



Hirntod und Entscheidung zur Organspende

STELLUNGNAHME

Hirntod und Entscheidung zur Organspende

STELLUNGNAHME

24. Februar 2015

Herausgegeben vom Deutschen Ethikrat

Vorsitzende: Prof. Dr. med. Christiane Woopen

Jägerstraße 22/23 · D-10117 Berlin

Telefon: +49/30/20370-242 · Telefax: +49/30/20370-252

E-Mail: kontakt@ethikrat.org

www.ethikrat.org

© 2015 Deutscher Ethikrat, Berlin

Alle Rechte vorbehalten.

Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.

Layout: Torsten Kulick

Umschlaggestaltung: BartosKersten Printmediendesign, Hamburg

ISBN 978-3-941957-67-1 (PDF)

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG UND ZIELSETZUNG	9
2	BESTANDSAUFNAHME UND PROBLEMAUFBEREITUNG	14
2.1	Zum Stand der Transplantationsmedizin	14
2.2	Ablauf einer Organspende in Deutschland	17
2.2.1	Einleitung	17
2.2.2	Hirntoddiagnostik	18
2.2.3	Die intensivmedizinische Behandlung im Vorfeld einer möglichen Organentnahme	22
2.2.4	Übergang von patientenorientierter Therapie zu spendezentrierten Maßnahmen	25
2.2.5	Maßnahmen nach Feststellung des Hirntodes	27
2.3	Der rechtliche Ordnungsrahmen für die postmortale Organspende	30
2.3.1	Überblick über die zentralen Regeln des Transplantationsgesetzes ...	30
2.3.2	Die Feststellung des Todes und des Hirntodes als Entnahmevoraussetzungen	34
2.3.3	Erweiterte Zustimmungslösung und sogenannte Entscheidungslösung	38
2.3.3.1	Überblick	38
2.3.3.2	Zur Zulässigkeit von organprotektiven Maßnahmen	41
2.3.3.3	Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung	46
2.3.3.4	Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens	48
3	NOTWENDIGE UNTERSCHIEDUNGEN: TODESVERSTÄNDNIS, TODESKRITERIEN, FESTSTELLUNG DES TODES	51
3.1	Analytische Strukturierung	51
3.2	Todesverständnisse	53
3.2.1	Zur philosophischen Anthropologie des Todes	53
3.2.2	Bedeutung für die Diskussion über den Umgang mit dem Leichnam	59
3.3	Die Frage nach verallgemeinerbaren Elementen einer Todeskonzeption	62
4	TODESVERSTÄNDNIS UND TODESKRITERIUM IM KONTEXT DER ORGANTRANSPLANTATION	66
4.1	Gemeinsame Basis	66

4.1.1	Bezugnahme auf mentale Fähigkeiten	66
4.1.2	Bezugnahme auf den Organismus als biologische Einheit	69
4.1.3	Der Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen als Zäsur und seine ethischen Folgen	69
4.2	Die Kontroverse über die Hirntodkonzeption	71
4.2.1	Position A: Der Hirntod ist ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen	72
4.2.2	Position B: Der Hirntod ist keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen	84
4.2.2.1	Integration des Organismus zu Einheit und Ganzheit	85
4.2.2.2	Zur Tragfähigkeit des Kriteriums der Selbststeuerung	90
4.3	Zur Bedeutung der Dead-Donor-Rule	96
4.3.1	Position B: Entbehrlichkeit der Dead-Donor-Rule	96
4.3.2	Position A: Notwendigkeit der Dead-Donor-Rule	104
4.4	Stellungnahme zur Non-Heart-beating-Donation	113
5	KOMMUNIKATION: INFORMATION, AUFKLÄRUNG UND BERATUNG	118
5.1	Die Zielsetzung der neuen Entscheidungslösung	118
5.2	Die Entscheidungslösung als öffentliche Kommunikationsaufgabe	120
5.3	Kommunikation mit Angehörigen und rechtlichen Vertretern	126
5.3.1	Am Gespräch beteiligte Personen	130
5.3.2	Zeitpunkt der Gesprächsaufnahme	132
5.3.3	Gestaltung des Gesprächs	134
5.3.3.1	Direktive vs. nondirektive Gesprächsführung	135
5.3.3.2	Rituale zur Abschiednahme und Nachsorge	137
5.3.4	Besondere Herausforderungen: Ermittlung des mutmaßlichen Willens und eigene Entscheidung der Angehörigen	138
5.4	Motive der Entscheidungen über Organspenden	140
5.4.1	Ergebnisse von Befragungen Angehöriger	140
5.4.2	Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen	142
5.4.3	Ergebnisse von Befragungen des Klinikpersonals	144
5.4.4	Zwischenfazit	145
5.5	Aufklärung über Organtransplantation und Interkulturalität	146
5.6	Kommunikation, Kooperation und Koordination in der Klinik	149
6	ZUSAMMENFASSUNG, SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	152

SONDERVOTUM	173
LITERATURVERZEICHNIS	176
ENTSCHEIDUNGSVERZEICHNIS	186
ABKÜRZUNGEN	187

1 EINLEITUNG UND ZIELSETZUNG

Die Transplantation von postmortal entnommenen Organen zählt zu den in der Medizin etablierten Behandlungsmethoden. Die Bereitstellung von Organen gründet in der Bereitschaft eines Spenders¹ oder der für ihn entscheidenden Personen, Organe für die Transplantation nach Eintritt seines Todes² zur Verfügung zu stellen. Die damit verbundenen Maßnahmen und die für deren Durchführung geltenden Entnahmekriterien führen jedoch mitunter bei möglichen Spendern, bei Angehörigen, und auch bei schwer kranken Menschen, die auf ein Spenderorgan warten, zu tief greifenden Unsicherheiten. Diese ergeben sich nicht zuletzt daraus, dass die Hoffnung auf Rettung eines Lebens mit dem Tod eines anderen Menschen verknüpft ist. Die darin angedeutete Ambivalenz verbindet sich bei nicht wenigen Menschen mit der Frage, wie es denn möglich sein könne, lebendige Organe von einem toten Menschen zu gewinnen. In der Tat wurde es erst durch die moderne Intensivmedizin möglich, Körperfunktionen auch dann aufrechtzuerhalten, wenn alle Gehirnfunktionen bereits unwiederbringlich erloschen sind. Der in diesem Fall diagnostizierbare „Hirntod“ wird verbreitet mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt.

Diese Hirntodkonzeption liegt der im Transplantationsgesetz geregelten postmortalen Organspende in Deutschland zugrunde. Mit der intensivmedizinisch ermöglichten zeitlichen Entkopplung des Hirntodes vom Erlöschen der Funktionen anderer Organe und Gewebe sind jedoch für viele Menschen

-
- 1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.
 - 2 Mit dieser Formulierung ist keine Vorentscheidung darüber verbunden, wie der Tod zu verstehen ist, insbesondere, ob der Hirntod ein sicheres Todeszeichen ist (siehe dazu Kapitel 4). Auch die Verwendung des Begriffs „postmortal“ in dieser Stellungnahme trifft keine derartige Vorentscheidung, lehnt sich vielmehr an die Regelung des Transplantationsgesetzes an, das von der Entnahme bei toten Spendern spricht.

Zweifel an der Hirntodkonzeption verbunden; sie begleiten die Transplantationsmedizin seit der ersten Herzverpflanzung 1967³ und sind auch 15 Jahre nach Inkrafttreten des deutschen Transplantationsgesetzes nicht verstummt.

Gleichwohl schien der Streit um die Legitimität und Angemessenheit des Hirntodes als Kriterium des menschlichen Todes zu Beginn dieses Jahrhunderts nach drei Jahrzehnten weltweit intensiv geführter Diskussion im Wesentlichen erledigt. Soweit Kritiker das Verständnis des Hirntodes als Tod des Menschen ablehnten, hatte sich ihr Widerspruch aus der öffentlichen rechtspolitischen Debatte weitgehend in die juristische, philosophische und medizinethische Fachliteratur zurückgezogen. Viele nationale Rechtsordnungen hatten den Hirntod als Tod des Menschen ausdrücklich oder stillschweigend akzeptiert und als hinreichende Voraussetzung postmortaler Organspenden in die einschlägigen Bereiche ihrer Normenordnung integriert. Eine öffentliche Grundsatzdiskussion der fundamentalen Legitimationsfragen schien nicht mehr veranlasst.

Das änderte sich spätestens Ende 2008, als der US-amerikanische *President's Council on Bioethics* ein *White Paper* unter dem Titel *Controversies in the Determination of Death* veröffentlichte.⁴ In den USA war 1981 von der *National Conference of Commissioners on Uniform State Law* der Modellentwurf einer gesetzlichen Todesdefinition vorgeschlagen worden, die neben dem „klassischen“ Herz-Kreislauf-Tod ausdrücklich den Ganzhirntod als Tod des Menschen umfasste.⁵ In den Folgejahren war diese Definition in die Rechtsordnungen der meisten amerikanischen Bundesstaaten aufgenommen worden. Der damit fixierte rechtspolitische Konsens sei aber inzwischen – so hielt es das *White Paper* 2008 bereits in seiner Einleitung fest – brüchig geworden. Eine Reihe traditioneller

3 Siehe Beiträge in Schlich/Wiesemann 2001.

4 President's Council on Bioethics 2008.

5 Vgl. National Conference of Commissioners on Uniform State Laws 1981.

philosophischer, medizinischer und rechtlicher Einwände gegen die Gleichsetzung des menschlichen Todes mit dem Hirntod seien trotz der weitreichenden gesetzlichen Anerkennung nicht verstummt und hätten durch die Ergebnisse neuer Studien Unterstützung erhalten. Vor dem Hintergrund des wieder entflammten Streits in Wissenschaft, Philosophie und klinischer Praxis sei es daher rechtspolitisch unumgänglich geworden, das Kriterium des Hirntodes auf seine ethische Vertretbarkeit als hinreichende Bedingung des menschlichen Todes erneut zu überprüfen.⁶

Aber nicht nur in den USA, sondern auch in allen anderen Staaten, die – wie Deutschland – in ihren Rechtsordnungen und ihrer klinischen Praxis den Hirntod als Tod des Menschen und als Grundlage postmortaler Organentnahme akzeptieren, erscheint eine vertiefte Wiederaufnahme der Diskussion um den Hirntod unumgänglich. Der Deutsche Ethikrat hat deshalb im Herbst 2011 eine öffentliche Veranstaltung der Reihe „Forum Bioethik“ zu diesem Thema durchgeführt. Nunmehr legt er in dieser Stellungnahme die Ergebnisse seiner ausführlichen Beschäftigung mit Fragen im Zusammenhang mit dem Hirntod vor.

Das geschieht nicht nur vor dem Hintergrund der andauernden Diskussion, sondern auch aus Anlass der letzten Reformen des Transplantationsgesetzes (TPG). Dabei ist unter anderem die sogenannte Entscheidungslösung eingeführt worden. Mit § 2 TPG wurde die umfassende Aufklärung der Bevölkerung stärker in den Vordergrund gerückt. Von Bedeutung ist hierfür vor allem die offene Kommunikation mit Angehörigen und rechtlichen Vertretern (Betreuern, Bevollmächtigten) potenzieller Organspender. Dem Deutschen Ethikrat ist es in diesem Zusammenhang besonders wichtig, umstrittene Fragen im Umgang mit Tod und Todesfeststellung zu beleuchten.

6 Im Ergebnis spricht sich die Mehrheit des *President's Council on Bioethics* für den Hirntod als Todeskriterium aus (*President's Council on Bioethics* 2008, 89).

Nach seiner Auffassung ist eine solche Auseinandersetzung eine wichtige Voraussetzung dafür, mehr Vertrauen in die Transplantationsmedizin herzustellen. Ein Gewinn von Vertrauen wiederum ist eine wichtige Voraussetzung dafür, kranke Menschen gut versorgen zu können.

Die vorliegende Stellungnahme behandelt nicht das Thema des Vertrauensverlustes infolge der jüngst bekannt gewordenen Manipulationen bei der Organverteilung. Ausgeklammert bleiben auch die dadurch erneut aufgeworfenen grundsätzlichen Fragen einer gerechten und transparenten Verteilung von Organen und zahlreiche damit zusammenhängende Probleme der Organisationsstrukturen sowie der Legitimation von Entscheidungsträgern in der Transplantationsmedizin (das betrifft insbesondere die Bundesärztekammer und Eurotransplant). Ohne Zweifel sind diese ebenfalls von Bedeutung für die gesellschaftliche Akzeptanz der Transplantationsmedizin, doch erfordern sie eine eigenständige Analyse.

Die Stellungnahme, die sich allein mit der postmortalen Organspende befasst, konzentriert sich auf *zwei zentrale Fragestellungen*:

(1) Zunächst wird die Grundlage der postmortalen Organspende, die Hirntodkonzeption, einer eingehenden Analyse unterzogen. Der Deutsche Ethikrat möchte die vielschichtige Diskussion aufbereiten sowie die unterschiedlichen Perspektiven und Argumente transparent machen. Dies betrifft zentral die Dead-Donor-Rule, also die im deutschen Recht der Transplantationsmedizin geltende Regel, dass – abgesehen von dem an besondere Voraussetzungen gebundenen Fall der Lebendspende – der Spender bei der Organentnahme tot sein muss. Die Dead-Donor-Rule wirft auch Fragen hinsichtlich der im Ausland zum Teil verbreiteten Praxis der Non-Heart-beating-Donation auf; dabei werden Organe nach Herz-Kreislauf-Stillstand entnommen, ohne dass es der Feststellung des Hirntodes bedarf.

(2) Die Hirntodkonzeption erweist sich zudem als eine kommunikative Herausforderung. Die Bedingungen offener

und transparenter Kommunikationsprozesse und ihre Ausgestaltung bilden den zweiten Schwerpunkt der Stellungnahme. Zwei Ebenen lassen sich dabei unterscheiden:

- » Zum einen ist die Information und Aufklärung der Bevölkerung insgesamt in den Blick zu nehmen. Die neue gesetzliche Regelung zur sogenannten Entscheidungslösung fordert insoweit, dass die Aufklärung die gesamte Tragweite der Entscheidung umfassen und ergebnisoffen sein muss (§ 2 Abs. 1 Satz 2 TPG). Deutschland hat mit dieser Neuregelung einen Weg gewählt, für den es nach Einschätzung des heutigen medizinischen Direktors der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Axel Rahmel, „international kein Vorbild“ gibt⁷ und der deshalb einer umso sorgfältigeren Analyse und Evaluierung bedarf.
- » Neben dieser Makroebene muss auch die Kommunikation auf der Mikroebene rund um den potenziellen Organspender beleuchtet werden. Hier rücken die Abläufe auf der Intensivstation in Vorbereitung auf eine (mögliche) Explantation, die Einstellungen der beteiligten Akteure, nicht zuletzt aber die Gespräche mit Angehörigen und Bevollmächtigten beziehungsweise Betreuern der potenziellen Organspender in den Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. Kapitel 5).

7 So Axel Rahmel im Gespräch mit dem *Deutschen Ärzteblatt* (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52348> [15.01.2015]).

2 BESTANDSAUFNAHME UND PROBLEMAUFBEREITUNG

2.1 Zum Stand der Transplantationsmedizin

Medizinhistoriker beschreiben die Vorstellung, dass komplexe innere Krankheiten auf das Versagen eines einzelnen Organs zurückzuführen seien, als Entwicklung des späten 19. Jahrhunderts. Bereits im 19. Jahrhundert wurde die Übertragung von Gewebe, vor allem der Haut, systematisch erforscht. Die erste Transplantation einer menschlichen Niere wurde 1936 von dem ukrainischen Chirurgen Yurii Voronoy durchgeführt, jedoch überlebte die Patientin nur wenige Tage, und das einer Leiche entnommene Spenderorgan funktionierte zu keinem Zeitpunkt. Trotzdem galt die Transplantation innerer Organe als ideale Therapie, die lediglich aufgrund praktischer Probleme (noch) nicht durchführbar war.⁸

Nach dem Zweiten Weltkrieg knüpfte die Forschung an diese Vorarbeiten an. Immunologische Fragen rückten in den Vordergrund. Die erste erfolgreiche Nierentransplantation am Menschen wurde 1954 am *Bent Brigham Hospital* in Boston durchgeführt. Das Ärzteteam um den Chirurgen Joseph Murray übertrug dabei einem Patienten eine Niere des eineiigen Zwillingbruders, ohne dass eine immunologische Abwehrreaktion eintrat. Dieser erste klinische Erfolg zeigte, dass die genetische Kompatibilität eine grundlegende Voraussetzung für das Transplantatüberleben darstellt. Im Jahr 1963 führte Wilhelm Brosig in Berlin erstmals eine erfolgreiche Lebendspende zwischen Mutter und Tochter durch.⁹

Im Jahr 1967 unternahm Christiaan Barnard im südafrikanischen *Groote Schuur Hospital* in Kapstadt die erste

8 Vgl. Schlich 1998, 7 ff.

9 Vgl. Achilles 2004, 99.

Herztransplantation; sein Patient verstarb jedoch schon nach wenigen Tagen infolge der medizinischen Maßnahmen gegen die Abstoßungsreaktion.¹⁰

Nicht beherrschbare Abstoßungsreaktionen blieben zunächst das Grundproblem der Transplantationsmedizin, da adäquate Methoden der Immunsuppression fehlten. Die nicht zufriedenstellenden klinischen Ergebnisse führten dazu, dass die Transplantationsmedizin Anfang der 1970er-Jahre stagnierte. Erst durch die Einführung des Immunsuppressivums Cyclosporin A zu Beginn der Achtzigerjahre konnten Abstoßungsreaktionen reduziert und die Transplantatüberlebensraten deutlich gesteigert werden.¹¹ Durch die verbesserten Möglichkeiten der Immunsuppression stieg das Drei-Jahres-Transplantatüberleben bei der Nierentransplantation von 45 Prozent im Zeitraum von 1966 bis 1970 auf 84 Prozent im Zeitraum von 1996 bis 2000.¹²

Die Transplantation von Spenderorganen gilt heute als Standardtherapie bei terminalem Organversagen. So sind allein in Deutschland zwischen 1963 und 2012 insgesamt 116.650 Organe transplantiert worden.¹³

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick, welche Organe in welcher Anzahl in den letzten Jahren transplantiert wurden.

10 Vgl. Hamilton 2012, 347 ff.

11 Vgl. Pichlmayr 1987.

12 Vgl. Doxiadis et al. 2004.

13 Deutsche Stiftung Organtransplantation 2014, 10.

Transplantierte Organe in Deutschland 2003–2014 (ohne Transplantationen nach Lebendspende, ohne Domino-transplantationen)

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Niere	2111	1989	2190	2253	2340	2188	2172	2272	2055	1820	1547	1508
Herz	393	398	396	412	394	382	363	393	366	345	313	304
Leber	773	810	888	971	1088	1060	1119	1187	1116	1017	884	879
Lunge	212	240	262	253	284	270	272	298	337	357	371	352
Pankreas	191	187	165	141	139	137	115	163	171	161	128	120
Dünndarm	8	3	2	1	5	11	8	10	9	6	5	6
Organe	3688	3726	3903	4031	4250	4048	4049	4323	4054	3706	3248	3169

Zahlen für 2003 bis 2007: Deutsche Stiftung Organtransplantation 2013, 28, 33, 36, 39, 43 (Zahlen für Dünndarmtransplantationen nach Rücksprache);

Zahlen für 2008 bis 2013: Deutsche Stiftung Organtransplantation 2014, 65;

vorläufige Zahlen für 2014: <http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/transplantation.html> [28.01.2015]

In Deutschland gibt es zurzeit 47 Transplantationszentren. Die meisten haben sich auf bestimmte Organe spezialisiert.¹⁴

Seit Beginn der Transplantationsmedizin besteht nicht nur in Deutschland ein erheblicher Mangel an Spenderorganen. Allein hierzulande starben im Jahr 2013 965 Menschen, die in der Warteliste für ein Organ aufgeführt waren.¹⁵ Viele von ihnen hätten vermutlich mit einer Transplantation gerettet werden können.

Aufgrund des Anstiegs der durchgeführten Transplantationen, insbesondere auch der Nierenlebenspende, konnte die Warteliste trotz der leichten Zunahme an Neuregistrierungen etwas abgebaut werden. Dennoch warteten 2013 in Deutschland 7671 Patienten auf eine Spenderniere.¹⁶ Nur etwa ein Drittel davon hat im selben Jahr auch eine Niere erhalten.¹⁷

2.2 Ablauf einer Organspende in Deutschland

2.2.1 Einleitung

In Deutschland ist die Spende von Organen für Transplantationszwecke im Transplantationsgesetz von 1997 geregelt.¹⁸ Soweit die Entnahme von Organen „bei toten Spendern“ betroffen ist, bestimmt § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG, dass die Entnahme nur zulässig ist, wenn der Tod des Organspenders nach Regeln festgestellt ist, die dem Stand der Erkenntnisse der

14 Die genaue Auflistung der Einrichtungen und ihrer Spezialisierungen findet sich auf den Webseiten von Eurotransplant (http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=patient_germany_aanv [13.01.2015]) und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (<http://www.dso.de/servicecenter/krankenhaeuser/transplantationszentren.html> [13.01.2015]).

15 Vgl. Eurotransplant International Foundation 2014, 55.

16 Vgl. ebd., 65.

17 Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2014, 65.

18 Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben vom 5. November 1997, zuletzt geändert durch Art. 5d des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I, 2423).

medizinischen Wissenschaft entsprechen. Die Entnahme ist nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 zudem unzulässig, wenn nicht zuvor bei dem Organspender 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. Dieser Zustand des endgültigen Ausfalls der Funktionen aller Gehirnteile (bei aufrechterhaltener Herz-Kreislauf-Funktion) wird verkürzt als „Hirntod“ bezeichnet. Gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntodes (siehe hierzu Abschnitt 2.3.2) wird in der Praxis der Transplantationsmedizin der Hirntod zugleich als der Tod des Menschen im Sinne des Transplantationsgesetzes definiert.¹⁹

2.2.2 Hirntoddiagnostik

Der Hirntod, der mittels neurologischer Verfahren nachgewiesen wird, ist als Todeskriterium mit wenigen Ausnahmen weltweit etabliert.²⁰ Die Hirntodkonzeption entwickelte sich vor dem Hintergrund der medizinischen Möglichkeiten, die Atemmechanik zu unterstützen und den Atemantrieb zu ersetzen. Die Art und Weise, wie der Hirntod festgestellt wird, ist in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntodes im Detail festgelegt.²¹ Die Ärzte können danach nur dann den Hirntod feststellen, wenn eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt ist, klinische Ausfallsymptome festgestellt worden sind und der Nachweis der Irreversibilität

19 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1998, A-1861.

20 Matsuo 2003; Ida 2003; Bagheri 2007; Ishii/Hamamoto 2009; Ishihara 2012; Byung-Sun 2005; Zeiler 2009, 450 ff.

21 Die von der Bundesärztekammer überarbeiteten Richtlinien liegen derzeit dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vor. Die Neufassung konnte deshalb in dieser Stellungnahme noch nicht berücksichtigt werden.

der klinischen Ausfallsymptome erfolgt ist.²² Diese Bedingungen werden nach einem Protokoll in festgelegter Reihenfolge überprüft.²³

Als Voraussetzungen für die Feststellung des Hirntodes benennen die Richtlinien eine akute schwere Hirnschädigung und den Ausschluss von bestimmten Faktoren, zu denen Vergiftung (Intoxikation), Unterkühlung, die Einnahme bestimmter Medikamente oder Koma, zum Beispiel bei einer Stoffwechselerkrankung, als möglicherweise vorübergehende Ursache des Ausfalls der Hirnfunktion im Untersuchungszeitraum gehören.

Zu den klinischen Ausfallsymptomen zählen die Feststellung der Bewusstlosigkeit (Koma), fehlende Reflexe des Hirnstamms (Hirnstamm-Areflexie) und Atemstillstand (Apnoe). Koma ist ein Hinweis darauf, dass die Hirnrinde (*Cortex cerebri*), aber auch tiefer gelegene Bereiche nicht funktionsfähig sind. Anmerkung 3a der Richtlinien der Bundesärztekammer definiert den für die Hirntoddiagnose zu fordernden Koma-Grad als Bewusstlosigkeit ohne Augenöffnung und ohne andere zerebrale Reaktionen auf wiederholten adäquaten Schmerzreiz. Dieses Faktum ist nicht nur neurobiologisch wesentlich, sondern unterscheidet auch die Hirntodkonzeption von anderen Ansätzen wie dem sogenannten neokortikalen Tod, bei dem nur Teile der Großhirnrinde ausfallen (vgl. Kapitel 4).

In der Hirnrinde werden beim Menschen willkürliche Bewegungen gesteuert. Sie ist die neuronale Grundlage der Wahrnehmung und Steuerung von visuellen, Hör- und Geruchsreizen, Sprache und Sprachverständnis, räumlicher und zeitlicher Orientierung und aller kognitiven und emotionalen sowie aller Verstandes- und Vernunfttätigkeiten. Bewusstsein ist an die Intaktheit der Hirnrinde und tiefer gelegener

22 Zur Hirntoddiagnostik siehe auch Hoffmann/Masuhr 2014; Deutsche Stiftung Organtransplantation 2011.

23 Siehe Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1998, A-1866.

Hirngebiete wie subkortikaler Kerngebiete und der *Formatio reticularis* sowie des Hirnstamms gebunden.

Die Abgrenzung verschiedener Bewusstseinsbeeinträchtigungen wie etwa Bewusstlosigkeit, Wachkoma (apallisches Syndrom) oder minimal vorhandenes Bewusstsein (*minimally conscious state*) vom Hirntod kann mitunter schwierig sein, ist aber bei entsprechend ausführlicher Diagnostik immer zu erreichen.²⁴ Dies gilt auch für Patienten mit sogenanntem Locked-in-Syndrom. Sie befinden sich aufgrund einer Schädigung von Nervenleitungsbahnen zwar in einem Zustand fast völliger Reglosigkeit, sind aber wach und bei Bewusstsein.²⁵

Bei der Differenzierung verschiedener Bewusstseinsstörungen haben moderne bildgebende Verfahren wie die funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT) und die Positronenemissionstomografie (PET) in den letzten Jahren zu einer weiteren Klärung beigetragen, zum Beispiel durch die Messung von Aktivitäten in der Hirnrinde bei kognitiven Aufgaben oder von metabolischen Aktivitäten bei komatösen Patienten.²⁶ Im Unterschied zu verschiedenen Bewusstseinsstörungen bedeutet der Hirntod, dass neuronale Aktivität und Metabolismus im Gehirn fehlen.²⁷

Im weiteren Verlauf der Hirntoddiagnostik werden tiefer gelegene Hirnregionen wie der Hirnstamm überprüft. Das geschieht über die Prüfung von Reflexen, deren Funktion von der Integrität der Nervenzellen und ihrer Verbindungen im Hirnstamm abhängt. Reflexe werden über Schaltkreise von miteinander verbundenen Nervenzellen vermittelt und laufen „automatisch“ ab. Zu den überprüften Reflexen gehören der Kornealreflex, der bei Berührung der Hornhaut (*Cornea*) zum Zukneifen des Auges führt, und der Pharyngeal- und Trachealreflex, der das Eindringen von Nahrung in die Luftröhre

24 Dehaene/Changeux 2011.

25 Ebd. 2011, 218; Masuhr/Neumann 2007.

26 Boly et al. 2012; Laureys/Schiff 2012; Laureys/Fins 2008; Eickhoff et al. 2008.

27 Laureys 2005.

(*Trachea*) verhindert. Neben den Kerngebieten dieser an den verschiedenen Reflexen beteiligten Hirnnerven befinden sich im Hirnstamm auch lebenswichtige Steuerungszentren für Atmung und Kreislauf. Die Atmung und der Hustenreflex werden vom Atemzentrum im unteren Teil des Hirnstamms (*Medulla oblongata*) gesteuert. Die Steuerung erfolgt über den IX. und den X. Hirnnerv, die die Partialdrücke von Sauerstoff (O_2) und Kohlendioxid (CO_2) im Bereich der Kopfschlagadern und der Hauptschlagader (*Aorta*) messen. Das Atemzentrum steuert auf der Grundlage dieser Informationen die zur Einatmung und Ausatmung notwendige Atemmuskulatur. Beim Atemstillstand-Test (Apnoe-Test) wird überprüft, ob ein erhöhter Druck von Kohlendioxid im Blut die Eigenatmung auslöst. Der Atemstillstand gilt als nachgewiesen, wenn bei einem Partialdruck von CO_2 größer oder gleich 60 mmHg keine Eigenatmung einsetzt. Um eine Gefährdung oder Schädigung des Patienten durch den erhöhten Partialdruck von CO_2 zu vermeiden, wird der Apnoe-Test als letzte klinische Untersuchung durchgeführt.

Der Nachweis der Irreversibilität des Ausfalls der Hirnfunktionen erfolgt durch einen zeitversetzten zweiten klinischen Untersuchungsgang (12/24/72 Stunden je nach Art der Hirnschädigung und Alter des Patienten), eventuell ergänzt durch apparativ erhobene Befunde in Zusammenschau mit der jeweiligen Vorgeschichte des Patienten. Als weitere Befunde kommen infrage: ein Nulllinien-EEG, die Feststellung des Erlöschens sogenannter evozierter Potenziale (EP)²⁸ oder der Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes. Nach der derzeitigen Datenlage ist es nicht angezeigt, ein bestimmtes apparatives Zusatzverfahren generell als verpflichtend zu benennen. Andererseits sind je nach Situation aber über die klinische Befunderhebung hinaus apparative Diagnostiken in den

28 Potenzialunterschiede im EEG, die zum Beispiel durch Reizung eines Sinnesorgans oder peripheren Nervs ausgelöst werden.

Richtlinien vorgeschrieben.²⁹ Die Einschätzung der jeweiligen Situation erfordert jedenfalls eine entsprechend ausgewiesene Fachkompetenz der untersuchenden Ärzte. Nur entsprechend qualifizierte Untersucher sind in der Lage zu entscheiden, ob die übliche Hirntoddiagnostik im jeweiligen Fall um eine oder mehrere apparative Zusatzverfahren ergänzt werden sollte.³⁰

2.2.3 Die intensivmedizinische Behandlung im Vorfeld einer möglichen Organentnahme

Der Hirntoddiagnostik geht in der Regel eine Phase voraus, in der die Betroffenen als Schwerstkranke intensivmedizinisch behandelt werden. Deshalb wird nachfolgend zunächst diese unabhängig von einer möglichen Organentnahme durchgeführte Behandlung dargestellt.

Durch das allmähliche Erlöschen von Steuerungsfunktionen des Gehirns kommt es zu pathophysiologischen Veränderungen. Auswirkungen sind unter anderem Störung der Kreislaufregulation, Probleme mit der Lungenphysiologie, der schnell einsetzende Hormonmangel bzw. Ausfall der Hormonproduktion, Elektrolytstörungen, Gerinnungsstörungen und ein Abfall der Körpertemperatur. Diese Störungen stehen in einem komplizierten Wechselverhältnis zueinander und können in Kombination zu einem Multisystemversagen führen.

Störung der Kreislaufregulation: Die Kreislaufregulation erfolgt im Normalfall durch eine autonome Regulation der Gefäßweiten. Eng gestellte Gefäße erhöhen den Blutdruck, weite Gefäße lassen den Blutdruck abfallen. Verantwortlich für diese Steuerung ist in erster Linie das vegetative Nervensystem,

29 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1998, A-1862 f.

30 Vgl. auch die Stellungnahme von Weiller et al. 2014, in der die Forderung erhoben wird, dass zumindest einer der beiden den Hirntod diagnostizierenden Ärzte ein Neurologe oder Neurochirurg mit langjähriger Erfahrung in Intensivmedizin und regelmäßiger praktischer Erfahrung in der Hirntodbestimmung sein sollte.

insbesondere der sogenannte Sympathikus. Dieser wird zentral über den Botenstoff Adrenalin gesteuert. Durch den schrittweisen Ausfall der Steuerungsfunktionen des Gehirns kommt es zu einem erniedrigten Herzzeitvolumen und einer Hypotension (niedriger Blutdruck). Auch eine Verminderung des zirkulierenden Bluts (Hypovolämie) ist möglich. Die rasche Verminderung der zentral gesteuerten Hormonsekretion (antidiuretisches Hormon und Cortison; siehe endokrinologische Störungen) und ein möglicher Diabetes insipidus³¹ können ihrerseits für den Volumenmangel verantwortlich sein, diesen aber auch noch deutlich verstärken. Die Therapie liegt meist in einer Erhöhung des Flüssigkeitsvolumens. Sollte die Zufuhr von Flüssigkeit allein nicht ausreichend sein, muss der Blutdruck medikamentös angehoben werden, zum Beispiel durch die Gabe von Katecholaminen wie Adrenalin und die Zufuhr von Hormonen.

Beatmung: Setzt die Eigenatmung aus, wird die kontrollierte Beatmung zu einem Bestandteil der intensivmedizinischen Versorgung. Soweit möglich, wird ein niedriger Sauerstoffanteil angestrebt (falls möglich, niedriger als 40 Prozent), die Sauerstoffparameter im Blut werden kontinuierlich gemessen. Alles, was die Lunge zu diesem Zeitpunkt schädigen könnte (eine sogenannte aggressive Beatmung), gilt es zu vermeiden. Oftmals kommt es beim Akutereignis, welches letztlich zum Hirntod führt, zur Einatmung (Aspiration) von Material, wie zum Beispiel Speichel oder Nahrung.

Endokrinologische Störungen: Durch die Unterbrechung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse werden im Hypothalamus und in der Hypophyse keine Hormone mehr produziert; relativ rasch kommt es zu einer Mangelsituation. Der Ausfall des antidiuretischen Hormons führt bei mehr als 80 Prozent der Patienten zu einem Diabetes insipidus. Deutliche Hinweise sind eine erhöhte Urinausscheidung von über 5 ml/kg/h, ein

31 Hormonmangelkrankung, die unter anderem zu stark erhöhter Urinausscheidung führt.

spezifisches Uringewicht von weniger als 1005 mg/l und wasserklarer Urin. Wird hier nicht sofort medikamentös entgegengesteuert, kommt es zu einer Verkettung von Organschäden. So steigt der Natriumgehalt im Blut, was der Leber schadet. Die Therapie ist eine frühzeitige Gabe von wasserausscheidungs-hemmenden Medikamenten, wie Desmopressin oder auch Vasopressin, sowie eine Volumensubstitution.

Elektrolytstörungen: Hierzu zählen vor allem erhöhte Natriumkonzentrationen (Hypernatriämien) und Kaliummangel (Hypokaliämien), die ab einer bestimmten Grenze schwere kardiale Nebenwirkungen wie zum Beispiel Herzrhythmusstörungen auslösen können. Dies wird oft durch Diuretika, aber auch einen Diabetes insipidus verursacht. Die Therapie besteht entweder in einer Substitution der fehlenden/verminderten Elektrolyte oder bei erhöhten Werten in einer medikamentösen Therapie zur Reduktion der vermehrten Ausscheidung von Flüssigkeit.

Hyperglykämie: Für eine Überzuckerung (Hyperglykämie) kann es mehrere Gründe geben. So kommt es zum Beispiel als Sekundärfolge einer Unterkühlung zu einer Reduktion des Stoffwechsels, einer Verminderung der Insulinproduktion und einer Reduktion des Zuckerstoffwechsels. Auch der Eintritt des Hirntodes selbst (allgemeine Stoffwechselreduktion) oder der Volumenersatz durch isotone Glukoselösung bei Hypernatriämie können eine Hyperglykämie bewirken. Die Therapie besteht in der Gabe von Altinsulin.

Gerinnungsstörungen: Übersteigt die Freisetzung von gerinnungshemmenden (fibrinolytisch aktiven) Substanzen eine bestimmte Grenze, kommt es zu Gerinnungsstörungen. Die Therapie der Wahl ist die Gabe antifibrinolytischer Substanzen wie zum Beispiel FFP (*fresh frozen plasma*).

Störung der Temperaturregulation: Durch den Ausfall des hypothalamischen Temperaturregelzentrums und den Ausfall der Gefäßregulation kann es zu einer Hypothermie kommen. Die Temperatur darf (wegen möglicher Herzrhythmusstörungen, Gerinnungsstörungen etc.) nicht unter 35 °C fallen.

Manchmal reicht ein Zudecken des Patienten nicht mehr aus, sodass eine aktive Aufwärmung notwendig wird und auch der Einsatz von Infusionswärmern angebracht sein mag.

Die vorstehend beschriebenen pathophysiologischen Veränderungen sind nur durch engmaschige Kontrollen der Vitalparameter und fortlaufende Bilanzierung zu erkennen. Zu einem optimalen Monitoring gehören unter anderem:

- » die arterielle Blutdruckmessung,
- » die Messung des zentralen Venendrucks,
- » die Messung der peripheren Sauerstoffsättigung,
- » die Temperaturmessung, und zwar sowohl die periphere als auch die Kerntemperatur,
- » die genaue Flüssigkeitsbilanzierung über die Ein- und Ausfuhr,
- » die Überwachung der Beatmungsparameter,
- » Laborkontrollen wie zum Beispiel des Blutzuckers, aber auch der arteriellen Blutgase,
- » gegebenenfalls der Einsatz des PiCCO (*pulse contour cardiac output*) zur Herzzeitvolumen-Messung.

2.2.4 Übergang von patientenorientierter Therapie zu spendezentrierten Maßnahmen

Während der intensivmedizinischen Behandlung kann sich zu einem bestimmten Zeitpunkt für die behandelnden Ärzte die Frage stellen, ob eine Fortsetzung der Behandlung überhaupt medizinisch noch indiziert ist. Wird diese Frage verneint oder liegt eine wirksame Erklärung zu einer Behandlungsbegrenzung³² vor, wäre die Begrenzung bzw. Beendigung der vorstehend genannten intensivmedizinischen Interventionen die Konsequenz. Ist der betreffende Patient jedoch als ein möglicher Organspender identifiziert, werden vorübergehend die

32 Zum Beispiel in einer Patientenverfügung.

Vitalfunktionen weiterhin aufrechterhalten. Dies geschieht durch die Fortsetzung wichtiger, in der Regel bereits zuvor ergriffener intensivmedizinischer Maßnahmen. Sie erfolgen nun aber nicht mehr im therapeutischen Interesse des Patienten (des potenziellen Organspenders), sondern dienen ausschließlich dem Erhalt der Transplantationsfähigkeit der Organe und der Sicherung der hohen Qualität dieser Organe. Sie werden deshalb ab diesem Zeitpunkt als *spendezentrierte* oder *organprotektive Maßnahmen* bezeichnet.

Das Transplantationsgesetz enthält keine Regelung zu der Frage, welche im Hinblick auf eine Transplantation erforderlichen medizinischen Maßnahmen unter welchen Umständen beim potenziellen Organspender *nach Therapieabbruch* bereits vor der Feststellung des Hirntodes (also gegebenenfalls beim Sterbenden) durchgeführt werden dürfen. In ethischer und rechtlicher Hinsicht ist jedoch von Bedeutung, ob diese sogenannten organprotektiven Maßnahmen *vor* Beginn der Hirntoddiagnostik, *während* ihrer Durchführung oder *nach* ihrem Abschluss erfolgen (siehe Abschnitt 2.3.3.2).

Zu den organprotektiven Maßnahmen zählen vor allem:

- » die künstliche Beatmung, um die für die Herztätigkeit und Durchblutung der Organe erforderliche Sauerstoffzufuhr zu gewährleisten;
- » die Verabreichung von Medikamenten, die der Erhaltung der Hämodynamik, das heißt der Durchblutung dienen (vasoaktive bzw. gefäßaktive Medikamente);
- » die Hormonbehandlung zur Kompensation des Ausfalls wichtiger Hormone;
- » Laboruntersuchungen zur Bestimmung der Dosierung solcher organprotektiven Maßnahmen;

- » Maßnahmen der Intensivpflege, wie zum Beispiel eine hornhautbezogene Augenpflege und Lagerung des potenziellen Spenders.³³

Der genaue Inhalt und Umfang organprotektiver Maßnahmen ist Gegenstand von Diskussionen und Studien in medizinischen Fachkreisen.³⁴ Als ein besonderes Problem der spendezentrierten Maßnahmen wird die Möglichkeit diskutiert, dass sie in seltenen Fällen zur Ausbildung eines PVS (persistierenden vegetativen Status, Wachkoma) führen können, in dem der Patient erneut selbstständig atmen und schlucken kann, ohne sein Bewusstsein zurückzuerlangen.³⁵ Es finden sich in der Literatur jedoch keine Angaben dazu, ob und wie häufig dieser Fall aufgetreten ist.

2.2.5 Maßnahmen nach Feststellung des Hirntodes

Nach geltendem Recht und in der klinischen Praxis wird der Hirntod zugleich als Tod des Menschen angesehen (siehe Abschnitt 2.3.2). Damit ändert sich mit dem Zeitpunkt der Feststellung des Hirntodes auch das Rechtsregime im Umgang mit dem Organspender. Patientenrechte sind nicht mehr einschlägig; es gilt das Totensorgerecht der Angehörigen (siehe Abschnitt 2.3.3).

Neben die organprotektiven Maßnahmen treten als weitere vorbereitende Maßnahmen, sofern diese nicht schon zuvor durchgeführt wurden, serologische und immunologische Untersuchungen, um die Spendertauglichkeit des potenziellen Organspenders zu ermitteln (vor allem zum Zweck der Vergewisserung, dass mit einer Organtransplantation keine Krankheitserreger wie zum Beispiel HIV, Hepatitis- oder

33 Siehe Guillod/Mader 2010, 10 f., 19 (unter Bezug auf Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin 2006, 16 f., 19).

34 Zur Übersicht siehe McKeown/Ball 2014.

35 Siehe Schöne-Seifert et al. 2011a, 6.

Cytomegalie-Viren übertragen werden)³⁶, und um die Blutgruppe sowie die Gewebetypisierung des Spenders zwecks Auswahl eines passenden Organempfängers zu bestimmen.

Zu gegebener Zeit wird der hirntote Organspender von der Intensivstation in den Operationssaal gebracht. In Vorbereitung der Organperfusion werden von den Operateuren die Gefäße der zu entnehmenden Organe präpariert, und es wird zur Vermeidung einer Blutgerinnung Heparin verabreicht. Um eine reflexartige kälteinduzierte Gefäßverengung (Vasospasmus) aufgrund der zentralen Einbringung der kalten Konservierungslösung (aortale Perfusion) zu vermeiden, werden unmittelbar vor Beginn der aortalen Perfusion Pharmaka zur Blockade dieses Prozesses gegeben. In der Folge kommt es zu einem Herzstillstand. Unmittelbar danach beginnt das Einbringen der kalten Konservierungslösung in die Aorta. Die organprotektiven Maßnahmen einschließlich der Beatmung werden mit der Perfusion aller Organe beendet. Nur bei geplanter Lungenentnahme wird die Beatmung bis zur Explantation der Lunge weitergeführt.

Während bei einer klassischen Narkose bei einem nicht hirntoten Patienten das Bewusstsein und die Schmerzempfindung durch Blockade zentraler Rezeptoren ausgeschaltet werden (müssen), erübrigen sich nach Feststellung des Hirntodes Maßnahmen zur Schmerzverhütung, weil mit Eintritt des Hirntodes das Schmerzempfinden ebenso wie das Bewusstsein irreversibel erloschen ist.³⁷ Ein Teil der Hirntoddiagnostik dient gerade dem Nachweis des Ausfalls der Strukturen, die der Schmerzempfindung zugrunde liegen. Da jedoch im Unterschied zum Gehirn periphere Rezeptoren und Schaltkreise in ihrer Funktion möglicherweise nicht beeinträchtigt sind und zudem die hemmende Wirkung des Hirnstammes auf

36 Das Schweizer Transplantationsgesetz vom 8. Oktober 2004 (AS 2007 1935) schreibt insoweit eine Testpflicht vor (Art. 31) und gegebenenfalls auch die Entfernung und Inaktivierung von Krankheitserregern (Art. 32).

37 „Nach dem Hirntod gibt es keine Schmerzempfindung mehr“ (Bundesärztekammer 2001, A-1417). Vgl. Wijdicks et al. 2010.

das Rückenmark durch den Hirntod verloren geht, können motorische Reflexe auftreten, die über das Rückenmark geleitet werden und wie bewusste Bewegungen des Organspenders erscheinen können. Auch können chirurgische Reize während der Explantation einen Anstieg des Blutdrucks und der Herzfrequenz verursachen. Aber auch diese werden ausschließlich durch spinale (Rückenmarks-)Reflexe verursacht und resultieren nicht aus einer Schmerzempfindung. Zur Vermeidung von spinalen Reflexen werden dem Organspender während des chirurgischen Eingriffs daher in der Regel muskelentspannende Medikamente gegeben. Dem Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg wird ebenfalls mit entsprechenden Medikamenten entgegengewirkt. Auch wenn es eine medizinische Indikation für eine Schmerztherapie nicht gibt, kann ein Organspender eine entsprechende Bedingung formulieren und seine Zustimmung zur Organentnahme davon abhängig machen.

Bei der Entnahme von Organen gibt es einen pathophysiologisch und organisatorisch bedingten Ablauf, der allerdings variiert, wenn sich die Zustimmung zur Organspende nur auf bestimmte Organe bezieht. Nachdem eine ausreichende Kühlung und Perfusion der Gefäße hergestellt wurde, werden als erstes die Organe aus dem Brustraum entnommen. Danach folgen die Bauchspeicheldrüse, die Leber und beide Nieren. Auch Gefäße und Gehörknöchel, Knochen, Haut etc. können entnommen werden, wobei zum Beispiel die Hornhaut des Auges auch noch nach Stunden entnommen werden kann.

Nach Entnahme der Organe ist es Aufgabe des sogenannten Abdominalteams, alle Wundhöhlen zu verschließen. Parallel dazu werden alle noch vorhandenen Katheter entfernt. Nach § 6 TPG und gemäß dem ärztlichen Ethos müssen die Organentnahme und alle damit zusammenhängenden Maßnahmen unter Achtung der Würde des Organspenders in einer der ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechenden Weise durchgeführt werden. Der Leichnam ist in einem würdigen Zustand zur Bestattung zu übergeben; den nächsten Angehörigen ist zuvor Gelegenheit zu geben, den Leichnam zu sehen.

2.3 Der rechtliche Ordnungsrahmen für die postmortale Organspende

2.3.1 Überblick über die zentralen Regeln des Transplantationsgesetzes

Seit 1997 bestimmt das Transplantationsgesetz den rechtlichen Ordnungsrahmen für die Transplantation von Organen und Geweben in Deutschland. Das Gesetz, das ergänzt wird durch Rechtsverordnungen sowie durch Richtlinien der Bundesärztekammer, ist seitdem – nicht zuletzt als Folge der Umsetzung europäischer Vorgaben – mehrfach geändert worden. Zunächst ist 2007 der Anwendungsbereich auf die Übertragung von menschlichen Zellen ausgeweitet und der Umgang mit Geweben in der Transplantationsmedizin aufgrund der EU-Geweberichtlinie präzisiert³⁸ und dem EU-Recht angepasst worden. 2012 kam es dann zur Anpassung des Gesetzes an die Vorgabe der EU-Richtlinie über „Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe“³⁹ und zur Einführung der sogenannten Entscheidungslösung.⁴⁰

Das Transplantationsgesetz unterscheidet zwischen der Entnahme von Organen und Geweben bei toten Spendern (2. Abschnitt) und bei lebenden Spendern (3. Abschnitt). Eine Lebendspende ist nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 unter anderem nur zulässig, wenn zum Zeitpunkt der Lebendspende ein postmortal gespendetes Organ nicht zur Verfügung steht. Die vorliegende Stellungnahme befasst sich ausschließlich mit der postmortalen Organspende. Für die Verteilung der dabei gewonnenen Organe enthält § 12 Abs. 3 Satz 1 die Vorgabe,

38 Richtlinie 2004/23/EG vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen (Abl. L 102 vom 7. April 2004, 48).

39 Richtlinie 2010/45/EU vom 7. Juli 2010 (Abl. L 207 vom 6. August 2010, 14).

40 Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz vom 12. Juli 2012 (BGBl. I, 1503).

dass die vermittlungspflichtigen Organe – dies sind nach § 1a Nr. 2 TPG Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Darm – nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln sind. Dabei sind die Wartelisten der Transplantationszentren als einheitliche Warteliste zu behandeln (Satz 2).

Das Transplantationsgesetz greift in seinen Vorschriften weitgehend auf die Organisationsstrukturen und Akteure zurück, die bereits vor seinem Inkrafttreten für die transplantationsmedizinische Versorgung verantwortlich waren:

(1) Die Bundesärztekammer ist durch § 16 Abs. 1 TPG mit einer weitreichenden Richtlinienkompetenz ausgestattet worden. Sie hat danach in Richtlinien den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft festzustellen, unter anderem für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und die Verfahrensregeln zur Feststellung des Hirntodes gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, für die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste sowie für die Regeln zur Organvermittlung nach § 12 Abs. 3 Satz 1 TPG.

(2) Nach § 11 Abs. 1 Satz 1 ist die Entnahme von Organen toter Spender einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung eine gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der Entnahmekrankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Die gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 TPG zur Organisation dieser Aufgabe errichtete Koordinierungsstelle, die Deutsche Stiftung Organtransplantation, hat die Zusammenarbeit zur Organentnahme bei verstorbenen Spendern und die Durchführung aller bis zur Übertragung erforderlichen Maßnahmen mit Ausnahme der Vermittlung von Organen unter Beachtung der Richtlinien der Bundesärztekammer gemäß § 16 zu organisieren (§ 11 Abs. 1a Satz 1 TPG).

(3) Die Vermittlung der vermittlungspflichtigen Organe erfolgt durch eine inzwischen für sieben weitere Staaten⁴¹ zuständige Vermittlungsstelle: die niederländische Stiftung Eurotransplant. § 12 TPG gibt der Vermittlungsstelle (Eurotransplant) auf, die vermittlungspflichtigen Organe nach den von der Bundesärztekammer in Richtlinien festgestellten Regeln zu vermitteln.

(4) Seit dem 1. August 2012 ist in allen Entnahmekrankenhäusern mindestens ein fachlich qualifizierter Transplantationsbeauftragter zu bestellen.⁴² Dieser Transplantationsbeauftragte, der zwar unmittelbar der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses untersteht, jedoch bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unabhängig ist und keinen Weisungen unterliegt (§ 9b Abs. 1 Satz 2 und Satz 3 TPG), ist, wie in der Stellungnahme des Bundesrates zum Regierungsentwurf treffend formuliert, der „Kümmerer“ für alle Belange der Organspende vor Ort innerhalb des Entnahmekrankenhauses“.⁴³ Damit wird die umfangreiche und anspruchsvolle Tätigkeit umrissen, die § 9b Abs. 2 (nicht abschließend) dahingehend beschreibt, dass der Transplantationsbeauftragte verantwortlich dafür ist, dass die Entnahmekrankenhäuser ihrer Verpflichtung zur Meldung potenzieller Organspender nachkommen (Nr. 1), die Angehörigen von Spendern nach § 3 oder § 4 in angemessener Weise begleitet werden (Nr. 2), die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe in den Entnahmekrankenhäusern zur Erfüllung der Verpflichtungen aus dem Transplantationsgesetz festgelegt werden (Nr. 3) und das ärztliche und pflegerische Personal im Entnahmekrankenhaus über die Bedeutung und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert wird (Nr. 4). Er ist von seinen sonstigen Aufgaben

41 Dies sind außer Deutschland: Belgien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Slowenien und Ungarn.

42 § 9b TPG, eingefügt in Umsetzung von Art. 12 der Richtlinie 2010/45/EU des Europäischen Parlaments und des Rates durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I, 1601).

43 Deutscher Bundestag 2011, 31.

freizustellen, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung seiner Aufgaben erforderlich ist (§ 9b Abs. 1 Satz 4 Hs. 1 TPG).

Mit dieser bundesgesetzlichen Regelung besteht grundsätzlich für alle Entnahmekrankenhäuser die Pflicht, einen Transplantationsbeauftragten gemäß § 9b TPG zu bestellen. Eine möglicherweise bereits früher nach Landesrecht erfolgte Bestellung zum Transplantationsbeauftragten gilt nicht als Bestellung gem. § 9b Abs. 1 Satz 1 TPG. Insofern fehlt es an einer Fortgeltungsanordnung, die sich auch nicht etwa von selbst versteht.⁴⁴ § 9 Abs. 3 TPG überlässt es aber dem Landesrecht, das Nähere zum Transplantationsbeauftragten, insbesondere zu der erforderlichen Qualifikation und organisationsrechtlichen Stellung zu bestimmen. Vor dem Hintergrund der zentralen Funktion für den gesamten Ablauf der Organspende, den § 9b TPG den Transplantationsbeauftragten zuweist, muss es irritieren, dass die Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben in den Ländern bislang nur zum Teil erfolgt ist: Lediglich die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein haben in Ausführungsgesetzen bzw. -verordnungen Regelungen zu Transplantationsbeauftragten getroffen. Einige dieser Länder, wie zum Beispiel Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, hatten bereits entsprechende Vorschriften erlassen, bevor der Bundesgesetzgeber im § 9b Abs. 3 TPG den Auftrag an die Länder erteilte, das Nähere zu regeln.

Diese Länder müssten ihre Regelungen überprüfen, gegebenenfalls anpassen und als Regelung im Sinne des § 9b Abs. 3 TPG bestätigen. Bei anderen Ländern (Bremen, Hamburg, Niedersachsen) ist eine Umsetzung bisher unterblieben beziehungsweise der Landesgesetzgeber hat sich damit begnügt, eine Verordnungsermächtigung zu erlassen, von der allerdings bislang nicht Gebrauch gemacht worden ist (Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen). Abgesehen von der nur

44 Dazu Rixen, in: Höfling 2013, § 9b Rn. 2.

unzureichenden Beachtung der bundesgesetzlichen Vorgaben in den Ländern ist ein weiterer Umstand hervorzuheben, der einer näheren Analyse bedarf: Er betrifft die unterschiedliche Art der Ausgestaltung von Rechtsstatus und Aufgabenbereich des Transplantationsbeauftragten in den Ländern, die Ausführungsregelungen erlassen haben. Diese Unterschiede betreffen beispielsweise die Qualifikation der zu Transplantationsbeauftragten zu bestellenden Personen, Art und Umfang ihrer Freistellung sowie ihre etwaige Vergütung. Das Land Brandenburg lehnt es explizit ab, nähere Regelungen zu treffen, bevor der Bund Regelungen zur Vergütung und zur Freistellung der Transplantationsbeauftragten erlassen hat. Das Land könne nicht die Bezahlung regeln, der Bund müsse entscheiden, was ihm dies wert sei.⁴⁵

2.3.2 Die Feststellung des Todes und des Hirntodes als Entnahmevoraussetzungen

Die Regelungen des Transplantationsgesetzes zur postmortalen Organspende sind das Ergebnis einer langen und intensiven parlamentarischen Auseinandersetzung über das zugrunde zu legende Todeskonzept und die korrespondierenden Todeskriterien.⁴⁶ In § 3 Abs. 1 Nr. 2 wird als Zulässigkeitsvoraussetzung vorgeschrieben, dass der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist. § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG erklärt darüber hinaus die Entnahme von Organen oder Geweben für unzulässig, wenn nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespenders der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach

45 So Jens-Uwe Schreck, Geschäftsführer der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg, gegenüber der *Ärzte Zeitung* (<http://www.aerztezeitung.de/864503> [21.01.2015]).

46 Ausführliche Darstellung bei Rixen 1999, 382 ff.

Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist. Ergänzt wird diese Vorschrift durch § 5, der nähere Bestimmungen zum Nachweisverfahren bezüglich der Feststellungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 TPG trifft und festlegt, dass die Ärzte, die den Hirntod feststellen, weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe beteiligt sein dürfen und auch nicht den Weisungen eines dergestalt beteiligten Arztes unterstehen dürfen. Die Feststellungen sind jeweils von zwei dafür qualifizierten Ärzten zu treffen, die den Organspender unabhängig voneinander untersucht haben (§ 5 Abs. 1 Satz 1). Die Feststellungen, Zeitpunkt und zugrunde liegende Befunde sind zu dokumentieren und den Angehörigen des potenziellen Organspenders und Vertrauenspersonen ist Gelegenheit zur Einsichtnahme zu geben.

Die komplizierte Regelungsstruktur des Transplantationsgesetzes, die besonders augenfällig wird im rechtsvergleichenden Blick auf die klare Aussage im Schweizer Recht⁴⁷, war Ausdruck einer verbreiteten Unsicherheit und Skepsis im damaligen Gesetzgebungsverfahren: Soll und kann es Aufgabe des Gesetzgebers sein, näher zu bestimmen, wann ein Mensch tot ist?⁴⁸

Folge der gesetzlichen Regelung⁴⁹ ist eine Kontroverse über die zutreffende Deutung der transplantationsrechtlichen Vorschriften.⁵⁰ Festzustellen ist zunächst, dass § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG eine *notwendige Bedingung* für die Organentnahme formuliert. Fehlt die Feststellung des Hirntodes, bedeutet dies zugleich, dass eine Explantation verboten ist.⁵¹ Damit ist eine Organentnahme auf der Grundlage eines – wie auch immer formulierten

47 Im Schweizer Transplantationsgesetz heißt es in Art. 9 Abs. 1: „Der Mensch ist tot, wenn die Funktionen seines Hirns einschliesslich des Hirnstamms irreversibel ausgefallen sind.“

48 Siehe zur Diskussion Rixen 1999, 383 ff. m. v. N.

49 Merkel (1999, 115) spricht vom „legislativen Abtauchen(s)“.

50 Nach Deutsch (1998, 778) arbeitet das Transplantationsgesetz mit „zwei Todesbegriffen“; dagegen Merkel 1999, 114 f.; siehe ferner Rixen 1999, 385 ff.

51 Siehe Merkel 1999, 115.

– *Teilhirntodkonzepts* unzulässig. Es ist damit aber auch gleichzeitig sichergestellt worden, dass unabhängig davon, was letztlich als Tod im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 2 angesehen wird, eine Organentnahme nach Herz-Kreislauf-Versagen ohne Hirntodfeststellung unzulässig ist. Ob die Hirntoddiagnose auch eine *hinreichende Bedingung* für die Explantation lebenswichtiger Organe bedeutet, lässt das Transplantationsgesetz offen. Der Text des § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG spricht lediglich vom Tod, der nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, festgestellt worden ist. Der Transplantationsgesetzgeber entschied sich für dieses Regelungskonzept aber in Kenntnis und mit Billigung der zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes (nicht nur) in Deutschland im Kontext der Transplantationsmedizin praktizierten Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen.⁵² Dies wird unterstrichen in den einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer, die nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 TPG den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und die Verfahrensregeln nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG festzustellen haben.

Dieser Regelungspflicht ist die Bundesärztekammer bisher nur im Rahmen der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes (§ 3 Abs. 2 Nr. 2) nachgekommen.⁵³ Jedenfalls existieren bis heute keine gesonderten Richtlinien zur Todesfeststellung nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG. Derzeit wird der Praxis der postmortalen Organspende die „Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG)“ der „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zugrunde gelegt.⁵⁴

52 Deshalb sprechen manche davon, dass die gesetzgeberische Konzeption in § 3 TPG auf eine implizite Anerkennung des Hirntodes als Tod des Menschen hinausläuft; siehe Höfling/Rixen, in: Höfling 2013, § 3 Rn. 11.

53 Siehe auch Parzeller, in: Pühler/Middel/Hübner 2008, 82.

54 Siehe Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1998. Die Richtlinien sind von der Bundesärztekammer überarbeitet worden und liegen derzeit dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vor. Deshalb konnte die Neufassung im Rahmen dieser Stellungnahme nicht berücksichtigt werden.

Darin findet sich neben der Definition des Hirntodes⁵⁵ der Satz: „Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt.“⁵⁶ Nur insoweit befassen sich die Richtlinien auch mit der Todesfeststellung nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG, darüber hinaus mit der Hirntoddiagnostik.

Im Ergebnis führen die Regelungen der §§ 3 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 2, 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 TPG in Verbindung mit den Richtlinien der Bundesärztekammer dazu, dass sich die Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und des Hirntodes nach Abs. 2 Nr. 2 decken und der Regelung der postmortalen Organspende damit die Hirntodkonzeption zugrunde liegt.

Über die vorstehend skizzierten Probleme hinaus wirft die Regelungskonzeption des Transplantationsgesetzes weitere Fragen auf. Diese betreffen etwa die Geltungs- und Bindungskraft der Richtlinien der Bundesärztekammer⁵⁷ und die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Delegation von Normsetzungsmacht auf eine privatrechtlich organisierte Instanz wie die Bundesärztekammer. Um diesen Bedenken Rechnung zu tragen, ist inzwischen eine Gesetzesänderung in Kraft getreten, wonach die Richtlinien der Bundesärztekammer der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedürfen (§ 16 Abs. 3 TPG).⁵⁸ Noch ungeregelt sind die

55 „Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten“ (Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1998, A-1861).

56 Ebd., A-1861.

57 Näher Taupitz 2003. Das Bundesverfassungsgericht (1. Kammer des 1. Senats) hat jüngst in einem Beschluss hervorgehoben, dass die Fachgerichte die Richtlinien der Bundesärztekammer auf ihre Vereinbarkeit mit höherem Recht überprüfen können und müssen (BVerfG, 1 BvR 2271/14, Rn. 4).

58 Mit Art. 5d des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl I, 2423) wurde § 16 Abs. 2 TPG um die Regelung ergänzt, dass die Richtlinien der Bundesärztekammer zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Organtransplantation zu begründen sind und insbesondere die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar darzulegen ist. Der neu eingefügte § 16 Abs. 3 TPG regelt, dass die Richtlinien der Bundesärztekammer sowie deren Änderungen dem

Voraussetzungen für die Organ- und Gewebeentnahme bei Embryonen und Föten (siehe § 4a TPG), da die entsprechende Richtlinie der Bundesärztekammer, die diese gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1a TPG zu erstellen hat, noch nicht erlassen wurde.⁵⁹

2.3.3 Erweiterte Zustimmungslösung und sogenannte Entscheidungslösung

2.3.3.1 Überblick

Die Entnahme von Organen setzt nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 TPG die vorherige Einwilligung des Organspenders voraus. Liegt weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organspenders vor, ist der nächste Angehörige⁶⁰ zu befragen, ob ihm von dem möglichen Organspender eine Erklärung zur Organspende (Einwilligung oder Widerspruch in eine Organ- oder Gewebespende – gegebenenfalls mit Beschränkung auf bestimmte Organe – oder Übertragung der Entscheidung zu Lebzeiten auf eine namentlich benannte Vertrauensperson, § 2 Abs. 2 TPG) bekannt ist.

Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen sind. Das Bundesministerium kann von der Bundesärztekammer im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern.

- 59 Siehe hierzu auch Angstwurm, in: Pühler/Middel/Hübner 2008, 204, mit der Feststellung, dies setze die „Klärung nicht allein ärztlicher, sondern auch ethischer und rechtlicher Grundsatzfragen voraus“.
- 60 Nächste Angehörige sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner; die volljährigen Kinder; die Eltern oder, sofern der mögliche Organspender zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber; die volljährigen Geschwister; die Großeltern (§ 1a Nr. 5 TPG). Der nächste Angehörige ist nur dann zur einer Entscheidung über die Organspende befugt, wenn er in den letzten zwei Jahren vor dem Tod des möglichen Organspenders zu diesem persönlichen Kontakt hatte (§ 4 Abs. 2 Satz 1 TPG). Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem möglichen Organspender bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen (§ 4 Abs. 2 Satz 5 TPG).

Denn die Erklärung bedarf für ihre Wirksamkeit an sich keiner Schriftform.⁶¹ Der Angehörige hat, sofern ihm eine solche Erklärung zur Organspende bekannt ist, dies dem Arzt mitzuteilen. Diese Erklärung ist umzusetzen. Ist dem Angehörigen keine solche Erklärung bekannt, ist eine Organentnahme zulässig, wenn ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine infrage kommende Organentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat. Der nächste Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten, worauf ihn der Arzt hinzuweisen hat. Mit dieser Regelungskonzeption wird dem nächsten Angehörigen, wenn ein expliziter oder mutmaßlicher Wille des möglichen Organspenders selbst nicht zu ermitteln ist, ein Entscheidungsrecht „nach eigenem ethisch verantwortbaren Ermessen“⁶² eingeräumt. Dies erklärt die Charakterisierung der gesetzlichen Konzeption als „erweiterte Zustimmungslösung“.

Die Konzeption der erweiterten Zustimmungslösung wird seit der Änderung des Transplantationsgesetzes durch das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz flankiert von einem Modell intensiver Information und Aufklärung der Bevölkerung.⁶³ Der neu gefasste § 2 TPG präzisiert und erweitert die schon bisher bestehenden Aufgaben der nach Landesrecht zuständigen Stellen, der Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, sowie der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zur Aufklärung der Bevölkerung. Die Aufklärung bezieht sich auf:

- » die Möglichkeiten der Organspende (Nr. 1),
- » die Voraussetzungen der Organentnahme bei toten Spendern einschließlich der Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organspende, auch im Verhältnis

61 Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler 2001, § 2 Rn. 11.

62 Deutscher Bundestag 1997, 9.

63 Zum Erfordernis einer verbesserten Aufklärung der Bevölkerung siehe auch Nationaler Ethikrat 2007.

zu einer Patientenverfügung, und der Rechtsfolge einer unterlassenen Erklärung im Hinblick auf das Entscheidungsrecht der nächsten Angehörigen nach § 4 (Nr. 2)⁶⁴,

- » die Bedeutung der Organübertragung im Hinblick auf den für kranke Menschen möglichen Nutzen einer medizinischen Anwendung von Organen (Nr. 3).

Dabei hat die Aufklärung die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein (§ 2 Abs. 1 Satz 2 TPG). Die zur Aufklärung verpflichteten Stellen sollen auch Ausweise für die Erklärung zur Organspende (Organspendeausweis) zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen bereithalten und der Bevölkerung zur Verfügung stellen. Unbeschadet dieser Pflichten haben die Krankenkassen ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, diese Unterlagen zur Verfügung zu stellen, wenn ihnen die elektronische Gesundheitskarte ausgestellt wird. Die privaten Krankenversicherungen haben ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, alle fünf Jahre zusammen mit der Beitragsmitteilung die genannten Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Solange die Möglichkeit zur Speicherung entsprechender Erklärungen der Versicherten zur Organspende nicht besteht, haben die Krankenkassen und

64 In der Begründung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz“ heißt es dazu: „Die allgemeinen Aufklärungspflichten in § 2 Absatz 1 Satz 1 TPG werden insoweit konkretisiert, als ausdrücklich auf das Entscheidungsrecht der nächsten Angehörigen für den Fall hingewiesen wird, dass keine Erklärung zur postmortalen Organ- und Gewebespende zu Lebzeiten abgegeben wird. Damit soll im Zusammenhang mit der allgemeinen Aufklärung die Konsequenz eines Unterlassens der Abgabe einer Erklärung zur postmortalen Organ- und Gewebespende zu Lebzeiten für die nächsten Angehörigen im Todesfall klarer herausgestellt werden. Die in §§ 3 und 4 TPG geregelte erweiterte Zustimmungslösung bleibt unverändert. Bei der Aufklärung über die Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende soll zukünftig auch das Verhältnis einer Organspendeerklärung zu einer möglichen Patientenverfügung thematisiert werden, um einen Widerspruch zwischen der Erklärung zur Organ- und Gewebespende und einer Festlegung in einer Patientenverfügung zu vermeiden“ (Deutscher Bundestag 2012a, 16).

privaten Krankenversicherungsunternehmen die genannten Unterlagen ihren Versicherten alle zwei Jahre zu übersenden. Mit der Zurverfügungstellung der Unterlagen haben die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Versicherten aufzufordern, eine „Erklärung zur Organ- und Gewebespende“ zu dokumentieren. Niemand kann jedoch verpflichtet werden, eine solche Erklärung abzugeben (§ 2 Abs. 2a TPG). Mit dieser Aufforderung haben die Krankenkassen zugleich fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen zur Organ- und Gewebespende sowie zur Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen entsprechenden Erklärung, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung, zu benennen (§ 2 Abs. 1a TPG).

2.3.3.2 Zur Zulässigkeit von organprotektiven Maßnahmen

Soll eine Organspende vorgenommen werden, sind beim potenziellen Organspender organprotektive Maßnahmen erforderlich, die nicht mehr der (Heil-)Behandlung des Patienten dienen, sondern dem Erhalt seiner Organe zur Realisierung einer Organspende. Dabei handelt es sich in erster Linie um die Fortführung der Beatmung zwecks Aufrechterhaltung des Blutkreislaufs sowie um medikamentöse Maßnahmen (siehe im Einzelnen Abschnitt 2.2.4).⁶⁵

Rechtlich und ethisch unproblematisch sind Maßnahmen, die zur Organprotektion *nach Hirntodfeststellung* (§ 5 TPG) fortgesetzt oder ergriffen werden. Sie unterliegen den allgemeinen Regeln des Transplantationsrechts. Das bedeutet, dass die Maßnahmen zulässig sind, wenn die Zustimmung des Organspenders oder seiner Angehörigen oder der für die Entscheidung vom Organspender benannten Vertrauensperson zur Entnahme der Organe vorliegt. Denn in diesem Fall ist von dem Willen des Organspenders bzw. der entscheidungsbefugten Person auszugehen, die Organe für Transplantationszwecke erhalten zu lassen. Organprotektive Maßnahmen sind

65 Siehe auch Schöne-Seifert et al. 2011b, A-2082.

unzulässig, wenn der Betroffene es abgelehnt hat, Organspender zu sein, oder wenn die nach seinem Tod entscheidungsbefugte Person die Organentnahme ablehnt.

Die Frage ist aber, inwieweit solche Maßnahmen bereits vor und während der Hirntoddiagnostik bis zur Feststellung des Hirntodes ethisch und rechtlich zulässig sind.

Es kann zunächst – problemabschichtend – festgestellt werden, dass organprotektive Maßnahmen jedenfalls dann schon vor und während der Hirntoddiagnostik durchgeführt werden dürfen, wenn der Betroffene selbst ausdrücklich in derartige Maßnahmen eingewilligt hat; dieser Wille kann auch in einer Patientenverfügung oder im Rahmen einer Erklärung zur Organspende zum Ausdruck gebracht werden. Entsprechendes gilt, wenn der Patient zuvor einer dritten Person diese konkrete Sachentscheidung überantwortet hat.

Des Weiteren kann angenommen werden, dass organprotektive Maßnahmen auf einen mutmaßlichen Willen des Betroffenen gestützt werden können, wenn eine Organspendeerklärung des Betroffenen vorliegt und mit der Hirntoddiagnostik bereits begonnen wurde. Denn die Hirntoddiagnostik wird erst dann begonnen, wenn aus ärztlicher Sicht die begründete Vermutung besteht, dass der Hirntod eingetreten ist. Es fehlt zu diesem Zeitpunkt lediglich der definitive Beweis (womit dessen ethische und rechtliche Bedeutung nicht abgewertet werden soll). Der Spender wiederum hat mit seiner Zustimmung zur Organspende zugleich seinen Willen zum Ausdruck gebracht, dass die Organe in einem Zustand erhalten werden sollen, der eine erfolgreiche Transplantation ermöglicht. Die Hirntodfeststellung wiederum ist eine notwendige Voraussetzung für eine postmortale Organspende, sodass es dem Willen des Spenders nicht entsprechen kann, dass der für das medizinische Prozedere der Hirntoddiagnostik notwendige Zeitablauf zur Verschlechterung der Organe führt. Schließlich werden die intensivmedizinischen Maßnahmen während der Hirntodfeststellung zur Ermöglichung einer

gegebenenfalls sich anschließenden Organspende auch nur für einen kurzen Zeitraum fortgesetzt.

Wenn die Ärzte jedoch nur vermuten, dass der Hirntod demnächst, etwa in mehreren Tagen, eintreten wird, ist es sehr fraglich, ob organprotektive Maßnahmen auf einen erklärten oder hinreichend deutlichen mutmaßlichen Willen des Betroffenen zur Spendebereitschaft gestützt werden können, falls dieser nicht ausdrücklich auch organprotektive Maßnahmen umfasst. Dies wird man allenfalls dann bejahen können, wenn bekannt ist, dass dem Spendewilligen die Bedeutung organprotektiver Maßnahmen bewusst war.

Durchgreifende Bedenken bestehen nach geltendem Recht gegen die Anerkennung einer eigenständigen Entscheidungsbefugnis von Angehörigen oder rechtlichen Vertretern über die Durchführung organprotektiver Maßnahmen vor und während der Hirntoddiagnostik. Die Entscheidungsbefugnis von Angehörigen ist nach dem Transplantationsgesetz grundsätzlich auf Maßnahmen *nach* Feststellung des Hirntodes beschränkt, da sich ihr Entscheidungsrecht aus dem Totensorge-recht ableitet. Gleiches gilt für eine Person, die der Betroffene mit der Entscheidung über die Organspende betraut hat. Denn diese Person tritt nach § 4 Abs. 3 TPG an die Stelle des nächsten Angehörigen. Eine Person, die als rechtlicher Vertreter in Gesundheitsangelegenheiten (Bevollmächtigter bzw. Betreuer, §§ 1896 ff. BGB) über Behandlungen zu Lebzeiten zu entscheiden hat, darf ebenfalls nicht in organprotektive Maßnahmen *vor* Feststellung des Hirntodes einwilligen, da diese nicht dem therapeutischen Interesse des Betroffenen, sondern lediglich der Vorbereitung der Organentnahme dienen.

Weitere Probleme entstehen vor allem in jenen Konstellationen, in denen die Organspendebereitschaft mit einer Patientenverfügung kollidiert, wenn diese – wie dies ganz überwiegend der Fall ist – Vorgaben zur Therapiebegrenzung bzw. zum Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen enthält. Solche Patientenverfügungen kollidieren – jedenfalls auf den ersten Blick – mit der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen

Intervention vor abgeschlossener Feststellung des Hirntodes zum Zweck des Organerhalts. Zumindest drei Konstellationen sind zu unterscheiden⁶⁶:

(1) Es existiert sowohl eine Patientenverfügung zum Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen als auch eine Erklärung pro Organspende.

(2) Es liegt eine Patientenverfügung zum Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen, aber keine schriftliche Erklärung pro Organspende vor, die nächsten Angehörigen berichten jedoch von einer anderweitig erklärten Organspendebereitschaft oder von einem entsprechenden mutmaßlichen Willen des Patienten.

(3) Abweichend von der Konstellation in (2) lässt sich ein (mutmaßlicher) Wille des Betroffenen pro Organspende nicht ermitteln und die Angehörigen sind zu einer eigenständigen Entscheidung aufgefordert.

Wenn sowohl eine Patientenverfügung zum Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen als auch eine Erklärung pro Organspende vorliegt, ist eine unzweifelhafte Grundlage für organprotektive Maßnahmen dann gegeben, wenn beide Erklärungen aufeinander abgestimmt sind – etwa in dem Sinne, dass die für die Explantation erforderlichen Maßnahmen ausdrücklich von den Verfügungen zum Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen ausgenommen worden sind.⁶⁷

Fehlt es an einer derartigen Abstimmung der Erklärungen, was trotz der im Transplantationsgesetz nunmehr vorgesehenen Pflicht der zuständigen Landes- und Bundesbehörden und der Krankenkassen zur Aufklärung über die Voraussetzungen

66 Siehe zu diesen und zu weiteren Konstellationen sowie zu Konfliktsituationen zwischen Angehörigen einerseits und Bevollmächtigtem/Betreuer andererseits bei der Entscheidung über eine Organspende und die Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen, um die Transplantationsfähigkeit der Organe zu erhalten, Bundesärztekammer 2013.

67 Eine Empfehlung in der Broschüre des Bundesjustizministeriums zur Patientenverfügung lautet allerdings nur, sich hinsichtlich der für eine Organspende notwendigen ärztlichen Maßnahmen zu einem „Vorrang“ von einem der beiden Entscheidungen zu äußern (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2014, 29).

der Organ- und Gewebeentnahme „auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 2) oft der Fall sein dürfte, so bedarf es der Auslegung beider Erklärungen zu Ermittlung des Willens ihres Verfassers. Eine „organspendefreundliche Auslegung“⁶⁸ hält die Ablehnung einer auf die Erhaltung des Lebens bzw. die Verhinderung des Sterbens gerichteten Behandlung, wie sie im Regelfall in einer Patientenverfügung enthalten sei, für durchaus vereinbar mit einer gleichzeitig erklärten Bereitschaft zur Organspende und damit auch mit der dafür erforderlichen Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen (das heißt der Fortsetzung der intensivmedizinischen Maßnahmen) bis zur Feststellung des Hirntodes, also vor und während einer Hirntoddiagnostik. Es handele sich lediglich um vorübergehende, zeitlich eng begrenzte Maßnahmen⁶⁹, die dem Willen des Patienten, ihn sterben zu lassen, keineswegs entgegenstünden, sondern die (jedenfalls ab dem Zeitpunkt des Beginns der Hirntoddiagnostik) sogar darauf gerichtet seien, den Eintritt des Hirntodes festzustellen, der eine definitive Grenze für jegliche Maßnahmen zur Lebenserhaltung markiere.⁷⁰ Inwieweit dies allerdings neben der stets erforderlichen Fortführung der Beatmung zur Aufrechterhaltung des Herz-Blut-Kreislaufs auch für zusätzlich erforderlich werdende (vor allem medikamentöse) Maßnahmen zur Organprotektion gilt, bleibt dabei jedoch unklar.

Einer anderen Auffassung zufolge besteht dagegen ein grundsätzlicher Widerspruch zwischen beiden Erklärungen⁷¹, der eine harmonisierende Interpretation nicht zulässt. Es könne weder umstandslos unterstellt werden, dass Organspendewillige, die gleichzeitig eine Patientenverfügung mit Therapieverzichtserklärung abgegeben haben, der Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen bzw. der Vornahme von organprotektiven Maßnahmen bis zur Feststellung des Hirntodes zustimmten,

68 So ausdrücklich Verrel 2012, 123.

69 So auch Bundesärztekammer 2013, A-572 f. (B. I. 1.).

70 So Verrel 2012, 122.

71 Siehe Deutscher Bundestag 2004, 21 f.; Winkler 2010, 93.

noch könne davon ausgegangen werden, dass bei den meisten Organspendern überhaupt Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Organspende und Hirntoddiagnostik vorhanden seien.⁷²

Wird der Eintritt des Hirntods demnächst erwartet oder aufgrund klinischer Befunde vermutet, ist insbesondere durch Befragung von dem Betroffenen nahestehenden Personen zu ermitteln, ob und inwieweit sich der potenzielle Organspender Gedanken zu einem Verhältnis beider Erklärungen gemacht hat. Bezüglich dieser Auskunftspersonen ist nicht entscheidend, ob sie als rechtlicher Vertreter (Betreuer bzw. Bevollmächtigter) in Gesundheitsangelegenheiten zu Lebzeiten oder als nächster Angehöriger über die Organexplantation nach dem Tode zu entscheiden haben. Denn sie haben – wie oben dargelegt wurde – ohnehin vor dem Tod kein eigenes Recht zur Entscheidung über die Durchführung von organprotektiven Maßnahmen, sei es, weil diese nicht dem therapeutischen Interesse des Betroffenen dienen (sodass Bevollmächtigte und Betreuer derartigen Maßnahmen nicht zustimmen dürfen), sei es, weil ihr Entscheidungsrecht erst mit dem Tod des Betroffenen entsteht (die nächsten Angehörigen betreffend). Bei der Befragung dieser Personen geht es aber auch nicht um ihre eigene stellvertretende Entscheidung, sondern um ihre Inanspruchnahme bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen selbst.

Ähnlich schwierig ist die Ermittlung der Vorstellungen des Betroffenen, wenn eine schriftliche Erklärung pro Organspende vorliegt, aber die nächsten Angehörigen von einem mutmaßlichen Willen des Patienten zum Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen berichten.

2.3.3.3 Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen ist festzustellen, dass die bestehende Gesetzeslage zu den

72 In diesem Sinne Schöne-Seifert et al. 2011b, A-2082.

organprotektiven Maßnahmen vor Feststellung des Hirntodes unzureichend ist. Folgende Lösungswege könnten erwogen werden:

(1) Der Gesetzgeber erlaubt die Durchführung organprotektiver Maßnahmen bereits vor der Hirntodfeststellung.

(2) Er kann die Entscheidungsbefugnis auf die Angehörigen übertragen, die (in bestimmter Reihenfolge und subsidiär gegenüber eigenen Entscheidungen des Betroffenen) nach dem Tod zur Entscheidung über die Organspende zuständig sind. Dies hätte den Vorteil, dass ein und dieselbe Person sowohl die grundsätzliche Entscheidung, ob eine Organentnahme durchgeführt werden darf, als auch die Entscheidung, ob dafür notwendige vorbereitende Maßnahmen ergriffen werden dürfen, treffen kann. Eine Entscheidungsbefugnis dieser Personen schon zu Lebzeiten des Betroffenen ist aber in gewisser Weise systemwidrig; sie kann zu einer Kollision führen mit der Entscheidungskompetenz derjenigen, die für therapeutische Maßnahmen im Interesse des Betroffenen zuständig sind. Das gleiche Problem stellt sich bei einer vom Organspender in einer Organspendeerklärung benannten Vertrauensperson.

(3) Er kann die Entscheidungsbefugnis auf den rechtlichen Vertreter übertragen. Dieser ist schon nach geltendem Recht zu Lebzeiten des Betroffenen für dessen Wohl verantwortlich. Sein Aufgabenbereich müsste allerdings auf solche Maßnahmen erweitert werden, die – wie organprotektive Maßnahmen – nicht mehr im therapeutischen Interesse des Betroffenen liegen.

(4) Der Gesetzgeber kann die Entscheidungsbefugnis des rechtlichen Vertreters davon abhängig machen, dass entweder die Spendebereitschaft des Patienten feststeht oder der subsidiär zur Entscheidung über die Organspende berufene Angehörige für eine Organentnahme plädiert hat.

(5) In allen Fällen kann der Gesetzgeber die Zulässigkeit der Durchführung von organprotektiven Maßnahmen zusätzlich

von verschiedenen Bedingungen abhängig machen.⁷³ Diese können sich beispielsweise auf die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Hirntodes innerhalb einer bestimmten Frist beziehen.⁷⁴

2.3.3.4 Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens

Liegt keine Erklärung zur Organspende vor und hat der potenzielle Organspender die Entscheidung auch nicht zu Lebzeiten auf eine bestimmte Person seines Vertrauens übertragen, steht die Entscheidung über die Organspende dem nächsten Angehörigen zu (§ 4 Abs. 1 Satz 2 TPG). Der nächste Angehörige hat bei seiner Entscheidung, ob er der Organentnahme zustimmt oder nicht, einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten (§ 4 Abs. 1 Satz 4 TPG). Der Arzt hat den nächsten Angehörigen hierauf hinzuweisen (§ 4 Abs. 1 Satz 5 TPG). Der Angehörige ist bei seiner Entscheidung an den mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders gebunden.⁷⁵ An dieser verpflichtenden Maßgabe des mutmaßlichen Willens ändert auch der Umstand nichts, dass das Transplantationsgesetz eine abweichende Entscheidung sanktionslos lässt. Denn die Entscheidungsbefugnis des Angehörigen nach § 4 Abs. 1 Satz 2 TPG ist ein „Pflichtrecht“, eine treuhänderische Befugnis im Interesse des möglichen Organspenders. Es bleibt jedoch ein „Auslegungsrisiko“ bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens. Dieses Risiko kann der Betroffene am ehesten ausschließen, indem er zu Lebzeiten eine deutliche Erklärung abgibt. Wenn ein mutmaßlicher Wille nicht feststellbar ist, ist der nächste Angehörige nach

73 Siehe Art. 10 des Schweizer Transplantationsgesetzes.

74 Vgl. McKeown/Ball 2014.

75 Siehe Deutscher Bundestag 1997, 9: „Satz 3 [jetzt Satz 4] stellt klar, daß der nächste Angehörige, falls ihm ein erklärter Wille zur Organspende nicht bekannt ist, als Sachwalter des über den Tod hinaus fortwirkenden Persönlichkeitsrechts bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders beachten muß“.

eigenem, „ethisch verantwortbarem Ermessen“⁷⁶ zu einer Entscheidung im Rahmen seines Totensorgerechts berufen⁷⁷.

Eine nähere Definition zum mutmaßlichen Willen enthält das Transplantationsgesetz nicht. In der Gesetzesbegründung heißt es, dass „die zu Lebzeiten geäußerte Überzeugung und andere wesentliche Anhaltspunkte, die die Einstellung des möglichen Organspenders zur Frage einer postmortalen Organspende vermuten lassen“, beachtet werden müssten und maßgeblich dafür die Kenntnis des nächsten Angehörigen zum Zeitpunkt der Entscheidung sei.⁷⁸ Eine gesetzliche Regelung zur näheren inhaltlichen Bestimmung des mutmaßlichen Willens ist nur in der späteren Regelung des § 1901a BGB zur Patientenverfügung getroffen worden. Diese Regelung betrifft jedoch einen anderen Sachverhalt, nämlich die Entscheidung des rechtlichen Vertreters (Betreuers oder Bevollmächtigten) über ärztliche Eingriffe an einem (lebenden) Patienten; bei der Entscheidung des Angehörigen über eine Organspende geht es dagegen um die Beachtung des über den Tod hinaus fortwirkenden Persönlichkeitsrechts des potenziellen Organspenders. Man kann allerdings die Regelung des § 1901a BGB zur Konkretisierung der Anforderungen an die Ermittlung des mutmaßlichen Willens heranziehen. Danach ist der „mutmaßliche Wille [...] aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen“ (§ 1901a Abs. 2 BGB). Der mutmaßliche Wille des möglichen Organspenders ist demnach allein anhand von persönlichen, individuell feststellbaren, konkreten Anhaltspunkten zum Zeitpunkt der Entscheidung zu ermitteln, allgemeine Wertvorstellungen spielen keine Rolle.⁷⁹ Die Frage, welche Bedeutung dem Fehlen einer Erklärung zur Organspende zu Lebzeiten bei der

76 Ebd.

77 Vgl. ebd.

78 Ebd.

79 Höfling/Engels, in: Prütting 2014, § 1901a BGB Rn. 15, 17.

Feststellung des mutmaßlichen Willens zukommt, lässt sich nur in Zusammenhang mit konkreten Äußerungen oder bekannten persönlichen Wertvorstellungen beantworten. Aus dem Fehlen einer ausdrücklichen Erklärung kann nicht auf eine ablehnende Haltung geschlossen werden, weil sich allein hieraus nicht die Motive und Überlegungen des Organspenders ergeben.

3 NOTWENDIGE UNTERSCHIEDUNGEN: TODESVERSTÄNDNIS, TODESKRITERIEN, FESTSTELLUNG DES TODES

Auf der Grundlage der vorstehenden Bestandsaufnahme stellen sich eine Reihe grundlegender normativer Fragen.

3.1 Analytische Strukturierung

In Anknüpfung an die internationale Diskussion lassen sich die normativen Probleme, die mit dem der postmortalen Organentnahme zugrunde liegenden Todeskonzept verbunden sind, nach folgenden Gesichtspunkten strukturieren: Todesverständnis, Todeskriterien und Feststellung des Todes.

Ein *erster* Schritt besteht darin, das Todesverständnis zu bestimmen. Dabei kann man den Tod zum Beispiel ansehen:

- >> als Ende des personalen Lebens im Sinne des Verlusts der für das Menschsein als essenziell angesehenen mentalen Funktionen oder im Sinne des Verlustes menschlicher Beziehungsfähigkeit;
- >> als Verlust der leiblichen Einheit bzw. als Ende der funktionellen Ganzheit des Organismus;
- >> als vollständiges Absterben aller Lebensvorgänge im gesamten Körper.

In einem *zweiten* Schritt ist nach den Kriterien zu fragen, anhand deren beurteilt werden soll, ob die in dem jeweiligen Todesverständnis geforderten Merkmale vorliegen oder nicht. Ein Kriterium ist ein Gesichtspunkt, der eine Unterscheidung markiert und rechtfertigt: Es kann dazu dienen, Sachverhalte zu unterscheiden (propositionales Kriterium), oder aber Handlungen (bzw. Handlungsweisen, Handlungsgewohnheiten) normativ zu qualifizieren (operationales Kriterium). Das

Hirntodkriterium kann sowohl als propositionales Kriterium („Der Tod ist eingetreten“) als auch als operationales Kriterium („Die Organentnahme ist erlaubt“) fungieren.

Als propositionales Kriterium werden unter anderem angesehen:

- >> der Zustand andauernder Bewusstlosigkeit;
- >> der irreversible Ausfall der Hirnfunktionen (Hirntodkriterium) oder aber der irreversible Stillstand des Kreislaufs;
- >> das vollständige Erlöschen sämtlicher Zellaktivitäten.

Die Hirntodkonzeption ist dadurch gekennzeichnet, dass das propositionale und das operationale Kriterium zusammenfallen. Demgegenüber können Kritiker der Hirntodkonzeption, ohne einen logischen Fehler zu begehen, den vollständigen Ausfall der Hirnfunktionen als operationales Kriterium akzeptieren, ohne diesen Sachverhalt als propositionales Kriterium anzuerkennen.

Im *dritten* Schritt stellt sich schließlich die Frage, welche diagnostischen Verfahren geeignet sind, um das Vorliegen der Kriterien nachzuweisen.

Um Fragen nach dem Verständnis und den Kriterien des Todes zu beantworten, bedarf es anthropologischer Interpretationen, in die die Expertise von Philosophie, Theologie, Rechtswissenschaft und Medizin einfließen und die zugleich lebensweltlich plausibel sein sollten. Die Frage nach angemessenen Diagnosemethoden zur Feststellung des Todes fällt vor allem in die Kompetenz der medizinisch-naturwissenschaftlichen Disziplinen.

Todesverständnis und Todeskriterien sind konventionelle Festlegungen und werden nach ihrer Angemessenheit beurteilt. In ein solches Urteil fließen stets auch Wertungen ein. Dagegen sind die Diagnosen eine Frage der empirischen Wahrheit oder Falschheit ihrer Feststellungen, wohingegen die Methoden dieser Diagnostik dem Beurteilungsmaßstab ihrer Eignung zu diesem Zweck unterliegen.

Die Gesichtspunkte des Todesverständnisses, der Todeskriterien und der Todesfeststellung sind zwar analytisch voneinander zu unterscheiden, dem Inhalt nach sind sie aber aufeinander bezogen. Insbesondere zwischen der ersten und der zweiten Ebene besteht ein inhaltlicher Zusammenhang.

3.2 Todesverständnisse

3.2.1 Zur philosophischen Anthropologie des Todes

Gemäß der in Abschnitt 3.1 vorgestellten analytischen Strukturierung ist das Hirntodkriterium ein propositionales Kriterium dafür, dass der menschliche Tod eingetreten ist, und ein normatives Kriterium dafür, dass bestimmte medizinische Maßnahmen vorgenommen oder nicht vorgenommen werden dürfen. Um ein geeignetes Kriterium zu identifizieren, ist zu klären, wie der menschliche Tod grundsätzlich verstanden wird. Dazu reichen weder die Summe der gegebenenfalls empirisch erhobenen Meinungen der Mitglieder einer Gesellschaft noch die meistens nicht ausdrücklich erläuterten Annahmen der medizinischen Disziplinen aus. Wie alle Überzeugungssysteme von Menschen sind auch die Todesverständnisse von unterschiedlichen Vorstellungen geprägt. Entsprechend zeigt sich in der Kulturgeschichte eine erhebliche Varianz von Todesverständnissen. In der philosophischen Reflexion über das Phänomen des Todes spiegelt sich dies wider.

Die philosophisch-anthropologische Frage nach dem Todesverständnis wird ethisch relevant, wenn es um die Frage des bei einem lebenden und einem toten Menschen unterschiedlich zu bestimmenden moralischen Status geht, der die Grundlage für den Umgang mit dem Menschen bildet. Überlegungen zur Frage, was das Leben und den Tod in anthropologischer Hinsicht ausmacht, sind dazu geeignet, die moralischen Erörterungen zu fundieren.

Am Beginn der systematischen Reflexion über das Phänomen des Todes steht die Auseinandersetzung mit der Frage, woher Menschen etwas über den Tod wissen und wie sie sich darüber verständigen können. Dass dies keine triviale Frage ist, zeigt das scheinbare Paradox, das Epikur formuliert hat: „Das schauerlichste aller Übel, der Tod, hat also keine Bedeutung für uns; denn solange wir da sind, ist der Tod nicht da, wenn aber der Tod da ist, dann sind wir nicht da.“⁸⁰ Epikur fasst damit die Skepsis seiner philosophischen Vorläufer hinsichtlich der Aussagbarkeit von Entstehen und Vergehen zusammen und löst damit die weitverzweigten Überlegungen der abendländischen Philosophie zum Phänomen des Todes aus⁸¹; gelegentlich wird von einer „Erkenntnistheorie des Todes“⁸² gesprochen.

Der eigene Tod ist in der Betrachtung von Epikur kein Ereignis des eigenen Erlebens, sondern gerade die völlige Abwesenheit des eigenen Erlebens. Nach Epikur hätte der Tod daher Realität allein durch das Fremderleben. Nach der Heidegger'schen Kritik jedoch hat der Tod auch im Leben des Einzelnen Realität, und zwar dadurch, dass der Einzelne auf ihn hin existiert, ihn antizipiert, auf ihn „vorläuft“.⁸³ Das individuelle Leben in seiner zeitlichen Erstreckung ist „Sein zum Tode“.⁸⁴ Epikur und seine Vorgänger wie Nachfolger sehen den Tod nur als ein raumzeitliches Ereignis am Ende des Lebens. Martin Heideggers im Anschluss an Søren Kierkegaard formulierte Gegenthese besteht darin, den Tod als ein konstitutives Moment der meistens impliziten Selbst- und Fremderfahrung in jeder Phase des menschlichen Lebens zu rekonstruieren; in diesem Sinne ist er ein konstitutives Moment der menschlichen Selbsterfahrung. Danach ist der Tod ein Apriori menschlicher Existenz; wir können ihn nicht „weg-denken“.

80 Epikur, *Brief an Menoikeus*, zitiert nach Nickel 2005, 225.

81 Vgl. die Übersicht von Hügli 1998.

82 Vgl. Scherer 1979, 41 ff.

83 Heidegger 1963, 235 ff.

84 Ebd.

Der Tod als Sein zum Tode wird in jeder Lebensphase neu erfahren.⁸⁵ Es bestehe somit kein exklusives Verhältnis des Todes zu der Lebensphase, die wir mit „Sterben“ bezeichnen; im Sterben erlebt sich der Sterbende „dem Ende nahe“, aber ein apriorisches Verhältnis zum Tode hat jede Lebensphase. Das Sein zum Tode bedeutet nach Heidegger in jeder Lebensphase, dass diese Erfahrung und diese Entscheidung jetzt einzigartig und unwiederholbar sind.⁸⁶

Unter den philosophischen Auffassungen ist besonders wirkmächtig die Vorstellung, dass sich im Tod die Seele vom Leib und damit zugleich die Lebenskraft vom Körper trennt, der als solcher verwest. Die Seele wird nach dieser (vor allem mit Platon verbundenen) Auffassung als unsterblich unterstellt; sie wird zugleich als eigenständige, unabhängig vom Körper existierende Substanz gedacht. Zwischen Körper und Seele wird nicht nur unterschieden, sondern beide werden als getrennte Substanzen begriffen. Der Tod wird als Befreiung von den Übeln des menschlichen, leiblichen Lebens und als Teilhabe der Seele am Göttlichen gedeutet.⁸⁷ Damit verbindet sich häufig eine Tendenz dazu, den sterblichen Körper im Verhältnis zur unsterblichen Seele abzuwerten. Das wirkt sich noch in Betrachtungsweisen aus, die den (seelenlosen) Leichnam als „Ding gewordenen Leib“ betrachten.⁸⁸

Im Rahmen der für die weitere Neuzeit bedeutsamen Anthropologie von René Descartes kommt es zu einer

85 Der Satz wird allerdings analytisch wahr, wenn die Abgrenzung von Lebensphasen über die verschiedenen Bedeutungen des Seins zum Tode in den Lebensphasen erfolgt.

86 Damit ist eine Kritik an der Vorstellung eines unendlich iterierten individuellen Lebens angedeutet, die vor allem von der Denkrichtung des sogenannten Transhumanismus propagiert wird; der Transhumanismus als Bewegung geht auf den Biologen Julian Huxley zurück, der sie zuerst in seinem Buch *New Bottles for New Wine* vertreten hat (vgl. Huxley 1957). Eine neuere Version vertritt Kurzweil 2005.

87 Platon, *Phaidon* 81a.

88 Scherer 2002, 633. Dass der tote Körper juristisch in verschiedenen Hinsichten als Sache gilt, steht dazu nicht in Widerspruch. Es hat mit spezifisch rechtlichen Funktionen dieser begrifflichen Bestimmung des Leichnams als einer Sache zu tun.

Verschärfung des metaphysisch fundierten platonischen Dualismus und in diesem Rahmen zu einem rein auf den Körper bezogenen Verständnis des Todes. Ausgangspunkt ist für Descartes die Frage nach solchen Entitäten, die nicht anderen Entitäten zugeschrieben werden (Attribute), sondern zu deren Existenz es keiner anderen Entität bedarf (Substanzen). Außer Gott als ungeschaffener Substanz gibt es nur zwei Arten geschaffener Substanzen, nämlich einerseits die von Descartes als unkörperliche, geistige, „denkende“ Substanz (*Res cogitans*) und andererseits die als physische, „ausgedehnte Substanz“ (*Res extensa*) bezeichnete.⁸⁹ Dabei ist zu beachten, dass die Bestimmung des Geistes durch Bewusstseinsweisen wie Zweifeln, Erkennen, Wollen erfolgt, während demgegenüber der Körper durch seine Ausgedehntheit gemäß den drei mechanischen, sogenannten Newton'schen Parametern Länge, Dauer und Gewicht bestimmt wird. Geist und Körper in diesem Sinne gehören Descartes zufolge verschiedenen Wirklichkeitssphären an, wobei die Wechselwirkung zwischen Geist und Körper (etwa das Erröten als Ausdruck der Verlegenheit) für Descartes das eigentliche zu lösende Rätsel war.⁹⁰ Der Tod ist für Descartes nur als Zerstörung des Körpers zu verstehen; der Körper löst sich so auf, wie eine Maschine auseinanderfällt.⁹¹ Da der Geist (im Sinne Descartes') ebenfalls eine Substanz ist, somit des Körpers zu seiner Existenz nicht bedarf, kann der Tod den Geist nicht beeinflussen; dieser ist unzerstörbar. Man kann daher von einem mechanistischen Todesverständnis sprechen.⁹² Die cartesianische Anthropologie ist durch Vermittlung sowohl der rationalistischen als auch der empiristischen Philosophie zur weitverbreiteten anthropologischen Grundüberzeugung der neuzeitlichen Philosophie und der neuzeitlichen

89 *Meditationes de prima philosophia*, Zweite Meditation (Adam/Tannery 1983, 27).

90 Für viele an der sogenannten Mind-Body-Debatte beteiligten Autoren ist das auch in der Gegenwart noch die Ausgangsfrage; vgl. zur Übersicht Beckermann 2010; Beckermann 2011; Borsche/Specht/Rentsch 1980.

91 *Les passions de l'âme*, Teil I Art. 5, 6 (Adam/Tannery 1974, 330 f.).

92 Vgl. Scherer 1979, 124 ff.

Wissenschaften geworden, so sehr, dass sie häufig als Alltagspsychologie (*folk psychology*) zum Grundbestand eines angeblich unanfechtbaren Common Sense gerechnet wird.⁹³ Diese scheinbare Selbstverständlichkeit ist in der Philosophie des 20. Jahrhunderts sowohl aus der Sicht der phänomenologischen Philosophie Edmund Husserls⁹⁴ und Martin Heideggers⁹⁵ als auch der Sprachkritik der Philosophie der normalen Sprache bei Gilbert Ryle⁹⁶ und Ludwig Wittgenstein⁹⁷ kritisiert worden. Diese haben darauf aufmerksam gemacht, dass sich die cartesianische Anthropologie keineswegs einer Explikation menschlicher Welt- und Selbsterfahrung, sondern vielmehr der metaphysischen Frage nach Substanz und Attribut und somit einem begrifflichen Konstrukt verdankt.

Eine weitere Tradition befasst sich mit dem Begriff des Lebens unter dem Gesichtspunkt der organismischen Funktion. Anders als die auf Platon zurückgehende Tradition betrachten Aristoteles und der Aristotelismus – als wichtiger Vertreter Thomas von Aquin⁹⁸ – die Seele als das Formprinzip, das die leiblichen Vorgänge auf ihr Ziel, nämlich die wesensgerechte Entfaltung des Menschen, hin ordnet. Im Tod endet dieser als Entelechie verstandene Formungsprozess.

Auf Aristoteles und den Aristotelismus geht auch die Vorstellung zurück, das Verhältnis des gesamten Lebewesens zu einzelnen körperlichen Funktionskreisen als ein Verhältnis von τέλος (*finis*, Zweck) und ὄργανον (*instrumentum*, Werkzeug) zu betrachten. Während Descartes dieses Zusammenspiel in Anlehnung an das Maschinenmodell als „Mechanismus“

93 Vgl. Eckardt 1994; Churchland 1994; Daldorf 2005.

94 *Erste Philosophie (1923/24), Erster Teil* (Boehm 1956, 51 ff.), *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie* (Biemel 1962, 74 ff.); vgl. Landgrebe 1967.

95 Heidegger 1963, 89 ff.

96 Ryle 1949.

97 *Philosophische Untersuchungen*, §§ 36–38, 134–155, 306–308, 316–427, 491–653 (Rhees 1969).

98 *Summa contra Gentiles*, lib. II cap. 56–59, 68–81; *Summa Theologiae*, pars I q. 75–76; *Quaestiones disputatae De anima*, quaestio unica; *Sententia libri De anima*. Vgl. Heinzmann 1986.

betrachtete, haben sich Naturforscher und Mediziner wie Albrecht von Haller⁹⁹, Caspar Friedrich Wolff¹⁰⁰, Johann Friedrich Blumenberg¹⁰¹ und Johann Christian Reil¹⁰² an genuin biologischen und physiologischen Funktionsmustern wie der Wundheilung, der Embryogenese oder dem Blutkreislauf orientiert und dem Mechanismus die Vorstellung des „Organismus“ entgegengestellt.¹⁰³ Diese Ansätze hat Immanuel Kant in seiner Naturphilosophie in der *Kritik der Urtheilskraft* (§ 65) schließlich mit der Vorstellung einer (dem Gedanken einer mechanistischen Kausalität entgegengesetzten) Selbstorganisation der lebendigen Natur verbunden.¹⁰⁴ Kants begriffliche Analyse wurde für die Naturphilosophie des Deutschen Idealismus bei Friedrich Wilhelm Joseph Schelling¹⁰⁵ und Georg Wilhelm Friedrich Hegel¹⁰⁶ und die von diesen beeinflusste romantische Naturphilosophie des 19. Jahrhunderts¹⁰⁷ wegweisend. An diese Traditionen knüpfen – weiterhin in Auseinandersetzung mit mechanistischen Vorstellungen von der Struktur des Lebendigen – systemtheoretische Ansätze an, die den Organismus als Ergebnis spezifischer Prozessgleichgewichte interpretieren.¹⁰⁸ In diesem Rahmen wird der Tod nicht als Ausfall einzelner notwendiger Lebensbedingungen, sondern als Zerfall der Selbststeuerung und so als Ende der funktionellen Ganzheit des Organismus verstanden. Der sich auf diese Weise im 19. Jahrhundert herausbildende Organismus-Begriff

99 *De partibus corporis humani sensilibus et irritabilibus* (1752), *Elementa physiologiae corporis humani* (1757–1766).

100 *Theoria generationis* (1759).

101 *Über den Bildungstrieb und das Zeugungsgeschäfte* (1781).

102 *Von der Lebenskraft* (1795).

103 Zur Geschichte des Organismusbegriffs vgl. den Überblick bei Ballauf 1984.

104 *Kritik der Urtheilskraft* (1790), AA V, 165–485 (Kant 1908, 372 ff.).

105 *Erster Entwurf eines Systems der Naturphilosophie* (1799).

106 *Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundrisse* (1830).

107 So Johannes Müller, *Handbuch der Physiologie des Menschen* (1837–1840); Carl Gustav Carus, *Organ der Erkenntnis der Natur und des Geistes* (1856); Karl Ernst von Baer, *Reden gehalten in wissenschaftlichen Versammlungen und kleinere Aufsätze vermischten Inhalts* (1864–1876). Vgl. Tsouyopoulos 1984; Wiesemann 2008.

108 Vgl. besonders Bertalanffy 1949a; 1949b; 1968.

bezeichnet demnach ein sich nach Zwecken selbst organisierendes Ganzes.

In Abgrenzung zu den Todesverständnissen, wie sie im Rahmen platonischer, aristotelischer oder cartesianischer Anthropologieentwürfe entwickelt worden sind, hat im 20. Jahrhundert die phänomenologische Philosophie mit der Unterscheidung von Leib und Körper (die auf einer Besonderheit der deutschen Sprache beruht¹⁰⁹) eine neue Grundlage für das Verständnis des menschlichen Todes entwickelt.¹¹⁰ Im Rahmen der diesem Ansatz folgenden philosophischen Anthropologie wird darauf hingewiesen, dass der Mensch nicht einen Leib hat, schon gar nicht besitzt, sondern dass seine Wahrnehmung und sein Tun leiblich verfasst sind. Deswegen sind Angriffe gegen seinen Leib auch nicht Angriffe gegen einen Gegenstand seines Eigentums, sondern Angriffe gegen ihn selbst. Dieser Ansatz beansprucht einerseits, die Erfahrung des „Seins zum Tode“ (Heidegger) und die Wahrnehmung des Leichnams zu integrieren, andererseits Vorstellungen wie die eines Lebens nach dem Tode offen zu lassen. Der Leichnam ist demgemäß nicht mehr Leib, sondern Körper; der Tod wird somit als Übergang von einer leiblichen Existenz zur bloßen Körperlichkeit verstanden.

3.2.2 Bedeutung für die Diskussion über den Umgang mit dem Leichnam

Die unterschiedlichen philosophischen Todesverständnisse haben sich über schwer zu entwirrende Traditionsfäden zu

109 Vgl. Borsche/Kaulbach 1980.

110 Eine begriffliche Unterscheidung von „Leib“ und „Körper“ hat wohl zuerst Max Scheler vorgenommen (Scheler 1966, 397 ff.); vgl. Scheler 1928. Dieser Ansatz ist dann von Maurice Merleau-Ponty (1966) im Anschluss an Husserls *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie, Zweites Buch* (Biemel 1952, 120 ff.) weiter ausgearbeitet worden. Vgl. ferner Plessner 1928, 367 ff.; Plessner 1941, 238 ff.; Hengstenberg 1957, 88 ff., 255 ff.; Schmitz 1965–1967; Scherer 1976, 157 ff.; Böhme 2008.

allgemeinen gesellschaftlichen Überzeugungen ausgebildet und jeweils erhebliche Folgen für die Beantwortung der Frage, wann der Tod eingetreten ist, und damit für die Organtransplantation. Für die platonische Auffassung der Dualität von Seele und Körper, die sich im cartesianischen Substanzdualismus noch verschärft, ist der Leichnam eine vom Geist ontologisch getrennte Teilsubstanz, deren Untergang für den Geist letztlich ohne Bedeutung ist.¹¹¹ Für die aristotelisch-thomistische Denktradition ist zwar der Geist das Formprinzip des Körpers, durch den Untergang des Körpers verliert jedoch dieses Formprinzip sein Substrat. Insoweit ist der Tod des Körpers auch ein Drama für den endlichen Geist.¹¹² Der Körper erhält durch die geistige Überformung eine eigene Dignität, die auch nach dem Tode noch von weiter wirkender normativer Bedeutung ist. Sowohl die platonische wie auch die aristotelische Traditionslinie beziehen jedoch das Problem des Todes ausschließlich auf den Verstorbenen in der Perspektive der ersten Person. Dieser Perspektive allein verdankt sich auch das Schein-Paradox des Epikur.

Erst auf der Basis der phänomenologischen Analyse von Körper und Leib wird deutlich, dass es nicht genügt, den Tod des Menschen nur aus der Perspektive seines Selbstverhältnisses zu betrachten. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass der Mensch ein Beziehungswesen ist, für das die Beziehung zu anderen und die Zugehörigkeit zu einer Welt ebenso konstitutiv ist wie das Verhältnis zu sich selbst. Aus dieser Perspektive ist der Tod als „Verhältnislosigkeit“ beschrieben worden¹¹³; zum Tod des Menschen gehört die „Unfähigkeit, die grundlegenden Akte der Mitmenschlichkeit zu vollziehen: den andern

111 Diese Deutung wird mit der These von der Verdinglichung des Leichnams vertreten. Dementsprechend müsste der Organtransplantation allenfalls im Rahmen des Eigentumsrechts eine normative Bedeutung beigemessen werden, eine radikale Schlussfolgerung, zu der wohl niemand bereit sein dürfte. Vgl. zur Kritik Scherer 1971, 58 ff.

112 Vgl. genauer Scherer 1979, 119 ff.

113 Jünger 1993, 99 ff., 138 f.

anzublicken und ihn anzusprechen.“¹¹⁴ Bezieht man den Tod des Individuums in den intersubjektiven Kontext ein, kann der Leichnam nicht nur in der Perspektive des Verstorbenen interpretiert werden. Vielmehr ist der Leichnam Gegenstand des weiterwirkenden Respekts, den die Nahestehenden dem Verstorbenen entgegenbringen. Somit ist auch die Gabe der Organe seitens des Verstorbenen bzw. die stellvertretende Freigabe der Organe durch die Nahestehenden ein moralisch bedeutsamer Vorgang.

Beispielsweise hätte ein platonisches Verständnis des Todes zur Folge, dass der vom Geist verlassene Leichnam für die Umstehenden keine Verpflichtungen auslöst. Ein solches Verständnis wäre mit der Vorstellung des sich auf den Leichnam übertragenden nachwirkenden Respekts vor dem Verstorbenen unverträglich. Eine Transplantationsgesetzgebung, die diesen Respekt vor dem Leichnam als moralisch geboten versteht, setzt somit ein Todesverständnis voraus, das mit dem platonischen unvereinbar ist. Das Beispiel zeigt, dass eine rechtliche Regulierung der Organtransplantation mehr oder weniger explizit auf anthropologische Annahmen und damit auch Todesverständnisse zurückgreift.

Die normativen Probleme im Umkreis von Sterben und Tod sind nicht nur abhängig von dem anthropologischen Verständnis von Geist, Seele, Körper und Leib. Vielmehr geht es auch um die Frage, ob das Menschsein an sich (d. h. der Mensch als Exemplar der Spezies *Homo sapiens*) moralische Achtung verdient oder ob andere Eigenschaften oder Gründe einen moralischen Status fundieren und das Menschsein so nur mittelbar gewürdigt wird. Wo solche Fragen diskutiert werden, wird oft die Unterscheidung von „Mensch“ und „Person“ getroffen. Mit ihr steht einerseits zur Debatte, ob es Personen jenseits menschlicher Wesen gibt (z. B. bestimmte Tiere oder komplexe Maschinen oder, spekulativ betrachtet, außerirdische Existenzen), andererseits, ob überhaupt alle Menschen

114 Scherer 2002, 633.

(beispielsweise auch Föten oder Menschen mit schwerster Demenz) oder nur diejenigen mit bestimmten Fähigkeiten oder Fertigkeiten Personen sind. Nach der eigenschaftsorientierten Traditionslinie sind es erst bestimmte, als moralisch bedeutsam zu achtende Eigenschaften, die ein Wesen zu einer moralisch zu berücksichtigenden Person machen: so beispielsweise das Denkvermögen (René Descartes), das Selbstbewusstsein (John Locke), das Bewusstsein (David Hume), die Fähigkeit, Gefühle zu haben (Arthur Schopenhauer), das Sprachvermögen (Johann Gottfried Herder), die Leidensfähigkeit (Jeremy Bentham), die Fähigkeit, Schmerzen zu empfinden (Peter Singer), u. v. a. m. Für die vorliegende Stellungnahme des Deutschen Ethikrates ist diese Unterscheidung allerdings im Weiteren nicht von Bedeutung. Für diejenigen, die den Hirntoten als tot erachten, ist sie irrelevant. Für diejenigen, die den Hirntoten nicht als tot ansehen, folgt bereits aus dem Menschsein an sich die Notwendigkeit der Anerkennung eines besonderen moralischen Status⁷.

3.3 Die Frage nach verallgemeinerbaren Elementen einer Todeskonzeption

Eine kulturhistorisch beschreibbare Vielfalt von Todesverständnissen kann in vielerlei Hinsichten als Ausdruck der Vielfalt menschlicher Weltdeutungen verstanden werden. Im Interesse einer verlässlichen Handlungsorientierung im Bereich von Todesfeststellung und Organentnahme ist es jedoch erforderlich, einen verallgemeinerbaren Rahmen der Verständigung zu suchen. Dieser Rahmen kann durch folgende fünf Elemente charakterisiert werden, für die in der vorstehend skizzierten Philosophiegeschichte ebenso wie in der aktuellen Debatte ein breiter Konsens erkennbar ist.

Lebensweltkompatibilität: Der Todesbegriff muss eingebunden sein in die Erfahrungswelt der Menschen. Er muss nicht nur den Kriterien der analytischen Schlüssigkeit

wissenschaftlicher und abstrakt ethischer Argumente genügen, sondern darüber hinaus „anthropologisch plausibel“ sein. Er sollte daher üblichen Anschauungen vom „Totsein“ eines Menschen, die zum kulturellen Hintergrund gewachsener lebensweltlicher Erfahrung gehören, jedenfalls nicht eklatant widersprechen.

Bezugnahme auf biologische Prozesse: Der Todesbegriff bezieht sich auf den Menschen als einen lebendigen Organismus, also (auch) auf ein komplexes System integrierter, sich selbst organisierender und miteinander sowie mit der Umwelt interagierender biochemischer Vorgänge.

Bezug auf ein Lebewesen als Ganzes: Der Tod kann sinnvoll nur als Tod eines ganzen lebenden Individuums aufgefasst werden. Die Begriffe „Hirntod“ oder „Herz-Kreislauf-Tod“ mögen insofern missverständlich sein, als sie fälschlich suggerieren könnten, dass nicht der Organismus als Ganzer tot sei – und damit zugleich dessen Inhaber, der Mensch, der in ihm seine leibhafte Wirklichkeit hatte –, sondern nur das Gehirn oder das Herz.

Endgültigkeit: Auf den Tod folgt nicht wieder (irdisches) Leben. Das Ereignis des Todes ist damit für jeden Menschen einmalig.

Kohärenz: Eine ausreichende Kohärenz zwischen Todesverständnis und Todeskriterien im Sinne einer *Todeskonzeption* setzt voraus, dass die Erfüllung der Todeskriterien einen hinreichenden Nachweis für das Vorliegen der ein bestimmtes Todesverständnis ausmachenden Merkmale erbringt. Die Überzeugungskraft der konkret vertretenen Todeskonzeption setzt dabei voraus, dass sowohl die gewählte Todesdefinition als angemessen akzeptiert wird als auch die Todeskriterien das vorausgesetzte Todesverständnis abbilden. Diese doppelte Bedingung bedeutet zugleich, dass Einwände gegenüber der Todeskonzeption auf beiden Ebenen formuliert werden können: einmal auf der Ebene der Todesdefinition, zum anderen bei der Überprüfung der These, die Todeskriterien bildeten den vorausgesetzten Todesbegriff ab.

Im Hinblick auf das Todesverständnis im Kontext der Organentnahme zeigt sich allerdings bei näherer Analyse die begrenzte Reichweite des Konsenses über die *prima facie* als konsentiert unterstellten Aspekte eines Todesbegriffs. Insbesondere gilt dies für den Bezug auf ein Lebewesen als Ganzes; denn sehr umstritten ist, wann der Organismus als Ganzer und damit der Mensch tot ist. Das zeigt sich auch am Kriterium der Lebensweltkompatibilität, wenn man die kognitiven und affektiven Dissonanzen berücksichtigt, die entstehen, wenn der Hirntote wider den Anschein der Lebendigkeit als Leichnam aufgefasst wird. Solche Dissonanzen können nicht als Ausdruck eines wissenschaftlich naiven und unaufgeklärten Bewusstseins verstanden werden. Es handelt sich um eine Situation, die erst durch moderne intensivmedizinische Maßnahmen entsteht, durch die auch nach irreversiblen Ausfall aller Hirnfunktionen andere körperliche Funktionen aufrechterhalten werden, und die nicht nur sogenannte Laien und Angehörige von Hirntoten betrifft, sondern auch Pflegekräfte¹¹⁵ und Ärzte¹¹⁶. Der Vorbehalt dagegen, Organfunktionen beim Hirntoten nicht als Zeichen einer noch verbliebenen Lebendigkeit, sondern einfach als physiologische Vorgänge und Reflexe ohne Bedeutung für die Anerkennung des Gegenübers als Person einzustufen, speist sich aus einer menschlichen

115 In einer bundesweiten, wenngleich nicht repräsentativen Befragung von 363 Pflegekräften aus Krankenhäusern mit Transplantationsabteilung bzw. Krankenhäusern mit neurologischer Intensivstation ergab sich, dass 27 bzw. 29 Prozent der befragten Pflegekräfte die Gleichsetzung von Tod und Hirntod bezweifeln oder sich nicht sicher sind. Von den 213 befragten Pflegekräften, die schon einmal einen Hirntoten gepflegt haben, empfinden 30 Prozent die Pflege Hirntoter immer und 52 Prozent manchmal als belastende Situation (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011, 40, 47).

116 Gesa Lindemann hat beispielsweise auf der Basis von Feldstudien, die aus der Praxis der Hirntoddiagnostik resultierende, kognitive Dissonanz bei Intensivmedizinern herausgearbeitet. Diese Dissonanz entsteht, wenn Ärzte den Patienten im Zeitraum der Hirntoddiagnostik als lebend wahrnehmen und behandeln müssen, um ihn dann mit Abschluss der Diagnostik rückwirkend als tot aufzufassen. Für Lindemann wirkt sich dies im Alltag so aus, dass „das institutionalisierte Prozedere der Hirntoddiagnostik wie ein stummer Zweifel an der Gültigkeit des Hirntodkonzepts funktioniert“ (Lindemann 2001, 338).

Grunderfahrung. Sie legt es nahe, in solchen Lebenszeichen einen Ausdruck leiblichen, personalen Lebens zu sehen und auch dann zu einer personalen Begegnung bereit zu sein, wenn das Gegenüber diese Begegnung nicht mehr kommunikativ erwidern kann.¹¹⁷

Noch deutlicher ist der Dissens bei folgenden, in der internationalen Diskussion erörterten Elementen.

*Disjunktivität (tertium non datur)*¹¹⁸: Für die Mehrheit der Beteiligten an der Diskussion bezeichnen die Begriffe „Tod“ und „Leben“ Alternativen, die einander ausschließen. Es gibt aber auch eine Gegenauffassung, deren Vertreter einen „Zwischenstatus“ anerkennen: Unter den Bedingungen der Intensivmedizin lasse sich ein Prozess des Sterbens identifizieren, der ein drittes Stadium zwischen Am-Leben-Sein und Tot-Sein darstelle.

Symmetrie (Widerspruchsfreiheit): Das Kriterium der Symmetrie besagt, dass jede kohärente Definition von Leben und Tod der *Symmetrie zwischen Anfang und Ende des Lebens* genügen müsse. Es muss also auf den Anfang und das Ende des Lebens in gleicher Weise anwendbar sein. Ob eine Entität noch nicht am Leben sei oder nicht mehr am Leben sei, müsse anhand desselben Kriteriums feststellbar sein.¹¹⁹ Dem wird allerdings entgegengehalten, es sei naturwissenschaftlich und normativ angesichts der Bedeutung auch der zeitlichen Dimension und der Richtung einer Entwicklung weder zwingend noch plausibel, für den Beginn des individuellen menschlichen Lebens die gleichen Kriterien festzusetzen wie für dessen Ende.

117 Vgl. Rehbock 2012, 175; vgl. auch Fuchs 2013, 171 ff.

118 Eine Unterscheidung ist vollständig disjunkt, wenn die betreffenden Aussagen A und B durch ein ausschließendes Entweder-oder verknüpft sind.

119 So Birnbacher (2012, 28) unter Bezugnahme auf McMahan 2002; ähnlich Höfling 2012, 167.

4 TODESVERSTÄNDNIS UND TODESKRITERIUM IM KONTEXT DER ORGANTRANSPLANTATION

4.1 Gemeinsame Basis

4.1.1 Bezugnahme auf mentale Fähigkeiten

In der Diskussion um den Tod des Menschen im Kontext der Organtransplantation spielte lange Zeit eine ausschließlich „mentalistiche“ Begründung¹²⁰ eine erhebliche Rolle.

Diese Konzeption stellt für den Tod des Menschen auf den – verlässlich festgestellten – unumkehrbaren Verlust der Wahrnehmungs-, Empfindungs-, Denk- und Entscheidungsfähigkeit ab. Dies geschieht insofern zurecht, als ein solches Erlöschen ersichtlich eine notwendige Bedingung des menschlichen Todes ist, und umgekehrt jedes Vorhandensein dieser Fähigkeit somit eine hinreichende Bedingung menschlichen Lebens. Niemand, der noch irgendetwas in diesem Sinne erlebt, kann mit akzeptablen Gründen, seien sie normativer oder biologischer Art, „tot“ genannt werden.

Damit ist aber keineswegs gesagt, dass jeder Mensch, bei dem Wahrnehmungs-, Empfindungs-, Denk- und Entscheidungsfähigkeit fehlen, auch schon tot genannt werden dürfe. Vielmehr ist es umgekehrt so, dass ein Mensch, bei dem eine der genannten Fähigkeiten vorhanden ist, *nicht* als Toter angesehen werden kann. Es handelt sich also um eine negative Voraussetzung: Das Nichterlöschen des subjektiven Erlebens schließt die Todesfeststellung aus. Zu betonen ist außerdem,

¹²⁰ Der Ausdruck „Mentalismus“ wird in der gegenwärtigen Philosophie in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet (vgl. den Überblick von Mittelstraß 2013). Im Folgenden wird unter Mentalismus die These verstanden, dass sich alle menschlichen Vollzüge oder Zustände vollständig und disjunkt in zwei Klassen einteilen lassen, in die Klasse der mentalen und die der korporalen Phänomene.

dass dieses den Tod ausschließende „Erleben“ selbstverständlich nicht nur deutlich bewusste Ereignisse oder Zustände erfasst wie etwa Gedanken, Emotionen oder Selbstbewusstsein. Vielmehr umfasst es weit unterhalb dieser Schwelle jedes nur irgend mögliche Minimum des Empfindens. Bei wem etwa durch äußere Stimuli noch irgendeine Form von Schmerzerleben erzeugt werden könnte – und wären die dafür erforderlichen Stimuli gravierend und das Schmerzerleben nur schattenhaft dumpf –, der wäre nicht tot, und zwar auch dann nicht, wenn sich außer diesem Minimum sensorischen (Schmerz-) Empfindens keine noch so winzige Spur sonstigen Erlebens mehr in ihm nachweisen ließe. In diesem Sinne ist der mentale Tod ein notwendiges Kriterium für den Tod des Menschen.

In der internationalen Debatte wird der Todesbegriff zum Teil ausschließlich mentalistisch begründet.¹²¹ Dies gilt insbesondere für Teilhirntodkonzeptionen (z. B. neokortikaler Tod): Für Vertreter dieser Position bedeutet der Verlust der an das Großhirn gebundenen Erlebensfähigkeit nicht nur ein notwendiges, sondern ein zugleich hinreichendes Kriterium des Todes.

Solche Teilhirntodkonzepte widersprechen schon medizinisch-biologischen Erkenntnissen. Die neuronale Basis von Bewusstsein umfasst nicht nur die Hirnrinde sondern auch andere, tiefer gelegene Areale im Gehirn. Die Hirnrinde agiert nicht als „isoliertes Organ“, sondern ist Bestandteil neuronaler Netzwerke, die auch Strukturen wie den Mandelkern und seine Verbindungen einschließen. Unklar und neurowissenschaftlich wie auch philosophisch umstritten ist zudem, was mindestens gegeben sein muss, damit man von „Bewusstsein“

121 Siehe etwa aus der deutschen Literatur als Plädoyer für die Inanspruchnahme Aneenzephaler als Organspender: Scheinfeld 2006, 175 f. Der Autor behauptet nicht, sein Vorschlag entspreche dem derzeit geltenden Recht; vielmehr argumentiert er für dessen künftige Änderung, allerdings nur unter der Bedingung, dass irgendwann ein sicheres Verfahren verfügbar sei, mit dem der vollständige mentale Tod bereits bei Eintritt des neokortikalen Todes sicher nachgewiesen werden könne; diese Bedingung sei derzeit nicht erfüllt.

sprechen kann und wie dieses gegebenenfalls empirisch festzustellen ist. Deshalb sind klinische Verfahren für den Nachweis der Abwesenheit von Bewusstsein auch weitaus problematischer als klinische Tests, mit denen etwa nachgewiesen wird, dass ein Wachheitszustand und sämtliche Hirnstammreflexe nicht (mehr) vorliegen, oder mit denen der Ausfall der Atmung überprüft wird.¹²²

Ausschließlich mentalistisch begründete Teilhirntodkonzepte gehen zudem mit einem ethisch und verfassungsrechtlich inakzeptablen Menschenbild einher. Indem die Grenze zwischen Leben und Tod ausschließlich davon abhängig gemacht wird, ob für den betroffenen Menschen gegenwärtig oder zukünftig noch ein subjektives Erleben möglich ist, wird zugleich darüber entschieden, ob ihm elementare Rechte wie Lebens- und Würdeschutz zukommen. Gemäß dieser Auffassung sind konsequenterweise anenzephele Neugeborene und möglicherweise auch apallische Patienten als Tote zu qualifizieren. Die verfassungsrechtliche Kritik hieran weist darauf hin, dass das Grundrecht auf Leben – wie das Bundesverfassungsgericht hervorgehoben hat – „die biologisch-physische Existenz jedes Menschen [...] unabhängig von den Lebensumständen des Einzelnen, seiner körperlichen und seelischen Befindlichkeit“¹²³ schützt. Das inklusive Menschenbild der grundgesetzlichen Ordnung und deren elementare Garantie der Menschenwürde und des Menschenlebens stehen demnach im Widerspruch zu einer kategorialen Differenzierung nach rein „mentalistischen“ Kriterien.

Der Deutsche Ethikrat erkennt vor diesem Hintergrund an, dass jede Todeskonzeption notwendigerweise den „mental“ Tod des Menschen voraussetzt; zugleich aber weist er ein ausschließlich mentalistisches Todesverständnis zurück.

122 Laureys 2005.

123 BVerfG, 1 BvR 357/05, Rn. 85 = BVerfGE 115, 118 (139).

4.1.2 Bezugnahme auf den Organismus als biologische Einheit

Vom Tod kann nur in Bezug auf einen Organismus als biologische Einheit gesprochen werden. Auch insofern besteht im Deutschen Ethikrat Einvernehmen.

Der Organismus konstituiert sich in zweierlei Hinsicht als Einheit:

- a) durch interne Wechselwirkung: Merkmale der Lebendigkeit wie beispielsweise Empfindungsvermögen, Stoffwechsel, Entwicklung, Fortpflanzung, Vererbung, lassen sich nicht vollständig auf einzelne mechanische bzw. physische oder chemische Prozesse reduzieren. Der Organismus eines Lebewesens ist grundsätzlich mehr als die Summe seiner Teile und mehr als eine komplexe Maschine. Funktionen des Lebendigen stehen in einer vernetzten Wechselwirkung zueinander, die einer vollständigen Reduktion auf einzelne Kausalprozesse entgegensteht.
- b) durch Austausch mit der Umwelt: Die inneren Abläufe des lebendigen Organismus werden wesentlich durch seine ständige Auseinandersetzung mit seiner Umwelt mit konstituiert; sie verändern sich während der Entwicklung und Alterung, bei Erkrankungen und als Ergebnis von Lernprozessen.

Der Tod des menschlichen Organismus betrifft daher die inneren Lebensfunktionen insgesamt und ihre Interaktion mit der Umwelt.

4.1.3 Der Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen als Zäsur und seine ethischen Folgen

Im Kontext der Organtransplantation konzentriert sich die Diskussion über das Todeskriterium auf die Frage, ob der

irreversible Ausfall aller Hirnfunktionen als Kriterium dafür gelten kann, dass der Tod des Menschen eingetreten ist. So umstritten diese Frage auch ist, in den folgenden Feststellungen stimmen die Mitglieder des Deutschen Ethikrates überein:

Die Hirntoddiagnostik erlaubt eine zuverlässige Aussage über den irreversiblen Ausfall aller Hirnfunktionen. Mit dem irreversiblen Erlöschen aller Hirnfunktionen verbinden sich bei natürlichem Verlauf der Ausfall aller Organfunktionen und der Zerfall des menschlichen Körpers. Soweit keine technisch-medizinischen Maßnahmen ergriffen werden, um diesen Prozess aufzuhalten, schreitet er unweigerlich bis in die einzelnen Zellen hinein fort. Auch wenn solche Maßnahmen ergriffen werden, führen sie nicht zu einer Wiederherstellung von Hirnfunktionen; es gibt keinen naturwissenschaftlich-medizinischen Beleg dafür, dass nach zuverlässiger Feststellung des Hirntodes jemals irgendein Mensch auch nur eine Hirnfunktion wiedererlangt hat.

Der irreversible Ausfall aller Hirnfunktionen hat für das ärztliche Handeln zur Folge, dass spätestens nach der zuverlässigen Feststellung dieses Ausfalls keine ärztliche Indikation für therapeutisch ausgerichtete Maßnahmen mehr besteht. Damit gibt es auch keine Pflicht mehr, Atmung und Herz-Kreislauf-Funktionen aufrechtzuerhalten.

Unbestritten ist allerdings die verantwortungsethische Bindung des ärztlichen und pflegerischen Personals auch über die Feststellung des Hirntodes hinaus. Für den moralisch angemessenen Umgang mit dem Hirntoten ist es von besonderer Bedeutung, dass die an der Vorbereitung und Durchführung einer Organentnahme beteiligten Akteure in eine besondere Verantwortungsrelation zu dem Hirntoten getreten sind, bei dem die Fortdauer bestimmter Organfunktionen durch medizinische Intervention ermöglicht wird.

Verantwortungsrelationen, in die Personen gegenüber anderen Personen eintreten, verlangen nicht nur Abwägungen im Blick auf mögliche Folgen, sondern auch unmittelbare

Pflichten, an denen das jeweilige Handeln zu messen ist.¹²⁴ Der Mensch ist in seiner Würde zu achten und in seiner Besonderheit zu respektieren; in seinem Angewiesensein auf die Hilfe muss ihm von denen, die zu ihm in einer Verantwortungsbeziehung stehen, die nötige Fürsorge zuteilwerden. Eine solche Verantwortungsbeziehung reicht über den Tod hinaus. Dies wird besonders in der Fürsorge für den toten Körper und in der Pflege der Erinnerung an eine Person anschaulich. Einen besonderen Charakter nimmt diese Verantwortungsbeziehung in den Fällen an, in denen der Hirntod festgestellt wird und zugleich Organfunktionen weiter aufrechterhalten werden. Sie schließt alle angemessenen Maßnahmen der Fürsorge und des respektvollen Umgangs sowohl mit dem dank organprotektiver Maßnahmen noch atmenden und durchbluteten Körper als auch mit dem Körper nach der Explantation ein. Dazu gehören auch die Ermöglichung und angemessene Gestaltung des Abschiednehmens und der Bestattung.

Das Transplantationsgesetz trägt dem ethischen Grundsatz des respektvollen und verantwortungsbewussten Umgangs mit einem Organspender Rechnung, indem es für alle damit zusammenhängenden Maßnahmen die „Achtung der Würde des Organ- und Gewebespenders in einer der ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechenden Weise“ zur Pflicht macht und vorschreibt, dass „der Leichnam des Organ- und Gewebespenders [...] in würdigem Zustand zur Bestattung übergeben werden“ muss; „zuvor ist dem nächsten Angehörigen Gelegenheit zu geben, den Leichnam zu sehen“ (§ 6 Abs. 1 und 2 TPG).

4.2 Die Kontroverse über die Hirntodkonzeption

Die Frage, ob der Nachweis des irreversiblen Versagens aller Hirnfunktionen ein geeignetes Kriterium für den Tod

124 Vgl. zu dieser Betrachtungsweise Deutscher Ethikrat 2011, 48 ff.

des Menschen darstellt, ist auch im Deutschen Ethikrat umstritten.¹²⁵

4.2.1 Position A: Der Hirntod ist ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen

Nach der Hirntodkonzeption, die von der Mehrheit der Mitglieder des Deutschen Ethikrates vertreten wird und auch dem Transplantationsgesetz und den einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer zugrunde liegt, ist der Hirntod (im Sinne des irreversiblen Erlöschens der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Stammhirns) ein sicheres Anzeichen für den Tod des Menschen. Wenn sämtliche Funktionen des Gehirns für immer erloschen sind und dies nach den verlässlichen Kriterien der Hirntodfeststellung zweifelsfrei diagnostiziert ist, berechtigt dies nach der Hirntodkonzeption zu der Annahme, dass der Mensch tot ist. Damit ist keineswegs gemeint, dass der Tod dieses Organs der Tod des Menschen *ist*, sondern nur, dass er diesen Tod des Menschen indiziert.¹²⁶ Das bedeutet, dass zwischen dem Leben des Menschen und der funktionalen „Lebendigkeit“ eines seiner Organe kein Verhältnis einer (wie auch immer bestimmten) Identität besteht. Vom Ausfall aller Hirnfunktionen wird vielmehr auf den Tod des Menschen geschlossen. Das ist – hinsichtlich der Vorgehensweise – beim irreversiblen Ausfall des Herz-Kreislauf-Systems, den manche Kritiker der Hirntodkonzeption als Todeskriterium befürworten, nicht anders. Der irreversible Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen wird als *sicheres Todeszeichen* betrachtet; er eignet sich daher als *Todeskriterium*.¹²⁷

125 Die Zuordnung der Mitglieder des Deutschen Ethikrates zu den nachfolgend dargelegten Positionen A und B ist im Anschluss an die Empfehlungen in Kapitel 6 dokumentiert.

126 Anderheiden 2012, 180; vgl. McCrone 2004.

127 Zum Unterschied zwischen Todesverständnis und Todeskriterium vgl. Abschnitt 3.1.

Das Gehirn erbringt die für den gesamten Organismus notwendige Integrationsleistung, ohne die er nicht als leib-seelische Ganzheit existieren könnte. Diese Integrationsleistung umfasst sowohl mentale als auch organismische Aspekte; mentale Prozesse sind ohne organismische Grundlage nicht denkbar.

Der Tod des Menschen setzt das irreversible Erlöschen dieser Integrationsleistung des Gehirns zwingend voraus. Diese Bedingung wird durch den Hirntod hinreichend erfüllt. Die von Kritikern der Hirntodkonzeption in diesem Zusammenhang angeführte Tatsache, dass auch andere Organe einen Beitrag zur Aufrechterhaltung des Gesamtorganismus leisten, steht dem nicht entgegen. Denn keines dieser Organe kann die Funktion übernehmen, sich mit sämtlichen anderen Organen, von denen jedes einzelne für das Weiterleben des Gesamtorganismus durchaus notwendig sein mag, zu eben jener funktional interaktiven Gesamtheit zu integrieren, die den *lebenden Organismus* ausmacht und die eben weitaus mehr ist als eine Menge aneinander gekoppelter Einzelorgane. Das Gehirn ist das zentrale Integrations-, Regulations- und Koordinationsorgan. Es integriert die sensorischen und sensiblen Reize aus dem Organismus selbst und von außerhalb über die sogenannten Afferenzen, ermöglicht über die Efferenzen die motorischen Leistungen und die Kommunikation (z. B. über Sprache, Gestik, Mimik), reguliert die Abstimmungsvorgänge in und zwischen den anderen Organsystemen über das vegetative Nervensystem einschließlich der hormonellen Steuerung und ist schließlich die Grundlage des Mentalen und der Subjektivität.

Die inneren Abläufe des lebenden Organismus werden wesentlich durch seine ständige Auseinandersetzung mit seiner Umwelt mit konstituiert.¹²⁸ Diese Interaktionen mit der Umwelt basieren zu einem großen Teil auf Sinneswahrnehmungen, die im Gehirn verarbeitet und repräsentiert werden.

¹²⁸ Dies ist grundlegender Konsens bei beiden Positionen A und B (siehe Abschnitt 4.1.2 b).

Ihrerseits tragen sie zur Veränderung von Hirnfunktionen und -strukturen bei und führen zu einer spezifischen Reaktion oder einem bestimmten Verhalten. Jegliche Art eines spezifischen Verhaltens als Ausdruck der Interaktion mit der Umwelt wird dabei vom Zentralnervensystem gesteuert und damit, wenn man von verschiedenen Reflexen absieht, die ausschließlich über das Rückenmark erfolgen, vom Gehirn dominiert. Dieses physiologisch selbst initiierte, selbst gesteuerte, aktive wie reaktive Verhalten ist die zentrale Kategorie, die das Leben ausmacht.

Während die spezifischen Funktionen anderer Organe vorübergehend und mitunter über große Zeiträume technisch aufrechterhalten oder substituiert werden können, lassen sich die Funktionen des Gehirns nicht ersetzen; vielmehr lassen sich lediglich Teilelemente durch externe Substitution auf einem rudimentären Niveau aufrechterhalten. Die Funktionen des Gehirns sind Voraussetzung dafür, dass sich der lebende Mensch den ständig sich verändernden Funktionsanforderungen anpassen und auf sie reagieren kann (z. B. durch veränderte Herzfrequenz, Atmungsgeschwindigkeit, Temperaturregulation, aber auch komplexe Verhaltensweisen).

Die Funktionen des Gehirns zeigen sich auf allen Organisationsebenen des Organismus. Zur Erklärung dieses komplexen Steuerungsmechanismus ist ein systembiologischer Ansatz weit verbreitet, der den Begriff des Organismus für ein komplexes, auf mehreren Ebenen (Moleküle, Zellen, Gewebe, Organe, Organismus etc.) organisiertes System verwendet, dessen Komponenten untereinander funktional integriert sind.¹²⁹ Diesen Subsystemen liegt zumeist ein zirkuläres Organisationsprinzip mit unterschiedlichen Wechselwirkungen innerhalb des Systems sowie mit anderen Systemen zugrunde. In der Systembiologie werden verschiedene Ansätze aus der Mathematik und Physik, zum Beispiel der nicht linearen Dynamik verwendet, um solche komplexen Systeme wie den

¹²⁹ Eine Übersicht dazu siehe Rosslenbroich 2011.

menschlichen Organismus zu beschreiben und die Interaktion seiner Subsysteme zu verstehen.¹³⁰

Zur Beschreibung des Atemzentrums kann beispielsweise ein hierarchisches Modell verwendet werden, mit Rezeptoren und Effektororganen an der Peripherie und einer zentralen Steuerung im Hirnstamm. Bei der Tätigkeit des Herzens erfolgt die Steuerung auf eine kompliziertere Weise, aber auch dieser Steuerungsvorgang wird durch eine zentrale Komponente im Hirnstamm überwacht. So kann zum Beispiel über das parasympathische Nervensystem mit Kerngebieten im Hirnstamm die Schlagfrequenz des Herzens erhöht oder die Überleitungszeit innerhalb des Herzens verringert werden. Dadurch kann sich das Herz den ständig sich ändernden Anforderungen in Auseinandersetzung mit der Umwelt anpassen. Das Gehirn ermöglicht es dem Organismus, dynamisch auf die Umwelt zu reagieren. Ebenso ist die hormonelle Produktion, die „dezentral“ an verschiedenen Orten erfolgt, über den Hypothalamus zentral gesteuert; sie muss daher bei dessen Ausfall künstlich ersetzt werden. Trotz ihres wichtigen, spezifischen Beitrags zur Aufrechterhaltung des Organismus können die beteiligten inneren Organe auf die Dauer und unter wechselnden Anforderungen ihre Eigenfunktion nicht in völliger Autonomie, sondern nur aufgrund der vom Gehirn ausgehenden Steuerungs- und Integrationstätigkeit erbringen.

Gewiss gibt es zahlreiche Fälle, in denen ein Organ zu schwach ist, um seinen Teil an der Integration des Gesamtkörpers zu erfüllen und eine permanente Unterstützung oder sogar Ersatz durch eine Transplantation erfordert, ohne dass sich dieser Umstand darauf auswirkte, dass ein solcher Mensch lebt.¹³¹ Diese Fälle sind jedoch von den Hirntodfällen zu unterscheiden. Bei Hirntoten werden die ausgefallenen lebenswichtigen Funktionen, wie etwa die Atmung oder der Blutkreislauf, durch künstliche Maßnahmen aufrechterhalten und damit

130 Eine Übersicht dazu siehe Bizzarri/Brambilla/Gajani 2013.

131 Etwa Herzschrittmacher, Dialyse, „Eiserne Lungen“ etc.

ersetzt. Die Integration eines menschlichen Körpers zu einer funktionierenden Einheit ist jedoch keine Eigenleistung dieses Körpers mehr; die Qualität und Intensität der Unterstützung von außen ist daher von genuin anderer Art, als wenn in einem lebensfähigen Organismus Teilfunktionen wie die Atmung oder die Blutreinigung ersetzt werden, die dieser selbstständig zur Aufrechterhaltung seiner Einheit benutzt. Der Bestand dieser Integration ist beim Hirntod auf die permanente Organisationshilfe von außen angewiesen.¹³² Anders formuliert: Der Ersatz eines solchen Organs fügt dessen Substitut in einen funktional integrierten Gesamtzusammenhang ein, der als solcher auch ohne dieses Organ fortbestand und nun weiter besteht. Es wird gewiss auch in Zukunft immer besser gelingen, die Funktion einzelner Organe bezüglich ihrer biochemischen, physiologischen oder pathologischen Reaktionen zu verstehen, zu modulieren und gegebenenfalls zu ersetzen. Denkbar ist, dass ganze Organsysteme substituiert werden können. Die Substitution des Gehirns in seiner Bedeutung als genuine Quelle der Selbstinitiierung des gesamtorganismischen Verhaltens ist nach allem derzeitigen Wissen allerdings nicht vorstellbar.

Nach dem endgültigen Erlöschen der Gehirntätigkeit kann von einer selbst gesteuerten Integrationsleistung der (aller!) einzelnen Organe innerhalb des Organismus nicht mehr die Rede sein. Fallen die künstliche Beatmung und die damit künstlich bewirkte Aufrechterhaltung des Blutkreislaufs sowie in der Folge weitere Funktionen weg, tritt der Herzstillstand ein und der Verwesungsprozess beginnt. Zwar sind nach dem Eintritt des Hirntodes unter künstlicher Aufrechterhaltung der Atmung und weiterer Körperfunktionen noch nicht sämtliche partiellen Funktionen in allen Teilen des Körpers erloschen; gleichwohl ist die Einheit des Organismus als lebendiger Ganzheit unwiderruflich zerbrochen. Das Hirntodkriterium definiert, wie oben dargelegt, nicht den Tod als anthropologisches

132 Umfassender bei Anderheiden 2012, 189 ff.

Phänomen, wohl aber bezeichnet es ein wissenschaftlich gesichertes Kriterium dafür, wann das Ende des menschlichen Lebens als vitale Ganzheit erreicht ist. Lebendigsein kann nur einem Organismus zugeschrieben werden, der die zentrale Integration aller Körperfunktionen zu einer organismischen Einheit als aktive Eigenleistung herstellen und gewährleisten kann.¹³³

Neben diesen auf die organismische Einheit gerichteten Funktionen des Gehirns sind nach dem Hirntod auch mentale Prozesse erloschen und ist die Grundlage für Subjektivität unwiderruflich verloren. Das Gehirn ist das einzige Organ, mit dem die vorherige personale Identität unterginge, wenn es technisch substituiert oder ersetzt würde.

Wenn mit dem irreversiblen Ausfall aller Gehirnfunktionen die notwendigen Voraussetzungen mentaler Aktivität, jedes Empfindungsvermögens und damit jedwede Möglichkeit von selbst gesteuertem Verhalten bzw. Austausch mit der Umwelt für immer verloren gegangen sind und außerdem die Einheit des Organismus zerbrochen ist, kann von dem in diesem Zustand befindlichen Körper nicht mehr als einem lebendigen Menschen gesprochen werden, auch wenn in diesem Körper aufgrund der intensivmedizinischen Maßnahmen noch isolierte biologische Aktivitäten wie Zellwachstum, Sauerstoffverbrauch und Blutzirkulation möglich sind.

Vor diesem Hintergrund erscheinen auch die Berichte des Neurologen Alan Shewmon über den Fortbestand verschiedener Körperfunktionen nach Eintritt des Hirntodes nicht einschlägig, weil die dort dargelegten Funktionen nicht das physiologisch autonome Verhalten, sondern ausschließlich

133 Es ist daher schon auf der medizinisch-biologischen Beschreibungsebene irreführend, vom Ausfall der Integrationsfähigkeit des Organismus abzusehen und einen Hirntoten als einen zu 97 Prozent Lebenden zu bezeichnen, bei dem nur die Hirnfunktionen ausgefallen seien. Siehe zum Beispiel Geisler 2010: „Hirntote sind Menschen, bei denen 97 Prozent ihres Körpers leben, nur drei Prozent – ihr Gehirn – ist tot“. Ebenso bezeichnete Tröndle (1997, Vorbemerkung zu § 211 Rn. 30) einen hirntoten Menschen als einen „zu 97% Lebenden ohne Hirnfunktion“.

somatisch-reaktive Funktionen betreffen. Sie sind damit eben nicht integrierend, wie von Shewmon behauptet, oder allenfalls auf eine sehr unspezifische und indirekte Art und Weise. Solche Funktionen zum definierenden Merkmal des Lebens zu machen, führt in ein Dilemma. In der modernen Medizin und Forschung kann schon heute die isolierte Funktion von Organen und Geweben über lange Zeit aufrechtgehalten werden. Dass sich die noch bestehenden Grenzen in diesem Bereich zunehmend ausdehnen werden, ist absehbar. Ein funktionaler Verbund von Leber, Nieren, Lungen, Herz und anderen Organen, der irgendwann einmal künstlich herstellbar sein und dann von einer Maschine im Modus der konstanten Stimulation rein reaktiver physiologischer Vorgänge stabil gehalten werden mag, wäre gleichwohl gewiss kein lebender Mensch.

Die Eigentätigkeit des Organismus, die diesen zur Aufrechterhaltung seiner integrativen Gesamtleistung befähigt, ist nach der Hirntodkonzeption ein zulässiges Unterscheidungsmerkmal, das dessen lebendigen Zustand gegenüber dem eines hirntoten Körpers auszeichnet, in dem nur partielle Integrationsleistungen noch möglich sind. Es ist der Respirator, der die Lunge mit Luft füllt und das Herz schlagen lässt; es ist ein künstlich beatmeter Körper, der atmet und transpiriert oder andere Signale an die Umgebung abgibt. Gemäß dieser Interpretation des Hirntodkriteriums lässt sich die Frage, ob Hirntote noch leben oder bereits tot sind, danach beantworten, ob diese körperlichen Fähigkeiten einer selbst gesteuerten Eigenleistung des Organismus entspringen und so die Rede vom Lebendigkeit des Menschen rechtfertigen, oder ob sie als Teilzustände durch maschinelle und medikamentöse Intervention von außen hervorgerufen werden. Für Vertreter der Hirntodkonzeption lautet die zentrale Frage nicht, welche Teilfunktionen und integrativen Prozesse in diesem Körper noch ablaufen können. Die entscheidende Frage lautet vielmehr, ob ein hirntoter Körper die für einen lebendigen Organismus charakteristischen Prozesse der Selbstintegration nach innen und der metabolischen und neuronalen Wechselwirkung nach außen

in aktiver Eigenleistung erbringen kann oder ob diese Prozesse nur noch teilweise und rudimentär durch externe Verursachung bewirkt werden können. Im ersten Fall hat es eine reale Grundlage, wenn wir seinen Träger als lebend bezeichnen, nämlich eine genuine Eigenschaft dieses Organismus selbst; im zweiten Fall dagegen wird der Anschein eines lebenden Menschen durch externe Substitution erweckt.

Die Stellungnahme des US-amerikanischen *President's Council* aus dem Jahre 2008 kommt mehrheitlich zur Bestätigung der Hirntodkonzeption, auch und gerade unter Berücksichtigung der empirischen Hinweise von Shewmon auf die partiellen Integrationsleistungen, die im hirntoten Körper bei künstlicher Aufrechterhaltung der Beatmung und weiterer Körperfunktionen noch ablaufen können. Das *White Paper* stellt dabei auf die spezifische Eigentätigkeit des Organismus des lebenden Menschen im Austausch mit seiner Umwelt ab. Zu den vitalen Eigentätigkeiten eines lebendigen Organismus, die dieser in der Wechselwirkung mit seiner Umwelt vollzieht und die nur vom Gehirn erbracht werden können, gehören nach dem *White Paper* drei Merkmale:

1. Die Offenheit für die Welt, das heißt Empfänglichkeit des Organismus für Stimuli und Signale aus der ihn umgebenden Umwelt;
2. die Fähigkeit des Organismus, auf die Umgebung zum Zwecke der Befriedigung vitaler Grundbedürfnisse einzuwirken, sowie
3. ein grundlegendes, gefühltes Bedürfnis des Organismus, das diesen zur Aufrechterhaltung seiner Einheit und Ganzheit befähigt.¹³⁴

¹³⁴ "1. Openness to the world, that is, receptivity to stimuli and signals from the surrounding environment. 2. The ability to act upon the world to obtain selectively what it needs. 3. The basic felt need that drives the organism to act as it must, to obtain what it needs and what its openness reveals to be available" (President's Council on Bioethics 2008, 61).

Der Ausdruck „grundlegendes, gefühltes Bedürfnis“ enthält unverkennbar ein metaphorisches Element, mit dem das Gemeinte anschaulicher vermittelt werden soll, als es in einer rein technischen Terminologie möglich wäre. Gemeint ist damit vor allem die oben als „selbst initiiierend“ bezeichnete genuine Eigentätigkeit des Organismus im Austausch mit seiner Umwelt (und nicht nur in Reaktion auf deren physikalische Stimuli). Das *White Paper* lenkt damit die Aufmerksamkeit auf die entscheidende anthropologische Differenz, die zwischen dem Organismus eines lebenden Menschen und dem künstlich beatmeten Körper eines Hirntoten besteht.

Die neueren Debatten um die Hirntodkonzeption verdeutlichen die anthropologischen und naturphilosophischen Voraussetzungen, unter denen die Hirntodkonzeption steht. Der Unterschied zwischen der aktiven Eigensteuerung durch eine intrinsische Fähigkeit des Organismus und der dauerhaften Ermöglichung einzelner Teilfunktionen durch externe Substitution ist nämlich nur dann relevant, wenn Leben und Lebendigkeit als eine Fähigkeit gedacht werden, über die ein Organismus von sich aus verfügt. Sollen Leben und Lebendigkeit dagegen einen bloßen Zustand bezeichnen, unabhängig davon, wie dieser entsteht und wodurch er andauert, dann kann auch der Zustand, in dem sich der Körper eines hirntoten Patienten aufgrund der künstlichen Beatmung befindet, als lebendig bezeichnet werden. Im Unterschied zu Wachkomapatienten oder Patienten mit temporärer künstlicher Beatmung können Hirntote jedoch nie wieder die essenzielle Fähigkeit erlangen, die leib-seelische Einheit ihres Organismus zu erzeugen, die für Lebende charakteristisch ist. Anders als bei einem Herzschrittmacher, der die Eigentätigkeit des Herzens nicht komplett ersetzt, sondern nur unterstützt, und anders auch als bei der Nierendialyse, die eine Organfunktion nur partiell substituiert, kann die Einheit des hirntoten Körpers als organismische Ganzheit nur aufgrund der intensivmedizinischen Maßnahmen aufrechterhalten werden. Sobald diese eingestellt

werden, zerfällt diese Einheit und der Organismus beginnt, sich aufzulösen und zu verwesen.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Tatsache, dass ein Embryo/Fötus im Körper einer hirntoten Frau weiter wachsen kann, kein Gegenargument. Wenn sich der Fötus im Körper einer hirntoten Frau weiterentwickelt, liegt dies vielmehr daran, dass durch intensivmedizinische Maßnahmen sowie gegebenenfalls Hormongaben die Funktion des mütterlichen Uterus ausreichend aufrechterhalten werden kann und zudem der selbstständig lebende Embryo zahlreiche genuin autonome Steuerungsfunktionen übernimmt.

Der Umstand, dass der Versuch der Aufrechterhaltung einer Schwangerschaft bei einer hirntoten Frau häufig misslingt, zeigt im Übrigen, wie schwierig es ist, selbst die dafür notwendigen Teilfunktionen des hochkomplexen Steuerungszentrums des Gehirns, das diese Leistung für den lebendigen Organismus erbringt, zu ersetzen. Die Überlegung lässt sich mit einem Gedankenexperiment veranschaulichen: Man nehme an, in fernerer Zukunft werde es gelingen, einen funktionsfähigen artifiziellen Uterus herzustellen, in dem schon frühesten Embryonen implantiert und bis zur Geburtsreife entwickelt werden können. Wohl niemand käme auf die Idee zu behaupten, diese Maschine hätte die Fähigkeit, Kinder zu gebären oder gar, sie sei selbst lebendig. Vielmehr würde man sagen: Wir bzw. die zuständigen Intensivmediziner haben die Fähigkeit, mittels einer Maschine einen Embryo/Fetus extrauterin bis zur selbstständigen Lebensfähigkeit zu bringen. Nicht anders verhält es sich heute mit der Möglichkeit, die Fortentwicklung eines Ungeborenen im Körper einer hirntoten Schwangeren zu ermöglichen: Nur die intensivmedizinische Stabilisierung bestimmter Funktionen im hirntoten Körper der Schwangeren gewährleistet überhaupt die Fortentwicklung des Ungeborenen (manchmal) bis zur Geburtsreife, nicht aber ein fortdauerndes intrinsisches Integrations- und Steuerungsvermögen eines lebendigen Organismus.

Auch ein systemischer Lebensbegriff, den Kritiker des Hirntodkonzepts häufig anführen, bestimmt das Lebendigsein eines Lebewesens von seiner Fähigkeit zur Autopoiesis, zur selbst generierten Systemeinheit, her. Auch in der bis in die Gegenwart in vielerlei Hinsichten wirkmächtigen aristotelischen Tradition ist der Lebensbegriff nicht als reiner Zustand eines Seienden gedacht, bei dem es gleichgültig wäre, ob dieser Zustand durch ein intrinsisches Lebensprinzip oder durch externe Substitution einzelner Funktionen dieses verloren gegangenen Prinzips entsteht. Vielmehr ist die „Seele“, wie das entelechiale Lebensprinzip in dieser philosophischen Traditionslinie genannt wird, als belebendes, den Organismus einendes Wirkprinzip vorgestellt. Wenn das aktive Formprinzip der Seele den Körper nicht mehr durchwirkt, kann das Trägersubjekt dieses Körpers, das einzelne Lebewesen oder der Mensch unter den Voraussetzungen dieses sogenannten hylemorphistischen Einheitsmodells nicht mehr als lebend gedacht werden.¹³⁵ Dabei kann „Seele“ in dieser philosophischen Sichtweise ganz ohne religiöse Konnotationen gelesen werden. Der Begriff lässt sich funktional ohne Weiteres auf die oben dargestellte zentrale Instanz der Selbstintegration abbilden, die mit dem vollständigen Tod des Gehirns irreversibel erlischt. Aber auch eine andere als eine solche funktionale Interpretation des Begriffs der Seele führt in diesem Fall zu keinem anderen Ergebnis.

Der Hirntodkonzeption wird in der philosophischen Diskussion oftmals ein auf Descartes zurückgehendes dualistisches Menschenbild unterstellt, das die leib-seelische Einheit des Menschen nicht ernst nehme und das Menschsein allein von mentalen Fähigkeiten her definiere.¹³⁶ Dieser Vorwurf

135 Im Hylemorphismus werden Stoff (*hyle*) und Form (*morphe*) als zwei Aspekte der Einheit eines Lebewesens unterschieden, die dieses gemeinsam hervorbringen; je für sich können unter den Voraussetzungen dieses anthropologischen Denkmodells weder die Form noch der Stoff existieren.

136 Zum Beispiel Anna Bergmann im Interview mit dem Wissenschaftsjournal 360° (http://www.journal360.de/_wordpress_live_dSj360/wp-content/uploads/2013/12/15_Glauben_Wissen_Spezial_Interview.pdf [27.01.2015]).

trifft jedoch allenfalls Teilhirntodkonzepte, wie sie vor allem in der angelsächsischen Diskussion gefordert werden, nicht aber das Konzept des Ganzhirntodes, das den irreversiblen Ausfall sämtlicher Gehirnfunktionen voraussetzt. Vielmehr kommt dem Gehirn eine unabdingbar notwendige Rolle in zweierlei Hinsicht zu: einerseits als Quelle subjektiven Erlebens und mentaler Vorgänge, andererseits als zentrale, auf die Ganzheit des Organismus zielende Integrationsleistung, die die leib-seelische Ganzheit gewährleistet. Wollte die Hirntodkonzeption allein auf die Bewusstseinsleistungen des Menschen abstellen und deren Ausfall als ausreichendes Indiz für den Tod des Menschen bewerten, träfe der Vorwurf einer dualistischen Missachtung der leib-seelischen Einheit des Menschen zu. Und ersichtlich das Gleiche wäre der Fall, wollte man ausschließlich den organismischen Aspekt des Menschseins zum hinreichenden Merkmal der Grenze zwischen Leben und Tod erklären. Beides wären einseitige (und eben deshalb den Dualismus voraussetzende) Verkürzungen der *Conditio humana*. Und beides trifft auf das in Deutschland gültige Ganzhirnkriterium nicht zu. Es knüpft im Gegenteil gerade an die Bedingungen an, unter denen die leib-seelische Einheit des Menschen aufrechterhalten werden kann. Die anthropologische Berechtigung dieses Ansatzes folgt aus dem Umstand, dass die einzelnen Organe des menschlichen Körpers erst durch die Tätigkeit des Gehirns als zentraler Koordinationsstelle zur integrierten Einheit und Ganzheit eines Organismus zusammenfinden. Der Tod des Menschen tritt ein, wenn das integrative Prinzip, das die Einheit des Organismus gewährleistet, seine Funktionen für den Organismus nicht mehr erfüllen kann und dessen Teile sich auflösen beginnen.

4.2.2 Position B: Der Hirntod ist keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen

Nach Auffassung einer Minderheit des Deutschen Ethikrates ist der Hirntod keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen. Die vorstehende Argumentation halten die Vertreter von Position B für nicht tragfähig. Zwar besteht Übereinstimmung mit Position A darin, dass der „mentale Tod“ eine notwendige Bedingung für den Tod des Menschen ist. Fundamentale Bewertungsunterschiede bestehen aber in der Frage, ob ein Mensch mit irreversiblen Hirnversagen auch in organischer Hinsicht schon als tot zu bezeichnen ist. Wo ist die Schwelle anzusetzen, jenseits derer die Integration des Körpers zu einer biologischen Einheit aufgehoben ist? Die Vertreter von Position B halten den irreversiblen und vollständigen Ausfall aller Hirnfunktionen angesichts der auch dann noch bei intensivmedizinischer Behandlung möglichen komplexen biologischen Leistungen nicht für so erheblich, dass damit schon die Schwelle überschritten wird, jenseits derer der Körper als desintegriert und damit tot zu betrachten ist. Zwar übt das Gehirn wesentliche Funktionen für die Aufrechterhaltung des Organismus aus (z. B. die Atemstimulation), doch sind diese Funktionen (jenseits der „mentalenen“) grundsätzlich intensivmedizinisch ersetzbar. Das Gehirn ist aus biologischer Sicht keine unersetzliche Integrations- und Koordinationsstelle des Organismus. Dieser ist vielmehr charakterisiert durch ein komplexes Zusammenspiel von Organsystemen, die dem Selbsterhalt des Ganzen dienen (siehe dazu in Abschnitt 4.2.2.1).¹³⁷ Auch

¹³⁷ Deshalb vertritt beispielsweise Ralf Stoecker die Auffassung, dass der Tod ein sogenannter „dicker Begriff“ sei: Mehrere deskriptive Merkmale wie die oben genannten sind miteinander kombiniert und derart mit einer moralischen Bedeutung und einer sozialen Funktion versehen, dass der Eindruck entsteht, es handle sich dabei um einen *einzigsten* Umschwung. In der Situation des Hirntodes wird jedoch deutlich, dass die Annahme einer einzigen deskriptiven Bedingung eine Fiktion ist: „Die überragende moralische Bedeutung des Todes, die sich in der ethischen Grundannahme über den Tod ausdrückt, verdankt sich der Fiktion eines einzigen Umschwungs auf der deskriptiven Ebene, und diese Fiktion lässt sich unter den Umständen,

der Umstand, dass die Einheit des Organismus nur mithilfe intensivmedizinischer Maßnahmen wie künstlicher Beatmung ermöglicht wird, wird nicht als entscheidend dafür angesehen, ob ein Körper in biologischer Hinsicht als tot oder lebendig gilt. Ohne die medizinische Unterstützung wäre er zweifellos tot, aber er ist es eben unter Beatmung und Medikamentengabe noch nicht (dazu in Abschnitt 4.2.2.2).

4.2.2.1 Integration des Organismus zu Einheit und Ganzheit

Leben kann man als eine Art Systemeigenschaft verstehen, als Resultat der Interaktion von unterschiedlichen und spezifischen Komponenten auf verschiedenen funktionalen Ebenen: Auf der untersten Ebene sind Makromoleküle wie Nukleinsäuren, Aminosäuren, Fettsäuren usw., auf höheren Ebenen Zellen und Gewebe, „sodann Organe und auf oberster Ebene der gesamte Organismus beteiligt. Eine Interaktion erfolgt darüber hinaus zwischen den Ebenen und mit der Umwelt. Thomas Fuchs spricht von horizontaler und vertikaler zirkulärer Kausalität.¹³⁸ Die Organisation des Lebendigen besteht dann darin, dass die einzelnen biologischen Komponenten sich dadurch selbst herstellen und erhalten, dass sie zur Herstellung und Erhaltung aller anderen biologischen Komponenten beitragen. Oder anders formuliert: Das Herz erhält sich dadurch,

in denen sich die Hirntoten befinden, nicht aufrechterhalten“ (Stoecker 2010, XLIX). Gerade unter den Bedingungen der modernen Intensivmedizin wird erfahrbar, dass ein derartiger Umschwung nicht eindeutig zu bestimmen ist. So können durch intensivmedizinische Eingriffe bedeutsame Lebensfunktionen wie Atmung, Herz-Kreislauf-Funktionen, Bewusstsein, Reproduktion usw. voneinander entkoppelt werden. Beispielsweise können die Vitalfunktionen Kreislauf oder Reproduktion unabhängig von den Funktionen Bewusstsein oder Atmung aufrechterhalten werden. Vgl. dazu die medizinhistorische Analyse von Sebastian Schellong. Er zeigt, dass durch die Möglichkeiten der Intensivmedizin Leben nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch in verschiedene Vitalfunktionen zerlegt werden kann, weshalb sich seiner Ansicht nach die Frage nach einem einheitlichen Tod des Menschen als Moment des Übergangs von Leben zum Tod nicht mehr sinnvoll stellen lässt (Schellong et al. 1990).

138 Fuchs 2012.

dass es zur Erhaltung der Leber, der Nieren usw. beiträgt und umgekehrt.¹³⁹

Die Auffassung des Organismus als System basiert somit ganz wesentlich auf der Idee der Rückkopplung und Wechselwirkung, nicht auf dem Prinzip einer zentralen Steuerung. Jeder lebende Organismus – gleich ob menschlicher oder tierischer Natur – ist aus der hier relevanten Sicht der Biologie ein sich selbst nach Zwecken organisierendes System, weshalb die Beschreibung eines Zusammenbruchs dieses Systems immer einen Bezug zu diesen Zwecken erfordert. Diese Aufrechterhaltung der individuellen körperlichen oder psychischen Identität, von Reproduktion, Wachstum, Ernährung etc. ist beim Menschen komplexer Natur; als systemische Funktionen sind sie miteinander verschränkt. Auch nach dem Absterben des Gehirns verfügt der Organismus unter der Voraussetzung der in Abschnitt 2.2.3 dargestellten intensivmedizinischen Maßnahmen unter Umständen noch über vielfältige Funktionen, die nicht nur „partiell“, sondern für den Organismus als Ganzen integrierend wirken. In einem Artikel aus dem Jahre 2001 im *Journal of Medicine and Philosophy* fasst Shewmon diese integrierenden Funktionen zusammen, die sich zumindest bei einigen als hirntot diagnostizierten Personen feststellen lassen:

>> Aufrechterhaltung des Gleichgewichts einer Vielfalt interagierender physiologischer Parameter durch die Funktion der Leber und Nieren, des Herz-Kreislauf- und des Hormonsystems sowie anderer Organe und Gewebe;

139 Siehe dazu schon Roth/Dicke 1995, 53; ferner Hoff/Schmitt 1995, 184 ff. m. w. N. Aus jüngster Zeit siehe Feinendegen/Höver 2013, 158 f.: „Die Ganzheit des menschlichen Organismus, das zeigen die Aporien der biologischen (organisch-somatischen) Hirntod-Begründung, ist *nicht* an das Funktionieren eines zentralen Organs (des Gehirns) gebunden, sie ist offenbar eine Art ‚emergente‘ Eigenschaft oder Leistung des gesamten Organismus. Eine solche Form der Ganzheit ist [...] in ihrer Existenz nicht vom Vorhandensein bzw. Funktionieren eines einzelnen Organs (also auch nicht des Gehirns) abhängig, sondern von der Möglichkeit, das *Zusammenwirken* der verschiedenen Funktionen, welches der Organismus *ist*, aufrechtzuerhalten – notfalls auch durch Substitution einer der zum Überleben erforderlichen Funktionen durch medizinische Intervention“.

- >> Beseitigung, Entgiftung und Wiederverwertung zellulären Abfalls im gesamten Körper;
- >> Energiebalance, die eine Interaktion zwischen Leber, Hormonsystem, Muskeln und Fett umfasst;
- >> Steuerung der Körpertemperatur, wenn auch auf einem niedrigeren als dem gewöhnlichen Niveau;
- >> Wundheilung, wobei die Fähigkeit hierzu im ganzen Körper verteilt ist und auf der Ebene des Organismus Interaktionen zwischen den Blutzellen, dem Kapillarendothel, Weichgewebe, Knochenmark, den gefäßverändernden Peptiden, der Gerinnung und den gerinnungshemmenden Faktoren beinhaltet (aufrechterhalten durch die Leber, das Gefäßendothelium und zirkulierende Leukozyten in einem dynamischen Gleichgewicht aus Synthese und Abbau);
- >> Kampf gegen Infektionen und Fremdkörper durch Interaktionen zwischen dem Immunsystem, Lymphsystem, Knochenmark und Mikrogefäßen;
- >> Entwicklung einer fieberhaften Reaktion auf Infektionen;
- >> Stressreaktionen auf der Ebene von Herz-Kreislauf-System und Hormonen bei Eingriffen zur Organentnahme ohne Narkose;
- >> sexuelle Reifung eines Kindes;
- >> Wachstum eines Kindes;
- >> erfolgreiche Schwangerschaften.¹⁴⁰

Für die Aufrechterhaltung der vorstehend beschriebenen Funktionen bei einem Menschen mit irreversiblen Ganzhirnversagen ist es zwar erforderlich, dass der Beitrag des Gehirns zur Aufrechterhaltung des Organismus als Ganzem, insbesondere die Atemstimulation, intensivmedizinisch-apparativ ersetzt wird. Andererseits ist die prinzipielle Funktionsfähigkeit solcher körpereigenen, sich selbst integrierenden zellulären Prozesse von Organen und Organsystemen aber auch notwendige Voraussetzung für die Wirksamkeit

¹⁴⁰ Siehe Shewmon 2001, 467 f.

intensivmedizinischer Maßnahmen. Das lässt sich am Beispiel der Beatmung verdeutlichen: Das Beatmungsgerät kann letztlich nur rein mechanisch mit einem gewissen Druck sauerstoffreiche Luft in die Lungen einblasen und so die Leistung der Atemmuskulatur, die sonst über das Erzeugen von Unterdruck für das Einströmen von Luft sorgt, ersetzen. Dies würde jedoch wirkungslos bleiben, wenn der Sauerstoff nicht von Zellen im Blut zu den Geweben überall im Körper weitertransportiert würde und eine Sauerstoffaufnahme und -weiterverarbeitung in den Körperzellen (die sogenannte ‚Zellatmung‘) stattfände. Die beiden letzten Prozesse sind fundamental wichtig für alle Lebensäußerungen des Organismus, werden aber nicht vom Gehirn gesteuert und nicht vom Beatmungsgerät ersetzt. Auch für die Ernährung gilt: Magensonde oder parenterale Ernährung sorgen nur dafür, Nährstoffe im Darm bzw. im Blut zur Verfügung zu stellen. Alle weiteren Prozesse der Erschließung der Nahrungsbestandteile, des Transports in die Zellen, der Verwendung für den Aufbau von Zellsubstanz und für den Energiestoffwechsel sind zentrale Prozesse eines lebenden Organismus, die ohne äußeres Bewirken vonstatten gehen.¹⁴¹

Dies gilt gerade auch bei gleichzeitigem Vorliegen von Schwangerschaft und Hirntod. Für das Wachstum des Fötus ist das Gehirn der Schwangeren mit seinen Funktionen nicht von unverzichtbarer Bedeutung. Zwar ist es korrekt, dass eine Schwangerschaft nur durch medizinische Interventionen von außen aufrechterhalten werden kann, aber in unkomplizierten Fällen reicht es völlig aus, für Beatmung und Ernährung, die basalen Voraussetzungen für jede Form von zellulärer Funktion, zu sorgen. Das Wachstum des Fötus jedoch ist Ergebnis der Einheit des schwangeren weiblichen Organismus mit dem Organismus des Ungeborenen. Ihre jeweiligen Funktionen sind auf ein komplexes Miteinander gegenseitiger Regulation beispielsweise immunologischer und hormoneller Art

¹⁴¹ Siehe auch Wikler 1993, 241.

angewiesen, für die die Fähigkeit des beatmeten mütterlichen Organismus zu integrierender Selbstregulation wesentliche Voraussetzung ist.¹⁴²

Die Bedeutung dieser Befunde lässt sich daran ermessen, dass der *President's Council on Bioethics* im Jahr 2008 den Aussagen Shewmons und dem Versuch ihrer Widerlegung eine eigene Stellungnahme gewidmet hat. Der *President's Council*, der ja in seiner Mehrheit die Hirntodkonzeption – wenn auch nun mit anderer Begründung (siehe in Abschnitt 4.2.2.2) – für valide hält, bringt die Befunde auf einen einfachen Nenner: Diese Mechanismen „begründen die anhaltende Gesundheit lebenswichtiger Organe in den Körpern von Patienten, bei denen ein völliges Hirnversagen diagnostiziert wurde, und erklären zu einem großen Teil das lange Überleben solcher Patienten in seltenen Fällen. In diesen Fällen findet weiterhin eine koordinierte Tätigkeit verschiedener Systeme statt, alle ausgerichtet auf das Funktionieren des Körpers als eines Ganzen. Wenn das Lebendigkeit als biologischer Organismus verlangt, ein Ganzes zu sein, das mehr ist als die Summe seiner Teile, so ließe sich kaum bestreiten, dass der Körper eines Patienten mit völligem Hirnversagen immer noch lebendig sein kann, zumindest in einigen Fällen“.¹⁴³ Dem ist nachdrücklich zuzustimmen. Es zeigt sich, dass für die Aufrechterhaltung der Funktionseinheit des komplexen Organismus nicht *ein* Funktionskreis oder *ein* Organ exzeptionell ist. Zwar kommt dem Gehirn für den Ausdruck von Persönlichkeit und Bewusstsein eine herausragende Bedeutung zu – dies ist auch für Kritiker

142 Vgl. die Beiträge in Bockenheimer-Lucius/Seidler 1993; Glover 1993; Wiesemann 1994.

143 "These mechanisms account for the continued health of vital organs in the bodies of patients diagnosed with total brain failure and go a long way toward explaining the lengthy survival of such patients in rare cases. In such cases, globally coordinated work continues to be performed by multiple systems, all directed toward the sustained functioning of the body as a whole. If being alive as a biological organism requires being a whole that is more than the mere sum of its parts, then it would be difficult to deny that the body of a patient with total brain failure can still be alive, at least in some cases" (President's Council on Bioethics 2008, 57).

des Hirntodkriteriums unbestreitbar –, doch gilt dies nicht für die Integration des Organismus als eines Ganzen.

4.2.2.2 Zur Tragfähigkeit des Kriteriums der Selbststeuerung

Der *President's Council on Bioethics* benennt in seinen Begründungsversuch drei Voraussetzungen, die kumulativ erfüllt sein müssen, damit man vom Tod eines Menschen sprechen könne:

1. keine Zeichen von Bewusstsein,
2. Fehlen von spontaner Atmung und
3. Irreversibilität dieser Befunde.

Mit der Hirntoddiagnose seien diese Kriterien nachgewiesen.¹⁴⁴ Während die Bedingung der Irreversibilität unstrittig ist, kann der ersten nur insoweit zugestimmt werden, wenn, wie es der *President's Council* auch tut, mit dem Begriff des Bewusstseins tatsächlich jede Form der Wahrnehmungs-, Empfindungs-, Denk- und Entscheidungsfähigkeit verbunden wird (zum „mentalen Tod“ in diesem Sinne siehe Abschnitt 4.1.1). An dieser Stelle bedarf jedoch die zweite Voraussetzung, das Fehlen einer spontanen Atmung (*breathing*), mit der das *White Paper* die „klassische“ organismische Begründung neu fasst, einer näheren Betrachtung. Spontane Atmung sei eine unerlässliche Funktion höherer Tiere, die den Stoffwechsel und alle anderen vitalen Funktionen erst möglich mache. Das spontane Atmen zeige erstens die Empfänglichkeit eines Organismus für die Welt und zweitens zugleich seine Fähigkeit, auf diese einzuwirken. Schließlich erweise sich hierin auch die dritte grundlegende Fähigkeit, die einen Organismus als einen lebendigen Organismus von einem toten Körper unterscheidet, nämlich die interne Erfahrung eines Bedürfnisses.¹⁴⁵

Für dieses Todesverständnis ist nun von zentraler Bedeutung die Unterscheidung zwischen spontanem Atmen als

144 Ebd., 64.

145 Ebd., 61 f. (für Originalwortlaut siehe auch Fn. 134).

einer natürlichen Tätigkeit einerseits und künstlichem, nicht spontanem Atmen andererseits. Von Letzterem könne man sprechen mit Blick auf den passiven Zustand des Beatmetwerdens in dem Fall, in dem die eigene Atmung durch einen Respirator ersetzt werde.¹⁴⁶ Die natürliche Tätigkeit des Atmens sei ein sicheres Zeichen dafür, dass der Organismus als ein Ganzer seine Tätigkeit vollziehe und erhalte. Bei einer maschinellen Beatmung dagegen werde der Organismus nicht angetrieben durch ein gefühltes Bedürfnis; der dadurch bewirkte Austausch von Gasen sei weder eine Leistung des Organismus noch ein Zeichen genuinen Lebendigseins. In dieser Perspektive verdeckt der Einsatz des Respirators den Umstand, dass der Tod bereits eingetreten ist: Simuliertes Atmen, ermöglicht durch den Respirator, sei kein Lebenszeichen.¹⁴⁷

In dieser kategorialen Unterscheidung zwischen aktiver Eigentätigkeit und künstlich bewirkter Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen trifft sich die Argumentation des *President's Council on Bioethics* mit der Mehrheitsauffassung des Deutschen Ethikrates (Position A). Auch Position A stellt maßgeblich darauf ab, dass bei Hirntoten die „ausgefallenen lebenswichtigen Funktionen, wie etwa die Atmung oder der Blutkreislauf, durch künstliche Maßnahmen aufrechterhalten und damit ersetzt“ werden. Die Integration des menschlichen Körpers zu einer funktionierenden Einheit sei in diesem Fall keine Eigenleistung dieses Körpers mehr. Eine „Selbststeuerung der Atmung“ könne also von Hirntoten nicht mehr erbracht werden. Lebendigsein aber könne man nur einem Organismus zuschreiben, der die zentrale Integration aller Körperfunktionen zu einer organismischen Einheit „als aktive Eigenleistung herstellen und gewährleisten“ könne. Auch wenn Position A nicht ausschließlich auf die Atmung abhebt,

¹⁴⁶ Ebd., 63.

¹⁴⁷ Ebd.: “The natural work of breathing, even apart from consciousness of self-awareness, is itself a sure sign that the organism as a whole is doing the work that constitutes – and preserves – it as a whole. In contrast, artificial, non-spontaneous breathing produced by a machine is not such a sign.”

verweist sie aber in Übereinstimmung mit dem *White Paper* auf ein selbst initiiertes Verhalten und auf den Prozess der Selbstintegration als einer aktiven Eigenleistung.

Mit dem argumentativen Rückgriff gerade auf den Ausfall der Spontanatmung als einer in Verbindung mit dem irreversiblen Ganzhirnversagen hinreichenden Bedingung für das Erlöschen des Organismus als eines Ganzen beziehen sich die Befürworter der Hirntodkonzeption genau auf jenen empirischen Befund, den die Hirntoddiagnose liefert. Dies aber ersetzt die normative Begründung für die Auswahl dieses Kriteriums nicht. Die Spontanatmung ist (nur) eine lebensnotwendige Organismusleistung wie andere auch, etwa der vom kardialen Sinusknoten (*Nodus sinuatrialis*) vermittelte Impuls für den spontanen Herzschlag. Aus einer systembiologischen Perspektive lässt sich keine Hierarchie der Wichtigkeiten zwischen unterschiedlichen lebensnotwendigen Leistungen des Organismus begründen. Entscheidend ist demgegenüber allein die Frage, ob die jeweilige Funktion apparativ erfolgreich substituiert werden kann oder nicht. Insoweit gibt es keinen Unterschied zwischen dem funktionellen Ersatz eines irreversibel erkrankten Sinusknotens durch einen Herzschrittmacher einerseits und dem Ersatz des „Atemschrittmachers“ in der *Medulla oblongata* des Gehirns durch die künstliche Beatmung. Warum, so muss man deshalb fragen, sollte der künstlich kompensierte Ausfall des Herzschlags für die Frage der Lebendigkeit eines Organismus weniger bedeutsam sein als der künstlich kompensierte Ausfall der Atmung? Warum sollte ein irreversibel komatöser (jedoch nicht „hirntoter“), aber spontan atmender Patient mit künstlichem Herzschrittmacher lebendig, ein ebenfalls irreversibel komatöser und zugleich beatmungspflichtiger („hirntoter“) Patient mit selbstständig schlagendem Herz dagegen tot sein? Mit der bloßen Behauptung einer exzeptionellen Relevanz oder Zentralität zerebraler Funktionen lässt sich darauf jedenfalls keine hinreichende Antwort geben.

Demgegenüber ist Folgendes hervorzuheben: Der neuronale Antrieb der Atemfunktion ist nur *eine* organismische Funktion unter vielen, die in ihrer Gesamtheit für die physiologische Wirksamkeit des Ablaufs der Atmung notwendig sind. Neben dem neuronalen Antrieb der Atemmuskulatur sind die Funktionen des Lungengewebes, des Gastransports im Blut und der Zellatmung von ebenso großer Bedeutung. Auch dabei handelt sich um aktive, eigengesteuerte Zell- und Gewebeleistungen. Nur weil ein großer Teil dieser organismischen Aktivität auch in der Situation des Hirntodes noch funktionsfähig ist, kann durch einen künstlichen Ersatz des neuronalen Atemantriebs mittels mechanischer Ventilation der gesamte Prozess der Atmung aufrechterhalten werden.

Der Begriff der Eigensteuerung darf also nicht einfach nur der neuronalen Aktivität vorbehalten sein. Selbststeuerung und Selbstintegration von Zell- und Gewebeaktivität erfolgen im Organismus vielmehr auf vielfältige Art und Weise nicht nur über die Nervenwirkung, sondern ebenso über humorale Faktoren, über den Gasdruck in Blut und Zellgewebe oder die Zahl der Rezeptoren in der Zellwand.

Ohnehin ist nicht begründbar, warum der Ausfall einzelner Formen der Selbststeuerung, die ersetzbar sind, solche kategorische Bedeutung für die Unterscheidung von Leben und Tod erlangen sollte. Die Unterscheidung zwischen aktiver Eigensteuerung als einer intrinsischen Fähigkeit des Organismus und einer dauerhaften externen Substitution von Vitalfunktionen überzeugt nicht. Insbesondere stellt sich die Frage, warum der intensivmedizinisch-apparative Ersatz der neuronalen Steuerung des Atemantriebs gerade dann relevant für die Unterscheidung zwischen Tod und Leben werden soll, wenn er den Organismus eines Patienten mit irreversiblen Ganzhirnversagen unterstützt; nicht aber dann, wenn – mit zum Teil noch weiter gehenden Maßnahmen – andere schwerstkranke Patienten am Leben erhalten werden. Für den Fall, dass ein Mensch über mentale Fähigkeiten verfügt, wäre das Kriterium der äußeren Verursachung – auch für die

Vertreter der Position A – keinesfalls ein Grund dafür, ihn für tot zu erklären.

Die Mehrheit der Autoren des *White Paper* geben dem Ausfall der selbst gesteuerten Aktivität des Gehirns noch eine weitere, für ihre These wichtige Bedeutung. Das Gehirn ist ihrer Ansicht nach jenes Organ, das unverzichtbar für den Austausch des Organismus mit der Umwelt zuständig ist.¹⁴⁸ Wenn die Interaktion mit der Umwelt nicht mehr in Eigenständigkeit möglich ist, sei damit eine fundamentale Funktion menschlichen Lebens erloschen. Dies basiert jedoch auf einer verkürzten Sicht dessen, was als Interaktion mit der Umwelt verstanden werden kann. Als Interaktion muss jede Reaktion des Organismus auf eine Einwirkung von außen gelten, sofern diese nicht nur rein passiv und mechanisch hervorgerufen wird (wie die Delle in der Haut, die durch einen Fingerdruck entsteht), sondern in einer eigenständigen, für den Organismus typischen Aktivität besteht. Solche Interaktion, die also auf einer von Eigenständigkeit des Organismus gekennzeichneten Antwort beruht, ist auch bei Hirntoten noch zweifellos möglich. So interagiert ein hirntoter Patient mit infektiösen Erregern, die von außen kommen, indem sein Immunsystem durch komplexe Prozesse aktiv darauf antwortet, beispielsweise indem eine Wundinfektion mittels Immunzellen bekämpft wird. Dazu sind zahlreiche aktive Immunprozesse vonnöten: die Vermehrung von Immunzellen, deren gezielte Wanderung an die Stelle der Infektion und die Produktion von Abwehrstoffen gegen die Infektion. Vergleichbar reagieren Darm, Leber und Stoffwechsel auf die angebotene, von außen kommende Nahrung mit dem Abbau, dem Transport und der Weiterverarbeitung von Nahrungsbestandteilen usw. All diese hochkomplexen und auf die aktuelle Bedürfnislage des Organismus zugeschnittenen Prozesse können keinesfalls ausschließlich mechanisch von außen bewirkt werden.

¹⁴⁸ Ebd., 61 f.

Es sind also keine Kriterien erkennbar, gemäß denen charakteristische Prozesse der Integration beschrieben werden können, denen sodann für die Unterscheidung zwischen aktiver Eigenleistung (dann lebendig) und externer Bewirkung (dann tot) eine fundamentale Bedeutung zugewiesen wird (siehe Abschnitt 4.2.1). Dies ist weder für die organismische Einheit „nach innen“ noch für die Interaktion mit der Umwelt von Relevanz. Insgesamt zeigt sich: Die Verknüpfung des irreversiblen Ganzhirnversagens mit dem irreversiblen Ausfall der aktiven Selbststeuerung insbesondere durch die Fähigkeit der Spontanatmung ist ein unzureichender Begründungsansatz. Er begründet die Hirntodkonzeption unter Rückgriff auf genau die beiden Kriterien, die den Zustand des „Hirntodes“ charakterisieren. Als Kriterien für den irreversiblen Zusammenbruch des Organismus als Ganzen taugen sie nicht. Der „mentale Tod“ ist für die Funktion des Organismus als Ganzen nicht konstitutiv, und die Spontanatmung kann intensivmedizinisch-apparativ ersetzt werden.

Eine Minderheit des Deutschen Ethikrates kommt dementsprechend in Würdigung der jahrzehntelangen Diskussion zu der Überzeugung, dass die Begründung für die Hirntodkonzeption nicht tragfähig ist. In Deutschland hat diese Auffassung inzwischen nicht nur in der ethischen¹⁴⁹ und gesellschaftlichen Debatte¹⁵⁰ Unterstützung gefunden. Von besonderer Bedeutung ist, dass auch ein erheblicher Teil der deutschen

149 Aus neuerer Zeit etwa Birnbacher 2012; Stoecker 2010; Dabrock 2011; Denkhaus/Dabrock 2012; Wiesemann 2012. Wegweisend für die deutsche Diskussion Hoff/Schmitt 1995.

150 Siehe etwa Evangelische Landeskirche in Baden 2014, 11 f.; Evangelische Frauen in Deutschland 2013; Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern 2014, 32 ff.; Evangelische Kirche im Rheinland 2013. Unabhängig von der Triftigkeit der jeweils dokumentierten Positionen vermitteln die folgenden Foren und Blogs einen Eindruck von der Breite der Diskussion um den Hirntod: <http://hirntoddebatte.wordpress.com> [15.01.2015]; <http://www.gesundheit-aktiv.de/misch-dich-ein/organspende-wir-wollen-alles-wissen.html> [15.01.2015]; <http://www.organspende-aufklaerung.de> [15.01.2015]; <http://www.initiative-ka0.de> [15.01.2015]; <http://www.aktion-leben.de/organspende> [15.01.2015]; <http://www.transplantation-information.de> [15.01.2015].

Verfassungsrechtslehre eine kritisch-ablehnende Position eingenommen hat.¹⁵¹

4.3 Zur Bedeutung der Dead-Donor-Rule

Die Diskussion um die Hirntodkonzeption steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Frage, ob lebenswichtige Organe nur Toten entnommen werden dürfen, das heißt, ob die so genannte Dead-Donor-Rule Geltung beanspruchen muss. Dies ist nicht nur in Deutschland, wo die Dead-Donor-Rule im Transplantationsgesetz verankert ist, sondern auch international umstritten. Auch Kritiker der Hirntodkonzeption halten die Explantation eines lebenswichtigen Organs unter bestimmten Voraussetzungen für ethisch zulässig.¹⁵²

4.3.1 Position B: Entbehrlichkeit der Dead-Donor-Rule

Die Kritik an der Hirntodkonzeption wird seit Langem begleitet von einem Plädoyer, die Dead-Donor-Rule aufzugeben. Einer der in diesem Zusammenhang entwickelten Vorschläge beruht auf der Annahme, die notwendige philosophische Sicherheit und Eindeutigkeit der Todeskonzeption, welche

151 In der Kommentarliteratur zum Grundgesetz ergibt sich inzwischen sogar ein Übergewicht an Kritikern der Hirntodkonzeption. Als kritisch-ablehnende Äußerungen seien genannt: Herdegen, in: Maunz/Dürig 2014, Art. 1 Rn. 56 (Stand: Februar 2005); Hillgruber, in: Epping/Hillgruber 2014, Art. 21 Nr. 5.1 und 17; Höfling, in: Friauf/Höfling 2014, Art. 2 Abs. 2 Rn. 65 ff. (Stand: November 2012); Jarass, in: Jarass/Pieroth 2014, Art. 2 Rn. 81 (anders noch in der Voraufgabe); Lang, in: Epping/Hillgruber 2014, Art. 2 Rn. 60 f.; Murswiek, in: Sachs 2014, Art. 2 Rn. 142; wohl auch Horn, in: Stern/Becker 2010, Art. 2 Rn. 55. Als weitere Staatsrechtslehrer, die die Hirntodkonzeption ablehnen, seien – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – genannt: Fink in: Merten/Papier 2011, § 88 Rn. 31 f.; Rixen 1999; Sachs, in: Stern/Sachs/Dietlein 2006, 147 f.; Schmidt-Jortzig 1999.

152 Die Zuordnung der Mitglieder des Deutschen Ethikrates zu den nachfolgend dargelegten Positionen A und B ist im Anschluss an die Empfehlungen in Kapitel 6 dokumentiert.

Voraussetzung für die Anwendbarkeit der Regel ist, sei nicht zu gewinnen. Stattdessen sollten für jeweils einzelne Übergangszustände vom Leben zum Tod ethisch adäquate Umgangsweisen entwickelt werden.¹⁵³ Organexplantationen könnten als eine besondere Form des Sterbenlassens (*allowing to die*) bewertet werden.¹⁵⁴ Derartige Überlegungen sind eingebettet in einen größeren medizinethischen Diskurszusammenhang, in dem selbstbestimmten Entscheidungen von Patienten über Leben und Sterben eine zentrale Bedeutung zugewiesen wird.

Auch die Minderheit des Deutschen Ethikrates, die die Hirntodkonzeption ablehnt, bezweifelt den strikten Geltungsanspruch der Dead-Donor-Rule. Sie hält die Entnahme lebenswichtiger Organe bei Menschen mit irreversiblen Ganzhirnversagen unter bestimmten Voraussetzungen für ethisch wie verfassungsrechtlich legitim. Auch für die Vertreter dieser Position bildet der Hirntod nämlich eine wichtige normative Zäsur (siehe Abschnitt 4.1.3). Spätestens mit der Feststellung des Hirntodes entfällt die Pflicht (und das Recht) des Arztes, therapeutisch ausgerichtete Maßnahmen zu ergreifen. Stattdessen gewinnt nun der Wille des betroffenen Patienten eine entscheidende Bedeutung. Seine Entscheidung, sein Leben nicht nur durch die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen, sondern mit einem Akt der Organspende zu beenden, kann und sollte respektiert werden.

Gegenüber einer Aufgabe der Dead-Donor-Rule werden verschiedene Einwände geltend gemacht. Der gewichtigste besteht in dem Vorwurf, damit werde das Tötungsverbot

153 So argumentiert beispielsweise Dieter Birnbacher für eine Aufgabe der Dead-Donor-Rule (Birnbacher 2007, 475). Er stützt sich dabei auf die von dem Philosophen Winston Chiong geprägte Redewendung vom Tod als einem Cluster-Begriff bzw. einem *fuzzy concept*. Tod als Cluster-Begriff ist gekennzeichnet durch eine wechselnde Zahl von Merkmalen und Kontextbedingungen; nicht in jeder Situation müssen alle Merkmale zutreffen, damit wir vom Eintritt des Todes ausgehen. Birnbacher hält den Hirntod als Kriterium für den organismischen Tod für ungeeignet. Allerdings biete das Hirntodkriterium ein hohes Maß an Sicherheit dafür, dass der „irreversible Verlust des Bewusstseinslebens“ eingetreten sei.

154 Truog 1997.

relativiert. Dies unterminiere zugleich die moralische Legitimation der Transplantationsmedizin. Die Vertreter der Minderheitsposition halten diese Kritik nicht für überzeugend.

Die Kritiker der Hirntodkonzeption schreiben dem Hirntod die Funktion zu, einen moralischen Statuswechsel insoweit zu bewirken, als der Zeitpunkt seiner Feststellung zugleich die Zäsur beschreibt, die eine Organentnahme erlaubt. Das Vorhandensein oder der irreversible Ausfall mentaler Funktionen des Gehirns begründen zwar nicht den Status als Lebender oder Toter, haben aber eine ganz wesentliche Bedeutung für die Begründung lebenserhaltender Maßnahmen und somit für die Legitimation ärztlicher Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit. Die Feststellung, dass ein Mensch, dessen mentale Funktionen vollständig und irreversibel erloschen sind, als noch Lebender in einem im Endstadium arretierten Sterbezustand anzuerkennen ist (da er das primär biologische Kriterium des intakten Organismus als eines Ganzen erfüllt), lässt sich durchaus mit der Feststellung vereinbaren, dass eine Verlängerung dieses Lebens mit medizinischen Mitteln in der Regel ethisch nicht begründet werden kann (eine Ausnahme könnte eine intakte Schwangerschaft sein) und ein Abbruch der lebenserhaltenden Behandlung daher geboten ist. Es entspricht im Übrigen einer anerkannten Praxis, die Behandlung zu beenden, wenn eine therapeutische Indikation nicht (mehr) besteht. In einem solchen Fall gibt es auch keinen grundrechtlich fundierten Anspruch des Einzelnen mehr auf Weiterbehandlung.

Mit der Diagnose des völligen und irreversiblen Hirnversagens ist der Befund verknüpft, dass der betreffende Mensch über keinerlei Wahrnehmungs- und Empfindungsvermögen mehr verfügt. Unabhängig davon, wie man den Begriff einer subjektiven Lebensqualität bestimmen möchte, setzt er doch die Möglichkeit einer wie auch immer gearteten minimalen Erlebnisfähigkeit voraus. Eine solche ist etwa beim Wachkoma möglich, nicht aber im Zustand eines zutreffend diagnostizierten Hirntodes. Hier wie auch sonst in zahlreichen anderen

Konstellationen der Intensivmedizin ist die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch zwar als wertend zu verstehen; doch gerade die Diagnose „Hirntod“ beschreibt eine Situation, in der es einen weitreichenden Konsens darüber gibt, dass die Weiterbehandlung des Betroffenen in seinem Interesse nicht mehr sinnvoll ist.

In dieser Situation erscheint es unangemessen, die auf der Grundlage einer informierten Einwilligung erfolgende Organentnahme als Tötung im Sinne einer verwerflichen Integritätsverletzung zu bezeichnen. In Rede steht hier vielmehr – nicht zuletzt aus einer grundrechtlichen Perspektive betrachtet – die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen über seine leiblich-seelische Integrität. Mit der Entnahme lebenswichtiger Organe bei einem Patienten mit irreversiblen Ganzhirnversagen wird ein hochrangiger und auch von ihm selbst durch seine Organspendebereitschaft als hochrangig anerkannter Zweck verfolgt (Lebensrettung bzw. Leidensminderung), zu dessen Verwirklichung der Arzt zwar in die allerletzte Sterbephase eingreift, allerdings viele Stunden *nach* demjenigen Zeitpunkt, zu dem ohne Bereitschaft zur Organspende der Sterbeprozesses mangels Handlungsrechts des Arztes ohnehin bereits abgeschlossen wäre. Eine derartige Konstruktion und die damit verknüpfte Aufgabe der Dead-Donor-Rule stoßen deshalb auch keineswegs auf durchgreifende ethische und verfassungsrechtliche Bedenken.

Dies gilt jedenfalls bei der Zugrundelegung einer Zustimmungslösung, die die explizite oder mutmaßliche Einwilligung voraussetzt; ein eigenständiges Entscheidungsrecht Dritter kommt insoweit allerdings nicht in Betracht.¹⁵⁵ Etwas anderes gilt im Verhältnis zwischen Eltern und Kindern, für das Art. 6 Abs. 2 GG eine besondere Legitimationsgrundlage schafft. Das dort gewährleistete Elternrecht kann in der besonderen

155 Dazu näher Höfling/Rixen 1996, 95 ff.; noch weiter gehend Sachs, in: Stern/Sachs/Dietlein 2006, 148 und 159; Sachs 2000, 67; siehe ferner Rixen 1999, 387.

Situation des Hirntodes auch die Entscheidung über die Gestaltung des Sterbeprozesses ihres Kindes umfassen.¹⁵⁶ Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ermöglicht als Ausdruck der Selbstbestimmung über die körperliche Integrität die vorausverfügte Spende lebenswichtiger Organe. Schutzpflicht abwägungen stehen dem gerade wegen der ohnehin gebotenen Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in der letzten Phase des Sterbeprozesses nach irreversiblen Ganzhirnversagen durch die Entscheidung für die Organspende nicht entgegen. Auch – und erst recht – lässt sich aus der Garantie der Menschenwürde des Art. 1 Abs. 1 GG ein Einwand gegen die hier skizzierte Konzeption nicht herleiten. Wird eine selbstbestimmte und freiwillige Entscheidung darüber ermöglicht, sein Leben nicht durch den bloßen Abbruch der intensivmedizinischen Behandlung zu beenden, sondern – nach Ergreifen organprotektiver Maßnahmen – im Falle der Hirntodfeststellung durch Organentnahme, wird die in Art. 1 GG geschützte Subjektqualität des Spenders nicht infrage gestellt. Die normative Akzeptanz einer solchen Spendeentscheidung ist vielmehr Ausdruck der Anerkennung einer altruistischen Haltung im eigenen Leben und Sterben.¹⁵⁷ Mit altruistischer Haltung ist hier allerdings nicht gemeint, „das eigene Leben im Interesse anderer zu opfern“.¹⁵⁸ Weder geht es um eine kultische Handlung des Opfern, mittels derer überirdische Mächte beeinflusst werden sollen; noch verzichtet der Organspender zugunsten anderer auf ein Leben, das er ansonsten noch hätte behalten können. Zudem ist es irreführend, von einem ausschließlich

156 Eingehend dazu Höfling/Rixen 1996, 104 ff.; ferner Gallwas et al. 1995, 519.

157 Zum nicht tragfähigen Argument eines Menschenwürdeverstoßes siehe auch Isensee, in: Merten/Papier 2011, § 87 Rn. 218: „Verfassungsrechtlich ist es für die Zulässigkeit der Organentnahme unerheblich, ob das Recht auf Leben mit dem Hirntod [...] erlischt oder mit dem klinischen (Herz-)Tod [...]. Der Wille des Spenders wird so oder so respektiert, weil zwischen den beiden Zeitpunkten entweder das postmortale Persönlichkeitsrecht eintritt oder das Recht auf Leben anhält. [...] Wie immer aber die Reichweite des Rechts auf Leben bemessen wird, die Würde des freiwilligen Organspenders bleibt unberührt.“

158 Siehe Abschnitt 4.3.2 Abs. 3 Satz 10.

fremdnützigen Eingriff zu sprechen, da es dem Organspender gerade darum geht, durch die Rettung eines anderen Lebens einen für ihn selbst hohen Wert zu verwirklichen.

Wenn und soweit in diesem Lösungsvorschlag eine Kollision mit dem Straftatbestand des § 216 StGB gesehen wird, was keineswegs zwingend erscheint, kann dies durch eine entsprechende ausdrückliche Herausnahme der Konstellation der Organspende im Zustand des diagnostizierten irreversiblen Ganzhirnversagens aus dem Regelungsbereich geklärt werden.

Der Tötungsvorwurf greift schließlich (auch) dann nicht, wenn – wie manche Vertreter von Position B es sehen – zumindest mit dem irreversiblen funktionalen Versagen des Gehirns, also dem dissoziierten Hirntod, eine Art drittes Stadium zwischen Leben und Tod, ein dissoziiertes Leben, angenommen werden kann.¹⁵⁹ Führt man sich vor Augen, dass Begriffe wie Leben und Tod vor allem in praktischen Kontexten ihre Plausibilität erhalten und für die Medizin und das Recht möglichst willkürarm markieren, wann das medizinische Handeln objektiv seine Grenze findet und jemand nicht mehr als ein lebender Mensch behandelt werden muss, dann sieht man, dass das Phänomen des Hirntoten durch die traditionellen, als identisch angesehenen, dichotomen Unterscheidungen „lebend = nicht tot“ und „tot = nicht lebend“ nicht mehr adäquat erfasst werden kann. Phänomenologisch spricht nach Auffassung ihrer Vertreter für diese Deutung zum einen, dass nicht kontraintuitiv behauptet werden kann, dass der hirntote Patient auf der Intensivstation tot sei. Die körperliche Homöostase ist, intensivmedizinisch gestützt, noch immer gewährleistet. Der Hirntote erscheint nicht wie ein Leichnam. Entsprechend wird er ja auch würdig von den meisten Angehörigen und Mitarbeitenden im therapeutischen Team wahrgenommen und behandelt. Zum anderen kann der Hirntote aber auch nicht als ein lebender Mensch im üblichen Sinne verstanden werden.

159 Zum dritten Status vgl. Wiesemann 1995; Dabrock 2011; Denkhäus/Dabrock 2012.

Irreversibel hat er Empfinden und selbst die basalsten Kommunikations- und Schmerzfähigkeitsmöglichkeiten verloren. Eine Rückkehr in ein personales Leben ist ausgeschlossen. Es ist klar, dass der Hirntote sich unumkehrbar in der finalen, sensorik- und bewusstseinsfreien Phase des Sterbeprozesses befindet, die daher von anderen irreversiblen finalen Sterbephasen (beispielsweise beim Absturz aus einer großen Höhe auf eine harte Fläche) begründet unterscheidet. Man könnte bestenfalls von einem solchen, erst durch die Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin herbeigeführten, dritten Stadium sagen, dass sich Menschen in ihm in einem Status minimalster Lebendigkeit befinden.¹⁶⁰

Ob man nun behaupten kann, dass ein Mensch in einem solchen Stadium minimalster Lebendigkeit nicht getötet werden kann, hängt davon ab, ob man dem folgenden Satz zustimmen kann: „Wer nicht mehr lebend ist, kann nicht getötet werden.“ Behauptet man dagegen, dass der, der noch nicht tot ist, noch getötet werden kann, kann man die Formulierung, dass ein Hirntoter nicht mehr getötet werden kann, nicht teilen. Diese Nichtidentität der beiden Formulierungen und ihre gravierend unterschiedliche normative, vor allem strafrechtliche Konsequenz¹⁶¹ sollte man aber nicht denen zum Vorwurf machen, die auf diesen dritten Status hinweisen. Vielmehr muss man denjenigen Vertretern der Position B zufolge, die vom dritten Status reden, zugeben, dass diese Ambivalenz sich

160 Diese Formulierung ist gewählt, weil „tot“ und „lebend“ zwar nicht steigerbare Begriffe sind und daher im Sinne eines vollständigen Gegensatzes gebraucht werden können. Der dem Begriff „lebend“ nahe stehende Begriff der „Lebendigkeit“ ist aber gradualisierbar und kann damit die sprachliche Dichotomisierung aufbrechen und dem durch die moderne Intensivmedizin „geschaffenen“ Phänomen näher kommen (vgl. Denkhäus/Dabrock 2012, 143).

161 Gemäß der ersten Formulierung ist die Beendigung des Stadiums minimalster Lebendigkeit eines Hirntoten keine Tötung, damit nicht einmal bei Vorliegen einer Einverständniserklärung zur Organspende eine Tötung auf Verlangen. Gemäß der zweiten Formulierung müsste von einer Tötung gesprochen werden; ob sie dann wiederum – nach der obigen Phänomenologie – auch strafrechtlich tatbestandlich als eine „Tötung auf Verlangen“ einzustufen ist, ist nicht ausgemacht.

als ein Effekt der sonst von so vielen geschätzten Möglichkeiten der Transplantationsmedizin eingestellt hat. Ob man nun der ersten oder zweiten Beschreibungsalternative folgt, lässt sich nicht endgültig entscheiden. Dass die Beendigung eines Stadiums minimalster Lebendigkeit sich aber signifikant von der Tötung aller anderen Formen menschlichen Lebens (auch vom Menschen im tiefen Koma und von solchen im Stadium schwerster Demenz) unterscheidet, lässt sich nach dieser Auffassung kaum bezweifeln.

Im Übrigen sollte bedacht werden, dass die Bedeutung der Dead-Donor-Rule schon in praktischer Hinsicht außerhalb Deutschlands seit vielen Jahren durch die weitverbreitete Praxis der Non-Heart-beating-Donation (NHBD) in der Transplantationsmedizin auch im Eurotransplant-Raum relativiert wird. Wenn, wie in einigen Zentren der USA, Organe 120 Sekunden nach kontrolliertem Herzstillstand entnommen werden, lässt sich dies kaum mit einer von der faktischen Irreversibilität her verstandenen Dead-Donor-Rule vereinbaren. Diese Praxis zeigt zumindest für diejenigen, die eine NHBD für vertretbar halten, dass die moralische Fundierungsfunktion der Dead-Donor-Rule möglicherweise überschätzt wird. Darauf deutet auch eine neue amerikanische Untersuchung hin. Darin sprachen sich 71 Prozent der Befragten (n = 1096) dafür aus zu ermöglichen, im Zustand des „irreversiblen Komas“ ihre Organe zu spenden. Und 76 Prozent derjenigen, die in eine postmortale Organspende einwilligen, würden in einem solchen Szenario ihre Organe auch dann spenden, wenn die Organentnahme zum Tode führt.¹⁶²

¹⁶² Siehe Nair-Collins/Green/Sutin 2014.

4.3.2 Position A: Notwendigkeit der Dead-Donor-Rule

Der Vorschlag, die Hirntodkonzeption abzulehnen, dem Hirntod aber aus pragmatischen Gründen die Funktion eines Entnahmekriteriums zuzuschreiben, also einer Erlaubnis, dem dann als noch lebend angesehenen Menschen Organe wie Herz, Lunge oder gesamte Leber zu entnehmen, ist aus der Sicht der Mehrheit der Mitglieder des Deutschen Ethikrates sowohl ethisch als auch verfassungsrechtlich abzulehnen. Gleiches gilt für die Auffassung, wonach dem Hirntod lediglich die Funktion zukommt, einen moralischen Statuswechsel nur insoweit zu bewirken, als der Zeitpunkt seiner Feststellung zugleich die Zäsur beschreibt, die eine Organentnahme mit Einwilligung des Betroffenen erlaubt. Das Leben steht moralisch und rechtlich unter dem besonderen Schutz des Tötungsverbots. Dies gilt für die gesamte Dauer des Lebens, also ohne Abstufungen bis an sein Ende, unabhängig von der voraussichtlichen Dauer des individuellen menschlichen Lebens. Im Urteil zum Luftsicherheitsgesetz hat das Bundesverfassungsgericht dies ausdrücklich bestätigt.¹⁶³ Die Gegenauffassung kann deshalb verfassungsrechtlich nicht überzeugen.

Auch wenn man die Phase zwischen dem Eintreten des Hirntodes und dem Erlöschen sämtlicher Organfunktionen als einen „dritten Status“ zwischen Leben und Tod bezeichnet, muss man sich nach mehrheitlicher Auffassung des Deutschen Ethikrates entscheiden, ob man diesen dritten Status dem Leben oder dem Tod zuordnet, ob man ihn also als „dissoziierten Tod“ oder als „dissoziiertes Leben“ betrachten will.

Nimmt man gemäß der unter Abschnitt 4.2.2 dargelegten Kritik an der Hirntodkonzeption an, dass im Organismus eines Hirntoten aufgrund der Wechselwirkung verschiedener Organe noch ausreichende Integrationsfunktionen vorhanden sind, die es erlauben, diesen Organismus als lebendigen Menschen

¹⁶³ BVerfG, 1 BvR 357/05, Rn. 119 = BVerfGE 115, 118 (152).

zu bezeichnen, so muss das so beschriebene Leben doch jedenfalls dann enden, wenn die eine Integration ermöglichenden Organe entnommen sind. Einen Körper, dem das Herz, die Lunge, die Nieren, die Leber und andere Organe entnommen wurden, noch als „lebend“ zu bezeichnen, ist auch unter den Voraussetzungen derjenigen Auffassung, welche die Dead-Donor-Rule für entbehrlich hält, kaum vorstellbar. Dann aber muss die Handlung, die den Übergang vom einen Zustand in den anderen bewirkt, als Tötung angesehen werden. Dies kann auch nicht durch den Hinweis gerechtfertigt werden, dass der Organentnahme angeblich eine Lebensverlängerung vorausgeht, indem bestimmte Organfunktionen aus organprotektiven Gründen intensivmedizinisch aufrechterhalten wurden. Die „Lebensverlängerung“ schlägt mit innerer Notwendigkeit in Lebensverkürzung um, wenn die lebenswichtigen Organe entnommen werden. Eine Tötung bleibt eine Tötung auch dann, wenn der Eintritt des Todes zuvor hinausgezögert wurde. Ein Lebender darf unter keinen Umständen, auch nicht als Sterbender, aus fremdnützigen Gründen getötet werden. Das widerspricht dem verfassungsrechtlich gebotenen Lebensschutz und verletzt die durch Art. 1 Abs. 1 GG geschützte Menschenwürde, die unantastbar ist. Daran kann weder das moralisch achtenswerte Motiv der Lebensrettung anderer noch eine etwaige Einwilligung des Spenders etwas ändern. Eine Bereitschaft, das eigene Leben im Interesse anderer zu opfern, „widerspräche den Auswirkungen objektiver Grundrechtsverbürgungen in ihrer derzeit dominanten Lesart durch das Bundesverfassungsgericht und durch die herrschende Meinung unter den Verfassungsrechtlern“.¹⁶⁴ „Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.“¹⁶⁵ Zu Recht stellt § 216 StGB sie unter Strafe. Nicht von ungefähr

¹⁶⁴ Anderheiden 2012, 196 f.

¹⁶⁵ BGH, 2 StR 454/09, Leitsatz 3 = BGHSt 55, 191 (191).

folgt ein großer Teil der deutschen Verfassungsrechtslehre der Hirntodkonzeption als Grundlage der Dead-Donor-Rule.¹⁶⁶

Die Auffassung, Hirntote seien zwar lebende Menschen, kämen aber als Spender lebensnotwendiger Organe in Betracht, scheint im Übrigen Bedeutung und Reichweite eines Aufgebens der Dead-Donor-Rule zu verkennen. Legitimiert werden muss dieses Aufgeben nicht nur im Hinblick auf den körperlichen Zustand des einzelnen hirntoten Spenders, sondern auch und vor allem als bewusste Außerachtlassung einer fundamentalen gesellschaftlichen Norm: der Norm, dass niemand ausschließlich zum Nutzen Dritter getötet werden darf, selbst wenn er dazu vorher seine Einwilligung gegeben hat. Dabei ist die stillschweigend vorausgesetzte Annahme, der hirntote Spender selbst könne durch die Organentnahme wegen seines vollständigen mentalen Todes nicht mehr geschädigt werden, durchaus richtig.¹⁶⁷ Sehr wohl verletzt werden kann aber der Geltungsanspruch der gesellschaftlichen Grundnorm, wonach rein fremdnützig begründete Tötungen auch bei zuvor gegebener Einwilligung des Getöteten nicht zu rechtfertigen sind.¹⁶⁸ Auch wenn nach Ansicht der Position B die besondere Situation des (noch lebenden) Hirntoten es rechtfertigen mag, ihm zum Zweck der Lebenserhaltung anderer (und mit seiner vorher erklärten Zustimmung) seine

166 Schulze-Fielitz, in: Dreier 2012, Art. 2 Abs. 2 Rn. 30 f.; Münch/Kunig 2012, Art. 2 Rn. 49; Müller-Terpitz, in: Isensee/Kirchhof 2009, § 147 Rn. 32, 103; Starck, in: Mangoldt/Klein/Starck 2010, Art. 2 Abs. 2 Rn. 192; Sodan, in: Sodan 2011, Art. 2 Rn. 20; Di Fabio, in: Maunz-Dürig 2014, Art. 2 Abs. 2 Rn. 21 ff. (Stand: Mai 2009); Lorenz, in: Dolzer et al. 2014, Art. 2 Rn. 442 ff. (Stand: Juli 2012); unklar Jarass/Pieroth 2014, Art. 2 Rn. 81.

167 Darin eben sehen Hirntodbefürworter die maßgebliche moralische Rechtfertigung der Entscheidung, auch für den rein organismischen Teil des Todesbegriffs das Kriterium des vollständigen Erlöschens sämtlicher Funktionen des Gehirns als der zentralen Integrationsinstanz des Gesamtorganismus festzulegen, wiewohl in einzelnen Subsystemen dieses Organismus' auch danach noch interne biologische Lebensvorgänge stattfinden können.

168 Zwar sind auch Notwehrtötungen fremdnützig motiviert, nämlich aus dem Gedanken des Schutzes für den Angegriffenen; sie beziehen ihre Rechtfertigung aber nicht aus diesem fremden Nutzen, sondern ausschließlich aus der Verantwortlichkeit des Angreifers, der eben deshalb die notwendige Last der Abwehr seines rechtswidrigen Angriffs zu tragen hat.

Organe zu entnehmen, kann dies keinesfalls die Missachtung der dargelegten Grundnorm rechtfertigen. Anders formuliert: Wer es für erlaubt hält, Hirntoten lebensnotwendige Organe zu entnehmen, hat gute Gründe, es zugleich für erlaubt zu halten, sie für tot zu erklären. Denn was er im Hinblick auf jene Grundnorm mit akzeptablen Gründen keinesfalls für erlaubt halten kann, ist, sie durch diese Entnahme zu töten.

Auch dem Transplantationsgesetz liegt die Dead-Donor-Rule zugrunde. Eine Organspende ist nur erlaubt, wenn zuvor der Tod nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt wurde. Das Gesetz lässt dabei Raum für subjektive ethische Überzeugungen, wonach Hirntote noch nicht tot sind. Wer nach einer allgemein geltenden Norm tot ist, darf auch dann als Toter behandelt werden, wenn er selbst zuvor seinen jetzigen Zustand anders beurteilt hat, nämlich als den eines noch Lebenden. Auch solche Personen können eine Erklärung für eine Organspende abgeben und damit ihre Organe postmortal spenden, wenn die objektiven Kriterien des Transplantationsgesetzes erfüllt sind. Und nicht zuletzt kann jeder Mensch, ohne dies begründen zu müssen, durch Erklärung zu Lebzeiten ausschließen, nach dem Hirntod Organspender zu sein.

Im Übrigen ist die Dead-Donor-Rule als entscheidende Voraussetzung für eine Organentnahme auch wesentliche Grundlage des ärztlichen Berufsethos. Eine zum Tode führende Organentnahme bei lebenden Menschen, auch wenn diese Sterbende sind, wäre damit nicht vereinbar. Entfällt die Dead-Donor-Rule als Voraussetzung für eine Organspende und gelten Hirntote als Lebende, wären Ärzte nach ihrem professionellen Selbstverständnis gehindert, Organe zu entnehmen. Da eine Organspende ohne ärztliche Mitwirkung nicht denkbar ist, käme die Transplantationsmedizin, mit Ausnahme der Lebendspende (§ 8 TPG), an ihr Ende. Diese gravierenden Konsequenzen wären allein noch kein Argument, Hirntote für tot zu erklären. Vielmehr muss die anthropologische, ethische und rechtliche Legitimität der Hirntodkonzeption aus sich

heraus begründet sein. Diese Begründung wurde vorstehend in Abschnitt 4.2.1 umfassend dargelegt.

Umgekehrt ist es aber in Anbetracht der erheblichen Folgen für Leben und Gesundheit vieler Menschen, die eine Organspende benötigen, erforderlich, dass diejenigen, die die Dead-Donor-Rule ablehnen bzw. für entbehrlich halten, sich mit den realen Konsequenzen ihrer Position für die Transplantationsmedizin ethisch auseinandersetzen.

Sollen Hirntote nicht als Tote, sondern als Lebende oder in einem Zwischenzustand zwischen Leben und Tod befindliche Menschen beurteilt werden, dann müssen die Voraussetzungen für eine Organspende zwingend anders geregelt werden, auch wenn in allen Fällen der Hirntod notwendige Mindestbedingung für eine Organentnahme sein soll. Hierbei ist zunächst von Bedeutung, dass es verfassungsrechtlich¹⁶⁹ nur Lebende und Tote und keinen dazwischenliegenden „dritten“ Status gibt – eine Auffassung, die auch die Mehrzahl der Position B unterstützt. Da die Verfassung eine eindeutige und allgemeingültige Grenzziehung zwischen Leben und Tod voraussetzt, kann es verfassungsrechtlich gesehen ein Zwischenstadium zwischen Leben und Tod nicht geben. Damit sind auch Hirntote, wenn ihnen ein Status zwischen Leben und Tod zugewiesen wird, rechtlich zwingend als lebende Menschen anzusehen. Der Gesetzgeber ist an diese Vorgabe des Verfassungsrechts gebunden. Vor diesem Hintergrund verbietet das Transplantationsgesetz die Entnahme von lebenswichtigen Organen wie zum Beispiel Herz und Lunge, wenn nicht zuvor der Tod des Betroffenen festgestellt wurde.

Für die Entnahme derartiger Organe enthält das Transplantationsgesetz Vorschriften, die sich grundlegend von jenen zur Lebendorganspende unterscheiden. Die Organspende eines verstorbenen Spenders (im Sinne des TPG) ist auch dann

¹⁶⁹ Lorenz, in: Dolzer et al. 2014, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Rn. 442 (Stand: Juni 2012); Schulze-Fielitz, in: Dreier 2012, Art. 2 Abs. 2 Rn. 30; Höfling, in: Friauf/Höfling 2014, Art. 2 Abs. 2 Rn. 23 (Stand: November 2012).

zulässig, wenn es keine zustimmende Erklärung zu Lebzeiten gibt, jedoch die Angehörigen oder die vom potenziellen Organspender zu Lebzeiten bestimmte Vertrauensperson zustimmen. Das Recht der Angehörigen zur Zustimmung oder Ablehnung folgt aus ihrem Totensorgerecht, das erst mit dem Tod entsteht. Nur im Rahmen der Totensorge ist auch eine Zustimmung zur Organspende eines verstorbenen Kindes, das zu Lebzeiten noch keine Erklärung zur Organspende abgeben konnte, zulässig.¹⁷⁰ Die meisten Organspenden erfolgen bisher aufgrund der Zustimmung von Angehörigen.¹⁷¹

Diese Möglichkeit der Zustimmung durch Angehörige besteht nicht, wenn man Hirntote als Lebende ansieht. Eine Organentnahme mit Todesfolge könnte allenfalls dann erfolgen, wenn der potenzielle Organspender selbstbestimmt und verbindlich vorausverfügt hat, dass für den Fall einer Hirntoddiagnose eine Organentnahme bei ihm erfolgen darf.¹⁷² Dafür reicht ein mutmaßlicher Wille, der nur von dritter Seite aus ermittelt und festgestellt werden kann, nicht aus. Rechtlich ist zudem fraglich, ob in eine zum Tod führende Entnahme von Organen eines (noch) Lebenden überhaupt wirksam eingewilligt werden kann. Geht man davon aus, dass eine Einwilligung zu Lebzeiten in eine zum Tod führende Handlung,

170 Nach geltendem Transplantationsrecht kann eine Organspenderklärung für eine postmortale Organspende, also eine zu Lebzeiten erfolgende Erklärung, nur höchstpersönlich erfolgen; eine Stellvertretung ist nicht möglich. Minderjährige können eine Erklärung für eine postmortale Organspende ab vollendetem 16. Lebensjahr und einen Widerspruch dagegen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr abgeben (§ 2 Abs. 2 Satz 3 TPG).

171 So erfolgten zum Beispiel im Jahr 2013 zwischen 8,5 Prozent (DSO-Regionen Bayern und Ost) und 17,9 Prozent (Region Mitte) aufgrund schriftlicher Zustimmung des Organspenders selbst; die Zahlen der anderen Regionen liegen dazwischen (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2014, 45 [Abb. 12]).

172 Das Positionspapier der Evangelischen Frauen in Deutschland, das Hirntote als Lebende ansieht, fordert den Gesetzgeber denn auch konsequenterweise auf, „die Transplantationsgesetzgebung dahingehend zu modifizieren, dass Voraussetzung einer legalen Organentnahme nach festgestelltem Hirntod die schriftlich erklärte persönliche Zustimmung des Spenders oder der Spenderin (ab 18 Jahren) ist“ (Evangelische Frauen in Deutschland 2013, 27). Damit würde die pädiatrische Transplantationsmedizin bei kleinen Kindern, die noch keine Organe eines Erwachsenen erhalten können, entfallen.

wie sie auch die Entnahme eines lebenswichtigen Organs darstellt, nicht zulässig ist¹⁷³, wäre eine Organspende mit Ausnahme der Lebendspende nach §§ 8 ff. TPG nicht mehr möglich. Eine Rechtfertigung durch Vergleich mit Therapieverzichts-erklärungen scheidet schon deshalb aus, weil im Falle des Sterbenlassens aufgrund Therapieverzichts, der sogenannten passiven Sterbehilfe, der Patient an seiner Krankheit und nicht durch einen (fremdnützigen) Eingriff Dritter stirbt. Bei der Entnahme lebenswichtiger Organe hat das Handeln des Arztes dagegen eine den Tod unmittelbar herbeiführende Wirkung, während die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen nur eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für den Tod ist. Auch eine Parallele zur sogenannten indirekten Sterbehilfe kann nicht gezogen werden, da diese der Verringerung des Leidens des Patienten selbst dient und nur deshalb eine mögliche Verkürzung seines eigenen Lebens in Kauf genommen wird.

Noch problematischer wären die Folgen einer Abkehr von der Dead-Donor-Rule für die Transplantation bei Neugeborenen und Kindern, die noch zu klein sind für die Übertragung eines Organs eines Erwachsenen. Für sie stünden keine Organe mehr zur Verfügung: Eine Organentnahme bei Kindern wäre nicht möglich, weil sie keine wirksame Einwilligung erteilen können. Auch die Eltern haben – entgegen der Ansicht von Position B – nicht das Recht, über das Lebensgrundrecht ihres Kindes zum Nutzen Dritter zu verfügen.¹⁷⁴ Art. 6 Abs. 2 GG schützt die Autonomie der Eltern hinsichtlich aller Maßnahmen der *Pflege und Erziehung* und darüber hinaus die Einschätzung dessen, was dem *Wohl des Kindes* dient. Dieses Recht

173 Di Fabio, in: Maunz-Dürig 2014, Art. 2 Abs. 2 Rn. 22 (Stand: Februar 2004). Das Recht auf Leben des Art. 2 Abs. 2 GG beinhaltet kein Recht auf Beendigung des eigenen Lebens durch die Hand anderer und dies kann auch nicht Art. 2 Abs. 1 GG zur freien Entfaltung der Persönlichkeit entnommen werden. Vgl. Kunig, in: Münch/Kunig 2012, Art. 2 Rn. 50; Di Fabio, in: Maunz-Dürig 2014, Art. 2 Abs. 2 Rn. 47 (Stand: Februar 2004); Starck, in: Mangoldt/Klein/Starck 2010, Art. 2 Abs. 2 Rn. 191; Jarass/Pieroth 2014, Art. 2 Rn. 61, 81.

174 Siehe hierzu auch Evangelische Frauen in Deutschland 2013, 27 (Fn. 85).

ist aber zugleich rechtlichen Bindungen bzw. Beschränkungen, allen voran der Bindung an das Kindeswohl, unterworfen. Das Wohl des Kindes ist nicht nur (wesentlicher) Grund, sondern zugleich auch die immanente Grenze des Elternrechts.¹⁷⁵ Wenngleich es sich beim Kindeswohl um einen unbestimmten Rechtsbegriff handelt, der einer Konkretisierung bedarf, fallen Entscheidungen über die Beendigung des Lebens des Kindes nach herrschender Auffassung nicht in den Schutzbereich von Art. 6 Abs. 2 GG.¹⁷⁶ Der Interpretationsprimat der Eltern erstreckt sich keinesfalls auf jenen Teil des Kindeswohls, dessen Inhalt – wie im Falle des Grundrechts auf Leben – objektiv bestimmbar ist.¹⁷⁷ Folgt man der Position B, wonach hirntote Kinder noch leben, geht es in der hier zu erörternden Situation nicht nur um die Entscheidung über die „Gestaltung des Sterbeprozesses“, wie die verschleierte Formulierung von Position B suggeriert, sondern um eine Zustimmung zur fremdnützigen Tötung.

Stellvertretende Entscheidungen und die Zustimmung zu therapeutischen Maßnahmen sind den Eltern vor diesem Hintergrund nur dann möglich, wenn sie einen medizinischen Nutzen für das Kind selbst haben; fremdnützige Maßnahmen können durch das elterliche Entscheidungsrecht allenfalls dann legitimiert werden, wenn sie für das Kind lediglich ein minimales Risiko oder eine minimale Belastung beinhalten; dies ist bei der Entnahme von Organen jedoch nicht der Fall.

Eine weitere schwerwiegende Konsequenz würde sich aus der Abkehr von der Dead-Donor-Rule ergeben: Erörtert und bejaht wird regelmäßig nur die Frage, ob bei spendewilligen Hirntoten ein Absehen von der Dead-Donor-Rule zu rechtfertigen sei. Nicht in den Blick kommen dabei aber hirntote Patienten, die nicht nur keine Organspender sein wollen, sondern im Gegenteil zuvor für den Fall des Eintritts ihres

175 Uhle, in: Epping/Hillgruber 2014, Art. 6 Rn. 55 (Stand: 01.03.2014).

176 Burgi, in: Merten/Papier 2011, § 109 Rn. 24.

177 Uhle, in: Epping/Hillgruber 2014, Art. 6 Rn. 57 (Stand: 01.03.2014) mit Verweis auf Sachs/Coelln, GG, Art. 6 Rn. 71.

Hirntodes ausdrücklich – etwa per Patientenverfügung – ihre intensivmedizinische Weiterbehandlung verlangt haben. Die von Hirntodkritikern stets nur mit Blick auf Organspender gegebene Auskunft, die Einstellung jeder lebenserhaltenden Behandlung sei in diesen Fällen nicht nur erlaubt, sondern rechtlich wie ethisch geboten, wird hier falsch. Sind Hirntote lebende Menschen und haben sie somit ein Grundrecht auf Leben gemäß Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes, so darf ihnen die medizinisch mögliche Verlängerung dieses Lebens, die sie verlangen, nicht verweigert werden. Kein ethisches und kein rechtliches Argument, etwa der gängige Verweis auf die (dann freilich nur angebliche) „Sinnlosigkeit“ einer solchen Weiterbehandlung, käme gegen das Grundrecht auf Leben in Betracht. Eine medizinische Behandlung ist stets so sinnvoll wie der mit ihr erreichbare Erfolg. Besteht dieser in einer möglichen und gewünschten Verlängerung des Lebens, so ist das darauf bezogene Verdikt der „Sinnlosigkeit“ seitens derer, die gerade auf der Prämisse des Fortbestands dieses Lebens bestehen, ein offener Selbstwiderspruch. Ein ausdrücklich geltend gemachtes Grundrecht auf Leben, das der Behauptung Außenstehender nicht standhielte, die Erhaltung *solchen* Lebens sei „sinnlos“, wäre nichts wert. Und weigert man sich dann, ihm Folge zu leisten, so konfisziert man das Grundrecht selbst.

Daraus folgt, dass eine rechtliche Norm, die Hirntote als Lebende betrachtet, zwingend das Gebot einschliesse, solche Patienten weiter lebenserhaltend zu behandeln, die das zuvor verlangt haben. Sollten hinreichend viele Patienten von der Möglichkeit dieser Weiterbehandlung Gebrauch machen, würde dies die Intensivmedizin vor kaum lösbare Probleme stellen, vor allem finanziell. Die Hoffnung, so etwas werde schon nicht eintreten, ist wenig plausibel.¹⁷⁸ Sie ergäbe im Übrigen ein schwaches Argument, nämlich nur die Hoffnung,

¹⁷⁸ In den USA sind trotz des allgemein bekannten Umstandes, dass hier wie dort Hirntote rechtlich als tot gelten, bereits Fälle einer Forderung des Weiterbehandeltwerdens bekannt geworden. Siehe Merkel 1999, 120 (Fn. 45 m. w. N.).

eine *de iure* gewährte, aber sachlich unsinnige Forderung werde *de facto* schon nicht erhoben werden.¹⁷⁹

4.4 Stellungnahme zur Non-Heart-beating-Donation

Bei der Organentnahme unter den Bedingungen des irreversiblen Hirnversagens bei Aufrechterhaltung der Herz-Kreislauf-Funktion sind die Spender Heart-beating-Donors. Dies war in der Anfangszeit der modernen Transplantationsmedizin, in den 1950er- und frühen 1960er-Jahren, noch anders. Bei allen seinerzeitigen Transplantationen wurden die Organe nach Herzstillstand entnommen.¹⁸⁰ Seit einer Reihe von Jahren setzt die Transplantationsmedizin in den USA und in vielen europäischen Staaten – auch des Eurotransplant-Raums – erneut auf die NHBD neben der Organentnahme nach Feststellung des irreversiblen Hirnversagens (und der Lebendspende).¹⁸¹

So verbreitet die NHBD auch ist, so vielfältig sind ihre Erscheinungsformen. Der *First International Workshop on non-heart-beating donors* verabschiedete im Jahre 1995 das sogenannte Maastricht-Protokoll mit vier Klassifizierungen unterschiedlicher Fallkonstellationen.¹⁸² Danach werden vier Kategorien von Organentnahmen nach Herz-Kreislauf-Stillstand unterschieden:

- >> Maastricht-Kategorie 1: Ankunft im Krankenhaus mit Herz-Kreislauf-Stillstand,
- >> Maastricht-Kategorie 2: nicht erfolgreiche Reanimation,

179 Vgl. Merkel 1999, 119.

180 Siehe dazu etwa DeVita/Snyder/Grenvik 1993, 113 ff.; Institute of Medicine 2000, 7 f.; vgl. auch Zawistowski/DeVita 2003, 189 ff.; Wiesemann 2000.

181 Siehe Institute of Medicine 2000, 14 f.; siehe ferner den Überblick bei Norba 2009, 44 ff.

182 Siehe Kootstra/Daemen/Oomen 1995; siehe auch Arnold/Youngner 1995.

- >> Maastricht-Kategorie 3: erwarteter Herz-Kreislauf-Stillstand nach Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen,
- >> Maastricht-Kategorie 4: Herz-Kreislauf-Stillstand bei Patienten nach diagnostiziertem Hirntod.

Sowohl für die Kategorie 2 als auch die besonders relevante Kategorie 3 (sogenannter kontrollierter Herztod beziehungsweise *controlled donation after cardiac death*) schlägt das Maastricht-Protokoll eine zehnminütige *No-touch*-Phase vor in der Annahme, dass nach dieser Wartezeit auch alle Hirnfunktionen irreversibel erloschen sind.¹⁸³ Doch hat sich insoweit keine einheitliche internationale Praxis durchsetzen können.¹⁸⁴ Das US-amerikanische *Institute of Medicine* legte zwei Jahre später in regierungsamtlichem Auftrag ebenfalls eine Studie zur NHBD vor. Darin werden für eine verfahrensmäßige Ausgestaltung folgende Vorgaben empfohlen:

1. Schriftliche, örtlich genehmigte Richtlinien;
2. die öffentliche Zugänglichkeit dieser Richtlinien;
3. Einzelfallentscheidungen über die Anwendung von gerinnungshemmenden und gefäßerweiternden Mitteln;
4. die Einholung familiärer Zustimmung vor prämortaler Kanülierung;
5. Schutz vor Interessenkonflikten zwischen Patientensorge und Organgewinnung;
6. Todesdiagnose aufgrund mindestens fünfminütigen Herz-Kreislauf-Stillstands;
7. die weitestmögliche Erfüllung der Wünsche der Angehörigen im Blick auf die Begleitung des Sterbeprozesses sowie die Freistellung von Haftungsrisiken.¹⁸⁵

¹⁸³ Zur damaligen strittigen Diskussion siehe auch Norba 2009, 49; Arnold/Youngner 1995, 2913; Kootstra/Daemen/Oomen 1995.

¹⁸⁴ Norba (2009, 49 f.) nennt beispielsweise folgende Wartezeiten: für Großbritannien 5 Minuten, für Frankreich 10 Minuten, für Spanien 5 Minuten und für Italien 20 Minuten, für Tschechien ein „Experimentierfeld“ von 5 bis 10 Minuten.

¹⁸⁵ Institute of Medicine 2000, 10.

Derzeit schreiben die meisten Entnahmeprotokolle in den USA eine Wartezeit von lediglich zwei bis fünf Minuten vor.¹⁸⁶

In Deutschland ist die Organentnahme von Non-Heart-beating-Donors unzulässig. Die Problematik war bereits während der Beratungen des Transplantationsgesetzes 1996 erörtert worden. § 5 Abs. 1 Satz 2 TPG bringt die Absage an diese Spendekategorie zum Ausdruck. Danach genügt zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG auch „die Untersuchung und Feststellung durch einen Arzt, wenn der endgültige, nicht behebbare Stillstand von Herz und Kreislauf eingetreten ist und seitdem mehr als drei Stunden vergangen sind“. In einer gemeinsamen Stellungnahme von Bundesärztekammer und drei Fachgesellschaften wurde 1998 dann erneut die NHBD als unvereinbar mit dem Transplantationsgesetz abgelehnt.

Eine zehnminütige – oder gar noch kürzere – Wartezeit nach Herzstillstand lässt (nach derzeitigen Erkenntnissen) nicht den sicheren Schluss auf das irreversible Erlöschen aller Hirnfunktionen zu, das nach mehrheitlicher Auffassung des Deutschen Ethikrates eine notwendige Voraussetzung für den Eintritt des Todes darstellt.¹⁸⁷ Die standardisierte Hirntoddiagnostik, wie sie in Deutschland durchgeführt wird (siehe Abschnitt 2.2.2) verspricht eine wesentlich größere Sicherheit der Aussage, dass tatsächlich alle Formen von Schmerz, Empfindung oder Wahrnehmung beim potenziellen Spender irreversibel erloschen sind. Doch selbst wenn valide Erkenntnisse darüber vorliegen, ab welcher Wartezeit nach Herzstillstand sicher von einem irreversiblen Hirnversagen ausgegangen werden kann, bleiben weitere ethische Bedenken gegenüber

¹⁸⁶ Siehe President's Council on Bioethics 2008, 80; ferner Truog/Miller 2014, 11.

¹⁸⁷ Demgegenüber geht die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften davon aus, dass der Hirntod einmal als „Tod infolge primärer Hirnschädigung“ und zum anderen als „Tod nach anhaltendem Kreislaufstillstand“ nach mindestens zehnminütigem Warten ohne Durchführung von Reanimationsmaßnahmen festgestellt werden könne (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2011, 5 ff.).

der NHBD, insbesondere gegenüber der Praxis eines kontrollierten Herztodes. Sie resultieren aus dem Umstand, dass der Umgang mit (schwerst)kranken Patienten gezielt auf den Akt der Organentnahme hin ausgerichtet wird.

In vielen Fällen werden die Angehörigen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden müssen und damit in eine besonders schwierige Situation gebracht. Angehörige können sich genötigt fühlen, einem vorzeitigen Therapieabbruch zuzustimmen.¹⁸⁸ Darüber hinaus aber verlangt die Organentnahme bei Non-Heart-beating-Donors besondere Formen organprotektiver Maßnahmen, um die Gefahr der nach Herzstillstand ohnehin erfolgenden Beeinträchtigung der Organqualität zu minimieren.¹⁸⁹ Im Unterschied zur Organentnahme nach Hirntod muss die Explantation nach Herz-Kreislauf-Stillstand sehr schnell eingeleitet werden. Dies stellt nicht nur für die Pflegekräfte und das Transplantationsteam, sondern vor allem auch für die Angehörigen eine besondere Belastung dar. Oft bleibt keine Zeit für die angemessene psychologische, emotionale und spirituelle Begleitung.¹⁹⁰

Eine Minderheit ist dagegen der Auffassung, dass das Schweizer Verfahren der NHBD eine veritable Ergänzung zur in Deutschland standardisierten Hirntoddiagnostik darstellt. Die Begründung ihrer Position sieht sie darin, dass es sich beim Schweizer Modell zwar verfahrenstechnisch um eine NHBD handelt; diagnostisch wird es aber flankiert resp. finalisiert von einer Hirntoddiagnostik.¹⁹¹ Das Verfahren selbst lasse dem „natürlichen“ Prozess des Sterbens mehr Raum und böte den Angehörigen eine intensivere Möglichkeit, dieses Sterben zu begleiten und führe deshalb nicht zu außergewöhnlicheren

188 Siehe President's Council on Bioethics 2008, 82.

189 Siehe ebd., 82, wo die Frage aufgeworfen wird, „whether the steps necessary to optimize the circumstances of death for transplant purposes interfere with good palliative care for the patient in his or her last moments“.

190 Siehe auch Sahm 2014, 333.

191 Lenherr/Krones/Schwarz (2014, 118) bezeichnen daher das Schweizer Modell auch nicht einfach als NHBD, sondern als „Spende [...] nach Herz-Kreislauf-Stillstand bedingtem Hirntod.“

Belastungen als die klassische Prozedur der Organspende bei standardisierter Hirntoddiagnostik.

Für eine abschließende ethische Bewertung bedürfte es allerdings einer differenzierten Auseinandersetzung mit konkreten Modellen oder Praktiken der NHBD.

5 KOMMUNIKATION: INFORMATION, AUFKLÄRUNG UND BERATUNG

Die Organtransplantation ist in vielfacher Weise auf eine umfassende und transparente Kommunikation sowohl in der Öffentlichkeit als auch im Einzelkontakt mit potenziellen Spendern, ihren Angehörigen oder den rechtlichen Vertretern potenzieller Spender angewiesen. Dies gilt nicht nur für das Verstehen der Hirntodkonzeption, sondern für die Entscheidung zur Organtransplantation insgesamt. Diese Erkenntnis liegt auch der Einführung der neuen Entscheidungslösung zugrunde und allen Überlegungen, die Kommunikation mit Angehörigen und innerhalb der Klinik zu verbessern.

5.1 Die Zielsetzung der neuen Entscheidungslösung

Das Transplantationsgesetz lässt eine Entnahme von Organen nur zu, wenn entweder der Betroffene zu Lebzeiten oder seine Angehörigen nach dem Tod ihre Zustimmung gegeben haben (erweiterte Zustimmungslösung). Daran hat die eingeführte Entscheidungslösung nichts geändert. Ihr Ziel besteht darin, mehr Menschen zu einer Erklärung zur Organspende zu veranlassen. Um dieses Ziel zu erreichen, erhalten alle Bürger die Möglichkeit, sich regelmäßig über das Thema Organ- und Gewebespende zu informieren und eine eigene Entscheidung zu treffen, wobei aber niemand zu einer Erklärung verpflichtet werden kann.¹⁹² Zu der für die informierte und unabhängige

192 Nach Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in den Jahren 2010 und 2013 sind dabei zwei Zielgruppen zu unterscheiden: die Gruppe mit hohem Wissensstand, positiver Grundeinstellung zur Organ- und Gewebespende, aber bisher keiner Erklärung zur Organ- und Gewebespende (diese Gruppe habe sich angesichts des sogenannten Organspendeskandals dramatisch vergrößert) und die Gruppe mit geringem Wissensstand, negativer Grundhaltung und keiner Erklärung zur

Entscheidung notwendigen breiten Aufklärung der Bevölkerung heißt es im Gesetz, dass dazu die zuständigen Stellen, insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Krankenkassen, regelmäßig aufklären sollen über:

- » die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende;
- » die Voraussetzungen der Organ- und Gewebeentnahme bei toten Spendern;
- » die Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zur Patientenverfügung und zur Rechtsfolge einer unterlassenen Erklärung im Hinblick auf das Entscheidungsrecht der nächsten Angehörigen und
- » die Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung im Hinblick auf den für kranke Menschen möglichen Nutzen.

Die Aufklärung, so heißt es im Gesetz, habe die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und müsse ergebnisoffen sein. Die Krankenkassen haben über die regelmäßige schriftliche Information hinaus ihren Versicherten fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen zur Organspende sowie zur Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organspende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung, zu benennen. Somit kann sich jeder interessierte Versicherte von seiner Krankenkasse auf Wunsch über die Tragweite einer postmortalen Organentnahme beraten lassen.

Damit enthält das Transplantationsgesetz wesentliche Bestimmungen zum Inhalt der Aufklärung, zum Grundsatz ihrer Ergebnisoffenheit und zu der Verpflichtung, Beratungspersonen für die Durchführung der Kommunikation zu benennen. Es lässt den damit beauftragten zuständigen Stellen aber einen großen Spielraum bei der Kommunikationsgestaltung.

Organ- und Gewebespende. Beide Gruppen erfordern unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Information und Beratung. Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010; 2013.

5.2 Die Entscheidungslösung als öffentliche Kommunikationsaufgabe

Um der Zielsetzung der Entscheidungslösung gerecht zu werden, bedarf die kommunikative Umsetzung der Informations- und Beratungspflichten besonderer Beachtung. Der Deutsche Ethikrat hat deshalb die erste, auf der Basis der gesetzlichen Neuregelung durchgeführte Informationskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die überwiegend im Zeitraum Januar bis Mai 2013 erfolgte, ausgewertet.¹⁹³ Dabei wurden folgende Bereiche einer näheren Betrachtung unterzogen: die Art und Weise der Versendung und Adressierung, die thematische Reichweite, insbesondere die Aktualität und Vollständigkeit der Information, die Intensität der thematischen Aufbereitung und dabei auch die Berücksichtigung von Bedenken und Kritik.

Da es dem Deutschen Ethikrat nicht um eine Bewertung des Vorgehens einzelner Krankenkassen gehen kann, werden im Folgenden die jeweiligen Unterschiede ohne Nennung der einzelnen Krankenkassen beschrieben, um daraus allgemeine Schlussfolgerungen für die Kommunikationsgestaltung der öffentlichen Aufklärung zu ziehen.

Bei der Art und Weise der Versendung der Informationsmaterialien kann unterschieden werden, ob diese direkt namentlich an den Versicherten in Gestalt eines persönlichen Briefes oder als allgemeine Mitgliederinformation verschickt wurden. Es überwiegt der personalisierte Brief mit einer persönlichen Anrede, dem dann weitergehende Materialien in

¹⁹³ Neben der BZgA hat der Deutsche Ethikrat für die Auswertung eine Auswahl der größten deutschen Krankenkassen um Materialien gebeten. Sowohl die aufgrund ihrer Größe ausgewählten gesetzlichen Krankenkassen AOK Plus, AOK Niedersachsen, AOK Nordost, AOK Nordwest, AOK Sachsen-Anhalt, AOK Bayern, AOK Hessen, Techniker Krankenkasse, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Siemens-Betriebskrankenkasse, Knappschaft und Barmer GEK, als auch die einzige ausgewählte und größte private Krankenversicherung Debeka haben dafür alle Unterlagen zur Verfügung gestellt, die auch an ihre Versicherten verschickt wurden.

Form eines Flyers oder einer Broschüre, oft auch einer Sonderausgabe der Mitgliederzeitung beigelegt wurden. Daneben gibt es aber auch die Form eines thematischen Mitglieder-rundbriefes mit einem Vorwort, das in allgemeiner Weise zum Thema hinführt.

Der gesetzlichen Auflage, den Versicherten das Muster eines Organspendeausweises zuzusenden, sind die Krankenversicherungen, deren Materialien auf Grundlage dieser Stellungnahme ausgewertet wurden, mit einer Ausnahme nachgekommen. Bei der Auflage, eine persönliche Beratung bereitzustellen, haben die meisten Krankenversicherungen auf ihre bestehende Kundenberatungshotline sowie die jeweils verschiedenen Online-Kontaktmöglichkeiten hingewiesen. Nur wenige haben ein eigenes, das heißt auf das Thema Organ- und Gewebespende spezialisiertes Info-Telefon eingerichtet. Einige kleinere Versicherungen verweisen in ihren Materialien im Falle weiteren Beratungsbedarfs auf das Informationstelefon der BZgA, das diese in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) eingerichtet hat.

Die vom Gesetzgeber vorgegebenen Bereiche, über die zu informieren ist, werden in allen untersuchten Materialien aufgegriffen. Wer wann, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang (z. B. Beschränkung auf bestimmte Organe) eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende abgeben kann, wird, den Informationsmaterialien der BZgA folgend, durchgehend sachlich richtig und angemessen dargestellt. Gleiches gilt für die Informationen zur Organisation und zum Ablauf der Organtransplantation.

Bezüglich der thematischen Reichweite, der Aktualität und der Vollständigkeit der gegebenen Informationen zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede. So finden sich in einer Reihe von Unterlagen veraltete Zahlen zur Zustimmung in der Bevölkerung, die sich auf die Zeit vor der Aufdeckung der Unregelmäßigkeiten bei der Organzuteilung beziehen. Nur wenige Krankenversicherungen nehmen direkt, beispielsweise

im persönlichen Anschreiben an ihre Versicherten, Bezug auf diese aktuelle Situation in der Transplantationsmedizin und dabei auf den Rückgang der Zahl der Erklärungen für eine Organspende, die auf einen Vertrauensverlust der Bevölkerung schließen lassen.

Auch fehlen in den Informationsmaterialien vieler Krankenversicherungen ausreichende Informationen über die verschiedenen Varianten, den Organspendeausweis auszufüllen. Zwar wird die Möglichkeit, die Spende auf bestimmte Organe zu beschränken, überwiegend ausführlich erläutert. Die Option, eine Vertrauensperson zu beauftragen oder eine Ablehnung zu erklären, wurde dagegen oft unzureichend erläutert. Ebenso fehlen überwiegend Informationen zur rechtlichen Position der beauftragten Vertrauensperson oder zur rechtlichen Situation und den Befugnissen der Angehörigen, wenn keine Erklärung zur Organspende vorliegt.

Der Hirntod als Voraussetzung der Organentnahme wird in allen gesichteten Materialien benannt. Dabei wird in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht nur in einfacher Form erläutert, was der Hirntod medizinisch ist, sondern auch erklärt, wie er festgestellt wird. Nur in einem Fall fand sich überhaupt keine Erläuterung des Begriffs Hirntod. In wenigen Fällen wird dagegen auch die kritische Diskussion um den Hirntod aufgegriffen und beispielsweise die Notwendigkeit von Muskelrelaxantien bei der Organentnahme erläutert sowie das sogenannte Lazarus-Phänomen¹⁹⁴ erklärt. Die Sichtung der schriftlichen Materialien ergab in Einzelfällen aber auch sachliche Mängel. So wurde in den Materialien einer Krankenkasse beispielsweise auf die Frage, ob der Spender Schmerzen empfinden könne, geantwortet, er spüre keine Schmerzen, weil ihm nach dem

194 Unter Lazarus-Phänomen sind hier scheinbare Lebenszeichen von Hirntoten wie Arm- oder Beinbewegungen oder kurzes Aufrichten des Rumpfes zu verstehen, die entweder spontan erfolgen oder reflektorisch durch Berührung auslösbar sind.

Hirntod entspannende und betäubende Medikamenten gegeben würden.¹⁹⁵

Keine der Unterlagen enthält Hinweise oder Aussagen zu organprotektiven Maßnahmen. Dies trifft auch auf die Materialien der BZgA und die gemeinsame Broschüre von BZgA und DSO zum Hirntod zu, die vielen Krankenkassen als Quelle dienen. Auch in den ausführlicheren Materialien einiger Krankenkassen, in denen die Handlungsschrittfolge bei der Organspende erläutert wird, wird dieses Thema nicht erwähnt.

Mängel sind teilweise auch bei der Frage der Vereinbarkeit von Patientenverfügung und Organspendeerklärung festzustellen. Eine Reihe von Krankenversicherungen gibt ihren Versicherten hierzu detaillierte Informationen und hilfreiche Textbausteine für die jeweiligen Erklärungen an die Hand. Andere verweisen aber lediglich darauf, dass die verschiedenen Willensbekundungen einander nicht widersprechen sollten, und verweisen auf die Website des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz.

Die Unterlagen unterscheiden sich auch darin, inwieweit Vorbehalte gegenüber einer Organspende thematisiert werden. Viele Versicherungen beschränken sich auf eine überwiegend sachlich gehaltene Information, häufig in der Form von „Wichtige Fragen und Antworten“, wie sie auch von der BZgA entworfen worden ist. Einige Krankenkassen ergänzen solche Sachinformationen mit persönlichen Berichten von Angehörigen von Organspendern, von Organempfängern und Ärzten oder Krankenpflegekräften, sodass verschiedene Perspektiven zu diesem Thema deutlich werden.

195 Empfehlenswert wäre dagegen, wenn die Krankenkassen angesichts dieser häufig gestellten Frage sachlich richtig antworteten, dass nach allen vorliegenden Erkenntnissen mit dem Hirntod alle Schmerzempfindungen erlöschen und muskelentspannende Medikamente im Falle einer Organentnahme nur gegeben werden, um die Entnahme selbst zu erleichtern und gegebenenfalls unwillkürliche Muskelbewegungen auszuschließen. Auch könnte durchaus erwähnt werden, dass, wenn ein Spender beispielsweise aus Sorge vor Schmerzen eine Schmerzmedikation vor der Organentnahme verfügt hat, diese dann auch ohne medizinische Indikation durchgeführt wird (vgl. Abschnitt 2.2.5).

Das Erfordernis der Ergebnisoffenheit wird nur in einigen Materialien und auf unterschiedliche Weise umgesetzt. So heißt es beispielsweise bei einer Krankenkasse, dass die geforderte Ergebnisoffenheit auch das Recht umfasse, sich gegen eine Organspende zu entscheiden. Eine andere Krankenkasse verweist darauf, dass sie keinen Einfluss auf die Richtung der Entscheidung nehmen will. Wichtig sei es nur, überhaupt eine Entscheidung zu treffen. Es gebe auch kein Richtig oder Falsch. Andere Krankenkassen sprechen im Vorwort ihrer Information oder auch im persönlichen Anschreiben von Ergebnisoffenheit, greifen die kritischen Einwände oder Bedenken später aber nicht mehr auf. So kommt in einem Fall unter der Rubrik „Contra“ beispielsweise ein Organspendegegner zu Wort, der aber lediglich sagt, er wisse zu wenig über die Organspende.

Häufig vorgebrachte Ablehnungsgründe, wie die Beeinträchtigung der körperlichen Integrität oder die Erschwerung des persönlichen Abschieds vom Verstorbenen nach der Organexplantation, werden nicht hinreichend berücksichtigt. In einer Reihe von Informationsmaterialien wird zwar richtig gesagt, dass das Erleben des sinnlich wahrnehmbaren Todes am Sterbebett für die Angehörigen im Falle der Vorbereitung auf eine Organspende durch die Aufrechterhaltung der intensivmedizinischen Maßnahmen nicht möglich sei; unerwähnt bleibt aber, dass mit dem Körper des Verstorbenen nach der Organentnahme würdig umzugehen, der Leichnam in würdigem Zustand zur Bestattung zu übergeben und den Angehörigen zuvor Gelegenheit zu geben ist, den Leichnam zu sehen. Dabei würde es dem Gebot einer offenen und transparenten Kommunikation entsprechen, solche Ablehnungsgründe als ernsthafte Bedenken aufzugreifen, aber auch die in der Praxis bestehenden Möglichkeiten zu benennen, diese Sorgen zu entkräften.

Bewertet man die vorstehend skizzierten Befunde vor dem Hintergrund der Anforderungen an eine gute Kommunikationsgestaltung, so ergeben sich folgende Schlussfolgerungen, welche sich an Kriterien wie persönliche Ansprache,

Vollständigkeit der Information, praktische Umsetzbarkeit, Achtung des Kommunikationspartners und Respekt vor der jeweils individuellen Entscheidung orientieren:

- » Die Information zur Organ- und Gewebespende sollte in Adresse und Anrede persönlich an den jeweiligen Empfänger gerichtet sein. Neben der positiven Motivation zur Beschäftigung mit dem Thema Organspende sollten auch Vorbehalte und Ängste angesprochen werden, die einer Auseinandersetzung mit dieser Frage entgegenstehen. In beiden Hinsichten reicht eine schriftliche Information oft allein nicht aus. Deshalb ist ergänzend auf Möglichkeiten einer persönlichen Beratung durch dafür ausgebildete Personen hinzuweisen. Nicht ausreichend ist der Verweis auf die allgemeine Hotline der Krankenkasse.
- » Zu erwägen ist, dass die Krankenkasse auch Hinweise aufnimmt, dass die Mitglieder sich für ein vertiefendes Gespräch an ihre Hausärzte oder andere Personen ihres Vertrauens (z. B. Seelsorger) wenden können.
- » Die gegebenen Informationen sollten vollständig in dem Sinne sein, dass alle wichtigen Aspekte angesprochen werden. Dazu gehören Informationen über den Ablauf des Verfahrens einschließlich organprotektiver Maßnahmen und die Erläuterung der Möglichkeit des persönlichen Abschiednehmens nach Organentnahme. Darüber hinaus sollten verschiedene Sichtweisen zur Hirntodkonzeption dargestellt werden. Informiert werden sollte außerdem über die verschiedenen Möglichkeiten, den Organspendeausweis auszufüllen und individuelle Wünsche niederzulegen.
- » Die Aufklärung über die Vereinbarkeit von Patientenverfügung und Erklärung zur Organ- und Gewebespende sollten, dem Gebot der praktischen Umsetzbarkeit folgend, direkte Hilfestellungen für entsprechende Formulierungen enthalten.
- » Die Achtung der Informationsempfänger und der Respekt vor ihrer individuellen Entscheidung sollten deutlich

angesprochen werden. Die geforderte Ergebnisoffenheit der Information und Beratung sollte durch die sachliche und neutrale Darstellung der Sachverhalte, die die eigene Urteilsbildung in jeder Richtung zulassen, unterstrichen werden.

5.3 Kommunikation mit Angehörigen und rechtlichen Vertretern

Bei den Angehörigengesprächen sind folgende Fallkonstellationen zu unterscheiden:

- » Es liegt eine zustimmende Erklärung zur Organspende vor.
- » Es liegt eine zustimmende Erklärung zur Spende nur bestimmter Organe vor.
- » Es liegt ein Widerspruch zur Organspende vor.
- » Die Erklärung zur Organspende beschränkt sich auf die Beauftragung einer Vertrauensperson.
- » Es liegt keine schriftliche Erklärung zur Organspende vor.

In *allen Konstellationen* erfordert die Überbringung der Nachricht vom erwarteten oder festgestellten Hirntod eine einfühlsame Unterstützung der Angehörigen bei der Verarbeitung dieser Nachricht. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass alle hier geschilderten Situationen für die Angehörigen mit großen Belastungen verbunden sind. Deshalb sollten bestimmte qualitative Standards der Kommunikationsgestaltung einschließlich der Verständlichkeit der Information beachtet werden; darüber hinaus ist dafür Sorge zu tragen, dass diese Gespräche an einem geeigneten Ort und in einem angemessenen zeitlichen Rahmen geführt werden.

Die Situation, in der Trauer und Schock mit der Frage nach einer Organspende zusammenfallen, wird von Angehörigen als besonders belastend geschildert. Sie werden damit in aller Regel nicht nur unerwartet und unvorbereitet konfrontiert;

vielmehr werden damit auch Fragen zum eigenen Leben und seiner Begrenztheit berührt. In der Literatur werden in diesem Zusammenhang massive emotionale Reaktionen, Schuldgefühle und ausgeprägte „Warum“-Fragen geschildert.¹⁹⁶ Als besonders große psychische Herausforderung wird dabei oft die Unentrinnbarkeit der Situation empfunden, wenn der Angehörige über eine Organspende entscheiden muss, weil es keine klare Erklärung für oder gegen eine Organspende des möglichen Spenders gibt. Betroffene empfinden diese Situation als belastend, weil auch eine Nichtantwort eine Antwort sei, nämlich eine Nein-Entscheidung.¹⁹⁷

Eine empathische Begleitung und Beratung kann zwar nicht die Last von den Angehörigen nehmen, die Nachricht vom Tod eines Angehörigen verkraften und nahezu zur selben Zeit über eine Organspende entscheiden zu müssen; aber indem deutlich wird, dass im Falle eines eigenständigen Entscheidungsrechts der Angehörigen oder der Vertrauensperson jede Entscheidung akzeptiert wird, kann der Druck, den die Angehörigen empfinden, gemindert werden.

Die Neuregelung des § 9b TPG legt unter anderem fest, dass der Transplantationsbeauftragte für die Kommunikation mit den Angehörigen zuständig ist, womit ihm zwar nicht die Verpflichtung obliegt, die Kommunikation selbst durchzuführen, er aber sicherzustellen hat, dass diese sachgerecht durchgeführt wird. Das Transplantationsgesetz enthält zur Gestaltung der Angehörigengespräche nur Eckpunkte und überlässt damit die Ausgestaltung der Praxis. Geregelt ist, dass dann, wenn dem Arzt weder eine schriftliche Einwilligung noch ein Widerspruch des möglichen Organspenders vorliegt, dessen nächster Angehöriger zu befragen ist, ob ihm eine Erklärung zur Organspende bekannt ist. Ist dem Angehörigen

196 Kirste/Muthny/Wilms 1988.

197 Donauer 2012, 183; auch Forum Bioethik des Deutschen Ethikrates „Äußerungspflicht zur Organspende. Sollte der Staat verlangen, dass sich jeder erklärt?“ vom 27. Oktober 2010 (<http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/aeusserungspflicht-zur-organspende> [27.01.2015]).

keine solche Erklärung bekannt, ist die Organspende zulässig, wenn der Arzt den nächsten Angehörigen über die infrage kommende Organspende unterrichtet und der Angehörige dieser zugestimmt hat. Der Arzt hat den Angehörigen darauf hinzuweisen, dass dieser bei der Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten hat. Arzt und Angehöriger können schriftlich vereinbaren, dass die Erklärung des Angehörigen innerhalb einer bestimmten Frist widerrufen werden kann (§ 4 Abs. 1).

Die Inhalte, über die im Angehörigengespräch informiert werden sollte, ergeben sich aus der jeweils vorliegenden medizinischen Situation und der Frage, ob eine Erklärung zur Organspende vorliegt, möglicherweise auch eine Patientenverfügung. Auch über die Rechte der Angehörigen und Vertrauenspersonen auf Einsichtnahme in die Dokumentation über die Feststellung des Hirntodes und die dieser Feststellung zugrunde liegenden Befunde, über Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen und anderer Personen sowie über Ablauf und Umfang der Organspende ist zu informieren (§§ 3 Abs. 3, 4 Abs. 4, 5 Abs. 2 TPG). In allen Fällen wird aber empfohlen, den Angehörigen vollständige medizinische Informationen zu geben. Dies umfasse auch Informationen über eine kurzfristige Lebensverlängerung und organprotektive Maßnahmen vor und während der Hirntoddiagnostik.¹⁹⁸ Dies gelte auch, wenn eine Erklärung zur Organspende vorliege, weil nicht „umstandslos“ unterstellt werden könne, dass jeder Organspender in der Bundesrepublik Deutschland, zumindest

198 Im Leitlinienentwurf des Universitätsklinikums Münster heißt es dazu, dass eine Hirntoddiagnostik sowie organprotektive Maßnahmen, die spendezentriert begründet sind, ethisch grundsätzlich vertretbar seien, wenn diese den Patienten nicht belasteten oder seine Würde verletzen: Dazu zähle die begrenzte Fortführung der Intensivtherapie inklusive der Verabreichung von Blutpräparaten oder Medikamenten zur Stabilisierung und Wiederherstellung vitaler Organfunktionen, namentlich zur Behandlung zirkulatorischer, endokriner und metabolischer Probleme. Eine mechanische Reanimation falle aber nicht darunter. Besteht die Gefahr, ein dauerhaftes Koma herbeizuführen, sei auf jede Verlängerung der Intensivmedizin zum Zwecke der Organentnahme zu verzichten. Vgl. Schöne-Seifert et al. 2011b.

bisher, darüber vollständig informiert sei, wie die Hirntoddiagnostik ablaufe und welche medizinischen Maßnahmen bis zur Organentnahme durchgeführt würden.¹⁹⁹

Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen Fragen fällt auf, dass es zur Wirksamkeit kommunikativer Faktoren bei Angehörigengesprächen im Kontext der Organspende nur wenige empirische Studien gibt. Dies gilt national wie international. Dabei mangelt es sowohl an systematischen empirischen Untersuchungen zu den Erfahrungen der Angehörigen potenzieller Organspender mit den Beratern als auch zu den Faktoren, die ihre Entscheidung erleichtert oder erschwert haben.²⁰⁰ Es mangelt ferner an Studien über die Erfahrungen und Probleme der gesprächsführenden Mediziner.²⁰¹ In der praktischen Durchführung und Gestaltung der Angehörigengespräche bestehen aber offensichtlich von Klinik zu Klinik erhebliche Unterschiede.²⁰² Wünschenswert wären deshalb Standards für die Beratung und Begleitung von Angehörigen, um deren Situation vor und auch nach erfolgter Organspende zu verbessern.

Immer wieder stellen Angehörige fest, dass die Gesamtsituation, wie sie als Angehörige auf der Station im Krankenhaus aufgenommen wurden, wie ihre Fragen beantwortet wurden und wie man ihnen menschlich begegnet ist, entscheidend für einen von allen Beteiligten als befriedigend empfundenen Verlauf auch der späteren Gespräche über eine eventuelle Organentnahme war. Ein Stationsklima, in dem das Klinikpersonal sich nicht überfordert fühlt und Angehörige von Todkranken oder Sterbenden in Gesprächen nicht nur medizinisch aufklärt, sondern ihnen auch psychosoziale Hilfestellung vermittelt wird, ist für eventuell später einsetzende Gespräche über eine Organentnahme auf jeden Fall förderlicher als ein Stationsklima, in dem nur knappe Informationen gegeben und die

199 Ebd., A-2084.

200 Vgl. unter anderem Muthny/Wesslau/Smit 2003.

201 Muthny/Smit/Molzahn 2004.

202 Blum 2007, 105 ff.

Angehörigen sich selbst überlassen werden.²⁰³ Angehörige berichten in diesem Zusammenhang, dass sie sich auch schon vor der Entscheidung über eine Organentnahme in einem Ausnahmezustand befunden hätten, in dem sie die Begleitung durch das Klinikpersonal als hilfreich, unterstützend und als tragfähige Vertrauensbasis für die dann einsetzenden Gespräche über die mögliche Organentnahme erlebt hätten.²⁰⁴

5.3.1 Am Gespräch beteiligte Personen

Als mögliche Gesprächspartner der Angehörigen kommen verschiedene Personen(gruppen) in Betracht: Ärzte, Pflegende, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger, Beauftragte der DSO oder der Transplantationsbeauftragte, der gesetzlich unter anderem für die Gewährleistung der angemessenen Begleitung der Angehörigen verantwortlich ist. Nicht alle genannten Personengruppen sind aber in gleicher Weise geeignet, die Anforderungen an die Durchführung eines angemessenen Angehörigengesprächs zu erfüllen:

Bezüglich der Frage nach der Beteiligung des Klinikpersonals hat sich allgemein bewährt, dass bei Angehörigengesprächen die Gesprächspartner möglichst wenig wechseln sollten. Falls dies nicht zu gewährleisten ist, sollte zumindest die Gesprächsführung bei einer dazu beauftragten Person – wenn möglich, dem Transplantationsbeauftragten der Klinik – liegen.

In der Literatur finden sich allerdings auch Hinweise, dass dem Pflegepersonal bei der Kommunikation mit den Angehörigen eine entscheidende Rolle zukomme. Es habe die meisten Kontakte mit den Angehörigen, wisse mehr von deren spezifischen Ängsten, kenne eher deren Fragen und bekomme mehr

²⁰³ Dies wird auch durch eine Studie aus Neuseeland bestätigt, in der 31 von 49 befragten Angehörigen angaben, dass ihnen die Sorge, das Verständnis und die Unterstützung durch das Stationsteam der Intensivstation die größte Hilfe waren (Painter/Langlands/Walker 1995).

²⁰⁴ Donauer 2012, 184.

von deren Trauer oder Schock mit.²⁰⁵ Entsprechend wird empfohlen, ein nach Berufsgruppen und Geschlechtern gemischtes Team einzusetzen.²⁰⁶ Die Gesprächsführung mit den Angehörigen sollte zudem als interdisziplinäre Aufgabe des gesamten Teams verstanden werden.²⁰⁷ Laut einer Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts werden die Gespräche in der Regel von zwei Personen, in der Regel einem Fach- oder Oberarzt, meist gemeinsam mit einem zweiten Arzt geführt. Die betreuende Pflegekraft hat nur in 34,9 Prozent der Fälle regelmäßig an diesen Gesprächen teilgenommen, der DSO-Beauftragte nur in 14,9 Prozent der Fälle.²⁰⁸

Schließlich sollte zumindest der Hauptgesprächspartner oder Moderator der Gruppe, der auch die Kontinuität der Beratung garantiert, frei von einem Doppelmandat sein; dies wäre zum Beispiel der Fall, wenn ein Berater gleichzeitig behandelnder Arzt und Transplantationsmediziner wäre. Der Transplantationsbeauftragte der Klinik, dessen Aufgabe unter anderem die angemessene Begleitung der Angehörigen ist und der damit gute Entscheidungsprozesse zu ermöglichen hat, ist aufgrund seiner gesetzlichen Aufgabe dazu berufen. Je nach Fallkonstellation sollte dies aber im Ermessen des Krankenhauses liegen, beispielsweise wenn Angehörige ein Vertrauensverhältnis zu einem behandelnden Arzt aufgebaut haben und von einer neu hinzutretenden Person, wie den bisher noch nicht in Erscheinung getretenen Transplantationsbeauftragten, irritiert sein könnten.²⁰⁹ DSO-Koordinatoren sollten

205 In einer Studie aus Kanada wird dem Pflegepersonal eine besondere Verantwortlichkeit für die Begleitung der Angehörigen vor und nach der Organentnahme zugesprochen. Eine abwendende oder abwehrende Haltung des Stationspersonals sei ein wesentlicher Faktor für eine spätere Ablehnung einer Organspende (Pelletier 1992, 95).

206 Muthny et al. 2007, 102. Diese und andere Empfehlungen basieren zwar auf den Erfahrungen der Begleitung und Beratung bei Lebendspenden, können aber in ihrem allgemeinen Aussagegehalt auch auf die Beratung von Angehörigen bei postmortalen Spenden übertragen werden.

207 Muthny/Smit/Molzahn 2004, 260.

208 Blum 2007, 108.

209 Dies ist auch mit § 9b TPG vereinbart, da hier der Transplantationsbeauftragte für die angemessene Kommunikation mit den Angehörigen verant-

für diese Gespräche nicht eingesetzt werden, weil sie nach ihrem gesetzlichen Auftrag und ihrer Satzung andere Aufgaben haben.²¹⁰

5.3.2 Zeitpunkt der Gesprächsaufnahme

Die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Beratung von Angehörigen im Falle einer möglichen postmortalen Spende einsetzen sollte, wird unterschiedlich beantwortet. Auch in der Praxis gibt es hier bislang keine einheitliche Vorgehensweise. Ebenso wenig gibt § 7 TPG mit den Regelungen in Abs. 1 und Abs. 3 eindeutig vor, dass ein Gespräch mit den Angehörigen über die Organspendebereitschaft auch schon vor Feststellung des Hirntodes geführt werden kann.²¹¹ Aus einer nicht repräsentativen Studie von 2004 zur Erfahrung in der Organspende tätiger Ärzte mit Angehörigengesprächen geht jedoch hervor, dass die Gespräche zu je etwa einem Drittel bei infauster Prognose (bei in Aussicht genommener möglicher Organspende), bei Einleitung der Hirntoddiagnostik und nach Abschluss der Hirntoddiagnostik mit der Übermittlung der Todesnachricht begonnen werden.²¹²

wortlich ist, damit aber nicht dafür, in jedem Fall diese Kommunikation selbst durchzuführen.

210 Die Deutsche Stiftung Organtransplantation verfolgt gemäß § 2 der Satzung vom 8. Juli 2013 das Ziel, „die Patientinnen und Patienten auf der Warteliste durch die Förderung der Organspende sowie durch die Unterstützung der im Bereich der Organtransplantation tätigen Einrichtungen und Personen mit lebenswichtigen Organen zu versorgen und die gesundheitlichen Risiken für diese so gering wie möglich zu halten“ (<http://www.dso.de/dso/aufgaben-und-ziele/satzung-der-dso.html> [02.02.2015]).

211 Zum Verhältnis der beiden Regelungen siehe Stockter, in: Höfling 2013, § 7 Rn. 5a. Nach Auffassung der Bundesregierung ist es möglich, bereits im Vorfeld der Hirntoddiagnostik abstrakt über eine mögliche Organspende zu sprechen, insbesondere dann, wenn Angehörige die Frage ihrerseits aufwerfen. Allerdings sei ein Angehörigengespräch mit dem konkreten Ziel der Klärung, ob der mögliche Organspender eine Erklärung zur Organspende abgegeben hat, und wie der Inhalt aussieht, aufgrund des Regelung des § 7 TPG erst nach Feststellung des Hirntodes zulässig (Deutscher Bundestag 2012b, 1 f.).

212 Muthny/Smit/Molzahn 2004, 258.

Für einen möglichst späten Zeitpunkt nach dem Beginn oder sogar dem Abschluss der Hirntoddiagnostik wird oft ins Feld geführt, dass damit unnötige Belastungen und Aufregungen der Angehörigen vermieden werden könnten. Für ein früheres Einsetzen der Gespräche vor dem Beginn der Hirntoddiagnostik wird dagegen angeführt, dass die Angehörigen nur durch vollständige und frühe Aufklärung Vertrauen entwickeln könnten und genügend Zeit hätten, sich mit der Frage des Sterbens des Angehörigen auseinanderzusetzen. Im „Leitlinienentwurf des Universitätsklinikums Münster“, der sich auf die Behandlung potenzieller Organspender im Präfinalstadium bezieht, wird explizit für das Gespräch mit den Angehörigen vor Beginn einer Hirntoddiagnostik plädiert.²¹³

Für einen frühen Beginn der Gespräche spricht auch, dass die Auseinandersetzung mit dem Tod und die Frage nach der Einwilligung in die Organentnahme möglichst zeitlich voneinander getrennt werden sollten. Die Belastung, die sich aus dem Zusammentreffen von Todesnachricht und der Frage nach einer Organspende ergibt, kann, wenn es die Umstände erlauben, abgemildert werden.²¹⁴ Bedacht werden sollte bei früh einsetzenden Gesprächen aber auch, dass diese bei den Angehörigen bisweilen zu dem Eindruck führen können, dass möglicherweise nicht mehr alles für die Lebensrettung des potenziellen Organspenders getan wird. Auch hieraus ergeben sich besondere Anforderungen an die zu vermittelnden Informationen und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses.

Eine wesentliche Rolle spielt nicht nur die Wahl des Zeitpunkts der Gesprächsaufnahme, sondern auch das Zeitfenster insgesamt. Angehörige berichten regelmäßig, dass sie für ihre Entscheidungen Zeit brauchen. Im Rahmen mehrerer Gespräche sollte die Möglichkeit bestehen, Fragen zu erörtern, die sich zwischenzeitlich ergeben haben oder die eine Rücksprache innerhalb der Familie erfordern. Möglicherweise ist auch

213 Vgl. Schöne-Seifert et al. 2011a.

214 Hierzu auch Simmons/Fulton/Fulton 1989.

eine Beteiligung von weiter entfernt wohnenden Familienmitgliedern, die nicht selbst an den Beratungsgesprächen teilnehmen können, angezeigt. Manche Studien verweisen auf die Notwendigkeit, den Angehörigen die Möglichkeit zu geben, auch Freunde oder andere für die Familie wichtige Personen zu Rate ziehen zu können.²¹⁵

5.3.3 Gestaltung des Gesprächs

Hinsichtlich der prinzipiellen Gestaltung der Beratung besteht weitgehend Einigkeit darüber,

- >> dass die Wirksamkeit der Beratung in der jeweiligen Beziehungsgestaltung durch Wertschätzung des Gegenübers, Verständnis und Entlastung bei starken Gefühlsreaktionen liegt;
- >> dass die gegebene Information im Wesentlichen wirksam ist durch die Art und Weise der sich auf den Gesprächspartner einstellenden Informationsvermittlung, damit aber auch die Gefahr der Manipulation einhergeht, die nur durch Schulung und Supervision der Berater vermindert werden kann;
- >> dass die Wirksamkeit der Beratung erhöht wird durch Einbeziehung der psychosozialen Aspekte des Angehörigen; was ein Angehöriger mit einer Information anfangen kann, ergibt sich aus seinem psychosozialen Hintergrund und der Abstimmung der Information auf die Möglichkeiten, die sich vor diesem Hintergrund ergeben, und
- >> dass die Wirksamkeit der Beratung bei Rollenunklarheiten oder einem Doppelmandat stark eingeschränkt ist.

Es versteht sich von selbst, dass es sich stets um persönliche Gespräche handeln sollte, nicht um Telefongespräche oder

²¹⁵ Ebd., 271.

schriftliche Kommunikation. Die Gespräche sollten prinzipiell in einem dafür geeigneten, ruhigen Raum stattfinden, nicht auf dem Krankenhausflur oder direkt am Krankenbett.

5.3.3.1 Direktive vs. nondirektive Gesprächsführung

Prinzipiell lassen sich für das Gespräch mit Angehörigen und Vertrauenspersonen, die zu einer Entscheidung berufen sind, zwei Arten der Beratung unterscheiden: eine direktive Gesprächsführung, die im Interesse des Organaufkommens und der potenziellen Spendeempfänger auf eine Zustimmung der Angehörigen oder der Vertrauensperson zur Organentnahme abzielt, und eine nondirektive Gesprächsführung, die ergebnisoffen ist und bei der sowohl zustimmende wie ablehnende Entscheidungen akzeptiert werden. Auch eine nondirektive Gesprächsführung schließt die Benennung des Ziels, möglichst ohne Zeitdruck eine Entscheidung herbei zu führen, ebenso ein wie die Möglichkeit, im Sinne der Vollständigkeit der Information den Nutzen von Spenderorganen anzusprechen. Trotz des Anliegens, für schwer kranke Patienten Organe zu gewinnen, können für eine direktive Gesprächsführung kaum überzeugende ethische Argumente gefunden werden. Die gesetzlich verankerte erweiterte Zustimmungslösung beruht, wenn es keine Erklärung zur Organspende gibt und sich ein mutmaßlicher Wille nicht feststellen lässt, auf der freien Entscheidung der Angehörigen bzw. der vom potenziellen Organspender zu Lebzeiten benannten Vertrauensperson, die sich aus deren persönlicher Beurteilung und Schlussfolgerung ergibt und sich meist erst im Laufe des Entscheidungsprozesses festigt. Sie setzt voraus, dass kein moralischer oder sonstiger Druck ausgeübt wird und Informations- und Verständnisdefizite so weit wie möglich vermieden werden. Auch die Bundesregierung hat 2012 noch einmal bekräftigt, dass eine auf das Ziel der Zustimmung zur Organentnahme gerichtete

Gesprächsführung mit der Intention des Transplantationsgesetzes nicht vereinbar sei.²¹⁶

Direktive Beratungsformen, die von vielen Menschen als Belehrung durch einen fachlich überlegenen Experten wahrgenommen werden, schränken nicht nur die persönlichen Potenziale zu eigenen Entscheidungen ein, sondern können auch zu einer inneren Protesthaltung führen, die dem Gesamtprozess abträglich ist. Hinzu kommt bei einer direkten Gesprächsführung, dass die Angehörigen zu einem späteren Zeitpunkt ihre Zustimmung bereuen und sich dann selbst und auch der Klinik entsprechende Vorwürfe machen könnten. Sofern sie mit den Vorwürfen in der Öffentlichkeit auftreten, können sie außerdem dem Gesamtanliegen der Erhöhung der Spendebereitschaft schaden.

Eine nondirektive Gesprächsführung lässt dagegen das Ergebnis offen und zielt auf einen guten Prozess. Sie baut keinen Druck bezüglich eines bestimmten Ergebnisses auf und lässt angemessene Zeit zur Entscheidung, wenngleich sie natürlich objektive Begrenzungen, wie beispielsweise ein bestimmtes Zeitlimit, offenlegen muss. Neben den medizinischen Informationen sind auch Hinweise auf das Ziel der Organspende Gegenstand der Gespräche, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass das übermäßige Betonen des Organmangels und die Möglichkeit der Lebensrettung anderer Menschen auch das Risiko des moralischen Drucks auf den Angehörigen birgt. Ebenso gehört, wie oben im Zusammenhang mit dem Münsteraner Modell erwähnt, zur vollständigen Information die Aufklärung über organprotektive Maßnahmen (vgl. Abschnitt 2.2.4). Ein nondirektiver Gesprächsstil impliziert die Offenlegung aller Informationen und gleichzeitig die Ermutigung, dass der Beratene seine Entscheidung selbst treffen kann und muss und darauf vertrauen darf, dass er diese Entscheidung, wenn er sie für gut begründet hält, auch nachträglich nicht bereuen wird.

216 Deutscher Bundestag 2012b.

Ein nondirektiver Beratungsstil trägt dazu bei, dass sich die Angehörigen ernst genommen fühlen und ihre Zweifel und oft vorhandene Befürchtung, eine bestimmte Entscheidung sei erwünscht, offen ansprechen können. Allerdings können sie sich auch in besonderer Weise mit der Verantwortung für diese Entscheidung belastet fühlen. Diese Last kann ihnen im Rahmen der Zustimmungslösung zwar nicht genommen, jedoch durch Begleitung und Beratung erleichtert werden. Gemäß dem nondirektiven Beratungsmodell verstehen sich die Berater als Partner der Angehörigen, die mit ihnen zusammen eine Entscheidung erarbeiten.

Die Praxis zeigt, dass Entscheidungen, die auf diese Weise getroffen wurden, von den betroffenen Angehörigen auch langfristig positiv bewertet werden und der Erhöhung des Organspendeaufkommens dienlich sein können.²¹⁷

5.3.3.2 Rituale zur Abschiednahme und Nachsorge

Für einen gelingenden Kommunikationsprozess ist, wie aus Angehörigenberichten hervorgeht, neben den Gesprächen und der direkten Unterstützung seitens des Klinikpersonals auch die Ermöglichung kleiner Rituale vor der Entscheidung und, sofern es dazu kommt, nach der Organentnahme notwendig und hilfreich. Solche Rituale können unter bestimmten Bedingungen durchaus auch auf der Intensivstation vollzogen werden. Wichtig dabei ist, dass das Abschiednehmen als ein Prozess verstanden wird, der schon vor der Hirntoddiagnostik einsetzen sollte, wenngleich sich die Endgültigkeit des Todes erst dann auch sinnlich erschließen wird, wenn die Angehörigen den Leichnam des Verstorbenen nach der Organentnahme noch einmal sehen und möglichst auch dann mit einem Ritual verabschieden können.

Die längerfristige Nachbetreuung der Angehörigen gehört ebenfalls zu einer guten kommunikativen Gestaltung. Hier bieten sich verschiedene Methoden an, wie etwa die Vermittlung

217 Zu konkreten Vorschlägen siehe Donauer 2012, 188.

in Selbsthilfegruppen von Angehörigen und die nachträgliche anonymisierte Information über die erfolgte Übertragung der Organe bis hin zu anonymen Danksagungen von Empfängern, die über die Klinik und Eurotransplant weitergeleitet werden. Anonyme Danksagungen der Empfänger können zur Stabilität der getroffenen Entscheidung der Angehörigen ebenso beitragen, wie die Trauer um den Verstorbenen erleichtern. Weiter gehende Informationen, insbesondere die namentliche Bekanntmachung von Spenderfamilie und Empfänger, sind dagegen strikt abzulehnen. Dadurch könnten Schuldgefühle des Empfängers und falsche Dankeserwartungen der Spenderfamilie hervorgerufen werden.²¹⁸ Die allgemeine und anonyme Benachrichtigung über den Empfänger wird aber in Studien als hilfreich und tröstend eingeschätzt. Die Trauer über den Verlust des Angehörigen kann mit solchen Danksagungen natürlich nicht aufgehoben werden, es kann aber ein Trost darin gesehen werden, dass mit den Organen des Verstorbenen noch eine sinnvolle Heilbehandlung ermöglicht wurde.²¹⁹

5.3.4 Besondere Herausforderungen: Ermittlung des mutmaßlichen Willens und eigene Entscheidung der Angehörigen

Liegt keine Organspendeerklärung vor, entscheiden die Angehörigen oder die vom potenziellen Organspender mit der Entscheidung betraute Vertrauensperson über eine Organentnahme. Die Angehörigen haben bei ihrer Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des potenziellen Organspenders (§ 4 Abs. 1 Satz 4 TPG) zu beachten (siehe Abschnitt 2.3.3.4).

Zieht man zur Bestimmung des mutmaßlichen Willens die Regelungen zur Patientenverfügung heran, bedeutet dies, dass der Entscheider bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens

218 Simmons/Fulton/Fulton 1989, 279 f.

219 Painter/Langlands/Walker 1995.

auf konkrete Anhaltspunkte unter Einbeziehung früherer mündlicher oder schriftlicher Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen Bezug nehmen muss. Dies kann auch dazu beitragen, dass die Angehörigen sich ihrer Entscheidung sicherer fühlen und auch Dritten gegenüber besser vertreten können.

Hat der Betroffene unter den Bedingungen der neuen Entscheidungslösung keine Erklärung abgegeben, so kann dies unterschiedliche Gründe haben, die schwer zu interpretieren sind. Die Feststellung des mutmaßlichen Willens, der gegebenenfalls hinter der Nichterklärung zur Organspende stehen könnte, wird mit der Entscheidungslösung und den regelmäßig allen Versicherten zugesandten Informationen und Aufforderungen durch die Krankenkassen nicht leichter, insbesondere wenn der Betroffene über längere Zeit trotz mehrfacher Aufklärung und Aufforderung seinen Willen nicht zum Ausdruck gebracht hat.²²⁰

Eine personenzentrierte Mutmaßung und eine Fremdbeurteilung über die Motive und Absichten des Betroffenen können eng beieinanderliegen. Natürlich kann und sollte zur Überwindung solcher Schwierigkeiten bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens, wie in anderen medizinischen Bereichen auch, nach Möglichkeit ein abgestimmtes Urteil zwischen den beteiligten nahestehenden Personen herbeigeführt werden. Voraussetzung ist aber immer, dass tatsächliche Äußerungen oder Haltungen zur Frage der Organentnahme sowie Äußerungen oder Situationen, die zum Nichtausfüllen des

220 Für diese Konstellation lautet die Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz wie folgt: „Die allgemeinen Aufklärungspflichten in § 2 Absatz 1 Satz 1 TPG werden insoweit konkretisiert, als ausdrücklich auf das Entscheidungsrecht der nächsten Angehörigen für den Fall hingewiesen wird, dass keine Erklärung zur postmortalen Organ- und Gewebespende zu Lebzeiten abgegeben wird. Damit soll im Zusammenhang mit der allgemeinen Aufklärung die Konsequenz eines Unterlassens der Abgabe einer Erklärung zur postmortalen Organ- und Gewebespende zu Lebzeiten für die nächsten Angehörigen im Todesfall klarer herausgestellt werden“ (Deutscher Bundestag 2012a, 16).

Organspendeausweises geführt haben, erinnert und reflektiert werden.

Wenn der Fall eintritt, dass der Angehörige bzw. die beauftragte Vertrauensperson aus sich selbst heraus ein Urteil bilden muss, kann dies nur auf seinen eigenen Wertmaßstäben und Beurteilungen beruhen. Studien belegen, dass etwa der Hälfte der Angehörigen diese Entscheidung sehr schwer fällt, sie aber, wenn die Gründe, die der Entscheidung zugrunde liegen, für Dritte ausreichend nachvollziehbar kommuniziert wurden, in fast 90 Prozent der Fälle stabil ist, das heißt in einer nachträglichen Befragung nicht bereut wird oder heute genauso gefällt würde.²²¹

5.4 Motive der Entscheidungen über Organspenden

5.4.1 Ergebnisse von Befragungen Angehöriger

Wichtig für die Gestaltung eines guten Beratungsprozesses ist die Kenntnis der Motive, die Angehörige zur Begründung ihrer Zustimmung oder ihrer Ablehnung der Organspende anführen. Als häufigste Motive für eine Zustimmung zur Organentnahme werden in der Literatur das altruistische Motiv, anderen Patienten zu helfen, und das Motiv, dem Tod damit einen Sinn zu geben, genannt. In den vorliegenden Studien wird dabei allerdings nicht zwischen der Ermittlung des mutmaßlichen Willens und der Entscheidung aufgrund der eigenen Werthaltung unterschieden.

In der Studie aus Münster, die allerdings nicht repräsentativ ist, wurden 131 Angehörige erfasst, die eine Entscheidung zur Organentnahme hatten treffen müssen. Die Befragten konnten wählen, welche Entscheidungsmotive für sie von schwacher, mittlerer oder starker Relevanz waren. 71 Prozent

221 Muthny/Wesslau/Smit 2003, 118.

der Befragten gaben Altruismus und Mitgefühl mit den Organempfängern als starkes Motiv an, 39 Prozent gaben der Überlegung, dem Tod mit der Spende noch einen gewissen Sinn zu geben, als mittleres Entscheidungsmotiv, 26 Prozent als starkes Motiv an. Religiöse Gründe spielten eine untergeordnete Rolle.²²²

Als Motive für die Ablehnung gaben 48 Prozent der Befragten die Verletzung der Körperintegrität als starkes Motiv an, 30 Prozent das Nicht-akzeptieren-Können des Todes, 13 Prozent religiöse Gründe und nur 3 Prozent fehlendes Vertrauen in die Hirntoddiagnostik. Die Kategorien „Befürchtungen betreffs Organhandel“ und „Unzufriedenheit mit der Behandlung im Krankenhaus“ wurden von keinem der Befragten als starkes Motiv angegeben und jeweils nur in 5 Prozent der Fälle als mittleres Motiv.

Neuere Ergebnisse liegen mit dem Jahresbericht 2013 der DSO vor. Hierbei handelt es sich ebenfalls um eine nicht repräsentative Befragung. 451 Befragte begründeten ihre Zustimmung zur Organentnahme mit der positiven Einstellung des Verstorbenen, 218 Befragte mit altruistischen Motiven und 208 Befragte gaben die dadurch eintretende Sinngabe des plötzlichen Todes des Angehörigen an. 20 Befragte gaben „Betroffene im Bekanntenkreis“ als Grund ihrer Entscheidung an und 41 Befragte sonstige Gründe.²²³

Ihre Ablehnung begründeten 161 der Befragten mit der entsprechenden negativen Einstellung des Betroffenen, 94 damit, dass ihnen die Einstellung des Verstorbenen unbekannt sei, 31 mit der Uneinigkeit in der Familie, 23 mit der Verletzung der Körperintegrität, 14 mit der Nichtakzeptanz des Todes und 16 Befragte führten religiösen Gründe an. Nur fünf Befragte gaben mangelndes Vertrauen in die Hirntoddiagnostik als Ablehnungsgrund an, sieben Befragte äußerten

222 Muthny/Smit/Molzahn 2004, 259.

223 Deutsche Stiftung Organtransplantation 2014, 47.

Missbrauchsbedürfnissen, allerdings 37 Befragte „sonstige Gründe“. ²²⁴ Ob sich hierunter auch Ablehnungsgründe aufgrund der ab Mitte 2012 bekannt gewordenen Manipulationen bei der Organzuteilung befinden, geht aus der Erhebung nicht hervor.

Frühere Erhebungen der DSO hatten ergeben, dass eine Zustimmung zur Organentnahme nur geringen Einfluss auf den Trauerprozess hatte. So gaben im Zeitraum zwischen 2004 und 2009 im Rahmen einer nicht repräsentativen DSO-Befragung von Angehörigen 83,7 Prozent der Befragten an, dass mit der Organentnahme keine Erschwerung der Trauer verbunden gewesen sei. Auf die umgekehrte Frage, ob damit eine Erleichterung der Trauer verbunden gewesen sei, antworteten durchschnittlich 49 Prozent mit nein und 36,7 Prozent mit ja. ²²⁵

5.4.2 Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen

In repräsentativen Bevölkerungsbefragungen zur Zustimmung zur Organspende werden das Wissen um den Nutzen der Organspende, altruistische Motive und die Hoffnung, bei Spendenbereitschaft im Bedarfsfalle selbst auch ein Organ zu erhalten, am häufigsten genannt. ²²⁶

In einer repräsentativen Befragung von Emnid 2013, an der 989 Personen teilnahmen, stimmten 94 Prozent der Aussage zu, dass die Organspende Lebensrettung bedeute, 81 Prozent, dass die Organspende eine Möglichkeit sei, anderen Menschen etwas zu schenken und 73 Prozent, dass die Organspende ein Akt der Nächstenliebe sei. ²²⁷ Auch das Motiv, dass mit der

²²⁴ Ebd.

²²⁵ Siehe Vortrag von Thomas Breidenbach am 27. Oktober 2010 beim Forum Bioethik des Deutschen Ethikrates zum Thema „Äußerungspflicht zur Organspende. Sollte der Staat verlangen, dass sich jeder erklärt?“ in Berlin (Breidenbach 2010, 26 f.).

²²⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010; 2013.

²²⁷ Kahl/Weber 2014.

Organspende „etwas von mir in einem anderen Menschen weiterlebt“, spielt bei der Befragung der Bevölkerung eine Rolle. 69 Prozent stimmten dieser Aussage zu, wohingegen 64 Prozent die Aussage ablehnten, dass die Organspende eine Möglichkeit sei, nach dem Tod weiterzuleben.²²⁸

Die Emnid-Studie kommt aber auch zu dem Ergebnis, dass immerhin 28 Prozent der Befragten der Aussage „Hirntote Patienten sollten nicht als Organspender benutzt werden“ zustimmten, und 37 Prozent die Aussage trafen, dass, wenn sie selbst auf ein fremdes Organ angewiesen wären, lieber ein künstliches oder ein aus Stammzellen gezüchtetes Organ als das Organ eines Hirntoten erhalten würden. Dies interpretieren die Autorinnen dahingehend, dass in der Bevölkerung mit dem Hirntod durchaus ambivalente Vorstellungen verbunden sind.²²⁹

Bezüglich des Wissens über den Hirntod kommt die Emnid-Studie von 2013 zu folgenden Ergebnissen: Der Anteil der Befragten, der einer medizinisch richtigen Hirntodbeschreibung zustimmt („unumkehrbarer Ausfall der Hirnfunktionen“), ist mit 82 Prozent zwar hoch, gleichzeitig stimmten aber 79 Prozent auch der Aussage zu, der Hirntod sei ein unumkehrbarer Zustand eines Sterbeprozesses und 55 Prozent der Aussage, der Hirntod sei ein Zustand zwischen Leben und Tod.²³⁰

Die Emnid-Studie kommt weiter zu dem Ergebnis, dass nur 47 Prozent der Befragten den organisatorischen Abläufen im Krankenhaus trauen, 70 Prozent mutmaßen, dass Mediziner mit der Organspende viel Geld verdienen, und 81 Prozent Probleme in der gerechten Verteilung sehen. 51 Prozent geben an, dass die mediale Berichterstattung über die Manipulationen bei der Organvergabe ihre Einstellung zur Organspende

228 Ebd., 14.

229 Ebd., 16.

230 Ebd., 9.

negativ beeinflusst habe, und 30 Prozent, dass sie deshalb keinen Organspendeausweis ausfüllen werden.

In einer repräsentativen FORSA-Befragung von 2011 im Auftrag der DAK, in der 1003 Menschen befragt wurden, herrschen noch andere Ablehnungsgründe vor. 44 Prozent derjenigen, die eine Organspende ablehnten, gaben an, dass sie Angst davor hätten, Ärzte täten nicht mehr alles, um ihr Leben zu retten. 39 Prozent gaben an, sich jetzt noch nicht mit dem Tod beschäftigen zu wollen, und ein Drittel der Befragten lehnte die Entnahme ab, weil sie nicht wissen könnten, was mit ihren Organen geschehe.²³¹

5.4.3 Ergebnisse von Befragungen des Klinikpersonals

Ein anderes Bild ergibt eine (nicht repräsentative) Befragung von intensivmedizinischem Fachpersonal, die im Dezember 2012 auf dem Fachkongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin durchgeführt wurde und an der sich 1045 Personen beteiligt haben, die überwiegend beruflich direkt mit Organtransplantation zu tun haben. Danach befürworteten 81 Prozent die eigene Organspende, wobei aber nur 45 Prozent eine Organspendeerklärung ausgefüllt hatten. Diejenigen, die die Organspende für sich ablehnten, gaben zu 40 Prozent die fehlende Akzeptanz des Hirntodkonzeptes an, zu 29 Prozent die Angst vor Missbrauch durch Organhandel und zu 11 Prozent die fehlende Unversehrtheit des Körpers nach dem Tod. Als Gründe für das niedrige Organaufkommen in Deutschland gaben 29 Prozent der Befragten mangelnde Information der Bürger an, 22 Prozent Organisationsmängel im Transplantationswesen und 21 Prozent Ängste der Bürger und 9 Prozent Mängel des

²³¹ Deutsche Angestellten-Krankenkasse 2011.

Transplantationsgesetzes, wobei nicht weiter ausgeführt wurde, welche Mängel damit gemeint waren.²³²

In einer Befragung von medizinischem Fachpersonal in den für eine Organspende relevanten Funktionsbereichen in 50 bayrischen Krankenhäusern aus dem Jahre 2013 befragten 71 Prozent die eigene Organspende, wobei sich die Gruppe der Ärzte mit 82 Prozent und die der Pflegenden mit 66 Prozent deutlich unterschieden. In Kliniken ohne Transplantationsprogramm war dieser Anteil höher (73 Prozent) als in Kliniken mit Transplantationsprogramm (68 Prozent). 56 Prozent der Pflegenden und 68 Prozent der Ärzte gaben an, eine Organspendeerklärung ausgefüllt zu haben. Den Hirntod als Tod des Menschen akzeptierten 90 Prozent der befragten Ärzte und 78 Prozent der befragten Pflegenden. 28 Prozent aller Befragten gaben an, dass ihre Einstellung durch die bekannt gewordenen Manipulationen im Prozess der Organverteilung negativ beeinflusst worden sei. 43 Prozent waren der Ansicht, dass die postmortale Organverteilung nicht gerecht sei. 42 Prozent aller Befragten gaben an, noch nie an einer Fortbildung zum Thema Organtransplantation teilgenommen zu haben. 90 Prozent wünschten sich mehr Fortbildung, insbesondere in den Bereichen Angehörigenbetreuung (46 Prozent), organerhaltende Intensivtherapie (41 Prozent), Hirntod (41 Prozent) sowie zu ethischen Aspekten der Transplantationsmedizin (38 Prozent).²³³

5.4.4 Zwischenfazit

Welche Rolle mangelndes Wissen über den Hirntod, mangelndes Vertrauen in die Hirntoddiagnostik oder Schwierigkeiten, den Hirntod als Tod zu akzeptieren, tatsächlich bei der Ablehnung der Organspende, und erst recht bei der hohen Zahl

232 Söffker et al. 2014, 43 f.

233 Grammenos et al. 2014, 1292.

derjenigen, die bisher bei prinzipieller Befürwortung keine Erklärung zur Organspende abgegeben haben, spielen, ist damit nicht eindeutig festzustellen. Dies gilt auch, wenn sich hinter einigen Antworten, insbesondere von befragten Angehörigen, den Tod nicht zu akzeptieren oder keine Entscheidung treffen zu können, durchaus Unklarheiten oder Bedenken bezüglich des Hirntodkonzeptes verbergen können. Hierfür könnten auch Studien aus anderen Staaten sprechen.²³⁴

5.5 Aufklärung über Organtransplantation und Interkulturalität

Die Aufklärung der Angehörigen eines hirntoten Menschen aus einem anderen Kulturkreis beinhaltet häufig zusätzliche Schwierigkeiten. Dazu gehören beispielsweise sprachliche Barrieren, die für die Kommunikation ein wichtiges Hindernis darstellen. Deswegen können die wesentlichen Informationen über den Hirntod und die Organentnahme nicht angemessen vermittelt und der mutmaßliche Wille des Hirntoten nicht eruiert werden. Diese Situation verhindert wiederum das Ziel, eine nondirektive, ergebnisoffene Gesprächsführung zu erreichen. Die Lösung dieses Problems durch „Zufallsdolmetscher“, die in der Regel Angehörige oder Bekannte sind, ist in vielerlei Hinsicht nicht zufriedenstellend und ethisch problematisch. Diese Personen haben meistens eine mangelnde Übersetzungskompetenz und können parteiisch sein. Nicht selten kommt es dabei zu Fehlübersetzungen, Auslassungen, Verzerrungen oder dem Verschweigen von Informationen,

²³⁴ So wird in einer kanadischen Studie die „kognitive Dissonanz“ zwischen dem Wissen über den Hirntod und der bisherigen Erfahrung mit dem Tod als Ausfall von Herz- und Atmungstätigkeit thematisiert (Pelletier 1992, 95 ff.); in einer US-amerikanischen Studie aus Minnesota wird das nicht nur intellektuelle, sondern auch emotionale Unverständnis vieler Angehöriger der Hirntodkonzeption gegenüber erläutert (Simmons/Fulton/Fulton 1989, 273 ff.).

was vom beratenden Arzt nicht kontrolliert werden kann.²³⁵ Deswegen ist in solchen Situationen ein unparteiischer, professioneller Dolmetscher erforderlich. Aus organisatorischen und finanziellen Gründen ist die Inanspruchnahme solcher Dienstleistungen allerdings mit einer Reihe von Problemen verbunden.

Neben Kommunikationsschwierigkeiten können auch kulturelle Probleme treten.²³⁶ Mitunter tauchen kulturell oder religiös bedingte Fragen auf, die den Berater vor besondere Herausforderungen stellen. Es ist nicht zu erwarten, dass jeder Berater kulturspezifische und für die Angehörigen entscheidende Fragen beantworten kann. Deswegen gewinnt in solchen Situationen die Erreichbarkeit zuständiger Institutionen und religiöser Instanzen eine besondere Bedeutung.

In Beratungsgesprächen im interkulturellen Kontext kann es für die Angehörigen im Hinblick auf ihre Entscheidungsfindung wichtig sein, ob etwa die Durchführung bestimmter religiöser Rituale (beispielsweise rituelle Waschung nach dem Tod bei muslimischen und jüdischen Verstorbenen) bei einem explantierten Menschen möglich ist. Die Berücksichtigung solcher Aspekte im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs würde den Kommunikationsprozess positiv beeinflussen.

Leider gibt es in Deutschland keine validen Daten zu den oben genannten Problembereichen. Ebenso fehlen uns empirische Forschungen bezüglich der Einstellung von Menschen aus anderen Kulturkreisen zur Organspende und Hirntod sowie ihrer Bereitschaft zur Organspende. In den USA und in Großbritannien ist die Datenlage dagegen ergiebiger. In diesen Staaten gibt es seit den 1990er-Jahren eine transplantationsmedizinische Begleitforschung.²³⁷

235 David/Ilklic 2010.

236 Holzniekenper 2005; Ilklic 2012.

237 Signifikant hohe Inzidenz bestimmter Volkskrankheiten und eine damit häufig verbundene Niereninsuffizienz bei ethnischen Minderheiten waren wichtige Ausgangspunkte für diese Untersuchungen wie beispielsweise: Callender 1987; Lange 1992; Sehgal/LeBeau/Youngner 1997; Yuen et al. 1998.

Diese Studien belegen, dass diese Bevölkerungsgruppen auf den Wartelisten überproportional vertreten und zugleich weniger bereit zur Organspende waren.²³⁸ Ein weiterer Befund war, dass die Wartezeit auf ein Organ bei Afroamerikanern signifikant länger war als bei weißen US-Amerikanern.²³⁹ In einer US-amerikanischen Studie mit über 1200 Teilnehmern wurde festgestellt, dass lediglich 39,1 Prozent der befragten Afroamerikaner, aber 64,9 Prozent der weißen US-Amerikaner ihre Einwilligung zur Organspende mit einem entsprechenden Vermerk im Führerschein dokumentiert haben.²⁴⁰ Es gibt auch weitere Studien, die eine niedrige Spendebereitschaft der ethnischen Minderheiten belegen.²⁴¹ In anderen Untersuchungen konnten die Gründe für diese Einstellung ermittelt werden. Deutlich schlechtere Aufklärungsmöglichkeiten bezüglich der Organspende, mangelndes Vertrauen in verschiedene Behörden wegen individueller und historischer Diskriminierungserfahrungen oder der Zweifel an einer zweckgerichteten Nutzung der gespendeten Organe (beispielsweise Verwendung der Organe zu medizinischen Experimenten) sind einige Gründe für diese niedrigere Spendebereitschaft, die in diesen Untersuchungen hervorgehoben wurden.²⁴²

Inwiefern diese Fakten auf Deutschland übertragbar sind, ist eine berechtigte und offene Frage. Für einen angemessenen Umgang mit der Interkulturalität bei der Organspende ist eine Offenlegung der medizinischen und kulturellen Fakten durch entsprechende repräsentative Studien erforderlich. Berücksichtigt man die Realität, dass etwa 20 Prozent der in Deutschland lebenden Menschen einen Migrationshintergrund haben, so wird die Dringlichkeit der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit diesen Themen umso deutlicher.

238 United Network for Organ Sharing 1999.

239 Siminoff/Burant/Ibrahim 2006, 995.

240 Ebd., 997.

241 Hartwig et al. 1993, 1331 ff.; Siminoff/Lawrence/Arnold 2003, 149 ff.

242 Plawecki/Plawecki 1992, 36 ff.

5.6 Kommunikation, Kooperation und Koordination in der Klinik

Eine gute Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in der Klinik, den Pflegenden und den Ärzten wird seit vielen Jahren als unabdingbare, aber noch dringend verbesserungsbedürftige Voraussetzung für eine hochwertige Gesundheitsversorgung angesehen. Dies kann in besonderem Maße auch für die Krankenhausbereiche angenommen werden, in denen es möglicherweise zur Hirntoddiagnostik und zur Organentnahme kommt. Zum einen verweisen Angehörige, wie in Abschnitt 5.3 ausgeführt, darauf, dass die Gesamtsituation und das Stationsklima, in dem sich das Gespräch entwickelte, entscheidend für den Verlauf ihrer Entscheidungsfindung war. Zum anderen zeigt sich auch immer wieder, dass Einschätzungsdifferenzen zwischen Pflegenden und Ärzten bezüglich der Organspendemöglichkeiten der gemeinsam versorgten Patienten und der damit verbundenen verschiedenen medizinischen Maßnahmen den Prozess der Entscheidungsvorbereitung erheblich stören können. Neben Informationsdefiziten sind hierfür insbesondere Kommunikations- und Konfliktlösungsdefizite als Ursachen zu benennen.

Zur Schulung der fachlich-inhaltlichen Gesprächsführung mit Angehörigen hat die DSO bis 2008 eintägige EDHEP-Seminare (*European Donor Hospital Education Program*) für Ärzte und Pflegekräfte, aber auch andere an der Angehörigenberatung auf der Intensivstation Beteiligte wie Seelsorger oder Psychologen angeboten, die federführend von Eurotransplant entwickelt worden waren. Nach verschiedentlichem Kritik²⁴³ wurde das neue Programm „Entscheidungsbegleitung für Angehörige“ eingeführt. Gegenstand dieses Programms ist die Schulung in professioneller Entscheidungsbegleitung der Angehörigen, die den Beistand in der Trauer mit der Entscheidung über die Organspende verbindet.

243 Vgl. unter anderem Deutscher Bundestag 2012b, 5.

Neben diesem Programm liegen mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekt „Interprofessionelle Kommunikation und Kooperation“ (InterKiK)²⁴⁴ und dem Organisationskonzept „Kooperation Pflege und Medizin“ (KoPM)²⁴⁵ einschlägige Referenzprojekte vor, die zur Verbesserung der Praxis herangezogen werden können. Sie haben einen weiteren Fokus als die Angehörigengespräche zur Einwilligung in die Organspende und beziehen sich auf den gesamten Interaktions- und Kommunikationsprozess zur Patientenversorgung einer Station.

Als Ziel des KoPM wird die gemeinsame „patientenbezogene Verantwortung“ genannt. Hierzu gehören beispielsweise von Pflegekräften und Ärzten gemeinsam zu führende Patienten- und Angehörigengespräche. Eine wichtige Voraussetzung für eine solche gelingende interprofessionelle Kooperation sei eine gemeinsame Werteorientierung auf der Basis einer gleichberechtigten Verständigung über Ziele und Standards. Eine weitere Voraussetzung sei eine beständige und verbindlich geregelte Kommunikations- und Informationsstruktur. Beide Bedingungen für ein gutes Gelingen gelten in besonderem Maße auch für den Prozess der Organspende. Die Möglichkeit, an den Entscheidungsprozessen mitzuwirken, sei, gerade wenn es sich um mehrperspektivische Abwägungsvorgänge handele, besonders wichtig.²⁴⁶ In Übereinstimmung mit dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen²⁴⁷ wird davon ausgegangen, dass bei aller Unterschiedlichkeit der Kernkompetenzen von Pflege und Medizin in den Bereichen Case Management und psychosoziale Betreuung Überschneidungen bestehen, die

244 Lecher et al. 2003, sowie Lecher et al. 2002.

245 Dahlgaard/Stratmeyer 2006–2008; Kurzfassung auch Dahlgaard 2010.

246 Dahlgaard 2010, 33.

247 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007.

eine Bündelung der Kompetenzen im interdisziplinären Team zuließe.²⁴⁸

Auf die Vorbereitung einer möglichen Organentnahme und die anstehenden Kommunikationen mit Angehörigen übertragen, bedeutet diese Empfehlung, dass das Case Management und Teile der Kommunikation auch von dafür geeigneten Pflegekräften durchgeführt werden könnten oder gegebenenfalls von den Berufsgruppen gemeinsam gestaltet werden sollten.

Der Abschlussbericht des Modells InterKiK und der Bericht zum KoPM stimmen darin überein, dass die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation „nicht zu unterschätzende Transaktionskosten“ zur Folge habe, die sich aber durch optimierte Prozesse und bessere Arbeitsergebnisse rechtfertigen ließen.²⁴⁹ Für die klinischen Bereiche, die mit der Transplantationsmedizin befasst sind, würden sich solche Mehrkosten dann sicherlich rechtfertigen lassen, wenn dies zu einem wieder größeren Vertrauen der Bevölkerung in die Transplantationsmedizin und zu einem höheren Organspendeaufkommen beitragen würde.

248 Dahlgaard 2010, 37.

249 Ebd.

6 ZUSAMMENFASSUNG, SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Deutsche Ethikrat hält die Organtransplantation für einen wichtigen Bereich der Medizin, der dazu beitragen kann, das Leben schwer kranker Menschen zu retten. Umso bedeutsamer ist es, dass die Bevölkerung Vertrauen in diesen Bereich der ärztlichen und pflegerischen Versorgung hat. Das Vertrauen ist für viele Menschen in den letzten Monaten durch die Unregelmäßigkeiten bei der Verteilung von Organen erschüttert worden; auch die Kontroverse um die Frage, ob der Hirntod der Tod des Menschen ist, beschäftigt schon seit Einführung dieses Konzeptes viele Menschen.

Um das öffentliche Vertrauen in die Transplantationsmedizin in Deutschland zu stärken, sind Transparenz und eine offene gesellschaftliche Diskussion notwendig. In diesem Sinne möchte der Deutsche Ethikrat mit dieser Stellungnahme, die sich ausschließlich mit der Organspende nach Hirntod befasst, die weitreichende Einigkeit über viele Elemente des Todesverständnisses und über einen angemessenen Umgang mit hirntoten Menschen herausstellen. Er möchte aber auch die öffentliche Diskussion der vorhandenen Kontroversen befördern. Diese Kontroversen betreffen die Frage, ob das Hirntodkriterium ein überzeugendes Kriterium für den Tod des Menschen ist. Sie betreffen auch die Fragen, ob der Hirntod für die ethische und verfassungsrechtliche Legitimität einer Organentnahme selbst dann als Voraussetzung ausreicht, wenn er nicht mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt wird. Was in der Situation des Hirntodes als angemessenes Vorgehen zu gelten hat, fällt nicht ausschließlich in die Kompetenz naturwissenschaftlicher Experten oder der medizinischen Profession, sondern bedarf auch einer ethischen Reflexion.

Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ befasst sich vor diesem Hintergrund mit zwei Themenkomplexen:

(1) Zunächst bereitet sie die vielschichtige und kontroverse Diskussion über die Hirntodkonzeption als Grundlage der postmortalen²⁵⁰ Organspende einschließlich der Problematik organprotektiver Maßnahmen auf.

(2) Zweiter Schwerpunkt der Stellungnahme sind die Bedingungen transparenter und offener Kommunikationsprozesse im Zusammenhang mit der Organspende.

I. Bestandsaufnahme und Problemaufbereitung (Kapitel 2)

Ablauf einer Organspende

1. Für die Entnahme von Organen „bei toten Spendern“ bestimmt das Transplantationsgesetz, dass die Entnahme nur zulässig ist, wenn der Tod des Organspenders festgestellt ist. Darüber hinaus bestimmt es, dass die Entnahme unzulässig ist, wenn nicht zuvor bei dem Organspender der endgültige und irreversible Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms festgestellt worden ist. Dieser Zustand des endgültigen Ausfalls der Funktionen des gesamten Gehirns bei aufrechterhaltenem Blutkreislauf wird abkürzend als „Hirntod“ bezeichnet.
2. In den Richtlinien der Bundesärztekammer wird festgelegt, wie die Hirntodfeststellung unter Berücksichtigung der Krankheitsgeschichte des Patienten zu erfolgen hat. Die Ärzte können danach den Hirntod nur dann feststellen, wenn eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt ist, klinische Ausfallsymptome festgestellt worden sind und durch einen zeitversetzten zweiten klinischen

²⁵⁰ Zum Begriff vgl. Fn. 2.

Untersuchungsgang der Nachweis ihrer Irreversibilität erfolgt ist. Zu den klinischen Ausfallsymptomen zählen Bewusstlosigkeit (Koma), fehlende Reflexe des Hirnstamms und Atemstillstand. Gegebenenfalls muss die Hirntoddiagnostik auf zusätzliche apparativ erhobene Befunde gestützt werden.

3. Der Hirntoddiagnostik geht in der Regel eine Phase voraus, in der die Betroffenen als Schwerstkranke intensivmedizinisch behandelt werden. Zu einem bestimmten Zeitpunkt kann sich für die behandelnden Ärzte die Frage stellen, ob eine Fortsetzung der Therapie überhaupt noch indiziert ist. Wird diese Frage verneint, werden die intensivmedizinischen Interventionen begrenzt bzw. beendet. Kommt der betreffende Patient jedoch als Organspender in Betracht, werden vorübergehend die Vitalfunktionen weiterhin aufrechterhalten. Diese Maßnahmen erfolgen nun aber nicht mehr im therapeutischen Interesse des Patienten (des potenziellen Organspenders), sondern dienen ausschließlich der Sicherstellung der Qualität und Transplantationsfähigkeit der Organe. Sie werden deshalb ab diesem Zeitpunkt als *organprotektive Maßnahmen* bezeichnet.

Der rechtliche Ordnungsrahmen für die postmortale Organspende

4. Das Transplantationsgesetz greift in seinen Vorschriften weitgehend auf jene Organisationsstrukturen und Akteure zurück, die bereits vor seinem Inkrafttreten vorhanden waren: die Bundesärztekammer, die durch das Transplantationsgesetz mit einer weitreichenden Richtlinienkompetenz ausgestattet ist, die Deutsche Stiftung Organtransplantation als Koordinierungsstelle sowie die niederländische Stiftung Eurotransplant als Vermittlungsstelle. Seit dem 1. August 2012 ist in allen Entnahmekrankenhäusern mindestens ein fachlich qualifizierter Transplantationsbeauftragter zu bestellen, der in der

Wahrnehmung seiner Aufgaben unabhängig und weisungsfrei ist. Näheres soll durch Landesrecht bestimmt werden, was bislang allerdings nur zum Teil und recht unterschiedlich geschehen ist.

5. Dem Transplantationsgesetz liegt die sogenannte erweiterte Zustimmungslösung zugrunde. Sofern weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organspenders vorliegt, ist der nächste Angehörige zu befragen, ob ihm eine Erklärung des möglichen Organspenders bekannt ist. Ist dies der Fall, ist die Erklärung umzusetzen. Anderenfalls räumt das Gesetz dem nächsten Angehörigen das Entscheidungsrecht ein. Der Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten. Lässt sich ein solcher nicht ermitteln, entscheidet der Angehörige nach eigenem ethisch verantwortbaren Ermessen. Diese Konzeption der erweiterten Zustimmungslösung wird seit Mitte 2012 flankiert durch ein Modell intensivierter Information und Aufklärung der Bevölkerung (sogenannte Entscheidungslösung). Diese Aufklärung hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein (§ 2 Abs. 1 Satz 2 TPG).
6. Bislang unzureichend geregelt sind die sogenannten organprotektiven Maßnahmen.
 - 6.1 Rechtlich und ethisch unproblematisch sind sie für die Phase *nach Hirntodfeststellung*. Organprotektive Maßnahmen dürfen aber auch *vor Feststellung des Hirntodes* durchgeführt werden, wenn der Betroffene selbst in eine derartige Behandlung eingewilligt hat. Darüber hinaus kann angenommen werden, dass organprotektive Maßnahmen auf einen mutmaßlichen Willen des Betroffenen gestützt werden können, wenn eine Organspendeerklärung des Betroffenen vorliegt und mit der Hirntoddiagnostik begonnen wird.

- 6.2 Anders ist die Situation dann, wenn die Ärzte vermuten, dass der Hirntod erst demnächst eintreten wird. Insoweit ist fraglich, ob organprotektive Maßnahmen in dieser Situation auf einen erklärten oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen zur Spendebereitschaft gestützt werden können. Dies wird man allenfalls dann bejahen können, wenn bekannt ist, dass dem Spendewilligen die Bedeutung organprotektiver Maßnahmen bewusst war.
- 6.3 Durchgreifende Bedenken bestehen nach geltendem Recht gegen die Anerkennung einer eigenständigen Entscheidungsbefugnis von Angehörigen oder rechtlichen Vertretern über die Durchführung organprotektiver Maßnahmen vor und während der Hirntoddiagnostik.
- 6.4 Probleme bei der Ermittlung des Willens zur Organspende können vor allem in Konstellationen auftreten, in denen die Organspendebereitschaft mit einer Patientenverfügung kollidiert, in der lebensverlängernde intensivmedizinische Maßnahmen abgelehnt werden oder ihre Begrenzung gefordert wird. Lässt sich der Wille des Betroffenen im Hinblick auf das Verhältnis von organprotektiven Maßnahmen zur Patientenverfügung nicht durch Auslegung klären, ist durch Befragung von ihm nahestehenden Personen zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit er sich Gedanken zu einem Verhältnis beider Erklärungen gemacht hat. Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens kann allein anhand von persönlichen, individuell feststellbaren, konkreten Anhaltspunkten erfolgen.

II. Analytische Strukturierung: Todesverständnis, Todeskriterien, Feststellung des Todes (Kapitel 3)

7. Die normativen Probleme, die mit dem der postmortalen Organentnahme zugrunde liegenden Todeskonzept verbunden sind, können nach folgenden Gesichtspunkten strukturiert werden. In einem *ersten* Schritt ist das *Todesverständnis* zu bestimmen (z. B. Ende des personalen Lebens, Verlust der leiblichen Einheit, vollständiges Absterben aller Lebensvorgänge). In einem *zweiten* Schritt sind die *Kriterien* zu ermitteln, anhand deren beurteilt werden soll, ob das in dem jeweiligen Todesverständnis geforderte Merkmal vorliegt (z. B. Zustand andauernder Bewusstlosigkeit, irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen, vollständiges Erlöschen sämtlicher Zellaktivitäten). In einem *dritten* Schritt stellt sich schließlich die Frage, welche *diagnostischen Verfahren* geeignet sind, das Vorliegen der Kriterien zuverlässig nachzuweisen.
8. Um die Frage nach dem Verständnis des Todes zu beantworten, bedarf es philosophisch-anthropologischer Interpretationen. Todesverständnisse sind durch unterschiedliche Vorstellungen davon geprägt, was den Menschen ausmacht. Entsprechend zeigt sich in der Kulturgeschichte eine erhebliche Varianz von Todesverständnissen. Dies spiegelt sich auch in der philosophischen Reflexion über das Phänomen des Todes wider.
9. Die unterschiedlichen philosophischen Todesverständnisse haben sich über schwer zu entwirrende Traditionsfäden zu allgemeinen gesellschaftlichen Überzeugungen ausgebildet und darüber hinaus erhebliche Folgen für die Beantwortung der Frage nach der Unterscheidung von Leben und Tod. In diesem Sinne kann man feststellen, dass die Regulierung der Organtransplantation mehr oder weniger explizit auf anthropologische Annahmen und Todesverständnisse zurückgreift. Gerade die kulturhistorisch beschreibbare Vielfalt von Todesverständnissen

macht es aber auch erforderlich, nach verallgemeinerbaren Elementen der Todeskonzeption zu suchen.

III. Todesverständnis und Todeskriterien im Kontext der Organtransplantation (Kapitel 4)

Gemeinsame Ausgangsbasis

10. Alle Mitglieder des Deutschen Ethikrates sind der Auffassung, dass ein ausschließlich mentalistisches Todesverständnis, das allein auf den unumkehrbaren Verlust aller Bewusstseinsfunktionen abstellt, zurückgewiesen werden muss. Der irreversible Verlust der Wahrnehmungs-, Empfindungs-, Denk- und Entscheidungsfähigkeit ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung des menschlichen Todes. Ausschließlich mentalistisch begründete Todeskonzepte gehen mit einem ethisch und verfassungsrechtlich inakzeptablen Menschenbild einher.
11. Vom Tod kann nur in Bezug auf einen Organismus als einer biologischen Einheit gesprochen werden. Der Organismus konstituiert sich dabei in zweierlei Hinsicht als Einheit: durch interne Wechselwirkungen seiner Teile und durch Austausch mit der Umwelt.
12. Schließlich stimmen die Mitglieder des Deutschen Ethikrates auch darin überein, dass der Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen eine Zäsur mit weitreichenden ethischen Folgen darstellt. Die Feststellung des Hirntodes bedeutet, dass keine ärztliche Indikation für therapeutisch ausgerichtete Maßnahmen mehr besteht. Deshalb gibt es auch keine Verpflichtung mehr, Atmung und Herz-Kreislauf-Funktionen aufrechtzuerhalten.

Die Kontroverse um die Hirntodkonzeption

Im Deutschen Ethikrat umstritten ist jedoch, ob der irreversible Ausfall aller Hirnfunktionen als Todeskriterium anzuerkennen ist.

Position A: Der Hirntod ist ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen.

13. Nach Auffassung der Mehrheit des Deutschen Ethikrates ist der Hirntod ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen. Das Gehirn ist das zentrale Integrations-, Kommunikations- und Koordinierungsorgan. Es integriert die sensorischen und sensiblen Reize aus dem Organismus selbst und die Reize von außerhalb, ermöglicht die motorischen Leistungen und die Kommunikation und reguliert die Abstimmungsvorgänge in und zwischen den anderen Organsystemen über das vegetative Nervensystem einschließlich der hormonellen Steuerung. Schließlich ist das Gehirn die organismische Grundlage des Mentalen und der Subjektivität. Die inneren Abläufe des lebenden Organismus werden wesentlich durch seine ständige Auseinandersetzung mit seiner Umwelt mit konstituiert. Diese Interaktionen basieren zu einem großen Teil auf Sinneswahrnehmungen, die im Gehirn verarbeitet und repräsentiert werden und ihrerseits zur Veränderung von Hirnfunktionen und -strukturen sowie einer spezifischen Reaktion oder eines bestimmten Verhaltens führen.
14. Während die spezifischen Funktionen anderer Organe vorübergehend und mitunter über große Zeiträume technisch aufrechterhalten oder substituiert werden können, lassen sich die Funktionen des Gehirns nicht ersetzen. Lediglich Teilsysteme können durch externe Substitution auf einem rudimentären Niveau aufrechterhalten werden. Wenn bei einem Hirntoten die ausgefallenen lebenswichtigen Funktionen wie etwa die Atmung

oder der Blutkreislauf durch künstliche Maßnahmen aufrechterhalten und ersetzt werden, ist die Integration des menschlichen Körpers zu einer funktionierenden Einheit keine Eigenleistung dieses Körpers mehr. Qualität und Intensität der Unterstützung von außen ist von genuin anderer Art, als wenn in einem lebensfähigen Organismus Teilfunktionen wie die Atmung oder der Blutkreislauf ersetzt werden.

15. Wenn durch den irreversiblen Ausfall aller Gehirnfunktionen die notwendigen Voraussetzungen mentaler Aktivität, jedes Empfindungsvermögens und damit jedwede Möglichkeit von selbst gesteuertem Verhalten bzw. Austausch mit der Umwelt für immer erloschen sind und außerdem die Einheit des Organismus zerbrochen ist, kann von dem in diesem Zustand befindlichen Körper nicht mehr als einem lebendigen Menschen gesprochen werden. Die Eigentätigkeit des Organismus ist nach der Hirntodkonzeption ein zulässiges Unterscheidungsmerkmal, das dessen lebendigen Zustand gegenüber dem eines Hirntoten auszeichnet, bei dem nur partielle Integrationsleistungen noch möglich sind.

Position B: Der Hirntod ist keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen.

16. Nach Auffassung einer Minderheit des Deutschen Ethikrates ist der Hirntod kein Kriterium für den Tod des Menschen. Die Integration zu einem Organismus als einem Ganzen ist auch bei einem Patienten mit irreversiblen Ganzhirnversagen noch gegeben. Leben kann man als eine Art Systemeigenschaft verstehen. Die Auffassung des Organismus als System basiert ganz wesentlich auf der Idee der Wechselwirkung unterschiedlicher Komponenten auf verschiedenen funktionalen Ebenen miteinander und mit der Umwelt, nicht auf dem Prinzip der zentralen Steuerung.

17. Auch nach dem Absterben des Gehirns verfügt der Organismus unter der Voraussetzung einer apparativ-intensivmedizinischen Unterstützung noch über vielfältige Funktionen, die nicht nur „partiell“ wirken, sondern für den Organismus als Ganzen integrierende Funktion haben. Dazu gehören beispielsweise die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts einer Vielfalt interagierender physiologischer Parameter durch die Funktion der Leber und der Nieren, des Herz-Kreislauf- und des Hormonsystems, ferner die sexuelle Reifung eines Kindes und eine erfolgreiche Schwangerschaft bei einer hirntoten Schwangeren.
18. Ein Mensch mit irreversiblen Ganzhirnversagen ist auch fähig zur Interaktion mit der Umwelt. Ein Beispiel ist der Kampf gegen Infektionen und Fremdkörper durch Interaktion zwischen dem Immunsystem, Lymphsystem, Knochenmark und Mikrogefäßen. Vergleichbar reagieren Darm, Leber und Stoffwechselprozesse auf die angebotene Nahrung mit dem Abbau, dem Transport und der Weiterverarbeitung von Nahrungsbestandteilen. Es ist offenkundig, dass solche körperlichen Leistungen das Funktionieren des Organismus als eines Ganzen erfordern.
19. Für die normative Bewertung von Bedeutung ist, dass der Begriff der Selbststeuerung nicht nur zentralnervösen Aktivitäten vorbehalten sein darf. Selbststeuerung und Selbstintegration erfolgen im Organismus auf vielfältige Art und Weise und nicht nur durch Nervenwirkung.

Zur Bedeutung der Dead-Donor-Rule

20. Die Diskussion um die Hirntodkonzeption steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Frage, ob lebenswichtige Organe, wie es im Transplantationsgesetz verankert ist, nur Toten entnommen werden dürfen (sogenannte Dead-Donor-Rule).

21. Nach Auffassung von Position B ist die Dead-Donor-Rule entbehrlich. Die Minderheit des Deutschen Ethikrates hält die Entnahme lebenswichtiger Organe bei Menschen mit irreversiblen Ganzhirnversagen für ethisch wie verfassungsrechtlich legitim, sofern dies dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen entspricht. Mit der Diagnose „Hirntod“ ist der Befund verknüpft, dass der betreffende Mensch über keinerlei Wahrnehmungs- und Empfindungsvermögen mehr verfügt. Mit dieser Diagnose verbindet sich zugleich ein weitreichender Konsens darüber, dass die Weiterbehandlung des Betroffenen in seinem eigenen Interesse nicht mehr sinnvoll ist. In dieser Situation erscheint es unangemessen, die auf der Grundlage einer informierten Einwilligung erfolgende Organentnahme als Tötung im Sinne einer verwerflichen Integritätsverletzung zu qualifizieren. Es geht vielmehr um die Anerkennung der Selbstbestimmung des Einzelnen über seine leiblich-seelische Integrität. Mit der Entnahme lebenswichtiger Organe wird in diesem Fall ein für ihn hochrangiger Zweck verfolgt, zu dessen Verwirklichung der Arzt zwar in die allerletzte Sterbephase auf der Grundlage einer entsprechenden Willensäußerung des Betroffenen eingreift, allerdings viele Stunden *nach* demjenigen Zeitpunkt, zu dem ohne Bereitschaft zur Organspende der Sterbeprozess mangels Weiterbehandlungsrechts des Arztes ohnehin bereits abgeschlossen wäre. Für das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern schafft Art. 6 Abs. 2 GG eine besondere Legitimationsgrundlage, diese Entscheidung zu treffen.
22. Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates (Position A) hält es dagegen für zwingend, an der Dead-Donor-Rule festzuhalten. Das Leben steht moralisch und rechtlich unter dem besonderen Schutz des Tötungsverbots. Dies gilt für die gesamte Dauer des Lebens, also ohne Abstufungen bis an sein Ende, unabhängig von der voraussichtlichen Dauer des individuellen menschlichen Lebens.

Eine Tötung bleibt eine Tötung auch dann, wenn der Eintritt des Todes zuvor hinausgezögert wurde. Ein Lebender darf schon nach deutschem Verfassungsrecht unter keinen Umständen allein aus fremdnützigen Gründen getötet werden. Erst recht kann eine Tötung nicht auf einen lediglich mutmaßlichen Willen gestützt werden. Im Übrigen gilt: Auch die Organentnahme bei Kindern erfolgt unter Beachtung der Dead-Donor-Rule, und zwar aufgrund einer Zustimmung der Eltern im Rahmen ihres Totensorgerechts. Eltern dürfen dagegen nicht in eine zum Tode führende Organexplantation ihres noch lebenden Kindes einwilligen. So weit reicht das Elternrecht nach Art. 6 Abs. 2 GG nicht. Bei Aufgabe der Dead-Donor-Rule als Voraussetzung einer Organspende müsste die Entnahme von Organen bei Kindern untersagt werden; dies hätte zur Folge, dass die Übertragung von Organen auf Kinder, die noch zu klein sind, um das Organ eines Erwachsenen zu erhalten, nicht mehr möglich wäre.

23. Die Dead-Donor-Rule ist gemäß Position A als entscheidende Voraussetzung für eine Organentnahme auch wesentliche Grundlage des ärztlichen Berufsethos, das eine zum Tod führende Organentnahme bei lebenden Menschen nicht zulässt. Entfällt die Dead-Donor-Rule als Voraussetzung für eine Organentnahme und gelten Hirntote als Lebende, wäre es Ärzten nach ihrem professionellen Selbstverständnis unmöglich, Organe zu entnehmen.

Zur Spende nach Herzstillstand

24. In Deutschland ist die Organentnahme nach Herzstillstand ohne Feststellung des Hirntodes (Non-Heart-beating-Donation) unzulässig. Nach derzeitigen Erkenntnissen lässt eine lediglich fünf- bis zehnminütige Wartezeit nach Herzstillstand, wie sie im Ausland weit verbreitet ist, nicht den sicheren Schluss auf das irreversible

Erlöschen aller Hirnfunktionen zu. Doch selbst wenn in Zukunft valide Erkenntnisse darüber vorliegen sollten, ab welcher Wartezeit nach Herzstillstand sicher von einem irreversiblen Hirnversagen ausgegangen werden kann, bleiben unabhängig von den zuvor beschriebenen unterschiedlichen Positionen weitere ethische Bedenken gegenüber der Non-Heart-beating-Donation bestehen, zum Beispiel durch mögliche Auswirkungen auf die ärztlichen Bemühungen, einen Patienten mit Herzstillstand wiederzubeleben.

IV. Kommunikation: Information, Aufklärung und Beratung (Kapitel 5)

25. Die Transplantationsmedizin ist in vielfacher Weise auf eine umfassende und transparente Kommunikation sowohl in der Öffentlichkeit als auch im Einzelkontakt mit potenziellen Spendern, ihren Angehörigen oder rechtlichen Vertretern angewiesen. Diese Erkenntnis liegt auch der Einführung der neuen Entscheidungslösung zugrunde.
26. Um der Zielsetzung der Entscheidungslösung gerecht zu werden, bedarf die kommunikative Umsetzung der Informations- und Beratungspflichten besonderer Beachtung. Der Deutsche Ethikrat hat deshalb die erste Informationskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie der Krankenkassen und Krankenversicherungen, die überwiegend im Zeitraum Januar bis Mai 2013 erfolgte, ausgewertet. Die Überprüfung ergab einen nicht unerheblichen Nachbesserungsbedarf.
27. Das Überbringen der Nachricht vom erwarteten oder festgestellten Hirntod erfordert stets eine einfühlsame Unterstützung der Angehörigen zur Verarbeitung dieser Nachricht. Zwar kann die Belastung der Angehörigen durch das Zusammentreffen der Auseinandersetzung

mit dem Tod und der Frage nach einer Organspende auch durch eine gute Begleitung und Beratung nicht aufgehoben werden. Sie kann aber durch ein sorgfältiges Eingehen auf die individuellen Umstände und eine empathische, unterstützende Grundhaltung der Berater gemindert werden. Dadurch kann deutlich gemacht werden, dass im Falle eines eigenständigen Entscheidungsrechts bei Angehörigen oder der Vertrauensperson jede Entscheidung akzeptiert wird.

28. Als mögliche Gesprächspartner der Angehörigen kommen verschiedene Personen(gruppen) in Betracht: Ärzte, Pflegende, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger, Beauftragte der Deutschen Stiftung Organtransplantation oder der Transplantationsbeauftragte. Doch nicht alle genannten Personen(gruppen) sind in gleicher Weise geeignet, ein angemessenes Angehörigengespräch zu gewährleisten. Eine wichtige Rolle kommt den Pflegenden zu, die in der Regel die meisten Kontakte mit den Angehörigen haben. Die Gesprächsführung mit den Angehörigen sollte als interdisziplinäre Handlung und als Aufgabe des gesamten Teams verstanden werden.
29. Trotz des Anliegens, für schwerkranke Patienten Organe zu gewinnen, sprechen keine überzeugenden ethischen Argumente für direktiv geführte Gespräche mit Angehörigen, die zur Entscheidung über eine Organentnahme berufen sind. Eine nondirektive Gesprächsführung lässt sich ergebnisoffen gestalten und entspricht insoweit auch der gesetzlichen Intention der Entscheidungslösung.
30. Zusätzliche Schwierigkeiten können sich bei der Aufklärung von Angehörigen eines hirntoten Menschen aus einem anderen Kulturkreis ergeben. Hier stellen sprachliche Barrieren oft ein beachtliches Hindernis für eine gute Kommunikation dar. Hinzu treten können kulturelle Probleme. Gerade in Beratungsgesprächen mit interkulturellem Kontext kann es für die Angehörigen und ihre Entscheidungsfindung wichtig sein zu wissen, ob die

Durchführung bestimmter religiöser Rituale (beispielsweise die rituelle Waschung) bei einem explantierten Menschen noch möglich ist. Mit Blick auf die genannten Schwierigkeiten ist es von großer Bedeutung sicherzustellen, dass ein unparteiischer, professioneller Dolmetscher zur Verfügung steht.

Der Deutsche Ethikrat kommt auf der Grundlage seiner Erörterungen zu folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

A. Hirntod als Entnahmekriterium

- A1. Jeder Mensch muss die Möglichkeit haben, seine individuelle Entscheidung zur postmortalen Organspende auf der Grundlage hinreichender Informationen zu treffen. Die postmortale Organspende wirft fundamentale anthropologische und ethische Fragen auf, auf die es keine einfachen Antworten gibt. Deshalb ist eine transparente Aufbereitung der Diskussion unerlässlich. Dabei sind auch die Argumente, die für und gegen das irreversible Erlöschen aller Hirnfunktionen (Hirntod) als Todeskriterium vorgebracht werden, darzulegen. Die mit der Information über die Organspende befassten Stellen sollten dies berücksichtigen.
- A2. Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates ist der Auffassung, dass der Hirntod ein sicheres Todeszeichen ist. Sie ist der Ansicht, dass die Spende lebenswichtiger Organe nur zulässig sein darf, wenn der Tod des möglichen Organspenders festgestellt ist (Dead-Donor-Rule). Die Dead-Donor-Rule liegt auch dem Transplantationsgesetz, den ärztlichen Richtlinien und der aktuellen Praxis der Transplantationsmedizin in Deutschland zugrunde.
- A3. Eine Minderheit des Deutschen Ethikrates hält dagegen den Hirntod nicht für den Tod des Menschen. Sie hält die Dead-Donor-Rule für nicht zwingend und weist dem

Hirntod lediglich die Rolle eines notwendigen Entnahmekriteriums zu.

- A4. Einstimmig ist der Deutsche Ethikrat der Auffassung, dass am Hirntod als Voraussetzung für eine postmortale Organentnahme festzuhalten ist.
- A5. Eine Erklärung, mit der der mögliche Spender zu Lebzeiten persönlich und wirksam in eine postmortale Organspende eingewilligt hat, ist auch wirksam, wenn er sie in der Überzeugung abgegeben hat, dass sein Hirntod noch nicht sein Tod ist.
- A6. Die Bundesärztekammer sollte die Methoden der Hirntoddiagnostik dem Erkenntnisfortschritt der Wissenschaft kontinuierlich anpassen. Ihre Anwendung in der Praxis ist sicherzustellen.
- A7. Zugleich sollte die wissenschaftliche Forschung im Zusammenhang mit Hirntoddiagnostik und Organspende in Bezug auf die naturwissenschaftlichen Grundlagen, die medizinische Anwendung und die psychosoziale Beratung und Begleitung gefördert werden.
- A8. Die Durchführung der Hirntoddiagnostik erfordert eine hohe medizinische Fachkompetenz der untersuchenden Ärzte, die nach der gesetzlichen Vorgabe den Spender unabhängig voneinander untersuchen müssen und nicht an der Transplantation beteiligt sein dürfen. Die Ärztekammern sollten die dafür erforderliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sicherstellen und die zuständigen Stellen sollten dafür sorgen, dass fachkompetente Ärzte für die Hirntoddiagnostik flächendeckend und zeitnah zur Verfügung stehen.
- A9. Auf der Grundlage der derzeitigen Erkenntnisse empfiehlt der Deutsche Ethikrat nach mehrheitlicher Auffassung, am Verbot der Non-Heart-beating-Donation festzuhalten.

B. Information und Kommunikation

- B1. Nach geltendem Recht sind die Angehörigen des möglichen Organspenders im Rahmen ihres Totensorgerechts zur Entscheidung über eine Organspende berufen, wenn der mögliche Spender zu Lebzeiten keine Erklärung für oder gegen eine Organspende abgegeben und auch keine bestimmte Vertrauensperson für eine Entscheidung benannt hat. Diese Entscheidung ist schwierig und in der Regel mit großen Belastungen für die Angehörigen verbunden. Der Deutsche Ethikrat ist der Ansicht, dass in der Kommunikation zur Einholung einer Entscheidung der Angehörigen erhebliche Verbesserungen notwendig sind. Hierzu gehören möglichst früh einsetzende Gespräche in einer ruhigen Umgebung und einem angemessenen zeitlichen Rahmen. Die Beratungen sollten nondirektiv und ergebnisoffen erfolgen. Jede Entscheidung der Angehörigen, auch eine Ablehnung der Organspende, sollte respektiert werden. Den trauernden Angehörigen ist es nach erfolgter Organspende zu ermöglichen, von dem Verstorbenen angemessen Abschied zu nehmen; eine angemessene Nachbetreuung der Angehörigen ist zu gewährleisten.
- B2. Es sollte in § 7 TPG klargestellt werden, dass die Gespräche und die Beratung der Personen, die eine Entscheidung über eine Organspende und über die organprotektiven Maßnahmen treffen müssen, bereits vor der Feststellung des Hirntodes begonnen werden dürfen.
- B3. Die durch die Novellierung des Transplantationsgesetzes erweiterten Vorgaben für den Inhalt der Aufklärung der Bevölkerung (§ 2 TPG) bedürfen ebenfalls der Verbesserung: Der Deutsche Ethikrat ist der Auffassung, dass die in § 2 Abs. 1a TPG vorgeschriebene Benennung fachlich qualifizierter Ansprechpartner durch die Krankenkassen für Fragen der Versicherten nicht durch einen Verweis auf die allgemeine Hotline der Versicherung erfüllt werden kann.

- B4. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte ihre Materialien, die in der Praxis als Grundlage für die Aufklärung durch die Krankenkassen dienen, regelmäßig aktualisieren und um folgende Punkte ergänzen:
- » Erläuterung zu den unterschiedlichen Möglichkeiten, den Organspendeausweis auszufüllen, insbesondere Erläuterung der Möglichkeit, eine Vertrauensperson zur Entscheidung über die Organspende zu benennen;
 - » Aufklärung darüber, dass das Schmerzempfinden nach dem Hirntod ausgeschlossen ist; aber auch wenn es eine medizinische Indikation für eine Schmerztherapie nicht gibt, ist ein entsprechender Wunsch eines Organspenders dennoch zu berücksichtigen, sofern er seine Einwilligung nur unter dieser Bedingung gegeben hat;
 - » Aufklärung über organprotektive Maßnahmen (vgl. auch Empfehlung C1);
 - » Aufklärung über eine mögliche Kollision von Patientenverfügung und Organspendeerklärung sowie Bereitstellung von Textbausteinen für ihre Vereinbarkeit.
- B5. Die Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollten, wie es derzeit bereits bei einigen Krankenversicherungen der Fall ist, Informationen darüber enthalten, welche Regelungen in anderen Staaten für eine Organentnahme gelten (z. B. Non-Heart-beating-Donation, Widerspruchsregelung). Dies ermöglicht es Reisenden, sich bei Bedarf zu informieren und gegebenenfalls Vorkehrungen zu treffen.
- B6. Bei der Umsetzung der Informations- und Beratungspflichten der Krankenkassen und bei der Kommunikation mit den Angehörigen im Krankenhaus sollten die sprachlichen und kulturellen Barrieren von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden. Die Informationsbriefe der Krankenkassen sollten deshalb

auch in der Muttersprache des Versicherten (soweit sie bekannt ist) verschickt werden.

- B7. § 4 Abs. 1 TPG sollte dahingehend ergänzt werden, dass bei den Gesprächen mit den Angehörigen, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, ein professioneller Dolmetscher hinzugezogen wird. Die Finanzierung solcher Dienste sollte rechtlich geregelt sowie unbürokratisch und im angemessenen zeitlichen Rahmen sichergestellt werden.
- B8. Auf Wunsch der Angehörigen soll der Kontakt zu religiösen Instanzen oder Geistlichen ermöglicht werden. Dazu ist eine Zusammenarbeit von Religionsgemeinschaften, Deutscher Stiftung Organtransplantation, Krankenhäusern und Krankenkassen erforderlich.
- B9. Die Aufklärung der Bevölkerung über „die gesamte Tragweite der Entscheidung“ (§ 2 Abs. 1 TPG) zur Organspende muss Art, Umfang und Zeitpunkt der organprotektiven Maßnahmen umfassen, die beim möglichen Organspender schon vor dem Abschluss der Hirntoddiagnostik zur Erhaltung der zu explantierenden Organe erforderlich sind.
- B10. In Mustervorlagen für Patientenverfügungen sollte für den Fall, dass einer Organspende zugestimmt wird, die Möglichkeit der Festlegung einer Entscheidung über die Vornahme organprotektiver Maßnahmen nach der Beendigung therapeutischer Maßnahmen bei erwartetem Hirntod aufgenommen werden.

C. Organprotektive Maßnahmen

- C1. Gesetzlicher Änderungsbedarf besteht mit Blick auf organprotektive Maßnahmen. Diese dürfen derzeit – unter der Voraussetzung einer Erklärung des potenziellen Spenders für eine Organentnahme – vor abgeschlossener Hirntoddiagnostik nur vorgenommen werden, wenn mit der Hirntoddiagnostik bereits begonnen wurde. Vor Beginn der Hirntoddiagnostik kann von der Zulässigkeit

allenfalls dann ausgegangen werden, wenn der mögliche Organspender über diese Maßnahmen informiert worden war und in diese eingewilligt hatte.

- a) Für den Fall, dass eine Einwilligung des Organspenders in organprotektive Maßnahmen nicht festgestellt werden kann, sollte gesetzlich geregelt werden, durch welche Personen – das heißt rechtliche Vertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer) und/oder Angehörige – die Entscheidung über die Vornahme erforderlicher organprotektiver Maßnahmen vor Feststellung des Hirntodes getroffen werden darf.
- b) Die Zulässigkeit der Durchführung von organprotektiven Maßnahmen bis zur abschließenden Feststellung des Hirntodes sollte gesetzlich an zusätzliche Anforderungen gebunden werden, beispielsweise die maximale Dauer organprotektiver Maßnahmen und die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Hirntodes innerhalb einer bestimmten Frist.

D. Transplantationsbeauftragte

- D1. Die bundesgesetzliche Verpflichtung, in allen Entnahmekrankenhäusern Transplantationsbeauftragte mit umfassenden Kompetenzen zu bestellen, ist bislang in den Ländern in sehr unterschiedlicher Weise erfüllt worden. Von einigen Ländern sind die nach § 9b Abs. 3 TPG erforderlichen näheren Regelungen bislang noch gar nicht geschaffen worden, sodass dort mitunter keine Transplantationsbeauftragte existieren. Andere Länder haben die Kompetenzen und Rechtsstellung der Transplantationsbeauftragten nur unzureichend ausgestaltet. Die Finanzierung der Transplantationsbeauftragten ist weitgehend unbefriedigend geregelt. Der Deutsche Ethikrat hält es angesichts der zentralen Funktion der Transplantationsbeauftragten für den gesamten Prozess

der Organspende, einschließlich der Begleitung der Angehörigen, für unerlässlich, in allen Ländern die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass in den Entnahmekrankenhäusern gemäß den bundesrechtlichen Vorgaben Transplantationsbeauftragte bestellt werden. Dies ist unentbehrliche Voraussetzung für die Gewährleistung einer angemessenen und erfolgreichen Kommunikation und Kooperation der mit der Organspende befassten Personen in den Kliniken und mit den Angehörigen möglicher Organspender.

Die Mitglieder des Deutschen Ethikrates ordnen sich den in den Abschnitten 4.2 und 4.3 dargelegten Positionen A und B wie folgt zu:

Position A

Katrin Amunts, Constanze Angerer, Wolf-Michael Catenhusen, Frank Emmrich, Christiane Fischer, Carl Friedrich Gethmann, Thomas Heinemann, Ilhan Ilkic, Leo Latasch, Anton Losinger, Reinhard Merkel, Herbert Mertin, Eckhard Nagel, Ulrike Riedel, Eberhard Schockenhoff, Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Jochen Taupitz, Michael Wunder

Position B

Peter Dabrock, Martin Hein, Wolfram Höfling, Edzard Schmidt-Jortzig, Silja Vöneky, Claudia Wiesemann, Christiane Woopen

SONDERVOTUM

Im Abschnitt 2.2.4 wird versucht, die Zielrichtung der intensivmedizinischen Therapie von schädelhirntraumatisierten Patienten primär unter rechtlichen Gesichtspunkten zu differenzieren, und zwar nach einer Patientenzentrierung versus einer Konzentration auf die Organspende. Aus medizinischer Sicht ist dies irreführend. Intensivmedizinische Behandlungsmaßnahmen sind grundsätzlich auf den Patienten ausgerichtet, also immer patientenorientiert. Für den Fall, dass die Therapie wegen der Schwere der Verletzungen bzw. der Erkrankung nicht zu einer Verbesserung der Krankheitssituation des Patienten führt, sich eine massive klinische Verschlechterung einstellt und der Verdacht besteht, der Patient stehe irreversibel kurz vor dem Hirntod oder sei daran bereits verstorben, stellt sich in Abhängigkeit von den medizinischen Rahmenbedingungen die Frage, ob eine Organentnahme möglich ist. Wird eine Hirntoddiagnostik in diesem Zusammenhang durchgeführt, werden die intensivmedizinischen Maßnahmen bis zum Abschluss der Untersuchung zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen fortgeführt. Diese intensivmedizinischen Maßnahmen sind bis zur Feststellung des Hirntods gleichermaßen patientenzentriert und „organprotektiv“.

Der in manchen Formulierungen der Stellungnahme mitschwingende Verdacht, die intensivmedizinische Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen im Umfeld der Hirntoddiagnostik instrumentalisieren den Versterbenden, hat mit der klinischen Praxis auf Intensivstationen nichts zu tun. Besonders irritierend bleibt dabei aus klinischer Sicht die hypothetische Vermutung, ein persistierender vegetativer Status könne eine Nebenwirkung intensivmedizinischer Behandlung sein (vgl. Abschnitt 2.2.4 letzter Absatz), die mit dem Ziel der Realisierung einer Organspende bzw. einer anstehenden Hirntoddiagnostik zu tun habe.

Die Stellungnahme greift auf, dass sich in der Literatur und der ärztlichen Erfahrung kein einziger Fall findet, in der eine

solche Konstellation beschrieben wird. Somit handelt es sich also um eine Spekulation, die zur gravierenden Irritation der Öffentlichkeit führt und damit Unsicherheit in einem naturwissenschaftlich sicheren Erkenntnisbereich erzeugt. An diesem höchst missverständlichen Eindruck ändert eben auch der letzte Satz zu Abschnitt 2.2.4 wenig: im Gegenteil ist zu fragen, weshalb diese Spekulation so prononciert aufgenommen wird.

Jede intensivmedizinische Therapie hat zum Ziel, die Organsysteme in ihren komplexen Wechselwirkungen zu stabilisieren und den dauerhaften Ausfall einzelner Organsysteme zu verhindern. Dies geschieht grundsätzlich in der Absicht, das Leben des betroffenen Patienten zu retten. Dabei ist es selbstverständlich nie ausgeschlossen, dass diese Zielsetzung nicht erreicht wird und der Patient entweder bleibende Schäden davonträgt oder am Hirn- bzw. Kreislauftod ver stirbt. Die Annahme, die Ausbildung eines Wachkomas sei dabei eine unzumutbare Komplikation, die der Gesetzgeber verhindern könne oder müsse, unterstellt, eine solche Entwicklung sei vorhersehbar und womöglich ein ärztlicher Kunstfehler. Diese Annahme ist aus medizinischer Sicht abwegig.

Mögliche rechtliche Eingriffe in die ärztliche Therapiefreiheit würden vermutlich dazu führen, in der Risikoabwägung intensivmedizinischer Therapie die heute schon erkennbare Tendenz weiter zu fördern, Behandlungsmaßnahmen in einem früheren Stadium zu begrenzen bzw. abubrechen und dabei durch Risikovermeidung Chancen für ein Überleben zu vermindern.

Auch die Empfehlung C1 b führt den Leser in die Irre. Hier wird ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf zu hochspeziellen medizinischen Fragen wie die maximale Dauer sogenannter organprotektiver Maßnahmen oder die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Hirntodes reklamiert. Diese Empfehlung ist in Verbindung mit den Ausführungen in Abschnitt 2.2.4 unter der Annahme formuliert, „organprotektive“ Maßnahmen könnten prinzipiell den Interessen eines schwer kranken Patienten zuwiderlaufen. Diese Interpretation widerspricht

nicht nur der geltenden Rechtslage (Transplantationsgesetz), sondern stellt grundsätzlich ärztliche und pflegerische Bemühungen zur Rettung Schwerstkranker auf Intensivstationen infrage. Dagegen wird aus klinisch-ärztlicher Praxis mit Nachdruck Einspruch erhoben. Der ärztliche Behandlungsauftrag konzentriert sich auf das Wohl des Patienten und nicht auf eine theoretische Möglichkeit zur Organspende.

Angesichts der nicht konsensfähigen Empfehlung C1 b in Verbindung mit dem irreführenden Argumentationsduktus in Abschnitt 2.2.4 der Stellungnahme ist zugleich die untrennbar damit fixierte Feststellung im ersten Satz von Abschnitt 2.3.3.3 zurückzuweisen, nach der „die bestehende Gesetzeslage zu den organprotektiven Maßnahmen vor Feststellung des Hirntods unzureichend“ sei.

Gerade vor dem Hintergrund der Vielgestaltigkeit möglicher Fallkonstellationen und individueller Patientenwünsche und -schicksale ist es wünschenswert, eine differenziertere Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung zu führen. Im hierzu vorliegenden Arbeitspapier der Bundesärztekammer (siehe Literatur bzw. Fußnote 69) lässt sich über die einzelnen Fallkonstellationen hinaus deutlich erkennen, wie die Beteiligten unter individueller Würdigung einer Patientensituation zu der Entscheidung gelangen können, ob die Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen bis zum Abschluss einer Hirntoddiagnostik mit dem Patientenwillen vereinbar sind oder nicht. Dies gilt darüber hinaus auch für die einleitende Feststellung zu Empfehlung C1: Die dort generell geforderte gesetzliche Regelung zur Zulässigkeit der Fortsetzung intensivtherapeutischer Maßnahmen vor einer Hirntoddiagnostik kann bereits jetzt rechtskonform vom Patientenvertreter entschieden werden.

Somit ist festzustellen: Einer gesonderten Intervention des Gesetzgebers bedarf es hierzu nicht.

Frank Emmrich, Leo Latasch, Eckhard Nagel

LITERATURVERZEICHNIS

- Achilles, M. (2004): Lebendspende Nierentransplantation. Eine theologisch-ethische Beurteilung (1. Aufl.). Münster.
- Adam, C.; Tannery, P. (Hg.) (1983): Oeuvres de Descartes. Band VII. Paris.
- Adam, C.; Tannery, P. (Hg.) (1974): Oeuvres de Descartes. Band XI. Paris.
- Anderheiden, M. (2012): Hirntoddebatte und Recht. In: Anderheiden, M.; Eckart, W. U. (Hg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde. Band 1. Berlin/Boston, 175–198.
- Arnold, R. M.; Youngner, S. J. (1995): Time is of the essence: the pressing need for comprehensive non-heart-beating cadaveric donation policies. *Transplantation Proceedings*, 27 (5), 2913–2917.
- Bagheri, A. (2007): Individual choice in the definition of death. *Journal of Medical Ethics*, 33 (3), 146–149.
- Ballauf, T. (1984): Organismus, I. Biologie. In: Ritter, J.; Gründer, K. (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 6. Basel/Stuttgart, 1330–1336.
- Beckermann, A. (2011): Das Leib-Seele-Problem. Eine Einführung in die Philosophie des Geistes (2. Aufl.). Paderborn.
- Beckermann, A. (2010): Leib-Seele-Problem. In: Sandkühler, H. J. (Hg.): *Enzyklopädie Philosophie*. Band 2. Hamburg, 1393–1402.
- Bertalanffy, L. von (1968): *General System Theory*. New York.
- Bertalanffy, L. von (1949a): Das biologische Weltbild. Teil 1. Bern.
- Bertalanffy, L. von (1949b): General system theory. *Biologia Generalis*, 19 (1), 114–129.
- Biemel, M. (Hg.) (1952): *Husserliana*. Band IV: Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie, Zweites Buch. Den Haag.
- Biemel, W. (Hg.) (1962): *Husserliana*. Band VI: Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. 2. Aufl. Den Haag.
- Birnbacher, D. (2012): Das Hirntodkriterium in der Krise – Welche Todesdefinition ist angemessen? In: Esser, A. M.; Kersting, D.; Schäfer, C. G. W. (Hg.): *Welchen Tod stirbt der Mensch?*. Frankfurt am Main, 19–40.
- Birnbacher, D. (2007): Der Hirntod – eine pragmatische Verteidigung. In: Byrd, B. S.; Hruschka, J.; Joerden, J. C. (Hg.): *Jahrbuch für das Recht und Ethik*. Band 15. Berlin, 459–477.
- Bizzarri, F.; Brambilla, A.; Gajani, G. S. (2013): Lyapunov exponents computation for hybrid neurons. *Journal of Computational Neuroscience*, 35 (2), 201–212.
- Blum, K. (2007): *Organspendesituation in deutschen Krankenhäusern*. Düsseldorf.
- Bockenheimer-Lucius, G.; Seidler, E. (Hg.) (1993): *Hirntod und Schwangerschaft*. Stuttgart.
- Boehm, R. (Hg.) (1956): *Husserliana*. Band VII: Erste Philosophie (1923/24), Erster Teil. Den Haag.

- Böhme, G. (2008): Ethik leiblicher Existenz. Über unseren moralischen Umgang mit der eigenen Natur. Frankfurt am Main.
- Boly, M. et al. (2012): Brain connectivity in disorders of consciousness. *Brain Connectivity*, 2 (1), 1–10.
- Borsche, T.; Kaulbach, F. (1980): Leib, Körper. In: Ritter, J.; Gründer, K. (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 5. Basel/Stuttgart, 173–185.
- Borsche, T.; Specht, R.; Rentsch, T. (1980): Leib-Seele-Verhältnis. In: Ritter, J.; Gründer, K. (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 5. Basel/Stuttgart, 185–205.
- Breitdenbach, T. (2010): Praxiserfahrung der Organspende. Vortrag vom 27. Oktober 2010. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb-2010-10-27-breidenbach.pdf> [14.01.2015].
- Bundesärztekammer (Hg.) (2013): Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (12), A-572–A-574.
- Bundesärztekammer (Hg.) (2001): Erklärung zum Hirntod. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (21), A-1417.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.) (2014): *Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben*. Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2013): Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse. <http://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/Bericht-Studie-Organ-%20und%20Gewebespende-2012%281%29.pdf> [27.01.2015].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2011): Einstellung, Wissen und Verhalten von Pflegekräften zur Organ- und Gewebespende. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse. <http://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/Pflegestudie-Veroeffentlichung-final.pdf> [27.01.2015].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2010): Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse. http://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/RepBefragung_Bericht_final.pdf [27.01.2015].
- Byung-Sun, C. (2005): Die Organtransplantation im Spannungsfeld von Medizin. In: Arnold, J. et al. (Hg.): *Menschengerechtes Strafrecht*. Festschrift für Albin Eser zum 70. Geburtstag. München, 1071–1090.
- Callender, C. O. (1987): Organ donation in the black population: where do we go from here? *Transplantation Proceedings*, 19 (2, Suppl. 2), 36 – 40.
- Churchland, P. (1994): Folk psychology. In: Guttenplan, S. (Hg.): *A Companion to the Philosophy of Mind*. Oxford, 308–316.
- Dabrock, P. (2011): Tot oder lebendig. Vertrauen hinsichtlich der Organentnahme gewinnt man nur durch eine offene Debatte über das Hirntodkriterium. *Zeitzeichen*, 12/2011, 14–15.
- Dahlgaard, K. (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegenden. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104 (1), 32–38.

- Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (2006– 2008): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Handbuch mit 8 Themenbänden. Neuwied.
- Daldorf, E. (2005): Seele, Geist und Bewußtsein. Eine interdisziplinäre Untersuchung zum Leib-Seele-Verhältnis aus alltagspsychologischer und naturwissenschaftlicher Perspektive. Würzburg.
- David, M.; Ilklic, I. (2010): Religiöser Glaube – Islam. *Der Gynäkologe*, 43 (1), 53–57.
- Dehaene, S.; Changeux, J.-P. (2011): Experimental and theoretical approaches to conscious processing. *Neuron*, 70 (2), 200–227.
- Denkhaus, R.; Dabrock, P. (2012): Grauzonen zwischen Leben und Tod. Ein Plädoyer für mehr Ehrlichkeit in der Debatte um das Hirntod-Kriterium. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 58 (2), 135–149.
- Deutsch, E. (1998): Das Transplantationsgesetz vom 5.11.1997. *Neue Juristische Wochenschrift*, 51 (12), 777–782.
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Hg.) (2011): Deutsche begrüßen Befragung zur Organspende. <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/6E4B544E8586A6A5C125791A00269FAD> [15.01.2012].
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) (2014): Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2013. Frankfurt am Main.
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) (2013): Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2012. Frankfurt am Main.
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) (2011): Leitfaden für die Organspende (3. Aufl.). Frankfurt am Main.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2012a): Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz. BT-Drs. 17/9030. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/090/1709030.pdf> [29.01.2015].
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2012b): Gespräche mit Angehörigen bei postmortalen Organspende. BT-Drs. 17/9334. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/093/1709334.pdf> [30.01.2015].
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2011): Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes. BT-Drs. 17/7376. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/073/1707376.pdf> [28.01.2015].
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2004): Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen. BT-Drs. 15/3700. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/037/1503700.pdf> [29.01.2015].
- Deutscher Bundestag (Hg.) (1997): Entwurf eines Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG). BT-Drs. 13/8027. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/080/1308027.pdf> [29.01.2015].
- Deutscher Ethikrat (Hg.) (2011): Präimplantationsdiagnostik. Berlin.
- DeVita, M. A.; Snyder, J. V.; Grenvik, A. (1993): History of organ donation by patients with cardiac death. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 3 (2), 113–129.
- Dolzer, R. et al. (Hg.) (2014): Bonner Kommentar zum Grundgesetz. Loseblattsammlung. Heidelberg.
- Donauer, M. (2012): Plötzlich betroffen und entscheiden müssen. Erfahrungen mit der Organspende aus Angehörigensicht. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 58 (2), 183–189.

- Doxiadis, I. I. N. et al. (2004): It takes six to boogie: allocating cadaver kidneys in Eurotransplant. *Transplantation*, 77 (4), 615–617.
- Dreier, H. (Hg.) (2012): *Grundgesetz Kommentar* (3. Aufl.). Band 1. Tübingen.
- Eckardt, B. von (1994): Folk psychology. In: Guttenplan, S. (Hg.): *A Companion to the Philosophy of Mind*. Oxford, 300–307.
- Eickhoff, S. B. et al. (2008): fMRI reveals cognitive and emotional processing in a long-term comatose patient. *Experimental Neurology*, 214 (2), 240–246.
- Epping, V.; Hillgruber, C. (Hg.) (2014): *Grundgesetz. Kommentar* (3. Aufl.). München.
- Eurotransplant International Foundation (Hg.) (2014): *Annual Report 2013*. Leiden.
- Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern (2014): *leben und sterben im Herrn. Handreichung zur Organspende und Organtransplantation der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern*. München.
- Evangelische Frauen in Deutschland (Hg.) (2013): *Organtransplantation. Positionspapier 2013*. http://www.evangelischefrauen-deutschland.de/images/stories/efid/Positionspapiere/organtransplantation_positionspapier%202013.pdf [27.01.2015].
- Evangelische Kirche im Rheinland (Hg.) (2013): *Transplantation: Kontrolle und Ordnung müssen verlässlich sein*. <http://www.ekir.de/www/service/organspende-16323.php> [27.01.2015].
- Evangelische Landeskirche in Baden (Hg.) (2014): *Organtransplantation. Fragen und Impulse für eine persönliche Entscheidung*. Karlsruhe.
- Feinendegen, N.; Höver, G. (2013): *Kommentar zum White Paper*. In: Feinendegen, N.; Höver, G. (Hg.): *Der Hirntod – ein „zweites Fenster“ auf den Tod des Menschen?* Würzburg, 65–167.
- Friauf, K. H.; Höfling, W. (Hg.) (2014): *Berliner Kommentar zum Grundgesetz. Loseblattsammlung*. Berlin.
- Fuchs, T. (2013): *Leiblichkeit und personale Identität*. In: Römer, I.; Wunsch, M. (Hg.): *Person. Anthropologische, phänomenologische und analytische Perspektiven*. Münster, 171–188.
- Fuchs, T. (2012): *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (4. Aufl.). Stuttgart.
- Gallwas, H.-U. et al. (1995): *Wissenschaftler für ein verfassungsgemäßes Transplantationsgesetz*. In: Hoff, J.; Schmitt, J. in der (Hg.): *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. (2. Aufl.), Reinbek, 513–522.
- Geisler, L. S. (2010): *Die Lebenden und die Toten*. http://www.linus-geisler.de/art2010/201001universitas_tote-spender-regel.html [10.02.2015].
- Glover, J. J. (1993): *Incubators and organ donors*. *Journal of Clinical Ethics*, 4 (4), 342–347.
- Grammenos, D. et al. (2014): *Einstellung von potenziell am Organspendeprozess beteiligten Ärzten und Pflegekräften in Bayern zu Organspende und Transplantation*. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139 (24), 1289–1294.
- Guillod, O.; Mader, M. (2010): *Vorbereitende medizinische Massnahmen im Hinblick auf eine Organentnahme. Rechtsgutachten zu verschiedenen Fragen im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz*. Neuenburg.

- Hamilton, D. (2012): A History of Organ Transplantation. Pittsburgh.
- Hartwig, M. S. et al. (1993): Effect of organ donor race on health care team procurement efforts. *Archives of Surgery*, 128 (12), 1331–1335.
- Heidegger, M. (1963): Sein und Zeit. Erste Hälfte (10. Aufl.). Tübingen
- Heinzmann, R. (1986): Anima unica forma corporis. Thomas von Aquin als Überwinder des platonisch-neuplatonischen Dualismus. In: Krings, H. (Hg.): *Philosophisches Jahrbuch*. 93. Jahrgang. Freiburg/München, 236–259.
- Hengstenberg, H.-E. (1957): *Philosophische Anthropologie*. Stuttgart.
- Hoff, J.; Schmitt, J. in der (1995): Kritik der „Hirntod“-Konzeption. In: Hoff, J.; Schmitt, J. in der (Hg.): Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium (2. Aufl.). Reinbek, 153–252.
- Hoffmann, O.; Masuhr, F. (2014): Zugang zur Hirntoddiagnostik. *Der Nervenarzt*, 85 (12), 1573–1581.
- Höfling, W. (Hg.) (2013): TPG Transplantationsgesetz. Kommentar (2. Aufl.). Berlin.
- Höfling, W. (2012): Tot oder lebendig – tertium non datur. Eine verfassungsrechtliche Kritik der Hirntodkonzeption. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 58 (2), 163–172.
- Höfling, W.; Rixen, S. (1996): *Verfassungsfragen der Transplantationsmedizin*. Tübingen.
- Holzniekemper, T. (2005): Organspende und Transplantation und ihre Rezension in der Ethik der abrahamitischen Religionen. Münster.
- Hügli, A. (1998): Tod. In: Ritter, J.; Gründer, K. (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 10. Darmstadt, 1227–1242.
- Huxley, J. (1957): *New Bottles for New Wine*. London.
- Ida, M. (2003): Strafrechtliche Probleme der Todesbestimmung in Japan. In: Kawaguchi, H.; Seelmann, K. (Hg.): *Rechtliche und ethische Fragen der Transplantationstechnologie in einem interkulturellen Vergleich* (1. Aufl.). Stuttgart, 107–116.
- Ilklic, I. (2012): Migration, Sterben und Interkulturalität am Beispiel muslimischer Patienten. In: Anderheiden, M.; Eckart, W. U. (Hg.): *Handbuch Sterben und Menschenwürde*. Band 2. Berlin; Boston, 991–1007.
- Institute of Medicine (Hg.) (2000): *Non-Heart-Beating Organ Transplantation. Practice and Protocols*. Washington, D. C.
- Isensee, J.; Kirchhof, P. (2009): *Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland*. Band 7 (3. Aufl.). Heidelberg.
- Ishii, M.; Hamamoto, M. (2009): Bioethics and organ transplantation in Japan. *Japan Medical Association Journal*, 52 (5), 289–292.
- Jarass, H. D.; Pieroth, B. (Hg.) (2014): *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*. Kommentar (13. Aufl.). München.
- Jüngel, E. (1993): *Tod* (5. Aufl.). Stuttgart.
- Kahl, A.; Weber, T. (2014): Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage zum Wissen über den Hirntod und die Einstellung zur Organspende. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. [Erscheint voraussichtlich 2015 im Juventa Verlag: Kahl, A.; Weber, T. (2015): *Einstellungen zur Organspende, das Wissen über den Hirntod*

- und Transmortalitätsvorstellungen in der deutschen Bevölkerung. In: Kahl, A.; Knoblauch, H.; Weber, T. (Hg.): Transmortalität und Organspende. Weinheim.]
- Kant, I. (1908): Kant's Werke. Band V: Kritik der praktischen Vernunft. Kritik der Urtheilskraft. Berlin.
- Kirste, G.; Muthny, F.; Wilms, H. (1988): Psychological aspects of the approach to donor relatives. *Clinical Transplantation*, 2 (2), 67–69.
- Kootstra, G.; Daemen, J. H.; Oomen, A. P. (1995): Categories of non-heart-beating donors. *Transplantation Proceedings*, 27 (5), 2893–2894.
- Kurzweil, R. (2005): *The Singularity Is Near. When Humans Transcend Biology*. New York.
- Landgrebe, L. (1967): Husserls Abschied vom Cartesianismus. In: Landgrebe, L. (Hg.): *Der Weg der Phänomenologie*. Gütersloh, 163–206.
- Lange, S. S. (1992): Psychosocial, legal, ethical, and cultural aspects of organ donation and transplantation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 4 (1), 25–42.
- Laureys, S. (2005): Science and society: death, unconsciousness and the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 6 (11), 899–909.
- Laureys, S.; Fins, J. J. (2008): Are we equal in death? Avoiding diagnostic error in brain death. *Neurology*, 70 (4), e14–e15.
- Laureys, S.; Schiff, N. D. (2012): Coma and consciousness: Paradigms (re)framed by neuroimaging. *Neuroimage*, 61 (2), 478–491.
- Lecher, S. et al. (2003): *InterKiK-Toolbox. Bewertung und Verbesserung der interprofessionellen Kooperation im Krankenhaus*. Bern; Göttingen; Toronto.
- Lecher, S. et al. (2002): Endbericht zum Modellprojekt „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“ von April 1999 bis Mai 2002. <http://zpm.uke.uni-hamburg.de/WebPdf/Endbericht%20InterKiK.pdf> [27.01.2015].
- Lenherr, R.; Krones, T.; Schwarz, U. (2014) Organspende nach Herz-Kreislaufstillstand im USZ (Donation after Circulatory Determination of Death, DCD). In: Kröll, W.; Schaupp, W. (Hg.): *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, ethische und rechtliche Betrachtungen*. Baden-Baden, 115–132.
- Lindemann, G. (2001): Die Interpretation „hirntod“. In: Schlich, T.; Wiesemann, C. (Hg.): *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung* (1. Aufl.). Frankfurt am Main, 318–343.
- Mangoldt, H. von; Klein, F.; Starck, C. (Hg.) (2010): *Das Bonner Grundgesetz. Kommentar* (6. Aufl.). München.
- Masuhr, K. F.; Neumann, M. (2007): Untersuchung psychischer Funktionen – Neuropsychologische Syndrome. In: Masuhr, K. F.; Neumann, M. (Hg.): *Neurologie* (6. Aufl.). Stuttgart, 91–99.
- Matsuo, M. (2003): Hirntod und Personenbegriff. In: Kawaguchi, H.; Seelmann, K. (Hg.): *Rechtliche und ethische Fragen der Transplantationstechnologie in einem interkulturellen Vergleich* (1. Aufl.). Stuttgart, 83–92.
- Maunz, T.; Dürig, G. (Hg.) (2014): *Grundgesetz. Loseblatt-Kommentar*. München.
- McCrone, J. (2004): Determining death. *The Lancet Neurology*, 3 (3), 194.
- McKeown, D. W.; Ball, J. (2014): Treating the donor. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 19 (2), 85–91.

- Merkel, R. (1999): Hirntod und kein Ende. Zur notwendigen Fortsetzung einer unerledigten Debatte. *Jura*, 21 (3), 113–122.
- Merleau-Ponty, M. (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin.
- Merten, D.; Papier, H.-J. (2011): *Handbuch der Grundrechte in Deutschland und Europa*. Band 4. Heidelberg.
- Mittelstraß, J. (2013): Mentalismus. In: Mittelstraß, J. (Hg.): *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. Band 5 (2. Aufl.). Stuttgart, 339–340.
- Münch, I. von; Kunig, P. (Hg.) (2012): *Grundgesetz-Kommentar* (6. Aufl.). Band 1. München.
- Muthny, F. A.; Smit, H.; Molzahn, M. (2004): Das Gespräch mit den Angehörigen plötzlich Verstorbener und die Bitte um Organspende. *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 41 (4), 255–262.
- Muthny, F. A.; Wesslau, C.; Smit, H. (2003): Organspende-bezogene Entscheidungsprozesse der Angehörigen nach plötzlichem Hirntod. *Transplantationsmedizin*, 15 (2), 115–120.
- Muthny, F. A. et al. (2007): Medizinpsychologische Abklärung und Betreuung bei Lebendniere spende (LNS) – 7 Jahre Erfahrungen im Rahmen des Münsteraner Modells. *Transplantationsmedizin*, 19 (3), 98–103.
- Nair-Collins, M.; Green, S. R.; Sutin, A. R. (2014): Abandoning the dead donor rule? A national survey of public views on death and organ donation. *Journal of Medical Ethics* (Online First: 26.09.2014. DOI: 10.1136/medethics-2014-102229).
- National Conference of Commissioners on Uniform State Laws (Hg.) (1981): *Uniform Determination of Death Act*. Chicago.
- Nationaler Ethikrat (Hg.) (2007): *Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland*. Berlin.
- Nickel, R. (Hg.) (2006): *Wege zum Glück* (2. Aufl.). Düsseldorf.
- Nickel, L. C.; Schmidt-Preisigke, A.; Sengler, H. (2001): *Transplantationsgesetz. Kommentar*. Stuttgart.
- Norba, D. (2009): *Rechtsfragen der Transplantationsmedizin aus deutscher und europäischer Sicht*. Berlin.
- Painter, L. M.; Langlands, J. M.; Walker, J. I. (1995): Donor families experience of organ donation: a New Zealand study. *New Zealand Medical Journal*, 108 (1004), 295–296.
- Pelletier, M. (1992): The organ donor family members' perception of stressful situations during the organ donation experience. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (1), 90–97.
- Pichlmayr, R. (1987) Von der Immunsuppression zur Immunmodulation am Beispiel der Organtransplantation. In: Lüst, R. et al. (Hg.): *Beobachtung, Experiment und Theorie in Naturwissenschaft und Medizin*. Stuttgart, 155–169.
- Plawewski, H. M.; Plawewski, J. A. (1992): Improving organ donation rates in the black community. *Journal of Holistic Nursing*, 10 (1), 34–46.
- Plessner, H. (1941): *Lachen und Weinen*. Arnheim.
- Plessner, H. (1928): *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin; Leipzig.

- President's Council on Bioethics (Hg.) (2008): *Controversies in the Determination of Death. A White Paper by the President's Council on Bioethics.* Washington, D.C.
- Prütting, D. (Hg.) (2014): *Fachanwaltskommentar. Medizinrecht (3. Aufl.).* München.
- Pühler, W.; Middel, C. D.; Hübner, M. (Hg.) (2008): *Praxisleitfaden Gewebegesetz (1. Aufl.).* Köln.
- Rehbock, T. (2012): Person über den Tod hinaus? Zum moralischen Status der Toten. In: Esser, A. M.; Kersting, D.; Schäfer, C. G. W. (Hg.): *Welchen Tod stirbt der Mensch? Philosophische Kontroversen zur Definition und Bedeutung des Todes.* Frankfurt am Main, 143–180.
- Rhees R. (Hg.) (1969): *Schriften von Ludwig Wittgenstein. Band I: Tractatus logico-philosophicus; Tagebücher; Philosophische Untersuchungen.* Frankfurt am Main.
- Rixen, S. (1999): *Lebensschutz am Lebensende.* Berlin.
- Rosslenbroich, B. (2011): Outline of a concept for organismic systems biology. *Seminars in Cancer Biology*, 21 (3), 156–164.
- Roth, G.; Dicke, U. (1995): Das Hirntodproblem aus der Sicht der Hirnforschung. In: Hoff, J.; Schmitt, J. in der (Hg.): *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium (2. Aufl.).* Reinbek, 51–67.
- Ryle, G. (1949): *The Concept of Mind.* Chicago.
- Sachs, M. (Hg.) (2014): *Grundgesetz. Kommentar (7. Aufl.).* München.
- Sachs, M. (2000): Wie sind die konkurrierenden Gesetzentwürfe eines Transplantationsgesetzes zu beurteilen? In: Firnkorn, J.-H. (Hg.): *Hirntod als Todeskriterium.* Stuttgart, 62–68.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.) (2007): *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.* <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15> [27.01.2015].
- Sahm, S. (2014): Die Transplantationsmedizin und der Umgang mit dem Körper. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 60 (4), 327–338.
- Scheinfeld, J. (2006): Wann soll der Mensch rechtlich als tot gelten? In: Schildmann, J.; Fahr, U.; Vollmann, J. (Hg.): *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin. Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik.* Berlin, 161–178.
- Scheler, M. (1966): *Der Formalismus in der Ethik.* Bern.
- Scheler, M. (1928): *Die Stellung des Menschen im Kosmos.* Darmstadt.
- Schellong, S. et al. (1990): *Künstliche Beatmung. Strukturgeschichte eines ethischen Dilemmas.* Stuttgart; New York.
- Scherer, G. (2002): Tod. Philosophisch. In: Müller, G.; Krause, G. (Hg.): *Theologische Realenzyklopädie. Band 33.* Berlin, 629–635.
- Scherer, G. (1979): *Das Problem des Todes in der Philosophie.* Darmstadt.
- Scherer, G. ([1976]): *Strukturen des Menschen.* Essen.
- Scherer, G. (1971): *Der Tod als Frage an die Freiheit.* Essen.
- Schlich, T. (1998): *Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880–1930) (1. Aufl.).* Frankfurt am Main; New York.

- Schlich, T.; Wiesemann, C. (2001): Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung (1. Aufl.). Frankfurt am Main.
- Schmidt-Jortzig, E. (1999): Wann ist der Mensch tot? München.
- Schmitz, H. (1965–1967): System der Philosophie. Bde. II/1–III/1. Bonn.
- Schöne-Seifert, B. et al. (2011a): Behandlung potentieller Organspender im Präfinalstadium: Ethische Fragen. http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/egtm/pbsurvey/GTE/WS_2011/BSS_ST_red_27.09.Schoene-Seifert_et_al.Positiospapier.pdf [21.01.2015].
- Schöne-Seifert, B. et al. (2011b): Behandlung potenzieller Organspender im Präfinalstadium. Deutsches Ärzteblatt, 108 (40), A-2080–A-2086.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.) (2011): Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen. Medizin-ethische Richtlinien. Basel.
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (Hg.) (2006): Empfehlungen für die Behandlung und das Monitoring von Erwachsenen Organspendern mit erhaltener Herzfunktion (Heart Beating Donors). Basel.
- Sehgal, A. R.; LeBeau, S. O.; Youngner, S. J. (1997): Dialysis patient attitudes toward financial incentives for kidney donation. American Journal of Kidney Diseases, 29 (3), 410–418.
- Shewmon, A. D. (2001): The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating „brain death“ with death. Journal of Medicine and Philosophy, 26 (5), 457–478.
- Siminoff, L. A.; Burant, C. J.; Ibrahim, S. A. (2006): Racial disparities in preferences and perceptions regarding organ donation. Journal of General Internal Medicine, 21 (9), 995–1000.
- Siminoff, L. A.; Lawrence, R. H.; Arnold, R. M. (2003): Comparison of black and white families' experiences and perceptions regarding organ donation requests. Critical Care Medicine, 31 (1), 146–151.
- Simmons, R. G.; Fulton, R.; Fulton, J. (1989): Effect of organ donation on families of brain-dead patients. In: Kaufman, H. H. (Hg.): Pediatric Brain Death and Organ/Tissue Retrieval. Medical, Ethical, and Legal Aspects. New York; London, 267–281.
- Sodan, H. (Hg.) (2011): Grundgesetz. Beck'scher Kompakt-Kommentar (2. Aufl.). München.
- Söffker, G. et al. [2014]: Einstellung des intensivmedizinischen Fachpersonals zur postmortalen Organspende in Deutschland. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, 109 (1), 41–47.
- Stern, K.; Becker, F. (Hg.) (2010): Grundrechte-Kommentar (2. Aufl.). Köln.
- Stern, K.; Sachs, M.; Dietlein, J. (2006): Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland. Band 4/1 (1. Aufl.). München.
- Stoecker, R. (2010): Der Hirntod. Ein medizinisches Problem und seine moralphilosophische Transformation (2. Aufl.). Freiburg; München.
- Taupitz, J. (2003): Richtlinien in der Transplantationsmedizin. Neue Juristische Wochenschrift, 56 (16), 1145–1150.
- Tröndle, H. (1997): Strafgesetzbuch. Kommentar (48. Aufl.). München.
- Truog, R. D. (1997): Is it time to abandon brain death? Hastings Center Report, 27 (1), 29–37.

- Truog, R. D.; Miller, F. G. (2014): Changing the conversation about brain death. *American Journal of Bioethics*, 14 (8), 9–14.
- Tsouyopoulos, N. (1984): German philosophy and the rise of modern clinical medicine. *Theoretical Medicine*, 5 (3), 345–357.
- United Network for Organ Sharing (Hg.) (1999): 1999 Annual Report of the U.S. Scientific Registry of Transplant Recipients and the Organ Procurement and Transplantation Network. Transplant Data 1989–1998. Richmond, Va.
- Verrel, T. (2012): Patientenverfügung, Therapiebegrenzung und Organspende. Anmerkungen zu einem vermeintlichen Widerspruch. *Gesundheit und Pflege*, 2 (4), 121–126.
- Weiller, C. et al. (2014): Stellungnahme zur Feststellung des Hirntodes vor Organentnahmen. <http://www.dgn.org/presse/pressemitteilungen/31-pressemitteilungen/pressemitteilung-2014/2960-hirntod> [19.01.2015].
- Wiesemann, C. (2012): Was tun Ärzte, wenn sie den Hirntod diagnostizieren? *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 60 (3), 424–425.
- Wiesemann, C. (2008): Von der Säftelehre zur Zellenlehre. Zu den theoretischen Grundlagen der modernen Medizin. In: Wiesemann, C.; Bröker, B.; Rogge, S. (Hg.): *Asklepios und die Philosophen. Paradigmawechsel in der Medizin im 19. Jahrhundert*. Stuttgart; Bad Canstatt, 11–20.
- Wiesemann, C. (2000): Hirntod und Intensivmedizin. Zur Kulturgeschichte eines medizinischen Konzepts. *Der Anaesthetist*, 49 (10), 893–900.
- Wiesemann, C. (1995): Hirntod und Gesellschaft. Argumente für einen pragmatischen Skeptizismus. *Ethik in der Medizin*, 7 (1), 16–28.
- Wiesemann, C. (1994): Was spricht gegen eine lediglich pragmatische Hirntod-Definition? *Deutsches Ärzteblatt*, 91 (31/32), A-2120–A-2121.
- Wijdicks, E. F. M. et al. (2010): Evidence-based guideline update: determining brain death in adults. *Neurology*, 74 (23), 1911–1918.
- Wikler, D. (1993): Brain death: a durable consensus? *Bioethics*, 7 (2/3), 239–246.
- Winkler, M. (2010): *Vorsorgeverfügungen. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Organverfügung* (4. Aufl.). München.
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (Hg.) (1998): *Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes. Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG)*. *Deutsches Ärzteblatt*, 95 (30), A-1861–A-1868.
- Yuen, C. C. et al. (1998): Attitudes and beliefs about organ donation among different racial groups. *Journal of the National Medical Association*, 90 (1), 13–18.
- Zawistowski, C. A.; DeVita, M. A. (2003): Non-heartbeating organ donation: a review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 18 (4), 189–197.
- Zeiler, K. (2009): Deadly pluralism? Why death-concept, death-definition, death-criterion and death-test pluralism should be allowed, even though it creates some problems. *Bioethics*, 23 (8), 450–459.

ENTSCHEIDUNGSVERZEICHNIS

BVerfG, 1 BvR 2271/14 vom 18. August 2014
http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk2014o818_1bvr227114.html [29.01.2015]

BVerfG, 1 BvR 357/05 vom 15. Februar 2006
http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20060215_1bvr035705.html [30.01.2015].
(= BVerfGE 115, 118)

BGH, 2 StR 454/09 vom 25 Juni 2010
<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&nr=52999> [30.01.2015].
(= BGHSt 55, 191)

ABKÜRZUNGEN

AA	Akademie-Ausgabe
Abl.	Amtsblatt der Europäischen Union
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
AS	Amtliche Sammlung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
EEG	Elektroenzephalogramm
Fn.	Fußnote
GG	Grundgesetz
InterKIK	Interprofessionelle Kommunikation und Kooperation
KoPM	Kooperation Pflege und Medizin
NHBD	Non-Heart-beating-Donation
Rn.	Randnummer
StGB	Strafgesetzbuch
TPG	Transplantationsgesetz

Mitglieder des Deutschen Ethikrates

Prof. Dr. med. Christiane Woopen (Vorsitzende)
Wolf-Michael Catenhusen, Staatssekretär a. D. (Stellvertretender Vorsitzender)
Prof. Dr. theol. Peter Dabrock (Stellvertretender Vorsitzender)
Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz (Stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Katrin Amunts
Constanze Angerer, Präsidentin a. D. des Landgerichts München I
Prof. Dr. med. Frank Emmrich
Dr. med. Christiane Fischer
Prof. Dr. phil. habil. Dr. phil. h. c. lic. phil. Carl Friedrich Gethmann
Bischof Prof. Dr. theol. Martin Hein
Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Heinemann
Prof. Dr. iur. Wolfram Höfling
Priv.-Doz. Dr. phil. et med. habil. Dr. (TR) İlhan İlkilic, M. A.
Prof. Dr. med. Leo Latasch
Weihbischof Dr. theol. Dr. rer. pol. Anton Losinger
Prof. Dr. iur. Reinhard Merkel
Herbert Mertin, Justizminister a. D. des Landes Rheinland-Pfalz
Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel
Dr. phil. Peter Radtke
Ulrike Riedel, Rechtsanwältin, Staatssekretärin a. D.
Prof. em. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig, Bundesminister a. D.
Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff
Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
Prof. Dr. iur. Silja Vöneky
Prof. Dr. med. Claudia Wieseemann
Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Wunder

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle

Dr. rer. nat. Joachim Vetter (Leiter)
Dr. theol. Katrin Bentele
Carola Böhm
Ulrike Florian
Steffen Hering
Christian Hinke
Petra Hohmann
Torsten Kulick
Dr. Nora Schultz