

ÄRZTETAG 2016



*Wann ist
der Mensch tot?*

Das Kriterium
des Hirntodes und
die Organspende

Dokumentation



Erzbistum
Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

Wann ist der Mensch tot? Das Kriterium des Hirntodes
und die Organspende - Eröffnungsworte 4

Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann

Der hirntote Spender – ein Sterbender oder ein Toter? 7

Prof. Dr. med. Hartmut H.-J. Schmidt

Transplantationsmedizin in Deutschland:
Was erwarten wir? 20

Dr. med. Theodor Windhorst

Der irreversible Hirnfunktionsausfall – unumkehrbarer
Tod des Individuums 28

Daniel Schrader

Organisation der Organspende in Deutschland 35

**Anfragen und Antworten – Auszüge aus dem
Plenumsgespräch 42**

Biographische Hinweise zu den Referenten 53

Dokumentationen der Ärztetage 55

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Redaktion: Dr. Werner Sosna
Domplatz 3
33098 Paderborn

Wann ist der Mensch tot? Das Kriterium des Hirntodes und die Organspende

Eröffnungsworte von Erzbischof Hans-Josef Becker

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

unser heutiges Thema ist einer langjährigen medizinethischen Diskussion geschuldet, die Fragen grundsätzlicher Natur im Bereich der Organspende und Organtransplantation betrifft. Denn wie bei kaum einem anderen Thema sind Leben und Tod hier so unmittelbar miteinander verzahnt, dass wir es weder ethisch noch medizinisch oder rechtlich verantworten können, in einer sogenannten Grauzone zu handeln. Das wäre weder den operierenden Ärzten in der Transplantationsmedizin noch denjenigen Menschen zuzumuten, die ihre Einwilligung in eine postmortale Organspende geben. Auch wenn das Thema bei uns in Deutschland eher durch Unregelmäßigkeiten in der Vergabe der Spenderorgane mediale Aufmerksamkeit erregt hat und dadurch einen entsprechenden Vertrauensverlust¹ in die Transplantationsmedizin bewirkt haben mag, so ist die eigentliche Brisanz des Themas doch bereits mit der Frage nach dem Tod des Menschen gegeben, der sich als Organspender zur Verfügung stellt. Denn es werden *lebende Organe* eines *toten* Spenders transplantiert. Dieser Sachverhalt allein mag schon manche Irritation hervorrufen – um wieviel mehr der augenscheinliche Eindruck, dass Körperfunktionen wie Kreislauf, Atmung und Körpertemperatur des hirntoten Menschen durch intensivmedizinische Maßnahmen über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden können. Diese Diskrepanz in der Wahrnehmung des Toten ist der eigentliche Auslöser dieser neuen medizinethischen Debatte².

Der damit verbundene Zweifel, ob der Mensch wirklich tot oder noch sterbend sei, darf daher als Frage nicht tabuisiert werden, sondern muss ernstgenommen und mit allen Möglichkeiten der Medizin, Ethik und Anthropologie einer Antwort zugeführt werden. Ihr ehemaliger ärztlicher

Kollege und mein Mitbruder im priesterlichen Dienst heute, Prof. Dr. Stephan Patt aus Köln, formuliert diese „*conditio sine qua non*“ mit folgenden Worten: „*Nur wenn Hirntote wirklich tot sind – das heißt das Hirntodkonzept richtig ist –, kann man zu Recht sagen, dass die Organtransplantation nicht an Sterbenden vorgenommen wird.*“³

Zur Klärung dieser Grundsatzfrage hat im Februar des vergangenen Jahres der Deutsche Ethikrat seine Stellungnahme „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ vorgelegt. Fast zeitgleich hatte auch die Deutsche Bischofskonferenz ihre Handreichung „Hirntod und Organspende“ veröffentlicht. Damit liegen zentrale Dokumentationen vor, die auf dem Hintergrund der vorausgegangenen wissenschaftlichen Diskussion das Kriterium des Ganzhirntodes in seiner Gültigkeit für die Organtransplantation bestätigen.

Unser Menschsein und damit der Respekt vor dem lebenden und auch vor dem toten Menschen gebietet es, dass wir uns der redlichen Auseinandersetzung nicht verschließen. Ausdrücklich betont die Deutsche Bischofskonferenz dazu: „*Vertrauen in die wissenschaftliche Zuverlässigkeit des Kriteriums, das buchstäblich über Leben und Tod eines Menschen entscheidet, kann nur entstehen, wenn alle kritischen Einwände zugelassen werden, da sich nur so bestehende Schwachstellen in der bisherigen Argumentation entdecken und beseitigen lassen.*“⁴

Nur unter dieser Voraussetzung werden wir in der Öffentlichkeit sowohl bei den Betroffenen als auch bei allen medizinisch Mitwirkenden das Bewusstsein dafür erhalten können, dass es sich bei einer Organtransplantation „*nicht nur um die Bergung von wertvollem Material handelt, sondern um das Vermächtnis eines Menschen zugunsten der Rettung anderer, die vom Tode bedroht sind.*“⁵ Diesen Akt der Solidarität mit schwerstkranken Menschen hatten die Evangelische Kirche Deutschlands und die deutschen Bischöfe bereits im Jahre 1990 mit ihrem ersten gemeinsamen Wort gewürdigt, das die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ausdrücklich als „*ein Zeichen der Nächstenliebe und*

¹ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Hirntod und Organspende (Die deutschen Bischöfe – Glaubenskommission; 41), Bonn 2015, S. 5

² Dazu ausführlich: Konrad Hilpert: Die neue Debatte über die Transplantationsmedizin, in: Ders./Jochen Sautermeister (Hg.): Organspende – Herausforderung für den Lebensschutz (Quaestiones disputatae 267) Freiburg 2014, S.13-30

³ Stephan Patt/Harald Bienek: Ist die Organspende bei Hirntoten noch zu retten?, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 61 (2015) 341-354, hier S. 343

⁴ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Hirntod und Organspende (Die deutschen Bischöfe – Glaubenskommission; 41), Bonn 2015, S. 18

⁵ Konrad Hilpert/Jochen Sautermeister (Hg.): Organspende – Herausforderung für den Lebensschutz (Quaestiones disputatae 267) Freiburg 2014, S.28

*Solidarisierung mit Kranken und Behinderten*⁶ bezeichnet. Dass ein solches Zeichen der Nächstenliebe nach wie vor mit guten Gründen gesetzt und vollzogen werden kann, dafür müssen wir uns den Fragen stellen, die sich medizinisch und ethisch mit dem Tod des Menschen anzeigen.

Der hirntote Spender – ein Sterbender oder ein Toter?

von Franz-Josef Bormann

Wer sich aus ethisch-moraltheologischer Perspektive mit der neueren Debatte um den sog. Hirntod und das – sachlich davon zwar prinzipiell unabhängige, im Bewusstsein der meisten Menschen aber eng damit verbundene – Phänomen der Organspende beschäftigt, der stößt auf ein breites Spektrum sehr unterschiedlicher Probleme: Sie reichen von grundsätzlichen Fragen zu den Voraussetzungen der Gewinnung von Spenderorganen und ihrer gerechten Verteilung über geeignete Strategien zur Erhaltung bzw. Wiedergewinnung des nötigen Vertrauens der Bevölkerung in diesen sensiblen Bereich unseres medizinischen Versorgungssystems bis hin zu ganz praktischen Fragen der konkreten Durchführung, Organisation und Finanzierung transplantationsmedizinischer Maßnahmen sowie der Klärung der jeweiligen Zuständigkeiten von ärztlicher Selbstverwaltung und (bundes)ministerieller Überwachung zur Verhinderung missbräuchlicher Handlungsformen.

Die folgenden Überlegungen konzentrieren sich mit der Bestimmung des moralischen Status des hirntoten Organspenders auf einen besonders wichtigen Ausschnitt dieser komplexen Diskussionslandschaft, um den in den letzten Jahren besonders leidenschaftlich gerungen worden ist. Zwar setzen die meisten Sachverständigen bislang voraus, dass die Entnahme lebensnotwendiger Organe zwingend an die vorgängige Feststellung des Todes des Spenders geknüpft ist, da deren Explantation im Falle eines noch nicht abgeschlossenen Sterbeprozesses zwangsläufig eine moralisch und rechtlich unzulässige Tötungshandlung darstellen würde, doch gibt es daneben auch Stimmen, die angesichts der Prozessualität des Sterbens mit der sogenannten Dead Donor Rule auch die grundsätzliche Frage nach einem validen Todeskriterium hinter sich lassen möchten, um endlich von der vermeintlich „fruchtlosen Hirntod-Debatte zu einer wirklichen Ethik der Organentnahme übergehen“⁷ zu

⁶ Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD (Gemeinsame Texte 1), Bonn/Hannover 1990, S. 16

⁷ R. Stoecker: Der Tod als Voraussetzung der Organspende?, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 58 (2012), 113.

können. Während die einen in solcher Radikalität einen begrüßenswerten Zuwachs an Ehrlichkeit erblicken, warnen die anderen davor, die ganze Diskussion durch eine überstürzte Preisgabe bewährter begrifflicher Grundunterscheidungen in ein ‚moralisches und rechtliches Chaos‘ zu stürzen⁸.

Mit Blick auf diesen Richtungsstreit innerhalb der jüngsten Debatte um die Grundlagen der Organspende soll nachfolgend ein Argumentationsgang in sechs Schritten vorgelegt werden: Zur Vermeidung von Missverständnissen ist zunächst an die klassische Unterscheidung zwischen der Definition, dem Kriterium und den diagnostischen Testverfahren zur Feststellung des Todes zu erinnern. Auf dieser Basis soll dann die Standardbegründung des sog. Hirntod-Kriteriums rekonstruiert werden. Im Anschluss daran sind jene irritierenden Phänomene zu benennen, die eine Überarbeitung der traditionellen Sichtweise nahelegen. Ein vierter und fünfter Argumentationsschritt ist zwei unterschiedlich radikalen Versuchen gewidmet, die Hirntod-Debatte auf eine neue Grundlage zu stellen. Einige daraus zu ziehende Konsequenzen beschließen diese Ausführungen.

1. Die Differenz zwischen Definition, Kriterium und Testverfahren zur Feststellung des Todes

Zur besseren Strukturierung der vielschichtigen Debatte um den sog. Hirntod ist es hilfreich, drei verschiedene Diskussionsebenen voneinander zu unterscheiden, die durch die Fragen nach der Definition, dem Kriterium und den diagnostischen Testverfahren zur Feststellung des Todes markiert werden⁹.

Da der ‚Tod‘ des Menschen über die rein somatischen Abläufe hinaus auch die mentale, soziale und religiös-finale Dimension des Menschseins betrifft, ist es wenig überraschend, dass das Lebensende in allen Kulturen zum Gegenstand weitreichender metaphysischer Deutungen geworden ist. Die Diskussion der letzten Jahrzehnte um ein angemessenes Verständnis des Todes betrifft jedoch nicht so sehr die erste Ebene einer möglichst umfassenden Todes-Definition, sondern vielmehr die auf der zweiten Ebene situierte Frage, ob und inwiefern der 1968

⁸ Vgl. *E. D. Pellegrino*: Personal Statement, in: *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*, Washington, DC 2008, 113.

⁹ Vgl. *J.L. Bernat/C.M. Culver/B. Gert*: On the Definition and Criterion of Death, in: *Annals of Internal Medicine* 94 (1981), 389-394.

eigeführte sog. Hirntod, der das bis dahin gültige Konzept eines Herz-Kreislauf-Todes ablöste, als ein wissenschaftlich zuverlässiges Kriterium zur Feststellung des Todes eines Menschen anzuerkennen ist oder nicht. Obwohl weder das Konzept des Herz-Kreislauf-Todes noch dasjenige des Hirn-Todes jemals beansprucht haben, eine erschöpfende Definition des Todes zu liefern, sondern ausschließlich den Status eines praktikablen Kriteriums zur Todesfeststellung für sich reklamieren, wurde gelegentlich der falsche Eindruck erweckt, als stelle die Einführung des Hirntod-Kriteriums den problematischen Versuch dar, den Tod des Menschen aus strategischen Gründen umzudefinieren.

Eine dritte, von den ersten beiden klar zu unterscheidende Problem-Ebene betrifft schließlich die diagnostischen Testverfahren zur Feststellung des Todes, deren konkrete Durchführung für den Geltungsbereich des deutschen Rechts bekanntlich in den einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer geregelt ist und die im Austausch mit den einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften in regelmäßigen Abständen dem jeweiligen medizinischen Wissensstand entsprechend aktualisiert werden.

Entscheidend ist nun, dass zwar der Zeitpunkt einer möglichen Feststellbarkeit des Todes durch die Fortschritte der Medizin – von den sog. sicheren äußeren Todeszeichen (wie Totenstarre, Leichenflecken und Verwesung) über den irreversiblen Ausfall des Herz-Kreislauf-Systems bis hin zum neurologischen Aufweis des Hirntodes – tatsächlich immer weiter vorverlegt werden konnte, so dass der Tod selbst seine lebensweltliche Anschaulichkeit für den medizinischen Laien zunehmend verloren hat. Doch bedeutet dies keinesfalls eine Neudefinition des Todes, da es ungeachtet dieser neuen Nachweismöglichkeiten selbstverständlich nur den einen Tod des Menschen gibt, dessen Eintritt auf einer kriteriologischen Basis zu bestimmen ist, die sich als gleichermaßen medizinisch und anthropologisch plausibel erweist. Wenden wir uns daher zweitens jenem Hirntod-Kriterium zu, dessen Plausibilität im Mittelpunkt der aktuellen Diskussion steht.

2. Die Standardbegründung des Hirntod-Kriteriums

Die Standardbegründung des Hirntod-Kriteriums hat ihren geradezu klassischen Niederschlag in der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer vom 5. November 1993 gefunden. Der

Tod des Menschen wird hier zunächst ganz allgemein als „Ende des Lebens“¹⁰ bzw. genauer als „sein Ende als Organismus in seiner funktionellen Ganzheit“ bestimmt und vom „Tod aller Teile des Körpers“¹¹ abgegrenzt, wobei weiter ausgeführt wird, ein Organismus sei genau dann tot, „wenn die Einzelfunktionen seiner Organe und Systeme sowie ihre Wechselbeziehungen unwiderruflich nicht mehr zur übergeordneten Einheit des Lebewesens in seiner funktionellen Ganzheit zusammengefasst und unwiderruflich nicht mehr von ihr gesteuert werden“¹². Bezugspunkt der Bestimmung von Leben und Tod des Menschen ist also der Mensch als ganzer und nicht irgendeine organismische Teilfunktion, deren Fortbestand nach Eintritt des Todes des Gesamtorganismus keineswegs gelehnt wird.

Auf dieser Basis wird sodann dafür argumentiert, den endgültigen Ausfall der gesamten Hirnfunktion „als sicheres Todeszeichen des Menschen“¹³ anzuerkennen. Für die Plausibilität dieser Annahme sprächen fünf Argumente: Erstens bedeute der vollständige und endgültige Ausfall des gesamten Gehirns biologisch den Verlust der „Selbst-Ständigkeit als Funktionseinheit ... (Autonomie als Organismus)“, zweitens den Verlust seiner „Selbst-Tätigkeit als Funktionseinheit ... (Spontaneität als Organismus)“, drittens den Verlust der „Abstimmung und Auswahl von Einzelfunktionen aus der Funktionseinheit des Ganzen (Steuerung durch den Organismus)“, viertens den Verlust der „Wechselbeziehung zwischen dem Ganzen als Funktionseinheit und seiner Umwelt (Anpassung und Abgrenzung als Ganzes)“ und fünftens den Verlust der „Zusammenfassung der einzelnen Funktionen und ihrer Wechselbeziehungen zum Ganzen als Funktionseinheit (Integration)“¹⁴.

Das so verstandene Hirntod-Kriterium beruht also auf mehreren einander ergänzenden funktionalen Aspekten und hat insofern eine durchaus kritische Stoßrichtung, als es sich vor allem von jenen im Grunde rationalistischen Teilhirntod-Konzepten abgrenzt, denen zufolge „bereits ein Funktionsverlust von Teilen des Gehirns ... den Tod des Menschen

¹⁰ Bundesärztekammer: Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, in: Deutsches Ärzteblatt 90 (1993), A 2933.

¹¹ Ebd.

¹² Ebd.

¹³ Ebd.

¹⁴ Ebd.

bedeutet“¹⁵. Der Beirat hält es zwar für prima facie verständlich, „für die Bestimmung von Anfang und Ende des Menschenlebens auf das „spezifisch Menschliche“ bauen zu wollen, doch müsse „auf die notwendige biologische Basis des Menschen verwiesen werden, wenn es gelte, wertfrei und nicht manipulierbar festzustellen, ob ein Mensch lebt oder nicht“¹⁶. In diesem Sinne insistiert der Text ausdrücklich auf einer ganzheitlichen Anthropologie, die den irreversiblen Ausfall der gesamten Hirnfunktion allein deswegen als valides Todeskriterium bzw. sicheres Todeszeichen verteidigt, weil dieser „den Verlust der unersetzlichen physischen Grundlage seines leiblich-geistigen Daseins in dieser Welt“¹⁷ bedeute. Der systematische Kern der Argumentation besteht also in der doppelten Annahme, dass mit dem Organtod des Gehirns für den Menschen nicht nur „die unersetzliche physische Voraussetzung seines Gefühls- und Geisteslebens“ definitiv zerstört ist, sondern auch der „Organismus als Ganzes endet“¹⁸, weil die für seine Fortexistenz notwendige organismische Funktionseinheit nicht mehr gegeben ist

3. Irritierende Phänomene

Kritiker des Hirntod-Kriteriums weisen gewöhnlich darauf hin, dass es eine ganze Reihe medizinischer Phänomene gibt, die den Schluss nahelegen, dass sich hirntote Menschen zwar in einem irreversiblen Sterbeprozess befänden, diesen Prozess aber noch nicht bis zum Ende durchlaufen hätten und daher auch noch nicht als Tote betrachtet werden dürften.

Während einige dieser Phänomene (wie z.B. die aufrechterhaltene Herz-Kreislauf-Funktion, die normale Hautfarbe und Körpertemperatur oder die Schmerz- und Stressreaktionen Hirntoter bei der Organentnahme) der unmittelbaren äußeren Wahrnehmung des Betrachters – intensivmedizinisch behandelte – Hirntoter zugänglich seien, würden sich andere Phänomene (wie z.B. residuale Restfunktionen des Großhirns)

¹⁵ Bundesärztekammer: Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, A 2934.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Bundesärztekammer: Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, A 2933.

¹⁸ Bundesärztekammer: Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, A 2934.

erst bestimmten technisch aufwändigen Messverfahren oder (wie z.B. Wundheilungs-, Wachstums- und Reifungsprozesse sowie der Erhalt reproduktiver Funktionen) der gezielten Langzeitbeobachtung erschliessen¹⁹. Als besonders irritierend gilt manchen der Umstand, dass weltweit mehrere Fälle erfolgreicher Schwangerschaften hirntoter Frauen beschrieben worden sind. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer bestehenden Schwangerschaft in diesen Fällen keineswegs eine autonome Leistung der jeweiligen Hirntoten allein, sondern vielmehr das Ergebnis komplexer intensivmedizinischer Interventionen zur Stabilisierung bestimmter außerordentlich labiler Restlebensphänomene darstellt, die als solche gerade nicht auf der Ebene der Ganzheit des Organismus angesiedelt sind.

Obwohl eine abschließende Interpretation dieser und ähnlicher Phänomene noch aussteht, dürfte davon auszugehen sein, dass sie Anlass zu einer wenigstens doppelten Präzisierung der bisherigen Rechtfertigung des Hirntodes geben: Zum einen dürfte nämlich die generalisierte Behauptung falsch sein, dass der „endgültige Ausfall der Hirnfunktion ... in engstem zeitlichen Zusammenhang mit dem Herz- und Atemstillstand eintritt“²⁰. Und zum anderen mehrten sich die Indizien dafür, dass das zentrale Nervensystem des Menschen keineswegs die einzige Steuerungs- und Integrationsinstanz darstellt, so dass es auch nach dem Organtod des Gehirns auf unterschiedlichen biologischen Ebenen zu weitaus komplexeren Koordinations- und Stabilisierungsprozessen kommen kann als bislang von den Anhängern des Hirntod-Kriteriums angenommen worden ist.

Welche anthropologischen und ethischen Konsequenzen freilich aus diesen Befunden zu ziehen sind, scheint derzeit – sowohl auf Seiten der Anhänger wie auch auf Seiten der Kritiker des Hirntod-Kriteriums – hochgradig umstritten zu sein.

4. Versuche einer alternativen Neubegründung des Hirntod-Kriteriums

Manche Anhänger des Hirntod-Kriteriums sind der Überzeugung, dass derartige Restlebensphänomene zwar weder zur Preisgabe der Vorstel-

¹⁹ Vgl. S. Müller: Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik, in: Ethik in der Medizin 22 (2010), 5-17.

²⁰ Ebd.

lung des Todes als definitivem Endpunkt des Sterbens noch zur Aufgabe des Hirntod-Kriteriums als valides sicheres Todeszeichen zwingen, wohl aber zum Anlass dafür genommen werden sollten, über eine neue bessere Begründung des Hirntod-Kriteriums nachzudenken.

Exemplarisch für diese Position ist das einschlägige White Paper des President's Council on Bioethics vom Dezember 2008²¹, das gegenüber der fragwürdigen Differenzierung zwischen einem ‚Tod der Person‘ und einem ‚Tod des Körpers bzw. Organismus‘ ausdrücklich an der Einheit des Todes eines Menschen sowie an der anthropologischen Basisintuition der organismischen Ganzheit der etablierten Hirntod-Konzeption festhält, deren integrationstheoretischen Voraussetzungen aber für obsolet erklärt²². Da die Integration eine emergente Eigenschaft des ganzen Organismus darstelle und das Gehirn folglich nicht der einzige Integrator menschlicher Vitalfunktionen sei, bedürfe es eines anderen empirisch valideren Kriteriums zur argumentativen Absicherung der Hirntodkonzeption.

Dieses neue Kriterium bestehe in der grundlegenden Arbeit der Selbsterhaltung durch die Auseinandersetzung mit der Umgebung²³, die sich in drei fundamentalen Fähigkeiten des lebendigen Organismus ausdrücke: „1. Der Offenheit für die Welt, d.h. der Empfänglichkeit für Reize und Signale aus der Umgebung. 2. Der Fähigkeit, auf die Welt einzuwirken, um selektiv zu erhalten, was man brauche. 3. Der gefühlten Notwendigkeit, die den Organismus antreibe, so zu handeln wie er müsse, um zu erlangen, was er brauche und was seine Offenheit ihn als verfügbar erkennen lasse“²⁴. Diese Fähigkeiten zeigten sich vor allem in Anzeichen von Bewusstheit oder Wachheit, in Schmerzreaktionen und im spontanen Atmen. Wo diese basalen Fähigkeiten des Menschen irreversibel erloschen seien, da sei der betroffene Mensch als tot zu betrachten.

Eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Dokument hat zunächst einmal positiv anzuerkennen, dass hier nicht nur ganz selbstverständlich an der Einheit des Todes festgehalten, sondern auch dessen Deutung

²¹ Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics, Washington, DC 2008.

²² Ausdrücklich stellen die Autoren fest: „The neurological standard's early defenders were not wrong to seek such a principle of wholeness. They may have been mistaken, however, in focusing on the *loss of somatic integration* as the critical sign that the organism is no longer a whole.“ (Controversies in the Determination of Death, 59).

²³ Vgl. Controversies in the Determination of Death, 60.

²⁴ Controversies in the Determination of Death, 61.

als bloß ‚rechtliches Konstrukt‘ bzw. ‚Angelegenheit der sozialen Übereinstimmung‘ ausdrücklich zurückgewiesen wird²⁵. Gleichwohl drängen sich wenigstens zwei kritische Rückfragen an die hier mehrheitlich vertretene Position auf: Erstens beruht die Argumentation mit der Annahme, die empirischen Restlebensphänomene seien als hinreichende Indizien für das Vorliegen einer integrierten organismischen Ganzheit zu verstehen, auf einer starken philosophischen Voraussetzung, deren Legitimität nicht hinreichend argumentativ abgesichert ist. Es wird nämlich kein überzeugender Beweis dafür geliefert, dass die beschriebenen Integrationsphänomene tatsächlich auf der systemischen Ebene der Funktionseinheit des Gesamtorganismus lokalisiert sind. So sehr es stimmt, dass das Gehirn des Menschen keineswegs über ein Integrationsmonopol verfügt, sondern integrative Phänomene auch ohne Steuerung des Zentralen Nervensystems auf unterschiedlichen Organisationsebenen ablaufen können, so sehr bleibt doch fraglich, ob diese integrativen Prozesse zumal unter den Bedingungen einer von außen gesteuerten intensivmedizinischen Intervention am hirntoten Organismus als zwingendes Symptom einer organismischen Ganzheit zu werten sind²⁶.

Noch gewichtiger scheint ein zweites Problem, das die Eignung des neu formulierten Ersatzkriteriums für die Lebendigkeit i.S. der ‚grundlegenden Arbeit der Wechselwirkung mit der Umgebung‘ des Organismus betrifft. Verglichen mit der 1993 vom Wissenschaftlichen Beirat der Ärztekammer vorgelegten Argumentation, die mit dem Verweis auf ‚Selbst-Ständigkeit (Autonomie)‘, ‚Selbst-Tätigkeit (Spontaneität)‘, ‚Steuerung‘, ‚Anpassung und Abgrenzung‘ sowie ‚Integration‘ immerhin auf fünf einander ergänzende Lebendigkeitsvoraussetzungen einer komplexen organismischen Ganzheit abhebt, nimmt sich der hier vorgeschlagene, einseitig am Umweltbezug einer lebendigen Entität orientierte Alternativvorschlag phänomenologisch deutlich inhaltsärmer aus, so dass begründete Zweifel entstehen, ob diese Konzeption wirklich allen

²⁵ Vgl. *Controversies in the Determination of Death*, 50.

²⁶ Zum Problem des komplexen Wechselspiels zwischen internen und externen Funktionen gerade auch im Blick auf das komplexe Phänomen der Aufrechterhaltung einer Schwangerschaft Hirntoter hat *E. Schockenhoff* zutreffend festgestellt: „Die eigentliche Problemlinie, anhand deren sich beurteilen lässt, ob Hirntote noch leben oder bereits tot sind, verläuft ... entlang der Frage, ob diese Fähigkeiten einer selbstgesteuerten Eigenleistung des Organismus entspringen und so die Präsenz eines vitalen Prinzips (in der aristotelisch-thomanischen Tradition Seele genannt) belegen, oder ob sie als Teilzustände durch maschinelle Intervention von außen induziert sind.“ (*Hirntod*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 58 (2012), 127).

(insbesondere auch den frühen!) Stadien des menschlichen Lebens umfassend gerecht wird. Dass dieser Neubegründungsversuch der Hirntodkonzeption daher keineswegs auf allgemeine Zustimmung gestoßen ist, zeigt nicht zuletzt die Position derer, die i.S. eines dritten hier zu erwähnenden Argumentationsszenarios das Hirntod-Kriterium endgültig aufgeben wollen.

5. Die Preisgabe des Hirntod-Kriteriums und die Postulierung einer Grauzone zwischen Leben und Tod

Während die Protagonisten der beiden ersten argumentativen Szenarien die Frage, ob ein hirntoter Organspender ein Toter oder ein Sterbender sei, eindeutig im Sinne der ersten Alternative beantworten und das Hirntod-Kriterium – wenn auch mit Hilfe unterschiedlicher Argumente – als ein sicheres Todeszeichen verteidigen, gibt es mittlerweile auch Versuche, eine radikal andersgeartete Deutung des Todes vorzulegen, die die basale Idee einer punktförmig zu denkenden Grenze zwischen Leben und Tod aufgibt und durch prozessuale Kategorien ersetzt²⁷.

Der im deutschen Sprachraum prominenteste Fürsprecher dieser Position ist Ralf Stoecker, der in Anlehnung an die einschlägigen Überlegungen von Robert Truog²⁸ den Versuch unternommen hat, das Problem einer überzeugenden Statusbestimmung hirntoter Organspender mittels sprachphilosophischer Einsichten zu lösen. Seines Erachtens übersieht die bisherige Debatte um den Hirntod, „dass Leben und Tod nicht nur Bündelbegriffe sind, sondern zugleich auch ... eine normative Seite haben“²⁹. Da es „an den Rändern der Bündelbegriffe zu so etwas wie Grauzonen der Verwendung“³⁰ komme, gebe es auch „nicht den einen normativ relevanten Sinn von Leben, in Bezug auf den man fragen kann, ob die Hirntoten in diesem Sinn noch leben oder nicht, sondern es gibt verschiedene moralisch relevante Eigenschaften, die insgesamt das normative Gewicht des Lebens ausmachen“³¹. Eine nähere Analyse des Begriffs ‚Leben‘ zeige, dass hier wenigstens zwischen einem ‚biologischen‘, einem ‚biographischen‘ und einem ‚phänomenalen‘ Sinngehalt

²⁷ Vgl. dazu auch die Minderheiten Position B der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ vom 24. Februar 2015, 160-162.

²⁸ Vgl. *R. D. Truog: Brain Death – Too Flawed to Endure, Too Ingrained to Abandon*, in: *Journal of Law, Medicine & Ethics* 35 (2007), 273-281.

²⁹ *R. Stoecker: Der Tod als Voraussetzung der Organspende?*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 58 (2012), 111.

³⁰ *R. Stoecker: Der Tod als Voraussetzung der Organspende?*, 110.

³¹ *R. Stoecker: Der Tod als Voraussetzung der Organspende?*, 112.

zu unterscheiden sei, so dass sich die verbreitete Ansicht als falsch erweist, es gebe genau „eine Eigenschaft ... , auf der das moralische Gewicht des dicken Lebensbegriffs beruht“³². Vor die Frage gestellt, ob hirntote Menschen noch leben oder schon tot sind, möchte Stoecker „eigentlich sagen: Sie befinden sich irgendwo dazwischen. Oder auch: Es hängt davon ab. In mancher Hinsicht sind sie schon tot – sie werden niemals mehr etwas spüren oder wahrnehmen, denken oder handeln – in vielen anderen Hinsichten – biologisch, phänomenal – leben sie aber offenkundig noch“³³. Statt den Status Hirntoter in der binären Logik von Leben und Tod fassen zu wollen, sollten wir seines Erachtens lieber „die eigentlich wichtige Frage ... stellen, was es für unsere moralische Verpflichtung ihnen gegenüber bedeutet, dass sie in dieser Hinsicht sind wie Lebende und in jener Hinsicht wie Tote“³⁴. Trotz des unverkennbaren Bemühens, die Bedeutung der Status-Frage zu relativieren, fallen die Konsequenzen dieses Schrittes außerordentlich dramatisch aus: So sind Hirntote Stoecker zufolge „weder tot, noch kann man sie töten“³⁵, da der Tötungsbegriff in der Grauzone ihrer spezifischen Existenzform keinen Sinn mehr ergebe. Umgekehrt könne kaum ein Zweifel daran bestehen, „dass beispielsweise auch eine Organspende Teil unserer Biographie sein kann“³⁶, da unsere „biografische Existenz ... eben einfach unsere Existenz [sei], all das, was wir erleben, tun, oder was uns zustößt, gleichgültig ob wir leben oder nicht, denn auch, was einem toten Menschen zustößt, ist noch Teil seiner Existenz“³⁷.

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass sich hinter Stoeckers idiosynkratischem Gebrauch verschiedener zentraler Begriffe wie ‚Leben‘, ‚Existenz‘ und ‚Würde‘ massive methodische Probleme verbergen. Er vertauscht nicht nur die spezifische Frage nach dem Leben eines Individuums mit dem allgemeinen Verweis auf generelle Lebensphänomene, um so ontologischen Fragestellungen auszuweichen, sondern er legt trotz seiner Fokussierung auf eine sprachphilosophische Perspektive auch keine tiefengrammatische Analyse des Existenz- oder Lebensbegriffs vor, um seine außerordentlich weitreichenden Schlussfolgerungen abzusichern. Der von ihm als Kronzeuge angeführte Ludwig

³² Ebd.

³³ R. Stoecker: Der Tod als Voraussetzung der Organspende?, 106.

³⁴ R. Stoecker: Der Tod als Voraussetzung der Organspende?, 112.

³⁵ Ebd.

³⁶ R. Stoecker: Der Tod als Voraussetzung der Organspende?, 105.

³⁷ R. Stoecker: Der Tod als Voraussetzung der Organspende?, 105f.

Wittgenstein hat jedenfalls aus guten Gründen in einem emphatischen Sinne an einem nicht nur graduellen, sondern qualitativen Unterschied zwischen Leben und Tod festgehalten³⁸, so dass bereits auf der Ebene des hier gewählten methodischen Zugangs – nämlich der Begriffsanalyse – gewichtige Einwände gegen die hier formulierte Position zu erheben wären.

6. Ausblick und Konsequenzen

Aus den hier angestellten Überlegungen sind wenigstens die folgenden fünf Schlussfolgerungen zu ziehen:

Erstens zeigt sich immer deutlicher, dass es keine vernünftige Alternative dazu gibt, die verschiedenen Anfragen und Einwände gegen das Hirntod-Kriterium unvoreingenommen zu diskutieren und auf ihre tatsächliche medizinische, anthropologische und ethische Plausibilität hin zu befragen. Insofern ist die jetzt wieder aufgeflamnte Diskussion um den Hirntod selbst dann zu begrüßen, wenn einzelne Beiträge dabei über das Ziel hinausschießen. Das notwendige Vertrauen in die wissenschaftliche Zuverlässigkeit desjenigen Kriteriums, das buchstäblich über Leben und Tod eines Menschen entscheidet, kann nur entstehen, wenn alle kritischen Einwände zugelassen werden, da sich nur so bestehende Schwachstellen in der bisherigen Argumentation entdecken und sukzessive ausmerzen lassen.

Zweitens dürfte deutlich geworden sein, dass die zentralen Herausforderungen hinsichtlich der Bestimmung des Todes eines Menschen nicht auf der Ebene der naturwissenschaftlichen Befunde, sondern auf der Ebene ihrer jeweiligen philosophischen Interpretation liegen. Die Beantwortung der Frage, wann ein Mensch lebendig oder tot ist, erzwingt grundsätzliche anthropologische, identitätstheoretische und ontologische Reflexionen, denen gerade die Bundesärztekammer als maßgeblicher Instanz nicht länger ausweichen sollte³⁹.

³⁸ Ausdrücklich stellt *Wittgenstein* in diesem Sinne fest: „Unsere Einstellung zum Lebenden ist nicht die zum Toten. Alle unsere Reaktionen sind verschieden. – Sagt Einer: „Das kann nicht einfach daran liegen, daß das Lebendige sich so und so bewegt und das Tote nicht“ – so will ich ihm bedeuten, hier liege ein Fall des Übergangs ‚von der Quantität zur Qualität‘ vor.“ (Philosophische Untersuchungen, Nr. 284, in: L. Wittgenstein: Werkausgabe, Band 1, Frankfurt 1984, 370).

³⁹ Die begrüßenswerte kontinuierliche Fortschreibung der Kriterien zur Hirntod-Diagnostik seitens der Bundesärztekammer hat leider im Blick auf die sich stellenden Anfragen im Bereich der anthropologischen Grundlagenreflexion zur Verteidigung des Hirntod-Konzeptes bislang in den letzten Jahrzehnten keine adäquate Entsprechung gefunden.

Drittens dürfte davon auszugehen sein, dass ein überzeugendes Todeskriterium aufgrund der komplexen leib-seelischen Einheit des Menschen ebenfalls einen vielschichtigen Charakter besitzen muss und daher nicht auf einen einzigen Parameter reduziert werden darf. Die Bedeutung des menschlichen Gehirns erschöpft sich nicht in der Integrations-Funktion auf der Ebene der organismischen Ganzheit. Vielmehr spielt das Gehirn auch für die Selbständigkeit (Autonomie), die Selbsttätigkeit (Spontaneität), die Kommunikation, die Abstimmung und Auswahl von Einzelfunktionen (Koordination) sowie für die Anpassung und Abgrenzung als Ganzes gegenüber der Umwelt eine wichtige Rolle, wobei das Zusammenspiel dieser verschiedenen Faktoren der weiteren Analyse bedarf⁴⁰.

Viertens sollte deutlich geworden sein, dass die drei hier skizzierten Positionierungen zur Bestimmung des Todeskriteriums – nämlich erstens die Standardposition der Verteidigung des Ganzhirntodes, zweitens der Versuch einer alternativen Rechtfertigung des Hirntodkriteriums durch den President's Council und drittens die völlige Preisgabe des Hirntodkriteriums und der Dead Donor Rule – keineswegs gleich gut begründet erscheinen. Obwohl auch die traditionellen Argumente zur Rechtfertigung des Ganzhirntodes als valides Todeskriterium noch einmal der kritischen Relecture bedürfen, ist gegenwärtig davon auszugehen, dass das Hirntod-Kriterium – sofern es in der gebotenen Sorgfalt angewendet wird – nach jetzigem Stand der Wissenschaft das beste und sicherste Kriterium für die Feststellung des Todes eines Menschen darstellt, das daher aus guten Gründen sowohl von der Bundesärztekammer als auch von der katholischen Kirche vertreten wird.

Fünftens ist abschließend zu betonen, dass mit dem Verweis auf die grundsätzliche Plausibilität des Hirntodkriteriums keineswegs alle Probleme der gegenwärtigen Transplantationsmedizin in Deutschland gelöst sind. Nicht ohne Grund widmet sich die Handreichung der deutschen Bischöfe zu „Hirntod und Organspende“⁴¹ daher exemplarisch auch noch zwei weiteren Themen – nämlich der Wahrung der strikten Freiwilligkeit der Organspende sowie der Notwendigkeit einer verbesserten umfassenden Aufklärung des potentiellen Organspenders –, um deutlich zu

machen, dass die Begründung eines validen Todeskriteriums zwar notwendig, allein aber keineswegs hinreichend dafür ist, um zu einer allseits überzeugenden Praxis der Organverpflanzung zu gelangen.

⁴⁰ Vgl. *Bundesärztekammer*: Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, A 2933.

⁴¹ *Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Hirntod und Organspende* (Die deutschen Bischöfe – Glaubenskommission; 41), Bonn 2015.

Transplantationsmedizin in Deutschland: Was erwarten wir?

von Hartmut H.-J. Schmidt

Die Transplantationsmedizin bietet die Option Patienten im Organversagen das Leben zu retten. Die moderne Transplantationsmedizin beschäftigt sich nicht nur mit Fragen der Transplantation, sondern auch alternativer Behandlungsmethoden. Einsatz von Ersatz- bzw. Unterstützungstherapien, z.B. Zelltherapien, spezielle Dialyseverfahren, TIPS-Anlagen, hämodynamische Therapien. So können einige Patienten mit akutem Leberschaden durch den Einsatz von Albumindialysen bis zur Erholung des Leberschadens auch ohne Transplantation behandelt werden. Führen die genannten Verfahren nicht zum gewünschten Therapieerfolg, verbleibt die Organtransplantation als lebensrettende Therapieoption.

In den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts gestaltete sich die Transplantationsmedizin ohne etablierte Operationsverfahren und immunsuppressive Therapieverfahren im Wesentlichen experimentell. In dieser Phase ohne gesetzliche Reglementierung (es existierten keine gesetzliche Regelung für Organentnahmen) war es dem Mut und der Verzweiflung der Patienten und der Forschung einzelner Chirurgen zu verdanken, ein innovatives und letztendlich sehr erfolgreiches Routineverfahren der Medizin zu entwickeln. Ethisch wäre rückblickend mit unserem heutigen Verständnis dieses nicht möglich gewesen.

In der heutigen Zeit stellt die Transplantation von Organen ein etabliertes und standardisiertes Routineverfahren der Medizin dar. Zwingende Voraussetzung für die Transplantation ist die Bereitschaft der Gesellschaft zur Organspende. Zahlreiche Umfragen in der Bevölkerung bestätigen, dass mehrheitlich eine positive Einstellung zur Organspende in Deutschland besteht. Die Anzahl der Organspenden ist jedoch in kaum einem Land so niedrig wie in Deutschland. Hier gilt es die Erwartungshaltung unserer Gesellschaft zu klären. Eine offene Diskussion in Reflexion der Fakten ist deshalb erforderlich.

Sollen überhaupt in Deutschland Patienten im Organversagen transplantiert werden? Sofern die Transplantationsmedizin als gesellschaftlich akzeptiertes und gewünschtes Verfahren angesehen werden sollte, stellen sich aufgrund der Knappheit der Organe mehrere Fragen: Wen sollen wir transplantieren? Hat jeder Patient im Falle eines Organversagens das Recht auf ein Organ? Wenn nein, welcher Patient hat kein Anrecht? Ist eine gerechte Organverteilung überhaupt möglich? Wer sollte über diese Verteilungsregeln entscheiden?

Derzeit können regelhaft die Organe Herz, Lunge, Niere, Leber, Pankreas und Dünndarm transplantiert werden. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit Organe kombiniert zu transplantieren, z.B. Herz und Lunge oder auch sog. en bloc Transplantationen wie z.B. die Übertragung der Organe Leber, Pankreas und Darm als Organpaket. Im Falle der Lungentransplantation kann bzw. können in Abhängigkeit der Grunderkrankung, des Schweregrades der Erkrankung und Qualität der Spenderorgane ein Lungenflügel oder beide Lungenflügel transplantiert werden.

Eine Errungenschaft der modernen Transplantationschirurgie ist die Möglichkeit, eine Leber nach Organentnahme entlang anatomischer Strukturen kunstgerecht zu präparieren und zu teilen, das so genannte „ex situ splitting“ Verfahren, so dass zwei funktionstüchtige Lebertransplantate entstehen. Die Lebersegmente 2 und 3 können zur Lebertransplantation von Kleinkindern verwandt werden, für die faktisch nahezu keine Spenderorgane zur Verfügung stehen, der verbleibende rechte Leberlappen kann als Transplantat für einen erwachsene Empfänger eingesetzt werden. Dieses Verfahren stellt eine effektive Strategie zur Vergrößerung des Spenderpools dar, wodurch die Anzahl der Lebertransplantationen erhöht werden kann. Andere europäischen Länder sind entsprechend ihren Transplantationsreglements bereits Vorreiter, geeignete Spenderorgane verpflichtend zu „splitten“, um somit den Spenderpool zu vergrößern. In Zeiten eines eklatanten Organmangels in Deutschland könnte dies ebenfalls ein sinnvolles Vorgehen darstellen, um dem Organmangel entgegen zu wirken.

Ein weiteres Verfahren und Errungenschaft der modernen Transplantationsmedizin zur Vergrößerung des Spenderpools stellt die Lebendspende dar. Dieses wird Dank vieler bereitwilliger und altruistisch denkender Angehöriger insbesondere im Bereich der Nierentransplantation ange-

wandt. Ungeachtet den Vorteilen, einem nahen Angehörigen zu neuer Gesundheit zu verhelfen, ist dieses Verfahren immer mit dem Risiko verbunden, einem nachweislich gesundem Spender gesundheitlichen Schaden durch etwaige Komplikationen bis hin zum Tode zu zufügen, so dass in gleichem Atemzug die Frage gestellt werden sollte, wo sich die ethischen Grenzen dieses Verfahrens befinden. Ein sich verschärfender Organmangel in Kombination mit der Möglichkeit zur Lebendspende könnte das Risiko bergen, die Möglichkeit zur Lebendspende zur Verpflichtung zur Lebendspende zu wandeln. Daher sollte kritisch hinterfragt werden, ob die Lebendspende das richtige Konzept darstellt, eine mangelnde Organspenderbereitschaft in der Gesellschaft zu beantworten oder ob eine Verbesserung der gesellschaftlichen Akzeptanz der postmortalen Organspende die geeignetere Maßnahme zur Steigerung des Spenderpools darstellt. Was kann Lebendspende auch bedeuten? Erwarten wir, dass Kinder ihrem betroffenen Elternteil spenden? Erwarten wir, dass Freunde untereinander oder auch Fremde, die helfen wollen, spenden? Wer fängt mich als Lebendspender auf, falls ich doch im Langzeitverlauf krank werde? Und wie geht der Chirurg damit um? Sollte es mal eine sehr seltene Komplikation geben und der Lebendspender dadurch versterben: erwarten wir, dass der Chirurg diese psychische Belastung - jederzeit bereit - durchsteht? Handelt es sich nicht eher um ein Versagen unseres Organspendesystems in Deutschland, weil wir nicht ausreichend Organspenden bei Verstorbenen ermöglichen?

Neugeborene Kinder können seltene Stoffwechseldefekte der Leber aufweisen und könnten z.B. durch eine Infusion von Leberzellen bis zu einer Lebertransplantation in höherem Alter überbrückt werden. Wir haben aber keine Leberzellen, da wir hierzu Spenderlebern benötigen, die ja bereits für die Lebertransplantation nicht ausreichend zur Verfügung stehen.

In unseren Nachbarländern wird im Gegensatz zu Deutschland auch der Herztod unter strikten und engen Kriterien als Voraussetzung einer Organspende akzeptiert. Dieses Verfahren bietet ebenfalls die Möglichkeit, die Anzahl potentieller Organspender zu erhöhen. Innerhalb von Eurotransplant ist Deutschland zusammen mit einigen dieser Nachbarländer organisatorisch zusammengeschlossen. Wenn z. B. ein belgischer Patient am Herztod verstirbt und die belgischen Kriterien der

Organentnahme erfüllt und diese Organe nicht in Belgien vermittelt werden können, erlaubt der deutsche Gesetzgeber jedoch nicht, solch ein entnommenes Organ in Deutschland zu akzeptieren, weil die Organentnahme nicht nach deutschem Recht erfolgt ist. Lieber lassen wir einen Patienten bei uns in Deutschland sterben.

In Folge des Organmangels werden in Grenzfällen auch Spenderorgane von verstorbenen Patienten mit übertragbaren Erkrankungen akzeptiert. Ein Beispiel stellt eine seltene neurologische Erkrankung dar, die durch ein leberbedingtes Eiweiß zu Organversagen von Nerven, Herz und Nieren führen kann, jedoch die Leber selbst nicht betroffen ist. Patienten mit dieser seltenen Erkrankung werden bis heute noch im Sinne einer Gentherapie lebertransplantiert. Deren Leber weiß man, wird in 20-40 Jahren später wiederum zu den Krankheitssymptomen führen. Ungeachtet dessen werden seit den 90er Jahren bis zum aktuellen Zeitpunkt diese ansonsten gesunden Lebern als sogenanntes Domino-Transplantat verwendet, also einem Patienten unter speziellen Kriterien zur Transplantation angeboten. Aktuell nährt sich jedoch der Verdacht, dass in Einzelfällen bereits nach 8-10 Jahren diese Krankheitssymptome auftreten können. Daher stellt sich die Frage, ob solche Lebern weiterhin zur Transplantation verwendet werden sollten? Darf ein Patient, der solch ein Organ erhalten hat, selbst wieder transplantiert werden? Und wenn ja, mit welchen Priorisierungskriterien?

Ein weiteres Beispiel für Spenderorgane mit übertragbaren Erkrankungen ist die Hepatitis C Infektion. Die Hepatitis C ist neuerdings in >90% der Fälle durch Medikamente binnen weniger Monate heilbar. Vor wenigen Jahren variierte der Erfolg einer solchen Therapie zwischen 30 und 70%. Aktuell ist davon auszugehen, dass ca. 0,5-1,0% der Bevölkerung eine Hepatitis C aufweisen. Übertragen auf die Transplantationsmedizin: Dürften Organe eines Hepatitis C verstorbenen Patienten verwendet werden? Impliziert dieses auch, dass es pharmakoökonomisch akzeptiert ist diese teuren Medikamente zu verwenden? Wie sollen potentielle Empfänger solcher Organe korrekt aufgeklärt werden, und wie soll damit umgegangen werden, wenn im Ausnahmefall die übertragene Erkrankung nicht beherrschbar ist?

Die derzeit gültigen Organverteilungsmodi und -prozeduren in Deutschland bewirken, dass nahezu ungeachtet der Organqualität alle entnommenen Organe zur Vermittlung angeboten werden und das jeweilige

Transplantationszentrum entscheiden muss, welche qualitativen Voraussetzungen das zu transplantierende Organ erfüllen sollte. Dieses ist mitunter ein schwieriger Entscheidungsprozess. In Folge des Organmangels erhöht insbesondere die Ablehnung eines lebenswichtigen Spenderorgans aus Gründen einer unzureichenden Qualität des Spenderorgans oder der Instabilität des Organempfängers erheblich den Druck auf den Patienten und die behandelnden Ärzte, da immer ungewiss bleibt, ob in einem noch ausreichendem Zeitintervall ein besseres oder überhaupt ein weiteres Organ angeboten wird oder der Patient aufgrund des Voranschreitens der Erkrankung auf der Warteliste verstirbt.

Womit eine Kernfrage aufgeworfen wird: Wie „schlecht“ darf ein Organ sein, so dass es noch vertretbar ist, dieses zu transplantieren ohne das Leben bzw. eine langfristige Heilung des Patienten zu gefährden? In Zeiten der Verwaltung von Mangel werden jedoch auch vormals tragfähige Entscheidungskriterien wie Spenderalter, Körperhabitus, Lebensweise und Vorerkrankungen des Spenders oder zu erwartende Zeit der Organkonservierung etc. lediglich zu Hilfsvehikeln in einer Entscheidungskaskade degradiert, da in Wirklichkeit eine Nutzen-Risiko-Analyse bestehender Negativfaktoren erfolgt, und nach Abwägung aller Negativaspekte die Bereitschaft zum kalkulierten Risiko ausschlaggebend ist, eine Transplantation mit qualitativ eingeschränkten Spenderorganen zu wagen oder das Wagnis der voranschreitenden Erkrankung - und damit den drohenden Tod des Patienten auf der Warteliste - billigend in Kauf zunehmen.

Deutschland weist trotz einer exzellenten Transplantationsmedizin z.B. für die 1-Jahres-Überlebensrate lebertransplantierten Patienten die höchste Sterberate auf. Dieses erklärt sich im Wesentlichen durch Verteilungsmodi nach Dringlichkeit ohne Berücksichtigung der Prognose. Für den Bereich der Lebertransplantation wurde im Jahr 2006 in Deutschland solch ein Verteilungsmodus eingeführt, welcher ungeachtet der Prognose den am schwersten erkrankten Patienten priorisiert. Bereits damals wurde von Experten ein Szenario der hohen Sterblichkeit vorhergesagt. Obgleich sich die prognostizierten Negativergebnisse eingestellt haben wird dennoch – 10 Jahre später – an diesem Reglement festgehalten.

Womit eine weitere Kernfrage aufgeworfen wird: Was würden wir in der Rolle des Patienten, des behandelnden Arztes oder als Organspender

wollen? Ein-Jahres-Überlebensraten von mehr als 90% oder den Kampf ums Leben um jeden Preis? Geht man in Deutschland sinnvoll mit der kostbaren Gabe bzw. Spende eines Organs um?

Gründe für eine Organtransplantation können sehr vielfältig sein. Das Leberversagen z.B. kann durch Unverträglichkeiten gegenüber Antibiotika, anderen Medikamenten oder durch Pilzvergiftungen binnen weniger Tage entstehen. Der Suizidversuch mit Paracetamol ist in Deutschland eher selten, jedoch ebenfalls typisch für ein Leberversagen. Chronische Verläufe eines Leberversagens können durch Infektionen verschiedener Erreger resultieren.

In Deutschland zählt der Alkoholkonsum zu den häufigen Ursachen eines chronischen Leberversagens. Es handelt sich dabei fast nie um den akut vergifteten Alkoholpatienten und seltener um Patienten, die eine Flasche hochprozentigen Alkohol pro Tag konsumieren, sondern um Patienten, wie z.B. a) eine Dame, welche täglich zwei Glas Rotwein konsumiert hat und keine andere sichere Ursache einer eigenständigen Lebererkrankung wie z. B. eine Autoimmunhepatitis aufweist; b) ein Patient mit chronischer Virus-Hepatitis oder einer Eisenstoffwechselstörung mit werktags 2-3 Flaschen Bier pro Tag; oder c) ein Patient mit einem Konsum von 2 Flaschen Rotwein am Wochenende etc. In den USA und zunehmend auch bei uns in Europa zählt alimentär bedingtes krankhaftes Übergewicht zu den häufigeren Ursachen eines chronischen Leberversagens, d.h. Patienten mit krankhaften Essverhalten oder anderen Gründen, die zu Übergewicht führen können. Patienten mit bestimmten Tumorleiden der Leber dürfen in Deutschland nicht durch eine Lebertransplantation behandelt werden, obgleich diese mit identischer Erkrankung in unseren europäischen Nachbarländern transplantiert werden würden und somit auch eine deutliche Lebensverlängerung erfahren könnten. Womit eine weitere Kernfrage aufgeworfen wird: Wer darf transplantiert werden und wer nicht?

Soll ein(e) Jugendliche(r) nach „Komasaufen“ im Falle eines Leberversagens transplantiert werden? Ab welcher Alkoholmenge oder mit welchem Trinkverhalten darf ein Patient nicht mehr transplantiert werden? Dürfen Patienten mit Übergewicht transplantiert werden? Sollen Patienten mit einem Leberkrebs transplantiert werden, Patienten mit einem Gallengangskrebs der Leber jedoch nicht?

Entsprechend dem Gesagten müssen wir uns selbstkritisch der Frage stellen: Was passiert mit Patienten, die nach unseren derzeitigen Vorgaben keine realistische Chance auf eine Organtransplantation haben? Sollen wir diese Patienten überhaupt auf eine Warteliste zur Transplantation nehmen? Wenn ja, sollen wir immer wieder die Komplikationen der Lebererkrankung behandeln? Gibt es medizinisch ökonomische Gründe eine lebensbedrohliche Infektion überhaupt zu therapieren? Oder sollen wir eher den Weg der Palliativmedizin nehmen? Was ist hier mit dem Begriff „würdevolles Sterben“? Die Politik stellt sich nicht ernsthaft diesen Problemen. Wer will denn schon seine möglichen Wähler mit solchen komplexen Fragestellungen irritieren. Es gibt immer wieder Aussagen u.a. von Politikern unseres Bundestages, die auch im Krankheitsfall kein Organ erhalten wollen. Das hört sich konsequent an. Im Angesicht des Todes werden jedoch häufig moralische Grundsätze verworfen, so dass eine solche Aussage aus der Perspektive des Gesunden vielleicht zu leichtfertig geäußert werden, weil niemand wissen kann, was das drohende Lebensende an Gefühlen wie Angst, Trauer, Sorge um die Familie und Hoffnung und Wunsch auf Genesung in einem Selbst hervorruft. Ich habe aber noch nie in meiner 28jährigen Tätigkeit einen einzigen Patienten gehabt, der mir gesagt hat, er will nicht transplantiert werden, wenn es bei sonst ausreichender Lebensperspektive um Leben und Tod ging.

Bitte vergessen Sie nicht: wir haben Erkrankungen in Deutschland, mit denen Sie in unseren Nachbarländern als Patient transplantiert werden würden, jedoch nicht in Deutschland. Dieses liegt an der Diskrepanz der Zahl der Organspenden und der Zahl der Patienten, die eine Transplantation benötigen. Wir können Patienten mit bestimmten Tumorleiden eine Transplantation in Deutschland nicht anbieten, obwohl diese eine deutliche Lebensverlängerung ermöglichen würde.

Die hier geschilderte Bestandsaufnahme ist unvollständig. Deshalb stellt sich die Frage, wie man mit diesem Dilemma umgehen soll. Die Organknappheit führt zu Regelungen der Verteilung, die nicht fair nach unserem Grundgesetz umsetzbar sind. Wenn es keine objektivierbare Fairness gibt, wäre eine mögliche Strategie, die Transplantationsmedizin in Deutschland abzuschaffen. Die transplantationsmedizinisch tätigen Ärzte in Deutschland können dieses Dilemma nicht lösen. Es ist Aufgabe unserer Gesellschaft, uns Transplantationsmedizinern zu sagen, was

gewollt ist. Die jetzigen Rahmenbedingungen werden Jahr zu Jahr von unserer Politik hingenommen, jedoch nicht aufgrund möglicher Systemängel hinterfragt. Lösungsansätze bieten uns u.a. unsere Nachbarländer.

Der irreversible Hirnfunktionsausfall – unumkehrbarer Tod des Individuums

von Theodor Windhorst

Ich freue mich über die Einladung in das Erzbistum Paderborn, um auf diesem Ärztetag konstruktiv mit dazu beizutragen, als Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und des Bundesvorstandes der DSO sowie als Beiratsvorsitzender der DSO für Nordrhein Westfalen über Organspende und Hirntod zu diskutieren. Wir müssen zu verstehen versuchen, was Erzbischof Becker bereits zu Beginn angesprochen hat: diese Grauzone. Ist sie wirklich eine Grauzone? Oder ist sie nur eine, die wir immer wieder uns selbst aufoktroyieren in der Diskussion des Ungreifbaren: Was ist Tod? Wie ist der Sterbevorgang? Kann man ihn segmentieren in einen positiven, in einen negativen, in einen irreversiblen, in einen reversiblen?

Diese Diskussion ist sehr schwierig. Wir haben uns in der Bundesärztekammer auch in diesem Jahr wieder darum bemüht, eine klare Diskussion über die Irreversibilität der Hirnfunktion, also den Hirnfunktionsausfall zu führen. Warum? Der Hirntod als solcher war uns einfach zu unkonkret, weil der Tod in verschiedenen Interpretationsbreiten möglich ist und insofern haben wir gesagt, es geht hier ganz speziell um den Hirnfunktionsausfall. Um die Unverrückbarkeit dieses Punktes, von dem gilt: „no way back“, kein Zurück.

Ich möchte eine Botschaft voran stellen, bevor wir uns dieser Diskussion über den irreversiblen Hirnfunktionsausfall widmen: Denken Sie bitte an die Wartelisten für ein lebensrettendes Organ. Täglich sterben drei Menschen auf dieser Liste. Denken Sie an die Hoffnungslosigkeit dieser Menschen, wenn wir an Persönlichkeit, Ehrlichkeit, Selbstbestimmungsrecht des Individuums denken.

Wer setzt sich für diese schwer leidenden Menschen ein? In der Politik, im täglichen Tun und Denken bei uns? Viele sagen: ja klar, ich habe

einen Ausweis dabei, aber vielleicht habe ich den im Portemonnaie und nicht in der Handtasche und dann findet man ihn nicht.

Und bei der Sprachlosigkeit zwischen den Menschen heutzutage ergibt das eine Situation, in der dann der Transplantationsbeauftragte/Intensivmediziner eine Entscheidung über einen Menschen treffen soll, der aber nicht mehr denken und sich nicht mehr äußern kann. Nicht, weil er einen Intubationstubus in den Lungen hat, im Bronchialsystem, sondern weil er einfach nicht in der Lage dazu ist, diese anthropologischen Dinge nochmal zu regeln.

Es gibt kaum jemand, der sich dafür einsetzt. Ich habe letztens noch die Kinder in Bad Oeynhausen besucht, die dort über ein Jahr lang an einer Maschine sitzen, mit ihrer Mutter zusammen leben und darauf warten, dass sie - in unserer vom Mangel gekennzeichneten Transplantationsmedizin - ein Herz bekommen.

Herr Schmidt hat diese Frage bereits angesprochen: Muss die Transplantationsmedizin in solchen Situationen noch weiter machen? Ist das nicht zu teuer? Da könnten wir tausende von Kindern in Indien impfen und ihnen ein Leben gewährleisten. Diese Diskussion ist neben der ethischen und weltanschaulichen Dimension nötig und muss auch möglich sein, in Ehrlichkeit, gerade heute, gerade hier.

Denken Sie bitte an die Menschen in unserer Welt, die keine Entscheidungsfreiheit mehr und keine oder nur wenige Fürsprecher haben. Damit will ich nur deutlich machen, dass der Hirntod des Individuums eine Chance ist für einen anderen Menschen. Er bedeutet auch eine Chance für uns, denn wir akzeptieren, dass wir über 150 Organspenden aus anderen Ländern importieren, die andere Regelungen zur Organspende haben, wie die Widerspruchsregelung. Wir sind ein Organ-Einfuhrland, gehen aber mit weißer Weste voran und sagen: Wir haben das ethisch geregelt.

Wir sind nicht in einer Diskussion über Herzstillstand oder Atemstillstand, sondern es geht um sichere Todeszeichen für die Funktionsausfälle des Gehirns. Vorhin wurden bereits die sicheren Todeszeichen, wie Totenflecken und ähnliches angesprochen. Aber diese geben uns keine Auskunft über die Phase, in der wir glauben, dass eine Rückkehr ins Leben nicht mehr möglich ist. Und das betrifft das ganze Gehirn, nicht

nur ein Hirnareal, nicht nur Großhirn oder Kleinhirn, sondern das ganze Gehirn.

Dazu gehört ein Teil des ontologisch ältesten Teiles des Gehirnes, das ist die Medulla oblongata, das ist der verlängerte Bereich der Wirbelsäule an der Hirnbasis, wo unser Sauerstoffzufuhr und unser Leben stimuliert und signalisiert wird. Wenn es hier keine Durchblutung mehr gibt, wenn diese nicht mehr nachweisbar ist, dann ist der Mensch nach drei Minuten irreversibel tot. Das ist eine ganz, ganz kurze Zeit. Und wenn diese Funktion der Medulla oblongata fehlt, wenn wir nachweisen können, dass sie nicht da ist, dann ist das ein Zeichen dafür, dass dieser Teil des Hirns irreversibel abgeschaltet ist: Das Individuum und der Mensch vor uns sind tot.

Eine Anmerkung am Rande: Wenn wir eine Diskussion über Intensivmedizin führen, die nichts mit der Organspende und Organentnahme zu tun hat, dann ist zu diesem Zeitpunkt juristisch der Intensivmediziner beauftragt, das Beatmungsgerät abzustellen. Dann wird in der juristischen Ebene und in der medizinischen gesagt: Hier ist der Sprung in die Irreversibilität erfolgt. Die Nieren arbeiten vielleicht noch, die Reflexe über die Wirbelsäule werden noch weitergeleitet, es gibt sicherlich auch noch Wärme. In einer solchen Situation ist es dann ganz schwierig Abschied zu nehmen, weil viele Menschen diese Wahrnehmung so nicht dem Tod des Menschen zuordnen können und sich sagen: „... das kann doch gar nicht wahr sein, der ist warm und zuckt, wenn ich ihn anfasse.“ Das sind die Patienten, die intensiv-medizinisch existieren, aber nicht weiterleben können.

Vor dem Hintergrund der Zustimmungslösung verzeichnen wir einen Rückgang der Organspendezahlen. Dies bedeutet auch einen Rückgang der Chancen für die Kranken und irreversiblen Kranken auf den Wartelisten. In der Schweiz heißt es aktuell zum Thema Organspende: „Rede darüber“ – nicht: denke nach, sitz im Kämmerlein oder pflege die Probleme. Rede darüber, damit wir eine offene Gesellschaft haben, die offen mit diesen Problemen umgeht und wo mein Nachbar auch weiß: „Ja, der hat immer davon gesprochen, dass er Organe spenden wollte. Seinen Ausweis können wir in der Tasche zwar nicht finden, aber wir erinnern uns, dass er das immer so wollte.“ Mittlerweile ist es aber so, dass die Angehörigen im Ernstfall zu ungefähr 60 Prozent sagen: „Nein, wir wissen das so nicht und wir machen das nicht.“ Das bedeutet dann:

Keine Organentnahme, keine Organtransplantation. Wenn wir von der Selbstbestimmung ausgehen, dann ist das auch richtig, dass wir nichts tun dürfen. Aber wir müssen dafür sorgen, dass wir darüber in aller Offenheit reden.

Wir haben die katholische Kirche hier sehr nah in der Diskussion und auch in der Analyse des Problemaufrisses. Es ist völlig klar, dass wir ein Konzept haben müssen, dass wir gerade diese von Erzbischof Becker erwähnte Grauzone beleuchten müssen, damit wir den Dingen des täglichen Lebens, des Sterbens und des Wiedergewinnens von Leben, der Gesundheit gerecht werden. Das ist ein ganz schwieriger Spagat.

Deswegen müssen wir diese Aspekte diskutieren, entmythologisieren, transparent machen. Wir sollten frei werden von der Vorstellung und Belastung, dass wir vor unserem Schöpfer in ganzheitlicher Form auftreten müssen. Und wir sollten uns mehr damit vertraut machen, dass wir Organe spenden und damit Leben schenken können – damit zeigen wir unsere Solidarität mit den notleidenden Patienten. „Liebe deinen Nächsten“ ist doch für uns Menschen kein Fremdwort.

75 Prozent der Deutschen sagen auf Befragung: „Ja, ich will mein Organ spenden.“ Aber die Realität sieht anders aus. Wir sind im Moment statistisch bei 10,8 pro einer Million Menschen hier in Deutschland, die Organe spenden. 34 pro einer Million sind es in Spanien, 25 in Österreich. Sind das andere Menschen? Gibt es in diesen Ländern eine andere Ethik? Ich glaube nicht.

Basis der Regelung ist der Hirntod – was bedeutet das? Das vollständige menschliche Hirn ist in der Schädelkalotte mit Schädelbasis eingebettet. Es gibt dabei keine Diskussion über die Teile, also über das Großhirn, das die Individualität des Menschen, die Emotionen des Patienten anspricht, oder über das Kleinhirn, das die Bewegung koordiniert, das all die Muskelsysteme regelt. Nein, es geht um das Ganze, inklusive Medulla oblongata, das Atemzentrum, den Übergang zur Wirbelsäule durch den Tentoriumschlitz, eine kleine geschützte Öffnung des Schädels zur Wirbelsäule.

Wenn das Ganze nicht mehr funktioniert, dann ist in jedem Fall eine Diskussion über die Unumkehrbarkeit des Prozesses möglich und notwendig. Wenn bei dem Apnoetest die Beatmung abgestellt wird und es tritt keine Eigenatmung ein, dann müssen wir weiter testen und tun

das auch. Ist das Gehirn nicht durchblutet, ist es in 3 Minuten tot, das ist der irreversible Hirnfunktionsausfall.

Die Hirntoddiagnostik nimmt nicht ein Arzt alleine vor, sondern das macht ein Team innerhalb von 24 Stunden. Wir haben in den neuen Richtlinien festgelegt, dass beim zweiten Mal zwingend ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie dabei sein muss. Zunächst machen das Transplantationsbeauftragte, die auch eine besondere Befähigung dazu haben und die in diesem Bereich von uns zertifiziert werden. Dabei werden ganz klare Qualitätskriterien angesetzt, um nicht in dieser Grauzonen-Debatte verunsichert zu werden.

Dazu ein Beispiel: Ein ehemaliger Außenminister hat seinen sechsjährigen Sohn verloren. Er war außer sich, als man ihn in der Zeit des Abschiedes auf die Organspende ansprach. Das ist natürlich auch eine sehr schwierige und extrem belastende Situation und da sind für die Angehörigen ganz andere Überlegungen vorrangig als die Frage „Organspende, ja oder nein?“ Es ist auch für die Ärzte selbst belastend, in einer solchen Situation fragen zu müssen. Aber es ist natürlich noch viel schlimmer für die Angehörigen. Deswegen ist eine vorherige Entscheidung sinnvoll, die man auch schriftlich festlegt. Ich plädiere auch für ein Register, in dem man nachschauen kann, ob und welche Entscheidung zur Organspende hinterlegt ist.

Der Minister hatte in der Situation damals das Anliegen der Ärzte abgelehnt. Ein halbes Jahr später jedoch hatte er uns mitgeteilt, dass einen in dieser Situation eine solche Frage völlig überfordert. Im Nachhinein wäre es die beste Möglichkeit gewesen, sich in der Abschiedsphase noch helfen zu lassen, um über diese Hürde hinweg zu kommen und zu sagen: Da gibt es eine Möglichkeit anderen zu helfen, mein Sohn kann gemäß der christlichen Nächstenliebe das Leiden eines anderen stoppen.

Doch zurück zu meinem Thema der Hirntoddiagnostik: Wir haben den bereits erwähnten Apnoetest als ganz wichtigen Einstiegstest, dann haben wir die EEG-Hirnstrom-Messung, bei der Ableitungen am ganzen Körper/Kopfbereich gelegt werden und dann werden die elektrischen Funktionen der einzelnen Zellareale sehr spezifisch dargestellt. Früher haben wir Angiographien gemacht, da wurde die Arteria carotis anpunktiert, damit die Kontrastmitteldarstellung an der Hirnschädelbasis und durch Erhöhung des Hirndruckes gezeigt wird. Da geht kein

Kontrastmittel mehr durch. Das ist ein Bild, das sehr eindrucksvoll zeigt, dass da kein Leben sein kann. Diese Angiographien werden jetzt noch genauer durch CT dargestellt und können noch kleinere Hirnareale abtasten, ob diese durchblutet sind oder nicht. Wenn tatsächlich keine Durchblutung mehr vorhanden ist, dann fängt nach drei Minuten die Kolliquationsnekrose an.

Mit dieser Hirntoddiagnostik haben wir in den neuen Richtlinien eindeutige Regelungen über den Hirnfunktionsausfall in der Irreversibilität gefunden. Wir haben die Facharztebene und zum Schluss müssen Neurologen/Neurochirurgen den Hirntod feststellen. In einer Fortschreibung mit dem wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer haben wir festgestellt, dass wir in der Diskussion über die Irreversibilität mit diesen Hirnfunktionsausfallzeichen sichere Todeszeichen haben.

Die Richtlinie ist nicht allein im Rahmen der Transplantationsmedizin von Bedeutung: in der Intensivmedizin ist therapeutisches Abbrechen eigentlich eine *conditio sine qua non*, man muss es tun. Rechtlich, juristisch und auch aus Ressourcengründen in der Versorgung wird dadurch eine klare Regelung gefunden. Bei der Frage nach Organspendern werden dann noch neue apparative Methoden angewendet: die Duplex-Sonographie, und die Computerangiographie. Sie sehen hier ganz beispielhaft, dass es an der Schädelbasis einen Circulus gibt, einen Kreislauf von arteriellen Gefäßen – und hier ist keine Durchblutung, die Carotiden interna und auch die Vertebralis brechen hier ab.

Das Mehr-Augen-Prinzip ist ganz wichtig. Es gab die Transplantations-skandale, nicht Organspendeskandale - bitte unterscheiden Sie das. Nicht die Organspende ist von einzelnen hintergangen worden, sondern die Transplantation ist auf Menschen getroffen, die nicht mit sich, der Ethik und ihrem Gewissen im Reinen waren. Darunter dürfen aber die Menschen auf der Warteliste nicht leiden. Deswegen haben wir ein Mehr-Augen-Prinzip eingeführt, damit diese Vorgänge besser geregelt sind.

Wir müssen bei jeder Transplantation über Erfolg und Dringlichkeit entscheiden. Wir hatten eine exzellente Transplantationsmedizin. Als Beispiel aus meinem Fach: die transplantierten Lungen, die wir in den letzten drei Jahren hatten, sind bei der Ein-Jahres-Überlebensquote von 90 Prozent auf 68 Prozent gefallen, weil wir schlechte Organe kriegen, alte Organe kriegen und weil wir vorgeschädigte, auf der Warteliste

Erkrankte transplantieren müssen. Wer auf eine neue Lunge wartet, muss zwischendurch vielleicht einmal beatmet werden. Das ist ganz schlecht, weil über die Beatmung immer wieder Bakterien in den Körper gepumpt werden und dort bleiben. Die Abstoßungsreaktionen müssen ja hinterher durch Medikamente gestoppt werden. Das hemmt natürlich auch die ganze Abwehrkraft des Patienten. Denken Sie an die Patienten, die ein neues Herz brauchen. Diesen Patienten werden Schläuche durch das Brustbein geschoben und dann wird eine Maschine aktiviert. Das ist eine immense Einfuhrebene für Bakterien. Und wenn die Patienten dann ein halbes Jahr oder länger mit diesen Schläuchen leben, dann müssen die Bakterien durch Medikamente auch wieder eliminiert werden.

Lassen Sie mich in der Diskussion noch sagen: Was mache ich mit den Patienten, die in der Warteliste stehen? Nehmen sie Amerika zum Vergleich: Wer Komplikationen gehabt hat, fällt aus der Warteliste raus. Deswegen ist die Statistik dort auch besser. Aber ist es auch das Schicksal der Menschen? Manche muten uns Entscheidungen zu, die wir eigentlich nicht treffen können.

Organisation der Organspende in Deutschland

von Daniel Schrader

1. Aktuelle Situation der Organspende in Deutschland

In Deutschland hoffen mehr als 10.000 schwer kranke Menschen auf die Transplantation eines lebenswichtigen Organs. Für diese Menschen ist die Transplantation die einzige Möglichkeit, um zu überleben oder ihre Lebensqualität erheblich zu verbessern. Dies ist jedoch nur möglich, wenn andere Menschen bereit sind, ihre Organe nach dem Tod zu spenden. Im Jahr 2015 konnten 877 Organspenden durchgeführt werden, bei denen die rechtlichen Grundlagen vorlagen. Diese bestehen aus dem festgestellten Tod im Sinne des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls sowie einer zu Lebzeiten beziehungsweise durch Angehörige postmortal erteilten Zustimmung zur Organspende. Aus diesen Organspenden resultierten in der Folge insgesamt 2901 gespendete Organe. Die Anzahl der aus einer Organspende entnommenen Organe liegt seit vielen Jahren bei durchschnittlich ca. 3,4 Organen. Aus diesen Zahlen wird deutlich, dass vielen der bei Eurotransplant zur Transplantation registrierten Patienten kein Organ zur Verfügung gestellt werden kann.

2. Gesetzliche Grundlage der Transplantationsmedizin

Seit dem Jahr 1997 sind im Transplantationsgesetz (TPG) der Bundesrepublik Deutschland die Voraussetzungen der Spende, der Entnahme und der Übertragung von Organen und Geweben gesetzlich geregelt. Im Jahr 2012 erfolgte eine umfangreiche Novellierung des Gesetzes, welche unter anderem zur Entscheidungslösung im Rahmen der Zustimmung zur Organspende aber auch zur Präzisierung der Aufgaben der Krankenhäuser und der Koordinierungsstelle führte. Die Aufdeckung von Unregelmäßigkeiten in wenigen Transplantationszentren in Form von Manipulationen relevanter Patientendaten für die Organvermittlung bewirkte eine weitere Ergänzung des Gesetzes im Jahr 2013. Darüber hinaus konkretisieren Ausführungsgesetze verschiedener Bundesländer

die Bestimmungen des Bundes. Wichtige Inhalte des Transplantationsgesetzes sind:

- Regelungen zur allgemeinen Information der Bevölkerung, die in den Händen der Bundes- und Landesbehörden, der Krankenkassen sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) liegen.
- Die Voraussetzungen zur Organspende, welche in Deutschland die Feststellung des Todes und die Zustimmung zu einer Organspende sind.
- Die Festlegung von Verantwortlichkeiten und die Schaffung von Strukturen, für alle die an der Verwirklichung von Organspenden und Organtransplantationen im Sinne einer Gemeinschaftsaufgabe beteiligt sind.

3. Gemeinschaftsaufgabe Organtransplantation

Die Transplantation der Organe verstorbener Spender einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Krankenhäuserhäuser, einer vom Gesetzgeber beauftragten Koordinierungsstelle, einer Vermittlungsstelle sowie der Transplantationszentren.

Alle Krankenhäuser mit Intensivstation stellen in diesem System die unverzichtbare Basis dar. Spätestens nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls sind sie vom Gesetzgeber aus verpflichtet, Kontakt zur Koordinierungsstelle, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), aufzunehmen und mit dieser die medizinischen und rechtlichen Voraussetzungen (festgestellter Tod, keine Kontraindikationen gegen eine Organspende) zu besprechen. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen begibt sich ein Mitarbeiter der DSO zur Koordinierung der Organspende unverzüglich in die Klinik. Hier erfolgt zunächst eine Überprüfung der formal korrekten Dokumentation der Todesfeststellung sowie der gegebenenfalls schon erteilten und dokumentierten Zustimmung. In der Folge findet dann auf der Intensivstation die medizinische Evaluation der für eine Organspende geeigneten Organe situationspezifisch statt. Hierzu dienen unter anderem Befunde aus der Krankenhausbehandlung sowie anamnestische Daten von Angehörigen und vorbehandelnden Ärzten und Kliniken. Allerdings sind für eine adäquate Beurteilung der Organqualität immer auch aktuelle bildgebende und funktionsdiagnosti-

sche Befunde notwendig. Diese werden dann erst nach Rücksprache mit dem DSO Mitarbeiter, nicht selten unter zeitkritischen Bedingungen, erhoben. Nach Abschluss der Organevaluation meldet die DSO diese medizinischen Daten anonymisiert an die Vermittlungsstelle für Organe - Eurotransplant - im niederländischen Leiden. Hier werden dann anhand der im Krankenhaus erhobenen Befunde des Organspenders sowie der von den Transplantationszentren dokumentierten Daten der Patienten auf der Warteliste für ein Organ passende Organempfänger ermittelt.

Grundlage der Organvermittlung sind medizinische Kriterien unter Berücksichtigung der Erfolgsaussicht, der Dringlichkeit und der Chancengleichheit anhand organspezifischer Richtlinien. Diese werden durch die Bundesärztekammer festgelegt und regelmäßig aktualisiert. Der Vermittlungsprozess kann weder durch Beteiligte des Spenderkrankenhauses, der DSO oder der Transplantationszentren beeinflusst werden und dauert zwischen drei und sechs Stunden. Parallel organisiert die DSO bereits wichtige Aspekte der geplanten Organentnahme. Hierzu gehören die Anreise spezialisierter Transplantationschirurgen, die Einbindung der relevanten Abteilungen der Klinik und die Transporte der Organe unter Beachtung der organspezifischen Konservierungsmöglichkeiten in die jeweiligen Transplantationszentren. Die Explantation der Organe erfolgt immer unter der Wahrung der Würde des Verstorbenen durch erfahrene Chirurgen in einem Operationssaal eines Krankenhauses.

Die Etablierung des beschriebenen Systems mit einer klaren Trennung der sensiblen Teilbereiche *Koordinierung der Organspende*, *Organvermittlung* und *Transplantation* führt zu einer hohen Sicherheit in der deutschen Transplantationsmedizin. Regelmäßige und gesetzlich vorgeschriebene Überprüfungen dieser Strukturen spiegeln den hohen Anspruch an die Sicherheit und die Transparenz der Gemeinschaftsaufgabe Organtransplantation.

4. Identifikation potentieller Organspender im Krankenhaus

Organtransplantationen können nur realisiert werden, wenn in den Krankenhäusern bei Patienten mit einer schweren Hirnschädigung die Möglichkeit einer postmortalen Organspende frühzeitig erkannt wird. Grundsätzlich gilt, dass weder eine obere Altersgrenze noch Einschränkungen aufgrund einer nicht natürlichen oder ungeklärten Todesursache bestehen. Die Anzahl absoluter medizinischer Kontraindikationen ist gering

und in Anbetracht des beträchtlichen Organmangels in stetigem Wandel. Im klinischen Alltag besitzen hier vor allem nicht kurativ behandelte Malignome und nicht behandelbare Septikämien eine hohe Relevanz.

Entgegen der immer noch weitverbreiteten Meinung handelt es sich bei Organspendern in den meisten Fällen nicht um junge Unfallopfer ohne Vorerkrankungen. Diese Gruppe beinhaltet nur noch ca. 10% aller Organspender. Die überwiegende Mehrheit der zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall führenden Erkrankungen stellen spontane intrakranielle Blutungen sowie ischämisch-hypoxische Hirnschädigungen z.B. nach zunächst erfolgreicher Wiederbelebung dar. Gerade die zuletzt genannte Todesursache macht deutlich, dass Organspenden in jedem Krankenhaus unabhängig von der Versorgungsstufe der Klinik auftreten können. Zur Klärung dieser relevanten Aspekte besteht für die Krankenhäuser jederzeit die Möglichkeit einer frühzeitigen Kontaktaufnahme zur DSO.

Die Erkennung und Mitteilung möglicher Organspender an die DSO obliegt der besonderen Verantwortung der gesetzlich vorgeschriebenen Transplantationsbeauftragten sowie der Mitarbeiter der Intensivstationen. Neben der Koordinierung von Organspenden ist daher die Schulung und die Sensibilisierung für das Thema Organspende eine Kernaufgabe der DSO in den Kliniken.

5. Zustimmungsregelungen zur Organspende

Die Entnahme von Organen ist in Deutschland nur zulässig, wenn der Organspender in die Entnahme eingewilligt hat. Liegt weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch vor, sind die nächsten Angehörigen zu befragen, ob diesen eine Erklärung bekannt ist. Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, kann dieser die Zustimmung erteilen. Entscheidungsgrundlage sollte der mutmaßliche Wille des Verstorbenen sein, allerdings besteht auch die Möglichkeit der Entscheidung nach eigenen Wertvorstellungen. Bei einer Zustimmung durch die nächsten Angehörigen sind die im TPG geregelte Rangfolge der Angehörigen, der bestehende Kontakt zum Verstorbenen in den letzten zwei Jahren sowie die Möglichkeit der Bedenkzeit und des Widerrufs der Entscheidung zu beachten. Eine schriftliche Dokumentation dieser Gesprächsinhalte durch den Gesprächsführer ist obligat.

Die Gesprächsführung im Kontext einer Organspende stellt eine hochverantwortungsvolle Aufgabe dar. Die hohe Kunst ist die Balance zwischen der Fürsorge für die Angehörigen und der Fürsprache für lebensbedrohlich erkrankte Menschen zu finden. Wichtige Aspekte sind eine klare Sprache im Zuge der Übermittlung der infausten Prognose einer schweren Hirnschädigung bzw. des bereits eingetretenen irreversiblen Hirnfunktionsausfalls. Gleichzeitig muss in diesem Kontext der Perspektivwechsel auf andere Menschen, die auf eine lebensrettende Organübertragung hoffen, erfolgen. Im Rahmen der Begleitung der Angehörigen sind ein hohes Maß an Empathie, Zeit und die Hilfestellung bei der Suche nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen die wichtigsten Aspekte. Ziel der Angehörigengespräche ist eine stabile Entscheidung im Sinne des Verstorbenen, mit der die Angehörigen auf Dauer gut leben können. Nicht zulässig sind Gesprächsstrategien oder Kommunikationstechniken, welche die Meinung der Angehörigen beeinflussen oder gar ändern sollen. Für die Kliniken besteht jederzeit die Möglichkeit, einen Mitarbeiter der DSO zur Unterstützung bei diesen sensiblen Gesprächen einzubinden.

Die im Jahr 2015 in Deutschland realisierten Organspenden fanden in 15% auf Grundlage des schriftlich dokumentierten Willens und in knapp 30% auf Grundlage des mündlich geäußerten Willens des Verstorbenen statt. Das heißt in über 40% der Fälle war den Angehörigen die positive Einstellung des Verstorbenen bekannt. Im Umkehrschluss wird allerdings deutlich, dass trotz umfangreicher Informationskampagnen, z.B. der Krankenkassen, die Entscheidung immer noch häufig alleinig in der Verantwortung der Angehörigen liegt.

6. Abläufe im Krankenhaus

Eine Organspende ist ein sehr seltenes Ereignis im Alltag der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter in den beteiligten Abteilungen (Intensivstation, Anästhesie und Operationsabteilung) eines Krankenhauses. Allein die umfangreichen Maßnahmen zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, organprotektive Intensivmaßnahmen und die zur Organevaluation und Organvermittlung notwendigen Untersuchungen stellen eine große intensivmedizinische Herausforderung für alle Beteiligten dar.

Die DSO übernimmt daher vor Ort die Koordinierung des gesamten Prozesses. Hierzu gehören zunächst auf der Intensivstation die Überprüfung der korrekten Dokumentation der Voraussetzungen einer Organspende, die Beratung bei organprotektiven Intensivmaßnahmen, die Erfassung und die Dokumentation aller für die Organvermittlung relevanten Daten sowie die Kontaktaufnahme zu Eurotransplant und den Transplantationszentren.

In der Folge ergibt sich ein Zeitpunkt für die Entnahme der Organe. Diese erfolgt unter Beteiligung der Anästhesie und der OP-Abteilung der Klinik, in der der Spender verstorben ist, durch erfahrene Transplantationschirurgen. Diese werden in das Krankenhaus einbestellt und reisen häufig aus weit entfernten Zentren, zum Teil sogar aus dem Ausland an. Auch während der Entnahmeoperation ist ein Mitarbeiter der DSO im Operationssaal anwesend. Dieser ist für den ständigen Kontakt zu den eingebundenen Institutionen sowie die Koordinierung und die Dokumentation der anspruchsvollen Operation zuständig. Neben der sorgfältigen Entnahme der Organe steht jederzeit die Wahrung der Würde des Verstorbenen im Vordergrund. Dies gilt selbstverständlich auch für die postoperative Versorgung des Organspenders.

Schon präoperativ wurden die Transporte der Organe unter Beachtung der organspezifischen Konservierungszeit, die zum Teil nur wenige Stunden beträgt, organisiert. Eine situationsbedingte Änderung der Planung unter zeitkritischen Bedingungen kann jedoch jederzeit notwendig werden.

Nach einem Zeitfenster, in dem der längerfristige Erfolg der durchgeführten Transplantationen absehbar ist, werden die Mitarbeiter der beteiligten Abteilungen des Krankenhauses unter Wahrung der Anonymität der Organempfänger schriftlich informiert. Diese Rückmeldungen stellen einen wichtigen Beitrag der Anerkennung des Engagements der Beteiligten für die Gemeinschaftsaufgabe einer Organtransplantation dar.

Die Angehörigen können auf Wunsch ebenfalls die Ergebnisse der Organübertragungen in anonymisierter Form erfahren. Diese Informationen in Form eines persönlichen, vom verantwortlichen DSO Koordinator verfassten Briefes, bestätigen häufig den hohen Wert einer sehr persönlichen Entscheidung und spenden Trostes nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen.

Fazit

Die Strukturen und die gesetzlichen Grundlagen der Transplantationsmedizin in Deutschland schaffen ein hohes Maß an Sicherheit und Transparenz. Hierzu tragen vor allem die strikte Trennung der sensiblen Teilbereiche der Koordinierung der Organspende, der Organvermittlung und der Transplantation bei.

Für die Kliniken stellt eine Organspende eine große Herausforderung dar. Die in diesem Zusammenhang entstehenden Aufgaben und Verpflichtungen wurden vom Gesetzgeber klar definiert. Bei der Umsetzung steht die DSO als kompetenter Ansprechpartner für die Krankenhäuser rund um die Uhr zur Verfügung.

Organ Spenden können nur dann realisiert werden, wenn diese Möglichkeit bei Vorliegen einer schweren Hirnschädigung mit einer infausten Prognose in den behandelnden Kliniken erkannt und idealerweise frühzeitig mit der DSO besprochen wird. Hierfür sind die Erstellung von klinikinternen Standards für den Ablauf einer Organspende und der richtlinienkonformen Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls hilfreich und vom Gesetzgeber in Richtlinien und Verfahrensanweisungen vorgeschrieben. Darüber hinaus führen regelmäßige Fortbildungen der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter der Kliniken zur Sensibilisierung und zu mehr Sicherheit bei dem medizinisch und ethisch anspruchsvollen Thema Organspende und Organtransplantation. Bei der Umsetzung dieser Ziele steht die DSO den Kliniken, insbesondere den Transplantationsbeauftragten, unterstützend zur Seite.

Das Ziel dieser Anstrengungen liegt in der indikationsnahen Behandlung der vielen schwer erkrankten Menschen, für die eine Organtransplantation die einzige Behandlungsmöglichkeit darstellt.

Anfragen und Antworten – Auszüge aus dem Plenumsgespräch⁴²

Teilnehmer: Als Anästhesist und Intensivmediziner habe ich an einer Explantation teilgenommen. Ich bin der Meinung, dass der Mensch nicht tot ist, wenn er im Hirnfunktionsausfall bzw. hirntot ist. Auch der bereits erwähnte Ethikrat hat mit einem Drittel seiner Mitglieder ein entsprechendes Sondervotum abgegeben, in dem der hirntote Mensch als nicht *tot* erklärt wird, auch wenn dieses Votum der Transplantationsmedizin zustimmt. Die Intensivmedizin braucht keine Hirntoddiagnostik, um zu entscheiden, dass eine Prognose infaust ist und die Therapie beendet werden kann. Wenn wir eine Todesfeststellung machen, dann sagen wir „der Mensch ist tot“, aber wir wissen - von forensischen Auseinandersetzungen mal abgesehen - nicht genau, wann dieser Mensch gestorben ist. Wenn man eine einfache Definition für den Tod des Menschen wählt, dann könnte man es sozusagen *ad negativo* sagen: der Mensch ist tot, wenn Zeichen des Lebens fehlen. Das ist eine für mich ganz eingängige Definition. Sie sagt aber auch, dass ein hirntoter Patient, der als Organspender auf der Intensivstation liegt, nicht tot ist. Es sind eben keine irritierenden Phänomene, die wir dort sehen, sondern eindeutige Lebenszeichen: die Hauttemperatur, die Nierenausscheidung, der Herzschlag.

Sie sagen, dass für die Transplantationschirurgen die Hirntodkriterien unverzichtbar sind, weil die Chirurgen dadurch wissen, dass sie den Menschen nicht töten. Nun machen wir das zum Anfang des Lebens auch, in dem wir Schwangerschaftsabbrüche zulassen. Wenn es uns als Gesellschaft also so wichtig wäre, durch Organspenden Organe zu bekommen, dann könnte man sich auch dazu durchringen, die Organentnahme in dieser letzten Phase des Lebens zulassen - aber der Patient ist noch nicht tot. Das müssten wir dann auch den Angehörigen offen sagen. Denn für diese bleibt es eine ganz schwierige Entscheidung.

⁴² Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um eine gekürzte Abschrift der Tonaufzeichnungen aus der Plenumsdiskussion. Die Fragen der Teilnehmenden wurden anonymisiert, die Antworten der Referenten wurden durch diese für den Abdruck freigegeben.

Dr. Windhorst: Was wir brauchen ist mehr Mut zur Akzeptanz der medizinischen Möglichkeiten. Wir sprechen hier nicht mehr vom *Hirntod*. Denn genau diese sprachliche Ebene wirkt sich im Gespräch mit den Angehörigen als sehr problematisch aus: *Hirntod*, *Tod*, wie kann man das differenzieren? Deshalb sprechen wir jetzt nach den neuen Kriterien über den *irreversiblen Hirnfunktionsausfall*. Das ist eindeutig: Es gibt keinen einzigen Menschen, der nach einer Null-CT-Angiographie hätte wieder selbstständig atmen und denken können. Deshalb gehe ich davon aus, dass mit den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer eine ehrliche, wissenschaftliche und ethisch fundierte Arbeit geleistet ist.

Prof. Bormann: Es geht um begriffliche Präzision. Kein Mensch bestreitet, dass es sich hierbei um *Lebensphänomene* handelt, auf die Sie hinweisen. Nur ist diese Beschreibung eben begrifflich unpräzise. Die Frage, um die es geht, lautet: *Haben wir hier das Leben eines Individuums, einer Person vor uns, oder geht es um Lebensphänomene, die auch dann noch zu beobachten sind, wenn der Tod der Person festgestellt worden ist?* Das sind zwei unterschiedliche Phänomene, die uns zur begrifflichen Klarheit zwingen.

Teilnehmer: Es wird immer vom Wort „Person“ gesprochen. Ich gebe deshalb zu bedenken: Der Mensch ist nicht nur ein körperliches, sondern auch ein seelisch-geistiges Wesen. Ich habe den Eindruck, dass die Kirchen damit den „Menschen“ opfern, um ihn in eine „Person“ umzugestalten. Der Mensch wird dann nicht mehr als seelisch geistiges Wesen wahrgenommen. „Wann ist der Mensch tot?“ halte ich deshalb für eine falsche Frage. Sondern: „Wann ist der Körper nicht mehr belebt?“ Aber in einer solchen Situation – in der der Mensch noch als sterbend wahrgenommen wird – schon vom *Tod* des Menschen zu sprechen, das halte ich für verfehlt und für einen Missbrauch christlicher Nächstenliebe.

Prof. Bormann: Vielen Dank für ihre provokative Frage. Es ist für unsere christliche Ethik, auch für die ganze Aufklärungstradition von fundamentaler Bedeutung, dass die beiden Begriffe „Person sein“ und „Mensch sein“ nicht entkoppelt werden. Wir verstehen uns Menschen so, dass jeder Mensch von der Empfängnis bis zum

natürlichen Tod eine Person ist. Es kommt gerade darauf an, dass die beiden Begriffe „Person sein“ und „Mensch sein“ als extensionsgleich zu verstehen sind. Wenn wir das aufgeben, kollabiert unsere gesamte humanistische Tradition. Daher lege ich großen Wert darauf, dass die Extensionsgleichheit dieser Begriffe strikt gewahrt wird.

Der zweite Punkt ist: Ich sehe überhaupt keinen Missbrauch und schon gar keine Instrumentalisierung christlicher Nächstenliebe darin, dass ein Mensch, dessen Leben nach wissenschaftlichen Kriterien als beendet gilt und der zu Lebzeiten nach reiflicher Überlegung selbst erklärt hat, seine Organe nach seinem Tode spenden zu wollen, wenn dieser Mensch dann in einer Weise medizinisch behandelt wird, dass diese Organentnahme so möglich ist, dass ein weiterer Organempfänger daraus großen lebenspraktischen Nutzen gewinnt. Das ist für mich keineswegs eine Perversion – und schon gar nicht der Nächstenliebe. Es deutet offenbar eher darauf hin, dass innerhalb klinischer Settings die an der Explantation beteiligten Mitarbeiter nicht hinreichend aufgeklärt und psychologisch einfühlsam auf das vorbereitet werden, was dort geschieht. Das ist eine Frage der Gesprächskultur einer Einrichtung, ob das, was dort aus guten Gründen geschieht, auch transparent gemacht wird, und ob Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die Chance haben, ihre Wahrnehmungen zu artikulieren. Das würde ich für eine Notwendigkeit erachten.

Im Blick auf die Zustimmung zur Transplantation gebe ich Ihnen – wie es auch bereits im Dokument der Deutschen Bischofskonferenz ausgeführt wird – Recht, dass der Kernbereich die sogenannte *enge* Zustimmungslösung und nicht die *erweiterte* sein soll, bei der die Selbstbestimmung des Betroffenen durch die Willensbestimmung Dritter ersetzt werden kann. Das aber hier im Bereich der erweiterten Zustimmungslösung eine Person durch Explantation getötet würde, halte ich für eine völlig unsachgemäße Beschreibung des Sachverhalts. Hier wird niemand getötet, sondern hier wird in einer tatsächlich juristisch problematischen Erweiterung des eigenen Selbstbestimmungsprinzips eine Verfügungsgewalt über den Leichnam eines Menschen Dritten eingeräumt. Darüber kann man geteilter Meinung sein. Aber immer geht es darum, dass diese Person bereits verstorben ist: Man kann einen Leichnam nicht töten.

Teilnehmer: Eine praktische Frage: Bis zu welchem Alter wird die Hirntoddiagnostik noch durchgeführt, um Organe zu transplantieren?

Prof. Schmidt: Wir haben vor wenigen Jahren erfolgreich von einer 88-jährigen Spenderin eine Lunge transplantiert. Es geht biologisch um die Funktion. Wenn Sie sich prinzipiell für eine Organspende ausgesprochen hätten, würde ganz normal und unabhängig vom Alter geprüft werden, ob das eine oder andere Organ transplantabel ist oder nicht.

Dr. Windhorst: Es gibt extra Programme „old for old“. Sie müssen sich vorstellen, was das für die Lebensqualität bedeutet, wenn eine 73-jährige Patientin nierenineffizient und dialysepflichtig wird und dreimal die Woche an die Dialyse muss - und wenn sie dann von einem älteren Spender eine funktionierende Niere bekommt. Hier ist wirklich geholfen worden. Auch bestimmte Vorerkrankten des Spenders sind nicht a priori Ausschlusskriterien für eine Transplantation.

Teilnehmer: Ich möchte den Blick auf den Arzt richten, der unmittelbar im Kontakt mit den betroffenen Angehörigen steht. Wir wissen, dass Hektik und Arbeitsintensität auf einer Intensivstation so dramatisch sein können, dass das Gespräch mit den Verwandten nicht *entspannt* stattfinden kann. Auch ein Arzt ist manchmal müde. Wichtig ist auch die Rolle des betreuenden, einweisenden Kollegen. Häufig kommen die Patientenangehörigen zu ihrem Hausarzt zurück und sagen: „Wir erleben so viel Verwirrung und wir müssen uns jetzt sehr schnell entscheiden, denn wir sind unter Umständen Sachverwalter des Willens. Herr Doktor, was raten Sie mir denn?“

Ich halte es für ganz wichtig, dass wir untereinander in der Diktion einen Konsens finden, um gegenüber den in hoher Betroffenheit befindlichen Angehörigen Sicherheit zu schaffen. Das ist eine wichtige ärztliche Maßnahme. Auch ich erinnere mich an Fälle, wo ein Kind tödlich verunglückt ist, und die Eltern zum Schluss sagten, dass der Kleine doch mit seinem Herzen in dem anderen Menschen weiter lebt. Auch das ist eine Möglichkeit, wie man mit dem Schmerz umgehen kann.

Prof. Schmidt: Dafür brauchen wir Personal, das nicht nur fachlich geschult ist, sondern auch mit dem Patientenschicksal vertraut ist und bereits im Vorfeld Kontakt mit den Angehörigen hat. In Münster führen wir solche transplantationsmedizinischen Fortbildungen mit Schwerpunkt Organspende durch. Jeder Student muss eine Woche lang Gespräche und Mitteilungen schlechter Nachrichten am Thema Organspende trainieren. Wir werden dabei von Schauspielern unterstützt, und wir erleben Studenten, die weinend rauslaufen. Natürlich hat jeder einen unterschiedlichen Gesprächsbedarf in einer solchen Situation. Der wunde Punkt dabei: Wie viel Zeit steht zur Verfügung, wie ist die Logistik, haben wir einen eigenen Besprechungsraum, werden wir gestört von einem Telefon, von einem Pieper, oder was immer die Realität ist? Und wir versuchen immer unsere Seelsorger - sowohl evangelisch, als auch katholisch - miteinzubinden und erfahren da eine extrem gute Unterstützung. Das setzt natürlich voraus, dass das von den Angehörigen gewünscht wird.

Herr Schrader: Die Begleitung der Angehörigen ist eine ganz große Verantwortung aller am Organspendeprozess Beteiligten. Diese sollte tatsächlich nicht aufgrund des Arbeitsdrucks auf der Intensivstation darunter leiden. Deshalb gibt es beispielsweise auch die Möglichkeit, dass wir als Mitarbeiter der Deutschen Stiftung Organtransplantation zu diesen Gesprächen bei der Frage nach einer Organspende mit eingebunden werden können. Das tun die Krankenhäuser auch regelmäßig, weil wir mehr Zeit mitbringen als der Facharzt, der auf der Intensivstation den Tagesablauf aufrecht halten muss. Wohlgemerkt: Wir tun das nicht mit der Idee, Angehörige irgendwie zu manipulieren oder in Richtung pro Organspende zu drängen, sondern weil wir die entsprechende Zeit und die Expertise dafür mitbringen. Diese Möglichkeit ist jetzt im neuen Gesetz der Landesregierung nochmal deutlich hinterlegt worden.

Teilnehmer: Ich habe drei Fragen an die Referenten:

(1) Die katholische Kirche geht davon aus, dass der Mensch eben nicht nur aus Materie besteht, sondern eine immaterielle Seite hat, bislang immer mit Seele bezeichnet. Welche Rolle also spielt die Beseeltheit des Menschen in dieser Diskussion? Dazu ein provokantes Beispiel: Wenn eine *hirntote* Schwangere über Wochen oder

Monate ein Kind austragen kann, ist es dann nicht vorstellbar, dass in einer solchen Schwangeren auch eine Seele präsent bleibt?

(2) Zum Hirntodkriterium als sicherste Diagnose oder sicherstes Kriterium des Todes: Sie werden alle zustimmen, dass es noch sicherere Kriterien gibt, nämlich die üblichen und traditionellen sicheren Todeszeichen wie Leichenstarre, Leichenflecken, oder Verwesung. Das aber bedeutet, dass der Hirntod meines Erachtens schon eine extreme Vorverlegung des Todeszeitpunktes im Verlauf des *Sterbeprozesses* ist. Der Sterbeprozess wird ja durch die intensivmedizinischen Maßnahmen quasi angehalten. Es erfolgt eben nicht dieser Zerfall in einzelne Subsysteme, in Organe, Zellen, Gewebe, sondern der Mensch bleibt zu 97% seiner Masse in Takt. Kann man dann nicht doch sagen, dass die Ganzheit als Organismus in diesem Stadium mit medizinischer Hilfe erhalten bleibt? Dann wäre das Hirntodkriterium eben im Ergebnis doch nicht erfüllt.

(3) Es ist deutlich gemacht worden, in welchem Dilemma sich die Transplantationsmedizin befindet: Weil sie so viel kann, möchte sie den hohen Bedarf auch decken, aber sie hat nur wenig Möglichkeiten dazu, dass durch Organe auch zu befriedigen. Führt es nicht notwendig dazu, dass hier die Transplantationsmedizin in eine Sackgasse gerät, weil sie nämlich den *Bedarf* unter gleichzeitiger Betonung der *Freiwilligkeit* der Spende nie wird decken können? Wird diese Situation nicht ihre eigene Logik entwickeln und bei der *Freiwilligkeit* ansetzen? Um am Ende dann doch sagen: wenn der Mensch schon tot ist, dann ist es eben Material, was verwendet werden kann, denn wir können so viel Gutes damit tun. Sind das nicht Zielkonflikte: Freiwilligkeit und zugleich Bedarfsdeckung?

Prof. Bormann: Ad 1: Wieso spricht der katholische Moraltheologe nicht viel mehr von der Seele, von dem geistigen Prinzip des Menschseins? Das hat einen einfachen Grund. Es geht ja um die Frage: Wer ist Subjekt des Ganzen, was ist der Mensch? Selbstverständlich gehe ich von einer ganzheitlichen Vorstellung bzw. Anthropologie aus, dass der Mensch mehr als die Materie ist und deshalb eine immaterielle Seite hat, die wir Seele nennen. Jedenfalls weiß ich mich hier der hylemorphistischen Tradition verpflichtet. Ich gehe davon aus, dass der Mensch ein Form- bzw. Gestaltprinzip in sich hat, das

als Lebensprinzip fungiert. Die entscheidende Frage lautet daher: Wann müssen wir von der Beendigung dieser komplexen organischen Einheit der Person ausgehen, die nicht nur eine materielle Seite hat, sondern auch eine mentale, eine religiös-finale Seite. Dem Hirntod-Kriterium liegt genau dieselbe komplexe Vorstellung des Menschseins zugrunde, die auch von den meisten Vertretern der philosophischen Anthropologien geteilt wird. Von daher stimme ich zwar selbstverständlich ihrer Stoßrichtung gegen eine reduktionistische, materialistische Anthropologie zu, teile aber nicht Ihren Hinweis auf die hirntote Schwangere. Die Fortsetzung einer Schwangerschaft, die bei ganz wenigen hirntoten Frauen unter dem Einsatz moderner Medizintechnik möglich war, ist keine autonome Leistung der Schwangeren als Person, sondern resultiert aus dem Zusammenspiel verschiedener äußerer Einflüsse und interner biologischer Restfunktionen unterhalb der Komplexitätsstufe einer selbstgesteuerten Integration zu einer gesamtorganismischen Einheit.

Ad 2: Widersprechen muss ich Ihnen bei der Formulierung, dass durch die neuen Möglichkeiten der modernen Medizintechnik eine *Vorverlegung des Todeszeitpunktes* festzustellen sei. Das ist gerade *nicht* der Fall. Was vorverlegt wurde, ist die *Erkenntnis des eingetretenen Todes*, nicht aber eine Vorverlegung des Todeszeitpunktes selber. Das sind zwei ganz unterschiedliche Phänomene, die auseinander gehalten werden müssen. Es gibt nur den *einen* Tod des Menschen, aber je nach Stand der medizinischen Kenntnis können wir den Eintritt dieses einen Todes zu unterschiedlichen Zeitpunkten *erkennen*. Die moderne Technik hilft uns dabei, den Zeitpunkt der Erkennbarkeit des Todes immer weiter vorzuverlegen.

Ad 3: Mit Ihrer Aussage zur Spannung zwischen der Freiwilligkeit der Organspende und den Möglichkeiten der Bedarfsdeckung treffen Sie genau ins Schwarze. Was die Verfügbarkeit von Spenderorganen angeht, leben wir tatsächlich in einer Mangelgesellschaft. Aber wie wollen wir mit diesem Mangel umgehen? Der beste Weg wäre, dass immer mehr Bürgerinnen und Bürger in diesem Land aus wohlüberlegter, eigener Reflexion zu der Erkenntnis kommen, dass die Organspende für sie eine plausible, überzeugende und humanitär hochwertige Handlungsform ist, zu der man zwar nicht moralisch verpflichtet ist, für die es aber gute Gründe gibt, wenn bestimmte Rahmenbedin-

gungen gegeben sind. Für die strikte *Freiwilligkeit* plädiert auch das Dokument der Bischofskonferenz, weil es nicht vorstellbar ist, dass wir in allen Bereichen der modernen Medizinethik auf die Autonomie des mündigen Bürgers setzen, aber hier mit der Transplantationsmedizin auf einmal einen Bereich hätten, der gerade diese Selbstbestimmung, die eigenständige, autonome Reflexion für entbehrlich erachtet. Dieser Gegensatz kann nicht funktionieren, weil Selbstbestimmung und Autonomie schon längst ein grundlegender Teil unseres kulturellen Systems geworden sind. Deswegen wären wir gut beraten, für eine Kommunikation zu sorgen, in der offen über den Tod und die Möglichkeit der Organspende gesprochen wird. Und diejenigen, die sich dafür entscheiden, sollen das in der klaren Gewissheit tun, worauf sie sich einlassen. Sie müssen umfassend aufgeklärt sein und sollen sich ohne jeden Druck frei entscheiden, wohlwissend, dass sie mit ihrer Spende einem anderen schwerkranken Patienten eine echte Lebenschance eröffnen können.

Teilnehmer: In der Diskussionsrunde wurde ja schon betont, dass die Gespräche mit den Angehörigen besser werden müssen. Die Nachricht vom Tod meines Sohnes löste einen Schockzustand aus. Und in dieser Situation sollen Menschen eine Entscheidung treffen, die sie überhaupt nicht absehen können. Ich konnte gar nicht glauben, dass mein Kind tot sein sollte, weil es ganz unverletzt aussah. Die Frage, meinen Sohn zur Organspende freizugeben, fühlt sich in dieser Situation an, als wäre man in einen Schraubstock eingespannt, der sich immer enger zuzieht. Dazu kommen Schuldgefühle, welche ganz subtil im Raum stehen. Ich habe Schuldgefühle, dass meinem Kind sowas Schreckliches passiert, obwohl ich objektiv unschuldig bin. Und ich habe Schuldgefühle, dass - wenn ich jetzt die Organentnahme verweigere - dann meinetwegen auch noch andere Menschen sterben würden. Ich bitte sie deshalb um eine ehrliche Aufklärung über den wahren Zustand eines Menschen im Hirnversagen und um eine größere Rücksicht auf die Situation der betroffenen Angehörigen.

Prof. Schmidt: Ich bin sehr unglücklich, dass Sie diese Erfahrung machen mussten. Natürlich können wir nicht für jedes einzelne Aufklärungsgespräch einstehen. Ich versuche immer wieder Hilfen

zum Verständnis dieser Situation anzubieten. Und ich sage, dass man sich die Entscheidung immer noch überlegen kann. Es ist natürlich ein Dilemma, dass wir die Angehörigen in einer solchen Situation fragen müssen – aber das sind die Regularien, mit denen Intensivmediziner bei uns in Deutschland arbeiten müssen.

Prof. Bormann: In der geschilderten Situation sind viele Verbesserungspotentiale für die Angehörigen ersichtlich. Aber der zentrale Punkt ist, dass Sie um eine ehrliche Aufklärung über den *wahren Zustand des Organspenders* bitten. Diese Forderung ist berechtigt, aber die Frage ist: *wodurch* wird die Antwort bestimmt? Ich glaube nicht, dass im 21. Jahrhundert in einer hochtechnisierten Medizin die Antwort auf diese Frage durch eine simple lebensweltliche laienhafte Anschauung nach der Devise – der Körper des Hirntoten sieht äußerlich noch lebendig aus, also kann der Mensch noch nicht tot sein – möglich ist. Eine solche Meinung ist in der Bevölkerung zwar verbreitet, aber sie ist meines Erachtens nicht nur in diesem Bereich naiv und führt in die völlig falsche Richtung.

Natürlich brauchen wir eine *ehrliche Aufklärung*. Deshalb fordert ja das Dokument der katholischen Kirche eine umfassende Aufklärung aller Beteiligten, der Spender zuerst, aber eben auch der Angehörigen. Dafür muss aber die *ganze* Geschichte der Organtransplantation erzählt werden: Was passiert in der Klinik? Wie läuft es dort genau ab? Kann ich mich von meinem Angehörigen vorher verabschieden? Kann ich ihn auch *nach* der Explantation nochmal in Augenschein nehmen? Wie sieht er dann aus? Bekomme ich einen Schock oder keinen? Und viele Fragen mehr. Alles muss auf den Tisch.

Aber die Antwort auf die Frage, wie der wahre Zustand des Organspenders zu bestimmen ist, kann nicht durch ein bloßes *Anschauen* gewonnen werden, weil es sich hier um ein viel zu kompliziertes Phänomen handelt. Sondern hier geht es darum, mit unseren bewährten anthropologischen Kategorien und Begriffen zu versuchen, diesen medizinischen Zustand möglichst adäquat abzubilden. Und hier ist die überwältigende Mehrzahl der Experten der Überzeugung, dass der Organspender – wenn der Hirntod im Sinne des ganzen Hirntodes *lege artis* festgestellt ist – begründeter Weise

davon ausgehen kann, dass das individuelle Leben dieser Person definitiv zu Ende ist. Das ist eine vielfältig reflektierte sachlich gut begründete Einschätzung, die nichts mit einer irgendwie fragwürdigen Strategie zu tun hat – wie etwa mit partikulären bedarfsorientierten Interessen, um eine Verbesserung der Organspendezahlen zu erreichen. Sondern es ist einfach ein Produkt einer komplizierten interdisziplinären wissenschaftlichen Anstrengung, die auf einem anderen Niveau liegt, als die bloße Situation des äußerlichen laienhaften Anschauens, dass ich jemanden sehe, der eine rosige Hautfarbe hat und der noch durchblutet wird – und deswegen schlussfolgere, er lebe noch. Das ist nicht sachadäquat und entspricht auch nicht der Weise, wie wir sonst im Bereich im Bereich der Medizin vorgehen.

Teilnehmer: Mediziner sind jetzt in der Lage, den Hirntod durch Kriterien zu diagnostizieren. Dazu hat uns der wissenschaftlich medizinische Fortschritt gebracht. Dennoch müssen wir uns eingestehen, dass der Tod als Phänomen unfassbar bleibt. Hier kommen Theologie und Religion zum Tragen.

Dr. Windhorst: Ich glaube, dass wir in dieser Diskussion unterscheiden müssen zwischen dem, wie wir seelisches Verhalten individualtypisch sehen und dem, was wir auf der Funktionsebene, der medizinisch-technischen Seite, sehen. Es ist ganz schwierig diese beiden Perspektiven in ein so homogenes Ganzes zu bringen, dass wir es insgesamt bearbeiten können. Zum einen ist die Freiheit des Individuums in der Organspende zu schätzen, zum anderen muss das Gespräch mit den Menschen geführt werden, die in der Unsicherheit stehen, wie sie sich entscheiden sollen. Ich sehe das aus meinen Erfahrungen der letzten Jahre. Es ist ganz wichtig, vorher darüber zu sprechen, auch um Verletzungen des einzelnen Individuums zu vermeiden. Dass wir uns vorher überlegen, was mit Geist und Seele passiert, ist selbstverständlich, sodass die Menschen in ihrer persönlichen Haltung gesichert sein können. Ich danke für diese wirklich kritische Diskussion auf diesem Ärztetag und sehe, dass wir weitere Handlungsnotwendigkeiten haben, uns mit diesen Aspekten immer wieder zu beschäftigen.

Prof. Bormann: Ich möchte nochmal für die Kunst der Unterscheidung plädieren. Wir müssen uns einfach klar machen, dass wir zwei verschiedene Fragen haben. Das eine ist die *Was-Frage*: Was ist das Leben und was ist der Tod? Auf diese Fragen können wir und wollen wir hier keine abschließende, umfassende Antwort geben. Natürlich gibt es im Menschen alles mögliche Unermessliche, alles Spirituelle und alle Dinge, die nicht materiell sind. Aber kein Mensch und auch kein Moraltheologe, der sich wie ich für die Validität des Hirntodkriteriums ausspricht, behauptet, dass damit die *Was-Frage* beantwortet ist. Diese Frage bleibt offen und sie ist in die Kulturen dieser Welt gegeben. Hochkulturen und Religionen versuchen, darauf eine umfassende, äußerst komplexe Antwort zu geben.

Von dieser *Was-Frage* ist aber folgende Frage zu unterscheiden: *Welches Kriterium zeigt uns an, ob ein Individuum in seiner funktionalen Ganzheit als individuelle Person noch lebt oder schon tot ist?* Nur auf diese zweite Frage-Ebene hin ist die ganze Hirntoddiskussion ausgerichtet; und hier wird gesagt: Das, was wir nach gegenwärtigem Wissensstand und jedenfalls mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, als dass in allen anderen Bereichen der diagnostischen Medizin überhaupt möglich ist, sagen können, ist, dass hier ein bestimmter Zustand erreicht ist, der nicht mehr mit dem Leben einer Person vereinbar ist. Und deswegen würden wir sagen: Diese Person ist auch dann tot, selbst wenn wir wissen, dass in ihrem Organismus noch Restlebensphänomene unterschiedlichen Komplexitätsgrades erhalten sind. Ob es die Spermien sind oder andere Entitäten spielt keine Rolle. Niemand, der den Hirntod verteidigt, bestreitet in irgendeiner Form, dass es Restlebensphänomene unterschiedlicher Komplexitätsgrade gibt. Und niemand, der zu Recht davon ausgeht, dass der Ganzhirntod ein zuverlässiges Todes-Kriterium ist, muss behaupten, dass damit schon alles das ausgesagt ist, was der Tod für uns Menschen bedeutet und was daher in einer umfassenden Todes-Definition irgendwie berücksichtigt werden müsste.

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindegeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn. Erzbischof Becker ist Vorsitzender der Kommission VII (Erziehung und Schule) der Deutschen Bischofskonferenz.

Franz-Josef Bormann, Prof. Dr. theol.

geboren 1965 in Hildesheim; 1984–1991 Studium der Philosophie und der kath. Theologie in Frankfurt, München und Rom; Aufbaustudien in München und Sankt Georgen; 1998 Promotion zum Dr. theol. und 1999-2002 Wissenschaftl. Assistent am Institut für Systematische Theologie (Arbeitsbereich Moraltheologie) der Universität Freiburg, anschließend Visiting Scholar an der Harvard University und am Boston College. 2005 Priesterweihe in Hildesheim und Habilitation an der Universität Freiburg. 2005-2008 Professor für Moraltheologie und Ethik an der Theol. Fakultät Paderborn; 2008 Berufung auf den Lehrstuhl für Moraltheologie an der Theol. Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. 2016 Berufung in den Deutschen Ethikrat.

Hartmut H.-J. Schmidt, Prof. Dr. med.

geboren 1963; 1982-1988 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule in Hannover (MHH); anschließend Stipendiat des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) in England und USA; 1989 Promotion zum Dr. med. und 1990 Approbation. Bis 1999 Wissenschaftlicher Assistent der Abteilung Gastroenterologie und Hepatologie der MHH; 1998 Habilitation und Forschungsstipendium für Transplantation. 1999 Oberarzt an der Medizinischen Klinik der Humboldt-Universität Berlin und seit 2004 Professor für Experimentelle Transplantationshepatologie am Universitätsklinikum Münster. 2010 Ernennung zum Direktor der Klinik für Transplantationsmedizin und Professor für Klinische und Experimentelle Transplantationsmedizin.

Theodor Windhorst, Dr. med.

geboren 1950 in Bielefeld; Studium der Medizin in Münster, 1980 Approbation und 1983 Promotion zum Dr. med.; Assistenzarzt in Unfallchirurgie und Allgemein Chirurgie, 1988 Anerkennung als Facharzt für Chirurgie, 1994 für spezielle chirurgische Intensivmedizin und 1995 für Visceralchirurgie und Thoraxchirurgie, seit 2000 Chefarzt für Thoraxchirurgie der Kliniken Bielefeld. Berufspolitische Schwerpunkte: 1989 Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und seit 1993 im Vorstand; 1999-2003 Mitglied des Vorstandes der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und KVWL; seit 2005 Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe; Mitwirkung in einer Vielzahl von Fach- und Lenkungsausschüssen.

Daniel Schrader

Geboren 1971 in Salzkotten, Abitur 1991 in Paderborn. Nach dem Zivildienst Ausbildung zum Krankenpfleger 1993-1996 an der Universitätsklinik Düsseldorf. 1999 Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie; langjährige Tätigkeit auf der neurochirurgischen Intensivstation der Universitätsklinik Düsseldorf. Seit 2011 Koordinator bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation für die Region Nordrhein-Westfalen.

Die gedruckten Dokumentationen der früheren Tagungen sind kostenlos erhältlich und können telefonisch unter 05251 1254462 oder per E-Mail bestellt werden: info@liborianaum.de

Als Broschüre sind verfügbar:

- 2006 **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn
Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg
- 2007 **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg
- 2009 **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Johannes Köbberling, Wuppertal
Prof. Dr. Thomas Schwartz, Augsburg
- 2010 **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg
Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg
- 2011 **Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**
Beiträge von: Weihbischof Hubert Berenbrinker
Prof. Dr. Dr. Jens Atzpodien, Münster / Osnabrück
Prof. Dr. Manfred Spieker, Osnabrück
- 2014 **Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
Prof. Dr. Eckhard Frick SJ, München
- 2015 **Ebola, Malaria und Co. – Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Dr. Uta E. Düll, Gikonko/Rwanda
Dr. Klemens Ochel, Würzburg
- 2016 **Wann ist der Mensch tot? Das Kriterium des Hirntodes und die Organspende**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Franz-Josef Bormann, Tübingen
Prof. Dr. Hartmut H.J. Schmidt, Münster
Dr. Theodor Windhorst, Münster
Daniel Schrader, Essen

Über die Homepage des Liborianums stehen alle Dokumentationen als pdf-Datei zur Verfügung: <http://www.liborianum.de/Unser-Programm/Aerztetag>

- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**
- 2001 **Als Mensch beginnen – als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**
- 2004 **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**
- 2005 **Wie alt werden in unserer Gesellschaft – Lebensqualität nur durch Medizin?**
- 2006 **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**
- 2007 **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**
- 2008 **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**
- 2009 **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**
- 2010 **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**
- 2011 **Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**
- 2012 **Diagnose Burnout – Die erschöpfte Seele als Symptom unserer Zeit**
- 2013 **Die Patientenverfügung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und ärztlicher Verantwortung**
- 2014 **Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen**
- 2015 **Ebola, Malaria und Co. – Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien**
- 2016 **Wann ist der Mensch tot? Das Kriterium des Hirntodes und die Organspende**



Herausgeber:
Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Domplatz 3 · 33098 Paderborn