"Und wenn sie nicht gestorben sind, ..."

Ein Beitrag zur Hirntod-Diskussion

von Erny Gillen und Frank Jacob

1. Zur Einleitung: der historische Rahmen

Wenn ein sogenannt hirntoter Körper fähig ist, ein Kind auszutragen¹ und "lebensfrische"² Organe zu spenden, dann ist er nach allgemeiner Auffassung bzw. nach dem sogenannten "gesunden Menschenverstand" wohl noch nicht "richtig" tot, so daß man ihn auch schon begraben könnte³. Solche und ähnliche Formulierungen zeigen, daß neue Unsicherheit in die Akzeptanz der Feststellung des Todes eines Menschen gekommen ist⁴. Ziel dieses Beitrages soll es sein, aufgrund der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion zum Hirntod des Menschen zu einer der Wirklichkeit möglichst entsprechenden ethischen Problemskizze zu gelangen.

Äußeren Anlaß zur aktuellen Debatte in Deutschland bot die sog. Erlanger Affaire⁵, die öffentlich kontrovers diskutiert wurde⁶. Den Hintergrund bilden jedoch die Frage nach der Organtransplantation und die entsprechenden Bemühungen um ein Transplantationsgesetz⁷.

¹ Am 5. Oktober 1992 wurde die neunzehnjährige Marion Ploch mit einer schweren Schädel-Hirn-Verletzung in die Erlanger Universitätsklinik eingeliefert. Drei Tage später wurde sie aufgrund einer "Hirntod" Diagnose für "tot" erklärt. Als sich herausstellte, daß Marion Ploch schwanger war, wurde eine fünfmonatige Intensivbehandlung der "Toten" bis zur Geburt des Kindes beschlossen. Der Behandlungsversuch wurde nach acht Wochen aufgrund eines Spontanabortes abgebrochen.

² So ein häufig verwendeter Begriff der Transplantationsmedizin; Helmut Thielicke prägte den Begriff von "vitalkonservierten" Organen.

³ Den angedeuteten Widerspruch bringt Hans Jonas als erklärter Gegner der Hirntod-Hypothese in einem Brief an Hans-Bernhard Wuermeling (der eine maßgebliche Rolle im Erlanger Entscheidungsfindungsprozeß gespielt hat) sehr drastisch zum Ausdruck, wenn er schreibt: "Daß es ein "Leichnam" sein soll, der da Fieber entwickelt, wenn einem darin eingeschlossenen Organismus etwas schiefeht, und daß es der Uterus einer "Toten" sei, der dann die Kontraktionen vollführt, die das nun tote Kind ausstoßen - das ist doch offenbar verbaler Unfug, ein semantischer Willkürakt im Dienste eines äußeren Zweckes. Der spontan abortierende Leib gab rückläufig und endgültig jenem Anschein des rosig durchbluteten warmen Leibes recht, den die gelehrten Herren uns archaischen Laien für trügerisch erklärten" Hans Jonas, Brief vom November und Dezember 1992 an Hans-Bernhard Wuermeling, in: Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium, hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt, Reinbeck bei Hamburg 1994, 23.

⁴ Siehe zur Information über den Hirntod in dieser Zeitschrift vom Januar '95 den Artikel von Professor Heinz Angstwurm, Die neue Diskussion um den Hirntod, 37-40. In der Publikation 'Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium', hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt, Reinbeck bei Hamburg 1994, 39-50, vertritt er unter dem Titel "Der vollständige und endgültige Hirnausfall (Hirntod) als sicheres Todeszeichen des Menschen" den Standpunkt der Befürworter des Hirntodkonzeptes. Siehe Anmerkung 18.

⁵ siehe Anmerkung 1.

⁶ Vgl. etwa die verschiedenen Artikel von Hoff und in der Schmitt in "die Zeit", Nr. 47, vom 13. November 1992 und Nr. 7, vom 12. Februar 1993 oder von Wuermeling in "Die Frankfurter Allgemeine Zeitung" vom 17. Oktober 1992.

⁷ Die Textentwürfe zu einem Transplantationsgesetz in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen sowie der Mustergesetzesentwurf, den die Gesundheitsministerkonferenz der

Bei näherem Hinsehen zeigt sich allerdings, daß die Debatte und die Argumente um den Hirntod so alt sind, wie das Aufkommen des Hirntodes als Todeskriterium im Bereich des Abbrechens intensivmedizinischer Anstrengungen wie auch der Entnahme von Organen zur Transplantation.

Sehr prägnant formuliert Solange Grosbuis das Konzept und die Geschichte vom Hirntod, wenn sie schreibt: "Der Hirntod wurde bei der XXIII. internationalen neurologischen Versammlung 1959 von P. Mollaret und M. Goulon unter dem Namen 'coma dépassé' beschrieben, und dies ausgehend von 23 seit 1954 zusammengetragenen Beobachtungen, also seit den Anfängen der 'réanimation respiratoire' (künstliche Beatmung) im 'Hôpital Claude Bernard'⁸. Ebenfalls im Jahre 1959 publiziert haben P. Wertheimer und seine Mitarbeiter über den Tod des Nervensystems bei Komapatienten mit Atmungsinsuffizienz, die künstlich beatmet werden⁹. Die ersten Arbeiten zu diesem Thema in englischer Sprache sind später erschienen und gehen auf das Jahr 1968 (Harvard-Kommission)¹⁰ zurück. Es ist wichtig hervorzuheben, daß die Beschreibung des Hirntodes bedeutend früher ist als das Datum der ersten Entnahme von Organen zum Zweck einer Transplantation und daß die Beschreibung des Hirntodes therapeutischen Anwendungen vorausging"¹¹. In der Tat waren es auf dem Gebiet der Intensivmedizin und der Organtransplantation vor allem französische Forscher und Mediziner, die den Weg in den fünfziger und sechziger Jahren zeigten. Diese Tatsache und der mit ihr gegebene Kontext werden bei den Diskussionen um den Hirntod manchmal zu Ungunsten einer geschichtlich richtigen Darstellung übersehen, auch wenn es zutrifft, daß wirkungsgeschichtlich vor allem der Definition des "Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death" (Harvard Kommission) das Verdienst zukommt, die Diskussion gesellschaftspolitisch bestimmt zu haben.

Als die sogenannte Harvard Kommission ihre Definition vom Hirntod im Jahre 1968 bekannt gab, hat der weltbekannte Philosoph Hans Jonas bereits vehement im Namen des Prinzips Verantwortung gegen diese Definition Protest erhoben¹². Anfang 1971 publizierte die renommierte Wissenschaftszeitschrift "Science" eine kontroverse Diskussion zu dieser Problematik¹³. Dennoch hat sich die Praxis, medizinische Entscheidungen aufgrund des Hirntod-Kriteriums zu fällen, bis heute weitgehend durchgesetzt. In Frankreich ist der Hirntod als Todeskriterium seit 1968 durch ministeriellen Beschluß¹⁴ offiziell anerkannt. Nach der

Länder im Herbst 1992 beschlossen hat, sind "in ihrem Grundbestand von einem Gesetzesvorschlag abgeschrieben, den die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Transplantationszentren und die Deutsche Stiftung Organtransplantation im Dezember 1990 vorgelegt (...) haben", Hans Grewel, Gesellschaftliche und ethische Implikationen der Hirntodkonzeption, in: Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium, hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitzen, Reinbeck bei Hamburg 1994, 332-349, hier: 347.

⁸ P. Mollaret; M., Goulon, Le coma dépassé, in: Rev. Neurol., 1959, 101, 3-15.

⁹ P., Wertheimer; M., Jouvét; J., Descrotes, A propos du diagnostic de la mort du système nerveux dans les comas avec insuffisance respiratoire traités par respiration artificielle, in: Presse Méd., 1959, 67, 87-88.

¹⁰ Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School, A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, in: JAMA, 1968, 205, 337-340.

¹¹ Solange Grosbuis, Mort cérébrale et relations avec les familles, in: Médecine de l'homme 210(1994)23-26, hier: 23.

¹² "Gegen den Strom" lautete der 1970 veröffentlichte Artikel, der 1985 wiederabgedruckt wurde unter dem Titel: Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, in: Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt/M 1985, 219-239.

¹³ Robert S., Morison, Death: Process or Event?, in: Science 173(1971)694-698; Leon R., Kass, Death as an Event: A Commentary on Robert Morison. Attempts to blur the distinction between a man alive and a man dead are both unsound and dangerous, in: Science 173(1971)698-702.

¹⁴ Circulaire Jeanneney, nr. 67 vom 24.04.1968.

Entscheidung der "President's Commission"¹⁵ im Jahre 1981 hat sich auch die Bundesärztekammer 1982 für das Konzept des Hirntodes entschieden: "Mit dem Organtod des Gehirns sind die für jedes personale menschliche Leben unabdingbaren Voraussetzungen, ebenso aber auch alle für das eigenständige körperliche Leben erforderlichen Steuerungsvorgänge des Gehirns endgültig erloschen. Die Feststellung des Hirntodes bedeutet damit die Feststellung des Todes des Menschen"¹⁶. Der Vorschlag der Harvard-Kommission war ein voller Erfolg. Er setzte sich in den USA schnell durch und wurde innerhalb weniger Jahre von den medizinischen Standesorganisationen der meisten Industriestaaten übernommen, wenn auch nicht gleichermaßen von allen Ländern. So stieß die Definition etwa in den skandinavischen Ländern und Japan auf Widerstand.

Sogar die beiden Großkirchen haben sich überraschend leichtsinnig der allgemeinen Tendenz 1990 mit ihrer gemeinsamen Erklärung zur Organtransplantation angeschlossen und im Hinblick auf den Hirntod festgehalten: "Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgend etwas entscheiden. Nach dem Hirntod fehlt dem Menschen zugleich die integrierende Tätigkeit des Gehirns für die Lebensfähigkeit des Organismus: Die Steuerung aller anderer Organe und die Zusammenfassung ihrer Tätigkeit zur übergeordneten Einheit des selbständigen Lebewesens, das mehr und etwas qualitativ anderes ist als die bloße Summe seiner Teile"¹⁷.

2. Zur Kritik am Hirntod-Konzept

Gegen die Selbstverständlichkeit, mit der diese Definition und das damit verbundene Todesverständnis sich - interessanterweise ohne große öffentliche Debatte - durchgesetzt haben, erheben in Deutschland im Gefolge von Hans Jonas besonders Johannes Hoff und Jürgen in der Schmitt ein Einspruch¹⁸. Dabei vertreten sie die Theorie, daß der Mensch erst

¹⁵ Diese zur Klärung der seit dem Bericht der Harvard-Kommission geführten Diskussionen um den Hirntod eingesetzte Kommission kam 1981 zu einer Definition des Hirntodes, bei der sowohl der Verlust aller spezifischen Bewußtseinsleistungen als auch der Verlust der Regulation und Integration der körperlichen Funktionen erfüllt sein müssen. Damit ist das definiert was später "Ganz-Hirntod" (im Gegensatz zu Teil-Hirntod) genannt wird. President's Commission for the Study of Ethical Problems, Guidelines for the determination of death. Report of the Medical Consultants on the Diagnosis of Death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, in: JAMA, 1981, 246, 2184-2186; Defining Death: a report on the medical, legal and ethical issues in the determination of Death, Washington DC, 1981.

¹⁶ Bundesärztekammer, Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes, in: Deutsches Ärzteblatt, 14(1982)45-55; Damit steht die Grundposition fest, die aber immer wieder Mal aufgegriffen wurde, so z.B.: Bundesärztekammer, Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktionen ("Hirntod") als sicheres Todeszeichen, in: Deutsches Ärzteblatt 90(1993)B-2177-2179.

¹⁷ Organtransplantation. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (Gemeinsame Texte, 1), Bonn/Hannover 1990, Nr. 18. Vgl. hierzu die Kritik von Klaus-Peter Jörns, Organtransplantation: eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung. Zugleich eine Kritik der Schrift der Kirchen 'Organtransplantation', in: Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium, hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt, Reinbeck bei Hamburg 1994, 350-384

¹⁸ Siehe ihre informative Publikation "Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium, hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt, Reinbeck bei Hamburg 1994", in der mit ihnen neben einigen Befürwortern des Hirntod-Kriteriums vor allem aber Kritiker des Hirntod-Konzepts zu Wort kommen. "Der Leser erhält mit diesem Buch

dann erfahrungsgemäß, also "wirklich" tot sei, "wenn der Herzstillstand definitiv geworden ist und jeder Rückgriff auf eine Wiederbelebung auszuschließen ist"¹⁹. Alle vorherigen Stadien des Absterbens eines Menschen sind dementsprechend Etappen eines sterbenden (also noch lebenden) Menschen und eben nicht bereits eines Toten. "Gewiß wird ein hirntoter Mensch nie mehr selbständig leben können. Aber er ist noch nicht zu Ende gestorben, hat sein Sterben noch nicht vollendet. Insofern markiert der Gehirn-"Tod" die Grenze, an der spätestens die Ärzte einen sterbenden Menschen seinem Sterben, in dem er durch den Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen aufgehalten worden ist, überlassen müssen, weil für weitere Eingriffe in dieses Sterben keine Indikation vorliegt"²⁰. Während das Sterben als ein kontinuierlicher bzw. diskontinuierlicher Prozeß des ab- und ausklingenden Lebens verstanden wird, wird der Tod als endgültige Linie zwischen Leben und Tod verstanden. Hinsichtlich der Organtransplantation heißt das, "daß die Organe einem sterbenden und nicht schon einem toten Organismus entnommen werden. Sie werden aber keinesfalls einem Sterbenden im Sinne einer sterbender Person entnommen, sondern mit Blick auf die Person eines oder einer Toten"²¹.

Wie bereits dargelegt, verlegen andere Autoren demgegenüber die letzte Phase des menschlichen Ablebens hinter die Todesgrenze²². Um das letzte Ableben des hirntoten Menschen dann aber noch beschreiben zu können, sprechen sie nun vom Tod selber als von einem Prozeß²³. Betrachtet man den sachlichen Streit, ob der Tod oder lediglich das Sterben des Menschen als Prozeß gedeutet werden darf, über Fragen der Rhetorik hinaus, als den tatsächlichen Kernpunkt der Debatte, dann muß man zum Schluß kommen: Der genaue Zeitpunkt des Todes eines Menschen ist noch in der Diskussion.

Da es in diesem kurzen Beitrag nicht darum gehen kann, die wissenschaftliche Debatte noch einmal aufzurollen oder gar zu bewerten, wird als Konsequenz aus der hier nur schemenhaft umrissenen Diskussion festgehalten: es gibt zur Zeit drei Positionen, die alle drei mit Argumenten vertreten werden, nämlich die Position des Ganz-Hirntodes, die des Teilhirntodes und die des Herz-Kreislaufstillstandes.

Während man unter Ganz-Hirntod versteht, daß sowohl die Gehirnrinde, also der Neo-Cortex, wie auch das Stammhirn funktionsunfähig sind, wird beim Teilhirntod gesagt, daß die für den Menschen typischste Fähigkeit zum Personsein, nämlich sein (Selbst-)Bewußtsein, mit dem definitiven Absterben der Gehirnrinde (Null-linien EEG) erlischt und er damit als Person aufhört zu leben. Die Gegner des (Ganz- oder Teil-) Hirntodes wenden ein, daß allein die Tatsache, daß man auf zwei sehr verschiedenen Ebenen argumentieren muß um zu überzeugen, bereits die Inkonsistenz der Hirntod-Position offenlegt. Entweder ist der Mensch tot, wenn er mit dem Funktionsverlust des Gehirnstamms definitiv die Fähigkeit verliert, seinen Organismus als ganzen systematisch zu steuern; oder er ist tot, wenn die Gehirnrinde als angeblicher Sitz des Bewußtseins funktionsunfähig geworden ist. Als mit den neurologischen Erkenntnissen wissenschaftlich unvereinbar werden die Lokalisierung des Bewußtseins sowie der Steuerung

Gelegenheit, auch diejenigen Argumente aus erster Hand kennenzulernen, mit denen das geltende "Hirntod"-Kriterium begründet wird. Der Schwerpunkt der Beiträge liegt aber auf der Kritik dieses Konzeptes" (S. 10).

¹⁹ So die berühmte Formulierung von P. Mollaret und M. Goulon, *Le coma dépassé*, in: *Rev. Neurol.*, 1959, 101, 3-15, zitiert nach Hoff/in der Schmitt, a.a.O., 224.

²⁰ Hans Grewel, *Gesellschaftliche und ethische Implikationen der Hirntodkonzeption*, in: *Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium*, hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt, Reinbeck bei Hamburg 1994, 332-349, hier: 337.

²¹ Klaus Steigleder, *Die Unterscheidung zwischen dem "Tod der Person" und dem "Tod des Organismus" und ihre Relevanz für die Frage nach dem Tod eines Menschen*, in: *Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium*, hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt, Reinbeck bei Hamburg 1994, 95-118, hier: 107.

²² So etwa die President's Commission und die Bundesärztekammer.

²³ So die Schlußfolgerung von Amir Halevy und Baruch Brody, *Brain Death: Reconciling Definitions, Criteria, and Tests*, in: *Annals of Internal Medicine*, 119(1993)519-525, hier: 524.

des organischen und bio-chemo-physischen Systems Mensch in einem klar lokalisierbaren Gehirnteil (Gehirn-Rinde bzw. Stamm) zurückgewiesen. Einigen Autoren scheint das Noch-Funktionieren verschiedener neuro-endokriner Regulationsmechanismen, wie sie manchmal bei Hirntoten biochemisch nachweisbar sind, ein zusätzliches Argument gegen die undifferenzierte Gleichung zu sein "Tod sei gleich Hirntod" .

Damit bleibt dann nur noch die strenge Position des Herz-Kreislaufzusammenbruchs als akzeptables Todeskriterium übrig. Gemeint ist hier der Zustand eines Menschen, der nicht mehr auf intensivmedizinische Maßnahmen anspricht.

Hinter diesen drei Positionen stehen verschiedene anthropologische Auffassungen vom Menschen. Ist er ein von einer Person bzw. Geist-Seele bewohnter Leib? Ist er eine untrennbare Geist-Seele-Leib-Einheit? Ist er ein zusammengesetztes funktionierendes komplexes System? Diese und ähnliche Fragen werden anders beantwortet, je nachdem für welche Todesdefinition man sich entscheiden wird.

3. Ethik und Hirntod - konkret

Für den Zweck einer ethischen Untersuchung mag es reichen festzustellen, daß die wissenschaftliche Diskussion um einen sogenannten Todeszeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist. Damit bewegen wir uns mit der Frage um ein Todeskriterium auf einem typisch ethischen Feld, nämlich dem Feld der Ungewißheit und der verantwortlichen Entscheidung. Die ethische Frage nach dem "Tod" ist eigentlich eine Frage nach dem Ende des Lebens und damit eine Frage nach dem "Leben" überhaupt. Und so undefinierbar wie das Leben, wegen dem Ethik überhaupt erst betrieben wird, ist auch der Tod. Da es zur Aufgabe der Ethik gehört, vernünftige Bedingungen für verantwortliche Entschlüsse zu schaffen, werden im Folgenden einige grundsätzliche Überlegungen zur Ethik überhaupt gemacht, um dann lediglich drei konkrete Probleme im Lichte dieses Ethikverständnisses zu beleuchten: den Umgang mit dem Leichnam eines Verstorbenen, den Abbruch intensiv-medizinischer Maßnahmen und die Organtransplantation.

Die betroffenen (und das heißt im Hinblick auf den Tod: alle) Menschen müssen wissen, daß beim Hirntod gut begründete Zweifel angeführt werden, die die Gleichung "der Hirntod ist der Tod des Menschen" in Frage stellen. "Tod" ist nicht "Tod". Oder: der klinisch Tote ist ein endgültig auf den Tod hin Sterbender, aber noch kein Verstorbener.

Zuerst gilt es festzustellen, daß das, was hier theoretisch recht beängstigend klingen mag, in der medizinischen Praxis nicht das häufigste oder überwiegendste Problem darstellt. Es zum eigentlichen Problem der Medizin schlechthin hochzustilisieren, wäre Zynismus. Dennoch handelt es sich um eine Grenzfrage, deren Relevanz nicht heruntergespielt werden darf. Denn: "Alles Interesse an Krankheit und Tod ist nur ein anderer Ausdruck für das Interesse am Leben" (Thomas Mann).

Angesichts der Unsicherheit eines eindeutigen Todeskriteriums müssen wir uns auf die Ambiguität der Situation eines endgültig auf den Tod hin sterbenden Menschen einlassen und ihr die nötige Toleranz entgegenbringen. So wie es ein Unterschied ist, ein Kind im Sommer oder im Winter zu fragen, ob es die richtigen Kleider angezogen habe, so muß man auch die Situationen, in denen die Frage "Wann ist der Mensch tot?" gestellt wird, typologisch unterscheiden. Jede Theorie beantwortet ja bekanntlich nur eine bestimmte Frage, und man versteht nach Ludwig Wittgenstein einen Satz oder ein Wort erst dann richtig, wenn man sich auf deren Gebrauch versteht. Aus dieser Denkstellung heraus können verschiedene Fragen gemeint sein, wenn jemand fragt: Ist dieser Mensch tot?

Amir Halevy und Baruch Brody unterscheiden drei Situationen und ordnen die drei Todeskriterien (Teil-, Ganz-Hirntod und Herzkreislaufzusammenbruch) je einer Situation als Antwort zu. Wenn der Leichenbestatter fragt, ob der Mensch tot sei und begraben werden könne, gilt als Todeskriterium sicherlich das des Kreislaufzusammenbruchs (Asystole). Wird die

Frage, ob der Mensch tot sei, im Interesse einer möglichen Organentnahme gestellt, so reicht es wenn die klinischen Tests zum Ergebnis kommen, daß das Gehirn des Menschen ganz aufgehört hat zu funktionieren. Wenn die Frage hingegen im Interesse eines einseitigen Abbruchs der intensiv-medizinischen Bemühungen gestellt wird, so würde Halevy und Brody zufolge bereits der irreversible Verlust der Fähigkeit zum (Selbst-) Bewußtsein, also ein sogenannter Teil-Hirntod, ausreichen, um die Frage affirmativ zu beantworten²⁴.

Ohne uns der Zuordnung von Todeskriterium und entsprechender Situation anzuschließen, anerkennen wir jedoch, daß die konkrete Fragestellung und -situation den Sinn der Frage "Wann ist der Mensch tot?" entscheidend verändern. Welche Konsequenzen dies für eine Ethik hat, soll nun noch eigens gezeigt werden.

3.1. Zum Umgang mit dem Leichnam

Der Umgang mit dem Leichnam eines Verstorbenen erfordert Respekt, weil er an den Menschen erinnert, der einmal gelebt hat. Die Forderung nach körperlicher Integrität gilt deswegen nach dem Tod genauso wie vorher. So wie der Mensch vor seinem Tod begrenzt über seinen Körper verfügen kann, so kann er seinen Willen gegenüber dem Umgang mit seinem Leichnam auch über den Tod hinaus geltend machen, wenn er diesen beispielsweise freigibt für die Forschung oder für die Einäscherung. Dies alles weist den Respekt auf, der auch noch einem menschlichen Leichnam gegenüber gefordert ist. Von einem Leichnam redet man umgangssprachlich denn auch nur bei einem Menschen, der kalt ist, Leichenstarre und eventuell bereits Totenflecke aufweist. Dieser kann begraben werden.

3.2. Zum Behandlungsabbruch

Was die Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs anbelangt, muß festgehalten werden, daß diese ethisch nicht notwendigerweise mit dem Hirntod gekoppelt ist. Wäre dies der Fall, hätten die behandelnden Ärzte es wiederum nur mit einer technischen, nicht aber mit einer ethischen Fragestellung zu tun. Es gibt gerade in katholischer Tradition ein Dokument der Glaubenskongregation, das in aller Deutlichkeit festhält, daß das Abstellen von intensivmedizinischen Bemühungen eine Frage der Abwägung im Hinblick auf die für den Patienten zu erwartenden Resultate ist²⁵. Eine solche Entscheidung kann aber bereits

²⁴ ebd., 523f.

²⁵ Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre "Zu einigen Fragen der Euthanasie", vom 5. Mai 1980. Dort heißt es prinzipiell: "Auf jeden Fall kann eine richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung *mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann*". Auf den speziellen Fall des Behandlungsabbruchs angewandt wird klargestellt: "Ebenso darf man die Anwendung (der Mittel, die der neueste medizinische Fortschritt zur Verfügung stellt; eg) abbrechen, wenn das Ergebnis die auf sie gesetzte Hoffnung nicht rechtfertigt. Bei dieser Entscheidung sind aber der berechtigte Wunsch des Kranken und seiner Angehörigen sowie das Urteil kompetenter Fachärzte zu berücksichtigen. Diese können mehr als andere eine vernünftige Abwägung vornehmen, ob dem Einsatz an Instrumenten und Personal die erwarteten Erfolge entsprechen und ob die angewandte Therapie dem Kranken nicht Schmerzen oder Beschwerden bringt, die in keinem Verhältnis stehen zu den Vorteilen, die sie ihm verschaffen kann." Vgl. zu diesem bemerkenswerten Dokument den Beitrag von Erny Gillen, Verzicht auf Diagnose und Therapie als Bestandteil einer guten und humanen Medizin?, hrsg v. Katholischen Krankenhausverband Deutschlands, Freiburg i.Br. 1992; oder in dieser Zeitschrift: ders., Der Verzicht auf Therapie. Bestandteil einer guten und humanen Medizin nach der Lehre der Kirche, in: Krankendienst 64(1991)190-193.

verantwortlich vor einer Hirntod-Diagnose getroffen werden; auf jeden Fall jedoch ist sie zu treffen, wenn eine solche Diagnose vorliegt, weil man sich dann ja jenseits der Grauzone befindet. So sehen es ebenfalls Johannes Hoff und Jürgen in der Schmitt in ihrer Kritik zum Hirntod. "Da die 'Hirntod'-Diagnose Sicherheit darüber gibt, daß überhaupt keine Aussicht auf Besserung mehr besteht, ist eine Fortsetzung der Behandlung nicht mehr gerechtfertigt, der Abbruch der künstlichen Beatmung daher ärztliche Pflicht"²⁶.

3.3. Zur Organspende

Angesichts der Frage, ab wann man explantieren darf oder nicht, muß gefragt werden, ob dies ethisch gesehen, den Tod des Menschen voraussetzt. Wenn der Tod nicht vorausgesetzt wird, muß die Entnahme lebenswichtiger Organe gleichgesetzt werden mit der Tötung eines wenn auch irreversibel sterbenden Menschen. Töten wird hier als beschreibendes und nicht als wertendes Wort gebraucht. Nach Johannes Hoff ist "die Für-tot-Erklärung von "Hirntoten" (...) nicht irgendein Gewaltakt. Sie ist das größte Unrecht, das man dem anderen zufügen kann: das totale Opfer, der totale Krieg gegen den anderen als anderen." Weiter: "Der Versuch aber, die Tötung eines Menschen für inexistent zu erklären, entspricht der Logik des 'perfekten Verbrechens' (J.F. Lyotard)"²⁷. Diese harten Worte, die im Ton an die Härte von Hans Jonas erinnern, zwingen uns, die Hirntod-Definition im Hinblick auf die Transplantation noch einmal genauer zu hinterfragen.

Weil es zutrifft, daß wir heute keine bessere Methode als die Ganz-Hirntod-Diagnose haben, und wir sicher sind, daß hirntote Menschen nicht mehr zu einem unabhängigen Leben zurückfinden werden, sondern irreversibel auf dem Weg zum definitiven Herz-Kreislaufstillstand sind, stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen eine eventuelle Explantation vorgenommen werden darf. Wer der Gefahr des ethischen Risikos ausweichen möchte, Transplantationen aber nicht prinzipiell als unzulässig ausschließt, der wird die Position von Jonas u.a. einnehmen und fordern, daß nur Organe bei Menschen entnommen werden dürfen, die eindeutig den Anblick einer Leiche haben. Dabei nehmen die Vertreter dieser Position in Kauf, daß die Qualität der entnommenen Organe gegenüber "lebensfrischen" Organen abnimmt.

Wenn man nun aber den Hirntod nicht zum Anlaß nimmt, um indirekt die Transplantationschirurgie ins Abseits zu manövrieren²⁸, sondern die Sinnhaftigkeit von Transplantationen akzeptiert, dann müssen auch die Bedingungen optimaler Transplantationen beim ethischen Abwägen mitberücksichtigt werden. Es scheint eindeutig zu sein, daß die "lebensfrische" Spende besonders bei lebenswichtigen Organen dem Optimum näher ist.

Wenn nun ein Mensch vor seinem Tod bewußt erklärt, er sei bereit, am Ende seines Lebens Organe zu spenden, dann gibt er damit seinen Körper zur Organentnahme frei. Es wird

²⁶ Johannes Hoff und Jürgen in der Schmitt, a.a.O., 190. Gerade bei den Ausführungen zum Abbruch der Behandlung bei Gehirn-Tod-Diagnose verstärkt sich noch einmal der Eindruck, es gehe bei der Hirntod-Diskussion weniger um den Hirntod als um die Transplantationsproblematik. Hier würde eine größere Transparenz gegenüber den leitenden Interessen wohl tun.

²⁷ Johannes Hoff, Von der Herrschaft über das Leben - Zur Kritik der medizinischen Vernunft, in: Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium, hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt, Reinbeck bei Hamburg 1994, 270-331, hier: 295.294.

²⁸ Genau diesen Eindruck gewinnt man zuweilen bei Johannes Hoff wenn er über die berechnete Kritik am Hirntod als Todeskriterium schlechthin nachdoppelt mit dem Argument der "permanenten Abstoßungsreaktion zwischen dem 'Empfängerorganismus' und dem implantierten Fremdorgan" (ebd., 307ff). Auch der Beitrag von Elisabeth Wellendorf, Der Zweck heiligt die Mittel? Erfahrung aus der Arbeit mit Organempfängern, in: Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium, hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt, Reinbeck bei Hamburg 1994, 385-396, scheint diesem Zweck zu dienen.

hier natürlich vorausgesetzt, daß der potentielle Spender im Sinne des "informed consent" über alle Aspekte inklusive der Hirntod-Problematik aufgeklärt ist. Ist er weiter bereit, seine Organe in bestmöglichem Zustand weiterzuschicken, dann wird er auch einverstanden sein, seine Organe dann zu spenden, wenn der Todes- bzw. Sterbeprozess irreversibel geworden ist. Und dies ist beim Ganz-Hirntod der Fall.

Worin man den Kritikern der Hirntod-Diskussion im Zusammenhang mit der Explantation unbedingt zustimmen muß, ist ihr Bestreben, aus einer technisch-automatischen Entscheidung eine freie ethisch-verantwortbare zu machen. "In keinem Fall ist es zu verantworten, der Schärfe des Konfliktes durch eine Manipulation des Todeskriteriums auszuweichen"²⁹. Eine ethische Güterabwägung, *kann* (nicht muß) aber auch - wie wir zu zeigen versuchten - zum Ergebnis kommen, daß eine Organspende am Endes des Lebens eines Menschen sinnvoll für ihn und für einen anderen Menschen sein *kann*. Solche Güterabwägungen, wie sie auch in kirchlichen Texten üblich sind, wenn es um ähnliche Fragen medizinischer Ethik geht (s.o. 3.2.), dürfen die einzelne Situation nicht überspringen. Um der Gefahr des Automatismus und somit einer technischen Entscheidung jenseits von Freiheit und Vernunft zu entgehen, kann von unserer ethischen Werte aus nur einer deutlichen, gesetzlich abgesicherten Zustimmungslösung das Wort geredet werden. Damit der Organspender auch weiterhin Spender bleibe und nicht zur Organbank degradiert wird; damit "die Lebensspende (...) kein Todesgeschenk, sondern eine Lebensgabe" und damit eine Liebesgabe bleibe³⁰.

4. Abschluß

Die Ethik hat hier Widerstand zu leisten gegen jede Form der Vereinfachung oder Auflösung ethischer Konflikte. Unsere Verantwortung wird nicht an der Komplexität der Frage oder der Situation scheitern, sondern daran, daß wir aufgrund falscher Prämissen arbeiten. "Die Wahrheit nämlich ist dem Menschen zumutbar." (Ingeborg Bachmann³¹. Leben und Tod als zwei nicht voneinander trennbare Phänomene des menschlichen "Da-Seins" gehören zusammen und sind immer wieder wahrheitsgemäß nach ethischen Gesichtspunkten zu gestalten. Bei dieser Gestaltungsaufgabe wird der Mensch notwendigerweise auf operationelle Definitionen und Kriterien - und seien sie noch so provisorisch - zurückgreifen müssen, um sich selber zu verstehen und sich verantwortlich in die Zukunft hinein zu wagen³².

(Erny Gillen und Frank Jacob

Valbella-Brüssel; Luxemburg-Esch, am 3./8./9. und 13. Januar 1995)

²⁹ Schlußsatz der Abhandlung von Johannes Hoff und Jürgen in der Schmitt, a.a.O., 229.

³⁰ Klaus-Peter Jörns, Organtransplantation: eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung. Zugleich eine Kritik der Schrift der Kirchen 'Organtransplantation', in: Wann ist der Mensch tot?, Organverpflanzung und Hirntodkriterium, hrsg. von Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt, Reinbeck bei Hamburg 1994, 350-384, hier: 377.

³¹ Rede anlässlich der Verleihung des Hörspielpreises der Kriegsblinden (1959).

³² EG und FJ sind seit ihrer luxemburger Schul- und Pfadfinderzeit miteinander befreundet. EG hat Theologie und Bio-ethik studiert; er arbeitet als Caritasdirektor in Luxemburg und unterrichtet in theologischer und medizinischer Ethik. FJ hat nach anfänglichem Liebaugeln mit der Molekularbiologie Medizin studiert und arbeitet als Onkologe. Dieser Beitrag resultiert aus ihrer Freundschaft und ihrem gemeinsamen Interesse auf dem Gebiet der Bioethik. Kritisch konstruktive Bemerkungen würden sie interessieren und können gerne gerichtet werden an: EG, 52, rue Jules Wilhelm, L-2728 Luxembourg.

characters: 32127