

Hartmut Kreß

Organspende von Kindern und das Recht des Kindes auf Gesundheit

Referat auf dem Symposium „Der pädiatrische Intensivpatient als Organspender – medizinische und ethische Fragen“ des Kongresses der GNPI (Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin), der DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin) und anderer Fachgesellschaften am 15. September 2012 in Hamburg

Ankündigungstext / Kurzttext:

Chancen und Probleme der Transplantationsmedizin werden in der Ethik und in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert. Dabei wird allerdings wenig beachtet, dass nicht nur Erwachsene, sondern auch Heranwachsende und jüngere Kinder sowohl Organspender als auch Organempfänger sein können. Für Erwachsene setzt man voraus, dass eine Organentnahme, die nach dem Hirntod erfolgt, von ihren persönlichen, darunter ihren weltanschaulichen oder religiösen Wertvorstellungen gedeckt wird und dass sie auf ihrer eigenen Willensentscheidung beruht („erweiterte Zustimmungslösung“ des Transplantationsgesetzes von 1996; „Entscheidungslösung“ im Gesetz von 2012). Aus ärztlicher Sicht entsteht jedoch zusätzlich die Frage, ob und wann Kindern nach ihrem Hirntod ein Organ entnommen werden darf. In solchen Fällen müssen die Eltern stellvertretend zustimmen. Ethisch stellen derartige stellvertretende Entscheidungen eine Gratwanderung dar. Menschlich sind sie für die betroffenen Eltern äußerst belastend. Sie dürfen und können ihnen nur deshalb zugemutet werden, weil insbesondere andere Kinder auf Spenderorgane dringend angewiesen sind. Für diese Kinder geht es um Lebensrettung bzw. darum, dass ihre Gesundheit so weit wie möglich wiederhergestellt wird. Das Recht von Kindern auf den Schutz ihrer Gesundheit hat inzwischen den Rang eines Grundrechts bzw. eines Menschenrechts erlangt (UN-Kinderrechtskonvention von 1989, Artikel 24). Daher ist ethisch genauer zu durchdenken, welchen Stellenwert der Schutz der menschlichen Gesundheit für die Entscheidungsfindungen in der pädiatrischen Transplantationsmedizin besitzt und wie Eltern, die um ihre Entscheidung gebeten werden, angemessen beraten und begleitet werden können.

1. Ethische Einordnung: Transplantationsmedizin im Kontext der Grundrechte

Vor 45 Jahren, im Jahr 1967, erfolgte die erste Verpflanzung eines menschlichen Herzens durch den Chirurgen Christiaan Barnard in Kapstadt. Kurz danach wurde, freilich erfolglos, in den USA ein Herz an ein kleines Kind übertragen. Seitdem gehört die Transplantation zu den Medizinthemen, um die ethisch und rechtlich intensiv gerungen wird. In der Bundesrepublik Deutschland ist – im Staatenvergleich recht spät – ein Transplantationsgesetz vor 15 Jahren beschlossen worden. Man kann geteilter Meinung sein, ob es sich in jeder Hinsicht bewährt hat. Dies gilt jetzt erneut angesichts des Skandals um Organspenden, der aktuell im Jahr 2012 im Universitätsklinikum Göttingen aufgedeckt wurde. Grundsätzlich ist zu betonen: Die Entnahme von Organen und ihre Übertragung berührt mehrere elementare Menschenrechte bzw. fundamentale Grundrechte von Menschen, und zwar in unterschiedlicher Hinsicht. Auf Seiten der *Organspender* geht es um ihren Lebensschutz und um postmortalen Würdeschutz, um Persönlichkeitsrechte sowie um ihr Selbstbestimmungsrecht, das auch nach dem Hirntod fortwirkt. Für die *Empfänger* von Organen sind das Recht auf Leben und das Grundrecht auf Schutz der Gesundheit und gesundheitliche Versorgung relevant. Und in unserem Zusammenhang nochmals zugespitzt: Sofern *Kinder* die Spender oder die Empfänger von Organen sind, sind ihre besondere Situation und die spezifischen Grundrechte von Kindern zu beachten.

Nun gilt rechtsethisch und rechtssystematisch: Sobald Menschen in ihren Grundrechten betroffen sind, greift die Verantwortung des Staates. Es ist essentiell für die Idee des modernen Rechts- und Verfassungsstaates, dass dieser die Aufgabe hat, die Grundrechte zu wahren und zu schützen. Daher ist z.B. kritisch zu prüfen, ob für die Kontrolle und für die Regularien der Transplantationsmedizin nichtstaatliche Institutionen wie die Bundesärztekammer institutionell weiterhin so zuständig sein sollten wie bislang. Im Folgenden setze ich voraus, dass Reformen erfolgen, in der Transplantationsmedizin mehr Transparenz Einzug hält und grundrechtlich angemessene Lösungen gefunden werden, damit das gesellschaftliche Vertrauen wiederhergestellt wird – auch im Blick auf die Transplantationsmedizin bei Kindern. Denn es ist zu fürchten, dass der Vertrauenseinbruch, der durch „Göttingen“ bewirkt wurde, gleichfalls auf die Organentnahme und -übertragung bei Kindern ausstrahlt.

In Bezug auf Kinder sind Organtransplantationen in manchem gesondert zu durchdenken. Ethisch entstehen spezifische Fragestellungen, die ich noch beleuchte. Zu-

nächst ist jedoch festzuhalten, dass die pädiatrische Transplantationsmedizin an den Problemen partizipiert, die sich für die Transplantationsmedizin generell stellen. *Einen* Problempunkt, der seit einigen Jahren erneut für Unruhe und Unsicherheit sorgt und der *auch* die Organentnahme bei Kindern betrifft, bildet das Hirntodkriterium.

2. Das Hirntodkriterium: ethisch vertretbar?

Die Kontroversen zum Hirntodkriterium begleiten die Transplantationsmedizin seit den 1960er Jahren. Die Einwände konzentrieren sich darauf, ob der hirntote Mensch, dem ein Organ entnommen wird – ein Erwachsener oder ggf. ein Kind, ein Heranwachsender –, tatsächlich bereits „tot“ sei. Die Kritik lautet, er sei nicht tot, sondern befinde sich im Prozess des Sterbens und sei insofern noch ein lebendiger Mensch.¹ Denn man könne beim Hirntoten noch bestimmte Reaktionen, spinale Reflexe, körperliche Funktionen bzw. Vorgänge beobachten, die es nicht zuließen, ihn wirklich für „tot“ zu halten. Weil Hirntote etwa noch ihre Körpertemperatur regulieren, auf Reize reagieren, sich gegen Infektionen zur Wehr setzen und sogar eine Schwangerschaft fortsetzen könnten – in Deutschland der wohl bekannteste Fall dieser Art: das „Erlanger Baby“ –, seien bei ihnen Merkmale des Lebens, Lebenszeichen erkennbar. Sie seien nicht tot, sondern stürben und befänden sich allenfalls in einem Zwischenstadium zwischen Leben und Tod.

Manche Stimmen, namentlich z.B. Hans Jonas oder D. Alan Shewmon, gingen und gehen so weit, dem Hirntodkriterium überhaupt die Tragkraft abzusprechen. Daraus folgt gegebenenfalls die Behauptung, dass der Arzt, der einem Hirntoten ein Organ entnehme, eine aktive Tötung vollziehe (aktive Sterbehilfe). Solche Einwände werden in unterschiedlicher Spielart vorgetragen – moderat oder auch schroff zugespitzt.

Im Gegenzug ist zu sagen: Wichtig ist es, das Hirntodkriterium angemessen zu klassifizieren. Im Folgenden wird dabei das Hirntodkriterium im Sinn des Ganzhirntods (Großhirn, Kleinhirn, Hirnstamm) zugrunde gelegt. Es besitzt keinesfalls den Status einer religiösen oder metaphysischen Aussage und ist nicht als philosophische „Wahrheit“ über Leben und Tod zu begreifen. Sein Status ist vielmehr der einer medizinischen Definition, einer pragmatisch bedingten Norm, einer funktionalen Setzung. Seine Funktion besteht darin, kontrollierbar einen Zeitpunkt festzulegen, von dem ab einem – sterbenden bzw. gewesenen – Menschen gegebenenfalls Organe

¹ So jetzt auch: President's Council on Bioethics, *Controversies in the determination of death*, Washington D.C. 2008.

entnommen werden dürfen. Das Kriterium beruht auf naturwissenschaftlichen Argumenten, ist naturwissenschaftlich ausdifferenzierbar und abgrenzbar, auch in der Abhebung von Todeskriterien für vorgeburtliches Leben, für Säuglinge, ältere Kinder und Erwachsene, worauf ich jetzt nicht eingehe. Mir liegt daran hervorzuheben, dass es ebenfalls *anthropologisch und ethisch* hinreichend plausibel ist.

Nachdem der Hirntod eingetreten ist, sind nämlich die genuinen Merkmale des Menschseins – Bewusstsein, Empfinden, Fähigkeit zur Selbststeuerung und Selbstentfaltung – unwiderruflich erloschen. Dies gilt jedenfalls, solange man ein abendländisches, von Aristoteles geprägtes Menschenbild zugrundelegt. Demzufolge ist für individuelles Menschsein wesentlich, dass in der menschlichen Person selbst deren Werden, ihre Selbstentfaltung und ihre Zwecksetzungen verankert sind. Nach dem Hirntod ist dies nicht mehr der Fall. Sodann: Philosophisch ist beim Menschen zwischen „Leib“ und „Körper“ zu unterscheiden. Der „Leib“ repräsentiert die physisch-seelisch-geistige Einheit, die integrierte Individualität eines Menschen, wohingegen der „Körper“ die verschiedenen physischen und organischen Funktionen umschließt. Nach dem Hirntod ist der Mensch kein „Leib“ mehr. Wenn einem Hirntoten Organe entnommen werden, erfolgt kein Zugriff auf seinen „Leib“, auf ihn als Ich oder als Person, sondern nur auf seinen „Körper“, der nicht mehr eigenständig zentral gesteuert wird und in dem nur noch biologisch Leben vorhanden ist. Paradox lässt sich der Hirntote als lebendiger Leichnam bezeichnen. Ihm Organe zu entnehmen ist legitim, weil sein Leben als Mensch irreversibel zu Ende ist und weil der Betroffene keinerlei Zukunft mehr hat. Man nimmt ihm daher keine Zukunftsaussicht und fügt ihm keine Schmerzen, kein Leid zu. Insofern die Explantation dem Betroffenen nicht schadet, ist sie vereinbar mit dem klassischen arztethischen Prinzip „nihil nocere“ – „keinen Schaden zufügen“.

So gesehen ist es ethisch vertretbar, den Hirntod zum Kriterium für den Zeitpunkt der Entnahme von Organen zu erheben. Zurzeit zeigen sich hierzu ganz gegenläufige Tendenzen. Einerseits ist die Kritik am Hirntodkriterium theoretisch-abstrakt neuerdings wieder aufgeflammt. Andererseits wird es weltweit faktisch immer mehr anerkannt. Bemerkenswert in dieser Hinsicht: Dies gilt sogar für Japan, obwohl der Hirntod mit den religiös-kulturellen Traditionen Japans eigentlich überhaupt nicht in Einklang steht. In Japan ist es aufgrund der dortigen Überlieferungen nämlich schwierig, ein punktuelltes Todesverständnis (Hirntod als Kriterium für den Todeszeit-„Punkt“)

nachzuvollziehen. Der Tod wurde stattdessen prozessual gedeutet (langsames Entweichen der Seele; der Betreffende bleibt Mitglied seiner Familie). Im Jahr 2009 erfolgte in Japan eine Gesetzesänderung, die dem Hirntodkriterium praktisch sehr viel größere Bedeutung verlieh, als es zuvor, im Gesetz von 1997, der Fall gewesen war. Bis dahin galt in Japan eine doppelt enge Zustimmungslösung (der Verstorbene musste ausdrücklich eingewilligt haben; zusätzlich musste die Familie zustimmen). Seit 2009/2010: Menschen können zu Lebzeiten einer späteren Entnahme von Organen widersprechen; ansonsten dürfen dem Hirntoten Organe entnommen werden, wenn die Familie einverstanden ist.

Neben dem Hirntod ist ethisch und grundrechtlich als Voraussetzung für eine Organentnahme freilich noch ein weiterer Gedanke zur Geltung zu bringen.

3. Organspende: Die eigene freie Entscheidung als Voraussetzung

Selbst wenn der Hirntote kein empfindender Mensch mehr „ist“, so „war“ er doch ein solcher Mensch. Deshalb ist er mehr als ein bloßes Ding, als eine Sache oder als ein verfügbarer Gegenstand. Vielmehr wirken die Persönlichkeitsrechte und das Selbstbestimmungsrecht nach, die er zuvor besaß, und sind für ihn ein nachwirkender, abgeschwächter Würdeschutz, ein postmortaler Persönlichkeitsschutz in Anschlag zu bringen. Daraus folgt ethisch und grundrechtlich, dass Organe nur entnommen werden dürfen, sofern der Zugriff mit dem Willen bzw. mit dem früheren Willen des Betreffenden, zumindest mit seinem sog. mutmaßlichen Willen vereinbar ist. Wie die Regelung zur Organentnahme rechtlich dann im Einzelnen aussieht – als Zustimmungs- oder sog. Entscheidungslösung (deutsches Modell) oder als Widerspruchslösung (z.B. Österreich und viele andere Staaten) –, ist ein nachgelagertes Thema.²

In unserem Zusammenhang ist freilich der springende Punkt: Kinder, vor allem kleine Kinder, denen Organe entnommen werden, sind nicht in der Lage, eine eigene freie, persönlich abgewogene Entscheidung zu treffen; und sie haben hierzu auch keinen mutmaßlichen Willen entwickelt. Im strengen Sinn können kleine Kinder gar keine Organ„spender“ sein, weil eine „Spende“ eine bewusste Entscheidung voraussetzt.

² Als Seitenbemerkung: Bei aller sachlichen Berechtigung, die die österreichische Lösung (Widerspruchsregelung) besitzt: Problematisch ist, dass in Österreich zumindest theoretisch auch auf die Organe von Ausländern, sogar von Touristen zugegriffen werden kann, die nicht widersprochen haben – dies vor dem Hintergrund, dass diese gar nicht angemessen darüber informiert werden, welche Rechtsnormen in Österreich gelten und dass sie Widerspruch einlegen müssten, falls ihnen z.B. ein Unfalltod widerfährt und sie keine Organentnahme wünschen. Durch diesen Mangel an Information unterläuft der österreichische Staat das Gebot, dass die Entnahme von Organen aus Hirntoten mit der Entscheidung und dem Willen in Einklang stehen soll, die der Hirntote zu Lebzeiten hatte.

Hier ist meines Erachtens die schwerste Hürde zu sehen, die theoretisch der Entnahme von Organen bei Kindern entgegensteht.

4. Organentnahme bei Kindern: Sind stellvertretende Entscheidungen legitimierbar?

Kinder gehören zu den Patienten, die nicht einwilligungsfähig sind. Lässt es sich rechtfertigen, dass Dritte, die Eltern, stellvertretend *für* sie sowie *über* sie entscheiden?

Dies ist grundsätzlich eine heikle Frage der Medizinethik. Sie betrifft gravierende Probleme von der Forschung an Nichteinwilligungsfähigen und der Medikamentenprüfung mit Kindern bis hin zur Entnahme von pluripotenten induzierten Stammzellen ohne informed consent oder zur Entnahme von Blutstammzellen bei einem Kind zur Rettung eines anderen Kindes.³ Aktuell bricht die Schwierigkeit, inwieweit stellvertretende Entscheidungen der Eltern zulässig sind, überdies zu analogen Problemen auf. Einschlägig ist das Urteil des Landgerichts Köln vom 7.5.2012 (die rituelle Beschneidung eines muslimischen Kindes stellt eine Körperverletzung dar und ist unzulässig, selbst wenn die Eltern dies für richtig halten) und ein Berliner Zivilprozess vom August 2012 (das Stechen von Ohrlöchern bei jüngeren Kindern könnte eine Körperverletzung sein, so dass Eltern nicht einfach zustimmen dürfen).

Sicherlich stellt sich die Problematik der stellvertretenden Zustimmung für die Transplantationsmedizin in abgeschwächter Weise. Denn die Organentnahme greift ja nicht in den Körper eines lebenden schmerzempfindlichen Kindes ein. Dennoch sind die nachwirkenden Persönlichkeitsrechte, der nachwirkende Würdeschutz und die Integrität des Leichnams zu beachten. Um die Problematik im Rechts- und Kulturvergleich zu verdeutlichen: In Japan war man bis 2010 so konsequent, eine Organentnahme aus hirntoten Kindern bis zum Lebensalter von 15 Jahren für nicht zulässig zu erklären, weil Kinder per se nicht einwilligungsfähig seien. Nach wie vor wird in Japan nicht akzeptiert, nichteinwilligungsfähigen Verstorbenen, die psychisch krank oder geistig behindert waren, Organe zu entnehmen. Insofern ist genauer zu bedenken, wie sich eine stellvertretende Entscheidung der Eltern zur Organentnahme bei ihrem

³ Noch sehr viel weitergehend: die Erzeugung eines Kindes mit Hilfe von PID, um ihm nachgeburtlich Zellen zu entnehmen, durch die einem erkrankten älteren Geschwisterkind das Leben gerettet werden soll. Diese Handlungsoption ist in Deutschland, ungeachtet der Zulassung der PID durch das Gesetz vom 7.7.2011, nicht statthaft.

Kind legitimieren lässt, obgleich dieses selbst ja keinen Willen bekunden konnte.⁴ Es überrascht, dass diese Thematik in den öffentlichen, rechtlichen und ethischen Debatten bei uns ganz vernachlässigt wird. Um mich ihr zu nähern, nehme ich einen Perspektivenwechsel vor und beleuchte die Seite der Empfänger. Es ist nach denjenigen Kindern zu fragen, denen die Entnahme und Übertragung eines Organs zugutekommen soll.

5. Die Perspektive der Empfänger. Das Grundrecht von Kindern auf Leben und Gesundheit

Zahlreiche Kinder sind auf Empfängerorgane angewiesen. Medizinische und statistische Daten liste ich nicht auf, um stattdessen sogleich den ethisch ausschlaggebenden Punkt zu nennen: Nicht nur bei den Organspendern, sondern auch bei den potentiellen Organempfängern geht es um Grundrechte, und zwar um ihr Recht auf Leben, auf Schutz ihrer Gesundheit und auf gesundheitliche Versorgung. Ohne ein neues Organ müssen Kinder, die auf der Warteliste stehen, dauerhaft unter schweren, sich verstärkenden gesundheitlichen Lasten sowie unter ansteigenden gesundheitsbelastenden Nebenfolgen leiden und letztlich sterben. Auf die Organe speziell von anderen Kindern, die den Hirntod erlitten haben, sind sie oft schon aus Gründen der Organgröße angewiesen. Daher gehe ich nachfolgend davon aus, dass die Organe, die hirntoten Kindern entnommen werden, vorrangig dann ebenfalls Kindern als Empfängern nützlich sein sollen (Gruppennutzen). Angesichts dessen ist mit Blick auf die potentiellen Empfänger zu betonen, dass Leben und Gesundheit heutzutage fundamentale Grundrechte sind, die der Staat schützen sowie fördern, stützen soll.

Das Menschenrecht auf *Leben* entstand in der frühen Neuzeit und hat sich vielfältig ausgewirkt – sei es dahingehend, dass die Todesstrafe zumindest weitgehend abgeschafft wurde oder sei es in der Form, dass man heute verstärkt über den Lebensschutz von Embryonen oder Feten nachdenkt. Dass Menschen speziell ein Recht auf den Schutz der *Gesundheit* haben, ist prägnant seit dem 19. Jahrhundert ins Spiel gebracht worden. Bahnbrechend war der liberale Politiker und Mediziner Rudolf Virchow. In Anbetracht damaliger hygienischer, sanitärer und sozialer Probleme nahm er den Staat in die Pflicht, strukturelle Maßnahmen zu ergreifen, die den Gesundheitsstatus der Bürger verbessern sollten. Was speziell den Lebens- und Ge-

⁴ Juristisch wird die Legitimität in der Bundesrepublik Deutschland z.B. über das Totensorgerecht konstruiert.

sundheitsschutz von *Kindern* anbelangt – so irritierend es ist: *Eigene* Rechte von Kindern sind erst vor kurzem, im ausgehenden 20. Jahrhundert, ausformuliert und anerkannt worden. Bahnbrechend ist die Konvention der Vereinten Nationen über die Kinderrechte von 1989. Sie ist inzwischen immerhin weltweit anerkannt und ratifiziert – also in Staaten mit ganz unterschiedlichen Kulturen, Weltanschauungen und Religionen – und sie enthält unter anderem das Recht von Kindern auf den Schutz ihrer Gesundheit. In Artikel 24 der Konvention heißt es: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.“

Emotional oder intuitiv wird es unmittelbar einleuchten, dass Eltern, Ärzte und andere Menschen gegenüber kranken Kindern besondere Fürsorgepflichten haben. Kulturgeschichtlich hat vor allem das Judentum auf die eigenen Rechte und auf die Gesundheit von Kindern großen Wert gelegt. Dort kannte man bereits in der Antike den Gedanken, dass nicht nur dem erwachsenen Mann, sondern auch Frauen und Kindern die Gottebenbildlichkeit zukommt. Ganz neu ist, dass der Gesundheitsschutz von Kindern seit 1989 den Rang eines eigenen Grundrechtes, eines Menschenrechtes erhalten hat. Was die Transplantationsmedizin anbelangt, so lässt sich aus ihm zwar nicht ableiten, dass ein krankes Kind einen Anspruch auf ein Spenderorgan besäße, der *rechtlich einklagbar* wäre. Aber es entsteht eine sehr starke *moralische* Verpflichtung, kranken Kindern zu helfen. Der Staat und das Gesundheitswesen werden hierdurch in die Pflicht genommen, *strukturell* Vorsorge zu treffen, damit rettende Organe so weit wie möglich verfügbar werden.

Zugunsten von Kindern, die schwer erkrankt und auf Fremdorgane angewiesen ist, ist mithin ihr Grundrecht auf Leben, Gesundheit und gesundheitliche Versorgung hervorzuheben. Die Perspektive der potentiellen Organempfänger und der gesundheitliche Nutzen, der für sie entsteht, besitzen hohes Gewicht. Das gilt selbst dann, wenn bei den kindlichen Organempfängern die Wiederherstellung der Gesundheit relativ bleibt; nach einer Transplantation können manche gesundheitliche Einschränkungen, Wachstumsstörungen, kognitive Störungen auftreten. Dennoch bedeutet eine Organübertragung für sie die Rettung von Leben und Gesundheit.

Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass es sich rechtfertigen lässt, einem Kind, das hirntot ist, Organe zu entnehmen, obwohl es nicht hatte selbst einwilligen können

und nur eine stellvertretende Entscheidung der Eltern vorliegt. Für die Begründung ist zudem relevant, dass dem hirntoten Kind durch die Entnahme faktisch kein Schaden, Leid oder Schmerzen zugefügt werden. Sein Körper sollte respektvoll behandelt und nach der Entnahme äußerlich wiederhergestellt werden, so dass eine würdevoll-gemäße Bestattung erfolgen kann.

Davon abgesehen versteht es sich von selbst: Für den Fall, dass die Organe nicht von kleinen Kindern, sondern von älteren Heranwachsenden stammen, ist ihr Lebensalter und Reifegrad und sind entsprechend ihr Verhalten und ihre Äußerungen zu berücksichtigen. Ganz wichtig ist, ob sie zur Organspende direkt oder indirekt nicht doch eine Meinung bekundet haben (auch im Sinn eines Veto). Der Grundsatz der ansteigenden Autonomie, der für Heranwachsende generell gilt, trifft auch auf die Organentnahme zu.

Nachdem ich auf Kinder als Quelle sowie jetzt zuletzt als Empfänger von Organen geblickt habe, nehme ich nun nochmals einen Perspektivenwechsel vor. Der Blickwinkel der Eltern ist zu erörtern.

6. Die Perspektive der Eltern. Beratung und Begleitung als ärztliche Aufgabe

Gegebenenfalls werden Eltern von Ärzten auf der Intensivstation darauf angesprochen, ob sie einer Organentnahme zustimmen würden, nachdem bei ihrem Kind der Hirntod festgestellt wurde. Eine solche Anfrage berührt die Gefühle und Empfindungen der Eltern für das Kind zutiefst. Auf sie kommt der Schicksalsschlag zu, ein Kind zu verlieren. Um dieser Situation gerecht zu werden, sollten Ärzte die Leitideen der sogenannten sprechenden bzw. der dialogischen, patientenzentrierten Medizin beachten und auf die persönliche Sicht der Eltern Rücksicht nehmen. In unserer kulturell pluralen Gesellschaft werden die Überzeugungen und das Verhalten von Eltern recht unterschiedliche Hintergründe haben. Neben den familiären können bestimmte moralische oder religiöse Motive eine Rolle spielen, die ihrerseits oft freilich uneindeutig oder widersprüchlich sind. Greift man z.B. das Judentum heraus: Dort sind erheblich religiöse Vorbehalte gegen die Organentnahme nach dem Hirntod anzutreffen (der Körper gehöre Gott und sei für die Menschen unverfügbar; das Leben ende erst mit dem Herztod; nach dem Tod sei eine rasche Bestattung geboten u.a.; ähnlich die Vorbehalte im Islam⁵). Andererseits wird im Judentum der Stellenwert von

⁵ Als Seitenblick auf vormodern wirkende Aussagen in den Religionen: Die Vorstellung, der Körper des Hirntoten sei fremdes Eigentum, kehrt aktuell mit spezifischer Zuspitzung in der katholischen Kir-

Gesundheit und Heilung traditionell besonders stark betont. Dies lässt die Organentnahme nach dem Hirntod, die anderen Menschen Leben und Gesundheit rettet, jüdisch-religiös dann doch durchaus vorstellbar erscheinen.

Für Ärzte und Kliniken ist freilich wichtig, dass es gar nicht so sehr um die „offiziellen“ Lehrmeinungen von Religionen geht. Es sollte auch nicht im Vordergrund stehen, welcher Religion die Eltern nominell, formal angehören. Von Belang sind vielmehr ihre individuellen, höchstpersönlichen Empfindungen. Für die einen kann die Freigabe ihres Kindes zur Organentnahme im Nachhinein zum Trauma werden. Andere werden es als Trost empfinden, auf diese Weise Altruismus zu üben und einem kranken Kind zu helfen (Ärzte, die die Eltern ansprechen, vermögen freilich nicht zuzusichern, dass der Empfänger der explantierten Organe auf jeden Fall tatsächlich ein Kind sein wird; je nach den Umständen werden es auch Erwachsene sein, die auf der Warteliste vermerkt sind. Dies berührt die Frage der Modalitäten der Organallokation, zu der generell Diskussionsbedarf vorhanden ist). Möglicherweise könnte es bei Eltern sogar Schuldgefühle auslösen, wenn sie die Hilfeleistung unterlassen und eine Organspende verweigern. Nochmals ganz anders gelagert: Vor bestimmtem religiösem Hintergrund, etwa der japanischen Tradition, wird es so sein, dass Eltern einer Organentnahme zustimmen, weil es ihnen um eine Form des Fortlebens ihres Kindes in einem anderen Menschen geht. In unserer weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft ist unter den Eltern jedenfalls ein breites Spektrum heterogener Motive zu beobachten. Generell erscheint mir wesentlich, dass Ärzte ihnen erläutern, ihr Kind werde durch die Organentnahme nach dem Hirntod keinen zusätzlichen Schaden erleiden, und dass Kliniken für nachhaltige psychosoziale Beratung und Begleitung sorgen.

7. Anschlussfragen

Hieran anknüpfend möchte ich für die pädiatrische Transplantationsmedizin einige Anliegen hervorheben. Sinnvoll wäre, die Erfahrungen, die in Kliniken mit der psychosozialen Begleitung der Eltern angesichts ihrer Entscheidungslast gewonnen wurden, zu sammeln, umfassend aufzuarbeiten und breiter zu publizieren als bislang, sodann Lücken zu schließen im Blick auf medizinische Langzeitfolgenforschung, damit noch mehr Daten über Aussichten und auch über Begleitprobleme der Transplan-

che wieder. Der Organspendeausweis des jetzigen Papstes Benedikt XVI. wurde für unwirksam erklärt, weil sein Körper der Kirche gehöre.

tation bei Kindern verfügbar werden, sowie Langzeitstudien zu initiieren, die sozialwissenschaftlich erfassen, wie Eltern ihre Entscheidung verkraftet haben, ein hirntotes Kind zur Organentnahme freizugeben, und wie den Kindern, die ein Organ erhalten haben, die psychische, soziale und lebensweltliche Integration gelingt. Dies käme der Transparenz zugute und könnte bei Eltern die Bereitschaft erhöhen, ihr Kind auf der Intensivstation nach dem Hirntod zur Organentnahme freizugeben.

Verfasser

Prof. Dr. Hartmut Kreß
Universität Bonn
Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik
Am Hof 1, 53113 Bonn
www.sozialethik.uni-bonn.de/kress
E-Mail: [hkress\[at\]uni-bonn.de](mailto:hkress[at]uni-bonn.de)