

STELLUNGNAHME | STAND 04.02.2017

# „Hirntod“ und Organspende



EVANGELISCHE KIRCHE  
IN HESSEN UND NASSAU



## VORWORT



Dr. Dr. h.c. Volker Jung, Pfarrer  
Kirchenpräsident der Evangelischen  
Kirche in Hessen und Nassau (EKHN)

Die moderne Medizin stellt uns heute an vielen Stellen vor Entscheidungen, die es in dieser Form vor 100 Jahren oder vor 50 Jahren noch nicht gegeben hat. Von der künstlichen Befruchtung über die vorgeburtliche Diagnostik, von der Gentherapie über den Herzschrittmacher, von der Nierenersatztherapie (Dialyse), zur künstlichen Beatmung bis hin zur Frage nach der Zulässigkeit der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen und der Sterbehilfe.

Durch die wissenschaftlichen Erkenntnisgewinne und die technischen Entwicklungen ist das Leben zunehmend in die Verfügungsmacht des Menschen geraten. Zugleich hat in der westlichen Welt eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung stattgefunden, die dem einzelnen Menschen das Recht auf Selbstbestimmung – auch über den eigenen Körper und die eigene Gesundheit – zuschreibt. Heute sind die Patienten als Expertinnen und Experten des eigenen Lebens und der persönlichen Wertvorstellungen einzubeziehen. Sie treffen letztlich die Entscheidung über die Zustimmung oder Ablehnung der Behandlung.

Diese gewonnene Selbstbestimmung, die Patientenautonomie, kann jedoch als Fluch und Segen zugleich erlebt werden, da nun letztlich die Last der Entscheidung auf der einzelnen Patientin, dem einzelnen Patienten liegt. Entscheidungen sind jedoch nur möglich aufgrund fundierter und verständlicher Informationen. Geht es dabei um die eigene Gesundheit bzw. das eigene Überleben, um die Sorge und den drohenden Verlust eines geliebten Menschen – dies alles eventuell sogar unter Zeitdruck und vor dem Hintergrund sozialer Belastungen – die dann eine Entscheidung erheblich erschweren können. In solchen Situationen sind die Kranken keine Kundinnen und Kunden, die ihre Entscheidungen auch vertagen können, sondern leidende Menschen mit existentiellen Sorgen und Hoffnungen.

Die Evangelische Kirche von Hessen und Nassau versteht ihre Aufgabe nicht darin, Menschen in medizinethischen Konfliktsituationen vorzuschreiben, wie sie sich zu entscheiden haben. Nach evangelischem Verständnis ist es der bzw. die Einzelne, die vor Gott und dem eigenen Gewissen Entscheidungen trifft und selbst verantwortlich. Die theologischen Positionen werden dadurch nicht beliebig; sie entspringen dem biblischen Verständnis, in ethischen Fragen danach zu suchen, was dem Leben dienlich ist. In diesem Sinne bemüht sich Kirche und Diakonie um Unterstützung und Beratungsangebote, um Menschen in schwierigen Entscheidungssituationen zu begleiten, Alternativen und Hilfsangebote aufzuzeigen sowie Konsequenzen gemeinsam zu durchdenken. Darüber hinaus beteiligt sich die Kirche an der gesellschaftlichen Diskussion gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen.

Vor diesem Hintergrund hat die Kirchenleitung im Jahr 2014 eine interdisziplinäre „Arbeitsgruppe Medizinethik“ ins Leben gerufen, die für aktuelle Fragen der modernen Medizin u.a. Stellungnahmen erarbeiten soll, um auf theologisch-ethischem Gebiet Hilfestellungen für die Entscheidungsfindung bereitzuhalten. Die vorliegende Stellungnahme zum Thema „Hirntod“ und Organspende greift einen zentralen Aspekt aus dem Bereich der Transplantationsmedizin auf, der von verschiedenen Seiten an die Kirchenleitung herangetragen wurde. Wir sind der Arbeitsgruppe dankbar für den differenzierten Blick auf die Frage, ob der „Hirntod“ mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen ist. Es wird deutlich, dass es hierbei nicht um die Frage nach der „einzigen Wahrheit“ geht, sondern um das zugrunde liegende Menschenbild. Dies entbindet weder den Einzelnen noch den Gesetzgeber von einer Positionierung.

Wir wünschen der vorliegenden Stellungnahme, dass sie zu einer persönlichen Auseinandersetzung beiträgt und für die Vermeidung möglicher Konflikte zwischen Patientenverfügung und Organspendeausweis einen hilfreichen Beitrag leistet.



Darmstadt, im August 2017, Dr. Dr. h.c. Volker Jung, Pfarrer  
Kirchenpräsident der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (EKHN)

## STELLUNGNAHME | STAND 04.02.2017

Die Debatte um die ethischen Aspekte der Organtransplantation ist in den letzten 60 Jahren nie wirklich zur Ruhe gekommen. Seit der ersten Lebend-Nieren-transplantation im Jahr 1954 und der ersten Herztransplantation im Jahr 1967 sind mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung ethische Fragen diskutiert worden, ohne dabei an ein Ende gelangt zu sein. Einzelne Debatten haben die Aufmerksamkeit der Bevölkerung immer wieder über Wochen und Monate beherrscht, bis diese Aspekte wieder in den Hintergrund getreten sind, um plötzlich – etwa aufgrund eines aktuellen Ereignisses wie dem „Transplantations-skandal“ um den Verstoß gegen die Regelung der Organverteilung – die Schlagzeilen erneut zu beherrschen. Nicht zuletzt hat dieses Ereignis gezeigt, wie sehr die gesamte Transplantationsmedizin auf Vertrauen angewiesen ist.

In nahezu jedem Lehrbuch der Medizinethik wird das Thema „Organtransplantation“ aufgegriffen, obwohl es statistisch gesehen – im Vergleich zu anderen medizinischen Eingriffen – nicht sehr häufig vorkommt, doch kaum ein anderes Verfahren wirft so viele unterschiedliche und tiefgreifende ethische Fragen auf wie die Organtransplantation: von der Frage des zulässigen Entnahme- bzw. Todeszeitpunkts über die Frage, wer der Organentnahme zustimmen muss, von der Frage der gerechten Verteilung der Organe als „knappe Güter“, bis hin zur Frage nach den Besitzrechten am eigenen Körper und der moralischen Vertretbarkeit der Werbung für Organspenden.<sup>1</sup> Diese genannten Aspekte können in diesem Beitrag nicht alle aufgegriffen werden. Vielmehr soll vor allem der Frage nachgegangen werden, ob die Gemeinsame Erklärung der Evangelischen und Katholischen Kirchen von 1990 einer Aktualisierung bedarf und das darin enthaltene „Hirntodkonzept“ zwingend abgelehnt werden muss.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vgl. Bayertz 1992; Schmidt 2000; Weiher, Feldmann 2010; Stöcker 2010, 2012; Niederschlag, Proft 2012; Schockenhoff 2012; Maio 2013; Belkin 2014; Iltis, Cherry 2014; Jox 2014; Truog, Miller 2014; DIVI 2016.

<sup>2</sup> So u. a. die Forderung der AGH – Ärztliche Ad-hoc-Gruppe Hirntod. Ärzteinitiative für Lebensrecht und Menschenwürde in der Transplantationsmedizin (2015): „Wir fordern ein klares Nein zum Hirntodmodell und zur derzeitigen Praxis der Hirntoddiagnostik und der Organentnahme bei schlagendem Herzen“.

## Aktuelle evangelische Positionen

Aus Sicht der EKHN stellt die Verlautbarung des ehemaligen Ratsvorsitzenden der EKD, Präses Nikolaus Schneider, eine sehr gute und prägnante Zusammenfassung aktueller evangelischer Positionen dar, der wir uns an dieser Stelle anschließen. Im November 2012 hatte der damalige Ratsvorsitzende der EKD folgende grundlegende christliche Positionen zum Thema Organspende formuliert (Schneider 2012):

- Nach christlichem Verständnis ist das Leben und der Körper des Menschen ein Geschenk Gottes, das ihm anvertraut ist.
- Der Mensch kann und darf seinen Körper nutzen, will er etwa aus Nächstenliebe und Solidarität kranken Menschen helfen.
- Er darf Organe und Gewebe spenden; das verletzt weder seine Würde noch zerstören die Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit die christliche Auferstehungshoffnung.
- Es gibt jedoch keine christliche Verpflichtung zur Organspende; Christen können einer Organspende zustimmen oder diese grundsätzlich ablehnen; auch können sie sich bereit erklären, nur bestimmte oder nur ein bestimmtes Organ zu spenden. Diese Entscheidungen macht sie nicht zu besseren oder schlechteren Christen.
- Da die Organentnahme an die Zustimmung des oder der Betroffenen bzw. seiner oder ihrer Angehörigen gebunden ist, wird es in der Regel als Entlastung erlebt, wenn in einer solchen tragischen Situation, in der die Frage einer Organentnahme ansteht, eine Willensäußerung des oder der Betroffenen vorliegt. Entscheidend ist dabei nicht, wofür oder wogegen sich der oder die Betroffene entschieden hat, sondern dass eine Willensäußerung vorliegt.

- Doch auch diese Willensäußerung ist freiwillig. Niemand kann und soll gezwungen werden, sich zur Frage einer möglichen Organentnahme zu äußern. Alle diese Optionen sind christlich verantwortbar und ethisch zu respektieren. Allerdings sollte bedacht werden: Solange ich mich selbst nicht zum Thema Organspende geäußert habe, verpflichtet der Gesetzgeber dazu, dass die Angehörigen gefragt werden, in meinem Sinne zu entscheiden. Mit einer – von mir wie auch immer getroffenen – Entscheidung, entlaste ich somit in der Regel meine Angehörigen, in dieser sehr belastenden Situation eine verantwortliche Entscheidung zu treffen, die meinem Willen gerecht wird.
- In Deutschland sind die Krankenkassen aufgefordert, alle Versicherten über 16 Jahre über die Möglichkeit von Organ- und Gewebespenden zu informieren.

### Die geäußerte Kritik am „Hirntodkonzept“ und die konkrete Forderung

Die vorliegende evangelische Position betont zum einen als notwendige Voraussetzung die Möglichkeit der freien Entscheidung und fordert die grundsätzliche Akzeptanz gegenüber allen Entscheidungen, die von Christen in dieser höchstpersönlichen Frage getroffen werden. Auf die Frage, ob der Organspender oder die Organspenderin nach festgestelltem „Hirntod“ auch wirklich „tot“ ist, wurde in dem oben vorgestellten Papier nicht konkret eingegangen. Demgegenüber gab es in der Gemeinsamen Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und dem Rat der EKD von 1990 noch eine klare Positionierung:

„Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen.“  
(Deutsche Bischofskonferenz/ Rat der EKD 1990, Kap. 3.2.1.)

Und genau diese Positionierung steht – u. a. von der Ad-hoc-Arbeitsgruppe – in der Kritik, verbunden mit der dezidierten Forderung, diese Position zu verlassen und zu überarbeiten.

*Wir unterstützen grundsätzlich die Forderung, die Gemeinsame Erklärung von 1990 in Hinblick auf die damalige eindeutige Positionierung zum Hirntod als „Tod des Menschen“ zu überarbeiten. Die Evangelische Kirche in Hessen und Nassau sollte in dieser Frage nicht nur eine Position zulassen, auch um nicht den Eindruck zu erwecken, als ließe sich die Frage nach dem Tod des Menschen in den Kategorien von „richtig“ oder „falsch“ beantworten.*

*Vielmehr sollte es Aufgabe der Evangelischen Kirche sein, verständlich darzustellen, warum sich diese Frage nicht eindeutig entscheiden lässt und welche Konsequenzen mit dem jeweiligen Todesverständnis in Hinblick auf eine mögliche Organentnahme verbunden sind. Dies hat zum Ziel, dem bzw. der Einzelnen eine individuelle Entscheidung zu ermöglichen, die dieser bzw. diese ggf. in seiner bzw. ihrer Patientenverfügung festlegen kann, und zugleich zu verdeutlichen, dass aus evangelischer Sicht der sog. „Hirntod“ als Tod des Menschen sowohl akzeptiert wie auch abgelehnt werden kann.*

## Zur ethischen Kontroverse um den „Hirntod“ als Tod des Menschen

Menschliche Organe können nur dann sinnvoll transplantiert werden, wenn sie auch nach der Organübertragung ihre Funktionsfähigkeit beibehalten haben und im Körper des Empfängers oder der Empfängerin ihre organspezifische Funktion ausüben können. Für die Transplantation lebenswichtiger, nichtpaariger Organe bedeutet dies zum einen, dass diese Organe im Körper des Spenders oder der Spenderin noch funktionsfähig sein müssen bzw. ihre Funktionsfähigkeit nicht eingebüßt haben, zum anderen darf aus rechtlicher Sicht der Spender oder die Spenderin durch die Entnahme des Organs bzw. der Organe nicht getötet werden (sog. Dead-Donor-Rule). So haben alle westlichen Industrienationen rechtliche Regelungen dafür geschaffen, unter welchen Bedingungen Organe entnommen werden dürfen, ohne dass der Arzt sich strafbar macht.

In vielen westlichen Industrienationen erfolgt die Organentnahme auf der Grundlage des sogenannten Hirntodes. Dieses Kriterium wurde bzw. wird immer wieder scharf kritisiert. Die Einwände reichen dabei von emotionalem Unbehagen bis zur detaillierten Kritik. Hans Jonas äußerte schon einen Monat nach Veröffentlichung der Hirntodkriterien durch eine Arbeitsgruppe der Harvard Medical School im Jahre 1968 seine Besorgnis und sprach sich in mehreren Veröffentlichungen gegen die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen aus (Jonas 1974, 1987).<sup>3</sup> In der BRD wurde Anfang 1990 die Diskussion um den Hirntod vor allem durch evangelische Theologen neu entfacht (Grewel 1992; Jöns 1992a/b). Nach einer heftigen Kontroverse wurde im Jahre 1997 in § 3 des Transplantationsgesetzes (TPG) mit dem Eintritt des sogenannten Hirntodes (vollständiger Ausfall von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm) die Entnahme von Organen für rechtlich zulässig erklärt.<sup>4</sup> Damit war auf der einen Seite Rechtssicherheit geschaffen, auf der anderen Seite hat die heftig geführte Kontroverse um den Hirntod jedoch bis heute zu keinem allgemeinen Konsens geführt,<sup>5</sup> sondern vielmehr offengelegt, dass es in der Beurteilung des Hirntodes keine Übereinstimmung geben kann, da die Menschenbilder, die den einzelnen Positionen zugrunde liegen, inkompatibel sind und deshalb einen Konsens gar nicht zulassen. Die Gründe dafür lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- (1) Jede Todesbestimmung basiert auf einem anthropologischen Konzept. Je nach zugrunde liegendem Menschenbild lässt sich ein „Hirntoter“ entweder als „Toter mit erhaltener Körperfunktion“ oder als „Lebender ohne Hirnfunktion“ verstehen (vgl. Thomas 1994). In der Diskussion stehen sich damit – grob gesagt – „Analytische Partikularisten“, die von einer Teilbarkeit der menschlichen Existenz in Subsysteme ausgehen und „Ganzheitlich Orientierte“ gegenüber, die für die Erhaltung des Individuums im Sinne eines „unteilbaren Seins“ eintreten (vgl. Kütz und Wehkamp 1995, S. 72f.). Für die „Partikularisten“ stellt das Hirntodkriterium nur

<sup>3</sup> Die medizinische, anthropologische und philosophische Debatte um die zentrale Bedeutung des Gehirns für den Tod des Menschen ist jedoch wesentlich älter (vgl. Erguth 2016).

<sup>4</sup> In der aktuellen Vierten Fortschreibung des Transplantationsgesetzes zur Feststellung des Todes nach der § 3 TPG wird von den „Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ gesprochen, um damit u. a. der aktualisierten Terminologie des TPG zu folgen, das den Begriff des Hirntodes nun nicht mehr verwendet (vgl. Erguth 2016, S. 167).

<sup>5</sup> Vgl. Evangelische Frauen in Deutschland 2015a, 2015b

ein weiteres, aber kein grundsätzlich neues Kriterium des Todes dar; für die „Ganzheitlich-Orientierten“ ergibt sich aus dem Hirntodkriterium eine völlig neue und unangemessene Definition des Todes, da diese ihrer Meinung nach zu einer Funktionalisierung des Menschen führt.

- (2) Bei der Beurteilung des Hirntodes können gegenläufige Denkbewegungen aufeinandertreffen (vgl. Thomas 1994, S. 198): Wer vom Tod her denkt, kann die intensivmedizinische Versorgung des oder der Hirntoten als eine „technische Verdeckung“ des bereits eingetretenen Todes verstehen; wer vom Leben her denkt, kann aufgrund der sichtbaren Zeichen von Atembewegungen, Körperwärme und Pulsschlag den Zustand des oder der Hirntoten als letzte Sterbephase interpretieren.<sup>6</sup> Ob Hirntote noch als Sterbende oder bereits als Tote angesehen werden, lässt sich aus den rein naturwissenschaftlichen Fakten nicht beantworten, entscheidend ist das jeweils zugrunde liegende Menschenbild. Dadurch ist es zu erklären, dass der Streit über das „richtige“ Verständnis des Hirntodes quer durch die Disziplinen verläuft, es also weder in der „Schulmedizin“, noch in Theologie oder Philosophie eine alleingültige Auffassung darüber gibt.
- (3) Der Versuch, zwischen Leben und Tod eine scharfe Grenze zu ziehen, wäre biologisch gesehen ein künstliches Unterfangen, da das Eintreten des Todes kein punktuell Ereignis sondern einen biologischen Prozess darstellt (Morison 1975).<sup>7</sup> Was früher im Sterben als prozesshaftem Geschehen so eng zusammengefallen ist, dass es den Eindruck eines punktuellen Geschehens hervorgerufen hat, kann heute durch die moderne Intensivmedizin zeitlich derart „auseinandergezogen“ werden, dass ein konkreter Zeitpunkt verschwimmt. Dass aber Grenzen zwischen Leben und Tod festgelegt und gesellschaftlich akzeptierte Zeitpunkte bestimmt werden müssen, die dann zu bestimmten Handlungen berechtigen (z.B. zur Beendigung intensivmedizinischer Maßnahmen, zur Beendigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse, zur Organentnahme, zur Obduktion oder zur Beerdigung), ist damit nicht notwendigerweise ausgeschlossen.

<sup>6</sup> Wird davon ausgegangen, dass die „vitalkonservierten Organe“ nicht Toten, sondern Sterbenden entnommen werden, dann läuft die Organentnahme bei vorheriger freiwilliger Zustimmung des Spenders – und (nur) diese erlauben die meisten Kritiker – auf eine „Tötung auf Verlangen“ hinaus.

<sup>7</sup> Eine Übersicht über offene Fragen gaben bereits früher Halevy und Brody (1993).

Selbst wenn ein wissenschaftstheoretisch unaufhebbarer Irrtumsvorbehalt bestehen bleibt, kann auf der Grundlage jener naturwissenschaftlichen Sichtweise, nach der die zentrale Steuerung der Körperfunktionen und das bewußte Empfinden an eine Form von Hirntätigkeit gebunden ist, nach Eintritt des Hirntodes eine Organentnahme für zulässig erklärt werden.

- (4) Alle Beteiligten begeben sich sprachlich auf ein schwieriges, weil ungewohntes Feld, wollen sie widerspruchsfrei den Zustand eines oder einer Hirntoten beschreiben. Dies hat u. a. die Diskussion um das „Erlanger Baby“ im Jahr 1992 gezeigt. Nach einem Verkehrsunfall wurde eine Schwangere auf der Intensivstation versorgt und der Hirntod festgestellt. Die Intensivtherapie wie künstliche Beatmung u. a. wurde über 6 Wochen aufrecht erhalten, doch es kam noch vor der Entbindung zu einem Spontanabort. Aber konnte eine hirtote Schwangere wirklich „tot“ sein? Konnte man hier von einem „Leichnam“ sprechen, der ein Kind austrägt? (Bayertz und Schmidt 1992). Kann eine hirtote Person am „Leben“ erhalten werden? Da wir üblicherweise zwischen Leben und Tod klar trennen und keinen Zwischenbereich kennen, zeigen sprachliche Formulierungen immer wieder Unschärfen auf und führen zu Irritationen. Wer Hirntote als Sterbende versteht, wird die intensivmedizinischen Maßnahmen – innerhalb dieses Konzepts durchaus stimmig – als „lebens-“ bzw. „sterbeverlängernde“ Maßnahmen beschreiben können. Kritisiert wird jedoch, wenn Beschreibungen terminologisch inkonsequent verwendet werden und zu Missverständnissen führen. So kritisiert der Neurologe Erbguth (2016, S. 168), dass z. B. in kirchlich-diakonischen Stellungnahmen davon gesprochen wird, dass der Hirntote „atmet“<sup>8</sup> (wo doch gerade der Verlust der Fähigkeit zur selbständigen Atmung ein Kriterium des Hirntodes ist) und Schmerzen „empfindet“<sup>9</sup> (wo doch die Fähigkeit der bewussten Wahrnehmung an das Gehirn gebunden ist).

<sup>8</sup> Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern (2015)

<sup>9</sup> Diakonie Hessen (2015)

- (5) In welcher Form die Zulässigkeit der Organentnahme an den – aus juristischer Sicht – vorliegenden Tod des Menschen geknüpft ist, hat Auswirkungen auf die moralische und rechtliche Beurteilung. Handelt es sich bei Hirntoten um im rechtlichen Sinn „Tote“, dann hat die Organentnahme (bei vorliegender Zustimmung) auch keine strafrechtliche Konsequenz für den Arzt. Werden Hirntote als Sterbende in der letzten unumkehrbaren Sterbephase verstanden, dann entsteht das medizinethische und juristische Problem, dass das Leben der Sterbenden durch die Explantation beendet wird. Ob dies nun als „Tötung“ verstanden wird oder als „indirekte Sterbehilfe“ –, auch die erforderliche (mutmaßliche) Zustimmung der Sterbenden ändert nichts daran, dass es in diesem Fall der Arzt oder die Ärztin als Explantateur/in (!) ist, der bzw. die den Kreislauf eines oder einer Sterbenden zum Stillstand bringt und sein bzw. ihr Leben damit beendet. Deshalb ist von Juristen wiederholt davor gewarnt worden, diese Tür zur Sterbehilfe zu öffnen:

„Wer dagegen Hirntote für lebend, die Entnahme ihrer Organe aber für zulässig erklären will, sieht sich dem Einwand ausgesetzt, er gebe ein Grundprinzip der Rechtsordnung preis: das strikte Verbot, einen Menschen allein zum Nutzen anderer zu töten, selbst wenn er diese Tötung gestattet und deren Ziel des fremden Nutzens wünscht.“ (Merkel 2015)

Zuletzt ist diese Debatte im Deutschen Ethikrat geführt worden, ohne zu einer gemeinsamen Position zu kommen. Die Mehrheit (18 von 25 Stimmen) hat dafür plädiert, den Hirntod als sicheres Zeichen für den Tod des Menschen zu verstehen; eine Minderheitenposition (7 Mitglieder) sprach sich dagegen aus, darunter auch die Evangelischen Theologen Prof. Dabrock und Bischof Prof. Hein. Einer der zentralen Kritikpunkte ist, dass mit dem Hirntodkonzept die ganzheitliche Sichtweise menschlichen Lebens nicht adäquat berücksichtigt wird (s.o.).

Es gibt im breitem Spektrum der evangelischen Theologie beide Sichtweisen (vgl. Denkhaus und Dabrock 2012; Kreß 2014, 2016; Körtner 2016). Wichtig ist jedoch auf die Konsequenzen hinzuweisen, die sich aus den jeweiligen Positionen ergeben. Wird der Hirntod nicht als der (juristische) Tod des Menschen verstanden, sondern als letzte unumkehrbare Sterbephase, dann

kann die Zustimmung zur Organentnahme die Einwilligung in eine durch den Arzt bzw. die Ärztin aktiv herbeigeführte Beendigung des Sterbeprozesses, d. h. als eine „Tötung“ verstanden werden. Es wird somit auf einer anderen Ebene ein neues Problem hervorgerufen. Einige Mitglieder des Deutschen Ethikrates haben dies gesehen und als Lösung vorgeschlagen, zwischen Leben und Tod einen dritten Zustand zu definieren, der die Organentnahme ermöglicht, ohne in die Problematik einer „Tötung“ zu geraten. Aber auch über diesen Lösungsansatz konnte keine Einigkeit erzielt werden:

„Wir glauben nicht, dass dieser Einwand mit einer semantischen Einengung des Tötungsbegriffs behoben werden kann, wonach die Organentnahme, vor der der hirntote Spender gelebt habe und nach der er jedenfalls tot ist, gleichwohl kein ‘Töten’ sei.“ (Merkel 2015)

Nun kann die Auffassung vertreten werden, dass dies aus ethischer Sicht zulässig ist, da es der Patient oder die Patientin selbst ist, der bzw. die durch seinen bzw. ihren erklärten Willen oder seine bzw. ihre mutmaßliche Zustimmung in die aktive Form der Beendigung des eigenen Lebens einstimmt. Dann muss jedoch klar sein, dass die bis dahin gültige „Dead-Donor-Rule“ verlassen wird und wir vom Grundsatz abweichen, von jenen Menschen keine Organe zu entnehmen, die im juristischen Sinne nicht „vollständig tot“ sind. Es ergibt sich sodann das nächste ethische und juristische Problem bei der Frage der Zustimmung zur Organentnahme bei Kindern durch deren Eltern:

„Und wir glauben erst recht nicht, dass mit einer solchen sprachlichen Neudefinition die Erlaubnis für Eltern zu legitimieren wäre, in die Organexplantation bei ihren hirntoten Kindern einzuwilligen. Vielmehr halten wir jede Befugnis, einwilligungsunfähige Dritte einem Eingriff zu unterwerfen, der ihren Tod herbeiführt, für unvereinbar mit Grundprinzipien unserer Rechtsordnung. Damit käme, erklärt man Hirntote für lebend, jedenfalls die pädiatrische Organtransplantation an ihr Ende.“ (Merkel 2015)

- (6) Dem oder der Hirntoten kommt nicht die bisherige kulturell akzeptierte Qualität eines „Leichnams“ zu.<sup>10</sup> Auch wer den Hirntod als Tod des Menschen akzeptiert, kann emotional Schwierigkeiten haben, einen künstlich beatmeten, hirntoten Menschen als „Toten“ wahrzunehmen.
- (7) Auch wenn der Hirntod als „Tod“ akzeptiert wird, bleiben semantische Probleme im Zusammenhang mit der weiteren „therapeutischen“ Zielsetzung. So muss nach Eintritt des Hirntodes zwischen zwei Handlungszielen unterschieden werden: Entweder wird die künstliche Beatmung eingestellt, etwa um den Menschen beerdigen zu können, oder es werden wegen einer beabsichtigten Organentnahme intensivmedizinische Maßnahmen zur Stabilisierung des Kreislaufs und Aufrechterhaltung der Organfunktion unternommen. Damit tritt der Fall ein, dass eine medizinische Behandlung an einem oder einer „Toten“ vorgenommen wird.<sup>11</sup> Die emotionalen Konflikte, die in diesem Zusammenhang für das Personal auftreten können, sind – gerade auch von Pflegekräften – seit vielen Jahren wiederholt beschrieben worden (vgl. Windels-Buhr 1991, S. 78ff.). Will man an der therapeutisch-pflegerischen Zielsetzung festhalten und einer Entindividualisierung vorbeugen, die sich allein auf den Funktionserhalt der Organe konzentriert,<sup>12</sup> muss man den (oder die) potentiellen Organempfänger oder potentielle Organempfängerin zum neuen therapeutischen Subjekt erklären und die Versorgung des oder der Hirntoten als eine „vorweggenommene Intensivtherapie des Empfängers“ verstehen (vgl. Klöss et al. 1990),<sup>13</sup> und „organprotektive Maßnahmen“ an dem oder der Hirntoten ergreifen.

<sup>10</sup> Dass für mangelnde Akzeptanz gegenüber dem Hirntodkriterium sehr verschiedene Ursachen in Frage kommen (religiöse Gründe, Verunsicherung aufgrund der ersten Herztransplantation von 1968 etc.), zeigt bspw. die Situation in Japan (Kimura 1991; McConnell 1999).

<sup>11</sup> „Wichtigstes Ziel bei der Intensivtherapie des Organspenders ist die Vermeidung von Organverlusten durch vorzeitigen Kreislaufstillstand und die Sicherstellung einer optimalen Transplantatfunktion zum Entnahmezeitpunkt“ (Rohling et al., o. J. S. 6).

<sup>12</sup> „Die therapeutischen Grundlagen verschieben sich damit von einer neurologisch orientierten Intensivbehandlung auf intensivtherapeutische Bemühungen, Organe zum Zwecke der Transplantation funktionsfähig zu erhalten“ (Klöss et al. 1990).

<sup>13</sup> Bei Eintritt des Hirntodes muss „ein konsequenter Umdenkungsprozeß von der Behandlung der Grunderkrankung des eigenen Patienten auf die postmortale Organspende für eine anonyme Gruppe von Schwerkranken erfolgen“ (Schoeppe in: Rohling et al., o. J., S. 4).

***Zusammenfassung:** In der Diskussion um den Hirntod hat das Transplantationsgesetz von 1997 zwar juristische Klarheit geschaffen, auf der anderen Seite ist jedoch deutlich geworden, dass sich die unterschiedlichen geisteswissenschaftlichen Sichtweisen bis hin zur Diskussion im Deutschen Ethikrat im Jahr 2015 kaum angenähert, sondern die Gräben eher vertieft haben. Das Ergebnis des Diskurses ist also kein von allen getragener Konsens, sondern kann vielmehr die Einsicht sein, dass in der Diskussion um den „Hirntod“ grundverschiedene Menschenbilder zum Tragen kommen, die in Hinblick auf die Festlegung des Todeszeitpunkts letztlich unvereinbar sind und auch in Zukunft – bei noch so engagierter Diskussion – sich in keinem Konsens werden auflösen lassen.*

### **Konflikte zwischen Patientenverfügung und Organspendeausweis – und wie sich diese vermeiden lassen**

In einer Patientenverfügung kann jeder volljährige Bundesbürger und jede volljährige Bundesbürgerin schriftlich festlegen, wie er bzw. sie behandelt werden möchte, sollte er bzw. sie aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung für einen längeren Zeitraum nicht in der Lage sein, seinen bzw. ihren Willen dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin gegenüber kompetent zum Ausdruck zu bringen. Die Entstehungsgeschichte der Patientenverfügung wurde in den 1970er Jahren von der Sorge der Bürgerinnen und Bürger begleitet, dass mit den zunehmenden Möglichkeiten der Intensivmedizin ein unabwendbarer Sterbeprozess künstlich verlängert werden kann, ohne dass sie als Patienten aufgrund ihrer aktuellen Bewusstlosigkeit bzw. Entscheidungsunfähigkeit die Möglichkeit haben, dies zu unterbinden bzw. die Behandlung zu begrenzen. Eine Patientenverfügung sollte allen Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit bieten im Voraus festzulegen, wie die Ärztinnen und Ärzte in einer solchen Situation zu verfahren haben. Das sollte die Ärztinnen und Ärzte auch von der Sorge entlasten, zuviel oder zuwenig im Sinne der Patienten getan zu haben.

Seit dem 1. September 2009 ist in Deutschland gesetzlich geregelt, dass der in einer Patientenverfügung schriftlich niedergelegte Wille des volljährigen Patienten oder der volljährigen Patientin für den Arzt oder die Ärztin grundsätzlich verbindlich ist. Sollte die Krankheitssituation, die in der Patientenverfügung

beschrieben ist, mit der aktuellen Erkrankungssituation des Patienten oder der Patientin übereinstimmen, muss sich der Arzt oder die Ärztin an die schriftliche Willensäußerung des Patienten oder der Patientin halten, will er bzw. sie sich nicht dem Risiko einer Anzeige wegen strafbarer Körperverletzung aussetzen. Darin kommt zum Ausdruck, dass der Arzt oder die Ärztin stets an den (mutmaßlichen) Willen des Patienten oder der Patientin gebunden ist und er bzw. sie sowohl aus ethischer wie aus rechtlicher Sicht keine Eingriffe vornehmen darf, denen der Patient oder die Patientin nicht nach einem vorherigen Aufklärungsgespräch zugestimmt hat.

Wenn der Arzt oder die Ärztin durch die Patientenverfügung detaillierte Informationen über die vom Patienten oder von der Patientin gewünschte Fortführung oder Begrenzung der Behandlung erhält und ebenso aufgrund eines vorliegenden Organspendeausweises – oder einer entsprechenden Passage in der Patientenverfügung – darüber informiert wird, ob der Patient bzw. die Patientin mit einer Organentnahme einverstanden ist (und welche Organe entnommen werden dürfen), dann erscheint auf den ersten Blick alles geklärt. Doch es kann zu Unklarheiten und Konflikten kommen, die u. a. die Bundesärztekammer dazu veranlasst hat, einen Expertenkreis einzuberufen, um das Verhältnis zwischen Patientenverfügung und Organspende-Erklärung zu untersuchen (Bundesärztekammer 2013).

So besteht ein häufiges Missverständnis in der Bevölkerung darin, dass grundsätzlich alle sterbenden Patienten als „Organspender“ in Frage kommen. Doch dies trifft nicht zu. Geht das Leben des Patienten oder der Patientin zu Hause zu Ende oder verstirbt er oder sie im Pflegeheim, kommt eine Organentnahme – auch bei Vorliegen eines Organspendeausweises – nicht in Frage. Der Patient bzw. die Patientin muss im Krankenhaus, genauer: auf der Intensivstation des Krankenhauses unter besonderen Bedingungen (wie z.B. einer künstlichen Beatmung) als „hirntot“ diagnostiziert werden, d.h. es kommen bei weitem nicht alle Patienten, die in Deutschland auf einer Intensivstation versterben, für eine Organentnahme in Frage. Es hängt entscheidend davon ab, an welchen Erkrankungen sie versterben und in welcher Reihenfolge Organfunktionen ausfallen, d.h. ob ein „Hirntod“ vorliegt.

Viele Bürgerinnen und Bürger verfolgen mit ihrer Patientenverfügung das Ziel, die Behandlungen zu begrenzen, wenn aus ärztlicher Sicht das Sterben nicht aufzuhalten ist. Sie wollen festlegen, dass nicht alles, was medizinisch und technisch möglich ist, auch getan werden soll. Sie möchten, wie häufig zu hören ist, „nicht an Schläuchen sterben“, wenn der Tod unabwendbar ist und sprechen sich beim Vorliegen bestimmter Krankheitssituationen und -verläufe in ihrer Patientenverfügung gegen eine Fortführung der intensivmedizinischen Behandlung aus. Eine solche Patientenverfügung ist – wie wir oben erläutert haben – für den Arzt bzw. die Ärztin verbindlich, wenn die in der Patientenverfügung beschriebene Erkrankungssituation auch aktuell konkret vorliegt.

Hat der Patient oder die Patientin zudem einen Organspendeausweis ausgefüllt und darin erklärt, dass er bzw. sie mit der Entnahme von Organen einverstanden ist, kann für den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin folgendes Dilemma entstehen:

Hat sich der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin so verschlechtert, dass die in der Patientenverfügung beschriebene Situation eingetreten ist, müsste der Arzt bzw. die Ärztin die intensivmedizinische Behandlung zu diesem Zeitpunkt einstellen. Um jedoch festzustellen, ob die Organentnahme(n) möglich ist (sind), denen der Patient oder die Patientin in seinem bzw. ihrem Organspendeausweis zugestimmt hat, müssten bis zur Feststellung des Hirntodes und ggf. der späteren Organentnahmen intensivmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden, um die Funktionsfähigkeit der zu transplantierenden Organe zu erhalten bzw. Schädigungen der Organe zu vermeiden, die den Transplantationserfolg beeinträchtigen würden. Diese intensivmedizinischen Maßnahmen widersprechen dann jedoch dem in der Patientenverfügung niedergelegten Wunsch des Patienten oder der Patientin, einen Zustand, in dem eine Rückkehr in ein bewusstes Leben nicht mehr möglich ist und der Kreislauf nur noch durch intensivmedizinische Interventionen künstlich aufrecht erhalten werden kann, zu beenden.

Das Expertengremium bei der Bundesärztekammer hat für verschiedene Fallkonstellationen eine rechtliche und ethische Bewertung vorgenommen. Für den Fall, dass sowohl eine Patientenverfügung vorliegt, in der der Patient weitere lebenserhaltende Maßnahmen untersagt und gleichzeitig (!) ein Organspendeausweis mit der Bereitschaft zur Organspende vorliegt, kommt das Gremium zu

dem Schluss, dass die für die Hirntoddiagnostik und ggf. spätere Organentnahme notwendige Fortsetzung der intensivmedizinischen Maßnahmen durchgeführt werden können, weil davon auszugehen ist, dass der Patient oder die Patientin mit dieser Priorisierung der Maßnahmen einverstanden wäre.

Nun müssen wir jedoch davon ausgehen, dass nicht allen Bürgerinnen und Bürgern, die sowohl eine Patientenverfügung verfasst, wie auch einen Organspendeausweis ausgefüllt haben, diese Details und Konflikte deutlich sind. So empfiehlt die Bundesärztekammer, die Bevölkerung darüber besser aufzuklären und den Wunsch nach Therapiebegrenzung mit der Bereitschaft zur Organspende abzustimmen. So kann es zu einer Situation kommen, in der die Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen nicht mehr primär dem Wohle des Patienten oder der Patientin dient, sondern der Realisierung einer möglichen späteren Organentnahme.

Um Unsicherheiten bei der Interpretation von Patientenverfügungen und Organspendeerkklärungen zu vermeiden, sollte – so die Empfehlung – die eigene Patientenverfügung, bzw. die Muster für Patientenverfügungen, etwa in der nachfolgenden Form ergänzt bzw. präzisiert werden:

*Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.*

Oder:

*Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.*

Wir fügen an dieser Stelle neu hinzu, dass auch die nachfolgenden Formulierungen möglich sind:

*Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach festgestelltem Hirntod zu Transplantationszwecken ab.*

Oder:

*Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Sollte bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommen und die Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer notwendig werden, so lehne ich diese intensivmedizinischen Maßnahmen ab, auch wenn diese nur kurzfristig notwendig werden sollte (Stunden bis höchstens wenige Tage).*

*Mir ist bewusst, dass dadurch eine Organspende und eine Organentnahme nicht mehr möglich wird.*

Um Unsicherheiten und Konflikte bei der Interpretation von Patientenverfügungen zu vermeiden, sollten diese Aspekte unbedingt auch in den Beratungen zur Patientenverfügung angesprochen werden.

## Ausblick

Die Zunahme von Patientenverfügungen, die von den Bundesbürgerinnen und Bundesbürgern erstellt werden, ihre seit dem 1. September 2009 festgeschriebene rechtliche Verbindlichkeit für den Arzt bzw. die Ärztin und die Einbeziehung des mutmaßlichen Patientenwillens in die Therapieentscheidung führt in der Praxis zu neuen praktischen Konsequenzen, auf die Erbguth (2016, S. 175ff.) hinweist: Auf den Intensivstationen wird ein infauster Verlauf prognostiziert und viel häufiger mit den rechtlichen Vertretern des Patienten besprochen bzw. mit der vorliegenden Patientenverfügung abgeglichen. Das hat zur Folge, dass bereits vor Eintreten der Symptome, die auf einen Hirntod deuten, die intensivmedizinische Therapie begrenzt bzw. reduziert wird, der Patient verstirbt und sich die Frage des Hirntodes nicht mehr stellt.

## Fazit

Wir plädieren für eine Aktualisierung der Gemeinsamen Erklärung von 1990 und schlagen vor, die damalige Gleichsetzung des Hirntodes mit dem „Tod des Menschen“ als alleinige, eindeutige Positionierung aufzugeben. Ob der Hirntod als „Tod des Menschen“ verstanden wird oder als „letzte unumkehrbare Sterbephase“ ist von verschiedenen Menschenbildern abhängig, die nicht im Widerspruch zu einem christlichen Verständnis des Lebens stehen.

Die Evangelische Kirche in Hessen und Nassau sollte hier nicht nur eine Position zulassen sondern vielmehr verdeutlichen, warum sich diese Frage nicht eindeutig entscheiden lässt, zugleich auf die Konsequenzen hinweisen, die mit dem jeweiligen Todesverständnis für eine mögliche Organentnahme verbunden sind. Dies hat zum Ziel, dem Einzelnen eine individuelle Entscheidung zu ermöglichen, die dieser bzw. diese ggf. in seiner bzw. ihrer Patientenverfügung festlegen kann und zugleich zu verdeutlichen, dass aus evangelischer Sicht der sog. „Hirntod“ als Tod des Menschen sowohl akzeptiert wie auch abgelehnt werden kann.

Christen können grundsätzlich einer Organspende zustimmen oder diese ablehnen; auch können sie sich bereit erklären, nur bestimmte oder nur ein bestimmtes Organ zu spenden. Eine christliche Verpflichtung zur Organspende besteht nicht.

## Literatur

- AGH – Ärztliche Ad-hoc-Gruppe Hirntod.** Ärzteinitiative für Lebensrecht und Menschenwürde in der Transplantationsmedizin (2015): „Hirntod und Transplantationsmedizin“: Ärztlicher Aufruf an die Kirchen in Deutschland (Brief vom 24.06.2015).
- Bayertz, K. (1992)** „Techno-Thanatology. Moral Consequences of Introducing Brain Criteria for Death“, in: The Journal of Medicine and Philosophy 17 (4), S. 407-417.
- Bayertz, K.; Schmidt, K.W. (1992)** „Die hirntote Schwangere“, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 12, S. 1495-1502.
- Belkin, G.S. (2014)** *Death Before Dying. History, Medicine, and Brain Death.* Oxford University Press, New York.
- Bundesärztekammer (2013)** *Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung.* (verfügbar unter: [http://bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Arbeitspapier\\_Patientenverfuegung\\_Organspende\\_18012013.pdf](http://bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf)) Letzter Aufruf: 04.02.2017
- Denkhaus, R.; Dabrock, P. (2012)** „Grauzonen zwischen Leben und Tod. Ein Plädoyer für mehr Ehrlichkeit in der Debatte um das Hirntod-Kriterium“. In: Zeitschrift für Ethik in der Medizin 58, S. 135-148.
- Deutsche Bischofskonferenz/ Rat der EKD (1990)** *Organtransplantationen. Gemeinsame Erklärung.* Bonn/Hannover (verfügbar unter: [http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/gem-texte/GT\\_01.pdf](http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/gem-texte/GT_01.pdf)) Letzter Aufruf: 04.02.2017
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2015)** *Hirntod und Entscheidung zur Organspende.* Stellungnahme. Deutscher Ethikrat, Berlin.
- Diakonie Hessen (Hrsg.) (2015)** *Mit Sterbenden leben – achtsam sein.* Frankfurt/M. (verfügbar unter: <http://www.diakonie-hessen.de/veroeffentlichungen/publikationen.html>) Letzter Aufruf: 04.02.2017
- DIVI. Gemeinsames Positionspapier der Sektion Ethik und der Sektion Organspende und -transplantation der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2016)** „Entscheidungen bei potenziellen Organspendern“, *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 57, S. 152-154.
- Erbguth, F. (2016)** „Hirntod – irreversibler Funktionsausfall“, in: Frank Erbguth, Ralf Jox (Hrsg.) *Angewandte Ethik in der Neuromedizin*, Springer, Heidelberg, S. 165-178.
- Evangelische Frauen in Deutschland e.V. (EFiD) (2015a)** *Organspende. Der andere Ausweis.* (Als Download verfügbar unter: [http://organspende-entscheide-ich.de/wp-content/uploads/2015/08/Leporello\\_WEBfassung.pdf](http://organspende-entscheide-ich.de/wp-content/uploads/2015/08/Leporello_WEBfassung.pdf)) Letzter Aufruf: 04.02.2017
- Evangelische Frauen in Deutschland e.V. (EFiD) (2015b)** *Organspende. entscheide.ich.* (abrufbar unter: <http://organspende-entscheide-ich.de/>) Letzter Aufruf: 04.02.2017

- Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern (2015) leben und sterben im Herrn. Handreichung zur Organspende und Organtransplantation.** München. (verfügbar unter [http://www.bayern-evangelisch.de/downloads/elkb\\_Handreichung\\_Organspende.pdf](http://www.bayern-evangelisch.de/downloads/elkb_Handreichung_Organspende.pdf)) Letzter Aufruf: 04.02.2017
- Grewel, H. (1992) „Gratwanderung der Transplantationsmedizin“,** in: Pastoraltheologie, 81. Jhrg., S. 391-408.
- Halevy, A.; Brody, B. (1993) „Brain Death: Reconciling Definitions, Criteria, and Tests“,** in: Annals of Internal Medicine 119 (6), S. 519-525.
- Iltis, A.S.; Cherry, M. J. (2014) „Death Revisited. Rethinking Death and the Dead Donor Rule“,** in: The Journal of Medicine and Philosophy 35 (3), S. 223-241.
- Joerns, K.-P. (1992a) „Organtransplantation: eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung“,** in: Berliner Theologische Zeitschrift 9, S. 15-39.
- Joerns, K.-P. (1992b) „Organentnahme: Eingriff ins Sterbe-geschehen. Ein Diskussionsbeitrag aus theologischer Sicht“,** in: Deutsches Ärzteblatt 89, H. 28/29, A-2444-2447.
- Jonas, H. (1974) Against the Stream: Comments on the Definition and Redefinition of Death“,** in: (ders.) (Hrsg.) Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man. Englewood Cliffs, Prentice Hall, Inc., S. 132-140.
- Jonas, H. (1987) „Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes“,** in: (ders.) (Hrsg.) Technik, Medizin und Ethik. Frankfurt/M., S. 219-241.
- Jonsen, A.R. (1998) „Who Should Live? Who Should Die? The Ethics of Death and Dying“,** in: Ders.: The Birth of Bioethics, Oxford University Press, New York, S. 233-281.
- Jox, R.J. (2014) „Sketching the Alternative to Brain Death: Dying Through Organ Donation“,** in: The American Journal of Bioethics 14 (8), S. 37-39.
- Kimura, R. (1991) „Japan“s Dilemma with the Definition of Death“,** in: Kennedy Institute of Ethics Journal 1 (2), S. 123-131.
- Kütz, U.; Wehkamp, K.-H. (1995) „Zwischen Hirntod und Gesamttd“,** in: Erzeugung und Beendigung des Lebens? Das Menschenbild in der Medizin und seine Konsequenzen. Loccumer Protokolle 63/94, S. 67-80.
- Klöss, T. et al. (1990) „Organprotektive Therapie“,** in: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hrsg.): Organspende als gemeinsame Aufgabe. Neu-Isenburg, Kap. 3.
- Körtner, U.H.J.; Kopetzki, C.; Müller, S. (2016) Hirntod und Organtransplantation.** Verlag Österreich, Wien.
- Kreß, H. (2014) „Transplantationsmedizin: Aktuelle Fragen der Organentnahme nach dem Hirntod – Reflexionsbedarf zur Organübertragung bei Kindern“,** in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 57, S. 3-9.

- Kreß, H. (2016)** „Das Hirntodkriterium in seiner Abhängigkeit von theologischen und kulturellen Vorentscheidungen. Mit einem Ausblick auf die Frage der Organentnahme bei Kindern“, in: Ulrich H.J. Körtner / Christian Kopetzki / Sigrid Müller (Hg.), Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion, Verlag Österreich, Wien, S. 99-116.
- McConnell, J.R. (1999)** „The ambiguity about death in Japan: an ethical implication for organ procurement“, in: Journal of Medical Ethics 25, S. 322-324.
- Maio, G. (2013):** „Moralische Appelle zur Organspende sind Gift für das Vertrauen“, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 138, S. 2187-2188.
- Merkel, R. (2015)** Pressekonferenz zur Veröffentlichung der Stellungnahme „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“, Deutscher Ethikrat, Berlin, 24. Februar. Position A (verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/pk-24-02-2015-statement-merkel-zu-position-a.pdf>) Letzter Aufruf: 04.02.2017
- Morison, R. (1975)** „Death: process or event?“, in: P. Steinfels, R.M. Veatch (Hrsg.): Death Inside Out. The Hastings Center Report, New York. Harper & Row, S. 63-70.
- Niederschlag, H.; Proft, I. (Hrsg.) (2012), Wann ist der Mensch tot?**  
Diskussion um Hirntod, Herztod und Ganztod. Matthias Grünewald, Ostfildern.
- Rohling, R. et al. (o.J.) „Aufrechterhaltung der Homöostase beim Organspender“.**  
Deutsche Stiftung Organtransplantation, Neu-Isenburg.
- Schmidt, K.W. (2000) „Ethische Problemfelder der Organtransplantation“,**  
in: Eve-Marie Engels, Gisela Badura-Lotter, Silke Schick Tanz (Hrsg.) Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S. 35-55.
- Schneider, N. (2012): Geistliches Wort zur Organspende** (abrufbar unter: [http://www.ekd.de/download/20121120\\_wort\\_zur\\_organ spende.pdf](http://www.ekd.de/download/20121120_wort_zur_organ spende.pdf)) Letzter Aufruf: 04.02.2017
- Schockenhoff, E. (2012)** „Hirntod“, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 58, S. 117-134.
- Stöcker, R. (2010)** Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation, Alber, Freiburg i. Br., 2. Aufl.
- Stöcker, R. (2012)** „Der Tod als Voraussetzung der Organspende?“, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 58, S. 99-116.
- Thomas, H. (1995)** „Sind Hirntote Lebende ohne Hirnfunktion oder Tote mit erhaltener Körperfunktion?“, in: Ethik in der Medizin, Band 6, Heft 4, S. 189-207.
- Truog, R.D.; Miller, F.G. (2014)** „Changing the Conversation About Brain Death“, in: The American Journal of Bioethics 14 (8), S. 9-14.
- Weiber, E.; Feldmann, K.-H. (2010)** „Seelsorge und Krisenbegleitung bei Hirntod und Organentnahme“, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 56, S. 57-69.
- Windels-Buhr, D. (1991)** „Organspende und Körperpflege. Ein Widerspruch?“, in: R. Greinert, G. Wuttke (Hrsg.): Organspende. Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin. Göttingen, Lamuv, S. 76-83.

## Mitglieder der AG Medizinethik in der EKHN

von der Kirchenleitung berufen | Stand 8/2017 | alphabetisch

**Pfarrerin Dr. Carmen Berger-Zell**

Referentin für Gesundheit – Alter – Pflege, Diakonie Hessen

**Prof. Dr. Alexander Dietz**

Diakoniewissenschaft und Systematische Theologie, Hochschule Hannover

**Prof. Dr. Stefan Heuser**

Professur für Ethik in der Pflege, Evangelische Hochschule Darmstadt

**Pfarrerin Beate Jung-Henkel**

Hospizarbeit und Klinikseelsorge, Rüdesheim

**Pfarrer Lutz Krüger (Organisatorische Leitung)**

Stellv. Leiter des Zentrums Seelsorge und Beratung, Friedberg

**Pfarrerin Kerstin Mann**

Klinikseelsorge, Wiesbaden

**Pfarrerin Bettina Marloth**

Behindertenseelsorge, Fachberatung Inklusion, Herborn

**Sabine Nagel**

Hospiz- und Palliative Care Fachkraft, Bad Homburg

**Renate Sandforth**

Ärztin, Mitglied der Kirchensynode

**Pröpstin Gabriele Scherle**

Pröpstin für Frankfurt/M. (bis 8/2017) Vertreterin der Kirchenleitung der EKHN

**Pfarrer Dr. Kurt W. Schmidt (Sprecher)**

Zentrum für Ethik in der Medizin am Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt/M.

**Pfarrer Christian Wiener**

Altenheimseelsorge, Kronberg

**AG Medizinethik im Auftrag der  
Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau**

Sprecher: Pfarrer Dr. Kurt Schmidt  
Zentrum für Ethik in der Medizin am AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS  
Wilhelm-Epstein-Straße 4 – 60431 Frankfurt am Main  
Telefon 069 9533-2555 – Fax 06171 912423  
ZEMmarkus@aol.com – <http://zem.ekhn.de>

Geschäftsführung: Pfarrer Lutz Krüger  
Zentrum Seelsorge und Beratung  
Kaiserstraße 2 – 61169 Friedberg  
Telefon 06031 162950 – Fax 06031 162951  
[Lutz.Krueger.zsb@ekhn-net.de](mailto:Lutz.Krueger.zsb@ekhn-net.de) – <http://zsb-ekhn.de>

Gestaltung und Herstellung: Brunk-Design, Dagmar Brunk  
Auflage: 2.000 / 2017