

Hirntodverständnis und Bereitschaft zur Organspende

Monika Bobbert

Einleitung

In öffentlichen Debatten wird einerseits immer betont, dass die Organspende eine freiwillige Gabe sei. Man könne dadurch aber Leben retten.¹ Wenn ein vorgängig objektiver, da medizinisch festgestellter Hirntod zwingend als sicheres Todeszeichen angenommen wird, können Menschen, die anderen helfen wollen, unter Druck geraten, einer Organentnahme bei Angehörigen zuzustimmen oder sich zur Organspende bereit zu erklären. Zahlreiche Werbekampagnen und christliche Aufrufe zur Organspende als Ausdruck der Nächstenliebe legen nahe, dass es trotz der erklärten Freiwilligkeit unmoralisch ist, keine Organe spenden zu wollen. Gibt es gute Gründe dafür, keine Organe zu spenden?

Die Themen Organspende und Hirntod sind nach wie vor nicht einfach zu behandeln.² Im Folgenden wird dargelegt, warum die Begründungslast, die das Hirntodkriterium zu tragen vermag, sehr viel geringer anzusetzen ist als viele Mediziner, Juristen und Ethiker meinen. Häufig wird in Debatten der Tod des Menschen einerseits durch ein gesetztes Hirntodkriterium medizinisch-empirisch eingeführt, und andererseits wird betont, dass christliche Nächstenliebe im Fall der Organspende ein Akt der Supererogation darstelle. Diese beiden Thesen scheinen mir nicht ganz schlüssig aufeinander bezogen zu sein.

1 Für Anregungen und Hinweise danke ich Nadia Primc.

2 Dies zeigte sich erneut bei der Vorbereitung eines Entwurfs für eine aktualisierte „Handreichung zum Thema Hirntod und Organspende“ der Deutschen Bischofskonferenz (DBK), mit der die Kommission Bioethik betraut war. Innerhalb dieser Kommission gab es in Bezug auf das Hirntodverständnis und die Frage des moralischen Anspruchs der Organspendebereitschaft zwei unterschiedliche Positionen. Die Position der Organspende als Gabe mit einem medizinischen Hirntodbegriff wurde von Franz-Josef Bormann vertreten. Die Position der Autorin, die an der Vorbereitung des Entwurfs beteiligt war, schlug sich in der Handreichung der Bischofskonferenz von 2015, die sich nur wenig von der Erklärung der DBK und EKD von 1990 unterscheidet, nicht nieder. Sie wird im Folgenden dargelegt.

Meines Erachtens ist insbesondere die Zustimmung eines potenziellen Organspenders zum plausiblen und fachlich gut abgesicherten Ganzhirntodkriterium der Medizin ein springender Punkt und nicht lediglich ein psychisches Problem oder das Problem medizinischer Laien. Auf der anderen Seite ist die Möglichkeit der Rettung eines Menschen meines Erachtens immer mehr als eine Frage der Supererogation: Es müssen aus moralischer Sicht Belastungen und Rechte betrachtet werden. Dies heißt aber nicht, dass in jedem Fall unmittelbar eine moralische Pflicht resultiert.

Moralische Rechte

Die Bereitschaft zur Organspende setzt Freiwilligkeit und umfassende Informiertheit voraus. Obwohl durch Organspende das Leben anderer Menschen gerettet werden kann und man daher hinter der Aufforderung zur Organspende eine Pflicht vermuten könnte,³ ist der Begriff der Spende und weniger der Begriff der Pflicht aus moralischer Sicht angemessen.⁴ Denn jeder Mensch hat das moralische Recht auf Schutz des Lebens bis zu seinem vollständigen Ende und das Recht auf physische und psychische Integrität. In Bezug auf die Sterbephase, innerhalb der der Hirntod einen Zeitpunkt, nicht jedoch den Endpunkt darstellt (siehe Denkhäus/Dabrock 2012: 142, Höfling 2012: 168 f.), gebietet die Achtung der Menschenwürde, dass ein Mensch nicht nur als Mittel, sondern immer zugleich als Zweck behandelt wird. Nur unter zuverlässiger Einhaltung dieser Normen und der entsprechenden Umsetzungsregeln dürfen wir bei einem irreversiblen Organausfall das Organ eines anderen Menschen annehmen.⁵

- 3 So besteht beispielsweise laut Steigleder (2006) eine grundsätzliche Pflicht zur Organspende, die allerdings Ausnahmen zulässt. Als mögliche Ausnahmen begründende Umstände nennt Steigleder u. a. religiöse Ansichten, die Bedürfnisse von Angehörigen oder aber auch die Überzeugung, dass der Hirntod nicht ohne weiteres mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden kann.
- 4 Übereinstimmende Einschätzungen finden sich unter anderem bei Eibach (2013: 527 ff.); Deutsche Bischofskonferenz und Rat der Evangelischen Kirchen Deutschlands (1990); Orthodoxe Bischofskonferenz in Deutschland (2014); Deutsche Bischofskonferenz (2015).
- 5 Aus der Einschätzung, dass der Eintritt des Hirntodes nur einen Zeit-, nicht aber den Endpunkt des Sterbeprozesses darstellt, folgt noch nicht per se (wie etwa Schumacher 2013 dies vertritt), dass die Organentnahme bei hirntoten Patienten dann als unzulässig anzusehen ist, d. h. dieselben in diesem Fall als bloßes Mittel gebraucht werden (vgl. Stoecker 2012: 113 ff, Eibach 2013: 517). Die derzeit in Deutschland geübte Praxis, nämlich in Anschluss an die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntodes (Bundesärztekammer 2015) den Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen, stellt eine verkürzte Darstellung des gegenwärtigen Diskussions- und Forschungsstandes dar. Die Debatte um die Hirntoddefinition wird insbesondere seit dem 2008 vom President's Council on Bioethics veröffentlichtem White Paper wieder verstärkt geführt – ein ausführlicher und kritischer Kommentar zum White Paper und

Subjektive Betrachtung des Todes

Zum eigenen Sterben können wir keine Erfahrungen sammeln, die man als „empirisch“ bezeichnen kann, auch wenn es vielleicht Situationen der Vorwegnahme des Sterbens im Bewusstsein gibt (siehe Mieth 2013). Auf der anderen Seite machen wir Erfahrungen mit Anderen, die sterben, mit der Betrachtung des Todes von außen. Diese Betrachtung kann empirisch (objektiv messbare Daten), existentiell (Angst- oder Gelassenheitsphänomene) oder spekulativ (z. B. auf der Grundlage von philosophischen und/oder theologischen Denkmodellen) sein. Eine subjektive Betrachtung des Todes fragt danach, wann ich mich selbst für tot erachten würde. Der Tod hat also eine individuelle Seite, die sich nicht durch empirische Daten ersetzen und auch nicht ohne weiteres auf Andere anwenden lässt. Dass unser Todesverständnis eine irreduzible subjektive Seite hat, ist zum Teil darauf zurückzuführen dass „der Tod begrifflich eng zum Leben gehört: Wer tot ist, lebt nicht mehr, und wer nicht mehr lebt, ist tot“ (Stoecker (2012: 103). Der Begriff des Lebens weist unterschiedliche Komponenten auf, die sich nicht alle auf eine rein biologische Definition (Stoffwechsel etc.) reduzieren lassen. Zu nennen ist hier z. B. die individuelle, biographische Komponente des Begriffes 'Leben', welche Leben als die Summe unserer (subjektiven) Erlebnisse fasst. Diese irreduzible Komplexität des Begriffs Leben überträgt sich notgedrungen auch auf den ihm gegenübergestellten Begriff des Todes, d. h. dieser kann ebenso wenig auf seine biologische Komponente reduziert werden.

Im Bereich der Organtransplantation überwiegt die empirische Betrachtung irreversibler Anzeichen des Sterbens, mit Hilfe derer wir den „Tod“ punktuell zu definieren versuchen. Aber bereits auf empirischer Ebene zeigen sich Divergenzen, etwa angesichts national unterschiedlicher biologischer Todesdefinitionen und medizinischer Kriterien der Organentnahme. Zwar kann der Ganzhirntod als empirisch-naturwissenschaftliche Signatur der Unumkehrbarkeit eines begonnenen Sterbeprozesses beibehalten werden, doch erfasst das empirische Paradigma das Phänomen des menschlichen Sterbens und Todes nicht ausreichend.⁶ Es gab und gibt vielfältige kulturelle, philosophische und theologische Todesverständnisse. Die Hirntoddefinition ist eine demokratisch legitimierte Konvention,⁷ die mittels medizinischer Kriterien operationalisiert wird.

der dazugehörigen Debatte findet sich bei Feindegen/Höver (2013); vgl. zudem Müller (2010).

6 Dies trifft auch dann zu, wenn man – wie Schockenhoff (2012: 124) dies vorschlägt – den Hirntod nicht mit dem Tod des Menschen gleichsetzt, sondern diesen lediglich als zweifelsfreies Anzeichen dafür ansieht, dass der Tod des Menschen bereits eingetreten ist.

7 Zur Entstehungsgeschichte des Hirntodkriteriums siehe Baron et al. (2006).

Gesellschaftliche Festlegung einer Todesdefinition

Da sich nur in Bezug auf eine vorausgesetzte Todesdefinition beurteilen lässt, ob ein Todeskriterium akzeptabel ist,⁸ sollte eine gesellschaftliche Festlegung wie die des Hirntods einerseits die Organentnahme gestatten, andererseits aber Freiheit für individuelle Todesdefinitionen bewahren. Gesellschaftliche Erwartungen oder die moralische Abqualifizierung von Nicht-Spendern würden die Entscheidungsfreiheit jedes Menschen, ob er im Sterben zum Zeitpunkt des Hirntods Organe spenden möchte, zu Unrecht einschränken. Weil jedoch mit einer Organspende das Leben von Menschen gerettet werden kann, sollten sich Bürgerinnen und Bürger zur Frage der Organspende einen Willen bilden und diesen nach Möglichkeit schriftlich oder mündlich kommunizieren. Denn wir können letztlich nicht vertreten werden, wenn es um unsere individuellen Vorstellungen von Sterben und Tod und um die Bereitschaft geht, im eigenen Sterben für das Weiterleben anderer Menschen zu sorgen.

Nachdenken über Organspende als moralische Aufgabe

Sich mit der Frage der Organspende zu befassen und die Entscheidung für oder gegen die Organspende zu kommunizieren, stellt eine moralische Aufgabe dar: Zum einen darf uns das Nachdenken über diese Frage zugemutet werden, weil sich durch Organspende Menschenleben retten lassen. Zum anderen sollten wir unsere Angehörigen vor Belastungen bewahren. Denn angesichts der rechtlich geltenden erweiterten Zustimmungslösung (Entscheidungslösung) werden sie im Falle des eingetretenen Hirntods und bei fehlender Willensbekundung seitens des Patienten nach dessen mutmaßlichen Willen gefragt.

Ungeachtet des Ergebnisses ihrer Mutmaßungen über den Willen des Betroffenen werden sie ihre Auskünfte als große Verantwortung oder Belastung empfinden und später möglicherweise daran zweifeln, ob sie wirklich im Sinne des Verstorbenen entschieden haben.⁹

8 Streng genommen gilt es beim medizinischen Hirntodkonzept nochmals drei Ebenen zu unterscheiden: (1) die Todesdefinition, d.h. in diesem Fall als irreversibler Ausfall der integrierenden Funktionen oder Selbsterhaltungsfunktionen des Organismus als Ganzem, (2) das Todeskriterium, d.h. der irreversible Ausfall der Funktionen des Gesamthirns oder des Hirnstammes und (3) die Ebene der diagnostischen Tests, welche es ermöglichen sollen, den Ausfall der Hirnfunktionen und damit den Tod medizinisch festzustellen.

9 Zu den Schwierigkeiten des Konstruktes des 'mutmaßlichen Willens', siehe Himpsl/Schmidt-Petri (2013); Bobbert (2012). Zur Sicht der Angehörigen auf die schwierige Entscheidung für oder gegen eine Organspende siehe Donauer (2012).

Erweiterte Zustimmungslösung als guter Kompromiss?

Die erweiterte Zustimmungslösung (Entscheidungslösung) als Kompromiss zwischen Selbstbestimmung und Lebensrettung kommt allerdings angesichts der neuen Möglichkeit, schwerkranke Patienten am Ende des Lebens entweder „patientenorientiert“, d. h. palliativ, oder aber „spendeorientiert“ zu behandeln, an ihre Grenzen (siehe Schöne-Seifert et al. 2011). Die grundsätzliche Frage, ob man Intensivpatienten mit neurologischen Schäden und der Möglichkeit eines demnächst eintretenden Hirntods anders behandeln darf, obwohl der Ausgang noch offen ist und im günstigsten Fall eine Besserung eintreten könnte, darf weder von Angehörigen noch von Ärzten entschieden werden. Denn Vertretungsvarianten (vgl. Betreuungsgesetz) oder ein Konstrukt wie der „mutmaßliche Wille“ würden hier zu kurz greifen. Vielmehr sollte für eine „spendeorientierte“ Behandlung im Vorfeld eines potenziellen Hirntods, die neben maximaler intensivmedizinischer Weiterbehandlung auch eine Reanimation umfassen könnte, nur dann durchgeführt werden, wenn die Betroffenen selbst vorab eine Entscheidung gefällt haben – in Form einer Patientenverfügung mit entsprechenden Zusatzerläuterungen zur Organspendebereitschaft oder in einem dahingehend präzisierten Organspendeausweis.

Voraussetzungen eines Aufrufs zur Organspende

Der Aufruf zur Organspende beinhaltet also zum einen, sich mit der Ganzhirntoddefinition und mit der Zuverlässigkeit medizinischer Kriterien für den Ganzhirntod einverstanden zu erklären, und zum zweiten, der Entnahme von Organen zuzustimmen. Zum dritten beinhaltet er neuerdings – wie oben erwähnt – Fragen der Behandlung potenzieller Organspender im „Präfinalstadium“, d. h. der Hirntod ist entweder noch nicht diagnostiziert oder noch nicht eingetreten.

Nur eine umfassende, auch die strittigen Aspekte thematisierende Aufklärung der Bevölkerung kann die Grundlage für ein Ja oder Nein zur Organspende sein. Häufig jedoch erfolgen aus dem Ethos des Heilens heraus Informationen über Organspende mit dem Ziel, die Organspendebereitschaft der Bevölkerung zu erhöhen – trotz der Forderung des Transplantationsgesetzes nach einer ergebnisoffenen Aufklärung (§ 2 TPG Abs. 1). Der Tendenz, aus Gründen des Werbens für die Organspende schwierige Fragen der Organtransplantation zu umgehen, muss jedoch entgegengewirkt werden. Die Bereitschaft zur Organspende kann nur als informiert und freiwillig erachtet werden, wenn der Hirntod als Todesdefinition, der Umfang des entnehmbaren Organ- und Körpermaterials und die Belastungen der Spender und ihrer Angehörigen sowie der Empfänger und der

Mitarbeiter des Gesundheitswesens genannt und öffentlich diskutiert werden. Dazu zählt außerdem die Diskussion der hohen Priorität der Transplantationsmedizin in der Gesundheitsversorgung und möglicher Wege der Bedarfsenkung durch Präventionsmaßnahmen (siehe Bobbert 2014) wie Gesundheitsunterricht in den Schulen, Regelungen für die Nahrungsmittelindustrie und Sekundärprävention bei Übergewicht und Alkoholabusus und nicht zuletzt das Problem des internationalen Organhandels, der mit einem Wohlstands- und Bildungsgefälle verbunden ist.

Unabhängige Struktur der ergebnisoffenen Information und Beratung

Eine von unmittelbaren Transplantationsinteressen unabhängige institutionelle Struktur zur Information und zur Entscheidungsfindung der Bürgerinnen und Bürger im Vorfeld stellt ein Desiderat dar. Reflektierte Beratung in Bezug auf einen Organspendeausweis sollte daher in unabhängigen Beratungsstellen erfolgen, deren Mitarbeiter über psychische, soziale und medizinische Kenntnisse verfügen.

Eine ergebnisoffene Aufklärung, die mit der Fähigkeit einhergeht, sich den Ambivalenzen der Organspende zu stellen, ist besonders wichtig, wenn Angehörige nach dem mutmaßlichen Willen eines hirntoten Patienten gefragt werden. Für eine unabhängige Information und eine psychische und seelsorgerliche Begleitung der Angehörigen während und nach einer Explantationsentscheidung sollten öffentliche finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Die Förderung einer offenen und ehrlichen Diskussion ist auch im Sinne derjenigen, die vornehmlich an einer Erhöhung der Spendebereitschaft interessiert sind. Eine Erhöhung der Spendebereitschaft kann auf lange Sicht nur mit Hilfe vertrauensbildender Maßnahmen erreicht werden, wozu auch das offene Ansprechen von Unsicherheiten, wie etwa bei den Fragen rund um das Hirntodkriterium, gehört.

Ethik in Aus- und Weiterbildung von Ärzt(inn)en und Pflegekräften

Eine Organspende, die für zahlreiche Beteiligte erhebliche Belastungen mit sich bringt, basiert auf dem Vertrauen in ein zuverlässig funktionierendes Verteilungsverfahren, das in erster Linie durch die ethischen Normen Bedürftigkeit und Chancengleichheit gerechtfertigt ist. Die Bereitschaft zur Organspende beruht auf dem Vertrauen, dass das Verteilungsverfahren unabhängig ist von ökonomischen Interessen oder Menschenrechtsverletzungen im Zusammen-

hang mit Organhandel. Diesem Vertrauen müssen die behandelnden Ärzte und Ärztinnen gerecht werden, indem sie die Verteilungsregeln umsetzen. Dies ist deshalb nicht leicht, weil der traditionellen Arzt-Patient-Beziehung angesichts der Betroffenheit ferner Dritter Grenzen (in Form von Verfahren und Kriterien der Organzuteilung) gesetzt werden. Um die entsprechenden ethischen Normen und Begründungen nachvollziehen zu können und um auf psychische, interpersonelle und institutionelle Probleme der Umsetzung vorbereitet zu sein, bedarf es medizinethischer Unterrichtseinheiten in der Aus- und Fortbildung von Ärzt(inn)en und Pflegekräften. Insgesamt sollten die Bemühungen um Explantation und Transplantation von einer Sterbekultur in den Kliniken umrahmt sein. Kliniken sollten wieder wie in früheren Jahrzehnten dazu übergehen, ihr ärztliches und pflegerisches Personal im Umgang mit Sterben und Tod im Krankenhaus fortzubilden.

Literatur

- Baron, Leonard / Shemie, Sam D. / Teitelbaum, Jeannie / Doig, Christopher James (2006). Brief review: History, concept and controversies in the neurological determination of death. *Canadian Journal of Anesthesia*, Bd. 53, Nr. 6, 602–608.
- Bobbert, Monika (2012). Ethische Fragen medizinischer Behandlung am Lebensende, in: Eckart, Wolfgang U. / Anderheiden, Michael (Hg.) *Handbuch Sterben und Menschenwürde* Bd. 2, Berlin: de Gruyter, 1099–1114.
- Bobbert, Monika (2014). Alternativen zur Organtransplantation: Prävention eines irreversiblen Organversagens als medizinische und ethische Herausforderung. In: Hilpert, Konrad / Sautermeister, Jochen (Hg.), *Organspende. Herausforderung für den Lebensschutz*, Freiburg/Br., 349–359.
- Bundesärztekammer (BÄK) Richtlinien zur Feststellung des Todes nach § 3 TPG und Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen Ausfalls der Gesamtfunktion des Gehirns.. *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 112, Nr. 27–28, A-1256 ff oder DOI: 10.3238/arztbl.2015.rl_hirnfunktionsausfall_01
- Denkhaus, Ruth / Dabrock, Peter (2012). Grauzonen zwischen Leben und Tod. Ein Plädoyer für mehr Ehrlichkeit in der Debatte um das Hirntod-Kriterium. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, Bd. 58, 135–148.
- Deutsche Bischofskonferenz. Handreichung zum Thema Hirntod und Organspende Juli 2015. Quelle: http://www.dbk-shop.de/media/files_public/piyiecpbc/DBK_1241.pdf (Stand: 24. 10. 2016)
- Deutsche Bischofskonferenz; Rat der EKD (1990). Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) zu Organtransplantationen. Abrufbar unter: http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html (Stand: 24. 10. 2016)

- Donauer, Marita (2012). ‚Plötzlich betroffen und entscheiden müssen‘. Erfahrungen mit der Organspende aus der Angehörigensicht. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, Bd. 58, 183–189.
- Eibach, Ulrich (2013). Organspende: Moralische Pflicht und Akt der Nächstenliebe? Eine theologisch-ethische und seelsorgerliche Sicht. *Wege zum Menschen*, Bd. 65, 515–534.
- Feindegen, Norbert/Höver, Gerhard (2013). Der Hirntod – Ein ‚zweites‘ Fenster auf den Tod des Menschen? Zum Neuansatz der Debatte um das neurologische Kriterium durch den US-Biorat. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Himpsl, Franz/Schmidt-Petri, Christoph (2013). Herz und Nieren der Moral. *Süddeutsche Zeitung*, Feuilleton, 07.05.2013, 13.
- Höfling, Wolfram (2012). Tot oder lebendig – tertium non datur. Eine verfassungsrechtliche Kritik der Hirntodkonzeption. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, Bd. 58, 163–172.
- Mieth, Dietmar (2013). Beitrag Organtransplantation als Problem ethischer Verantwortung. Ein Essay 2013.
- Müller, Sabine (2010). Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik. *Ethik in der Medizin*, Bd. 22, 5–17.
- Orthodoxe Bischofskonferenz in Deutschland (OBKD) (2014). Organspende und -transplantation. Stellungnahme der Orthodoxen Bischofskonferenz in Deutschland. Abrufbar unter: <http://www.obkd.de/Texte/OrganspendeundTransplantation.pdf> (Stand: 20.09.2014)
- Schockenhoff, Eberhard (2012). Hirntod. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, Bd. 58, S. 117–134.
- Schöne-Seifert, Bettina/Prien, Thomas/Rellensmann, Georg/Roedert, Norbert/Schmidt, Hartmut H.-J. (2011). Medizinethik: Behandlung potenzieller Organspender im Präfinalstadium. *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 108, Nr. 40, A-2080–A-2086.
- Schumacher, Joseph (2013). Hirntod und Organtransplantation. *Ethica*, Bd. 21, Nr. 3, 243–282.
- Steigleder, Klaus (2006). Organtransplantation, in: Schulz, Stephan/Steigleder, Klaus/Fangerau, Heiner/Paul, Norbert, (Hg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*, Frankfurt/M.: Suhrkamp, 410–434.
- Stoecker, Ralf (2012). Der Tod als Voraussetzung der Organspende? *Zeitschrift für medizinische Ethik*, Bd. 58, 99–116.