

ÖLÜDEN ORGAN NAKLİNİN BERABERİNDE GETİRDİĞİ BAZI HUKUKİ SORUNLAR*

Dr. YEŞİM M. ATAMER**

I. Genel Olarak

Hukuk ve tıp bilimlerinin ilgi alanlarının kesiştiği en önemli noktalardan biri hiç kuşkusuz organ naklidir. Tıp bilimi bu nakil sayesinde başka türlü tedavi edilmesi mümkün olmayan insanlara daha uzun ve daha kaliteli bir hayat beklentisi sunma amacına hizmet ederken hukuk bilimi bu naklin hangi şartlar altında yasal olacağı sorununa eğilmektedir. Zira sağlar arası nakilde sağlıklı bir insanın vücut bütünlüğüne hiçbir tıbbi gerekçe olmaksızın müdahale edilerek bir organının alınması, ölüden nakilde ise ölüm anının tespiti ve post-mortal kişiliğin korunması gibi sorunlar bu müdahaleler için hukuki çerçevenin çizilmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Her biri çok çeşitli sorunları beraberinde getiren bu nakil türlerinden sadece ölü vericiden nakle bağlı tartışmalar bu makalenin konusunu oluşturmaktadır¹.

* Bu makalenin hazırlanmasında bana verdiği değerli tıbbi bilgiler için nörolog Dr. Aslı Atamer'e, Türkiye'de organ nakli uygulamaları hakkında bilgi veren Çapa Tıp Fakültesi Transplantasyon Merkezinden Dr. Yalçın Seyhun'a ve sorunun adli tıp yönü konusunda beni aydınlatan Adli Tıp Kurumundan Dr. Abdi Özarslan'a teşekkür ederim. Hiç kuşkusuz metinde yer alabilecek birim hataların sorumluluğu yazara aittir.

** Yardımcı Doçent, İstanbul Bilgi Üniversitesi Hukuk Fakültesi, e-posta: yesi-ma@bilgi.edu.tr

¹ Sağlar arası nakilde karşılaşılan en önemli sorunlar başlıklar halinde sayılacak olursa: vericinin müdahaleye ilişkin olarak nasıl aydınlatılacağı ve onayının nasıl alınacağı, reşit olmayanların verici olup olamayacağı ve olabilecekse bu onayın nasıl alınacağı, verici ile alıcı arasında akrabalık ilişkisi aranıp aranmayacağı, canlı vericiden organ ticaretini engellemek için ne

Tartışma konularından ilki ölüden organ nakli için zorunlu olan, vericinin ölmüş olduğunun tespit edilmesi sorunudur. Aslında ölüm anının tıbbi açıdan kesin bir şekilde tespit edilebileceği düşünülse de Almanya'da yaşanan bir olay bu noktada sınırların hayli silik olduğunu tekrar gündeme getirmiştir. 1992 yılında bir trafik kazası sonucunda tıbbi açıdan beyin ölümünün gerçekleştiği tespit edilen dört aylık hamile bir kadının, dölütün gelişmesini tamamlayıp sezaryenle doğurtulmasına kadar yaşamsal fonksiyonlarını suni olarak devam ettirmek denenmiş ve nitekim beş hafta boyunca bu başarılmıştır da. Ancak daha sonra annenin ateşinin çıkması ve akciğer iltihabına bağlı komplikasyonlar sonucu çocuk ölmüştür². İlginçtir ki tıbbın bugün ulaştığı düzey açısından ölü kabul edilen bir insan söz konusu olmasına rağmen bu beş haftalık süre içinde nüfus memuru anneyi ölü olarak kaydetmeyi reddetmiştir³. Zira aksi takdirde doğma ihtimali olan çocuğun bir "ölüden" doğduğunu kabul etmek gerekecekti.

Bu olay üzerine özellikle hukuk çevrelerinde sorulmaya başlanan soru bu kadının gerçekten de ölü kabul edilip edilemeyeceği sorusu olmuştur. Eğer bugün çok yaygın şekilde kabul edilen beyin ölümü kriterleri uygulanacak olursa kadın ölüdür ve çocuk, doğurtulması mümkün olsaydı, bir ölüden doğmuş sayılacaktı; yok eğer bu kriter kabul

tür önlemlerin alınabileceği, vericinin ve alıcının kimliklerinin nasıl gizli tutulacağı gibi başlıklar akla gelmektedir. Bu konularda ayrıntılı bilgi için bkz. Thomas GUTMANN, *Probleme einer gesetzlichen Regelung der Lebensspende von Organen*, Medizinrecht 1997, 147 vd.; Nadine BOCK, *Rechtliche Voraussetzungen der Organentnahme von Lebenden und Verstorbenen*, Frankfurt a.M. 1999, 69 vd. Yeniden üremeyen organların sağlar arası naklinin sadece yakınlar arasında olabileceğini düzenleyen Alman Organ Nakli Kanununun 8. maddesini anayasaya uygun bulan Alman Anayasa Mahkemesinin kararı özellikle incelenmeye değerdir (bkz. Medizinrecht 2000, 28). Türk hukukunda sağlar arası nakil hakkında bkz. Enis SARIAL, *Sağlararası Organ Nakillerinden Doğan Hukuksal İlişkiler*, İstanbul 1986, Osman GÜRZUMAR, *Özel Hukukumuzda Organ Nakli ve 2238 sayılı Yasa Üzerine Düşünceler*, Ankara Barosu Dergisi 1991/3, 364, 380vd.

² Doktorların çocuğu yaşatmak için gerçekleştirdikleri bu müdahalenin ölünün kişilik haklarına bir saldırı oluşturup oluşturmadığı sorunu hakkında bkz. Paul HEUERMAN, *Verfassungsrechtliche Probleme der Schwangerschaft einer hirntoten Frau*, Juristenzeitung 1994, 133 vd.

³ Ines KLINGE, *Todesbegriff, Totenschutz und Verfassung*, Baden-Baden, 1996, 100

edilmez ve klinik ölüm olarak nitelendirilen kalp atışları ve solunumun durması kriteri esas alınacak olursa tıp bilimi içinden çıkılmaz sorunlarla karşılaşacaktır⁴.

Türk hukuk çevresine bakıldığında beyin ölümü kriterinin çoğunluk tarafından anıldığı ancak kabulü konusunda yoğun tereddütler olduğu dikkati çekmektedir. Örneğin *Oğuzman/Seliçi/Oktay* "... beyin fonksiyonunun durması ile ölüm gerçekleşmiştir demek, hiç duraksamadan kabul edilebilecek bir görüş olmasa gerektir"⁵ ifadesini kullanırken, *Dural*, "... beyinsel ölüm anlayışı da genel olarak kabul edilmiş bir görüş değildir" şeklinde soruna yaklaşmakta⁶, *Tekinay* da "... son yıllarda ölüm için beyin faaliyetlerinin tamamen durmasını yeterli sayan bir akım meydana gelmiştir ... Hukukçuların büyük tereddütlerle ve hatta endişelerle karşıladıkları bu eğilimin ne dereceye kadar kökleşeceğini şimdiden söylemek güçtür" şeklinde kaygılar dile getirmektedir⁷. Dolayısıyla bu alanda yaşanan gelişmeleri incelemenin Türk hukuk literatüründe var olan belirsizlikleri ortadan kaldırmak açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

İncelenmek istenen ikinci sorun ise ölüden organ nakline onay verilmesi sistemleri ve Türk sisteminin bunun içindeki yeridir. Özellikle organ bağışının azlığı karşısında başka ülkelerin tecrübelerinin, kural olarak açık onay sistemine bağlı olan Türk hukuku açısından da ışık tutucu yönlerinin olduğu düşünülmektedir. Aşağıda sırasıyla bu sorunlara eğilmeden önce 1979 tarihli Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunun⁸ uygulama alanı kısaca açıklanacak, ardından da organ naklinin tarihine ilişkin olarak bazı genel bilgiler verilecektir.

⁴ Tartışmalar için örn. bkz. Stephan RIXEN, *Lebensschutz am Lebensende, Das Grundrecht auf Leben und die Hirntodkonzeption*, Berlin 1999; BOCK (dn.1); Johannes HOFF/JÜRGEN IN DER SCHMITTEN (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und "Hirntod"-Kriterium*, Hamburg 1994.

⁵ Kemal OĞUZMAN/Özer SELİÇİ/Saibe OKTAY, *Kişiler Hukuku (Gerçek ve Tüzel Kişiler)*, 6. bası, İstanbul 1999, 16

⁶ Mustafa DURAL, *Türk Medeni Hukukunda Gerçek Kişiler*, 4. bası, İstanbul 1995, 21

⁷ Selahattin Sulhi TEKİNAY, *Medeni Hukukun Genel Esasları ve Gerçek Kişiler Hukuku*, 6. bası, İstanbul 1992, 209

⁸ 20.5.1979, RG sy.2238. Bundan sonra kısaca "Organ Nakli Kanunu = ONK" olarak anılacaktır.

Ele alınacak konuların ister istemez tıbbi yönünün de incelenmesi gereği bazı yerlerde bu alana özgü bilgiler verilmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Ancak bu bölümlerde okuyucunun hukukçu olduğu gerçeği göz ardı edilmemeye çalışılmış ve teknik detayların mümkün olduğu kadar basite indirgenerek aktarılması amaçlanmıştır. Okuyucunun da, yazarın bir hukukçu olduğunu ve dolayısıyla tıbbi konulardaki bilgilerin sık sık sınırlı kalmasını anlayışla karşılayacağı ümit edilmektedir.

II. Organ Naklinin Tanımı ve Organ Nakli Kanununun Uygulama Alanı

Organ naklinden bahsedildiğinde akla çeşitli olasılıklar gelmektedir. Ya nakil, kişinin kendi dokularının vücudunun bir yerinden başka bir yerine nakledilmesi şeklinde gerçekleşmektedir (otolog transplantasyon/oto-gref), ya bu dokular bir üçüncü kişiye nakledilmektedir (alogen transplantasyon) veya insan dışında bir canlıdan alınan dokular nakledilmektedir (xeno-transplantasyon). Suni organların insan vücuduna yerleştirilmesi de bu son kavram altında ele alınabilir⁹.

Alojen transplantasyon konusu olabilecek organların en önemlileri bugün için kalp, akciğer, karaciğer, böbrek, pankreas ve bağırsaktır¹⁰. Bunlardan kalp, böbrek ve karaciğer naklinin artık rutin sayılabilecek müdahaleler olduğu söylenebilir. Bu organların tümünün ölü vericiden nakli mümkünken, canlı vericiden sadece onun sağlığını tehlikeye atmayanların nakli mümkündür. Bugünkü tıbbi veriler ışığında bu, böbreklerden birinin ve karaciğer ile ince bağırsağın kısmen nakli anlamına gelmektedir.

⁹ Bu ayırım için örneğin bkz. Lars Christoph NICKEL, *Die Entnahme von Organen und Geweben bei Verstorbenen zum Zwecke der Transplantation*, Bonn 1999, 11; Gregor WOLLENEK/Ernst WOLNER, *Transplantation von Organen und Geweben, Ein Überblick aus medizinischer Sicht*, in: Brandstetter/Kopetzki (Hrsg.) *Organtransplantationen*, Wien 1987, 11

¹⁰ 1997 yılı itibariyle dünya genelinde 415.854 böbrek nakli, 7559 kombine böbrek ve pankreas nakli, 2260 pankreas nakli, 62.502 karaciğer nakli, 46.277 kalp nakli, 2172 kombine kalp ve akciğer nakli, 7689 akciğer nakli ve 273 bağırsak nakli gerçekleştirilmiştir, bkz. Gertrud KALCHSCHMID/Heinz BARTA, *Rechtspolitische Überlegungen zur Organtransplantation, Plädoyer für ein Transplantationsgesetz*, in: Barta/Kalchschmid/Kopetzki (Hrsg.) *Rechtspolitische Aspekte des Transplantationsrechts*, Wien 1999, 14

Organ alımının ne amaçla yapılacağı birçok ülke hukukunda bir sınırlamaya tabi tutulmuştur. Buna göre organ alımı sadece başka bir insana nakil amaçlı olarak, yani tedavi için yapılabilir¹¹. Buna karşılık Türk hukukunda Organ Nakli Kanununun geniş tanımlaması sonucu bu tür bir sınırlamadan bahsetmek mümkün değildir. Yasa, tedavi, teşhis ve hatta bilimsel amaçlarla organ ve doku alınmasına izin vermektedir (m.1). Kanımca bilimsel amaçlar için organ alımı imkanının çok dar yorumlanmasında fayda vardır. Özellikle canlı vericiden olması kesinlikle kabul edilmemelidir. Bu konudaki bir taahhüdün Me-deni Kanun m.23'e aykırılık nedeniyle batıl sayılması gerekir. Cesetten bilimsel amaçlarla organ alınması ise ONK m.14/IV'e tabi olacaktır.

Organ Nakli Kanununun düzenleme alanına, yaşayan kişilerden ve ölüden organ nakli girmektedir. Dolayısıyla hiç hayata gelmemiş olan embriyodan doku nakledilmesi gibi bir sorun bu kanun kapsamında ele alınamaz ve ayrı bir düzenlemeyi gerektirir. Zira ancak canlı olarak doğmuş olanların "ölümü" söz konusu olabilir. Dolayısıyla kürtaj sonucu ana rahminden tahliye edilen embriyondan veya düşük sonucu kaybedilen dölütten (cenin) organ nakli amacı ile faydalanılması ayrı bir sorun oluşturur¹² ve ayrı bir yasal düzenleme gerektirir¹³.

11 Alman Organ Nakli Kanunu § 1 (Gesetz über die Spende und Übertragung von Organen, BGBl 1997 I/2631); Avusturya Hastane Yasası § 62a (Krankenanstaltengesetz, Novelle vom 18.6.1982, BGBl Nr.273/1982); İspanyol Organ Nakli Kanunu m. 1; İsviçre'de bu yönde BGE 101 II 177, 199 ve DUMOULIN (dn.17) 79

12 Bkz. Christian KOPETZKI, *Rechtsgrundlagen der Organgewinnung zu Transplantationszwecken*, in: Brandstetter/Kopetzki (Hrsg.) *Organtransplantationen*, Wien 1987, 65. Embriyonun gelişiminin belirli bir aşamasında ihtiyaç duyulan organ dışında rahmin bütünüyle tahliye edilmesi ve bu sayede ana rahminde istenen organın "yetiştirilmesi" imkanının olduğu bugün hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucu gösterilmiştir (Maria A. EDER-RIEDER, *Strafrechtliche Aspekte der "kapsel-geschützten" Organtransplantation*, Österreichische Juristenzeitung 1990, 627-631). Bunun yanı sıra özellikle son yıllarda Parkinson ve Alzheimer hastalarının tedavisinde denen bir yöntem, dölütten alınan dopamin salgılayan nöronların hastanın beynine transplante edilmesidir. Bu sayede iki hastalıkta da ortak görülen, beyin hücrelerinin bir bölümünün ölümü sorununa çözüm üretmek istenmektedir. Erişkin hücrelerinden farklı olarak dölüt hücrelerinin vücut tarafından reddedilme olasılığının daha düşük olması bu alanda ümit vaat edici sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır (David LAMB, *Organ Transplants and Ethics*, Aldershot 1996, 70-71).

Organ Nakli Kanunu m.2 otolog-transplantasyonu da kanunun uygulama alanı dışında tutmakta ve bu alanda diğer tıp hukukuna ilişkin düzenlemelere atıfta bulunmaktadır¹⁴. Aynı şekilde insan dışındaki canlılardan organ veya doku nakledilmesi de yasanın kapsamı dışına alınmış ancak bu konuda açık bir yasak da ifade edilmemiştir¹⁵.

¹³ Kürtaj, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (RG 27.5.1983, sy.18059) m.5 uyarınca bugün Türkiye'de 10 haftaya kadar yasal bir müdahale teşkil etmektedir. Dolayısıyla sorun, yasal bir müdahalenin sonucunda elde edilen embriyonun nasıl kullanılabileceği sorunudur. Kanımca annenin hamileliği sona erdirme yönündeki iradesi embriyo üzerinde her türlü hakkından da feragat ettiği anlamına gelmemelidir. Nitekim İsviçre Tıp Bilimleri Akademisi tarafından 1998 yılında kabul edilmiş olan "Dölütten alınan dokuların nakli hakkında tıbbi ve etik yönerge" m.1.3'de kadının yazılı onayının alınmasını böyle bir nakil için zorunlu saymaktadır ("Medizinisch-ethische Richtlinien für die Transplantation fötaler menschlicher Gewebe", bu yönerge için bkz. www.samw.ch/d/richtlinien/richtlinien_fs.html; ayrıca bkz. T. Matthias SPRANGER, *Die ungenehmigte Verfügung der Krankenhäuser über Fehlgeborene*, MedR 1999, 210-213). Diğer yandan embriyonun korunması açısından birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de özel bir yasanın çıkarılmasında büyük fayda vardır. Örneğin bkz. Alman Embriyo Koruma Kanunu (Gesetz zum Schutz von Embryonen, BGBl 1990, I-2746)

¹⁴ ONK. m.2/II: "Oto-grefler, saç ve deri alınması, aşılantması ve nakli ile kan transfüzyonu bu kanun hükümlerine tabi olmayıp, yürürlükte bulunan sağlık yasaları, tüzükleri, yönetmelikleri ve tıbbi deontoloji kuralları çerçevesinde gerçekleştirilir."

¹⁵ ONK. m.2/I: "Bu kanunda sözü edilen organ ve doku deyiminden insan organizmasını oluşturan her türlü organ ve doku ile bunların parçaları anlaşılır." Xeno-transplantasyonun bugün ulaştığı düzey hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. PETERMANN/SAUTER, *Xeno-Transplantasyon*, Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Aralık 1999; Medizinisch-ethische Grundsätze zur Xenotransplantation, Stellungnahme der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, Mayıs 2000 (yönerge için bkz. www.samw.ch/d/richtlinien/richtlinien_fs.html); Jan-W. VESTING/Stefan MÜLLER, *Xenotransplantasyon: Naturwissenschaftliche Grundlagen, Regelung und Regelungsbedarf*, MedR 1996, 203-209.

Hayvanların, insanların menfaatleri için feda edilmesinin etik yönden kabul edilebilir bir yaklaşım olup olmadığı sorununa burada değinilmeyecektir. Kişisel kanaatim, bu tür bir müdahalenin ancak çok zor gerekçelendirilebileceği yönündedir. Özellikle insanın besin olarak tüketmediği hayvanların, insan nesli için feda edilmesi ve sadece kalplerini veya böbreklerini nakledebilmek için yetiştirilmesi kanımca insanın içinde bulunduğu biyolojik ortam-

III. Organ Naklinin Kısa Tarihi

Organ nakli alanında bugün alınan başarılı sonuçlar zorlu ama göreceli olarak kısa bir gelişim sürecinin ürünüdür. 19. yüzyıldan beri bu alana ilgi gösterilmiş olmasına rağmen ilk ciddi yaklaşımlar ancak 20. yüzyılın başında damar cerrahisi alanında yaşanan ilerleme ve kan gruplarının bulunması ile mümkün olmuştur¹⁶. Nakledilecek organın yeni organizma içinde yer alan damarlarla bağlantısının sağlanması ve böylece alıcının kan dolaşım sistemine dahil olması olasılığı doğrudan sonradır ki tıp bilimi bu alana daha yoğun eğilmeye başlamıştır¹⁷. Özellikle böbrek nakli, araştırmaların merkezinde olmuştur. İlk defa 1933 yılında Rusya'da 26 yaşında bir kadına bir ölüden alınan böbrek nakledilmiş, ancak hasta iki gün sonra ölmüştür. Savaş yıllarında yaşanan bir duraksama sonrasında 1950 yılında Chicago'da, yine bir ölüden böbrek nakli, 1952'de Paris'te canlı vericiden (hastanın annesi) böbrek nakli ameliyatları gerçekleştirilmiş ancak her birinde hasta kısa süre sonra ölmüştür¹⁸. Bu sonuçlar, organ naklinin karşısındaki ikinci büyük engelin, nakledilen kişinin bağışıklık sisteminin yabancı organa karşı gösterdiği tepki olduğunu ortaya koymuştur. O dönemde, ancak genetik yapısı tamamıyla örtüşen iki insanda, yani tek yumurta ikizlerinde bu tür bir ameliyatın başarı şansı vardı. Nitekim 1954 yılında Dr. Joseph Murray (Nobel ödülü 1991) yönetiminde Boston'da yapılan bir ameliyat ile 23 yaşındaki tek yumurta ikizlerinden birinin böbreğinin diğerine aktarılması organ nakli tarihindeki ilk başarılı nakil sayılmaktadır¹⁹. Bu ameliyat organ naklinin bir

daki konumunu fazlası ile yücelten bir tavidir. Örneğin İngiltere'de bu konuda 1997 yılında hazırlanan bir rapor da primatlar gibi, evcil olmayan ve zeka düzeyi yüksek hayvanların, insana genetik açıdan daha yakın olsalar bile organ naklinde kullanılmasını onaylamamıştır (bkz. DUMOULIN (dn.17) 32). Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. Johann S. ACH, *Ersatzteillager Tier, Moralische Probleme der Xenotransplantation*, in: Johann S. Ach/Michael Quante (Hrsg.), *Hirntod und Organverpflanzung*, Stuttgart 1997, 291 vd.; LAMB (dn.12) 113.

¹⁶ Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. René KÜSS/Pierre BOURGET, *Une histoire illustrée de la greffe d'organes*, Paris 1993, 24vd.

¹⁷ Jean-François DUMOULIN, *Organtransplantation in der Schweiz, Das Recht am Scheideweg zwischen Leben und Tod*, Bern 1998, 8

¹⁸ KÜSS/BOURGET (dn.16) 39vd.

¹⁹ BOCK (dn.1), 44; DUMOULIN (dn.17) 8;

tedavi yöntemi olarak benimsenmesi ve bu alandaki araştırmaların sürdürülmesi açısından büyük bir teşvik olmuştur.

İnsan organizması, nakledilen her türlü organı yabancı bir cisim olarak algılayıp yok etmeye çalıştığı için yapılması gereken ilk şey vücudun bağışıklık sisteminin gösterdiği tepkiyi ortadan kaldırmaktı²⁰. Bu hedefe öncelikle radikal bir ışın tedavisi ile ulaşılmaya çalışılmış, ve bu şekilde 1959 yılında Boston'da çift yumurta ikizleri, 1960 yılında da ikiz olmayan kardeşler arasında ve yine 1960 yılında Paris'te birbiri ile akraba olmayan iki kişi arasında böbrek naklinde başarı sağlanmıştır. Bunu takiben 1963 yılında ilk karaciğer nakli (Denver, Amerika), yine aynı yılda ilk akciğer nakli (Mississippi, Amerika), 1966 yılında ilk pankreas nakli (Minnesota, Amerika) gerçekleştirilmiştir²¹.

Ancak kuşkusuz bu organ nakillerinden hiçbiri 1967 yılında Güney Afrika Cumhuriyetinde gerçekleştirilen ilk kalp nakli ameliyatı kadar büyük tepki doğurmamıştır. Dr. Christiaan Barnard yönetiminde Cape Town'da gerçekleştirilen ameliyatta 24 yaşında trafik kazasında ölen bir kadının kalbi 54 yaşında bir erkeğe nakledilmiştir. Her ne kadar hasta 18 gün sonra ölmüşse de Dr. Barnard'ın iddialı müdahalesi bütün dünyada, özellikle tıp ve hukuk camiasında konuşma konusu olmuştur. Yüzyıllardır dinin ve felsefenin merkezinde olan kalp bir günden ötekine değiştirilebilir, yerine yenisi takılabilir bir organ haline gelmiş ve insanın, kalbi çalışmamasına rağmen yaşamaya devam edebileceği anlaşılmıştır²².

Nihayet 1976 yılında Jean-François Borell, "Cyclosporin" isimli bir mantar²³ molekülünün, bağışıklık sistemini baskılayıcı bir işlevinin olduğunu tespit etmiş ve bu şekilde yan etkileri çok fazla olan ışın te-

²⁰ Bu alandaki tarihsel gelişim hakkında bkz. KÜSS/BOURGET (dn.16) 47vd. Tıbbi açıdan organın reddinde gerçekleştirenler için bkz. WOLLENEK/WOLNER (dn.9) 14 vd.

²¹ Daha ayrıntılı bilgi için bkz. WOLLENEK/WOLNER (dn.9) 21vd.

²² Wolfram HÖFLING, *Um Leben und Tod: Transplantationsgesetzgebung und Grundrecht auf Leben*, JZ 1995, 26,28

²³ Mantarın kendisi Norveç'in Hardangger fiyordunda bulunmuş ve önceleri yeni bir antibiyotik bulma amacı ile araştırma konusu olmuştur, bkz. KÜSS/BOURGET, (dn.16) 73vd.

davisinin yanı sıra bu ilaç kullanılmaya başlanmıştır²⁴. 1982 yılında dünya çapında kullanıma sokulan bu ilaç sayesinde bugün artık organ nakli nispeten yaygın ve rutin bir tıbbi müdahale halini almıştır²⁵. Bu kronolojinin de gösterdiği gibi tıp biliminin rüyalarından biri aslında son derece kısa sayılabilecek bir sürede gerçek olmuştur.

IV. Organları Nakledilecek Hastanın Ölümünün Saptanması

1. Ölüm Anının Tarih İçinde Kesinliğini Yitirmesi

Organ naklinin cezai bir yaptırıma uğramadan yapılabilmesi için vericinin ölmüş olması gerektiği, yani organ alımının ölümün sebebi olmaması gerektiği açıktır. Bu açıdan ölümün ne zaman gerçekleştiğini tespit etmek büyük bir önem taşımaktadır. Diğer yandan organların naklinde en iyi sonuçların, hastanın ölümünden sonra vakit kaybetmeden yapılan nakillerde elde edildiği bir gerçektir. Bu açıdan da ölüm anının kesin olarak tespiti ihtiyacı vardır.

Tarihe bakıldığında bu anı saptamanın uzun yıllar hiçbir sorun doğurmadığı, hukukçuların bu konu üzerinde durma ihtiyacı hissetmediği dikkati çekmektedir. Nitekim 150 yıl önce Friedrich Carl von Savigny ölüm anını hukuki bir sorun olarak algılamadığı gibi, "*Hak ehliyetinin sınırını oluşturan ölüm o kadar basit bir doğa olayıdır ki, doğumdan farklı olarak, unsurlarının ayrıntılı olarak tespit edilmesine gerek yoktur*²⁶" şeklinde iddialı bir ifade dahi kullanabilmiştir. Ancak zaman onun bu konuda yanıldığını gösterecektir.

Yakın geçmişe kadar ölümü tespit etmede geçerli olan kriter kalp ve solunum fonksiyonlarının sürekli olarak durmasıydı (klinik ölüm). Nispeten basit yöntemlerle tespit edilebilen klinik ölüm²⁷ kısa sürede

²⁴ İmmun sistemin baskılanmasında etkili bu ilaç hakkında bkz. E. BUCHBORN, *Derzeitige medizinische Möglichkeiten der Organtransplantation*, in: H. D. Hiersche (Hrsg.), *Rechtliche Fragen der Organtransplantation*, Berlin u.a. 1990, 5vd.

²⁵ Organ naklinin tarihi hakkında ayrıca bkz. SWISSTRANSPLANT, www.swisstransplant.org/DE/dehome.htm

²⁶ Friedrich Carl Von SAVIGNY, *System des heutigen Römischen Rechts*, 2. Band, Berlin 1840, 17

²⁷ İsviçre Tıp Bilimleri Akademisinin 13.6.1996 tarihli yönergesine göre klinik

oluşan ölü morlukları (*Livoris mortis*) ve vücudun sertleşmesi (*Rigor mortis*) gibi belirtilerle herkes için algılanabilir hale de gelmektedir²⁸. Ancak yüzyıl başından beri tıp alanındaki radikal gelişmeler bu kesinliği ortadan kaldırmıştır. Zira kalbi ve solunumu durmuş olan hastalar ilaçlar, elektrik şok, açık veya kapalı kalp masajı ve suni solunum gibi gelişmiş reanimasyon yöntemleri sayesinde kısmen tekrar hayata döndürülebilmektedir. Örneğin kalbin, durmuş olmasından itibaren geçen 80 ila 120 dakikalık bir süre içinde yeniden çalıştırılabilmesi imkan dahilindedir²⁹. Ancak büyük bir başarı teşkil eden bu gelişme bazı hallerde önemli sorunları beraberinde getirmiştir. İlk defa 1959 yılında iki Fransız doktorun (Mollaret/Goullon) tespit ettiği gibi bu tür hastaların bir kısmında hayata döndükten sonra artık hiçbir beyin faaliyetine rastlanamamaktadır. İki yazarın "coma dépassé" olarak adlandırdığı³⁰ bu durumdaki hastalar suni solunum kesildikten kısa süre sonra da ölmektedir. Daha ilerlemiş araştırmaların ve gözlemlerin ortaya koyduğu, her organın ancak belirli bir süre kan dolaşımının durmasına ve buna bağlı olarak oksijensiz kalmaya tahammülü olduğudur. Dolayısıyla insanın bir kaç dakikadan fazla süre ile solunumunun ve kalp atışlarının durması vücudun bazı işlevlerinin

ölümün tespit edilmesinde şu kriterler dikkate alınır: a. nabzın alınamaması b. solunumun durması c. derin koma d. iki gözde de ışığa duyarsız pupilla e. okülosefalik (göz-beyin) reflekslerin kaybı f. kornea reflekslerinin kaybı g. acıya karşı serebral (beyine bağlı) tepkilerin kaybı h. öksürme ve yutkunma refleksinin kaybı. Bu belirtilerin gözlenmesinden sonra en az yarım saat boyunca kardiopulmonel (kalp-akciğer) reanimasyon çalışmaları yapılması gerekmektedir. Bunlar kalp masajı, ağızdan ağıza nefes, intübasyon (nefes borusuna bir hortum takılması) ve ilaç verilmesi gibi önlemleri içermektedir (Medizinisch-ethische Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen m.2 - bu yönerge için bkz. www.samw.ch/d/richtlinien/richtlinien_fs.html).

²⁸ KLINGE (dn.3) 89

²⁹ Gerhard PENDL, *Der Hirntod, Eine Einführung in seine Diagnostik und Problematik*, Wien 1986, 12

³⁰ MOLLARET/GOULON, *Le Coma Dépassé (Memoire preliminaire)*, Revue Neurologique 101/1959, 3-15 (aktaran Edzard Schmidt-Jortzig, in: *Wann ist der Mensch tot?*, (dn.4) 8). Bu kavram Fransa'da uzun yıllar kullanılmaya devam edilmiş, ancak 1988 yılında Fransız Tıp Akademisinin, kavramın yanlış anlamalara yol açması nedeniyle beyin ölümü kavramının kullanılmasını öngörmesi ile tıp literatüründen çıkmıştır (LAMB (dn.12) 33).

geri dönülmez şekilde yitirilmesi sonucunu doğurmaktadır. Oksijen eksikliğine en duyarlı organ olan beyinde ise, kan dolaşımının 3-8 dakikalık bir süre için durması halinde beyin kabuğu (*cortex cerebri*) bölgesinde telafi edilemeyecek zararlar doğmakta, 5-10 dakikalık bir süre içinde ise beyin sapının (*truncus cerebri*) temelli işlev kaybı gerçekleşmektedir³¹.

Bu yeni tespit kalp ve solunumu suni olarak faaliyet gösteren, bu sayede nefes alan, terleyen, saçları ve tırnakları uzayan, yaraları iyileşen, ateşi çıkan, dolayısıyla son derece "normal" gözükken, ancak beyninsel faaliyeti sıfıra inmiş olan hastaların hâla hayatta sayılıp sayılamayacağı gibi çok önemli bir soruyu beraberinde getirmiştir. Bir anlamda yoğun bakım alanında yaşanan gelişmeler ölümü basit bir fenomen olmaktan çıkarmıştır. Yaşamın oluşumunda olduğu gibi sona ermesinde de artık hukuk da tıp da bir süreç ile karşı karşıyadır ve bu süreç içinde bir anı tercih etmek durumundadır³². Zira hukuken insan ya yaşıyordur ya da ölüdür, ara kademelerin düzenlenmesi mümkün değildir³³.

Bu alandaki belirsizliğe tıp çevrelerinden gelen ilk cevap Harvard Tıp Fakültesinden olmuştur. 1968 yılında, yani ilk kalp naklinden sadece 1 yıl sonra oluşturulan bir komisyon yeni ölüm kriteri olarak beyin ölümünü belirlemiştir³⁴. Buna göre beynin bütün kademelerinde sü-

³¹ Fuat ODUNCU, *Hirntod und Organtransplantation, medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, 43. Dakikada 45-55 ml. kan/100gr. beyin olan normal kan dolaşımı değeri 20ml/100gr.'a düşerse beyin işlevlerinde yavaşlama olur, dakikada 15ml/100gr.'a düşmesi halinde ise EEG düz çizgi vermeye başlar. Bu değer 6-12ml./100gr. olduğunda artık ortadan kaldırılamayacak bir beyin harabiyeti doğar. Bu süre normalin altında seyreden vücut ısısında (Hypothermie) daha uzun, normalin üstünde bir vücut ısısında ise (Hyperthermie) daha kısadır (bkz. PENDL (dn.29) 11-12)

³² Jan-Robert FUNCK, *Der Todeszeitpunkt als Rechtsbegriff*, Medizinrecht 1992, 182, 184

³³ BOCK (dn.1) 168

³⁴ Oluşturulan komisyon *Ad hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death* ismi altında faaliyet göstermiş ve "A Definition of Irreversible Coma" adlı belgeyi kaleme almıştır. Bu belge JAMA 205 (1968) 337-340'da yayınlanmıştır. Ayrıntı için bak. Peter MC CULLAGH, *Brain Dead, Brain Absent, Brain Donors - Human Subjects or Human Objects?*, Chichester 1993, 10vd.

rekli olarak, geri dönülmez şekilde beyin faaliyetinin durması hastanın öldüğü anlamına gelmektedir. Bunun saptanmasında dikkate alınacak kriterleri ayrıntılı olarak açıklayan rapor, suni olarak solunumun ve kalp faaliyetinin ayakta tutulmasının hastanın ölmediği sonucuna götüremeyeceğini ifade etmektedir. Harvard komisyonu kararını gerekçelendirmek için sadece iki noktaya parmak basmıştır: Bir yandan yoğun bakım alanında kaynakların sınırlılığı nedeniyle bunların dağılımı sorununa çözüm bulmak, ikinci olarak da klasik ölüm anlayışının organ naklini neredeyse imkansız hale getirmesi³⁵.

Her ne kadar beyin ölümü kriterini kabul eden bu ilk belge sadece son derece pragmatik gerekçelere dayanıyorsa da beyin ölümünün bütün dünyada kabul görmesi uzun sürmemiştir. Örneğin aynı yılda Almanya'da³⁶, 1969 yılında İsviçre'de³⁷ ve 1976 yılında İngiltere'de³⁸ tıp çevreleri bu kriteri kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.

³⁵ "Our primary purpose is to define irreversible coma as a new criterion for death. There are two reasons why there is a need for a definition: (1) improvements in resuscitative and supportive measures have led to increased efforts to save those who are desperately injured. Sometimes these efforts have only partial success so that the result is an individual whose heart continues to beat but whose brain is irreversibly damaged. The burden is great on patients who suffer permanent loss of intellect, on their families, on the hospitals, and on those in need of hospital beds already occupied by these comatose patients. (2) Obsolete criteria for the definition of death can lead to controversy in obtaining organs for transplantation (metin Pendl (dn.29) s.122'den alınmıştır.)

³⁶ *Kommission für Reanimation und Organtransplantation der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Todeszeichen und Todesbestimmung, *Chirurg* 39 (1968), 106-197

³⁷ 1969'da yayınlanan *Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften*, Richtlinie für die Definiton und die Diagnose des Todes ve 1972 tarihli Federal Mahkeme kararı: "... Anayasa gereği kabul edilmelidir ki beyin ölümü ancak beyin fonksiyonlarının tümünden sona ermesi ve bu durumun geri dönülmez olduğunun kesin olması halinde kabul edilebilir." (BGE 98 Ia 508, 515).

³⁸ *Conference of Medical Royal Colleges and Faculties of the United Kingdom*, *Lancet* 2 (1976),1069-1070

2. Beyin Ölümünün Tespiti

Peki beyin ölümünden ne anlaşılması gerekir? Bu alanda tartışmasız kabul gören bazı kriterlerden yola çıkmak mümkün müdür? Bugün çeşitli ülkelerde gerek doktorların ulusal kuruluşlarının yayınladığı yönergeler gerekse yasal düzenlemeler incelendiğinde aynı kriterlere göre hareket edildiği, teşhisin aynı yöntemlerle konulduğu rahatlıkla söylenebilir. Öncelikle beyin ölümünden kastedilen beyin *tümünün*³⁹ geri dönülmez (irreversibl) şekilde harap olması ve fonksiyonların *tümüyle* sona ermesidir⁴⁰. Buna karşılık beyinin sadece belirli bölümler-

39 Beyinin nerede sona erdiği ve nerede omuriliğin (myelon) başladığı saptanırken sınır, kafatasının bitimidir (foramen occipitale). Bunun yukarısında kalan medulla oblongata, pons, mesencephalon, diencephalon, cerebellum ve telencephalon beyinin bölümleridir ve beyin ölümünün teşhisinde incelenmeye tabidir, bkz. ODUNCU (dn. 31) 41-42

40 Türkiye: 1.6.2000 tarihli Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği (RG 01.06.2000, sy. 24066) ek-1 maddesi fıkra 1 (Bundan sonra Organ Nakli Yönetmeliği olarak anılacaktır); İsviçre: *Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften*, Medizinisch-ethische Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen (dn.27) m.1/I,b (İsviçre Tıp Bilimleri Akademisinin yayınladığı yönergelerin bağlayıcılığı hakkında bkz. DUMOULIN (dn.17) 57 ve BGE 123 I 112, 128vd.; BGE 98 Ia 508, 512vd.); Almanya: Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen, BGBl. 1997 I/ 2631vd., § 3/(2),2 ve Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz, Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, "Definition, Diagnose" başlığı (Deutsches Ärzteblatt 95 [1998], Heft 30, A-1861; www.aerzteblatt.de); Avusturya: Empfehlung zur Durchführung der Hirntoddiagnostik entsprechend dem Beschluß des Obersten Sanitätsrates vom 22.11.1997, Mitteilung der Sanitätsverwaltung, Heft 2/1998, 3; Amerika: 1980 yılında Amerikan Barolar Birliği (American Bar Association), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) ve yeknesak hukuk yaratmakla görevli komisyon (National Conference of Commissioners on Uniform State Law) tarafından hazırlanan metin (Uniform Determination of Death Act) tam beyin ölümü kriterini benimsemiş ve bu tavsiye Amerikanın çok sayıda eyaleti tarafından yasa haline getirilmiştir (Amerikada'ki gelişme hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Karsten Kloth, *Rechtsprobleme der Todesbestimmung und der Organentnahme von Verstorbenen*, Berlin 1994, 65vd.); Fransa: Code de la Santé Publique, Art. R 671-7-2. Bunun dışında İtalya, İsveç ve Slovenya'nın da bu beyin ölümü tanımını kabul ettiği yönünde bkz. NICKEL (dn.9) 23. Ayrıca bkz. Avrupa Konseyi'nin (78) 29 sayılı Ka-

rinin fonksiyon kaybına uğraması beyin ölümü olarak kabul edilmektedir⁴¹.

Beyinin tamamıyla ve nihai olarak faaliyetini durdurması için ya kafatası içindeki basıncın bir dış etkenden dolayı arterlerdeki kan basıncını aşmış olması ve dolayısıyla beyindeki kan dolaşımının durmuş olması ya da kalbin durması nedeniyle kan dolaşımının beyinde de bir süre kesilmiş olması gerekir. Asli beyin hasarı olarak adlandırılan ilk olasılıkta bir kafatası travması, menenjit veya beyindeki bir tümör veya kanama ile karşılaşmaktadır. Tali beyin hasarı olarak anılan ikinci olasılıkta ise beyin normal işlemekte olmasına rağmen vücudun kan dolaşımındaki bir aksaklık veya bir zehirlenme nedeniyle oksijensiz kalmaktadır⁴². İki olasılıkta da beyinde ödemler oluşmakta ve bunlar kafatası içindeki alanın sınırlı olması nedeniyle basıncın önemli surette artmasına sebep olmaktadır⁴³. Beyin kütlesi kafatası deliğine doğru itilmekte ve oluşan sıkışma nedeniyle ayrıca kan dolaşımı kesilmektedir.

Kural olarak vücudumuzun bütün organlarında kan dolaşımının sağlanması şu prensibe dayanmaktadır: Kan dolaşımı sisteminde basınç 120 mmHG değerinde iken organlarda hep bunun altında olmaktadır. Dolayısıyla organlar pasif olarak, kan yüksek basınçlı noktadan alçak basınçlı noktaya doğru aktığı için, yeni kanı almaktadır. Buna karşılık beynin kendine özgü bir kan basıncı ayarı vardır. Dolayısıyla beyindeki değer ile dolaşım sistemindeki değer eşitleninceye kadar beyine kan gider, eşitlenmesinden ve hatta beyindeki değer artmasından sonra artık beyine kan gitme imkanı kesinlikle ortadan kalkar⁴⁴. Bundan sonra da beyinin bölümlerinin ölmesi, yukarıda da ifade edildiği gibi en fazla 10 dakika içinde gerçekleşmektedir.

rarı m.11 (*Council of Europe, Resolution (78) 29 on harmonisation of legislations of member states to removal, grafting and transplantation of human substances. Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 11 May 1978.*)

⁴¹ Bu konuda bkz. aşağıda IV 5

⁴² NICKEL (dn.9) 84vd.; PENDEL (dn.29) 12

⁴³ OTTO MAYRHOFER, *Die Todesfeststellung*, in: Brandstetter/Kopetzki (Hrsg.) *Organtransplantationen*, Wien 1987, 55

⁴⁴ ODUNCU (dn.31) 45-46; PENDL (dn.29) 13-14

Bu şekliyle beyin ölümünün, diğer bütün beyinde oluşan hastalıklardan, beynin yanlış gelişmiş olmasından, beyindeki diğer zarar kademelerinden ayırt edilmesi mümkündür. Yoğun bakımda yapılan artık sadece suni solunum yoluyla kalp faaliyetinin ve buna bağlı olarak vücudun geri kalanında kan dolaşımının bir süre daha devamını sağlamaktadır⁴⁵.

Beynin tüm fonksiyonlarının yitirilmiş olup olmadığının nasıl saptanacağı bugün bütün ülkelerde ayrıntılı yönergelerle açıklığa kavuşturulmuştur. Bunların karşılaştırılması, uygulanan yöntemin hep aynı olduğunu ve kabaca üç aşamada ele alınabileceğini göstermektedir^{46, 47}:

45 Heinz ANGSTWURM, *Der vollständige und endgültige Hirnausfall (Hirntod) als sicheres Todeszeichen des Menschen*, in: Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitten (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung, und Hirntodkriterium*, Hamburg 1994, 45

46 Almanya: *Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer*, Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes (dn.40); İsviçre: *Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften*, Medizinisch-ethische Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen (dn.27); Amerika: *American Academy of Neurology*, Practice Parameters for determining brain death in adults, *Neurology* 1995; 45: 1012-1014. (Bu raporun açıklaması için bkz. Eelco F. M. WIJDICKS, *Determining brain death in adults*, *Neurology* 1995; 45: 1003-1011); Avusturya: Empfehlung zur Durchführung der Hirntoddiagnostik entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 22. November 1997 (dn.40) 3 vd. Bahsi geçen üç aşama Fransa Kamu Sağlığı Yasasında da aynen kabul edilmekle birlikte (Art. R.671-7-1 ve 2) tıbbi detay yasada yer almamaktadır.

47 2000 tarihli Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğinin ek-1 maddesi beyin ölümü kriterlerini ayrıntılı olarak saptamaktadır (RG 01.06.2000, sy.24066). Buna göre:

"Tanım: Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve beyin fonksiyonlarının tam ve irreversibl kaybıdır.

İrreversibl komanın temel bulguları:

I. Beyin ölümüne karar vermek için komanın aşağıdaki nedenlere bağlı olmaması:

a. Primer hipotermi

b. Hipovolemik ya da hipotansif şok

c. Geriye dönüşüm sağlayabilecek intoksikasyonlar (barbitürat ve diğer sedatifler, depresan ve narkotik ilaçlar) ile metabolik ve endokrin bozukluklar

İlk aşamada, beyin ölümü teşhisinin konulabilmesi için bazı ön koşulların varlığı aranacaktır. Bu ön koşullar, hastanın asli veya tali bir beyin hasarına uğramış olması ve benzer semptomları nedeniyle karışma ihtimali gösteren diğer bazı rahatsızlıkların var olmadığının tes-

II. Bilincin tam kaybı

III. Spontan hareketin bulunmaması. Aşağıdaki bulunan durumlar beyin ölümü tanısını ekarte ettirmez:

- Derin tendon reflekslerinin alınması,
- Yüzeysel reflekslerin alınması,
- Babinski refleksi alınması,
- Solunum benzeri hareketler alınması (omuz elevasyon ve adduksiyonu, önemli tidal volüm değişikliği olmaksızın interkostal genişleme)
- Patalojik fleksiyon ve ekstensiyon cevabı dışındaki spontan ekstremitte hareketleri,

IV. Ağrılı uyaranlara serebral-motor cevap alınmaması,

V. Spontan solunum bulunmaması

VI. Beyin sapı reflekslerinin tamamen kaybolması,

- Beyin ölümünde pupiller parlak ışığa yanıtızsız ve dilatedir (4-9 mm)
- Kornea refleksi yokluğu
- Vestibulo-oküler refleks yokluğu
- Okülosefalik refleks yokluğu
- Faringeal ve trakeal reflekslerin yokluğu

VII. Apne testi

Apne testi uygulanabilmesi için, Arterial pO₂ ve pCO₂ değerleri normal olmalıdır (pCO₂ 40mmHg üzerinde). Bu koşullarda hasta 10-30 dakika süre ile %100 oksijen ventile edilerek arteriyel oksijen basıncının 200 mmHg üzerinde olması sağlanmalıdır. Bu koşullar sağlandıktan sonra hasta mekanik solunum desteğinden ayrılarak trakea içerisine en az 8-10 dakika süre ile 6 lt. dakikada oksijen uygulanmalıdır. Bu uygulamalara rağmen spontan soluma yoksa apne veya kan gazlarında pCO₂ basıncı 60 mmHg veya üzerinde ise spontan soluma hareketi yoksa apne testi pozitifdir.

Beyin ölümü tanısı konan hastalarda:

- Daha önce tanısı konulmuş bir nedenle hasta irreversibl koma tablosuna girmişse en az 12 saat, etyolojisi bilinmeden gelişen tablolarda en az 24 saat bu koşulların değişmeden devamlılığı gözlenmelidir.
- Klinik beyin ölümü tanısı alınmış hastalarda, hekimler kurulunun uygun göreceği bir laboratuvar yöntemiyle beyin ölümü teyid edilmelidir. ... "

pit edilmesidir. Bunlar sıvı kaybına veya düşük tansiyona bağlı şoklar, zehirlenmeler, normalin altında vücut ısısı, metabolik ve endokrin (iç salgı) bozukluklardır. Bu hallerden birinin varlığı halinde beyin ölümü tanısı konulamaz.

Bu ön koşulların gerçekleşmiş olması halinde *ikinci aşamada* beyin ölümünü teyit edecek klinik bulguların teşhis edilmesi gerekir. Bunlar 1. derin koma, 2. beyin sapı reflekslerinin tam kaybı ve 3. spontane solunumun durmasıdır.

1. *Derin koma*: Bilincin tam kaybı ve ağırlı uyaranlara karşı beyin (serebral) motor yanıtının alınamaması.

2. *Beyin sapı reflekslerinin olmaması*:

- a. iki taraflı gözbebeği (pupil) genişlemesi (mydriasis) ve ışığa duyarlılığın kaybı.
- b. göz küresi reflekslerinin yitilmesi: başın sağa sola çevrilmesine rağmen sabit göz küresi (okülosefalik refleks); her iki kulağın tek tek 50 ml. soğuk suyla yıkanmasına rağmen gözlerde hiçbir hareket olmaması (vestibulo-oküler refleks).
- c. yüz bölgesinde acı verici uyarılara karşı duyarsızlık; göz yüzeyine dokunulmasına rağmen göz kapaklarının kapanmaması (korneal refleks).
- d. farenks ve trakea reflekslerinin kaybı (boğazın uyarılmasına rağmen yutkunma ve öğürme refleksinin yokluğu; bronş aspirasyonuna öksürük yanıtı gelmemesi).

3. *Spontane nefes alma yeteneğinin kaybı (Apne)*: Beyin ölümü halinde beyin sapının bütün fonksiyonları sona ermiştir. Bunlardan en önemlisi ise hiç kuşkusuz spontane nefes alma fonksiyonudur. Bu noktadaki fonksiyon kaybının sınılanması için uygulanması gereken klinik yöntem büyük ölçüde yeknesaklık göstermektedir: Hasta ilk önce 10-30 dakika arasında 100 % oksijen ile ventile edilmekte, daha sonra mekanik solunum desteği kesilerek kandaki CO₂ basıncı ölçülmektedir. Eğer bu 60 mmHg oranına erişirse (normal değer 40 mmHg) spontane solunumun gerçekleşmediği ispatlanmış olur ve hasta yeniden solunum desteğine bağlanır.

Ancak bu klinik bulguların alınmış olması başlı başına beyin ölümü teşhisi konulması için yeterli değildir. *Üçüncü ve son aşamada* da bu bulguların belirli bir süre devamı aranacaktır. Bu süre ülkeden ülkeye değiştiği gibi beyin fonksiyonlarının yitilmesi nedenine ve hastanın yaşına göre de değişebilmektedir. 2000 tarihli Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğine göre bu süre, tanısı konulmuş bir nedenle hastanın komaya girmesi halinde 12 saat, tanısı konulmamış hallerde ise 24 saattir⁴⁸.

Beyin ölümünün geri dönülmez bir aşamada olduğu bu klinik testlerin belirli bir süre boyunca tekrarlanması ve eş sonuçlar elde edilmesi ile kesinleştirilebileceği gibi bu klinik testlere ek olarak bazı laboratuvar testlerinin yardımına da başvurulabilir. Bu laboratuvar testleri kural olarak iki esas üzerine kuruludur. Bir grup test beyin içi kan dolaşımının durduğunu göstermeye yararırken, diğer grup beyindeki elektrik akımlarının sona erdiğini kanıtlar⁴⁹. Her ne kadar tek başına bu testler beyin ölümü tanısını koymak için yeterli değilse de bütün klinik testlerin olumsuz sonuç vermesi halinde teyit edici olarak

⁴⁸ Örneğin Almanya'da bu süre asli beyin hasarında erişkinler ve 2 yaşından büyük çocuklar için 12 saat, 2 yaşından küçük çocuklar için destekleyici bir laboratuvar testinin yapılması koşuluyla 24 saat, yeni doğmuş bebekler için yine ek bir laboratuvar testinin yapılması koşuluyla 72 saattir. Tali beyin hasarında ise bu süre kural olarak 72 saattir. Ancak bu sürenin hastanın komada olma sebebine bağlı olarak laboratuvar testleri ile kısaltılması mümkündür. İsviçre'de ise bu süreler nispeten daha kısadır: koma sebebi belirli ise yetişkinler ve 5 yaşından büyük çocuklar için 6 saat, 5 yaşından küçük çocuklar için 24 saat, koma sebebi belirli değilse yetişkinler ve çocuklar için 48 saat. Ancak bu sürelerin ek bir laboratuvar testi uygulamak suretiyle kısaltılması mümkündür. Amerikan uygulamasında ise ilk tanıdan 6 saat sonra klinik testlerin tekrarlanması tavsiye edilmektedir.

⁴⁹ Serebral anjiyografi (damarlara zerk edilen bir kontrast maddesi sayesinde, çekilen röntgen üzerinden kanın beyine kadar ulaşip ulaşmadığı tespit edilmekte), Transkranyal Doppler Ultrasonografi (ultrasonografi yoluyla kan dolaşımı olup olmadığının tespiti) ve Serebral Perfüzyon Sintigrafisi (bu testte radyoaktif olarak marke edilmiş olan bir madde kana zerk edilmekte ve daha sonra özel bir kamera (Gamma-Kamera) ile bu maddenin beyine ulaşip ulaşmadığına bakılmaktadır) kan dolaşımı olup olmadığını anlamaya yarayan testlerdir. Buna karşılık EEG (elektro-encephalogramm) beyin içindeki elektrik akımının ölçülmesi ve bunun olmadığı hallerde beyin ölümünün tespit edilmesi için başvurulan en yaygın yöntemdir. Bütün bu laboratuvar testleri hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. ODUNCU (dn.31) 61-74

bu laboratuvar testlerinden birinin yapılması incelenen ülkelerin hepsinde genelde kabul görmektedir⁵⁰.

Yukarıda da ifade edilmiş olduğu gibi, beyin ölümü tanısı konulmuş olan kişilerin aslında dışarıdan bakıldığında yaşıyor izlenimini vermesi ve bazı hallerde vücut hareketleri dahi gösteriyor olması doktorların beyin ölümü tanısı koymasında tereddütler doğurabilir. Bu belirsizliğin giderilmesi amacı ile olsa gerek, 2000 tarihli Organ Nakli Yönetmeliği, beyin ölümü kriterlerine ilişkin maddeye bir fıkra ekleyerek hangi tür spontane hareketlerin beyin ölümü tanısını dışlamayacağını açıkça belirtmiştir⁵¹. Ek-1 fıkra 2/III'de tek tek sayılan ve omurilik faaliyetinden kaynaklanan bu spontane hareketler nedeniyle beyin ölümü tanısının sorgulanması engellenmek istenmiştir⁵². Nitekim Amerikan Nöroloji Akademisinin beyin ölümünün teşhisi için saptadığı yönergelerde de aynı klinik gözlemler sayıldıktan sonra bunların beyin sapının normal çalıştığı yönünde yorumlanmaması gerektiği açıkça ifade edilmiştir.

3. Beyin Ölümü Teşhisinin Konulması

Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun m.11 uyarınca, bu kanunun uygulanması ile ilgili olarak tıbbi ölüm hali biri kardiyolog, biri nörolog, biri nöroşirürjiyen ve biri de anestezyoloji

⁵⁰ 1993 tarihli Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliğinde (RG. 20.8.1993, sy.21674) sadece etyolojisi (étiologie = hastalık sebebi) belirlenmemiş irreversibl komada, hekimler kurulunun uygun göreceği bir yöntemle klinik bulguların teyidi "tavsiye" edilmişken 2000 tarihli organ nakli yönetmeliğinin ifadesinden, her türlü koma için hekimler kurulunun uygun göreceği bir laboratuvar yöntemiyle beyin ölümünün teyit edilmesi zorunluluğunun getirildiği sonucuna varılacaktır. Zira yeni yönetmelikte madde "... Klinik beyin ölümü tanısı alınmış hastalarda, hekimler kurulunun uygun göreceği bir laboratuvar yöntemiyle beyin ölümü *teyid edilmelidir*" şeklini almıştır ki bu ifadenin yorumundan ancak, hukuken artık bu yönde bir zorunluluğun yaratıldığı çıkarsanabilir.

⁵¹ Bkz. dn.47

⁵² Bu hareketlerin hangileri olabileceği ve bu konuda yapılan bazı araştırmaların sonuçları hakkında bkz. SAPOSNIK ve diğerleri, *Spontaneous and reflex movements in brain death*, Neurology 2000; 54: 221-223; WIJDICKS (dn.46) 1007; ODUNCU (dn.31) 98-104.

ve reanimasyon uzmanından oluşan 4 kişilik hekimler kurulunca oy birliği ile saptanır. Aynı kanununun 12. maddesi uyarınca, kendisine organ nakli gerçekleştirilecek olan hastaya bakan doktor ve organ naklini gerçekleştirecek olan doktorların bu kurul içinde yer alması kesin olarak yasaklanmıştır. Bunun nedeni organ naklinde, başka tıbbi müdahalelerden farklı olarak bir menfaat çatışmasının var olması ve özellikle sorumlu doktorların meslek adabı ve etik değer yargıları dikkate alındığında çok sık karşılaşmadıkları bir durumda bulunmalarıdır⁵³. Aslında doktor sadece bir hasta üzerinde yoğunlaşmak ve onu kurtarmak için her şeyi yapmak zorunda iken, organ naklinde iki hastanın sağlığı söz konusudur. Abartılı şekilde ifade edilecek olursa, hastalardan biri ne kadar uzun yaşarsa diğerinin hayatı o kadar tehlikeye girmektedir. İşte bu yüzden, doktorların tarafsızlığı konusunda hiçbir şüphe doğmaması ve doktorların bir vicdan muhasebesi içine girmemesi için birçok ülkenin hukukunda da aynı yönde düzenlemelere yer verilmiştir⁵⁴. Ancak Türk hukukundaki düzenlemenin bir noktada somutlaştırılma ihtiyacı vardır. O da ölen kişinin doktorunun organ nakli yapan doktor grubunun içinde bulunmaması gereğidir.

4. Beyin Ölümü Kriterinin Kabulü Gereçekçeleri

Biyolojik olarak ölüm bir anda gerçekleşmez, bir süreç oluşturur⁵⁵. İ-

⁵³ Eugen BUCHER, *Rechtliche Probleme im Zusammenhang der Transplantatbeschaffung*, Zeitschrift für Schweizerisches Recht (ZSR) 1974, 75

⁵⁴ Almanya: Organ Nakli Kanunu (dn.11), § 5; İsviçre: *Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften*, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, II A 2; Avusturya: Hastane Yasası (dn.11) § 62a/II; Fransa: Code de la Santé Publique, Art. L.671-10; ayrıca organ nakline ilişkin Avrupa Konseyi Kararı m. 12/III (*Council of Europe*, Resolution (78) 29 on harmonisation of legislations of member states to removal, grafting and transplantation of human substances. Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 11 May 1978.); Dünya Sağlık Örgütü'nün Organ Nakline İlişkin 44.25 sayılı Kararı m. 2 (Guiding Principles on Human Organ Transplantation of the World Health Organisation 1991, in: *World Health Organisation*, Legislative Responses to Organ Transplantation, Dordrecht 1994, 468vd.)

⁵⁵ PENDL (dn.29) 7; LAMB (dn.12) 29; NICKEL (dn.9) 115; Christian SCHNEIDER, *Tun und Unterlassen beim Abbruch lebenserhaltender Behandlung*, Berlin 1997, 198; Hans-Ludwig SCHREIBER, *Wann darf ein Organ entnom-*

tisnai olarak bir uçak kazasında veya bombalı saldırıda vücudun parçalarca olması ve anında her bölümünün ölmesi gibi haller dışında vücudun bölümleri aslında birbirinden bağımsız olarak ölürlür. Bunun sebebi bazı bölümlerin oksijensiz kalmaya daha fazla tahammül göstermesidir. Örneğin kıkırdak dokusu ve spermilerin ölünün gömülmesinden sonra dahi hâla "hayatta" olması mümkündür⁵⁶. Vücutta bulunan organlar, dokular ve hücreler tek tek sırayla ölürken bir anlamda beyin ölümü de bu süreç içinde bir kesittir sadece⁵⁷.

Oysa hukuki açıdan ölümün ancak, geri dönülemez, mutlak, nihai ve manipüle edilemeyecek bir şekilde hayatın sona erdiği anlamına gelmesi kabul edilebilir. Dolayısıyla bahsedilen süreç içinde geri dönülemez noktanın hangisi olduğunun tespit edilmesi gerekir. Bütün canlılarda olduğu gibi insanda da "yaşam"ı belirleyen, organizmanın kendi kendine yeten ve kendi kendini yenileyen bir yapıya sahip olmasıdır⁵⁸. Canlıyı ayırt eden özellikleri, kendi kendini şekillendiren ve yöneten kapalı bir bütün oluşturmalarıdır. Bu açıdan bakıldığında ölümün de, canlının kendi kendine yeten ve yöneten özelliklerinin kaybı ile gerçekleşmesi kabul edilir. Beyin faaliyetlerinin tümüyle sona ermesi ise işte bu kriteri gerçekleştirmektedir. Zira vücudun işlevsel bütünlüğü, organların eş güdüm içinde çalışması olgusu beyin ölümü ile sona ermektedir⁵⁹. Tek tek organların hepsi bütün için çalışmakla birlikte beyinin işlevi çok farklıdır. Beynin ölümü ile birlikte vücut açısından çöküş sürecini girilmiştir⁶⁰. Bazı organların veya organizmalar-

men werden?, in: Johann S. Ach/Michael Quante (Hrsg.), *Hirntod und Organverpflanzung*, Stuttgart 1997, 205; *Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften*, Medizinisch-ethische Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen (dn.27), IV Kommentar.

⁵⁶ ODUNCU (dn.31) 146

⁵⁷ BOCK (dn.1) 176

⁵⁸ BOCK (dn.1) 176

⁵⁹ Aynı yönde Alman Federal Hekim Odası'nın 1993 yılında yayınlanan beyin ölümü kriterine ilişkin gerekçelendirmesi, bkz. Bundesärztekammer, *Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktionen ("Hirntod") als sicheres Todeszeichen*, Deutsches Ärzteblatt 1993, A-2933,2935; Şahin AKINCI, *Türk Özel Hukukunda İnsan Kökenli Biyolojik Madde (Organ-Doku) Nakli Kavramı ve Bundan Doğan Hukuki Sonuçlar*, Ankara 1996, 105

⁶⁰ KLINGE (dn.3) 141; BOCK (dn.1) 176

rın bir süre daha çalışmaya devam etmesi bu geri dönülemez süreçte bir şey değiştirmez. Bir organizmanın ölmüş sayılabilmesi için son hücrelerine kadar bütün hücrelerinin de ölmüş olması gerekmez. Organizmanın belirli bölümlerinin tümel olarak organizmadan daha uzun yaşaması mümkündür⁶¹. Önemli olan organizmanın dağılma sürecine geri dönülmez olarak girdiği andır ki bu da beyin ölümü anıdır⁶².

Bu açıdan beyinin diğer organlardan ayrılarak farklı bir statüye sokulmasına karşı yöneltilen eleştirilere kanımca katılmak imkanı yoktur. Örneğin suni bir kalp ile yaşayan insanların veya böbrekleri iflas etmiş ve ancak diyaliz makinesi ile hayatını sürdüren hastaların beyin fonksiyonları tamamıyla sona ermiş bir insan ile karşılaştırılmasını anlamak mümkün değildir⁶³. Diğer bütün organlardan farklı olarak beyin hiçbir şekilde nakli mümkün olmayan, işlevleri ise ancak çok sınırlı ölçüde telafi edilebilen (solunum makinesi yoluyla) tek organdır. Beyin fonksiyonları ölmüş bir insan artık geri dönülmez bir sürece girmiştir (*point of no return*) oysa bir böbreği çalışmayan insan için aynı sonuca varılamayacağı en basit tıbbi bilgilerle anlaşılacak bir olgudur. Dolayısıyla beyine biçilen bu değer metafizik bir açıklaması olabileceği eleştirisi⁶⁴ anlamsız olmanın ötesinde, bu mantık yürütme süreci de duygu sömürsünden öteye gitmemektedir.

Tekrara kaçmak pahasına vurgulanmalıdır ki, tam beyin ölümüne uğramış bir insanın suni yollarla dahi vücut fonksiyonlarının en iyi ihtimalle birkaç gün devam ettirilmesi imkanı vardır⁶⁵. Vücudun diğer fonksiyonlarının da tümünden iflas etmesi an meselesidir. Dolayısıyla bu aşamada artık yaşayan bir canlıdan bahsetmek mümkün ola-

⁶¹ ANGSTWURM (dn.45) 43

⁶² SCHNEIDER (dn.55) 202; Erich STEFFEN, *Wieviele Tode stirbt der Mensch?* Neue Juristische Wochenschrift 1997, 1619; Aydın ZEVKLİLER/M.Beşir ACABEY/K.Emre GÖKYAYLA, *Zevkliler Medeni Hukuk*, Ankara 1999, 557

⁶³ Oysa bu yönde RIXEN (dn.4) 302vd.; aksi görüş için bkz. Werner HEUN, *Der Hirntod als Kriterium des Todes des Menschen - Verfassungsrechtliche Grundlagen und Konsequenzen*, Juristenzeitung 1996, 213, 216; FUNCK (dn.32) 183

⁶⁴ Bkz. RIXEN (dn.4) 308

⁶⁵ Arthur ROGERS/Denis DURAND DE BOUSINGEN, *Bioethics in Europe*, Council of Europe 1995, 181

maz⁶⁶. Nitekim beyin ölümü kriterini eleştiren yazarların da doktorlar için bu durumdaki hastaları (hayatta olduğu kabul edilmesine rağmen) tedavi yükümünün artık olmadığı sonucuna varmaları da⁶⁷ aslında tartışmanın ne kadar yersiz olduğunu göstermektedir.

Bunun ötesinde beyin fonksiyonları sona ermiş bir kişinin antropolojik açıdan da insan olarak nitelendirilmesine artık imkan kalmayacağı yolundaki tartışmalara girmeye gerek yoktur. Salt bilimsel veriler kanımca beyin ölümünü gerekçelendirmek açısından yeterlidir. Düşünme, algılama, hissetme gibi duyuları sona ermiş insanın kişi sayılmasına imkan olmadığı gibi görüşler, beyinin *kısmen* işlevini yerine getiremediği hallerde de bu fonksiyon kayıplarının ortaya çıkabileceği gerçeği karşısında, sadece tartışmayı oynak bir zemine çekmeye yarar⁶⁸.

Burada dikkat çekilmesi gereken bir nokta da beyin ölümü ile klinik ölümün birbiriyle olan ilişkisidir. Beyin ölümünün bir ölüm kriteri olarak kabul edilmesi hiç kuşkusuz kalp ve solunum yollarının durması ve hastanın reanimasyon çalışmalarına rağmen yeniden kalbinin atmaması halinde ayrıca doktorların beyin ölümünün de gerçekleşmiş olup olmadığını araştıracakları anlamına gelmez. Zira beyin ölümü kaçınılmaz olarak bundan hemen sonraki bir aşamada gerçekleşecektir. Hukuki açıdan bu hususun sorun doğurabileceği şu hal düşünülebilir: Birbirine mirasçı olabilecek iki kişinin çok yakın anlarda

⁶⁶ 2000 yılı içinde ABD'de yayınlanmış olan bir araştırmanın sonuçlarına göre arka arkaya beyin ölümü tanısı konulmuş olan 71 hastanın hepsinde bu tanının doğrulandığı, klinik testlerin ve teyit edici laboratuvar testlerinin gereği gibi uygulanması halinde hiçbir sorun ile karşılaşılmadığı, bu kişilerden hiçbirinin sonradan "hayata dönmediği" tespit edilmiştir (bkz. FLOWERS/BHARTI/PATEL, *Accuracy of Clinical Evaluation in the Determination of Brain Death*, Southern Medical Journal 93 (2) 2000)

⁶⁷ Bu şekilde HÖFLING (dn.22) 33

⁶⁸ Nitekim beyin ölümünü, ölüm kriteri olarak benimseyen ancak bunu düşünme, algılama, hissetme yeteneğinden yoksunlukla gerekçelendiren yazarlar bu açıdan, kanımca haklı olarak, beyin ölümüne karşı olan yazarlar tarafından eleştirilmektedir (örn. bkz. Wolfram HÖFLING, *Über die Definitionsmacht medizinischer Praxis und die Aufgabe der Verfassungsrechtslehre - "zu Heun, Der Hirntod als Kriterium des Todes des Menschen, JZ 1996, 213ff."*, JZ 1996, 615vd.)

ölmüş olması halinde ilk ölenin kim olduğunun tespit edilmesinde hangi kriter uygulanacaktır? Alman hukukunda dava konusu olmuş olan bir olayda bir karı koca uğradıkları bir saldırı sonucu hayatlarını kaybetmiş, yapılan otopside kalbin durması sonucu ölümün gerçekleştiği an esas alınarak bir sonuca varılmıştır. Oysa istinaf mahkemesi bu konuda tek bir ölüm kriterinin olabileceği, dolayısıyla da beyin ölümünün hangi an gerçekleştiğinin tespit edilmesi ve ona göre karar verilmesi gerektiği sonucuna varmıştır⁶⁹.

Kanımca bu tür bir yaklaşım esneklikten uzak ve uygulamanın ihtiyacına da cevap vermeyecek olan bir yaklaşımdır⁷⁰. Nasıl ki bazı hal-lerde kalp çalışmaya devam etse de beyin tümüyle ölmüş olduğu için hastanın ölmüş olduğu kabul edilecektir, aynı şekilde kalbin geri dönülmez şekilde durmasına rağmen beyinin birkaç dakika daha organ olarak canlı kalmaya devam etmesi ölüm anının kalp ölümünün gerçekleştiği an olmasını engellememelidir. Yukarıda da ifade edildiği gibi ölüm bir süreç teşkil eder. Hukukun bu süreç içinde bir noktayı ölüm anı olarak tespit etmesi ise ihtiyaçların zorlamasıdır. Bu noktanın en akılcı şekilde tayini için, kanımca, ölüm sürecinin geri dönülmez bir noktaya geldiği an esas alınmalıdır. Hastane koşullarında kalbi duran bir insan geri dönülmez noktaya gelmemiştir. Reanimasyon faaliyetleri sonucu kalbi çalıştırılabilir ve hayata dönebilir. Fakat bu arada beyin işlevlerinin oksijensizlik nedeniyle tamamıyla kaybı söz konusu olursa artık başka bir açıdan geri dönülmez noktaya gelinmiş olur ve bu ölüm teşhisini haklı kılar. Buna karşılık hastane koşulları dışında kalbi durmuş olan ve bütün kurtarma faaliyetlerinin geç kaldığı bir insanda ayrıca beyin ölümünün hangi anda gerçekleşmiş olduğunu araştırmak kanımca yersiz olur. Bu insan için geri dönülmez noktaya kalbin durması ile gelinmiştir. Otopside de bu açıdan kalbin durduğu anın esas alınması yerinde olur⁷¹.

⁶⁹ OLG Köln, NJW-RR 1992, 1480

⁷⁰ Aynı yönde Madea BURKHARD/Claus HENSSGE/Reinhard DETTMAYER, *Hirntod als allgemeiner Todesbegriff*, Medizinrecht 1999, 162vd.; KOPETZKI (dn.113) 178 vd. Örneğin İsviçre Tıp Bilimleri Akademisinin yönergelerinde de (dn.27), kalp veya beyin fonksiyonlarının geri dönülmez şekilde sona erdiği tanısının ilk defa konulduğu anın hukuken ölüm anı olduğu ifade edilmiştir (IV - Kommentar bölümü).

⁷¹ Bu açıdan örn. GÜRZUMAR [(dn.1) 374] ve ZEVKLİLER'in [(dn.62) 557]

5. Beyin Fonksiyonlarından Bazılarının Devam Ediyor Olması Sorunu

Sadece beyin fonksiyonlarının *tam olarak* sona ermesi hali beyin ölümü olarak nitelendirilebilir⁷². Tam beyin nekrozunun (ölümünün) gerçekleşmiş olması, yani büyük beyin, beyincik ve beyin sapının üçünün de işlevlerini tamamı ile yitirmesi gerekir.

Oysa beyinin belirli bölümleri oksijensizlik durumunda farklı sürelerde öldüğü için uygulamada tam beyin ölümü kriteri yerine beyinin belirli bölümlerinin ölmüş olmasının beyin ölümü kriterinin gerçekleşmesi için yeterli sayılması gerektiği yolunda görüşler ileri sürülmektedir.

Bitkisel hayat (*vegetative state*) olarak adlandırılan durumlarda hastanın beyin kabuğu/büyük beyni tamamıyla ölmüş buna karşılık beyin kalanı işlevini sürdürmektedir. Bu hastalar artık düşünme, algılama, sonuç çıkarma, hissetme gibi işlevlerini kaybetmiştir, sadece beyin sapına bağlı olarak spontane nefes alma ve göz refleksleri (okulo-motorik) gibi işlevler devam etmektedir. Ancak hasta derin bir komadadır⁷³. Araştırmalar bu gibi hastaların durumunun bir yılı aşkın süre devam etmesi halinde artık normale dönüş olasılığının çok düşük olacağını gösterdiğinden⁷⁴ suni beslenme ve yaşamı devam ettirici diğer tedbirlerin sürdürülüp sürdürülmeyeceği çok tartışmalı bir konudur. Ancak açık olan bir nokta vardır ki, o da bu hastaların ölü sayılmayacağıdır⁷⁵. Aksi takdirde sınırların gittikçe silikleşmesi engelle-

kalp solunum yolları durmasını aşmış bir ölüm anlayışı olarak nitelendirmesine katılamıyorum.

⁷² PENDL (dn.29) 3

⁷³ Bryan JENNETT, *Managing Patients in a Persistent Vegetative State since Airedale NHS Trust v. Bland*, in: Sheila McLean (Ed.), *Death, Dying and the Law*, Dartmouth 1996, 19; ODUNCU (dn.31) 83 ve 87

⁷⁴ 1994 yılı sonuna kadar 750 hasta üzerinde yapılan inceleme sonucunda Amerika'da yayınlanan bir araştırmada bu sonuç elde edilmiştir, bkz. JENNETT (dn.73) 20

⁷⁵ NICKEL (dn.9) 110-111; KLOTH (dn.40) 32 ve 50-51; BOCK (dn.1) 181; LAMB (dn.12) 48vd., KLINGE (dn.3) 164; ANGSTWURM (dn.45) 47. Aksi yönde bir görüş için bkz. Karin GRANSTRAND-GERVAIS, *Redefining Death*, New Haven 1986, özellikle 159vd.; FUNCK (dn.32) 188

nemez ve beyninin daha küçük bir bölümü çalışmayan insanlar açısından da aynı yargıya varılması kolaylaştırılır⁷⁶. Unutulmamalıdır ki insan olmak, yaşıyor olmak düşünmek, algılamak, hissetmek gibi belirli yetilere bağlı bir değerlendirme değildir⁷⁷. Yaşamaya değer yaşam ve değer olmayan yaşam şeklinde bir ayırım yapmak kanımca mümkün değildir.

Dolayısıyla bu gibi durumlarda soruna bir ötanazi sorunu olarak yaklaşmak ve bu şekilde hastanın yakınlarının da iznini alarak duruma göre tedaviyi kesmek, bu hallerde a priori hastanın öldüğünü kabul edip doğrudan doktora tedaviyi kesme hakkı vermeye nazaran daha doğru bir çözümdür⁷⁸. Ancak son derece tartışmalı olan ötanazi sorunu bu makalenin konusu dışında kalmaktadır⁷⁹. Bilinmelidir ki Türk hukuku açısından 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği kesin bir yasak getirmektedir⁸⁰.

Diğer yandan büyük beyinin faaliyetine kısmen devam etmesi buna karşılık beyin sapının nekrozu halinde hastanın nasıl değerlendirile-

⁷⁶ Aynı yönde LAMB (dn.12) 62, 94, 121; KLINGE (dn.3) 129; SCHNEIDER (dn.55) 210; BOCK (dn.1) 180. Nitekim büyük beyin ölümünün yanı sıra büyük beyinin sadece bir kısmının işlevini yitirmiş olması halinde de (hissetme, algılama, bilinç gibi) hastanın ölü sayılacağı yönünde görüşlere rastlanmaktadır (örn. bkz. Robert M. VEATCH, *Whole-Brain, neocortical, and higher brain related concepts*, in: *Death: Beyond Whole Brain Criteria*, Dordrecht 1988, 173).

⁷⁷ RIXEN (dn.4) 297vd.; Gerhard ROTH/Ursula DICKE, *Das Hirntodproblem aus der Sicht der Hirnforschung*, in: *Wann ist der Mensch tot* (dn.4), 51, 55

⁷⁸ Aynı yönde LAMB (dn.12) 67

⁷⁹ Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. Sibel İNCEOĞLU, *Ölme Hakkı, Ötanazi*, İstanbul, 1999; Sheila MCLEAN (Ed.), *Death, Dying an the Law*, Dartmouth 1996; Dan W. BROCK, *Life and Death, Philosophical essays in biomedical ethics*, Cambridge 1993, 144vd.

⁸⁰ RG 1.8.1998, sy.23420, m.13: "Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi kimsenin hayatına son verilemez." Aynı yönde *Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften*, *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten*, 1995, II.1.4 ve II.2.2, yönerge için bkz. www.samw.ch/d/richtlinien/richtlinien_fs.html.

ceği daha tartışmalıdır. Örneğin İngiltere'de uzun yıllardır beyin sapının faaliyetlerini durdurması halinde hastanın ölmüş olduğu kabul edilmektedir⁸¹. Burada kuşkusuz bu konuda tıbbi açıdan bir yorum yapılması imkanı yoktur. Ancak literatürden anlaşılabilirdiği kadarıyla beyin sapının gördüğü işlevlerin bugün bir anlamda tıbbi gereçler aracılığıyla telafi edilmesi mümkündür. Bunun sürekli olamayacağı ve bu açıdan hastanın ölüm sürecine girmiş olduğu kesin olarak söylenebilirse de büyük beyinin ne ölçüde çalışmaya devam ettiğini ve özellikle hissedebilme yeteneğinin ne ölçüde var olduğunu kesin olarak söylemek mümkün değildir. Bu nedenle yukarıda büyük beyinin hasara uğramasında kabul edildiği gibi, beyin sapı açısından da henüz ölümün gerçekleşmediğini kabul etmek daha doğru gözükmektedir⁸². Ancak yukarıdaki olasılıktan farklı olarak bu hastaların yaşam beklentisi çok düşük olduğundan bu hallerde bir ötanazi sorunu doğmayacaktır. Bu anlamda tam beyin ölümü ile beyin sapı ölümü arasındaki sınır tıbbi açıdan çok siliktir⁸³.

Doğumda kafatası ve genelde büyük beyni olmadan doğan çocukların (unencephal⁸⁴) ne zaman ölü sayılabileceği ve organ naklinde kullanılabileceği sorusu da bu çözüm çerçevesinde cevaplanmalıdır. Kanımca tam beyin ölümü gerçekleşene kadar bu çocuklar da, her ne kadar hiçbir yaşama şansları olmasa da, normal bir hasta gibi tedavi edilmek hakkına sahiptirler⁸⁵. Bebekler için organ temin edilmesi son derece güç olsa da bu tür bir gerekçe ile anensefal çocukların "ölü" doğduğuna hükmedilmesi kabul edilemez⁸⁶. Yine burada da sorun, bitkisel hayatta bulunan hastalarda olduğu gibi, hastanın yaşamını devam ettirmesi için gerekli desteğin verilip verilmeyeceğidir. Bundan bağımsız olarak tam beyin ölümünün gerçekleşmesi halinde, bu bebeklerden organ alınmasına engel bir durum olmadığı açıktır.

81 Bilgi için bkz. KLOTH (dn.40) 44vd. ve 59vd.; bu görüşte LAMB (dn.12) 38vd.

82 aynı yönde KLINGE (dn.3) 141

83 KLINGE (dn.3) 157, dn.39

84 Encephalon terimi Latince'de beyin anlamına gelmektedir.

85 KLOTH (dn.40) 51 dn.236

86 LAMB (dn.12) 90vd.; KLINGE (dn.3) 129; aksi görüşte JAY A. FRIEDMAN, *Taking the camel by the nose: The anencephalic as a source for pediatric organ transplants*, Columbia Law Review 90 [1990], 917vd.

V. Organ Nakline Onay Verilmesi Sorunu

1. Genel Olarak

Ölüden organ naklinin ilk ön koşulu olan kişinin ölmüş olması gereğinden sonra şimdi de ikinci ön koşulu oluşturan, organ nakline onay verilmesi gereğine eğilmek istenmektedir.

Ölüden organ naklinde iki çatışan menfaatin dengelenmesi sorunu ile karşılaşmaktadır⁸⁷. Bir yanda, herhangi bir ilaç tedavisine cevap vermeyen, ölümcül bir hastalık ile boğuşan ve tek kurtuluşu kendisine nakledilecek bir organ olan hasta ile, diğer yanda, vücut bütünlüğüne (ölümünden sonra da olsa) bir müdahale ile karşılaşacak olan ve bu müdahaleden hiçbir menfaat elde etmeyecek olan, dolayısıyla post mortem kişiliği saldırıya uğrayacak olan ölmüş bir insan vardır⁸⁸. Her ne kadar ölüm kural olarak kişilik hakkının sona ermesi anlamına geliyorsa da, ölümden sonra da kişiliğe bağlı bazı haklar sürmektedir⁸⁹. Nerede ve nasıl gömüleceğine karar vermek veya cesedinin ne olacağını tayin etmek bunun en klasik görünümüdür⁹⁰. Dolayısıyla sorun bir tarafta alıcı açısından sağlıklı yaşama hakkı ve hatta bizzatihi yaşama hakkı, diğer tarafta da verici açısından irade özerkliği olmak üzere iki anayasal değer çatışması sorunudur⁹¹.

Hiç kuşkusuz yaşarken organ bağışında bulunmuş olanların sayısı,

⁸⁷ bkz. BGE 98 I a 508, 524; 101 II 177, 197; 123 I 112, 136

⁸⁸ aynı yönde KLOTH (dn.40) 114vd. Buna karşılık *Kloth* tarafından, potansiyel vericinin yaşama hakkının da bu menfaat çatışmasında bir değer olarak anılması kabul edilemez. Zira söz konusu olan artık mutlak şekilde ölü bir kişidir. Ve ölünün kişilik haklarının korunması, sorunun merkezindedir. Hasta ölü sayılmadığı sürece bir çatışma olamaz, zira ortada tek menfaat vardır, o da hastanın hayatının sürdürülmesidir, aynı yönde HEUN (dn.63) 219.

⁸⁹ HEUN (dn.63) 217; BOCK (dn.1) 202; JARASS/PIEROTH, *Grundgesetz*, München 1997, Art.1 N.5; BVerfGE 30, 173, 194

⁹⁰ Andreas BUCHER, *Natürliche Personen und Persönlichkeitsschutz*, 3. Aufl., Zürich 1999, N.222; BGE 123 I 112,119; 111 Ia 231, 233; Alman hukuku için bkz. KLINGE (dn.3) 65vd.

⁹¹ KLOTH (dn.40) 127. Bu konuda ayrıntılı bir inceleme için bkz. O. Korkut KANADOĞLU, *Türk ve Alman Anayasa Yargısında Anayasal Değerlerin Çatışması ve Uyumlaştırılması*, İstanbul 2000.

bir organ bekleyenlerin sayısına eşit veya daha fazla olsaydı böylesi bir çatışmadan bahsetmek mümkün olmazdı. Ancak bugün dünya geneline bakıldığında nakledilecek organ konusunda yoğun bir kıtlık yaşandığı açıktır (bkz. Ek tablo I). Türkiye'de, dünya geneli ile karşılaştırıldığında çok düşük olan verici sayısı ile aynı sorunlar yaşanmaktadır (bkz. Ek tablo II/III)⁹².

Kişilik hakkına müdahale kural olarak belirli şartların varlığı halinde mümkündür. Bunlar, müdahalenin yasal bir temele dayanması, ağır basan bir toplumsal menfaate hizmet etmesi ve ölçülülük ilkesini ihlal etmemesidir⁹³. Ölçülülük ilkesinden kastedilen, seçilen yöntemin amaca ulaşmaya elverişli ve aynı zamanda temel hakkı en az zedeleyici yöntem olmasıdır. Bu açıdan organ nakli hukukunun düzenlemesi gereken en önemli hususlardan biri organları nakledilecek olan kişinin onayının nasıl alınacağı sorunudur⁹⁴. Anayasa hukuku açısından bakıldığında canlı bir insanın iyileşme menfaatinin, ölü bir insanın cesedine dokunulmaması menfaatine nazaran daha ağır basması gerektiği kanımca kabul edilebilir⁹⁵. Buna karşılık ölüye hiçbir söz hakkı tanınmamasının anayasal ölçülülük ilkesi ile bağdaşmayacağı açık olduğu gibi, hasta bir insanın kendisine organ bağışlanması konusunda ne etik, ne sosyal, ne de hukuki açıdan bir talep hakkına sahip olmadığı da unutulmamalıdır⁹⁶.

2. Dünya Geneline Uygulanan Sistemler

a. Vericinin Onayını Aramayan Sistem

Bu sistemde vericiden organ nakledilebilmesi için kendisinin veya akrabalarının buna onay vermiş olması aranmamaktadır. Beyin ölümü

⁹² Türkiye'de istatistikî bilgiler ancak çok yakın geçmişe ait olup ülke geneline de şamil değildir.

⁹³ Bkz. BGE 123 I 111

⁹⁴ Christian KOPETZKI, *Rechtliche Aspekte der Widerspruchslösung*, in: Barta/Kalchschmid/Kopetzki (Hrsg.) *Rechtspolitische Aspekte des Transplantationsrechts*, Wien 1999, 43

⁹⁵ Aynı yönde KOPETZKI (dn.94) 47; A. BUCHER (dn.90) N.538; aksi yönde BGE 123 I 112, 128.

⁹⁶ Jochen TAUPITZ, *Um Leben und Tod: Die Diskussion um ein Transplantationsgesetz*, Juristische Schulung 1997, 203, 208

gerçekleşmiş olan kişinin organları, ihtiyacı olan diğer hastalara serbest olarak nakledilebilir; bu yönde aksine bir iradenin bildirilmiş olması dahi buna engel değildir. Menfaat çatışmasında mutlak olarak üstün tutulan, organ ihtiyacı içinde olan hastanın menfaatidir.

Bu sistemin vericinin temel haklarına önemli bir saldırı teşkil ettiği açıktır. Aksine iradesi, inançları, hayat görüşleri dikkate alınmadan insan cesedinin bu şekilde kullanılabilmesi, amaç başka bir insanın hayatını kurtarmak dahi olsa, kabul edilemez bir çözümdür. Zira menfaat çatışmalarında tercih edilecek çözümün belirli bir sonuca ulaşmak açısından en elverişli çözüm olması, aynı sonuca ulaşmanın menfaatleri daha dengeli gözetilen bir yöntemle de mümkün olmaması gerekir⁹⁷. Hiç kuşkusuz "amaç" organ nakli imkanını artırmak olduğunda bu sistemin amaca ulaşmak açısından çok elverişli bir sistem olduğu kabul edilmek gerekir. Ancak aşağıda da görüleceği üzere aynı sonuca daha dengeli bir yaklaşımla ulaşmanın yöntemleri de vardır. Bu sistemin ölçülülük ilkesi ile mutlak bir çelişki içinde olduğu açıktır⁹⁸.

b. Vericinin Açık Onayını Arayan Sistem

Türkiye'de de kural olarak geçerli olan bu sistemde hastanın, sağlığında, belirli usullere uyarak, ölümünden sonra organlarının nakline onay vermiş olması gerekir. Aksi takdirde hastadan organ nakli yasal değildir. Burada ölünün kişilik haklarına mutlak öncelik verilmiştir. Açık onay sisteminin en katı şekli, sadece vericinin hayatta iken organ nakline açıkça onay vermesine imkan tanır. Buna karşılık akrabaların söz hakkı yoktur⁹⁹. Daha esnek ve daha yaygın olan bir onay sisteminde ise ölenin yakınlarının da, vericinin aksine beyanı olma-

⁹⁷ BOCK (dn.1) 214

⁹⁸ DUMOULIN (dn.17) 79; BOCK (dn.1) 212 vd.

⁹⁹ Bu sistem 1997 yılında Japonya'da kabul edilmiştir. Gelenekleri icabı organ nakline son derece soğuk olan bu toplumda ancak çok geç bu alanda yasal düzenleme yapılmış ve bu dahi halkın tepkisini çekmemek için sıkı bir izin sistemi getirilerek mümkün olmuştur. Hatta sağlığında buna izin vermiş olmasına rağmen, ölenin yakınlarının daha sonra bu bağışa itiraz etme hakları dahi vardır, bkz. NICKEL (dn.9) 32. Ayrıca bkz. Mona NEWSOME WICKS, *Policy & Practice Brain Death and Transplantation: The Japanese*, Medscape Transplantation, 2000 (bkz. www.medscape.com)

ması şartıyla organ alımına onay vermesi mümkündür^{100,101}. Yakın kavramı altında genelde eş, reşit çocuklar, anne, baba, kardeşler ve sık sık, ölene çok yakın olduğu bilinen diğer kişiler ele alınmaktadır.

Açık onay sisteminde bu onayın hayatta nasıl verileceği hususu da farklı düzenlenmektedir. Bazı ülkeler mecburi bir şekil öngörmezken¹⁰², bazıları bu konuyu daha sıkı şekil şartlarına tabi tutmuştur¹⁰³.

c. Vericinin Zımnî Onayını Öngören Sistem

Bu sistem ise yukarıdaki iki sistemi bir anlamda bağdaştırmaktadır. Kural olarak beyin ölümü gerçekleşmiş her hastadan onay aranmaksızın organ nakli mümkün olmakla birlikte, hastanın hayatta aksine bir irade beyan etmiş olması halinde bu müdahale yasallığını yitirmektedir. Ölünün olası iradesi hakkındaki belirsizlikler burada hasta lehine sonuç doğurmakta ve organ nakli yapılabilmektedir. Bu tür bir sistemi öngören ülkelerde de ya itiraz hakkı sadece ilgili bireye tanınmıştır, ya da onun yanı sıra yakınlarının da bir söz hakkı bulunmaktadır.

¹⁰⁰ Bu yönde Almanya, Danimarka, İngiltere, Libya, Türkiye ve İsviçre'nin bazı kantonları.

¹⁰¹ Ancak Türkiye'deki yasal düzenleme bu açıdan bir adım daha atmış ve olağanüstü bir rejim kabul etmiştir. Buna göre kişinin, iradesinin saptanamayacağı ve yakınlarının da bulunamayacağı şartlar altında ölmesi halinde, başka kişilerin yaşamının bu nakle bağlı olması kaydıyla, doktorların organ naklini hiçbir izin almadan da gerçekleştirmesi mümkündür. Yasa bu konuda iki ölüm hali öngörmüştür: kaza ve doğal afet. Ancak her halde ölümün gerçekleştiğinin yine ONK m.11'de belirlenmiş olan hekimler kurulu tarafından saptanması gerekir (Bu düzenlemeye ilişkin eleştiri için bkz. GÜRZUMAR (dn.1) 385-386.)

¹⁰² örn. Almanya (Bu konuda bkz. NICKEL (dn.9) 154vd.), Norveç, İsviçre'nin bazı kantonları.

¹⁰³ örn. Danimarka (yazılı şekil); Türkiye (resmî/yazılı vasiyetname; iki şahit huzurunda beyan); İngiltere (yazılı; iki veya daha fazla şahit huzurunda beyan).

d. Dünyanın Bazı Ülkelerinde Ve Uluslararası Belgelerde Geçerli Olan Düzenlemeler¹⁰⁴

Aşağıdaki tabela 30 ülkede geçerli onay sistemini yansıtmaktadır:

Açık Onay Yöntemi (Explicit Consent)	Zımnî Onay Yöntemi (Presumed Consent)
Almanya, ABD ¹⁰⁵ , Danimarka, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İsveç, 4 İsviçre Kantonu ¹⁰⁶ , İzlanda, Japonya, Libya, Norveç, Romanya, Türkiye, Yugoslavya (Sırbistan ve Karadağ)	Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Fransa, İspanya, 17 İsviçre Kantonu ¹⁰⁷ , İtalya, Lüksembourg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Rusya, Slovakya, Slovenya, Yunanistan

Uluslararası düzlemde konuya yaklaşılacak olursa yapılabilecek ilk tespit, Avrupa Birliğinin bu konuda bir düzenlemesinin mevcut olmadığıdır. Her ne kadar Avrupa Birliği Antlaşması m. 152 yeni hali ile, organ naklinde belirli bir kalite ve standardın oluşturulması konusunda Birliğe tedbirler alma yetkisini vermişse de bunun üye devletlerin düzenlemelerini etkilemeyeceği ve bunların minimum standart-

¹⁰⁴ Tabela, World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından hazırlanmış olan *Legislative Responses to Organ Transplantation*, Dordrecht 1994'de yer alan yasa tercümelemleri esas alınarak hazırlanmıştır. Bunun dışında NICKEL (dn.9) 31-34'de yer alan tabeladan ve Polonya düzenlemesi için Ewa WEIGEND/Eleonora ZIELINSKA, *Das neue polnische Transplantationsgesetz*, *Medizinrecht* 1996, 445vd.'den faydalanılmıştır.

¹⁰⁵ American Law Institute tarafından 1968 yılında yayınlanmış olan model yasa bu sistemi önermiş ve bugüne kadar ABD eyaletlerinin büyük bir çoğunluğu model yasaya dayanan yasal düzenlemeler getirmiştir. Bu konuda bkz. DUMOULIN (dn.17) 92

¹⁰⁶ Jura, Obwalden, Tessin, Uri (bkz. DUMOULIN (dn.17) 48)

¹⁰⁷ Appenzell (AI), Appenzell (AR), Aargau, Basel-Land, Basel-Stadt, Bern, Genf, Graubünden, Luzern, Neuenburg, Nidwalden, St. Gallen, Thurgau, Wallis, Waadt, Zug, Zürich. Beş İsviçre Kantonu bu konuda hiçbir düzenleme sahibi değildir (bkz. DUMOULIN (dn.17) 49-50). Ancak 1999 yılı içinde yapılan değişiklik ile İsviçre Anayasasına eklenen 119a maddesi uyarınca organ nakli konusunda yasal düzenleme yapmak artık konfederasyonun yetki alanına aktarılmış ve tüm kantonlar için geçerli bir yasanın hazırlanmasına başlanmıştır.

lar olduğu açıkça maddede belirtilmiştir (m.152/V)¹⁰⁸.

Buna karşılık 1978 yılında Avrupa Konseyi tarafından yayınlanan bir Kararda¹⁰⁹ açıkça *zımni onay sistemi* kabul edilmiştir. Kararın 10. maddesi uyarınca vericinin aksine açık beyanının olması veya dini görüşleri ve hayat görüşü de dikkate alınarak zımnen böyle bir beyanda bulunduğu anlaşılması halinde organ nakli mümkün değildir. Ancak böyle bir iradenin mevcut olmaması durumunda organ nakli ayrıca bir izne gerek olmaksızın gerçekleştirilebilir (m.10/2, c.1). Ölenin yakınlarına da bir itiraz hakkı tanınması Kararda üye ülkelerin ihtiyarına bırakılmıştır (m.10/2, c.2).

Yine Avrupa Konseyi'nin 1997 yılında kabul etmiş olduğu ve 1999 yılında yürürlüğe giren, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Açısından İnsan Onurunun ve Haklarının Korunması Hakkında Konvansiyon¹¹⁰ ise şu an için sadece canlı vericiden nakli düzenlemekle birlikte¹¹¹ bu Konvansiyona yapılması düşünülen bir ekte ölüden organ naklinde onay hususu da ele alınmaktadır (Draft Additional Protocol on Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin). Ancak ilgili Protokol taslağının 16.maddesinde düzenlenen bu konu sadece taraf ülkelerin hukuklarına atıf yapmakla yetinmiştir.

3. Üstünlük Tanınması Gereken Sistem

Ölüden organ nakli konusunda uygulanan bu üç sistem karşılaştırıldığında kanımca bugün Türkiye için de tercih edilmesi gereken zımni

¹⁰⁸ NICKEL (dn.9) 38

¹⁰⁹ *Council of Europe, Resolution (78) 29 on harmonisation of legislations of member states to removal, grafting and transplantation of human substances. Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 11 May 1978*

¹¹⁰ *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (metin için bkz. www.conventions.coe.int/treaty)*

¹¹¹ Bu düzenlemeler hakkında bkz. Elisabeth DUJMOVITS, *Das österreichische Transplantationsrecht und die Menschenrechtskonvention zur Biomedizin*, in: Barta/Kalchschmid/Kopetzki (Hrsg.) *Rechtspolitische Aspekte des Transplantationsrechts*, Wien 1999, 55,59vd.

onay sistemidir¹¹². Özellikle organ bağıışı oranındaki düşüklük ve bu alanda mevcut ihtiyaç dikkate alındığında yukarıda bahsi geçen anayasal değerler çatışmasında dengenin en iyi bu şekilde kurulabilmesi mümkün gözükmemektedir¹¹³.

Hiç kuşkusuz bu sistemin kabulü bazı önkoşulların mevcut olmasına bağlıdır. Öncelikle her vatandaşın organ bağıışına karşı olduğunu kaydettirebileceği merkezi bir kütüğün ihdas edilmesi şarttır. Bu kütüğe günümüz bilgisayar teknolojilerinden faydalanılarak Türkiye'de organ nakli yapılan her hastaneden ulaşılabilmesi kolaylıkla sağlanabilir¹¹⁴. Dolayısıyla organ nakli öncesinde ilgililer bu kütükten ölünün iradesinin ne yönde olduğunu anlayabilecektir. Ancak bu kütüğe bir kayıt yaptırmamış olmasına rağmen kişinin organ nakline karşı olması mümkündür. Bu konuda ise ölenin yakınlarının bilgisine başvurmak gerekecektir. Özellikle dini görüşleri, hayata bakışı, ölümünden önceki konuşmaları organ nakline karşı olduğunu gösteren bir kişinin de organlarının alınması mümkün olmamalıdır. Dikkat edilmesi gereken husus, ölenin yakınlarına başvurulmasının sebebinin onların organ nakline onayını almak olmadığıdır. Onlara sadece ölünün iradesini tespit etmek için başvurulmaktadır. Aynı şekilde kütükte organ nakline karşı bir kayıt olmasına rağmen, yakınların ifadesinden,

¹¹² Zımnî onay sisteminin yaygınlaşmasında özellikle Avrupa Konseyinin bu sistemi öngörmüş olmasının etkili olduğu yönünde bkz. KLOTH (dn.40) 149

¹¹³ İsviçre için örn. karşı. E. BUCHER (dn.53) 80; Avusturya için örn. karşı. Christian KOPETZKI, *Organgewinnung zur Zwecken der Transplantation*, Wien 1988, 57-58

¹¹⁴ Nitekim Haziran 2000'de yayınlanan Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, organ nakli alanında bu tür bir bilgisayar ağı kurma mecburiyeti getirmiştir bile. Bu Yönetmeliğin 15. maddesi uyarınca kurulması öngörülen Organ ve Doku Nakli Bilgi İşlem Merkezi "Ülke genelinde tüm organ ve doku bağıışları ile organ ve doku bekleyen hasta bilgilerini ve gerçekleşen nakilleri içeren veri tabanı oluşturmakla görevlidir. Bilgi İşlem Merkezi, bölge koordinasyon merkezleri ile elektronik ağla bağlantılıdır." Bu şekilde Akıncı tarafından zımnî onay sistemine karşı ileri sürülen eleştirilerden biri olan, kişinin aksine iradesini beyan etme ve bu beyanı sürekli olarak yanında taşımak zorunda olma yükümlülüğü kolayca bertaraf edilebilecektir (karşı. AKINCI (dn.59) 132). Diğer yandan bugün için bağıışta bulunmak isteyen kişinin de iradesine uygun davranılmasını temin için ilgili belgeyi sürekli olarak yanında taşımak zorunda olması bu eleştirinin aslında iki sistemde de yapılabileceğini gösterir.

ölünün bu konudaki iradesini değiştirmiş olduğu ve onlara aksine bir beyanda bulunmuş olduğu sonucuna da varılabilir. Bu durumda yakınların beyanı doğrultusunda yine nakil mümkün olacaktır. Yakınların, bir beyanda bulunurken kendi tercihlerini değil, ölenin tercihlerini yansıtması gerekir¹¹⁵. Amaç, onların ölüye ilişkin olarak kişilik haklarının korunması değil, ölünün iradesinin ortaya çıkmasını sağlamaktır. Bu açıdan yakınlar kavramına sadece çocuklar, anne, baba, kardeşler gibi kişileri değil bunun dışında ölene çok yakın olduğu bilinen kişileri de sokmak yerinde olacaktır. Hatta bu sayılanların uzun süredir ölen ile hiçbir bağlantısı olmaması halinde onların karar vermesi doğru gözükmemektedir¹¹⁶.

Zımni onay sisteminin, vericinin irade özerkliğini zedeleyici olup olmaması ise bu itiraz mekanizmasının gereği gibi işletilebilmesine bağlıdır. Dolayısıyla bu sistemin anayasaya uygunluğu sadece her vatandaşın itiraz hakkının tanınması ile değil, her vatandaşın bu tür bir itiraz imkanından haberdar edilmesi ile sağlanabilir. Zira her ne kadar hastanın kendisinden organ nakledilmesine itiraz etme hakkı olsa da bu hakkından ancak haberdar olması halinde faydalanabileceği açıktır. Oysa insanların gerek bu tür konularla ilgilenmekten kaçınmaları gerekse yasalar hakkında bilgisiz olmaları susmalarının zımnen organ bağışını kabul ettikleri şeklinde yorumlanmasında tereddüt doğurabilecektir¹¹⁷.

Bu noktada İsviçre Federal Mahkemesinin iki kararı anılmaya değerdir. Mahkeme bu kararlarında, organ nakline ilişkin Kanton düzenlemelerinde kabul edilmiş olan zımni onay sisteminin anayasaya aykırılığı iddiasını bugüne kadar iki kez geri çevirmiştir¹¹⁸. Mahkeme iki

115 KLINGE (dn.3) 245

116 Bu yönde olan Alman yasası için bkz. Bernd HOLZNAGEL/Ina, HOLZNAGEL, *Rechtslage in der Transplantationsmedizin: Sicherheit, Transparenz und Kontrollierbarkeit*, Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), Heft 27 A-1718-1722 (www.aerzteblatt.de)

117 KLOTH (dn.40) 159

118 BGE 98 Ia 508 ve BGE 123 I 112. Ayrıca bkz. yukarıda dn.107. Federal Mahkemeye göre: "Kişisel özgürlükleri ve kişinin ölümünden sonra nasıl defnedileceğini belirleme hakkını esas alan bir bakış açısına göre hiç kuşkusuz açık onay sistemi en tatmin edici olandır, zira ilgilinin iradesine uygun olmadan organ alımını kesinlikle engellemektedir. Ancak daha önce de gördüğü-

kararında da ölünün kişilik hakları ile organ bekleyenlerin yaşam hakkı arasındaki çatışmanın zımni onay sistemi ile giderilebileceği ve hayattayken organ nakli konusundaki iradesini beyan etme yükünün, potansiyel vericiden beklenebilecek bir fedakarlık olduğu görüşüne iltihak etmiştir. Ancak Mahkemenin özellikle 1997 yılında verdiği son kararında vericilerin bilgilendirilmesi konusuna hassasiyetle eğildiği ve bu konuda BGE 98 Ia 508'den daha sıkı şartlar aradığı dikkati çekmektedir. Buna göre kamunun gereği gibi aydınlatılmaması halinde zımni onay sistemi meşruiyetini yitirir. Dolayısıyla ilgili organ nakli yasasının resmi olarak yayınlanmasıyla yetinilmeyip düzenli aralıklarla kamunun bilgilendirilmesi için önlemlerin alınması zorunludur¹¹⁹.

müz gibi ilgililerin kişisel özgürlükleri tek başına değerlendirilemez. Bu özgürlükler, özellikle bir organ bekleyenlerin kişisel menfaatleri ve bu bağlamda bekleyenin hayat hakkı ve hastaların yaşam koşullarının düzeltilmesi gibi çok daha genel menfaatlerle bir dengeye oturtulmak zorundadır. (...) Zımni onay modeli, aksine bir açıklamanın var olmadığı hallerde bir kadavra organ nakli amacıyla müdahale edilmesine onay verilmiş olduğunu varsayma imkanı tanır. Federal Mahkeme bu tür bir düzenlemenin "uygun" ve kişisel özgürlüklerle uyum halinde olduğunu daha önce de kabul etmişti (BGE 98 Ia 508): organ naklinin nispeten kısa bir süre içinde gerçekleştirilmesi zorunludur. Dolayısıyla açık bir onay şartının bazı hallerde önemli pratik zorluklar doğurması kaçınılmazdır. Ölenin bir irade beyanında bulunmuş olması halinde yakınlarının kim olduğunun uzun araştırmalar sonucunda tespit edilmesi ve onların onayının alınması gerekecektir. Açık onay şartının ayrıca kişilik hakkının korunması açısından da tartışmalı yönleri vardır. Zira bir hastanın, hatta ölmek üzere olan birinin veya yakınlarının bir irade beyanında bulunması için uğraşılması ve yakın gelecekte gerçekleşecek bir ölümün çağrıştırılması bu kişilerin korunan kişisel alanlarına ağır bir müdahale sayılabilir. Böylesi bir çaba ayrıca (de ce fait) mantıklı bir karar alamayacak durumda olan insanlar üzerinde aşırı bir psikik yük oluşturabilecektir. Son olarak bazı kişilerin naaşı hakkında hiçbir soruya muhatap olmak istemeyeceği ancak organ nakline karşı olmadığı da hesaba katılmak gerekir." (BGE 123 I 112, 136)

¹¹⁹ "Dolayısıyla yeni düzenlemenin yayılması gereği üzerinde burada da ısrarla durmak gerekir. Bilgilendirme sadece tıp kurumları bünyesinde değil, halkın tümü açısından söz konusu olmalıdır. Sadece resmi yayın bu bağlamda yetersizdir. Öyle bir yöntem seçilmelidir ki halk tümü itibariyle doğrudan bilgilendirilebilsin. Ayrıca bu bilgilendirme düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır ki zımni onay faraziyesi o kantona yeni yerleşenler açısından geçerli olabilsin." (BGE 123 I 112, 139)

Bu önlemlerin neler olabileceği düşünüldüğünde ise akla çok çeşitli olasılıklar gelmektedir. Bunlar örneğin, hayatının belirli bir kesitinde hastaneye yatan herkesi mevcut yasal düzenleme hakkında bilgilendirmek ve itiraz etme imkanından haberdar etme konusunda hastane personelini yükümlendirmek, kamusal ve özel sigortalar için sigortalılarını bu konuda düzenli aralıklarla uyarma yükümü getirmek, medya aracılığı ile kampanyalar yürüterek kamuyu aydınlatmak gibi önlemler olacaktır.

Bu şekilde büyük bir halk kitlesine ulaşarak herkesin doğal birer verici sayıldığı konusunda bilgilendirilmesi sağlandıktan sonra artık ilgililerden harekete geçerek bu konuda aksine iradelerini merkezi bir kütüğe kaydetmelerini istemek kanımca fazla sayılamaz. Kişilerin bu konudaki kararsızlığını, beyanda bulunma konusundaki isteksizliklerini bir beyanda bulunmadıkları sürece organ nakli lehine yorumlamak, söz konusu olan menfaatler düşünüldüğünde haklı gözükmektedir¹²⁰. Zira açık onay sisteminde de aslında ölenin iradesinin 100 % açıklığa kavuşturulduğundan bahsetmek mümkün değildir. Bağışta bulunmaya aslında son derece sıcak bakan nice insanın, iradelerini hayatlarının bir kesitinde ifade etmiş olmalarına rağmen, kritik anda karar verecek kimselerin bundan haberdar olmaması nedeniyle verici olamaması mümkündür. Diğer yandan aslında istememesine rağmen yakınlarının daha sonra bu yönde bir iradesi ile kişinin verici konumuna düşmesi de mümkündür¹²¹. Bu konudaki iradenin mutlak bir kesinlikle ortaya çıkarılması mümkün olmayan nice halde, insanların kural olarak bağışçı olmak istemediklerinden yola çıkmak içinse kanımca hiçbir sebep olamaz¹²².

Zımni onay sistemine karşı olunmasının temelinde yatan gerekçe genelde beyin ölümü kriterine karşı duyulan güvensizliktir. Hastanın daha ölmeden, organlarını başkalarına nakletmek amacıyla öldürüleceği konusundaki kaygı organ nakline soğuk bakılmasının sebebi-
dir¹²³. Oysa yukarıda gösterilmeye çalışıldığı gibi beyin ölümü bugün

¹²⁰ aynı yönde DUMOULIN (dn.17) 72

¹²¹ Kuşkusuz burada, bu konuda açıkça aleyhte bir irade beyanında bulunmadığı haller kastedilmektedir.

¹²² Aynı yönde E. BUCHER (dn.53) 75, 80; aksi yönde AKINCI (dn.59) 128

¹²³ Tam beyin ölümünün gerçekleşmiş olmasına rağmen kişinin ölü sayılmasını kabul etmeyen görüş taraftarları da aslında organ naklinin tamamen yasak-

için teşhisi standartlaşmış, hiçbir sorun doğurmayan tıbbi bir işlemdir. Bu noktadan geri dönüşün olmadığı da açıktır. Dolayısıyla sürekli olarak hatırlatılmak gerekir ki, sorun, organları henüz bazı insanların hayatını kurtarabilecek olan bir *cesedin* ne olacağı sorunudur. Yine yukarıda da ifade edildiği gibi bu noktada anayasal yaşama hakkının ön plana alınması kanımca haklı bir tercih olacaktır.

Bu noktada ölenin yakınlarının durumu açıklığa kavuşturulmalıdır. Acaba ölene ek olarak onların da bir itiraz hakkı mı olmalıdır, yoksa onların dinlenmesindeki amaç sadece ölenin iradesini kesin olarak saptamak mıdır? Kanımca ikincisi doğru çözümdür. Zira aksi takdirde son derece çarpık durumların ortaya çıkması engellenemez. Kişi hayatında bilinçli olarak organlarını bağışlamak istemesine ve bu yüzden aksine bir irade beyanında bulunmamasına rağmen ölümünden sonra yakınlarının bu iradeyi etkisiz kılmasına imkan tanınmış olacaktır. Kural irade beyanında bulunmamış kişinin bağışçı olmak istediğidir. Yakınlarına ancak bu hususun açıklığa kavuşturulması için başvurulacaktır. Asıl önem taşıyan ölenin iradesidir. Hayatında aksine bir beyanda bulunmamış olması halinde verici olmayı kabul ettiği varsayılan ölenin iradesinin aslında bunun aksine olup olmadığı araştırılacaktır. Bu amaçla yakınlarına danışılacaktır. Ve onlar da kendi istekleri doğrultusunda değil ölenin istekleri doğrultusunda karara etkili olmalıdırlar. Bunun için yasada belirli bir süre saptanması ve bu süre içinde aksine görüş bildirilmemesi halinde organ naklinin gerçekleştirilebileceği öngörülebilir.

Organ bağışlayan kişinin sadece belirli organlarının alınması konusunda bir onay vermesi mümkündür. Örneğin "kalbim dışındaki organları bağışlıyorum" şeklinde bir sınırlandırmanın da kütüğe geçiril-

lanmasını savunmamaktadırlar. Onlara göre yine kalp/solunum durmadan da nakil gerçekleştirilebilecektir. Ancak bunun için en azından organ alımına ilişkin açık onay aranarak bu konudaki hukuka aykırılığın telafi edilmesi gerekir. Yani hastanın organlarının alımı suretiyle öldürülmeye onay vermesi gerekir (Bu yönde RIXEN (dn.2) 376vd.). Oysa bu şekilde canlı bir insanın organ nakli yoluyla öldürülmesine onay verebilmesi gibi son derece çarpık bir durumla karşılaşmaktadır ki bu görüşün gerek anayasa gerekse ceza hukuku açısından kabul edilemeyeceği açıktır (aynı yönde KOPETZKI (dn.94) 52; NICKEL (dn.9) 127; KLINGE (dn.3) 179; HEUN (dn.63) 218; BOCK (dn.1) 190)

mesi geçerli kabul edilmelidir¹²⁴. Buna karşılık bu yönde bir beyan olmamasına rağmen ölüden organ naklinde sadece sınırlı sayıda organ alınabileceği, tüm nakli mümkün organların alınmasının yasal olmayacağı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun açısından söylenemez. Kanımca ölünün kişilik haklarının korunması açısından naaşa saygısızlık oluşturmayacak şekilde müdahale yapılması gerektiği açıktır. Ancak organ nakline onay vermiş olan bir kişiden, teknik imkanlar da yeterli olduğu sürece, sadece bazı organların alınması ile yetinmeyi gerektirecek bir sebep yoktur¹²⁵.

Son olarak bir de tam ve sınırlı ehliyetsizlerin durumu incelenmek gerekir. Tam ehliyetsizlerde itiraz hakkını yasal temsilcinin kullanması doğru gözükmemektedir. Buna karşılık temyiz kudretine sahip sınırlı ehliyetsizler açısından Medeni Kanun m.16/II uyarınca münhasıran şahsa bağlı bir hakkın varlığından bahsedilebileceği için tek başına hareket etmek yetkisine sahip olduğu kabul edilmelidir.

VI. SONUÇ

Sonuç olarak şu tespitlerde bulunmak mümkündür:

1. Beyin ölümü kriteri bugün Türk hukukunda, kalp-solunum yolları durmasının yanı sıra bir ölüm kriteri olarak yasa koyucu tarafından kabul edilmiştir. Buna göre ancak beyin faaliyetlerinin tümü itibariyle, geri dönülmez şekilde sona ermesi durumunda beyin ölümünden bahsetmek mümkündür. Bu şekliyle Türk hukukundaki düzenlemenin, birçok ülkede var olan düzenleme ile tamamen örtüştüğünü söylemek mümkündür. Tıp bilimindeki ilerlemeler bugün beyin ölümünün kesin olarak tespitine imkan tanıdığından böylesine bir düzenlemenin doğru olduğunda şüphe yoktur.
2. Ölüden organ naklinin gerçekleştirilebilmesi koşullarından ilki beyin ölümü ise ikincisi de vericinin rızasıdır. Bu alanda bugün Türk

¹²⁴ Bu yönde açık bir düzenleme için bkz. Alman ONK § 2/II, c.2; Avusturya hukuku için aynı yönde KOPETZKI (dn.113) 236

¹²⁵ Avusturya hukuku açısından aksi fikirde KALCHSCHMID/BARTA (dn.10) 22. Örneğin Fransız ve Alman yasaları bu yönde bir sınırlama içermemektedir. Fransız hukuku için bkz. François PONCHON, *Les prélèvements d'organes et de tissus humains*, Paris 1997, 52

hukukunda geçerli olan açık onay sistemi kanımca organ bağıışı konusunda insanların çekingenliği, bu konuyu düşünmek istememeleri, bağıışçı olma yönünde iradelerini gereği gibi açıklamamaları gibi nedenlerden ötürü yoğun organ ihtiyacına cevap verecek bir sistem değildir. Oysa bu yönde ağır basan kamusal bir menfaat olduğu, kişilerin yaşama hakkının da değerlendirilmesi gerektiği düşünüldüğünde farklı bir çözüm savunulabilecektir. Bu çözüm ise bugün birçok Avrupa ülkesinde uygulanmakta olan ve Avrupa Konseyi tarafından da tavsiye edilmiş olan zımni onay çözümdür. Yani herkesin aksine iradesini beyan etmemesi halinde kendiliğinden verici sayıldığı bir sistem. Bu sistemde vericinin kişilik haklarını gereği gibi koruyabilmek için halkın sürekli olarak aydınlatılması devlete bir yükümlülük olarak getirilmeli ve ayrıca itirazların yapılabileceği ve sürekli olarak denetlenebileceği merkezi bir bilgisayar ağı kurulmalıdır.

3. Ancak zımni onay sisteminde düzenlenmesi gereken bu mecburi bilgilendirme faaliyeti dışında da 2000 tarihli Organ Nakli Yönetmeliği ile kurulması öngörülmüş olan ulusal ağın da bir an önce oluşturulması, organ dağılımı konusunda halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi şarttır¹²⁶. Bugün İspanya, Avrupa ülkeleri içinde en yüksek bağıış oranına sahip ülkedir. Bunun temelinde yatan ise hiç kuşkusuz sadece zımni onay sistemini öngörmüş olmaları değil, bunun ötesinde toplumdaki bilinç düzeyidir. Yoğun bilgilendirme faaliyetleri, çok gelişmiş bir organ nakli ağı, saydam bir organ dağıtım politikası, haftanın her günü 24 saat ulaşılabilir bir koordinasyon merkezi... bunların halkta büyük bir güven uyandırdığı ve bu oranda da bağıışların sorunsuz gerçekleştiği açıktır¹²⁷.

Organ nakli konusunda savunulan bu sisteme karşı her şeye rağmen tereddütlerle yaklaşılabilceği açıktır. Ancak bu noktada galiba bir an

¹²⁶ Bugün Türkiye'de hastanelerin özel girişimleri sayesinde oluşturulmuş olan ve ulusal bir nitelik arz etmeyen bazı kuruluşlar organ dağıtımında etkin olmaktadır. Bunlardan en önemlisi Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneğidir. 1994 yılında kurulmuş olan bu derneğe 10 ilden 18 hastane, olası vericiler ve alıcılar hakkında bilgi aktarmakta ve oluşturulan bu havuzdan en iyi alıcı adayı saptanmaktadır (bkz. <http://www.ato.org.tr/konuk/organtx/index.html>).

¹²⁷ Bilgi için bkz. ROGERS/DURAND DE BOUSINGEN (dn.65) 177

Ek Tablo I

1999 YILINDA GERÇEKLEŞEN ORGAN BAĞIŞLARI VE NAKİLLERİNE İLİŞKİN
ULUSLARARASI VERİLER*

Nakli Kuruluşları									ET	
Ülkeler	Almanya	Avust- ralya	Avus- turya	Belçika/ Lüksem	Bulga- ristan	Çek Cum.	Dani- marka	Estonya	Euro transplant	Finlan- diya
Nüfus x 10 ⁶	82,09	18,97	8,08	10,5	8,2	10,29	5,36	1,5	114,5	5,16
Ölü Verici	1039	164	202	241	27	164	76	8	1578	85
MKB	12,7	8,6	25,0	23,0	3,3	15,9	14,2	5,3	13,8	16,5
Ölü Vericiden Birden Fazla Organ Nakli	73,6%	83,0%	79,2%			62,2%	65,8%			53,0%
Ölüden Böbrek Nakli	1895	286	382	434	54	299	126	19	3054	159
MKB	23,1	15,1	47,3	41,3	6,6	29,1	23,5	12,7	26,7	30,8
Canlıdan Böbrek Nakli	380	167	35	25	16	17	42	1	572	4
MKB	4,6	8,8	4,3	2,4	2,0	1,7	7,8	0,7	5,0	0,8
Karaciğer Nakli (2)	757	124	140	169		67	31		1136	30
MKB	9,2	6,5	17,3	16,1		6,5	5,8		9,9	5,8
Kalp Nakli (1)	500	68	95	91		64	26		736	15
MKB	6,1	3,6	11,8	8,7		6,2	4,9		6,4	2,9
Kalp-Akciğer Nakli	20	2	1	5			0		28	2
MKB	0,2	0,1	0,1	0,5			0,0		0,2	0,4
Tek/Çift Akciğer Nakli (1)	40+106	25+44	23+47	28		14	38+8		264	0
MKB	1,8	3,6	8,7	2,7		1,4	8,6		2,3	0,0
Pankreas Nakli	218	17	32	37		24	0		309	0
MKB	2,7	0,9	4,0	3,5		2,3	0,0		2,7	0,0
Bağırsak	0	0	3	0			0			0
MKB						0,0			0,0	

* Bu tabela İspanyol organ nakli kuruluşu ONT'un web sitesinden alınmıştır. Bkz. http://www.msc.es/ont/ing/f_data.htm

Nakil Kuruluşları	E.F.G.			UKTSSA	O.N.T.		SW.T	I.S.S.	CORR	
Ülkeler	Fransa	Hırvatistan	Hollanda	İngiltere ve İrlanda	İspanya	İsveç	İsviçre	İtalya	Kanada	Kıbrıs
Nüfus x 10 ⁶	59,9	4,7	16,00	62,88	39,66	8,91	7	57,61	30,5	0,6
Ölü Verici	970	23	165	816	1334	108	101	788	430	6
MKB	16,2	4,9	10,3	13,0	33,6	12,1	14,4	13,7	14,1	10,0
Ölü Vericiden Birden Fazla Organ Nakli	77,4%	47,8%		83,8%	85,3%	78,7%	87,1%	81,9%		83,3%
Ölüden Böbrek Nakli	45	346	1432	2006	196	188	1276	647	12	
MKB	29,4	9,6	21,6	22,8	50,6	22,0	26,9	22,1	21,2	20,0
Canlıdan Böbrek Nakli	77	6	132	269	17	105	63	81	378	29
MKB	1,3	1,3	8,3	4,3	0,4	11,8	9,0	1,4	12,4	48,3
Karaciğer Nakli (2)	699	9	95	703	960	93	77	680	383	
MKB	11,7	1,9	5,9	11,2	24,2	10,4	11,0	11,8	12,6	
Kalp Nakli (1)	349	6	45	289	336	37	47	335	172	
MKB	5,8	1,3	2,8	4,6	8,5	4,2	6,7	5,8	5,6	
Kalp-Akciğer Nakli	28		2	50	4	3		3	5	
MKB	0,5		0,1	0,8	0,1	0,3		0,1	0,2	
Tek/Çift Akciğer Nakli (1)	30+69		19	51+59	45+90	14+12	3+29	98	86+5	
MKB	1,7		1,2	1,7	3,4	5,8	4,6	1,7	3,0	
Pankreas Nakli	50		19	40	25	7	4	35	71	
MKB	0,8		1,2	0,6	0,6	0,8	0,6	0,6	2,3	
Bağırsak	7		0		1	0	1	1		
MKB			0,0			0,0	0,1			

Nakıl Kuruluşları		HUT			O.P.T.	SK.T.				N.O.T.
Ülkeler	Litvanya	Macaristan	Norveç	Polonya	Portekiz	Scandia	Slovenya	SlovakCum	Türkiye	Yunanistan
Nüfus x 10 ⁶	3,70	10,3	4,44	38,50	9,96	24,14	2	5,36	65	10
Ölü Verici	24	119	69	314	190	338	26	43	60	45
MKB	6,5	11,6	15,5	8,1	19,1	14,0	13,0	8,0	0,9	4,5
Ölü Vericiden Birden Fazla Organ Nakli	16,6%	18,5%	77,3%	44,2%	77,9%	69,2%	77,0%	39,5%	41,6%	80,0%
Ölüden Böbrek Nakli	30	215	122	589	358	603	37	77	95	69
MKB	8,1	20,9	27,5	15,3	35,9	25,0	18,5	14,4	1,5	6,9
Canlıdan Böbrek Nakli	14	9	82	12	9	233		2	273	85
MKB	3,8	0,9	18,5	0,3	0,9	9,7	0,0	0,4	4,2	8,5
Karaciğer Nakli (2)	22	29	35	159	183	9		14	12	
MKB	2,1	6,5	0,9	16,0	7,6	4,5		0,2	1,2	
Kalp Nakli (1)	3	5	32	119	12	110	7	8	1	7
MKB	0,8	0,5	7,2	3,1	1,2	4,6	3,5	1,5		0,7
Kalp-Akciğer Nakli						5				
MKB						0,2				
Tek/Çift Akciğer Nakli (1)			3+8			55+28				
MKB			2,5			3,4				
Pankreas Nakli		2	11	3		18				
MKB		0,2	2,5	0,1		0,7				
Bağırsak			0,00							
MKB			0,0							

(1) Kalp-Akciğer Nakilleri Dahil

(2) Canlı Vericiler Dahil

EFG : French Association of Organs

ET: EUROTRANSPLANT: Almanya, Avusturya, Belçika, Lüksemburg ve Hollanda

ISS : Superior Institute of Health

MKB: Milyon Kişi Başına

ONT: Organización Nacional de Transplantes

SK.T : SCANDIATRANSPLANT: Danimarka, Finlandiya, Norveç ve İsveç

SW.T: Swiss Transplant

Ek Tablo II

Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği Listesinde Bekleyen Hasta Sayısı

BÖBREK:	3739
KARACİĞER:	298
KALP:	199

Ek Tablo III

Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneğine bağlı olarak 20.03.1998-31.03.2000 arasında yapılan nakiller

	BÖBREK	KARACİĞER	KALP
Çıkarılan	146	68	54
Takılan	130	56	27
Lokal kullanım	65	35	11
Gönderilen	65	21	16