

Wilhelm Schwendemann

# Hirntod und Organverpflanzung

*Ethische Bemerkungen zur medizinischen  
»Verwertbarkeit« eines Menschen*

*Die Diskussion über den sogenannten Hirntod, vor allem im Zusammenhang mit der Organverpflanzung, ist in den letzten Monaten intensiv geführt worden. Meine Überlegungen werden die Diskussion, so weit es geht, zusammenfassen und auch die Perspektive des Entwurfs der europäischen Bioethik-Konvention kritisch berücksichtigen.*

## Mangelnde Nächstenliebe?

Transplantationsmediziner klagen landauf und landab, daß die Organspendebereitschaft in der bundesdeutschen Bevölkerung zurückgehe und daß sie allein in der Lage wären, sterbenskranken Menschen durch Einpflanzen eines fremden Organs wesentlich zu helfen. Natürlich müßten dazu »lebensfrische Organe« sogenannter *hirntoter* Menschen beschafft werden. Es erhebt sich bei dieser öffentlichkeitswirksamen Stimmung schon die Frage, ob hier nicht ein Etikettenschwindel der Medizin vorliegt, die den Rückgang der Bereitschaft, sich Organe entnehmen zu lassen, mit einem wie auch immer fundierten Bedarf an Organen in Verbindung bringt. Mancherorts wird die Schwierigkeit, sich zur Organentnahme nach dem Tod bereitzuerklären, moralisch mit dem Vorwurf kombiniert, sofern man sich weigert, lasse man andere leichtfertig sterben und es sei ein Gebot *christlicher Nächstenliebe*, Organe zu »spenden«, wobei unkritisch mit dem Begriff der christlichen Nächstenliebe operiert wird.

Die im höchsten Maße pragmatische und fragwürdige »Hirntod-Definition« der Ad-Hoc-Kommission in Harvard 1968 wird um äußerst fragwürdige ethische Verrenkungen der Transplantationsmedizin erweitert. Das stark angeschlagene Vertrauen in ärztliche Kunst ist so m. E. in der Öffentlichkeit nicht wiederzugewinnen. Man muß geradezu mißtrauisch werden, wenn man die Interessen bedenkt, die hinter den vorgelegten Entwürfen für ein

»Transplantationsgesetz« stehen. Schwerpunkt gesellschaftlicher Diakonie muß deswegen sein, die »Hirntod-Diskussion« äußerst kritisch mitzuverfolgen und gegen utilitaristische Interessen der Transplantationsmedizin Stellung für ein menschenwürdiges Sterben zu nehmen.

## Umstrittener Hirntod

Der erste große Streitpunkt in der Diskussion ist die Frage, ab wann ein Mensch als tot zu gelten habe. Man erinnere sich an den öffentlichen Streit um die Erlangerin Marion Ploch, die hirntot eine Schwangerschaft austragen sollte. Ärzte trauten der toten Frau zu, eine halbjährige Schwangerschaft als *lebender Brutkasten* zu überstehen und schließlich noch ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. Das Überschreiten von Grenzen durch die heutige Intensivmedizin (auch der selbst gesetzten Grenze der Heilung) ist damals offenkundig geworden. Die Medizin behauptet nun, hirntote Menschen seien Leichen, weil sie nur noch künstlich am Leben erhalten werden, und man könne deswegen unbedenklich Organe entnehmen; nur sollte dies möglichst bald nach dem Eintritt des *Hirntodes* erfolgen. Abstrahiert wird übrigens von der normalen Arbeitsweise einer Intensivstation, wo viele kranke Menschen künstlich am Leben erhalten werden. Wenn man die Geräte abschaltet, kommt das auch bei nicht hirntoten Patienten, einem Todesurteil gleich. Was ist also der Hirntod und was ist das Besondere an diesem Tod?

## Der klinische Tod

Die heute über Diagnostik gegebene Möglichkeit, den Tod eines Menschen festzustellen, ist durchaus keine Selbstverständlichkeit. Sichere Todeszeichen sind Totenstarre, Totenflecken und Verwesungserscheinungen. Erst im 19. Jahrhundert wurden die diagnosti-

schen Möglichkeiten zur Todesfeststellung verbessert. Durch das Stethoskop wurde es möglich, den Herzstillstand bzw. Herztöne festzustellen. Bis etwa vor 25 Jahren war dann auch die Definition des Todes als Herz- und Kreislaufzusammenbruch üblich. Der Gesamttod des Organismus war eine Folge des Herz- und Kreislaufstillstandes. Diese Todesdefinition ist weder psychologisch (auf kognitives Bewußtsein hin ausgerichtet) noch total gewesen, sondern pragmatisch-funktional. Funktional deswegen, weil die Sauerstoffversorgung vom Blutfluß und damit von der Leistung des Herzens abhängig ist. Wird die Pumpfunktion des Herzens eingestellt, sind die einzelnen Organsysteme nach einer bestimmten Zeit nicht mehr lebensfähig. Bei einem Atemstillstand wird die Funktion des Herzens unmittelbar beeinflusst, so daß das Herz ebenfalls nach kurzer Zeit seine Tätigkeit einstellt. Herz-Kreislauf-Atemstillstand führen in ihrer jeweiligen Kombination zum Tod des Menschen, wobei dieser eine Folge des Stillstandes ist. Auch das Gehirn ist an dieser komplexen Funktion des Lebens durch das Atemzentrum im Hirnstamm beteiligt. Der Funktionsausfall des Hirnstammes führt, wenn nichts unternommen wird, zum Atemstillstand. Gegenüber anderen Organen ist das Hirn extrem anfällig gegen Sauerstoffmangel. Nach etwa 10 Minuten Sauerstoffmangel ist es nicht mehr möglich, die Funktionsverluste vieler Hirnregionen zu beheben. Das Konzept des sogenannten *klinischen* Todes ist deswegen plausibel, weil es auf dem physiologischen Zusammenhang und dem Zusammenwirken dreier steuernder Organe beruht, die unmittelbar von der Sauerstoffzufuhr anhängig sind. Der klinische Tod markiert jedoch nicht den Tod des Menschen, besonders wenn durch Erste-Hilfe-Maßnahmen Wiederbelebung gelingt oder wenn behebbare Störungen vorliegen. Gegenmaßnahmen können so im günstigen Fall verhindern, daß der Tod des Gesamtorganismus ein-

tritt. Bleiben die Wiederbelebungsversuche erfolglos, so stirbt der Mensch endgültig.

### *Der Klinische Tod wurde reversibel*

Der klinische Tod als Definition bezeichnete also den Ausfall einer zentralen Funktion des Körpers, wie sie sich in der Sauerstoffversorgung darstellt. Die Fortschritte in der Intensivmedizin haben es nun ermöglicht, daß der klinische Tod durch entsprechende Gegenmaßnahmen reversibel wurde und daß dieses Kriterium nicht mehr notwendigerweise den Tod des Menschen bezeichnet. Erst wenn alle Gegenmaßnahmen erfolglos waren, konnte vom Tod des Organismus gesprochen werden. Atmung, Herztätigkeit usw. können ersatzweise von Maschinen übernommen werden, so daß kein Herz- und Kreislauf- und Atmungsstillstand mehr eintreten kann, auch wenn die Hirnstammfunktionen längst erloschen sind. Der Tod des Gehirns wurde abgekoppelt vom Herz- und Kreislaufstillstand. 1959 beschrieben Jouvét, Mollaret und Goulon einen neurologischen Tod, nämlich den Tod des zentralen Nervensystems, als *Coma dépassé*. Unter Einsatz eines Beatmungsgerätes zeigte sich bei den untersuchten Patienten eine sogenannte Nulllinie im EEG; ebensowenig waren noch Hirnstammreflexe aufzeigbar. Die Ärzte schlossen daraus, daß die gesamte Hirntätigkeit irreversibel zusammengebrochen sei. Nach heutigem Verständnis bedeutet eine Nulllinie im EEG (Elektroenzephalogramm) einen absoluten Funktionsverlust der Großhirnrinde und darunter liegender Gehirnteile. Die Funktionen des Hirnstammes können vom EEG nicht erfaßt werden. Patienten mit diesem *Coma dépassé* wurden als nicht mehr lebende Personen angesehen. Die medizinethische Frage, die dann in der Ärzteschaft diskutiert wurde, hieß: Wie soll man mit Patienten im *Coma dépassé* umgehen? Erst die Entwicklung der Transplantationsmedizin versuchte auf diese Frage eine Antwort.

Nachdem Christian Barnard in Südafrika das erste Herz verpflanzt hatte, wurden in der medizinischen Fachpresse 1968 Artikel zum Problem der Todesdefinition veröffentlicht. Am bedeutendsten war der Bericht des *Ad hoc Committees of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death: A Definition of Irreversible Coma* vom 5. 8. 1968. Ziel der Veröffentlichung war - im Hinblick auf die Transplantationsmedizin - das irreversible Coma als neues Todeskriterium zu definieren. Ein Organ, das seine Lebensfunktionen irreversibel verloren hat, galt von da ab als tot. Für den Hirntod wurden als Kriterien genommen: Bewußtlosigkeit mit Nichtmehransprechbarkeit, Reaktionslosigkeit trotz starker Nervenreize, keine Spontanatmung mehr, Fehlen aller Reflexe, reaktionslose Pupillen, keine Augenbewegungen mehr bei Kopfdrehung, Nulllinie des EEG.

#### Aus »hirntot« wird »ganztot«

In der BRD hatte die *Kommission für Reanimation und Organtransplantation* innerhalb der deutschen Gesellschaft für Chirurgie ähnliche Kriterien aufgestellt, wobei für die endgültige Diagnose des Hirntodes der beschriebene Zustand 12 Stunden anhalten muß. 1971-1972 wurden in den USA in der sogenannten NINDS-Studie die Harvard-Kriterien wissenschaftlich überprüft, die Irrtumwahrscheinlichkeit bei Hirntod sank danach auf 0 %. In der BRD hat 1982 der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer die vorgeschlagenen, erweiterten Kriterien übernommen und 1986 und 1991 erweitert. Als Ergebnis dieser Entwicklung kann gelten, daß ein Therapieabbruch mit der Diagnose Hirntod statthaft ist, was innerhalb der medizinischen Wissenschaft mittlerweile als Standard angesehen wird. In der Tat hat der Mensch mit Eintreten des Hirntodes eine Schwelle im Sterbeprozess und damit im Bereich möglicher Therapie überschritten. Für ihn besteht keine

Hoffnung auf Leben mehr; der Tod der Person tritt allerdings erst im weiteren Verlauf des Sterbens ein. Der Hirntod wird also als Zustand des irreversiblen Erlöschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms definiert, bei einer durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltenen Herz- und Kreislauffunktion.

Diese Diagnose stützt sich auf die exakte Einhaltung der medizintechnischen Voraussetzungen, auf die Feststellung der klinischen Symptome von Koma, Hirnstamm-Areflexie und Atemstillstand und auf den Nachweis der Irreversibilität des Hirnfunktionsverlustes. Da beim Hirntod der wirkliche Zeitpunkt des Todes nicht eindeutig feststellbar ist, wird der Zeitpunkt, zu welchem die endgültigen diagnostischen Feststellungen getroffen werden, dokumentiert. Die Verantwortung für die Feststellung des Hirntodes bleibt bei den diagnostizierenden Ärzten. Der Hirntod kann nach dieser Methodik als Kriterium für den Ausfall der biologisch-systemischen Integrationsfunktion des Körpers gelten. Dem abgeschlossenen Prozeß des Sterbens stehen nun aber die Interessen der Transplantationsmedizin entgegen, denn diese benötigt »lebensfrische Organe«, über die der frische hirntote Mensch noch *verfügt*. Kurzerhand wurde aus dem hirntoten Menschen schnell ein ganztoter Mensch, über dessen Körper verfügt werden kann und dessen Organe als Ressource für Organverpflanzungen dienen.

#### Wann ist ein Mensch tot?

Das medizinische Hirntodkriterium ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn eine kybernetisch-hierarchische Theorie der Funktionsweise des Gehirns als Voraussetzung angenommen wird. Das Gehirn wird kybernetisch dann z. B. mit dem Koordinationszentrum in einem Regelkreis eines Kühlschranks verglichen. Fällt dieses Zentrum aus, dann fehlt jegliche

Steuerung und ein Regelkreis bricht zusammen. Diese kybernetische Denkart hat weiter als Voraussetzung, daß das Gehirn in hierarchische Regionen eingeteilt werden kann, was die neuere Hirnforschung jedoch bezweifelt. Hier werden eher komplexe, über mehrere Stufen miteinander verknüpfte neuronale-hormonelle Zusammenhänge angenommen, die nur systemtheoretisch mit einer nicht-linearen Dynamik - eventuell sogar nur in der Chaostheorie - begreifbar sind. Der Organismus organisiert sich also entgegen der weitläufigen Meinung innerhalb der Medizin anders als es das simple Modell von der Zentralinstanz Gehirn suggeriert. Der hirntote Körper ist durchaus noch zu gewissen Integrationsleistungen über Rückenmarksfunktionen, Hormonhaushalt usw. fähig. Fahrlässig ist es m. E., diese Erscheinungen einfach als nicht-lebendigen Ausdruck des Körpers zu disqualifizieren. Der Tod eines Menschen ist dann eingetreten, wenn diese systemische Integrationsleistung unwiederbringlich verloren gegangen ist. Die Personalität eines Menschen ist mit dieser Integrationsleistung des Gesamtorganismus und nicht mit dem Funktionieren eines Organs verbunden. Solange nicht dieser Tod festgestellt ist, muß man doch daraus schließen, daß ein Eingriff (Explantation von Organen) noch als Körperverletzung im schlimmsten Fall als vorsätzliche Tötung zu gelten hat.

In den USA wurde deshalb schon 1968 der Uniform Anatomical Gift Act ausgearbeitet, der besagt, daß volljährige und mündige Bürger ihren Körper nach dem Tod Transplantationen zur Verfügung stellen können, sofern dies eine willentliche Entscheidung zu Lebzeiten war. Gegen die Uneinheitlichkeit der verschiedenen amerikanischen Ländergesetze und Todeskriterien wurde 1980 eine President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research gebildet. Aus den Vor-

schlägen dieser Kommission wurde 1989 ein Gesetz gebildet, das zur Basis-Norm in 24 US-Bundesstaaten umgestaltet wurde: *„Ein Individuum, das entweder einen irreversiblen Kreislauf- und Atemstillstand oder einen irreversiblen Verlust aller Hirnfunktionen einschließlich des Hirnstammes erfahren hat, ist tot. Eine Bestimmung des Todesetritts muß in Einklang mit den gültigen medizinischen Standards geschehen.“*<sup>1</sup>

In der BRD ist die Organentnahme bisher über den § 168 StGB geregelt. Bisher sind die Juristen ebenfalls davon ausgegangen, daß das Sterben ein Prozeß ist und daß der Tod dann schlechthin irreversibel ist. Trotzdem besteht ein gewisser Konsens darin, den Hirntod als Todeszeitpunkt nicht zu problematisieren, wobei dies einen pragmatischen und nicht einen rechtsethischen Umgang darstellt. Seit 1979 ist wegen der schwebenden Rechtslage ein Transplantationsgesetz in Bearbeitung. Die juristische Diskussion um den Hirntod als Todeskriterium zeigt eine erhebliche Variationsbreite, wobei der Hirntod als Personentod akzeptiert ist, auch wenn dies nicht in einem Gesetz formuliert ist. Ein endgültiger gesellschaftlicher Konsens ist m. E. nur denkbar, wenn die Diskussion um den Hirntod in Verbindung mit der Organverpflanzung gesellschaftlich breit aufgenommen und aus den Hinterzimmern der Medizinexperten herausgeholt wird.

### *Welches Todesverständnis und Menschenbild haben wir?*

Die gesellschaftliche Enttabuisierung des Themas muß zuerst im Bereich einer klärenden Diskussion aufbereitet werden, von welchem Todesverständnis und von welcher Anthropologie ausgegangen wird. Gegen die platte medizinische Trennung von Geist und Körper und das damit verbundene mechanistische Menschenbild, wobei nur der Körper

im medizinischen Sinn behandlungsbedürftig ist, hat die christlich-jüdische Ethik die Einheit von Körper-Geist-Person zu betonen. Der Leib des Menschen ist nicht einfach ein Anhängsel der Seele und umgekehrt, denn zwischen der Leiblichkeit eines Menschen und seiner Personalität – wobei Personalität ein reflexives Moment ist – besteht eine dialektisch-komplexe Verbindung. Der Leib trägt die Personalität des Menschen, wobei der Leib nur aufgrund der Personalität abgrenzbar ist. Man könnte auch sagen: Der Körper, der Leib des Menschen, ist dessen sichtbare Personalität, d.h. ist dessen fleischgewordene Geschichte. Die Reduktion der Personalität auf kognitives Selbstbewußtsein ist deshalb grundsätzlich abzulehnen, denn der reflexive Selbstbezug des Menschen ist nur ein Kriterium der Personalität. Sogar das Selbstbewußtsein ist auf ein vorausgesetztes Vorhandensein eines Körpers angewiesen, deswegen muß der Leib logisch vor dem Selbstbewußtsein geschützt werden.

Die Vertreter des Hirntodes verknüpfen nun aber Personalität vor allem mit der Funktion bestimmter Hirnregionen und folgern aus dieser das Vorhandensein von Bewußtsein. Der Verlust dieses abgeleiteten Bewußtseins wird endgültig mit den physiologischen Vorgängen um den Hirntod vollständig identifiziert. Von dieser Identifikation ist es kein weiter Schritt mehr zu der Behauptung, daß der Tod schon eingetreten ist, wenn spezifische Hirnregionen zerstört sind; man spricht dann von Teilhirntod.<sup>2</sup>

### *Christlich-jüdisches Menschenverständnis gegen utilitaristische Ethikansätze*

Fragwürdig am Hirntodkonzept ist m. E., daß dieser Organtod an den Anfang des Sterbens gerückt wurde und daß also der Mensch damit tot ist. Früher war in unserer Kultur der Tod der Schlußpunkt des Sterbens; man wartete

das Sterben ab und begrub einen Menschen auch erst, wenn er gestorben war. Es ist zu befürchten, daß Hirntote noch Sterbende sind; sterbende Menschen sind aber lebende Menschen. Der Begriff »lebend« läßt aber nach der Kommentierung des Grundgesetzes aus dem Jahr 1958 keinen Spielraum für Interpretationen, eine Bewertung des Lebens nach den Maßstäben »sozialer Lebensbedingungen und Lebensäußerungen« sollte nach den Erfahrungen mit dem Nationalsozialismus unmöglich gemacht werden. Das Grundgesetz steht damit in einer Linie mit dem christlich-jüdischen Menschenverständnis. Denjenigen, die über keinen Schutz verfügen oder nicht imstande sind, ihre Interessen wahrzunehmen, wird in einer solidarischen Gesellschaft größtmöglicher Schutz gewährt. Aufgrund der schleichenden Utilitarisierung der »Normalethik« und Entsolidarisierung in unserer Gesellschaft ist die einst vorausgesetzte Solidarität mit den Schwächsten, wozu m. E. auch Sterbende gehören, nicht mehr gesellschaftlicher Standard.

Nach den utilitaristischen Ethikansätzen genießt derjenige Schutz, der über die größten Überlebenschancen, kognitives Selbstbewußtsein und Durchsetzungsvermögen verfügt. Alle anderen bleiben auf der Strecke. Wenn sich nun das medizinische Hirntodkonzept mit diesen utilitaristischen Ethikansätzen verbindet, ist Schlimmes zu befürchten. Kritiker an dieser Verbindung werden mit dem Killerargument, sie würden sich unsolidarisch gegen die Kranken verhalten, kaltgestellt. Kritik an den verschiedenen Hirntodkonzepten sei einem Ausscheiden aus der Solidargemeinschaft gleichzusetzen. Deutlich wird dabei eine utilitaristische Definition von Solidarität; im Namen dieser »Solidarität« wird z. B. in den Broschüren, die zur *Organ-spende auffordern*, zu einem unsolidarischen Verhalten gegenüber Sterbenden aufgefordert. Das diesbezügliche Argument läuft hin-

aus auf ein »christliches Verhalten« gegen Kranke, die auf Organverpflanzung warten. Man übe Nächstenliebe, wenn man seine Organe - im Fall des Hirntodes - zur Verfügung stellt. Daraus läßt sich irgendwann *eine Pflicht zur Organspende* ableiten, was m. E. nichts mehr mit Liebe zu tun hat.

### *Lassen sich Empfindungen mit Maschinen messen?*

Befürworter des Hirntodkonzeptes bezüglich der Organentnahme und -verpflanzung argumentieren mit den physikalischen Meßwerten und der Medizindiagnostik, daß Hirntote nichts mehr fühlen, empfinden, denken können und daß es viel wichtiger sei, an die Solidarität mit den noch Lebenden zu denken. Aber wer sagt denn mit hundertprozentiger Sicherheit, daß Hirntote nichts mehr empfinden können? Lassen sich allein Empfindung und Zuwendung mit Maschinen messen? Dazu Hans Jonas: »*Wer kann wissen, wenn jetzt das Seziermesser zu schneiden beginnt, ob nicht ein Schock, ein letztes Trauma einem nichtzerebralen, diffus ausgebreiteten Empfinden zugefügt wird, das noch leistungsfähig ist?*«<sup>3</sup> Was ist die ethische Konsequenz dieser Kritik? Die Hirntodbefürworter (Hirntod als Tod des Menschen) behaupten eine Desintegration des Organismus und beziehen sich dabei auf ein spezifisches Modell des Gehirns, das inzwischen fragwürdig geworden ist. Die Hirntodkritiker behaupten, daß der Hirntod ein Stadium im Sterben eines Menschen ist und nicht die endgültige Desintegration des Organismus als übergeordneter Einheit. Dieses Todesverständnis ist gegenüber dem Verständnis des Todes, wie es sich im Hirntodkonzept ausdrückt, umfassender, weil es keiner Ergänzung über kognitive Leistungen usw. bedürftig ist.

Die Argumentation der Hirntodbefürworter ist hinsichtlich ihres Todesverständnisses zir-

kulär und offensichtlich noch von einem anderen Interesse geleitet, als die Würde des sterbenden Menschen zu bewahren. Schon im Papier der oben erwähnten President's Commission wird nämlich eingeräumt, daß die Einheit des Organismus nicht dadurch beeinträchtigt werde, daß einzelne Integrationsleistungen des Körpers ausfallen und notfalls durch Apparate ersetzt werden; Hirntodbefürworter sehen im Gehirn fast so etwas wie einen magischen Sitz des Lebens. Die Einheit des Organismus ist nicht von der Funktion eines Organs oder einzelner Regionen eines Organs abhängig, denn lebende Systeme sind sich selbst organisierende Systeme. Solange ein System auch nur einen Bruchteil von Integrationsleistung aufbringen kann, ist es nicht tot, sondern lebt. Bei einem hirntoten Menschen ist diese Integrationsleistung auf ein Minimum reduziert, aber noch vorhanden - erst, wenn diese Funktionen zusammenbrechen, ist der Mensch wirklich tot. Wenn dieser Einwand nicht zutreffen sollte, wie kann man dann im Fall der Erlangerin Marion Ploch ein fast halbjähriges Projekt angehen, nämlich die Schwangerschaft auszutragen? Wenn die komplizierten Vitalfunktionen einer Schwangeren so lange aufrechterhalten werden können, wie kann man dann von einer völligen Desintegration des Körpers nach Eintritt des Hirntodes ausgehen?

### *Ethische Bewertungen*

Wie ist ethisch mit diesem Stand der Diskussion umzugehen - auch im Hinblick auf Organverpflanzung, die nicht verteufelt werden sollte und die sicher zu den Segnungen, wenn auch ambivalenten Segnungen der Medizin, gehört? Zunächst einmal ist die ethische Bewertung des Hirntodkonzeptes von Anfang nicht unumstritten gewesen, denn eine Dominanz des Bewußtseins gliedert sich in den cartesianischen Leib-Seele-Dualismus ein, der das moderne naturwissenschaftliche

Weltbild geprägt hat. Demgegenüber steht die jahrtausendelange, ganzheitliche Erfahrung des Menschen als Gegenüber und als Einheit von Person-Leib-Seele/Geist.

### *Das Wohl des sterbenden Menschen muß an erster Stelle stehen*

Ein Konzept, das sich dem Diktat der Kriterien wie Bewußtsein usw. beugt, führt in letzter Konsequenz - wenn es an Bewußtsein usw. mangelt - zur Abwertung des betroffenen Menschen, der zum Objekt anderer, außerhalb seiner selbst liegenden Interessen gemacht wird.

Diese Interessen sind die sekundären Interessen der Transplantationsmedizin, wo nicht nur die Sorge für potentielle Organempfänger eine Rolle spielt. M. E. muß genauso das Wohl des primären Patienten, also des sterbenden Menschen, eine wesentliche Position einnehmen. Eine Organentnahme und spätere -verpflanzung kann nur unabhängiges Beiprodukt des Hirntodkriteriums sein. Ethisch zu trennen ist also der immer vermengte Zusammenhang zwischen dem *Organspender* und dem *Organempfänger*, denn zwischen beiden besteht keine persönliche Beziehung und auch keine Verpflichtung, die ethisch relevant ist.

Im Sinn der Stellungnahme des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Entwurf einer Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung der Biologie und Medizin muß die Würde des sterbenden Menschen gewahrt bleiben, denn der Eingriff (Organentnahme beim Hirntoten) hat keinen unmittelbaren individuellen Nutzen für diese Person. Ein hilfloser Mensch, um einen solchen handelt es sich beim Hirntoten, darf nicht Objekt einer utilitaristisch begründeten Solidarität gegenüber potentiellen Organempfängern sein.

### *Schutzbedürfnisse des Organspenders*

Grundsätzlich muß eine Einwilligung eines potentiellen Spenders vorliegen, ob er oder sie Teile seines/ihres Körpers für andere zur Verfügung stellen will oder nicht. Eine Einverständniserklärung z. B. von nahen Verwandten usw. genügt m. E. nicht, weil die Persönlichkeitsrechte eines schutzbedürftigen Individuums unmittelbar betroffen sind. Widerspruchs- und Informationslösung bei Transplantationen stellen m. E. zuwenig die Schutzbedürfnisse des Organspenders in den Vordergrund; vor solchen Regelungen ist zu warnen, denn das Interesse der Transplantationsmedizin an »lebensfrischen« Organen zieht notwendigerweise einen Mißbrauch der Hirntoddiagnostik nach sich. Es besteht grundsätzlich die Gefahr, daß der Zeitpunkt des Hirntodes und auch des Teilhirntodes immer früher angesetzt wird.

International freilich haben sich die Zustimmung- und Widerspruchslösung zur postmortalen Organentnahme durchgesetzt. Bei der Zustimmungslösung können neben den Betroffenen auch die Angehörigen post mortem ihre Einwilligung geben. Wenn keine Angehörigen usw. auffindbar sind, kann bei einer erweiterten Zustimmungslösung im Notfall auch eine Organentnahme ohne unmittelbare Zustimmung durchgeführt werden. Bei der Widerspruchslösung kann zu Lebzeiten selbst oder in bestimmten Fällen durch Angehörige post mortem widersprochen werden. Die vorgesehenen Schutzbestimmungen im Artikel 6 der Bioethik-Konvention, die von geschäftsunfähigen oder einwilligungsunfähigen Personen sprechen, sind m. E. auf dem genannten Hintergrund viel zu weich. Die Gefahr des groben Mißbrauchs - gerade im Bereich der Transplantationsmedizin - ist offensichtlich und sollte von der Bundesregierung usw. nicht bagatellisiert werden, denn ein Nutzen für die betroffene Person läßt sich, wenn es gesellschaftlich nötig ist, schnell

finden – eine schleichende Euthanasie z. B. bei Behinderten, Kindern, Alten usw., deren Organe benötigt würden, wäre die Folge. Die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens steht über der ärztlichen Verfügungsgewalt der Ärzte, die auch in Konfliktsituationen m. E. der Zustimmung bedarf.

Der englische Text im Appendix V, Chapter II (Organ Removal from deceased Donors) spricht auch nur von Personen, die nach dem Gesetz für tot erklärt wurden, was doch eine wachsweiße Haltung zum sog. Hirntod voraussetzt. Das menschliche Stadium der Barbarei wäre wieder einmal erreicht, nur diesmal mit gesellschaftlicher Zustimmung zu einer utilitaristischen Medizinethik. Der utilitaristische Geist ist in der geplanten Bioethik-Konvention m. E. durchaus deutlich.

### *Zweiklassenmedizin?*

Die Kirchen Europas haben hier die umfassende Aufgabe, kritische Wächterinnen der persönlichen Menschenrechte zu sein und andererseits zu fragen, ob die Fortschritte in der Transplantationsmedizin wirklich Fortschritte zu einem besseren Leben sind oder ob nicht am Ende der Weg in eine Zwei- oder Mehrklassenmedizin beschritten worden ist.

Der Artikel 11 ist in diesem Zusammenhang geradezu naiv, was die Verwertbarkeit des menschlichen Körpers angeht, denn es besteht schon jetzt ein »Transplantationstourismus« vor allem in arme Länder Osteuropas, Asiens, Latein- und Südamerikas, der ein Stück Ausbeutungsgeschichte des reichen Nordens gegen den armen Süden fortschreibt. An dieser Stelle haben die Kirchen m. E. die Aufgabe, Ausbeutungsmechanismen in der Medizin öffentlich herauszustellen und zu einem breiten öffentlichen Diskurs über diesen Teil der Transplantationsmedizin einzuladen.

### *Eine Ethik des Nächsten*

Was sind die ethischen Aufgaben, die sich in der Diskussion um Hirntod und Organverpflanzung für die Zukunft stellen? Einer auf biologischer Lebensmaximierung durch Organverpflanzung beruhenden Berufseinstellung der Medizin muß ethisch ein Sinnkriterium gegenübergestellt werden, das die rein biologische Lebensverlängerung als Verdrängung von Sterben und Tod aufdeckt und damit deren verborgene utilitaristische Tendenz. Zu diskutieren ist die Frage, ob der ursprüngliche Heilungs- und Linderungsauftrag der Medizin für die Bereiche der Intensiv- und Transplantationsmedizin noch ausreichend sind. Leben darf nicht nach den Kriterien von Nützlichkeit usw. behandelt werden, denn die Menschenwürde ist dem Nutzen eines Menschenlebens vorausgesetzt. Die Argumentation der Transplantationsmedizin sollte den Interessen der sog. Organspender nicht zuwiderlaufen, d. h. die wesentlichen Normen medizinischen Handelns sind in einen gesellschaftlichen Diskurs zu bringen. Die Diakonie hat in diesem Diskurs um Hirntod und Organverpflanzung wesentlich das antifunktionale Verständnis des Sterbens stark zu machen. Das naturwissenschaftliche Kriterium des Hirntodes ist kritisch zu prüfen auf seine Voraussetzungen: cartesianischer Leib-Seele-Dualismus, die Angemessenheit kybernetisch-hierarchischer Modelle für die Funktionsweise des menschlichen Gehirns ist kritisch zu prüfen und ebenso müssen alternative Hirntheorien in den Diskurs eingebracht werden. Welche Gestaltungsmöglichkeiten für ein würdevolles Sterben gibt es überhaupt? Hier sind die Verbindungen zwischen Euthanasie/Sterbehilfe-Hirntod-Diskussion/Organverpflanzung kritisch zu würdigen. Gegenüber einer platten corticozentrischen und utilitaristischen Einstellung sollte christliche Kirche eine Ethik des Nächsten als Leib-Seele-Geist-Person-Einheit entwickeln.