

**Positionspapier der CDL  
(Stand: 11.10.2012)**

**Organentnahme nach Hirntod-Diagnose – kritisch betrachtet**

Im Jahre 2011 wurden in Deutschland von insgesamt 1.200 hirntoten Organspendern nach vorläufigen Zahlen 2.055 Nieren, 1.116 Lebern, 366 Herzen, 337 Lungen und 171 Bauchspeicheldrüsen auf erkrankte Organempfänger transplantiert. Infolge des wissenschaftlichen und des operationstechnischen Fortschritts gelingt es, immer mehr Organe des Menschen mit steigendem Behandlungserfolg zu transplantieren. Dennoch steht die Medizin weiterhin vor dem Dilemma, dass die Spenderorgane nur kurze Zeit ohne unmittelbare Verbindung mit einem funktionierenden Blutkreislauf funktionsfähig und damit für eine Transplantation geeignet bleiben. Dies kann bei regenerativen (z. B. der Leber oder dem Knochenmark) oder paarweise vorhandenen Organen (z. B. den Nieren) durch eine Lebendspende erreicht werden. Im Jahre 2010 wurden 665 Nierentransplantationen in Deutschland nach einer Lebendspende vorgenommen, das waren 22,6 Prozent aller Nierentransplantationen. Die Transplantatfunktionsraten nach Nierenlebendspenden liegen deutlich über denen nach der Organspende durch einen Hirntoten. Bei Lebertransplantationen lag der Anteil der Lebersegment-Lebendspenden im Jahre 2010 bei 7,5 Prozent. Besonders häufig stellen sich dabei Eltern als Spender für ihre erkrankten Kinder zur Verfügung.

**Der Hirntod als interessengeleitete Todesdefinition**

Bei den meisten anderen Organen (z. B. dem Herzen oder der Bauchspeicheldrüse) kommt indessen nur die Spende aus einem lebenden Organismus mit funktionierendem Blutkreislauf in Frage, der ohne das gespendete Organ selbst nicht mehr weiterleben kann. Dies bedeutet, dass der Organspender durch die Organspende zu Tode kommt. Um das hieraus resultierende ethische und rechtliche Dilemma zu entschärfen, wurde schon am Ende der 1960er Jahre eine neue Definition des Todes entwickelt. Man war damals bestrebt, einen Zeitpunkt vor dem bis dahin allgemein akzeptierten Todeszeitpunkt (vollständiges, medizinisch irreversibles Erlöschen der Herztätigkeit und dauerhafter Stillstand des Blutkreislaufs) zu finden, der künftig für die Zwecke der Intensivmedizin und der Organspende als der „Tod des Menschen“ bezeichnet werden konnte. Das Ergebnis dieser Bemühungen war die so genannte *Hirntoddefinition*. Diese geht davon aus, dass zwar noch nicht alle Lebensfunktionen – insbesondere Herztätigkeit und Kreislauf – endgültig erloschen sind, dass aber wegen einer als irreversibel angesehenen Schädigung des Gehirns und des Ausfalls seiner gesamten integrativen Funktionen das Sterben und damit der Todeseintritt unumkehrbar ist. Die im Jahre 1968 an der Harvard-Universität entwickelte Definition ist derzeit weltweit medizinischer Standard. Sie wurde auch im 1997 erlassenen deutschen Transplantationsgesetz (TPG) verankert. In § 3 Absatz 2 TPG heißt es dazu: „Die Entnahme von Organen oder Geweben ist unzulässig, wenn [...] 2. nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespende 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.“

## **Hirntote sind nicht Tote, sondern Sterbende**

In der politischen Diskussion über Organentnahme und Organtransplantation werden wichtige Fakten ausgeblendet oder fehlerhaft dargestellt, die dem Ziel, die Organspendebereitschaft zu erhöhen, widersprechen könnten. In der Fachwelt gibt es inzwischen massive Zweifel sowohl an der eindeutigen Diagnostizierbarkeit des Hirntodes wie auch an der Gleichsetzung von *Hirntod* und *Tod*. Dass diese Definition falsch ist, wird mittlerweile selbst von Wissenschaftlern zugegeben, die sie seinerzeit mit aufgestellt haben. Das hat im März 2012 der amerikanische Neurologe und langjährige Verteidiger der Hirntoddefinition Prof. Alan Shewmon vor dem Deutschen Ethikrat in aller Deutlichkeit erklärt. Shewmon stellte fest, dass so genannte *Hirntote* noch jahrelang leben können. So haben Frauen noch Monate nach Eintritt der mit Hirntod bezeichneten Situation Kinder geboren, Männer sind noch zeugungsfähig. Es steht also fest, dass ein so genannter *Hirntoter* eben nicht tot ist. Der Ausfall aller Gehirnfunktionen lässt nur die Annahme zu, dass der Betreffende mit hoher Wahrscheinlichkeit nach kürzerer oder längerer Zeit tatsächlich versterben wird. Trotz der hohen Wahrscheinlichkeit ist es aber nach derzeitigem medizinischem Wissensstand nicht möglich anzugeben, wann der Tod tatsächlich eintreten wird. Die Einführung der Hirntoddefinition erfolgte interessengeleitet, sie lag nicht in den biologischen Phänomenen selbst begründet. Der Tod eines Menschen kann frühestens dann als eingetreten angesehen werden, wenn ein vollständiges und medizinisch irreversibles Erlöschen der Herztätigkeit und damit des Blutkreislaufs vorliegt. Jede andere Definition stellt eine einschränkende Bewertung von Leben dar.

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

Dass die Hirntoddefinition falsch ist, war spätestens erkennbar, als Menschen, denen lebenswichtige Organe entnommen werden sollten, vor oder während der Organentnahme phänomenologisch noch Reaktionen (wie z. B. Abwehrbewegungen oder Herzrasen) zeigte. Man ging deshalb dazu über, vor der Organentnahme Betäubungsmittel zu geben und Fixierungen anzulegen. Zahlreiche Chirurgen sind nicht bereit, Organentnahme-Operationen durchzuführen, und viele Pflegekräfte weigern sich, an ihnen mitzuwirken. Hirntote Menschen verfügen über einen funktionsfähigen Blutkreislauf und ein intaktes Immunsystem. Hirntote könnten Kinder zeugen und Schwangerschaften austragen, wenngleich sie künstlich beatmet werden müssen.

In jüngerer Zeit gibt es Bestrebungen, die Zeit bis zu einer erlaubten Organentnahme durch die Anwendung des bloßen Herztodkriteriums (*Non-Heart-Beating-Donor*) noch weiter zu verkürzen. Bei dieser, in Deutschland nicht zulässigen Verfahrensweise reicht bereits ein fünfminütiger Herzstillstand ohne Prüfung des Hirntodkriteriums für die Organentnahme aus. Selbst die Befürworter dieser Praxis räumen ein, dass auch in einer solchen Situation die betreffende Person immer noch eine lebende sein

kann, weil zwar das Herz stillsteht, aber dieser Zustand durch klinische Reanimation gegebenenfalls reversibel wäre. Die bloße Herztoddiagnose stellt sich so gesehen ebenfalls als eine interessengeleitete Definition dar, die übliche medizinische Hilfen als Möglichkeit der Lebensrettung bewusst ausblendet.

### **Unklare Todesdefinition im Transplantationsgesetz**

Die Erkenntnis, dass der Hirntod nicht schon der Tod des Menschen ist, verdeutlicht, dass der Gesetzgeber mit der Bestimmung in § 3 Abs. 2 TPG kein taugliches Kriterium für die Zulässigkeit einer Organtransplantation gegeben hat, sondern allenfalls ein Kriterium dafür, bis zu welchem Zeitpunkt die Organtransplantation jedenfalls unzulässig ist. Die entscheidende Formulierung zur Zulässigkeit einer Organentnahme findet sich in § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG: „Die Entnahme von Organen oder Geweben ist, soweit in § 4 oder § 4a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn [...] der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.“ Indem diese Regelung auf den „Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft“ Bezug nimmt, räumt sie den Ärzten scheinbar nur eine medizinische Erkenntnismöglichkeit, aber kein eigenes Wertungsrecht über das Leben ein. Ärzte können aber nicht wissenschaftliche „erkennen“, dass ein Mensch mit ausgefallenen Hirnfunktionen, aber lebenden Organen „tot“ sei. In der Anerkennung des irreversiblen Sterbens liegt im Gegenteil gerade die Feststellung, dass der Tod noch nicht eingetreten ist. Gleichzeitig ist darin aber auch die der medizinischen Erkenntnis nicht zustehende Wertung enthalten, dass das Leben in diesem Stadium nicht mehr schützenswert sei. Weder die Medizin noch die Rechtspraxis haben bisher hieraus die notwendige Konsequenz gezogen und die Organtransplantation auf diejenigen Fälle beschränkt, in denen eine Organentnahme ohne Tötung des Organspenders möglich ist.

### **Die Anwendung des Hirntodkriteriums verletzt Grundrechte**

Könnte dem Hirntod als Legaldefinition des Todes nach breitem gesellschaftlichem Diskurs durch eine entsprechende Gesetzgebung Legitimität gegeben werden? Hätte also der Gesetzgeber jene Befugnis, die der medizinischen Erkenntnis nicht zusteht, nämlich interessengeleitet zu werten und die Hirntoddefinition zu positivem Recht zu erheben? Eine solche Vorgehensweise würde außer Acht lassen, dass es nicht die Zuständigkeit des Gesetzgebers sein kann, das einfache staatliche Recht dort frei und willkürlich neu zu definieren, wo höchststrangige Grundrechte wie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 GG) und die Würde des Menschen (Artikel 1 Abs. 1 GG) berührt werden, die sich nicht zuletzt in dessen Selbstzwecklichkeit ausdrückt. Es muss auch auf die möglichen Konsequenzen einer solchen Vorgehensweise hingewiesen werden: Würde es einen gesellschaftlichen Konsens oder eine „demokratische Abstimmung“ über den Zeitpunkt des Todes geben, so könnte dieser willkürlich festgelegte Zeitpunkt jederzeit neuen „gesellschaftlichen Erfordernissen“ angepasst werden. Es bleibt festzustellen: Ein Hirntoter vor der Organspende ist ein Sterbender, also noch ein Lebender. Nach der Organspende ist er fraglos ein Toter.

Der Befund, dass der Hirntod gerade nicht der Tod des ganzen Menschen ist, führt zu der Notwendigkeit einer umfassenden und nicht interessegeleiteten Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger. Es muss darüber informiert werden, dass die Organe eines Hirntoten in Wirklichkeit lebende Organe eines Sterbenden sind, die durch eine den Spender zum Tode führende Operation entnommen werden. Es ist aber auch

geboten, darüber aufzuklären, dass ein Sterbender, dem Organe entnommen werden sollen, aufgrund des Interesses an seinen Organen in der Regel durch die (dann fremdnützig handelnde) Intensivmedizin länger am Leben erhalten wird, als dies sonst der Fall wäre. Das Interesse an seinen Organen führt zu einer Konzentration auf die Vitalerhaltung dieser Organe über den Zeitpunkt eines menschenwürdigen Sterbens hinaus. Die in der Regel auf die Beendigung von Therapiemaßnahmen zielenden Patientenverfügung einerseits und die Erklärung einer Organspendebereitschaft andererseits geraten somit in einen Widerspruch zu einander. Ein zentrales Problem der Organtransplantation ist es auch, dass sie zu einer Verzweckung des Sterbenden im Interesse Anderer an seinen Organen führt, eine Konstellation, die mit der Menschenwürde und dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit nicht vereinbar scheint.

### **Moralischer Druck zur Steigerung der Organspendebereitschaft**

Künftig werden die Bürgerinnen und Bürger in Deutschland aufgrund des am 1. November 2012 in Kraft tretenden *Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz* vom 12. Juli 2012 mit großem administrativen und publizistischen Aufwand moralisch unter Druck gesetzt, sich zur Abgabe eigener Organe nach dem Hirntod bereit zu erklären. Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen werden verpflichtet, erstmals 2012/13, sodann vorerst alle zwei Jahre und nach der Entwicklung einer entsprechend speicherfähigen elektronischen Gesundheitskarte schließlich alle fünf Jahre ihre Versicherten anzuschreiben und deren Organspendebereitschaft abzufragen. Mangelnde Spendebereitschaft wird in den kommenden Jahren zunehmend als „unsolidarisch“ betrachtet werden. Dies kann darauf hinauslaufen, dass die Organspende eines nicht allzu fernen Tages von der Gesellschaft eingefordert werden wird. Die entsprechende Forderung existiert bereits als so genannter „Akt der Nächstenliebe“ sowie in der Aussage, dass Menschen angeblich sterben müssten, weil sie kein geeignetes Organ bekämen. Niemand stirbt indessen, weil ihm kein Organ zur Verfügung gestellt wurde. Die Todesursache besteht vielmehr in der schweren Grunderkrankung des Patienten.

Seit Jahren wird stereotyp darauf hingewiesen, dass - angeblich stets gleich bleibend - etwa 12.000 Patienten dringend auf die Übertragung eines lebensrettenden Organs warten. Dabei werden die Zurückhaltung und eine mangelnde Spendenbereitschaft in der Bevölkerung beklagt. Beides ist jedoch sowohl verständlich als auch begründet. Eine Organentnahme greift in erheblicher Weise in die menschliche Person ein und beschädigt die Integrität des Gesamtorganismus. Körperliche Integrität im Sinne von Unversehrtheit gehört zu den durch die unveräußerliche Menschenwürde geschützten Grundrechten. Eine Organentnahme könnte daher selbst dann, wenn man - anders als hier gefordert - das Hirntodkriterium als Zeichen für den Tod des Menschen anerkennen würde, nur zulässig sein, wenn der Spender mindestens in aufgeklärter und freier Entscheidung hierin höchstpersönlich eingewilligt hat. Das höchstpersönliche Recht eines Organspenders verböte es auch unter dieser Voraussetzung, die Entscheidung über eine Organtransplantation auf Dritte zu übertragen. Die derzeitige Praxis, nach der Angehörige von Personen, die als hirntot qualifiziert werden, insbesondere nach unvermutet eingetretenen schweren Verkehrsunfällen im Krankenhaus bedrängt werden, in eine Organentnahme bei ihrem Angehörigen oder ihnen sonst nahe stehenden Menschen einzuwilligen, ist in jedem Falle abzulehnen, denn sie verletzt den der Würde auch des todkranken Menschen geschuldeten Respekt und überfordert die zu einer solchen Entscheidung moralisch nicht legitimierten Personen.

### **Keine staatliche Einflussnahme auf die Bereitschaft zur Organspende**

Die Entscheidung über die Einwilligung in eine Organspende fällt gänzlich in die Intimsphäre der Person und sollte fremder Einflussnahme, insbesondere des Staates, deshalb entzogen sein. Um der aus Freiheit entspringenden Entscheidung willen verbietet sich selbst eine staatliche Anfrage bezüglich etwaiger Spendenbereitschaft. Der jetzt in Gesetzesform gebrachten staatlichen Einflussnahme muss also ebenso entgegen getreten werden wie einer Übertragung der Entscheidung auf Dritte. Der Staat muss seine Bürger schützen, er darf sich ihren Körper und ihr Leben auch nicht für einen sozialpolitisch erwünschten Vorgang aneignen.

Wenn sich jemand dazu entschließt, Lebendorganspender zu sein, kann seine Entscheidung nur nicht lebensnotwendige oder paarig vorhandene Organe (wie vor allem eine Niere) betreffen. Eine Organspende nach isoliert eingetretenem Hirntod, die den Tod des Organspenders unweigerlich zur Folge hat, überschreitet die durch die Unveräußerlichkeit der Menschenwürde vorgegebene Grenze der menschlichen Autonomie und ist somit abzulehnen.

*Christdemokraten für das Leben e.V.*