

# **Gutachten Nr. 83 vom 9. Januar 2023 über Organspende nach Sterbehilfe**

# Inhalt

<b>1. Befassung</b>	<b>4</b>
Vorausgehende Anmerkung in Bezug auf die Terminologie	5
<b>2. Medizinische und praktische Aspekte</b>	<b>6</b>
Welche Patienten kommen in Frage, um nach der Sterbehilfe ein Organ zu spenden?	8
Ablauf der Sterbehilfe und Organentnahme	8
<b>3. Rechtliche Rahmenbedingungen</b>	<b>11</b>
<b>4. Ethische Betrachtungen</b>	<b>16</b>
4.1. Ein ethischer Imperativ: Eine freie und fundierte Entscheidung	16
4.2. Ethische Erwägungen und Empfehlungen, über die ein Konsens vorliegt	19
I. Wenn sollen den Patienten alle relevanten Informationen über die Organspende erteilt werden?	19
II. Welche Informationen werden dem Patienten erteilt?	20
III. Praktische Organisation des doppelten Verfahrens	21
IV. Deutliche Unterscheidung der Rollen der betreffenden Ärzteteams	22
V. Informationen für die Öffentlichkeit	23
VI. Protokolle zur internen Verwendung für die Behandlung von Anträgen, um eine Organspende nach Sterbehilfe auszuführen	24
4.3. Ethische Erwägungen und Empfehlungen, in Bezug auf die kein Konsens vorliegt	24
VII. Rolle des Arztes bei der Entscheidung für eine Organspende	24
VIII. Welche Parteien sind an der Entscheidung bezüglich einer Organspende nach Sterbehilfe beteiligt? Muss die Kommission für medizinische Ethik (CME) eingreifen?	28
4.4. Spezifisches Verfahren: Muss man eine Ausnahme von den Grundsätzen vorsehen, die eine Spende durch einen lebenden Spender regeln, und deshalb von der „Dead donor rule“?	29
<b>5. Beschlüsse und Empfehlungen</b>	<b>30</b>
<i>Ein ethischer Imperativ: Die freie, fundierte Entscheidung</i>	30
<i>Bedingungen für die ethische Vertretbarkeit einer Organentnahme nach Sterbehilfe</i>	31
<i>Ethische Erwägungen und Empfehlungen, über die ein Konsens vorliegt</i>	32
<i>Ethische Erwägungen und Empfehlungen, in Bezug auf die kein Konsens vorliegt</i>	34

## **COPYRIGHT**

Belgischer Beratender Ausschuss für Bioethik

E-Mail: [info.bioeth@health.fgov.be](mailto:info.bioeth@health.fgov.be)

*Unter der Voraussetzung folgender Quellenangabe ist es zulässig, aus diesem Gutachten zu zitieren: „Aus dem Gutachten Nr. 83 des Belgischen Beratenden Ausschusses für Bioethik, abrufbar auf [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)“.*

**Vorläufige Warnung:**

Die Stellungnahmen des Ausschusses werden auf Niederländisch und Französisch verfasst. Bitte betrachten Sie diese beiden Sprachversionen als offiziell, auch wenn Übersetzungen in anderen Sprachen verfügbar sind.

# 1. Befassung

Am 9. April 2013 stellte Herr Patrick Cras, Vorsitzender des Ausschusses für medizinische Ethik (CME) des UZ Antwerpen, einige Fragen über die Problematik der Organspende nach Sterbehilfe<sup>1</sup>, gefolgt von einigen zusätzlichen Fragen vom 29. Mai 2015, 13. Februar und 13. April 2017. An diesem letzten Datum stellte auch Herr Martin Hiele, Vorsitzender des CME (Kommission für medizinische Ethik) des UZ Leuven, eine Gutachtenanfrage in diesem Zusammenhang (als solches nachstehend angegeben).

Der engere Ausschuss hat die Gutachtenanfragen folgendermaßen neu geordnet und zusammengefasst:

1. Ist es zulässig/wünschenswert, einem Patienten, der um Sterbehilfe bittet, die Möglichkeit der Organspende anzubieten, wenn dieser keine diesbezügliche Initiative setzt (M. Hiele)?
2. Welche Patienten kommen für eine Organspende nach Sterbehilfe in Frage?
3. Auf welche Weise wird man gewährleisten, dass die Behandlung der Bitte um Sterbehilfe nicht von der Möglichkeit der Organspende beeinflusst wird? Wird die Bitte des Patienten um Sterbehilfe und die Festlegung des Ausführungszeitpunkts nicht auch von der Tatsache beeinflusst, dass eine Organspende möglich ist? D.h.: Sind zusätzliche Garantien erforderlich, um einen Interessenskonflikt zwischen dem Transplantationsarzt und dem Arzt, der die Sterbehilfe durchführt, zu vermeiden?
4. Fühlt sich der Patient noch frei, um die Sterbehilfe zu verweigern, wenn die Vorbereitung für die Organspende bereits voll im Gange ist?
5. Kann die Transplantation in dem Krankenhaus erfolgen, in dem die Sterbehilfe stattfindet? Ist es ein Problem, dass die Sterbehilfe in dem Operationssaal ausgeführt wird, der an denjenigen angrenzt, in dem die Organe entfernt werden?
6. Wer darf dann den Tod feststellen? Darf der Arzt, der die Sterbehilfe durchführt, zu den drei unabhängigen Ärzten gehören, die im Organtransplantationsgesetz vorgesehen sind?
7. Welche Rolle kann die Ethikkommission (= Kommission für medizinische Ethik oder CME) spielen?
8. Was ist mit der Frage eines Patienten/einer Patientin, ob er/sie nicht vor der Entnahme der Organe in Narkose versetzt werden kann und nicht mehr aufwacht (so

---

<sup>1</sup> Diese Gutachtenanfragen konnten am Ende des vierten Mandates nicht mehr behandelt werden, und wurden zu Beginn des fünften Mandats dem engeren Ausschuss 2014-1 Euthanasie zugewiesen. Dieser engere Ausschuss musste jedoch zuerst zwei andere Gutachtenanfragen behandeln, die viel Zeit in Anspruch genommen haben und die Gutachten Nr. 59 und 73 des Ausschusses veranlasst haben. Schlussendlich wurden oben genannte Fragen dem engeren Ausschuss 2015-2ter Transplantation zugewiesen, und von einer engeren Arbeitsgruppe unter dem sechsten Mandat abgeschlossen.

genanntes „spezifisches Verfahren“ für eine Herzspende, wobei der Tod durch die Organspende verursacht wird)?

Der Ausschuss ist der Meinung, dass die Beantwortung dieser Fragen nicht nur eine Übersicht über die medizinischen und praktischen Aspekte der Problematik und eine Skizzierung der rechtlichen Rahmenbedingungen voraussetzt, sondern auch eine ethische Problemstellung, die die verschiedenen Fragen miteinander verbindet. Diese Fragen werden folglich direkt oder indirekt in Teil 4 „Ethische Betrachtungen“ beantwortet.

#### *Vorausgehende Anmerkung in Bezug auf die Terminologie*

Je nach Notwendigkeit werden im vorliegenden Gutachten zwei Begriffe verwendet: einerseits „Organentnahme und -transplantation“ und andererseits „Organspende“. Obwohl das belgische Gesetz den Begriff „Spender“ verwendet, um die Person anzugeben, bei der man Organe entnimmt, spricht sie über „entnehmen und transplantieren“, axiologisch neutrale (oder wertneutrale) Begriffe, mit denen *objektive* medizinisch-technische Handlungen beschrieben werden. Andererseits kann nicht geleugnet werden, dass im allgemeinen Sprachgebrauch, in den Medien, in der Kommunikation der Behörden an die Bürger oder in alltäglichen Gesprächen der Begriff „Organspende“ eingebürgert ist. Dieser Begriff ist *nicht weniger exakt* als die juristische Terminologie, er beschreibt eine andere Wirklichkeit. Der Begriff „Spende“ reflektiert die moralische Bedeutung, die mit der Organtransplantation in einem regulatorischen Kontext, insbesondere in Europa, zusammenhängt: Er verweist einerseits auf die Bedeutung der kostenlosen Verfügbarkeit (die Organtransplantation unterliegt nicht den Gesetzen des Marktes und dem Profitstreben), andererseits auf die Tatsache, dass die betroffene Person - in dem Maße, dass davon ausgegangen wird, dass er/sie der Organentnahme zustimmen oder sich dagegen widersetzen kann, oder noch sich ausdrücklich bewerben kann, um Organe zu spenden, - stets in gewissem Maße *subjektiv* an der Möglichkeit der Organentnahme beteiligt ist. Er/sie kann passiv in Form eines „nicht erfolgten Widerspruchs“, aktiv in Form eines ausdrücklichen Wunsches zur Überlassung von Organen („es geht um meine Organe, und ich überlasse sie nach meinem Tod jemand anderem“), oder noch aktiv in Form eines Widerspruchs gegen die Organentnahme („Ich möchte meine Organe nicht spenden“) beteiligt sein. Diese moralische Dimension kann nicht aus der ethischen Diskussion ausgeschlossen werden, selbst wenn diese - wie es hier der Fall ist - beabsichtigt, sich auf den bestehenden rechtlichen Rahmen zu basieren.

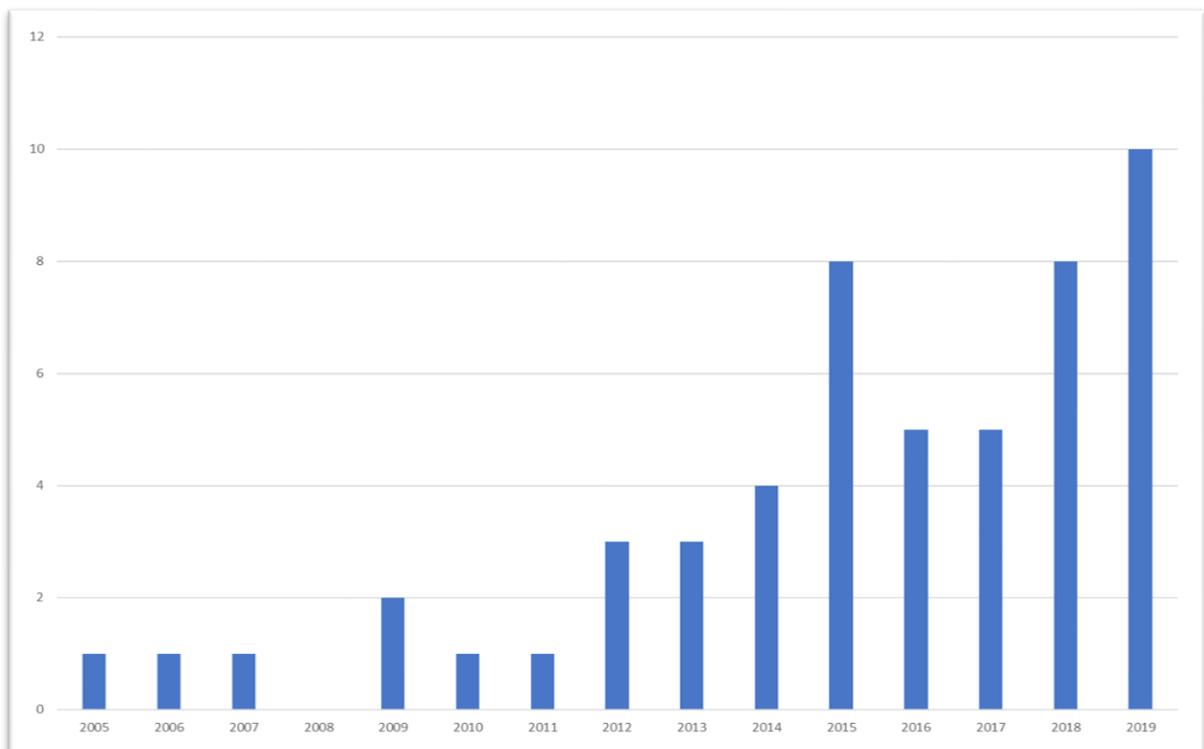
Wir werden nachstehend folglich die Begriffe „Organentnahme und -transplantation“ verwenden, um objektiv die medizinisch-technischen Handlungen zu bezeichnen, wie im medizinischen und rechtlichen Kontext erforderlich. Der Begriff „Organspende“ wird verwendet, wenn die moralischen und sozialen Implikationen medizinischer Techniken oder juristischer Bestimmungen behandelt werden, d.h. in der ethischen Debatte. Wir verwenden den Begriff

auch, wenn es um die Informationen für die Öffentlichkeit geht, entsprechend dem gewöhnlichen Sprachgebrauch.

## 2. Medizinische und praktische Aspekte

In Belgien reicht der erste Fall eines „doppelten Verfahrens“, d.h. Organentnahme nach Sterbehilfe auf das Jahr 2005 zurück, und ab 2008 anerkennt Eurotransplant (die Organisation, die im Namen der teilnehmenden Länder die Zuweisung der verfügbaren Organe verwaltet) die Zweckmäßigkeit dieser Praxis - allerdings unter der Maßgabe, dass die so erlangten Organe den Ländern vorbehalten bleiben, in denen Sterbehilfe nicht strafrechtlich geahndet wird<sup>2</sup>: Belgien, Niederlande und Luxemburg.

Von 2005 bis 2019<sup>3</sup> wurde in Belgien insgesamt 53 Mal eine Organspende nach Sterbehilfe ausgeführt:



**Abbildung 1:** Organspender nach Sterbehilfe in Belgien (Quelle: Luc Colenbie, Sachverständiger beim FÖD-Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt, auf Basis von Eurotransplant-Daten).

<sup>2</sup> Siehe weiter Teil 3 „Rechtliche Rahmenbedingungen“, die Empfehlung REC01.08, genehmigt vom *Board* von Eurotransplant im Mai 2008, Punkt 6.

<sup>3</sup> 2020 fanden drei Organspenden nach Sterbehilfe statt (siehe [Donor and transplant statistics 2020 | FÖD Volksgesundheit \(belgium.be\)](#)). 2020 gab es aufgrund der COVID-19-Pandemie weniger Spender und Transplantationen. Demzufolge wird in diesem Gutachten 2019 als Referenzjahr verwendet.

Zum Vergleich: 2019 wurden in Belgien 2.656<sup>4</sup> Sterbehilfeverfügungen registriert. Der Anteil an Patienten, die in unserem Land seit 2005 eine Kombination von Organentnahme nach Sterbehilfe beantragte, ist also nur ein Bruchteil der gesamten Anzahl von Patienten, die nach Sterbehilfe verstorben sind. Die Anzahl der Personen, die medizinisch für eine Organentnahme nach Sterbehilfe in Frage kommt, wird auf 10% geschätzt.<sup>5</sup> Trotz der geringen Anzahl an Organspenden nach Sterbehilfe repräsentieren diese doch eine nicht zu vernachlässigende Anzahl an Organen, weil bei jedem Spender potenziell mehrere Organe (Lungen, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse und wahrscheinlich in Zukunft Herz<sup>6</sup>) entnommen werden können.

Auch wenn es sich also um eine beschränkte Patientenzahl handelt, scheint das doppelte Verfahren medizinisch und wissenschaftlich sachdienlich, da sowohl in unserem Land als auch in anderen Ländern bis heute eine Kluft zwischen der Anzahl verfügbarer Organe und der Anzahl an Patienten auf der Warteliste besteht. Zur Illustration: Im Referenzjahr 2019 wurden 1.056 Organe in Belgien transplantiert, wovon 984 bei verstorbenen Spendern entnommen wurden; Ende 2018 standen 1.269 Patienten auf der Warteliste, Ende 2019 stieg diese Anzahl auf 1.341 Patienten an.<sup>7</sup>

Das Einschließen von Patienten, die eine Sterbehilfe als Spender geplant haben, ermöglicht die Unterstützung einer medizinischen Praxis, die für das Überleben und die Lebensqualität von vielen Patienten entscheidend ist. Dies ist sowohl quantitativ durch die Zunahme der Anzahl verfügbarer Organe von Bedeutung, als auch qualitativ, weil die Organe nach einer Sterbehilfe sehr rasch entnommen werden können, und - in vielen Fällen - unter besseren Bedingungen als bei anderweitig verstorbenen Spendern. In Anbetracht der zeitlichen Programmierung der Sterbehilfe, gefolgt von einer Organspende, können die Empfänger für eine Transplantation vor Ort aufgerufen werden. Dies verkürzt die Transferzeit und erhöht die Qualität der entnommenen Organe.

Eine Steigerung der Anzahl an Organspendern unter den an Sterbehilfe verstorbenen Patienten könnte also rein rechnerisch und unabhängig von jedem ethischen Standpunkt eine teilweise Antwort auf den Organmangel bieten.

---

<sup>4</sup> Neunter Bericht an die Gesetzgebenden Kammern - Zahlen für die Jahre 2018-2019 – Föderale Kontroll- und Bewertungskommission - [FCEE Euthanasiebericht 2020 | Volksgesundheit \(belgie.be\)](#). Zur Information: 2020 wurden 2.444 Sterbehilfeverfügungen registriert - [EUTHANASIE – Cijfers van 2020 \(Pressemitteilung\) | Volksgesundheit \(belgie.be\)](#).

<sup>5</sup> Bollen, J., van Smaalen, T., ten Hoopen, R., van Heurn, E., Ysebaert, D., van Mook, W., « Potential Number of Organ Donors after Euthanasia in Belgium”, *JAMA*, 2017:317(14):1476-1477.

<sup>6</sup> Es wird danach geforscht, siehe Punkt 4.4

<sup>7</sup> [www.eurotransplant.org](http://www.eurotransplant.org) : [statistics.eurotransplant.org](http://statistics.eurotransplant.org) “Organs transplanted in Belgium, by year, by donor type, by organ”; “Active waiting list (at year-end) in Belgium, by year, by organ”.

## *Welche Patienten kommen in Frage, um nach der Sterbehilfe ein Organ zu spenden?*

Einige Patienten, deren Bitte um Sterbehilfe den gesetzlichen Anforderungen entspricht, sind medizinisch gesehen potenzielle Kandidaten für eine qualitätsvolle Organspende: Es handelt sich dann im Wesentlichen um Personen, die an einer neurologischen oder psychischen Erkrankung leiden, wobei Gewebe und vitale Organe intakt bleiben und somit für eine Transplantation geeignet sind.

Wenn wir von neurologischen Erkrankungen sprechen, handelt es sich insbesondere um Patienten mit einer neurodegenerativen Erkrankung, von der nachgewiesen werden konnte, dass keine Übertragung möglich ist, weder beim Menschen noch in Tiermodellen. Patienten, die an Demenz leiden, werden ausgeschlossen, weil eine geringfügige Möglichkeit besteht, dass es sich um die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit handeln könnte - eine Erkrankung, die sehr wohl zwischen Menschen übertragbar ist. Auch Patienten, die an neurologischen Autoimmunkrankheiten wie Multipler Sklerose leiden, könnten in Frage kommen.

Mit Ausnahme von Patienten, die an bestimmten Gehirntumoren leiden, kommen onkologische Patienten nicht für eine Organentnahme in Frage, und zwar aufgrund des möglichen Vorliegens schwer nachweisbarer Mikrometastasen, was die Prognose des Organempfängers gefährden könnte. Auch Patienten, die an terminalem Herz- oder Lungenversagen leiden, könnten grundsätzlich für eine Organspende in Frage kommen, selbst wenn sich diese Organe aus funktioneller Perspektive in einem weniger guten Zustand befinden.

Patienten, die an Depression oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung leiden, kommen ebenso in Frage, weil bei psychiatrischen Erkrankungen grundsätzlich kein Grund besteht, am guten Zustand der Organe zu zweifeln. Allerdings muss bei diesen Patienten stets ein erhöhtes Risiko assoziierter körperlicher Erkrankungen wie Diabetes, der negativen Folgen des Konsums mancher Substanzen (Tabak und psychotrope Mittel) usw. berücksichtigt werden.

Kurzum, ein kleiner Prozentsatz (10 %) der Patienten, die für Sterbehilfe in Frage kommen, sind potenzielle Organspender, da die große Mehrheit (90 %) davon bösartige Erkrankungen aufweist, die eine Organspende grundsätzlich ausschließen.

## *Ablauf der Sterbehilfe und Organentnahme*

Die Entnahme von Organen nach einer Sterbehilfe erfordert in der Praxis einige Anpassungen des üblichen Verfahrensablaufs. Während Sterbehilfe in der standardmäßigen Situation außerhalb des Krankenhauses ausgeführt werden (zuhause oder an einem anderen, vom Patienten gewählten Ort) kann, ist dies aufgrund der Anforderungen der Organentnahme nur in

einem Krankenhaus möglich. Vor der Sterbehilfe müssen medizinische Untersuchungen zwingend beim lebenden Patienten ausgeführt werden, um einen kompatiblen Empfänger suchen zu können.

Alle belgischen Zentren, die Organtransplantationen nach Sterbehilfe durchführen, befolgen dabei das „DCD“-Verfahren (*Donation after circulatory death*) (auch als *Donation after cardiac arrest* bezeichnet). Da man bei der Sterbehilfe einen Herzstillstand herbeiführt, ist dies ein gesondertes DCD-Verfahren geworden, das als DCD V bezeichnet wird.<sup>8</sup> Alle Organe werden gemäß den Regeln von Eurotransplant zugewiesen, die spezifisch für Organspenden nach Sterbehilfe gültig sind (siehe 3. Rechtliche Rahmenbedingungen, Eurotransplant-Regeln). Für Organe, bei denen die warme Ischämie eine wichtige Rolle spielt, kann der Empfänger in der Region gewählt werden, in der die Entnahme stattfindet, um einen langwierigen Transport zu vermeiden.<sup>9</sup>

Vor der Sterbehilfe werden beim lebenden Patienten Untersuchungen ausgeführt, um zu prüfen, in welchem Zustand sich die Organe des Spenders befinden.<sup>10</sup> Es handelt sich im Wesentlichen um biologische Analysen, um Daten zu sammeln, die für das Transplantationsverfahren von Bedeutung sind. In erster Linie erfolgt eine umfangreiche Blutabnahme zur Kontrolle der Nierenfunktion sowie zur Kontrolle einiger serologischer Parameter. Anschließend muss ein abdominaler Ultraschall (nicht invasive Untersuchung) erfolgen, um den Zustand der Nieren und der Leber zu kontrollieren, sowie auch ein Thorax-Röntgen zur Beurteilung der Lungen. Bei Patienten, die intubiert oder an ein Beatmungsgerät angeschlossen sind, kann zu einer bronchialen Fibroskopie übergegangen werden.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Wir unterscheiden Spender, deren Herz nicht mehr schlägt (*Donation from Cardiac Death donor / Donation after Circulatory Death*, DCD) von Spendern, deren Herz wohl noch schlägt (*Heart-Beating Donor*, HBD), d.h. dass das Organ von einem hirntoten Patienten stammt (*Donation from Brain Death donor*, DBD). Spenden von „non-heart-beating“-Spendern werden auch als „NHBD“ bezeichnet. Die „Kategorien von Maastricht“ unterscheiden für gewöhnlich 4 Arten von „Spenden von non-heart-beating Spendern“, abhängig vom Tod (Tod beim Eintreffen der Hilfsdienste, nach nicht erfolgreicher Reanimation, in Erwartung des Herzstillstandes, Herzstillstand eines hirntoten Spenders). Das „DCD-V“-Verfahren verweist auf die Kategorie von Spendern, die durch Sterbehilfe an einem Herzstillstand sterben, und gilt derzeit ausschließlich in der Benelux.

<sup>9</sup> In der Terminologie von Eurotransplant wird die Transplantation von Leber, Lunge und Bauchspeicheldrüse aus einem DCD-Verfahren als so genannte „extended criteria donation“ betrachtet. Die „warme Ischämie“ ist die Zeit zwischen dem Stillstand des Blutkreislaufs und der Aufbereitung des Organs für die Konservierung; Die „kalte Ischämie“ ist die Aufbewahrungszeit bei niedriger Temperatur zwischen der Aufbereitung und der arteriellen Reperfusion, die während der Transplantation beim Empfänger stattfindet (eigene Übersetzung) (Quelle: *Dictionnaire médical de l'Académie de médecine*, Version 2016-1: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=isch%C3%A9mie> (abgerufen am 25. September 2020).

<sup>10</sup> Im Fall eines hirntoten Verkehrsoffers, dessen Organe noch einen guten Zustand aufweisen und somit für eine Transplantation in Frage kommen, wird die Blutversorgung der Organe künstlich über einen Zeitraum von 6 bis 24 Stunden aufrechterhalten; während dieses Zeitraums werden die oben genannten Untersuchungen ausgeführt und schlussendlich die Entnahme des Organs oder der Organe.

<sup>11</sup> Schriftliche Mitteilung von Dr. X. Wittebole (Cliniques Saint-Luc), wobei er mitteilte, dass französische Transplantationsteams einen Scan von Thorax und Abdomen nehmen, wodurch eine Röntgenaufnahme überflüssig wird, und der es ermöglicht, bestimmte Tumore aufzuspüren. Es geht dabei nicht um

Die Sterbehilfe erfolgt im Operationssaal oder in der unmittelbaren Umgebung davon, in Anwesenheit der Familie und anderer, vom Patienten gewählten Personen. Ihr Anteil bleibt notwendigerweise beschränkt. In jedem Fall muss die Sterbehilfe in der Nähe des Operationssaals stattfinden, in dem die Organe entnommen werden. Auf dieser Grundlage organisiert jedes Zentrum die Art und Weise, in der die Familie Abschied nehmen kann (zuhause oder im Krankenhaus). Zudem muss die Tatsache berücksichtigt werden, dass die Organentnahme so schnell wie möglich nach dem Tod durch Sterbehilfe erfolgen muss. Darüber hinaus wird das gewöhnliche Sterbehilfeprozess befolgt, d.h. Verabreichung einer tödlichen Dosis Anästhetika (Betäubungsmittel), eventuell gefolgt von einem Myoplegicum (d.h. Muskelentspanner), das einen Atemstillstand verursacht. Im Voraus wird häufig zusätzliche Medikation verabreicht, die für eine bessere Konservierung der zu entnehmenden Organe sorgt. Nach der Ausführung der Sterbehilfe wird auf einen anoxischen Herztod gewartet, d.h. Herzstillstand infolge eines Sauerstoffmangels. Der Tod wird von drei Ärzten festgestellt. Der Arzt, der die Sterbehilfe ausgeführt hat, kann einer von ihnen sein. Die Zeitpunkte der Verabreichung der Medikation einerseits und der Feststellung des Todes andererseits werden genau notiert. Danach folgt eine „No touch“-Periode von 3 bis 5 Minuten, je nach Transplantationszentrum.<sup>12</sup> Das Transplantationsteam bleibt dabei abseits und ist für die anwesenden Familienmitglieder nicht sichtbar. Nach dieser „No touch“-Periode werden die Organe entnommen. Danach werden die sterblichen Überreste vom Transplantationsteam in vorzeigbaren Zustand gebracht, und bekommt die Familie noch die Möglichkeit, Abschied zu nehmen.

Eine Studie aus dem Jahr 2020<sup>13</sup> hat gezeigt, dass Leberorgane, die bei in Folge von Sterbehilfe verstorbenen Patienten entnommen wurden, dieselbe Qualität aufweisen als jene, die nach einem klassischen DCD-Verfahren erlangt wurden (also nicht nach Sterbehilfe). Verglichen mit den anderen Verfahren ist die Ausführungsdauer einer Sterbehilfe sehr kurz, und geht nicht mit umfangreichen Behandlungen und Reanimationsversuchen in der Intensivstation einher. Das Alter dieser Patienten ist durchschnittlich auch jünger.

---

Patienten, die nach einer Sterbehilfe verstorben sind, da dies in Frankreich strafrechtlich verfolgt wird.

<sup>12</sup> Die „No touch“-Periode ist eine Beobachtungsperiode nach dem Kreislaufstillstand, während der beim Patienten keine aktiven Handlungen ausgeführt werden dürfen. Dies ist erforderlich, um ausschließen zu können, dass eine spontane Wiederherstellung des Herzschlags und der Atmung (Lazarus-Phänomen) eintritt. Eine „No touch“-Periode von 5 Minuten gilt als sichere Spanne (siehe Gutachten „Feststellung des Todes bei Organspende nach Sterbehilfe“ des niederländischen Gesundheitsrates vom 12. Dezember 2018 (<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/12/12/vaststellen-van-de-dood-bij-orgaandonatie-na-euthanasie>, abgerufen am 25. September 2020).

<sup>13</sup> Marjolein van Reeve et al. *Evaluation of Liver Graft Donation After Euthanasia*, JAMA Surg. 2020 (doi: 10.1001/jamasurg.2020.2479).

### 3. Rechtliche Rahmenbedingungen

Der belgische gesetzliche Rahmen für die Organtransplantation nach Sterbehilfe wird durch das Gesetz vom 13. Juni 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen (nachfolgend auch „Organtransplantationsgesetz“), das Gesetz vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe (nachfolgend „Sterbehilfegesetz“) und schließlich das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten gebildet.

1986 hatte der Gesetzgeber selbstverständlich noch nicht an die möglichen Rückwirkungen des Organtransplantationsgesetz auf die Sterbehilfe gedacht. Auch während der parlamentarischen Vorbereitung des Sterbehilfegesetzes wurde die Organspende nach dem Tod des Patienten infolge von Sterbehilfe nicht zur Sprache gebracht. Das Zusammentreffen beider Gesetzgebungen trat erst im Jahr 2005 auf, als der erste Patient *proprio motu* in seiner Bitte um Sterbehilfe ersuchte, seine Organe für Transplantationen spenden zu können.<sup>14</sup>

Es gibt keine grundsätzliche Unvereinbarkeit in der Anwendung beider Gesetze, die jeweils einen anderen Geltungsbereich haben und Handlungen betreffen, die zeitlich aufeinander folgen. Das Gesetz über die Rechte des Patienten ist auch für Patienten anwendbar, die um Sterbehilfe gebeten haben und medizinisch gesehen für eine Organspende in Frage kommen.

Im Hinblick auf **Sterbehilfe** ermöglicht das **Gesetz vom 28. Mai 2002** dem bewussten und handlungsfähigen Patienten, eine Bitte um Sterbehilfe zu formulieren, wenn er oder sie sich in einem medizinisch aussichtslosen Zustand von anhaltendem und unerträglichem körperlichen oder geistigen Leiden befindet, der nicht gelindert werden kann, und der die Folge einer schweren und unheilbaren, durch Unfall oder Krankheit verursachten Krankheit ist. Diese Gesetzgebung beinhaltet somit unter strengen Voraussetzungen eine Entkriminalisierung der Handlung der Sterbehilfe, und beschreibt das Verfahren, das der Arzt befolgen muss, wenn er/sie mit einer solchen Bitte konfrontiert wird. Sterbehilfe wird definiert als die Handlung, bei der ein Arzt das Leben eines Patienten vorsätzlich beendet, auf dessen Wunsch, eventuell in Form einer vorhergehenden Willenserklärung.

Die Bitte des Patienten steht bei dieser Gesetzgebung im Mittelpunkt. Ohne Bitte des Patienten ist eine Sterbehilfe nicht möglich. Das Gesetz präzisiert, dass die Bitte freiwillig, durchdacht und wiederholt erfolgen muss und nicht infolge eines beliebigen externen Drucks zustande gekommen sein darf. Diese letzte Bedingung wird besonders untersucht werden müssen, wenn es um eine Organtransplantation nach dem Tod geht.

---

<sup>14</sup> Lemaître F., Hubert M., „Euthanasie et don d'organes“, *Rev. Med. Brux.* 2017; 38(6):472.

Sterbehilfe kann auf Basis einer aktuellen Bitte oder auf Basis einer vorhergehenden Willenserklärung ausgeführt werden. Ein mehrjähriger Bürger kann in der Tat eine vorhergehende Willenserklärung erstellen, und diese eventuell bei der Gemeinde registrieren lassen.<sup>15</sup> Auf der Grundlage der von der Gemeinde übermittelten Daten führt der FÖD Volksgesundheit eine Datenbank, die von den Ärzten auf Basis des Namens des Erklärenden und seiner eventuellen Vertrauenspersonen rund um die Uhr konsultiert werden kann. Der Arzt kann die Sterbehilfe auf Basis einer registrierten oder nicht registrierten vorhergehenden Willenserklärung ausführen, unter der Voraussetzung, dass der Patient, der an einer schweren und unheilbaren, durch Unfall oder Krankheit verursachten Erkrankung leidet, nicht mehr bei Bewusstsein ist und dieser Zustand gemäß dem Stand der Wissenschaft unumkehrbar ist. Wenn die vorhergehende Willenserklärung nach 2. April 2020 erstellt oder bestätigt wurde, ist sie unbeschränkt gültig.<sup>16</sup> Diese Erklärung muss von zwei Zeugen gegengezeichnet werden, von denen mindestens einer kein materielles Interesse am Tod des Patienten haben darf.

Die Erklärung der Organspende und die Erklärung der Bitte um Sterbehilfe folgen jeweils ihrer eigenen Logik und Philosophie. Derzeit sind die Formulare für die vorhergehende Willenserklärung für „Organspende“ und „Sterbehilfe“ völlig unabhängig voneinander, ohne einzigen Verweis auf das andere Verfahren.

Das **Organtransplantationsgesetz vom 13. Juni 1986** sieht ein *opting out*-System im Hinblick auf Organtransplantation nach dem Tod vor. Das bedeutet, dass jeder Bürger, der sich der Organentnahme nicht zeit seines Lebens widersetzt hat, ein potenzieller Organspender ist. Artikel 10, § 1 des Gesetzes sieht vor, dass „Organe, die für Transplantationen sowie für die Aufbereitung therapeutischer Substanzen unter den in Artikel 2 erwähnten Bedingungen bestimmt sind, dem Körper [einer jeden Person, die im Bevölkerungsregister oder seit mehr als sechs Monaten im Fremdenregister eingetragen ist,] entnommen werden können, es sei denn, es steht fest, dass gegen eine solche Entnahme Ablehnung bekundet worden ist.“

Diese Ablehnung kann durch eine Erklärung bei der Gemeinde, über den Hausarzt oder auf elektronische Weise ([www.mijngezondheid.belgie.be](http://www.mijngezondheid.belgie.be)<sup>17</sup>) erfolgen. Der Arzt, der die Organentnahme in Erwägung zieht, muss prüfen, ob eine solche Ablehnung besteht. Paragraf 4 des oben genannten Artikels 10 sieht Folgendes vor: „Ein Arzt darf keine Entnahme vornehmen:  
1. wenn eine Ablehnung auf die vom König organisierte Weise bekundet worden ist,

---

<sup>15</sup> Siehe den Königlichen Erlass vom 2. April 2003 zur Festlegung der Modalitäten, nach denen die Willenserklärung mit Bezug auf die Sterbehilfe aufgesetzt, wieder bestätigt, revidiert oder zurückgezogen wird, und den Königlichen Erlass vom 27. April 2007 zur Regelung der Art und Weise, in der die Willenserklärung in Bezug auf Sterbehilfe registriert und über die Dienste des Nationalregisters an die betreffenden Ärzte mitgeteilt wird.

<sup>16</sup> Art. 4, § 1, 6. Absatz des Sterbehilfegesetzes vom 28. Mai 2002 (abgeändert durch das Gesetz vom 15. März 2020.

<sup>17</sup> Siehe Link: [Organ spende - Neue Modalitäten seit 1. Juli 2020 | FÖD-Volksgesundheit \(belgium.be\)](https://www.fod.be/nl/organtransplantatie)

2. wenn eine Ablehnung vom Spender auf eine andere Weise bekundet wurde und der Arzt davon in Kenntnis gesetzt worden ist".

Der Arzt wird dies also in der betreffenden Datenbank verifizieren,<sup>18</sup> die er Verantwortung des FÖD-Volksgesundheit unterliegt. Wenn keine Erklärung mit einer Ablehnung vorliegt, wird sich der Arzt bei den Hinterbliebenen über den Willen der verstorbenen Person informieren. Achtung: Seit 2007 können sich die Hinterbliebenen einer Organspende nicht mehr widersetzen. Allerdings sieht das Gesetz seit 2012 vor, dass „der Arzt, der beabsichtigt die Entnahme vorzunehmen, sich vorher über eine mögliche vom potenziellen Spender ausgedrückte Ablehnung informieren muss.] 10, § 1, 2. Absatz).

Jeder Bürger kann jedoch ausdrücklich erklären, Organspender sein zu wollen (Art. 10, § 3: „Der König regelt die Weise, auf die die Ablehnung der Entnahme seitens des potenziellen Spenders (...) oder die (...) ausdrückliche Einwilligung zur Entnahme bekundet werden kann. Der Königliche Erlass vom 9. Februar 2020<sup>19</sup> sieht folgende Möglichkeiten vor: (1) Ablehnung der Entnahme von Organen und Gewebe nach dem Tod, (2) ausdrückliche Einwilligung zur Organspende, (3) Aufhebung der Ablehnung oder (4) Aufhebung der ausdrücklichen Einwilligung zur Organspende.

Artikel 11 des Organtransplantationsgesetzes sieht vor, dass der Tod des Spenders von drei Ärzten festgestellt werden muss, unter Ausschluss der Ärzte, die den Empfänger behandeln oder die die Entnahme oder die Transplantation ausführen werden; zur Feststellung des Todes lassen sich diese Ärzte vom aktuellen Stand der Wissenschaft leiten.

Schließlich besagt Artikel 12, dass die Entnahme der Organe und das Vernähen des Körpers in Ehrfurcht vor dem Leichnam und mit Rücksicht auf die Gefühle der Familie erfolgen müssen. Die Einsargung muss binnen kürzester Frist geschehen, damit die Familie dem Verstorbenen so schnell wie möglich die letzte Ehre erweisen kann.

Das Gesetz sieht auch die Modalitäten für die Zuweisung von Organen vor. Art. 13bis, § 1 sieht vor, dass der König die europäische Organisation für den Organ austausch bestimmt, die für die Aktivitäten mit Bezug auf den Austausch von Organen sowohl innerhalb Belgiens als auch mit dem Ausland sowie für die folgenden Aufgaben innerhalb des durch vorliegendes Gesetz errichteten Qualitäts- und Sicherheitsrahmens zuständig ist: 1. Die Führung und Verwaltung eines Rückverfolgbarkeits- und eines Spender- und Empfängeridentifikationssystems, 2. Die

---

<sup>18</sup> Für weitere Informationen über diese Datenbank, siehe Königlicher Erlass vom 9. Februar 2010 über die Registrierung von Willenserklärungen bezüglich der Entnahme menschlichen Körpermaterials, einschließlich Organe, nach dem Tod.

<sup>19</sup> Königlicher Erlass vom 9. Februar 2020, a.a.O.

Führung und Verwaltung eines Melde- und Verwaltungssystems für die schwerwiegenden Zwischenfälle und unerwünschten Reaktionen, 3. Die Führung und Verwaltung eines Registers und eines Nachsorgesystems für die Lebendspender, -4. Die Führung und Verwaltung der im Hinblick auf die Charakterisierung der entnommenen Organe und der Spender gesammelten Informationen."

Der Königliche Erlass vom 17. Juli 2022<sup>20</sup> hat die Angabe von Eurotransplant als europäische Austauschorganisation, die für die Tätigkeiten in Bezug auf den Organ austausch in Belgien und mit dem Ausland zuständig ist, erneuert, sowie auch für die Aufgaben gemäß Artikel 13bis, § 1, des Gesetzes vom 13. Juni 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen. Darüber hinaus bestimmt der Königliche Erlass vom 25. April 2014<sup>21</sup> „die der europäischen Organ austauschorganisation im Hinblick auf die Festlegung von Informationsverfahren für den Austausch menschlicher Organe zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zugewiesenen Aufgaben.

Es ist sinnvoll, darauf hinzuweisen, dass das Gesetz (Art. 13bis, § 2) präzisiert, dass die europäische Organisation für den Organ austausch im Rahmen ihres Auftrags folgendes garantiert: „1. Eine optimale Kompatibilität der entnommenen Organen mit den Empfänger-Kandidaten, 2. Ein vernünftiges Gleichgewicht zwischen der Anzahl der aus Belgien exportierten und der Anzahl der nach Belgien importierten Organe, 3. Die Berücksichtigung der medizinischen Dringlichkeit, der effektiven Wartezeit der Empfänger-Kandidaten und der Distanz zwischen dem Zentrum, in dem das Organ entnommen wird, und dem Zentrum, in dem es transplantiert wird.

Die **Empfehlung REC01.08 der Ethikkommission (ETEC) von Eurotransplant die im Mai 2008 vom Vorstand von Eurotransplant genehmigt wurde, ist hier von besonderer Bedeutung.** Diese Organisation, in der auch drei Länder einen Sitz haben, die Sterbehilfe legalisiert haben (und zwar Belgien, Niederlande und Großherzogtum Luxemburg), hat im Hinblick auf eine Organspende nach Sterbehilfe folgenden Standpunkt eingenommen:<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2022/07/17/2022041625/justel>

<sup>21</sup> <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2014/04/25/2014024252/justel>

<sup>22</sup> Siehe [https://www.eurotransplant.org/wp-content/uploads/2019/12/ar\\_2008.pdf](https://www.eurotransplant.org/wp-content/uploads/2019/12/ar_2008.pdf) (Jahresbericht 2008, S. 24, abgerufen am 25. September 2020).

Eigene deutsche Übersetzung. Originalversion:

“1. Euthanasia has to be an accepted procedure in the legal framework of the donor country.

2. The euthanasia procedure and the determination of death after the euthanasia procedure have to be in line with national law and national practices.

3. The euthanasia procedure itself and the explanation should follow a clear protocol.

4. The euthanasia procedure and the organ retrieval as well as the organ allocation should be kept as separate as possible.

5. All donors have to be reported to Eurotransplant, the allocation should follow the NHBD (*Non Heart Beating Donation*) allocation rules in the donor resp. recipient country.

6. Organs from donors after a euthanasia procedure shall only be allocated to patients registered on the waiting list for organ transplantation in Eurotransplant, and within Eurotransplant, in countries that

1. Sterbehilfe muss ein Verfahren sein, das innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen des Spenderlandes akzeptiert ist.
2. Das Sterbehilfeverfahren und die Feststellung des Todes nach Sterbehilfe müssen mit dem nationalen Gesetz und der nationalen Praxis übereinstimmen.
3. Das Sterbehilfeverfahren selbst und die Organentnahme müssen gemäß einem deutlichen Protokoll erfolgen.
4. Das Sterbehilfeverfahren einerseits und die Organentnahme und -zuweisung andererseits müssen möglichst unabhängig voneinander verlaufen.
5. Alle Spender müssen bei Eurotransplant gemeldet werden, und die Zuweisung muss den *Non Heart Beating Donation* (NHBD)-Zuweisungsregeln sowohl des Spenderlandes als auch des Empfängerlandes folgen.
6. Organe von Spendern, die infolge von Sterbehilfe verstorben sind, werden ausschließlich an Patienten zugewiesen, die auf der Warteliste von Eurotransplant registriert sind, und an die Länder, die innerhalb von Eurotransplant die Transplantation dieser Art von Organen akzeptieren.<sup>23</sup> Darüber hinaus muss im Informationssystem ENIS (*Eurotransplant Network Information System*) die Möglichkeit vorgesehen werden, um bei den für das (Transplantations-)Zentrum und die Patienten spezifischen Spenderprofilen anzugeben, ob die nach einem Sterbehilfeverfahren entnommene Organe akzeptiert werden.

Schließlich ist das **Gesetz über die Rechte des Patienten vom 22. August 2002** anwendbar, obwohl es keine spezifische Bestimmung über Organspende nach Sterbehilfe enthält. In dem Maße, in dem die Organspende in diesem besonderen Kontext spezifische Interventionen erfordert, die beim Spenderpatienten zeit seines Lebens ausgeführt werden müssen, kommt nämlich (a) seine oder ihre freiwillige Einwilligung und (b) die Informationen, die erforderlich sind, um sein/ihr diesbezügliches Recht ausüben zu können, ins Spiel.

Artikel 7 (§§ 1 bis 4) präzisiert, dass „der Patient ein Recht darauf hat, dass die Berufsfachkraft ihm alle ihn betreffende Information mitteilt, die er benötigt, um seinen Gesundheitszustand und dessen vermutliche Entwicklung zu verstehen.“ Der Patient kann darum ersuchen, dass ihm diese Information schriftlich bestätigt wird. Nur ausnahmsweise und unter bestimmten Bedingungen ist es der Berufsfachkraft gestattet, diese Informationen nicht mitzuteilen (Art. 7, § 4).

---

accept the transplantation of this type of donor organ, in addition the possibility to indicate the acceptance of organs from donors after a euthanasia procedure should be added to the center- and patient-specific donor profiles in ENIS (Eurotransplant Network Information System).”

<sup>23</sup>D.h. die europäischen Länder, die Sterbehilfe entkriminalisiert oder legalisiert haben: Belgien, Niederlande und Luxemburg.

Artikel 8 (§§ 1 bis 5) präzisiert einige konkrete Modalitäten der freien Einwilligung und Einverständniserklärung des Patienten, denen jedes Eingreifen der Berufsfachkraft (Gesundheitspflege) unterliegt:<sup>24</sup> (§ 1) „diese Zustimmung wird ausdrücklich erteilt, außer wenn die Berufsfachkraft, nach einer ausreichenden Aufklärung des Patienten, aus den Verhaltensweisen des Patienten berechtigterweise dessen Einwilligung ableiten kann.“<sup>25</sup>; die Einwilligung muss fundiert sein, d.h. dass (§ 2) „sich die Information, die dem Patienten (...) mitgeteilt wird, auf Ziel, Art, Dringlichkeitsstufe, Dauer und Häufigkeit des Eingreifens, auf die mit dem Eingreifen verbundenen und für den Patienten relevanten Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Risiken, auf die Nachsorge und auf mögliche Alternativen und finanzielle Auswirkungen bezieht. Sie betreffen zudem die möglichen Folgen bei einer Ablehnung oder Rücknahme der Einwilligung, und andere vom Patienten oder von der Berufsfachkraft für relevant erachtete genaueren Angaben, gegebenenfalls einschließlich der gesetzlichen Bestimmungen, die in Bezug auf das Eingreifen einzuhalten sind.“ Diese Information (§ 3) wird im Voraus, zu gegebener Zeit und unter den Bedingungen gemäß den Modalitäten, die in § 2 und § 3 von Artikel 7 vorgesehen sind, erteilt“; (§ 4) der Patient hat das Recht, die „Einwilligung für ein Eingreifen zu verweigern oder zurückzunehmen“, ohne dass diese „Verweigerung oder Rücknahme der Einwilligung zur (...) Folge [hat], dass das (...) Recht des Patienten auf Qualitätsleistungen seitens der Berufsfachkraft erlischt“. Auf Antrag des Patienten „(...) wird die Verweigerung oder Rücknahme der Einwilligung schriftlich festgehalten und der Patientenakte beigefügt“. Im Übrigen „muss diese Verweigerung berücksichtigt werden, solange der Patient sie zu einem Zeitpunkt, wo er in der Lage ist, seine Rechte selbst auszuüben, nicht widerrufen hat“.

## 4. Ethische Betrachtungen

### 4.1. Ein ethischer Imperativ: Eine freie und fundierte Entscheidung

In Belgien unterliegen sowohl Organspende als auch Sterbehilfe streng definierten Rechtsverfahren. Obwohl die gesetzlichen Bestimmungen voneinander unabhängig erstellt wurden, gibt es im Prinzip in rechtlicher Hinsicht nichts, was der Entnahme und Spende von Organen nach einer Sterbehilfe im Weg steht.

Für den Ausschuss ist es wichtig, dass die gesetzlichen Bedingungen für sowohl Sterbehilfe als auch Organentnahme und -transplantation streng eingehalten werden, wenn beide Verfahren

---

<sup>24</sup> Wenn es in einem Dringlichkeitsfall ungewiss ist, ob der Patient oder sein Vertreter (Art. 8, §5) vorab eine Willenserklärung abgegeben hat oder nicht, nimmt die Berufsfachkraft unverzüglich jedes erforderliche Eingreifen im Interesse der Gesundheit des Patienten vor.

<sup>25</sup> Auf Antrag des Patienten oder der Berufsfachkraft und mit der Einwilligung der Berufsfachkraft oder des Patienten wird die Einwilligung schriftlich festgelegt und der Patientenakte beigefügt.

kombiniert werden. Dasselbe gilt für die gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf die Rechte des Patienten, sowie die Regeln von Eurotransplant, die ausnahmslos für Organe anwendbar sind, die nach einer Sterbehilfe erlangt wurden.

Der Ausschuss merkt an, dass eine Organspende nach Sterbehilfe die Ärzte aus medizinischen Gründen in der Praxis verpflichtet, medizinische Untersuchungen am lebenden Spender auszuführen. Diese Untersuchungen sind einerseits notwendig, um zu prüfen, ob keine medizinischen Gegenanzeigen beim Spender vorliegen, und andererseits, um den am besten kompatiblen Empfänger zu ermitteln. Darüber hinaus muss der chirurgische Eingriff, der für die Entnahme der Organe erforderlich ist, in einem Krankenhaus ausgeführt werden und unverzüglich an den Tod infolge der Ausführung der Sterbehilfe anschließen.<sup>26</sup> Demzufolge kann die Sterbehilfe nicht zuhause stattfinden, und müssen die Familienmitglieder, die beim Tod anwesend waren, unverzüglich danach den Raum verlassen.

Das Gesetz über die Rechte des Patienten ist anwendbar und erfordert einerseits die freie und fundierte Einwilligung des/der Betroffenen für Untersuchungen, die für ihn/sie faktisch unnötig, aber für die Transplantation unerlässlich sind, und andererseits die Achtung der Wahl des/der Betroffenen in Bezug den Ablauf der Sterbehilfe selbst. In dem Maße, in dem der Zweck und die Art der medizinischen Untersuchungen dem Patienten (Spender) erklärt werden müssen, und er/sie dem einwilligen muss, befindet sich der Patient in einer Situation, in der er/sie auch eine ausdrückliche Entscheidung über die Entnahme seiner/ihrer Organe nach dem Tod treffen muss.

Der Ausschuss ist der Meinung, dass es in diesem Fall ethisch sehr wichtig ist, dafür zu sorgen, dass der Patient *eine freie und fundierte Entscheidung* treffen kann, und zwar sowohl im Zusammenhang mit der Sterbehilfe als auch im Zusammenhang mit der Entnahme seiner/ihrer Organe, ohne einen moralischen Druck von Ärzten, Familie oder Nahestehenden. Für die meisten Menschen ist die Entscheidung darüber, was mit ihrem Körper bzw. ihren Organen nach ihrem Tod geschieht, nicht unwichtig. Dies ist selbst eine tief menschliche Frage.

Der deutliche soziale Nutzen dessen, was als Organ-„Spende“ bezeichnet wird, kann natürlich eine Rolle bei der ethischen oder moralischen Motivation des Patienten und somit bei seiner/ihrer persönlichen Wahl spielen. Es darf jedoch keinesfalls ein Argument für eventuelle utilitaristische soziale und medizinische Strategien sein, wobei die Patienten gegen ihren Willen als „Organquelle“ entarten.

---

<sup>26</sup> Um so die bestmögliche Qualität der zu entnehmenden Organe zu gewährleisten.

Bei Patienten mit einer Bitte um Sterbehilfe bedeutet dies, dass **drei kumulative Voraussetzungen** erfüllt sein müssen, **damit die Organentnahme nach dem Tod durch Sterbehilfe ethisch akzeptabel ist.**

- (I) Sterbehilfe und Organspende müssen beide sowohl beim Patienten als auch beim Arzt *Gegenstand von zwei gesonderten Entscheidungen und verschiedener beteiligter Teams bleiben*, selbst wenn sie im Denkprozess und in der Entscheidung des Patienten moralisch verknüpft sein können.<sup>27</sup> Deshalb ist der Ausschuss der Meinung, dass eine Organspende (und folglich auch die Einwilligung in die medizinischen Untersuchungen) unabhängig von der Bitte um Sterbehilfe behandelt werden muss.
- (II) Absolutes Verbot für Ärzte, die Einwilligung zur Organentnahme zur Bedingung für Sterbehilfe zu machen, und Möglichkeit für die Patienten, jederzeit ihre Meinung zu verändern, wie dies übrigens auch für die Sterbehilfe selbst gilt.
- (III) Im Sinne des Gesetzes über die Rechte des Patienten muss das medizinische Personal darauf achten, dass relevante und möglichst vollständige Informationen über die Art und den Zweck der medizinischen Untersuchungen erteilt werden, die in diesem Fall für den Patienten selbst unnötig sind. Diese Informationen werden „im Vorhinein und rechtzeitig“ erteilt und nötigenfalls erneut erläutert. Der betroffene Arzt muss sich darüber vergewissern, dass der Patient diesen Untersuchungen nach vorhergehender Aufklärung zustimmt. Obwohl der Arzt berechtigterweise aus dem Verhalten des Patienten *ableiten* kann, dass er oder sie einem Eingriff zustimmt - dies wird auch ausdrücklich durch das Gesetz über die Rechte des Patienten gestattet - wird hier aus ethischem Gesichtspunkt bevorzugt, sich über die ausdrückliche Einwilligung des Patienten zu vergewissern, um zu vermeiden, dass sich Patienten - wie es manchmal passiert - in Bezug auf den realen Zweck der medizinischen Eingriffe, die ihm oder ihr vorgeschlagen werden, irren. Die Einwilligung des Patienten für die erforderlichen medizinischen Untersuchungen und gegebenenfalls der ausdrückliche Wunsch, ein Organspender zu sein, werden in der Patientenakte aufgenommen.

**Aus diesen drei Bedingungen gehen einige ethische Erwägungen und Empfehlungen hervor, über die innerhalb des Ausschusses ein Konsens vorliegt (siehe nachstehend 4.2).**

**Diese beziehen sich auf:** Den passenden Zeitpunkt, um einen Patienten über ein Organspende nach Sterbehilfe zu informieren (I);<sup>28</sup> die Art der relevanten Informationen (II); die praktische

---

<sup>27</sup> Denn wenn ein Patient beispielsweise denkt, dass das Spenden seiner oder ihrer Organe eine Art und Weise ist, um seinem oder ihrem Tod durch Sterbehilfe eine aktive Bedeutung zu verleihen, wird Sterbehilfe zu einem Synonym für „das Geben von Leben“ oder „Solidarität“. Siehe 4.2. Position 1.

<sup>28</sup> Unter „Informationen über Organspende nach Sterbehilfe“ können sowohl die Informationen über die Möglichkeit der Organspende nach Sterbehilfe selbst verstanden werden als auch die Informationen

Organisation des doppelten Verfahrens (III); die jeweilige Rolle der beteiligten medizinischen Teams (IV); die allgemeine Aufklärung der Öffentlichkeit und der Krankenhausnutzer (V); und der Nutzen der Erstellung eines Protokolls zur internen Verwendung für die Behandlung von Bitten um Organspende nach Sterbehilfe, wobei die Besonderheiten des Krankenhauses berücksichtigt werden (VI).

**Die Standpunkte innerhalb des Ausschusses sind jedoch unterschiedlich, vor allem im Hinblick auf das Abstecken der *Grenzen des Eingreifens* durch Ärzte in die Entscheidung für eine Organspende nach dem Tod durch Anwendung von Sterbehilfe. Dies führt zu ethischen Erwägungen und Empfehlungen, über die kein Konsens vorliegt (siehe nachstehend, 4.3) in Bezug auf die Rolle des Arztes bei der Entscheidung für die Organspende bzw. deren Möglichkeit (VII) und die mögliche Rolle der medizinischen Ethikkommission im Entscheidungsprozess (VIII).**

*Es ist wichtig zu wissen, dass unter Berücksichtigung der medizinischen Gegenanzeigen gemäß Kapitel 2 die Patienten, die in dieser Empfehlung gemeint sind, Personen sind, deren Bitte um Sterbehilfe abgeschlossen/bestätigt ist und bei denen die Organentnahme medizinisch gesehen grundsätzlich möglich ist - unter dem Vorbehalt der zusätzlichen Informationen, die aus den vorbereitenden medizinischen Untersuchungen hervorgehen werden.*

## **4.2. Ethische Erwägungen und Empfehlungen, über die ein Konsens vorliegt**

### **I. Wenn sollen den Patienten alle relevanten Informationen über die Organspende erteilt werden?**

Der gesamte Ausschuss ist der Meinung, dass die Erteilung aller Informationen und die Eröffnung des Gesprächs über Organentnahme - ungeachtet ob dies auf Initiative des Arztes oder als Antwort auf eine Frage des Patienten erfolgt - in jedem Fall erst stattfinden kann, *nachdem* der Patient selbst eine deutliche Bitte um Sterbehilfe formuliert hat (wiederholte Bitte). Der „richtige Zeitpunkt“ für die Erteilung dieser Information kann eintreten, wenn der Patient und sein/ihr Arzt zum gemeinsamen Schluss gelangt sind, dass Sterbehilfe die einzige vernünftige Lösung ist. Die Festlegung dieses ‚richtigen Zeitpunkts‘ bedeutet jedoch nicht, dass keine Vorgehensweise je nach Fall möglich ist, im Hinblick auf die Eigenheit der Person, die persönliche Krankheitslage des Patienten, seine oder ihre Beziehungen zu Nahestehenden und seine oder ihre Beziehung zu sich selbst. Die medizinischen Teams beurteilen selbst, ob es

---

über die erforderlichen medizinischen Untersuchungen, die an der lebenden Person ausgeführt werden müssen. Einige Mitglieder des Ausschusses sind der Meinung, dass es dabei um zwei Arten von Informationen geht, die getrennt werden müssen, während andere Mitglieder die Meinung vertreten, dass diese zwei Arten von Informationen einander ergänzen und unlöslich miteinander verbunden sind.

erforderlich ist, die Berichte, die von den konsultierten Ärzten erstellt werden müssen - gemäß den Vorschriften des Sterbehilfegesetzes - im Vorhinein zu sammeln.

Patienten, die zu dem Zeitpunkt, an dem sie zum ersten Mal eine Bitte um Sterbehilfe formulieren, spontan eine Organspende zur Sprache bringen, müssen diesbezüglich gehört werden. In diesem Fall muss dieser ausdrückliche Wunsch berücksichtigt werden, wobei jedoch darauf hingewiesen werden muss, dass es sich hier um eine andere Bitte handelt, die später behandelt wird, nämlich sobald die Bitte um Sterbehilfe bestätigt ist.

Wenn eine vorhergehende Willenserklärung (*opting in*) für die Organspende besteht, ist dies natürlich ein guter Ausgangspunkt, um das Gespräch über dieses Thema anzuknüpfen und so eine ausdrückliche Bestätigung oder Rücknahme dieses früheren Engagements zu erreichen.

In jedem Fall ist es vor allem die *Art und Weise*, in der diese Themen angesprochen werden, die zählt, und es ist es wichtig, dem Patienten deutlich zu machen, dass die Einwilligung zur Organentnahme niemals eine Bedingung für die Sterbehilfe darstellen kann. Bei beiden Verfahren muss es bis zum Schluss möglich sein, davon abzusehen.

Der Ausschuss ist der Meinung, dass der Arzt - wenn die Möglichkeit einer Organspende nach Sterbehilfe zur Sprache gebracht wird - unverzüglich die praktischen Folgen des doppelten Verfahrens erläutern muss: Die vorhergehenden medizinischen Untersuchungen und die Folgen der Organentnahme für den Ablauf der Sterbehilfe.

## II. Welche Informationen werden dem Patienten erteilt?

Unabhängig von der Erteilung von Informationen über die Möglichkeit der Organspende selbst, worüber die Meinungen im Ausschuss auseinandergehen (siehe 4.3, VII.), ist der gesamte Ausschuss der Meinung, dass den Patienten Folgendes mitgeteilt werden muss.

- Nicht alle Personen, deren Bitte um Sterbehilfe angenommen wurde, sind automatisch potenzielle Spender, da einige Erkrankungen medizinisch mit einer Transplantation unvereinbar sind (diese Information muss denjenigen erteilt werden, die sich spontan nach der Möglichkeit einer Organspende erkundigen).
- Bei einer Organspende nach Sterbehilfe werden der Entscheidungsprozess sowie auch die medizinisch-technischen Schritte mit der Person selbst ausgeführt, die bewusst und im Vollbesitz ihrer Kräfte ist, im Gegensatz zu der Situation von Patienten, die nach einem sehr schweren Unfall in die Notaufnahme eingeliefert werden.

- Die Sterbehilfe muss in einem Krankenhaus stattfinden, wenn ihr eine Organspende folgt, und zwar in einem Operationssaal oder dessen unmittelbarer Nähe und nicht - wie oft der Fall ist, zuhause. Der Grund dafür sind die technischen Anforderungen im Zusammenhang mit der Organentnahme und -transplantation (Ischämie oder Konservierungsdauer der Organe nach Entnahme); auf Wunsch des Patienten kann er/sie zuhause von seinen/ihren Nächsten Abschied nehmen, und danach ins Krankenhaus für die Ausführung der Sterbehilfe selbst gebracht werden.
- Die Zeit zum Abschiednehmen von der verstorbenen Person wird im Fall der Organspende auf ein Minimum beschränkt sein; in der Praxis gehört die Zeit unmittelbar nach dem Tod nicht mehr den Hinterbliebenen, sondern den Transplantationsteams.<sup>29</sup>
- Genauso wie der Patient seine oder ihre Entscheidung in Bezug auf Sterbehilfe widerrufen kann, steht es einem Patienten, der den Wunsch geäußert hat, Organe zu spenden oder der seine oder ihre Einwilligung für die erforderlichen medizinischen Untersuchungen erteilt hat, oder der diese Untersuchungen oder andere Vorbereitungen für die Organentnahme bereits absolviert hat, zu jedem beliebigen Zeitpunkt frei, seine Meinung zu ändern und die Organentnahme zu verweigern.
- Es gibt Vorschriften über die Organspende durch einen verstorbenen Spender, wie beispielsweise die Anonymität der Spende und die konkreten Modalitäten für die Zuweisung der Organe gemäß den Regeln von Eurotransplant.

### III. Praktische Organisation des doppelten Verfahrens

Die betreffenden ärztlichen Teams müssen in der Praxis die verschiedenen Schritte des doppelten Verfahrens so organisieren, dass die Wünsche des Patienten maximal berücksichtigt werden und dass die praktischen Durchführungsmodalitäten für die Organentnahme so viel wie möglich daran angepasst werden.

Sobald der/die Patient(in) über die zusätzlichen Bedingungen informiert wurde, insbesondere die Einschränkungen, die durch die Organentnahme dem Verlauf der Sterbehilfe auferlegt werden, behält er/sie das Recht, selbst das Szenario der Sterbehilfe festzulegen (Wahl der anwesenden Personen, Organisation des Abschieds) - oder, wenn seine oder ihre Wünsche mit den Anforderungen der Ärzte unvereinbar sind, auf die Spende zu verzichten. Ärzte müssen dafür sorgen, dass dieses Recht ausgeübt werden kann. Es kann nicht ausgeschlossen werden,

---

<sup>29</sup> In der Praxis erfolgt der größte Teil des Abschiedsrituals bei der Sterbehilfe kurz vor dem Tod. Es wird auch darauf hingewiesen, dass Artikel 12 des Gesetzes vom 13. Mai 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen eine Reihe von Verpflichtungen umfasst, die dafür sorgen müssen, dass die Familie möglichst schnell vom Verstorbenen Abschied nehmen kann.

dass spezifische Bitten die übliche Arbeitsorganisation der Teams erschweren. Die Teams müssen jedoch versuchen, praktische Lösungen vorzuschlagen, um dafür zu sorgen, dass beim Patienten, der sich für eine Organspende entschieden hat, eine Sterbehilfe angewendet wird, die so viel wie möglich seine oder ihre Wünsche berücksichtigt.

Es kommt beispielsweise vor, dass aus operationellen Gründen im Zusammenhang mit der Organentnahme der Abschied im Vorhinein organisiert wird, während die eigentliche Sterbehilfe anschließend im Operationssaal stattfindet. Der Patient muss hiermit selbstverständlich einverstanden sein. Es ist möglich, dass für einige Patienten und ihre Familienmitglieder die Möglichkeit des Abschiednehmens zum Zeitpunkt des Todes als grundlegend anders erlebt wird als das Abschiednehmen vor dem Tod. Wenn der Patient dies wünscht, müssen die beteiligten medizinischen Teams versuchen, die Sterbehilfe so zu organisieren, dass die Familie die Möglichkeit bekommt, zum Zeitpunkt des Todes anwesend zu sein. Umgekehrt ist es möglich, dass diese Vorgehensweise in zwei Schritten für einige Patienten und ihre Nächsten nicht nur kein Problem darstellt, sondern es auch ermöglicht, den Abschied, der bisher ausschließlich im Krankenhaus stattfand, auf eine andere Weise zu regeln.

Jedenfalls muss die Präferenz des Patienten der ausschlaggebende Faktor bei der Organisation der Sterbehilfe sein, und nicht die Gewohnheiten oder die praktischen (oder komfortbezogenen) Erwägungen der medizinischen Teams, die die Organentnahme und -transplantation ausführen.

#### IV. Deutliche Unterscheidung der Rollen der betreffenden Ärzteteams

Der Ausschuss befürwortet eine deutliche Trennung, sowohl im Hinblick auf die Entscheidungen als auch im Hinblick auf die betreffenden Ärzteteams, zwischen einerseits dem Sterbehilfeverfahren und andererseits dem Verfahren für eine Organentnahme und -transplantation.

Auch wenn der Patient gesonderte und aufeinanderfolgende Entscheidungen über Handlungen treffen können muss, die vielleicht *für ihn oder sie* existentiell und moralisch miteinander verbunden sind, und deren Verfahren sich zeitlich teilweise unterscheiden, bleibt es wichtig, dass die Intervention und die Rolle der verschiedenen Pflege- und Ärzteteams dem Patienten deutlich erläutert werden.

Das allgemeine Gespräch über die erforderlichen Untersuchungen vor einer Transplantation, das dem Patienten ermöglichen muss, eine fundierte Entscheidung zu treffen (Einwilligung oder Ablehnung), kann keinesfalls vom Transplantationsteam oder vom Transplantationskoordinator initiiert werden. Die Kontakte zwischen dem *Transplantationskoordinator* und dem Patienten können erst beginnen, nachdem der Arzt oder sein oder ihr Patient zum Beschluss gelangt sind, dass Sterbehilfe die einzige vernünftige Lösung ist; abhängig von der Entscheidung des

Ärzte Teams werden auch die gesetzlich erforderlichen Berichte der konsultierten Ärzte gesammelt werden. Wenn präzisere Informationen erwünscht oder erforderlich sind, werden diese in zweiter Linie vom Transplantationskoordinator erteilt werden. Wenn eine Organspende beschlossen wurde, wird dieser Koordinator anschließend für die Zentralisierung der administrativen und medizinischen Daten und der Organisation der Untersuchungen sorgen.

Ethisch gesehen gibt es keinen Einwand dagegen, dass der Arzt, der die Sterbehilfe ausgeführt hat, einer der drei gesetzlich vorgesehenen beauftragten Ärzte ist, die den Tod des Organspenders feststellen. Die gesetzlich vorgesehenen Garantien sind hier ausreichend.<sup>30</sup>

## V. Informationen für die Öffentlichkeit

Der gesamte Ausschuss ist der Meinung, dass derzeit unzureichende Informationen über eine Organspende nach Sterbehilfe für die Öffentlichkeit und die Krankenhausnutzer verfügbar sind.

Die Informationen über Sterbehilfe für die Bürger (Gemeindeverwaltung, Krankenhäuser, offizielle Informations-Websites, Krankenkassen, FÖD-Volksgesundheit) enthält derzeit in der Regel keinerlei Hinweis auf die Organspende. In der Information über die Organspende wird auch nicht über Sterbehilfe gesprochen.<sup>31</sup> Der Ausschuss ist der Meinung, dass diese Lücke im Hinblick auf die Öffentlichkeit und die Krankenhausnutzer aufgefüllt werden muss.

Auf lokaler Ebene müssten die medizinischen Dienste allen Patienten, die um Sterbehilfe bitten, eine einfache informative und erläuternde Broschüre und/oder Website über Organspende in diesem Kontext zur Verfügung stellen. So kann man dafür sorgen, dass Ärzte, die selbst lieber nicht darüber sprechen möchten, doch sicher sein können, dass die Information verfügbar ist. Eine solche Maßnahme müsste dafür sorgen, dass alle Patienten auf dieselbe Art und Weise behandelt werden. Hiervon kann nicht ausgegangen werden, wenn Ärzte und Krankenhäuser verschiedene Praktiken für die Erteilung mündlicher Informationen an den Patienten anwenden.

Die Formulare für ein ausdrückliches *opting in* für die Organspende und die vorhergehende Willenserklärung in Bezug auf Sterbehilfe enthalten keinerlei Hinweis auf die Möglichkeit einer Organspende nach Sterbehilfe. Diese Formulare können nicht geändert werden.<sup>32</sup> Der Ausschuss

---

<sup>30</sup> Siehe Artikel 11 des Gesetzes vom 13. Juni 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen.

<sup>31</sup> Mit Ausnahme der Broschüre „Orgaandonatie na euthanasie“ (<https://www.demaakbaremens.org/product/brochure-orgaandonatie-euthanasie/>), die auf der Website der vzw „De Maakbare Mens“ zur Verfügung steht. Diese vzw verfolgt das Ziel, die Öffentlichkeit zu informieren und in einer pluralistischen Perspektive die ethische und soziale Debatte über Techniken, die Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit haben, anzukurbeln (<https://www.demaakbaremens.org/over-de-maakbare-mens/>, abgerufen am 25. September 2020). Diesbezügliche Informationen sind auch auf der Website von LEIF (Lebensende-Informationsforum - <http://leif.be/vragen-antwoorden/orgaandonatie>) verfügbar, abgerufen am 25. September 2020).

<sup>32</sup> Siehe die Königlichen Erlässe vom 2. April 2003 und vom 27. April 2007, weiter oben bei den

ist jedoch der Meinung, dass es sinnvoll wäre, diesbezüglich eine ethische Reflexion, eine öffentliche Diskussion zu führen.

## VI. Protokolle zur internen Verwendung für die Behandlung von Anträgen, um eine Organspende nach Sterbehilfe auszuführen

Der gesamte Ausschuss ermutigt die betreffenden medizinischen Teams, um auf Basis der in diesem Gutachten angegebenen allgemeinen Grundsätze selbst ein detailliertes Protokoll zur internen Verwendung für die Behandlung von Anträgen auf Organspende nach Sterbehilfe und deren Ausführung zu erstellen, unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten des Krankenhauses (Organisation der Pflege, Fachrichtungen usw.), wie einige Krankenhäuser dies bereits tun. Ein derartiges Dokument kann zudem eine sinnvolle Informationsquelle für die Öffentlichkeit und die Krankenhausnutzer sein.

### 4.3. Ethische Erwägungen und Empfehlungen, in Bezug auf die kein Konsens vorliegt

## VII. Rolle des Arztes bei der Entscheidung für eine Organspende

Die spezifischen Situationen, die in der Literatur oder von Experten aufgeführt werden, verweisen beinahe immer auf Fälle, in denen der Vorschlag der Organspende vom Patienten ausging.

*Es stellt sich die Frage, ob sich jede Informationserteilung über dieses doppelte Verfahren nur auf Patienten beziehen kann, die ihren Arzt aus eigener Bewegung um eine Organspende nach Sterbehilfe ersucht haben, oder ob es ethisch akzeptabel oder selbst wünschenswert ist, dass der Arzt darin weiter geht, und jeden Patienten, der um Sterbehilfe gebeten hat und medizinisch für eine Organspende in Frage kommt, über die Möglichkeit einer Organspende informiert.*

**Einige Mitglieder des Ausschusses** sind der Meinung, dass es nicht nur ethisch akzeptabel, sondern selbst wünschenswert ist, Patienten über die Möglichkeit einer Organspende nach Sterbehilfe zu informieren, in erster Linie, weil dies diesen Mitgliedern zufolge unter das Informationsrecht des Patienten fällt. Aus einer aktuellen Studie bei neurologischen Patienten, die möglicherweise für das doppelte Verfahren in Frage kommen und den Ärzten, die diese begleiten, geht hervor, dass die Mehrheit von ihnen eine solche Vorgehensweise durch das medizinische Personal befürworten.<sup>33</sup> In dieser Perspektive halten diese Mitglieder es für

---

Rechtlichen Rahmenbedingungen in dem Teil aufgeführt, der dem Gesetz vom 13. Juni 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen gewidmet ist.

<sup>33</sup> Gemäß einer qualitativen Untersuchung, die in Flandern von Studenten der Universität Antwerpen bei Patienten mit chronischen neurologischen Erkrankungen (75) und den beteiligten Ärzten (197) ausgeführt wurde, denkt eine große Mehrheit dieser Patienten, dass der Arzt den Patienten über die Möglichkeit einer Organspende informieren muss, und zwar entweder direkt oder anhand einer

wünschenswert, dass die Pflegerbringer selbst einen Patienten, der medizinisch für eine Organspende in Frage kommt, möglichst vollständig über Folgendes informiert: (1) seinen oder ihren Status als potenzieller Spender, (2) die medizinischen Untersuchungen, die zum Zweck der Organentnahme und -transplantation ausgeführt werden müssen (Art, Zielsetzungen, Risiken etc.)<sup>34</sup>, (3) die praktischen Einschränkungen, die die Organentnahme im Hinblick auf die Transplantation an die Ausführung der Sterbehilfe stellt, und (4) sein oder ihr vollstes Recht, die Organentnahme und die Ausführung der medizinischen Untersuchungen zu verweigern (wobei klargestellt werden muss, dass die Verweigerung dieser Untersuchungen die Organentnahme unmöglich macht).

Zweitens merken diese Mitglieder an, dass die Situation, die anlässlich der Bitte um Sterbehilfe von Patienten, die für eine Organspende in Frage kommen, entsteht, im Allgemeinen genügend Zeit bietet, hierüber nachzudenken, um zu einer persönlichen Entscheidung zu gelangen und - falls der Betreffende dies wünscht - eine frühere Entscheidung zur Organspende zu widerrufen. Diese Mitglieder sind der Meinung, dass die Information des Arztes, unter der Voraussetzung, dass diese korrekt erteilt wurde, d.h. ohne moralischen Druck, die Entscheidungsautonomie der betroffenen Person nicht in Gefahr bringt.

Drittens führen diese Mitglieder das Argument an, dass - wenn definitionsgemäß Patienten, deren Bitte um Sterbehilfe abgeschlossen ist, Personen sind, die als entscheidungsfähig betrachtet werden - die Erfahrung überdies lehrt, dass diese häufig den Wunsch äußern, ihrer Entscheidung zur Sterbehilfe Sinn zu verleihen. In dem Maße, dass dem Gesetz zufolge lediglich freiwillige, gut durchdachte und wiederholte Anträge berücksichtigt werden, ist eine anerkannte Bitte um Sterbehilfe nicht so sehr eine Äußerung von Schwäche oder Verzweiflung, sondern eine Äußerung des Willens, erneut Kontrolle über das eigene Leben zu bekommen, wie beschränkt diese auch ist. Diese Personen sind also selbst in der Lage, den Sinn der Organspende zu begreifen und hierüber eine freie, persönliche und fundierte Entscheidung zu treffen. Zu wissen, dass eine Organspende möglich ist, kann für einige Personen keinen inakzeptablen moralischen Druck bedeuten, sondern im Gegenteil die Gelegenheit, eine altruistische Besorgtheit zu zeigen und eine freie Handlung der Solidarität zu setzen, die ihre freie Entscheidung weiterführt, indem er ihr Sinn verleiht: anderen „das Leben schenken“ oder eine aktive Reaktion auf die solidarische

---

Broschüre, anstatt auf eine spontane Frage des Patienten selbst zu warten. Die Forscher wiesen auch nach, dass eine Mehrheit dieser Patienten denkt, dass es einfacher ist, von einer bereits geplanten Organspende abzusehen, wenn der Vorschlag vom Arzt stammte und nicht vom Patienten selbst. Die Meinung der befragten Ärzte folgt einer selben Tendenz, allerdings weniger ausgesprochen. (Buelens-Terryn, Anouk; De Lait, Fien, « De perceptie van patiënten met een chronische neurologische aandoening en Vlaamse artsen over orgaandonatie na euthanasie » (Masterarbeit, Dir. P. Cras), Fakultät Medizin und Gesundheitswissenschaften, Universität Antwerpen, 2019-2020).

<sup>34</sup> Art. 8, § 2, des Gesetzes über das Recht des Patienten legt fest, dass „die Information, die dem Patienten (...) mitgeteilt wird, sich auf Ziel, Art, Dringlichkeitsstufe, Dauer und Häufigkeit des Eingreifens, auf die mit dem Eingreifen verbundenen und für den Patienten relevanten Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Risiken, auf die Nachsorge und auf mögliche Alternativen und finanzielle Auswirkungen bezieht.“

Geste der Gesellschaft, die Möglichkeit der Sterbehilfe zu bieten. Durch diese Argumentation positioniert man die Personen, die um Sterbehilfe bitten, auf gleicher Höhe wie die „gewöhnlichen“ Bürger, die regelmäßig über die Möglichkeit informiert werden, Organspender zu sein.

Viertens weisen diese Mitglieder darauf hin, dass einigen Studien zufolge Patienten, die sich für eine Kombination von Sterbehilfe und Organspende entschieden haben, dabei häufig von ihren Angehörigen unterstützt werden.<sup>35</sup>

Schließlich, als fünftes Argument, erinnern diese Mitglieder daran, dass die belgische Gesetzgebung über Organspende (Gesetz vom 13. Juni 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen), die von der vorausgesetzten Zustimmung zur Organspende ausgeht (und selbstverständlich die Möglichkeit der Verweigerung der Organentnahme vorsieht), auf Erwägungen in Bezug auf den *Nutzen* und die *soziale Notwendigkeit*, eine lebensrettende Organtransplantation zu ermöglichen und zu ermutigen, basiert. Diese Mitglieder nehmen an, dass diese Erwägungen im Kontext abgeschlossener Bitten um Sterbehilfe legitim bleiben, sofern natürlich die Bedingungen für eine freie Entscheidung des Patienten gewährleistet sind (siehe 4.1).

---

<sup>35</sup> Bollen J. et al., “Legal and ethical aspects of organ donation after euthanasia in Belgium and the Netherlands”, ebenda

**Andere Ausschussmitglieder** sind dahingegen der Meinung, dass aufgrund des Vorsorgeprinzips die beteiligten Ärzte oder das beteiligte Pflegepersonal Informationen über eine Organspende nach Sterbehilfe ausschließlich an Patienten erteilen können, die sich *selbst* nach dieser Möglichkeit erkundigen.

Das heißt, dass die beteiligten Ärzte oder das Pflegepersonal darauf verzichten müssen, die Möglichkeit der Organspende bei Personen, die um Sterbehilfe gebeten haben, selbst zur Sprache zu bringen, insbesondere wenn es sich um Patienten mit einer psychiatrischen Problematik handelt. Die Klärung dieser Bitten um Sterbehilfe ist ein langer und schwieriger Prozess, bei dem häufig eine Ambivalenz anwesend ist und wobei sich ein Teil der Patienten schlussendlich doch nicht für Sterbehilfe entscheidet.<sup>36</sup> Es ist keine Untersuchung verfügbar, die darüber Aufschluss gibt, ob die Vorstellung der Möglichkeit einer Organspende diesen Prozess beeinflussen kann. In einigen Situationen beinhaltet die Erteilung dieser Information durch deren Interpretation durch den Patienten das Risiko einer Beeinflussung durch den Arzt, wodurch die freie Wahl des Patienten in Gefahr kommen kann. Der Vorsorgeprinzip zwingt dazu, jedes Risiko eines externen Drucks (bzw. dessen Wahrnehmung) auf den Patienten zu vermeiden, wie auch im Gesetz über Sterbehilfe festgelegt ist. Es besteht nämlich ein großer Unterschied zwischen Informationen, die aus einer unbeteiligten Quelle stammt (Prospekte, Broschüren, Medien,..) und Informationen, die von einem beteiligten Arzt oder einer anderen Berufsfachkraft stammt, mit der eine Vertrauensbeziehung besteht.

Erstens meinen diese Mitglieder, dass durch die Vertrauensbeziehung oder selbst Übertragungsbeziehung zwischen dem Patienten und dem Arzt, bei dem er oder sie eine Bitte um Sterbehilfe formuliert hat, Informationen über die Möglichkeit einer Organspende, die von diesem Arzt erteilt wird, semantisch oder affektiv geladen sein können, und möglicherweise die Bitte um Sterbehilfe und Gefühle der Selbstentwertung und Wertlosigkeit verstärken können. Bei vielen Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung sind das Selbstbild und das Gefühl des Eigenwerts sehr sensibel, manchmal mit Gefühlen der Selbstentwertung und der Überzeugung, wertlos zu sein oder dass es für andere besser wäre, wenn sie weg wären. Es ist deshalb diesen Mitgliedern zufolge nicht unvorstellbar, dass die Angabe der Möglichkeit einer Organentnahme nach dem Tod – *a fortiori* wenn dies durch einen Pflegeerbringer in einer Übertragungsbeziehung erfolgt- die Bitte um Sterbehilfe durch die Kollusion verstärkt, die zwischen diesen Gefühlen der Selbstentwertung und der Möglichkeit der Organentnahme entstehen kann: „Ich selbst bedeute nichts mehr für andere, aber in meinem Tod kann ich durch meine Organe für andere noch wertvoll sein.“<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Siehe unter anderem Thienpont et al. BMJ Open - <http://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454>

<sup>37</sup> Siehe hierüber auch Cras, P. (2018) A new form of martyrdom? *European Journal of Neurology*, 25, supplement 2), S. 507, worin der Fall eines Patienten mit einer Vorgeschichte schwerer Depression beschrieben wird, die um Sterbehilfe mit Organspende bittet, in der Überzeugung, dass dies ihr erneut eine Bedeutung und ein Identitätsgefühl verleiht: durch die Spender der Organe wird man weiterleben,

Als zweites Argument geben diese Mitglieder an, dass für einige Pflegerbringer, und zwar insbesondere für diejenigen, an die eine Bitte um Sterbehilfe gerichtet wird, die Angabe der Möglichkeit einer Organentnahme für einen ethischen Konflikt sorgt. Diese Pflegerbringer befürchten, dass durch das Sprechen über die Organentnahme ein unerwünschter Druck auf Patienten ausgeübt wird, die am Ende ihres Lebens angelangt sind oder von denen sich einige in einer schutzbedürftigen Situation befinden. Es besteht das Risiko, dass der Patient weniger Spielraum für Zweifel oder weniger Freiheit erfährt, um sich Zeit zu nehmen oder um schlussendlich von seiner Bitte um Sterbehilfe abzusehen. Sie fragen sich zudem, ob der Patient, der die Sterbehilfe beantragt hat, dies nicht so interpretieren könnte, als ob er oder sie in den Augen der Pflegerbringer und der Gesellschaft nicht mehr als eine Organquelle ist. Zudem stellen sie sich die Frage, ob nicht das Risiko besteht, dass der Patient fälschlicherweise interpretiert, dass seine oder ihre Einwilligung zu den medizinischen Untersuchungen (d.h. dass sich der Patient in der Praxis der Entnahme seiner Organe nicht widersetzt) mitbestimmend für seinen oder ihren schlussendlichen Zugang zur Sterbehilfe sein kann.

Es besteht stets das Risiko, dass der Patient unbeabsichtigte implizite Botschaften in diesen Informationen liest, z.B. eine wahrgenommene Anregung zur Zustimmung zur Organentnahme und somit auch zur Entscheidung für Sterbehilfe: „Ich habe keine Hoffnung mehr, dass das Leiden erträglich werden wird und kann dir nicht mehr helfen, aber du kannst wohl noch anderen mit deinen Organen helfen“. Es ist diesen Mitgliedern zufolge genau diese Art von Situationen, die die Flämische Vereinigung für Psychiatrie bei der Klärung einer Bitte um Sterbehilfe bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung vermeiden möchte.<sup>38</sup>

### VIII. Welche Parteien sind an der Entscheidung bezüglich einer Organspende nach Sterbehilfe beteiligt? Muss die Kommission für medizinische Ethik (CME) eingreifen?

Die erste an der Entscheidung über eine Organspende nach Sterbehilfe beteiligte Partei ist der Patient, der bei seiner Entscheidung vom behandelnden Arzt und von jeder anderen Person unterstützt wird, die der Patient daran beteiligen möchte.

**Einige Mitglieder** sind der Meinung, dass eine systematische Behandlung von Sterbehilfe, gefolgt von einer Organspende von der Kommission für medizinische Ethik (CME) des Krankenhauses nicht erforderlich ist, auch wenn es angesichts der Neuheit dieses doppelten Verfahrens legitim war, die ersten diesbezüglichen Fälle dem CME vorzulegen. Die Erfahrung

---

über den Tod hinaus mit anderen verbunden. Die Entscheidung für Sterbehilfe schien so vom Wunsch der Organspende beeinflusst oder selbst angetrieben zu werden.

<sup>38</sup> [http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie\\_finaal\\_vvp\\_1\\_dec.pdf](http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie_finaal_vvp_1_dec.pdf) (abgerufen am 25. September 2020).

zeigt nämlich, dass eine Abstimmung der Praktiken erfolgt und man sich in Richtung eines Konsenses über einige Grundsätze entwickelt, wie aus diesem Gutachten hervorgeht.

Besondere Fälle, die Fragen beim Patienten, den Nahestehenden, dem behandelnden Arzt oder dem Pflorgeteam hervorrufen, können einer Kommission für medizinische Ethik stets freiwillig für eine Stellungnahme vorgelegt werden.

**Andere Mitglieder** sind der Meinung, dass eine systematische Inanspruchnahme der Kommission für medizinische Ethik deutlich hilfreich und unterstützend sein kann, um in diesem heiklen und komplexen Verfahren die gewünschte Sorgfältigkeit zu gewährleisten: eine sorgfältige Ausführung des Sterbehilfverfahrens, mit danach der Feststellung des Todes durch drei Ärzte, unter Ausschluss der Ärzte, die den Empfänger behandeln oder die die Entnahme oder Transplantation ausführen werden, die rasche Einschaltung des Transplantationsteams und des chirurgischen Teams usw., was zu einer besonderen Organisation und einem hohen Grad der Zusammenhang im Krankenhaus zwingt, mit Begleitung des gesamten beteiligten Personals.

#### **4.4. Spezifisches Verfahren: Muss man eine Ausnahme von den Grundsätzen vorsehen, die eine Spende durch einen lebenden Spender regeln, und deshalb von der „Dead donor rule“?**

Dem Vernehmen nach haben einige Patienten, die für eine Kombination von Sterbehilfe und Organspende in Frage kamen, die Frage gestellt, ob die Sterbehilfe nicht möglich sei, indem man die Anästhesie, die zum Zweck der Entnahme von Organen eingeleitet wird, so verlängert, dass der Tod folgt, d.h. eine tödliche Anästhesie, aus der man nicht mehr aufwacht. In diesem Fall würde es sich um die Entnahme von Organen *vor* dem Tod durch Sterbehilfe handeln, oder korrekter: einen Tod *infolge* der Entnahme von Organen, und somit zur Kategorie einer „Spende durch einen lebenden Spender“ gehören. Die Kommission für medizinische Ethik der Universitätsklinik Antwerpen (UZA) hat in ihrer Gutachtenanfrage auch die Frage gestellt, ob es ethisch akzeptabel ist, bei Patienten, deren Sterbehilfverfahren abgeschlossen ist, zur Entnahme ihrer Organe unter allgemeiner Anästhesie überzugehen, aus der diese nicht mehr aufwachen, oder mit anderen Worten, eine tödliche Anästhesie oder eine Anästhesie, die den Tod zur Folge hat, auszuführen.

Das Sterbehilfgesetz vom 28. Mai 2002 legt keine obligatorisch für die Sterbehilfe anzuwendende Technik fest, aber es wird darauf hingewiesen, dass das Gesetz vom 13. Juni 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen sich dem Grundsatz der Spende durch einen verstorbenen Spender fügt (*dead donor rule*). Kein einziges Organ darf bei einem lebenden Spender entnommen werden, wenn dies der Gesundheit oder dem Leben des Spenders ernsthaft schaden würde. Deshalb dürfen bei einem lebenden Spender nur eine der Nieren und

Teile der Leber entnommen werden. Jede Organentnahme, die den Tod verursacht, ist gesetzlich verboten und gemäß der Ethik und den ärztlichen Berufspflichten inakzeptabel. Deshalb war bis vor kurzem eine Herzspende nach einer Sterbehilfe unmöglich, weil ein für die Transplantation bestimmtes Herz aus medizinischen Gründen vor einem Herzstillstand beim hirntoten Spender entnommen werden musste. Die Ausführung einer Sterbehilfe verursacht jedoch einen Herzstillstand. Aus laufenden Forschungsstudien geht jetzt jedoch hervor, dass es unter speziellen Bedingungen möglich ist, nach dem Feststellen des Todes des Patienten die Herzaktivität wieder in Gang zu bringen, um eine Herztransplantation zu ermöglichen.<sup>39</sup> Patienten, die infolge von Sterbehilfe verstorben sind, könnten deshalb auch potenzielle Kandidaten für eine Herzspende sein.

## 5. Beschlüsse und Empfehlungen

### *Ein ethischer Imperativ: Die freie, fundierte Entscheidung*

In Belgien unterliegen sowohl die Organspende als auch die Sterbehilfe streng begleiteten rechtlichen Verfahren, und in juristischer Hinsicht gibt es nichts, was der Entnahme und Spende von Organen nach einer Sterbehilfe im Weg steht. Für den Ausschuss ist es wichtig, dass die gesetzlichen Bedingungen für sowohl Sterbehilfe als auch Organentnahme und -transplantation streng eingehalten werden, wenn beide Verfahren kombiniert werden. Dasselbe gilt für die gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf die Rechte des Patienten, sowie die Regeln von Eurotransplant, die ausnahmslos für Organe anwendbar sind, die nach einer Sterbehilfe erlangt wurden.

Der Ausschuss merkt an, dass die Organspende nach Sterbehilfe aus medizinischen Gründen in der Praxis **ein Verfahren erfordert, das dem Verfahren für die Organspende nach einem Tod, der nicht durch Sterbehilfe verursacht wurde, sowie auch dem Verfahren für eine „gewöhnliche“ Sterbehilfe (nicht gefolgt von einer Organentnahme) einige zusätzliche Bedingungen hinzufügt.** Einerseits müssen die Ärzte medizinische Untersuchungen an der lebenden Person ausführen, um zu prüfen, ob keine medizinischen Gegenanzeigen beim Spender vorliegen, und um den am besten kompatiblen Empfänger zu ermitteln. Andererseits kann die Sterbehilfe nicht zuhause stattfinden, weil die Operation in einem Krankenhaus und unverzüglich nach dem Tod ausgeführt werden muss, und somit folgt der Abschied der Familienmitglieder unmittelbar nach der Ausführung der Sterbehilfe. Das Gesetz über die Rechte des Patienten ist somit anwendbar und erfordert einerseits die freie und freiwillige Einwilligung

---

<sup>39</sup> van Suylen, V. et al., "Ex situ perfusion of hearts donated after euthanasia: a promising contribution to heart transplantation", *Transplantation Direct*, 2021. DOI:10.1097/TXD.0000000000001120.  
Entwistle, J. W., et al., "Normothermic regional perfusion: ethical issues in thoracic organ donation", *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2022, vol. 164, Nr. 1, S. 147-154.  
<https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2022.01.018>

nach Aufklärung des Betroffenen für Untersuchungen, die für ihn oder sie faktisch unnötig, für die Transplantation jedoch unerlässlich sind, und andererseits **die Achtung der Entscheidung des Betroffenen in Bezug auf den Ablauf der Sterbehilfe selbst.**

Unter Berücksichtigung der Gegenanzeigen gemäß Kapitel 2 sind die in diesem Gutachten bezeichneten Patienten Personen, deren Bitte um Sterbehilfe abgeschlossen/bestätigt ist und bei denen die Organentnahme medizinisch gesehen grundsätzlich möglich ist.

In dem Maße, in dem der Zweck und die Art dieser medizinischen Untersuchungen dem Patienten erklärt werden müssen, und er oder sie zustimmen muss, befindet sich dieser Patient in einer Situation, in der er oder sie auch eine ausdrückliche Entscheidung über die Entnahme seiner/ihrer Organe nach dem Tod treffen muss.

Der Ausschuss ist der Meinung, dass es in diesem Fall ethisch sehr wichtig ist, dafür zu sorgen, dass der Patient eine *freie und fundierte Entscheidung* treffen kann, sowohl im Zusammenhang mit der Sterbehilfe als auch im Zusammenhang mit der Entnahme seiner oder ihrer Organe, ohne einen moralischen Druck der Ärzte, der Familie oder der Angehörigen des Patienten.

### *Bedingungen für die ethische Vertretbarkeit einer Organentnahme nach Sterbehilfe*

Das bedeutet, dass drei kumulative Bedingungen für die ethische Annehmbarkeit einer Organentnahme nach dem Tod durch Sterbehilfe erfüllt sein müssen:

- (I) Sterbehilfe und Organspende müssen beide sowohl beim Patienten als auch beim Arzt *Gegenstand zweier gesonderter Entscheidungen und von verschiedenen beteiligten Teams bleiben.* Organspende und somit die Zustimmung zu den medizinischen Kosten müssen unabhängig vom Sterbehilfegesetz behandelt werden;
- (II) Absolutes Verbot für Ärzte, die Zustimmung zur Organentnahme als Bedingung für die Sterbehilfe zu stellen, und die Möglichkeit für Patienten, zu jedem beliebigen Zeitpunkt ihre Meinung ändern zu können;
- (III) Das medizinische Personal muss darauf achten, dass in Bezug auf die Art und den Zweck der medizinischen Untersuchungen die relevante und möglichst vollständige Information „im Vorhinein und rechtzeitig“ erteilt und nötigenfalls nochmals erläutert wird.

Aus diesen drei Bedingungen gehen einige **ethische Erwägungen und Empfehlungen** hervor, über die im Ausschuss ein **Konsens** besteht. Diese beziehen sich auf die dem Patienten und der Öffentlichkeit zu erteilende Information, die jeweilige Rolle der beteiligten medizinischen Teams, die praktische Organisation des doppelten Verfahrens und den Nutzen für jedes

Krankenhaus, um für die interne Anwendung ein Protokoll über das doppelte Verfahren zu erstellen, wobei die spezifischen Charakteristiken des Krankenhauses berücksichtigt werden. Darüber hinaus gibt es auch ethische Erwägungen und Empfehlungen, über die **kein Konsens** besteht. Diese beziehen sich sowohl auf die Rolle des Arztes bei der Entscheidung des Patienten als auch auf die Rolle der Kommission für medizinische Ethik im Entscheidungsprozess.

## ***Ethische Erwägungen und Empfehlungen, über die ein Konsens vorliegt***

Der gesamte Ausschuss ist der Meinung, dass:

1. **jede Informationserteilung oder Eröffnung eines Gesprächs** über Organentnahme, ungeachtet dessen, ob dies auf Initiative des Arztes oder in Beantwortung einer Frage des Patienten erfolgt, jedenfalls **erst stattfinden kann, nachdem der Patient selbst eine deutliche Bitte um Sterbehilfe formuliert hat** (wiederholte Bitte). Der „richtige Zeitpunkt“ für die Erteilung dieser Information kann eintreten, wenn der Patient und sein/ihr Arzt zum gemeinsamen Schluss gelangt sind, dass Sterbehilfe die einzige vernünftige Lösung ist. Die Bestimmung dieses „richtigen Zeitpunkts“ bedeutet jedoch nicht, dass keine individuelle Vorgehensweise möglich ist, im Hinblick auf die Eigenheit der Person, den persönlichen Krankheitsverlauf des Patienten, seinen oder ihren Beziehungen zu den Angehörigen oder mit sich selbst. Die medizinischen Teams beurteilen selbst, ob es erforderlich ist, **alle Berichte, die von den konsultierten Ärzten erstellt werden müssen, wie das Sterbehilfegesetz vorschreibt**, im Vorhinein zu sammeln.

In jedem Fall ist es vor allem die *Art und Weise*, in der diese Themen vorgebracht werden, die zählt, und ist es wichtig, dem Patienten deutlich zu machen, dass die Zustimmung zur Organentnahme niemals als Bedingung für die Sterbehilfe gestellt werden kann. Bei beiden Verfahren muss es bis zum Schluss möglich sein, davon abzusehen.

2. im Hinblick auf die **Art der zu erteilenden Informationen** dem Patienten Folgendes mitgeteilt werden muss.

- Nicht alle Personen, deren Bitte um Sterbehilfe angenommen wurde, sind automatisch potenzielle Spender, da einige Erkrankungen medizinisch nicht mit einer Transplantation vereinbar sind.
- Bei einer Organspende nach Sterbehilfe werden der Entscheidungsprozess sowie auch die medizinisch-technischen Schritte mit der Person selbst, die bewusst und im Vollbesitz ihres Vermögens ist, ausgeführt.
- Die Sterbehilfe muss - wenn ihr eine Organentnahme folgt - in einem Krankenhaus stattfinden oder in der Nähe eines Operationssaals und nicht, wie häufig der Fall, zuhause.
- Die Zeit zum Abschiednehmen von der verstorbenen Person wird im Fall der Organspende auf ein Minimum beschränkt sein.

- Einem Patienten, der den Wunsch geäußert hat, Organe zu spenden oder der die Zustimmung für die erforderlichen medizinischen Untersuchungen erteilt hat oder der diese Untersuchungen bereits absolviert hat, steht es zu jedem beliebigen Zeitpunkt frei, seine Meinung zu ändern und die Organspende zu verweigern.
  - Es gibt Vorschriften in Bezug auf die Organspende durch einen verstorbenen Spender, wie jene der Anonymität der Spende.
3. die beteiligten medizinischen Teams in der Praxis **die verschiedenen Schritte des doppelten Verfahrens so organisieren müssen, dass die Wünsche des Patienten maximal berücksichtigt werden und dass die praktischen Ausführungsmodalitäten für die Organentnahme so viel wie möglich daran angepasst werden.** Sobald der Patient über die zusätzlichen Bedingungen informiert wurde, insbesondere die Einschränkungen, die durch die Organentnahme dem Verlauf der Sterbehilfe auferlegt werden, **behält der Patient das Recht, selbst das Szenario der Sterbehilfe festzulegen** (Wahl der anwesenden Personen, Organisation des Abschieds) - oder, wenn seine oder ihre Wünsche mit den Anforderungen der Ärzte unvereinbar sind, von der Spende abzusehen. **Ärzte müssen dafür sorgen, dass dieses Recht ausgeübt werden kann.** Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass spezifische Anträge die übliche Arbeitsorganisation der Teams erschweren, aber sie müssen versuchen, **praktische Lösungen vorzuschlagen, um dafür zu sorgen, dass beim Patienten, der sich für eine Organspende entschlossen hat, eine Sterbehilfe angewendet wird, die so viel wie möglich seine oder ihre Wünsche berücksichtigt.**
4. **eine deutliche Trennung vorgenommen werden muss, sowohl im Hinblick auf die Entscheidungen als auch im Hinblick auf die beteiligten medizinischen Teams, zwischen einerseits dem Sterbehilfeverfahren und andererseits dem Verfahren für die Organentnahme und -transplantation.** Es ist wichtig, dass die Intervention und die Rolle der zu unterscheidenden Pflege- und medizinischen Teams dem Patienten deutlich erklärt wird. Ethisch gesehen gibt es keinen Einwand dagegen, dass der Arzt, der die Sterbehilfe ausgeführt hat, einer der drei gesetzlich vorgesehenen beauftragten Ärzte ist, die den Tod des Organspenders feststellen. Die gesetzlich vorgesehenen Garantien sind hier ausreichend.<sup>40</sup>
5. **eine Lösung für den Mangel an Informationen über das doppelte Verfahren für die Öffentlichkeit und die Krankenhausnutzer gesucht werden muss.** Die Broschüren, Websites und anderen Dokumente, die den Bürgern zur Verfügung stehen, müssen vervollständigt werden (Gemeindeverwaltung, offizielle Informations-Websites, Krankenkassen, FÖD-Volksgesundheit). In derselben Perspektive ist der Ausschuss der

---

<sup>40</sup> Siehe Artikel 11 des Gesetzes vom 13. Juni 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen.

Meinung, dass **die medizinischen Dienste eine einfache informative und erklärende Broschüre und/oder Website über Organspende in diesem Kontext allen Patienten zur Verfügung stellen müssen, die um Sterbehilfe bitten**, und zwar ausgehend von einer Besorgtheit um die Gleichbehandlung dieser Patienten, wenn die Praktiken von Ärzten und Zentren im Hinblick auf die mündliche Informationserteilung unterschiedlich sind. Das **Führen einer öffentlichen Diskussion über eventuelle Anpassungen der Formulare für die vorhergehende Willenserklärung** (sodass darin die Möglichkeit des doppelten Verfahrens von Sterbehilfe *und* Organspende aufgenommen werden) muss in Erwägung gezogen werden, unter der Maßgabe, dass die Entscheidung über solche Anpassungen dem Gesetzgeber zukommt.

6. **die betreffenden medizinischen Teams selbst**, auf Basis der im vorliegenden Gutachten angegebenen allgemeinen Grundsätze, **ein detailliertes Protokoll zur internen Anwendung** für die Behandlung von Anträgen auf Organspende nach Sterbehilfe und deren Ausführung **erstellen müssten**, unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten des Krankenhauses (Organisation der Pflege, Fachbereiche usw.), wie einige Krankenhäuser bereits tun.

### *Ethische Erwägungen und Empfehlungen, in Bezug auf die kein Konsens vorliegt*

Die Standpunkte des Ausschusses sind im Hinblick auf die Präzisierung der eventuellen Rolle des Arztes bei der Entscheidung, die der Patient treffen wird, sowie auch der möglichen Rolle des Ausschusses für medizinische Ethik in der endgültigen Entscheidung, unterschiedlich.

7. Es stellt sich die Frage, ob sich jede Informationserteilung über dieses doppelte Verfahren nur auf Patienten beziehen kann, die ihren Arzt aus eigener Bewegung um eine Organspende nach der Sterbehilfe ersucht haben, oder ob es ethisch akzeptabel oder selbst wünschenswert ist, dass der Arzt darin weiter geht, und jeden Patienten, der um Sterbehilfe gebeten hat und medizinisch für eine Organspende in Frage kommt, über die Möglichkeit einer Organspende informiert.

**Einige Mitglieder des Ausschusses sind der Meinung, dass es nicht nur ethisch akzeptabel, sondern selbst wünschenswert ist, Patienten über diese Möglichkeit zu informieren.** Dies fällt unter das Recht des Patienten auf vollständige Information. Definitionsgemäß sind Patienten, deren Bitte um Sterbehilfe abgeschlossen ist, Personen, die als entscheidungsfähig betrachtet werden. Darüber hinaus lehrt die Erfahrung, dass sie häufig den Wunsch äußern, ihrer Entscheidung für Sterbehilfe Sinn zu verleihen, indem sie eine altruistische oder solidarische Geste setzen (in unserer Gesellschaft wird Organspende als „anderen das Leben schenken“ dargestellt). Die Information durch den Arzt, unter der

Voraussetzung, dass sie korrekt erteilt wird, d.h. ohne moralischen Drück, bringt die Entscheidungsautonomie der betroffenen Person nicht in Gefahr. Schließlich nehmen diese Mitglieder an, dass die Erwägungen über den *Nutzen* und die *soziale Notwendigkeit*, eine Organspende zu ermutigen, die dem belgischen Gesetz zugrunde liegen (angenommene Zustimmung), im Kontext abgeschlossener Bitten um Sterbehilfe legitim bleiben, sofern natürlich die Bedingungen für eine freie Entscheidung des Patienten gewährleistet sind.

**Andere Ausschussmitglieder** sind dahingegen der Meinung, dass aufgrund des Vorsorgeprinzips die beteiligten Ärzte oder das beteiligte Pflegepersonal lediglich Informationen über eine Organspende nach Sterbehilfe an Patienten erteilen können, die sich selbst nach dieser Möglichkeit erkundigen. Das heißt, dass **die beteiligten Ärzte oder das Pflegepersonal darauf verzichten müssen, die Möglichkeit der Organspende selbst bei Personen zur Sprache zu bringen, die um Sterbehilfe gebeten haben, insbesondere wenn es sich um Patienten mit einer psychiatrischen Problematik handelt.** In einigen Situationen, wie jener von Patienten mit starken Gefühlen der Selbstentwertung oder einer starken Übertragungsbeziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten, besteht das Risiko, dass diese Information nicht nur als implizite Botschaft verstanden wird, als Ermutigung zum Spenden seiner oder ihrer Organe, sondern auch als Möglichkeit, dass die Sterbehilfe an Bedeutung gewinnt, und dass so die Bitte um Sterbehilfe verstärkt wird. D.h. die Erteilung dieser Information beinhaltet das Risiko einer Beeinflussung durch den Arzt, wodurch die freie Wahl des Patienten in Gefahr kommen kann.

8. Im Hinblick auf die mögliche Rolle einer Kommission für medizinische Ethik eines Krankenhauses, sind die Mitglieder einstimmig der Meinung, dass der erste Beteiligte an der Entscheidung über eine Organspende nach Sterbehilfe der Patient ist, der bei seiner oder ihrer Entscheidung vom behandelnden Arzt und von jeder anderen Person unterstützt wird, die der Patient daran beteiligen möchte. **Einige Mitglieder sind der Meinung, dass die systematische Inanspruchnahme einer Kommission für medizinische Ethik (CME) nicht erforderlich ist.** Die Erfahrung zeigt, dass eine Abstimmung der Praktiken erfolgt und man sich zu einem Konsens über einige Grundprinzipien hin entwickelt, wie aus dem vorliegenden Gutachten hervorgeht. **Andere Mitglieder** meinen, dass eine systematische Inanspruchnahme der Kommission für medizinische Ethik deutlich hilfreich und unterstützend sein kann, um in diesem heiklen und komplexen Verfahren die gewünschte Sorgfalt zu gewährleisten, die gleichzeitig eine sorgfältige Ausführung des Sterbehilfeprozesses erfordert als auch die rasche Eingliederung der gesamten praktischen Organisation für die Organentnahme und -transplantation.

Die Besprechung dieser Gutachtenanfrage begann während des fünften Mandates, durch den engeren Ausschuss 2015-2ter, bestehend aus:

Covorsitzende	Coerberichterstatte	Mitglieder	Vorstandsmitglied
R. Rubens	F. Caeymaex	D. Bron	P. Cosyns
J. Herremans	J. Herremans	E. Heinen	
	R. Rubens	R. Kramp	
		P. Cras	
		C. Herbrand	
		P. Schotsmans	
		J. Vandenberghe	

#### Sekretariat während des fünften Mandats

L. Dejager

Diese Besprechung wurde während des sechsten Mandates von der folgendermaßen zusammengesetzten Arbeitsgruppe fortgesetzt: Frau Caeymaex (Berichterstatte und Mitglied des Präsidiums), Herr Cosyns (Mitglied des Präsidiums), Frau Herremans und Herr Vandenberghe.

#### Sekretariat

L. Dejager in Zusammenarbeit mit D. Dugois; V. Weltens hat ab Oktober 2021 L. Dejager ersetzt.

#### Zu Rate gezogene Experten

Herr Luc Colenbie, Sachverständiger beim FÖD-Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt;

Prof. Dr. X. Wittebole, Klinikleiter Intensivstation an der Cliniques universitaires St-Luc (UCL).

#### Gehörte Experten

Prof. Dr. Sophie Van Cromphaut, Intensivstation und Mitglied der Spenderarbeitsgruppe UZLeuven;

Prof. Dr. em. Patrick Ferdinande, Vorsitzender der Spenderarbeitsgruppe UZLeuven;

Prof. Dr. Xavier Rogiers, Abteilungsleiter Transplantationszentrum UZGent und Vizepräsident Eurotransplant;

Prof. Dr. Didier Ledoux, Intensivmediziner und lokaler Spenderkoordinator am CHU Sart Tilman (ULg) in Lüttich;

Prof. Dr. Myriam Rimmelink, Klinikleiterin am CUB-ULB Hôpital Erasme in Brüssel;

Prof. Dr. Michel Mourad, Koordinator des Transplantationszentrums der Cliniques universitaires St-Luc (UCL) in Brüssel;

Prof. Dr. Dirk Ysebaert, Abteilungsleiter Chirurgie am UZAntwerpen, Mitglied des Verwaltungsrates von Eurotransplant.

Dieses Gutachten kann auf [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth) abgerufen werden.