

Hirntod und Organspende

27. April 2015

Hirntod und Organspende / hrsg. vom Sekretariat der Deutschen
Bischofskonferenz. – Bonn 2015. – 29 S. – (Die deutschen
Bischöfe – Glaubenskommission ; 41)

INHALT

Geleitwort.....	5
1. Anlass und Absicht der Handreichung.....	8
2. Zur Frage der Plausibilität des sog. <i>Hirntod</i> -Kriteriums	10
2.1 Die Standardbegründung des <i>Hirntod</i> -Kriteriums	13
2.2 Irritierende Phänomene	15
2.3 Übereilte Reaktionen auf diese Phänomene.....	16
2.4 Zur Weiterentwicklung der bisherigen <i>Hirntod</i> -Konzeption	18
3. Moralische Bewertung der Organspende	20
3.1 Freiwilligkeit.....	21
3.2 Umfassende Aufklärung.....	22
4. Weitere Hinweise für die Praxis	25
5. Die Frage der Organspende im Horizont des christlichen Glaubens.....	28

Geleitwort

Verschiedene Entwicklungen haben in jüngster Zeit dazu geführt, das Vertrauen in die moderne Transplantationsmedizin zu beschädigen: An erster Stelle sind hier die wiederholten Unregelmäßigkeiten im Umgang mit Patientendaten bei der Vergabe von Spenderorganen an mehreren deutschen Universitätskliniken zu nennen. Daneben dürften aber auch Unzulänglichkeiten in der Behandlung von Zweifeln am Konzept des sog. Hirntodes sowie verschiedene Versäumnisse im praktischen Umgang mit potentiellen Organspendern und ihren Angehörigen dafür verantwortlich sein, dass die Zahl der Organspenden in unserem Land in letzter Zeit dramatisch zurückgegangen ist. Angesichts der beständig wachsenden Zahl derjenigen Patientinnen und Patienten, deren Überleben vom Erhalt eines Spenderorgans abhängt, stellt diese Entwicklung eine enorme Herausforderung für die Transplantationsmedizin dar. Dies gilt umso mehr, als der vom deutschen Gesetzgeber im Jahre 2012 unternommene Versuch, die persönliche Auseinandersetzung mit der Möglichkeit einer Organspende durch die Einführung eines Entscheidungsmodells zu fördern, unter diesen Umständen weitgehend unwirksam bleibt.

Wir Bischöfe sind uns unserer besonderen Verantwortung sowohl für das Leben vieler schwerkranker Menschen, die auf ein Spenderorgan warten, als auch für die Freiheit all derjenigen, die nicht zuletzt aus dem Motiv christlicher Nächstenliebe ernsthaft über die Möglichkeit einer eigenen Organspende nachdenken, bewusst. Vor diesem Hintergrund legt die Glaubenskommission der Deutschen Bischofskonferenz im Folgenden einige Orientierungshilfen für eine reflektierte Entscheidungsfindung vor, die vor allem zwei Problemkreise betreffen:

Zum einen die Frage der grundlegenden Plausibilität des Hirntod-Kriteriums, die durch eine Vielzahl neuer klinischer Phänomene immer öfter in Zweifel gezogen wird. Alle hier einschlägigen Einwände sind gewiss sehr ernst zu nehmen und nötigen dazu, die bisherigen Argumente zu überdenken. Dennoch gibt es gute Gründe daran festzuhalten, dass der tatsächliche Tod vor einer Organentnahme mit Sicherheit festgestellt werden muss (sog. *Dead Donor Rule*) und dass hierfür der Hirntod ein zuverlässiges Kriterium ist. Nach jetzigem Stand der Wissenschaft stellt das Hirntod-Kriterium im Sinne des Ganzhirntodes – sofern es in der Praxis ordnungsgemäß angewandt wird – das beste und sicherste Kriterium für die Feststellung des Todes eines Menschen dar, so dass potentielle Organspender zu Recht davon ausgehen können, dass sie zum Zeitpunkt der Organentnahme wirklich tot und nicht nur sterbend sind.

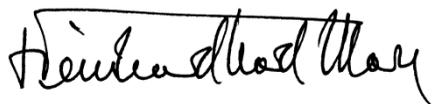
Zum anderen behandeln die hier vorgelegten Orientierungen wichtige Fragen der ethischen Bewertung sowie der praktischen Voraussetzungen einer Organspende. Aufgrund der engen Verbindung der Organe mit der leiblichen Existenz und der individuellen Biographie eines Menschen ist zunächst einmal auf die Freiwilligkeit der Organspende hinzuweisen. Die Entscheidung zur postmortalen Spende eigener Organe stellt einen großherzigen Akt der Nächstenliebe dar, der als solcher frei von allem sozialen Druck bleiben sollte. Ungeachtet ihres großen Nutzens für Dritte besteht weder eine moralische Pflicht zur Organspende noch haben Kranke einen Rechtsanspruch auf den Erhalt eines fremden Organs. Zum Schutz dieser Freiwilligkeit ist eine umfassende Aufklärung derjenigen Menschen zwingend erforderlich, die ernsthaft die Möglichkeit einer eigenen Organspende erwägen. Der potentielle Spender muss die Möglichkeit erhalten, über alle Aspekte der medizinischen Behandlung vor, während und nach der Explantation umfassend aufgeklärt zu werden. Auch Fragen der geistlichen Begleitung des Gesche-

hens und der Sorge für die Angehörigen, insbesondere der Möglichkeiten zur Verabschiedung vor und nach der Organentnahme sowie eines pietätvollen Umgangs mit dem Leichnam des Organspenders dürfen nicht ausgeklammert werden.

Wir Bischöfe sind der Auffassung, dass auf diesem sensiblen Feld ein hohes Maß an Transparenz erforderlich ist, um das verloren gegangene Vertrauen schrittweise zurückzugewinnen. Wir laden daher ein, sich ein wenig Zeit dafür zu nehmen, unsere Überlegungen zur Kenntnis zu nehmen und unsere Argumente auf ihre Überzeugungskraft hin zu überprüfen, um so zu einer fundierten persönlichen Urteilsbildung zu gelangen.

Ich danke der Glaubenskommission unter Vorsitz von Karl Kardinal Lehmann und ihrer Unterkommission Bioethik unter Leitung von Bischof Dr. Gebhard Fürst für die umsichtige Ausarbeitung dieser wichtigen Themenstellung.

Bonn/München, den 27. April 2015

A handwritten signature in black ink, reading "Reinhard Kardinal Marx". The signature is written in a cursive, flowing style.

Reinhard Kardinal Marx
Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz

I. Anlass und Absicht der Handreichung

Durch das *Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz* vom 12. Juli 2012 ist für viele Bürgerinnen und Bürger unseres Landes im Blick auf die Organspende eine neue Situation entstanden: Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sind nunmehr dazu verpflichtet, alle Versicherten über 16 Jahren regelmäßig nach ihrer persönlichen Einstellung zur *postmortalen Organspende* zu befragen. Im Hintergrund dieser Gesetzesnovelle steht nicht nur der ständig steigende Organbedarf, sondern auch der Versuch, die in der Bevölkerung möglicherweise latent vorhandene größere Spendebereitschaft durch eine zwar *direkte*, aber *ergebnisoffene* Aufforderung zur Entscheidung gezielt zu fördern. Obwohl sich die katholische Kirche schon wiederholt zu Fragen der Organspende geäußert hat,¹ sieht sie sich angesichts verschiedener aktueller Herausforderungen dazu veranlasst, erneut einige Orientierungshilfen vorzulegen.

Ihre Überlegungen basieren dabei auf zwei Voraussetzungen: Zum einen auf der Annahme, dass die Transplantationsmedizin grundsätzlich ein *geeignetes* und mit dem christlichen Glauben *zu vereinbarendes* Mittel darstellt, um die vielfältige Not jener

¹ Vgl. *Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens*. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (Gütersloh/Trier 1989), 102–105 u. ö.; *Organtransplantationen*. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Gemeinsame Texte Nr. 1 (Bonn/Hannover 1990) u. ö.

schwerkranken Patienten zu lindern, deren Lebensqualität und Überleben maßgeblich vom Erhalt eines Spenderorgans abhängt. Zum anderen beruhen sie auf der Überzeugung, dass sich im Umkreis der Verpflanzung menschlicher Organe eine ganze Reihe gewichtiger *ethischer* Fragen stellt, die nicht verdrängt werden dürfen, wenn das notwendige Systemvertrauen in diesen Zweig der modernen Medizin nicht dauerhaft und irreparabel beschädigt werden soll. Zur ethischen Dimension der Transplantationsmedizin gehört nicht nur die Notwendigkeit, ein möglichst gerechtes System der *Verteilung* von Spenderorganen zu etablieren, das Regelverstöße – wie z. B. die in letzter Zeit bekannt gewordenen ärztlichen Manipulationen von Patientendaten – nach Möglichkeit von vornherein ausschließt. Vielmehr bedarf bereits der Prozess der *Organgewinnung* insofern einer intensiven ethischen Reflexion, als hier grundlegende Fragen unseres menschlichen Selbstverständnisses berührt werden.² Aus der Fülle der in diesem Zusammenhang einschlägigen Probleme sollen im Folgenden zwei wichtige Aspekte herausgegriffen werden: erstens die umstrittene Plausibilität des sog. *Hirntod*-Kriteriums und damit die Frage, ob ein Mensch wirklich *tot* und nicht nur irreversibel *sterbend* ist, wenn bei ihm der Hirntod nach den Regeln der ärztlichen Heilkunst festgestellt worden ist. Das zweite konkretere Problem betrifft die nähere Bestimmung jener Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit eine Person zu einer *angemessenen Entscheidung* im Blick auf eine mögliche eigene Organspende kommen kann.

² Dies gilt für die nachfolgend bedachte postmortale Organspende ebenso wie für die sog. Lebendspende, auf die in diesem Dokument nicht näher eingegangen wird.

2. Zur Frage der Plausibilität des sog. *Hirntod-Kriteriums*

Zum besseren Verständnis der vielschichtigen Debatte um den sog. Hirntod ist es hilfreich, drei verschiedene Diskussionsebenen voneinander zu unterscheiden, die durch die Fragen nach der *Definition*, dem *Kriterium* und den *diagnostischen Testverfahren* zur Feststellung des Todes markiert werden.³

Der „Tod“ des Menschen kann zunächst ganz allgemein und weithin unstrittig als das „Ende seines Lebens“ bzw. seiner „funktionalen Ganzheit als Organismus“ definiert werden. Mit diesem biologischen Minimalgehalt ist allerdings noch keine umfassende Definition gegeben, da der Tod über die rein somatischen Abläufe hinaus auch die mentale, soziale und religiös-finale Dimension des Menschseins betrifft und daher in allen Kulturen zum Gegenstand weitreichender metaphysischer Deutungen geworden ist.

Die Diskussion der letzten Jahrzehnte um ein angemessenes Verständnis des Todes betrifft jedoch nicht so sehr die erste Ebene einer möglichst umfassenden Todes-*Definition*, sondern vielmehr die auf der zweiten Ebene situierte Frage, ob und inwiefern der 1968 eingeführte sog. *Hirntod*, der das bis dahin gültige Konzept eines *Herz-Kreislauf-Todes* ablöste, als ein wissenschaftlich zuverlässiges *Kriterium* zur Feststellung des Todes eines Menschen anzuerkennen ist oder nicht.⁴ Obwohl weder das

³ Vgl. J. L. BERNAT/C. M. CULVER/B. GERT: *On the Definition and Criterion of Death*, in: *Annals of Internal Medicine* 94 (1981), 389–394.

⁴ Der zeitliche Zusammenfall der durch die moderne Intensivmedizin notwendig gewordenen Bestimmung eines Endpunktes sinnvoller lebenserhaltender Maßnahmen mit den Erfolgen der Organverpflanzung führte bei einigen Kritikern zu der mittlerweile als sachlich und historisch unzutreffend erwiesenen Annahme, das Hirntod-Kriterium stelle eine stra-

Konzept des Herz-Kreislauf-Todes noch dasjenige des Hirn-Todes jemals beansprucht haben, eine erschöpfende Definition des Todes zu liefern, sondern ausschließlich den Status eines praktikablen *Kriteriums* zur Todesfeststellung für sich reklamieren, wurde gelegentlich der falsche Eindruck erweckt, als stelle die Einführung des Hirntod-Kriteriums den problematischen Versuch dar, den Tod des Menschen aus strategischen Gründen umzudefinieren.

Dieses Missverständnis resultierte zum einen daraus, dass nicht hinreichend zwischen den beiden Ebenen der *Todes-Definition* und des *Todesfeststellungs-Kriteriums* unterschieden wurde. Zum anderen dürfte es auch dadurch nahegelegt worden sein, dass der Zeitpunkt einer möglichen Feststellbarkeit des Todes mit dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaften – von den sog. sicheren *äußeren Todeszeichen* (wie Totenstarre, Leichenflecken und Verwesung) über den *irreversiblen Ausfall des Herz-Kreislaufsystems* bis hin zum neurologischen Aufweis des *Hirntodes* – tatsächlich immer weiter vorverlegt werden konnte und der Tod damit seine lebensweltliche *Anschaulichkeit* für den medizinischen Laien zunehmend verloren hat. Vom äußeren körperlichen Erscheinungsbild her ist der intensivmedizinisch betreute (z. B. künstlich beatmete) Hirntote nicht von einem lebenden Patienten zu unterscheiden. Da der menschliche Körper zudem nicht nur eine äußerlich mit der Persönlichkeit verbundene Sache ist, sondern das leibliche Medium des Selbstvollzuges eines Menschen in seiner komplexen Einheit bildet, fällt es nicht nur den emotional besonders betroffenen Angehörigen hirntoter Patienten psychologisch oft schwer, den äußeren Anschein der Lebendigkeit mit der Diagnose des Hirntodes in einen kohärenten

teigisch motivierte Vorverlegung des Todes dar, die gezielt Sterbende zu Toten umdefiniere, um so dem wachsenden Organbedarf der Transplantationsmedizin besser entsprechen zu können.

Zusammenhang zu bringen.⁵ Dessen ungeachtet ist jedoch zu betonen, dass es nur den *einen* Tod des Menschen gibt, dessen Eintritt auf einer *kriteriologischen* Basis zu bestimmen ist, die sich als gleichermaßen medizinisch und anthropologisch plausibel erweist.

Eine dritte Problem-Ebene betrifft die *diagnostischen Testverfahren* zur Feststellung des Todes, deren konkrete Durchführung für den Geltungsbereich des deutschen Rechts in den einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer geregelt ist und die im Austausch mit den medizinischen Fachgesellschaften in regelmäßigen Abständen dem jeweiligen medizinischen Wissensstand entsprechend aktualisiert werden. Aufgrund der erforderlichen fachlichen Expertise zur sachgerechten Beurteilung der einzelnen technischen Untersuchungsmethoden ist es kaum überraschend, dass sich die öffentliche Diskussion der letzten Jahre nicht auf der Ebene der Hirntod-Diagnostik, sondern auf der basaleren Ebene der dieser Diagnostik zugrundeliegenden Kriteriologie des Todes abgespielt hat. Angesichts bis heute nicht verstummender Zweifel an der Zuverlässigkeit des *Hirntod*-Kriteriums scheint es daher wichtig, sich die Hauptargumente der Verteidiger und Kritiker noch einmal zu vergegenwärtigen.

⁵ Auch der Umstand, dass sich der Lebensvollzug des Menschen aufgrund seiner Geistigkeit und Selbstreflexivität nicht einfach nur in natural-sachhaften Kategorien beschreiben lässt, sondern auch eine existentielle Erfahrungs- und Bedeutungsdimension besitzt, die den Bereich rein naturwissenschaftlicher Objektivität überschreitet, lässt manchen den Gedanken attraktiv erscheinen, beim Tod handele es sich letztlich um eine rein subjektive Kategorie, die sich dem klaren definitorischen Zugriff von außen grundsätzlich entziehe.

2.1 Die Standardbegründung des Hirntod-Kriteriums

Ihren geradezu klassischen Ausdruck hat die Verteidigung des Hirntod-Kriteriums in der Argumentation der *Bundesärztekammer*⁶ gefunden, die im Wesentlichen von drei Voraussetzungen ausgeht:

erstens der Annahme, dass sich der Tod des Menschen als Endpunkt eines mehr oder weniger komplexen Sterbeprozesses *eindeutig bestimmen* lässt;

zweitens der tief in unserer moralischen und rechtlichen Ordnung verankerten Überzeugung, dass die Entnahme lebensnotwendiger Organe zwingend an die *vorgängige Feststellung des Todes des Spenders* gebunden ist, da deren Explantation im Falle eines noch nicht abgeschlossenen Sterbeprozesses eine moralisch und rechtlich unzulässige *Tötungshandlung* darstellen würde (sog. *Dead Donor Rule*);⁷ und

drittens der medizinisch überwiegend geteilten Annahme, dass mit dem Organtod des Gehirns nicht nur die für jedes *personale* menschliche Leben charakteristischen *kognitiven* Vollzüge irreversibel erloschen, sondern auch alle für das eigenständige *körperliche* Leben erforderlichen *Steuerungs-* und *Integrationsprozesse* endgültig zusammengebrochen sind.

⁶ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER: *Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen*. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, in: *Deutsches Ärzteblatt* 90 (1993), A 2933.

⁷ Zwar kennt unsere Rechts- und Moralordnung durchaus bestimmte Ausnahmen vom klassischen Tötungsverbot, doch würde selbst eine vom Organspender ausdrücklich konsentiertere Organentnahme zu Lebzeiten auf jeden Fall gegen das strafrechtliche Verbot der „Tötung auf Verlangen“ verstoßen.

Der Begriff des „Hirntodes“ wird dabei im Kontext der deutschen Diskussion stets im Sinne des sog. *Ganzhirntodes*, d. h. des irreversiblen Funktionsverlustes von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm, verstanden und einerseits vom sog. *Teilhirtod* (etwa des Großhirnes oder des Hirnstammes) und andererseits vom „*Tod aller Teile des Körpers*“⁸ abgegrenzt.⁹ Dieser Argumentation zufolge ist ein Organismus genau dann tot, „wenn die Einzelfunktionen seiner Organe und Systeme sowie ihre Wechselbeziehungen unwiderruflich nicht mehr zur *übergeordneten Einheit des Lebewesens in seiner funktionellen Ganzheit* zusammengefasst und unwiderruflich nicht mehr von ihr gesteuert werden“¹⁰. Bezugspunkt der Bestimmung von Leben und Tod des Menschen ist also der *Mensch als Ganzer* und nicht irgendeine organismische Teilfunktion, wobei dem Gehirn als zentraler Steuerungs- und Integrationsinstanz die Rolle einer notwendigen Voraussetzung für die Lebendigkeit des betroffenen Individuums zufällt.

⁸ BUNDESÄRZTEKAMMER: *Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen*. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, in: *Deutsches Ärzteblatt* 90 (1993), A 2933.

⁹ Der nicht zu leugnende Umstand, dass es nicht nur in der Vergangenheit aufgrund eines völlig anderen medizinischen Wissensstandes ganz unterschiedliche kulturelle, philosophische und theologische Todesvorstellungen gegeben hat, sondern auch in den gegenwärtigen rechtlichen Regelungen verschiedener Länder teilweise unterschiedliche Varianten des Hirntod-Konzeptes kodifiziert sind, ändert nichts an der Tatsache, dass die im Geltungsbereich des deutschen Rechts etablierte Ganzhirntod-Regelung die umfassendste und daher auch vollständigste Ausprägung dieser Konzeption darstellt.

¹⁰ BUNDESÄRZTEKAMMER: *Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen*. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, in: *Deutsches Ärzteblatt* 90 (1993), A 2933.

2.2 Irritierende Phänomene

Es gibt eine ganze Reihe medizinischer Phänomene, die von Kritikern des Hirntod-Kriteriums dafür angeführt werden, dass sich hirntote Menschen zwar in einem *irreversiblen Sterbeprozess* befänden, diesen Prozess aber noch nicht bis zum Ende durchlaufen hätten und daher auch noch nicht objektiv für *tot* erachtet werden könnten.

Einige dieser Phänomene sind der unmittelbaren äußeren Wahrnehmung des Betrachters – intensivmedizinisch behandelter – Hirntoter zugänglich,¹¹ während sich andere Phänomene erst bestimmten technisch aufwändigen Messverfahren¹² oder der gezielten Langzeitbeobachtung¹³ erschließen.¹⁴ Als besonders irritierend gilt manchen der Umstand, dass weltweit mehrere Fälle erfolgreicher Schwangerschaften hirntoter Frauen beschrieben worden sind. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer bestehenden Schwangerschaft keineswegs eine eigenständige Leistung der jeweiligen Hirntoten allein, sondern das Ergebnis komplexer intensivmedizinischer Interventionen zur Stabilisierung bestimmter außerordentlich labiler Restlebensphänomene darstellen, die als solche gerade nicht auf der Ebene der *Ganzheit des Organismus* angesiedelt sind.

¹¹ Wie z. B. die aufrechterhaltene Herz-Kreislauf-Funktion, die normale Hautfarbe und Körpertemperatur oder die Schmerz- und Stressreaktionen Hirntoter bei der Organentnahme.

¹² So deuten etwa funktionale Bildgebungsverfahren (fMRT) trotz tiefen Komas auf residuale Restfunktionen des Großhirns.

¹³ So konnten nicht nur kurzzeitige Wundheilungsprozesse, sondern auch Wachstums- und Reifungsprozesse sowie der Erhalt reproduktiver Funktionen bei Hirntoten nachgewiesen werden.

¹⁴ Vgl. S. MÜLLER: *Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik*, in: *Ethik in der Medizin* 22 (2010), 5–17.

Auch wenn in der genauen Interpretation dieser und ähnlicher Phänomene noch manche Fragen offen sind, scheint sich bereits gegenwärtig eine doppelte Schlussfolgerung nahezuzeigen, die Anlass zur Präzisierung der bisherigen Rechtfertigung des Hirntodes gibt:

Erstens dürfte angesichts der vielfältigen Möglichkeiten der intensivmedizinischen Versorgung Hirntoter die generalisierte Behauptung falsch sein, dass der „endgültige Ausfall der Hirnfunktion ... in engstem zeitlichen Zusammenhang mit dem Herz- und Atemstillstand ein[tritt]“.¹⁵ Und zweitens ist davon auszugehen, dass das zentrale Nervensystem des Menschen keineswegs die einzige Steuerungs- und Integrationsinstanz darstellt, so dass es auch nach dem Organtod des Gehirns auf unterschiedlichen biologischen Ebenen zu weitaus komplexeren Koordinations- und Stabilisierungsprozessen kommen kann als bislang von den Anhängern des Hirntod-Kriteriums angenommen worden ist. Welche anthropologischen und ethischen Konsequenzen daraus freilich zu ziehen sind, scheint derzeit umstritten zu sein und bedarf der weiteren Analyse.

2.3 Übereilte Reaktionen auf diese Phänomene

Einige zeitgenössische Kritiker der bisherigen Standardbegründung gehen so weit, dass sie nicht nur das neurologische *Hirntod*-Kriterium selbst, sondern auch die sog. *Dead Donor Rule* aufgeben wollen, da es ihres Erachtens weder möglich ist, die Grenze des Todes punktförmig zu definieren, noch notwendig sei, die Entscheidung zur Organspende zwingend an eine vorausgehende Todesfeststellung des Spenders zu binden. Letztlich

¹⁵ *Ebd.*

komme es allein darauf an, dass der (mutmaßliche) Wille des aufgeklärten Spenders die ihm gebührende Beachtung finde.

Andere Kritiker lehnen eine solche *Individualisierung des Todes* zwar aus anthropologischen, ethischen und rechtlichen Gründen ab, sind ungeachtet der Notwendigkeit der Beibehaltung des bisherigen weltweit medizinisch akzeptierten Hirntod-Kriteriums aber der Auffassung, dass eine *neue Begründung* desselben erforderlich ist. In diesem Sinne hat etwa der Bioethikrat des US-Präsidenten in seinem 2008 vorgelegten *White Paper*¹⁶ dafür plädiert, die bisherige *integrations*-zentrierte Argumentation durch eine Sichtweise zu ersetzen, die die Lebendigkeit eines Menschen an die grundlegende „*Tätigkeit des Selbsterhalts durch einen bedürfnisgesteuerten Austausch mit der ihn umgebenden Welt*“ bindet und von folgenden drei Bedingungen abhängig macht: erstens von der *Offenheit für die Welt*; zweitens von der *Fähigkeit, auf die Welt einzuwirken* und selektiv zu erhalten, was man benötigt; und drittens vom *den Organismus antreibenden basalen Bedürfnis*, sich zu verhalten, wie er es muss, um zu erhalten, was seine Offenheit ihm als verfügbar anzeigt – was sich vor allem in der Spontaneität der Atmung manifestiere. Da jedoch weder das genaue Verhältnis dieser drei Bedingungen zueinander noch deren Anwendbarkeit auf alle Phasen des menschlichen Lebens hinreichend geklärt ist, dürfte auch dieser Versuch einer Neubegründung des Hirntod-Kriteriums weit davon entfernt sein, auf allgemeine Zustimmung zu stoßen.¹⁷

¹⁶ *Controversies in the Determination of Death*. A White Paper by the President's Council on Bioethics, Washington D. C., December 2008. [Dt. Übersetzung: N. FEINENDEGEN/G. HÖVER: *Der Hirntod – Ein „zweites Fenster“ auf den Tod des Menschen? Zum Neuanatz in der Debatte um das neurologische Kriterium durch den US-Bioethikrat, Würzburg 2013.*]

¹⁷ Vgl. das eben genannte Dokument des US-Bioethikrates, N. FEINENDEGEN/G. HÖVER: *Der Hirntod*, 11–64.

Angesichts der Tatsache, dass gerade auf diejenigen Denksätzen, die entweder eine *gänzlich neue* argumentative Rechtfertigung für das Hirntod-Kriterium suchen oder aber dieses selbst zusammen mit der Notwendigkeit einer *objektiven* Todesbestimmung als unverzichtbarer Voraussetzung der Organentnahme *endgültig verabschieden* wollen, enorme philosophische Hypothesen lasten, liegt der Verdacht nahe, dass es sich hierbei letztlich um *übereilte* Reaktionen auf eine argumentative Gemengelage handelt, die zwar noch manche ungelösten Probleme kennt, deswegen aber keineswegs eine derart radikale Neuorientierung erfordert.

2.4 Zur Weiterentwicklung der bisherigen Hirntod-Konzeption

Auch wenn die Diskussion um das Hirntod-Kriterium noch nicht abgeschlossen ist, scheinen sich derzeit die folgenden drei Schlussfolgerungen nahezulegen:

Erstens zeigt sich immer deutlicher, dass es keine Alternative dazu gibt, die verschiedenen Anfragen und Einwände gegen das Hirntod-Kriterium zu diskutieren und auf ihre tatsächliche medizinische, anthropologische und ethische Plausibilität hin zu befragen. Insofern ist die jetzt wieder aufgeflammete Diskussion um den Hirntod zu begrüßen. *Vertrauen* in die wissenschaftliche Zuverlässigkeit des Kriteriums, das buchstäblich über Leben und Tod eines Menschen entscheidet, kann nur entstehen, wenn alle kritischen Einwände zugelassen werden, da sich nur so bestehende Schwachstellen in der bisherigen Argumentation entdecken und beseitigen lassen.

Zweitens dürfte davon auszugehen sein, dass ein überzeugendes Todes-Kriterium aufgrund der komplexen leib-seelischen Einheit des Menschen ebenfalls einen *vielschichtigen* Charakter be-

sitzen muss und daher nicht auf einen einzigen Parameter reduziert werden darf. Nicht ohne Grund spielte denn auch in der Argumentation der Bundesärztekammer zugunsten des Hirntod-Kriteriums nicht nur die *Integrations*-Funktion des Gehirns auf der Ebene der organismischen Ganzheit eine Rolle, sondern auch seine Bedeutung für die *Selbstständigkeit* (Autonomie), die *Selbsttätigkeit* (Spontaneität), die *Abstimmung und Auswahl von Einzelfunktionen* (Koordination) sowie für die *Anpassung und Abgrenzung als Ganzes gegenüber der Umwelt* eine wichtige Rolle.¹⁸ Obwohl die nähere Verhältnisbestimmung dieser verschiedenen Parameter zueinander gewiss noch der weiteren Präzisierung bedarf, entzieht sich diese Argumentation in ihrer Vielschichtigkeit doch einer Eindimensionalität, die meint, den neurologischen Standard mit dem Aufweis integrativer Rest-Phänomene auf sub- und teilsystemischer Ebene falsifizieren zu können.

Schließlich ist drittens davon auszugehen, dass das Hirntod-Kriterium – sofern es in der gebotenen Sorgfalt angewendet wird – nach jetzigem Stand der Wissenschaft das *beste* und *sicherste* Kriterium für die Feststellung des Todes eines Menschen darstellt. Die überwiegende Mehrheit der medizinischen Sachverständigen ist daher in Ermangelung eines besseren oder auch nur annähernd vergleichbar sicheren Konzepts nach wie vor von der Plausibilität des neurologischen Standards überzeugt.

¹⁸ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER: *Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen*. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, in: *Deutsches Ärzteblatt* 90 (1993), A 2933.

3. Moralische Bewertung der Organspende

Die verschiedenen rechtlichen Regelungsmodelle der Organentnahme gerade auch in jenen europäischen Partnerländern, mit denen wir über ein gemeinsames System der Organverteilung (Eurotransplant) verbunden sind, sollte uns nicht übersehen lassen, dass wir keineswegs zufällig von „Organspende“ sprechen. Eine „*Spende*“ ist ein freiwilliger personaler Akt, der weder erzwungen noch auch nur im strengen Sinne erwartet werden kann. Aufgrund der engen Verbindung der Organe mit der leiblichen Existenz und der individuellen Biographie eines Menschen darf auch nach Feststellung des Hirntodes nicht der Eindruck entstehen, dass es sich bei Geweben und Organen des Verstorbenen um frei verfügbare Ressourcen handelt, auf die Dritte unbeschränkt zugreifen dürfen. Tatsächlich besteht weder eine rechtliche noch eine moralische *Pflicht* zur Organspende noch besitzen Kranke einen *Rechtsanspruch* auf die Organe fremder verstorbener Menschen. Die Organspende ist vielmehr eine Handlung, die moralisch *möglich* und wegen ihrer altruistischen Motivation sowie des großen zu erwartenden Nutzens für den Organempfänger besonders *lobenswert* erscheint, deswegen aber keineswegs *geboten* bzw. moralisch *notwendig* in dem Sinne wäre, dass sich all diejenigen, die sich nicht für oder sogar ausdrücklich gegen eine Organspende entscheiden, eines moralischen Versäumnisses schuldig machen würden. Wer das berechtigte Anliegen der Transplantationsmedizin daher mittel- und langfristig fördern möchte, tut gut daran, zwei wesentliche Voraussetzungen der Organspende im Blick zu behalten: erstens deren *strikte Freiwilligkeit* und zweitens ihre Bindung an eine *umfassende Aufklärung* des Spenders.

3.1 Freiwilligkeit

Angesichts verschiedener Modelle zur rechtlichen Neuregelung der Organentnahme,¹⁹ die auf eine mehr oder weniger verdeckte Beweislastverkehrung hinauslaufen, ist zunächst grundsätzlich daran zu erinnern, dass der in der modernen Medizinethik zu Recht stark betonte Wert der *Patientenautonomie* und des damit verbundenen *Selbstbestimmungsrechts* des Patienten auch im Fall der postmortalen Spende lebenswichtiger Organe zu berücksichtigen ist. Wie alle anderen medizinischen Interventionen so sollte auch die Explantation von Organen und Geweben an die ausdrückliche *Zustimmung des Spenders* gebunden werden. Von daher wäre im Blick auf die zukünftige Rechtsfortbildung idealiter mittel- und langfristig eine Rahmenordnung zur rechtlichen Regelung der Organentnahme anzustreben, in deren Zentrum die sog. *enge Zustimmungslösung* steht. Dadurch würde besser als in dem gegenwärtig geltenden sog. *erweiterten Zustimmungsmodell* zum Ausdruck gebracht, dass die schriftlich dokumentierte individuelle Willensbestimmung des Spenders die größte Handlungssicherheit für alle Beteiligten (Patienten, Ärzte, Angehörige) ermöglicht und daher auch als Normalfall angestrebt werden sollte.²⁰

Daneben kann es allerdings in der Praxis auch Konstellationen geben, bei denen eine Willensbestimmung des Spenders zwar nicht schriftlich niedergelegt wurde, aber durchaus auf der Grundlage eindeutig erinnerbarer Gesprächsäußerungen Ange-

¹⁹ Etwa im Sinne einer Widerspruchslösung.

²⁰ Die enge Zustimmungslösung legt sich auch insofern nahe, als der Gesetzgeber sowohl im Umgang mit Patientenverfügungen (3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts) als auch in der jüngsten Novellierung des Transplantationsgesetzes ausdrücklich das Ziel verfolgte, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu stärken.

höriger mit hoher Wahrscheinlichkeit zu ermitteln ist. Auch in diesem Fall kann eine Organentnahme moralisch und rechtlich zulässig sein, doch sollte dabei berücksichtigt werden, dass *hohe Anforderungen* an die Ermittlung des *mutmaßlichen Willens* gestellt und dieser im Falle seiner nicht eindeutigen Rekonstruierbarkeit nicht durch die eigenständige Willensbestimmung Dritter ersetzt werden kann.

Wieder eine andere Situation liegt dort vor, wo der prospektive Organspender aufgrund seines geringen *Lebensalters* noch gar nicht zu einer eigenständigen Urteilsbildung und Willensentscheidung in der Lage war und daher – wie bei allen anderen medizinischen Behandlungen auch – eine stellvertretende elterliche Entscheidung für das hirntote Kind getroffen werden muss. Vor allem in diesen psychologisch besonders heiklen Situationen ist alles zu vermeiden, was die Eltern auch nachträglich als Manipulation oder ungebührliche Ausnutzung ihrer gefühlsmäßigen Belastungssituation interpretieren könnten.

3.2 Umfassende Aufklärung

Neben der strikten *Freiwilligkeit* bildet die *umfassende Aufklärung* des mit dem Thema der Organspende konfrontierten Patienten eine zweite unabdingbare Voraussetzung dafür, dass eine angemessene persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema der Organspende stattfinden kann. Umfassend ist die Aufklärung dann, wenn drei Bedingungen erfüllt sind:

Erstens sind *alle* Phasen der medizinischen Behandlung bis zur Explantation der Organe und der abschließenden Versorgung des Leichnams zur Sprache zu bringen, sodass tatsächlich die „ganze Geschichte“ der Organspende bis zu ihrem Ende erzählt wird.

Zweitens ist in einer für den möglichen prospektiven Spender verständlichen Art und Weise deutlich zu machen, welche Konsequenzen eine positive Entscheidung zur Organspende für die Verfolgung weiterer wichtiger persönlicher Ziele des Betroffenen (etwa im Blick auf eine palliativmedizinische Versorgung, die Vermeidung einer befürchteten Übertherapie und die Nutzung verschiedener Vorsorgeinstrumente²¹) hat. Da sich z. B. Spannungen bzw. Widersprüche zwischen bestimmten Formen der Schmerztherapie und einer möglichst organschonenden Behandlung ergeben können, sollte ein ärztliches Aufklärungsgespräch dazu beitragen, miteinander unvereinbare Handlungsziele zu entdecken und im Vorfeld der Behandlung auszuräumen.²² In diesem Zusammenhang wäre auch darauf hinzuweisen, welche von der üblichen *patientenzentrierten* Behandlung abweichenden *organzentrierten* Interventionen (z. B. hinsichtlich der Medikation) im Fall der positiven Entscheidung zur Organspende schon vor dem Eintritt des Hirntodes erforderlich sind, um die Qualität der später zu verpflanzenden Organe zu erhalten bzw. positiv zu beeinflussen.

Drittens sollten auch die Konsequenzen einer möglichen Organspende für das *soziale Umfeld* des Spenders – insbesondere für die Bedingungen der Verabschiedung und der rituellen Begleitung des Sterbeprozesses – eingehend besprochen werden.

Das für die Transplantationsmedizin erforderliche Systemvertrauen kann nur erhalten bzw. wiederhergestellt werden, wenn

²¹ So dürfen etwa im Rahmen einer Patientenverfügung im Fall einer ausdrücklichen Zustimmung zur Organspende keine Anweisungen (z. B. Abbruch oder Nichtaufnahme künstlicher Beatmung) formuliert werden, die mit diesem Ziel unvereinbar sind.

²² Im Rahmen eines solchen ärztlichen Beratungsgesprächs könnte z. B. auch der Wunsch des Organspenders erörtert werden, vor der Explantation eine Vollnarkose zu erhalten.

möglichst umfassende *kommunikative Transparenz* herrscht. Insbesondere der dem Anliegen der Organspende gegenüber positiv aufgeschlossene Patient hat im Sinne der sog. informierten Zustimmung (*informed consent*) ein Recht auf eine möglichst vollständige Aufklärung. Daher reicht es nicht aus, wenn die Bürger regelmäßig von ihrer Krankenversicherung angeschrieben und dazu aufgefordert werden, eine persönliche Entscheidung zur Spendebereitschaft zu fällen. Sie bedürfen vielmehr auch konkreter Hinweise dazu, wo sie die erforderlichen Sachinformationen erhalten und kompetente Ansprechpartner finden können, um ihre jeweiligen Einzelfragen zum weiten Gebiet der Organspende zu besprechen. Zwar ist realistischlicherweise damit zu rechnen, dass sich trotz umfassender ärztlicher Aufklärung längst nicht alle Bürgerinnen und Bürger in unserem Land, die das Hirntod-Kriterium für plausibel und die Transplantationsmedizin für grundsätzlich wünschenswert erachten, zu einer eigenen Organspende werden entschließen können.²³ Doch sollte gerade die Ärzteschaft deswegen nicht der Versuchung erliegen, durch gezielte Beschränkungen der Aufklärung und eine Verschleierung bestimmter Details eine Erhöhung der Spendebereitschaft herbeiführen zu wollen. Solche fragwürdigen Strategien erweisen sich auf lange Sicht insofern als schädlich und kontraproduktiv, als sie gerade dasjenige Vertrauen weiter schwächen, auf das der sensible Bereich der Transplantationsmedizin in besonderem Maße angewiesen ist.

²³ Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von Bequemlichkeit und Willensschwäche bis hin zu kulturell imprägnierten Vorstellungen von Sterben und Tod, die eine körperliche Integrität voraussetzen.

4. Weitere Hinweise für die Praxis

Für eine verantwortliche Gestaltung der Transplantationsmedizin sind über die strikte Wahrung der Freiwilligkeit der Organspende und die möglichst umfassende Aufklärung des Spenders hinaus weitere Erfordernisse zu erfüllen, die unter anderem die konkrete Durchführung der Explantation und das soziale Umfeld des Spenders berühren.

Eine in diesem Zusammenhang besonders heikle Herausforderung stellt die kommunikative Begegnung von Ärzten und Pflegepersonal mit den Angehörigen des möglichen Organspenders dar. Hier darf das Interesse an den Organen des Hirntoten nicht die *menschliche Begleitung* der Hinterbliebenen in den Hintergrund treten lassen. Die Routine des Klinikbetriebs führt leicht dazu, dass Ärzte und Pflegepersonal Vorgänge als selbstverständlich und unproblematisch erleben, die für Angehörige mit großen Verunsicherungen und Ängsten verbunden sind. Das Gespräch mit den Angehörigen über eine Organspende erfordert daher auf Seiten von Ärzten und Pflegepersonal eine besondere und bewusst einzuübende *Sensibilität*. Entsprechende Leitlinien sind an verschiedenen Transplantationskliniken erarbeitet worden. Auch wenn für den Arzt mit der Diagnose Hirntod der Tod des Menschen feststeht, muss er sich bewusst halten, dass sich dies für die Angehörigen oft anders darstellt. Enge Verwandte, die plötzlich mit der Diagnose „Hirntod“ und zugleich mit der Entscheidung des Toten, Organe zu spenden, oder auch mit der Frage nach Zustimmung zur Organentnahme konfrontiert werden, sehen sich oft mit dieser Situation überfordert. Während ihnen von medizinischer Seite versichert wird, dass mit dem Hirntod der Tod des Menschen eingetreten sei, erleben sie den betroffenen Angehörigen noch als lebend. Das äußere Erscheinungsbild scheint dagegen zu sprechen, diesen Menschen be-

reits als tot zu bezeichnen. Die Vorbereitung zur Organentnahme und die konkreten Einzelschritte der Explantation von Organen können dann psychologisch leicht als Tötungsvorgang erlebt werden.

Gerade angesichts dieser Erfahrung ist es – auch wenn der Zeitraum zwischen Hirntod und Organentnahme begrenzt ist und ein Zeitdruck entstehen kann – für eine humane Begleitung der Angehörigen unverzichtbar, sich ausreichend *Zeit für ein Gespräch* mit ihnen zu nehmen. Das Gespräch mit den Angehörigen sollte in jedem Fall so gestaltet werden, dass diese sich nicht gedrängt oder unter moralischen Druck gesetzt fühlen. So sollten die Angehörigen bei der Mitteilung der Hirntod-Diagnose nicht sofort auch schon mit der Frage der Organspende konfrontiert werden. Angehörige brauchen zunächst einmal Zeit, um sich der Nachricht über den Tod zu stellen und Trauer zulassen zu können.

Wichtig erscheint vor allem, dass Angehörigen nicht nur der Zustand des Hirntodes medizinisch erläutert wird, sondern dass sie dahin begleitet werden, diesen Zustand als Tod zu akzeptieren, und ausreichend Raum erhalten, sich von dem Toten zu *verabschieden*. Konkret sollte Angehörigen und Freunden auf deren Wunsch hin die Möglichkeit gegeben werden, sich von dem Toten *vor* und auch *nach* der Explantation zu verabschieden. Auch *rituelle* und *liturgische Elemente* können dabei helfen, den Tod eines geliebten Menschen angemessen zu verarbeiten. Insgesamt geht es darum, dass trotz der verständlichen Eile, die bei einer Transplantation erforderlich sein kann, eine *Kultur des Sterbens* gewahrt wird.

Dies erscheint umso wichtiger, als die Angehörigen, die bei der Explantation im Operationssaal nicht anwesend sind, gerade jenen Zeitpunkt nicht miterleben können, in dem der Organismus des Hirntoten auch vom äußeren Erscheinungsbild her dadurch

in den sinnenfälligen Zustand des Leichnams übergeht, dass die Atmung endet, das Herz aufhört zu schlagen und der Körper kalt wird. Die Hinterbliebenen verabschieden sich – in ihrer unmittelbaren Wahrnehmung – von einem Lebenden und erhalten nach dem chirurgischen Eingriff eine leblose und in ihrer körperlichen Integrität beeinträchtigte Leiche zurück.

Unter diesen psychologisch besonders heiklen Bedingungen sollte ein *pietätvoller Umgang mit dem Leichnam des Organspenders* selbstverständlich sein. Auch nach der Explantation muss es Angehörigen ohne schockierende Erfahrungen möglich sein, sich noch einmal von dem Verstorbenen zu verabschieden und ihn in würdiger Erinnerung zu behalten. Die *Ehrfurcht vor dem Toten* ist eine Urform der Sittlichkeit. Der Leichnam ist nicht ein Gegenstand, der mit dem Toten nichts zu tun hätte, sondern er ist der Leib, in dem der Verstorbene in der Welt und für andere anwesend war und in dem er sich verwirklicht und seine Identität gewonnen hat.

Auch nach der Explantation sollte den Angehörigen deshalb ein weiteres Gespräch angeboten werden, das ihnen helfen kann, die eigenen Erlebnisse noch einmal zu bedenken und mögliche Zweifel und Unsicherheiten zu bewältigen.

5. Die Frage der Organspende im Horizont des christlichen Glaubens

Für den Christen steht auch die Frage der Organspende im Horizont des Glaubens an Gott als den Schöpfer, Erlöser und Voller der des Lebens. Der christliche Glaube besteht im dankbaren Bekenntnis, dass Gott uns das Leben geschenkt hat, vor allem aber auch in der vertrauenden Gewissheit, dass wir Menschen durch keine Macht der Welt, auch nicht durch den Tod, von der Liebe Gottes getrennt werden können, die in Jesus Christus offenbar geworden ist (vgl. *Röm* 8,38 f.). Diese Gewissheit, in allen Situationen des Lebens von Gott unverlierbar gehalten zu sein, drückt sich in der Hoffnung aus, dass Gott uns Menschen nicht im Tod lassen, sondern zur ewigen Gemeinschaft mit sich auferwecken wird.

Für die Haltung gegenüber der Transplantationsmedizin ergibt sich daraus zunächst, dass die Organspende eine Möglichkeit darstellen kann, wie jemand das empfangene Geschenk des Lebens und die erfahrene Zuwendung Gottes anderen weiterschicken kann. Organspende ist für den Christen eine Erscheinungsform der *Nächstenliebe*, die auch im eigenen Tod noch Lebensmöglichkeiten für einen Mitmenschen eröffnet. Als nicht selbstverständliche Tat freier Nächstenliebe kann eine solche Handlung allerdings nicht als generelle Pflicht erwartet oder gar durch moralischen Druck erzwungen werden.

Christen, die sich aus altruistischen Motiven hierzu entscheiden, müssen auch vom Glauben an die leibliche Auferweckung her keine Vorbehalte gegenüber der Organspende haben. Der Glaube an die leibliche Auferstehung beinhaltet nicht den unveränderten Fortbestand unseres irdischen Leibes, sondern dessen Verwandlung (vgl. dazu *1 Kor* 15,52; *Phil* 3,21). Deshalb hängt auch die Erwartung der Auferweckung der Toten und des ewi-

gen Lebens nicht an der Unversehrtheit des Leichnams. Vielmehr vertraut der Glaube darauf, dass Gott uns aus dem Tod zu neuem Leben erweckt. Trotz möglicher gefühlsmäßiger Vorbehalte muss deshalb der Glaube an die leibliche Auferweckung kein Grund sein, Organspende generell abzulehnen.

Aus dem Vertrauen, in allen Situationen des Lebens, auch im Sterben, von Gott gehalten zu sein, kann auf der anderen Seite aber auch für denjenigen, der auf ein Organ wartet, die Bereitschaft erwachsen, die *Endlichkeit des Lebens anzunehmen*. Die christliche Botschaft kann auch für denjenigen, der kein Spenderorgan bekommen kann und vergeblich wartet, eine Hilfe sein, nicht daran zu verzweifeln, sondern seine Hoffnung auf das von Gott geschenkte ewige Leben zu richten.²⁴

²⁴ Nach Abschluss dieses Textes erschien die umfangreiche Studie des DEUTSCHEN ETHIKRATES: „*Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme*“ (24. Februar 2015, Berlin), dort auch ausführliches Literaturverzeichnis: 176–185.