

WAS DÜRFEN WIR GLAUBEN?

WAS SOLLEN WIR TUN?

Sektionsbeiträge des achten
internationalen Kongresses der
*Gesellschaft für Analytische
Philosophie e.V.*



Herausgegeben von
Miguel Hoeltje, Thomas Spitzley und Wolfgang Spohn

gap●
gesellschaft für
analytische
philosophie

Was dürfen wir glauben? Was sollen wir tun?
Sektionsbeiträge des achten internationalen Kongresses der
Gesellschaft für Analytische Philosophie e.V.

Herausgegeben von
Miguel Hoeltje, Thomas Spitzley und Wolfgang Spohn

Online-Veröffentlichung der
Universität Duisburg-Essen (DuEPublico) 2013
ISBN 978-3-00-042332-1

Erbschaftssteuern, Obduktionen und die postmortale Konfiszierung von Organen

Christoph Schmidt-Petri

Ich werde in diesem Text folgendermaßen argumentieren: Wenn wir Erbschaftssteuern als legitim ansehen und auch solche Obduktionen als legitim ansehen, die nicht aufgrund des erklärten Willen des Verstorbenen durchgeführt werden, dann sollten wir auch eine Konfiszierungslösung für Organe von Hirntoten befürworten. Ich erörtere zahlreiche Einwände, die die jeweiligen Analogien anzweifeln aber nicht stichhaltig sind. Meine Argumentation gilt jedoch nur, wenn wir das Hirntodkriterium als Todeskriterium akzeptieren oder zumindest Organtransplantationen als grundsätzlich zulässig ansehen.

1. Einleitung

1.1 Zustimmung und Widerspruch zur Organspende

In den vergangenen Jahren wurde in Deutschland heftig um die Neuregelung der Organspende gestritten. Das Transplantationsgesetz von 1997 sah eine sogenannte ‚erweiterte Zustimmungslösung‘ vor: Organe können Verstorbenen nur dann explantiert (und danach transplantiert) werden, wenn eine explizite Zustimmung erfolgt ist. Diese kann entweder vom Verstorbenen selbst stammen, etwa in Form eines entsprechend ausgefüllten Organspendeausweises, einer mündlichen oder sonstigen Erklärung oder in Ermangelung einer solchen Erklärung, von seinen Angehörigen, die sich bei ihrer eigenen Entscheidung zuerst noch mit dem sogenannten „mutmaßlichen Willen“ des Verstorbenen befassen müssen.¹ Da mit diesem Verfahren anscheinend weder alle Personen versorgt werden können, bei denen eine Organtransplantation medizinisch indiziert ist, noch alle Personen zum Spenden bewegt werden können, die grundsätzlich einer Organspende positiv gegenüberzustehen scheinen,² wird inzwischen vielerorts eine Widerspruchslösung favorisiert, wie sie beispielsweise in Österreich praktiziert wird, sich in der deutschen Debatte aber nicht durchsetzen konnte: Organe sollen auch dann entnommen werden können, wenn der Verstorbene einer Organentnahme zwar nicht explizit zugestimmt, ihr aber zumindest nicht explizit widersprochen hat; bei einer ‚erweiterten‘ Regelung wäre auch hier der Wille der Angehörigen zu berücksichtigen.

Aus zwei Gründen ist es sozialpolitisch von sehr großer Bedeutung, welche dieser beiden Regelungen favorisiert wird. Erstens legen sie den potentiellen Organspendern unterschiedliche Handlungslasten auf. Da Meinungsbildung und anschließende Meinungsäußerung – völlig unabhängig davon, wie sie ausfallen mag – stets mehr Aufwand bedeutet als Untätigkeit, ist davon auszugehen, dass nicht jeder Bürger seinen tatsächlichen

¹ Auf dieses Verfahren gehe ich hier nicht weiter ein, obwohl ich es für sehr problematisch halte (Vgl. Schmidt-Petri 2012).

² Wie sich in Umfragen wiederholt gezeigt hat. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nennt eine repräsentative Umfrage aus dem Jahr 2010, bei der „74 Prozent der 14- bis 75-Jährigen bereit [waren], nach ihrem Tod zu spenden. Doch nur 25 Prozent der Befragten sind in Besitz eines Organspendeausweises“, siehe <http://www.organspende-info.de/information/gesetz-und-studien/aktuelles>, letzter Zugriff: 31.1.2013.

Willen erklären wird oder gar eine explizite Meinung zur Problematik ausbilden wird. Dies aber hat *ceteris paribus* zur Konsequenz, dass bei einer Widerspruchslösung das Organaufkommen höher sein dürfte als bei einer Zustimmungslösung. Im Falle von Untätigkeit werden so nämlich die Organe gespendet, wohingegen Untätigkeit bei einer Zustimmungslösung dazu führt, dass die Organe mit ins Grab genommen werden.³

Ceteris dürften aber kaum *paribus* sein, denn noch wichtiger ist, und dies ist der zweite Punkt, dass jegliche gesetzliche Regelung eine mehr oder weniger starke Setzung einer Handlungsnorm bedeutet. Eine Zustimmungslösung kann beispielsweise als Signal gedeutet werden, dass die Organspende eine Entscheidung von einer solchen Tragweite ist, dass zur Wahrung einer adäquaten und gültigen Zustimmung eine aktive und damit bewusste Handlung des Bürgers gefordert ist, bei der u.U. sogar (ähnlich der derzeit gültigen Regelung beim Schwangerschaftsabbruch) eine gewisse Aufklärungspflicht seitens des staatlichen Gemeinwesens besteht. Eine Widerspruchslösung hingegen signalisiert tendenziell, glaube ich, dass die Entscheidung nicht von solcher Tragweite ist. Einer potentiellen Organexplantation wird damit weniger Bedeutung beigemessen. Vielleicht signalisiert eine Widerspruchslösung auch, dass jemand eigentlich nur in ungewöhnlichen Ausnahmefällen das Widerspruchsrecht überhaupt wahrnehmen wollen dürfte – ähnlich der Verweigerung der Annahme von lebensrettenden Bluttransfusionen, wie sie z.B. von den Zeugen Jehovas praktiziert wird.

Dieser zweite Grund verstärkt also den ersten noch. Einige der Personen, die bei der Zustimmungslösung nicht zustimmen würden, und zwar aus Überzeugung und nicht aufgrund des Hangs zur Untätigkeit, werden bei einer Widerspruchslösung dennoch nicht widersprechen. Denn sie werden alleine aufgrund der Einführung der Widerspruchslösung ihre Meinungen ändern. Die Widerspruchslösung signalisiert ihnen nämlich mehr oder weniger implizit, dass in ihrer politischen Gemeinschaft eigentlich die Organspende als Regelfall angesehen wird, sie also zur Minderheit gehören.

Es ist daher eine Illusion zu glauben, es könnte eine Regelung geben, die gewissermaßen moralisch neutral *keinen* moralischen Druck aufbaut. Zu entscheiden ist nur, in welche Richtung der Druck gehen soll und viel wichtiger, wie stark er sein soll. Eine Widerspruchslösung baut deutlich mehr Druck zur Organspende auf als eine Zustimmungslösung und dürfte also weitaus höhere Organentnahmekquoten mit sich bringen als eine Zustimmungslösung.

Die lange Zeit politisch möglich erscheinende aber letztlich für Deutschland ebenfalls verworfene ‚Erklärungslösung‘, bei der eine Zustimmung zur Spende noch erforderlich gewesen wäre, eine wie auch immer lautende Erklärung aber verbindlich hätte eingefordert werden können, hätte den Druck in Richtung Organspende verstärkt. Die nun beschlossene Regelung, die sogenannte ‚Entscheidungslösung‘, bei der man sich überraschenderweise weder erklären noch entscheiden muss, sich nun aber entscheiden *soll* und dazu persönlich aufgefordert wird, entspricht im Wesentlichen der seit 1997 geltenden erweiterten Zustimmungslösung. Sie soll aber, so scheint es mir, langfristig dazu beitragen, die freiwillige Organspende als Normalfall anzusehen und könnte sogar ohne Namensänderung zu einer Erklärungslösung mutieren.⁴

1.2 Meine Thesen

Allen bisher diskutierten Ansätzen liegt die Annahme zugrunde, dass ein Mensch über seinen Körper auch über seinen Tod hinaus verfügen kann. In diesem Text möchte ich diese Annahme hinterfragen und letztlich ablehnen. Ich werde mich für die vermutlich als grotesk

³ Für einige Zahlen hierzu vgl. Johnston und Goldstein 2003.

⁴ Welche dann, wenn man noch weiter spekulieren möchte, wiederum ohne Namensänderung zu einer Widerspruchsregelung mutieren könnte.

anmutende *Konfiszierungslösung* aussprechen. Ich werde also dafür plädieren, dass Organe für potentielle Empfänger von so großer Bedeutung sein können, dass unter bestimmten – sehr selten eintretenden – Umständen auch die Entnahme *gegen* den erklärten Willen des Verstorbenen bzw. seiner Angehörigen moralisch zulässig sein kann. Verfügungen über den eigenen Körper über den Tod hinaus sind damit nicht schlechthin unzulässig, aber sie sind auch nicht immer zulässig.

Da diese Position erfahrungsgemäß als völlig abwegig angesehen wird, werde ich hier probieren, mich nicht auf mir eigene philosophisch vielleicht dubiose, sicherlich aber immer kontroverse moralphilosophische Prämissen oder Theorien abzustützen, sondern versuchen aufzuzeigen, dass die Konfiszierungslösung auch von Überlegungen unterstützt wird, die primär auf eine Kohärenz weit verbreiteter moralischer Überzeugungen abzielen. Ich glaube, die Konfiszierungslösung entspricht in vielen Aspekten der gängigen Praxis – nur nicht der Praxis der Organspende natürlich. Ich werde daher zwei m.E. hinreichend ähnliche Konstellationen als Analogien anführen, mit denen kaum jemand in Deutschland grundsätzliche Schwierigkeiten hat: erstens das Erheben von Erbschaftssteuern und zweitens die Anordnung von Obduktionen. In beiden Fällen findet im Zweifelsfall auch gegen den Willen des Verstorbenen bzw. seiner Angehörigen ein Zugriff auf sein Vermögen bzw. seinen Körper statt. Beide Regelungen werden zumeist als völlig unproblematisch empfunden. Ich glaube, dass unter diesen Umständen auch Organkonfiszierungen als unproblematisch empfunden werden sollten.

Im nächsten, dem zweiten Abschnitt werde ich jedoch kurz ein Argument für die postmortale Konfiszierung von Organen darlegen, das ohne den erwähnten Analogieschluss auskommt. Dieses Argument ist hier nur als Anregung für weitere Überlegungen gedacht und soll nicht die Last der Schlussfolgerungen tragen. Sicherlich muss es, bevor es ernsthaft in Betracht gezogen werden kann, noch deutlich verfeinert werden. Da es so bereits in der Literatur existiert werde ich es hier nicht umfassend untersuchen, sondern nur darstellen und kurz erläuternd kommentieren.

Im dritten Abschnitt werde ich dann die Analogie zwischen Erbschaftssteuern und postmortaler Organkonfiszierung beleuchten. Ich werde kurz die Analogie darstellen und auf einige wichtige Einwände eingehen.

Ein wichtiger Unterschied zwischen Organkonfiszierung und Erbschaftssteuern besteht sicherlich darin, dass bei der postmortalen Organkonfiszierung, nicht aber bei der Erbschaftsteuer, auf den *Körper* des Verstorbenen zugegriffen wird. Die Existenz von Erbschaftssteuern alleine kann daher nicht plausiblerweise ausreichen, um durch einen Analogieschluss postmortale Organkonfiszierungen zu legitimieren.⁵ Daher beschreibe ich im vierten Abschnitt die derzeit in Deutschland zur Anwendung kommende Praxis der postmortalen Körperbearbeitung im Rahmen von Obduktionen. Diese werden deutlich häufiger vorgenommen als gemeinhin vermutet, nämlich knapp 40.000-mal pro Jahr. Nicht alle dieser Obduktionen geschehen ohne Berücksichtigung des Willen des Verstorbenen oder seiner Angehörigen, aber es sind doch immerhin über 16.000 Fälle pro Jahr (vgl. Brinkmann et. al. 2002). Bisher wird diese Praxis nicht ernsthaft hinterfragt, was angesichts der Diskussionen um die zahlenmäßig viel weniger bedeutsamen Organtransplantationen (ca. 1.200 Organspender pro Jahr⁶, auf jeden Organspender kommen also knapp 33 Obduzierte, davon 13 Zwangsobduzierte) überrascht. Ich werde wiederum die Analogie präsentieren, um dann einige wichtige Einwände zu diskutieren.

Obduktionen finden stets an Verstorbenen statt, die herz-kreislauf-tot sind, wohingegen Organtransplantationen an *hirntoten* Spendern vorgenommen werden. Diesen Unterschied,

⁵ Fabre (2006) diskutiert zwar Erbschaftssteuern, nicht aber Obduktionen, Herschenov und Delaney (2009) hingegen beschäftigen sich nur mit angeordneten Obduktionen.

⁶ Siehe Deutsche Stiftung Organtransplantation (2012, S. 13).

der durchaus als von großem Belang angesehen werden kann, beleuchte ich im fünften Abschnitt. Hier komme ich letztlich zu dem Schluss, dass wir angesichts der immer noch schwelenden Debatte zum Hirntod zwei Möglichkeiten haben: entweder akzeptieren wir die momentane Gesetzeslage, der zufolge ein Hirntoter ‚richtig‘ tot ist, um es etwas salopp auszudrücken – dann müssten wir aber den vorausgegangenen Argumenten folgen und die postmortale Organkonfiszierung befürworten. Oder aber wir entscheiden uns, z.B. um dieser doch unangenehmen Schlussfolgerung entgehen zu können, zwar Herz-Kreislauf-Tote nicht aber Hirntote als ‚richtig‘ tot zu kategorisieren. Wenngleich diese Option das Problem der Konfiszierung lösen würde, da wohl niemand die erzwungene Tötung zum Zwecke der Organerweiterung befürworten möchte, wirft sie doch andererseits ähnlich unangenehme Probleme auf. Denn sie zu akzeptieren würde eben gerade bedeuten, dass Organentnahmen zu Transplantationszwecken an Hirntoten nicht aber an Toten im engeren Sinne vorgenommen würden, die Spender also durch den Vorgang getötet würden; mithin würde es bedeuten, dass es sich (bei einer Zustimmungslösung) um eine Tötung auf Verlangen handelt.

Diese Schlussfolgerung, die die derzeitige Praxis der Organtransplantation vollends ad absurdum führen würde, lässt sich leicht vermeiden, indem man Hirntote einfach wie bisher als ‚richtig‘ tot betrachtet. Damit ergibt sich nun aber doch, wie ich abschließend im sechsten Abschnitt zusammenfassen werde, dass die postmortale Organkonfiszierung tatsächlich zu befürworten ist.

1.3. Grenzen der Argumentation

Gleich zu Anfang möchte ich kurz die Grenzen meiner Argumentation darlegen. Erstens betrachte ich nur bestimmte menschliche Organe, nicht aber menschliches Gewebe. Die genaue Definition dieser Konzepte möchte ich den Medizinern überlassen. Beispielsweise ist die Haut eines Menschen zwar umgangssprachlich auch ein Organ, für Zwecke der Transplantationsmedizin zählt sie jedoch als Gewebe (wie u.a. auch die Knochen, die Blutgefäße, die Augenhornhaut und die Herzklappen). Als Organe gelten nur das Herz, die Lunge, die Bauchspeicheldrüse, die Leber und die Nieren. Organe und Gewebe, zwischen denen gerade bei der Werbung neuer potentieller Organspender häufig nicht hinreichend differenziert wird, werfen völlig unterschiedliche philosophische Probleme auf und sind daher auch völlig unabhängig voneinander zu betrachten. Diese umfassende Untersuchung kann hier leider nicht geleistet werden. Zu erwähnen ist jedoch, dass Gewebe auch Spendern entnommen bzw. aus und von deren Körpern entfernt kann, wenn sie nicht hirntot sind, sondern bereits seit einiger Zeit herz-kreislauf-tot. Damit würden sich die im fünften Abschnitt diskutierten Probleme für Gewebespenden nicht ergeben.⁷

Zweitens beschränke ich mich nicht nur auf Organe sondern sogar nur auf die Organe, die *lebensnotwendig* sind, deren Transplantation also das Leben eines Menschen retten kann. Meine Argumente sollen also nicht für die zweite funktionierende Niere gelten, die die Lebensqualität eines Menschen zwar deutlich erhöht, nicht aber für ein menschenwürdiges Überleben im engeren Sinne erforderlich ist (wie die Praxis der Lebendniere spende illustriert). Die hier vorgelegten Argumente, die sich aus didaktischen Gründen also nur mit dem ‚einfachsten‘ Fall befassen, also den für den Leidtragenden am medizinisch schlimmsten, lassen sich für nicht lebensnotwendige aber die Lebensqualität verbessernde Organ- und Gewebetransplantationen ebenfalls vorbringen, müssen aber erheblich modifiziert werden.⁸

⁷ Einige der Probleme, die sich wiederum nur für Gewebespenden ergeben, sind zusammenfassend in Schmidt-Petri und Himpf (2012) diskutiert.

⁸ Aber selbst bei den lebensnotwendigen Organen sind eigentlich weitere Differenzierungen vonnöten. Schließlich stirbt jeder Mensch früher oder später, selbst wenn (bis zum Tod) alle lebensnotwendigen Organe funktionieren; man kann also auch mit einer Reihe von Austauschorganen den Tod nicht unbeschränkt heraus zögern. Insofern mag es irreführend erscheinen, eine Leber als lebensrettend oder

Drittens werde ich Fragen der gerechten *Verteilung* der Organe nicht thematisieren, sondern mich nur auf die Frage der gerechten *Beschaffung* konzentrieren. Durch die hier vorgeschlagene Konfiszierungslösung dürfte sich das Problem des lautstark beklagten ‚Organmangels‘ (z.B. Breyer et. al. 2006) zwar nicht mehr in dem Ausmaß stellen wie dies bisher der Fall ist. Trotzdem kann selbst mit einer Konfiszierungslösung vielleicht nicht jeder, der sich gerne eine bestimmte Behandlung wünscht, diese auch erhalten. Denn vielleicht sind nicht alle Organe gleichermaßen geeignet, vielleicht die Behandlung nicht aller Patienten gleichermaßen medizinisch indiziert oder gleichermaßen durch Gerechtigkeitsüberlegungen gefordert. Verteilungsfragen stellen sich also fast mit Sicherheit selbst bei einem starken Anstieg der verfügbaren Organe. Es muss immer noch geklärt werden, wer warum welche Organe erhalten soll. Hierzu leistet der folgende Text keinen Beitrag.

Viertens stelle ich erklärtermaßen nicht den Anspruch, einen konkreten Vorschlag zur politischen Gestaltung Deutschlands zu machen. Eine Konfiszierungslösung hat keinerlei realistische Chance auf Verwirklichung und auch ich möchte mich eigentlich nicht für ihre Einführung aussprechen. Ich möchte nur aufzeigen, dass eine sorgfältige Betrachtung zeigt, dass bessere Argumente benötigt werden um sie dauerhaft ablehnen zu können.

2. Das Direkte Argument

Cécile Fabre hat unlängst ein m.E. fast vollständig gelungenes Argument für die postmortale Organkonfiszierung präsentiert (Fabre 2006, Kap. 4.). Da das Argument ‚direkt‘ ist, also nicht wie meins, mit einem Analogieschluss arbeitet, kommt es natürlich nicht ohne explizite Prämissen aus. Diese gliedern sich in gerechtigkeitstheoretische und empirische. Fabres Argumentation ist, wie darüberhinaus anzumerken ist, vollständig idealtheoretisch aufgebaut (S. 8). Dies bedeutet, dass sie sich nicht mit dem ‚real life‘ der gesellschaftlichen Wirklichkeit beschäftigt, in denen Menschen gerechte Regeln ungerechterweise zu ihrem eigenen Vorteil interpretieren oder sogar legitime Gesetze brechen, sondern mit der ‚ideal world‘, die der unseren nur ähnelt. Die ideale Welt unterscheidet sich von der Wirklichkeit dadurch, dass in ihr die Forderungen der Gerechtigkeit allesamt erfüllt sind, alle Personen sich an der Aufrechterhaltung einer gerechten Gesellschaft beteiligen und niemandem etwas ihm Zustehendes vorenthalten wird.

Ausbuchstabiert bedeutet dies in ihrer Gerechtigkeitstheorie unter anderem, dass alle Menschen ein Dach über dem Kopf haben, genug zu essen, Zugang zu Gesundheitsvorsorge und überhaupt über all das verfügen können, was für ein *minimally flourishing life* erforderlich ist, also ein Leben, dass in der bestimmten Gesellschaft, in der es geführt wird, vernünftigerweise als minimal erfülltes oder minimal gutes Leben angesehen wird. Das *minimally flourishing life* (MFL), das in einem Suffizienzprinzip ausformuliert wird (S. 33 und passim), ist also der Lackmustest einer jeden gesellschaftlichen Praxis.

Suffizienzprinzip

Alle Menschen haben Anspruch auf die Dinge, die sie für ein minimal erfülltes Leben benötigen.⁹

lebensnotwendig zu bezeichnen. Für eine erste Annäherung an das Thema möchte ich dies aber vernachlässigen.

⁹ Dies ist das für meinen Kontext entscheidende Prinzip. Ihre Gerechtigkeitstheorie beinhaltet jedoch noch ein zweites Prinzip, das Autonomieprinzip. Dies erklärt, dass alle Menschen mit ihrem Eigentum tun und lassen dürfen was sie wollen - insofern das Suffizienzprinzip bereits erfüllt ist, das dem Autonomieprinzip somit lexikalisch vorgeordnet ist (S. 34 und passim).

Wie unschwer zu erkennen ist, führt das in ihrer Theorie u.a. dazu, dass (sorgfältig regulierter und staatlich abgewickelter) Organhandel zulässig ist, insofern Organe zur Verfügung stehen, die nicht zur Erreichung eines MFL konfisziert werden müssen und es Menschen gibt, die ihre Organe verkaufen

Diese Anspruchsrechte, die moralischer Natur sind und dann in positives Recht überführt werden müssen, sind durch Rückgriff auf menschliche Interessen begründet, wobei das gerechtigkeits-theoretisch wichtigste und fundamentale Interesse das an *Selbstrespekt* ist.¹⁰ Ein MFL ist also, zusammenfassend, die einzige notwendige Bedingung dafür, dass man Selbstrespekt haben kann.

Was benötigt man nun ganz konkret für ein MFL? Diese entscheidende Frage wird sich hinsichtlich vieler Einzelfälle nicht ohne weiteres beantworten lassen.¹¹ So könnte man sich fragen, ob man als erwachsener Mensch ein Auto oder eine Spülmaschine benötigt, um ein MFL haben zu können oder ob man normalerweise auch mit einem Fahrrad und Handwäsche zu Rande kommen sollte. Die Antwort dürfte von Gesellschaft zu Gesellschaft unterschiedlich ausfallen und sicherlich müsste man auch die berufliche und familiäre Situation berücksichtigen. Für viele andere Fälle liegt die Antwort aber auf der Hand. So ist *Gesundheit* für ein MFL sicherlich generell erforderlich, oder zumindest das, was ich „Grundgesundheit“ nennen möchte. Vereinzelter Karies oder ein Schnupfen, wenngleich Krankheiten, tangieren die Grundgesundheit kaum (sicher nicht, wenn sie rechtzeitig behandelt werden und sich nicht zu anderen gesundheitlichen Problemen entwickeln können), wohingegen schwere Herzrhythmusstörungen dies zweifellos tun.

In der Suffizienztheorie von Cécile Fabre haben also Patienten mit Herzrhythmusstörungen Anspruch auf die Implantation eines Herzschrittmachers und die erforderliche Behandlung und Medikamente, da ein einigermaßen normal funktionierendes Herz für ein MFL erforderlich ist. Natürlich gilt das nur in Gesellschaften, in denen Herzschrittmacher überhaupt gerechterweise zur Verfügung stehen können. Aber für Länder wie Deutschland ist das eindeutig der Fall. Die anderen Mitglieder der Gesellschaft sind somit in der Bringschuld, Herzschrittmacher und die erforderliche Behandlung zu finanzieren. Sie wären hingegen nicht dazu verpflichtet, Behandlungen zu finanzieren, die nicht dazu beitragen nur ein MFL zu erreichen, sondern ausschließlich oberhalb dieser Schwelle die Gesundheit optimieren, wie zum Beispiel preisgünstige Tabletten, die leichte temporäre Kopfschmerzen lindern.

Kann man nun nicht nur auf ‚normale‘ materielle Güter wie Herzschrittmacher (oder künstliche Herzen) sondern auch auf Körperteile anderer Menschen einen Anspruch haben? Fabre bejaht dies. Wenn man andere Menschen dazu verpflichten kann, einen Teil ihres Einkommens für die Bereitstellung von medizinischer Behandlung abzugeben, dann kann man sie auch dazu verpflichten, einen Teil ihres Körpers für die Bereitstellung medizinischer Behandlung abzugeben.¹² Selbstverständlich ist dabei das Suffizienzprinzip auch in Bezug auf den Körperteilegeber zu respektieren, nicht nur in Bezug auf den Empfänger. Es wäre daher nicht zulässig, einem Menschen ein Herz zu explantieren um es einem anderen Menschen zu implantieren, auch wenn dieser es tatsächlich benötigt. Denn der Spender benötigt es auch und würde durch die Explantation das MFL verlieren, das der andere – vielleicht – gewönne.¹³ Wenn der Spender aber tot ist und das ist der für die hier relevanten Organe

möchten (und einige weitere Bedingungen erfüllt sind). Durch das Suffizienzprinzip ist bereits gewährleistet, dass dies nicht aus Not geschehen kann, reine Armut des Verkäufers ist als Grund für den Verkauf also ausgeschlossen. Ich gehe auf dieses kontroverse Thema hier nicht ein, da es für das vorliegende Argument nicht relevant ist und umfassender diskutiert werden müsste.

¹⁰ Wobei dies natürlich sogenannter „recognition respect“ ist, vgl. Darwall (1977).

¹¹ Fabre bezieht sich hier auf den „capability approach“ in der Variante von Martha Nussbaum (2000), dessen allgemeine Gültigkeit situationsabhängige Spezifizierungen vorsieht.

¹² Zur Klarstellung: dies ist nicht als *reductio* im Stile Nozicks gedacht (vgl. Nozick 1974, 169ff). Fabre spricht sich auch explizit für Arbeitsdienste aus, insofern diese zur Erreichung eines MFL erforderlich sein sollten (2006, Kap. 2).

¹³ Hier entstehen einige diffizile Probleme, die ich leider zurückstellen muss. Man könnte sich beispielsweise fragen, ob der Gesunde denn nur durch seinen (hier in erster Näherung als zufällig angesehenen) Gesundheitsstatus einen Vorteil erlangen soll, nämlich gute Gesundheit, um deren gerechte Verteilung es doch gerade geht. Pragmatisch ist dies leicht zu lösen, denn jede Transplantation

wichtige Fall, hat er ohnehin kein MFL mehr, das beachtet werden muss. Insofern dann Organe transplantiert werden können, sollte dies also getan werden. Um genau zu sein: der Bedürftige hat das Anrecht darauf (das er aber nicht zwangsläufig wahrnehmen muss), das Organ transplantiert zu bekommen, und die anderen Mitglieder der Gesellschaft sind verpflichtet, ihm das Organ zu verschaffen.¹⁴

Dies bedeutet natürlich, dass weder dem Organgeber – von einer Spende möchte man wohl nicht mehr sprechen – noch seinen Angehörigen ein Mitspracherecht eingeräumt werden kann. Es handelt sich also um ein System der Organkonfiszierung.

3. Analogie zur Erbschaftssteuer

3.1. Die Analogie

Die Analogie zur Erbschaftssteuer wird ebenfalls von Fabre angeführt, obwohl dies für den Erfolg ihres Arguments eigentlich nicht erforderlich ist. Aus ihrer Theorie ergibt sich direkt, dass Organkonfiszierungen geboten sind, völlig unabhängig davon, ob es Erbschaftssteuern gibt oder nicht. Darüberhinaus ergibt sich in ihrer Theorie keineswegs ohne Weiteres die Legitimität von Erbschaftssteuern. Denn es muss als strittig angesehen werden, ob Erbschaftssteuern erforderlich sind, um allen Bürgern ein MFL zu garantieren. Selbst wenn sich in einer Gesellschaft ohne Erbschaftssteuern enorme Vermögensunterschiede ergäben, die durch eine Erbschaftssteuer verhindert würden, wäre dies allein noch kein Grund, eine Erbschaftssteuer einzuführen. Enorme Vermögensunterschiede dürften kaum an sich dazu führen, dass das MFL der weniger Begüterten gefährdet ist. Aber auch dies ließe sich bestreiten.

Das Argument, das ich hier vorstellen möchte soll eine andere Struktur haben. Ich möchte ohne Rückgriff auf eine explizite Gerechtigkeitstheorie aus der – somit nur angenommenen – Legitimität von Erbschaftssteuern und der – ebenfalls nur angenommenen – Legitimität von Zwangsobduktionen auf die – daher nur bedingt aufgezeigte – Legitimität von Organkonfiszierungen schließen.

Dieses Argument soll also niemanden überzeugen können, der Erbschaftssteuern oder Zwangsobduktionen ablehnt. Argumente für die Legitimität von Erbschaftssteuern oder Zwangsobduktionen werde ich auch nicht vorbringen. Meine Argumente wären sogar gänzlich uninteressant, würden Erbschaftssteuern und Zwangsobduktionen nicht tatsächlich von vielen Menschen als legitim angesehen. Ich stelle also nur die Behauptung auf, dass jemand, der, aus welchen Gründen auch immer, sowohl Erbschaftssteuern wie auch Zwangsobduktionen als legitim ansieht (in ungefähr der Art, wie beide in Deutschland praktiziert werden), ebenfalls Organkonfiszierungen befürworten muss. Ich glaube, dass dies bereits ein interessantes Ergebnis ist.

Inwieweit sind Organkonfiszierungen und Erbschaftssteuern nun analog? Die Ähnlichkeiten liegen auf der Hand. Entscheidend ist der *erzwungene Ressourcentransfer nach dem Tod*. Organgeber und Erblasser sind beide tot. Beiden wird etwas genommen, das sie aufgrund

ist für den Empfänger zwangsläufig riskanter als das Weiterleben eines Gesunden für ihn ist. Der Endzustand wäre also, wenn man von der Identität der Personen absieht, nicht besser als der Ausgangszustand. Aber es ist zu bezweifeln, ob dies allein bereits philosophisch befriedigend sein kann.

¹⁴ Diese Argumentation ist nicht utilitaristisch. Ziel ist nicht, das gesellschaftliche Wohlergehen zu maximieren, sondern Individuen ein MFL zu garantieren. Die Überlegung, ob der Spender mehr verliert als der Empfänger gewinnt ist irrelevant, insofern nicht bei einem von beidem das MFL tangiert wird. Auch dann geht es nicht darum, Wohlergehensverluste oder –gewinne miteinander aufzurechnen. Ganz im Gegenteil ist damit zu rechnen, dass zur Gewährleistung eines MFL relativ hohe Opfer gebracht werden müssten, so dass eine gerechte Welt à la Fabre kaum wohlergehensmaximierend sein dürfte. Hier sind die Parallelen zur Gerechtigkeitstheorie von Rawls (1971) augenfällig.

ihres Todes nicht mehr benutzen können und anderen Personen übereignet, die es weiterhin benutzen können.

In dieser kurzen Form kann das Argument sicher nicht überzeugen. In Sektion 5. werde ich erörtern, ob wirklich beide Personen tot sind. Dass der Transfer erzwungen ist, gilt für Erbschaftssteuer und Organkonfiszierung gleichermaßen. Zu klären ist damit vor allem, ob der Körper als ‚Ressource‘ betrachtet werden kann. Diese Schwierigkeit und einige andere potentielle Einwände werde ich in den folgenden Seiten bearbeiten.

3.2. Einwand 1: Eine Steuer ist keine Konfiszierung; es gibt auch Freibeträge

Der erste Einwand zielt auf das Ausmaß des Transfers: Eine Steuer ist ja nur eine Steuer, so lautet der Einwand, und keine Konfiszierung. Ein Großteil des Erbes wird doch weitergegeben, da die Steuer nur einen vergleichsweise geringen Anteil des Erbes ausmacht (der Steuersatz beträgt z.B. 20%). Darüberhinaus sind ‚normale‘ Erbschaften ja häufig völlig steuerfrei. Wenn Eltern ihren Kindern oder Enkeln Vermögen vermachen, wie beim typischen Erbfall, wird erst ab einem relativ hohen Vermögen überhaupt Erbschaftssteuer fällig (z.B. wenn der Wert des Nachlasses 400.000 Euro übertrifft) und dann auch nur auf den Teil, der diesen Freibetrag überschreitet. Dies kann man doch nicht mit einer Konfiszierung gleichsetzen.

Dieser Einwand kann nicht überzeugen. Auch bei der Organkonfiszierung würde nicht der ganze Leichnam konfisziert, sondern nur die Organe entnommen, die als Transplantate in Frage kommen. Auch bei der Organkonfiszierung gilt, dass sie nur sehr selten zum Tragen käme. Denn weniger als 0,5% aller Todesfälle in Deutschland (nämlich ungefähr 4.000 Menschen pro Jahr¹⁵) kämen als hirntote Organgeber überhaupt in Frage und auch dann müssen weitere medizinische Kriterien erfüllt sein. Tatsächlich wäre die Wahrscheinlichkeit zur Organkonfiszierung herangezogen zu werden ein Bruchteil von der, Erbschaftssteuer bezahlen zu müssen, denn in immerhin fast 13% aller Erbfälle wird Erbschaftssteuer fällig.¹⁶

3.3. Einwand 2: Wie soll der Wert eines Organs veranschlagt werden?

Der zweite Einwand beschäftigt sich mit der Berechnung der Abgabenlast: Wenn Organe nach dem Tode besteuert werden sollen wie alle anderen Vermögensarten, müsste man den Wert eines Organs ja genau beziffern können. Denn da, wie gesagt, nur ein Bruchteil des Vermögens als Steuer eingezogen wird, ist zu klären, wie der Rest der Erbmasse durch die Organkonfiszierung beeinflusst wird. Denn u.U. ist ja noch die konventionelle Erbschaftssteuer fällig. Transplantierbare Organe sind zwar rar, haben aber keinen pekuniären Wert, da es keinen Markt für Organe gibt. Damit kann die Steuerlast nicht berechnet werden, der Vorschlag ist also impraktikabel und die Analogie hinfällig.

Dieser Einwand beruht auf einem Missverständnis. Es ist zwar richtig, dass es keinen Marktpreis für Organe gibt und ein solcher wäre vielleicht tatsächlich nicht erstrebenswert. Die Analogie setzt aber auch keinen voraus. Das Ziel ist nicht, die Erbschaftssteuer auch auf Organe anzuwenden, sondern die Organe den Organbedürftigen zur Verfügung stellen zu können. Es handelt sich somit nicht um eine Erweiterung der Erbmasse, sondern um ein völlig separates Verfahren.

¹⁵ Denn in „deutschen Krankenhäusern sterben jährlich rund 400.000 Menschen. Lediglich bei ungefähr einem Prozent der Verstorbenen tritt der Hirntod vor dem Herzstillstand ein“ Siehe <http://www.organspende-info.de/information/spende-und-transplantation/organspender> der BZgA (letzter Zugriff 31.1.2013).

¹⁶ Laut Statistischem Bundesamt (2012a, S. 11) gab es 2011 genau 110.595 steuerpflichtige Erwerbe von Todes wegen bei 852.328 Todesfällen (2012b, S. 1), der genaue Prozentsatz beträgt also 12,98%.

3.4. Einwand 3: Erbmasse wird langfristig akkumuliert, Hirntod ist Zufall

Der dritte Einwand zweifelt indirekt die Gerechtigkeit einer solchen Organkonfiszierung an. Wieso sollten denn nur die Verstorbenen aufgeschnitten werden, die einen Hirntod gestorben sind? Hier handelt es sich doch um eine eklatante Ungleichbehandlung. Schließlich ist es meist Zufall (im umgangssprachlichen Sinne), wenn man durch einen Unfall einen Hirntod erleidet. Das zu vererbende Vermögen wird aber über die gesamte Lebenszeit angespart. Darüberhinaus gibt es diverse Möglichkeiten die Erbschaftssteuer völlig legal zu vermeiden, z.B. durch Schenkungen zu Lebzeiten. Für die Organkonfiszierung gilt auch das nicht. Die beiden Szenarien sind also nicht analog.

Es ist richtig, dass die Organkonfiszierung wohl kaum umgangen werden kann. Dies erscheint aber genauso wenig als guter Einwand *gegen* die Organkonfiszierung gelten zu können, wie die Tatsache, dass die Erbschaftssteuer häufig legal vermieden werden kann, *für* die Erbschaftssteuer spricht (darüber hinaus kann man bei hinreichend hohen Vermögen die Erbschaftssteuer natürlich nicht wirklich völlig umgehen). Wichtiger ist den Einwand der Ungleichbehandlung auszuräumen. Gerade weil der Hirntod ‚zufällig‘ auftritt, also alle Menschen ungefähr die gleiche Wahrscheinlichkeit haben ihn zu erleiden,¹⁷ scheinen Fairnessüberlegungen kaum gegen die Organkonfiszierung sprechen zu können.

3.5. Einwand 4: Organmangel ist gar kein Gerechtigkeitsproblem

Der vierte Einwand versucht die Sphäre der distributiven Gerechtigkeit noch stärker von der gesundheitlichen Sphäre abzukoppeln. Einige Menschen haben Pech, so der Einwand, und leiden an schlechter Gesundheit, sehr wenige benötigen sogar Transplantate. Aber entweder haben wir im Bereich der individuellen Gesundheit gar keine Gerechtigkeitspflichten oder wenn doch, dann reichen diese nicht so weit, dass wir Verstorbenen Organe entnehmen müssen, um Organbedürftige zu versorgen.

Dieser Einwand hat viel Potential. Da aber klar erscheint, dass wir anderen Menschen auch medizinische Hilfe schulden (insofern sie gerechterweise zur Verfügung stehen kann), erscheint eine *strikte* ‚Sphärentrennung‘ nicht plausibel. Eine *Begrenzung* der Gerechtigkeitspflichten gerade im Bereich der Gesundheit ist jedoch seit Längerem ein kontrovers diskutiertes Thema; diese Debatte kann hier nicht in ausreichender Länge wiedergegeben werden. Es erscheint aber sehr fraglich, dass bei einer Beschränkung dann gerade die Art von Behandlung entfallen sollte, die lebensrettend ist.¹⁸ Bestenfalls könnte argumentiert werden, dass die Kosten oder Lasten auf Seiten der Organgeber unzumutbar wären. Hier setzt der nächste Einwand an.

3.6. Einwand 5: Der menschliche Körper ist keine Sache

Der fünfte und letzte Einwand ist der im ersten Augenblick überzeugendste. Er setzt an, wo der vierte Einwand abbrach und bestreitet die Gleichartigkeit von materiellen Gütern und dem menschlichen Körper. Wir haben zwar die Pflicht, uns gegenseitig alle medizinisch notwendigen Behandlungen und Medikamente zukommen zu lassen, aber der Körper eines Menschen ist doch keine Sache! ‚Unser‘ Körper gehört uns auch nicht in dem Sinn, in dem uns z.B. unser Fahrrad gehört. Dies ist doch eindeutig. Es ist ja geradezu konzeptionell unmöglich, seinen eigenen Körper im buchstäblichen Sinne zu verkaufen. Wir sind leibliche Wesen, unser gesamter Erfahrungsschatz wurde durch und mittels unseres Körpers

¹⁷ Dies stimmt nicht ganz, denn der typische Hirntote war anscheinend lange Zeit der jugendliche Motorradfahrer.

¹⁸ Dies erscheint mir unabhängig davon zu gelten, ob wir Fabres Theorie akzeptieren oder nicht.

gewonnen, sodass unser Körper Teil, und zwar ein entscheidender Teil nicht nur unseres Selbstbilds, sondern auch unserer personalen Identität darstellt.

Diesem Einwand, der hier ganz bewusst etwas diffus dargestellt wurde und der für eine sorgfältige Behandlung deutlich klarer zu fassen wäre, ist etwas schwieriger zu begegnen. Die ihm zugrundeliegende Intuition ist letztlich nicht zu widerlegen. Wer den menschlichen Körper als separat von der restlichen materiellen Welt begreift, muss sich von dieser Position nicht abbringen lassen. Ich möchte dennoch einige Punkte vorbringen, warum ich diese Sicht für verfehlt halte.

Zuerst möchte ich gewissermaßen die materielle Welt aufwerten. Auch die Erbschaftssteuer macht nämlich vor den Dingen, die dem Verstorbenen am wichtigsten oder heiligsten waren, nicht Halt. Stellen wir uns einen Musiker vor, dem eine Stradivari im Wert von zwei Millionen Euro gehört. *Diese* Stradivari ist *sein* Instrument und nur mit diesem Instrument musizierend kann er wirklich er selbst sein. Die Geige ist, wie man unter Musikern sagen würde, ein Teil von ihm. Sein ganzes Leben hat er der Musik gewidmet, sonstiges nennenswertes Vermögen hat er nicht.

Bei seinem Tod wird die Stradivari dennoch verkauft werden müssen, da jegliche Freibeträge überschritten sind. Man könnte meinen, dass der Geiger sicher froh darüber sein wird, dass andere Musiker nun mit ihr spielen können; vielleicht wird er sich aber auch darüber ärgern, dass seine Stradivari nun von anderen Musikern, die er für wohlhabend aber untalentiert hält, rücksichtslos ruiniert wird. Dem Gesetz ist dies egal. Die Erbschaftssteuer muss bezahlt werden, ob der Steuerzahler dies befürwortet oder eben nicht. Die Parallelen zur Organkonfiszierung sind eindeutig und müssen nicht weiter ausgeführt werden.

Zweitens möchte ich gewissermaßen den menschlichen Körper abwerten. Hier ist nur zu konstatieren, dass viele Menschen durchaus ein distanzierendes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper haben und ihn nicht als Inbegriff ihrer Persönlichkeit sehen. Er ist ja doch ein Produkt der genetischen Ausstattung, auf die man keinen Einfluss hatte. So sind, selbst wenn wir anerkennen, dass der eigene Körper Persönlichkeit und Weltwahrnehmung entscheidend beeinflusst, eben Persönlichkeit und Weltwahrnehmung ebenfalls Ausfluss von genetischen Faktoren, auf die man keinen Einfluss hatte. Zumindest zeigen gerade die an sich hohen Zustimmungsquoten zur Organspende, dass viele Menschen mit der Idee, dass ihrem Körper nach dem Tod Organe entnommen werden, anscheinend gut leben können.

Drittens müssen wir uns ins Bewusstsein rufen, dass diese Zustimmung auch praktische Auswirkungen hat, Organtransplantationen nämlich bereits gängige Praxis sind. Wir müssen also doch davon ausgehen, dass es möglich ist, Organe von einem Menschen zum anderen zu transferieren, ohne dass dies die ‚Identität‘ des Verstorbenen in diesem weiteren Sinne zerstört. Es stimmt natürlich, dass bisher die Zustimmung des Verstorbenen (bzw. seiner Angehörigen) vorliegen muss, aber dieser fünfte Einwand geht doch so tief, dass er eigentlich auch die Organspende insgesamt ablehnen muss. Es ist ganz im Gegenteil unkontrovers, dass menschliche Körperteile von einem Menschen zum anderen transplantiert also transferiert werden können. Mehr ist für das vorliegende Argument nicht erforderlich.

Viertens darf auch nicht vergessen werden, dass Organspender tot sind. Wie wichtig einem der eigene Körper zu Lebzeiten auch erscheinen mag und wie bedeutsam er als Mittler zwischen den Menschen fungieren mag, so hilflos erscheinen diese Überlegungen doch nach dem Tod.

Ich möchte gar nicht vorgeben, dass ich diese skizzenhaften Antworten für zwingend überzeugend halte; sie scheinen den Einwand aber doch zu schwächen. Die beste Replik auf diesen fünften Einwand (und viele seiner hier unerwähnten Variationen, die sich mit der Frage beschäftigen, wie ein Leichnam behandelt werden darf) ist aber eine völlig andere: Es gibt bereits eine gesellschaftlich anerkannte Praxis, auf die er ebenso anwendbar wäre. Diese Praxis ist aber völlig unkontrovers. Es handelt sich um gerichtlich angeordnete Obduktionen,

die, wenn der fünfte Einwand stichhaltig wäre, ebenfalls nicht zulässig wären – was sie aber offensichtlich sind. Es ist also inkonsistent, Organkonfiszierungen abzulehnen, Erbschaftssteuern und Zwangsobduktionen jedoch nicht.

4. Analogie zur Obduktion

4.1. Bestandsaufnahme

Die innere Leichenschau hat eine viel längere Tradition als Organtransplantationen, die erst seit der Mitte des 20. Jahrhunderts erfolgreich durchgeführt werden. Obduktionen sind in Deutschland tägliche Routine.¹⁹ Sie werden an knapp 5% aller Verstorbenen vorgenommen, was über 40.000 Fällen pro Jahr entspricht. Die Wahrscheinlichkeit obduziert zu werden, ist also zehnmal so hoch, wie die Wahrscheinlichkeit einen Hirntod zu erleiden. Die Obduktionsquote, die in der BRD in den 1980er Jahren noch doppelt so hoch war, ist im internationalen Vergleich sogar niedrig. In Finnland werden fast ein Drittel aller Verstorbenen obduziert, in Großbritannien immerhin noch 15%. Die Bundesärztekammer (BÄK) spricht sich dafür aus, deutlich mehr Obduktionen durchzuführen (u.a. an 30% aller in Krankenhäusern Verstorbenen, vgl. BÄK 2005, S. 44).

Obduktionen können aus vielerlei Gründen durchgeführt werden. Die sogenannte „klinische Sektion“ wird von der Bundesärztekammer als „letzte ärztliche Handlung im Rahmen der medizinischen Behandlung der Patienten“ verstanden (*op. cit.*, S. 5) und dient primär der medizinischen Qualitätssicherung und Überprüfung der Todesursachenstatistik. Die sogenannte „gerichtliche Sektion“ ist für mein Argument wichtiger. Sie betrifft deutschlandweit knapp 2% aller Todesfälle (in Berlin 6%, in Rheinland-Pfalz 1,2%). Sie wird angeordnet, wenn ein nicht natürlicher Tod nicht völlig auszuschließen ist und die Todesursache geklärt werden soll oder wenn die Sicherung von Beweisen erforderlich scheint (§§ 87 StPO). Auch erwähnenswert ist die Möglichkeit, Obduktionen bei meldepflichtigen Krankheiten durch das Infektionsschutzgesetz anzuordnen (IfSG §§ 1, 25, 26).²⁰

4.2. Die Analogie

Inwieweit sind Organkonfiszierungen und Zwangsobduktionen nun analog? Die Ähnlichkeiten liegen auch hier auf der Hand.²¹ Entscheidend ist in diesem Fall die *erzwungene Körperteilentnahme nach dem Tod*. Organgeber und zu Obduzierender sind beide tot. In beiden Fällen wird der Körper geöffnet und werden Organe entnommen. Der einzige Unterschied scheint zu sein, dass bei der Transplantation die Organe transplantiert werden, wohingegen bei der Obduktion die Organe nach der Untersuchung entweder entsorgt werden (häufig werden sie durch die Obduktion zerstört) oder in den Körper des Verstorbenen zurück gelegt werden.

Wie gesagt werde ich in Sektion 5. erörtern, ob wirklich beide Personen tot sind. Unkontrovers ist sicher, dass man bei angeordneten Obduktionen genauso wenig widersprechen kann wie man es bei einer Organkonfiszierung könnte. Ebenfalls irrelevant dürften die etwaigen Unterschiede bei der Behandlung der Leichname sein. Welche Einwände gegen die Analogie gibt es noch?

¹⁹ Die Zahlen in den folgenden Abschnitten sind zur besseren Illustration sehr großzügig gerundet und stammen aus dem Jahr 1999 (Brinkmann et al. 2002).

²⁰ Diese Liste soll nur die hier relevanten Szenarien berücksichtigen und enthält daher nicht alle möglichen Begründungen.

²¹ Umso überraschender, dass sie erst vor kurzem in der Literatur Erwähnung fand, nämlich in Hershenov und Delaney 2009. Die hier diskutierten Einwände finden sich ähnlich dort.

4.3. Einwand 1: Die Verbrechensaufklärung ist wichtiger als ein neues Organ

Der erste Einwand zweifelt daran, dass die Begründungen der beiden Praktiken vergleichbar sind. Wenn eine Obduktion angeordnet wird, geht es immerhin darum, ein mögliches Verbrechen aufzuklären. Das Vermeiden von Mord und Totschlag ist aber für das Gemeinwesen bedeutender als Organtransplantationen. Zwangsobduktionen sind daher gerechtfertigt, Organkonfiszierungen aber nicht.

Tatsächlich wird gerade die hohe Dunkelziffer bei Tötungsdelikten als ein wichtiger Grund für die Erhöhung der Obduktionsrate genannt (BÄK 2005, S. 7). Wir wissen naturgemäß nicht genau, wie viele Verbrechen nicht aufgeklärt werden und durch zusätzliche Obduktionen aufgeklärt werden könnten. Derzeit wird davon ausgegangen, dass ca. 1.000 Tötungsdelikte pro Jahr in Deutschland verübt werden (und weitere 1200-2400 unentdeckt bleiben, *loc. cit.*) Dies entspricht aber genau der Anzahl der Menschen, die, wie es häufig ausgedrückt wird, aufgrund von Organmangel ‚auf der Warteliste sterben‘. Es ist nun anzunehmen, dass nur ein Bruchteil der Tötungsdelikte, von denen derzeit über 95% aufgeklärt werden, nur durch eine Obduktion aufgeklärt werden konnten. Dementsprechend ist es ebenfalls unmöglich zu sagen, wie viele Tötungsdelikte durch die aufgeklärten Tötungsdelikte, die nur durch eine Obduktion aufgeklärt werden konnten, durch Abschreckung verhindert wurden – die Bedeutung der über 16.000 gerichtlich angeordneten Obduktionen für die Verbrechensbekämpfung und -vermeidung ist also unklar. Andererseits können jedem Organspender durchschnittlich mehr als drei Organe entnommen werden. Wir können also leicht vereinfachend davon ausgehen, dass *eine* Organkonfiszierung ungefähr *drei* Menschenleben rettet. Selbst bei gutwilliger Betrachtung der gerichtsmedizinisch angeordneten Obduktionen scheint diese Quote bei Weitem nicht erreichbar, denn dann müssten bei 16.000 Zwangsobduktionen ja ungefähr 48.000 Tötungsdelikte abgeschreckt werden.²²

4.4. Einwand 2: Töten ist schlimmer als Sterbenlassen

Der zweite Einwand beschäftigt sich mit einem ähnlichen Problem. Es wird gemeinhin angenommen, dass Töten schlimmer als Sterbenlassen ist. Jemand der tötet, tut etwas viel schlimmeres als jemand, der ‚nur‘ nicht rettet. Dies scheint intuitiv auch angebracht, denn sonst wäre jemand, der nur wenige Menschen vor dem Verhungern rettet (z.B. durch Geldspenden nach Afrika) aber trotzdem viele andere sterben lässt, obwohl er sie retten könnte, einem Massenmörder gleichzusetzen, was abstrus wäre. Obduktionen können nun, wie gerade ausgeführt, Tötungen verhindern. Transplantationen können dies aber nicht. Sie können nur Sterbenlassen verhindern.²³ Der potentielle Organempfänger wird ja, trotz aller Rhetorik, klarerweise nicht getötet, sondern stirbt an Organversagen, wenn er auch gerettet werden könnte. Auch dieser Einwand schlussfolgert also, dass Obduktionen wichtiger sind als Organkonfiszierungen, da Obduktionen etwas Schlimmeres verhindern.

Die moralische Differenzierung zwischen Töten und Sterbenlassen ist philosophisch höchst umstritten.²⁴ Diese Debatte muss hier jedoch gar nicht interessieren. Hier geht es darum, was wir, die Lebenden, mit den jeweiligen Leichnamen tun dürfen. Die noch lebenden Menschen, die wir vor dem Tod retten könnten (durch Verbrechensaufklärung bzw. Organtransplantationen), töten auch wir nicht, sondern schlimmstenfalls lassen wir sie sterben. Dies gilt aber für beide Fälle. Denn in beiden Fällen (dem unnatürlichen Tod durch

²² Nur am Rande braucht hier erwähnt werden, dass der Schutz vor meldepflichtigen Krankheiten ebenfalls als legitimer Grund für Obduktionen gelten kann. Hier handelt es sich also nicht um die Bekämpfung von Verbrechen, sondern um die Gefahreneindämmung.

²³ Ich ignoriere hier einige philosophisch denkbare Fallkonstellationen.

²⁴ Siehe beispielsweise die in Steinbock und Norcross (1994) gesammelten klassischen Beiträge.

Tötung und dem natürlichen Tod durch Organversagen) sind wir in der Lage zu retten. Mit anderen Worten müssen wir uns also entscheiden, ob wir beide sterben lassen wollen, beide retten wollen, oder nur die retten wollen, die (von einer dritten Person) getötet würden. Hier erscheint es völlig arbiträr, zwischen diesen Szenarien zu differenzieren. Da wir grundsätzlich zweifellos auch Menschen vor dem Tod retten wollen, für deren Tod wir nicht kausal verantwortlich sind – was u.a. dadurch deutlich wird, dass wir Zwangsobduktionen im Dienste der Verbrechensabschreckung akzeptieren – sollten wir nicht ohne weiteren Grund zwischen den Todesursachen differenzieren, an denen wir ohnehin nicht als Verursacher beteiligt sind. Dies bedeutet nur, dass alle Gelegenheiten, Leben zu retten als gleich dringend angesehen werden müssen, nicht, dass Töten und Sterbenlassen moralisch äquivalent sind. Die Analogie kann so nicht angegriffen werden.

4.5. Einwand 3: Zustimmung kann angenommen werden

Der dritte Einwand stellt eine empirische Hypothese auf. Er bestreitet, dass die Tatsache, dass Obduktionen angeordnet werden *können* auch bedeutet, dass sie angeordnet werden *müssten*.²⁵ Die zu Obduzierenden hätten der eigenen Obduktion sicher zugestimmt, wenn sie nur in Betracht gezogen hätten, dass sie – vermeintliches – Opfer von Verbrechen werden würden. Natürlich kann man nach dem Tod nicht mehr die Zustimmung des Verstorbenen einholen, so dass es auch möglich sein muss, Obduktionen anzuordnen. Man kann aber nicht davon ausgehen, dass dies nicht dem Willen des Verstorbenen entspricht, der sicher zumindest vor seinem Tod hohes Interesse an Verbrechensaufklärung hatte. Der Zwang hat also hier nur verfahrenstechnische Gründe. Die eigentliche Rechtfertigung ist, was Juristen als die „mutmaßliche“ Zustimmung des Verstorbenen bezeichnen.

Diesem Einwand kann auf dreierlei Art begegnet werden. Erstens kann schlicht bestritten werden, dass alle zu Obduzierende der Obduktion zugestimmt hätten. Da die Datenlage hier naturgemäß keine Entscheidung bringen kann, beruht der Einwand auf Spekulation.

Wir können uns dann zweitens fragen, wenn wir diese Spekulation dennoch anstellen wollen, ob es eher vernünftig ist, Zwangsobduktionen zur Verbrechensaufklärung zu befürworten oder Organkonfiszierungen. Unter Berücksichtigung der Repliken auf Einwände in 4.3. und 4.4. scheint es mir klar, dass Zustimmung zu Organkonfiszierungen mindestens genauso vernünftig ist wie die Zustimmung zur Zwangsobduktionen. Die Wahrscheinlichkeit, sein eigenes Leben zu retten, erhöht man durch die Zustimmung zu Organkonfiszierungen noch stärker als durch die Zustimmung zu Zwangsobduktionen, und zu verlieren hat man in beiden Fällen das Gleiche. Wenn wir also Zwangsobduktionen durch die mutmaßliche Zustimmung des Verstorbenen zu Lebzeiten legitimieren können, können wir sicher auch die Zustimmung zu Organkonfiszierungen durch die mutmaßliche Zustimmung zu Lebzeiten legitimieren. Die Analogie kann also so nicht bestritten werden.

Drittens ist festzuhalten, dass Tötungsdelikte Straftaten sind. Straftaten werden, anders als privatrechtliche Streitigkeiten, von Staats wegen verfolgt, unabhängig davon, ob Täter oder Opfer selbst die rechtlichen Schritte einleiten. Selbst wenn das Opfer also an der Aufklärung der Straftat kein Interesse hat, steht es ihm nicht frei darüber zu entscheiden, ob Aufklärung stattfinden soll. Die mutmaßliche Zustimmung des Opfers zur Zwangsobduktion im Dienste der Aufklärung der Straftat sollte also ohnehin keine entscheidende Rolle spielen.

Mir scheint also, dass Erbschaftssteuern und Zwangsobduktionen jeweils wichtige Bausteine für die Rechtfertigung von Organkonfiszierungen liefern. Der erzwungene Ressourcentransfer nach dem Tod und die erzwungene Körperteilentnahme nach dem Tod sollten zusammen auch den erzwungen Körperteiletransfer nach dem Tod legitimieren.

²⁵ Dieser Einwand ließe sich auch hinsichtlich der Erbschaftsteuer vorbringen, wo er jedoch deutlich weniger plausibel erscheint.

5. Problem Hirntod

5.1. Problemaufriss

Die in den vorangegangenen Abschnitten entwickelte Analogie zwischen der Erbschaftssteuer und angeordneten Obduktionen einerseits und der postmortalen Konfiszierung von lebensnotwendigen Organen andererseits hat bisher ein in der Debatte um die Transplantationsmedizin häufig und leidenschaftlich diskutiertes Problem vernachlässigt: Den Hirntod. Viele Menschen glauben, dass Menschen die hirntot sind noch nicht ‚richtig‘ tot sind,²⁶ u.a. weil das Herz von Hirntoten, die künstlich beatmet werden und die daher nicht den andernfalls unwiderruflich dem Hirntod folgenden Herz-Kreislauf-Tod erleiden, weiterhin schlägt. Darüberhinaus sind – bis auf das Gehirn – alle Organe im Wesentlichen in dem Zustand, in dem sie auch vor dem Hirntod gewesen sind, wenngleich dieser Zustand künstlich aufrechterhalten werden muss. Der Hirntod ist also in den Augen der sogenannten „Hirntodkritiker“ nicht der Tod des Menschen, sondern nur der Tod *des Hirns* des Menschen.

Die Details dieser Debatte sind für mein Argument nicht von Belang. Wahrscheinlich treffen hier fundamentale Intuitionen über die menschliche Existenz aufeinander, die sich durch Argumente nur begrenzt beeinflussen lassen. Entscheidend ist hier, dass es die Diskussion gibt und dass sie im Allgemeinen als relevant für die Frage angesehen wird, ob Organexplantationen moralisch zulässig sein können.

Für meine bisherige Argumentationskette stellt sich also das folgende Problem: Hirntodkritiker können die zugrundeliegende Analogie ohne weiteres ablehnen. Erblasser und zu Obduzierende sind nämlich immer richtig tot,²⁷ Organspender jedoch nur hirntot.²⁸ Das ist ein wichtiger Unterschied.

Es bieten sich für meine Argumentationskette somit drei mögliche Positionen, von denen die erste die derzeit gültige Rechtslage akzeptiert, die anderen beiden das Hirntodkriterium ablehnen, aus dieser Ablehnung aber unterschiedliche Schlüsse ziehen:

- (1) Hirntote sind richtig tot. Also sind die vorangegangenen Argumente ohne Einschränkung zu akzeptieren, postmortale Organkonfiszierungen zulässig.
- (2) Hirntote sind nicht richtig tot. Also werden sie durch die Organentnahme getötet. Da nur Tote für eine moralisch legitime Organentnahme zur Verfügung stehen dürfen (die sogenannte „Dead Donor Rule“) sind alle Organentnahmen moralisch unzulässig.
- (3) Hirntote sind nicht richtig tot. Also werden Sie durch die Organentnahme getötet. Dies ist aber moralisch zulässig, denn die Dead Donor Rule ist falsch und die Organentnahme unter gewissen Umständen auch bei Menschen legitim, die nicht richtig tot sind.

²⁶ Ich werde die Anführungszeichen im Folgenden weglassen ohne die durch sie ausgedrückte Skepsis hinsichtlich der Idee des ‚richtigen‘ Todes aufgeben zu wollen.

²⁷ Andere Fälle dürften in der Praxis kaum auftreten, wenn sie auch rein rechtlich vielleicht möglich wären; schließlich ist der Herz-Kreislauf-Tod die absehbare Folge des Hirntods, insofern der Hirntote nicht künstlich beatmet wird. Und selbst wenn die künstliche Beatmung eines Hirntoten abgeschaltet wird, ohne dass er zum Organspender wird, stellt sich die Frage einer etwaigen Obduktion bzw. der Testamentseröffnung wohl bereits aus praktischen Gründen erst nach dieser Entscheidung. Das künstliche Beatmen eines Hirntoten – der ja de jure tot ist – hätte wohl ohne Aussicht auf Besserung oder Organentnahme zu Transplantationszwecken keinerlei Sinn und dürfte daher nicht praktiziert werden.

²⁸ Letzteres stimmt auch nicht mehr, da Spender, deren Herz nicht mehr schlägt, die aber noch nicht hirntot sind (sogenannte „non-heartbeating donors“) vereinzelt auch zur Organspende herangezogen werden, wobei dies in Deutschland als illegal angesehen wird und nicht praktiziert wird (vgl. Stoecker 2010, S. xli). Nicht nur Hirntodkritiker dürften dieses Verfahren ablehnen.

5.2. Die erste Position

Die erste Position entspricht der momentanen Gesetzeslage und dem bisherigen Argumentationsverlauf und bedarf momentan keiner weiteren Diskussion. Ich werde weiter unten auf sie zurückkommen.

5.3. Die zweite Position

Die zweite Position bringt das Problem auf den Punkt. Es ist klar, wie diese Ansicht die gängige Praxis der Organtransplantationen in Frage stellt: Kaum eine moralische Regel ist so weit anerkannt, so unkontrovers und so eingängig wie das Tötungsverbot. Von einigen – moralisch keineswegs unproblematischen – Ausnahmen wie Notwehr, gerechten Verteidigungskriegen oder vielleicht noch der Todesstrafe abgesehen, ist es zweifellos normalerweise moralisch falsch, Menschen zu töten. Wenn Hirntote aber am Leben sind, wie die Anhänger dieser Position betonen, dann werden sie bei der Organentnahme zwangsläufig getötet. Aber die durch die Tötung erreichten Ziele, wie wünschenswert sie abstrakt gesprochen auch sein mögen, sind Notwehr und gerechten Kriegen nicht hinreichend ähnlich (und die Todesstrafe als Strafmaßnahme ja ohnehin irrelevant), als dass sie die Tötung des Organspenders rechtfertigen können. Es ist daher eindeutig unzulässig, an hirntoten Menschen Organexplantationen durchzuführen. Die zweite Position lehnt Organtransplantationen als ungerechtfertigte Tötung ab.

Wie wäre somit die Praxis der Organspende in Deutschland zu beurteilen? Werden Organspender also systematisch getötet? Dass diese Sicht auf die Dinge nicht noch mehr Aufruhr verursacht als sie es tatsächlich tut, liegt sicher auch daran, dass die Organspender (bzw. ihre Angehörigen) derzeit der Organentnahme zustimmen. Niemand wird in Deutschland gegen seinen Willen (bzw. den Willen seiner Angehörigen) Organspender. Daher hat nur selten ein direkt Betroffener berechtigten Anlass, sich über eine erfolgte Organspende zu entrüsten.²⁹

Das momentane Verfahren der Zustimmungslösung bedeutet also, so muss es die zweite Position sehen, dass in Deutschland die *Tötung auf Verlangen* gängige und akzeptierte Praxis ist. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland zwar ebenfalls illegal, aber es ist doch auch klar – wie sich bereits heute an den im Strafgesetzbuch angedrohten Strafen ablesen lässt³⁰ –, dass eine Tötung auf Verlangen sich sehr erheblich von einem Totschlag oder Mord unterscheidet. Insofern müsste also, wenn trotz Hirntodkritik die Praxis der Organspende beibehalten werden soll, zwar die Dead Donor Rule aufgegeben werden, das allgemeine Tötungsverbot jedoch könnte beibehalten werden.³¹ Bei Vorliegen einer gültigen Zustimmung wäre es vielleicht nicht sonderlich tangiert, denn seine Geltung erklärt sich wohl primär aus der klarerweise viel problematischeren ‚unverlangten‘ also vermutlich unfreiwilligen Tötung, der Tötung *gegen* den Willen des Getöteten.³² Davon kann bei einer Zustimmungslösung aber nicht die Rede sein.

²⁹ Selbstverständlich gilt dies nur, insofern die Zustimmung gültig ist, also die notwendige Aufklärung geleistet wurde, was in Einzelfällen vielleicht bezweifelt werden kann.

³⁰ § 216 StGB Töten auf Verlangen: Freiheitsstrafe zwischen sechs Monaten und fünf Jahren, § 211 StGB Mord und § 212 StGB Totschlag: Freiheitsstrafe zwischen fünf Jahren und lebenslänglich, § 213 Totschlag in einem minder schweren Fall: zwischen einem und zehn Jahren.

³¹ Darüber hinaus könnte argumentiert werden, dass Tötung auf Verlangen *an einem Hirntoten* ein vielleicht separat zu betrachtender Fall ist.

³² Natürlich ist es möglich, die Organspende abzulehnen, gerade weil sie eine – eben illegale – Tötung auf Verlangen darstellt. Wie das mit der gesellschaftlichen Wirklichkeit (in der die Organspende staatlicherseits befürwortet wird) in Einklang zu bringen sein soll ist dann jedoch kaum ersichtlich.

5.4. Die dritte Position

Eigentlich wäre dies bereits die dritte Position, die zwar hirntodkritisch ist, die Organspende aber trotzdem nicht ablehnt. Wäre die Idee der Tötung auf Verlangen geeignet, um als Grundlage der derzeitigen Praxis der Organspende zu dienen? Dies scheint aus mindestens vier Gründen mehr als fraglich, die ich hier aus Platzgründen nur erwähnen kann.

Erstens müsste den potentiellen Organspendern vor Augen geführt werden, dass sie, wenn sie denn als Organspender in Frage kommen sollten, noch gar nicht tot sind. Es muss also eine Zustimmung zur Tötung eingeholt werden. Auch wenn sich vermitteln ließe, dass ein Hirntoter keinerlei Bewusstsein hat, nie wieder gesund werden kann und ohnehin bald sterben würde, wenn er nicht intensivmedizinisch behandelt wird, dürfte dies für die gesellschaftliche Akzeptanz der Organspende eine unüberwindbare Hürde darstellen.

Zweitens wäre eine solche Tötung nicht einfach analog zur passiven Sterbehilfe zu sehen, da durch die Organexplantation aktiv in den Körper des Hirntoten eingegriffen wird. Darüber hinaus kommt dieser Eingriff nicht dem Sterbenden, sondern einer anderen Person zugute.

Drittens konfliktiert eine so verstandene Praxis sehr deutlich mit dem typischen Selbstverständnis der Ärzte, die sich an Tötungen nicht direkt beteiligen dürfen.

Viertens lässt sich die den Angehörigen derzeit eingeräumte Rolle kaum nachvollziehen. Natürlich kann niemand berechtigterweise über die Tötung einer anderen Person verfügen, auch nicht als sein Angehöriger. Dieser Ansatz könnte also bestenfalls eine enge Zustimmungslösung rechtfertigen.³³

Es ergibt sich also, dass die Position, die die Tötung auf Verlangen als Grundlage der Organspende ansieht, insgesamt nicht besonders attraktiv erscheint – obwohl sie vielleicht den Vorteil hätte, dass sie die unangenehme Konfiszierungslösung nicht mittragen würde, bei der ja auch ohne Zustimmung explantiert werden könnte. Aber wenn die Transplantationsmedizin nicht rundweg abgelehnt werden soll, bietet sich die Tötung auf Verlangen als naheliegendste alternative Begründung einer legitimen Organentnahme an.³⁴

5.5. Der Hirntod und das Analogieargument

Fassen wir die Problematik des fünften Abschnitts zusammen. Hirntodkritiker dürften die von mir vorgeschlagenen Analogien ablehnen. Damit lehnen sie aber entweder die Praxis der Organspende überhaupt ab – wenn sie auf der Dead Donor Rule bestehen – oder sie müssen eine neuartige Rechtfertigung der Praxis der Organspende finden. Sie könnten dann die Dead Donor Rule ablehnen und explizite Zustimmung zur Organspende als Tötung auf Verlangen verstehen, womit das allgemeine Tötungsverbot, das primär auf die Szenarien von Mord und Totschlag abzielt, nicht unbedingt hinfällig würde. Aber Tötung auf Verlangen ist in Deutschland illegal und als explizite Rechtfertigung würde sie selbst nach ihrer Legalisierung neue Probleme aufwerfen, deren Lösbarkeit zumindest auf den ersten Blick noch weniger absehbar scheint als eine allgemein akzeptable Auflösung der Hirntodproblematik. Eine allseits zufriedenstellende Lösung ist nicht zu erwarten, aber es scheint sich doch anzubieten – und zwar gerade unter der Voraussetzung, dass wir die Praxis der Organspende generell befürworten – weiterhin den Hirntod als den Tod des Menschen zu akzeptieren.³⁵ Dies

³³ Bei einer Widerspruchsregelung von Tötung auf Verlangen zu sprechen erscheint absurd, hier wäre also eine solche Legitimierung der Organspende von vornherein unplausibel.

³⁴ Auch dies ist also kein zwingendes Argument, da es weitere Begründungen geben mag die ich hier nicht diskutiere. Es bietet sich als hypothetische Alternative zur Konfiszierungslösung noch eine hypothetische Rechtfertigung der Organspende, die i) hirntodkritisch ist, ii) Organspende *nicht* als Tötung auf Verlangen begreift und iii) dennoch der Konfiszierungslösung widerspricht.

³⁵ Dies soll natürlich keine pragmatische Rechtfertigung des Hirntodkriteriums darstellen, das ich als medizinisch begründet ansehe.

bedeutet also, dass meine Analogieargumente weiterhin Bestand haben, insofern die derzeitige Praxis der Organspende überhaupt zu rechtfertigen ist.

6. Schlussfolgerungen

Ich habe in diesem Text folgendermaßen argumentiert: Wenn wir Erbschaftssteuern als legitim ansehen und auch Zwangsobduktionen als legitim ansehen, dann sollten wir auch eine Konfiszierungslösung für Organe von Hirntoten befürworten. Dies gilt jedoch nur, wenn wir das Hirntodkriterium als Todeskriterium akzeptieren – was aber, ebenso wie Erbschaftssteuern und Zwangsobduktionen der derzeitigen deutschen Gesetzeslage entspricht – oder das Hirntodkriterium ablehnen, jedoch Organexplantationen an Hirntoten als dennoch zulässig ansehen. Eine philosophische Begründung dafür, dass Erbschaftssteuern, Zwangsobduktionen oder das Hirntodkriterium als legitim anzusehen sind, habe ich aber nicht geliefert.

Christoph Schmidt-Petri

Institut für Philosophie
Universität Regensburg
christoph.schmidt-petri@psk.uni-regensburg.de

Literatur

- Bundesärztekammer 2005: „Stellungnahme zur ‚Autopsie‘ – Langfassung“, Berlin, Bundesärztekammer.
- Breyer F., W. Van den Daele, W. Engelhard, G. Gubernatis, H. Kliemt, C. Kopetzki, H. J. Schlitt, und J. Taupitz 2006: *Organmangel: Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?* Berlin, Springer.
- Brinkmann, A., A. Du Chesne, und B. Vennemann 2002: „Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland“, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 127, 791-795.
- Fabre, C. 2006: *Whose Body is it Anyway? Justice and the Integrity of the Person*. Oxford: Oxford University Press.
- Deutsche Stiftung Organtransplantation 2012: *Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2011*, Frankfurt/Main, DSO.
- Darwall, S. 1977: „Two Kinds of Respect“, *Ethics* 88, 36-49.
- Hershenov, D. und J. Delaney 2009: „Mandatory Autopsies and Organ Conscriptions“, *Kennedy Institute of Ethics Journal* 19, 367-91.
- Johnson E., und D. Goldstein 2003: „Do Defaults Save Lives?“ *Science* 302, 1338-39.
- Nozick, R. 1974: *Anarchy, State and Utopia*. New York, Basic Books.
- Nussbaum, M. 2000: *Women and Human Development*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Rawls, J. 1971: *A Theory of Justice*, Cambridge MA, Harvard University Press.
- Truog, R. 1997. „Is it Time to Abandon Brain Death?“, *Hastings Center Report* 27, 29-37.
- Schmidt-Petri, C. und F. Himpsl 2012: „Zellfrei, gefriergetrocknet - Knochenmehl, Haut, Achillessehnen: Was geschieht eigentlich mit Gewebespenden?“, *Süddeutsche Zeitung*, Feuilleton, 31.5.2012, S. 19.

- Schmidt-Petri, C. 2012: „Der mutmaßliche Wille im deutschen Transplantationsgesetz“, in *Ethics-Society-Politics*, Martin G. Weiss und Hajo Greif (Hg.), Kirchberg/Wechsel: ALWS, 300ff.
- Schmidt-Petri, C. 2013: „Mandatory Autopsies, Organ Confiscations and the Definition of Death“, Manuskript, Universität Regensburg.
- Steinbock, B. und Norcross A. (Hrg.) 1994: *Killing and Letting Die*, Cambridge, Cambridge University Press
- Statistisches Bundesamt 2012a: *Finanzen und Steuern. Erbschaft- und Schenkungssteuer*, Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt 2012b: *Gesundheit. Todesursachen in Deutschland*, Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Stoecker, R. 2010: *Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation. Studienausgabe*. Freiburg/München: Alber.