

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

Hirntod und Transplantationsmedizin:

Sterben als soziales Konstrukt?

Schriftenreihe der Aktion Leben e.V.

Steinklingener Str. 24 - D-69469 Weinheim

1. Auflage 2017

Nr. 38

Quelle:

Wir danken Herrn Prof. Dr. Axel Bauer für die Erlaubnis zur Veröffentlichung seines Vortrages, den er im Rahmen der Interdisziplinären Vortragsreihe Heidelberg (IVR) „Grenzüberschreitungen und Wendepunkte“ an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg im Hörsaal 14 der Neuen Universität am 15. Dezember 2016 gehalten hat.

Inhalt

1. Grenzen und Entgrenzung in Politik und Wissenschaft .1	
2. Wozu dienen normative Grenzen?	5
3. Die Ausgangslage bei der Organtransplantation	7
4. Die gesetzliche Neuregelung der Organspende im Jahre 2012	10
5. Skandalöse Organvergabepraxis – nur „Einzelfälle“?... 13	
6. Die formale Organisation der Transplantations- medizin	16
7. Die Instrumentalisierung des Hirntodkriteriums. Rückblick in das Jahr 1997	18
8. Sind „Hirntote“ Tote oder Sterbende?	24
9. Der normative Status des menschlichen Körpers.....	26
10. Die Haltung der katholischen Kirche zum Hirntod-Kriterium.....	29
11. Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates aus dem Jahre 2015.....	32
12. Abschluss und Ausblick.....	35
Literaturverzeichnis.....	36
Aus der Schriftenreihe der Aktion Leben e.V.	40

1. Grenzen und Entgrenzung in Politik und Wissenschaft

Als ich im Mai 2016 darum gebeten wurde, zur Interdisziplinären Vortragsreihe *Grenzüberschreitungen und Wendepunkte* im Wintersemester 2016/17 einen Beitrag aus meinem Fachgebiet, der Medizinethik, beizusteuern, war ich gerade mit den Korrekturfahnen eines neuen Buches beschäftigt, das 2017 unter dem Titel *Normative Entgrenzung. Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in Deutschland* erschienen ist.¹ Ich betrachte es daher als eine glückliche Fügung, dass ich im Folgenden über normative Konstruktions- und Entgrenzungsprozesse im Zusammenhang mit dem Hirntodkonzept und der Transplantationsmedizin aus der – natürlich individuellen und keineswegs dogmatisch unbestreitbaren – Perspektive eines Medizinethikers berichten darf.

Spätestens seit dem Herbst 2015 beschäftigt uns gerade in Deutschland das Thema *Grenzen* und deren politisch forcierte Öffnung in einer ganz realen topographischen, demographischen und sozialen Bedeutung. Ähnlich wie vor zwei Jahrzehnten mit dem Aufkommen des *Internet* (ein Wort übrigens, das 1996 erstmals im Duden auftauchte) der Begriff der *Vernetzung* plötzlich in aller Munde war, bis er heute zu einer oft arg strapazierten, populären Metapher geworden ist, hat das Thema *Grenzen* und deren Auflösung, die *Entgrenzung*, derzeit durchaus das Potenzial, zu einem neuen interdisziplinären Reflexions- und Diskursfokus zu werden.

Doch während das *Netz* und die *Vernetzung* eine eher positive Konnotation erhalten haben, sieht es bei den *Grenzen* anders aus. Die Protagonisten der *Entgrenzung* nutzen – dies ist jedenfalls mein

1 Bauer (2017). Der folgende Vortrag enthält eine aktualisierte Version des Kapitels 23 Hirntod, Organentnahme, Tod: Das beschwiegene Dilemma der Transplantationsmedizin aus diesem Buch (S. 248-263).

Eindruck – mehr oder minder subtil das immer noch wirkungsvolle Schreckbild des im November 1989 geöffneten *Eisernen Vorhangs* zwischen Ost und West, insbesondere in Form des Todesstreifens zwischen der DDR und der damaligen Bundesrepublik Deutschland, um Grenzen ganz generell als abstoßende, einengende, tödliche und in jedem Fall zu überwindende Einrichtungen darzustellen. Der Held der vor diesem Hintergrund mit suggestiver Kraft erzählten Geschichten ist dann stets derjenige, der – wie einst US-Präsident Ronald Reagan (1911-2004) am 12. Juni 1987 vor dem Brandenburger Tor in Berlin – rhetorisch brillant fordert: „Mr. Gorbachev, tear down this wall!“

Nicht immer jedoch müssen Grenzen aus der Perspektive desjenigen betrachtet werden, der sie niederreißen möchte. Grenzen haben schließlich oft auch eine schützende Funktion, wie etwa eine Hecke im Vorgarten oder die mittelalterliche Stadtmauer, die eine Abwehrfunktion nach außen besaß. In der Ethik sprechen wir analog dazu von normativen Grenzen, die wir uns setzen, um Gutes von Schlechtem zu unterscheiden. Solche Grenzen jedoch stehen gerade in den westlichen Industrienationen seit vielen Jahren zur Diskussion. Dieses Phänomen wiederum gab den Anlass zur Publikation meines Buches. Die Idee dazu entstand am 19. September 2014 auf einer Eisenbahnfahrt von Frankfurt am Main nach Berlin, die ich gemeinsam mit einer Kollegin angetreten hatte. Wir waren auf dem Weg zu einer medizinethischen Fachtagung, deren Thema der assistierte Suizid war, dessen für den Herbst 2015 geplante strafrechtliche Regulierung zu diesem Zeitpunkt als ein „heißes Eisen“ im Fokus des kontrovers geführten biopolitischen – oder besser des thanatopolitischen – Diskurses in Deutschland stand.

Meine Mitreisende lenkte das Gespräch auf die nach ihrer Meinung doch recht umfangreichen Erfahrungen mit Wissenschaftlern und Politikern, vor allem aber mit strittigen Themen, die ich in den letzten zwei Jahrzehnten meiner Tätigkeit im Bereich der Medizin- und Bioethik wie auch zwischen 2008 und 2012 als Mitglied des Deutschen Ethikrates gesammelt hätte. Ob ich diese Erfahrungen

denn nicht einmal in Form einer Monografie ordnen und veröffentlichen wolle? Als einem Medizinethiker, dessen akademische Laufbahn als Medizinhistoriker begonnen habe, müsse es mich doch reizen, den Blick auf die aktuelle Medizin- und Bioethik mit einer Rückschau auf die vergangenen zwanzig Jahre zu kombinieren, in denen es eine erhebliche Dynamik in der thematischen Entwicklung des bioethischen und biopolitischen Diskurses gegeben habe. Es sei geradezu eine *normative Entgrenzung* der Lebenswissenschaften in Gang gebracht worden, speziell auf den Beginn und das Ende des menschlichen Lebens bezogen, die ich doch einmal aus der Perspektive eines Zeitzeugen beschreiben könnte.

In den folgenden Monaten begann ich über die Wendungen und Wandlungen in der Medizin- und Bioethik nachzudenken. Nach und nach ergab sich dabei eine formale Struktur, eine thematische Matrix. Eine wichtige Rolle kam dabei jenen drei Problemkreisen zu, die während der vergangenen beiden Jahrzehnte den medizin- und bioethischen Diskurs wie auch die daran anknüpfende Biopolitik in Deutschland – aber nicht nur hier – besonders stark und nachhaltig geprägt haben. Diese Themen betreffen die Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen sowie die zunehmende Erosion des vom Staat zu gewährleistenden Lebensschutzes am Beginn und am Ende des menschlichen Lebens. Wenn ich an zahlreichen Beispielen beschreibe, dass sich zumindest der medizinethische Mainstream einflussreichen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Interessengruppen beim Niederreißen normativer Grenzen gegenüber derzeit allzu dienstbar erweist, dann bezieht sich diese These in besonderer Weise auf die Entwicklung des ethischen, juristischen und biopolitischen Diskurses auf diesen drei Themenfeldern.

Es fällt auf, dass auf der argumentativen Vorderbühne, der *Front of House* im Sinne des Soziologen Erving Goffman (1922-1982), vor allem hehre und äußerst positiv konnotierte Begriffe wie „Ethik des Heilens“ oder „Respekt für die Selbstbestimmung“ geradezu obsessiv ins Zentrum der Debatten gerückt werden, während es

hinter den Kulissen, also *Backstage*, häufig darum geht, den Schutz des menschlichen Lebens im Interesse der biologischen Forschung einerseits so spät wie möglich beginnen, ihn andererseits aber unter dem Druck demografischer und vermeintlicher ökonomischer Notwendigkeiten eher früh enden zu lassen. Medizin- und Bioethik, die dem Wortsinn nach Bereichsethiken des Heilens beziehungsweise des Lebendigen schlechthin sein sollten, verwandeln sich vor unseren Augen allmählich in Disziplinen, die allzu oft den Tod im Gepäck haben, dessen vorzeitige Herbeiführung sie auch noch philosophisch zu rechtfertigen suchen.

2. Wozu dienen normative Grenzen?

Kinder brauchen Grenzen. So nannte der Kommunikationsberater Jan-Uwe Rogge (*1947) seinen 1993 erschienenen Pädagogik-Bestseller.² Doch wie sieht es eigentlich mit der Weiterführung dieses Gedankens aus: *Kinder brauchen Grenzen – Erwachsene vielleicht auch?*

In der griechischen Antike waren es die Götter im Olymp, die den menschlichen Frevel der *Hybris* bestrafte. Was aber sollte der Sinn eines derartigen Delikts in unserer von Göttern und von Gott bereinigten, säkularen und pluralistischen High-Tech-Welt noch sein? Wo es keine Götter mehr zu geben scheint, da bleibt auch für den Begriff der *Hybris* ebenso wenig Raum wie für denjenigen der Gottebenbildlichkeit. Erwachsene respektieren heute keine ethischen und ästhetischen Grenzen mehr, und nach einem bekannten Spruch ist dies alles angeblich auch „gut so“.

Ein Kind mit angeborener Behinderung – unzumutbar für Eltern und gesetzeskonform vermeidbar dank (jetzt sogar nicht-invasiver) Pränataldiagnostik (PND) mit anschließender Abtreibung. Siechtum und Leiden durch Multiple Sklerose, Morbus Parkinson oder Diabetes mellitus – wozu haben wir die Forschung an embryonalen Stammzellen! Jene paar Millionen dazu nötiger „gespendeter“ Eizellen und „überzähliger“ Embryonen, die dabei verbraucht werden, tun uns ja nicht weh. Der kranke Tim braucht einen Knochenmarkspender? Mithilfe der Präimplantationsdiagnostik machen wir ihm ein immunkompatibles Brüderchen. Der Kölner Psychiater Manfred Lütz (*1954) schrieb schon zu Beginn des vergangenen Jahrzehnts, die uralte Sehnsucht des Menschen nach Gott und dem ewigen Leben agiere sich heute beim Thema

2 Rogge (1993).

Gesundheit aus; so habe die Kostensteigerung im Gesundheitswesen letztlich religiöse Gründe.³

3 Vgl. Bauer (2003).

3. Die Ausgangslage bei der Organtransplantation

Im Hinblick auf die ethisch ebenfalls brisante Frage „Wie tot sind Hirntote?“, der ich mich im Folgenden zuwende, wird in der öffentlichen Debatte über gewisse Fakten und Zusammenhänge, die eigentlich auf der Hand liegen, geschwiegen, einfach deshalb, weil zu wenig nach ihnen gefragt wird. Wie ist hier die Ausgangslage?

Infolge des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts ist es der Medizin in den vergangenen 50 Jahren gelungen, immer mehr Organe des Menschen mit steigendem Behandlungserfolg zu transplantieren. So wurden im Jahre 2011 in Deutschland von insgesamt 1.200 hirntoten Organspendern 2.055 Nieren, 1.128 Lebern, 366 Herzen und 337 Lungen auf erkrankte Organempfänger übertragen.⁴ In den letzten vier Jahren sind diese Zahlen allerdings deutlich gesunken. Zu den Gründen dafür komme ich später. Die Transplantationschirurgie steht ja immer vor der grundsätzlichen Schwierigkeit, dass die Spenderorgane nur kurze Zeit ohne unmittelbare Verbindung mit einem aktiven Blutkreislauf funktionsfähig und damit für eine Übertragung geeignet bleiben.

Dieser Zustand kann bei regenerativen Organen, zum Beispiel bei der Leber oder dem Knochenmark, oder bei doppelt vorhandenen Organen wie zum Beispiel den Nieren durch eine Lebendspende erreicht werden. 2014 wurden 619 Nierentransplantationen in Deutschland nach einer Lebendspende vorgenommen, das waren

4 Die Zahlen wurden der Grafik zum Artikel „Spender gesucht“ in der Zeit Nr. 45/2012 vom 31.10.2012, S. 35-36 entnommen.

immerhin 28,8 Prozent.⁵ Bei den Lebertransplantationen erreichte der Anteil der Lebendspenden (45 Fälle) im Jahre hingegen 2015 nur rund 5 Prozent.⁶ Besonders häufig stellen sich Eltern als Lebendspender für ihre erkrankten Kinder zur Verfügung. Bei den meisten anderen Organen, zum Beispiel dem Herzen oder der Bauchspeicheldrüse, kommt indessen nur die Spende aus einem lebenden Organismus mit funktionierendem Blutkreislauf infrage, der ohne das gespendete Organ selbst nicht mehr weiterleben kann. Man braucht also für die Organspende Lebende, die zugleich tot sein müssen. Wie kann das funktionieren?

Um das aus diesem Paradoxon resultierende ethische und rechtliche Dilemma normativ zu entschärfen, wurde im Jahre 1968 an der Universität Harvard eine neuartige Definition des Todes entwickelt. Man war damals bestrebt, einen Zeitpunkt *vor* dem bis dahin allgemein akzeptierten Todeszeitpunkt, also dem vollständigen, medizinisch irreversiblen Erlöschen der Herztätigkeit und dem dauerhaften 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 sogenannte „Hirntoddefinition“. Diese ging und geht bis heute davon aus, dass in dieser Lage zwar nicht sämtliche Lebensfunktionen – insbesondere Herztätigkeit und

5 Von den 2.146 Nierenspenden, die 2014 in Deutschland realisiert werden konnten, waren 619 Lebendnierenspenden, während 1.527 transplantierte Nieren von „Hirntoten“ stammten. Vgl. Deutsche Nierenstiftung: Lebendnierenspende. Hilfreiche Informationen zu Ihrer Nierengesundheit. http://www.nierenstiftung.de/wp-content/uploads/web_DNS_Faltblatt_Lebendnierenspende.pdf (Stand: 24.11.2016).

6 Von den 891 Lebertransplantationen, die 2015 in Deutschland realisiert werden konnten, waren 45 Lebendspenden, während 846 transplantierte Lebern von „Hirntoten“ stammten. Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO): Lebertransplantation. <http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/transplantation/lebertransplantation.html> (Stand: 24.11.2016).

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 jedenfalls unumkehrbar sei.

Die vor 48 Jahren entwickelte Definition ist heute 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 Gewebespender 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.“⁷

7 § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes (TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf> (Stand: 24.11.2016).

4. Die gesetzliche Neuregelung der Organ- spende im Jahre 2012

Im Jahre 2012 wurde im Hinblick auf das Ende des Lebens ein konkreter gesetzlicher Schritt zur weiteren Verdinglichung und Verwertung des menschlichen Körpers getan. Die Fraktionsvorsitzenden aller im Bundestag vertretenen Parteien hatten sich am 1. März 2012 mit dem damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (*1976) auf einen Gesetzentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes geeinigt, der zusammen mit einem weiteren Änderungsgesetz der Bundesregierung am 25. Mai 2012 mit überwältigender Mehrheit vom Deutschen Bundestag angenommen wurde.⁸ Dadurch wurde die bis dahin geltende „erweiterte Zustimmungslösung“ mit Wirkung vom 1. November 2012 in eine „Entscheidungslösung“ transformiert. Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen wurden verpflichtet, zunächst alle zwei Jahre und nach der Entwicklung einer entsprechend speicherfähigen elektronischen Gesundheitskarte schließlich alle fünf Jahre ihre Versicherten anzuschreiben und deren Bereitschaft zur Organspende abzufragen.⁹ Das neue Gesetz hat eine Zwangsbefragung aller Bürger und Bürgerinnen eingeführt, um die Zahl der Organspender zu erhöhen. Die in stillem Einvernehmen einer Allparteienkoalition gefundene Übereinkunft erscheint Kritikern jedoch aus drei Gründen bedenklich:

1. Eine Entscheidung des Einzelnen über eine derart höchstpersönliche Frage sollte den Bürgern nicht gesetzlich durch den Staat notorisch aufgedrängt werden, schon gar nicht ohne eine vorherige detaillierte Aufklärung über die ethischen und rechtlichen Probleme des „Hirntodes“,

8 Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz. Bundestagsdrucksache 17/9030 vom 21.3.2012. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/090/1709030.pdf> (Stand: 24.11.2016).

9 § 2 Absatz 1a TPG.

der im Transplantationsgesetz indessen als solcher nicht einmal erwähnt wird. Dort ist nur von „toten Spendern“ die Rede, ganz so, als ob es sich um bestattungsfähige Leichen handelte. Doch die typischen Merkmale eines Leichnams wie Atemstillstand, Leichenstarre oder Totenflecken liegen bei einem hirntoten Organspender gerade *nicht* vor; vielmehr ist der juristisch für tot Erklärte im biologischen und phänomenologischen Sinne noch „am Leben“.

2. Die regelmäßige Abfrage durch die Krankenkassen und die Dokumentation der Antworten in der elektronischen Gesundheitskarte bedrängen und bevormunden die Bürger. Sie werden durch den Staat, und dies immer wieder, zu einer für sie höchstpersönlichen, intimen Entscheidung auf Leben und Tod aufgefordert. Dies geschieht in einer Intensität, die im Einzelfall, zum Beispiel bei depressiven, kranken, behinderten oder alten Menschen, gefährlich und unverantwortlich ist. Wenn die Krankenkassen alle Versicherten ab 16 Jahren, das heißt auch Jugendliche, akut Schwerkranke, chronisch Kranke, suizidal Gefährdete oder Behinderte, regelmäßig anschreiben und deren Bereitschaft zur Organspende erfragen, so stellt dies einen rechtfertigungsbedürftigen Eingriff in die psychische Integrität der Person dar. Die Erfassung aller Bürgerentscheidungen zur Organspende respektiert keinesfalls deren Freiwilligkeit, vielmehr übt der Staat moralischen Druck auf die Bürger durch deren lebenslänglich wiederholte Befragung aus.

3. Eine bundesweite, alle Bürgerinnen und Bürger umfassende, regelmäßige staatliche Dokumentation über die theoretische Bereitschaft zur Organspende bringt eine ethisch und rechtlich noch nicht dagewesene Form der Vergesellschaftung individueller Bereitschaft zur Organspende mit sich. Menschliche Organe sind aber keine Heilmittel oder Medizinprodukte im üblichen Sinn, die industriell organisiert, bestellt, geliefert und nach den Regeln von Angebot und Nachfrage in den Warenverkehr gebracht werden können.

Eine repräsentative Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahre 2016 zeigt ein ambivalentes Zwischenergebnis: Zwar „akzeptieren“ 81 Prozent der Bevölkerung die Organ- und Gewebespende, und fast 60 Prozent der Deutschen haben eine „eigene Entscheidung“ getroffen, zu 74 Prozent zustimmend. Es gibt auch einen wachsenden Trend, die Einstellung zur Organ- und Gewebespende in Form eines Organspendeausweises schriftlich zu dokumentieren. Immerhin 36 Prozent der Befragten haben bis 2016 einen solchen ausgefüllt, noch 2012 waren es nur etwa 20 Prozent gewesen. 42 Prozent der Befragten wünschten sich aber noch mehr Informationen über das Thema.¹⁰

10 Siegmund-Schultze (2016).

5. Skandalöse Organvergabepraxis – nur „Einzelfälle“?

Gerade in den vergangenen vier Jahren drängte sich indessen der Eindruck auf, dass die Organvergabepraxis durchaus als ein lukratives Geschäft angesehen wird, und das sogar in deutschen Universitätsklinika. So wurde im Juli 2012 bekannt, dass Laborwerte von Patienten, die auf eine Spenderleber warteten, gefälscht wurden, um diese in der offiziellen Warteliste „nach oben“ rücken zu lassen. Auch floss illegal Geld an Ärzte, um die gewünschten Transplantationen zu beschleunigen.¹¹ Ferner vergaben Kliniken immer häufiger Spenderorgane in einem beschleunigten Verfahren an selbst ausgesuchte Patienten. So wurde 2012 jedes vierte Herz, jede dritte Leber und jede zweite Bauchspeicheldrüse an der offiziellen Warteliste vorbei verteilt.¹²

Bei einem Krisengespräch am 9. August 2012 zwischen der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und den Prüf- und Überwachungskommissionen von Ärzten, Kliniken und Krankenkassen wurde zunächst abgewiegelt: Seit 1997 seien etwa 30.000 Organtransplantationen durchgeführt und darunter nur 20 Verdachtsfälle auf Fehlverhalten gemeldet worden. Es liege deshalb „kein systemisches Versagen“ vor.¹³

Doch dann deckte die *Frankfurter Rundschau* am 25. August 2012 auf, dass es bei der Verteilung von Spenderorganen weitere Auffälligkeiten gegeben hatte: 9 von 10 Spenderherzen wurden demnach durch ein Verfahren an Organempfänger vergeben, das als

11 Siegmund-Schultze (2012a).

12 Gajevic/Szent-Ivanyi (2012).

13 Richter-Kuhlmann/Siegmund-Schultze (2012).

manipulationsanfällig gilt. Das bestätigten Informationen aus der europäischen Organvermittlungsstelle Eurotransplant. Wurden noch 2001 nur 43,5 Prozent der Herzen an Patienten vergeben, die aufgrund „akuter Lebensgefahr“ auf der Warteliste einen „Hochdringlichkeitsstatus“ hatten, schnellte dieser Anteil bis zum Jahre 2011 auf 88,5 Prozent hoch. Chancen auf ein neues Herz hatte damit praktisch nur noch derjenige Patient, der diesen Status bekam. Die Kriterien dafür waren jedoch nicht einheitlich. Damit lag es weitgehend im Ermessen des behandelnden Arztes, wie er den Patienten einstuft.¹⁴

Nach einem zweiten Spitzentreffen mit Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen, der Organspende-Stiftungen DSO und Eurotransplant sowie der Bundesländer kündigte der damalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (*1976) am 27. August 2012 an, man werde die Kontrolle und Aufsicht bei der Vergabe von Spenderorganen verbessern. Die zuständigen Stellen von Bund und Ländern würden personell so ausgestattet, dass sie diese Aufgabe wahrnehmen könnten. Mit Vertretern der Länder und der Organspende-Organisationen wurde verabredet, dass Landesbehörden verstärkt an Inspektionen in den Kliniken teilnehmen können. Die Entscheidung über die Vergabe von Organen solle weiterhin in erster Linie „nach medizinischen Gesichtspunkten“ erfolgen.¹⁵ Es wurde offenkundig, dass die genannten Skandale in einem politisch äußerst ungünstigen Augenblick zutage traten, denn sie trugen nicht dazu bei, das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspendepraxis zu erhöhen. Zwischen 2011 und 2015 fiel die Rate der „postmortalen“ Organspender denn auch deutlich ab, nämlich von knapp 16 pro eine Million Einwohner (1.296 Spender im Jahre

14 Szent-Ivanyi (2012).

15 Spitzentreffen zu Organspende: Bahr will staatliche Kontrolle forcieren. Spiegel online vom 27.8.2012: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/organspende-bahr-sagt-mehr-staatliche-kontrolle-zu-a-852253.html> (Stand: 24.11.2016).

2011) auf 10,8 pro eine Million Einwohner (877 Spender im Jahre 2015). Unter rein medizinischen Aspekten wären die Organe von zirka dreimal mehr Spendern transplantierbar.¹⁶

16 Siegmund-Schultze (2016).

6. Die formale Organisation der Transplantationsmedizin

Wie wird eine Organtransplantation formal abgewickelt? Für die Organisation ist zunächst die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) in Frankfurt am Main zuständig. Die Vermittlung der Organe übernimmt die Stiftung Eurotransplant im niederländischen Leiden. Die operative Übertragung des Organs auf den Empfänger findet in den bundesweit rund 50 Transplantationszentren statt.

Besteht bei einem Patienten der Verdacht auf den sogenannten Hirntod, vermittelt ein regionales DSO-Zentrum bei Bedarf unabhängige Neurologen für die Abklärung. Die Stiftung unterstützt die Ärzte außerdem bei der Klärung der Frage, ob der Patient einer Organspende zugestimmt hat oder ob seine Angehörigen dies tun. Dann werden die Daten des gespendeten Organs von der DSO an die Stiftung Eurotransplant übermittelt. Die Stiftung vermittelt gespendete Organe in 8 europäische Länder mit insgesamt 135 Millionen Einwohnern: Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Ungarn und Slowenien. Eurotransplant führt in ihren Wartelisten rund 15.000 Menschen. 2010 wurden im Zuständigkeitsbereich von Eurotransplant knapp 7.000 Lebern, Herzen, Lungen, Nieren und Bauspeicheldrüsen übertragen.

Bei Eurotransplant laufen die Daten der Menschen, die auf eine Transplantation warten, und die Daten der gespendeten Organe zusammen. Die Informationen über die Wartenden kommen von den Transplantationszentren, die Daten über die Organe von der DSO. Die Ärzte sind in Deutschland an die Richtlinien für die Wartelistenführung der Bundesärztekammer gebunden. Danach ist eine Organtransplantation medizinisch geboten, wenn Erkrankungen „nicht rückbildungsfähig fortschreiten oder durch einen genetischen Defekt bedingt sind und das Leben gefährden oder die Lebensqualität hochgradig einschränken“. Weiter heißt es in den

Richtlinien: „Die Gründe für oder gegen die Aufnahme in die Warteliste sind von dem darüber entscheidenden Arzt zu dokumentieren.“ Entscheidend bei der Auswahl des geeigneten Empfängers sind die Dringlichkeit und die Erfolgsaussichten der Transplantation. Dafür wird aus Laborwerten ein Punktwert berechnet. Er ist ein Maß für die Wahrscheinlichkeit des erkrankten Menschen, ohne Transplantation innerhalb der nächsten drei Monate zu versterben.

7. Die Instrumentalisierung des Hirntodkriteriums. Rückblick in das Jahr 1997

Abgesehen von den Fragen der gerechten Organzuteilung an die lebensbedrohlich erkrankten Menschen besteht das größte ethische Problem der Transplantationsmedizin jedoch in ihrer Fokussierung auf den „Hirntod“. Die damit verbundenen kritischen Fragen werden sowohl im Transplantationsgesetz als auch in der öffentlich lancierten Debatte meistens ausgeblendet: Handelt es sich beim „Hirntod“ lediglich um den kompletten Funktionsausfall eines wichtigen, im Schädel gelegenen Organs, oder stirbt mit dem Gehirn auch der ganze Mensch? Theologisch gefragt: Verlässt die Seele den Leib in genau diesem Augenblick?

Gerade im Hinblick auf das Thema Hirntod und Organspende schreibt unsere Gesellschaft der naturwissenschaftlichen Medizin jedoch eine erhebliche Entscheidungskompetenz zu, die einem Definitionsmonopol über das Ende des menschlichen Lebens gleichkommt. So führte der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (*1949) in seiner Rede zum Entwurf des Transplantationsgesetzes am 25. Juni 1997 vor dem Deutschen Bundestag Folgendes aus: „Die Definition des Todes ist keine Aufgabe der Politik oder des Gesetzgebers. Allein die naturwissenschaftliche Forschung kann für alle Menschen in gleicher Weise feststellen, welche körperlichen Befunde Leben und Tod voneinander abgrenzen, unabhängig von einem bestimmten Menschenbild oder einem subjektiven Verständnis von Leben und Tod. Das entspricht unserem Rechts- und Verfassungsverständnis. Denn auch das Bundesverfassungsgericht hat die Frage, wann menschliches Leben beginnt, nicht nach lebensweltlichen, theologischen, philosophischen oder emotionalen Erfahrungen beantwortet, sondern entsprechend dem naturwissenschaftlich-medizinischen Kenntnisstand. Für die Frage nach dem Lebensende kann es keine andere Entscheidungsgrundlage geben. Der Gesetzgeber kann in

dieser wichtigen Frage keine unterschiedlichen Maßstäbe zugrunde legen.“¹⁷

Damit sprach der Minister schon damals den ethisch wohl heikelsten Punkt im Zusammenhang mit dem Hirntodkonzept an: Der irreversible Ausfall der Gehirnfunktionen sollte als der Todeszeitpunkt des Menschen im anthropologischen und rechtlichen Sinne vor allem deshalb im Transplantationsgesetz festgeschrieben werden, damit die Ärzte im Fall einer Organentnahme nicht ihrerseits den Tod des Patienten verursachen müssten. Ein Gesetz, das den Hirntod hingegen als bloßes Entnahmekriterium juristisch verankern und damit offen lassen würde, ob der Mensch in diesem Zustand noch lebe oder schon tot sei, enthielte nach Seehofer's Meinung aus drei Gründen unüberbrückbare Widersprüche und bedenkliche Grenzverschiebungen in der Frage des Lebensschutzes:

Erstens: Wer offen lasse, ob der Organspender bei der Organentnahme noch lebt, der lasse auch offen, ob Ärzte mit der Organentnahme den Organspender töten. Damit stünde die Transplantationsmedizin in Deutschland rechtlich im Zwielficht und wäre auch international isoliert. Die Politik könne es den Ärzten nicht zumuten, bei einem – angeblich – Sterbenden durch die Entnahme eines lebenswichtigen Organs den Tod herbeizuführen. Das wäre im wahrsten Sinne des Wortes auch tödlich für die gesellschaftliche Akzeptanz der Transplantationsmedizin. Die Bundesärztekammer als Vertreterin der deutschen Ärzteschaft und alle medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften hätten immer wieder deutlich gemacht, dass ein solches Verfahren für sie nicht zumutbar sei. Kein Transplantationsgesetz der Welt erlaube oder verlange, dass Ärzte die Organe sterbender Menschen zur Behandlung anderer schwerstkranker Menschen entnehmen.

17 Seehofer (1997); Bauer (1998), S. 35; Bauer (2007).

Zweitens: Erlaube der Gesetzgeber, Sterbenden lebenswichtige Organe im Interesse Dritter zu entnehmen, wäre nicht einzusehen, weshalb eine aktive Lebensbeendigung nicht auch sonst gesetzlich freigegeben werden sollte. Wer an der Unantastbarkeit des Lebens und an der Bindung der Ärzteschaft an diesen Grundsatz festhalten wolle, der dürfe hier keine Grenzverschiebung zulassen.

Drittens: Wie sollte man den Bürgerinnen und Bürgern die Motivation zur Organspendebereitschaft erklären, wenn der Gesetzgeber in der Frage des Todes des Organspenders mehrdeutig sei und jeder Auslegung Raum lasse? Die gesellschaftliche Akzeptanz der Organentnahme wäre mit einem solchen Modell nachhaltig beeinträchtigt.

An dieser Stelle sei das Augenmerk des Lesers auf die in ethischer Perspektive problematische Argumentationstechnik gelenkt, die das politische Statement des Ministers stützen sollte. Jene drei von ihm aufgeführten Gründe, die angeblich zugunsten des Hirntodkonzepts sprachen, benannten nämlich keine objektiven physiologischen Tatsachen, sondern sie beschrieben potenzielle sozial- und individualethische Gefahren, die eintreten könnten, wenn der Gesetzgeber vom Kriterium des Hirntodes als dem Todeszeitpunkt des Menschen abweiche: 1. Der Arzt würde den Patienten bei der Organentnahme töten; 2. die aktive Sterbehilfe könnte begünstigt werden; 3. die Bereitschaft zur Organspende in der Bevölkerung könnte abnehmen.¹⁸

Um die drei geschilderten Szenarien, die damals offenkundig unerwünscht waren und die auch heute noch unerwünscht wären, vermeiden zu können, musste der Hirntod zum rechtlich bindenden Todeskriterium des Menschen erklärt werden. In wissenschaftlicher und ethischer Hinsicht unseriös war und ist diese Argumentation aber gerade deshalb, weil sie zielorientiert vorgeht:

18 Bauer (2012).

Die Begründung des Hirntodkriteriums leitet sich nicht aus der Sache an sich, sondern aus den unerwünschten Folgen einer Zurückweisung dieses Kriteriums ab. Auf diese Weise wird aber einer funktionalen Indienstnahme des Hirntodkonzepts Vorschub geleistet, und es entsteht der Eindruck, der potenzielle Organspender solle dadurch, dass man ihn formal „für tot erklärt“, zu fremden Zwecken instrumentalisiert werden. Eine derartige Verzweckung wäre jedoch mit der Würde des Menschen nicht vereinbar.

So entstand nicht ohne Grund der Eindruck, der Staat wolle schwer kranke und am Beginn des Sterbeprozesses stehende Menschen nur deshalb rechtlich für tot erklären, um ihnen Organe für Transplantationszwecke entnehmen zu können. Die daraufhin 1997 vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer formulierten und zuletzt 2015 aktualisierten Richtlinien zur Feststellung des (Hirn)todes sehen vor, dass durch die entsprechende Diagnostik „nicht der Zeitpunkt des eintretenden, sondern der Zustand des bereits eingetretenen Todes“ festgestellt werde. Als Todeszeit wird die Uhrzeit registriert, zu der die Diagnose und Dokumentation des Hirntodes abgeschlossen sind.¹⁹

Eigentlich wäre der Hirntote nun also rechtlich eine Leiche. Aber noch niemand ist auf die Idee gekommen, einen solchen Menschen zu bestatten. Denn für ein Begräbnis ist der Hirntote längst nicht „tot genug“. Er atmet nämlich noch, wenngleich mithilfe von Maschinen. Zunächst müssen also die intensivmedizinischen Maßnahmen abgebrochen und die künstliche Beatmung beendet werden, damit der Hirntote nach einer Weile tatsächlich im konventionellen Sinne „sterben kann“. Und erst wenn der Tod des gesamten Organismus nach dem irreversiblen Herz- und Kreislaufstillstand eingetreten ist, kann die Bestattung des dann wirklich Verstorbenen erfolgen.

19 Bundesärztekammer (2015), S. 5 (hier Punkt 6: Todeszeitpunkt).

Die Feststellung des „Hirntodes“ bedeutet nach dem Transplantationsgesetz indessen nur, dass Großhirn, Kleinhirn und Stammhirn einen endgültigen, medizinisch nicht mehr behebbaren Funktionsausfall erlitten haben. An keiner Stelle aber steht im TPG ausdrücklich, dass der Hirntod mit dem Tod des Menschen identisch wäre. § 3 Absatz 1 Nr. 2 TPG legt lediglich fest, dass die Entnahme von Organen oder Geweben nur dann zulässig ist, wenn „der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“. Der Kölner Staatsrechtler Wolfram Höfling (*1954), seit 2012 Mitglied im Deutschen Ethikrat, bezeichnete diesen Umstand als ein „Glanzstück juristischer Trickserei“.²⁰ Wie die *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* am 19. August 2012 mitteilte, fanden inzwischen sogar einige Bundestagsabgeordnete, vorwiegend aus den Reihen der Grünen und der Linken, dass man im Parlament neu über den Hirntod diskutieren müsste. Die meisten ihrer Kollegen aber wollen nicht gerne darüber diskutieren. Denn was würde geschehen, wenn der Deutsche Bundestag am Ende feststellen müsste, dass „Hirntote“ eben gerade nicht tot sind? Das wäre vermutlich das Ende eines Großteils der Transplantationsmedizin, da dann nur noch die sogenannte „Lebendspende“ einer Niere oder eines Teils der Leber in Betracht käme.

In einem im Juli 2012 veröffentlichten Interview mit dem damaligen Medizinischen Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) Prof. Dr. Günter Kirste (*1948) und dem Würzburger Betreuungsrichter Rainer Beckmann (*1961), der zugleich Lehrbeauftragter für Medizinrecht an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg ist, prallten die Gegensätze frontal aufeinander. Während der Transplantationschirurg Kirste davon ausging, der Hirntod sei als „unumkehrbarer Funktionsausfall des gesamten Gehirns“ der „Tod des Menschen“, hielt der Jurist Beckmann dem entgegen, der Mensch sei erst dann tot, wenn

20 v. Kittlitz (2012).

„alle wesentlichen Organe ihre Funktionsfähigkeit unwiederbringlich verloren“ hätten. Der Organtod des Gehirns allein reiche für die Todesfeststellung nicht aus. Beckmann wies auch darauf hin, dass die Organspende „keine Bringschuld des Bürgers“ sei. Wir erlebten aber derzeit statt Information teilweise Propaganda. Dies gelte zum Beispiel für das Argument, täglich stürben drei Menschen, weil sie keine Organspende erhielten. „Diese Menschen sterben aber nicht am Fehlen eines Spenderorgans, sondern an ihren Erkrankungen“, so Beckmann.²¹

21 Interview: „Wann ist der Mensch tot?“ Pressedienst der Evangelischen Nachrichtenagentur idea Nr. 199 vom 17.7.2012, S. 8-12.

8. Sind „Hirntote“ Tote oder Sterbende?

In der politischen Diskussion über Organentnahme und Organtransplantation werden also wichtige Fakten ausgeblendet oder fehlerhaft dargestellt, die dem Ziel, die Bereitschaft zur Organspende 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 erklärte am 21. März 2012 der Pädiatrische Neurologe und langjährige Verteidiger der Hirntoddefinition Alan Shewmon aus Los Angeles vor dem Deutschen Ethikrat. Shewmon stellte fest, dass sogenannte Hirntote noch längere Zeit leben können. So haben Frauen Monate nach Eintritt der mit Hirntod bezeichneten Situation Kinder geboren, Männer sind noch zeugungsfähig.²²

Schon 2008 konzedierte der amerikanische Anästhesiologe und Medizinethiker Robert D. Truog von der Harvard-Universität gemeinsam mit seinem Kollegen Franklin Miller von den *National Institutes of Health*, die Praxis des Hirntod-Kriteriums habe tatsächlich die Tötung des Spenders zur Folge. Truog und Miller forderten aber gerade nicht als Konsequenz daraus, die derzeitige Praxis der Organentnahme zu beenden, sondern sie kamen zu dem ethisch wohl kaum widerspruchlos akzeptablen Schluss, dass die Regel, wonach der Spender tot zu sein habe, aufgegeben werden müsse: Die Tötung des Patienten durch Organentnahme solle künftig ein-

22 Siehe dazu Hirntod und Organentnahme. Gibt es neue Erkenntnisse zum Ende des menschlichen Lebens? Vorträge mit anschließender Diskussion beim Forum Bioethik des Deutschen Ethikrates am 21. März 2012 in Berlin. <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/hirntod-und-organentnahme> (Stand: 24.11.2016).

fach als durch den guten Zweck der Organspende „gerechtfertigt“
angesehen werden.²³

23 Miller/Truog (2008).

9. Der normative Status des menschlichen Körpers

An dieser Stelle sollten wir uns noch einmal den normativen Status des menschlichen Körpers in Erinnerung rufen: Dem lebenden Menschen als einem Gesamtorganismus kommt aufgrund der ungetrennten Einheit seiner körperlichen, seelischen und geistigen Konstitution eine ethisch und rechtlich unter besonderem Schutz stehende Würde zu. Der lebende Mensch ist keine Sache, sondern eine Person. Daher ist auch das Verhältnis des Menschen zu den Organen seines Körpers kein sachenrechtliches, sondern ein personenrechtliches. Organe dürfen aus diesem Grund nicht wie bewegliche Gegenstände behandelt oder im Extremfall gar verkauft werden. Der Körper gehört nicht dem Menschen als einem Eigentümer, vielmehr ist der Körper selbst die materielle Basis des Menschen und seiner Personalität. Auch nach dem Tod wirkt das Persönlichkeitsrecht juristisch wie ethisch nach, obwohl die tatsächlichen Umstände dafür sprechen, dass es sich bei der Leiche um eine – wenn auch herrenlose – Sache handelt. Eine rein sachenrechtliche Behandlung der Leiche wäre indessen auf Grund des Umstandes, dass die sterblichen Überreste einmal Teile eines Menschen waren, nicht akzeptabel.

Zum einen hätte dies nämlich eine unbeschränkte Eigentums- und Verkehrsfähigkeit der Leiche zur Folge. Zum anderen gilt für die Herrschaft über Sachen, dass der Eigentümer nach Belieben mit seiner Sache verfahren, sie zum Beispiel veräußern oder verarbeiten darf. Als Ausdruck des nachwirkenden Persönlichkeitsrechts macht selbst das Transplantationsgesetz die Organentnahme demgegenüber primär von der Einwilligung des Verstorbenen abhängig. Liegt dazu keine Willenserklärung vor, ist die Einwilligung der Angehörigen oder sonstiger Personen, die der Verstorbene

ermächtigt hatte, erforderlich. Bei der Entscheidung ist aber sein mutmaßlicher Wille – soweit bekannt – zu berücksichtigen.²⁴

Grundlage dieser Wertentscheidungen ist die Fortgeltung der durch Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes garantierten Würde des Menschen auch über den Tod hinaus. Diese Fortgeltung bedingt, dass letztwillige Verfügungen des Verstorbenen weiterhin Gültigkeit haben. Deshalb ist die Leiche biologisch betrachtet zwar eine Sache, in rechtlicher Hinsicht werden auf sie jedoch persönlichkeitsrechtliche Regelungen angewendet. Diese rechtliche Praxis muss umso mehr dann respektiert werden, wenn – wie im Falle des „hirntoten“ Organspenders – die typischen Merkmale eines Leichnams gerade nicht vorliegen, sondern wenn vielmehr der juristisch für tot Erklärte biologisch noch lebt.

Die begründeten Zweifel daran, dass der „Hirntod“ gerade nicht der Tod des ganzen Menschen ist, führen zu der Notwendigkeit einer umfassenden und nicht interessengeleiteten Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger. Diese müssten darüber informiert werden, dass die Organe eines „Hirntoten“ die vitalen Organe eines Sterbenden sind, die durch eine den Spender zum Tode führende Operation entnommen werden. Es wäre aber auch geboten, darüber aufzuklären, dass ein Sterbender, dem Organe entnommen werden sollen, aufgrund des Interesses an diesen seinen Organen in der Regel durch die – dann fremdnützig handelnde – Intensivmedizin länger am Leben erhalten wird, als dies sonst der Fall

24 Vgl. §§ 3-4 des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) geändert worden ist.

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf>
(Stand: 24.11.2016).

wäre. Das Ziel, möglichst „frische“ Organe transplantieren zu können, führt zu einer Konzentration der medizinischen Bemühungen auf die Vitalerhaltung dieser Organe. Die in der Regel auf die Beendigung von Therapiemaßnahmen zielende Patientenverfügung einerseits und die Erklärung einer Organspendebereitschaft andererseits geraten somit gegebenenfalls in Widerspruch zueinander.²⁵

25 Um diesen Widerspruch wenigstens prozedural aufzulösen, haben die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) im Jahre 2013 neue Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis herausgegeben, als deren Anlage ein sorgfältig differenzierendes Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung beigelegt ist. Siehe dazu Bundesärztekammer (2013). http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_BAeK-ZEKO_Vorsorgevollmacht_Patientenverfuegung_19082013l.pdf (Stand: 24.11.2016).

10. Die Haltung der katholischen Kirche zum Hirntod-Kriterium

Auch die in diesem Kontext aufschluss- wie einflussreiche Haltung der katholischen Kirche zum Kriterium des Hirntodes unterliegt einer historischen Entwicklung. Bereits 1944 erklärte Papst Pius XII. (1876-1958), dass die Macht des Menschen über seine Organe eine zwar beschränkte, aber doch direkte sei, und dass ein Organ geopfert werden dürfe, wenn der physische Organismus des einzelnen Menschen in Gefahr sei und dieser Gefahr auf andere Weise nicht begegnet werden könne. Prinzipiell gab es für Pius XII. auch keine Einwände gegen die Übertragung eines Organs von einem toten auf einen lebenden Menschen. Doch selbstverständlich ging der Papst damals nicht vom „Hirntod“ des Menschen aus, sondern vom konventionellen Herz-Kreislauf-Stillstand. Dies belegt seine Aussage in der Ansprache vom 14. Mai 1956, es sei vom sittlich-religiösen Standpunkt aus nichts gegen die Ablösung der Hornhaut bei einem Toten einzuwenden.²⁶ Die Hornhaut als ein sogenanntes bradytrophes, das heißt nur durch langsame Diffusion ernährtes Gewebe konnte aber bereits damals dem Leichnam entnommen werden, ohne dass der betreffende Mensch erst dadurch zu Tode gekommen wäre.

Erheblich problematischer erscheint heute die am 2. Juli 1990 unter dem Einfluss bedeutender deutscher Transplantationsmediziner verabschiedete gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Diese Erklärung folgte in erstaunlich reduktionistischer Linearität den Wünschen der Transplantationschirurgen, indem sie – theologisch ziemlich forsch – postulierte, der Hirntod bedeute ebenso wie der Herztod den „Tod des Menschen“,

26 Siehe dazu einen leider nicht mehr online nachlesbaren Vortrag von Karl Kardinal Lehmann (2005).

denn mit dem Hirntod fehle dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist sei körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch könne nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgendetwas entscheiden.²⁷

Etwas zurückhaltender, aber doch nicht grundsätzlich ablehnend äußerte sich der hochbetagte Papst Johannes Paul II. (1920-2005) in einer Ansprache beim Internationalen Kongress für Organverpflanzung in Rom im August 2000, als er in dem von ihm unterzeichneten Text darauf hinwies, das heute angewandte Kriterium zur Feststellung des Todes, nämlich das völlige und endgültige Aussetzen jeder Hirntätigkeit, stehe nicht im Gegensatz zu den wesentlichen Elementen einer vernunftgemäßen Anthropologie, wenn es exakt Anwendung finde. Daher könne der für die Feststellung des Todes verantwortliche Arzt dieses Kriterium in jedem Einzelfall als Grundlage benutzen, um jenen Gewissheitsgrad in der ethischen Beurteilung zu erlangen, den die Morallehre als „moralische Gewissheit“ bezeichne. Diese Gewissheit gelte als notwendige und ausreichende Grundlage für eine aus ethischer Sicht korrekte Handlungsweise. Nur wenn diese Gewissheit bestehe und die Einwilligungserklärung des Spenders oder seines rechtmäßigen Vertreters bereits vorliege, sei es moralisch vertretbar, die

27 Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD. Bonn/Hannover 1990, hier Punkt 3.2.1: Sichere Feststellung des Todes. http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html (Stand: 24.11.2016).

technischen Maßnahmen zum Entnehmen von zur Transplantation bestimmten Organen einzuleiten.²⁸

Sein Nachfolger Papst Benedikt XVI. (*1927) hingegen sagte im November 2008 bei einem internationalen Kongress zum Thema Organspende, der Leib des Menschen dürfe nie nur als Objekt gesehen werden, da sonst die Logik des Marktes siegen würde. Der Leib jedes Menschen bilde zusammen mit dem Geist, der jedem gegeben sei, ein unteilbares Ganzes, dem das Bild Gottes selbst eingeprägt sei. Es gelte die Menschenwürde und die personale Einheit des Menschen zu schützen. Vitale Organe dürften nur *ex cadavere* entnommen werden. Wenn Sterbende ihre Organe spendeten, dann müsse der Respekt vor dem Leben des Spenders das Hauptkriterium sein.²⁹

Zwar ist es die medizinische Wissenschaft, mit deren Methoden ein Arzt feststellen kann, ob die für die Bestimmung des Todes geltenden Kriterien im Einzelfall tatsächlich vorliegen oder nicht. Es darf aber nicht ausschließlich der Medizin als Profession überlassen werden, welche gerade aktuellen, vom fachinternen Mainstream favorisierten Kriterien für die Bestimmung des Todes herangezogen werden. Eine derartige Autonomie der Medizin wäre der Bedeutung des Themas nicht angemessen. Hier geht es nämlich um eine Grundfrage des menschlichen Lebens und seines vom Staat zu gewährleistenden Schutzes. Der Hirntod ist nicht der Tod des Menschen, sondern er markiert das vorzeitige Ende des seinen Bürgern vom Staat garantierten Rechts auf Leben.

28 Ansprache von Papst Johannes Paul II. beim Internationalen Kongress für Organverpflanzung im Palazzo dei Congressi in Rom am 29. August 2000, hier Punkt 5. http://stjosef.at/dokumente/papst_organtransplantation_2000.htm (Stand: 24.11.2016).

29 Papst Benedikt XVI.: Gewebe- und Organtransplantationen sind ein großer Fortschritt. Lang erwartete und erbetene Stellungnahme der Kirche zum Thema Organspende. Zenit vom 7.11.2008. <http://www.zenit.org/article-16362?l=german> (Stand: 12.12.2012; inzwischen offline).

11. Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates aus dem Jahre 2015

Im Februar 2015 veröffentlichte der Deutsche Ethikrat seine Stellungnahme *Hirntod und Entscheidung zur Organspende*. Das 189 Seiten umfassende Dokument endet mit einer unerwarteten Pointe, die uns irritieren sollte. Während 18 der 26 Mitglieder des Gremiums den Hirntod als ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen ansahen (Position A), kamen 7 Mitglieder zum gegenteiligen Resultat: Der Hirntod sei keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen (Position B). Ein Mitglied nahm bewusst nicht an der Abstimmung teil.

Nach Auffassung der Mehrheit des Deutschen Ethikrates ist der Hirntod ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen. Das Gehirn sei das zentrale Integrations-, Kommunikations- und Koordinierungsorgan. Schließlich sei das Gehirn die organismische Grundlage des Mentalen und der Subjektivität. Die inneren Abläufe des lebenden Organismus würden wesentlich durch seine ständige Auseinandersetzung mit seiner Umwelt mit konstituiert. Diese Interaktionen basierten zu einem großen Teil auf Sinneswahrnehmungen, die im Gehirn verarbeitet und repräsentiert würden und ihrerseits zur Veränderung von Hirnfunktionen und Hirnstrukturen sowie einer spezifischen Reaktion oder eines bestimmten Verhaltens führten. Wenn durch den irreversiblen Ausfall aller Gehirnfunktionen die notwendigen Voraussetzungen mentaler Aktivität, jedes Empfindungsvermögens und damit jedwede Möglichkeit von selbst gesteuertem Verhalten beziehungsweise Austausch mit der Umwelt für immer erloschen seien und außerdem die Einheit des Organismus zerbrochen sei, könne von dem in diesem Zustand befindlichen Körper nicht mehr als einem lebendigen Menschen gesprochen werden.³⁰

30 Deutscher Ethikrat (2015), S. 159-160.

Demgegenüber vertrat die Minderheit des Rates die Auffassung, der Hirntod sei kein Kriterium für den Tod des Menschen. Die Integration zu einem Organismus als einem Ganzen sei auch bei einem Patienten mit irreversiblen Ganzhirnversagen noch gegeben. Leben könne man als eine Art Systemeigenschaft verstehen. Die Auffassung des Organismus als System basiere ganz wesentlich auf der Idee der Wechselwirkung unterschiedlicher Komponenten auf verschiedenen funktionalen Ebenen miteinander und mit der Umwelt, nicht auf dem Prinzip der zentralen Steuerung. Auch nach dem Absterben des Gehirns verfüge der Organismus unter der Voraussetzung einer apparativ-intensivmedizinischen Unterstützung noch über vielfältige Funktionen, die nicht nur „partiell“ wirkten, sondern für den Organismus als Ganzen integrierende Funktion hätten. Dazu gehörten beispielsweise die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts einer Vielfalt interagierender physiologischer Parameter durch die Funktion der Leber und der Nieren, des Herz-Kreislauf- und des Hormonsystems, ferner die sexuelle Reifung eines Kindes und eine erfolgreiche Schwangerschaft bei einer hirntoten Schwangeren.³¹

Wer nun jedoch annahm, dass die Vertreter der beiden Positionen A und B zu gegenteiligen Schlussfolgerungen gelangen müssten, sah sich getäuscht. Die Diskussion um die Hirntodkonzeption steht zwar in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Frage, ob lebenswichtige Organe, wie es im Transplantationsgesetz verankert ist, nur Toten entnommen werden dürfen (sogenannte *Dead-Donor-Rule*). Doch nach Auffassung der Vertreter von Position B ist die *Dead-Donor-Rule* entbehrlich. Die Minderheit des Deutschen Ethikrates hielt die Entnahme lebenswichtiger Organe bei Menschen mit irreversiblen Ganzhirnversagen für ethisch wie verfassungsrechtlich legitim, sofern dies dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen entspreche. Mit der Diagnose *Hirntod* sei der Befund verknüpft, dass der betreffende Mensch

31 Deutscher Ethikrat (2015), S. 160-161.

über keinerlei Wahrnehmungs- und Empfindungsvermögen mehr verfüge. Mit dieser Diagnose verbinde sich zugleich ein weitreichender Konsens darüber, dass die Weiterbehandlung des Betroffenen in seinem eigenen Interesse nicht mehr sinnvoll sei. In dieser Situation erscheine es unangemessen, die auf der Grundlage einer informierten Einwilligung erfolgende Organentnahme als Tötung im Sinne einer verwerflichen Integritätsverletzung zu qualifizieren. Es gehe vielmehr um die Anerkennung der Selbstbestimmung des Einzelnen über seine leiblich-seelische Integrität.³²

Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates (Position A) hielt es dagegen für zwingend, an der *Dead-Donor-Rule* festzuhalten. Das Leben stehe moralisch und rechtlich unter dem besonderen Schutz des Tötungsverbots. Dies gelte für die gesamte Dauer des Lebens, also ohne Abstufungen bis an sein Ende, unabhängig von der voraussichtlichen Dauer des individuellen menschlichen Lebens. Eine Tötung bleibe eine Tötung auch dann, wenn der Eintritt des Todes zuvor hinausgezögert wurde. Ein Lebender dürfe schon nach deutschem Verfassungsrecht unter keinen Umständen allein aus fremdnützigen Gründen getötet werden. Erst recht könne eine Tötung nicht auf einen lediglich mutmaßlichen Willen gestützt werden.³³

Somit waren sich die Vertreter der Mehrheits- wie der Minderheitsposition des Deutschen Ethikrates im alles entscheidenden Punkt einig: Die derzeitige Praxis der Organentnahme könne bedenkenlos fortgesetzt werden. Für die 18 Befürworter der Position A muss der Organspender bei der Organentnahme bereits tot sein, und er ist es nach ihrer Meinung auch. Für die 7 Anhänger der Position B ist der Organspender zu diesem Zeitpunkt zwar noch nicht tot, aber das ist für sie nicht weiter schlimm. *Honi soit qui mal y pense.*

32 Deutscher Ethikrat (2015), S. 162.

33 Deutscher Ethikrat (2015), S. 162-163.

12. Abschluss und Ausblick

Die Erfolge der Transplantationsmedizin haben dazu geführt, dass die ethischen Debatten auf diesem Themenfeld inzwischen nahezu exklusiv unter dem Aspekt des *Organmangels* geführt werden. Dieser relative Organmangel ist indessen keine Naturkonstante, sondern seinerseits eine Folge der steigenden Zahl von Organtransplantationen durch wissenschafts- und technikbedingte Ausweitung der medizinischen Indikation zur Operation. Man kann daher die Prognose wagen: Je erfolgreicher die Transplantationsmedizin in qualitativer und quantitativer Hinsicht künftig sein wird, desto größer wird ihr Bedarf an Organen und damit der relative Organmangel werden.

So verständlich und notwendig die empfängerzentrierte Sichtweise auf das Thema Organtransplantation auch sein mag, so deutlich muss aus ethischer Perspektive vor einer Blickverengung gewarnt werden, bei der die Besonderheit dieses Behandlungsverfahrens nicht mehr beachtet würde: Einen rechtlichen oder auch nur einen moralischen Anspruch auf die Überlassung fremder Organe, die konstitutiver Teil einer anderen Person waren oder sind, kann es um der Würde des Menschen willen, die auch die Würde des Organspenders und unser aller Würde mit umfasst, nicht geben. Insofern müssen sich Medizin und Gesellschaft bei allem Fortschrittsoptimismus auf diesem Feld auch künftig in eine gewisse Selbstbegrenzung ihrer Wünsche fügen.

Literaturverzeichnis

Bauer, A. W.: Körperbild und Leibverständnis. Die Sicht vom kranken und gesunden Menschen in der Geschichte der Medizin – dargestellt an ausgewählten Beispielen. *In: Evangelische Akademie Iserlohn (Hrsg.): Tagungsprotokoll 82-1997: „Kalte Embryonen“ und „Warme Leichen“.* Körperverständnis und Leiblichkeit. Christliche Anthropologie und das Menschenbild der Medizin. Tagung der Evangelischen Akademie Iserlohn vom 29. bis 31. August 1997. Iserlohn 1998, S. 21-38.

Bauer, A. W.: Der Mensch als Marionette seiner Gene? Über Hybris und Naivität in Bio- und Gentechnologie. *Nationaltheater Mannheim. Theatermagazin 04/2003*, S. 10-11.

Bauer, A. W.: Wo bleibt die Würde des Menschen? Hirntodkonzept und Organspende aus ethischer Sicht. *Universitas 62 (2007), Nr. 737*, S. 1150-1162.

Bauer, A. W.: Der lebende Mensch ist keine Sache. Auch das neue Transplantationsgesetz klammert die juristischen und ethischen Probleme des Hirntods aus. Dabei gibt es viele. *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 28.10.2012, S. 15. <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/organspende-der-lebende-mensch-ist-keine-sache-11940904.html> (Stand: 24.11.2016).

Bauer, A.W.: Normative Entgrenzung. Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in Deutschland. Wiesbaden 2017.

Bundesärztekammer: Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Anhang: Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung. *Deutsches Ärzteblatt 110 (2013)*, S. A1580-A1585 sowie A7-A9. <http://www.>

bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_BAeK-ZEKO_Vorsorgevollmacht_Patientenverfuegung_19082013L.pdf (Stand: 24.11.2016).

Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG. Vierte Fortschreibung vom 30.1.2015. Veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt am 30. März 2015. DOI: 10.3238/arztebl.2015.rl_hirnfunktionsausfall_01 http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf (Stand: 24.11.2016).

Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme vom 24. Februar 2015. Berlin 2015. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf> (Stand: 24.11.2016).

Gajevic, M.; Szent-Ivanyi, T.: „Eine große Selbsttäuschung“. Kölner Stadt-Anzeiger vom 8.8.2012, S. 6.

Kittlitz, A. v.: Hirntod. Was passiert mit Patienten, die potentielle Organspender sind? Kein Gesetz schützt sie oder ihre Angehörigen. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung Nr. 33 vom 19.8.2012, S. 6.

Lehmann, K.: Zur Ethik der Organspende und der Transplantation. Perspektiven aus der Sicht von Theologie und Kirche. Vorlesung in der Universität Mainz im Rahmen der Nachtvorlesungen zu Fragen der Organspende und Transplantation am 14. Juli 2005 im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik Mainz. https://www.bistummainz.de/bistum/bistum/kardinal/texte/texte_2005/organspende.html (Stand: 12.12.2012; inzwischen offline).

Miller, F. G.; Truog, R. D.: Rethinking the Ethics of Vital Organ Donations. Hastings Center Report 38 (2008), Nr. 6. <http://www.thehastingscenter.org>

scenter.org/Publications/HCR/Detail.aspx?id=2822#ixzz43jWhffSA
(Stand: 24.4.2016; inzwischen offline).

Richter-Kuhlmann E.; Siegmund-Schultze, N.: Transplantationskandal: „Kein systemisches Versagen“. Deutsches Ärzteblatt 109 (2012), S. A1676-A1677.

Rogge, J.-U.: Kinder brauchen Grenzen. Reinbek bei Hamburg 1993.

Seehofer, H.: Rede zum Entwurf eines Transplantationsgesetzes vor dem Deutschen Bundestag am 25. Juni 1997. Pressemitteilung Nr. 53 des BMG vom 25. Juni 1997. <http://www.BMGesundheit.de/presse97/97/53.htm> (Stand: 30.8.1997; inzwischen offline) und <http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauershf.htm> (Stand: 21.6.2010; inzwischen offline).

Siegmund-Schultze, N.: Erschütterndes Maß an Manipulation. Deutsches Ärzteblatt 109 (2012a), S. A1534-A1536.

Siegmund-Schultze, N.: Hauttumoren nach Nierentransplantation. Sirolimus ist eine Option bei Patienten mit Hauttumoren. Deutsches Ärzteblatt 109 (2012b), S. A2136.

Siegmund-Schultze, N.: Organspende. Im Zentrum: Der Wille des Patienten. Deutsches Ärzteblatt 113 (2016), S. A2139-A2140.

Szent-Ivanyi, T.: Organspende: Kritik an der Vergabe von Spenderherzen. Frankfurter Rundschau online vom 25.8.2012. <http://www.fr-online.de/politik/organspende-kritik-an-der-vergabe-von-spenderherzen,1472596,16964180.html> (Stand: 24.11.2016).

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

Leiter des Fachgebiets Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Universitätsmedizin Mannheim (UMM)

Ludolf-Krehl-Straße 13-17

68167 Mannheim

E-Mail: axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de

Homepage: www.umm.uni-heidelberg.de/gte

Aus der Schriftenreihe der Aktion Leben e.V.

Drogin, Elasah, Margaret Sanger - Gründerin der modernen Gesellschaft, Heft 1

Everett, Carol / Riches, Valerie, Die Drahtzieher hinter der Schulsexualerziehung, Heft 2

Balkenohl, Manfred, Reflexionen zu den Entwürfen einer Bioethik-Konvention - Ihre Inhalte und Mängel, Heft 3

Ramm, Martin, Den Stimmlosen Stimme sein - Zum Kampf für das Lebensrecht der ungeborenen Kinder, Heft 4

Pius XII. / Johannes Paul II., Die sittlichen Grenzen der ärztlichen Forschungs- und Behandlungsmethoden / *Humanae vitae* - ethische Norm und autonome Moral, Heft 5

Hügel, Bruno, Künstliche Befruchtung - ein Ausweg bei Unfruchtbarkeit?, Heft 6

Boel, Renate, Die Wirkung der Anti-Baby-Pille vor und nach der Empfängnis, Heft 7

Blechschmidt, Trautemaria, Evolutionstheorie - mehr als eine Hypothese?, Heft 8

Rösler, Roland, Der patentierte Hugo - eine Betrachtung zur Verwertung des Menschen, Heft 9

Willeke, Rudolf, Hintergründe der 68er-Kulturrevolution - Frankfurter Schule und Kritische Theorie, Heft 10

Ramm, Walter, „Hauptsache: gesund!“ - Problemkreis der pränatalen Diagnostik und Abtreibungstötung bis zur Geburt, Heft 11

Ramm, Walter, Hirntod und Organtransplantation - Informierte Zustimmung?, Heft 12

Ramm, Walter, Die Patientenverfügung, Heft 13

Ramm, Walter, Der achte Schöpfungstag? - Darf der Mensch Gott ins Handwerk pfuschen?, Heft 14

Kuby, Gabriele, Vergiftung durch Bilder, Heft 15

Waldstein, Wolfgang, Das Naturrecht - Pluralistische Gesellschaft und Naturrecht, Heft 16

Mosher, Steven W., Die malthusianische Täuschung - Die Ursprünge der Bevölkerungskontrolle, Heft 17

Barich, Simone, Wer ist Pro Familia?, Heft 18

López Trujillo, Alfonso, Familienwerte contra „Safe Sex“, Heft 19

Willeke, Rudolf, Gruppendynamik - Das Trojanische Pferd in der Stadt Gottes, Heft 20

Balkenohl, Manfred, Moderne Befruchtungstechnologien - Anmerkungen aus ethischer Perspektive, Heft 21

Waldstein, Wolfgang, Der Wert des Lebens - Hirntod und Organtransplantation, Heft 22

Pius XII., Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens, Heft 23

Byrne, Paul A.; Coimbra, Cicero G.; Spaemann, Robert; Wilson, Mercedes Arzú, „Hirntod‘ ist nicht Tod!“, Heft 24

Paul VI., Über die rechte Ordnung der Weitergabe menschlichen Lebens - Enzyklika „Humanae vitae“, Heft 25

Kongregation für die Glaubenslehre, Donum vitae (Geschenk des Lebens) - Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, Heft 26

Ortner, Reinhold, Körper, Psyche, Geist- (Seele) - Der Beginn des persönlichen Lebens, Heft 28

Hirtenbrief der deutschen Bischöfe aus dem Jahre 1935, Heft 29

Ramm, Walter, Der Papst und die „Pille“ - „Humanae vitae“ - ein Zeichen, dem widersprochen wird, Heft 30

Schumacher, Joseph, Organspende und Organtransplantation - Ihre Wertung im Licht der christlichen Ethik, Heft 31

Ramm, Walter, Die (Un)kultur des Todes und der Wert des Lebens - Gibt es Unabstimmbares in der Demokratie?, Heft 32

Ramm, Walter, Natürliche Sterblichkeit - ein Auslaufmodell? - Wie man mit Gentests und Keimbahntherapie den „schönen neuen Menschen“ basteln will, Heft 33

Ramm, Walter, Künstliche Befruchtung (IVF) - Alles im Griff!?, Heft 34

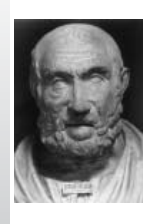
Ehmann, Rudolf, Pränataldiagnostik - Die neuen ethisch problematischen Bluttests, Heft 35

Ramm, Walter, Die Zukunft hat begonnen - Die Herausforderung des 21. Jahrhunderts, Heft 36

Ehmann, Rudolf, Zur Kontroverse um Wirkungsmechanismen von Postkoitalpillen, Heft 37

***Die Schriftenreihe wird regelmäßig erweitert. Neue Hefte sowie weiterführende Literatur und Informationen erfragen Sie bei:
Aktion Leben e.V., Steinklingener Str. 24, 69469 Weinheim,
www.aktion-leben.de***

Manfred
Balkenohl



Der Eid des Hippokrates

Griechischer Urtext
Übersetzung
Interpretation
Wirkungsgeschichte
Heutige Problemlage
und moderne Dokumente

derscheider

Manfred Balkenohl

Der Eid des Hippokrates

1. Auflage 2007 - ISBN 978-3-930533-07-7

Angesichts der heutigen medizinischen Krise und der zahlreichen bioethischen Konflikte, auf deren Lösung naturwissenschaftliche Ausbildungen nicht vorbereiten, ist der Eid des Hippokrates ein zeitgemäßes Dokument. In ihm treten Kategorien zutage, die erstaunlich modern sind und inmitten der heute geführten Diskussion um Abtreibung, Euthanasie und assistierte Selbsttötung angesiedelt sind. Der Eid inspirierte in einer Welt, die von weit verbreiteter Tötungspraxis gekennzeichnet war, eine ärztliche Berufsethik und darüber hinaus eine allgemeine Ethik, die auf den objektiven Werten des Menschen und auf dem absoluten Respekt vor dem Leben und vor der Person fußt. Der Eid schützt den Menschen vor jeglichem Fremdinteresse, sogar vor seinen eigenen Tötungswünschen bzw. -forderungen. Er schützt das menschliche Leben von Anbeginn durch das strikte Verbot der Fruchtabtreibung sowie an seinem Ende durch Euthanasie. Erhältlich auch bei Aktion Leben e.V.



Alexander Schreiber

Die palliative Sedierung Pflege in der Grauzone zur Euthanasie

2. erw. Auflage 2016 - ISBN 978-3-930533-06-0

Palliativstationen und Hospize stehen in hohem Ansehen. Sie sind Zufluchtsorte für schwerstkranke und alte Menschen in der letzten Lebensphase. Wenn Patienten unter nicht mehr behandelbaren Schmerzen oder Symptomen leiden, wird die „palliative Sedierung“, d.h. die Verabreichung von narkotisierenden Beruhigungsmitteln, eingesetzt, um dem Leidenden die Schmerzen und damit auch die Angst zu nehmen.

Aber die Anwendung dieser Methode wird begleitet von kritischen Stimmen, die unter Hinweis auf internationale Studien warnen, dass mit der palliativen Sedierung die Möglichkeit des Missbrauchs gegeben ist. Statt das Leiden des Patienten zu beseitigen wird durch Überdosierung der Leidende selbst beseitigt, d.h. durch Euthanasie getötet, wobei ein natürlicher Sterbeverlauf vorgetäuscht werden kann, wie es in den Niederlanden bereits zur Normalität gehört.

Dem Autor, selbst in der Krankenpflege tätig, ist es ein dringendes Anliegen, auf diese Gefahren hinzuweisen. Entwicklungen auch in Deutschland, die Aufweichung des ärztlichen Ethos bezüglich der in die Verantwortung des Arztes gestellten Beihilfe zum Selbstmord in den Grundsätzen der Bundesärztekammer vom Februar 2011, die Regelungen zur Patientenverfügung mit dem Kriterium des „mutmaßlichen Willens“ eines nicht mehr Entscheidungsfähigen, das Absetzen von Nahrung und Flüssigkeit sowie der Kostendruck in einer überalternden Gesellschaft sind bedenkliche Etappen auf diesem Weg. Der Autor wagt einen Blick zurück in das Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten und weist erschreckende Parallelen zu heutigen Forderungen und Begründungen auf.

Nicht ausgespart wird die Perspektive der ohnehin stark belasteten Pflegekräfte und deren Gewissenskonflikten im Bereich dieser „ethischen Grauzone“, die sich mit der palliativen Sedierung eröffnet hat. Überzeugend wird der klare Standpunkt der katholischen Kirche dargelegt. Mit einem Appell an die eigene Berufsgruppe zur Wachsamkeit und zum kompromisslosen Einsatz für das Leben wirbt der Autor für die Einrichtung einer Pflegekammer, womit die Politik zum Handeln aufgerufen ist.

Das 80 Seiten umfassende Bändchen ist jedem als Pflichtlektüre zu empfehlen, nicht nur für Angehörige der Pflegeberufe und Familienangehörige zu pflegender und sterbender Personen, sondern auch zur Information und eigenen Vorbereitung auf den letzten Lebensabschnitt.

Erhältlich auch bei Aktion Leben e.V.

Bezugsanschrift:

Aktion Leben e.V. - Abtsteinach -
Steinklingener Str. 24, 69469 Weinheim
E-Mail: post@aktion-leben.de
Internet: www.aktion-leben.de