



Fout middel voor een goed doel

De visie van de Rooms-Katholieke Kerk op financiële beloning van orgaandonatie

Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek, jaargang 19, nr. 2, 2009, p 50-51.

door dr. F.J. van Ittersum, internist-nefroloog, bestuurslid Stichting Medische Ethiek



[Lees het volledige artikel \(pdf\)](#)

Criteria voor de dood bij orgaanuitneming voor orgaantransplantatie onder discussie

door dr. J.A. Raymakers, secretaris Stichting Medische Ethiek



In het weekblad New England Journal of Medicine van 14 augustus 2008 stonden 4 artikelen over orgaantransplantatie waarbij in een beschouwend artikel van R.D Truog en F.G. Miller vraagtekens werden gesteld bij de geldigheid van de thans gebruikte criteria voor het overlijden.

De aanleiding was dat in een ander artikel de succesvolle transplantatie van de harten van 3 jonge kinderen werd beschreven. Alle drie hadden ernstige hersenbeschadiging door perinatale asphyxie. De gevolgde procedure was de oorzaak van de opschudding: De donoren werden dood verklaard op cardiale gronden. Na een periode van 11 to 27 minuten nadat “life support” was gestopt (de kinderen waren niet hersendood) trad asystole op en het hart werd 75 seconden tot maximaal 3 minuten daarna uitgenomen.

Terecht gaan er stemmen op die zeggen dat deze donoren niet dood waren.

Aan de andere kant wordt door bovengenoemde auteurs gesteld dat donoren die hersendood zijn en bij wie de vitale functies in stand worden gehouden er erg “levend” uitzien. Het ziet er naar uit dat dit gevoelsargument wordt gebruikt om ons concept van wat de dood werkelijk is te beïnvloeden. De essentie van de dood wordt verhuld en vervolgens kan door wettelijke regelingen een rechtvaardiging voor moreel onaanvaardbare procedures worden geforceerd. Het gaat om de definitie van de dood. De dood is het ongeschikt worden van het lichaam (het materiële substraat van de menselijke persoon) om door het onstoffelijk levensbeginsel, de ziel, geactueerd te worden tot het schepsel mens. De Kerk heeft afgaande op medisch-biologische wetenschappelijke expertise vastgesteld dat de definitieve desintegratie van de organische eenheid van het lichaam door het staken van alle functies van de hersenen het definitieve criterium voor de dood is. Daarbij is aangemerkt dat ook bij circulatiestilstand en hypoxie de hersendood het onvermijdelijke en snelle gevolg is.

Als algemene grondslag voor de ethische toelaatbaarheid van het uittrekken van organen voor transplantatie geldt nu de zogenaamde “dead donor rule”, de donor moet dood verklaard zijn. De vraag is uiteraard of de



donor dan ook altijd werkelijk dood is. Nadat in 1968 de verklaring van Harvard University over het criterium van de hersendood werd gepubliceerd en aanvaard, ook door de rooms-katholieke Kerk, is het doodscriterium in de praktijk sterk afgezwakt door ook de zogenaamde “non heart beating donors” te accepteren. Bij een deel van deze donoren wordt de dood geacht te zijn ingetreden wanneer asystole optreedt nadat – op grond van ongunstige prognose – de levensondersteunende maatregelen gestaakt zijn. De hersendood is dan het gevolg van de staken van de life support. Dit is een vaak voorkomende praktijk sinds de jaren 90. Truog en Miller stellen in hun commentaar dat de dood dan eigenlijk optreedt in het kader van eenzelfde besluitvorming als het besluit om niet te reanimeren. Maar zij maken dan niet het noodzakelijke onderscheid tussen het actief staken van een behandeling en het niet aanvangen van een behandeling.

Truog en Miller komen tot de conclusie dat de ethische toelaatbaarheid van het uittrekken van organen berust op geldig informed consent in situaties met ernstig hersenletsel en dat de “dead donor rule” onnodige en ook onacceptabele herzieningen van de definitie van het overlijden met zich mee brengt.

Dit alles is onderwerp geweest van een hoofdartikel in de Osservatore Romano, dat wordt aangehaald in een artikel op LifeSiteNews.com van John-Henry Westen op 4-9-2008. Nadat dezelfde auteur al op 14 augustus kritisch op de artikelen in The New England Journal of Medicine had gereageerd en zijn kritiek is terecht. De titel (“Brain death is not death”) is echter wat tendentiekus. De bovengenoemde auteurs willen hersendood als criterium loslaten omdat ze het praktisch ongeschikt vinden, niet omdat het geen criterium voor de dood zou zijn. Truog en Miller stellen eigenlijk voor af te zien van overlijdenscriteria omdat die toch niet met zekerheid zijn vast te stellen, zodat men altijd de kans loopt dat men niet organen aan een overledene onttrekt, maar integendeel de dood veroorzaakt door het uittrekken van de organen. Daarvoor in de plaats zou een systeem van toestemming tot staken van life support bij ernstige hersenbeschadiging, gevolgd door orgaanuittrekking moeten komen. Het probleem van de mogelijkheid dat men de dood zou verhaasten of veroorzaken wordt daarmee onder de tafel geveegd of wordt een “non-issue”.

Bij de zorg voor de zieke mens, potentiële orgaandonor of -ontvanger zal echter de eerbied voor het leven de eerste grondslag voor de besluitvorming moeten zijn.

Literatuur

- The dead donor rule and organ transplantation. Truog RD, Miller FG. New Engl J Med 359: 2008; 674-675
- The boundaries of organ donation after circulatory death. Nernat J. New Engl J Med 359: 2008; 669-671.
- Cardiac transplantation in infants. Curfman GD, Morrissey S, Drazen JM. New Engl J Med 359: 2008; 749-750
- Pediatric Heart transplantation after declaration of cardiocirculatory death. Boucek M, Mashburn C, Dunn SM, Frizell R, Edwards L, Pietra B, Campbell D. New Engl J Med 359: 2008; 709-714.
- New England Journal of Medicine: “Brain Death” is not Death – Organ donors are Alive. Will the Catholic Church now issue a firm position against vital organ donation. Westen J-H, LifeSiteNews August 14 2008.
- Vatican Newspaper: Brain Death and thus organ donation must be reconsidered. Westen J-H. LifeSiteNews September 4 2008.
- La mort cérébrale et la position de l’Eglise, par le P. Lombardi.. Bourdin AS. Zenit 3-9-2008.

De hersendood en het standpunt van de Kerk



Antwoord op een begin van een polemiek



Zenit, 3 september 2008

door Anita S. Bourdin

Het criterium dat wordt gehanteerd om met zekerheid de dood vast te stellen is “het volledig en op onomkeerbare wijze stoppen van elke hersenactiviteit” en dit moet “op de juiste wijze worden toegepast” zegt P. Lombardi.

De directeur van de persdienst van het Vaticaan, pater Federico Lombardi, heeft een stellingname gepubliceerd naar aanleiding van een artikel dat in het Italiaans verschenen is in de Osservatore Romano van 1 en 2 september 2008 over de kwestie van de hersendood van de hand van Mw. Lucetta Scaraffia, Italiaans historica en journalist. Pater Lombardi verwelkomt het artikel als een gewichtige en interessante bijdrage, maar merkt op dat het niet gezien mag worden als het standpunt van het kerkelijk leergezag.

Als standpunt van de Heilige Stoel citeert P Lombardi de toespraak van Paus Johannes Paulus II van 29 augustus 2000 tot de deelnemers aan het 18e internationale congres van de Transplantation Society. De paus heeft toen gesteld – zo meldt P. Lombardi – dat “men het de laatste tijd geaccepteerde criterium om met zekerheid de dood vast te stellen, namelijk het volkomen en onomkeerbare staken van elke hersenactiviteit, niet in tegenspraak lijkt te zijn met een goedgefundeerde anthropologie, mist het strikt wordt toegepast”.

Pater Lombardi haalt de consequenties aan die door Johannes Paulus II werden uitgewerkt: “Daarom mag een werker in de gezondheidszorg die de professionele verantwoordelijkheid draagt om het moment van de dood vast te stellen deze criteria hanteren van geval tot geval, als uitgangspunt om te komen tot een graad van zekerheid in het ethische oordeel die in de moraal wordt aangeduid als ‘morele zekerheid’”. “Deze ‘morele zekerheid’ wordt beschouwd als de noodzakelijke en voldoende grondslag voor ethisch correct handelen.” “Alleen bij een dergelijke zekerheid en wanneer de toestemming ertoe door de gever of diens wettige vertegenwoordiger is gegeven, kunnen de procedures in gang gezet worden die noodzakelijk zijn om de organen uit te nemen die voor transplantatie bestemd zijn.

De Osservatore Romano had op de voorpagina de bijdrage van Mw. Scaraffia geplaatst om aandacht te geven aan de 40e verjaardag van de publicatie van het “Harvard report”, dat als criterium voor de klinische dood de circulatiestilstand verving door het vlakke Electroencefalogram. De auteur bracht nieuwe wetenschappelijke gegevens naar voren in de vorm van voorbeelden, zoals dat van zwangere vrouwen in onomkeerbaar coma, die “in leven” gehouden worden om de voortgang van de zwangerschap mogelijk te maken tot aan de geboorte van het kind. “De veertigste verjaardag van de nieuwe definitie van de hersendood lijkt een gelegenheid om de discussie op wetenschappelijk niveau en binnen de katholieke Kerk te heropenen”, suggereert mw. Scaraffia.

Nederlandse vertaling van “La mort cérébrale et la position de l’Eglise, par le P. Lombardi, Réponse à un début de polémique” door dr. J.A. Raymakers.

La mort cérébrale et la position de l’Eglise, par le P. Lombardi

Réponse à un début de polémique

Anita S. Bourdin

Le critère adopté pour déclarer avec certitude la mort, est “la cessation complète et irréversible de toute

activité cérébrale” et doit être “correctement appliqué”, rappelle le P. Lombardi.

Le directeur de la salle de presse du Vatican, le P. Federico Lombardi, a publié une mise au point à la suite d’un article paru dans L’Osservatore Romano (OR) en italien des 1er et 2 septembre 2008 sur la question de la mort cérébrale, signé par Mme Lucetta Scaraffia, historienne et journaliste italienne. Le P. Lombardi salue l’article comme “une contribution intéressante et de poids” mais fait observer qu’il “ne peut être considéré comme une position du Magistère de l’Eglise”.

Pour la position du Saint-Siège, le P. Lombardi cite le discours de Jean-Paul II du 29 août 2000 aux participants du congrès international de la Société des transplantations. Le pape a alors affirmé, rappelle le P. Lombardi, que “l’on peut dire que le critère adopté récemment pour déclarer avec certitude la mort, c’est-à-dire la cessation complète et irréversible de toute activité cérébrale, s’il est rigoureusement appliqué, ne semble pas en conflit avec les éléments essentiels d’une anthropologie sérieuse”.

Le P. Lombardi cite les conséquences dégagées par Jean-Paul II : “C’est pourquoi, un agent de la santé ayant la responsabilité professionnelle d’établir le moment de la mort peut utiliser ces critères au cas par cas, comme base pour arriver à un degré d’assurance dans le jugement éthique que la doctrine morale qualifie de “certitude morale”. Cette “certitude morale” est considérée comme la base nécessaire et suffisante pour agir de façon éthiquement correcte”.

“Ce n’est qu’en présence d’une telle certitude et lorsque l’accord informé a été donné par le donneur ou par le représentant légitime, qu’il est moralement légitime de mettre en acte les procédures techniques nécessaires pour prélever les organes destinés à la transplantation”, concluait le pape, comme l’a rappelé le P. Lombardi.

L’OR avait publié à l’occasion la réflexion de Mme Scaraffia pour marquer le 40e anniversaire de la publication du “rapport de Harvard” qui remplaçait, comme critère de la mort clinique, l’arrêt cardio-vasculaire par l’électro-encéphalogramme plat. L’auteur évoquait de nouveaux éléments scientifiques sur la base d’exemples comme celui des femmes enceintes dans un coma irréversible et maintenues “en vie” pour permettre la poursuite de la grossesse jusqu’à naissance de l’enfant.

“Le quarantième anniversaire de la nouvelle définition de la mort cérébrale semble l’occasion de rouvrir la discussion sur les plans scientifiques comme au sein de l’Eglise catholique”, suggère Mme Scaraffia.

40 jaar na het rapport van Harvard - De tekenen van de dood

L’Osservatore Romano, 3 september 2008
door Lucetta Scaraffia

Veertig jaar geleden, tegen het einde van de zomer van 1968, veranderde het zogenaamde rapport van Harvard de definitie, van de dood. Die was niet meer gebaseerd op de cardiocirculatoire stilstand maar op het vlakke encefalogram: van toen af is het orgaan dat de dood aangeeft niet meer alleen het hart maar de hersenen. Het gaat hier over een radicale wijziging in de opvatting over de dood – die het probleem van het staken van kunstmatige beademing heeft opgelost, maar vooral de transplantatie van organen heeft mogelijk gemaakt – een opvatting, die werd aangenomen door alle ontwikkelde landen (waar het mogelijk was dergelijke transplantaties te realiseren) met uitzondering van Japan.



Ook de katholieke Kerk heeft, door in te stemmen met orgaantransplantatie, impliciet deze definitie van de dood aangenomen, maar met grote terughoudendheid: in de Staat Vaticaanstad, bijvoorbeeld, wordt de verklaring van cerebrale dood niet gehanteerd. De rechtsfilosoof Paolo Becchi herinnert hieraan in een boek (*Morte cerebrale e trapianto di organi*, Morcelliana) dat op heldere wijze de huidige situatie aanpakt, die nu veel complexer en controversiëler is. Daarnaast zet hij de geschiedenis van de definitie en van de debatten die erop volgden in de jaren zeventig, waarvan ongetwijfeld Hans Jonas de protagonist en de bron was, nog eens uiteen.

De reden waardoor deze nieuwe definitie zo snel werd geaccepteerd was, dat ze niet gelezen werd als een radicaal veranderd concept van de dood, maar slechts – zo schrijft Becchi – als “een gevolg van het technologische proces dat aan de geneeskunde meer betrouwbare instrumenten ter beschikking had gesteld om het verlies van de hersenfuncties vast te stellen”. De wetenschappelijke rechtvaardiging van deze keus is gelegen in een bijzondere definitie van het zenuwstelsel, die thans weer ter discussie gesteld wordt door nieuw onderzoek, dat het feit dat de dood van de hersenen de disintegratie van het lichaam meebrengt in twijfel trekt.

Zoals in 1992 werd aangetoond door het geruchtmakende geval van een vrouw die in irreversibel coma was geraakt en hersendood was verklaard voordat men beseftte dat ze zwanger was; er werd toen besloten de zwangerschap te laten voortgaan en deze verliep volgens de regels tot er een spontane abortus optrad. Deze en vele andere analoge casus die afgesloten werden met de geboorte van het kind hebben vraagtekens geplaatst bij het idee dat het in dergelijke omstandigheden gaat om reeds dode lichamen, om cadavers, waaruit organen ge-explanteerd worden. Het lijkt daarom dat Jonas gelijk heeft, wanneer hij vermoedt dat de nieuwe definitie van de dood als motivatie had het belang, dwz de noodzaak om transplantatieorganen te verwerven, veeleer dan wetenschappelijke vooruitgang.

Natuurlijk is er in de wetenschappelijke wereld een debat geopend, deels bijeengebracht in het boek, verzorgd door Roberto de Mattei *Finis Vitae*, “Is brain death still life” (Rubettino), waarin de bijdragen – van neurologen, juristen en filosofen uit de VS en Europa eensgezind verklaren dat de hersendood niet de dood van het menselijke wezen is. Het risico het coma (de dood van de hersenschors) te verwarren met de hersendood is altijd mogelijk. En die zorg wordt ook uitgedrukt in het buitengewoon consistorie uit 1991 van kardinaal Ratzinger in zijn voordracht over het probleem van de bedreigingen van het menselijke leven: “Eens, zullen zij die door ziekte of ongeval in een ‘irreversibel’ coma zijn geraakt ter dood gebracht worden als antwoord op de vraag naar orgaantransplantatie of zullen ook dienen voor medische experimenten (‘warme cadavers’)”.

Deze overwegingen betekenen uiteraard ook nieuwe problemen voor de katholieke Kerk, wier aanvaarding van het uitnemen van organen bij hersendode patiënten in het kader van de volledige en absolute verdediging van het leven, alleen berust op een vermeende wetenschappelijke zekerheid, dat ze werkelijk cadavers zijn. Maar het in twijfel trekken van de criteria van Harvard opent andere problemen voor de katholieken: het idee dat de menselijke persoon ophoudt te bestaan wanneer de hersenen niet meer functioneren, terwijl zijn organisme – dankzij kunstmatige beademing – in leven wordt gehouden, betekent een identificatie van de persoon met enkel de hersenactiviteit. Dit is in tegenspraak met het concept van de persoon volgens de katholieke leer en vandaar met de richtlijnen van de Kerk ten opzichte van gevallen van blijvend coma. Zoals Peter Singer heeft opgemerkt, die een standpunt tegengesteld aan dat van de katholieke Kerk inneemt: “Wanneer de katholieke theologen dit standpunt kunnen accepteren in geval van hersendood, dan moeten ze ook in staat zijn het te accepteren in geval van anencefalie.”

“Bij het samenvatten van de kwestie”, schrijft Becchi, “is meer en meer duidelijk dat de fout is geweest het ethisch-juridisch probleem te hebben willen oplossen met een vermeende wetenschappelijke definitie”, terwijl de behoefte aan transplantaties “niet wordt opgelost met een medisch-wetenschappelijke definitie van de dood”, maar via de uitwerking van “criteria die ethisch en juridisch houdbaar en overdraagbaar zijn”. De



Pauselijke Academie voor Wetenschappen – die zich in de jaren tachtig heeft uitgesproken ten gunste van het Harvard-rapport – is in 2005 teruggekomen op dat thema met een congres over “De tekenen van de dood”. De veertigste verjaardag van de nieuwe definitie van de hersendood schijnt daarom de discussie te heropenen, zowel vanuit algemeen wetenschappelijke oogpunt als in katholieke kring. Daarbinnen is immers de aanvaarding van de Harvard-criteria een beslissende factor voor veel andere bioethische kwesties die heden ten dage voor ons liggen. Daardoor zou op het ogenblik een van de weinige punten weer ter discussie gesteld kunnen worden waarover in de afgelopen decennia tussen leken en katholieken overeenstemming is bereikt.

Vertaling: dr. J.A. Raymakers

Oorspronkelijke tekst

A quarant'anni dal rapporto di Harvard: I segni della morte

L'Osservatore Romano n. 205, mercoledì 3 settembre 2008
di Lucetta Scaraffia

Quarant'anni fa, verso la fine dell'estate del 1968, il cosiddetto rapporto di Harvard cambiava la definizione di morte basandosi non più sull'arresto cardiocircolatorio, ma sull'encefalogramma piatto: da allora l'organo indicatore della morte non è più soltanto il cuore, ma il cervello. Si tratta di un mutamento radicale della concezione di morte – che ha risolto il problema del distacco dalla respirazione artificiale, ma che soprattutto ha reso possibili i trapianti di organo – accettato da quasi tutti i Paesi avanzati (dove è possibile realizzare questi trapianti), con l'eccezione del Giappone. Anche la Chiesa cattolica, consentendo il trapianto degli organi, accetta implicitamente questa definizione di morte, ma con molte riserve: per esempio, nello Stato della Città del Vaticano non è utilizzata la certificazione di morte cerebrale. A ricordare questo fatto è ora il filosofo del diritto Paolo Becchi in un libro (*Morte cerebrale e trapianto di organi, Morcelliana*) che – oltre a rifare la storia della definizione e dei dibattiti seguiti negli anni Settanta, tra i quali il più importante e senza dubbio quello di cui fu protagonista Hans Jonas – affronta con chiarezza la situazione attuale, molto più complessa e controversa.

Il motivo per cui questa nuova definizione è stata accettata così rapidamente sta nel fatto che essa non è stata letta come un radicale cambiamento del concetto di morte, ma soltanto – scrive Becchi – come «una conseguenza del processo tecnologico che aveva reso disponibili alla medicina più affidabili strumenti per rilevare la perdita delle funzioni cerebrali». La giustificazione scientifica di questa scelta risiede in una peculiare definizione del sistema nervoso, oggi rimessa in discussione da nuove ricerche, che mettono in dubbio proprio il fatto che la morte del cervello provochi la disintegrazione del corpo.

Come dimostro nel 1992 il caso clamoroso di una donna entrata in coma irreversibile e dichiarata cerebralmente morta prima di accorgersi che era incinta; si decise allora di farle continuare la gravidanza, e questa proseguì regolarmente fino a un aborto spontaneo. Questo caso e poi altri analoghi conclusi con la nascita del bambino hanno messo in questione l'idea che in questa condizione si tratti di corpi già morti, cadaveri da cui espiantare organi. Sembra, quindi, avere avuto ragione Jonas quando sospettava che la nuova definizione di morte, più che da un reale avanzamento scientifico, fosse stata motivata dall'interesse, cioè dalla necessità di organi da trapiantare.

Naturalmente, in proposito si è aperta nel mondo scientifico una discussione, in parte raccolta nel volume, curato da Roberto de Mattei, *Finis vitae. Is brain death still life?* (Rubbettino), i cui contributi – di neurologi, giuristi e filosofi statunitensi ed europei – sono concordi nel dichiarare che la morte cerebrale non è la morte dell'essere umano. Il rischio di confondere il coma (morte corticale) con la morte cerebrale è sempre possibile. E questa preoccupazione venne espressa al concistoro straordinario del 1991 dal cardinale Ratzinger nella sua

relazione sul problema delle minacce alla vita umana: «Piu tardi, quelli che la malattia o un incidente faranna cadere in un coma “irreversibile”, saranno spesso messi a morte per rispondere alle domande di trapianti d’organo o serviranno, anch’essi, alla sperimentazione medica (“cadaveri caldi”)>».

Queste considerazioni aprono ovviamente nuovi problemi per la Chiesa cattolica, la cui accettazione del prelieva degli organi da pazienti cerebralmente morti, nel quadro di una difesa integrale e assoluta della vita umana, si regge soltanto sulla presunta certezza scientifica che essi siano effettivamente cadaveri. Ma la messa in dubbio dei criteri di Harvard apre altri problemi bioetici per i cattolici: l’idea che la persona umana cessi di esistere quando il cervello non funziona piu, mentre il suo organismo – grazie alla respirazione artificiale – e mantenuta in vita, comporta una identificazione della persona con le sole attivita cerebrali, e questa entra in contraddizione con il concetto di persona secondo la dottrina cattolica, e quindi con le direttive della Chiesa nei confronti dei casi di coma persistente. Come ha fatto notare Peter Singer, che si muove su posizioni opposte a quelle cattoliche: «Se i teologi cattolici possono accettare questa posizione in caso di morte cerebrale, dovrebbero essere in grado di accettarla anche in caso di anencefalie».

Facendo il punto sulla questione, Becchi scrive che «l’errore, sempre piu evidente, è stata quella di aver voluto risolvere un problema etico-giuridico con una presunta definizione scientifica», mentre il nodo dei trapianti «non si risolve con una definizione medico-scientifica della morte», ma attraverso l’elaborazione di «criteri eticamente e giuridicamente sostenibili e condivisibili». La Pontificia Accademia delle Scienze – che negli anni Ottanta si era espressa a favore del rapporto di Harvard – nel 2005 e tornata sul tema con un convegno su «i segni della morte». Il quarantesimo anniversario della nuova definizione di morte cerebrale sembra quindi riaprire la discussione, sia dal punto di vista scientifico generale, sia in ambito cattolico, al cui interno l’accettazione dei criteri di Harvard viene a costituire un tassello decisivo per molte altre questioni bioetiche oggi sul tappeto, e per il quale al tempo stesso costa rimettere in discussione uno dei pochi punti concordati tra laici e cattolici negli ultimi decenni.

New England Journal of Medicine: ‘Brain death’ is not death – organ donors are alive

Life Site News, 14 augustus 2008

by John-Henry Westen

In an article that is sure to rock the world of organ donation, the highly respected New England Journal of Medicine (NEJM) has published an article which backs up the objections of various pro-life groups, as well as some scientists and physicians, to certain types of organ donation which involve the removal of vital organs from patients believed to be dead. The problem, say the authors of the NEJM article, is that in many cases these patients may not be dead at all.

Key experts in the medical field have, since its inception, considered the 1968 invention of ‘brain death’ and the more recent criteria of ‘cardiac death’ as unsupportable criteria for true death. If it is true, however, that brain death and cardiac death are invalid as criteria for true death, it would make morally illicit vital organ donation, since such donation would in some cases result directly in the killing of the donor for the purpose of harvesting his organs.

The two authors of the article in the NEJM, both proponents of organ donation, argue that “as an ethical



requirement for organ donation, the dead donor rule has required unnecessary and unsupportable revisions of the definition of death.”

The article was co-authored by Dr. Robert D. Truog, a professor of medical ethics and anesthesia (pediatrics) in the Departments of Anesthesia and Social Medicine at Harvard Medical School and the Division of Critical Care Medicine at Children’s Hospital Boston and Dr. Franklin G. Miller, a faculty member in the Department of Bioethics, National Institutes of Health, Bethesda, MD.

The many cases hitting the media of patients pronounced ‘brain dead’ and living to tell their stories have already led the public to question the notion of ‘brain death’. [A recent case in France](#) where a patient revived on the operating table as surgeons were about to remove his organs, is only the latest in a string of such events.

Truog and Miller, after admitting that the scientific literature does not support the criteria for ‘brain death’ and ‘cardiac death’ as being real death, suggest instead that ethicists should simply remove the requirement for dead donors. “The uncomfortable conclusion to be drawn from this literature is that although it may be perfectly ethical to remove vital organs for transplantation from patients who satisfy the diagnostic criteria of brain death, the reason it is ethical cannot be that we are convinced they are really dead,” they write.

Similarly they note that with ‘cardiac death’, “although it may be ethical to remove vital organs from these patients, we believe that the reason it is ethical cannot convincingly be that the donors are dead.” Truog and Miller suggest that, rather than insisting on dead donors, “ethical requirements of organ donation” should be looked at “in terms of valid informed consent under the limited conditions of devastating neurologic injury.”

However, the dead donor criteria is precisely the thing that most moral ethicists agree makes it ethical to remove vital organs for transplant. Doing otherwise would constitute actively killing a person via removal of their vital organs.

In his August 29, 2000 [address to the 18th International Congress of the Transplantation Society](#), Pope John Paul II stressed: “vital organs which occur singly in the body can be removed only after death, that is from the body of someone who is certainly dead.” He added: “This requirement is self-evident, since to act otherwise would mean intentionally to cause the death of the donor in disposing of his organs.”

Now that a prominent medical journal has come out and stated that brain death and cardiac death are invalid criteria for true death, some are hoping that the Catholic Church, which has not issued a formal position on vital organ donation, will officially come out in opposition to the practice – a practice which takes place in many Catholic hospitals throughout the world.

“The setting out of these facts should by all rights lead to a cessation of complete removal of any vital organ at Catholic hospitals”, said Dr. John Shea, medical consultant to LifeSiteNews.com, who has written extensively on the subject of organ donation.

Masterplan orgaandonatie “De vrijblijvendheid voorbij”

Advies van de Coördinatiegroep Orgaandonatie aan minister dr. A. Klink van VWS. Het Masterplan adviseert Actieve Donorregistratie in te voeren.



Masterplan orgaandonatie 2008

Orgaandonatie & menselijke waardigheid

Pro Vita Humana 2008 (15), nr. 2, p 29-35

door mr.dr. M.A.J.M. Buijsen, gezondheidsjurist en rechtsfilosoof, universitair hoofddocent
Insituut BMG, Erasmus MC/Erasmus Universiteit Rotterdam



Bewerking van een lezing gehouden op het symposium 'Orgaandonatieshow als promotiestunt?' dat plaatsvond op 1 maart jl. te Moergestel, en werd georganiseerd door de Stichting SOKA.

1. Inleiding

Anno 2008 bieden de transplantatiewachttijsten in Nederland een weinig florissante aanblik. Terwijl de medisch-technische mogelijkheden om orgaanbehoefte patiënten te helpen sterk zijn toegenomen, zijn de wachttijsten onverminderd lang en vindt er vermijdbare sterfte plaats. Zo bevonden zich op 31 december 2007 916 patiënten op de wachtlijst voor niertransplantaties. De gemiddelde wachtduur van met postmortale nieren getransplanteerde patiënten bedroeg in dat jaar 1166 dagen. (1) Op diezelfde datum was van 5.190.375 burgers bekend welke keuze zij gemaakt hebben ten aanzien van orgaandonatie. Van de geregistreerden blijkt 58,9% toestemming voor postmortale donatie te hebben gegeven. Van hen heeft 30,5% bezwaar gemaakt en 12,6 % heeft laten weten de beslissing over te willen laten aan de nabestaanden of een met name genoemd persoon. (2) Met andere woorden, van slechts 40% van de Nederlandse volwassen bevolking is de keuze bekend.

In de huidige Wet op de orgaandonatie (WOD) is bepaald dat indien van een persoon geen verklaring omtrent het verwijderen van organen aanwezig is, daarvoor na het intreden van de dood toestemming kan worden verleend door de bij zijn overlijden met hem samenlevende echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel, dan wel bij afwezigheid of onbereikbaarheid van deze door de onmiddellijk bereikbare meerderjarige bloedverwanten tot en met de tweede graad dan wel bij afwezigheid of onbereikbaarheid van dezen door de onmiddellijk bereikbare aanverwanten tot en met de tweede graad. Betreft het een minderjarige van twaalf jaar of ouder waarvan geen wilsverklaring bekend is, dan kan de toestemming worden verleend door de ouders die de ouderlijke macht uitoefenen, of de voogd. (3)

De tweede evaluatie van de WOD bracht aan het licht dat 71 % van de nabestaanden van niet-geregistreerden geen toestemming blijkt te verlenen wanneer om donatie gevraagd wordt. (4) Dit gegeven, gevoegd bij het onverwacht lage aantal burgers dat sinds de inwerkingtreding van de wet hun keuze kenbaar heeft gemaakt, maakt dat de wetgeving vooralsnog niet tot gevolg heeft gehad dat de transplantatiewachttijsten (en daarmee de sterfte onder patiënten) korter zijn geworden. Dit terwijl destijds vergroting van het aanbod van donororganen toch een hoofddoelstelling van de nieuwe wet was, naast rechtszekerheid, de rechtvaardige verdeling van beschikbare donororganen en het voorkomen en tegengaan van orgaanhandel.

In het recente verleden is een aantal voorstellen gedaan om het tekort aan beschikbare donororganen terug te dringen. In het hiernavolgende ga ik na of en in welke mate zij de toets van de mensenrechten kunnen



doorstaan. Dat het daarbij gaat om mensenrechten opgenomen in verdragen die Nederland vooralsnog niet heeft geratificeerd, (5) interesseert me op deze plaats minder. Over de precieze positiefrechtelijke betekenis van dat feit heb ik me elders uitgelaten, (6) op deze plaats is het me te doen om de materiële vraag.

2. Recente voorstellen

In *Gift of bijdrage? Over morele aspecten van orgaandonatie* (2003) maakt de Amsterdamse ethicus Den Hartogh zich niet alleen sterk voor een geen-bezwaarsysteem (iedereen is potentieel donor, tenzij daartegen uitdrukkelijk bezwaar wordt gemaakt) maar bepleit hij tevens de invoering van een bonuspuntensysteem. (7)

Nu is in het verleden wel vaker gepleit voor een ander beslissysteem (varianten van het geen-bezwaarsysteem komen overigens het meeste voor in Europa, slechts de Bondsrepubliek, het Verenigd Koninkrijk en Nederland kennen varianten van het toestemmingssysteem: niemand is donor, tenzij daarvoor uitdrukkelijk toestemming is gegeven), maar de bonuspuntengedachte was nieuw. Doneren is de regel, zo lezen we, maar weigeren moet mogelijk blijven. Wel mag weigeren volgens Den Hartogh onaantrekkelijker gemaakt worden. Hij stelt daarom voor om bij de toewijzing van organen rekening te houden met de donatiebeslissing van degenen die op de wachtlijst staan. Potentiële donoren krijgen daarvoor bonuspunten. Bij gelijke medische geschiktheid geven de bonuspunten doorslag en krijgt de potentiële donor voorrang boven iemand die met een bezwaar geregistreerd staat. Volledige uitsluiting van weigeraars vindt de ethicus te hard, maar lagere plaatsing op de wachtlijst acht hij wel geoorloofd. En wie de beslissing overlaat aan de nabestaanden, krijgt geen bonuspunten. Alleen bij non-registratie acht Den Hartogh het honoreren van bezwaar van de familie tegen orgaanuitname verdedigbaar. (8)

De gedachte achter Den Hartoghs voorstel is eenvoudig. Omdat het eigenbelang gediend kan zijn met registratie, mag verwacht worden dat het aanbod van post mortem donororganen zal toenemen, misschien wel in die mate dat zelfs orgaanbehoeftige patiënten die zichzelf als bezwaarde hebben laten registreren, sneller geholpen zouden kunnen worden dan voor de invoering van het arrangement mogelijk zou zijn geweest. Hoewel het plan dus inspeelt op het eigenbelang, zou toch iedereen er beter van kunnen worden. Over de bezwaren die aan het systeem kleven, komen we nog te spreken.

Het tweede voorstel heeft betrekking op donatie bij leven. Door het structurele tekort aan voor transplantatie beschikbare postmortale organen, is dit alternatief in Nederland belangrijker geworden. Het betreft vooral levende nierdonatie. Op dat gebied heeft zich de afgelopen jaren een aanzienlijke uitbreiding van de mogelijkheden voorgedaan. Ging het aanvankelijk om vormen van 'familietransplantatie', inmiddels hoeft van verwantschap tussen donor en ontvanger geen sprake meer te zijn. Iedereen kan in beginsel voor een ander als levende nierdonor optreden. Wel moet de bloedgroep passen en mag er geen sprake zijn van een belemmerende afweerreactie tussen donor en ontvanger. Inmiddels wordt 41 % van het jaarlijkse aantal niertransplantaties in ons land uitgevoerd met een nier van een levende donor. (9)

Een verdere vergroting van de mogelijkheden op dit gebied is bereikt met het succesvolle Nederlandse programma voor cross-over nierdonatie. Patiënten die vanwege een niet passende bloedgroep of afweerreactie niet rechtstreeks geholpen kunnen worden door de persoon die aan hen een nier wil afstaan, kunnen met hun donor deelnemen aan dit nationale uitwisselingsprogramma van levende nieren. Ook met dat cross-over programma kunnen echter niet alle donor/ontvangerparen geholpen worden. Dat geldt vooral voor paren waarvan de patiënt bloedgroep 0 heeft. De kans dat een O-donor in het cross-over programma gevonden wordt is klein, aangezien personen met bloedgroep 0 in beginsel aan ontvangers met iedere bloedgroep kunnen doneren. Maar ook bij afweerproblemen tussen donor en ontvanger kan binnen het cross-over programma niet altijd een goede match gevonden worden. (10)

Voor dit probleem is het ruilen met de wachtlijst ('Living Donor List Exchange': LDLE) bedacht. Dit houdt in dat een ruil plaatsvindt tussen in het cross-over programma niet te helpen donor/ontvangerparen aan de ene kant



en de lijst van patiënten die wachten op een postmortale nier aan de andere kant. De nier van de donor van de langs deze weg te helpen patiënt wordt gegeven aan de eerste voor transplantatie in aanmerking komende patiënt op de wachtlijst. In ruil daarvoor krijgt de patiënt aan wie hij of zij in eerste instantie had willen doneren een hoge urgentie voor het ontvangen van een zo goed mogelijke nier uit de pool van postmortale nieren. (11)

LDLE betekent dat meer patiënten via levende donatie aan een nier geholpen kunnen worden dan anders het geval zou zijn, terwijl het aantal voor de postmortale wachtlijst beschikbare nieren gelijk blijft. Voor een deel van de patiënten zal dit arrangement gunstig uitpakken: ze komen eerder aan de beurt en degenen die het geluk treft een levende nier te mogen ontvangen zijn daarmee beter af dan met het postmortale orgaan waar ze op wachtten. Voor patiënten met bloedgroep O is het effect echter ongunstig. Voor hen neemt de gemiddelde wachtduur toe. (12)

LDLE wordt momenteel nog uitsluitend in de Verenigde Staten toegepast, omdat in dit land – net als in Nederland – veel donatie bij leven plaatsvindt. De Nederlandse Transplantatie Stichting wilde enige tijd geleden LDLE graag in de praktijk beproeven. Zij wendde zich daarom tot de Minister van VWS met het verzoek ruimte te maken voor een pilot. De Gezondheidsraad, door de Minister om advies gevraagd, ontraadde dit uiteindelijk. (13) Erkend werd dat het ruilen met de wachtlijst grote voordelen met zich meebrengt. Niet alleen komen er extra nieren beschikbaar waardoor meer mensen een transplantatie kunnen krijgen, die nieren zijn ook nog eens van hoge kwaliteit en geven uitzicht op een langdurige transplantatoeverleving. Verder betekent LDLE dat levende donatie voor wie daaraan begint een minder ongewis avontuur wordt. Ook als het niet direct lukt, is er uiteindelijk toch uitzicht op een succesvolle transplantatie: een doodlopende weg hoeft het niet meer te zijn. (14) Nadelen zijn er echter ook, zoals ook de Gezondheidsraad moest constateren.

In opdracht van een ander adviesorgaan, de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) onderzochten de ethici Hilhorst en Van Dijk weer een andere optie: de financiële stimulering van orgaandonatie. Zij stelden vast dat voor het tekort aan organen die beschikbaar komen voor transplantatie een grote menselijke en maatschappelijke prijs betaald wordt; een prijs die eerder groter dan kleiner wordt, omdat mensen steeds vaker hun toevlucht zoeken tot de illegale handel in nieren van levende donoren, met alle misstanden die zich daarin voordoen. (15) Hilhorst en Van Dijk erkennen dat betaling van organen in eerste instantie gevoelens van afkeer oproepen, maar stellen zich vervolgens de vraag of de heersende opvatting dat een orgaan alleen een geschenk kan zijn niet betekent dat we daarmee kansen laten liggen. Zijn er misschien geen mogelijkheden die, bij een zorgvuldige beschouwing, ethisch gezien goed zouden passen in ons waardensysteem en die ook praktisch gezien het overwegen waard zijn?

De beide ethici verwachten niet al teveel van het financieel stimuleren van postmortale orgaandonatie. Het beschikbare potentieel is immers beperkt en neemt steeds verder af. Ethisch gezien zijn er in hun ogen geen bezwaren tegen beloningen die niet contant worden uitgekeerd, maar die mensen ontvangen in de vorm van een vrijstelling van kosten, zoals ziektekosten of begrafeniskosten. Anders dan bij (bijvoorbeeld) een gratis paspoort, blijft zo de relatie met de zorg bewaard. Dat geldt ook voor bepaalde vormen van immateriële beloning, zoals een zekere voorrang op de wachtlijst voor geregistreerden. Hilhorst en Van Dijk stellen daarom voor de volgende stimulansen voor registratie als donor te overwegen:

1. een eenmalige korting geven op de ziektekostenpremie, en
2. een iets hogere plaats toekennen op een wachtlijst voor orgaandonatie, mocht iemand die zich registreert daar later gebruik van moeten maken. (16)

Als donatie daadwerkelijk aan de orde is, valt er volgens de ethici vooral winst te boeken door het aantal weigeringen door nabestaanden terug te dringen. Daarvoor achten zij de volgende stimulansen het overwegen waard:



1. een beloning aan nabestaanden wanneer zij toestemming geven voor orgaandonatie, bijvoorbeeld in de vorm van een vergoeding van begrafenis kosten, en
2. (nog) meer ondersteuning aan professionals, voor goede algemene voorlichting, ondersteuning bij beslissingen rond het levenseinde, en communicatie met en begeleiding van naasten. (17)

Tenslotte zien ook Van Dijk en Hilhorst dat donatie bij leven in Nederland een steeds prominentere rol gekregen heeft. Hun ethische analyse wijst uit dat betaling onder bepaalde omstandigheden moreel te rechtvaardigen is, zolang tenminste vastgehouden wordt aan de fundamentele basisprincipes van vrijwilligheid en gelijke toegang. Betaling en vrijwilligheid blijken elkaar volgens deze ethici niet uit te sluiten en betaling en altruïsme kunnen goed samengaan. De beste optie is in hun ogen een levenslange vergoeding van de ziektekostenpremie toe te kennen aan levende donoren. Dit middel zou het meeste recht doen aan de morele intuïtie van velen dat organen geen dingen zijn waar je geld voor zou moeten krijgen. Deze optie heeft ook als voordeel dat het minder voor de hand ligt dat mensen met financiële problemen voor levende donatie zullen kiezen. (18)

3. Internationale verdragen

Zoals gezegd is Nederland momenteel niet partij bij een verdrag waarin afspraken over orgaandonatie en -transplantatie zijn gemaakt. Daarmee is niet gezegd dat er over de wijze waarop met mensenrechten in deze context dient te worden omgesprongen in het geheel geen internationale afspraken zijn gemaakt. Dat is namelijk wel het geval en zelfs binnen het raamwerk van de Raad van Europa: de voor Nederland meest invloedrijke organisatie op het gebied van de mensenrechtenbescherming. De Raad van Europa (RvE) is het geheel van staten, waaronder Nederland, die partij zijn bij het uit 1950 stammende Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). (19) Sinds dat jaar legt de RvE zich toe op de verdere uitwerking van de EVRM-bepalingen. Binnen het raamwerk van de RvE zijn inmiddels een kleine tweehonderd mensenrechtenverdragen ontwikkeld. Nederland is partij bij verreweg de meeste RvE-mensenrechtenverdragen.

In 1997 kwam het Verdrag voor de bescherming van de mensenrechten en de menselijke waardigheid met betrekking tot de toepassing van biologie en geneeskunde (het zogenaamde Biogeneeskundeverdrag) tot stand. (20) In dit verdrag zijn enkele bepalingen opgenomen met betrekking tot levende orgaandonatie. Bij het Biogeneeskundeverdrag is Nederland geen partij (21 Europese landen overigens wel), maar de huidige Staatssecretaris van VWS heeft onlangs (in haar op 7 september jl. gepubliceerde Beleidsbrief Ethiek) laten weten stappen te zullen ondernemen om de ratificatie op korte termijn te laten plaatsvinden. Na de toekomstige ratificatie weet Nederland zich dus gebonden aan de bepalingen van dit Biogeneeskundeverdrag.

De bepalingen ter zake van levende orgaandonatie worden voorafgegaan door algemene bepalingen die betrekking hebben op het recht op toegang tot gezondheidszorg, het recht op behandeling volgens medisch-professionele standaarden, 'informed consent', de bescherming van wilsbekwamen, informatieverstrekking, privacybescherming, het menselijk genoom, medisch-wetenschappelijk onderzoek, et cetera. Deze bepalingen zijn ook van toepassing op orgaantransplantatie, ongeveer zoals de bepalingen van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) gelden voor elke medische ingreep, indien en voor zover er geen specifiekere bepalingen zijn.

Hoofdstuk VI bevat enkele bepalingen die specifiek betrekking hebben op donatie door levende donoren. Zo stelt artikel 19, eerste lid, dat de verwijdering van organen en weefsels bij levenden voor transplantatiedoeleinden uitsluitend mag plaatsvinden

- a. ten behoeve van een therapeutische voordeel aan de zijde van de ontvanger, en
- b. indien er geen geschikt weefsel of orgaan voorhanden is afkomstig van een dode donor en er geen andere



therapeutische methode bestaat van vergelijkbare effectiviteit.

Het zogenaamde *Explanatory Report*, de gezaghebbende uitleg gegeven door de opstellers van de verdragstekst, voegt eraan toe dat Hoofdstuk VI niet van toepassing is op bloedtransfusie. In het bijzonder denkt men bij organen in dit verband aan lever, nier, long en alvleesklier. In het *Report* wordt ook gesteld dat dialyse niet te beschouwen is als een behandeling die even effectief is (in termen van kwaliteit van leven) als de transplantatie van een nier, (21) waarmee verwijdering van een nier dus gelegitimeerd is indien de donor geïnformeerde toestemming gegeven heeft.

Het tweede lid van die bepaling vult de algemene bepaling ter zake van 'informed consent' aan met de eis dat de toestemming van de donor expliciet gegeven moet zijn, en meer specifiek schriftelijk vastgelegd of gedaan ten overstaan van een bevoegde instantie, waarbij aan een notaris of een rechtbank te denken valt, aldus het *Explanatory Report*. Het *Report* voegt hieraan toe dat de uitname van een orgaan slechts dan mag plaatsvinden nadat de concrete therapeutische behoefte van de ontvanger bekend is geworden. Weefsels daarentegen kunnen in banken worden opgeslagen om te voorzien in toekomstige noden. (22)

Artikel 20 heeft betrekking op orgaanuitname bij wilsonbekwamen. Hoofdregel is dat de verwijdering van organen en weefsels bij wilsonbekwamen niet plaatsvindt. Bij wijze van uitzondering mag de nationale wetgever voorzien in de mogelijkheid, doch slechts indien voldaan wordt aan een aantal eisen. Allereerst moet er geen compatibele donor zijn die wel wilsbekwaam is. Verder mag de ontvanger slechts een broer of zus zijn, en moet de donatie voor de ontvanger mogelijk levensreddend zijn. Ter aanvulling op de algemene 'informed consent' vereisten met betrekking tot vertegenwoordigers en bevoegd gezag stelt artikel 20, tweede lid, dat de toestemming niet alleen vrij gegeven en geïnformeerd moet zijn, maar ook specifiek betrekking moet hebben op de uitname, en schriftelijk gegeven dan wel met uitdrukkelijk toestemming van de bij wet aangewezen bevoegde instantie. Ten slotte, maakt de wilsonbekwame donor op enigerlei wijze bezwaar, dan is het hoe dan ook niet geoorloofd uitname van een orgaan te laten plaatsvinden.

Nu is partijen bij het in acht nemen van internationaalrechtelijke bepalingen altijd een zogenaamde 'margin of discretion' gegund. Deze beleidsvrijheid hebben partijen ook bij dit verdrag. Zo valt in artikel 26 van het Biogeneeskundeoverdrag te lezen dat beperkingen op de verdragsbepalingen slechts bij wet gesteld mogen worden, en slechts indien en voor zover zij in een democratische samenleving noodzakelijk zijn ten behoeve van de openbare veiligheid, de voorkoming van misdrijven, de bescherming van de volksgezondheid of de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen. In het tweede lid van datzelfde artikel wordt echter gesteld dat in deze zin de bepalingen van (onder meer) de bepalingen inzake levende orgaandonatie niet bij wet beperkt mogen worden. Daar deze bepalingen zonder meer het karakter van een ieder verbindende verdragsbepalingen hebben, stellen ze de Nederlandse wetgever – wanneer Nederland het Biogeneeskundeoverdrag eenmaal heeft geratificeerd – voor bijzonder harde grenzen. (23)

Bij het Biogeneeskundeoverdrag horen enkele protocollen, in feite afzonderlijke, meer specifieke en apart te ratificeren verdragen. Staten mogen bij deze verdragen echter slechts partij worden indien zij eerder het Biogeneeskundeoverdrag hebben geratificeerd. Een van die protocollen heeft betrekking op de transplantatie van organen en weefsels van menselijke herkomst. Dit zogenaamde Additionele protocol inzake transplantatie van organen en weefsels van menselijke oorsprong kwam gereed in 2002. (24) Ook dit verdrag heeft Nederland ondertekend maar niet geratificeerd. Over een eventuele toekomstige ratificatie is niets bekend. Voor Nederland maken ook de bepalingen van dit verdrag geen deel uit van de rechtsorde. Anders dan bij het Biogeneeskundeoverdrag is niet duidelijk of en wanneer zij dat wel zullen zijn. Niettemin geeft het protocol weer hoe men op internationaal niveau denkt over de bescherming van mensenrechten in de context van orgaandonatie en -transplantatie. Het protocol is door veel landen ondertekend en geratificeerd, en het is

moeilijk voorstelbaar dat Nederland in de toekomst bij dit verdrag nimmer partij zal zijn.

Het Additioneel protocol verbijzondert de algemene bepalingen van het Biogeneeskundeverdrag. Naast de bepalingen over levende orgaandonatie, die identiek zijn aan en aanvullend op die van het Biogeneeskundeverdrag, zijn er bepalingen die de algemene vereisten van 'informed consent', informatieverstrekking, wilsonbekwaamheid et cetera specificeren voor post mortem orgaandonatie. Het protocol ziet overigens niet toe op regeneratieve organen en weefsels, embryonale en foetale organen en weefsels, en bloed en bloedderivaten.

Uit artikel 3 van het protocol is op te maken dat de bepalingen van het protocol systeemneutraal zijn. Volgens het bijbehorende *Explanatory Report* is elk beslissysteem geoorloofd, mits maar voldaan wordt aan de eisen van het Biogeneeskundeverdrag en het Additionele protocol. (25) Ten aanzien van het toestemmingsvereiste wordt in artikel 17 van het protocol daarom slechts gesteld dat organen en weefsels van een overledene niet worden uitgenomen zonder dat op in de wet omschreven wijze toestemming is verkregen. Indien de overledene eerder bezwaar heeft gemaakt tegen orgaandonatie, zo luidt verder de toevoeging, dan wordt niet overgegaan tot uitname.

Artikel 3 van het Additionele protocol is de verbijzondering van artikel 3 van het Biogeneeskundeverdrag, waarin het recht op 'equitable access' tot gezondheidszorg is opgetekend. In artikel 3 van het protocol wordt gesteld dat de allocatie van donororganen dient te geschieden aan de hand van een officiële wachtlijst, welke samengesteld is op basis van transparante en objectieve regels, welke op grond van medische criteria verdedigbaar zijn. In het *Explanatory Report* geven de opstellers van de verdragstekst aan wat onder dit laatste mag worden verstaan. 'Organs and tissues should be allocated according to medical criteria. This notion should be understood in its broadest sense, in the light of the relevant professional standards and obligations, extending to any circumstance capable of influencing the state of the patient's health, the quality of the transplanted material or the outcome of the transplant. Examples would be the compatibility of the organ or tissue with the recipient, medical urgency, the transportation time of the organ, the time spent on the waiting list, particular difficulty in finding an appropriate organ for certain patients (e.g. patients with a high degree of immunization or rare tissue characteristics) and the expected transplantation result.' (26)

Duidelijk is dat het hanteren van andere criteria dan medische (ruim opgevat) beslist niet geoorloofd is. Dit heeft consequenties voor enkele van de besproken voorstellen. Het idee dat iemand, die zelf als post mortem orgaandonor is geregistreerd om die reden hoger op de transplantatiewachtlijst geplaatst zou moeten worden wanneer hijzelf eenmaalorgaanbehoefstig is geworden, is onverenigbaar met artikel 3 van het Additioneel protocol. Onverenigbaar hiermee is tevens het op deze wijze belonen van de patiënt die erin geslaagd is een ander bereid te vinden om levend te doneren, die niet voor hem zelf geschikt gebleken is maar wel voor een andere orgaanbehoefstige patiënt. Slechts medische criteria worden aanvaardbaar geacht bij het alloceren van de schaarse goederen die donororganen nu eenmaal zijn.

Het Biogeneeskundeverdrag kent een algemeen verbod op beloning voor het afstaan van het menselijke lichaam of delen daarvan. Artikel 21 van het Additionele protocol herhaalt dit verbod, zodat het ook van toepassing is op post mortem orgaandonatie, en bevat verdere specificaties. Zo is de vergoeding van door levende donoren bij de uitname en de verdere behandeling van de donor gemaakte kosten en de door donor gederfde inkomsten toegestaan. Iedere vorm van beloning, zo kan in het *Explanatory Report* worden gelezen, is echter uit den boze. (27) Adverteren (als vrager of als aanbieder van dode of levende organen en weefsels) met het oog op financieel (of vergelijkbaar) gewin is absoluut verboden. Wel geoorloofd (bij zowel post mortem als levende orgaandonatie) is het verstrekken van billijke vergoeding voor het gebruik van medische en technische diensten ten behoeve van de transplantatie. Bij levende orgaandonatie is het vergoeden van schade die het



onbedoelde gevolg is van uitname eveneens toegestaan. Verdragspartijen zijn zelfs verplicht hierin te voorzien.

Het voorstel om burgers tot orgaandonatie te bewegen door ze (verkapte) financiële voordelen in het vooruitzicht te stellen is in strijd met artikel 21 van het Additionele protocol. Op partijen rust de verplichting (artikel 26) te voorzien in sancties op schending van het verbod op beloning. Overigens is ook in artikel 21 van het Biogeneeskundeverdrag al in algemene zin bepaald dat het menselijke lichaam en zijn delen geen aanleiding mag geven tot 'financial gain'.

4. Menselijke waardigheid en grondrechten

De verwerkelijking van sociale grondrechten (het recht op onderwijs, op bijstand, op gezondheidszorg etc.) behoort ook tot de verplichtingen van de hedendaagse overheid. Ook deze grondrechten genieten grondwettelijke bescherming. Nederland is bovendien partij bij flink wat mensenrechtenverdragen waarin naast de klassieke vrijheidsrechten (het recht op privacy, op vrijheid van meningsuiting, op lichamelijke integriteit etc.) ook tal van sociale grondrechten zijn opgenomen.

Nu kijken we in Nederland sinds jaar en dag op een wat merkwaardige wijze naar deze laatste categorie van rechten. Zo krijgen Nederlandse rechtenstudenten al vroeg ingepeperd dat vrijheidsrechten de overheid verplichten tot 'laissez faire', waar sociale grondrechten vragen om actief optreden. En inderdaad, de grondwettelijke formulering van de verschillende rechten geeft ook wel aanleiding tot een dergelijke opvatting. (28) Toch is zij is op zijn minst ongenueanceerd te noemen. Grondrechten van de eerste categorie kunnen zeer wel ook zogenaamde positieve verplichtingen voor de overheid met zich mee brengen. Om de privacy van haar burgers te kunnen garanderen, moet de Nederlandse overheid immers heel wat doen: wetgeving uitvaardigen, nadere regelgeving ontwikkelen, een toezichthouder installeren, toezien op naleving, handhaving ... En op zijn beurt kan een sociaal grondrecht als het recht op gezondheidszorg ook tot overheidonthouding verplichten.

Daarnaast zijn sociale grondrechten in Nederland niet afdwingbaar. In rechte kan een Nederlandse burger geen rechtstreeks beroep doen op een grondwettelijk of verdragsrechtelijk beschermd sociaal grondrecht. De Grondwet kent immers niet alleen een constitutioneel toetsingsverbod, maar beperkt ook de rechtstreekse werking van verdragsbepalingen tot die waarin klassieke vrijheidsrechten zijn vervat, enkele uitzonderingen daargelaten. (29) Dit heeft tot gevolg dat de individuele burger zich in rechte wel rechtstreeks op een verdragsrechtelijk beschermd vrijheidsrecht kan beroepen, maar niet op een verdragsrechtelijk beschermd sociaal grondrecht. De bijzondere staatsrechtelijke verhoudingen gevoegd bij de toch wel unieke rechtscultuur maken dat in Nederland sociale grondrechten niet alleen beschouwd worden als enigszins tweederangs maar ook als rechten die veel minder dan de klassieke vrijheidsrechten de individuele mens toebehoren. Niets is echter minder waar.

De preambules van alle mensenrechtenverdragen, binnen de Verenigde Naties dan wel binnen de Raad van Europa tot stand gekomen, maken gewag van menselijke waardigheid. Eerbiediging van deze waardigheid is wat mensenrechten, zowel klassieke als sociale, bedoelen te bewerkstelligen. Menselijke waardigheid komt eenieder toe die uit mensen geboren is, vanaf het moment van geboorte (en enigermate ook daarvoor) tot het moment van overlijden (en enigermate ook daarna).

Het concept menselijke waardigheid is nauwelijks een begrip waarvan de inhoud positief kan worden weergegeven. Velen, zeker in Nederland, plegen menselijke waardigheid te identificeren met individuele zelfbeschikking. Ten onrechte, want mensenrechten strekken ook (of beter: vooral) tot bescherming van de zwakke re en wilsonbekwame medemens: van de pasgeborene, van de ernstig zieke, van de dementerende oudere, van de stervende. Ook die mens komt waardigheid toe die recht geeft op eerbiediging. De enige zinnige definitie van het begrip wordt welbeschouwd gevormd door het totaal aan grondrechten (universeel,



ondeelbaar, onderling afhankelijk en verbonden volgens de mensenrechtendoctrine) dat deel uitmaakt van onze rechtsorde. Een positieve weergave van de begripsinhoud is dus onbegonnen werk. Wel laat het concept zich negatief definiëren. Schending van een grondrecht levert namelijk per definitie schending op van menselijke waardigheid. De overheid die een individuele burger de gezondheidszorg onthoudt die hij nodig heeft, tast diens waardigheid aan zoals ook de overheid doet die een individuele burger in zijn vrijheid van meningsuiting beperkt. Zo bezien is een sociaal grondrecht niet van minder gewicht dan een klassiek vrijheidsrecht en evenmin minder 'individueel'.

5. Wat te doen?

De WOD heeft voorts nog op één punt de verwachtingen niet ingelost: de transplantatiewachlijsten zijn nog steeds te lang. De besproken voorstellen, gedaan om het aantal beschikbare donororganen te doen toenemen, schieten te kort in die zin dat zij in strijd zijn met de mensenrechten zoals vastgelegd in relevante internationale verdragen. Zij verdragen zich niet met het begrip van 'equity' waarop zowel het Biogeneeskunde-verdrag als het Additioneel protocol gestoeld is, en evenmin met het in beide verdragen vervatte verbod op beloning.

Beide verdragen zijn systeemneutraal. Elk beslissysteem, ook (varianten van) het geen-bezwaarsysteem, wordt toelaatbaar geacht mits het de normen van de verdragen maar in acht neemt. Als ieder ander verdrag geven het Biogeneeskunde-verdrag en het Additionele protocol nadere uitwerking aan het begrip van menselijke waardigheid. Menselijke individuen kunnen ook in hun waardigheid aangetast worden wanneer de overheid verzuimt een sociaal grondrecht te verwerkelijken, bijvoorbeeld wanneer zij een individu toegang tot voorzieningen van noodzakelijke gezondheidszorg onthoudt. Mocht nu vaststaan dat een geen-bezwaarsysteem meer beschikbare donororganen tot gevolg heeft (een causale relatie die overigens moeilijk aantoonbaar is), dan wordt met de introductie ervan meer recht gedaan aan het sociale recht op gezondheidszorg, en is daarmee ook de menselijke waardigheid meer gediend.

Noten

1. NTS, Voorlopige jaarcijfers 2007, februari 2008, te vinden op www.transplantatiestichting.nl.
2. Ibidem.
3. Artikel 11 WOD.
4. R. Friele et al., Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie, ZonMw, Den Haag 2004, p. 107.
5. Het voornemen daartoe is overigens wel kenbaar gemaakt, zie de Beleidsbrief Ethiek van de Staatssecretaris van VWS, naar de Kamer verzonden op 7 september 2007.
6. Hans Akveld en Martin Buijsen, Een juridische verkenning inzake alternatieve beslissystemen rondom orgaandonatie en inzake financiële incentives, Rotterdam 2008.
7. Govert den Hartogh, Gift of bijdrage? Over morele aspecten van orgaandonatie, Rathenau Instituut, Den Haag 2003.
8. Ibid, p. 11-20.
9. Gezondheidsraad. Ruilen met de wachtlijst. Een aanvulling op het programma voor nierdonatie-bij-leven? Adviesnr. 2007 /11, Den Haag 2007, p. 11.
10. Ibid., p. 11-12.
11. Ibid., p. 12.
12. Ibidem.
13. Ibid., p. 13.
14. Ibid., p. 15-16.
15. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Financiële stimulering van orgaandonatie. Een ethische verkenning. Signalering ethiek en gezondheid 2007/3, Centrum voor ethiek en gezondheidszorg, Den Haag 2007, p. 7
16. Ibid., p. 8.



17. Ibid., p. 8-9.
18. Ibid., p. 9.
19. Verdrag van 4 november 1950, Trb. 1951, 154.
20. ETS 164.
21. Randnr. 117.
22. Randnr. 118.
23. Hiermee is overigens niet gezegd dat ten aanzien van deze bepalingen op het moment van ratificatie door Nederland geen voorbehouden gemaakt kunnen worden. Dat kan namelijk ingevolge artikel 36 van het verdrag namelijk wel.
24. ETS 186.
25. Randnrs. 35-40.
26. Randnrs. 35-40.
27. Randnrs. 112-118.
28. Vgl. "Ieder heeft (...) recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer" (artikel 10, lid 1 GW) en "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid" (artikel 22 lid 1 GW). Wie de moeite neemt om eens naar het eerste hoofdstuk van de Nederlandse Grondwet te kijken, ziet onmiddellijk dat de klassieke vrijheidsrechten aanzienlijk meer ruimte toebedeeld hebben gekregen. Ook gaan zij in de tekst aan de sociale grondrechten vooraf, ofSchoon dat historisch overigens wel verklaarbaar is.
29. Artikelen 94 en 120 GW.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.

Financieel gewin of onbaatzuchtig wegschenken ?

Pro Vita Humana, 2008 (15), nr. 2 p 36-41

door dr. F.J. van Ittersum, internist-nefroloog, bestuurslid Stichting Medische Ethiek



Bewerking van een lezing gehouden op het symposium 'Orgaandonatieshow als promotiestunt?' dat plaatsvond op 1 maart jl. te Moergestel, en werd georganiseerd door de Stichting SOKA.

Orgaandonatie staat de laatste tijd weer in de belangstelling, met name vanwege de beperkte beschikbaarheid van donororganen. Eind 2007 presenteerde het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ) een signalement waarin gepleit wordt voor financiële stimulering van orgaandonatie. (1) Minister dr. A. Klink heeft aangekondigd dit jaar met een Masterplan Orgaandonatie te komen. Mogelijk wordt hierdoor de discussie over de keuze tussen het actuele toestemmingssysteem en het geen-bezwaarsysteem weer aangezwengeld. Een aantal kanttekeningen bij de inmiddels in gang gezette en nog komende discussies zijn op zijn plaats. Omdat niertransplantaties het grootste deel van de orgaantransplantaties betreft en nieren zowel door levenden als overledenen kunnen worden gedoneerd, wordt dit artikel op deze vorm van orgaandonatie toegespitst.

1. Inleiding

Sinds de eerste Nederlandse niertransplantatie in 1966 in Leiden werd uitgevoerd, is het aantal niertransplantaties per jaar gestegen tot 821 in 2007. (2) Het aantal patiënten met terminale nierinsufficiëntie



dat een beroep doet op nierfunctievervangende behandelingen zoals dialyse en transplantatie neemt echter ook toe, met name bij mensen boven de 45 jaar. (3) Daardoor bestaat er sinds geruime tijd een aanzienlijke wachtlijst voor een transplantaatnier. Deze wachtlijst bereikte zijn top in 1999 (1306 patiënten), maar toont sindsdien een daling tot 937 eind 2007. (2) De belangrijkste afname van deze wachtlijst wordt veroorzaakt door toename van het aantal donaties bij leven.

Patiënten die dialyse ondergaan, hebben een sterk verhoogde kans op hart- en vaatziekten en een voortijdige dood. Patiënten die een niertransplantatie hebben ondergaan steken hierbij relatief gunstig af: het risico op hart- en vaatziekten is bij hen weliswaar niet zo laag als bij geheel gezonde mensen, maar wel aanzienlijk lager dan bij dialysepatiënten. Verder voelen transplantatiepatiënten zich in het algemeen fitter dan dialysepatiënten. Sinds een aantal jaar is bekend dat een (korte) periode met dialyse voor een niertransplantatie de overleving van het transplantaat en de patiënt negatief beïnvloedt. (4,5,6) Door deze bevindingen wordt gepoogd patiënten met nierinsufficiëntie zonder voorafgaande dialyse (pre-emptief) te transplanteren.

De kosten van niertransplantatie steken gunstig af tegenover dialyse. De Wit becijferde in 2002 dat transplantatie gemiddeld ongeveer € 12.000,- per gewonnen levensjaar kost, waar dit bedrag bij dialyse € 60.000,- is. (7) Vanwege dit financiële voordeel pleitte zij voor stimulering van niertransplantaties. Voor ziekenhuizen zijn zowel transplantatie als dialyse winstgevend, in tegenstelling tot meerdere andere behandelingen waar nog steeds op moet worden toegelegd.

Samenvattend kan gesteld worden dat niertransplantatie momenteel de beste nierfunctievervangende behandeling is en dat deze het meest succesvol is wanneer uitgevoerd zonder voorafgaande dialyse. Voor ziektekostenverzekeraars is transplantatie goedkoper dan het alternatief dialyse, terwijl zowel transplantatie als dialyse voor ziekenhuizen financieel aantrekkelijk zijn. Het is derhalve niet onlogisch dat er vanuit meerdere kanten een roep om meer nieren voor transplantatie komt.

2. Mogelijkheden van nierdonatie

Nieren kunnen in verschillende situaties worden afgestaan. Aanvankelijk waren er strenge criteria m.b.t. leeftijd en medische voorgeschiedenis voor alle categorieën donoren. Om het donorpotentieel te vergroten worden sinds 1999 ook nieren van oudere donoren (boven de 60 jaar) en donoren met een voorgeschiedenis van hypertensie, beroerte en licht gestoorde nierfunctie geaccepteerd. Deze nieren worden met succes getransplanteerd bij oudere ontvangers. Ook kunnen oudere donoren bij leven aan oudere ontvangers doneren.

Een belangrijke factor bij de overleving van een donornier bij de ontvanger is de tijd dat de nier niet doorbloed geweest is (c.q. buiten een menselijk lichaam is geweest). Bij donaties bij leven is deze tijd kort en behoeft er minder goed gelet te worden op andere factoren, zoals matching van HLA (weefselantigenen die op diverse cellen voorkomen). Er wordt alleen rekening gehouden met de regels van het ABO-bloedgroepsysteem. Bij postmortale donaties wordt door Eurotransplant wel naar de HLA-match gekeken.

a. Postmortale orgaandonatie

Na de "klassieke" dood.

De patiënt is overleden nadat er – uiteindelijk – een hartstilstand is opgetreden. Men spreekt in het kader van orgaandonatie uit deze categorie over "non-heart-beating" donoren. Voor mogelijkheden m.b.t. orgaandonatie wordt in de huidige Nederlandse situatie de volgende onderverdeling in vier klassen gebruikt: (8,9)

I. Dood: onbekend wanneer deze is ingetreden.

II. Niet succesvolle reanimatie.

III. Hartstilstand afgewacht. Een persoon was al ernstig ziek zonder uitzicht op herstel. De behandeling is gestaakt. Het moment van de dood is afgewacht. Deze situatie speelt zich meestal af op een intensive care-afdeling.



IV. Hartstilstand na hersendood. Een patiënt was al hersendood. Mogelijk was men bezig met de voorbereidingen voor een donatieprocedure. In de tussentijd is er een hartstilstand opgetreden.

Voor orgaandonatie is klasse I ongeschikt; over klasse II bestaat verschil van mening tussen transplantatiecentra. De klassen III en IV worden in het algemeen geaccepteerd. Weefseldonatie (huid, botten, hoornvlies) is in principe bij alle klassen mogelijk.

Hersendood

Door met name hersenbloedingen of (verkeers)ongevallen is er dusdanige irreversibele schade aan de hersenen, inclusief de hersenstam, opgetreden, dat de patiënt comateus is en geen adem prikkel heeft. Deze situatie kan zich niet meer herstellen. Middels een vastgestelde volgorde van testen kan worden bepaald dat e.e.a. niet wordt veroorzaakt door geneesmiddelen en dat er geen ademhalingsprikkel meer is. Het voordeel van orgaandonatie in deze situatie is dat er nog wel sprake is van een intacte bloedsomloop en daardoor organen tot kort voor het moment van uitname via bloed zijn voorzien van zuurstof en voedingsstoffen. Dit is gunstig voor de overlevingskansen van deze organen. Donoren uit deze categorie noemt men "heart-beating donoren".

In 2006 besloot de Nederlandse regering het toen vigerende hersendoodprotocol conform een advies van de Gezondheidsraad bij te stellen. (10) Met name de mogelijkheden van diagnostiek voor het vaststellen van hersendood bij patiënten met ernstig hersenletsel waar de sedatie niet gestaakt kan worden, werden verruimd en het veelvuldig herhalen van noodzakelijke diagnostiek bij jonge kinderen werd ingeperkt.

b. Donaties bij leven

Veelal betreft dit een familielid of partner. Ook lijkt er een toename te bestaan van donaties van "goede vrienden" en andere "bekenden". Een aantal keer hebben mensen uit altruïstische overwegingen een nier afgestaan t.b.v. de meest geschikte patiënt op de algemene wachtlijst. Bij levende donaties kan een probleem ontstaan als de ontvanger – vanwege een hoog risico op afstoting – geen nier kan ontvangen van zijn potentiële donor. Voor deze situatie zijn in principe twee oplossingen. Allereerst een in Nederland ook operationeel zijnde cross-over programma. Hierbij wordt een donor-ontvangerpaar dat niet aan elkaar kan donoren gematcht met een paar met hetzelfde probleem. Hierna doneert de donor van paar A anoniem aan de ontvanger van paar B en de donor van paar B aan de ontvanger van A. De operaties worden op hetzelfde moment in verschillende ziekenhuizen uitgevoerd.

Op de tweede plaats worden er technieken ontwikkeld om de afweerstoffen bij de ontvanger tegen de nier van de donor te verwijderen. Hierbij kan ook getransplanteerd worden tegen de regels van de ABO-bloedgroepsysteem in. Vooral nog staat deze techniek in de kinderschoenen en zijn de resultaten minder goed dan van goed gematchte nieren.

3. Punten voor ethische beoordeling

In het algemeen is een actueel punt bij orgaandonatie de beperkte beschikbaarheid van organen voor donatie. De vragen die deze schaarste oproept gelden met name voor alle gezonde mensen in de maatschappij. Het gaat hier met name over het "recht" op een orgaan c.q. de "verplichting" een orgaan af te staan, de verplichting bij leven een keuze voor of tegen orgaandonatie te maken en de wijze waarop de organen over de mensen op de wachtlijst worden verdeeld.

In geval van donatie na de dood (zowel klassieke dood als hersendood) is het van belang te weten wat de wil van de overledene m.b.t. orgaandonatie was. Verder staat de legitimiteit van voorbereidingen voordat er sprake is van dood of hersendood ter discussie. Te denken valt hierbij aan raadpleging van het donorregister, weefseltypering (om te bepalen welke ontvanger t.z.t. het meest geschikt is) of bij non-heart-beating donoren

het inbrengen van perfusiekatheters die de nieren zo snel mogelijk na de dood kunnen doorspoelen met speciale preservatievloeistof waardoor zij langer in goede conditie voor transplantatie blijven. Bij hersendood kan de vraag gesteld worden in hoeverre dit ook de echte dood betreft en met welke mate van zekerheid dit kan worden vastgesteld.

In geval van donatie bij leven gaan de ethische aandachtspunten naast de vrije wil uit naar de schade voor de donor en de beloning die door de donatie eventueel wordt verkregen.

4. Ethische kanttekeningen vanuit de Rooms-Katholieke Leer

De Rooms-Katholieke kerk heeft zich sinds de opkomst van de transplantatiegeneeskunde overwegend positief uitgelaten tegenover orgaandonatie. In meerdere toespraken hebben pausen sinds Pius XII de daad van naastenliefde en solidariteit die orgaandonatie inhoudt, geprezen. Wel plaatst het leergezag keer op keer een aantal kanttekeningen of randvoorwaarden bij orgaandonatie. Paus Pius XII benadrukt dat het stoffelijk overschot van een overledene weliswaar ontstaat is van de menselijke persoon, maar daarmee nog niet op gelijke voet staat met een geheel levenloos voorwerp. (11) Met name de toestemming van de overledene blijft daarom noodzakelijk voordat zijn organen mogen worden gebruikt voor transplantatie. Paus Johannes Paulus II sluit aan bij de vrije, bewuste keuze van de donor en prijst vervolgens de liefde en solidariteit die van deze zelfgave uitgaan. (12) Wel benadrukt hij dat orgaandonatie een zuivere daad van naastenliefde moet betreffen en dat er geen commercialisering van organen in het spel mag zijn. (13) De verdeling van de beschikbare organen moet eerlijk zijn: discriminatie op basis van leeftijd, sekse, ras, religie, sociale status en mogelijke "nuttigheid" mag geen enkele rol spelen. (13) De Nederlandse bisschoppen benoemen in 1995 orgaandonatie als "solidariteit over de dood heen". (14)

De Katholieke Katechismus wijst – in aanvulling op de vrije wil – erop dat het "moreel ontoelaatbaar is om rechtstreeks een blijvende vermindering of de dood van een mens te veroorzaken, zelfs al zou men daardoor het overlijden van anderen kunnen uitstellen". (15) Het Handvest van de Werkers in de Gezondheidszorg sluit hersenen en geslachtsorganen van transplantatie uit. (16)

De basis van deze morele kwalificaties van meerdere aspecten van orgaandonatie, waaronder financiële beloning van donoren, is terug te voeren op de Rooms-Katholieke visie op de mens. Deze kan worden uitgesplitst in de relatie van de mens met God en de visie op de constitutie van de menselijke persoon.

De relatie van de mens met God

De relatie van de mens met God wordt gekenmerkt door het feit dat de mens geschapen is door God, naar Zijn beeld en gelijkenis, voorzien van een vrije wil. Het "beeld en gelijkenis van God zijn" doet een beroep op goed rentmeesterschap en draagt als impliciete norm in zich de gelijkenis met God te versterken. Eijk heeft eerder in dit tijdschrift uitgelegd, dat St. Thomas van Aquino de Aristotelische deugdenethiek en de genoemde relatie van God met de mens integreert en vervolgens uitkomt op een christelijke ethiek die zowel deontologisch (gebaseerd op voorgegeven normen) als teleologisch (oordelend vanuit de gevolgen van handelingen) van aard is. (17) Het deontologische deel is het gegeven dat de schepping naar beeld en gelijkenis een voorgegeven norm – namelijk de versterking van de gelijkenis met God – impliceert; het teleologische deel ontstaat omdat de mens zich bij zijn handelen er rekenschap van moet geven of de handeling hem dichterbij zijn doel – God – brengt. De manier waarop de mens dit doel kan bereiken is het beoefenen van deugden. Deugden zijn volgens St. Thomas morele karaktereigenschappen die in de mens de gelijkenis met God versterken, met andere woorden hem tot een persoon maken die evenals God in staat is te beminnen en de waarheid te kennen.

Constitutie van de menselijke persoon (18)

Meerdere filosofen hebben geworsteld met de vraag naar de constitutie van de menselijke persoon. Descartes



kwam uit op een dualistisch model: het lichaam (materiële deel) en de ziel (geestelijk deel) waren volstrekt gescheiden: ze zouden via de pijnappelklier met elkaar samenwerken. Eccles en Popper zouden hem volgen door te veronderstellen dat er een “immateriële mind” is die elektrische informatie van de cortex afleest. Tegenover dit dualisme staan aanhangers van monistische visies op de menselijk persoon. Hegel zag alles als geest of projectie van de geest. Een aantal andere filosofen, te beginnen met Thomas Hobbes meenden dat alles materie zou zijn. Denken en bewustzijn zouden het gevolg zijn van materiële processen. Hobbes had het idee dat deze “mind” in het hart gelokaliseerd was, Haeckel meende dat dit in de hersenen zou zijn. Engelhart en Singer zouden later nog verder gaan door te stellen dat er pas sprake van een menselijke persoon is, nadat bepaalde hersenfuncties zijn aangelegd.

De Rooms-Katholieke kerk ziet de menselijke persoon als een eenheid tussen lichaam en ziel, (19) geheel geschapen naar Gods beeld. (20) Ook in zijn lichaam weerspiegelt de mens daarom iets van God. Dat beide onlosmakelijk één zijn, wordt bijvoorbeeld geïllustreerd door hun invloed op een proces als het denken. Denken vindt zijn oorsprong in zintuiglijke – lichamelijke – waarnemingen. Toch overstijgt het het fysieke niveau. Daarentegen wordt de “denkcapaciteit”, de intelligentie en het doorzicht duidelijk beïnvloed door anatomische en functionele karakteristieken van de hersenen. De bekende uitspraak van René Descartes “Ik denk, dus ik ben” waarbij het zwaartepunt op de ziel komt te liggen, is in de visie van de Rooms-Katholieke Leer erg eenzijdig. Zij kan beter geherformuleerd worden met de woorden van Gabriel Marcel “Ik ben mijn lichaam”.

Eijk stelt dat een dergelijke eenheid goed te begrijpen is vanuit de Aristotelische-Thomistische filosofie. 18 Hierbij wordt de materie (materia prima) geconstitueerd door een ander principe. Vanuit de Fysica is bekend dat materie neigt tot desintegratie: een principe dat materie constitueert en organiseert is daar logisch. Bij de mens is de situatie vergelijkbaar. Gecoördineerd en samenhangend functioneren is niet logisch vanuit de materie alleen: er is een constituerend principe voor nodig. De dood valt samen met het verdwijnen van dit constituerende en coördinerende principe. (21) In eerste instantie zullen delen van het lichaam nog niet op slag dood zijn: een bekend voorbeeld is de baardgroei die nog een aantal dagen na het overlijden kan doorgaan. Men zal dit niet snel zien als een teken dat iemand nog in leven is. Omdat de samenhang en coördinatie met andere delen van het lichaam ontbreken, is er wel degelijk sprake van dood.

Zoals gezegd weerspiegelt de mens ook in zijn lichaam iets van Gods beeld. Het lichaam vereist dan ook het bijpassende respect. Degraderen van het lichaam tot iets louter materiëls – en dus commercialiseerbaar goed – is in strijd met deze waardigheid.

Actuele ethische aspecten van orgaandonatie

Terugkerend naar de punten van hoofdstuk 3, kan gesteld worden dat in een tijd van schaarste aan donororganen het huidige allocatiesysteem van Eurotransplant geen vormen van discriminatie kent: op grond van klinische karakteristieken (o.a. HLA-matching) wordt de best passende donor uitgezocht. Een recht op een orgaan bestaat niet, evenmin een verplichting een orgaan af te staan. Discussies over strategieën waarbij bepaalde mensen een hogere plaats op de wachtlijst zouden kunnen krijgen (voorrang op de wachtlijst bij eigen inbreng van een levende orgaandonor, lager op de wachtlijst als je zelf in het verleden niet als donor was aangemeld) (22,23) zijn vooralsnog – en ook recent in Nederland – een vroegtijdige dood gestorven en zouden zeker onder de discriminatie vallen die Johannes Paulus II afkeurt.

Het zou echter niet onverwacht zijn als de minister van Volksgezondheid in het Masterplan het geen-bezwaar-systeem weer van stal haalt, met name om het grote aandeel van de Nederlandse bevolking dat in de huidige situatie zelf geen keuze voor of tegen orgaandonatie maakt tot een keuze te dwingen. Vanuit bovenstaande ethische overwegingen is hiertegen geen strikt bezwaar, mits de vrije wil van iedere mens gewaarborgd blijft door ruime mogelijkheden een eventueel “nee” kenbaar te maken. (24) Verantwoordelijkheid nemen voor wat



er na de dood met het lichaam moet gebeuren (wel of geen orgaandonatie) behoort bij goed rentmeesterschap dat men aan de Schepper verplicht is.

Het in gang zetten van voorbereidingen voor orgaandonatie voordat het moment van de dood is ingetreden of de hersendood is vastgesteld, zijn door Eijk eveneens in dit tijdschrift besproken. (25) Vanuit de deugdenethiek beredeneert hij dat de voorbereiding niet alleen goed is voor de kwaliteit van de te verkrijgen organen en dus voor de toekomstige ontvanger hiervan, maar ook voor de donor zelf. Immers, een moreel goede handeling is niet alleen goed voor een eventuele ander, maar leidt bij herhaling tot een moreel goede karaktereigenschap bij de handelende persoon. Orgaandonatie – mits door de donor gewild – is een solidaire handeling uit naastenliefde en heeft op deze manier ook de donor ten doel. Vanzelfsprekend mogen deze voorbereidende handelingen – ook geringe – kansen op herstel niet in de weg staan.

Over hersendood is veel geschreven. De Pauselijke Academie van Wetenschappen heeft deze toestand in 1985 erkend als een situatie waarin tot orgaanuitname mag worden overgegaan. (26) De belangrijkste motivatie is het feit dat de mens het vermogen om ooit nog samenhangend en gecoördineerd te kunnen functioneren heeft verloren. Het feit dat individuele delen van het lichaam dan nog werken, betekent niet dat de mens nog in leven is. Met welke technieken de hersendood kan worden vastgesteld, heeft de kerk altijd overgelaten aan wetenschappers. In dat opzicht zijn er ook geen bezwaren gerezen tegen de recente herziening van het Nederlandse hersendoodprotocol.¹⁰ Evenmin zijn m.b.t. het gebruik hiervan ongewenste situaties gemeld.

De RvZ heeft recent geadviseerd mensen over te halen een nier te doneren door middel van een financiële prikkel. Het gaat hier uitdrukkelijk niet om schadeloosstelling van de donor voor bijvoorbeeld misgelopen inkomsten rondom de operatie. Het lijkt er op dat de RvZ de vergelijking met landen als Pakistan en landen in Zuid-Amerika (waar betaling voor nierdonatie heel gewoon is) heeft willen mislopen door te kiezen voor een betaling in natura (levenslange gratis ziektekostenverzekering) dan voor een geldbedrag ineens. Ethisch gezien maakt dit niet veel uit: van belangeloze solidariteit en naastenliefde wordt overgegaan op commercialisering van het lichaam: een handelwijze die vanuit de Rooms-Katholieke moraaltheologie laakbaar is.

Slot

De huidige situatie van orgaandonatie wordt gekenmerkt door schaarste. Een deel van de patiënten met nierinsufficiëntie loopt de voor hen best beschikbare behandeling mis. Het Masterplan dat minister Klink heeft aangekondigd zal mogelijk het aantal donaties willen laten toenemen door invoering van het geen-bezwaarsysteem. Als mensen ruimschoots de gelegenheid krijgen hun bezwaar tegen dit systeem kenbaar te maken, is hiertegen vanuit Rooms-Katholiek perspectief geen direct moreel bezwaar. Financiële beloning zoals voorgesteld door de RvZ stuit wel op bezwaren. Ongetwijfeld probeert de RvZ de belangen van nierpatiënten – naast belangen van o.a. de ziektekostenverzekeraars – te dienen. Helaas valt zij terug op economische taal en middelen, mogelijk omdat deze in het publieke domein gemakkelijk begrepen worden. (28) Het onder de aandacht brengen van naastenliefde en solidariteit met behoud van respect voor waardigheid van de “naar Gods beeld geschapen mens” zou vanuit Rooms-Katholiek moraaltheologisch perspectief een betere optie zijn.

Noten

1. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Financiële stimulering van orgaandonatie. Een ethische verkenning. Signalering ethiek en gezondheid 2007/3. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2007
2. Voorlopige Jaarcijfers 2007, Nederlandse Transplantatiestichting, van Leiden HA, Heemskerk MBA, de Buijzer E, Haase-Kromwijk BJJM, www.transplantatiestichting.nl
3. Stichting Renine (Registratie Nierfunctieervanging Nederland), cumulatieve gegevens t/m 2005, www.Reninet.nl



4. Asderakis A, Augustine T, Dyer P, Short C, Campbell B, Parrott NR, Johnson RWG. Pre-emptive kidney transplantation: the attractive alternative. *Nephrol Dial Transplant* 1998, 13, 1799-1803
5. Kasiske BL, Snyder JJ, Matas AJ, Ellison MD, Gill JS, Kausz AT. Preemptive Kidney Transplantation: The Advantage and the Advantaged. *J Am Soc Nephrol* 2002, 13, 1358-1364.
6. Goldfarb-Rumyantzev A, Hurdle JF, Scandling J, Wang Z, Baird B, Barenbaum L, Cheung AK. Duration of end-stage renal disease and kidney transplant outcome *Nephrol Dial Transplant* 2005, 20, 167-175
7. de Wit A. Economische evaluatie van niervervangende behandelingen. Proefschrift 2002, Erasmus Universiteit Rotterdam.
8. Categories of Non-Heart-Beating Donors. Kootstra G, Daemen J, Oomen A. *Transplant Proceedings*, Vol 27, No 5, 1995: 2893-2894.
9. Landelijk Protocol Non-Heart-Beating Multi-Orgaandonatie Nederlandse Transplantatie Stichting 6765okt. 2004.
10. Gezondheidsraad. Hersendoodprotocol. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/04.
11. Paus Pius XII. Toespraak tot een groep oogspecialisten over de overplanting van menselijke weefsels, 15 mei 1956, *Katholiek Archief* 1956 (11), nr 22, 521-527
12. Johannes Paulus II, Toespraak tot de deelnemers aan het eerste Internationale Congres van de Vereniging voor Orgaantransplantatie, 20 juni 1991
13. Johannes Paulus, Toespraak tot de deelnemers aan het 18e Internationale Congres van het Transplantatie Genootschap, 29 augustus 2000
14. Nederlandse bisschoppen, 1995
15. Katechismus van de Katholieke Kerk. Paragraaf 2296.
16. Pauselijke Raad voor het Pastoraat in de gezondheidszorg. Handvest van de werkers in de gezondheidszorg, p 88. Vertaling Eijk WJ en Kretzers HMG. Colomba, Oegstgeest 1995
17. Eijk, W.J. De deugdenethiek als wegwijzer voor verantwoord medisch handelen. *PVH* 1998, nr. 3, 78-81.
18. Eijk WJ. Is de biologische natuur van de mens vogelvrij? Het 'mind-body'-probleem in de bio-ethiek. *PVH* 1999, nr. 4, 105-109.
19. *Gaudium et Spes* 14.
20. Chapter 8 : Life, Health, and Bodily Inviolability. In: G. Grisez, *The way of the Lord Jesus*, Vol. 2, *Living a Christian Life*. Franciscan Press, Quincy University, Quincy, Illinois, 1993.
21. Eijk WJ. Het doodskoncept en de doodscriteria. Hoofdstuk 2 in: Commissie Ethiek van het Nederlands Artsenverbond. *Postmortale orgaandonatie. Een medische-ethische en juridische beschouwing*. Van Gorcum, Assen, 1996.
22. Gezondheidsraad. Ruilen met de wachtlijst: een aanvulling op het programma voor nierdonatie-bij-leven? Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/11.
23. Buijsen MAJM. De januskop van de rechtvaardigheid. Solidariteitsprincipe bij orgaandonatie is geen optie. *Medisch Contact*, 2004, 59 (20), 826-8
24. Eijk WJ, Steemers-Winkoop MWH. Ethische aspecten bij de postmortale orgaandonatie. Hoofdstuk 4 in: Commissie Ethiek van het Nederlands Artsenverbond. *Postmortale orgaandonatie. Een medische-ethische en juridische beschouwing*. Van Gorcum, Assen, 1996.
25. Eijk WJ. Mag of moet ik na mijn dood mijn organen afstaan ten behoeve van de zieke medemens ? *PVH* 1996, nr. 6, 169-173.
26. Pauselijke Academie van Wetenschappen. Verklaring omtrent de kunstmatige verlenging van het leven en het exact bepalen van het ogenblik van overlijden, 21 oktober 1985, n. 1,3
27. Van Ittersum FJ. Fout middel voor een goed doel. *Katholiek Nieuwsblad*, 23 november 2007.
28. Van Ittersum FJ. Economische taal in ethische discussie duidt op onvermogen. *Katholiek Nieuwsblad*, 26



februari 1991

Overgenomen met toestemming van *Pro Vita Humana*.

Fout middel voor een goed doel

Katholiek Nieuwsblad, 23 november 2007

door dr. F.J. van Ittersum, internist-nefroloog en bestuurslid van de Stichting Medische Ethiek

[KatholiekNieuwsblad](#)

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg adviseert nierdonoren financieel te belonen. Dit is een fout middel om een goed doel te bereiken.

Al enige tijd wordt er in Nederland gediscussieerd of het afstaan van een nier bij leven beloond zou moeten worden. De aanleiding hiervoor is het grote aantal dialysepatiënten dat wacht op een niertransplantatie. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) adviseert deze maand nierdonoren financieel te belonen, bijvoorbeeld met een levenslange gratis ziektekostenverzekering, om te bereiken dat meer mensen tijdens hun leven een nier zullen afstaan. Een advies dat op gespannen voet staat met de rooms-katholieke visie op de menselijke persoon.

Goede resultaten

Sinds de eerste niertransplantatie in Nederland in 1966 werd uitgevoerd, kan het aanbod van nieren van hersendode patiënten, met name verkeersslachtoffers met zeer ernstige hersenschade, steeds minder goed aan de vraag voldoen. Eind 2006 stonden er 1054 patiënten op de wachtlijst voor een donornier, terwijl er in dat jaar 384 nieren van overleden donoren werden getransplanteerd.

Deze discrepantie tussen vraag en aanbod komt onder andere door de toename van het aantal mensen dat in aanmerking komt voor een niertransplantatie (door bijvoorbeeld vergrijzing en verruiming van de leeftijdscriteria) en de relatieve afname van het aantal ernstige verkeersongevallen. Het aantal nierdonaties door levenden nam echter wel fors toe: van 42 in 1991 tot 277 in 2006. Dit kon mede gebeuren doordat de transplantatiegeneeskunde niet alleen goede resultaten boekte met nieren van familieleden, maar ook met die van niet-verwante donoren (onder andere partners en vrienden). De schadeloosstelling van deze donoren is momenteel redelijk geregeld. De medische kosten worden betaald door de ziektekostenverzekering van de ontvanger; de donor kan – na aanvraag – rekenen op een uitkering van de Ziektewet, al dan niet aangevuld door de Nierstichting Nederland.

Waardering

Ondanks deze donaties bij leven daalt het aantal patiënten op de wachtlijst niet of nauwelijks. Beleidsmatig gezien liggen twee alternatieven voor de hand. Allereerst het aanbod van nieren van overleden (o.a. hersendode) patiënten vergroten. Op dit punt is de Nederlandse politiek vooralsnog niet enthousiast over het 'geen-bezwaar-systeem', waarbij iedereen standaard donor is, tenzij men uitdrukkelijk bezwaar maakt. Dit systeem lijkt in België en Spanje succesvol, maar mogelijk behaalt men dit succes door meer druk op de familie uit te oefenen rondom het overlijden van de bijna hersendode patiënt. Ten tweede kan geprobeerd worden het aantal levende donaties te laten toenemen, bijvoorbeeld met behulp van een financiële prikkel, zoals in het advies van de RVZ.

De rooms-katholieke Kerk heeft grote waardering voor orgaandonatie als een "zuivere daad van naastenliefde"



die “dienstbaar is aan het leven”. De edelmoedigheid van deze daad ligt volgens paus Johannes Paulus II juist in “het besluit om zonder beloning een deel van het eigen lichaam voor de gezondheid en welzijn van een ander persoon te offeren”. Als voorwaarde geldt dat orgaandonatie niet mag leiden tot beschadiging van de menselijke persoon, in dit geval de donor.

De achtergrond van deze visie op orgaandonatie is te begrijpen vanuit de visie op de mens. De menselijke persoon is een eenheid van ziel en lichaam. De mens is in zijn geheel geschapen naar Gods beeld. Ook in zijn lichaam weerspiegelt hij daarom iets van Gods beeld. Het lichaam mag daarom – net als de mens zelf – nooit worden gedegradeerd tot louter een middel tot een doel. Om deze reden mogen het lichaam en delen ervan niet worden vercommercialiseerd. Dit gebeurt wel als men donoren een beloning groter dan een schadeloosstelling in het vooruitzicht stelt.

Problemen

Het voorstel van de RVZ stuit vanuit de rooms-katholieke moraaltheologie dan ook op twee problemen. Allereerst probeert men mensen aan te trekken die niet alleen vanuit naastenliefde, maar mogelijk ook vanuit materieel winstbejag – een verkeerde intentie – een nier willen afstaan. Als gevolg daarvan stimuleert men de instrumentele omgang met het lichaam: men verhandelt een deel van het lichaam voor geld alsof het een materieel goed (bezit) is. Een mogelijk gevolg van deze werkwijze – mensen in een moeilijke financiële positie verleiden tot het afstaan van een nier – is vanuit de sociale ethiek evenzeer verwerpelijk. Aan deze mensen wordt in meer of mindere mate een uitweg uit hun ellende geboden door middel van de schending van hun lichaam. Het argument van de RVZ dat een gratis ziektekostenverzekering passender is dan een grote som geld ineens (zoals in Aziatische en Zuid-Amerikaanse landen gebruikelijk is), camoufleert de genoemde morele bezwaren maar neemt ze niet weg.

Ook al is het doel van de RVZ, de medische toestand en het welbevinden van dialysepatiënten verbeteren, zeker goed te noemen, het voorgestelde middel – beloning van donoren – is in zichzelf niet goed en daardoor afkeurenswaardig.

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).

Keiharde handel in leven en dood

Katholiek Nieuwsblad, 19 oktober 2007

door Sjoerd Punter

[KatholiekNieuwsblad](#)

Ook Nederlandse patiënten reizen naar China voor een nieuwe lever of nieuwe nier afkomstig van geëxecuteerde gevangenen.

Wachten op een nieuwe lever kan in Nederland, afhankelijk van de bloedgroep, twee jaar duren. Heb je nog wel zoveel tijd?, is de klemmende vraag. Maar je redt het. En, opeens, sta je nummer 1 op de landelijke wachtlijst voor een transplantatie.

Dit overkwam Rien Elzinga uit het Drentse Westerbork, voorzitter van de landelijke Leverpatiëntenvereniging. “Ik weet wat wachten is”, zegt hij met een diepe zucht. “Ik heb zelf in Groningen honderd dagen liggen wachten tot ik in het UMC kon worden geopereerd. Ik ben voor de operatie van de Zaanstreek naar Groningen verhuisd, om zo dicht mogelijk bij het ziekenhuis te kunnen wonen en dus een optimale kans te hebben. Het was een heel spannende tijd.”



Malafide praktijken

De voorzitter van de Leverpatiëntenvereniging heeft er zeker begrip voor dat mensen op een bepaald moment hun toevlucht nemen tot een dure operatie in China. “Het is ons bekend dat er regelmatig mensen vanuit Nederland naar China reizen voor een nieuw orgaan, omdat ze die door onze lange wachtlijsten niet op tijd kunnen krijgen. Er is een enorm tekort aan donororganen. Toch staan we als vereniging niet achter het orgaantoerisme. Wij vinden dat orgaandonatie een sociaal goed is waar geen financiële vergoeding tegenover dient te staan. Er mag ook geen dwang in het spel zijn. Je weet dat in China gevangenen en tegenstanders van het regime om zeep worden geholpen, waarna hun organen worden verkocht. Daar moet je niet aan mee willen werken. Zo houd je een systeem in stand dat verwerpelijk is.”

“Handel in organen is uit den boze”, aldus Elzinga. “Het kan absoluut niet door de beugel, maar je moet niet vergeten dat die malafide praktijken het gevolg zijn van het feit dat de zaken in Nederland en andere landen op het punt van donorcodicils erg slecht zijn geregeld. Daarom moeten we hier onze krachten bundelen om verbetering te bereiken, en onze tijd niet verspillen aan acties tegen China. Die helpen toch niet. Maar ik vind het natuurlijk wel vreemd dat de Olympische Spelen worden georganiseerd in een land dat zo mensonvriendelijk is.” De Nederlandse Nierpatiëntenvereniging distantieert zich eveneens nadrukkelijk van het orgaantoerisme. Zij roept haar leden op hier niet aan mee te werken.

Trieste zaak

“Die orgaanhandel is een trieste zaak”, oordeelt de Belgische senator Patrik Vankrunkelsven van de Open VLD. Hij is tevens huisarts en docent aan de Katholieke Universiteit van Leuven. Zodoende is hij goed geïnformeerd over de materie. Begin vorig jaar, ruim voor de publicatie van het geruchtmakende rapport Bloederige Oogst (zie kader), besloot Vankrunkelsven zelf op onderzoek uit te gaan. Vooral het gerucht dat aanhangers van de Falun Gong geofferd zouden worden in de jacht op westerse valuta, vond de Belgische senator confronterend. “Ik ben toen zelf op zoek gegaan naar de waarheid. Ben achter de telefoon gaan zitten en heb een aantal Chinese ziekenhuizen opgebeld die reclame voor zichzelf maken op internet. Ik heb mijzelf veranderd in een nierpatiënt die op zoek is naar een nieuwe nier. Het bleek vrij gemakkelijk via een tussenpersoon aan een donornier te komen. Er werd bij gezegd dat die nier afkomstig was van een geëxecuteerde gevangene. Dit werd bevestigd door het ziekenhuis waar de operatie zou plaatsvinden. Er werd aan toegevoegd dat de periode rond 18 februari heel geschikt was, omdat er dan veel executies plaatsvonden...”

Creatieve omwegen

De liberale senator is tamelijk sceptisch over een mogelijk nieuwe aanpak in China. De regels zijn er weliswaar verscherpt, maar de Chinezen blijken meesters in het vinden van ‘creatieve’ omwegen. “China heeft al enige jaren regels die de verkoop van menselijke organen aan buitenlanders verbieden. Die regels worden massaal overtreden door buitenlanders in een appartementje onder te brengen en tijdelijk een Chinese naam te geven. De Chinese autoriteiten stellen dat er de laatste tijd vooruitgang is geboekt. Bovendien doet de International Transplant Society veel moeite de druk op te voeren. Maar de omstreden praktijken gaan tot op de dag van vandaag door, daar ben ik van overtuigd. Daar komt nog eens bij dat in de Chinese cultuur in feite geen plaats is voor orgaantransplantatie. De doorsnee Chinees wil met een compleet lichaam naar het hiernamaals.”

Falun Gong

Peter Houben uit Maastricht is voorzitter van de Falun Gong Stichting Nederland. “Dagelijks worden er berichten over de Chinese praktijken gepubliceerd op onze website, maar we hebben helaas niet de mogelijkheid in China iets na te trekken”, zegt hij spijtig. “Internationale organisaties als Amnesty International krijgen dat evenmin voor elkaar. Ze hebben om een onafhankelijk onderzoek gevraagd, maar dat wordt gewoon niet toegestaan. Voor mij is het zeker dat aanhangers van de Falun Gong, en ook van andere religieuze bewegingen in China, vanwege hun geloof worden opgesloten en vervolgens vanwege hun lichaam doodgeschoten. En het is ook



zeker dat nog steeds Nederlanders naar China reizen voor een transplantatie." Het gaat dan wel om Nederlanders die een flink bedrag op tafel kunnen leggen. Voor een nier wordt in China 70.000 dollar gevraagd, een lever gaat de deur uit voor 160.000 dollar. Bedragen die in schril contrast staan met de beloning op de Filipijnen: 2000 dollar voor een nier. Op het platteland van Pakistan zijn dorpen waar de helft van de bevolking maar één nier heeft. Het zijn meestal vrouwen die een nier verkopen voor de som van 1200 dollar.

Bloederige oogst in China

Het is een 'duidelijke zaak volgens David Matas, de bekende Canadese mensenrechtenadvocaat. "Zodra in China een klant arriveert voor een donororgaan, wordt er iemand gedood." Samen met de voormalige Canadese staatssecretaris David Kilgour stelde Matas een onderzoek in naar het 'oogsten' van menselijke organen in de Volksrepubliek. Het rapport kreeg Bloederige oogst mee als titel en werd op 31 januari van dit jaar de wereld ingezonden.

De Canadese samenstellers hebben de Chinese ziekenhuisarchieven niet kunnen inzien en evenmin kunnen spreken met familieleden van geëxecuteerden, maar ze zijn ervan overtuigd dat met name aanhangers van de Falun Gong op grote schaal worden gedood en beroofd van hun organen. Tientallen ziekenhuizen en gevangenissen zijn volgens het rapport betrokken bij de praktijken. De onderzoekers belden naar Chinese gevangenissen met de vraag of er 'gezonde Falun Gong-leveranciers' beschikbaar waren. In de meeste gevallen kon dat zo geregeld worden. "Wij zoeken voor u een jonge en gezonde nier", zo werd er aan de andere kant van lijn verzekerd.

In de Australische pers kwam Yuan Hong aan het woord, een Chinese dokter die in een ziekenhuis in Shenyang getuige was van de omstreden praktijken. Na emigratie naar Australië durfde Yuan Hong zijn mond eindelijk open te doen. "Telkens als ik mijn collega's een militair uniform zag aandoen, wist ik dat ze met een ambulance naar de executieplaats vertrokken om de organen van een gevangene op te halen. De beul werd vooraf op de hoogte gesteld, zodat hij de gevangene niet met één schot zou doden. Als de gevangene te vroeg sterft is er geen bloedcirculatie meer, en zijn de organen waardeloos geworden. Dus wanneer de gevangene in de ambulance is, beginnen de dokters de organen eruit te halen terwijl hij nog in leven is. De organen worden in speciale containers naar de operatiekamer gebracht waar de donorpatiënt al ligt te wachten."

Human Rights Watch maakte onlangs bekend dat vorig jaar in China 7500 executies zijn voltrokken. Dat is meer dan in de rest van de wereld bij elkaar. (SP)

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.