

Wie tot sind Hirntote? Das Transplantationsgesetz und seine ethischen Fallstricke

Vortrag bei der Bundesdelegiertenversammlung
Das Gehirn ist nicht alles - Hirntod und Leben
der Aktion Lebensrecht für Alle e. V. (ALfA)
gemeinsam mit der 18. Jahrestagung der *Ärzte für das Leben*
im Bonifatiushaus Fulda
am 7. Juni 2013

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

Leiter des Fachgebiets Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

1. Zur Einführung: Verschweigen und Beschweigen

„Verschweigen kann ein Mensch nur, was er weiß, beschweigen nur, was ihm bewusst ist.“¹ Mit diesem Satz beendete der Zeithistoriker Norbert Frei (* 1955) im Jahre 2003 einen ZEIT-Artikel über die erst zu diesem Zeitpunkt bekannt gewordene NSDAP-Mitgliedschaft des 1989 verstorbenen Münchner Nestors der Zeitgeschichte, Martin Broszat (1926-1989). In ähnlicher Weise haben nach 1945 viele in den späten 1920er Jahren Geborene, darunter auch der Dichter Günter Grass (* 1927), ihre politische Rolle im NS-Staat beschweigen können, einfach deshalb, weil sie niemand danach gefragt hatte. *Beschweigen* und *Verschweigen* sind also keine identischen Phänomene, sie führen aber beide zu dem Ergebnis, dass bestimmte unangenehme Tatsachen nicht offenbart werden müssen.

Auch im Hinblick auf die Frage *Wie tot sind Hirntote?*, der ich mich im Folgenden zuwende, werden in der öffentlichen Debatte gewisse Fakten und Zusammenhänge, die eigentlich auf der Hand liegen, beschwiegen, einfach deshalb, weil zu wenig nach ihnen gefragt wird. Im Rahmen einer ethischen Debatte ist es aber unumgäng-

¹ Frei N (2003): Hitler-Junge, Jahrgang 1926. Hat der Historiker Martin Broszat seine NSDAP-Mitgliedschaft verschwiegen - oder hat er nichts davon gewusst? Die ZEIT Nr. 38 vom 11.9.2003.
http://www.zeit.de/2003/38/Martin_Broszat

lich, gerade diejenigen Aspekte zu beleuchten, deren Beschweigen das zweifellos vorhandene moralische Unbehagen an der Transplantationsmedizin weiter verstärken würde.

2. Zur aktuellen Lage der Organspende

Infolge des wissenschaftlichen und des operationstechnischen Fortschritts gelingt es einerseits, immer mehr Organe des Menschen mit steigendem Behandlungserfolg zu transplantieren. So wurden im Jahre 2011 in Deutschland von insgesamt 1.200 hirntoten Organspendern 2.055 Nieren (benötigt: 7.873), 1.128 Lebern (benötigt: 2.119), 366 Herzen (benötigt: 1.039) und 337 Lungen (benötigt: 606) auf erkrankte Organempfänger übertragen.² Andererseits ist nach den im Laufe des Jahres 2012 bekannt gewordenen Transplantationsskandalen an den Universitätsklinika Göttingen, Regensburg, München und Leipzig die Zahl der „hirntoten“ Organspender im vergangenen Jahr um 12,8 Prozent auf nur noch 1.046 gesunken.³

Grundsätzlich steht die Transplantationschirurgie vor Schwierigkeit, dass die Spenderorgane nur kurze Zeit ohne unmittelbare Verbindung mit einem aktiven Blutkreislauf funktionsfähig und damit für eine Übertragung geeignet bleiben. Dieser Zustand kann bei regenerativen Organen (z. B. der Leber oder dem Knochenmark) oder bei doppelt vorhandenen Organen (z. B. den Nieren) durch eine Lebendspende erreicht werden. So wurden 2010 in Deutschland 665 Nierentransplantationen nach einer Lebendspende vorgenommen, das waren 22,6 Prozent aller Nierentransplan-

² Die Zahlen wurden der Grafik zum Artikel „Spender gesucht“ in der ZEIT Nr. 45/2012 vom 31.10.2012, S. 35-36 entnommen.

³ Le Ker H (2013): Transplantationen 2013: Zahl der Organspender sinkt drastisch. Spiegel online vom 24.4.2013.

<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/zahl-der-organspenden-geht-2013-weiter-zurueck-a-896247.html>

tationen. Bei den Lebertransplantationen erreichte der Anteil der Lebersegment-Lebendspenden im Jahre 2010 hingegen nur 7,5 Prozent. Bei den meisten Organen (z. B. dem Herzen oder der Bauchspeicheldrüse) kommt allerdings nur die Spende aus einem lebenden Organismus mit funktionierendem Blutkreislauf in Frage, der ohne das gespendete Organ selbst nicht mehr weiter leben kann. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass der Organspender durch die Organspende zu Tode kommt.

Um das hieraus resultierende ethische und rechtliche Dilemma normativ zu umgehen, wurde vor nunmehr 45 Jahren eine neue Definition des Todes entwickelt. Man war damals bestrebt, einen Zeitpunkt vor dem bis dahin allgemein akzeptierten Todeszeitpunkt, also dem vollständigen, medizinisch irreversiblen Erlöschen der Herztätigkeit und dem dauerhaften Stillstand des Blutkreislaufs zu finden, der künftig für die Zwecke der Intensivmedizin und der Organspende als der „Tod des Menschen“ bezeichnet werden könnte. Das Ergebnis dieser Bemühungen war die so genannte „Hirntoddefinition“. Diese Definition geht davon aus, dass bei einem für „hirntot“ erklärten Menschen zwar nicht alle Lebensfunktionen - insbesondere Herztätigkeit und Kreislauf - endgültig erloschen sind, dass aber infolge einer als irreversibel angesehenen Schädigung des Gehirns und des Ausfalls seiner gesamten integrativen Funktionen das Sterben und damit der Todeseintritt unumkehrbar sei.

Das 1968 an der Harvard-Universität entwickelte Kriterium des Hirntodes als ein mittelbares Zeichen für den Tod des Menschen ist in der Praxis der Transplantationsmedizin bis heute medizinischer Standard. Der Hirntod wird in dem 1997 erlassenen deutschen Transplantationsgesetz (TPG) aber nur indirekt und als Ausschlusskriterium für eine Organentnahme erwähnt. § 3 Absatz 2 TPG lautet: „Die Entnahme von Organen oder Geweben ist unzulässig, wenn [...] 2. nicht vor der Entnahme

bei dem Organ- oder Gewebespender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.“⁴

3. Die gesetzliche Neuregelung der Organspende

Im Frühjahr 2012 ging man in Deutschland einen weiteren gesetzlichen Schritt zur Verdinglichung und Verwertung des menschlichen Körpers. Die Fraktionsvorsitzenden aller im Bundestag vertretenen Parteien hatten sich am 1. März 2012 mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) auf einen Gesetzentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes geeinigt, der dann zusammen mit einem weiteren Änderungsgesetz der Bundesregierung am 25. Mai 2012 mit überwältigender Mehrheit vom Deutschen Bundestag angenommen wurde.⁵ Dadurch ist die bisher geltende „erweiterte Zustimmungslösung“ bei der Organsentnahme mit Wirkung vom 1. November 2012 in die so genannte „Entscheidungslösung“ umgewandelt worden. Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen sind jetzt verpflichtet, erstmals im Jahre 2013, sodann vorerst alle zwei Jahre und nach der Entwicklung einer entsprechend speicherfähigen elektronischen Gesundheitskarte schließlich alle fünf Jahre ihre Versicherten anzuschreiben und deren Organspendebereitschaft abzufragen.⁶

⁴ § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das durch Artikel 2a des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) geändert worden ist.

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf>

⁵ Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz. Bundestagsdrucksache 17/9030 vom 21.3.2012.

⁶ Vgl. den neuen Absatz 1a in § 2 des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das durch Artikel 2a des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) geändert worden ist.

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf>

Das neue Gesetz führt also eine obligatorische Befragung aller Bürger und Bürgerinnen ein, um die Zahl der Organspender zu erhöhen. Die in stillem Einvernehmen einer Allparteienkoalition gefundene Übereinkunft ist jedoch aus mehreren Gründen bedenklich:

1. Eine Entscheidung des Einzelnen über eine derart höchstpersönliche Frage sollte den Bürgern nicht gesetzlich durch den Staat notorisch aufgedrängt werden, schon gar nicht ohne eine vorherige detaillierte Aufklärung über die ethischen und rechtlichen Probleme des „Hirntodes“, der im Transplantationsgesetz nicht einmal ausdrücklich erwähnt wird. Dort ist nur von „toten Spendern“ die Rede, ganz so, als ob es sich um bestattungsfähige Leichen handelte. Doch die typischen Merkmale eines Leichnams wie Atemstillstand, Leichenstarre oder Totenflecken liegen bei einem hirntoten Organspender gerade *nicht* vor; vielmehr ist der juristisch für tot Erklärte im biologischen und phänomenologischen Sinne noch am Leben. Für eine Bestattung wäre der „Hirntote“ längst nicht tot genug.

2. Die regelmäßige Abfrage durch die Krankenkassen und die Dokumentation der Antworten in der elektronischen Gesundheitskarte bedrängt und bevormundet die Bürger und Bürgerinnen. Sie werden durch den Staat, und dies immer wieder, zu einer für sie höchstpersönlichen, intimen Entscheidung auf Leben und Tod aufgefordert. Dies geschieht in einer Intensität, die im Einzelfall, zum Beispiel bei depressiven, kranken, behinderten oder alten Menschen, gefährlich und unverantwortlich ist. Wenn die Krankenkassen alle Versicherten ab 16 Jahren, das heißt auch Jugendliche, akut Schwerkranke, chronisch Kranke, suizidal Gefährdete oder Behinderte, regelmäßig anschreiben und deren Bereitschaft zur Organspende erfragen müssen, so stellt dieses Vorhaben einen rechtfertigungsbedürftigen Eingriff in

die psychische Integrität der Person dar. Der Staat übt hier moralischen Druck auf die Bürger durch deren lebenslang wiederholte Befragung aus, was zumindest als nötigend empfunden werden wird.

3. Eine bundesweite, alle Bürgerinnen und Bürger umfassende, regelmäßige staatliche Dokumentation über die theoretische Bereitschaft zur Organspende bringt eine ethisch und rechtlich noch nicht dagewesene Form der Vergesellschaftung individueller Organspendebereitschaft mit sich. Menschliche Organe sind aber keine Heilmittel oder Medizinprodukte im üblichen Sinn, die industriell organisiert, bestellt, geliefert und nach den Regeln von Angebot und Nachfrage in den Warenverkehr gebracht werden können.

4. Umsetzung der Gesetzesnovelle durch die Krankenversicherungen

Inzwischen haben die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen damit begonnen, ihre Versicherten entsprechend anzuschreiben. So hat beispielsweise die *Allianz Private Krankenversicherungs-AG* im April 2013 an ihre Kunden ein knappes Informationsschreiben zur Organ- und Gewebespende versandt, wobei die auf der Rückseite des Briefes abgedruckten Kurzinformationen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stammen. Darin heißt es gleich zu Beginn, dass aktuell rund 12.000 Patienten und Patientinnen (also die immer gleiche stereotype Zahl, die schon fast magischen Charakter hat) auf eine Organspende warten: „Pro Tag versterben drei von ihnen, weil sie nicht rechtzeitig ein Spenderorgan erhalten“. Dieser Satz ist natürlich so nicht richtig, denn tatsächlich sterben die betreffenden Patienten an ihrer schweren Grundkrankheit, die schließlich zum Organversagen führt, und nicht etwa an einem fiktiven „Organspendeversagen“. Durch derartige subtile Unterstellungen soll moralischer Druck gegenüber dem Leser aufge-

baut werden, der nach einem solchen Satz ein schlechtes Gewissen haben wird, wenn er selbst bisher noch keine Organspendebereitschaft bekundet hat. Ist er nicht vielleicht doch irgendwie schuld am Tod all dieser Menschen?

Die Manipulation der Versicherten macht auch und insbesondere vor dem Hirntodkriterium nicht Halt. So weist die BZgA zwar darauf hin, dass die „zweifelsfreie Feststellung des Hirntodes“ neben der „Zustimmung“ (um wessen Zustimmung es dabei geht, wird nicht erwähnt) die Voraussetzung für eine Organspende sei. Erst wenn alle intensivmedizinischen Maßnahmen eine Lebensrettung nicht mehr möglich machten und der Hirntod festgestellt worden sei, werde die Frage einer Organspende relevant. Ferner wird der Hirntod dem Wortlaut von § 3 Absatz 2 Nr. 2 TPG entsprechend als der „endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm“ definiert, und es wird darauf hingewiesen, dass die Hirntoddiagnostik nach Richtlinien der Bundesärztekammer auf Grundlage der medizinischen Wissenschaft erfolge und dass sie von zwei voneinander unabhängigen Ärzten und Ärztinnen (nicht: Fachärzten für Neurologie!), die nicht am Transplantationsprozess beteiligt seien, durchgeführt werden müsse.

Mit keinem Wort geht das Informationsblatt indessen auf das entscheidende ethische Dilemma ein, nämlich auf den Umstand, dass der „Hirntod“ vom Gesetzgeber unter Berufung auf die Richtlinien der Bundesärztekammer stillschweigend mit dem „Tod des Menschen“ gleichgesetzt wird. Das ethische Problem wird beschwiegen und unter den Teppich gekehrt. Ein krankenversicherter Staatsbürger, der kein Spezialist in Medizinrecht oder in Medizinethik ist, bemerkt beim Lesen des Informationsschreibens höchstwahrscheinlich überhaupt nicht, dass er in einer zentralen

Frage von Leben und Tod vom Staat und von seiner Krankenversicherung „über den Tisch gezogen“ werden soll.

5. Skandale in der Organvergabepraxis - nur „Einzelfälle“?

Im Frühjahr 2013 sind die Organspenderzahlen in Deutschland allerdings aus einem ganz anderen Grund zurückgegangen. Während es im ersten Quartal 2012 noch 281 „hirntote“ Organspender gab, waren es zwischen Januar und März 2013 nur noch 230, was einer Abnahme um rund 18 Prozent entspricht.⁷ Diese Entwicklung hat nichts mit der Änderung des Transplantationsgesetzes zu tun, sondern mit den seit dem Sommer 2012 aufgedeckten Organspendeskandalen an mindestens vier deutschen Universitätskliniken. Zunächst wurde im Juli 2012 bekannt, dass erst im Universitätsklinikum Regensburg, später an der Universitätsmedizin Göttingen Laborwerte von Patienten, die auf eine Spenderleber warteten, gefälscht wurden, um diese in der offiziellen Warteliste „nach oben“ rücken zu lassen. Auch soll illegal Geld an Ärzte geflossen sein, um die gewünschten Transplantationen zu beschleunigen.⁸

Die Staatsanwaltschaft Braunschweig ließ im Januar 2013 den mutmaßlichen Göttinger Hauptverantwortlichen in seiner Wohnung verhaften. Der Beschuldigte bestritt die Vorwürfe, doch seine Beschwerde gegen den Haftbefehl beim Landgericht blieb erfolglos. Am 23. März 2013 wies auch das Oberlandesgericht Braunschweig die Beschwerde des Arztes als unbegründet zurück: Es bestehe ein dringender Tatverdacht wegen versuchten Totschlags in acht Fällen. Angesichts der Schwere der

⁷ Le Ker H (2013): Transplantationen 2013: Zahl der Organspender sinkt drastisch. Spiegel online vom 24.4.2013.

<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/zahl-der-organspenden-geht-2013-weiter-zurueck-a-896247.html>

⁸ Siegmund-Schultze N (2012): Erschütterndes Maß an Manipulation. Deutsches Ärzteblatt 109, S. A1534-A1536.

Tat bestehe Fluchtgefahr, schon deshalb müsse der 45-jährige Mediziner in Haft bleiben. Der frühere Leiter der Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Göttingen wird beschuldigt, von 2009 bis 2011 falsche Patientendaten an die Organvermittlungsstelle *Eurotransplant* gemeldet zu haben. Dadurch seien seine Patienten auf der Warteliste für Spenderlebern nach oben gerückt. Außerdem soll er mehrere Alkoholranke auf die Warteliste gesetzt und dabei „planmäßig unbeachtet“ gelassen haben, dass diese Patienten nicht die erforderlichen sechs Monate abstinent gelebt hatten.⁹

Auch am Transplantationszentrum des Universitätsklinikums Leipzig soll es, wie im Januar 2013 aufgedeckt wurde, seit 2010 Unregelmäßigkeiten gegeben haben. In 38 Fällen wurden hier die Daten von Patienten manipuliert, damit diese schneller eine Spenderleber erhielten. Die Staatsanwaltschaft Leipzig leitete ein Prüfverfahren ein.¹⁰ Bereits seit August 2012 ermittelte die Staatsanwaltschaft München wegen Unregelmäßigkeiten bei der Vergabe von Spenderlebern im Universitätsklinikum der TU München rechts der Isar. Prüfer der Bundesärztekammer waren auf insgesamt 36 Verstöße gegen die Vergaberichtlinien in den Jahren 2008 bis 2012 gestoßen. In zehn Fällen sollen Alkoholiker, die noch nicht die vorgeschriebenen sechs Monate „trocken“ waren, eine neue Leber bekommen haben. Außerdem sollen 13 Patienten mit Leberkrebs ein neues Organ erhalten haben, obwohl sie keinen Anspruch darauf gehabt hätten. Patienten an anderen Kliniken seien deshalb leer ausgegangen.¹¹ Die

⁹ Berndt C (2013): Göttinger Arzt bleibt in U-Haft. Süddeutsche.de vom 23.3.2013. <http://www.sueddeutsche.de/gesundheits/organspende-skandal-goettinger-arzt-bleibt-in-u-haft-1.1631568>

¹⁰ MDR Sachsen (2013): Patientendaten manipuliert Sonderermittler für Leipziger Organspende-Skandal. MDR online vom 8.1.2013. http://www.mdr.de/sachsen/organspende-leipzig100_zc-f1f179a7_zs-9f2fcd56.html

¹¹ Organspende-Skandal (2013): Schwere Vorwürfe gegen Münchner Klinikchef. stern.de vom 15.4.2013. <http://www.stern.de/gesundheits/organspende-skandal-schwere-vorwuerfe-gegen-muenchner-klinik-chef-1997498.html>

Bayerische Staatsregierung zog Mitte Mai 2013 Konsequenzen: Das Klinikum rechts der Isar in München und das Universitätsklinikum Erlangen dürfen künftig keine Lebern mehr verpflanzen.¹²

Bei einem ersten Krisengespräch am 9. August 2012 zwischen der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und den Prüf- und Überwachungskommissionen von Ärzten, Kliniken und Krankenkassen wurde zunächst abgewiegelt: Seit 1997 seien etwa 30.000 Organtransplantationen durchgeführt und darunter nur 20 Verdachtsfälle auf Fehlverhalten gemeldet worden. Es liege deshalb „kein systemisches Versagen“ vor, betonte der Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft bei dieser Gelegenheit.¹³

Nach einem weiteren Spitzentreffen mit Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen, der Organspende-Stiftungen *DSO* und *Eurotransplant* sowie der Bundesländer kündigte Gesundheitsminister Daniel Bahr am 27. August 2012 an, man werde die Kontrolle und Aufsicht bei der Vergabe von Spenderorganen verbessern. Die zuständigen Stellen von Bund und Ländern würden personell so ausgestattet, dass sie diese Aufgabe wahrnehmen könnten. Mit Vertretern der Länder und der Organspendeorganisationen wurde verabredet, dass Landesbehörden verstärkt bei Inspektionen in

¹² Organspende-Skandal (2013): Bayern schließt Transplantationszentren. Süddeutsche.de vom 15.5.2013. <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/organspende-skandal-freistaat-schliesst-transplantationszentren-1.1673597>

¹³ Richter-Kuhlmann E (2012): Transplantationskandal: „Kein systemisches Versagen“. Deutsches Ärzteblatt 109, S. A1676-A1677.

den Kliniken teilnehmen können. Die Entscheidung über die Vergabe von Organen solle weiterhin in erster Linie „nach medizinischen Gesichtspunkten“ erfolgen.¹⁴

Die im Kontext der Skandale immer wieder ins Zentrum der Kritik geratene *Deutsche Stiftung Organtransplantation* (DSO) möchte nun durch eine stärker öffentlich-rechtliche Ausrichtung das Vertrauen in die Organspende wieder herstellen. Dies teilte die DSO am 24. April 2013 der Presse mit. In der Vergangenheit war die Stiftung, die seit Juli 2000 für den korrekten Ablauf der Organspende verantwortlich ist, im Herbst 2011 und Anfang 2012 aufgrund von anonymen Vorwürfen gegen ihre innere Struktur in die Diskussion geraten. Im Raum standen anonyme Vorwürfe der „Vetternwirtschaft und Selbstbedienungsmentalität“ gegen den medizinischen und den kaufmännischen DSO-Vorstand, in dessen Folge auch personelle Konsequenzen gezogen wurden. Die neuen Vorstände, Dr. jur. Rainer Hess und Thomas Biet, haben Anfang 2013 die Aufgabe übernommen, die DSO neu zu strukturieren und Bund und Länder stärker einzubinden.

Eine Veränderung betrifft die neue Ausrichtung des Stiftungsrates der DSO. Er setzt sich künftig mehrheitlich aus Institutionen zusammen, die entweder öffentlich-rechtlich strukturiert sind oder die als privatrechtliche Organisationen nach dem Transplantationsgesetz mit der Wahrnehmung öffentlich-rechtlicher Aufgaben beauftragt sind. Dazu gehören die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Transplantationsgesellschaft. Zudem sollen Bund und Länder mit vier von insgesamt zwölf stimmberechtigten

¹⁴ Spitzentreffen zu Organspende: Bahr will staatliche Kontrolle forcieren. SPIEGEL online vom 27.8.2012: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/organspende-bahr-sagt-mehr-staatliche-kontrolle-zu-a-852253.html> (gelesen am 27.8.2012).

Mitgliedern durch das Bundesministerium für Gesundheit und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder mehr Einfluss auf die Arbeit der DSO erhalten.

Die Stiftung als solche bleibe damit zwar privatrechtlich, gewährleiste aber die Einbindung der Stiftungsarbeit in öffentlich-rechtliche Rahmenbedingungen und deren Einhaltung, erklärte der neue Hauptamtliche DSO-Vorstand für Restrukturierung, Dr. Rainer Hess. Kritik an den Umstrukturierungsplänen der DSO kam aber sogleich von der Fraktion *Bündnis 90 / Die Grünen* im Deutschen Bundestag. „Eine wirkliche staatliche Rechtsaufsicht wie bei anderen Gremien im Gesundheitswesen soll es nach dem Willen von Daniel Bahr und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) auch künftig nicht geben. Das ist angesichts der Probleme in der Vergangenheit ein Skandal“, erklärten Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe, beide Mitglieder im Ausschuss für Gesundheit, in einer gemeinsamen Pressemitteilung vom 24. April 2013. Die Ankündigungen der DSO seien „reine Kosmetik“. Von öffentlich-rechtlichen Strukturen könne keine Rede sein. Auch bislang hätten schon zwei Beamte von Bund und Ländern im DSO-Stiftungsrat gesessen, ohne dass sie die Skandale um die DSO hätten verhindern können. Dass Ministerialbeamten Stimmrecht gewährt werde, ändere nichts, denn sie könnten von den anderen Mitgliedern mühelos überstimmt werden.¹⁵

Noch in dieser Legislaturperiode soll deshalb das Transplantationsgesetz vom Deutschen Bundestag geändert werden. Ein Mitte Mai 2013 verabschiedeter fraktionsübergreifender Entschließungsantrag sieht vor, dass sich künftig strafbar macht,

¹⁵ ALfA-Newsletter 16/13 (2013): Vertrauensbildungsversuch nach sinkenden Organspenderzahlen: Umstrukturierung der Deutschen Stiftung Organtransplantation. Aktion Lebensrecht für Alle e. V. Newsletter 16/13 vom 27.4.2013. [http://www.alfa-ev.de/aktuelles/archiv-anzeige/article/alfa-newsletter-1613-vom-27042013/?tx_ttnews\[backPid\]=22&cHash=63c491989a](http://www.alfa-ev.de/aktuelles/archiv-anzeige/article/alfa-newsletter-1613-vom-27042013/?tx_ttnews[backPid]=22&cHash=63c491989a)

der die Warteliste für Spenderorgane manipuliert, um eigene Patienten zu bevorzugen. Die Richtlinien, nach denen Herzen, Lungen, Lebern, Nieren und Bauchspeicheldrüsen vergeben werden, sollen dann vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt werden. Bisher konnte die Bundesärztekammer, die lediglich privatrechtlichen Vereinsstatus besitzt, diese Regeln weitgehend selbst bestimmen.¹⁶

Durch alle diese Vorgänge wird offenkundig, dass die aufgedeckten Skandale und ihre notdürftigen Reparaturversuche im Jahre 2012/13 in einem politisch äußerst ungünstigen Augenblick ans Licht gekommen sind, denn sie tragen nicht dazu bei, das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspendepraxis zu erhöhen.

6. Die Instrumentalisierung des Hirntodkriteriums

Doch abgesehen von der zweifellos wichtigen sozialetischen Frage nach einer gerechten Zuteilung von Spenderorganen an lebensbedrohlich erkrankte Menschen besteht das größte individualethische und verfassungsrechtliche Problem der Transplantationsmedizin in ihrer Fokussierung auf den so genannten „Hirntod“. Die damit verbundenen kritischen Fragen werden sowohl im Transplantationsgesetz als auch in der öffentlich lancierten Debatte meistens ausgeblendet: Handelt es sich beim „Hirntod“ lediglich um den kompletten Funktionsausfall eines wichtigen, im Schädel gelegenen Organs, oder stirbt mit dem Gehirn auch der ganze Mensch? Lässt sich also das Menschsein auf ein funktionierendes Gehirn reduzieren? Oder, theologisch gefragt: Hat ein „Hirntoter“ keine Seele mehr?

¹⁶ Haarhoff H (2013): Manipulation künftig strafbar. Das taz-Print-Archiv vom 18.5.2013. <http://www.taz.de/Parteien-zu-Transplantationswartelisten/!116493/>

Beim Thema *Hirntod und Organspende* schreiben unsere staatlichen Autoritäten der naturwissenschaftlichen Medizin eine Entscheidungskompetenz zu, die einem fragwürdigen Definitionsmonopol über das Ende des menschlichen Lebens gleichkommt. So führte der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (*1949) in seiner Rede zum Entwurf des Transplantationsgesetzes am 25. Juni 1997 vor dem Deutschen Bundestag Folgendes aus:

„Die Definition des Todes ist keine Aufgabe der Politik oder des Gesetzgebers. Allein die naturwissenschaftliche Forschung kann für alle Menschen in gleicher Weise feststellen, welche körperlichen Befunde Leben und Tod voneinander abgrenzen, unabhängig von einem bestimmten Menschenbild oder einem subjektiven Verständnis von Leben und Tod. Das entspricht unserem Rechts- und Verfassungsverständnis. Denn auch das Bundesverfassungsgericht hat die Frage, wann menschliches Leben beginnt, nicht nach lebensweltlichen, theologischen, philosophischen oder emotionalen Erfahrungen beantwortet, sondern entsprechend dem naturwissenschaftlich-medizinischen Kenntnisstand. Für die Frage nach dem Lebensende kann es keine andere Entscheidungsgrundlage geben. Der Gesetzgeber kann in dieser wichtigen Frage keine unterschiedlichen Maßstäbe zugrunde legen.“¹⁷

Damit sprach der Minister schon vor 16 Jahren den ethisch heikelsten Punkt im Zusammenhang mit dem Hirntodkonzept an: Der völlige Ausfall der Gehirnfunktionen sollte als der Todeszeitpunkt des Menschen im anthropologischen und rechtlichen

¹⁷ Bauer AW (1998): Körperbild und Leibverständnis. Die Sicht vom kranken und gesunden Menschen in der Geschichte der Medizin - dargestellt an ausgewählten Beispielen. In: Evangelische Akademie Iserlohn (Hrsg.): Tagungsprotokoll 82-1997: „Kalte Embryonen“ und „Warme Leichen“. Körperverständnis und Leiblichkeit. Christliche Anthropologie und das Menschenbild der Medizin. Tagung der Evangelischen Akademie Iserlohn vom 29. bis 31. August 1997. Iserlohn, S. 21-38, hier S. 35. Vgl. auch Bauer AW (2007): Wo bleibt die Würde des Menschen? Hirntodkonzept und Organspende aus ethischer Sicht. Universitas 62, Nr. 737, S.1150-1162.

Sinne vor allem deshalb im Transplantationsgesetz festgeschrieben werden, damit die Ärzte im Fall einer Organentnahme nicht ihrerseits den Tod des Patienten verursachen. Ein Gesetz, das den Hirntod hingegen als bloßes Entnahmekriterium juristisch verankern und damit offen lassen würde, ob der Mensch in diesem Zustand noch lebe oder schon tot sei, enthielte nach Seehofers Meinung aus drei Gründen unüberbrückbare Widersprüche und bedenkliche Grenzverschiebungen in der Frage des Lebensschutzes:

Erstens: Wer offen lasse, ob der Organspender bei der Organentnahme noch lebt, der lasse auch offen, ob Ärzte mit der Organentnahme den Organspender töten. Damit stünde die Transplantationsmedizin in Deutschland rechtlich im Zwielficht und wäre auch international isoliert. Die Politik könne es den Ärzten nicht zumuten, bei einem - angeblich - Sterbenden durch die Entnahme eines lebenswichtigen Organs den Tod herbei zu führen. Das wäre im wahrsten Sinne des Wortes auch tödlich für die gesellschaftliche Akzeptanz der Transplantationsmedizin. Die Bundesärztekammer als Vertreter der deutschen Ärzteschaft und alle medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften hätten immer wieder deutlich gemacht, dass ein solches Verfahren für sie nicht zumutbar sei. Kein Transplantationsgesetz der Welt erlaube oder verlange, dass Ärzte die Organe sterbender Menschen zur Behandlung anderer schwerstkranker Menschen entnehmen.

Zweitens: Erlaube der Gesetzgeber, Sterbenden lebenswichtige Organe im Interesse Dritter zu entnehmen, wäre nicht einzusehen, weshalb eine aktive Lebensbeendigung nicht auch sonst gesetzlich freigegeben werden sollte. Wer an der Unantastbarkeit des Lebens und an der Bindung der Ärzteschaft an diesen Grundsatz festhalten wolle, der dürfe hier keine Grenzverschiebung zulassen.

Drittens: Wie sollte man den Bürgerinnen und Bürgern die Motivation zur Organspendebereitschaft erklären, wenn der Gesetzgeber in der Frage des Todes des Organspenders mehrdeutig sei und jeder Auslegung Raum lasse? Die gesellschaftliche Akzeptanz der Organentnahme wäre mit einem solchen Modell nachhaltig beeinträchtigt.

An dieser Stelle möchte ich unser Augenmerk auf die in ethischer Perspektive problematische Argumentationstechnik lenken, die das gerade wiedergegebene politische Statement des Ministers stützen sollte. Jene drei von ihm aufgeführten Gründe, die angeblich zu Gunsten des Hirntodkonzepts sprachen, benannten nämlich keine objektiven physiologischen Tatsachen, sondern sie beschrieben potenzielle sozial- und individualethische Gefahren, die eintreten könnten, wenn der Gesetzgeber vom Kriterium des Hirntodes als dem Todeszeitpunkt des Menschen abweiche: 1. Der Arzt würde den Patienten bei der Organentnahme töten; 2. die aktive Sterbehilfe könnte begünstigt werden; 3. die Bereitschaft zur Organspende in der Bevölkerung könnte abnehmen.¹⁸

Um die drei geschilderten Szenarien, die damals offenkundig unerwünscht waren und die auch heute noch unerwünscht wären, vermeiden zu können, musste der Hirntod zum rechtlich bindenden Todeskriterium des Menschen erklärt werden. In wissenschaftlicher und ethischer Hinsicht angreifbar ist diese Argumentation aber gerade deshalb, weil sie zielorientiert vorgeht: Die Begründung des Hirntodkriteri-

¹⁸ Vgl. Bauer AW (2012): Der lebende Mensch ist keine Sache. Auch das neue Transplantationsgesetz klammert die juristischen und ethischen Probleme des Hirntods aus. Dabei gibt es viele. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 28.10.2012, S. 15.
<http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/organspende-der-lebende-mensch-ist-keine-sache-11940904.html>

ums leitet sich nicht aus der Sache an sich, sondern aus den unerwünschten Folgen einer Zurückweisung dieses Kriteriums ab. Auf diese Weise wird aber einer funktionalen Indienstnahme des Hirntodkonzepts Vorschub geleistet, und es entsteht der Eindruck, der potenzielle Organspender solle dadurch, dass man ihn formal „für tot erklärt“, zu fremden Zwecken instrumentalisiert werden. Eine derartige Verzweckung des lebenden menschlichen Körpers wäre jedoch mit der Würde des Menschen nicht vereinbar.

So entstand nicht grundlos der Eindruck, der Staat wolle schwer kranke und am Beginn des Sterbeprozesses stehende Menschen nur deshalb rechtlich für tot erklären, um ihnen Organe für Transplantationszwecke entnehmen zu können. Die 1997 vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer formulierten Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes sehen vor, dass durch die entsprechende Diagnostik „nicht der Zeitpunkt des eintretenden, sondern der Zustand des bereits eingetretenen Todes“ festgestellt werde. Als Todeszeit wird die Uhrzeit registriert, zu der die Diagnose und Dokumentation des Hirntodes abgeschlossen sind.¹⁹

Eigentlich wäre der Hirntote nun also rechtlich eine Leiche. Aber noch niemand ist auf die Idee gekommen, einen solchen Menschen zu bestatten. Denn für ein Begräbnis ist der Hirntote längst nicht tot genug. Zunächst müssen also die intensivmedizinischen Maßnahmen abgebrochen und die künstliche Beatmung beendet werden, damit der Hirntote nach einer Weile tatsächlich sterben kann. Und erst wenn der Tod des gesamten Organismus nach dem irreversiblen Herz- und Kreis-

¹⁹ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (1998): Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes. Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz. Deutsches Ärzteblatt 95, S. A1861-A1868, hier S. A1865 (Todeszeitpunkt).
<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=12400>

laufstillstand eingetreten ist, kann die Bestattung des dann wirklich Verstorbenen erfolgen.

Die Feststellung des „Hirntodes“ besagt nach dem deutschen Transplantationsgesetz indessen nur, dass Großhirn, Kleinhirn und Stammhirn einen endgültigen, medizinisch nicht mehr behebbaren Funktionsausfall erlitten haben. An keiner Stelle steht im TPG ausdrücklich, dass der Hirntod mit dem Tod des Menschen identisch wäre. § 3 Absatz 1 Nr. 2 TPG legt lediglich fest, dass die Entnahme von Organen oder Geweben nur dann zulässig ist, wenn „der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“. Der Kölner Staatsrechtler Wolfram Höfling, der seit April 2012 Mitglied im Deutschen Ethikrat ist, bezeichnete diesen Umstand zu Recht als ein „Glanzstück juristischer Trickserie“.²⁰

Wie die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung am 19. August 2012 schrieb, finden inzwischen sogar einige Bundestagsabgeordnete, vorwiegend aus den Reihen der GRÜNEN und der LINKEN, dass man im Parlament neu über den Hirntod diskutieren müsste. Die meisten ihrer Kollegen aber wollen nicht gerne darüber diskutieren. Denn was würde geschehen, wenn der Deutsche Bundestag am Ende feststellen müsste, dass „Hirntote“ gerade nicht tot sind? Das wäre vermutlich das Ende eines Großteils der Transplantationsmedizin, da dann nur noch die so genannte „Lebendspende“ einer Niere oder eines Teils der Leber in Betracht käme.

²⁰ v. Kittlitz A (2012): Hirntod. Was passiert mit Patienten, die potentielle Organspender sind? Kein Gesetz schützt sie oder ihre Angehörigen. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung Nr. 33 vom 19.8.2012, S. 6.

In einem im Juli 2012 veröffentlichten Interview des Pressedienstes der Evangelischen Nachrichtenagentur *idea* mit dem damaligen Medizinischen Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Prof. Dr. Günter Kirste, und dem Würzburger Richter Rainer Beckmann, der an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg das Fachgebiet Medizinrecht lehrt, prallten die Gegensätze frontal aufeinander. Während der Transplantationschirurg Kirste davon ausging, der Hirntod sei als „unumkehrbarer Funktionsausfall des gesamten Gehirns“ der „Tod des Menschen“, hielt der Jurist Beckmann dem entgegen, der Mensch sei erst dann tot, wenn „alle wesentlichen Organe ihre Funktionsfähigkeit unwiederbringlich verloren“ hätten. Der Organtod des Gehirns allein reiche für die Todesfeststellung nicht aus. Beckmann wies auch darauf hin, dass die Organspende „keine Bringschuld des Bürgers“ sei. Wir erlebten aber derzeit statt Information teilweise Propaganda. Dies gelte zum Beispiel für das Argument, täglich stürben drei Menschen, weil sie keine Organspende erhielten. „Diese Menschen sterben aber nicht am Fehlen eines Spenderorgans, sondern an ihren Erkrankungen“, so Beckmann.²¹

7. „Hirntote“ als Sterbende und der normative Status des menschlichen Körpers

In der politischen Diskussion über Organentnahme und Organtransplantation werden einige wichtige Fakten ausgeblendet oder fehlerhaft dargestellt, die dem Ziel, die Organspendebereitschaft zu erhöhen, widersprechen könnten. In der Fachwelt gibt es inzwischen massive Zweifel sowohl an der eindeutigen Diagnostizierbarkeit des Hirntodes wie auch an der Gleichsetzung von Hirntod und Tod. Dass diese Definition falsch ist, wird mittlerweile selbst von Wissenschaftlern zugegeben, die sie seinerzeit mit aufgestellt haben. Das hat im März 2012 der amerikanische Neurologe und

²¹ Interview: Wann ist der Mensch tot? (2012). Pressedienst der Evangelischen Nachrichtenagentur *idea* Nr. 199 vom 17.7.2012, S. 8-12.

langjährige Verteidiger der Hirntoddefinition Prof. Alan Shewmon vor dem Deutschen Ethikrat in aller Deutlichkeit erklärt. Shewmon stellte fest, dass so genannte Hirntote noch jahrelang leben können. So haben Frauen noch Monate nach Eintritt der mit Hirntod bezeichneten Situation Kinder geboren, Männer sind noch zeugungsfähig.

Im Jahre 2008 konzidierte der Anästhesiologe und Medizinethiker Robert D. Truog von der Harvard-Universität gemeinsam mit seinem Kollegen Franklin Miller von den National Institutes of Health in dem Artikel „Rethinking the Ethics of Vital Organ Donation“ (Hastings Center Report 38, Nr. 6/2008), dass die Praxis des Hirntod-Kriteriums tatsächlich die Tötung des Spenders zur Folge habe. Truog und Miller forderten nun aber gerade nicht als Konsequenz daraus, die derzeitige Praxis der Organentnahme zu beenden, sondern sie kamen zu dem Schluss, dass die Regel, wonach der Spender tot zu sein habe, aufgegeben werden müsse: Die Tötung des Patienten durch Organentnahme solle künftig einfach als durch den guten Zweck der Organspende „gerechtfertigt“ angesehen werden.

An dieser Stelle sollten wir uns einmal den normativen Status des menschlichen Körpers in Erinnerung rufen: Dem lebenden Menschen als einem Gesamtorganismus kommt auf Grund der ungetrennten Einheit seiner körperlichen, seelischen und geistigen Konstitution eine ethisch und rechtlich unter besonderem Schutz stehende Würde zu. Der lebende Mensch ist keine Sache, sondern eine Person. Daher ist auch das Verhältnis des Menschen zu den Organen seines Körpers kein sachenrechtliches, sondern ein personenrechtliches. Organe dürfen aus diesem Grund nicht wie bewegliche Gegenstände behandelt oder im Extremfall gar verkauft werden. Der Körper gehört nicht dem Menschen als einem Eigentümer, vielmehr ist der Körper

selbst die materielle Basis des Menschen und seiner Personalität. Auch nach dem Tod wirkt das Persönlichkeitsrecht juristisch und ethisch nach, obwohl die tatsächlichen Umstände dafür sprechen, dass es sich bei der Leiche um eine Sache handelt. Eine rein sachenrechtliche Behandlung der Leiche wäre indessen auf Grund des Umstandes, dass die sterblichen Überreste einmal Teile eines Menschen waren, nicht akzeptabel.

Zum einen hätte dies nämlich eine unbeschränkte Eigentums- und Verkehrsfähigkeit der Leiche zur Folge. Zum anderen gilt für die Herrschaft über Sachen, dass der Eigentümer nach Belieben mit seiner Sache verfahren, sie zum Beispiel veräußern oder verarbeiten darf. Als Ausdruck des nachwirkenden Persönlichkeitsrechts macht das Transplantationsgesetz die Organentnahme dem gegenüber primär von der Einwilligung des Verstorbenen abhängig. Liegt dazu keine Willenserklärung vor, ist die Einwilligung der Angehörigen oder sonstiger Personen, die der Verstorbene ermächtigt hatte, erforderlich. Bei der Entscheidung ist aber sein mutmaßlicher Wille - soweit bekannt - zu berücksichtigen.²²

Grundlage dieser Wertentscheidungen ist die Fortgeltung der durch Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes garantierten Würde des Menschen auch über den Tod hinaus. Diese Fortgeltung bedingt, dass letztwillige Verfügungen des Verstorbenen weiterhin Gültigkeit haben. Deshalb ist die Leiche biologisch betrachtet zwar eine Sache, in rechtlicher Hinsicht werden auf sie jedoch persönlichkeitsrechtliche Regelungen angewendet. Diese rechtliche Praxis muss um so mehr dann respektiert werden,

²² Vgl. §§ 3-4 des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das durch Artikel 2a des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) geändert worden ist.

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf>

wenn - wie im Falle des „hirntoten“ Organspenders - die typischen Merkmale eines Leichnams gerade nicht vorliegen, sondern wenn vielmehr der juristisch für tot erklärte biologisch noch lebt.

Der Befund, dass der Hirntod gerade nicht der Tod des ganzen Menschen ist, führt zu der Forderung nach einer umfassenden, aber nicht interessegeleiteten Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger. Es muss darüber informiert werden, dass die Organe eines Hirntoten in Wirklichkeit lebende Organe eines Sterbenden sind, die durch eine den Spender zum Tode führende Operation entnommen werden. Es wäre aber auch geboten, darüber aufzuklären, dass ein Sterbender, dem Organe entnommen werden sollen, aufgrund des Interesses an seinen Organen in der Regel durch die - dann fremdnützig handelnde - Intensivmedizin länger am Leben erhalten wird, als dies sonst der Fall wäre. Das Interesse an seinen Organen führt zu einer Konzentration auf die Vitalerhaltung dieser Organe über den Zeitpunkt eines menschenwürdigen Sterbens hinaus. Die in der Regel auf die Beendigung von Therapiemaßnahmen zielende Patientenverfügung einerseits und die Erklärung einer Organspendebereitschaft andererseits geraten somit zu einander in einen Widerspruch, den man vielleicht zivilrechtlich, nicht aber ethisch entschärfen kann.

8. Die Haltung der katholischen Kirche zum Hirntod-Kriterium

Die Haltung der katholischen Kirche zum Kriterium des Hirntodes unterliegt einer historischen Entwicklung, die keineswegs linear zu nennen ist. Bereits 1944 erklärte Papst Pius XII. (1876-1958), dass die Macht des Menschen über seine Organe eine zwar beschränkte, aber doch direkte sei, und dass ein Organ geopfert werden dürfe, wenn der physische Organismus des einzelnen Menschen in Gefahr sei und dieser Gefahr auf andere Weise nicht begegnet werden könne. Prinzipiell gab es für

Pius XII. auch keine Einwände gegen die Übertragung eines Organs von einem toten auf einen lebenden Menschen. Doch selbstverständlich ging der Papst damals nicht vom „Hirntod“ des Menschen aus, sondern vom konventionellen Herz-Kreislauf-Stillstand. Dies belegt seine Aussage in der Ansprache vom 14. Mai 1956, es sei vom sittlich-religiösen Standpunkt aus nichts gegen die Ablösung der Hornhaut bei einem Toten einzuwenden.²³ Die Hornhaut als ein so genanntes bradytrophes, das heißt nur durch langsame Diffusion ernährtes Gewebe konnte aber bereits damals dem Leichnam entnommen werden, ohne dass der betreffende Mensch erst dadurch zu Tode gekommen wäre.

Wesentlich problematischer erscheint die am 2. Juli 1990 unter dem Einfluss von bedeutenden Transplantationsmedizinern verabschiedete gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD zum Thema „Organtransplantationen“. Diese Erklärung folgt in erstaunlich reduktionistischer Linearität den Wünschen der Transplantationsmediziner und stellt fest, dass der Hirntod ebenso wie der Herztod den „Tod des Menschen“ bedeute. Mit dem Hirntod fehle dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist sei körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch könne nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern,

²³ Vgl. Karl Kardinal Lehmann (2005): Zur Ethik der Organspende und der Transplantation. Perspektiven aus der Sicht von Theologie und Kirche. Vorlesung in der Universität Mainz im Rahmen der Nachtvorlesungen zu Fragen der Organspende und Transplantation am 14. Juli 2005 im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik Mainz.

https://www.bistummainz.de/bistum/bistum/kardinal/texte/texte_2005/organspende.html

nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgendetwas entscheiden.“²⁴

Ebenfalls zustimmend äußerte sich Papst Johannes Paul II. (1920-2005) in seiner Ansprache beim Internationalen Kongress für Organverpflanzung in Rom am 29. August 2000, als er darauf hinwies, dass das heute angewandte Kriterium zur Feststellung des Todes, nämlich das völlige und endgültige Aussetzen jeder Hirntätigkeit, nicht im Gegensatz zu den wesentlichen Elementen einer vernunftgemäßen Anthropologie stehe, wenn es exakt Anwendung finde. Daher könne der für die Feststellung des Todes verantwortliche Arzt dieses Kriterium in jedem Einzelfall als Grundlage benutzen, um jenen Gewissheitsgrad in der ethischen Beurteilung zu erlangen, den die Morallehre als „moralische Gewissheit“ bezeichne. Nur wenn diese Gewissheit bestehe und die Einwilligungserklärung (Patientenverfügung) des Spenders oder seines rechtmäßigen Vertreters bereits vorliege, sei es moralisch vertretbar, die technischen Maßnahmen zum Entnehmen von zur Transplantation bestimmten Organen einzuleiten.²⁵

Deutlich zurückhaltender sagte Papst Benedikt XVI. (*1927) schließlich am 7. November 2008 bei einem internationalen Kongress zum Thema Organspende, den die Weltdachorganisation katholischer Ärzteverbände zusammen mit der Päpstlichen Akademie für das Leben und dem italienischen „Centro Nazionale Trapianti“ organisiert hatte, Gewebe- und Organtransplantationen stellten einen großen Fortschritt der medizinischen Wissenschaft dar. Für viele Menschen seien sie ein Zei-

²⁴ Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD. (1990): Bonn/Hannover, hier Punkt 3.2.1: Sichere Feststellung des Todes. http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html

²⁵ Johannes Paul II. (2000): Ansprache von Papst Johannes Paul II. beim Internationalen Kongress für Organverpflanzung im „Palazzo dei Congressi“ in Rom am 29. August 2000, hier Punkt 5. http://stjosef.at/dokumente/papst_organtransplantation_2000.htm

chen der Hoffnung. Der Leib des Menschen dürfe aber nie nur als Objekt gesehen werden, da sonst die Logik des Marktes siegen würde. Der Leib jedes Menschen bilde zusammen mit dem Geist, der jedem gegeben sei, ein unteilbares Ganzes, dem das Bild Gottes selbst eingeprägt sei. Es gelte die Menschenwürde und die personale Einheit des Menschen zu schützen. Vitale Organe dürften nur „ex cadavere“ entnommen werden. Wenn Sterbende ihre Organe spendeten, dann müsse der Respekt vor dem Leben des Spenders das Hauptkriterium sein.²⁶

9. Abschluss und Ausblick

Man sollte nicht übersehen, dass es zwar die medizinische Wissenschaft ist, mit deren Methoden ein Arzt feststellen kann, ob die für die Bestimmung des Todes geltenden Kriterien im Einzelfall tatsächlich vorliegen oder nicht. Es kann aber nicht ausschließlich der Medizin als Profession überlassen werden, welche gerade aktuellen, vom fachinternen Mainstream favorisierten Kriterien für die Bestimmung des Todes herangezogen werden. Eine derartige Autonomie der Medizin wäre der Bedeutung des Themas nicht angemessen. Hier geht es nämlich um eine Grundfrage des menschlichen Lebens und seines vom Staat zu gewährleistenden Schutzes. Der Hirntod ist nicht der Tod des Menschen, sondern er markiert das vorzeitige Ende des seinen Bürgern vom Staat garantierten Rechts auf Leben.

Die Erfolge der Transplantationsmedizin haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass die ethischen Debatten auf diesem Themenfeld inzwischen nahezu exklusiv unter dem Aspekt des Organmangels geführt werden. Dieser relative Organmangel

²⁶ Papst Benedikt XVI. (2008): Gewebe- und Organtransplantationen sind ein großer Fortschritt. Lang erwartete und erbetene Stellungnahme der Kirche zum Thema Organspende. Zenit, 7.11.2008. <http://www.zenit.org/article-16362?l=german>

ist indessen keine Naturkonstante, sondern seinerseits eine Folge der steigenden Zahl von Organtransplantationen durch wissenschafts- und technikbedingte Ausweitung der medizinischen Indikation zur Operation. Man kann daher die Prognose wagen: Je erfolgreicher die Transplantationsmedizin in qualitativer und quantitativer Hinsicht künftig sein wird, desto größer wird ihr Bedarf an Organen und damit der relative Organmangel. Dabei darf man im Übrigen auch die Nebenwirkungen einer Transplantation nicht beschweigen, wie etwa die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der Organempfänger im Langzeitverlauf Basalzell- und Plattenepithelkarzinome der Haut entwickeln. Das relative Risiko ist nach einer Organtransplantation bis auf das 65-fache gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Plattenepithelkarzinome wachsen bei Organempfängern aggressiver, mit früherer Invasivität und höherem Metastasierungspotenzial. Als Auslöser gelten die durch Immunsuppressiva geschwächte körpereigene Tumorkontrolle sowie direkte kanzerogene Wirkungen bestimmter Arzneimittel.²⁷

So verständlich und notwendig die empfängerzentrierte Sichtweise auf das Thema Organtransplantation auch sein mag, so deutlich muss aus ethischer Perspektive vor einer Blickverengung gewarnt werden, bei der die Besonderheit dieses Behandlungsverfahrens nicht mehr beachtet würde: Einen rechtlichen oder auch nur einen moralischen Anspruch auf die Überlassung von fremden Organen, die konstitutiver Teil einer anderen Person waren oder sind, kann es um der Würde des Menschen willen, die auch die Würde des Organspenders und unser aller Würde mit umfasst, nicht geben. Insofern müssen sich Medizin und Gesellschaft bei allem Fortschritts-

²⁷ Siegmund-Schultze N (2012): Hauttumoren nach Nierentransplantation. Sirolimus ist eine Option bei Patienten mit Hauttumoren. Deutsches Ärzteblatt 109, S. A2136.
<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=131915>

optimismus auf diesem Feld auch künftig in eine Selbstbegrenzung ihrer Wünsche fügen.