

zumal das Bundesamt die Vollständigkeit ihrer Meldung praktisch nicht überprüfen kann?

Es verwundert deshalb nicht, dass es in der Literatur an Stimmen fehlt, die der amtlichen Abtreibungsstatistik Verlässlichkeit attestieren. Wie *Hubert Giesen* in dieser Zeitschrift dargelegt hat, fehlt es bereits an den gesetzlichen Voraussetzungen für eine aussagekräftige Statistik entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts.<sup>2</sup> Die Dunkelziffer sei deshalb hoch. *Reinhard Merkel* geht von einer „vermutlich nicht absichtlichen Ineffizienz der Regelungen über die statistische Erfassung der Abtreibungszahlen“ aus.<sup>3</sup> Ein nicht unerhebliches Meldedefizit wird auch in anderen Kommentaren zum Strafgesetzbuch vermutet.<sup>4</sup> *Manfred Spieker* hat mit einer detaillierten Berechnung plausibel gemacht, dass in den Jahren 1996 und 1997 die Gesamtzahl der Abtreibungen statt der vom Statistischen Bundesamt registrierten 130.899 bzw. 130.890 rund 290.000 bzw. rund 250.000 betrug.<sup>5</sup>

Selbst wenn die in der offiziellen Statistik ausgewiesenen absoluten Zahlen der Schwangerschaftsabbrüche verlässlich wären, bleibt vielfach außer Betracht, dass seit langem die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter zwischen 15 und 45 Jahren rückläufig ist, so dass bereits deshalb die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zwangsläufig zurückgehen muss. Entsprechen die absoluten Zahlen der Wirklichkeit, wäre allerdings auch die Quote der Schwangerschaftsabbrüche (je 10.000 Frauen im gebärfähigen Alter) in den letzten Jahren leicht gesunken.

Eine Abtreibungsstatistik müsste insbesondere dem Gesetzgeber ein genaues Bild der Abtreibungspraxis vermitteln, damit er die Auswirkungen seines gesetzlichen Schutzkonzepts pflichtgemäß beobachten und dieses erforderlichenfalls korrigieren bzw. nachbessern kann. Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob das erklärte Ziel erreicht worden ist, entsprechend der Beratungsregelung, nach der ca. 97 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche erfolgen, das Leben Ungeborener zumindest per saldo besser zu schützen. Das würde voraussetzen, dass durch die gesetzliche Schwangerschaftskonfliktberatung mehr Frauen dazu bewogen werden könnten, ihre Schwangerschaft auszutragen.

Aussagekräftig für den Erfolg des Beratungskonzepts ist deshalb am ehesten die so genannte Abbruchsziffer, die darüber Auskunft gibt, wie viele Schwangerschaften je 1000 Lebend- und Totgeburten in einem Zeitraum abgebrochen worden sind. Im Jahr 1996, dem ersten Jahr nach Inkrafttreten der geltenden Regelung zum Schwangerschaftsabbruch, betrug die Abbruchsziffer 164, im Jahr 2006 betrug sie 177. Hierzu bemerkt das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: „Im Jahr 2006 wurden dem Statistischen Bundesamt weniger Schwangerschaftsabbrüche gemeldet als 1996. Zugleich wurden in diesem Zeitraum weniger Kinder geboren, so dass die Abbruchsziffer jetzt höher liegt. Das deutet da-

rauf hin, dass die Bereitschaft, (ungewünschte) Schwangerschaften abzuberechnen, leicht gestiegen ist.“<sup>6</sup>

Mit Ausnahme des Jahres 1997 (161) lag die Abbruchsziffer in allen Jahren bis 2009 (166) höher als 1996 und in den Jahren 2001 bis 2005 noch höher als 2006 (2001: 183; 2002: 181; 2003: 180; 2004: 183; 2005: 180). Dies belegt, dass die Bereitschaft, Schwangerschaften auszutragen, seit Geltung der Beratungsregelung nicht gestiegen, sondern gesunken, das erklärte Ziel des Gesetzgebers, durch das Angebot einer Konfliktberatung eine Verbesserung des Lebensschutzes zu erreichen, also verfehlt worden ist. Dieser Befund signalisiert erst recht Handlungsbedarf, wenn bedacht wird, dass die Abbruchsziffer angesichts des beträchtlichen Meldedefizits in Wahrheit noch höher liegt und diese trotz der heute bestehenden Möglichkeiten, den menschlichen Embryo bereits vor Beginn der Schwangerschaft durch nidationshemmende Mittel oder die „Pille danach“ legal zu töten, gestiegen ist. Wenn die Beteuerung, mit dem Beratungskonzept das Leben Ungeborener besser schützen zu wollen, jemals ernst gemeint war, bestünde längst Anlass, dieses Konzept zu korrigieren.

2 Hubert Giesen, ZfL 1997, 57 ff., 60 f.

3 Reinhard Merkel, Nomos Kommentar zum StGB, Rn. 51 zu § 218a.

4 Gropp, Münchner Kommentar zum StGB, Rn. 86 Vor §§ 218 ff.; Rudolphi/Rogall, SK StGB, Rn. 69 Vor § 218; Schönke/Schröder/Eser, StGB-Kommentar, Rn. 46 Vorbem. §§ 218.

5 Manfred Spieker, Kirche und Abtreibung in Deutschland, 2. Aufl. 2008, S. 52 ff., 59 ff. Zu den Lücken der Abtreibungsstatistik ders., Der verleugnete Rechtsstaat, 2. Aufl. 2011, S. 13 ff., 19 ff.

6 Bevölkerung, Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel in Deutschland, herausgegeben vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (April 2008), S. 44.

*RiAG Rainer Beckmann, Würzburg*

## Der „Hirntod“ – die unsicherste Diagnose der Welt

Mit ihrem Gesetzentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes will die Bundesregierung eine EU-Richtlinie über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe in deutsches Recht umsetzen.<sup>1</sup> Dieses Vorhaben hat u. a. eine Diskussion darüber ausgelöst, ob die geltende „erweiterte Zustimmungslösung“ für die Organspende geändert werden soll. Insbesondere hat sich der Bundesrat im September dafür ausgesprochen, dass im weiteren Gesetzgebungsverfahren die derzeit geltende Zustimmungslösung in eine „Erklärungslösung“ umgewan-

1 Richtlinie 2010/53/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. Juli 2010, ABl. L 207 vom 6. 8. 2010, S. 14; L 243 vom 16.9.2010, S. 68)

delt wird, „die die Bürgerinnen und Bürger in einem geregelten Verfahren über die Organspende informiert und zu einer persönlichen Erklärung auffordert, ob sie einer Organspende zustimmen, nicht zustimmen oder sich nicht erklären möchten“.<sup>2</sup>

Eine Erklärung zur Organspendebereitschaft setzt – wie der Bundesrat richtig erkannt hat – voraus, dass der Erklärende „informiert“ ist. Wer zur Organspende eine persönliche und rechtlich verbindliche Erklärung abgeben soll, muss wissen, worüber er entscheidet. Und genau hier liegt das Problem. Denn Information ist in Zusammenhang mit der Organspende Mangelware. Weil Organspende als prinzipiell ethisch hochstehende und gesellschaftlich akzeptierte Verhaltensweise gilt, wird über kritische Einwände meist hinweg gegangen. Das gilt vor allem für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Deutsche Stiftung Organtransplantation, die praktisch ein Monopol im Bereich der Information zur Organspende besitzen. Seit Jahrzehnten proklamieren beide Organisationen die Gleichsetzung von Hirntod und Tod des Menschen als unanfechtbare naturwissenschaftliche Basis der Transplantationsmedizin.<sup>3</sup>

Schon seit geraumer Zeit mehren sich aber auf internationaler Ebene die Stimmen, die an der Validität des Hirntod-Kriteriums Zweifel hegen. Die Einwände setzen an verschiedenen Punkten an und können hier nicht im Einzelnen nachgezeichnet werden. Zumindest einem Argument wird man sich aber – ganz unabhängig von weltanschaulich geprägten Differenzen über das Todesverständnis – stellen müssen: der inneren Widersprüchlichkeit des Hirntod-Konzepts. Diese kann an einem Vergleich mit dem früher maßgeblichen, aber mit Aufkommen des Hirntod-Kriteriums als unsicher entlarvten Herztod-Kriterium gezeigt werden. Wenn sich der „Herztod“ durch die Entdeckung der Reanimationstechniken als *unsicheres* Todeskriterium erwiesen hat – wie die Hirntod-Befürworter durchaus zu Recht anführen –, dann ist auch der „Hirntod“ kein „sicheres“ Todeszeichen.

### Analogie zum Herztod

Wie war das noch mit dem „Herztod“? Bevor die so genannten „Reanimierungstechniken“ entdeckt und entwickelt wurden, galten Menschen, deren Herz zu schlagen aufgehört hatte, als tot. Heute wissen wir, dass das in vielen Fällen tatsächlich nicht stimmte. Denn ein Herzstillstand kann reversibel sein. Durch Herz-Lungen-Wiederbelebung (Beatmung und Herzdruckmassage) oder etwa die Gabe von Adrenalin kann der Herzschlag wieder in Gang gebracht werden. Gelingt dies, dann war der Mensch mit Herzstillstand offensichtlich nicht wirklich, sondern nur scheinbar tot. Der Funktionsausfall des Herzens ist damit nicht der wahre Tod des Menschen.

Das gilt auch dann, wenn die „Wiederbelebung“ fehl schlägt. Auch in diesem Fall ist nicht der Stillstand des Herzens selbst bereits der Todeszeitpunkt. Denn durch die sofortige Entnahme des Organs und die Verbindung der Blutgefäße mit einem Kunstherz könnte man – theoretisch immer, praktisch äußerst selten – den Eintritt des Todes verhindern. Da die Funktion des Herzens prinzipiell durch eine Maschine für einige Zeit übernommen werden kann, ist auch insoweit nur deren faktischer Nicht-Einsatz die Ursache dafür, dass irgendwann im weiteren Verlauf der Tod eintritt.

Dabei ist zu beachten, dass die Formulierung vom „irreversiblen“ Herzstillstand als Kriterium des Todes im Grunde ungenau und unzutreffend war und ist. Nicht die „Irreversibilität“ des Funktionsausfalls des Herzens selbst, sondern weitere, nach dem Herzstillstand erfolgende Prozesse führen zum Tod des Menschen. Bei raschem Einsatz eines Kunstherzens würde der Eintritt des Todes vermieden, der Sterbevorgang aufgehalten. Auch der endgültige Funktionsausfall des Organs Herz ist daher nicht mit dem Tod identisch. Der so genannte „Herztod“ ist nur die Ursache des (später eintretenden) Todes.

Wie verhält sich dies nun beim so genannten „Hirntod“, der ja ein „sicheres Todeszeichen“<sup>4</sup> für den bereits stattgefundenen Tod sein soll? Maßgeblich ist nach der deutschen Rechtslage der so genannte „Ganzhirntod“, also „der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG). Nun kann aber auch beim Gehirn ein Funktionsersatz vorgenommen werden – nicht vollständig, aber teilweise. Insbesondere kann die Funktion des Atemimpulses, der vom Stammhirn ausgeht, dadurch ersetzt werden, dass eine Beatmungsmaschine die Lunge mit Luft füllt. Der Gasaustausch und der Weitertransport des Sauerstoffs im Blut erfolgt dann auf natürlichem Weg. Weil diese Teilfunktion des Gehirns maschinell ersetzt werden kann, liegt also kein „endgültiger, nicht behebbarer“ Funktionsausfall der „Gesamtfunktion“ des Gehirns vor. Damit aber ist die Definition des „Ganzhirntodes“ nicht mehr erfüllt. Der beatmete „Hirntote“ – wie er jeder Organentnahme vorausgeht – ist definitionsgemäß nicht tot, da der Funktionsausfall des Gehirns in einem wesentlichen Punkt behoben und so der weitere Sterbevorgang aufgehalten wurde.

Das gilt auch dann, wenn die Aussendung des Atemimpulses nie mehr vom Stammhirn ausgehen kann, weil dieses endgültig funktionsunfähig geworden ist.

<sup>2</sup> BR-Drs. 457/11 v. 23.09.2011, S. 1.

<sup>3</sup> So z. B. in der Broschüre „Kein Weg zurück - Informationen zum Hirntod“, 6. Aufl. 2011. Sie kann von der Homepage der DSO heruntergeladen werden ([http://www.dso.de/todesfeststellung/hirntod-diagnostik/main\\_idx.html](http://www.dso.de/todesfeststellung/hirntod-diagnostik/main_idx.html)).

<sup>4</sup> So der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in seiner grundlegenden Erklärung zum Hirntod, DÄBl. 1993, S. 1975.

Denn echte „Irreversibilität“ von Körperfunktionen ist nur dann gegeben, wenn auch eine medizintechnische Substitution (analog zum Einsatz eines Kunstherzens) ausgeschlossen ist. Bei „Hirntoten“, die für eine Organtransplantation in Betracht kommen, wird die Funktion „Atemimpuls“ des Stammhirns technisch ersetzt. Die Folge dieses Eingreifens ist es, dass der Körper weiter mit Sauerstoff versorgt wird und alle Organsysteme des Menschen – mit Ausnahme des Gehirns – funktionsfähig bleiben. Dass die Atmung maschinell unterstützt wird, ist hier genauso unbeachtlich, wie die Aufrechterhaltung des Blutkreislaufs durch ein Kunstherz. Aus den gleichen Gründen, aus denen der Herztod als unsicher qualifiziert wurde, ist deshalb auch der „Hirntod“ kein sicheres, sondern allenfalls ein *unsicheres* Todeszeichen.

### Lebendigkeit bleibt erhalten

Der Verweis auf die Substitution des Atemimpulses wirkt auf den ersten Blick vielleicht etwas spitzfindig, er ist aber in der Realität von entscheidender Bedeutung. Denn der Ersatz dieser einzelnen Hirnfunktion hat zur Folge, dass „die Lebendigkeit“ des gesamten menschlichen Körpers in hohem Maß erhalten bleibt. Ein Patient, dessen Hirntod festgestellt ist, zeigt in größtmöglichem Umfang Integration und Ordnung: der Blutkreislauf, das Stoffwechsel- und das Immunsystem bestehen fort, der für die Beatmung unerlässliche Gasaustausch in der Lunge funktioniert<sup>5</sup>, das Rückenmark nimmt weiterhin seine Funktionen wahr, es gibt Wachstum (bei jungen Menschen) und Heilung von Wunden, schwangere Frauen sind sogar in der Lage, ein Kind auszutragen. Gerade letzteres zeigt, dass hier sehr komplexe Interaktionen zwischen verschiedenen Organen und damit eine fortbestehende Integration des Körpers als Ganzem stattfindet. Diese von den meisten Angehörigen auch so wahrgenommene Realität ist das genaue Gegenteil von einem toten Körper, der zerfällt und sich zunehmend auflöst.

Der menschliche Organismus ist bei einem so genannten „Hirntoten“ praktisch „als Ganzer“ – abzüglich des Gehirns – erhalten. Die einzelnen Organsysteme bleiben verbunden und lebendig - so wie sie von der Transplantationsmedizin gewünscht werden. Eine Desintegration, ein Zerfall in einzelne Subsysteme, die mangels koordinierender und integrierender Kraft der weiteren Zersetzung und Verwesung preisgegeben wären, liegt (noch) nicht vor und wird gerade durch ärztliches Eingreifen verhindert.<sup>6</sup>

Der naheliegende Einwand besteht darin, auf Hirnfunktionen zu verweisen, die nicht maschinell ersetzbar sind (insbesondere das Bewusstsein, die Kommunikationsfähigkeit u. ä.). Ein hirntoter Mensch wird vermutlich nie mehr etwas denken, fühlen oder sagen können. Das ändert aber nichts am Ergebnis. Wenn der *Gesamthirntod* – so § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG – das Todes-

kriterium darstellen soll, dann führt schon eine teilweise Ersetzung von Hirnfunktionen dazu, dass das Todeskriterium nicht mehr erfüllt ist. Der Ganzhirntod ist teilweise reversibel, weil einzelne Funktionen, vor allem der Atemimpuls, substituierbar sind. Wollte man den beatmeten Hirntoten als wirklich toten Menschen definieren, müsste das Hirntodkriterium auf Teile des Gehirns beschränkt werden. Das ist aber nicht die Geschäftsgrundlage, auf der die Transplantationsmedizin in Deutschland aufbaut. Teil-Hirntod-Konzepte wären zudem vielfältigen Einwänden ausgesetzt, die an dieser Stelle nicht diskutiert werden können.

Letztlich gebietet es die intellektuelle Redlichkeit, von der angeblichen Sicherheit des Hirntodkriteriums abzugehen. Um es polemisch zu sagen: Der „Hirntod“ ist nicht die sicherste, sondern die unsicherste Diagnose der Welt, weil sie nicht das nachweist, was sie zu beweisen vorgibt, nämlich den Tod des Menschen. Die Hirntod-Diagnostik steht deshalb in einem unauflöselichen Selbstwiderspruch. Um die „Lebendigkeit“ der zu transplantierenden Organe aufrecht zu erhalten, wird der Funktionsausfall des Gehirns teilweise rückgängig gemacht. Damit fehlt es aber an der gesetzlich festgeschriebenen Bedingung, die den „Tod des Menschen“ erst beweisen soll.

### Mehr Information

In der Auseinandersetzung um die künftige Ausgestaltung der Transplantationsmedizin sollten wir die Unsicherheit und innere Widersprüchlichkeit der Hirntod-Konzeption offen diskutieren. Vielleicht lässt sich mit Transparenz sogar mehr Spendebereitschaft wecken, als mit dem Beharren auf einer in sich unstimmgigen Todeskonstruktion. Unabhängig von der notwendigen Fachdiskussion muss aber die dem geltenden Hirntod-Konzept zugrunde liegende Problematik zum Gegenstand der Information potentieller Spender sowie ihrer Angehörigen gemacht werden. Das gilt gerade dann, wenn künftig jeder Bürger gezwungen werden sollte, eine Entscheidung zum Thema Organspende zu treffen. Die so genannte „Erklärungslösung“ setzt die Vermittlung ehrlicher, umfassender und ideologiefreier Informationen voraus. Davon kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Rede sein.

5 Einen toten Körper könnte man dagegen nicht *beatmen*, sondern nur *aufblasen*.

6 Vgl. schon Beckmann, ZRP 1996, S. 219 ff.