

sek·feps

Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund
Fédération des Églises protestantes de Suisse
Federation of Swiss Protestant Churches

ORGANSPENDE EIN AKT DER BARMHERZIGKEIT UND KEINE PFLICHT

**Antwort des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes SEK
zur Änderung des Bundesgesetzes über die Transplantation von
Organen, Geweben Zellen (Transplantationsgesetz)**

Zusammenfassung:

- Der Kirchenbund begrüsst die Änderungen in Art. 17 und 21 Transplantationsgesetz im Hinblick auf eine gerechte Verteilung der Transplantationsorgane.
- Auch die in Art. 14 TxG festgeschriebene Kostenübernahme für die Versorgung der Organspenderin und des Organspenders wird unterstützt.
- Die in Art. 8 Abs. 3^{bis} und Art. 10 TxG ausgeführten Bestimmungen zum Umgang mit Organspenderinnen und -spendern nach irreversiblen Herztod sollte im Hinblick auf mögliche Interessenkonflikte ergänzt werden.
- Der Kirchenbund schlägt vor, bei Entscheidungen über einen Behandlungsabbruch im Zusammenhang einer postmortalen Organspende die klinische Ethikkommission zur Begutachtung hinzuzuziehen.
- Organspende ist ein Akt der Barmherzigkeit und keine moralische Pflicht.
- Bürgerinnen und Bürger müssen dagegen wechselseitig voneinander eine klare Position zur Spende der eigenen Organe erwarten können.

I. Der Vernehmlassungsentwurf

Der Vernehmlassungsentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen besteht aus Sicht des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes SEK aus zwei, thematisch eigenständigen Teilen.

1. Art. 14, 17, 21 TxG

Art. 14, 17 und 21 TxG betreffen Fragen der Gerechtigkeit und Gleichbehandlung: 1. Die Übernahme von Gesundheits- und sozialen Kosten von Lebendspenderinnen und -spendern ist ein Gebot der Billigkeit angesichts der uneigennützig erbrachten Spende (Art. 14 TxG). 2. Die Ausweitung des Klientel von Organverteilungen auf in der Schweiz krankenversicherte, aber im Ausland lebende Personen (sog. Grenzgängerinnen und -gänger) entspricht dem Grundsatz der Gleichbehandlung, dass für gleiche Leistungen im Bedarfsfall gleiche Gegenleistungen erbracht werden müssen (Art. 17 und 21 TxG). Beiden Zielen und Umsetzungen im Gesetzestext stimmt der Kirchenbund ausdrücklich zu.

2. Art. 8, 10 TxG

Einen anderen Sachverhalt betreffen die Ergänzungen und Revisionen der Art. 8 und 10 TxG. Mit Einführung des TxG – im Gegensatz zu vorher geltenden kantonalen Regelungen – gilt der Hirntod als Voraussetzung für die postmortale Organentnahme (Art. 9 TxG). Die Revision zielt darauf, neben dem Hirntod den Tod durch irreversiblen Ausfall der Herz-Kreislauf-Funktion (Non-Heart-Beating-Donors) als alternative Voraussetzung für die postmortale Organentnahme (wieder) zu etablieren (sekundärer Hirntod).¹ Der Kirchenbund ist der Ansicht, dass diese Änderung im Rahmen einer grundsätzlichen Diskussion über die Ersetzung der heutigen, erweiterten Zustimmungslösung, wie sie in parlamentarischen Vorstössen gefordert wird, diskutiert werden muss.

Vorbehaltlich dieser notwendigen Grundsatzdiskussion werfen die Änderungen von Art. 8 und 10 TxG zum sogenannten sekundären Hirntod zwei grundsätzliche ethische Fragen auf:

1. Was folgt aus dem biologischen Faktum, dass die Organe nach Herz-Kreislauf-Stillstand in kürzester Zeit entnommen werden müssen, um irreversible Organschädigungen zu vermeiden?
2. Wie ist es zu beurteilen, wenn der sekundäre Hirntod eines möglichen Organspenders «kontrolliert» durch den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen hervorgerufen wird?

II. Zum Umgang mit Organspenderinnen und -spendern mit sekundärem Hirntod

1. *Patientenwohl*

Im Zentrum stehen Fragen nach dem Zeitpunkt, an dem vorbereitende Massnahmen für die Organtransplantation eingeleitet werden dürfen und wann – bei nicht vorliegender Äusserung – Angehörige über eine mögliche Organspende einer sterbenden Person entscheiden dürfen. Medizinische Massnahmen – die, wie Art. 10 TxG formuliert, «ausschliesslich der Erhaltung von Organen, Geweben oder Zellen dienen» – erfolgen in dieser *Exklusivität* nicht im Patientenwohl. Deshalb bedürfen sie – mehr noch als alle medizinischen Massnahmen zum Wohle der Patientin oder des Patienten – der dezidierten Zustimmung durch die betroffene Person selbst oder deren berechtigte Vertretung. Eine stellvertretende Zustimmung ist dabei an bestimmte medizinische Bedingungen gebunden (Art. 10 Abs. 3f. TxG). Zudem dürfen solche Massnahmen weder den Todeseintritt beschleunigen, noch zu einem primären Hirntod führen (Art. 10 Abs. 6 TxG).

2. *Organerhaltende Massnahmen*

Die Formulierungen sind sehr ausdifferenziert und verweisen auf einen impliziten Widerspruch im Gesetz: Das Rechtsdokument akzeptiert den primären und sekundären Herztod als prinzipiell gleichrangige Voraussetzungen für eine postmortale Organspende. Aber die Zustimmung zur Spende impliziert noch nicht die Akzeptanz der notwendigen Massnahmen zur Organerhaltung, die (nur) beim sekundären Hirntod notwendig werden. Daraus ergeben sich kontraintuitive Folgerungen: Entweder müsste bei einem Organspenderausweis zwischen zwei Todesarten unterschieden werden. Oder mit der Zustimmung zur Organspende müsste zusätzlich die Zustimmung zu organerhaltenden Massnahmen im Falle des Eintretens eines sekundären Hirntodes abgefragt werden. Diese Differenzierung macht nur dann Sinn, wenn dem sekundären Hirntod doch ein anderer Status beigemessen wird, als dem primären Hirntod (was der Bundesrat aber gerade ablehnt). Andernfalls müssten die vorbereitenden Massnahmen mit der Zustimmung zur postmortalen Spende der eigenen Organe (nach primärem oder sekundärem Hirntod) als akzeptiert vorausgesetzt werden können. Sinn macht – gerade auch unter den realen Bedingungen eines enormen Zeitdrucks – nur die zweite Alternative, jedenfalls sofern beide Todeskriterien tatsächlich vergleichbar sind im Hinblick auf die Irreversibilität der diagnostizierten Zustände, die Überprüfbarkeit der diagnostischen Verfahren und die Eindeutigkeit der Prognosen.

3. *Zustimmungsmodalitäten*

Es erscheint weder praktisch noch rechtlich sinnvoll, zwischen einer Zustimmung zur Organspende nach primärem Hirntod und einer Zustimmung zur Organspende nach sekundärem Hirntod zu unterscheiden. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, gleichzeitig mit dem Entschluss, die eigenen Organe zu spenden, die Einwilligung zu medizinischen Massnahmen zu verbinden, die am Lebensende nicht dem eigenen Wohl, sondern der Erhaltung der Organe dienen.² Deshalb schlägt der Kirchenbund alternativ zu den dezidierten Ausführungen in Art. 10 TxG vor, die Zustimmung zu medizinischen Organerhaltungsmassnahmen mit der Zustimmung zur Organspende verbindlich zu koppeln. Eine solche Ergänzung:

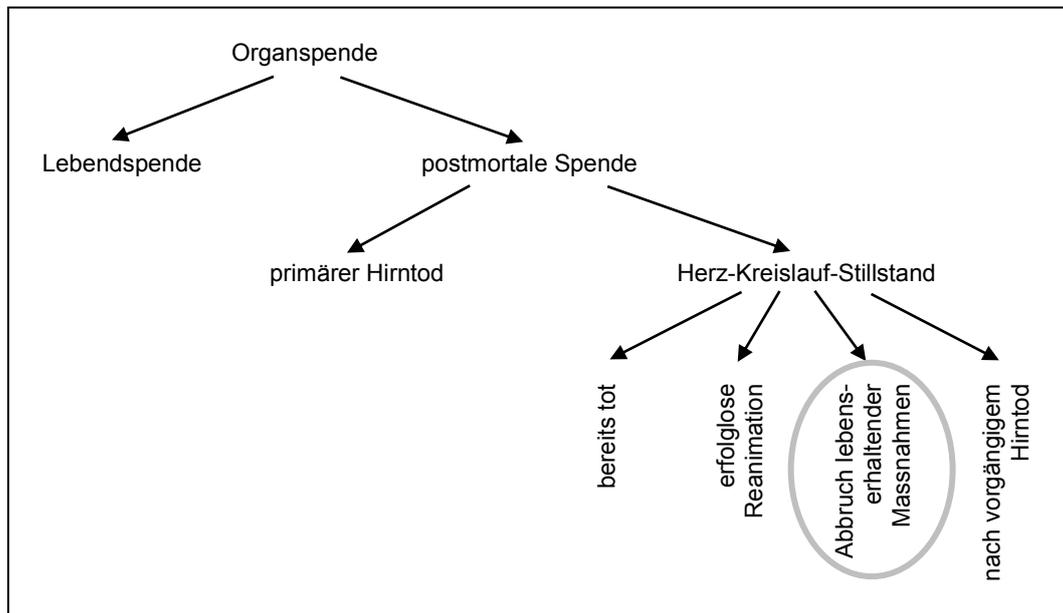
- entspricht eher der medizinischen Praxis,
- erleichtert Angehörigen die stellvertretende Urteilsfindung,
- trägt zu einer schlankeren Gesetzgebung bei,
- verringert die im Recht angelegten Konfliktpotentiale,
- fördert die Transparenz des Verfahrens im Blick auf die eingegangenen Spenderrisiken.

III. Organentnahme nach «kontrolliertem Tod»

Hinter der Bemerkung, dass niemandem sein Tod ohne vorheriges Sterben zu Teil wird (Thomas Bernhard), steckt das ganze Problem medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Erst der Tod schafft Klarheit, vorher ist in den meisten Fällen Vieles möglich. Umgeben von einer einmaligen Hoch-

leistungsmmedizin sterben Menschen nicht einfach. In den meisten Fällen erfolgt der Tod erst nach umfangreichen menschlichen Entscheidungen zum Behandlungsabbruch. Das ist die unspektakuläre und kaum zu vermeidende Realität des Sterbens in unserer Zivilisation.

Problematisch wird dieser Zusammenhang, wenn mit der Entscheidung zur Beendigung lebenserhaltender Massnahmen mittelbar die Frage der Verfügbarkeit oder des Fehlens von dringend benötigten Organen verbunden ist.



Die Maastricht Klassifikation zu Non-Heart-Beating-Donors

1. Interessenkonflikte

Beim kontrollierten Abbruch lebenserhaltender Massnahmen im Rahmen der Organspende drohen aus ethischer Sicht zwei fundamentale Konflikte:

- a) Die Forderung nach einem würdevollen Sterben und einem pietätvollen Umgang mit Toten *versus* die Pflicht zu einem sachgerechten und sorgfältigen Umgang mit knappen, lebensrettenden Spenderorganen.
- b) Die Gründe für die Fortsetzung oder den Abbruch einer Therapie oder lebenserhaltenden Massnahme *versus* das Anliegen, ausreichend Spenderorgane zur Behandlung sterbenskranker Menschen zur Verfügung zu haben.

Aus dem Schutz der Menschenwürde, wie er im biomedizinischen Autonomieprinzip zum Ausdruck kommt, folgt das Instrumentalisierungsverbot von Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihren Gesundheitszuständen und ihrer prognostizierten Lebenserwartungen: Niemals darf eine kranke oder sterbende Person nur auf als Mittel (Organspender) für fremde Zwecke (für die Person, die dringend ein Organ benötigt) betrachtet werden. Dagegen spricht nicht, eine Patientin oder einen Patienten *auch* als mögliche Organspenderin bzw. -spender anzusehen. Aber beide Perspektiven stehen in keinem Konkurrenzverhältnis: Aus der Perspektive Dritter muss das Leben, das mit der Organentnahme beendet wird, Vorrang haben vor dem Leben, das durch eine Organverpflanzung gerettet würde. Zwar sind für die Betroffenen auf beiden Seiten ihre je eigenen Interessen gleich wichtig. Das eigene Leben hat für jeden Menschen in dieser Hinsicht einen absoluten Wert. Menschenleben lassen sich nicht gegeneinander verrechnen. Und es widerspricht der Menschenwürde, Menschenleben konsequentialistisch zu vergleichen.

Deshalb muss der Grundsatz gelten: Die Aussicht auf Spenderorgane sind kein Grund dafür, die lebenserhaltenden Massnahmen bei der potentiellen Organspenderin oder dem möglichen Organspen-

der abzubrechen. Der Gesetzgeber trägt dem Rechnung, indem er in Art. 11 TxG festhält, dass «Ärzte, die den Tod im Hinblick auf eine Organentnahme feststellen», weder bei der Entnahme, noch bei der Transplantation von Organen beteiligt sein oder einer beteiligten Person unterstehen dürfen. Der an dieser Stelle drohende Konflikt gegensätzlicher Interessen- oder Pflichten ist realistisch, denn es «ist nicht ausgeschlossen, dass mögliche Empfänger auf derselben Intensivstation wie der potentielle Spender hospitalisiert sind»³ Die SAMW fordert deshalb den «Zuzug eine[s] unabhängigen Zweitarztes bei der Feststellung des Todes».⁴

Um solche Interessenkonflikte möglichst auszuschliessen schlägt der Kirchenbund zusätzlich vor, bei Entscheidungen über einen Behandlungsabbruch im Zusammenhang einer postmortalen Organspende die eigene Ethikkommission zur Begutachtung hinzuzuziehen. Das Gleiche gilt im Fall der Abklärung mit Angehörigen über Behandlungsabbruch und Organspende. Diese ethische Verfahrensergänzung sollte in Art. 10 TxG verbindlich festgeschrieben werden.

2. Freiwilligkeit

Die Knappheit von Spenderorganen mutet den Betroffene und ihren Angehörigen häufig eine unerträgliche Lebenssituation zwischen Hoffen und Bangen zu. Und niemand weiss, ob er nicht auch einmal zu dieser Gruppe der Wartenden und Hoffenden dazugehören wird. Deshalb bemühen sich Politik und Medizin darum, die Bevölkerung für dieses Problem zu sensibilisieren. Der Kirchenbund unterstützt dieses solidarische Engagement. Zugleich betont er, dass die Organspende freiwillig ist und keine Leistung, auf die es einen Anspruch gäbe. Das Christentum fasst diese Form von solidarischer Zuwendung unter den Begriff der Barmherzigkeit. Organspende ist ein Akt der Barmherzigkeit und keine moralische Pflicht. Jeder Mensch muss frei sein in der Entscheidung, ob er seine Organe spenden möchte oder nicht. Politik und Medizin müssen sich konsequent jedem moralischen und rechtlichen Druck enthalten. Es gibt keine Rechenschaftspflicht gegenüber der Gesellschaft im Blick auf den eigenen Leib. Aber es gibt wichtige ethische Gründe, warum Bürgerinnen und Bürger sich wechselseitig das verbindliche Nachdenken und Urteilen über die Organspende zumuten sollten.

Autor: Frank Mathwig
© Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund SEK
Bern, 20. Oktober 2011
info@sek.ch
www.sek.ch

¹ Das bestätigt der Bundesrat, Erläuterungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 29. Juni 2011, 17: «Die Frage ist in der Praxis namentlich im Zusammenhang mit den Diskussionen über die Wiedereinführung eines Non-Heart-Beating-Donor-Programms in der Schweiz aufgeworfen worden.»

Deshalb kann von «Unsicherheit» nur gesprochen werden, wenn unterstellt wird: «Organentnahmen bei Spendern mit irreversiblen Herzstillstand zu verunmöglichen entspricht sicherlich weder dem Willen des Gesetzgebers, noch den von ihm verfolgten Zielen [...]. Dies ergibt sich ausserdem aus der Tatsache, dass das vom Bundesgesetzgeber in Artikel 9 TxG verabschiedete Todeskriterium und das sich daraus ergebende Verfahren zur Todesfeststellung (geregelt in Art. 7 TxV und deren Anhang 1) eben sowohl die Organentnahme nach einem primären Hirntod, als auch nach einem sekundären Hirntod erlauben.» (Olivier Guillod/Mélanie Mader, Vorbereitende medizinische Massnahmen im Hinblick auf eine Organentnahme. Rechtsgutachten zu verschiedenen Fragen im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz, Neuenburg März 2010, 74).

-
- ² Man kann aber argumentieren, dass sie indirekt zum Patientenwohl beitragen, weil die Massnahmen zur Erhaltung der Organe im Sinne des Willens der spendenden Person erfolgt.
- ³ SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen. Medizin-ethische Richtlinien, Basel 2011, 8.
- ⁴ Ebd.