicht entwickelt sein oder in Verlust geraten können. Die eindeutige Festlegung im TPG, dass der Tod des Menschen erst eingetreten ist, wenn der *Gesamthirntod* feststellbar ist, bestreitet solchen an *Lebenswerturteilen* (z.B. Tod des Menschen = Ausfall des Bewusstseins) orientierten Todesdefinitionen ihr Recht.

1.3.2. Todeszeitpunkt - theologische Gesichtspunkte

Die Interpretation von *Menschenwürde* im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland war bisher maßgeblich durch das jüdisch-christliche Verständnis von der *Gottebenbildlichkeit* des Menschen bestimmt. Sie ist eine der *Leiblichkeit* (= Organismus = Lebensträger) von Gott zugesprochene Bestimmung und Verheißung, also keine empirische Lebensqualität, sondern eine „transzendente“, allein in Gottes Handeln an und für den Menschen gründende Größe, die deshalb durch Krankheit und Behinderung nicht in Verlust geraten kann. Menschsein und Menschenwürde kommt dem Lebensträger zu. Der *Tod des Menschen* ist mit dem *Tod des Lebensträgers* gleichzusetzen, der mit dem *Hirntod* definitiv unwiderruflich

eingeleitet ist (vgl. III.1 u. 2). Der menschliche Organismus steht daher vom Beginn seines Daseins bis zu seinem Tod unter dem uneingeschränkten Schutz der Menschenwürde und ist entsprechend zu behandeln.

2. Sterben und Tod unter Bedingungen der Organentnahme

2.1. Die eigentliche praktische Problematik der Gleichsetzung des *Hirntods* mit dem *Tod des Menschen* besteht darin, dass der natürlicherweise mit dem Hirntod eingeleitete definitive Tod des Lebensträgers durch aufwendige medizinische Maßnahmen bis zur Organentnahme hinausgezögert wird, vor allem, indem durch die maschinelle Zufuhr von Sauerstoff die Funktionen des den Organismus zu einer Ganzheit integrierenden Herz-Kreislauf-Systems künstlich aufrechterhalten und damit der Körper am Leben erhalten wird. Ob man dies als eine Manipulation des Sterbens und des Todes oder nur als Manipulation des Körpers bezeichnet, der nicht mehr Träger des Menschseins ist, hängt davon ab, ob man die These, dass der Hirntod der Tod des Menschen ist, teilt oder nicht teilt. Aber auch wenn man sie teilt, wird man von der phänomenologischen, der Ebene des unmittelbaren Erlebens her sagen dürfen oder müssen, dass der Prozess zum Tode bzw. das Geschehen im Umfeld des Todes in hohem Maße technisch „manipuliert“ wird. Damit kommt der Eindruck auf, dass der Tod erst durch die Organentnahme von Menschen *verursacht* wird. Tatsächlich liegt die Ursache des Todes aber auch dann in einem durch Krankheit oder Unfall bedingten „Schicksal“. Der Körper hat die Fähigkeit, eigenständig und ganzheitlich zu leben, bereits endgültig verloren, doch wird der Eintritt des endgültigen Todes des Lebensträgers durch menschliches Handeln verhindert und dieser erst mit und unter der Organentnahme endgültig *zugelassen*. Dennoch wird der Tod des Menschen damit nicht erst durch die Organentnahme verursacht, der Mensch durch sie nicht erst getötet.

2.2. Der „manipulative“ Umgang mit dem Tod ist eine Folge dessen, dass bereits der unwiderruflich dem Tode geweihte sterbende Mensch als „potenzieller Organspender“ betrachtet wird. Zweifelsohne bedeutet dies eine Instrumentalisierung des menschlichen Lebens zu ihm fremden Zwecken, die die Achtung der Menschenwürde berühren kann. Der „Patient“ wird nun nicht mehr um seiner selbst, sondern um anderer willen medizinisch und pflegerisch behandelt. Dies ist für alle Beteiligten – nicht nur die Angehörigen - eine seelisch wie gewissenmäßig belastende Situation.

2.3. Nach festgestelltem Hirntod müssen sich die Beteiligten in einem kognitiven Akt bewusst machen, dass der von ihnen intensiv behandelte und gepflegte Mensch im wissenschaftlich-medizinischen Sinne tot sein soll. Der Tod ist damit nur als „kognitiver Akt“ gegenwärtig, wird aber nicht mehr wirklich erlebt. Erleben und kognitiver Akt widersprechen einander.

2.4. Durch die Eingriffe in den Prozess zum Tode zum Zweck der Organentnahme wird die Gesamtheit des Sterbeprozesses nicht mehr in seiner Ganzheit bis zu seinem Ende erlebbar. Dies verhindert eine Sterbebegleitung bis zum „natürlichen“ Erlöschen des Lebens und ein entsprechendes Abschiednehmen vom Sterbenden und Toten.

3. Organentnahme unter welchen Voraussetzungen?

Wenn das hauptsächliche ethische Problem der Organentnahme in dem „manipulativen“ Umgang mit dem Leben im Sterben und Tod liegt (vgl. III.2.), dann stellt sich notwendig die Frage, ob, unter welchen Umständen und mit welchen ethischen Begründungen ein derartiger Umgang mit dem Sterben und Tod gebilligt werden kann, genauer, ob die durch die Organentnahme ermöglichten, das Leben anderer sehr erleichternden oder rettenden Organtransplantationen diese ethisch problematischen Umstände einer Organentnahme rechtfertigen oder gar eindeutig immer als weniger gewichtig erscheinen lassen.

3.1. Ausgangspunkt aller in die Beratung der Angehörigen eingebrachten ethischen Überlegungen sollten folgende Gesichtspunkte sein:

3.1.1. Die Befürchtungen, der Tod sei in Fällen der intendierten Organentnahme nicht unwiderruflich oder der Mensch werde erst durch die Organentnahme getötet, sind unbegründet. Dies sollte den Angehörigen auch ausdrücklich mitgeteilt werden.

3.1.2. Der „manipulative“ Umgang mit Sterben und Tod ist seelisch wie moralisch für alle Beteiligten, insbesondere die Angehörigen, belastend. Er kann bei ihnen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Verarbeitung des schweren Verlusts und der Trauer führen. Er berührt die Frage eines menschenwürdigen Umgangs mit Sterbenden und Toten und die Frage, ob dem Sterbenden in Liebe verbundene Menschen ein Recht haben, den „natürlichen“ Tod ihres Angehörigen zu erleben.

3.1.3. Eine Organentnahme ist auch für das medizinische Personal (Ärzte, Pflegekräfte u.a.) belastend, das an ihr beteiligt ist, insbesondere für die Mitarbeiter in Operationssälen (OP), die einen solchen Umgang mit einem Körper selten erleben, die an der Organentnahme und der Wiederherstellung des Leichnams aktiv mitwirken müssen und die mit dem Toten, nach dem ihm die Organe entnommen sind, im OP zurückbleiben. Es gehört daher zu den Pflichten der „Deutschen Stiftung Organtransplantation“ und des Trägers des Krankenhauses, für geeignete Fortbildungen und gegebenenfalls eine Supervision zu sorgen. Wünschenswert wäre es, dass sowohl Organspendekoordinatoren als auch Krankenhausseelsorger an solchen Weiterbildungen beteiligt werden.

3.2. Eine Organentnahme ist bei Beachtung der genannten ethischen Überlegungen in der Regel nur ohne schwerwiegende ethische Vorbehalte zu rechtfertigen, wenn eine *schriftliche oder eindeutig bezeugte mündliche Zustimmung des „Organspenders“* vorliegt und wenn die betroffenen, dem sterbenden bzw. hirntoten Menschen bis zum Tode in Liebe verbundenen Angehörigen dem aufgrund ihrer eigenen Überzeugungen zustimmen können. Daraus sind folgende ethische Orientierungen für eine Beratung abzuleiten, und folgende offenen ethischen Fragen sind zu klären:

3.2.1. Eine Organentnahme gegen den eindeutigen Willen des „Hirntoten“ sollte auch dann ausgeschlossen sein, wenn die Angehörigen das in Ausnahmefällen wünschen und ethisch begründen können. Dies sollte in der Regel auch gelten, wenn der begründete „mutmaßliche“ Wille des Hirntoten dem entgegensteht. In diesen Fällen entfallen die wesentlichen seelsorgerlichen und ethischen Gründe, die im Folgenden für eine von der Zustimmung des Hirntoten zur Organentnahme abweichende Entscheidung der Angehörigen geltend gemacht werden, vor allem die seelischen Belastungen der Angehörigen durch das Nicht-erleben können des „natürlichen“ Todes (vgl. 3.1.2.).

3.2.2. Eine Organentnahme allein aufgrund dessen, dass der potenzielle Organspender ihr nicht widersprochen hat (= Widerspruchslösung), ist in Deutschland nach dem TPG nicht erlaubt. Allerdings lässt die erweiterte Zustimmungslösung des Gesetzes diese Möglichkeit offen, wenn die Angehörigen der Organentnahme – aus welchen Gründen auch immer – zustimmen (vgl. IV.2.1). Dies ist ethisch nicht unproblematisch, weil dann Angehörige über die Organe verfügen, möglicherweise gegen den Willen Verstorbener. Auch solche Entscheidungen sollten die Angehörigen überzeugend ethisch begründen können. Und in einem ethischen Beratungsgespräch sollte auf solche Begründungen Wert gelegt werden (vgl. IV.2.2.).

3.2.3. Menschen, die mit dem potenziellen Organspender bis zum Tod in liebender Verbundenheit gelebt haben, haben ein Anrecht darauf, dass ihre eigenen seelischen Bedürfnisse und ihre ethischen Überzeugungen bei der Organentnahme beachtet werden.

3.2.4. Aus der letzten Feststellung ergeben sich weitergehende Fragen, vor allem, ob eine Organentnahme auch *gegen die Überzeugungen und Bedürfnisse der Angehörigen* vorgenommen werden sollte, wenn der mutmaßliche Wille des potenziellen Organspenders

dem nicht entgegensteht oder wenn seine eindeutige Bereitschaft dazu vorliegt. Diese Frage stellt das hauptsächliche, näher zu erörternde Konfliktfeld und Thema einer *ethischen Beratung* der Angehörigen bei Gesprächen über die Organentnahme dar.

IV. Ethische Orientierungen für das Gespräch mit Angehörigen über Organentnahmen

Bei Gesprächen mit Angehörigen über die Organentnahme sind die rechtlichen Regelungen, vor allem des TPG, zu beachten. Die Beratung vollzieht sich auf dieser rechtlichen Basis. Dies besagt jedoch nicht, dass die rechtlichen Bestimmungen eine ethische Urteilsbildung überflüssig machen. Nicht auszuschließen ist, dass *die ethische Urteilsbildung in Spannung oder Konflikt zum Recht geraten kann*. Diese Konflikte können sich insbesondere ergeben, wenn man die im TPG vorausgesetzte Hypothese, dass der Hirntod mit dem Tod des Menschen identisch ist, und die Bestimmung nicht teilt (TPG § 3), dass der Zustimmung oder auch der bloß „mutmaßlichen Zustimmung“ des potenziellen Organspenders zu einer Organentnahme unter allen Umständen auch dann zu folgen ist, wenn die nächsten Angehörigen dem aus überzeugenden ethischen und seelischen Gründen nicht zustimmen können. Wenn dem so wäre, so wäre in diesen Fällen in den Gesprächen mit den Angehörigen nur der *Wille* bzw. der mutmaßliche Willen des potenziellen *Organspenders* zu ermitteln, und die grundsätzlichen ethischen Probleme der Organspende und die seelischen „Bedürfnisse“, ethischen Überzeugungen und der Wille der Angehörigen müssten ausgeklammert bleiben. Sie dürften dann nur in den Gesprächen eine Rolle spielen, in denen auch über den mutmaßlichen Willen des potenziellen Organspenders von den Angehörigen nichts Eindeutiges ausgesagt werden kann. Kommt man aus ethischen und seelsorgerlichen Überlegungen zu anderen Schlussfolgerungen, so kann man in Widerspruch zum TPG geraten.

Dass begründete ethische Überzeugungen und seelsorgerliche Erfahrungen zu Entscheidungen führen können, die dem Gesetz widersprechen, ist Kennzeichen des in vielen Bereichen des Lebens, nicht zuletzt auch der Medizin, gegebenen Spannungsverhältnisses zwischen Seelsorge und Ethik einerseits und dem Recht andererseits, das notwendig immer von den konkreten Lebensumständen im Einzelfall absehen muss und deshalb – wie auch schon die normative Ethik - nie allen konkreten Lebenssituationen gerecht werden kann. Insofern ist es für alle Gespräche mit Angehörigen berechtigt und wichtig, dass sie den Charakter einer *Beratung* annehmen, in denen nicht nur nach dem Willen des möglichen Organspenders geforscht wird, sondern den Angehörigen in dieser schweren Lebenssituation auch Hilfen zur eigenen Entscheidung und Verarbeitung der schweren Lebenssituation zuteil werden. Deshalb ist Voraussetzung aller Gespräche mit Angehörigen, dass diejenigen, die sie führen, sich die grundsätzlichen ethischen Probleme im Zusammenhang mit der Organspende vergegenwärtigen. Dabei hat der Seelsorger insbesondere diejenigen ethischen Gesichtspunkte zu bedenken und ins Gespräch einzubringen, die sich aus der christlichen Glaubenslehre ergeben.

1. Organentnahme von Toten: Grundsätzliche christlich-ethische Bedenken?

1.1. Die ungeteilte *Menschenwürde* endet zwar mit dem Tod, doch ist der Körper als sichtbare Gestalt des toten Menschen und ehemaliger Träger der Menschenwürde weiterhin menschenwürdig zu behandeln.

1.2. Das Leben und damit auch der Körper ist nicht Besitz des Menschen, sondern Gabe, „Leihgabe“ Gottes, die im Tod in Gottes, des Schöpfers „Hand“ zurück fällt, der auch den Körper eines toten Menschen der bloßen Verdinglichung entzieht. Er darf daher nicht einfach zu ihm fremden Zwecken instrumentalisiert, d.h. bloß als „biologisches Material“ und

„Ersatzteillager“ betrachtet und behandelt werden. Daher ist auch eine grundsätzliche Zustimmung der Angehörigen zur Organentnahme keine hinreichende Begründung dafür, dass ohne weiteres alle Organe und auch Gewebe bzw. Gewebeteile (z.B. Blutgefäße, Haut) entnommen werden, die „irgendwie“ gebraucht werden können. Vielmehr ist der Arzt verpflichtet, die Angehörigen auf alle zur Entnahme vorgesehenen Organe, Gewebe und Gewebeteile gesondert hinzuweisen (TPG § 2.2, § 3.3) und den Angehörigen Gelegenheit zu geben, der Entnahme bestimmter Organe zu widersprechen. Besonders zu beachten ist, dass die Entfernung größerer Anteile z. B. der Haut und der Gefäße zu nicht wiederherstellbaren und schwer zu verbergenden Entstellungen der äußeren Gestalt des Toten führt. Darauf und auf die möglichen Belastungen, die dies bei einem Abschied vom Toten nach der Organentnahme für die Angehörigen mit sich bringen kann (vgl. IV.4.7), sollten diese ausdrücklich hingewiesen und eine Entfernung der Haut und der Gefäße nur nach einer solchen Information mit ihrer ausdrücklichen Zustimmung durchgeführt werden.

1.3. Der *Leichnam* und erst recht der noch lebende Körper eines „Hirntoten“ ist wenigstens aus christlicher Sicht kein Besitz von Menschen. Daher kann einem Menschen auch kein über seinen Tod hinauswirkendes Persönlichkeitsrecht der uneingeschränkten Verfügung über seinen Körper eingeräumt werden, wie er es z.B. über erworbenes Eigentum hat. Der Mensch darf deshalb über seinen Körper zu seinen Lebzeiten und nach seinem Tod nicht wie über seinen ererbten oder erworbenen Besitz verfügen. Er darf sein Leben, seinen Körper und Teile desselben im eigentlichen Sinne nicht verschenken und erst recht nicht verkaufen. Dementsprechend haben auch andere Menschen, auch die Angehörigen, *keine Anspruchsrechte* auf den Körper und Teile desselben. Der Körper wird mit dem Tod auch nicht Eigentum der Gesellschaft, die über ihn nach ihrem Ermessen zum Wohl anderer verfügen darf.

1.4. Gegen die Entnahme von Organen bestehen aber keine grundsätzlichen christlich-ethischen Bedenken, denn die Identität und Kontinuität des Menschen über den Tod hinaus in der Auferweckung von den Toten gründen nach christlicher Sicht nicht in der Unversehrtheit des Leichnams, sondern allein in der Treue Gottes zur verstorbenen Person und ihrer Errettung aus dem Tode durch Gott. Die Auferweckung von den Toten gilt zwar diesem irdischen Leben der *Person*, ist aber nicht an die Unversehrtheit von deren Körperlichkeit gebunden und daher von einer „Wiederbelebung des Leichnams“ grundsätzlich zu unterscheiden, hat den Charakter einer dieses irdische Leben transzendierenden „neuen Schöpfung“.

1.5. Bei allen Entscheidungen über eine mögliche Organentnahme sollte im Blick sein, dass anderen Menschen durch Organentnahmen das Leben für eine mehr oder weniger lange Lebensspanne sehr erleichtert oder nur auf diese Weise erhalten werden kann. Daher stellt sich die Frage, ob eine Organspende als Akt der *Nächstenliebe* bezeichnet werden kann.

Liebe ist eine Qualifizierung von *Beziehungen unter Personen*. *Nächstenliebe* im eigentlichen Sinne setzt also voraus, dass zwischen dem Geber und Empfänger von Liebesgaben ein Mindestmaß an personaler Beziehung besteht. Das Verhältnis von Spender und Empfänger ist bei der Organspende aber völlig anonym und versachlicht. Der Empfänger wird von einer Institution (Eurotransplant) nach rein sachlichen Kriterien ausgewählt. Zudem ist der „Spender“ zum Zeitpunkt der Spende „hirntot“ und zu keinen personalen Akten wie der *Liebe* mehr fähig. Organspende kann also – entgegen einer gemeinsamen Aussage der evangelischen und katholischen Kirchen in Deutschland aus dem Jahre 1990 – schwerlich als Akt der *Nächstenliebe* bezeichnet werden. Sie ist eine verantwortliche Entscheidung im Umgang mit dem eignen Leben zu Gunsten anderer Menschen, zu der es aber keine, sich aus dem Gebot der *Nächstenliebe* ergebende unbedingte moralische Verpflichtung gibt. Die Ablehnung der Organspende sollte daher nicht als „liebloser Egoismus“, Unbarmherzigkeit und Rücksichtslosigkeit gegenüber anderen Menschen eingestuft werden. Niemand hat die

moralische Pflicht, seine Organe für andere zu spenden oder als Angehöriger der Organentnahme zuzustimmen.

2. Zu den unklaren und offenen Bestimmungen des Transplantationsgesetzes (TPG)

2.1. Nach dem TPG (§ 4) darf eine Organentnahme nicht nur nicht gegen den Willen einer verstorbenen Person vorgenommen werden, sondern sie soll möglichst dem Willen des „Organspenders“ entsprechen. Liegt keine eindeutige schriftliche *Einwilligung* oder mündliche *Erklärung* vor, so hat der nächste Angehörige über die Organentnahme zu entscheiden und dabei „einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten“. Das Gesetz fordert in Fällen eines nur mutmaßlich ermittelbaren Willens des möglichen Organspenders also nicht, dass der Angehörige nur gemäß dem mutmaßlichen Willen entscheidet. Er darf sich also auch von eigenen Überzeugungen, Einschätzungen und Bedürfnissen leiten lassen.

Die Befragungen (FORSA) im Jahre 2000 ergaben, dass der eindeutige Wille des Spenders relativ selten ermittelbar ist, dass bei den Organspenden in 4% ein Spenderausweis vorlag, in 9% der Wille des „Spenders“ eindeutig bekannt war, in 6% die Angehörigen nach ihrem Ermessen für eine Organentnahme entschieden haben und dass in 81% der *mutmaßliche Wille* des „Spenders“ als Legitimation für die Organentnahme angegeben wurde. Dieser Prozentsatz ist allerdings kritisch zu betrachten, weil im Gespräch aufgrund der gesetzlichen Vorgaben explizit nach dem „mutmaßlichen Willen“ gefragt wird. Dabei kann es nicht ausbleiben, dass die Angehörigen ihre eigenen „Mutmaßungen“ über den Willen des „Spenders“, die nie von ihren eigenen Einstellungen zu dieser Frage wirklich zu unterscheiden sind, als dessen mutmaßlichen Willen ausgeben. Der mutmaßliche Wille ist mithin häufig nicht mehr als die auf eigenen Wertungen beruhende Einschätzung derer, die ihn ermitteln. Außerdem entbindet dieser Rekurs auf den mutmaßlichen Willen die Angehörigen von einer eigenen, sie in dieser sehr schwierigen, nicht selten seelisch traumatisierenden Situation oft überfordernden Entscheidung und entlastet sie insofern.

2.2. Der angedeuteten Situation entspricht, dass nur wenige Angehörige ausdrücklich angeben, nach ihrem Ermessen über die Organentnahme entschieden zu haben. Die erweiterte Zustimmungslösung des Gesetzes lässt diese Möglichkeit offen, doch ist sie ethisch nicht unproblematisch (vgl. III.3.2.3). Solche Entscheidungen bedürfen daher in einem Beratungsgespräch der ethischen Klärung und Begründung.

2.3. Erst recht ergeben sich Probleme, wenn nächste Angehörige hinsichtlich des mutmaßlichen Willens unterschiedlicher Meinung sind. Das TPG (§ 4) verlangt auch bei Vorhandensein mehrerer gleichrangiger Angehöriger nur die Einwilligung *eines* „nächsten Angehörigen“, die das Gesetz in ihrer Rangfolge festlegt, räumt allerdings den anderen gleichrangigen Angehörigen ein zu beachtendes Recht auf Widerspruch ein. Da leiblich nächste Angehörige keinesfalls dem Verstorbenen am nächsten stehen müssen, wird ihnen eine volljährige Person gleichgestellt, „die dem möglichen Organspender bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat.“ Trotz dieser Bestimmungen ergibt sich aus ethischer und seelsorgerlicher Sicht ein Beratungsbedarf (vgl. 4.5).

3. Ist der Wille des potenziellen Organspenders ausnahmslos zu achten?

Im TPG (§ 3) wird davon ausgegangen, dass es zu den grundgesetzlich garantierten Persönlichkeitsrechten gehört, dass der Mensch zu Lebzeiten über den Umgang mit seinem Leichnam Verfügungen treffen darf. Sie sind von anderen zu befolgen, sofern keine „rechts- und sittenwidrigen“ Anordnungen getroffen werden. Auch aus christlich ethischer Sicht bleibt

unbestritten, dass, wenn Menschen überhaupt ein begrenztes Verfügungsrecht über Menschenleben haben, der Mensch nur selbst über sein eigenes Leben und seinen eigenen Körper verfügen darf. Geht man – wie es immer mehr der Fall ist - davon aus, dass die *Selbstbestimmung (Autonomie)* des Menschen der primäre oder gar einzige Inhalt der *Menschenwürde* (Grundgesetz Art. 1.1) ist, so käme jede Missachtung des Willens eines Menschen in bezug auf die Organentnahme einer Missachtung seiner Persönlichkeitsrechte, ja seiner Menschenwürde gleich, wenigstens dann, wenn eine eindeutige Willensäußerung vorliegt, vielleicht aber auch schon, wenn nur seinem begründbaren mutmaßlichen Willen nicht entsprochen wird. Diese These geht allerdings von einigen, gerade aus christlich-ethischer Sicht kritisch zu hinterfragenden Prämissen aus, erstens der Gleichsetzung von Menschenwürde mit autonomer Selbstbestimmung und damit einem individualistischen Menschenbild, zweitens einem uneingeschränkten Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben und seinen Körper und drittens einer Wirksamkeit dieses Verfügungsrechts über den Tod hinaus.

Stellt man diese Prämissen in Frage, so stellen sich grundsätzliche ethische Fragen wie die, inwieweit der Wille eines Menschen über den Tod hinaus so wirksam ist, dass er ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über den eigenen Körper und seine Organe impliziert, ob der Wille eines Menschen auch gegen den Willen seiner Angehörigen für diese verbindlich ist, wenn sie ihm in Liebe und Treue bis zum Tod verbunden waren. Diese Fragen berühren grundlegende Aspekte des Menschenbilds und des Verständnisses von der Achtung der Würde des Menschen, die in einer ethischen Beratung nicht einfach zu Gunsten der uneingeschränkten Selbstverfügung des Menschen über sein Leben, auch über den Tod hinaus, ausgeklammert werden können und dürfen.

3.1. Seit der Aufklärung und insbesondere im Gefolge der Philosophie *I. Kants* wird die *Autonomie* immer mehr als der entscheidende Inhalt der Menschenwürde herausgestellt. Allerdings ist der Mensch nach Kant nur als *Vernunft- und Geistwesen* frei, sich selbst in seinem sittlichen Handeln zu bestimmen. Als *Naturwesen* ist er notwendig fremdbestimmt. Deshalb hat Kant aus seinem Freiheitsverständnis kein absolutes *Verfügungsrecht* über das eigene Leben und den eigenen Körper abgeleitet, sie nicht als Besitzgut wie andere Güter betrachtet. Zudem hat der Mensch nach Kant nicht das Recht, das Leben und mit ihm den Körper, die er sich nicht selbst gegeben hat, bloß als *Mittel zum Zweck* zu gebrauchen. Die Freiheit in Hinsicht auf den eigenen Körper besteht demnach nur darin, dass der Mensch sich vor Eingriffen anderer in seinen Körper *schützen*, nicht aber, dass er über ihn frei nach seinem Belieben verfügen, ihn verschenken oder veräußern darf. Eine solches absolutes Verfügungsrecht über das eigene Leben und eigenen Körper kann man erst geltend machen, wenn man jede Rückbindung der Freiheit an Gott, als Schöpfer des Lebens, oder – nach Kant – an das Sittengesetz und an die Mitmenschen leugnet, der Mensch also nur noch individualistisch auf sich selbst und nicht mehr immer zugleich auf Gott und die Mitmenschen bezogen gedacht wird, denn nur dann wird der Mensch zum uneingeschränkten Herrn seiner selbst und Besitzer seines Lebens. Offen bleibt dabei allerdings immer noch die Frage, ob ein Selbstverfügungsrecht über den Körper überhaupt über den Tod hinaus reichen kann. Es stellt sich dann also die Frage, wessen „Eigentum“ der Körper ist, wenn das „Selbst“ als „Besitzer“ nicht mehr existiert und wenn auch geleugnet wird, dass das Menschenleben im Tod in die Hand Gottes, des Schöpfers, zurück fällt.

3.2. Nach christlicher Auffassung ist die freie Selbstbestimmung für die Begründung der *Würde* des Menschen nicht konstitutiv. Der Mensch konstituiert sich weder in seinem Dasein noch in seiner Würde durch sein freies Wählen und Handeln. Seine Würde gründet allein in Gottes Handeln an und für den Menschen. Auch in Hinsicht auf die irdischen Vermittlungsgestalten göttlichen Handelns muss betont werden, dass das Leben primär im

Angewiesensein auf andere Menschen gründet. Der Mensch lebt primär in und aus Beziehungen zu anderen Menschen und nicht aus sich selber, er verdankt ihnen und nicht sich selber sein Leben. Daher ist das *Mit-Sein*, das „*Sein-in-Beziehungen*“ die grundlegende, Leben erst ermöglichende Dimension des Menschseins, und zwar das ganze Leben hindurch. Das Leben verwirklicht sich in den heilsamen Grenzen endlichen Geschöpfseins, des Angewiesenseins und Verwiesenseins auf andere, und zwar vor allem im Empfangen und Gewähren von *Liebe* in *Beziehungen* zu anderen, die von der Liebe bestimmt sind. Die Leben ermöglichenden Beziehungen der Liebe haben mithin seinsmäßigen Vorrang vor der autonomen Lebensgestaltung. Leben gründet in der aller selbsttätigen Lebensgestaltung als Bedingung der Möglichkeit vorausgehenden, *Leben und Würde schenkenden Liebe und Fürsorge Gottes*. Erste Aufgabe von Menschen ist es, in ihrem Leben dieser Fürsorge Gottes für das Menschenleben zu entsprechen. Nicht die *Autonomie*, sondern das *Leben in Beziehungen der Liebe* ist grundlegende Dimension des Menschseins, in der die Würde des Menschenlebens gelebt und geachtet wird.

3.3. Auf dem Hintergrund dieses christlichen Menschenbildes wird auch der autonome Wille des Individuums in Fragen der Organentnahme relativiert und in den Kontext der mitmenschlichen Beziehungen eingeordnet, in denen der Mensch lebt. Es ändert sich damit auch die Fragestellung. Es ist nicht mehr nur nach dem Willen oder dem bloß „mutmaßlichen“ Willen des potenziellen Organspenders zu fragen, sondern primär danach, was in einer solchen Situation ein den *Beziehungen der Liebe* gemäßes Handeln ist.

4. Organentnahme und die moralischen Rechte der nächsten Angehörigen

Im Gegensatz zu dem anonymen Verhältnis zwischen Organspender und Organempfänger ist das Verhältnis zwischen dem möglichen Organspender und seinen Angehörigen ein personales Beziehungsverhältnis, das von der Liebe bestimmt sein kann. *Liebe* ist immer ein in personalen Beziehungen gründendes und sie qualifizierendes Geschehen, das eine gegenseitige Verantwortung und Fürsorge füreinander einschließt und das Entscheidungen ausschließt, die die Gefühle und das Gewissen der in Liebe verbundenen Menschen verletzen können. Es gibt, wenn man in Beziehungen der Liebe zu Menschen lebt, die ethische Verpflichtung zur Rücksichtnahme auf die Gefühle und das Gewissen der Angehörigen. Eine solche Verantwortung besteht auch in Bezug auf die letzte Lebensphase, den Tod und seine Folgen für die hinterbliebenen Angehörigen. Angehörige haben nicht nur moralische Verpflichtungen, sondern auch moralische Rechte gegenüber Sterbenden und Verstorbenen.

Aus dieser Vorordnung des „*Seins-in-Beziehungen*“, die von der Liebe bestimmt sind, vor die autonome Lebensgestaltung lassen sich einige Orientierungen für die aufgeworfenen ethischen Fragen ableiten:

4.1. Kein Mensch sollte vorsorgend Entscheidungen über die Organentnahme im Falle seines Todes fällen, ohne diese mit den in Liebe verbundenen nächsten Angehörigen besprochen und ihre Einstellung dazu angehört und bei seiner Entscheidung berücksichtigt zu haben. Deshalb sollte eine Verfügung über eine Organspende immer mit den nächsten Angehörigen besprochen und möglichst eine einvernehmliche Regelung gefunden werden. Die eigene Entscheidung sollte nicht gegen die begründete Einstellung von in Liebe verbundenen Menschen durchgesetzt werden, ja man sollte, auch bei Zustimmung der nahen Angehörigen, die eigene Entscheidung unter den Vorhalt stellen, dass diese ihr in der konkreten Lebenssituation zuzustimmen in der Lage sind.

4.2. In den Fällen, in denen eine eindeutige Zustimmung des potenziellen Organspenders vorliegt, diese den Angehörigen auch vorher bereits bekannt war, sie nunmehr aber in der konkreten und von ihnen in keiner Weise absehbaren belastenden Situation aus seelischen und moralischen Gründen dieser Entscheidung nicht zustimmen können, entsteht für die

Angehörigen eine ethische *Konfliktsituation*, in der sie abwägen müssen, ob es ihre unbedingte Pflicht ist, dem Willen des „Verstorbenen“ gemäß zu entscheiden oder ob sie in dieser, für sie schwierigen Situation auch ihren eigenen seelischen Bedürfnissen und begründbaren ethischen Überzeugungen folgen dürfen.

Geht man gemäß dem angedeuteten christlichen Menschenbild von der Vorordnung des „Seins-in-Beziehungen der Liebe“ vor die Autonomie des Menschen aus, so ist einzuräumen, dass die Bedürfnisse und ethischen Überzeugungen der Angehörigen ethisch gesehen die Verbindlichkeit des Willens des möglichen Organspenders durchaus relativieren, also zumindest bei der Entscheidung eine bedeutsame Rolle spielen dürfen. Natürlich müssen die Angehörigen dessen Willen bei ihrer Entscheidung in angemessener Weise ernsthaft bedenken und sich fragen, wie begründet ihre Motive, einer Organentnahme nicht zuzustimmen, sind, ob eine Verweigerung der Zustimmung z.B. deshalb geschieht, weil der unausweichliche Tod geleugnet wird, und ob eine Entscheidung gegen seinen Willen sie nicht auch seelisch belasten kann. Es sollte ihnen in dem Gespräch über die Organentnahme aber nicht grundsätzlich bestritten werden, dass sie auch berechtigte Zweifel haben dürfen, ob der Verstorbene unter diesen Umständen an der Durchsetzung seines Willens festhalten und nicht doch dem Willen und den Bedürfnissen der nächsten Angehörigen, wenn diese ihm wirklich in Liebe verbunden sind, folgen würde. Auch gibt es – aus christlicher Sicht - gute Gründe, dass man die Rücksichtnahme auf den Willen der *Toten* nicht über die Rücksichtnahme auf die *Lebenden* stellt. Fraglich ist aus christlicher Sicht ja gerade, ob und inwieweit der Mensch überhaupt ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben und seinen Körper hat, und vor allem, ob und inwieweit dieses Verfügungsrecht über den Tod hinaus gehen kann (vgl. 1.1 – 1.3, 3.1 und 3.2). Daher sollte eine Entscheidung gegen den vorab geäußerten Willen des Verstorbenen aus christlich ethischer Sicht nicht auf die Ebene einer Missachtung der Menschenwürde des Verstorbenen oder einer Verletzung der testamentarischen Verfügung über die hinterlassenen Besitzgüter gehoben werden, über die ein Mensch – im Gegensatz zu seinem Körper - ein moralisches und rechtlich geregeltes Verfügungsrecht hat.

4.3. Ein Beratungsgespräch sollte daher offen dafür sein, dass nächste Angehörige auch eine Entscheidung gegen den Willen des Verstorbenen fällen, wenn dieser einer Organentnahme zugestimmt, nicht jedoch, wenn er sie abgelehnt hat, denn in diesem Fall entfallen die meisten ethisch relevanten Gesichtspunkte, nicht entsprechend dem vorab verfügbaren Willen des Verstorbenen zu entscheiden, vor allem der Gesichtspunkt des „manipulativen Umgangs“ mit Sterben und Tod und der daraus resultierenden seelischen wie moralischen Belastungen. Das TPG (§ 4) verbietet daher auch eine Organentnahme gegen den Willen des Verstorbenen, lässt aber – nach den dargelegten christlich-ethischen Auffassungen zu Recht - ohne weitere Begründung die Möglichkeit offen, dass Angehörige die Zustimmung zur Organentnahme auch dann geben, wenn weder ein entsprechender erklärter Wille vorliegt, noch ein begründbarer mutmaßlicher Wille ermittelbar ist.

4.4. Die in Bezug auf die Beachtung der eindeutigen Zustimmung zur Organentnahme geltend gemachten Einschränkungen gelten natürlich erst recht, wenn keine eindeutige Willensäußerung des potenziellen Organspenders vorliegt, der Wille letztlich nur von anderen gemutmaßt und oft nicht von deren eigenen Überzeugungen unterschieden werden kann. Zu Recht räumt das TPG den Angehörigen in diesen Fällen eine Entscheidung gegen die Organentnahme gemäß ihren Überzeugungen ein.

4.5. Ethisch schwierig zu lösen können die Fälle sein, in denen die Angehörigen - auch die nächsten - weder in der Beurteilung des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen noch in ihrer eigenen Entscheidung zur Organentnahme einer Meinung sind. Trotz der klaren rechtlichen Regelungen im TPG (vgl. 2.3) kann es unter den Angehörigen ernst zu nehmende Konflikte

geben, und kann gegebenenfalls auch die Meinung nicht gleichrangiger nächster Angehöriger bei einer Entscheidung beachtlich sein, so dass eine eingehende Beratung nötig und sinnvoll wird, nicht nur, um abzuklären, an wessen Meinung man sich hinsichtlich einer Rechtfertigung der Organentnahme orientieren soll oder muss, sondern auch, um vermeidbare Konflikte unter Angehörigen dadurch zu verhindern, dass sie durch die Beratung möglichst zu einem Konsens finden, der für alle tragbar ist. Ein solcher Konfliktfall kann insbesondere eintreten, wenn ein Mensch einen anderen Menschen und nicht einen nächsten Angehörigen mit einer Entscheidung über eine Organentnahme beauftragt hat – gegebenenfalls auch, um seinen nächsten Angehörigen von dieser schweren Entscheidung zu entlasten – und dieser nach dem TPG (§ 4.3) dann die Entscheidung zu fällen hat, seine Meinung aber nicht mit der des / der nächsten Angehörigen übereinstimmt. Gemäß der dargelegten christlich-ethischen Sicht hätte er vor seiner Entscheidung nicht nur die nächsten, in Liebe verbundenen Angehörigen anzuhören, sondern auch ihre Überzeugungen und Bedürfnisse in angemessener Weise zu berücksichtigen und gegebenenfalls abweichend von dem Willen des Verstorbenen zu entscheiden.

4.6. Gegen die hier dargelegten ethischen Leitlinien kann der Einwand erhoben werden, dass die Rücksichtnahme auf Angehörige, ihre Bedürfnisse, ihr Gewissen und ihren Willen in ethischer Hinsicht nicht nur als gleichberechtigt mit dem Willen des Verstorbenen eingestuft wird, sondern auch Vorrang hat vor der wahrscheinlichen Lebensrettung Fremder durch eine Organtransplantation. Bei allen Beratungsgesprächen mit Angehörigen sollte angemessen thematisiert werden, dass eine Entscheidung gegen Willen des Verstorbenen gut begründet werden muss und welche lebenserleichternde und lebensrettende Hilfe die „Organspende“ für andere Menschen bringen kann (vgl. 1.5). Aber insbesondere, weil es keine moralische Pflicht zur „Spende“ eines Organs gibt (vgl. 1.5), darf letzterer Gesichtspunkt nach der dargelegten christlichen Sicht das Gespräch keinesfalls allein bestimmen oder auch nur der eindeutig vorrangige ethische Gesichtspunkt im Gespräch sein. Vielmehr gibt es aufgrund der hier vorgestellten ethischen Überlegungen gute ethische Gründe, wenigstens den Gesichtspunkt als gleichrangig zu beachten, dass die Angehörigen ein moralisches Recht haben, ein nicht zum Zweck der Organentnahme manipuliertes Sterben und einen möglichst „natürlichen“ Tod eines geliebten Menschen zu erleben.

4.7. Angehörige haben das Recht, von dem Verstorbenen nach der Organentnahme Abschied zu nehmen (TPG § 6.2). Dies kann für die Realisierung des auf der Intensivstation nicht wirklich erlebbaren Todes (vgl. III.2), die Trauerverarbeitung und das „geistliche Abschiednehmen“ bedeutsam sein (vgl. V.3.2). Diese Möglichkeit sollte ihnen daher ausdrücklich angeboten werden. Neben der – auch unabhängig von einem solchen Abschiednehmen – vom TPG (§ 6) gebotenen Restitution des Leichnams gemäß den medizinischen und pflegerischen Sorgfaltspflichten gehört eine pietätvolle Aufbahrung des Toten an einem für ein Abschiednehmen geeigneten Ort zu den Pflichten derer, die die Organe entnehmen, und des Krankenhauses, in dem die Organentnahme vorgenommen wird, und nicht zuletzt der „Deutschen Stiftung Organtransplantation“, die sich – gemäß dem TPG § 6 - verpflichtet hat, dafür zu sorgen, dass die Würde des toten Organspenders geachtet wird. Das Angebot des Abschiednehmens setzt voraus, dass die Angehörigen informiert werden, wann dieses Abschiednehmen stattfinden kann, an wen sie sich in diesem Fall zu wenden haben und wer sie zu dem Toten begleitet (vgl. V.3.2). Es ist Aufgabe der Leitung des Krankenhauses zu klären, wer dafür verantwortlich ist und wer diese Aufgabe zu übernehmen hat.

V. Zur Rolle des Krankenhausseelsorgers im ethischen Beratungsgespräch mit Angehörigen über eine Organentnahme

1. Zu den Voraussetzungen einer Mitwirkung des Krankenhausseelsorgers

Ein Beratungsgespräch mit den Angehörigen hat noch keine ethische Dimension, wenn es sich nur auf die Ermittlung des Willens oder mutmaßlichen Willens des potenziellen Organspenders ausrichtet oder wenn es eindeutig mit der ausschließlichen Zielsetzung geführt wird, die Zustimmung zur Organentnahme herbei zu führen. Erst wenn alle wesentlichen ethischen Fragen der Organentnahme in dem Gespräch über die Organentnahme zur Sprache gebracht und ethisch gewichtet werden, nimmt dieses die Form eines über die Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen hinausgehenden *ethischen Beratungsgesprächs* an. Voraussetzung eines solchen Gesprächs ist daher die Kenntnis der ethischen Problematik der Organentnahme und eine Unterscheidung der ethischen Fragen von den medizinischen, rechtlichen und sonstigen Problemen. Es ist also zu fragen, welche *ethischen Normen, Werte und Güter* bei der Organentnahme berührt sind und wie die Organentnahme bei einer Gewichtung aller zu bedenkender ethischer und rechtlicher Gesichtspunkte zu beurteilen ist und inwieweit diese ethischen Überlegungen und Abwägungen Spielraum für eine freie individuelle Entscheidung der Angehörigen lassen.

Aufgabe eines ethischen Beraters und insbesondere des Seelsorgers wäre es, möglichst auch die wesentlichen ethischen Gesichtspunkte ins Gespräch einzubringen, die von den anderen Teilnehmern (Arzt, Organspendekoordinator) nicht explizit zur Sprache gebracht werden, die aber bei einer ethischen Entscheidung derjenigen, die zu entscheiden haben, also der Angehörigen, wesentlich und zu bedenken sind. Dabei muss der Seelsorger sich Klarheit darüber verschaffen, mit welcher Intention er diese zu bedenkenden ethischen Gesichtspunkte ins Gespräch einbringt. Für eine Mitwirkung in solchen Gesprächen ist also seine eigene ethische Urteilsbildung in Fragen der Organentnahme unerlässlich. Nur dann kann er sich in den Gesprächen immer wieder Klarheit darüber verschaffen, wie die eigene Urteilsbildung in die Gespräche einfließt und einfließen darf. Zu bedenken ist allerdings, ob man eine solche Funktion als „ethischer Berater“ wahrnehmen kann, wenn man grundsätzliche ethische Bedenken gegen die Organentnahme hat und sie daher nicht nur für sich persönlich ablehnt. Nur auf den ersten Blick scheint es weniger problematisch zu sein, wenn man eine Organentnahme ohne Bedenken befürwortet und das Ziel eines Gesprächs immer primär darin sieht, die Einwilligung zur Organentnahme herbeizuführen. Beide Einstellungen bergen die Gefahr einer starken Beeinflussung der Angehörigen in ihrer Entscheidung in sich, machen damit die Mitwirkung als ethischer Berater aber noch nicht unmöglich, wenn er diese Überzeugungen den anderen als seine eigenen explizit durchsichtig macht, er sie ihnen verständlich zu begründen vermag und gleichzeitig die ethisch begründbaren möglichen abweichenden Entscheidungen zur Sprache bringt, so dass die Angehörigen auf der Basis dieser ethischen Informationen zu einer eigenen Entscheidung finden können.

2. Zu den Aufgaben des Seelsorgers im ethischen Beratungsgespräch

Im Grunde können alle genannten ethischen Gesichtspunkte der Organentnahme von dem nach dem TPG (§ 3, § 4) zum Gespräch mit den Angehörigen verpflichteten Arzt und den meist immer hinzugezogenen Organspendekoordinatoren eingebracht werden. Dazu bedürfte es des Seelsorgers an sich nicht. Der Seelsorger hat ihnen gegenüber aber einige Vorteile. Er ist ein in medizinischen Sachfragen kompetenter Laie, der Fragen der Organentnahme nicht primär unter medizinischen Gesichtspunkten betrachtet, der nicht nur die schwierige Situation im Umfeld der Organentnahme, sondern auch das Geschick von Organempfängern kennt. In der Regel ist er in der Gesprächsführung in schweren Krisensituationen des Lebens und auch in ethischen Fragen besonders geschult.

In dem ethischen Konflikt zwischen Organentnahme zum Zweck der Organtransplantation einerseits und einem menschenwürdigen, dem meist plötzlichen Tod eines Menschen und den Gefühlen und Bedürfnissen ihrer Angehörigen angemessenen Umgang mit dem sterbenden und toten Menschen andererseits besteht immer die Gefahr, dass die Gesprächsführung zu sehr auf eine Entscheidung der Angehörigen zu Gunsten der Organentnahme ausgerichtet ist. Dem Seelsorger wird von den Angehörigen weniger als dem Arzt und vor allem dem Organspendekoordinator mit dem Misstrauen begegnet werden, es ginge ihm ausschließlich oder primär um ihre Zustimmung zur Organentnahme. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Seelsorger auch Aspekte der seelsorgerlichen Begleitung im Gespräch zur Geltung bringen kann. Deshalb kann der Seelsorger, wenn die nächsten Angehörigen einer Organentnahme nicht zustimmen wollen oder können, auch am ehesten auf eine Abklärung der Motive hinarbeiten, ohne in den Verdacht zu kommen, einseitigen Druck in Richtung einer Zustimmung zur Organentnahme auszuüben. Aufgabe des Seelsorgers ist es, für eine entscheidungsoffene Gesprächsführung und ethische Beratung Sorge zu tragen, in der möglichst alle relevanten ethischen Aspekte der Organentnahme zur Sprache kommen, um den Angehörigen so eine Entscheidung zu ermöglichen, die sie auch nach dieser akuten schweren Lebenssituation noch bejahen und tragen können.

Natürlich hat die Thematisierung ethischer Gesichtspunkte Grenzen, die sich aus dem Verstehenshorizont der Angehörigen, aber nicht zuletzt auch aus der meist besonders schweren Krisensituation ergeben, in der die Angehörigen sich nicht selten in einem schockartigen Zustand befinden und auch deshalb in ihrem Aufnahmevermögen und der gedanklichen Verarbeitung von Gehörtem begrenzt sind. Als problematisch und für die Angehörigen in dieser schwierigen Situation zu belastend könnte sich z. B. die Thematisierung der Frage erweisen, ob der Hirntod mit dem Tod des Menschen identisch ist. Das könnte bei den Angehörigen die irriige Vorstellung wecken, als würde nicht alles getan, um das Leben des Menschen zu retten oder als würde der Mensch durch die Organentnahme getötet (vgl. III. 1) und seien sie insofern an seinem Tod mit schuldig.

Die Anwesenheit des Seelsorgers kann die Angehörigen ermutigen, ihre Fragen und Bedenken offen zur Sprache zu bringen. Da das TPG (§ 4,1) vorsieht, dass die Angehörigen mit dem Arzt vereinbaren können, dass sie ihre „Erklärung“ zur Organentnahme innerhalb einer bestimmten, vereinbarten Frist widerrufen können, kann der Seelsorger auch zu weiteren beratenden Gesprächen mit den Angehörigen zur Verfügung stehen.

3. Zur Einbettung der ethischen Beratung in die seelsorgerlichen Aufgaben

3.1. Die Funktion als *ethischer Berater* in Gesprächen über die Organentnahme ist an sich nicht an die seelsorgerlichen Aufgaben gebunden. Sofern spezifisch christlich-ethische Gesichtspunkte in der Beratung eine Rolle spielen und zur Sprache gebracht werden, setzt die Funktion als Berater eine allgemeinethische wie speziell christlich-ethische Urteilsfähigkeit voraus, die allerdings auch von anderen so wahrgenommen werden kann. Nicht wahrgenommen werden können dagegen von anderen die speziell geistlichen Aufgaben des Seelsorgers (vgl. II), und dies auch aus pragmatischen Gründen nicht. Der Arzt und der Organspendekoordinator haben nicht die Zeit, die Angehörigen eingehender und länger zu begleiten, auch über das Geschehen der Organentnahme hinaus, z.B. durch das Angebot eines Abschiednehmens vom Toten (Aussegnung) nach der Organentnahme und von Gesprächen, auch noch nach der Beerdigung. In einigen Fällen wird der Seelsorger bereits vor dem Hirntod Kontakt mit dem todkranken Menschen und seinen Angehörigen haben. Insofern bietet es sich geradezu an, dass der Seelsorger auch an den Gesprächen über die Organentnahme teilnimmt, hier die Funktion des „ethischen Beraters“ wahrnimmt, der die Angehörigen aber auch nach dieser Beratung weiter seelsorgerlich begleitet und ihnen bei einer ersten Verarbeitung des meist schockartigen Erlebnisses hilft und sie in den zahlreichen, dann auftauchenden Fragen berät. Dabei ist zu bedenken, dass auch ein Gespräch über die

Organentnahme nie nur ein ethisch beratendes Gespräch ist, sondern immer zugleich seelsorgerlich-begleitende Aspekte hat und dass beide Dimensionen zwar von den teilnehmenden beratenden Personen möglichst zu unterscheiden, aber letztlich nicht zu trennen sind. Wenn das Geschehen der Organentnahme in eine derartige umfassendere seelsorgerliche und ethisch beratende Begleitung eingebettet wäre, dann könnten viele der unvermeidbaren und insbesondere der vermeidbaren belastenden Erlebnisse im Umfeld der Organentnahme, insbesondere für Angehörigen, in ihrer Belastung gemildert und besser tragbar werden.

3.2. Sofern von den Angehörigen die im Beratungsgespräch anzubietende Möglichkeit eines Abschiednehmens vom Toten nach der Organentnahme gewünscht ist (vgl. IV.4.7), sollte der Seelsorger das Angebot machen, die Angehörigen dabei zu begleiten, insbesondere, wenn nicht vor der Organentnahme auf der Intensivstation irgendeine Form des bewussten Abschiednehmens und der „Aussegnung“ („geistliches Ritual“) stattgefunden hat und diese so noch vorgenommen werden kann.

VI. Zu den organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen einer Beteiligung des Seelsorgers am Beratungsgespräch

Es stellt sich die Frage, in welcher Weise die Einbindung des Seelsorgers in die Gespräche über die Organentnahme organisiert werden kann. Das Gesetz legt nur den behandelnden Ärzten die Pflicht zu diesen Gesprächen auf und erwähnt nicht einmal den Organspendekoordinator, der heute meist an den Gesprächen beteiligt ist oder nochmals gesonderte Gespräche mit den Angehörigen führt. Es hat sich allerdings erwiesen, dass eine gesonderte Gesprächsführung nicht sinnvoll und für die Angehörigen zu belastend ist. Deshalb sollte auch kein grundsätzlich gesondertes Beratungsgespräch mit dem Seelsorger über die Organentnahme geführt werden, sondern dieser in das gemeinsame Gespräch eingebunden werden. Gegen eine solche Beteiligung können wenig rechtliche Bedenken geltend gemacht werden, wenn sie von den Angehörigen nicht ausdrücklich abgelehnt wird, denn der Krankenseelsorger ist zur Verschwiegenheit verpflichtet und hat die Bestimmungen des Datenschutzes einzuhalten.

Von Seiten der Organspendekoordinatoren und auch vieler Ärzte besteht eine Offenheit für die Beteiligung von Seelsorgern an ihren Gesprächen mit den Angehörigen, auch um die Gespräche von dem Verdacht frei zu halten, in ihnen würde in „manipulativer“ Weise nur auf die Einwilligung der Angehörigen zur Organentnahme hin gearbeitet, vor allem aber, um die Angehörigen in der angedeuteten Weise besser seelsorgerlich begleiten zu können und das Geschehen der Organentnahme nicht einem ethisch unangemessenen, rein medizintechnischen Vorgehen auszuliefern, das die Angehörigen zusätzlich seelisch belastet. Dies zu vermeiden, müsste auch im Interesse der Krankenhäuser liegen.

In einigen Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft wird die Teilnahme des Krankenseelsorgers an den Gesprächen der Ärzte und der Organspendekoordinatoren über die Organentnahme bereits praktiziert und von den Trägern empfohlen. Eine derartige Empfehlung liegt – wenigstens bei Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft – in der Entscheidungshoheit des Trägers, sollte allerdings die Zustimmung der zuständigen leitenden Ärzte finden. Sollten die Angehörigen von sich aus die Beteiligung des Seelsorgers am Gespräch eindeutig ablehnen, so muss auf seine Teilnahme verzichtet werden.

Es ist nicht damit zu rechnen, dass der angedeutete und zu begrüßende Lösungsweg von vielen Krankenhausträgern gewählt wird. Ein anderer Weg könnte darin bestehen, dass der Wunsch nach der Beteiligung des Krankenseelsorgers von den Organspendekoordinatoren ausgeht und sie sich über ein geeignetes Vorgehen verständigen und dies in den in Frage kommenden Abteilungen (vor allem Intensivstationen) eines Krankenhauses bei Ärzten und Pflegekräften zur Sprache bringen. Wünschenswert wäre es,

wenn dieser Weg von den leitenden Ärzten und dem Träger des Krankenhauses grundsätzlich unterstützt würde. Voraussetzung ist, dass der Seelsorger neben seiner seelsorgerlichen Kompetenz über hinreichende medizinische und vor allem ethische Kenntnisse verfügt, dass er in den Stationen gut bekannt ist, das Vertrauen des Personals hat und dass er auf dieser Basis in den Situationen, in denen eine Organentnahme möglich ist, rechtzeitig informiert wird, und dass er in diesen Fällen erreichbar ist, d.h. dass im Falle einer Abwesenheit (Urlaub usw.) eine geeignete Vertretung ansprechbar sein muss. Die Einzelheiten einer solchen Organisation müssen sich nach den örtlichen Verhältnissen richten, können daher nicht generell geklärt werden.

In diesen Fragen bietet sich eine *ökumenische Zusammenarbeit* an. Die Seelsorger der verschiedenen Konfessionen können sich gegenseitig abwechseln und vertreten, so dass immer ein entsprechend qualifizierter und erfahrener Seelsorger als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Dies ist für alle, insbesondere aber die Krankenhäuser wichtig, in denen häufiger mit der Möglichkeit von Organentnahmen zu rechnen ist, also vor allem Krankenhäusern mit neurochirurgischen, neurologischen und unfallchirurgischen Abteilungen.