

Gerd Haeffner SJ

Hirntod und Organtransplantation

Anthropologisch-ethische Überlegungen

Zu den Spitzenmöglichkeiten der heutigen Medizin gehört die Transplantation von Organen, Geweben und Gewebeteilen. Zur Transplantation gehören zwei Phasen: die Explantation (Entnahme) und die Implantation (Einpflanzung). Entsprechend vielfältig sind ihre Formen. Es kann sich um die Verpflanzung eines Gewebes von einer Stelle zu einer anderen im selben Organismus handeln, wenn zum Beispiel ein Stück Haut vom Oberschenkel auf den Bauch übertragen wird oder wenn ein Blutgefäß aus dem Bein entnommen wird, um es als Bypass eines Koronargefäßes zu verwenden. Es kann sich aber auch darum handeln, daß ein Organ oder Gewebe einem Organismus entnommen wird, um es einem anderen einzupflanzen. Wenn wir einmal nur jene Fälle betrachten, in denen der Empfänger ein Mensch ist, so kann der Herkunftsorganismus wiederum ein Mensch oder ein Tier sein. So lebt heute schon manch einer mit einer Herzklappe, die einem Tier entnommen ist, und man hofft, eines Tages (entsprechend genetisch behandelte) Nieren von Schweinen in menschliche Organismen, deren Nieren nicht mehr funktionieren, übertragen zu können.

Die (zur Zeit) viel häufigere Übertragung von Elementen des Körpers aber geschieht von Mensch zu Mensch. Einige solcher Elemente kann man spenden, ohne einen wesentlichen Schaden zu erleiden, zum Beispiel Blut oder Knochenmark; denn diese Substanzen erneuern sich wieder. Wieder andere Körperteile erneuern sich zwar nicht, sind aber doppelt da, so daß eine Hälfte davon gegeben werden kann, ohne das eigene Leben zu gefährden: so in der Spende einer der beiden Nieren. Freilich ist hier das Risiko sowohl der Operation wie auch einer späteren Erkrankung der nun einzigen Niere schon beträchtlich größer als bei der Spende erneuerbarer Organe. Schließlich gibt es Organe oder Gewebe, die man aus einem lebenden Körper nur um den Preis der massiven Verstümmelung oder gar der Tötung explantieren könnte, zum Beispiel Augenhornhaut, Gehörknöchelchen, Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Kniegelenk usw. Für die Explantation solcher Organe kommt folglich aus ethischen Gründen nicht ein lebender, sondern nur ein toter menschlicher Organismus in Frage.

Im folgenden soll es nur um die Entnahme von zu transplantierenden vitalen Organen (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse) aus dem Körper von toten Menschen gehen. Die Lebendspende unter Menschen soll ebenso ausge-

spart bleiben wie die Übernahme tierischer Organe. Erst recht ist es nicht möglich, im engen Rahmen unserer Überlegungen auch die Fragen der gerechten Verteilung der immer knappen Organe sowie der Sicherung dieses Feldes vor unlauteren Einflüssen zu behandeln.

Fortschritte und Rückschritte

Die Organtransplantation¹ ist ein alter Traum der Menschheit, aber nur eine relativ junge medizinische Möglichkeit. Die erste Nierentransplantation zwischen genetisch identischen Zwillingen wurde 1954 durchgeführt, zwischen genetisch unterschiedlichen Personen 1962. 1967 gelang in Kapstadt die erste Herztransplantation. Seitdem ist die Erfolgsrate, die anfangs nur gering war, beträchtlich gestiegen. Voraussetzung für dieses neue Können war ein doppelter Fortschritt der Medizin: einerseits auf dem Gebiet der Chirurgie der Gefäße, andererseits in der immer besseren Beherrschung der Abwehrreaktionen des Empfängers auf das eingepflanzte Organ. Die Organe eines Organismus haben nämlich die gleiche genetische Zusammensetzung und sind somit aufeinander abgestimmt. Ein genetisch fremdes Organ wird vom Abwehrsystem des Körpers, dem sogenannten Immunsystem, als fremd erkannt und durch dessen Abwehrzellen angegriffen und abgestoßen bzw. zerstört. Durch eine kontinuierliche Gabe von entsprechenden Medikamenten kann diese Abstoßreaktion unterdrückt oder abgeschwächt werden, so daß die implantierten Organe eine Funktionsdauer von mehreren Jahren haben können.

Durch die Organtransplantation konnten schwer leidende Menschen wieder Hoffnung schöpfen. Viele von ihnen, denen der sichere Tod oder ein lebenslanges Siechtum vor Augen stand und die in den Genuß einer gelingenden Transplantation gekommen sind, beschreiben ihren Zustand wie ein neu gewonnenes Leben. So war es kein Wunder, daß die Öffentlichkeit diese neue medizinische Möglichkeit als einen Fortschritt begrüßte, natürlich auch in Deutschland. Nicht nur private Initiativen, sondern auch die beiden großen Kirchen riefen zur Organspende auf.

Heute ist die Einstellung der Öffentlichkeit nicht mehr so positiv wie noch vor Jahren. So ist in Deutschland die Zustimmung der Angehörigen zu einer Organexplantation aus dem Körper Verstorbener, die 1990 noch etwa 90 Prozent betrug, im Jahr 1994 auf rund 68 Prozent zurückgegangen. Während 1990 noch 2358 Nieren transplantiert werden konnten, waren es im Jahr 1994 nur 1772, so daß die Wartelisten immer länger wurden (heute im Durchschnitt fünf Jahre). Was ist die Ursache für diesen Wandel? Sensationell aufgemachte Berichte in den Medien zum Organhandel in Indien oder gar zur gewaltsamen Explantation von Organen durch Verbrecherbanden in Rußland haben eine Verunsicherung bewirkt. Die wichtigste Ursache der neu entstandenen Reserviertheit gegenüber den Möglich-

keiten der Transplantation vitaler Organe liegt jedoch wohl darin, daß eines der Kriterien für das Eintreten des Todes, das die moderne Medizin entwickelt hat, nämlich der Hirntod, in der Öffentlichkeit von kleinen, aber sehr aktiven Kreisen attackiert wurde. Die Gründe für diese Attacke sind nur in einem geringen Ausmaß medizinischen Charakters; die meisten sind eher philosophischer Natur und können daher auch in unserem Beitrag, der der Versuch eines Nicht-mediziners für Leser ist, die auch meistens keine Ärzte sein werden, mit einer gewissen Hoffnung auf Erfolg diskutiert werden.

Der Hirntod als sicheres Zeichen des eingetretenen Todes

Doch zunächst muß eine medizinische Information gegeben werden². Das Wort Hirntod meint den vollständigen und irreversiblen Ausfall der Funktionen des gesamten Gehirns, also des Stamm-, Klein- und Großhirns. Davon abgeleitet wird das Wort Hirntod manchmal auch gebraucht, um den Tod des Menschen, der aufgrund des Todes des Gehirns stattfindet, zu bezeichnen. Damit wird zum Ausdruck gebracht, daß der Tod des Gehirns die Ursache und folglich ein Kriterium für den Tod des Menschen ist.

Zum vollständigen und irreversiblen Funktionsausfall des Gehirns kommt es, „wenn die Sauerstoffversorgung des Hirngewebes mehrere Minuten unterbrochen wird oder wenn der Druck im Hirnschädel den arteriellen Blutdruck übersteigt und dadurch die Hirndurchblutung aufhört“³. Diese Nennung von zwei Bedingungen spielt auf die Tatsache an, daß die medizinische Pathologie zwei prinzipiell unterschiedliche Todesursachen unterscheidet: das Herz-Kreislauf-Versagen und das zentrale Versagen. Im ersten Fall tritt der Herztod (meist als Folge anderer schwerer Erkrankungen wie Herzerkrankungen, Infektionen oder Tumorerkrankungen) zuerst ein, der Hirntod folgt ihm, weil das Gehirn nicht mehr mit frischem Blut versorgt wird. Im zweiten Fall, beim zentralen Versagen, tritt zuerst der Hirntod ein, zum Beispiel nach einem Hirntrauma, einem Hirntumor, einer Hirnvergiftung oder einer schweren Infektion des Gehirns. Der Hirntod bringt mit sich einen Ausfall der Atemfunktion und damit dann das Herz-Kreislauf-Versagen.

Wie man sieht, zieht das eine tödliche Ereignis das andere normalerweise binnen kürzester Zeit nach sich. Dennoch bleiben Herztod und Hirntod verschiedene Erstursachen und damit verschiedene Kriterien des Todes des Gesamtorganismus. Ihre Unterschiedenheit ist allerdings erst unter den Bedingungen der Intensivmedizin praktisch relevant geworden. Denn während dem Herz-Kreislauf-Versagen der Hirntod nach kürzester Zeit unweigerlich folgt, ist es möglich, das Herz-Kreislauf-Versagen, das unter natürlichen Bedingungen dem Hirntod folgt, durch eine künstliche Sauerstoffversorgung des Herzens hinauszuzögern.

Für die Feststellung der Tatsache, daß die gesamte Hirntätigkeit aufgehört hat, sind verschiedene Zeichen zuverlässige Indikatoren. Auch die Tatsache, daß es sich um einen nicht nur vorübergehenden, sondern irreversiblen Verlust handelt, kann unter Berücksichtigung der „Grundkrankheit oder -schädigung und ihres Verlaufs, dem Ausschluß anderer Ursachen des Zustands (etwa von rückbildungsfähigen Medikamentenwirkungen)“ und weiterer Beobachtung gesichert werden⁴.

In welchem Sinn ist nun der Hirntod der Tod des Menschen? Um diese Frage zu beantworten, muß darauf geachtet werden, daß das gerade verwendete „ist“ eine doppelte Identität meinen kann. In der ersten Bedeutung heißt das „ist“ soviel wie: Wenn man weiß, was der vollständige und irreversible Ausfall des menschlichen Gehirns ist, weiß man auch, was menschlicher Tod seinem Wesen nach ist. Diese Aussage ist falsch. Denn die Frage nach dem Wesen des Todes, die sich auch auf den Sinn des Lebens erstreckt, ist keine bloß naturwissenschaftlich-medizinische, sondern eine urmenschliche, von Religion und Philosophie aufzugreifende Frage. Die Perspektive, in der die Medizin den Tod zum Thema macht, ist demgegenüber viel enger: Sie fragt nicht nach Wesen und Sinn, sondern nach den Ursachen und dem Zeitpunkt des Todes, und zwar des Todes nicht so sehr eines Mitmenschen als solchen, sondern des Todes eines menschlichen Organismus. Innerhalb dieser Perspektive aber kommt die zweite (und, wie zu zeigen sein wird, legitime) Bedeutung des „ist“ ins Spiel: Immer dann, wenn (und weil) das Gehirn eines menschlichen Organismus abstirbt, tritt der Tod des individuellen Gesamtorganismus ein. Mit anderen Worten: Der vollständige und irreversible Ausfall des Gehirns ist eine Ursache und damit ein sicheres Kriterium des Todes des Menschen.

Der Tod ist das Ende des Lebens. Auf der Ebene des Organismus besteht das Leben aus der funktionellen Interaktion aller Organe. Trotz dieser gegenseitigen Stützung gibt es eine Rangfolge unter den Organen. Es ist klar, daß nicht jeder Ausfall eines Organs schon lebensbedrohend sein muß, sondern daß dies nur für Organe gilt, die eine unersetzliche Funktion im Funktionskreis haben (wie Herz, Lunge usw., nicht aber die Milz). Das Gehirn hat unter den wichtigsten Organen wiederum eine Zentralstellung, insofern es die Funktionen der anderen zu einem gesamt menschlichen Ganzen koordiniert.

Zum Begriff des Todes gehört die Irreversibilität des Lebensendes. Daß diese Irreversibilität an die Irreversibilität der Zerstörung des Gehirns und nicht ebenso auch anderer zentraler Organe geknüpft ist, zeigt schon die Möglichkeit der Transplantation: Anstelle meines ursprünglichen Herzens, das irreversibel geschädigt ist, schlägt nun ein anderes in meiner Brust. Die Kontinuität meines Lebens und meines Selbstbewußtseins bleibt erhalten. Sollte es jedoch eines Tages möglich sein, auch ein Gehirn zu verpflanzen, so entsteht eine ganz andere Lage. Sicher ist sie nicht so zu beurteilen, daß der bisherige Organismus bei

fortwährender individueller Identität ein Ersatzorgan erhält. Es spricht vielmehr einiges dafür, den Fall so zu beurteilen, daß das Gehirn der „Träger“ der individuellen Identität ist, das einen neuen Körper erhält. In jedem Fall kann eine Gehirnverpflanzung nicht als eine Organtransplantation wie die anderen betrachtet werden.

Einwände gegen das Hirntodkriterium

Die These, der völlige und irreversible Ausfall des Gehirns sei ein sicheres Todeszeichen, ist heute fast einmütiger Konsens der medizinischen Gemeinschaft auf der ganzen Welt. Eine so wichtige Frage kann freilich nicht nur Sache der Fachwelt sein; wegen der ethischen Implikationen und rechtlichen Folgerungen ist es nötig, daß auch die breitere Öffentlichkeit zu einer einheitlichen Meinung kommt. Dieser Konsensbildung steht nun freilich, besonders in Deutschland, ein massiver Widerstand von seiten einiger (weniger) Philosophen, Theologen und Journalisten entgegen.

Die wichtigsten Einwände, die von dieser Seite gegen das Hirntodkriterium vorgebracht werden⁵, lassen sich auf drei reduzieren: 1. Ein Mensch, dessen Gehirn abgestorben ist, zeige noch Lebenszeichen; also sei er kein Toter, sondern noch ein Sterbender. 2. Das Hirntodkriterium sei, ohne Basis in der Natur der Sache, erfunden worden, um ohne Verletzung des Tötungsverbots Organe aus noch lebenden menschlichen Organismen explantieren zu können. 3. Wer das Hirntodkriterium akzeptiere, öffne Tür und Tor für eine fortschreitende Selektion zwischen rechtlich geschützten und rechtlich für Experimente usw. freigegebenen menschlichen Organismen.

Der erste Einwand ist der zentrale. In der Tat hört mit dem Hirntod die Funktionstüchtigkeit der anderen Organe nicht sofort auf. Die sogenannte warme Ischämiezeit, die Zeit, die ein Organ bei Körpertemperatur ohne Durchblutung aushält, ohne einen irreversiblen Schaden zu erleiden, beträgt beim Herzen etwa 15 Minuten, bei der Lunge 60 Minuten, bei den Nieren bis zu 120 Minuten⁶. Fingernägel und Haare wachsen noch lange nach der Beerdigung. So viel gilt schon unter natürlichen Bedingungen. Unter den Bedingungen der Intensivmedizin aber gilt noch mehr. Dort nämlich ist es möglich, gewisse Funktionen, die bisher das (nun zerstörte) Gehirn hatte, nämlich die Steuerung des Atems, der Körpertemperatur, des Wasserhaushalts, gewisser Drüsensekretionen usw. durch künstliche Vorrichtungen (Beatmung usw.) und Medikamente zu ersetzen.

Dadurch aber wird der Verfall der restlichen Lebensprozesse so verlangsamt, daß der Laie sich schwer tut, den Toten von einem bloß bewußtlosen Schwerkranken zu unterscheiden. Mit Ausnahme des Gehirns werden alle Organe durchblutet und somit mit Sauerstoff versorgt, da das Herz seinen Schlagrhyth-

mus wiederaufnimmt. Der Brustkorb hebt und senkt sich beim Atmen. Künstliche Ernährung wird assimiliert, die Nieren scheiden aus. Gebrochene Knochen können heilen. Eine Schwangerschaft kann weitergehen. Der Hirntote kann sich im Bett aufrichten und mit den Armen eine Bewegung machen, die einer Umarmung ähnelt. Bei der Explantation von Organen schnellst der Blutdruck hoch. Es ist zweifellos so, daß hier Phänomene des Lebens vorliegen, und zwar nicht nur des Lebens einzelner isolierter Organe, sondern eines Lebens, zu dem eine (von den Rückenmarksnerven geleistete) Integration von Einzelfunktionen zu einer gewissen Ganzheit gehört, allerdings nicht zu der leibseelischen Ganzheit der Lebensvollzüge, die für das menschliche Leben charakteristisch ist.

Um was für ein „Leben“ handelt es sich hier also? Es ist der künstlich erhaltene, bloß vegetative Restbestand eines menschlichen Lebens, das selbst den Punkt der möglichen Wiederkehr unwiderruflich überschritten hat. Es ist ein Restbestand, dessen Verfall gebremst werden kann⁷, und auch dies nur für eine beschränkte Zeit⁸. Es ist kein stabiler Dauerzustand, geschweige denn ein Zustand, der nur durch einen vorübergehenden Defekt bestimmt wäre. Es ist ein Zustand vegetativer Lebendigkeit, dem schon die typisch animalischen Lebenszeichen der Empfindung und Wahrnehmung und der sinnvoll der Umgebung antwortenden Bewegung fehlen. Natürlich fehlen erst recht alle Zeichen der typisch menschlichen Lebendigkeit, die man in der Hemmung des Handlungsimpulses und die Ausfüllung des dadurch entstandenen Freiraums durch erkennende und überlegende Tätigkeit, die sich sprachlich ausdrückt, erkennt.

Damit ist in zweifacher Hinsicht der Tod des menschlichen Individuums gegeben. Erstens: Wenn ein höheres Lebewesen auf dem Weg seines Verfalls nur noch jene Schicht von Leben aufweist, die für niedrigere Formen von Leben typisch ist, dann ist es als solches nicht mehr lebendig, nicht mehr da. Wenn das „Leben“ eines Menschen oder Säugetiers nur noch aus vegetativen Prozessen besteht, die ihrerseits nur künstlich und für eine beschränkte Frist aufrechterhalten werden können, ist der betreffende Mensch oder das betreffende Tier tot. Zweitens: Das Restleben, das für eine bestimmte Zeit bleibt, ist subjektlos; das Subjekt, das ein Verhältnis des Habens zu diesem Leben und zu diesem Leib haben könnte, ist verschwunden, da es eine Zentrierung in irgendeiner Form des Innewerdens und der Steuerung der eigenen Zustände und Handlungen nicht nur faktisch nicht gibt⁹, sondern gar nicht mehr geben *kann*. Denn die Möglichkeit dieser Zentrierung ist nach allem, was wir wissen, an das Funktionieren des Gehirns gebunden¹⁰. Das Hinschwinden des Restlebens nach dem Tod des Individuums muß also unterschieden werden von jenem Prozeß des Lebensabbaus vor dem Tod, den man Sterben nennt. Wenn manche fordern, der Hirntote habe ein Recht darauf, „in Ruhe seinen Tod zu Ende zu sterben“, dann übertragen sie Verhältnisse, die ein Selbstverhältnis des vom Individualtod noch nicht eingeholten Menschen voraussetzen, auf den anonymen Zustand eines zerfallenden Organismus, der nur

im Rückblick mit einem individuellen Namen in Verbindung gebracht werden kann.

Da nun gezeigt ist, daß das Hirntodkriterium durchaus sachlich fundiert ist, ist im Grund auch schon der zweite Einwand beantwortet. Er bestand ja in der Behauptung, dieses Kriterium sei erst aufgekommen, als man es für die Zwecke der Organtransplantation brauchte, und es sei nicht sachlich in der Natur des Lebens und Sterbens fundiert, sondern nur eine (im Grund kriminelle) rein konventionelle Umdefinition des Todes zu praktischen Zwecken. Daß der zweite Teil der Behauptung nicht wahr ist, ist durch die bisherige Überlegung schon deutlich geworden. Aber auch der erste Teil der Behauptung trifft insofern nicht zu, als der Hirntod schon im Jahr 1800 von dem französischen Arzt Bichat begrifflich erfaßt und 1959 von den ebenfalls französischen Medizinern Mollaret und Coulon unter dem Namen des „coma dépassé“ eingehend beschrieben worden ist.

Richtig ist allerdings, daß die früher weniger relevante Unterscheidung des Hirntods vom Herztod durch die Möglichkeiten der Intensivmedizin und der Organtransplantation wichtiger wurde. Einerseits fragte man sich¹¹: Welchen Sinn hätte es, einen Hirntoten weiterhin (durch künstliche Beatmung usw.) intensiv zu pflegen, um seinen Verfall hinauszuzögern? Andererseits gilt für einige der zu explantierenden Organe, daß sie bis zum Zeitpunkt der Explantation frisch durchblutet sein müssen (wie z.B. Herz und Lunge) oder doch günstigerweise sein sollten (wie z.B. die Nieren), wenn man nicht deutlich geschädigte und damit mehr oder minder wertlose Implantate haben möchte¹². Der Organismus, dem solche Organe entnommen werden, muß also einerseits (aus ethischen Gründen) tot sein, andererseits muß sein Kreislauf in Betrieb gehalten werden können.

Insofern steht und fällt die Transplantationspraxis heute weitgehend mit der Akzeptation des Hirntods. Die beiden anderen Alternativen lauten: entweder die Organexplantationen aus hirntoten menschlichen Organismen einzustellen und damit viele Menschen ihrer letzten Hoffnung auf eine Wiedergewinnung der Lebenschance zu berauben, oder zuzulassen, daß Menschen, deren Gehirn tot ist, die aber selbst (nach dieser Voraussetzung) noch leben, von den explantierenden Chirurgen getötet werden dürfen, wenn sie nur selbst vorher ihre Zustimmung dazu gegeben haben. Die erste Alternative ist inhuman, die zweite rührt an die Fundamente der Rechtsordnung und des ärztlichen Selbstverständnisses; die damit gegebene Veränderung wäre weit größer als jene, die mit der Akzeptation des Hirntodkriteriums gegeben ist.

Der dritte Einwand gegen das Hirntodkriterium besteht darin, daß man auf die schlimmen Folgen hinweist, die sich aus Thesen ergeben, die (vermeintlich) der Annahme dieses Kriteriums immanent sind. Man unterstellt den Ärzten, die im Hirntod ein sicheres Zeichen des menschlichen Todes sehen, die Behauptung: „Nur wer ein funktionierendes Gehirn hat, ist wirklich in dem Sinn ein Mensch,

daß ihm Personwürde und Lebensrecht zukommen.“ Nun ist nicht ausgeschlossen, daß einige Vertreter des Hirntodkriteriums die genannte These für wahr halten. Das tun sie dann aber auf eigene Rechnung; denn aus der Annahme des Hirntodkriteriums folgt sie keineswegs. Würden die Hirntodvertreter aber wirklich diese Behauptung vertreten, so ergäben sich daraus in der Tat unannehmbare Konsequenzen.

Aus dieser Behauptung folgt dann erstens, daß Föten in den ersten Wochen der Schwangerschaft, die noch kein Gehirn ausgebildet haben, keine Personen seien und deshalb unbedenklich abgetrieben und/oder für Forschungs- und Therapie-zwecke verwertet werden dürfen. Diese Parallelisierung des Zustands „noch ohne Gehirn“ mit dem Zustand „mit totem Gehirn“ ist jedoch nicht zulässig; denn der Fötus hat die aktive Potenz zur Ausdifferenzierung seines Organismus, wozu auch die Bildung eines Gehirns naturgemäß gehört, während der Hirntote nicht durch das Nichtvorhandensein eines Gehirns, sondern durch dessen Zerstörung gekennzeichnet ist, durch welche er nicht etwa nur eine besondere menschliche Qualität, sondern sein Sein schlechthin, sein spezifisches Leben verloren hat, und zwar sowohl dem Akt wie der Potenz nach. Wer den Hirntod als Kriterium dafür annimmt, daß ein Leben zu Ende gegangen ist, muß deswegen noch lange nicht annehmen, daß das menschliche Leben erst mit dem Funktionieren des Gehirns begonnen hat. (Selbstverständlich kann der Hirntod nur bei solchen Wesen Todeskriterium sein, die normalerweise und de facto ein Gehirn haben.)

Die zweite Folgerung aus der obengenannten Behauptung ergibt sich, wenn man unter „Gehirn“ nicht mehr das ganze Gehirn, sondern nur noch einen Teil davon, nämlich das Großhirn, versteht; der Hirntod wird dann zum „Teilhirntod“¹³. Daraus zieht man dann zum Beispiel die Folgerung, daß Anencephale – Neugeborene, die kein Großhirn haben – als „tot“ betrachtet werden müssen. Die Folgerung ist absurd, weil diese kleinen Menschen (wenn auch meist nicht sehr lange) eindeutig leben, und zwar keineswegs nur jenes Rest-„Leben“ haben, das auch zum Verfall nach dem individuellen Tod noch gehört. Übrigens kann den Anencephalen nicht ohne weiteres ein gewisses Verständnis und sinnvolles Reagieren abgesprochen werden, nur weil sie kein Großhirn haben; offenbar kann bei sehr jungen Menschen das Stammhirn manche Funktionen des fehlenden Großhirns kompensieren¹⁴. Auch andere vorgeschlagene Ausweitungen des Teilhirntodkonzepts arbeiten mit dem Gegensatz zwischen dem faktischen Funktionieren oder Nichtfunktionieren des Großhirns und übersehen dabei ebenso die Richtung des Lebensverlaufs wie die doppelte Komponente des Hirntods, der sowohl das geistig-seelische wie das vitale Leben betrifft¹⁵.

Wie immer es also mit der ethischen Beurteilung des Umgangs mit schwerst geirngeschädigten, aber sonst keineswegs toten oder auch nur sterbenden Menschen bestellt sein mag – das sind Fragen, die den Rahmen unserer Untersuchung übersteigen –, so ist klar, daß die Annahme des Todeskriteriums „Hirntod“ nicht

unausweichlich zur Annahme jener Behauptung „Nur wer ein funktionierendes Gehirn hat...“ und somit auch nicht zu den Folgerungen führen muß, die sich aus dieser (z. T. mit Hilfe weiterer Zusatzannahmen) ableiten lassen.

Damit scheinen die drei wichtigsten Einwände gegen den Hirntod als sicheres Todeszeichen beantwortet. Es besteht glücklicherweise keine Notwendigkeit, dem Konsensus der medizinischen Fachleute ein philosophisches Besserwissen entgegenzustellen.

Politiker, Bischöfe und der einfache Christ angesichts der Möglichkeiten der Transplantation

Wir können nun zurückkehren zur Frage, wie wir uns zu den Möglichkeiten der Organtransplantation stellen sollen. „Wir“, das heißt hier vor allem: wir Deutsche, deren Parlament (als wohl letztes in den westlichen Ländern) in den nächsten Monaten die rechtlichen Rahmenbedingungen für diese Technik festlegen will, und wir Christen, die durch diese neue Möglichkeit der Hilfe für den Nächsten gefordert zu sein scheinen.

Nachdem im Jahr 1978 ein erster Versuch, zu einem Transplantationsgesetz zu kommen, gescheitert war, liegt nun endlich dem *Deutschen Bundestag* ein fraktionsübergreifender Gesetzentwurf der CDU/CSU, SPD und FDP¹⁶ vor. In der Frage des Hirntods gibt es eine Spaltung: Eine Gruppe von Abgeordneten spricht sich für eine Legitimierung des Hirntodkriteriums aus, während eine andere dieses Kriterium ablehnt, dennoch aber Explantationen zulassen will. Was die Willenserklärung des Spenders betrifft, so schwanken die Abgeordneten noch zwischen der „engen“ und der „erweiterten Zustimmungslösung“: Im ersten Fall darf der Arzt einer Leiche nur dann Organe für den Zweck der Transplantation entnehmen, wenn deren früherer „Besitzer“ dazu ausdrücklich seine Zustimmung gegeben hat; im zweiten Fall, der eintritt, wenn eine solche Willenserklärung für oder gegen nicht vorliegt, werden die Angehörigen gefragt, wie der Verstorbene wohl zu dieser Frage gedacht hat und ob sie selbst ihre Zustimmung zur Explantation geben würden. Diese Zustimmungslösung scheint den Beamten, die den Gesetzentwurf vorbereitet haben, dem Prinzip der Selbstbestimmung gerechter zu werden und dem deutschen Volk besser „vermittelbar“ zu sein als die sogenannte „Widerspruchslösung“, die mit der Zustimmung des in Aussicht genommenen Organspenders rechnet, solange keine ausdrückliche negative Willenskundgebung des Verstorbenen (oder seiner Angehörigen) dagegen vorliegt.

Die Zustimmungslösung hat freilich auch zwei gravierende Nachteile: Erstens bringt sie mit sich, daß die Angehörigen gerade dann, wenn sie vom (meist plötzlichen) Tod ihres Lieben erfahren haben, die Entscheidung über eine Explantation treffen müssen. Zweitens hat die Erfahrung gezeigt, daß die Zustimmungslösung

die Aufgabe, das „Organaufkommen“ zu steigern, nur sehr unbefriedigend erfüllt; die Widerspruchslösung tut das weit besser. Nicht umsonst haben die meisten Länder Europas (z. B. Österreich, Belgien, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Italien, Luxemburg, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweiz und Schweden)¹⁷ sich für die Widerspruchslösung entschieden. Polemische Vokabeln wie „Organsteuer“, „Sozialisierung des eigenen Körpers“, „Deklaration von Menschen zu Organbanken“ oder „Kannibalismus“, die die Diskussion in Deutschland emotionalisierten, haben dort offenbar weniger Echo gefunden als bei uns.

Wie steht die *Kirche* in unserem Land heute zur Möglichkeit der Organtransplantation? Im Juli 1990 gab es zu dieser Frage eine gemeinsame „Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland“. Die Erklärung begrüßte diese neue Möglichkeit und hielt es für wichtig, „das allgemeine Bewußtsein für die Notwendigkeit der Organspende zu vertiefen“ (26). Heute wird behauptet, die Kirchenleitungen würden neuerdings zu diesem Papier so nicht mehr stehen, die Protestanten seien damals von den Katholiken und diese von der „Transplantationslobby“ „über den Tisch gezogen“ worden. Ärzte aus Transplantationszentren berichten, die Kooperation bei der Meldung von Hirntoten würde mit kirchlich geführten Krankenhäusern am schlechtesten funktionieren. Als Grund dafür, daß Deutschland, trotz Organimports aus dem Ausland, immer längere Wartelisten aufweist, während zum Beispiel in Spanien so gut wie keine Organknappheit herrsche, nannte der Mediziner Peter Neuhaus kürzlich die Tatsache, daß im katholischen Spanien Politik und Kirche „an einem Strang zögen“, während in Deutschland „sich Politiker und katholische Kirche ‚windelweich‘“ zur Organtransplantation äußerten, der „aus der evangelischen Kirche sogar schon offener Haß entgegengeschlagen“ habe¹⁸. Die offiziellen Stellungnahmen des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Lehmann, sowie der EKD stützen die Schärfe dieses Urteils nicht. Immerhin ist spürbar, daß die Kirche in Deutschland heute, wenn nicht zu den Bremsern, so jedenfalls doch nicht mehr zu den Vorkämpfern für die Organspende gehört.

Es wäre aber fatal, wenn die schwerkranken Menschen, die auf eine Organtransplantation hoffen (ohne sich deswegen schon, wie ihnen unterstellt wird, den Tod möglichst vieler junger Organspender zu wünschen!), zwar in den Ärzten, nicht mehr aber bei *den Christen* Mitstreiter fänden. Es wäre fatal, wenn Christen aus ihrem Glauben an die „Auferstehung des Fleisches“ die Folgerung zögen, es wäre besser, mit sämtlichen Organen zu verwesen als die noch funktionstüchtigen Organe der Transplantationsmedizin und damit schwerkranken Menschen zur Verfügung zu stellen, und zwar so viele wie nur möglich, da man selbst kein einziges mehr braucht. Es wäre auch fatal, wenn Christen, denen doch der eigene Tod aufgrund ihres Glaubens an das ewige Leben kein Tabu sein muß, sich mit dem Thema der Organspende lieber nicht beschäftigen, weil sie das an den Tod

erinnert. Wenn Bischof Lehmann sagt, daß „die Organspende eine Tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus sein kann,“¹⁹ so darf man hinzufügen: Keine kostet den Spender weniger als diese, kaum eine bringt dem Empfänger mehr als diese.

ANMERKUNGEN

¹ Übersicht über die Möglichkeiten: I. u. R. Pichlmayr, *Lebenschance Organtransplantation* (Stuttgart 1991).

² Für Hilfe bei der Formulierung dieser Tatbestände danke ich Dr. Alwin Wenders vom Patholog. Inst. d. Univ. München.

³ Erklärung dt. wiss. Ges. zum Tod durch völligen u. endgültigen Hirnausfall (Sept. 1994, Neu Isenburg ²1995) 8.

⁴ Ebd. 9. Die diagnost. Prozeduren darzustellen, übersteigt den Zshg. dieser Überlegungen. Sie sind gut dargestellt. z. B. in: H.-P. Schlake, K. Roosen, *Der Hirntod als Tod des Menschen* (Neu-Isenburg 1995) 27–45.

⁵ Ich versuche hier den rationalen Kern aus den z. T. sehr polemischen Ausführungen herauszuschälen. Eine repräsentative Auswahl der Einwände gegen die Hirntod-These in: J. Hoff, J. In der Schmitt, *Wann ist der Mensch tot?* (Reinbek 1994).

⁶ Bonelli, in: *Der Status des Hirntoten*, hg. v. J. Bonelli, M. Schwarz (Wien 1995) 84.

⁷ So G. Pöltner, ebd. 144.

⁸ Meist kaum mehr als eine Woche, in seltenen Fällen bis zu vier Wochen. Ein Sonderfall sind die schwangeren Hirntoten, deren Restleben acht bis fünfzehn Wochen erhalten werden konnte; vgl. G. Herranz, *Ein Spezialfall: Der Gehirntod bei Schwangeren*, in: Bonelli, Schwarz (A. 6) 165 ff., bes. 184 f.

⁹ Wie im Fall einer vorübergehenden Bewußtlosigkeit oder auch des sog. „persistente vegetative state“.

¹⁰ Damit ist keinem Materialismus das Wort geredet. Die hier gemeinte Zentrierung bezieht sich auf das leibseelische Ganze des Menschen unter den Bedingungen seiner irdischen Existenz. Wie ein Selbstbewußtsein der im Tod vom Leib getrennten Seele zu denken sei, ist eine ganz andere Frage. Vermutlich entsteht diese Form des Selbstbewußtseins erst durch den Tod und kann nicht in den verleblichten Zustand rückprojiziert werden.

¹¹ Zuerst in dem Gutachten der Ad-hoc-Komm. der Harvard Medical School 1968 (in: *Journal of the Amer. Medical Association*, 209, 337–343).

¹² Für die Explantation von Geweben (wie Hornhäute, Hautstücke, Herzklappen, Gehörknöchelchen oder Knochen) kann man sich mehr Zeit lassen. Sie können bis zu 48 Stunden nicht mehr durchblutet und doch mit Gewinn implantiert werden.

¹³ Eine andere Form des Teilhirtods wäre der Tod des Stammhirns. Dieser, der in Großbritannien aus histor. Gründen für den Hirntod als hinreichend erachtet wird, ist funktional im großen und ganzen äquivalent mit dem Ganzhirtod, wie er z. B. in Dtl. gefordert wird. Nicht zw. dem Tod des Stammhirns und dem des Gesamthirns verläuft die diskutierte Grenze, sondern zw. dem Tod des gesamten Hirns und dem Ausfall bloß des Großhirns (Cerebrum).

¹⁴ Vgl. den Bericht von A. Shewmon in: Working Group on the determination of brain death and its relationship to human death, 10.–14. 12. 1989 (Vatican City 1992) 41 f.

¹⁵ D. Birnbacher u. a., *Der vollständige u. endgültige Ausfall d. Hirntätigkeit als Todeszeichen d. Menschen*, in: *Dt. Ärztebl.* 90 (1993) A 1 2926–2929 (H. 44).

¹⁶ BTdrucks. 13/4355, 4114, 4368; auch Bündnis 90/Die Grünen haben eine Vorlage eingebracht, die aber die Gesetzgebung kaum prägen wird.

¹⁷ Schweden, das vorher das Modell der Zustimmungslösung hatte, entschied sich im Juni 1996 für die Widerspruchslösung.

¹⁸ FAZ, 20. 5. 1996.

¹⁹ FAZ, 17. 1. 1996.