

# Die Organspende aus Sicht der katholischen und der evangelischen Kirche

Rita Katharina Knaust

Abgabedatum:

Februar 2017

Betreuung:

Prof. MMag. Dr. Gerlinde Katzinger

Schule:

Klasse 8G

PG St. Ursula Salzburg

Aignerstraße 135

5061 Elsbethen

## Abstract

In der vorliegenden Arbeit wird das Thema Organtransplantation mit besonderem Schwerpunkt auf deren Rezension in der katholischen und der evangelischen Kirche behandelt. Um das Thema auf gewisse medizinische Grundlagen zu stellen, steht die Beschreibung des Sterbeprozesses eines Organismus am Anfang. Dies leitet über zur Kontroverse um den Hirntod sowie um die so genannte „non-heart-beating-donation“ (die Organspende nach irreversiblen Herztod). In einem weiteren Kapitel werden bibeltheologische Aspekte, die die christlich-theologische Komponente der Arbeit verdeutlichen und die für die Themenstellung bedeutend sind, behandelt. Sterben und Tod im evangelischen sowie im katholischen Kontext zu beleuchten, stellt einen weiteren wesentlichen Aspekt der Arbeit dar. In einem eigenen Kapitel steht die gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Thema Organspende im Fokus. Darüber hinaus wird auf einschlägige Argumente von katholischen und auch evangelischen Theologen eingegangen, die sich kontrovers zu diesem Thema geäußert haben.

Besonderen Dank möchte ich meiner Betreuungslehrerin Prof. Gerlinde Katzinger aussprechen. Ohne ihr Engagement und ihre Ermutigungen wäre es mir nicht möglich gewesen, dieses komplexe Thema im Rahmen der Vorwissenschaftlichen Arbeit zu bewältigen.

Des Weiteren bedanke ich mich bei Prof. Felix Unger für das Interview, das er mir am 14. November 2016 gewährt hat. Dieses Interview hat mir ermöglicht, dass ich in eine reine Literaturarbeit von mir erhobene Inhalte einfließen lassen konnte.

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>2</b>
<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>6</b>
1.1. GRUNDSÄTZLICHE FAKTOREN .....	7
<b>2. TODESFESTSTELLUNG .....</b>	<b>8</b>
2.1. GESCHICHTE DER TODESKONZEPTE .....	8
2.2. DAS STERBEN ALS PROZESS .....	10
2.3. HIRNTOD.....	11
2.4. NON-HEART-BEATING DONORS .....	16
2.5. UMGEHEN DES HIRNTODKRITERIUMS?.....	17
<b>3. LEBEN, STERBEN UND TOD IM CHRISTLICHEN VERSTÄNDNIS .....</b>	<b>19</b>
3.1. SICHT DER KATHOLISCHEN DOGMATIK.....	19
LEBEN .....	19
STERBEN UND TOD.....	19
3.2. SICHT DER EVANGELISCHEN KIRCHE .....	21
LEBEN .....	21
STERBEN UND TOD.....	21
3.3. DIE KATHOLISCHE THEOLOGIE IN BEZUG AUF DAS HIRNTODKRITERIUM.....	22
3.4. DIE EVANGELISCHE THEOLOGIE IN BEZUG AUF DAS HIRNTODKRITERIUM .....	23
DER MENSCH ALS BEZIEHUNGSWESEN .....	23
GANZHEITLICHKEIT DES MENSCHENS .....	24
LEBENSCHUTZ.....	25
<b>4. BIBELTHEOLOGISCHE ASPEKTE.....</b>	<b>25</b>
4.1. DIE MENSCHENWÜRDE .....	25
4.2. DIE GOLDENE REGEL .....	26
4.3. DAS GEBOT DER NÄCHSTENLIEBE .....	27
<b>5. GEMEINSAME ERKLÄRUNG DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ UND DES RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE DEUTSCHLAND AUS DEM JAHR 1990 .....</b>	<b>28</b>
5.1. LEBENDSPENDE.....	28
5.2. TOTENSPENDE .....	29
5.3. ORGANVERTEILUNG .....	31
5.4. ANGEHÖRIGE VON ORGANSPENDERN .....	31
<b>6. DIFFERENZEN, ARGUMENTE .....</b>	<b>31</b>
<b>7. RESÜMEE.....</b>	<b>34</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>37</b>
<b>QUELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>38</b>

**INTERVIEW MIT PROF. FELIX UNGER, 14. NOVEMBER 2016 ..... 39**

**SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG ..... 42**

## 1. Einleitung

Als mein Cousin 2011 einen tödlichen Motorrad-Unfall erlitt, wurde ich zum ersten Mal mit der Problematik des toten Menschen und der Frage nach der Organspende konfrontiert. Damals war ich noch nicht imstande die Informationen und Argumente des Ärzteteams einzuordnen, die sich um die Frage, ob die Organe meines Cousins gespendet werden, ergeben haben. Jedoch erinnere ich mich noch sehr genau an den lebendigen Körper, der aber keine Persönlichkeit mehr hatte. Das Gehirn war schon längst nicht mehr funktionstüchtig, die Organe und der Kreislauf liefen nur noch mithilfe von Maschinen. Dieses Bild von meinem Cousin inmitten von Apparaten auf dem Krankenbett der Intensivstation mit den fassungslosen Eltern und uns Verwandten rundherum hat sich mir bis heute tief eingeprägt.

Meine Tante und mein Onkel entschieden sich dagegen, die Organe ihres Sohnes zu spenden. In dieser Situation hatte es mich wütend gemacht, dass sie auf diese Weise wertvolle Güter einfach “verschwendeten”, anstatt einem anderen leidenden, sterbenskranken Menschen das Leben zu retten oder zu erleichtern.

Je mehr ich mich jedoch mit der Thematik beschäftige, umso mehr gelingt es mir, ihren Standpunkt zu verstehen. Denn je intensiver man über Organtransplantationen nachdenkt, desto schwieriger wird eine Entscheidung und desto komplexer wird die Thematik. Jeder Mensch hat nämlich nicht nur eine eigene Meinung zur Organspende an sich, hinzu kommt noch, dass jedes Individuum eine andere Auffassung über den Todeszeitpunkt hat: Manchen “reicht” der für die Organspende notwendige Hirntod, bei dem nur das Hirn tot ist und daher auch keine personellen Entscheidungen, Gedanken usw. vom Sterbenden selbst mehr getroffen werden können. Andere sehen den Herztod erst als eindeutig ausschlaggebend für die Todesfeststellung, was wohl daher rührt, dass das Herz lange Zeit als Sitz der Seele betrachtet wurde.

Da dieses Thema aufgrund seiner “Nähe” zum Tod unmittelbar mit einer spirituellen Ebene verknüpft ist, sei es mit dem christlichen Glauben oder sonstigen Gottes- bzw. Glaubensvorstellungen, habe ich mich entschieden, die Organtransplantation und die

Thematik der Todesfeststellung in meiner Vorwissenschaftlichen Arbeit aus Sicht der christlichen Kirchen, der evangelischen und der katholischen, zu beleuchten. Ich werde zuerst mit den verschiedenen Todeskriterien beginnen, anschließend werde ich die Standpunkte der beiden Kirchen näher erläutern.

Es ist mir bewusst, dass ich dem immensen Umfang der Thematik im Rahmen der VWA nicht gerecht werden kann. Vollständigkeit kann ich daher nicht anstreben. Mein Anliegen ist es viel mehr, zumindest einen grundlegenden Eindruck über den aktuellen Stand der Diskussion zu geben, mit besonderem Augenmerk auf dem religiös-ethischen Kontext.

### 1.1. Grundsätzliche Faktoren

Grundsätzlich gilt es, zwischen Lebendspende und Spende post mortem zu unterscheiden<sup>1</sup>: In ersterem Fall ist es rechtlich nur zulässig, Organe zu spenden, die entweder nicht lebensnotwendig oder in zweifacher Ausführung vorhanden sind.<sup>2</sup> Durch die Lebendspende darf also keinesfalls der Tod des Spenders herbeigeführt werden, selbst wenn dieser sich für die Gesundheit eines Familienmitglieds “opfern” wollte. Dies ist festgehalten durch die so genannte “Dead Donor Rule”, welche besagt, dass lebenswichtige Organe nur von bereits toten Spendern entnommen werden dürfen.<sup>3</sup>

Bei der Totenspende dürfen nach festgestelltem „Tod“ natürlich alle transplantierbaren Organe explantiert werden, jedoch muss gewährleistet sein, dass der Sterbeprozess durch die Organentnahme auf keinen Fall beschleunigt, also der Tod des Organismus

---

<sup>1</sup> Vgl. Bondolfi, Alberto: Transplantationsmedizin in der ethischen Diskussion. Ein Versuch einer vorläufigen Bilanz. In: Münk, Hans J. (Hg.): Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext. Freiburg, Schweiz: Paulusverlag, 2002, 60

<sup>2</sup> Vgl. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz/Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland: Organtransplantation. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Bonn/Hannover: 1990, 8

<sup>3</sup> Vgl. Gutmann, Thomas: Donation after Circulatory Determination of Death: Regelungsoptionen. In: Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion. O.O.: Verlag Österreich, 2016, 182

schneller herbeigeführt wird.<sup>4</sup> Daher ist es das oberste Gebot, den Tod vor einer Explantation so sicher wie möglich festzustellen.

Für die Totenspende gibt es zwei verschiedene Modelle für die Einverständniserklärung des Organspenders:<sup>5</sup>

In Österreich zum Beispiel ist die Widerspruchslösung Praxis: Sie besagt, dass eine Organspende immer zulässig ist, sofern der Spender nicht zu Lebzeiten seinen Widerspruch gegen eine Spende erklärt hat.

Die Zustimmungslösung, wie sie in Deutschland praktiziert wird, verlangt eine zu Lebzeiten vom Spender verfasste Erklärung für dessen Zustimmung. Liegt eine solche Erklärung nicht vor, ist es Aufgabe der Angehörigen über eine Spende, nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen, zu entscheiden.

## 2. Todesfeststellung

### 2.1. Geschichte der Todeskonzepte

Die Geschichte der Todeskonzepte spielt zum Verständnis der Debatte um das Hirntodkriterium durchaus eine wichtige Rolle.

In der Geschichte der Menschheit gab es immer wieder Diskussionen über den Todeszeitpunkt des Menschen und über die Kriterien, die einen Menschen als sicher tot beschreiben. Die Menschen versuchten, den Tod eindeutig zu definieren. Als Beispiel ist hier Aristoteles zu nennen, der glaubte, ein Mensch sei tot, wenn er beginne, auszutrocknen und auszukühlen. Auch Galen glaubte, dass sich der Tod eines Menschen anhand der Auskühlung am sichersten bemerkbar mache. Paracelsus kritisierte diese

---

<sup>4</sup> Vgl. Kreß, Hartmut: Das Hirntodkriterium in seiner Abhängigkeit von theologischen und kulturellen Vorentscheidungen. Mit einem Ausblick auf die Frage der Organentnahme bei Kindern. In: Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion. O.O.: Verlag Österreich, 2016, 99

<sup>5</sup> Vgl. Henne-Bruns, Doris: Klinische und ethische Probleme der Organtransplantation. In: Münk, Hans J. (Hg.): Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext. Freiburg, Schweiz: Paulusverlag, 2002, 33



vagen und unzuverlässigen Anhaltspunkte heftig, die selbst im 16. Jahrhundert noch sehr verbreitet waren. Eine definitive Todesfeststellung war nötig, um die zu Paracelsus' Zeit häufigen Scheintoten zu vermeiden. Als Folge entstanden zum Teil sehr strenge Kriterien: Todeszeichen wie zum Beispiel der Verwesungsgeruch oder die Grünfärbung der Haut mussten sichtbar sein, um einen Toten wirklich für tot zu erklären.<sup>6</sup> Dies zeigt, dass Puls-, Atem- und Kreislaufstillstand, die lange Zeit als ausreichend zur Determination des Todes galten, nicht genügten, um den Tod eindeutig zu diagnostizieren.

Mit Hilfe der Entwicklung der Intubationsbeatmung ergab sich die Möglichkeit, den Patienten im "coma dépassé"<sup>7</sup> zu halten. Dieser Begriff bzw. diese Bezeichnung wurde 1959 von den französischen Neurologen Pierre Mollaret und Maurice Goulon geprägt. Hierbei handelt es sich um ein Koma, das jenseits des bisher bekannten Komas liegt, da das Gehirn schon nicht mehr funktioniert.<sup>8</sup> Der Rest des Körpers wird maschinell und medikamentös am Leben erhalten. Im Falle einer Beendigung der Beatmung und eines Absetzens der Kreislauf-erhaltenden Medikamente würde der Tod aber innerhalb kürzester Zeit eintreten.

Die Begriffe Koma und Tod schließen einander allerdings aus, was also bedeutet, dass Mollaret und Goulon den Hirntod noch nicht als eine Form des Todes verstanden.<sup>9</sup>

1968 veröffentlichte ein Ad hoc committee<sup>10</sup> der Harvard Universität in Boston einen Artikel, dessen Ziel es war, das coma dépassé, also den Hirntod, als neues

---

<sup>6</sup> Vgl. Münk, Hans J.: Das Ganzhirntodkriterium (HTK) in der theologisch-ethischen Diskussion um die Transplantationsmedizin (TPM) – Forschungsbericht zur Rezeption des HTK in der deutschsprachigen theologischen Ethik. In: Münk, Hans J. (Hg.): Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext. Freiburg, Schweiz: Paulusverlag, 2002, 109

<sup>7</sup> Vgl. Jox, Ralf J.: Hirntod und Hirntodkonzepte – zum Stand der medizinischen Debatte. In: Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion. O.O.: Verlag Österreich, 2016, 33

<sup>8</sup> Vgl. Münk (2002), 111

<sup>9</sup> Vgl. Jox (2016), 33

<sup>10</sup> Ein Ad hoc Committee ist ein Komitee, das sich mit einer speziellen Problemstellung beschäftigt und dessen Ziel es ist, einen Lösungsvorschlag auszuarbeiten. Jox spricht auf S. 34 auch von einer „Expertenkommission“.

Todeskriterium einzuführen.<sup>11</sup> Zur Begründung führte das Komitee einerseits die hohe Belastung der Intensiv-Mediziner an, als auch, dass durch die Komapatienten dringend nötige Betten auf Intensiv-Stationen belegt sind, durch Patienten, die nur mithilfe von maschineller Beatmung am Leben gehalten werden. Weiters stand das Argument im Vordergrund, dass durch das Hirntodkriterium mehr und vor allem auch schneller Organe zur Verfügung stehen. Wenn das Hirntodkriterium also ein anerkanntes Todeskriterium ist, wird bei einer Explantation infolge der Hirntoddiagnose auch die Dead Donor Rule nicht verletzt.<sup>12</sup>

In den USA ist der Ganzhirntod seit 1981 rechtlich als Todeskriterium festgelegt.<sup>13</sup>

## 2.2. Das Sterben als Prozess

Das Sterben ist ein Prozess, der im Tod vollendet wird.<sup>14</sup> Dieser Prozess wird von bestimmten Ereignissen gekennzeichnet.

“Zu Beginn” handelt es sich noch um einen lebendigen Menschen. Doch sobald Atem- und Herzstillstand einsetzen, beginnt das Sterben. Verzichtet man auf eine Reanimation, folgt auf den Herz-Kreislauf-Stillstand eine irreversible Bewusstlosigkeit, die Großhirnfunktion ist zu diesem Zeitpunkt also irreversibel erloschen. Darauf folgt der Verlust der Gesamthirnfunktion. Das hat zur Konsequenz, dass nun Herz und Kreislauf irreversibel stillstehen, sofern auf die Reanimation verzichtet wurde und Herz und Kreislauf nicht schon vorher aussetzten. Aufgrund der fehlenden Sauerstoffzufuhr wird die Funktion der Organe auch bald gestoppt. Und schlussendlich beginnt die Zersetzung des Körpers.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> Vgl. Jox (2016), 33

<sup>12</sup> Vgl. Jox (2016), 46

<sup>13</sup> Vgl. Jox (2016), 35

<sup>14</sup> Vgl. Körtner, Ulrich H.J.: Organspende nach irreversiblen Herz-Kreislaufstillstand aus medizinethischer Sicht. In: Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion. O.O.: Verlag Österreich, 2016, 195

<sup>15</sup> Vgl. Jox (2016), 40

Dies zeigt deutlich, dass der Hirntod nur einen Teil des Sterbens repräsentiert.

Ralf Jox stellt im Sammelband *Organtransplantation, Zum Stand der Diskussionen* folgende Frage:

„Wo liegt (dann) die Grenze zwischen Leben und Tod, wann ist der Todeseintritt vernünftigerweise anzunehmen?“<sup>16</sup>

Jox setzt hier so an: Der Lauf der Natur kennt keine Einschnitte oder Zeitpunkte, alles verläuft als Prozess. Nun fordert die Medizin aber eine solche Zäsur, die den Todeszeitpunkt markiert.

### 2.3. Hirntod

Zu Beginn dieses Unterkapitels muss darauf hingewiesen werden, dass die Bezeichnung „Hirntod“ irreführend ist: Erstens handelt es sich bei dieser Art der Todesfeststellung nämlich nur um *eine* Art der Todesfeststellung (siehe 2.2.), wohingegen die Zusammensetzung aus den Worten „Hirn“ und „Tod“ den Anschein hat, es handle sich um eine *Art des Todes* selbst. Darüber hinaus impliziert der Begriff, dass das gesamte Gehirn abgestorben ist, der übrige Organismus aber noch „funktioniert“.<sup>17</sup> Beide Annahmen sind nicht gänzlich korrekt, wie sich im Laufe dieses Unterkapitels herausstellen wird. Eine medizinisch korrekte Bezeichnung lautete *irreversibler Hirnfunktionsausfall*.<sup>18</sup>

Der Einfachheit halber werde ich in weiterer Folge jedoch die Bezeichnung *Hirntod* verwenden.

Den Begriff *Hirntod* verwendete als erster der französische Physiologe Xavier Bichat im 18. Jahrhundert. Bichats Ziel war, zu zeigen, dass der Herztod unabhängig vom Hirntod

---

<sup>16</sup> Vgl. Jox (2016), 40

<sup>17</sup> Vgl. Jox (2016), 30

<sup>18</sup> Vgl. Stoecker, Ralf: Das Hirntodproblem. In: Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*. O.O.: Verlag Österreich, 2016, 77

vor sich geht. Er sah im Hirn noch nicht den Ursprung des menschlichen Wesens und damit im Hirntod auch nicht den Tod des Menschen. Daraus geht hervor, dass sich Bichat der Tragweite des Begriffs noch nicht bewusst war.<sup>19</sup>

Bedeutung erlangte das Hirntodkriterium erst Mitte des letzten Jahrhunderts. Natürlich spielten hier die Anfänge der Organtransplantation eine wichtige Rolle. (Im Jahr 1954 wurde die erste Niere erfolgreich verpflanzt.)<sup>20</sup> Sie gaben dem Hirntod eine ganz neue Bedeutung: Der zunehmende Bedarf an Organen konnte nun rascher gedeckt werden.<sup>21</sup>

Dies stellte Medizin und Ethik allerdings vor neue Herausforderungen: Ist der Hirntod allein ausreichend, um eine Person für tot zu erklären?

Aus medizinischer Sicht passiert beim Absterben des Gehirns folgendes:

Der Hirntod entsteht aufgrund steigenden Drucks im Gehirn: Wenn der Hirndruck aufgrund einer Verletzung oder einer Blutung im Gehirn und der damit verbundenen Hirnschwellung größer als der Blutdruck wird, endet der Hirnkreislauf. Das Gehirn funktioniert nicht mehr, wobei einige Subfunktionen noch vorhanden sind, die allerdings nicht ausschlaggebend sind.<sup>22</sup> Die deutsche Bundesärztekammer beschreibt den Hirntod folgendermaßen: ein *“Zustand des irreversibel Erloschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes durch kontrollierte Beatmung künstlich noch aufrechterhaltener Herz-Kreislauffunktion”*.<sup>23</sup>

*„Mit dem Eintreten des Hirntodes sind folgende Bereiche unwiederbringlich nicht mehr vorhanden:*

- *das gesamte Verhalten,*

---

<sup>19</sup> Vgl. Müller, Sigrid/Birgit Rath: Sterben und Todesfeststellung in der Medizingeschichte. In: Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion. O.O.: Verlag Österreich, 2016, 14

Vgl. zum Beispiel auch: Stoecker (2016), 77

<sup>20</sup> Vgl. Jox (2016), 32

<sup>21</sup> Vgl. Jox (2016), 34

<sup>22</sup> Vgl. Angstwurm, Heinz: Hintergründe zu den Hirntodkriterien der Bundesärztekammer. In: Niederschlag, Heribert/Ingo Proft (Hg.): Wann ist der Mensch tot? Diskussion um Hirntod, Herztod und Ganztod. Ostfildern: Matthias Grünewald Verlag der Schwabenverlag AG, 2012. 10

<sup>23</sup> Vgl. Münk (2002), 108

- *die Spontaneität, die Selbstständigkeit und die Selbsttätigkeit des Lebewesens als Ganzes,*
- *das Wachsein und das Schlafen,*
- *die zentrale Steuerung des Hormon- und des Wasserhaushaltes sowie des Blutdrucks und des Kreislaufs, die eigene Atmung einschließlich ihrer Anpassung an äußere und innere Bedingungen,*
- *die selbstständige Fortpflanzung,*
- *die Zusammenfassung und Vereinheitlichung der einzelnen Körperfunktionen und ihrer Wechselbeziehung zum Ganzen, zur Einheit als Lebewesen.*<sup>24</sup>

Dies bedeutet, dass alle individuellen, persönlichen Eigenschaften eines Menschen mit dem Hirntod verschwinden. Ein Organismus ohne funktionstüchtiges Gehirn, also ohne eine integrierende, übergeordnete Einheit ist nicht überlebensfähig.<sup>25</sup> Stünde die moderne Technik nicht zur Verfügung, würden die übrigen Organe nur kurze Zeit nach dem Hirntod ebenfalls absterben. Dies verwenden die Befürworter des Hirntodkriteriums als ihr stärkstes Argument: der „*Sitz der Geistigkeit*“<sup>26</sup> ist ausgelöscht.

Jedoch muss angeführt werden, dass bestimmte Fähigkeiten, die nur lebendige Wesen aufweisen, trotz Fehlen der übergeordneten Schaltstelle noch vorhanden sind: Wenn Zwischenhirn und Hirnstamm teilweise noch intakt sind, was durchaus nicht abwegig ist, können in manchen Fällen das Hormonsystem, der Verdauungsapparat, die Blutbildung und sogar Temperaturkontrolle und Kreislauf weiterhin funktionieren. Darüber hinaus gibt es auch Einzelfälle, in denen hirntote Schwangere maschinell so unterstützt wurden, teils über mehrere Wochen hindurch, so dass die Babys lebend entbunden werden konnten (zum Beispiel das „Stuttgarter Baby“, bei dem eine hirntote

---

<sup>24</sup> Angstwurm (2012), 12

<sup>25</sup> Vgl. Erklärung (1990), 18

<sup>26</sup> Vgl. Münk (2002), 108

Frau mit intensivmedizinischer Unterstützung ein Kind austragen konnte).<sup>27</sup>

Die technischen Errungenschaften im intensiv-medizinischen Bereich zogen jedoch nicht nur Verbesserungen für die Transplantationschirurgie nach sich, sie stellten die Wissenschaft auch vor neue Probleme bezüglich des Todeseintritts: Die Grenze zwischen natürlich und künstlich im Todesablauf wurde nun fließend.<sup>28</sup> Gibt es für Intensivmediziner nun eine Berechtigung oder sogar eine Pflicht, die Behandlung abubrechen, wenn ein Patient nur noch durch künstliche Beatmung “am Leben” gehalten wird? Ist als Begründung für ein Abstellen der Maschinen ausreichend, dass der Patient schon längst hirntot ist?

Eine weitere Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist die nach der Euthanasie: Leistet eine Ärztin, ein Arzt durch Beendigung der maschinellen Beatmung aktiv Sterbehilfe? Oder kann man in einem Fall von bereits eingesetztem Hirntod nicht mehr von Tötung sprechen, auch wenn ein Hirntoter noch ein Sterbender ist? Denn akzeptiert man das Hirntodkriterium nun als Todeskriterium, wird aus dem sterbenden Menschen plötzlich nur durch die Tatsache des diagnostizierten Hirntods ein Toter.

Für manche Experten ist nicht einmal der Ganzhirntod, also der Tod von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm notwendig, um einen Menschen für tot zu erklären, da sich die Persönlichkeit allein in der Großhirnrinde, also im Kortex, befindet.<sup>29</sup> Wenn also nur dieser eine Teil des Gehirns irreversibel zerstört ist, wäre dies sowohl aus theologisch-ethischer Sicht als auch aus medizinischer Sicht ausreichend, um eine Explantation vorzunehmen?

Damit das behandelnde Ärzte-Team auf jeden Fall rechtlich abgesichert ist bei der Todesfeststellung, müssen immer zwei unabhängige Ärzt/innen den Hirntod diagnostizieren. Des Weiteren dürfen die Transplantationschirurg/innen nicht an der

---

<sup>27</sup> Vgl. Hiemetzberger, Martina: Hirntod und Organentnahme aus Sicht der Pflege. In: Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion. O.O.: Verlag Österreich, 2016, 129

<sup>28</sup> Vgl. Münk (2002), 110

<sup>29</sup> Jox (2016), 45

Todesfeststellung beteiligt sein.<sup>30</sup> Der Herzchirurg Felix Unger<sup>31</sup> weist außerdem darauf hin, dass sich das Eintreten des Hirntodes durch exakt beschriebene Vorgänge bemerkbar macht: Unger führt hier zum Beispiel das Nulllinien-EEG an, den „Diabetes insipidus“ (eine außerordentlich große Harnflut) oder auch das Sinken der Körpertemperatur.<sup>32</sup> Alle die hier angeführten Punkte sind sichere Kriterien für den Eintritt des *Coma egressum* (von *egredi* = lat. hinausgehen). Ist dieses *Coma egressum* erreicht, so Unger, wird die Person nicht mehr zurückkehren. Ab diesem Zeitpunkt sind Ärzteteams berechtigt, Organe zu entnehmen.

Zusätzlich zur medizinischen Kontroverse rund um den Hirntod gibt es noch eine menschliche, intuitive Komponente: Für die Angehörigen erscheint ein Hirntoter einfach nicht wie ein Leichnam. Das Herz schlägt noch, die Haut ist rosig und warm, es sind sogar noch Atemgeräusche, Atembewegungen und Herzschlag vorhanden. Vereinzelt reagieren die Hirntoten noch auf Reize, ihre Reflexe sind noch vorhanden und die Glieder noch beweglich.<sup>33</sup> Dieses Bild, das so gar nicht mit dem eines Leichnams zu vereinbaren ist, stellt oft das größte Hindernis bei der Entscheidung der Angehörigen für eine Zustimmung zur Explantation nach Hirntod dar.

Definiert sich der Mensch als ein rationales Wesen nur durch seine Denkleistung? Spielt der physiologische Aufbau für die menschliche Identität keine Rolle?

---

<sup>30</sup> Vgl. Erklärung (1990), 17; Vgl. zum Beispiel auch Hetz, Hubert: Organspende nach Kreislaufftod: Donation after Circulatory Determination of Death“ (DCD). In: Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion. O.O.: Verlag Österreich, 2016, 174

<sup>31</sup> Alle in dieser Arbeit nach Felix Unger zitierten Stellen stammen aus einem Interview mit Herrn Prof. Unger, das ich am 14. November 2016 geführt habe. Das Interview ist ab S.38 nachzulesen.

<sup>32</sup> Vgl. zum Beispiel auch: Henne-Bruns (2002), 31

<sup>33</sup> Vgl. Jox (2016), 44

## 2.4. Non-heart-beating donors

Bei Spenden nach Einsetzen des Herz-Kreislauf-Stillstandes ist in Österreich die Regelung folgendermaßen:<sup>34</sup> Wenn die Herzfunktion nach 10 Minuten (bei einer normalen Körpertemperatur von ungefähr 34° Celsius) nicht wiederhergestellt ist, dürfen Organe entnommen werden. Dies ist allerdings nur vertretbar, wenn der Sterbende in einer Patientenverfügung dezidiert erklärt hat, dass im Falle eines Herzstillstandes keine Reanimation durchgeführt werden soll, da bei einem reversiblen Herzstillstand die Gehirnfunktion ja noch gegeben ist. Ansonsten ist unsicher, ob der “endgültige” Tod allein durch die Organentnahme herbeigeführt wurde.<sup>35</sup>

Es ist daher aus ethischer Sicht eher vertretbar, eine Explantation nur durchzuführen, wenn der Herzstillstand “*flankiert wird von einer Hirntodfeststellung*” (dies ist in der Schweiz die gängige Praxis).<sup>36</sup>

Kritik an diesem Konzept üben vor allem neurologische Verbände, zum Beispiel die *Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie*. Ihre Mitglieder weisen darauf hin, dass das Gehirn auch nach zehnminütigem Herz- Kreislauf-Stillstand noch nicht irreversibel zerstört sein muss, auch wenn sich einige Ausfallsymptome bereits nachweisen lassen. Das Konzept berge ein sehr hohes Risiko von Fehldiagnosen, weshalb die „non-heart-beating-donation“ strikt abzulehnen sei.<sup>37</sup>

Auch der *Deutsche Ethikrat* spricht sich gegen die „non-heart-beating-donation“ aus. Einerseits aus dem oben genannten Grund, zweitens, da die Angehörigen oft in Bedrängnis kommen, wenn sie entscheiden müssen, ob die Therapie vorzeitig abgebrochen werden soll. Außerdem lassen die Sicherstellung der Qualität der Transplantate und der damit verbundene Zeitdruck kaum Möglichkeiten eines spirituellen Abschiedes oder psychologischen Beistandes zu. Dagegen hält eine

---

<sup>34</sup> Vgl. Körtner (2016), 199

<sup>35</sup> Vgl. Bruckmüller, Karin: Hirntod und Organentnahme aus medizin(straf)rechtlicher Sicht. In: Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion. O.O.: Verlag Österreich, 2016.

<sup>36</sup> Vgl. Körtner (2016), 202

<sup>37</sup> Vgl. Körtner (2016), 201



Minderheit des Ethikrates, dass gerade dieses Verfahren mehr Zeit für die Auseinandersetzung der Angehörigen mit dem Sterben zulassen. Vor allem liebe es mehr „Natürlichkeit“ im Sterbeprozess zu.<sup>38</sup> Eine einheitliche Stellungnahme äußerte der Ethikrat noch nicht.

## 2.5. Umgehen des Hirntodkriteriums?

Die Kontroversen um das Hirntodkriterium und die „non-heart-beating-donation“ stehen also einer geregelten, im Allgemeinen anerkannten Lösung um das Problem des Todeszeitpunkts im Weg. Entscheidet man sich gegen das Hirntodkriterium, da es die Dead Donor Rule verletzt, wäre die fatale Konsequenz, dass nun nur mehr Nieren und nicht lebensnotwendige Organe gespendet werden könnten. Bei einer „non-heart-beating-donation“ können Organe wie Lunge oder Bauchspeicheldrüse nicht mehr verwendet werden, da die Qualität der Transplantate bereits kurz nach dem Herzstillstand für eine Implantation zu gering ist. Darunter würden in der Folge viele Menschen leiden, die zum Beispiel akut einer neuen Lunge bedürfen, oft auch in noch sehr jungem Alter.<sup>39</sup>

Als einzigen Ausweg sieht Ralf Jox, die Dead Donor Rule abzuschaffen.<sup>40</sup> Demnach wäre es die freie Entscheidung des Sterbenden, dass die Todesursache die Explantation der Spenderorgane ist. Dadurch hätten die explantierten Organe sogar noch höhere Qualität als die nach dem Hirntod explantierten Organe.<sup>41</sup> Voraussetzung hierfür wäre jedoch die Selbstbestimmung des Lebensendes des Patienten, da es hier ja um nicht mehr um die Zeit „nach dem Tod“ ginge. Die Widerspruchslösung wäre im Fall der Abschaffung der Dead Donor Rule ethisch nicht vertretbar.<sup>42</sup>

Damit sind zwar nicht die ethischen Probleme und Fragen gelöst, es würde aber eine neue rechtliche Grundlage für die Debatte rund um die Organtransplantation geschaffen.

---

<sup>38</sup> Vgl. Körtner (2016), 202

<sup>39</sup> Vgl. Jox (2016), 45

<sup>40</sup> Vgl. Jox (2016), 46

<sup>41</sup> Vgl. Jox (2016), 46

<sup>42</sup> Vgl. Gutmann (2016), 190f

Die Konsequenz wäre allerdings, dass damit der Tod durch Organspende zur gängigen Praxis würde. Dem könnte man jedoch dadurch entgegenwirken, dass alle potentiellen Organspender ausreichend aufgeklärt und informiert werden. Dies ließe ein pietätvolles Sterben zu trotz der Tatsache, dass der endgültige Todeseintritt nur aufgrund der Organspende vonstattengeht.<sup>43</sup>

Der Ethikrat des US-Präsidenten, *The President's Council of Bioethics*, publizierte 2008 ein White Paper mit dem Titel „Controversies in the Determination of Death“, das versucht, den Hirntod mit neuen, stichhaltigeren Argumenten zu stützen.<sup>44</sup>

Im White Paper wird argumentiert, dass die offensichtlichen Lebenszeichen (eben Heben und Senken der Brust bei der Atmung, rosige und warme Haut usw.) eines Hirntoten nur durch die technische Unterstützung der Vitalfunktionen sichtbar werden.<sup>45</sup> Ein schlagendes Herz sowie Atembewegungen, die beide nur Produkte der maschinellen Beatmung sind, können, so im White Paper, nicht als Vitalfunktionen angesehen werden.<sup>46</sup> Weiters heißt es, dass diese zwei Punkte nur einen Teil der Argumentation für den Hirntod darstellen: Es müssen darüber hinaus noch andere Bedingungen erfüllt sein. Generell müssen lebensstiftende Körperfunktionen funktionsuntüchtig sein und das irreversibel.

Das White Paper stellt vier Forderungen,<sup>47</sup> die *alle* zur Diagnose des Hirntodes erfüllt sein müssen:

1. Der Patient muss eine dokumentierte Krankengeschichte haben, die beweist, dass der Ausfall der Vitalfunktionen nicht vorübergehend durch eine Unterkühlung oder durch den Missbrauch von Drogen hervorgerufen wurde.
2. Es muss verifiziert sein, dass der Patient in einem Koma liegt, völlig teilnahmslos und unempfindlich für jeden Reiz.
3. Der Patient zeigt keinerlei Reflexe.

---

<sup>43</sup> Vgl. Jox (2016), 46

<sup>44</sup> Vgl. Jox (2016), 44

<sup>45</sup> Vgl. Controversies in the Determination of Death. A White Paper of the President's Council on Bioethics. 2008 (<https://de.scribd.com/document/12336356/President-s-Council-of-Bioethics-Controversies-in-the-Determination-of-Death>) (letzter Zugriff: 10.1.17)), 21

<sup>46</sup> Vgl. White Paper (2008), 29

<sup>47</sup> Vgl. White Paper (2008), 54f

4. Der Patient ist unfähig (von selbst) zu atmen während eines Apnoetestes (Atemstillstandtestes).

Zur endgültigen Diagnose müssen alle Kriterien im Abstand von einigen Stunden erneut erfüllt sein.

### 3. Leben, Sterben und Tod im christlichen Verständnis

#### 3.1. Sicht der katholischen Dogmatik

##### Leben

Nach dem *Katechismus der Katholischen Kirche* war es der freie Wille Gottes, den Menschen zu erschaffen, damit dieser auf der Erde am Glück und der Vollkommenheit Gottes teilhaben kann. Gott ist dem Menschen immer und überall nahe und hilft ihm bei dem schwierigen Prozess der Suche nach und Erkenntnis von Gott. Er hilft, dem Ruf Christi zu folgen, dem der Mensch unbedingt in Freiheit nachkommen muss, um so von der Liebe Jesu Christi erfüllt zu werden.<sup>48</sup>

##### Sterben und Tod

In der Pastoralkonstitution *Gaudium et spes*, Kapitel 18, heißt es:

*„Angesichts des Todes wird das Rätsel des menschlichen Daseins am größten.“*

Denn einerseits ist es der natürliche Lauf der Dinge, irgendwann zu sterben, andererseits ist der Tod im christlich-religiösen Kontext die Konsequenz der Sünde. Der Tod ist nach der Lehre der katholischen Kirche allein deshalb in die Welt gekommen, weil der Mensch gesündigt hat. Obwohl der Mensch sterblich ist, hatte Gott als Schöpfer das Sterben des Menschen nicht vorgesehen.

---

<sup>48</sup> Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche. Deutsche Ausgabe: München, Oldenburg Verlag, 1993, 38, Absatz 1

Im zweiten Korintherbrief schreibt Paulus, dass der Christ mit Christus sterben muss, um mit ihm aufzuerstehen (2 Kor 5,8). Diejenigen, die in der Gnade Christi sterben, werden mit dem Tod hineingenommen in den Tod des Herrn selbst, um so auch an seiner Auferstehung teilzuhaben.<sup>49</sup> Im Römerbrief beschreibt Paulus Christus außerdem als lebenspendende Kraft in uns (Röm 8,11). Er benennt drei wichtige Gedanken: Erstens steht der Geist Gottes in sehr enger Verbindung mit der Auferstehung Christi. Zweitens wohnt dieser Geist in jedem Christen, jeder Christin. Drittens ist Gott allein fähig, den Menschen vom Tode aufzuerwecken. Gott erweckt die Toten und schafft Leben, er erwirkt eine Verlebendigung aus dem Inneren des Menschen selbst.<sup>50</sup> Christus hat den Tod umgewandelt, durch Christus bekam der Tod einen positiven Sinn. Der Fluch des Todes wurde in einen Segen umgewandelt durch den Gehorsam Jesu gegenüber dem Willen des Vaters.<sup>51</sup>

Nun drängt sich folgende Frage auf: Wenn Gott das Ende eines Lebens „geplant“ hat, darf der Mensch dann eingreifen und dieses Leben verlängern? Christen sehen im Tod den Willen Gottes und nicht nur das Schicksal, das von Anfang an bestimmt ist. Er ist die Pforte zum ewigen Leben im Paradies, das christliche Ziel des Lebens. Gleichzeitig gibt es im Christentum die tröstende Vorstellung, dass es ein Leben nach dem Tod gibt, ein Leben bei Gott. Doch trotzdem sind auch Christen nicht vor der Angst vor dem Tod gefeit.

Professor Unger beantwortet die Frage folgendermaßen:

*„Meiner Meinung nach stellt man sich nicht gegen den lieben Gott, geschweige denn entgegen der Gottesnatur. Im Gegenteil: Was man tut [die Organtransplantation oder in Ungers Fall die Implantation eines künstlichen Herzens], geschieht in großer Demut vor der Natur und auch im Sinne der Barmherzigkeit. Wenn also jemand schwer leidet, muss man im Sinne der*

---

<sup>49</sup> Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (1993), 288, Absatz 1005

<sup>50</sup> Vgl. Nocke, Franz-Josef: L. Eschatologie. In: Schneider, Theodor (Hg.): Handbuch der Dogmatik, Band 2. Düsseldorf: Patmos-Verlag, 1992, 432

<sup>51</sup> Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (1993), 289, Absatz 1009

*Barmherzigkeit etwas dagegen unternehmen.*

*Jedoch ist das oberste Gebot des Lebens das Leben selbst, es ist die Schöpfung. Alles, das wir tun, ist in Demut zu tun.“*

Für Paulus relativiert sich die Grenze des physischen Todes durch die Verbundenheit der Gläubigen mit Christus, dem Lebensspender. Das physische Leben und Sterben wird zweitrangig, da das Leben mit Christus eine weitaus größere Wirklichkeit ist.<sup>52</sup>

### 3.2. Sicht der evangelischen Kirche<sup>53</sup>

#### Leben

Das Leben ist das höchste Geschenk Gottes an den Menschen, im Mittelpunkt (besonders des Alten Testaments) steht nicht der Tod, sondern das Leben. Eine Beziehung zwischen Gott und dem Menschen entsteht dadurch, dass Gott Leben stiftet und darüber hinaus seine schützende Hand darüberlegt. Ein langes Leben scheint also als Segen, ein kurzes jedoch als gewaltsamer Schlussstrich.

#### Sterben und Tod

Der *Evangelische Erwachsenen Katechismus* beleuchtet zwei Seiten des Todes: Einerseits ist er der *Diener* Gottes durch seine „Aufgabe“, das Leben an ein Ende zu führen. Andererseits ist er jedoch Gottes letzter *Feind*. Durch seinen Tod konnte Jesus Christus dem Tod seine Macht entreißen, nicht aber seine Bitterkeit.

Die oben erwähnte Beziehung Gottes zum Menschen wird durch den Tod aufgehoben, denn der Tote ist ohne jegliche Beziehung, er ist einsam. Diese Beziehungslosigkeit bewirkt eine Art komplette Trennung von Gott. Was den Tod in weiterer Folge so schrecklich macht ist, dass der Mensch Gott nicht mehr preisen und ehren kann.

---

<sup>52</sup> Vgl. Nocke (1992), 432

<sup>53</sup> In diesem Abschnitt zitiere ich, sofern nicht anders angegeben, aus: Geschäftsführer der Katechismuskommision der VELKD (Hg.): *Evangelischer Erwachsenen Katechismus. glauben erkennen leben*. Gütersloher Verlagshaus, 72006. 784 - 787

### 3.3. Die katholische Theologie in Bezug auf das Hirntodkriterium

Im Zuge der Debatte um eine eindeutige Todesdefinition wurde Papst Pius XII. im Jahr 1957 seitens der Medizin – unabhängig vom Hirntodkriterium – um eine Beschreibung des Todes aus Sicht der Theologie ersucht. Papst Pius antwortete, dass es die Aufgabe der Medizin sei, den Tod bzw. den Todeszeitpunkt zu definieren.<sup>54</sup> Damit wich er einer klaren, theologischen Definition aus.

Papst Johannes Paul II. betonte in einer Ansprache zum 18. Kongress der Internationalen Transplantationsgesellschaft im Jahr 2000, dass eine exakte Anwendung der Hirntoddiagnostik in keinerlei Widerspruch zu einer „vernunftgemäßen Anthropologie“ stünde. Daher könne ein Arzt

*„dieses Kriterium in jedem Einzelfall als Grundlage anwenden, um jene Gewissheit in der ethischen Beurteilung zu erlangen, den die Morallehre als moralische Gewissheit bezeichnet“.*<sup>55</sup>

Nach katholischer Vorstellung geschieht im Tod die Trennung von Leib und Seele.<sup>56</sup> Nach logischer Überlegung könnte man diese Trennung durchaus als Rechtfertigung für das Hirntodkriterium sehen: Denn wenn der Ganzhirntod eingetreten ist, dann handelt es sich beim Sterbenden nun um einen persönlichkeitslosen Körper, wie oben beschrieben. Das könnte bedeuten, dass die Trennung von Leib und Seele mit dem Ganzhirntod vollzogen ist. Die katholische Seelenlehre nach Thomas von Aquin stützt dadurch das Hirntodkriterium. Auf die Seelenlehre berufen sich katholische Theologen, die das Hirntodkriterium befürworten. Sie verweisen auf das White Paper von 2008 des *President's Council on Bioethics*, das definiert, dass mit dem Hirntod die intrinsischen Fähigkeiten des Körpers erlöschen (siehe 2.5.).<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> Vgl. Angstwurm (2012), 14

<sup>55</sup> Vgl. Angstwurm (2012), 15 zit. n. L'Osservatore Romano, Wochenausgabe in deutscher Sprache, 30: Nr.37, 15. September 2000, 7f

<sup>56</sup> Vgl. Kreß (2016), 101

<sup>57</sup> Vgl. Kreß (2016), 107

Trotzdem steht in der katholischen Theologie der Lebensschutz, der mit der Befruchtung beginnt, an erster Stelle. Einige katholische Theologen sehen in der Organentnahme nach dem Hirntod das Töten von unschuldigem Leben. Darüber hinaus weisen sie dezidiert darauf hin, dass allein Gott die Macht besitzt, über Leben und Tod zu entscheiden. Das menschliche Leben sei als Leihgabe, als Geschenk Gottes zu sehen. Außerdem statuieren besonders radikale katholische Kritiker des Hirntodkriteriums, dass eine Explantation nach Eintreten des Hirntodes ein „bewusstes“ Sterben im Kontext des christlichen Glaubens (siehe 3.1.) verhindere.<sup>58</sup>

### 3.4. Die evangelische Theologie in Bezug auf das Hirntodkriterium

#### Der Mensch als Beziehungswesen

Der evangelische Dogmatiker Karl Barth schreibt, dass ein Mensch in keiner Weise isoliert verstanden werden darf, sondern als ein Wesen in Beziehung mit Gott und den Mitmenschen gesehen werden muss. Der Mensch definiert sich also ausschließlich aufgrund seiner Beziehungen, die Beziehung zu Gott ist dabei jedoch weitaus wichtiger als die zu den Mitmenschen. Aufgrund dieser Beziehungsebene büßt der Mensch individuelle Selbstbestimmungsrechte ein. Im Gegensatz zur Selbstbestimmung sollten daher, im Fall einer Entscheidung über eine mögliche Organtransplantation, vielmehr die Meinungen der Angehörigen zum Tragen kommen.

Barth stützt dieses Argument weiter dadurch, dass auch die Gottebenbildlichkeit des Menschen nur in Form seiner zwischenmenschlichen Beziehungen gegeben ist. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Trinität Gottes aus Gott Vater, Gott Sohn und Gott Heiligem Geist.<sup>59</sup>

Dieser Standpunkt hat eine strikte Ablehnung des Hirntodkriteriums zur Folge, da der Hirntote wie bereits geschildert noch überaus lebendig wirkt (warme Haut, rosige Hautfarbe, Atembewegungen etc.). Eine Organentnahme sei also aufgrund der subjektiven Sinneswahrnehmung der Angehörigen sowie des Krankenpersonals zu

---

<sup>58</sup> Vgl. Kreß (2016), 105f

<sup>59</sup> Vgl. Kreß (2016), 104, zit. n. Karl Barth: *Die Kirchliche Dogmatik* Bd II/2 (1932 ff) 5666, 574f

unterlassen.<sup>60</sup> Eine derartige Position ist insofern in Frage zu stellen, als sie subjektiven Wahrnehmungen den Vorrang vor objektiven Untersuchungsverfahren und Diagnosen gibt.

Eine andere Auslegung der Theorie vom Menschen als Beziehungswesen führt zu einer völlig gegensätzlichen Position: Denn auch ein potentieller Organspender steht gewissermaßen in einer Beziehung zu den Organempfängern. Deren „Hilferuf“ würde für den Spender nahezu eine Art Zwang zur Spende bedeuten.

Um diesen Ansatz zu resümieren sollte man anmerken, dass der Mensch weder als rein individuell noch allein im Zusammenhang seiner Beziehungen gesehen werden sollte. Kreß erklärt dies folgendermaßen:

*„Eine überdehnte relationale Anthropologie läuft Gefahr, das In-Beziehung-Sein des Menschen derartig einseitig zu betonen, dass der Einzelne als Relat seiner lebensweltlichen Beziehungen gar nicht mehr ernstgenommen wird, weil er in seinen Beziehungen geradezu aufgeht bzw. er in sie hinein aufgelöst wird. Der Stellenwert menschlicher Individualität und die persönlichen Selbstbestimmungsrechte geraten vollständig in den Hintergrund.“<sup>61</sup>*

#### Ganzheitlichkeit des Menschseins

Manche evangelische Theologen argumentieren gegen das Hirntodkriterium mit der Auffassung, dass jeglicher Dualismus zwischen Körper und Geist zu vermeiden sei. Dieser Dualismus wurde dem Christentum häufig vorgeworfen. Traditionell stand der Geist im Vordergrund, die körperlichen Aspekte des Menschseins wurden hingegen sogar abgelehnt. Heute möchte man im Gegensatz dazu hervorheben, dass sowohl die mentale als auch die physische Seite des Menschen diesen ausmachen. Mit dem Hirntodkriterium würde der Mensch aber wiederum nur auf sein Bewusstsein und seine

---

<sup>60</sup> Vgl. Kreß (2016), 104

<sup>61</sup> Kreß (2016), 105



geistigen Fähigkeiten beschränkt.<sup>62</sup>

#### Lebensschutz<sup>63</sup>

Im Gegensatz zu katholischen stützen evangelische Theologen das Argument des Lebensschutzes auf andere Weise: Im Zuge des „Schutzes des Schwächsten“ liege die Aufgabe der Gesellschaft darin, den Hirntoten als Schwächsten zu beschützen. Dieses Argument gewinnt an Bedeutung, weil seine Vertreter den Hirntoten als „lebendiges Wesen“ ansehen.

## 4. Bibeltheologische Aspekte

### 4.1. Die Menschenwürde

Im christlichen Glauben ist die Würde des Menschen nicht in menschgeschaffenen Institutionen verankert, vielmehr wird sie in der Gottebenbildlichkeit des Menschen (Gen 1, 26-27) und in der Geburt Jesu Christi (Lk 2, 1-20) begründet. Nicht durch erbrachte Leistungen oder durch Taten bringt es der Mensch zur Vollendung seines Wesens. Diese ist ihm von vornherein durch Gottes guten Willen gegeben.<sup>64</sup>

Mit der Menschenwürde ist unweigerlich die Freiheit des Individuums verbunden, die in jeglicher zwischenmenschlichen Beziehung erforderlich ist. Der Einzelmensch ist als freies, verantwortliches Wesen anzuerkennen, da er Ebenbild Gottes ist.<sup>65</sup> Aus dieser Freiheit folgt, dass man in keiner Weise zu einer Spende verpflichtet ist.

---

<sup>62</sup> Vgl. Kreß (2016), 106

<sup>63</sup> Vgl. ebd., 106

<sup>64</sup> Vgl. Holzniekemper (2003), 92f

<sup>65</sup> Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (1993), 464, Absatz 1738

## 4.2. Die Goldene Regel

Im Evangelium nach Matthäus heißt es: *„Alles, was ihr wollt, dass euch die Menschen tun, das sollt auch ihr ihnen tun.“* (Mt 7, 12). Diese Grundregel findet sich in der Ethik fast aller Kulturen. Ihre allgemeine Gültigkeit ist allerdings nicht eindeutig zu beweisen, da zum Beispiel im Verhältnis des Arztes zum Patienten der Patient gar nicht die Möglichkeit hat, dem Arzt in gleicher Weise zu helfen, sofern der Patient nicht selbst auch Arzt ist. Auch ein armer Mensch muss einem ihm wohl gesinnten reichen Menschen nicht das zurückgeben, was ihm dieser gegeben hat.<sup>66</sup>

Die Goldene Regel beruht also nicht zwangsläufig auf Gegenseitigkeit, sondern fordert eine Neutralität, die jegliche egoistische Handlung ausschließt.<sup>67</sup> Sie verbietet also, der eigenen Person einen Sonderstatus einzuräumen, da man sich selbst nach ihr in keiner Weise für wichtiger oder für vorrangig halten darf. Im Fall der Organtransplantation schließt das laut Holzniekemper eine Todesdefinition zugunsten des optimalen Zustandes der Transplantate aus, da diese auf einer selbstsüchtig (seitens des Empfängers) motivierten Rechtfertigung basiere.<sup>68</sup>

Die Regel als solche ist eine universell formulierte Maxime. Dies ist die wichtigste Eigenschaft einer allgemein gültigen, sittlichen Forderung. Bei ihrer Anwendung am Beispiel der Organspende bedeutet das laut Holzniekemper, dass

*„nicht allein die Situation des Organempfängers, sondern aller Beteiligten in den Blick [genommen werden muss], was die mögliche individuelle oder selbstsüchtige Handlungsmaxime relativiert und den Grundsatz der Gleichheit aller Menschen betont.“*<sup>69</sup>

---

<sup>66</sup> Vgl. Holzniekemper (2005), 152

<sup>67</sup> Vgl. Holzniekemper (2005), 153

<sup>68</sup> Vgl. Holzniekemper (2005), 154

<sup>69</sup> Holzniekemper (2005), 154

### 4.3. Das Gebot der Nächstenliebe

*„Jesus sprach zu ihm: Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben, aus deinem ganzen Herzen, deiner ganzen Seele und deinem ganzen Denken. [...] Das zweite [Gebot] ist ihm [, dem ersten,] gleich: Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst.“ (Mt 22, 37-39)*

Das Doppelgebot der Nächstenliebe verlangt, jedem Menschen, auch dem Ärmsten, die Liebe zu erweisen, die man auch für sich selbst erwartet. Im Falle der Organspende wäre wohl der Organempfänger der Arme, dem ein potentieller Spender die Hand reichen soll. Doch kann das Gebot der Nächstenliebe nicht eins zu eins auf die Organtransplantation umgemünzt werden. Dies bekräftigt auch Professor Unger. Niemand ist zur Spende eines Organes verpflichtet, besonders auch nicht über den Tod hinaus. Denn eine solche Verpflichtung, wie Unger weiter ausführt, würde in die Seele des Spenders eingreifen.

Der deutsche Arzt und Priester Wilfried Ruff zitiert in seinem Buch „Organverpflanzung“ aus dem Jahr 1971 im Zusammenhang von Organspende und Nächstenliebe aus dem Johannesevangelium. Demnach sei die Organspende ein Akt, in dem man die „Liebe bis zum äußersten“ (Joh. 13, 34) ausdrückt.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> Vgl. Ruff, Wilfried: Organverpflanzung. Ethische Probleme aus katholischer Sicht. München: Wilhelm Goldmann Verlag, 1971, 110

## 5. Gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche Deutschland aus dem Jahr 1990<sup>71</sup>

### 5.1. Lebendspende

Grundsätzlich sind die katholische und die evangelische Kirche der Organspende, sowohl der Lebend- als auch der Totenspende, gegenüber sehr positiv gestimmt, da sie dem Leben dient.<sup>72</sup>

Allerdings gibt es moraltheologische Bedenken bezüglich einige Faktoren, die unmittelbar mit der Organspende in Zusammenhang stehen: Da wäre erstens der Organhandel, der vor allem bei Lebendspenden bedacht werden muss. Dieser ist wegen der finanziellen Komponente in jedem Fall abzulehnen: Wohlhabendere Menschen hätten dadurch natürlich deutlich größere Chancen, ein Organ zu erhalten als ärmere, was die Grundfeste der Medizin, alle Menschen gleich zu behandeln, komplett aushebeln würde. Außerdem sollte eine Spende immer freiwillig geschehen, die Entscheidung dafür oder dagegen sollte erst nach reiflicher Überlegung gefällt werden. Da man sich jedoch nie zu hundert Prozent sicher sein kann, dass die Lebendspende freiwillig stattgefunden hat, kommt allen Beteiligten eine noch höhere Verantwortung zu. Im schlimmsten Fall entsteht eine Abhängigkeit des Empfängers vom Spender, außerdem wird der Empfänger oft von großen Schuldgefühlen geplagt. Auch im Sinne des Spenderschutzes ist Organhandel zu vermeiden: Ein potentieller Spender sollte ein Organ nicht aus einer finanziellen Not heraus spenden. Dies ist in Ländern der so genannten „dritten Welt“ oft der Fall. Menschen werden einfach dazu gezwungen, unter widrigsten Umständen ihre Organe herzugeben, und gehen daher oft grausamst zugrunde.

---

<sup>71</sup> In Kapitel 5 zitiere ich, sofern nicht anders angegeben, aus: Erklärung (1990)

<sup>72</sup> Vgl. z.B. Ev. Erwachsenen Katechismus (2006), 796

In Deutschland ist die Lebendspende generell nur unter Verwandten erlaubt, um all den oben genannten Dingen vorzubeugen. Im Falle von Minderjährigen dürfen die Erziehungsberechtigten über eine mögliche Spende entscheiden, jedoch plädieren die beiden Kirchen, dass selbst Kinder nicht zu einer Spende gezwungen werden dürfen. Spenden von Ehepartner zu Ehepartner bedürfen noch größerer Kontrolle. Sie sind deswegen erlaubt, da es in einer engen Beziehung eine sehr große Belastung sein kann, nicht helfen zu dürfen.

Es wird betont, dass niemand zur Organspende gedrängt oder genötigt werden darf, da es dazu keinerlei rechtliche oder moralische Verpflichtung gibt. Nach christlicher Einstellung gegenüber dem Leben ist es durchaus erwünscht, seinen Leib als Geschenk Gottes weiterzugeben, unter Berufung auf das Gebot der Nächstenliebe. Jedoch sollte man sich seines Handelns genau bewusst sein, da man nicht beliebig über dieses Geschenk verfügen kann. Diese Tatsache verbietet natürlich, aus der Spende Gewinn zu schlagen, wobei eine Entschädigung in anderer Form durchaus angebracht ist.

## 5.2. Totenspende

Laut der Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der evangelischen Kirche Deutschland gilt für die katholische wie für die evangelische Kirche der Hirntod genauso wie der Herztod als Tod des Menschen. Diese Haltung wird wie in der medizinischen Diskussion damit begründet, dass dem Menschen „mit dem Hirntod die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt fehlt“.<sup>73</sup> Die Erklärung besagt, dass es von höchstem Stellenwert ist, dass der Hirntod so genau wie möglich diagnostiziert wird und auch den Angehörigen dargestellt wird, bevor eine mögliche Organspende ins Spiel kommt. Laut Kardinal Lehmann ist mit dem Hirntod jedoch noch lange keine Todesdefinition gegeben, vielmehr liege das Geheimnis des Todes jenseits aller erfassbaren Erfahrungen. Wiederum gilt die Feststellung des Hirntodes als sicher, da sie eng mit dem Tod des

---

<sup>73</sup> Erklärung (1990), 18

Menschen in Verbindung stehe.<sup>74</sup> Das Hirntodkriterium bildet für Lehmann eine gewisse Widersprüchlichkeit des Todes ab, einerseits das Unbegreifliche, das Unfassbare, andererseits aber doch seine Rationalität, da der Hirntod eine relativ sichere Todesdiagnose darstellt.

Die rechtliche Grundlage für eine Totenspende ist das postmortale Persönlichkeitsrecht, ein Recht, das für die Würde und den Eigenwert des Leichnams steht. Um gegen dieses Recht nicht zu verstoßen, muss es immer eine geeignete Rechtfertigung für den Eingriff zur Explantation der Organe geben. Als solche Rechtfertigung gelten die freie Entscheidung des Spenders zu Lebzeiten für eine Spende, das Einverständnis der Angehörigen, darüber hinaus noch der Notstand. (Der Notstand bezeichnet im Fall der Organspende den akuten Bedarf eines Spenderorgans zur Rettung von Leben.)

Der Notstand ist hierbei jedoch ein wenig umstritten: Darf man sich aufgrund eines akuten Bedarfs eines bestimmten Organes zum Beispiel bei Lebensgefahr über das Selbstbestimmungsrecht hinwegsetzen? Dies würde natürlich das Vertrauen vor allem der Gegner in die gesamte Transplantationsmedizin senken, wenn nicht sogar ganz zerstören.

Zur ethischen Diskussion steuern die beiden Kirchen bei, dass der pietätvolle Umgang mit dem toten Leib in jedem Fall gegeben sein muss. Es darf nie vergessen werden, dass der Leichnam einmal Persönlichkeit hatte, er war „*Träger einer menschlichen Person*“<sup>75</sup>. Die Integrität des Leichnams ist nicht das oberste Gebot, da durch den Eingriff ein anderes Leben gerettet werden kann, und tritt somit zurück hinter die Wichtigkeit und Dringlichkeit dieses Aktes der Nächstenliebe.

---

<sup>74</sup> Vgl. Holzniekemper (2005), 50, zit. n. Lehmann, K.: Auf ein Wort. „Hirntod“ – Reales Zeichen des Todes, in: ZME 34 (1997), 77f

<sup>75</sup> Erklärung (1990), 21

### 5.3. Organverteilung

Im Allgemeinen werden viel mehr Transplantate benötigt, als zur Verfügung stehen. Um die Verteilung der Spenderorgane deshalb so gerecht wie möglich zu verteilen, wird das Hauptaugenmerk auf die Dringlichkeit des Bedarfs und die Erfolgsaussichten der Implantation gelegt. Aber auch die Übereinstimmung des Gewebes wird beachtet, die bei Nierentransplantationen oft die Hauptursache für eine langfristig erfolgreiche Implantation ist. Zusätzlich spielt auch die Wartezeit eine Rolle für den Erhalt eines Spenderorgans. Kinder haben auf der Warteliste grundsätzlich Vorrang, da vor allem Nierentransplantationen massiven Wachstumsschäden vorbeugen können.

### 5.4. Angehörige von Organspendern

Die Erklärung der beiden Kirchen widmet sich in einem eigenen Kapitel der Sorge um die Angehörigen toter Organspender. In diesem Kapitel wird darauf hingewiesen, wie schwierig es für die Verwandten eines potenziellen Spenders ist, in diesem Moment tiefster Trauer und Fassungslosigkeit über den Tod eines geliebten Familienmitgliedes eine Entscheidung für oder gegen eine Spende – im Sinne des Verstorbenen – zu fällen.

Die Verfasser fordern daher von den behandelnden Ärzt/innen taktvoll, gleichzeitig aber trotzdem ehrlich Auskunft zu geben. Außerdem ist es unabdingbar, dass sich in mehreren Gesprächen der Ärzt/innen mit den Angehörigen eine vertrauensvolle Basis für Entscheidungen entwickeln kann.

## 6. Differenzen, Argumente

Trotz der gemeinsamen Publikation äußerte die evangelische Kirche in Form einer Publikation des Arbeitskreises *Arzt und Seelsorger* von 1993 zwei Differenzen: Sie legt einen besonderen Augenschein auf das Selbstbestimmungsrecht sowie auf das Hirntodkriterium. Das Selbstbestimmungsrecht sei der wesentliche Grund zum Erhalt der Würde des Menschen über den Tod hinaus. Besonderer Wert wird in dieser

Publikation auf die Vokabel *Organspende* gelegt. Eine Spende ist nämlich ausschließlich etwas Freiwilliges und somit überaus eng mit der Selbstbestimmung verbunden. Je detaillierter also die Zustimmung (in Form zum Beispiel eines Spenderausweises) ist, desto einfacher sei es auch für den Empfänger, das Organ zu akzeptieren.<sup>76</sup>

Der evangelische Theologe Ulrich Eibach veröffentlichte 1976 das Buch „Medizin und Menschenwürde“, in dem er ethische Probleme in der Medizin aus christlicher Sicht beleuchtet. Auch er sieht den Zusammenhang zwischen Euthanasie und Organspende nach dem Hirntod. Für ihn steht das Recht des Menschen im Vordergrund, dass jeder bedürftige Mensch die Hilfe / Pflege bekommen sollte, die er benötigt. Er begründet dies mit der Verantwortung und der Solidarität, die die Gesellschaft für und gegenüber Bedürftigen hat (siehe 3.4.: Schutz des Schwächsten).<sup>77</sup>

Im katholischen Katechismus wird unter dem fünften Gebot „*Du sollst nicht morden*“ im Unterkapitel „*Achtung der Menschenwürde*“ im Absatz 2301 angeführt, dass eine unentgeltliche, postmortale Organspende erlaubt ist und verdienstvoll sein kann.<sup>78</sup> In Absatz 2296 heißt es darüber hinaus allerdings, dass die Organtransplantation verwerflich ist, wenn der Spender nicht ausdrücklich sein Einverständnis erklärt hat. Außerdem darf eine Organspende niemals die Invalidität oder gar den Tod des Spenders hervorrufen, selbst wenn die Spende den Tod eines anderen hinauszögern könnte. Wenn der Nutzen und die positiven Auswirkungen der Spende jedoch im Gleichgewicht mit den möglichen Risiken für den Spender sind, sei eine Spende durchaus zu bejahen.<sup>79</sup>

Im Evangelischen Erwachsenenkatechismus, der 2006 in aktualisierter Version erschienen ist, wird betont, dass die Organtransplantation keine völlig neuartige Qualität der Medizin sei, sondern vielmehr eine neue Problemstellung innerhalb der modernen Intensivmedizin. Deswegen sei die Organtransplantation auch nicht als Eingriff in die

---

<sup>76</sup> Vgl. Holzniekemper (2005), 165f

<sup>77</sup> Vgl. Eibach, Ulrich: *Medizin und Menschenwürde. Ethische Probleme in der Medizin aus christlicher Sicht*. Wuppertal: Brockhaus, <sup>5</sup>1997.

<sup>78</sup> Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (1993), 584, Absatz 2301

<sup>79</sup> Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (1993), 583, Absatz 2296



natürlichen Prozesse geschweige denn in Gottes Schöpfung zu sehen.

Wie gemäß dem Katholischen, ist auch laut dem Evangelischen Katechismus der mögliche Nutzen der Spende eingehend zu prüfen: Jeder Einzelfall müsse kritisch beleuchtet werden, inwieweit die Spende zur Minderung des Leids und zur Verbesserung der Lebenssituation beitrüge.<sup>80</sup>

Papst Benedikt erklärte in einer Ansprache im Jahr 2008, dass die Organspende ein besonders deutliches Zeugnis der Nächstenliebe sei, ein Zeichen gegen den Egoismus und für die Unentgeltlichkeit. Trotz der Hoffnung, die die Organtransplantation nach sich zieht, wies er darauf hin, dass der Körper nie nur als Objekt gesehen werden dürfe. Weitaus bedeutender sei die Unteilbarkeit der Ganzheit des Menschen.<sup>81</sup>

Laut Hartmut Kreß sind es auch kulturell bedingte Unterschiede, die die Einstellung zur Organspende entscheidend mitprägen. In Österreich zum Beispiel ist die Öffnung von Leichen seit dem 18. Jhd. aus Forschungszwecken erlaubt, woraus die österreichische Lösung des Widerrufsrechts resultiert.<sup>82</sup>

Noch im letzten Jahrhundert wurde vor allem in der katholischen Moraltheologie die Integrität des Körpers für sehr wichtig angesehen. Es wurde als Verstümmelung erachtet, wenn Eingriffe in den menschlichen Körper unternommen wurden, ohne dass der Körper selbst davon profitierte. Aus dieser Haltung heraus wurde die Lebendspende von zum Beispiel einer Niere abgelehnt. Diese Einstellung wurde gelockert, da allen voran der Moraltheologe Richard Egenter versuchte, die moralische und soziale Ebene bei einer Lebendspende zu etablieren. Er war zu der Annahme gekommen, dass die Solidarität zwischen zwei Menschen durch Jesus Christus so gesteigert wird, dass eine Lebendspende zu einer Verpflichtung werden könnte.

Mittlerweile wird es gebilligt, wenn ein Körperteil zum Wohl des größeren Ganzen

---

<sup>80</sup> Vgl. Ev. Erwachsenen Katechismus (2006), 797

<sup>81</sup> Vgl. Proft, Ingo: Wenn das Sterben (k)einen Sinn macht. Ethische Überlegungen zur Organspende. In: Niederschlag, Heribert/Ingo Proft (Hg.): Wann ist der Mensch tot? Diskussion um Hirntod, Herztod und Ganztod. Ostfildern: Matthias Grünewald Verlag der Schwabenverlag AG, 2012. 98

<sup>82</sup> Vgl. Kreß (2016), 109f

„geopfert“ wird.<sup>83</sup>

## 7. Resümee

Während der Recherche für meine Arbeit hat sich meine positive Einstellung zur Organspende nicht verändert. Ich habe aber sehr viele wichtige und neue Aspekte zu diesem Thema entdeckt, über die ich vorher nicht informiert war.

Die Auseinandersetzung mit diesem komplexen Thema hat mich noch ehrfürchtiger werden lassen und dankbar für das Wunder des Lebens und noch mehr zum Staunen gebracht in Bezug auf das Ende des Lebens und die Unbegreiflichkeit des Todes. Im folgenden Abschnitt möchte ich ein paar Punkte auflisten, die mir im Verlauf der Arbeit aufgefallen sind und die mir als besonders wichtig für meine Fragestellung erscheinen.

Erstens wies Professor Unger darauf hin, dass die Organtransplantation nur eine zwischenzeitliche Methode ist, die in nur wenigen Jahren durch modernere Verfahren abgelöst werden könnte. Damit wären viele ethische Probleme gelöst (Organhandel oder die gerechte Organverteilung usw.) und auch der Bedarf an menschlichen Organen wäre hinfällig. Stattdessen würden aber sicherlich auch neue Fragen aufgeworfen, möglicherweise zur Gleichbehandlung aller Patienten usw. Die Medizin entwickelt sich ständig weiter.

Darüber hinaus finde ich es besonders beachtenswert, dass evangelische und katholische Kirche bezüglich der Organspende die Ökumene so lebendig machen, dass sie gemeinsam eine Erklärung veröffentlichen und hinter dieser geschlossen stehen. An der Stelle ist zu erwähnen, dass ich weder dem Katholischen noch dem Evangelischen Katechismus im Hinblick auf die *Nächstenliebe* Verweise auf die Organspende entnehmen konnte.

---

<sup>83</sup> Vgl. Holzniekemper (2005), 99

Generell möchte ich darauf hinweisen, dass eine Entscheidung, egal ob für oder gegen eine Spende, mit viel Bedacht und erst nach ausgiebiger Recherche gefällt werden soll. Es ist mir ein Anliegen, dass sich Betroffene mit dem Thema auseinandersetzen, darüber reflektieren und sich so gut wie möglich informieren, bevor sie sich zur Spende entschließen oder diese ablehnen. Damit könnten ggf. leichtfertige, spontan getroffene oder möglicherweise von wenigen plakativen Argumenten beeinflusste Entscheidungen rund um dieses so differenziert zu betrachtende und emotional behaftete Thema vermieden werden.

*Lehre uns bedenken, dass wir sterben, auf dass wir klug werden.*

(Psalm 90)<sup>84</sup>

Ich wage zu behaupten, dass es nicht besonders schwierig ist, Informationen zu dem Thema zu erhalten, sei es im Internet oder in Publikationen von Forschern. Besonders die USA sind mir positiv aufgefallen: Das gesamte White Paper von 2008 über die „Controversies in the Determination of Death“ ist im Internet verfügbar. Es werden hier die Vitalfunktionen grundlegend beschrieben – zum Beispiel der Weg der Luft durch den Körper – und durch Grafiken zusätzlich veranschaulicht. Die Ausrede, dass es, zumindest zum Thema Hirntod, abgesehen von Fachliteratur nicht genügend Informationen gäbe, ist also nichtig.

In nahezu allen von mir für diese Arbeit verwendeten Publikationen, die nach 2008 erschienen sind, wird sehr häufig auf das White Paper von 2008 verwiesen. Es heißt in diversen Artikeln, dass die Veröffentlichung des White Papers die gesamte Hirntoddebatte wieder neu entfacht hat.<sup>85</sup> Die allgemeine Meinung der Autoren dem White Paper gegenüber ist sehr positiv.

Um eine aktuelle Entwicklung zu erwähnen, möchte ich abschließend noch kurz auf einen Artikel aus den „Salzburger Nachrichten“ vom 17. Jänner 2017 eingehen: Demnach werden in Spanien doppelt so viele Organe gespendet als im EU-Durchschnitt.

---

<sup>84</sup> Vgl. Ev. Erwachsenen Katechismus (2006), 781

<sup>85</sup> Vgl. z.B. Jox (2016), 36

Dies führt der Autor Ralph Schulze darauf zurück, dass das „spanische Modell“ ziemlich unbürokratisch ist: Wie in Österreich wird die Einverständniserklärung zur Organspende mit der Widerspruchslösung gehandhabt. Darüber hinaus gibt es aber in jedem Krankenhaus einen besonders ausgebildeten Transplantationsbeauftragten, der in Zusammenarbeit mit Fachärzten potentielle Spender auswählt und sich frühzeitig die Erlaubnis der Sterbenskranken einholt. Trotz alledem haben die Angehörigen immer das letzte Wort.

Abschließend möchte ich festhalten, dass mir diese Arbeit die Möglichkeit gegeben hat, mir einen ersten Eindruck von komplexen ethischen Fragestellungen zu verschaffen, mit welchen ich in dem von mir angestrebten Medizinstudium konfrontiert sein werde.

## Literaturverzeichnis

Controversies in the Determination of Death. A White Paper of the President's Council on Bioethics. 2008 (<https://de.scribd.com/document/12336356/President-s-Council-of-Bioethics-Controversies-in-the-Determination-of-Death> (letzter Zugriff: 10.1.17))

Eibach, Ulrich: Medizin und Menschenwürde. Ethische Probleme in der Medizin aus christlicher Sicht. Wuppertal: Brockhaus, <sup>5</sup>1997.

Holzniekemper, Thomas: Organspende und Transplantation und ihre Rezension in der Ethik der abrahamitischen Religionen. Münster: LIT Verlag, 2005.

Körtner, Ulrich/Christian Kopetzki/Sigrid Müller (Hg.): Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion. O.O.: Verlag Österreich, 2016.

Müller, Sigrid/Birgit Rath: Sterben und Todesfeststellung in der Medizingeschichte.

Jox, Ralf J.: Hirntod und Hirntodkonzepte – zum Stand der medizinischen Debatte.

Bruckmüller, Karin: Hirntod und Organentnahme aus medizin(straf)rechtlicher Sicht

Stoecker, Ralf: Das Hirntodproblem.

Kreß, Hartmut: Das Hirntodkriterium in seiner Abhängigkeit von theologischen und kulturellen Vorentscheidungen. Mit einem Ausblick auf die Frage der Organentnahme bei Kindern.

Hiemetzberger, Martina: Hirntod und Organentnahme aus Sicht der Pflege.

Hetz, Hubert: Organspende nach Kreislaufod: Donation after Circulatory Determination of Death“ (DCD).

Gutmann, Thomas: Donation after Circulatory Determination of Death: Regelungsoptionen.

Körtner, Ulrich H.J.: Organspende nach irreversiblen Herz-Kreislaufstillstand aus medizinethischer Sicht.

Münk, Hans J. (Hg.): Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext. Freiburg, Schweiz: Paulusverlag, 2002.

Henne-Bruns, Doris: Klinische und ethische Probleme der Organtransplantation.

Bondolfi, Alberto: Transplantationsmedizin in der ethischen Diskussion. Ein Versuch einer vorläufigen Bilanz.

Münk, Hans J.: Das Ganzhirntodkriterium (HTK) in der theologisch-ethischen Diskussion um die Transplantationsmedizin (TPM) – Forschungsbericht zur Rezeption des HTK in der deutschsprachigen theologischen Ethik.

Niederschlag, Heribert/Ingo Proft (Hg.): Wann ist der Mensch tot? Diskussion um Hirntod, Herztod und Ganztod. Ostfildern: Matthias Grünewald Verlag der Schwabenverlag AG, 2012.

Angstwurm, Heinz: Hintergründe zu den Hirntodkriterien der Bundesärztekammer.

Proft, Ingo: Wenn das Sterben (k)einen Sinn macht. Ethische Überlegungen zur Organspende.

Ruff, Wilfried: Organverpflanzung. Ethische Probleme aus katholischer Sicht. München: Wilhelm Goldmann Verlag, 1971.

## Quellenverzeichnis

Geschäftsführer der Katechismuskommision der VELKD (Hg.): Evangelischer Erwachsenen Katechismus. glauben erkennen leben. Gütersloher Verlagshaus, 2006.

Katechismus der Katholischen Kirche. Deutsche Ausgabe: München, Oldenburg Verlag, 1993.

Schneider, Theodor (Hg.): Handbuch der Dogmatik, Band 2. Düsseldorf: Patmos-Verlag, 1992.

Nocke, Franz-Josef: L. Eschatologie.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz/Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland: Organtransplantation. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Bonn/Hannover: 1990.

## Interview mit Prof. Felix Unger, 14. November 2016

Herr Prof. Unger, Sie haben das erste Kunstherz implantiert. Ich bin mir dessen bewusst, dass die Implantation eines Kunstherzens nicht das gleiche wie eine Organtransplantation ist. Trotzdem sind mit dem Herzen oft besondere ethische Bedenken verbunden, da das Herz oft als Sitz der Seele bezeichnet wurde.

*Ich habe 1986 das erste Kunstherz in Europa implantiert. Das war die zweite Operation dieser Art weltweit. Sie fragten mich danach, ob ich dabei ethische Bedenken hatte. Ich muss Ihnen ehrlich sagen: In dem Moment, in welchem man die Indikation macht „wir ziehen das durch, wir machen das“, hatte ich keinerlei ethische Bedenken. Das hat man in seiner Persönlichkeit genug abgespeichert. Es geht in einem solchen Augenblick nämlich in erster Linie um das Helfen, darum, den Patienten weiterzubringen. Hier ist es die einzige Möglichkeit, konkret und richtig zu handeln. Ich bin in dem Zusammenhang so vorgegangen, dass ich vor der Implantation die Verwandten befragt und alle mitwirkenden Ärzte gefragt habe, ob sie dafür seien oder ob jemand aufgrund ethischer Bedenken dagegen sei. Anschließend habe ich noch den Spitalsdirektor hinzugezogen. Das heißt, dass ich die Indikation der Implantation auf sehr breite Schultern gestellt habe. Ich betone das deswegen, weil es viele gibt, die die Dinge nicht auf breite Schultern stellen. Dadurch aber habe ich einen allgemeinen Konsens in der Klinik erreicht, so dass alle voll dahinterstanden. Jeder, der ein solches Unterfangen mitträgt, trägt positiv zu dessen Gelingen bei.*

Das heißt, es macht für sie keinen Unterschied, ob ein Herz oder zum Beispiel eine Niere implantiert wird?

*Ich würde sagen, dass das Herz in unserer Gesellschaft natürlich einen besonderen Stellenwert hat. Ist es aber so weit kaputt, dass es nicht mehr selber pumpen kann, dann handelt es sich hierbei um die Frage des „noch leben Könnens“ oder des Todes. Ich kann aus meiner Erfahrung in der Klinik sprechen, dass Personen, die ein Kunstherz implantiert bekommen haben, genauso weiterleben, als hätten sie ein natürliches Herz. Das gleiche gilt bei transplantierten Herzen. Es ist natürlich eine „besondere Delikatesse“ zu sagen, dass der Sitz der Seele in Form eines Kunstherzens ersetzt wurde.*

In dem Zusammenhang stellt sich mir die Frage, ob sich der Mensch überhaupt erlauben darf, Techniken zu erfinden, die das Leben so künstlich verlängern, sei es aus Gründen der Nächstenliebe, sei es, um dem Patienten zu helfen: Ist es uns gestattet, uns dadurch über den Plan Gottes zu stellen?

*Meiner Meinung nach stellt man sich nicht gegen den lieben Gott, geschweige denn entgegen der Gottesnatur. Im Gegenteil: Was man tut, geschieht in großer Demut vor der Natur und auch im Sinne der Barmherzigkeit. Wenn also jemand schwer leidet, muss man im Sinne der Barmherzigkeit etwas dagegen unternehmen.*

*Jedoch ist das oberste Gebot des Lebens das Leben selbst, ist die Schöpfung. Alles, das wir tun, ist in Demut zu tun.*

Hat Gott Sie möglicherweise dazu angeleitet, die Implantation zu machen? War das vielleicht also Gottes Plan?

*Ich finde, dass die Gottesfrage in dem Fall eine kleinere Rolle spielt, der Mensch ist allerdings gelenkt, schon vorher. Und wenn man etwas tut, und das sage ich als Extremmediziner, dann sind Sie in sich gefestigt.*

Wie bewerten Sie das Hirntodkriterium? Sehen Sie darin eine ausreichende Todesfeststellung?

*Die Hirntodkriterien sind völlig klar: Nulllinien-EEG, das Sinken der Körpertemperatur, der so genannte Diabetes insipidus (eine riesige Harnflut). Wenn all diese Dinge eingetreten sind, dann*

*spricht man vom „Coma egressum“ (egressum bedeutet hinausgegangen). Und damit ist ein Punkt erreicht, an dem der Mensch nicht mehr zurückkehrt. Zu diesem Zeitpunkt ist ein Arzt dann berechtigt, ein Organ zu entnehmen, oder die Therapie einzustellen.*

Sie sehen also im Hirntoten einen Toten. Bedeutet das, dass sich der Mensch nur durch seinen Geist und sein Bewusstsein definiert?

*Das ist relativ einfach: Ein Organspender ist ein Subjekt des Lebens, der gerade aus dem Leben geht und als Subjekt einem anderen Subjekt, dem Kranken, ein Organ spendet. Ich sehe das als einen Stafettenlauf des Lebens.*

Beurteilen Sie Organtransplantationen als Pflicht eines Christen? Aus Nächstenliebe usw.?

*Ich würde nicht sagen, dass ich eine andere Einstellung als Christ habe. Man sollte versuchen, zu helfen. Und die Organtransplantation ist eine Form der Hilfe für einen Menschen. Wobei die Transplantation im Langzeitverlauf auch wieder Probleme bereitet. Das heißt, die Hilfe ist nur temporär.*

Verpflichtet die Nächstenliebe uns Christen zur Organspende?

*Das ist eine haarige Frage, weil man niemanden zwingen kann, selbst wenn er tot ist, ein Organ zu spenden. Das gleiche ist es mit der Widerspruchslösung, bei der sich auch Verwandte gegen eine Organspende aussprechen können. Man kann niemanden verpflichten!*

Das heißt auch, die Nächstenliebe kann nicht verpflichten?

*Nein, weil das nicht in die Seele des Spenders eingreift. Man muss wissen, was sein mutmaßlicher Wille ist. Wenn der Spender zu Verwandten sagt, er möchte kein Organ spenden, dann muss dieser Wille respektiert werden.*

Welche Kriterien halten sie für ausschlaggebend, um die Verteilung von Organen so gerecht wie möglich zu gestalten?

*Wie ich es mit der Zentrale von Eurotransplant in Leiden (Niederlande) erlebt habe, sind die Kriterien von Eurotransplant sehr akzeptabel: Man meldet das Organ, das man sucht, an die Zentrale und beschreibt den Sachverhalt. So wird in Europa das nächste Spenderorgan organisiert. Vorausgesetzt ist aber, dass die Meldungen ehrlich sind. Es gibt aber leider überall, wo Menschen sind, Unehrlichkeit. Gehen wir aber von der Grundstruktur aus: Diese baut auf der Ehrlichkeit auf. Natürlich gibt es in dem Zusammenhang auch sehr grausame Dinge, allerdings nicht in Europa: Nämlich, dass sich die Leute in Indien, in Brasilien usw. Organe kaufen. Und das ist absolut verwerflich. Man kann nicht jemanden umbringen, nur um ein Organ zu bekommen.*

Um noch einmal auf die verschiedenen Todesdefinitionen zurückzukommen: Es ist bekanntlich fraglich, ob sich der Mensch nur durch seine mentalen Fähigkeiten definiert. Ein Argument, das evangelische Theologen gegen das Hirntodkriterium vorbringen, besagt, dass jeglicher Dualismus zu vermeiden ist. Das Hirntodkriterium würde diesen Dualismus allerdings wieder aufgreifen. Wie stehen Sie dazu?

*Ich sehe das folgendermaßen: Der Mensch, das darf man nicht vergessen, ist eine Einheit aus Körper, Geist und Seele. Diese Trias muss man beleuchten. Ein Teil des Menschen ist sein Körper. Beim Körper ist es aber auch wichtig, dass wir ihn pflegen und gesund erhalten, so lange als möglich. Es gibt ununterbrochen Weiterentwicklungen, dafür ist die Medizin da. Entwicklungen, wie man Herzinfarkte vermeidet, Entwicklungen über die schonende Behandlung von Herzversagen usw. Die Organtransplantation ist eine Sache, die der Medizin der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entspricht. Die Fragen die sich stellen, sind die nach dem Nutzen. Die Frage ist folgendermaßen*



*brisant: Ich habe während meiner Tätigkeit als Arzt oft auf assistierter Zirkulation gearbeitet, die das Herz unterstützt. Jetzt auf einmal hat man gemerkt, dass man das Herz mithilfe von nur ganz kleinen Pumpen unterstützen kann. Diese ersetzen eine Transplantation. An diesem Beispiel will ich sagen, wie toll die gesamte Entwicklung, egal in welchem Bereich, ist und innerhalb kurzer Zeit einen völlig neuen Rahmen bildet.*

Ist diesen Rahmen irgendwann ein Ende gesetzt oder kann sich die Forschung immer weiterentwickeln? Ist irgendwann ein Punkt erreicht, an dem es nicht mehr weitergeht, an dem der Mensch sich nicht mehr über das Bisherige hinwegsetzen kann?

*Der Mensch stellt sich als Mediziner nicht über die Dinge. Die Frage ist aber, was man tun kann um zum einen das Leben zu verlängern und die Situation zu verbessern. Und um das zu tun, gibt es immer neue Methoden. Das ist kein „Sich Stellen“ gegen die Schöpfung und schon gar nicht gegen den lieben Gott. Sie dürfen eines nicht vergessen: Jeder Mensch stirbt. In der heutigen Zeit haben sich die Dinge sehr wohl verschoben: Menschen leben über Alzheimer, über Demenz hinaus, da stehen nicht mehr die Herzerkrankungen im Vordergrund, sondern es kommen ganz andere Dinge in der Tiefe der Erkrankungen zum Vorschein, und irgendwann geht es einfach nicht mehr weiter. Wenn jemand über einen Zeitraum von 100 Jahren dement ist, dann ist das Hirn einfach abgebaut. Die gesamte Forschung ist wahnsinnig im Fluss und ich bin der Überzeugung, dass sich dieses Spektrum in 50 Jahren schon wieder völlig erweitert hat.*

Manche Theologen wenden gegen das Hirntodkriterium ein, dass es quasi der Todesstoß eines Patienten ist. Sie verweisen auf die Euthanasie. Ist dieser Verweis für sie hinfällig, da die mentale Ebene mit dem Hirntod bereits erloschen ist?

*Soweit man das abschätzen kann, kommt keiner nach der Feststellung des Hirntodes zurück ins Leben.*

Vielen Dank für die Beantwortung all meiner Fragen! Gibt es von ihrer Seite noch etwas, das Sie mir bezüglich der Organtransplantation unbedingt mitgeben wollen?

*Jede Zeit hat ihre eigenen Methoden. Die Organtransplantation ist eine wunderbare Methode, um bei total versagenden Organen zu helfen. Man darf aber nicht vergessen, dass auch die Organtransplantation limitiert ist. Das heißt, wenn jemand erst herzkrank ist, ist er danach transplantationskrank, wenn er nierenkrank war, wird er transplantationskrank. Nichts was man im Leben macht, ist ohne Folge. Am allerwenigsten in der Medizin. Folgendes kann man zur Organtransplantation aber sagen: Mithilfe der Transplantation gewinnt man für einen Patienten viele, viele Jahre, in denen er glücklich mit seiner Familie lebt.*

Ich danke Ihnen vielmals für das Gespräch!

## Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich diese vorwissenschaftliche Arbeit eigenständig angefertigt und nur die im Literaturverzeichnis angeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Salzburg, 18. Februar 2017

---

Rita Katharina Knaust