

Wer oder was ist tot beim Hirntod? Der Hirntod in ethischer Perspektive

Von Alfred Sonnenfeld, Bonn

Der momentane Eintritt des Todes läßt sich naturwissenschaftlich nicht nachweisen. Der Arzt kann nicht sagen: »In diesem Moment tritt der Tod ein«, wohl aber: »Der Tod ist bereits eingetreten«. Was ist also der Tod und wer ist tot? Den Tod in seiner existentiellen Dimension zu definieren, fällt der Philosophie zu; den Tod als bereits eingetretenen Ist-Zustand festzustellen, obliegt der Medizin. Arzt und Philosoph meinen zwei verschiedene Dinge, wenn sie vom Tod sprechen. Beide Gesichtspunkte widersprechen sich nicht; sie ergänzen sich.

Die Medizin soll den Todes-Ist-Zustand durch verschiedene Kriterien belegen. Der Nachweis der Irreversibilität, d. h. des definitiven Funktionsausfalls des Gesamthirns, spielt hier eine entscheidende Rolle. Doch scheinen deren Kriterien des öfteren nicht ganz zuverlässig gewesen zu sein, denn das Phänomen »Scheintod« hat immer wieder die Gemüter erhitzt¹.

Im Laufe der Medizingeschichte hat sich die Zeitspanne zwischen der Feststellung des Todes und dem tatsächlichen Augenblick des Todeseintritts enorm verringert. Die Grauzone zwischen Leben und Tod ist enger geworden. Die Intensivmedizin und die Organtransplantationen haben dazu beigetragen. Eine neue Frage mußte gelöst werden: Wann kann die Intensivbehandlung abgebrochen werden? Auch erforderte die Möglichkeit der Organtransplantationen eine präzise und zugleich »frische«, d.h. möglichst nahe an den ersten »post-mortem-Augenblick« heranreichende Todeszeitbestimmung.

Die neuen Todes-Kriterien legen den Hauptakzent auf das Gehirn. Zwei lebenswichtige Funktionen, Atmung und Kreislauf, können durch die moderne Medizin ersetzt werden. In der Intensivmedizin sind diese beiden Kriterien daher nicht mehr entscheidend für die Feststellung des Todes. Der Hirntod gilt als »der vollständige und irreversible Zusammenbruch der Gesamtfunktion des Gehirns bei noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion im übrigen Körper«².

¹ Zweifel über den Todeszeitpunkt führten dazu, daß man in den medizinischen Lehrbüchern über lange Zeit zwischen den sicheren und den unsicheren Todeszeichen unterschied. Der Begriff des Scheintodes ist definitorisch an der Grenze von *Vita reducta* und klinischem Tod anzusiedeln und hat heute mehr historisch-literarische als praktische Bedeutung: Es handelt sich in derartigen Fällen um ärztliche Fehldiagnosen, indem - hauptsächlich bei Schlafmittelvergiftungen und Unterkühlung - aufgrund unsicherer Todeszeichen eine Todesbescheinigung ausgestellt wurde. Vgl.: S. Berg, Feststellung des Todes, in: *Akute Notfälle*, hrsg. von H. Burchardi (Stuttgart, New York 1988) S. 57f.

² Bundesärztekammer: Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes, in: *Deutsches Ärzteblatt* 79 (1982) S. 45-55.

Historische Entwicklung

Bei der Definition des Hirntodes geht es um eine Beschreibung neuer Kriterien für die Feststellung des Todes. Bereits 1902 wird in der neurologischen Literatur ein dem Begriff des Hirntodes ähnlicher Zustand beschrieben. H. Cushing schildert den Fall eines Patienten mit einem wachsenden intrakraniellen Tumor, bei dem die Spontanatmung aufgehört hat, die Herztätigkeit jedoch dank der artifiziellen respiratorischen Hilfeleistung 23 Stunden lang aufrechterhalten werden kann³.

Der Begriff des Hirntodes kommt erstmals 1959 in Frankreich auf. Mollaret und Goulon sprechen vom »coma dépassé«, was soviel wie ein Zustand jenseits des Koma bedeutet. Jedoch gibt das Wort »Koma« in diesem Zusammenhang Anlaß zu Fehlinterpretationen. Denn einerseits will er den Namen eines (komatösen) Zustandes beibehalten, andererseits aber etwas aufheben, was diesen Zustand kennzeichnet: die spontane Aufrechterhaltung der vegetativen Funktionen⁴. Dieser Zustand wird 1963 von Kramer als »status deanimatus« beschrieben⁵. Der englische Ausdruck »brain death« wird erstmals 1964 von Hamlin gebraucht⁶. Im deutschen Sprachraum wird der Begriff »Hirntod« von Spann u.a. 1967 erstmalig verwendet⁷.

Käufer und Penin⁸ führen 1968 den Begriff des dissoziierten Todes ein, womit das Absterben des Gehirns vor dem Absterben der anderen Organe gemeint ist. Damit soll der irreversible Stillstand der Gehirntätigkeit bei evtl. noch erhaltener Herztätigkeit dokumentiert werden. Der dissoziierte Hirntod soll »sicher und ohne Irrtum« zu erkennen sein. »Nur wenn wir mit Sicherheit sagen können, daß der Zustand irreversibel ist und trotz aller Bemühungen mit einem Kreislaufstillstand endet, sind wir berechtigt, eine Todeserklärung bei schlagendem Herzen auszusprechen bzw. die Reanimationsbemühungen abubrechen«⁹. »Hierbei fällt der Elektroenzephalographie eine entscheidende Bedeutung zu«¹⁰.

Einige Monate später, im August 1968, wird vom »Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death« das

³ Vgl.: H. Cushing, Some experimental and clinical observations concerning states of increased intracranial tension, in: American Journal of Medical Sciences 124 (1902) S. 375-400, zitiert nach P. Mc. Black, Brain Death, in: The New England Journal of Medicine 299 (1978) S. 393-400.

⁴ Vgl.: P. Mollaret, M. Goulon, Le coma dépassé, in: Revue Neurologique 101 (1959) S. 3-15.

⁵ Vgl.: W. Kramer, From reanimation to deanimation, in: Acta neurologica scandinavica 39 (1963) S. 139-153.

⁶ Vgl.: H. Hamlin, Life or death by EEG, in: Journal of the American Medical Association 190 (1964) S. 112.

⁷ Vgl.: W. Spann u. a., Tod und elektrische Stille im EEG, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 109 (1967) S. 2161-2167.

⁸ Vgl.: C. Käufer, H. Penin, Todeszeitbestimmung beim dissoziierten Hirntod, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 93 (1968) S. 679-684. Schuster bezeichnet den dissoziierten Hirntod als Totalnekrose des Gehirns bei zunächst erhaltener Kreislauffunktion. Vgl.: H. P. Schuster, Notfallmedizin (Stuttgart 1989) S. 4.

⁹ C. Käufer, H. Penin, a.a.O. S. 680.

¹⁰ Ebda. S. 684.

irreversible Koma, gleichbedeutend mit dem Hirntod, durch folgende Eigenschaften charakterisiert¹¹:

1. Bewußtlosigkeit
2. Ausfall der Spontanatmung
3. Reflexlosigkeit
4. Nulllinien-EEG¹²

Diese Definition, die den Tod der Person mit dem Gehirntod gleichsetzt, wurde über mehrere Jahre von »allen medizinischen Fachgesellschaften akzeptiert und von nichtmedizinischer Seite angenommen«¹³. Allerdings veröffentlichte bereits einen Monat nach Erscheinen dieses berühmt gewordenen Berichtes Hans Jonas eine Stellungnahme¹⁴. Seine Hauptkritik richtete sich gegen die pragmatische Umdefinierung des Todes als irreversibles Koma, die es fortan ermöglichen sollte, »die Lungenmaschine abzustellen« und den Zeitpunkt der Toterklärung so vorzulegen, daß der Körper für Transplantationszwecke am Leben erhalten werden könne. Dieser Tatbestand sei früher als Vivisektion verstanden worden. Für Jonas steht fest: Ein Hirntoter ist ein Sterbender, aber kein Toter. Wenn das Gehirn tot sei, dann hätten wir »einen 'Organismus als ganzen', minus Gehirn, der in einem Zustand partiellen Lebens erhalten wird, solange die Lungenmaschine und andere Hilfsmittel am Werke sind«¹⁵. Und hier sei die Frage nicht: Ist der Patient gestorben? sondern: Was soll mit ihm - immer noch ein Patient - geschehen?

Es ist das Verdienst von Hans Jonas, auf die Gefahr der transplantationsorientierten Identifizierung von irreversiblen Koma und Tod hingewiesen zu haben. Tatsächlich ist das Hauptanliegen des Harvard-Gutachtens: »to define irreversible coma as a new criterion for death«¹⁶, problematisch. Denn einerseits wird der komatöse Patient kraft Definition als Leiche deklariert, und zweitens wird der Tod in enger Verbindung mit dem Transplantationsinteresse gesehen¹⁷. Heute gilt das Harvard-Gutach-

¹¹ H. K. Beecher, A definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death, in: Journal of the American Medical Association 205 (1968) S. 337-340.

¹² Das isoelektrische EEG erhält hier ebenfalls einen hohen bestätigenden Wert. Der Bericht sieht zwei Vorbedingungen vor: Ausschluß von Unterkühlung und von Schlafmittelvergiftungen.

¹³ Vgl.: F. Zastrow u. a., Voraussetzungen und Vorgehen bei der Nierenspende, in: Deutsches Ärzteblatt 39 (1980) S. 2291.

¹⁴ Vgl.: H. Jonas, Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, in: Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung (Frankfurt am Main 1985) S. 219-241.

¹⁵ Vgl. Ebda. S. 229.

¹⁶ H. K. Beecher, a.a. O. S. 337.

¹⁷ Jonas bestätigt diese Vermutung durch ein Zitat von Beecher: »die Gesellschaft könne es sich schlecht leisten, die Gewebe und Organe unheilbar bewußtloser Patienten »wegzuwerfen« (discard), da diese dringend für Studium und Versuche benötigt würden, um andere, sonst hoffnungslos Kranke damit retten zu können...die sich entspannende Debatte seitens meiner kundigen Herausforderer (die bald meine persönlichen Freunde wurden) ließ keinen Zweifel daran, »wo« das Interesse des Chirurgen an der Definition liegt«. Vgl.: H. Jonas, a.a.O. S. 225.

ten in den USA als überholt. Jonas Zukunftsvisionen können folgerichtig als »principiis obsta« gelten¹⁸.

Anfang der siebziger Jahre, dank der reichhaltigen Erfahrung zweier Neurochirurgen aus Minneapolis¹⁹, wurde das Augenmerk bei der Feststellung der Hirntodkriterien auf die Zerstörung des Hirnstammes gelenkt. Sie könne allein mit klinischen Kriterien belegt werden und sei unerlässlich, weil nur dann die Irreversibilität im Sterbeprozess mit Sicherheit diagnostiziert werden könne.

In den folgenden Jahren wurden die klinischen Kriterien überprüft. Atemstillstand und Ausfall der Hirnfunktionen und der Hirnstammreflexe wurden als maßgebliche Symptome festgelegt. Die Richtlinien der Conference of Royal Colleges and Faculties of the United Kingdom²⁰ schreiben dem Ausfall der Hirnstammreflexe eine besondere Bedeutung zu. Aber auch viele andere Bedingungen, Vor- und Nachbedingungen werden nach strengen klinischen Kriterien sorgfältig geprüft²¹. Nachteilig ist hier die Überakzentuierung des irreversiblen Ausfalls der Hirnstammfunktion, ohne daß der gleichzeitige Ausfall aller Funktionen des Gesamtgehirns vorausgesetzt wird²², insofern es zu einer selektiven Zerstörung des Hirnstammes kommen kann, etwa durch eine Blutung, einen Tumor oder ein Trauma, ohne daß dadurch die Großhirnhemisphären funktionsunfähig sind²³. Schwarz spricht in diesem Zusammenhang vom »isolierten Hirnstammtod«²⁴, der jedoch nicht mit dem Tod der Person gleichgestellt werden sollte.

Der »Report of the President's Commission on the Uniform Determination of Death Act« vom Juli 1981²⁵, sieht das Individuum als tot an, wenn es 1. zum irreversiblen Ausfall der Kreislauf- und Atmungsfunktionen und 2. zum irreversiblen Ausfall aller Funktionen des Gesamtgehirns, einschließlich Hirnstamm, gekommen ist. Die Feststellung müsse nach festgelegten medizinischen Kriterien erfolgen. Dieser

¹⁸ Auf die Dambruchgefahr haben seinerzeit auch andere Autoren hingewiesen. Vgl.: J. Gerlach, Individualtod - Partialtod - Vita reducta, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 16 (1968) S. 980-983; ders., Die Definition des Todes in ihrer heutigen Problematik für Medizin und Rechtslehre, in: Arztrecht 2 (1968) S. 83-86. Gerlach wehrt sich gegen neue Begriffe wie »Leiche mit Restfunktionen« oder »Vitalkonservierung einzelner Organe«. Für ihn bedeutet Individualtod der totale Tod, in dem alle lebenswichtigen Organe abgestorben sind; W. Schöllgen, Der »Lebende Leichnam« als juristisches Paradox, in: Arzt und Christ 15 (1969) S. 54-56.

¹⁹ Vgl.: A. Mohandas und S. N. Chou, Brain Death: A Clinical and Pathological Study, in: Journal of Neurosurgery 35 (1971) S. 211-218.

²⁰ Vgl.: Conference of Royal Colleges and Faculties of the United Kingdom, Diagnosis of Brain death, in: Lancet 2 (1976) S. 1069-1070.

²¹ Vgl.: Ch. A. Pallis, From Brain Death to Brain Stem Death in: British Medical Journal 285 (1982) S. 1487-1490. Dieser Autor hat dazu beigetragen, daß der Hirnstammtod in Großbritannien allgemein anerkannt wurde. Siehe auch ders., Defining Death, in: British Medical Journal 291 (1985) S. 666f.

²² Vgl.: Ch. A. Pallis, Guidelines for the determination of death, in: Neurology 33 (1983) S. 251.

²³ Vgl.: F. Plum und J. B. Posner, The Diagnosis of Stupor and Coma (Philadelphia 1980) S. 163.

²⁴ Vgl.: G. Schwarz, Dissoziierter Hirntod: computergestützte Verfahren in Diagnostik und Dokumentation (Berlin, Heidelberg, New York u.a. 1990) S.7.

²⁵ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and biomedical and Behavioral Research, Defining death: medical, legal, and ethical issues in the determination of death (Washington D. C. 1981) S. 2.

Bericht fand große Anerkennung. In den USA²⁶ wurde er auch als Aktualisierung des »Report of the Harvard Ad Hoc Committee«²⁷ verstanden.

Unterschiede ergaben sich in der Beobachtungsdauer, der möglichen Kombination verschiedener Zusatzuntersuchungen und dem Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes durch eine Angiographie²⁸. Hieraus resultierten abweichende Beurteilungskriterien. Im weiteren Verlauf wurden zunehmend juristische Bedenken gegen die Angiographie eingebracht²⁹.

1982 wurden vom wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer erstmals Kriterien zur Feststellung des Hirntodes erarbeitet. Der Hirntod kann festgestellt werden, wenn die hier beschriebenen Kriterien, auch ohne eine apparative Zusatzdiagnostik, nach primärer Hirnschädigung während mindestens 12 Stunden, nach sekundärer Hirnschädigung während 3 Tagen, bei Säuglingen und Kleinkindern in jedem Fall wenigstens während 24 Stunden festzustellen sind, wobei jeweils zwei Untersucher verantwortlich zeichnen müssen. Voraussetzung dabei ist ferner der

²⁶ Vgl.: W. Barclay, Guidelines for the Determination of Death, in: Journal of the American Medical Association 246 (1981) S. 2194.

²⁷ Vgl.: A. M. Capron, The Report of the President's Commission on the Uniform Determination of Death Act, in: Death: Beyond Whole-Brain Criteria, hrsg. von R. M. Zaner (Dordrecht, Boston, London, 1988) S. 148: »It has been influential in providing a single and generally accepted statement of the methods and procedures for determining death, updating the 1968 report of the Harvard Ad Hoc Committee«.

²⁸ Unter Angiographie versteht man die röntgenologische Gefäßdarstellung nach Injektion eines Kontrastmittels. Riishede und Ethelberg konnten 1953 als erste den Zirkulationsstillstand an den carotis internae aufgrund einer Blutung oder eines Tumors, die zu einer intrakraniellen Drucksteigerung führten, beweisen. Vgl.: J. Riishede und S. Ethelberg, Angiographic changes in sudden and severe herniation of the brain stem through tentorial incisure, in: Archives of Neurology and Psychiatry 70 (1953) S. 399-409. In den folgenden Jahren wurde der Kontrastmittelstopp in den hirnersorgenden Arterien von verschiedenen Autoren als maßgeblich für die Feststellung des Hirntodes angesehen. Vgl.: W. Tonniss und R. A. Frowein, Wie lange ist Wiederbelebung bei schweren Hirnverletzungen möglich?, in: Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin 66 (1963) S. 169-190; O. Heiskanen, Cerebral circulatory arrest caused by acute increase in intracranial pressure, in: Acta neurologica scandinavica 40 Suppl. 7 (1964) S. 1-57; B. Vlahovitch u.a., Les angiographies sous pression dans la mort du cerveau avec arret circulatoire encephalique, in: Neurochirurgie 16 (1971) S. 81-96; E. Bergquist und K. Bergstrom, Angiography in cerebral death, in: Acta radiologica 12 (1972) S. 283-288; P. B. Jörgensen, E. O. Jörgensen und A. Rosenklint, Brain death phogenesis and diagnosis, in: Acta neurologica scandinavica 49 (1973) S. 355-367. Während eines Symposiums 1972 in Schweden kam man zu der Schlußfolgerung, daß, wenn die klinischen Zeichen des Hirntodes nachgewiesen sind, eine cerebrale Angiographie zur Objektivierung des Todes erforderlich sei. Die Angiographie sei so durchzuführen, daß alle vier hirnersorgenden Arterien dargestellt sind. Ergibt die Angiographie bei geschlossener Schädeldecke einen vollständigen Kontrastmittelstopp an der Schädelbasis, gilt der Hirntod als erwiesen. Vgl.: D. H. Ingvar und L. Widen, Hjärdöd Sammanfattning av ett symposium, in: Läkartidningen 69 (1972) S. 3804-3814.

²⁹ Die Zerebraliangiographie kann zwar beweisen, daß das Gehirn nicht mehr durchblutet wird und deshalb der Patient tot ist, kann aber selber den Tod bewirken. Siehe vor allem B. König, Todesbegriff, Todesdiagnostik und Strafrecht. Zur Strafbarkeit todesdiagnostischer Maßnahmen, dargestellt am Beispiel der Zerebraliangiographie, in: Kieler Schriften zum Strafrecht 9 (1989) hrsg. von E. Samson und E. Horn. Die Autorin schreibt S. 83: »Nach allem ist stets die Gefahr gegeben, daß der behandelnde Arzt bei der Durchführung einer Angiographie am noch lebenden Patienten stets tatbestandlich eine Körperverletzung und deren Qualifikationen sowie, bei Todesfolge, einen Totschlag begeht«. Ihr Ergebnis lautet demzufolge S. 118: »Die Angiographie ist als todesdiagnostische Maßnahme anläßlich einer in Betracht kommenden Organtransplantation tatbestandsmäßig und durch keinerlei Rechtfertigungs- und Entschuldigungsgrund gedeckt. Der durchführende Arzt macht sich daher strafbar«.

Ausschluß von Intoxikationen, neuromuskulärer Blockade, primärer Unterkühlung, Kreislaufschock, endokrinem oder metabolischem Koma als mögliche Ursache oder wesentliche Mitursache des Ausfalls der Hirnfunktion im Untersuchungszeitraum³⁰. Diese Richtlinien wurden 1986 überarbeitet und die evozierten Potentiale als gleichwertige ergänzende Untersuchung eingeführt³¹. 1991 kam es zu einer zweiten Novellierung der Kriterien des Hirntodes³². Die wesentliche Änderung betrifft dieses Mal den apparativ-technischen Bereich. In Zukunft kann der Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes auch mit der nicht belastenden Dopplersonographie erfolgen. Nach wie vor kann der Eintritt des Hirntodes durch rein klinisch zu beobachtende Kriterien mit der notwendigen Sicherheit erkannt werden.

Der Hirntod: Ein oft fehlinterpretierter Zustand

Wenn der Zustand Hirntod³³ festgestellt wurde, hat dann das menschliche Leben aufgehört? Ist der ärztliche Heilauftrag damit beendet? Kann der Totenschein ausgestellt werden?

Als Arzt meine ich mit gutem Wissen und Gewissen Ja sagen zu können. Aber warum verschanzen wir uns hinter dem Wort Hirntod, statt den korrekten Ausdruck: Tod, zu gebrauchen?

Die Assimilierung der medizinischen Fachsprache scheint mit großen Verdauungsproblemen einherzugehen. Dies hat in eklatanter Weise der Fall Marion Ploch in der Uni-Klinik Erlangen bewiesen. Am 8. Oktober 1992 stellten die Ärzte den Hirntod der 18jährigen fest. Zu diesem Zeitpunkt hätten auch die Geräte abgeschaltet werden können, die Marions Körperfunktion aufrechterhielten. Der Hauptverantwortliche entschied anders: Dem Baby im Körper der jungen Frau – etwa im 4. Schwangerschaftsmonat – sollte eine Chance gegeben werden.

Ähnliche Fälle sind in der ärztlichen Literatur bereits beschrieben worden. Dillon u.a.³⁴ berichten über eine 24jährige schwangere Epileptikerin, die in der 23. Schwangerschaftswoche an einer Meningoenzephalitis erkrankte. Am 19. Tag nach stationärer Aufnahme wurde die Diagnose des Hirntodes gestellt. Zu diesem Zeit-

³⁰ Vgl.: Bundesärztekammer: Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes, in: Deutsches Ärzteblatt 79 (1982) S. 45-55.

³¹ Vgl.: Bundesärztekammer: Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes 83 (1986) S. 2940-2946; M. Stöhr u.a., Bedeutung der frühen akustisch evozierten Potentiale bei der Feststellung des Hirntodes, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 111 (1986) S. 1515-1519.

³² Vgl.: Bundesärztekammer: Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes, in: Deutsches Ärzteblatt 49 (1991) S. C-2417 - C-2422.

³³ Verstanden als Zerstörung des Gesamthirns, d.h. als irreversibler Verlust aller Funktionsfähigkeiten. Vgl.: P. A. Byrne, S. O'Reilly und P. M. Quay, Brain Death - An Opposing Viewpoint, in: Journal of the American Medical Association 242 (1979) S. 1985-1990.

³⁴ Vgl.: W. P. Dillon, R. V. Lee, M. D. Tronolone, Death During Pregnancy, in: Journal of the American Medical-Association 248 (1982) S. 1089.

punkt entschied man sich, die lebenserhaltenden Maßnahmen, vor allem die künstliche Beatmung, so lange fortzusetzen, bis die Kreislaufverhältnisse (im Gefolge des Hirnstammtodes) instabil wurden und damit eine Gefahr für das Kind eintreten würde. Am 24. Tag des stationären Aufenthalts der Mutter, am fünften Tag postmortem, wurde in der 26. Schwangerschaftswoche ein 930 gr. schweres Kind durch Kaiserschnitt entbunden. Das Kind wurde fünf Wochen lang beatmet und im Alter von drei Monaten mit einem Gewicht von 2.000 gr. von der Intensivstation entlassen.

Neu am Fall Marion Ploch ist das Eintreten des Hirntodes bereits zu Beginn des 2. Trimenons der Schwangerschaft. Viele empörten sich über die Entscheidung der Ärzte. Ihnen wurde vorgeworfen, den Körper der hirntoten Frau als Gebärmaschine zu mißbrauchen. Es war die Rede vom »würdelosen« Umgang mit der hirntoten Frau. Die ungeklärte Frage, wie das in der hirntoten Mutter heranwachsende Kind auf die psychische Leere reagiert, spielte eine große Rolle. Es wurde deutlich, daß sich die psychosomatische Gynäkologie hier auf einem noch sehr unsicherem Terrain bewegt.

Vermutlich ist dem verantwortlichen Arzt die Entscheidung nicht leicht gefallen. In der Regel lautet die ethische Frage: Wozu bin ich verpflichtet? Im Grenzfall lautet sie oft: Wozu bin ich legitimiert? Das ist ein großer Unterschied. Bei der Abwägung zwischen dem Abstellen der Technik, die die Aufrechterhaltung der Schwangerschaft gewährleistet, und der möglichen Lebensrettung des Kindes durch eine außergewöhnlich lange Aufrechterhaltung der Körperfunktionen der hirntoten Mutter hat er sich für das zweite entschieden. Er hätte sich auch anders entscheiden können, wenn er sein Handeln nicht als eine Hilfe, hier wohl für das Kind, wahrgenommen hätte. Beide Handlungsweisen sind legitim. Daher bestimmt letztlich das an objektiven Kriterien ethisch gebildete Gewissen das Handeln des Arztes³⁵.

Inmitten der vielfältigen Wortmeldungen zum Fall Marion Ploch fiel die Aufmerksamkeit besonders auf die hirntote Frau als Trägerin von Würde. Wer kann sich schon spontan mit dem Begriff des sogenannten »beating-heart cadaver«, einer Leiche mit schlagendem Herzen, anfreunden? Es ist niemandem zu verübeln, wenn er sich sträubt, Tod und Hirntod gleichzusetzen³⁶. Und doch wird der Hirntote zur Organentnahme freigegeben, auch wenn der Kreislauf noch aufrechterhalten bleibt. Was berechtigt uns dazu? Die Antwort der medizinischen Empirie ist unmißverständlich. Wenn die Todeskriterien festgestellt wurden, ist der Tod bereits eingetreten. Die Medizin belegt dies eindeutig mit der irreversiblen Zerstörung der Großhirn- und der Hirnstammfunktionen, während unter künstlicher Beatmung das Herz noch weiter schlagen kann. Ein Scheintodzustand und damit eine Reanimation sind nicht mehr möglich.

³⁵ Vgl.: A. Sonnenfeld, Selbstverwirklichung oder Selbstvernichtung?, in: Deutsches Ärzteblatt 19 (1990) S. A-1507-1515.

³⁶ So zeigt sich der amerikanische Theologe Barry verwundert über den erwähnten, von Dillion beschriebenen Fall. Vgl.: R. L. Barry, Discussion Article III: Ethics and Brain Death, in: The New Scholasticism 61 (1987) S. 84: »It is very difficult to believe a »dead« person could gestate a child for as long as she did«.

Neudefinierung des Todes?

Man könnte einwenden, die Medizin könne lediglich eine Teilansicht über den Tod vermitteln. Aber es ist dennoch eine reale Teilansicht, die durch den Zustand »ex post« gekennzeichnet ist. Die Medizin kann den Tod als bereits eingetretenes Ereignis feststellen. Der Tod wird damit von ihr nicht definiert, wohl aber beschrieben und damit dokumentiert. Todesfeststellung und Todesdefinition sind zwei verschiedene Dinge, die in Korrelation zueinander stehen.

»Todesdefinition« im medizinischen Sprachgebrauch meint bestimmte Kriterien, die den Tod konstatieren. Der zuweilen gebrauchte, verwirrende Ausdruck: »Neudefinierung des Todes«, bezieht sich auf neue, ggf. sicherere Kriterien, um fehlerlos den Zustand des »exitus letalis« zu dokumentieren. Damit ist nicht der Tod in seinem Wesen »per ärztlichen Beschluß« verändert worden. Der Tod bleibt immer derselbe, sowohl unter den klassischen als auch unter den neuen Kriterien. Insofern ist es irreführend, wenn einige Autoren³⁷ den Hirntod nur für bestimmte Ausnahmesituationen anerkennen wollen, nämlich wenn ein Gerät zu Reanimationszwecken abgeschaltet werden könne oder eine Organtransplantation bevorstehe. Ansonsten orientiere man sich weiterhin nach den klassischen Todeskriterien als Stillstand von Atmung und Kreislauf. Diese unterschiedliche Todesbeschreibung wäre sowohl für die ärztliche Praxis als auch für die Rechtswissenschaft ein unerträglicher Zustand, und hat auch in der Öffentlichkeit zu einer verständlichen Unruhe beigetragen³⁸.

Eine bestimmte Zeit lang vertrat man die Ansicht, lediglich die Verwesung könne mit Sicherheit den Toten vom Lebenden unterscheiden³⁹. Dies rührt einerseits daher, daß über lange Zeit eine panische Angst vor dem Lebendigbegrabenwerden herrschte⁴⁰. Andererseits war man der Meinung, der Tod sei nur durch die vollständige Zersetzung aller Bestandteile, Zellen oder Molekülen zu erkennen⁴¹.

Einige Vertreter dieser These, etwa der Pariser Pathologe Bichat, hatten allerdings bemerkt, daß eine Stunde nach der Enthauptung durch die Guillotine, das Herz des öftern weiter schlug. Dies führte ihn zu der Aussage, daß, »obwohl der Enthauptete nicht mehr lebte und damit seine Persönlichkeit verloren hatte, das Herz den-

³⁷ Nachweise bei B. König a.a.O. S.14.

³⁸ Ebda. S. 15.

³⁹ Vgl.: W. Tebb und E. P. Vollum, *Premature Burial and How It May Be Prevented, With Special Reference to Trance, Catalepsy, and Other Forms of Suspended Animation* (London 1905) S. 409. Noch bis Anfang dieses Jahrhunderts wurden vielfältige Maßnahmen zur Verhütung des Scheintodes vorgenommen. In verschiedenen Ländern bildeten sich Vereinigungen gegen die Gefahr des Lebendigbegrabenwerdens, die in ihren Statuten teils testamentarische Verfügungen über Herzstich, Öffnung der Adern vor der Beerdigung etc. vorsahen. Vgl. dazu: A. Niedermeyer, *Sterben und Tod*, in: *Handbuch der speziellen Pastoralmedizin* 6 (Wien 1952) S. 111-132.

⁴⁰ Vgl.: M. S. Pernick, *Back from the Grave*, in: R. A. Zaner a.a.O. (1988) S. 29-37.

⁴¹ Vertreter dieser Theorie waren u.a. Hufeland, Bichat, Whytt und Flint. Vgl.: Ebda. S. 28f. Ähnlich J. Gerlach, a.a. O. S. 980: Sichere Zeichen des Individualtodes sind für diesen Autor weiterhin: »allgemeine Verwesung, Totenstarre, Totenflecke, mit Einschränkung Herz- und Atemstillstand«. Demzufolge gilt für ihn: »Ein lebendes oder wiederbelebbares Organ kann zur Transplantation von Mensch zu Mensch nicht einer Leiche, sondern nur einem Lebenden oder Sterbenden entnommen werden«.

noch, eine Stunde nach der Enthauptung weiter schlug! Für uns und für jeden gilt eine enthauptete Person als tot, auch wenn das Herz sich weiterhin kontrahiert⁴².

Damit nahm die Diskussion über Leben und Tod eine neue Wendung, denn nun galt es, das integrierende Substrat zu finden, das es dem Organismus ermöglicht, als eine Ganzheit fortzubestehen. Die Ganzheit wird nicht mehr rein quantitativ sondern qualitativ verstanden. D. h. der Tod wird nicht mehr als die Zerstörung des ganzen Organismus sondern als die Zerstörung des Organismus als Ganzem beschrieben⁴³.

Der Neurophysiologe und Nobelpreisträger Sherrington sprach von der integrativen Wirkung des Nervensystems⁴⁴ und stellte sich die Frage, »was denn wohl die Millionen von Zellen dazu bringen würde, teammäßig zu handeln; dies erhoffen wir einst zu entdecken«⁴⁵. Damit wird nicht mehr die Erhaltung der einzelnen Bestandteile als lebensnotwendig angesehen, sondern die integrative Einheit der Teile.

Ein Organismus erscheint deswegen so rätselhaft, weil er sich dem raschen Verfall in einen unbewegten »Gleichgewichtszustand« entzieht. Dieses Phänomen veranlaßte schon die frühe griechische Philosophie, im lebenden Organismus ein Steuerungszentrum mit realer Energiekraft, das sogenannte »entelechiale Lebensprinzip«, anzunehmen.

1932 gebrauchte der Physiologe Cannon⁴⁶ den Ausdruck der Homöostase, um die Aufrechterhaltung des Gleichgewichtszustandes eines Organismus trotz der Differenzierungsunterschiede zwischen der Außen- und Innenwelt zu benennen. Jahre davor hatte Claude Bernard auf die Tatsache hingewiesen, daß die Säugetiere die Tendenz aufweisen, das »milieu intérieur« gegen wechselnde Umweltbedingungen zu erhalten. Homöostase bezeichnet also die Selbstregulation eines tierischen oder menschlichen Organismus im dynamischen Gleichgewicht⁴⁷.

Bei der Erhaltung des dynamischen Gleichgewichts spielt das Zentralnervensystem eine entscheidende Rolle. Wenn, etwa bei einem Enthaupteten, eine irreversible Zerstörung der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms festgestellt wird, ist die Selbstregulation des Organismus nicht mehr vorhanden. Der Tod ist bereits eingetreten. Der unmittelbare post-mortale Zustand kann gewiß noch viele vitale Zeichen aufweisen, die sogar über einen längeren Zeitraum feststellbar sind. Dies gilt sowohl wenn die klassischen Zeichen von Herz- und Atemstillstand, als auch wenn die Hirntodkriterien festgestellt werden. In beiden Fällen bedeutet dies nicht, daß der Patient gerade gestorben ist, sondern, daß der Tod

⁴² Nachweis bei M. S. Pernick, a.a.O. S. 42. 1880 bewies der Physiologe Ringer, daß das entfernte Herz eines Frosches über lange Zeit in einer Salzlösung kontraktionsfähig erhalten werden konnte. Der Nobelpreisträger Carrel kam zu der Feststellung, daß, wenn Zellen adäquat in einem Nährlmilieu behandelt würden, sie unsterblich sein könnten. Dank seiner Perfusions-Technik gelang es den Wissenschaftlern 1940 bei einem dekapitierten Hund, getrennt jeweils das Leben im Kopf und im Leib für lange Zeit aufrechtzuhalten. Vgl.: B. M. Newman, What is death?, in: Scientific American 162 (1940) S. 336f.

⁴³ Vgl.: T. Iglesias, Death and the Beginning of Life, in: Ethics & Medicine 7 (1991) S. 11.

⁴⁴ Vgl.: Ch. S. Sherrington, The Integrative Action of the Nervous System (New York 1906).

⁴⁵ Vgl.: Ch. S. Sherrington, Man on his nature (Cambridge 1963) S. 102.

⁴⁶ Vgl.: W. B. Cannon, The Wisdom of the body (New York 1932).

⁴⁷ Dieses Wort läßt sich von zwei griechischen Wörtern ableiten: »homoios« das soviel bedeutet wie gleichbleibend, unveränderlich, und »stásis« das primär Aufstellen, aber auch Stabilität bzw. Sicherheit bedeutet.

jeweils unter der ex-post-Perspektive festgestellt wird, im zweiten Fall ggf. etwas näher zum realen Todeszeitpunkt. Damit wird der Tod nicht neu definiert, sondern lediglich neu festgestellt.

Bei der Diskussion, ob der Tod ein Prozeß oder ein Ereignis sei⁴⁸, handelt es sich um zwei verschiedene Ebenen. Einerseits kann der biologische Tod als ein fortschreitender Prozeß verstanden werden bis hin zum Tod des ganzen Organismus, andererseits wird der philosophische und theologische Tod als momentanes Ereignis definiert, nämlich als Trennung von Leib und Seele. Kriterien und Begriffe gehören zu zwei verschiedenen Kategorienordnungen. Nie wird man mit absoluter Sicherheit den momentanen Eintritt des Todes durch Kriterien belegen können⁴⁹. Insofern ist auch die Identifikation zwischen Hirntod und Personaltod irreführend. Wir können nur aufgrund des sicheren Hirntodes feststellen, daß der Personaltod bereits eingetreten ist.

Kortikaltod-Thesen

In letzter Zeit wurden Stimmen laut, die die Hirntod-Kriterien als zu streng kritisierten. Diese Einwände beziehen sich auf zwei Positionen:

1. auf Patienten-Zustände, die aufgrund einer langjährigen intensivmedizinischen Betreuung minimale Aussichten auf Besserung haben.
2. auf die Behandlung von anenzephalen Kindern und die Benutzung ihrer Organe für Transplantationszwecke.

Zu 1.: Ausdrücke wie: »neocortical death«⁵⁰, »persistent vegetative state«⁵¹ »apallisches Syndrom«⁵² drücken ähnliche Zustände des Patienten aus, die durch

⁴⁸ Vgl.: R. S. Morison, Death: Process or event?, in: Science 173 (1971) S. 694-698; L. R. Kass, Death as an event: A commentary on Robert Morison, in: Science 173 (1971) S. 698-702.

⁴⁹ Dies wird auch von der Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, a.a.O. (1982) S. 40 ausgedrückt: »Da beim Hirntod der wirkliche Zeitpunkt des Eintritts des Todes nicht eindeutig feststellbar ist, wird der Zeitpunkt, zu welchem die endgültigen diagnostischen Feststellungen getroffen werden, dokumentiert«.

⁵⁰ Vgl.: J. B. Brierly, Neocortical death after cardiac arrest, in: Lancet 2 (1971) S. 560-565.

⁵¹ Vgl.: B. Jennett und F. Plum, Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name, in: Lancet 1 (1972) S. 734-737; B. Jennett, Vegetative survival after brain insults: can anaesthetists reduce the frequency of a fate worse than death?, in: Anaesthesia 43 (1988) S. 921f; R. Braakman u.a., Prognosis of the post-traumatic vegetative state, in: Acta Neurochirurgica 95 (1988) S. 49-52; American Medical Association Council on Scientific Affairs, Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life support, in: Journal of the American Medical Association 236 (1990) S. 426-430;

⁵² Terminologisch entspricht das apallische Syndrom dem persistierenden vegetativen Status angloamerikanischer Prägung. Während apallisch eine fehlende Großhirnfunktion im Sinne einer Panapraxie bedeutet, drückt vegetativ das rein physische Leben ohne jede Empfindung und Gedanken aus. Vgl.: R. Besser, Behandlung kritisch Kranker in der Neurologie, in: Intensivmedizin, hrsg. von H.-P. Schuster u.a. (Stuttgart, New York 1988) S.580. Vgl.: auch: F. Gerstenbrand, Das traumatische apallische Syndrom (Wien 1967); D. H. Ingvar, Cerebral blood flow and metabolism in complete apallic syndromes, in states of severe dementia, and in akinetic mutism, in: Acta Neurologica Scandinavica, 49 (1973) S. 233-244 und D. H. Ingvar, A. Brun, L. Johansson und S. M. Samuelsson, Survival after severe cerebral anoxia with destruction of the cerebral cortex: The Apallic Syndrome, in: Annals of the New York Academy of Sciences, 315 (1978) S. 184-214.

den irreversiblen Funktionsausfall der Hirnrinde gekennzeichnet sind, die aber nicht mit dem Hirntod gleichgesetzt werden dürfen.

Bekannt sind vor allem die Fälle Karen Ann Quinlan⁵³ und Nancy Beth Cruzan⁵⁴. Am 15. April 1975 wurde die 21jährige Karen Quinlan im Koma in das Krankenhaus von New Jersey eingeliefert und verweilte 10 Jahre lang im Zustand des apallischen Syndroms, bis sie am 12. Juni 1985 in einem Pflegeheim verstarb. Ähnlich der Fall der jungen amerikanischen Frau Nancy Cruzan, die nach einem schweren Autounfall Kopfverletzungen erlitt und sieben Jahre im Zustand des persistierenden vegetativen Status lebte. Während dieser Zeit wurde sie mit einer Sonde künstlich ernährt. Eine Besserung ihres Zustandes war nicht zu erwarten. Nach Jahren der Hoffnungen baten die Eltern darum, die Ernährungssonde zu entfernen, da ihre Tochter niemals solch ein Leben habe führen wollen. Die Verwaltung des Krankenhauses rief daraufhin die Gerichte zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit eines solchen Schrittes an. Das Oberste Gericht des Staates Missouri lehnte das Ersuchen ab. Der Supreme Court in Washington urteilte als letzte Instanz mit 5 zu 4 Stimmen, daß der Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie bei nicht entscheidungsfähigen Patienten im andauernden Koma in bestimmten Fällen erlaubt sei. Voraussetzung sei eine klare Evidenz, daß der Abbruch dem Willen des Patienten zu Zeiten der vollen geistigen Kompetenz entspreche.

Daraufhin wurden Stimmen laut, die den Tod nicht mehr als Gesamthirntod, sondern als Kortikaltod ansahen, da das menschliche Leben nur bewußtes, personales Leben sei⁵⁵. Es liege daher schon dann nicht mehr vor, wenn zwar der Hirnstamm funktionstüchtig, die Hirnrinde aber abgestorben sei, weil sie der Sitz des menschlichen Bewußtseins und aller kognitiven höheren geistigen Prozesse sei⁵⁶.

Auch Anenzephalie⁵⁷ erfüllen nicht die notwendigen Hirntod-Kriterien und können somit nicht als Hirntote angesehen werden. Sie sind zwar lebensunfähig, doch ist

⁵³ Vgl.: P. Ramsey, *Ethics at the Edges of Life* (New Haven, London 1978) S. 268-299.

⁵⁴ Vgl.: B. Jennett und Cl. Dyer, *Persistent vegetative state and the right to die: the United States and Britain*, in: *British Medical Journal*, 302 (1991) S. 1256-1258; M. Wolf, *Nancy Beth Cruzan: In No Voice At All*, in: *Hastings Center Report*, 20 (1990) S. 38-41; J. Bopp, *Choosing Death for Nancy Cruzan*, in: *Hastings Center Report*, 20 (1990) S. 42-44.

⁵⁵ Vgl.: R. M. Veatch, *Death Dying and the Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility* (New Haven, London 1989) S.55: »I am inclined to favor a default based on the higher brain position, because I think it is the right formulation.«

⁵⁶ Vgl.: K. G. Gervais, *Redefining Death* (New Haven 1987) S. 11: »the permanent absence of consciousness is a measure of human death«. Sie plädiert für Hirntod-Kriterien, die sich lediglich auf den Ausfall der Hirnrindenfunktion stützen. Ähnlich G. R. Gillett, *Why let people die?*, in: *Journal of Medical Ethics* 12 (1986) S. 84. Siehe auch die aufschlußreiche Debatte zwischen Stanley und Gillet. Vgl.: J. M. Stanley, *more fiddling with the definition of death?*, in: *Journal of Medical Ethics* 13 (1987) S. 21f; G. Gillett, *Reply to J. M. Stanley: fiddling and clarity*, in: *Journal of Medical Ethics* 13 (1987) S. 23-25; ders., *Consciousness, The Brain And What Matters*, in: *Bioethics* 4 (1990) S. 181-198; A. Serafini, *Gillett On Consciousness And The Comatose*, in: *Bioethics* 6 (1992) S. 365-374; G. Gillett, *Coma, Death And Moral Dues: A Response To Serafini*, in: *Bioethics* 6 (1992) S. 375-377.

⁵⁷ Unter Anenzephalie versteht man ein angeborenes vollständiges oder weitgehendes Fehlen der Großhirnhemisphären, der Neurohypophyse und des Zwischenhirns sowie des Schädeldaches. Der Kopf erscheint wie in Höhe der Schädelbasis abgeschnitten und durch Exopthalmus (Vortreten des Augapfels aus der Augenhöhle) und Hyperlordose (verstärkte Krümmung der Halswirbelsäule) froschähnlich (sog.

aus ethischer Sicht die Frage nach der Lebensfähigkeit zweitrangig. Ethisch relevant ist, ob der Anenzephalus ein Toter oder ein Lebender ist⁵⁸. 1980 wurde von Beller und Quakernack vorgeschlagen, einen Anenzephalen als »Sonderfall der Natur« von Anfang an als hirntot anzusehen, vergleichbar den Unfallopfern mit irreversibel zerstörtem Großhirn⁵⁹. Beller stützt sich auf die Ausführungen von Chavernak⁶⁰, der den Abbruch einer Anenzephalen-Schwangerschaft im dritten Trimenon aus zwei Gründen befürwortet: 1. die hohe Zuverlässigkeit bei der Durchführung der pränatalen Diagnostik; 2. der Fötus habe eine geringe Lebensfähigkeit und keine kognitive Funktion. Außerdem sei zu bedenken – so Beller –, daß der Schwangerschaftsabbruch den Eltern viel Trauer ersparen könnte, denn es sei für die Eltern psychologisch leichter zu ertragen, ihre todgeweihten Kinder auszutragen und zur Organtransplantation zur Verfügung zu stellen, als die Schwangerschaft abbrechen zu lassen. 1987 gab Beller die Transplantation der Nieren zweier anenzephaler Neugeborener auf zwei Kinder und einen 24 Jahren alten Mann bekannt⁶¹.

Wenn die Hirntodkriterien auf die Feststellung der abgestorbenen Hirnrinde beschränkt würden, dann könnte dies dazu führen, daß nur Menschen mit Kortikalfunktionen Lebensschutz beanspruchen könnten. Dies wäre medizinisch und moralisch unzulässig, denn wir können derzeit keine moralische Sicherheit für den Tod eines Menschen erlangen, wenn wir uns lediglich auf die Festlegung der Kortikalkriterien beschränken⁶².

Verhältnis von Hirntod und Personaltod

Hirntod und Personaltod sind aufeinander bezogen, aber nicht identisch. Ein solches Verhältnis stellt auch nicht einen kausalen Zusammenhang zwischen den beiden Realitäten fest, da sie zu verschiedenen Ebenen gehören: der medizinischen und philosophischen. Korrelation besteht darin, daß sich psychische und seelische Phänomene bestimmten Mechanismen zuordnen lassen, die sich im Gehirn abspielen, also an ein materielles Substrat gebunden sind.

Krötenkopf). Die Anenzephalie ist Folge einer totalen Verschlussstörung des Neuralrohres. Vgl.: H. Ch. Hopf, K. Poeck, H. Schliack (Hrsg.), *Neurologie in Praxis und Klinik I* (New York 1983) S. 723. Da aber der Anenzephalus im Normalfall über einen intakten Hirnstamm verfügt, erfüllt er keineswegs die Kriterien des Hirntodes. Die Anenzephalen stellen schwerste Mißbildungen dar, die meist mit einer kurzen Lebensfähigkeit einhergehen. Es ist aber nachgewiesen, daß sie dennoch Stunden über Tage bis Wochen, in Einzelfällen über Jahre überleben können.

⁵⁸ Vgl.: Ch. Bockamp, *Transplantationen von Embryonalgewebe* (Frankfurt u. a. 1991) S.179.

⁵⁹ Vgl.: F. K. Beller, K. Quakernack, *Fragen zur Bioethik. Terminierung der Schwangerschaft im II. und III. Trimenon aus eugenischer Indikation*, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 40 (1980) S. 142-144.

⁶⁰ A. Chavernak, M. A. Farley u. a., *When is termination of pregnancy during the third trimester morally justifiable?*, in: *The New England Journal of Medicine* 310 (1984) S. 501.

⁶¹ Vgl.: W. Holzgreve, F. K. Beller, B. Buchholz, M. Hansmann, K. Köhler, *Kidney Transplantation from Anencephalic Donors*, in: *The New Journal of Medicine* 316 (1987) S. 1069f.

⁶² Zu Transplantationszwecken plädieren für Organexplantation bei lebenden Anenzephalen etwa R. D. Truog und J. C. Fletcher, *Brain Death And The Anencephalic Newborn*, in: *Bioethics* 4 (1990) S. 199-215.

Die Frage nach dem Verhältnis von Leib und Seele wird nun nicht mehr nur Gegenstand philosophischer Diskurse, sondern auch ein zentrales Thema der Hirnforschung⁶³. Akzeptiert man, daß das Gehirn eine wichtige Rolle bei der Hervorbringung unserer Vorstellungsbilder spielt, dann könnten wir uns einen logischen Zusammenhang zwischen der modernen Hirnforschung und der geisteswissenschaftlichen Position vorstellen. Diese logische Brücke ist auch der Grund, weshalb die Kirchen in Deutschland die utopische Verpflanzung des Gehirns verbieten, »weil mit diesem Organ die persönlichkeitsbestimmenden Merkmale verbunden sind«⁶⁴. Das erlaubt uns, ein Verhältnis zwischen der empirischen und der begrifflichen Position über den Tod zu vertreten; es ermöglicht uns, mit moralischer Sicherheit von der einen auf die andere Position zu schließen. Anders formuliert: nach der exakten Feststellung aller notwendigen und ausreichenden Hirntod-Kriterien können wir mit moralischer Sicherheit schließen, daß die Person tot ist. Leib und Seele haben sich bereits getrennt. Dies ist auch die Meinung vieler Ärzte, Philosophen und Theologen⁶⁵. Das erwähnte Verhältnis darf nicht dazu verleiten, das Leben einer Person auf die Funktion eines einzigen Organs zu reduzieren. Die persönliche Identität ist anatomisch nicht an ein Organ gebunden⁶⁶. Die menschliche Person erschöpft sich nicht im menschlichen Gehirn, geschweige denn in der Großhirnrinde. Das Gehirn allein macht den Menschen nicht zum Menschen. Auch Bewußtsein und Gehirn sind nicht identisch. Die kognitive Fähigkeit kann weder auf ihren Träger noch auf ihre Betätigung allein reduziert werden. Zweifellos wird von einigen Naturwissenschaftlern, Philosophen und Theologen an einer Art Reduktionismus festgehalten, der den Verstand mit der Ausübung des Bewußtseins oder mit seinem Träger, d.h. dem Gehirn, identifiziert, aber diese Position kann nicht recht überzeugen.

⁶³ Vgl.: W. Singer, Das Jahrzehnt des Gehirns, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 27. Dezember 1990, S. N 1; Siehe auch ders., Hirnentwicklung oder die Suche nach Kohärenz, in: Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, hrsg. von W. Gerok u.a. (Stuttgart 1991) S. 187-206.

⁶⁴ Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Organtransplantationen (Bonn 1990) S. 8.

⁶⁵ Vgl.: D. Lamb, Organ Transplants and Ethics (London, New York 1990) S. 41: »The papal point here appears to be that the theological concept of death as the separation of the soul from the body is perfectly compatible with neurological criteria for diagnosing death in cases involving irreversibly comatose states«; C. Pallis, Whole-brain death reconsidered - physiological facts and philosophy, in: Journal of medical ethics 9 (1983) S. 32-37; D. J. Horan, Determination of Death: A medical-Legal Consensus, in: Moral Responsibility in Prolonging Life Decisions, hrsg. von D. G. McCarthy und A. S. Moraczewski (St. Louis 1981) S. 58-70; G. Grisez und J. M. Boyle, Life and Death with Liberty and Justice: A Contribution to the Euthanasia Debate (Notre Dame 1979) S. 76-78; A. S. Moraczewski und J. S. Showalter, Determination of Death: Theological, Medical, Ethical and Legal Issues (St. Louis 1982) S. 13.

⁶⁶ Vgl.: D. Lamb, a.a.O. S. 49: »Personal identity does not have specific anatomical location. Where is 'me'? Where am 'I' located? When someone says 'Look at me', we usually look at their eyes. But the eyes are not the person. Although a person cannot live without a brain, for concepts of personal identity can extend to the moral, spiritual, and political status of human beings and an arbitrary selection of other animals and fictional characters. And these concepts need not be tied to psychological functions which occur within the lifespan of the individual. Personhood is a quality, akin to others like spirit, guts, will, heart, and soul, ...not by reference to an individual's physical structure«.

Symmetrie zwischen Hirntod und Hirnleben?

Es wird behauptet, die Anerkennung des Hirntodes als Tod des Menschen würde den Hirntod des Frühembryos implizieren, weil er noch kein Gehirn hat. Daher spricht man oft von »Brain birth« als Beginn des Personseins, der symmetrisch zum Hirntod gesehen wird. Was für das Ende menschlicher Existenz gilt, müsse auch auf den Beginn der Lebensgeschichte anwendbar sein. Könne man schon Personalität postulieren, obwohl die entsprechenden Bedingungen ihrer Ermöglichung noch nicht vorhanden sind⁶⁷? Folgerichtig seien die Möglichkeitsbedingungen für Personalität erst mit funktionsfähigen Gehirnstrukturen gegeben, wobei nur die morphologische Bildung der Großhirnrinde als entscheidendes Kriterium angesehen wird, welches während des Werdeprozesses erstmals eine zukünftige Befähigung zur Personalität signalisiere⁶⁸.

Daraus folgt für den Zeitpunkt der Beseelung, »daß mit dem Erreichen jener biologischen Zuständigkeit, die durch die irreversible Anlage des menschlichen Gehirns charakterisiert ist, in der Selbstüberschreitung des werdenden auch die Geistesseele 'wird' - eben weil dann der Punkt erreicht ist, der für das 'Auftauchen' eines geistigen Prinzips die geeignete 'Materialursache' darstellt«⁶⁹.

Wenn also die Seele⁷⁰ erst mit dem Vorhandensein von funktionsfähigen Gehirnstrukturen hinzukommt, dann gibt es keinen Grund, weshalb man die Forschung mit Frühembryonen, die Anenzephalen-Transplantation oder die Anerkennung der Korrikal-Tod-Varianten verbieten sollte.

Von medizinischer Seite aus hat man versucht, die Vorstellung vom nachträglichen Hinzufügen der Person zu begründen. 1982 behauptet der amerikanische Pädiater Goldenring, daß erst mit dem Vorhandensein eines funktionierenden menschlichen Gehirns das Leben eines Patienten oder einer Person gegeben sei⁷¹. Der Zeitpunkt für die erste Gehirnfunktion könne elektroenzephalographisch um die 8. Schwangerschaftswoche festgelegt werden. Goldenring sieht auch eine Symmetrie zwischen einem acht Wochen alten Fötus, dessen Atmungsfunktion durch die extrakorporale Plazenta aufrechterhalten wird, und einem 80 jährigen mit einem positiven Elektroenzephalogram, dessen Sauerstoffversorgung aber durch ein Atmungsgerät gewährleistet wird. Daß beide leben, kann niemand bezweifeln, allerdings würden, so Goldenring weiter, vor der 8-Wochen-Grenze, d.h. vor der vollen

⁶⁷ Vgl.: W. Ruff, Individualität und Personalität im embryonalen Werden, in: Theologie und Philosophie 1 (1970) S. 47f. Siehe auch ders., Das Sterben des Menschen und die Feststellung seines Todes, in: Stimmen der Zeit 182 (1968) S. 251-261.

⁶⁸ W. Ruff, a. a. O., S. 47. 50f.

⁶⁹ Ebda S. 56. Ruff stützt sich bei dieser Aussage auf Rahner. Vgl.: P. Overhage und K. Rahner, Das Problem der Hominisation, in: Quaestiones disputatae 12/13 (1961) S. 57.

⁷⁰ Mit Seele meinen wir das, was uns zu Personen macht im Gegensatz zu bloß biologischen Organismen: die Fähigkeit zu denken, zu fühlen, zu lieben usw., oder die Voraussetzung für diese Fähigkeit.

⁷¹ Vgl.: J. Goldenring, Letter to the Editor, Development of the Fetal Brain, in: The New England Journal of Medicine, 26 (1982) S. 564: »The presence of a functioning human brain means that a patient, a person if you will, is alive. This is the medical definition of human life. We use it daily«.

Hirndifferenzierung, lediglich Zellen, Organe und Organsysteme existieren, die sich möglicherweise, wenn das Gehirn sich entwickelt, zu einem menschlichen Organismus als Ganzem integrieren könnten. Ähnlich bestünde der Organismus nach dem Hirntod lediglich aus einer Organ-Sammlung, brauchbar für Transplantationszwecke. In einem späteren Artikel⁷² verteidigt Goldenring die 8-Wochen-Grenzlinie als Beginn der Person, weil das Gehirn seine integrierende Funktion als Ganzes übernehme. Die Attraktivität dieser Theorie liege einerseits in ihrer unübertroffenen Logik und Symmetrie und andererseits in ihrer biologischen Beweisbarkeit⁷³.

Viele Autoren haben die Theorie Goldenrings übernommen⁷⁴. Im deutschen Sprachraum ist ihr Hauptvertreter der Philosoph Sass⁷⁵. Er unterscheidet zwei Stadien während der Neuromaturation: Hirnleben I nach dem 57. Tag p.c. und Hirnleben II nach dem 70. Tag p.c. Sass schlägt vor, vom Beginn der Phase I an dem werdenden menschlichen Leben den vollen rechtlichen Schutz und die volle ethische Solidarität und Achtung zuzusprechen⁷⁶. Welchen Sinn würde es aber haben - so schreibt er weiter -, den ethischen Schutz dann beginnen zu lassen, wenn der Embryo noch nicht über eine einzige Hirnzelle verfügt, wo wir doch im Fall der Mitmenschen, die wir hirntot nennen, die Maschinen abstellen zu einem Zeitpunkt, an dem kein Hirnleben mehr nachweisbar, aber gutes und nachhaltiges Organleben noch vorhanden ist. Da würde es sich eher anbieten, nach einem Zeitpunkt zu suchen, der für die Forschung an Embryonen und embryonalem Gewebe mehr bringt als die Forschung an noch recht undifferenziertem Gewebe⁷⁷.

⁷² Vgl.: J. M. Goldenring, The brain-life theory: towards a consistent biological definition of humanness, in: Journal of medical ethics 11 (1985) S. 198-204.

⁷³ Vgl. Ebda. S. 200: »If we apply this theory consistently, we can achieve a view of humanness which is unmatched in its logic and symmetry. Before the brain begins to function, what we have is a set of tissues or a series of organ systems. They may be functional, but without the presence of a human brain they are unco-ordinated and without the ability to develop personality. On the other side of the curve of life, when the brain ceases its activity, what remains are unco-ordinated organ systems which may be functional. They will eventually degenerate to the tissue level and then to the level of isolated living human cells until the last cell ceases to function«.

⁷⁴ Für Kushner fällt der Lebensbeginn mit dem Einsetzen der Hirnaktivität zusammen, nicht deshalb weil damit das biologische Substrat, sondern weil damit die Bewußtseinsfähigkeit vorhanden sei. Um dieses psychologische Argument zu begründen, unterscheidet sie zwischen »Zoe=being alive« (biologisches Leben) und »Bios= having a life« (menschliches Leben). Entscheidend sei der »Bios«, denn nur daraus könne sich bewußtes Leben entwickeln. Vgl.: Th. Kushner, Having a life versus being alive, in: Journal of medical ethics 1 (1984) S. 5-8. Siehe auch M. C. Shea, Embryonic life and human life, in: Journal of medical ethics 11 (1985) S. 205-209 und C. A. Tauer, Personhood and Human Embryos and Fetuses, in: Journal of Medicine and Philosophy 10 (1985) S. 253-256.

⁷⁵ Vgl.: H.-M. Sass, Hirntod und Hirnleben, in: Medizin und Ethik, hrsg von H.-M. Sass (Stuttgart 1989) S. 160-183.

⁷⁶ Daraus ergeben sich verschiedene ethische und rechtliche Konsequenzen. 1) Vor dem 57. Tag p.c. sei der menschliche Embryo ebenso wie der hirntote Erwachsene kein vollwertiges Mitglied der Rechts- und Solidargemeinschaft; wie dem Hirntoten gebührt ihm aber Respekt; 2) Forschung an frühen Embryonen vor dem 57. Tag p.c. sei erlaubt; 3) Der Schwangerschaftsabbruch vor dem 57. Tag p.c. bedürfe keiner besonderen Begründung, ähnlich wie der Behandlungsverzicht nach der Diagnose des Hirntodes. Vgl.: H.-M. Sass a.a.O. S.173f.

⁷⁷ Ebda. S. 180.

Medizinische und philosophische Einwände

Medizinisch gesehen gibt es keine klare Grenzlinie zwischen dem »Nicht-Gehirn-Stadium« und dem »Gehirn-Stadium«. Der Zeitpunkt des Beginns und der Ausdifferenzierung der Gehirnfunktion ist ungewiß⁷⁸. Auch ist die angebliche Symmetrie zwischen Hirntod und beginnendem Hirnleben biologisch nicht belegbar⁷⁹. Der amerikanische Pädiater Shewmon weist darauf hin, daß die Zygote ohne Gehirn aufgrund ihrer natürlichen Fähigkeit, ein solches zu entwickeln, eher mit einer schlafenden oder komatösen Person als mit dem Leib eines Hirntoten zu vergleichen ist⁸⁰. Auch erfolge die Ontogenese der vegetativen, sensitiven, und intellektuellen Funktion eher parallel als sukzessiv⁸¹. Shewmon rekurriert auch auf philosophische Argumente. Daß die Seele den ganzen Organismus vom Zeitpunkt der Befruchtung an informiere⁸², bedeute, daß die substantielle Einheit in diesem Stadium bereits existiere. Notwendig für die Seele sei nicht die aktuelle Funktion der Hirnstrukturen, vielmehr die natürliche Fähigkeit (Potentialität) dazu.

Somit kann der Zerfall eines ausgeformten Organismus nicht als Spiegelbild des Einsetzens einiger Hirnaktivitäten gesehen werden. Das Gehirn allein darf nicht als »neue Pinealdrüse«⁸³, d.h. als Träger menschlichen Lebens, verstanden werden. Wenn nach Sass die »Kriterien für Hirnleben und Hirntod vergleichbare ethische Parameter sind, mit denen biomedizinische Fakten ethisch, kulturell und rechtlich konsensfähig interpretiert werden«⁸⁴, dann begeht er einen naturalistischen Fehlschluß, weil er menschliches Leben auf das Gehirn reduziert, wobei er dann die Festlegung des Zeitpunktes für die Entwicklung der Gehirnzellen, der Gehirnfunktion oder Gehirnaktivität letztlich der beliebigen Interpretation überläßt. So plädiert er in Anbe-

⁷⁸ Vgl.: D. G. Jones, Brain birth and personal identity, in: *Journal of medical ethics* 15 (1989) S. 176: »At present at least, it is impossible to recognise a distinct point of transition from a 'non-brain' to a 'brain', or from a non-functioning nervous system to a functioning one. This does not mean that there is no such transition point theoretically, only that it is not possible to talk meaningfully about one in practical terms«.

⁷⁹ Vgl.: Ebda. S. 178.

⁸⁰ Vgl.: D. A. Shewmon, Discussion Article II: Ethics and Brain Death: A Response, in: *The New Scholasticism* 61 (1987) S. 329-331.

⁸¹ Ebda. S. 331.

⁸² Vgl.: D. A. Shewmon, The Metaphysics of Brain Death, Persistent Vegetative State, and Dementia, in: *The Thomist* 49 (1985) S. 61-78.

⁸³ Vgl.: M. Moussa und T. A. Shannon, The Search for the New Pineal Gland. Brain life and Personhood, in: *Hastings Center Report* 22 (1992) S. 36. In der neueren Literatur wird nicht selten die Interaktion Körper-Geist auf die Interaktion Gehirn-Geist reduziert. Dies wurde bereits von Descartes vorgenommen und heute von einigen Neuro-Philosophen für weiterhin gültig erklärt. Vgl.: J. C. Eccles, Selbstbewußter Geist und das Gehirn, in: K. R. Popper und J. C. Eccles, *Das Ich und sein Gehirn* (München 1991) S. 428-449; W. Penfield, *The Mystery of Mind. A Critical Study of Consciousness and the Human Brain* (Princeton 1975). Vgl. auch die treffende Kritik von J. Seifert in: *Forum für Katholische Theologie* 9 (1993) S. 312f. Rezension von: R. J. White/H. Angstwurm/I. Carrasco de Paula (Hg.), *The determination of brain death and its relationship to human death* (Vatican City 1992).

⁸⁴ Vgl.: H.-M. Sass, a.a. O. S. 174.

tracht der Anezenphalen und komatösen Patienten für eine weniger strenge Definition der Hirntodkriterien⁸⁵.

Der Ursprung des menschlichen Lebens ist das befruchtete Ei, das sich unablässig teilt. Hier liegt das erste Steuerungszenrum. Im Laufe der Reifung entstehen unerläßliche Subsysteme, wie etwa das Zentralnerven-, das Kreislauf- und das Atmungssystem. Das Gehirn erscheint somit nicht als das erste, sondern das zweite Steuerungszenrum mit lebenswichtigen Regulationsaufgaben⁸⁶.

Das Zentralnervensystem ist eng mit dem Leben des Organismus verbunden, weil es wesensmäßig zum Eins-sein des Organismus beiträgt. Da es auf der Basis der elektrischen Energie arbeitet, wird seine Gedächtnisfähigkeit und damit seine Informationsmöglichkeit um ein vielfaches potenziert⁸⁷. Das Nervensystem stellt somit eine neue Innerlichkeit, nicht aber eine neue Seele oder ein neues Selbst dar. Das Zentralnervensystem entwickelt sich zu einer unerläßlichen Schaltzentrale, die vitale Funktionen übernimmt. Wenn diese Schaltzentrale ausfällt, kann der Tod nach kurzer Zeit festgestellt werden, da die Organismus-Einheit nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

Aristoteles beschreibt die Seele als leibeigene enteléchia, d. h. als die notwendige Gestalt oder Form, die von sich aus über die notwendige Energie verfügt, zum eigenen Ziel, zur eigenen Vollendung bzw. Erfüllung zu gelangen⁸⁸. Demzufolge entfaltet sich der lebende Organismus aufgrund des entelechialen Prinzips. Diese Entfal-

⁸⁵ Zitiert nach G. Wolfslast, Grenzen der Organgewinnung - Zur Frage einer Änderung der Hirntodkriterien, in: *Medizinrecht* 4 (1989) S. 165.

⁸⁶ Damit meinen wir auch den Haupteinwand von Seifert lösen zu können. Vgl.: J. Seifert, Erklären heute Medizin und Gesetze Lebende zu Toten?, in: *Organspende. Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin*, hrsg. von R. Greinert und G. Wuttke (Göttingen 1991) S. 185-208. Er behauptet zurecht, »da das Gehirn nicht erster Träger menschlichen Lebens ist, sondern erst aus dem schon vorher gebildeten Organismus entsteht, beweist gerade die embryonale Entwicklung, daß das Leben des Menschen nicht dem funktionierenden Gehirn verdankt wird« (S. 190). Weil er sich aber kritiklos auf die Theorie von der Symmetrie zwischen Hirntod und Hirnleben einläßt, gelingt es ihm nur aprioristisch, die Möglichkeit des Hirntodes zu negieren: »Was in den ersten Phasen des menschlichen Lebens gilt, gilt wohl auch für dessen letzte Phasen« (S. 190). »Wer wird schließlich - gegen den Befund fast aller Ärzte ..., der menschliches und schützenswertes Leben vom ersten Moment der Schwangerschaft (Befruchtung) an ansetzt - am 'Leben' des Organismus im Morula-Stadium oder den ersten Lebenswochen zweifeln - obwohl der Frühembryo ja auch 'hirntot' sein müßte, da er noch gar kein Gehirn hat?! Die Identifizierung des Todes mit 'Hirntod' widerspricht also in radikaler Form sich selbst sowie ärztlicher Praxis und Wissenschaft - ebenso sehr übrigens wie jeder menschlichen Erfahrung von Leben und Tod« (S. 194f). Folgerichtig enthält für Seifert die Beschreibung des Hirntodes, wie könnte es aufgrund der falschen Prämissen anders sein, einen »unerträglichen Dualismus« (S. 197).

⁸⁷ Vgl.: W. Singer, a.a.O. (1991) S. 203-205; O. D. Creutzfeldt, Informationsübertragung und -verarbeitung im Nervensystem, in: *Biophysik*, hrsg. von W. Hoppe, W. Lohmann, H. Markl und H. Ziegler (Berlin, Heidelberg, New York 1982) S. 765-791.

⁸⁸ Diese ursprüngliche Bedeutung der aristotelischen enteléchia wird von M. Heidegger hervorgehoben. Siehe dazu Einführung in die Metaphysik 40 Gesamtausgabe II Abteilung: Vorlesungen 1923-1944 (Frankfurt 1983) S. 64f: »Der von der Grenze her sich bändigende Halt, das Sich-Haben, worin das Ständige sich hält, ist das Sein des Seienden...Grenze und Ende sind jenes, womit das Seiende zu sein beginnt. Von daher ist der höchste Titel zu verstehen, den Aristoteles für das Sein gebraucht, die enteléchia, - das Sich-in-der-Endung-(Grenze)-halten(wahren)...Das in seine Grenze, sich ergrenzend, sich Stellende und so Stehende hat Gestalt. Die griechisch verstandene Gestalt hat ihr Wesen aus dem aufgehenden Sich-in-die-Grenze-her-stellen«.

tung und Entwicklung vollzieht sich nicht in den Teilen getrennt, sondern die Teile entwickeln und entfalten sich nach diesem entelechialen Prinzip als einer das Ganze übergreifenden Gestaltungskraft⁸⁹. Somit ist die Seele für Aristoteles »die erste Wirklichkeit eines natürlichen, organischen Körpers«⁹⁰, ein immanent vitales Prinzip, das Zusammenhang zum Ganzen beiträgt. Sie ist Gestalt, Sinn und Ganzheit eines Körpers⁹¹.

Der Mensch ist weder ein bloß biologischer Organismus noch lediglich Seele. Leib und Seele bilden eine substantielle Einheit⁹².

Die Vorstellung vom nachträglichen Hinzufügen der Seele führt zu einem verzerrten Menschenbild, vergleichbar einer Flasche, die mit Geist gefüllt wird⁹³. Ein solcher Dualismus ist mit einer ganzheitlichen Anthropologie unvereinbar. Jeder Mensch ist eine Einheit, und bereits im Embryonalstadium ist diese Einheit verwirklicht, wenn auch noch nicht bewußt erfahren.

Somit ist eine Symmetrie oder Äquivalenz zwischen Hirnleben und Hirntod nicht möglich, denn durch das Einsetzen des Hirnlebens kommt es nicht zu einer substantiellen Veränderung, so daß Leib und Seele erst dann eine Einheit bilden würden.

⁸⁹ Daher hat das Ganze im Menschen Priorität vor den Teilen, anders als bei einer Maschine, bei der die Teile vor dem Ganzen bestehen, die aber dann zu einer funktionierenden Einheit zusammengefügt werden. Es erklärt aber auch den wesentlichen Unterschied zwischen einem Computer und einem lebenden Organismus. Dieser Unterschied ist nicht so sehr in den Funktionsunterschieden zu sehen als vielmehr darin, daß der Computer kein Körper ist. Der Computer kann die Merkmale eines Körpers nicht erbringen, weil er keine Seele hat, d.h. er verfügt nicht über die notwendige Energie, um von sich aus zur Erfüllung zu gelangen.

⁹⁰ Aristoteles, *De anima*, lib. 2, 412 b 9: »Anima est primus actus corporis physici organici«.

⁹¹ Platon hatte dagegen die Meinung vertreten, daß die Seele sich des Körpers bedienen würde ähnlich wie der Steuermann des Schiffes. Aber weder der Steuermann, der das Boot steuert, noch der Gefangene, der im Kerker sitzt, werden dem Einheitsbegriff von Leib und Seele gerecht. Bei diesen Beispielen ging man von der weit verbreiteten Meinung aus: »Die Seele, das ist der Mensch«. Vgl.: Platon, *Alkibiades* 129 e 11; 130 c 5. Dies wurde von Thomas angefochten: Der Mensch sei nicht »anima utens corpore«. Vgl.: Thomas, *Summa theologiae* I, q. 75 a. 4. Damit meint er, daß der Körper nicht etwas lebloses sei, das von außerhalb zu verlebendigen sei. Die wesentliche Beziehung der Seele zielt auf den menschlichen Körper ab und nicht einfach auf eine beliebige Materie. Vgl.: Thomas, *Summa contra gentiles*, IV, c 79: »Anima naturaliter corpori unitur: Est enim secundum suam essentiam corporis forma. Est igitur contra naturam animae absque corpore esse«. Die Seele ist Form des Leibes bis in die letzten Fasern und Regungen hinein. Das Leibliche andererseits geht so innerlich in die Seele, daß es zu ihrer Vollkommenheit gehört. Der Leib ist in der gestaltenden, formenden Aktualität der Seele miteinbeschlossen. Diese Beziehung entsteht nicht etwa erst zwischen zwei in ihrer Wesenskonstitution schon vollendeten Seienden, vielmehr sind beide von Natur, aufgrund der Natur der Seele wie des Leibes, zusammengehörig; beide sind aufeinander angewiesen, nicht nur der Leib auf die Seele, sondern auch die Seele auf den Leib. Der ganze und eine Mensch nimmt somit in der Anthropologie des Thomas eine zentrale Stellung ein. Nur als Ganzer ist der Mensch Person, weder Materialität noch Geistigkeit, weder Körper noch Seele sind je für sich geschaffen denkbar. Vgl.: Thomas, *Summa theologiae* I, q. 29 a. 1 ad 5; q. 75 a. 4; q. 90 a. 4; q. 118 a. 3; *Summa contra gentiles* II, 83. Die Vollendung der Seele, auch und gerade die jenseitige, ist nur in ihrer Leiblichkeit zu erreichen als die Vollendung des ganzen Menschen. Eine Trennung der Seele vom Leib ist gegen die Natur und vermindert ihre Ähnlichkeit mit Gott dem Schöpfer. Vgl.: Thomas, *Summa contra gentiles* II, 83-85; IV 79; Thomas, *Summa theologiae* I, q. 89 a.1; q. 118 a. 3.

⁹² Siehe u.a. die klarsichtigen Einwände von G. Grisez, *Abortion: the Myths, the Realities, and the Arguments* (New York 1972) S. 282f. und St. Schwarz, *Die verratene Menschenwürde* (Köln 1992) S. 90-134.

⁹³ Vgl.: St. Schwarz, a.a.O. S. 101.

Andererseits können wir nach der exakten Feststellung der Hirntodkriterien schließen, daß eine substantielle Veränderung stattgefunden hat in dem Sinne, daß Leib und Seele sich bereits getrennt haben.

Hirntod und Lehramt der Kirche

Bereits 1957 und 1958 hat Pius XII.⁹⁴ einige richtungweisende Überlegungen über Reanimation und Todesfeststellung angestellt. Diese Orientierung wurde sowohl vom Harvard-Gutachten als auch von dessen Hauptkritiker Hans Jonas sorgfältig in ihre Formulierungen einbezogen.

Der Papst antwortet auf die Fragen, die ihm von Ärzten gestellt wurden. Sie werden hier verkürzt wiedergegeben.

Frage: »Hat der Anästhesist das Recht oder ist er in allen Fällen tiefer Bewußtlosigkeit, selbst solchen, die nach dem Urteil eines sachkundigen Arztes hoffnungslos sind, verpflichtet, die modernen Apparate der künstlichen Atmung anzuwenden, selbst gegen den Willen der Angehörigen?«

Antwort: »Die Technik der Wiederbelebung verpflichtet gewöhnlich nur zum Gebrauch der (entsprechend den Umständen, dem Ort, der Zeit, der Kultur) gewöhnlichen Mittel, das heißt der Mittel, die keine außergewöhnliche Belastung für einen selbst oder andere mit sich bringen. Eine strengere Verpflichtung wäre für die Mehrzahl der Menschen zu schwer und würde die Erlangung wichtiger höherer Güter zu sehr erschweren. Leben, Gesundheit und jede irdische Aktivität sind in der Tat geistigen Zielen untergeordnet. Im übrigen ist es nicht verboten, mehr als das strikt Notwendige zur Erhaltung des Lebens und der Gesundheit zu tun, vorausgesetzt, daß dadurch keine wichtigeren Pflichten versäumt werden.«

Die Rechte und Pflichten der Familie hängen im allgemeinen vom vermutlichen Willen des bewußtlosen Kranken ab, wenn er erwachsen und rechtsfähig (*sui juris*) ist. Wenn sich herausstellt, daß der Versuch der Wiederbelebung in Wirklichkeit für die Familie eine solche Belastung darstellt, die man ihr nicht im Gewissen auferlegen darf, so kann sie erlaubterweise darauf bestehen, daß der Arzt seine Versuche unterbreche, und dieser darf ihr Folge leisten. Es liegt in diesem Fall keinerlei unmittelbare Verfügung über das Leben der Kranken vor und auch keine Euthanasie, was niemals erlaubt wäre. Selbst wenn die Unterbrechung der Bemühungen um die Wiederbelebung eine Stilllegung des Blutumlaufs zur Folge hat, ist sie stets nur mittelbar Ursache für das Aufhören des Lebens, und es ist in diesem Fall das Prinzip der doppelten Wirkung sowie das des »*voluntarium in causa*« anzuwenden.«

Frage: »Wenn nach einer zentralen Lähmung der Blutumlauf und das Leben eines tief bewußtlosen Kranken nur durch künstliche Atmung erhalten werden, ohne daß sich nach einigen Tagen eine Besserung zeigt: in welchem Augenblick betrachtet dann die katholische Kirche einen solchen Kranken als »tot«? Ist der Tod bereits eingetreten nach der schweren Schädelverletzung mit der durch sie verursachten tiefen Bewußtlosigkeit und der Lähmung des Atemzentrums, deren unmittelbar tödliche Folgen jedoch durch die künstliche Atmung verzögert werden konnten? - Oder erfolgt er nach der heute geltenden Ansicht der Ärzte erst mit der trotz verlängerter künstlicher Atmung endgültigen Einstellung des Blutumlaufs?«

⁹⁴ Vgl.: Pius XII., Pius XII. sagt, zusammengestellt von M. Chinigo (Frankfurt 1959) S. 71-73, und Ansprachen Papst Pius XII., Moralische Probleme der Wiederbelebung, hrsg. vom St. Lukas-Institut für ärztliche Anthropologie (Köln 1958) S. 3-12.

Antwort: »Es ist Sache des Arztes, eine klare und präzise Definition des 'Todes' und des 'Augenblicks des Todes' eines Patienten, der in bewußtlosem Zustand stirbt, zu geben. Dafür kann man sich an den üblichen Begriff von der vollständigen und endgültigen Trennung von Leib und Seele halten; aber in der Praxis wird man die Ungenauigkeit der Begriffe »Leib« und »Trennung« in Betracht ziehen müssen. Man kann von der Möglichkeit absehen, daß ein Mensch lebendig begraben wird, da die Wegnahme des Atmungsapparates binnen weniger Minuten den Stillstand des Blutkreislaufes und damit den Tod herbeiführt.

Für die Feststellung der Tatsache in den Einzelfällen kann sich die Antwort aus keinem religiösen und sittlichen Prinzip ableiten, und die Kirche ist unter dieser Rücksicht auch nicht dafür zuständig. Die Frage wird also unterdessen offen bleiben. Doch lassen Überlegungen allgemeiner Art die Meinung zu, das menschliche Leben dauere so lange fort, als sich seine lebenswichtigen Funktionen - zum Unterschied vom einfachen Leben der Organe - von sich aus oder auch mit Hilfe von künstlichen Mitteln bemerkbar machen. Eine gute Anzahl von solchen Fällen sind Gegenstand eines unlösbaren Zweifels und sind zu behandeln nach den rechtlichen und tatsächlichen Voraussetzungen, von denen Wir gesprochen haben«.

Bei den hier gestellten Fragen wird nicht zwischen Hirntod und tiefer Bewußtlosigkeit unterschieden. Auch ist heute der Ausdruck der zentralen Lähmung in der medizinischen Fachsprache von geringer Bedeutung.

Der Papst überläßt ganz bewußt dem zuständigen Arzt, den Augenblick des Todes eines Patienten, der in bewußtlosem Zustand stirbt, zu bestimmen. Im weiteren Verlauf unterscheidet er zwischen zwei verschiedenen Lebensformen. Einerseits spricht er vom menschlichen Leben, insofern sich lebenswichtige Funktionen bemerkbar machen, andererseits bezieht er sich auf das einfache Leben der Organe, und genau dieser Zustand fällt in der heutigen medizinischen Fachsprache unter die Bezeichnung des Hirntodes.

In den letzten Jahren haben sich weder Päpste noch die römische Kongregation für die Glaubenslehre eigens zum Hirntod geäußert. Sowohl Pius XII. als auch Johannes Paul II. haben sich, ausgehend von der substantiellen Einheit von Leib und Seele, stets über die metaphysische Dimension des Todes als Trennung von Leib und Seele geäußert. Die medizinische Feststellung des Todes wird von den Päpsten den Ärzten überlassen. 1989 sagte Johannes Paul II. bei einer Ansprache an die Teilnehmer des Kongresses der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften: »Die Wissenschaftler, die Forscher und die Gelehrten müssen ihre Forschungen und Studien weiterführen, um den genauen Augenblick und das unabweisbare Zeichen des Todes so genau wie möglich festzustellen«⁹⁵.

Wohl aber haben sich verschiedene Bischofskonferenzen und der Rat der Evangelischen Kirche zum Hirntod geäußert⁹⁶.

Für die Deutsche Bischofskonferenz und den Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland gilt: »Beim Hirntod stirbt das gesamte Gehirn vor allen übrigen Organen ab. Ihre Tätigkeit läßt

⁹⁵ Giovanni Paolo II, Ai partecipanti all'incontro promosso dalla Pontificia Accademia delle Scienze sulla »Determinazione del momento della morte«, in: Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, (Vaticana 1991) S. 1528.

⁹⁶ Vgl.: Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, a.a. O. S. 17f; National Conference of Catholic Bishops, Committee for Pro-Life Activities, in: Resource paper: »Definition of Death« Legislation (1983). Zitiert nach R. L. Barry, a.a. O. S.84; Recent Issues in Organ Transplants, A paper for the International Conference on Organ Transplantation and Organ Replacement Sponsored by the Evangelische Akademie in Germany, hrsg. von W. F. May und C. M. Maguire (Dallas 1989).

sich von da an noch eine Zeitlang künstlich aufrechterhalten, aber doch eben nur noch künstlich und ohne jede Aussicht auf eine Erholung des Gehirns. Daher heißt Hirntod vollständiger und bleibender Verlust der gesamten Hirntätigkeit unter den Bedingungen der Intensivbehandlung, einschließlich der künstlichen Beatmung...Die entscheidenden Untersuchungen müssen durch zwei Ärzte erfolgen, die nicht an einer später möglichen Organübertragung mitwirken dürfen. Der Hirntod wird auch festgestellt zur Beendigung einer zwecklos gewordenen Intensivbehandlung und ohne eine spätere Organspende. Der Nachweis des Hirntodes ist der Nachweis eines bereits bestehenden Sachverhalts, keine Beurteilung eines erst künftigen Krankheitsverlaufs, keine bloß rechtliche Todeserklärung. Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden... Nach dem Hirntod fehlt dem Menschen zugleich die integrierende Tätigkeit des Gehirns für die Lebensfähigkeit des Organismus: die Steuerung aller anderen Organe und die Zusammenfassung ihrer Tätigkeit zur übergeordneten Einheit des selbständigen Lebewesens, das mehr und etwas qualitativ anderes ist als eine bloße Summe seiner Teile. Hirntod bedeutet also etwas entscheidend anderes als nur eine bleibende Bewußtlosigkeit, die allein noch nicht den Tod des Menschen ausmacht.«

Problematisch bei dieser Formulierung ist die Behauptung: »Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden«, denn damit wird suggeriert, daß vor der Entwicklung des Gehirns keine Möglichkeit zum menschlichen Bewußtsein gegeben sei⁹⁷ und/oder daß das Ich allein mit Hirnfunktionen identifiziert werden könnte. Ebenfalls wird damit nahegelegt, daß das Gehirn der alleinige Sitz der Seele sei oder daß Person und Gehirn identisch seien. Doch all dies trifft nicht zu, wie wir bereits gezeigt haben.

Gehirn und Körper sind einzig und einmalig. Das Steuerungszentrum im Embryo sendet die nötigen Signale, damit die Proteinsynthese nach Maß funktioniert. Bei den Wirbeltieren spielt hier das Immunsystem eine entscheidende Rolle. Es trägt dazu bei, daß die Rohstoffe, die vom Organismus aufgenommen werden, zum eigenen Ich verarbeitet werden. Das Immunsystem ist ein wirkungsvoller Selbstverteidigungsmechanismus, der verhindert, daß fremde Körper eindringen, die die lebensnotwendige Einheit zerstören könnten⁹⁸.

Jede Zelle trägt den charakteristischen Aufdruck »made in myself«⁹⁹. Dieser Aufdruck wirkt als Filter und sorgt dafür, daß die Umwelt zum Gesamtwohl des »ich selbst« beiträgt. Meine Identität ist somit die Identität des ganzen und gänzlich individuellen Organismus. Wie sonst könnte ein Mann eine Frau lieben und nicht nur ihr Gehirn? Wie sonst könnten wir uns vom Zauber eines Lächelns angerührt wissen? Als Menschen dürfen wir nie bei der puren Anatomie oder der reinen Empirie stehen bleiben. Hinter einem Auge oder einem Lächeln verbirgt sich viel mehr als das bloß Augenfällige.

⁹⁷ Vgl. dazu das Kapitel: Symmetrie zwischen Hirntod und Hirnleben?

⁹⁸ Vgl.: A. Sonnenfeld, Gentechnologie: Herausforderung und Verantwortung, in: Arzt und Christ (1987) S. 14-43.

⁹⁹ Vgl.: J. Choza, Manual de Antropología Filosófica (Madrid 1988) S. 73.

Das soeben Gesagte führt uns zu der anthropologischen Einsicht, daß der Leib als ganzes von der Seele informiert wird. Das geistige Prinzip macht den Leib zu dem, was er ist, und aus dieser lebendigen Einheit ergibt sich, daß der menschliche Körper nicht einfach als Werkzeug, als Habe oder als Sache gelten darf, über die man beliebig verfügen dürfte. Die Päpste haben unermüdlich auf diese Gefahr hingewiesen¹⁰⁰. Sie drücken einerseits die Anerkennung und das Vertrauen auf die geleistete Arbeit der Transplantationsmedizin aus, andererseits geben sie die nötige Orientierung, um uns »vor leichtfertigen Lösungen oder solchen, die zur Lösung eines schwierigen Falles unter der Hand falsche Prinzipien einführen, zu bewahren«¹⁰¹.

»Wissenschaftliche Forschung und moralische Reflexion müssen im Geist der Zusammenarbeit Hand in Hand gehen. Wir dürfen nie die Würde der menschlichen Person aus den Augen verlieren, deren Wohl sowohl die Forschung als auch die Reflexion zu dienen haben und in der der Gläubige nichts weniger als das Bild Gottes selbst erkennt«¹⁰².

Ethische Bewertung

Das II. Vatikanum hat darauf hingewiesen, daß die Kirche selbst in ihrer lebendigen Beziehung zur Welt an der Erfahrung der Geschichte immerfort reifen muß. Deshalb könne sie nicht auf alle Fragen zeitlos gültige Lösungen geben¹⁰³.

Fragen nach Möglichkeiten und Grenzen ärztlichen Handelns lassen sich nur im Hinblick auf die medizinischen Gegebenheiten beantworten. Die Möglichkeiten haben sich enorm vermehrt, aber die alte Frage nach dem Wohl des Patienten bleibt als Dauerbrenner bestehen. Deshalb muß der Arzt, bevor er die Notwendigkeit seines medizinischen Eingreifens beurteilen und entscheiden kann, die Frage nach der Möglichkeit seiner Hilfe beantwortet haben. Wann ist eine Organverpflanzung als eine Hilfe für den Empfänger anzusehen und demzufolge moralisch erlaubt und ist moralische Sicherheit bei der Feststellung der Hirntodkriterien gegeben?

1. Organtransplantationen

Die Moraltheologie erhebt keine prinzipiellen Bedenken gegen die Zulassung von lebenden und verstorbenen Spendern. Bei der ethischen Bewertung der Organtransplantation sind drei Hauptaspekte zu berücksichtigen¹⁰⁴:

¹⁰⁰ Vgl.: Giovanni Paolo I, Difesa della vita umana e progressi della chirurgia. Il Papa ai partecipanti al congresso sui trapianti, in: L'Osservatore Romano vom 6.9.1978 S. 1f: »Nous nous contentons aujourd'hui de vous exprimer nos félicitations et notre confiance, pour l'immense travail que vous mettez au service de la vie humaine, afin de la prolonger dans les meilleures conditions. Tout le problème est d'agir dans le respect de la personne et de ses proches, qu'il s'agisse des donneurs d'organes ou des bénéficiaires, et de ne jamais transformer l'homme en objet d'expérience«.

¹⁰¹ Vgl.: Giovanni Paolo II, a.a. O. (1991) S. 1528.

¹⁰² Ebda. S. 1528.

¹⁰³ Vgl.: II. Vatikanum, Die pastorale Konstitution über die Kirche in der Welt von heute »Gaudium et spes«, Nr. 43.

¹⁰⁴ Vgl.: E. Sgreccia, M. L. Di Pietro, G. Fasanella, I trapianti d'organo e di tessuti sull'uomo: aspetti etici, in: Trapianti d'organo, hrsg. von A. Bompiani und E. Sgreccia (Milano 1989) S. 134f.

1. Achtung vor dem Leben
2. Wahrung der personalen Identität
3. Wahrung des freien und informierten Konsenses

Zu 1.: Die moralische Erlaubtheit wird allgemein durch das Ganzheitsprinzip¹⁰⁵ legitimiert. Es besagt, daß der Teil um des Ganzen willen da ist und darum das Wohl des Teiles dem des Ganzen untergeordnet bleibt¹⁰⁶. Ein Organ kann verstümmelt oder seine Funktion unterdrückt werden, wenn a) der Eingriff dem Wohl des ganzen Organismus dient; b) keine andere schonendere Maßnahme bekannt ist; c) die aktuelle Notwendigkeit ärztlich erwiesen ist. Dieses Prinzip ist überall dort anwendbar, wo und insoweit ein Teil-Ganzes-Verhältnis vorliegt. Es rechtfertigt direkte Eingriffe in die Integrität des Patienten. Diese Eingriffe sollen dem Gesamtwohl der Person, nicht nur dem leiblichen Wohl dienen¹⁰⁷.

1.1. Erlaubtheit auf Seiten des lebenden Spenders¹⁰⁸. Kein Mensch ist zu einer Organspende verpflichtet. Mit der Lebendspende ist die Gefahr eines Organhandels verbunden. Um sie für Deutschland auszuschließen, haben sich die hiesigen Transplantationszentren verpflichtet, Lebendspenden grundsätzlich nur unter Verwandten durchzuführen¹⁰⁹.

1.2. Erlaubtheit auf Seiten des toten Spenders. Alle Hirntodkriterien müssen mit Sicherheit von zwei Ärzten festgestellt werden, die nicht an einer später möglichen Organübertragung mitwirken dürfen. Der Gebrauch von Organen Verstorbener zu Transplantationszwecken entspricht grundsätzlich der Würde des Leichnams, denn sie werden für eine Heilung oder ggf. Lebensrettung verwendet. Weil die Seele substantielle Form des Leibes ist¹¹⁰, ist die Trennung von Leib und Seele als Zerstörung der Person¹¹¹ zu verstehen. Der Leichnam ist somit keine Person mehr und im eigentlichen Sinn kein Subjekt mehr von Rechten¹¹². Allerdings ist der Leichnam keine bloße Sache, sondern etwas Wert- und Würdevolles. Der Leichnam ist konstituti-

¹⁰⁵ Nach Sgreccia wird dieses Prinzip auch »therapeutisch« benannt, weil es in der medizinischen Praxis häufige Anwendung findet. Vgl.: E. Sgreccia, *Manuale di Bioetica* (Roma 1986) S. 275.

¹⁰⁶ Vgl.: Pius XII., *Die sittlichen Grenzen der ärztlichen Forschungs- und Behandlungsmethoden*, Ansprache vom 14. September 1952, in: *Grundfragen der ärztlichen Ethik*, hrsg. vom St. Lukas-Institut für ärztliche Anthropologie (Köln 1953) S. 18f.

¹⁰⁷ Vgl.: Pius XII., *Der Arzt und das Recht*, Ansprache vom 11. September 1956, in: *Grundfragen der ärztlichen Ethik*, a.a. O. S. 5-19.

¹⁰⁸ Hier wird die moralische Problematik der Transplantation von Embryonalgewebe ausgeklammert. Die Zentralfrage wäre, ob man die anerkannten Kriterien der Organtransplantation ohne weiteres auf den Embryo als »Spender« anwenden kann. Insbesondere wird die Verwendung von Gewebe vorsätzlich abgetriebener Embryonen von vielen mit Bedenken gesehen. Vgl. Ch. Bockamp, a.a. O. S. 12f. Siehe auch A. Fine, *The ethics of fetal tissue transplants*, in: *Hastings Center Report* 18 (1988) S. 5-8.

¹⁰⁹ Vgl.: *Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*, a.a. O. S. 14.

¹¹⁰ Vgl.: Thomas, *Summa theologiae*, III, q.2., a.5, ad 3 und q.5, a.3, ad 2; *Summa contra gentiles*, II, c.57.

¹¹¹ Vgl.: Thomas, *Summa contra gentiles* II, c.51: »Omnis enim corruptio est per separationem formae a materia: simplex quidem corruptio per separationem formae substantialis; corruptio autem secundum quid per separationem formae accidentalis«.

¹¹² Vgl.: Thomas, III, a.4, c.: *Pertinet autem ad veritatem mortis hominis quod per mortem desinat esse homo: mors enim hominis provenit ex separatione animae, quae complet rationem hominis«.*

ver, nicht instrumenteller Bestandteil der Person gewesen und ist für die Auferstehung bestimmt. Aus dem Schöpfungsglauben folgt, wie Ratzinger sagt¹¹³, daß die Ganzheit und Einheit der Person, die sich in unserem leibhaftigen Leben zeitigt, gerettet wird. Deshalb ist auch das Geschöpf von seinem Wesen her in einer Relation geschaffen, die Unzerstörbarkeit einschließt¹¹⁴. Daraus folgt, daß die Explantation nicht zu einer mutwilligen, die Pietät verletzenden Verunstaltung der Leiche führen darf. Eine sachgemäße Explantation von Organen verletzt jedoch weder die Würde des Verstorbenen noch die Ruhe des Toten¹¹⁵.

Zu 2.: Hier handelt es sich um die utopische Vorstellung von Rumpf- und Kopf-Transplantation oder die technisch nicht so aufwendige Transplantation von Fortpflanzungsorganen wie etwa der Eierstöcke¹¹⁶, Hoden oder endokrinen Drüsen wie etwa die Hypophyse. Ein Eingriff ist hier zu hinterfragen, wenn durch die »lebensrettende« Transplantation lediglich eine biologische Überlebensfähigkeit garantiert wird. Bereits Pius XII. hatte auf medizinische Eingriffe hingewiesen, die zwar den physischen Schaden positiv beeinflussen könnten, »aber gleichzeitig zu einer beträchtlichen Verminderung der Freiheit, also der menschlichen Persönlichkeit in ihrer typischen und charakteristischen Funktion führen«. »Der Mensch wird auf die Ebene eines rein sensitiven Wesens mit erworbenen Reflexen reduziert oder gar zu einem lebenden Automaten gemacht. Das Moralgesetz kann eine solche Umkehrung der Werte nicht dulden«¹¹⁷.

Zu 3.: 3.1. Auf seiten des lebenden Spenders. Da die Organentnahme für den Spender keinen Heileingriff darstellt, werden an die Einwilligung besonders strenge Anforderungen gestellt¹¹⁸.

3.2. Auf seiten des toten Spenders. Hier können sich verschiedene Modelle ergeben:

a) Fehlt es an einer ausdrücklichen Zustimmung oder Ablehnung des Spenders zu Lebzeiten, ist die Organentnahme erlaubt, wenn die Zustimmung der nächsten

¹¹³ Vgl.: J. Ratzinger, Eschatologie - Tod und ewiges Leben, in: J. Auer und J. Ratzinger, Kleine Katholische Dogmatik IX (Regensburg 1977) S. 133: »Die Materie als solche kann nicht der Konstanz-Faktor im Menschen sein: Sie ist auch während des irdischen Lebens in steter Umbildung begriffen. Insofern ist eine Dualität, die die Konstante von den Variablen unterscheidet, unerläßlich und einfach von der Logik der Sache her gefordert. Die Unterscheidung zwischen Seele und Leib ist aus diesem Grund unverzichtbar. Aber diese Dualität ist in der christlichen Überlieferung immer konsequenter -abschließend bei Thomas und im Konzil von Vienne-, so bedacht worden, daß sie nichts von Dualismus an sich trägt, sondern eben erst die Würde und die Einheit des Menschen zum Vorschein bringt. Auch im ständigen »Aufgeriebenwerden« des Leibes ist es doch der eine Mensch, der ganze Mensch, der auf die Ewigkeit zugeht und als Gottes Geschöpf im leibhaftigen Leben reift für das Schauen von Gottes Angesicht«.

¹¹⁴ Ebda. S. 130.

¹¹⁵ Vgl.: Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, a.a.O. S. 21.

¹¹⁶ Niedermeyer berichtete 1951 von einem befruchtungsfähigen Ovar einer Farbigen, das einer Weißen eingepflanzt wurde, die mit einem Weißen verheiratet war und ein Mulattenkind geboren habe. Dadurch entstehen unübersehbare eugenische Probleme. Vgl.: A. Niedermeyer, Handbuch spezieller Pastoralmedizin IV (Wien 1951).

¹¹⁷ Vgl.: Ansprache 14. September 1952, a.a. O. S. 10f.

¹¹⁸ Vgl.: Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, a.a.O. S. 13.

Angehörigen vorliegt. Sie sollen nicht ihre eigene Einstellung zur Organspende zum Ausdruck bringen, sondern dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zur Geltung verhelfen¹¹⁹. Dieses Modell, auch »erweiterte Zustimmungslösung«¹²⁰ genannt, entspricht dem geltenden deutschen Recht und wird auch in den Niederlanden, Großbritannien, Dänemark und Schweden gehandhabt.

b) Nach der »engen Zustimmungslösung« ist eine Organentnahme nur dann zulässig, wenn der Verstorbene selbst zu Lebzeiten seine Einwilligung in die Organentnahme erklärt hat. Sie wird in keinem Land angewendet¹²¹.

c) Die »Informationslösung« legt den Hauptakzent auf die gezielte Unterrichtung über die Transplantationsabsicht und die Einbeziehung der Familie in den Entscheidungsprozeß. Die Explantation darf nicht vorgenommen werden, wenn die Angehörigen der Entnahme widersprechen. Im Unterschied zur erweiterten Zustimmungslösung müssen die Angehörigen aber keine ausdrückliche Entscheidung treffen. Vielmehr können sie Informationen über die Organexplantation auch ohne Stellungnahme zur Kenntnis nehmen. Beim Ausbleiben eines Widerspruchs der Angehörigen ist die Organentnahme zulässig¹²².

d) Umstritten ist die sog. »Widerspruchslösung«¹²³. Nach dieser gesetzlichen Regelung ist die Organentnahme unzulässig, wenn den Ärzten eine Erklärung vorliegt, mit der der Verstorbene oder, vor dessen Tod, sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat. Hier wird der Wille der Verwandten nicht berücksichtigt. Entscheidend für die ethische Legitimierung ist das Vorliegen einer Notstandslage. Besteht für den Organempfänger eine akute und nicht anders abwendbare Lebensgefahr? Die Leiche ist etwas Wert- und Würdevolles, eine »res sacra« und nicht bloß eine »res communitatis«¹²⁴. Dennoch könnte das große Opfer, das bisweilen von den Lebenden aus Solidaritätsgründen verlangt wird, ggf. auch für die Leiche in Erwägung gezogen werden. Denn steht der Tod einmal fest, so verschwindet der offensichtliche Konflikt zwischen der Pflicht, das Leben einer Person

¹¹⁹ Vgl.: H. Forkel, Verfügungen über Teile des menschlichen Körpers, in: Juristen-Zeitung 19 (1974) S. 599: »Fehlt eine Willensäußerung, entscheiden für den Toten die Angehörigen. Ihnen ist die Befugnis primär deswegen übertragen, weil von ihnen am ehesten zu erwarten ist, daß sie den Willen der Dahingegangenen treffen und verwirklichen«.

¹²⁰ Vgl. G. Wolfslast und H. Smit, Argumente für die Zustimmungslösung zur Regelung von Organentnahmen, in: Ethik in der Medizin 4 (1992) S. 191-194.

¹²¹ Ebda. S. 191.

¹²² Vgl.: E. Nagel und R. Pichlmayr, Transplantationsgesetzgebung: Informationslösung als sinnvoller Kompromiß?, in: Ethik in der Medizin 4 (1992) S. 195-198.

¹²³ Vgl.: R. Margreiter, Die Widerspruchslösung zur Regelung von Organentnahmen in Österreich aus der Sicht eines Transplantationschirurgen, in: Ethik in der Medizin 4 (1992) S. 185-190; H. P. Westermann, Zur Rechtsfindung im medizinisch-juristischen Grenzbereich, in: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht 12 (1973) S. 617: »Der Arzt, der die Transplantation nach sorgfältiger Prüfung für geboten und genügend aussichtsreich hält, darf sie vornehmen. Er braucht sich nicht darauf einzulassen, von den Angehörigen die Zustimmung zu erleben oder sie – was oft befürchtet wird – zu erkaufen«. Laufs dagegen mißbilligt diese Vorgehensweise als Übergehung der hinterbliebenen Angehörigen. Vgl.: A. Laufs, Fortschritte und Scheidewege im Arztrecht, in: Neue Juristische Wochenschrift 25 (1976) S. 1126.

¹²⁴ Vgl.: E. Sgreccia, M. L. Di Pietro, G. Fasanella, a.a.O. S. 141.

zu achten, und der anderen Pflicht, sich für das Leben einer anderen Person einzusetzen und es eventuell sogar zu retten¹²⁵.

2. Sichere Feststellung des Todes.

Hier liegt der Kern des Problems. Der Hirntod muß mit moralischer Sicherheit festgestellt werden. Jeder Zweifel der Gegebenheit sämtlicher Kriterien ist auszuschließen. Nur dann gilt der Hirntod als der Tod des Menschen.

Jeder Eingriff, der etwa im Rahmen einer Forschung zu Transplantationszwecken, und sei sie noch so vielversprechend, »direkt« das menschliche Leben abbricht, muß aufgegeben werden¹²⁶. Dies wäre dann der Fall, wenn die Organexplantation bei einem Patienten erfolgt, bei dem die Hirntodkriterien nicht mit moralischer Sicherheit festgestellt wurden. Die Ausdrücke »direkt« und »indirekt« beziehen sich auf die Folgen, die mit einer Handlung untrennbar verbunden sind. »Direkte« und »indirekte« Folgen, sind von unterschiedlicher Qualität¹²⁷. Im ersten Fall sind die Handlungsfolgen gewollt, im zweiten Fall sind sie nicht gewollt. Für beide trägt man nicht die gleiche Verantwortung. Es besteht ein moralischer Unterschied, ob bei einem korrekt durchgeführten chirurgischen Eingriff aufgrund unerwarteter Komplikationen der Patient stirbt oder ob der Tod absichtlich herbeigeführt wird, um ggf. das Leben eines anderen Patienten mittels Organtransplantation zu retten. Im ersten Fall ist der Tod die Folge des »voluntarium indirectum«, im zweiten Fall ist der Tod die Folge des »voluntarium directum«.

Es besteht auch ein moralischer Unterschied, ob bei einem chirurgischen Eingriff durch schuldhafte Fahrlässigkeit (etwa wenn eine Organexplantation bei einem mutmaßlichen Hirntoten vorgenommen wird, bei dem aus Nachlässigkeit die notwendigen Hirntodkriterien nicht vollständig festgestellt und dokumentiert wurden) ein Patient stirbt, oder ob der Tod aufgrund unerwarteter Komplikationen eintritt. Im ersten Fall ist man für den Tod verantwortlich. Man spricht in diesem Zusammenhang vom »voluntarium in causa«. Man hat den Tod zwar nicht vorausgesehen, hätte ihn aber voraussehen können und sollen¹²⁸.

Im zweiten Fall ist der Tod erneut die Folge des »voluntarium indirectum«. Dies wäre auch dann der Fall, wenn ein Ärzteteam alle Hirntodkriterien nach der angemessenen Zeit mit Sicherheit festgestellt hat, d.h. jeder Zweifel an dem realen Tod des Menschen ausgeräumt wurde, und beispielsweise ein rein theoretischer Zweifel nach der Entfernung des Beatmungsgerätes aufgrund etwa des Auftretens bestimmter spinaler motorischer Reaktionen, die von einem unerfahrenen Arzt oder

¹²⁵ Vgl.: Giovanni Paolo II, a.a.O. S.1528.

¹²⁶ Ebda. S. 1528.

¹²⁷ Vgl.: A. Sonnenfeld, Über die Sittlichkeit ärztlichen Tuns am Beispiel der sogenannten direkten und indirekten Tötung, in: Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, hrsg. von J. Bonelli (Wien, New York 1992) S. 175-195.

¹²⁸ Vgl.: M. Rhonheimer, Natur als Grundlage der Moral (Innsbruck, Wien 1987) S. 354.

Krankenpfleger fehlgedeutet wurden¹²⁹, übriggeblieben ist. Theoretische Zweifel beruhen oft auf mangelnder fachlicher Kenntnis der medizinischen Gegebenheit. Daher die Notwendigkeit, daß die vollständige Feststellung und Dokumentation der Kriterien des Hirntodes von Experten durchgeführt wird, die über eine reichhaltige Erfahrung verfügen.

Anders zu bewerten sind jene möglichen Zweifel »in causa«, d.h. Zweifel, die aus vermeidbarer Verantwortungslosigkeit und deshalb schuldhafter Nachlässigkeit eintreten, wenn beispielsweise die erforderliche Beobachtungszeit nicht eingehalten wurde. Solche Zweifel müssen nach dem tutoristischen Prinzip ausgeschlossen werden.

Noch so wahrscheinliche Prognosen »ante mortem« können niemals und unter keinen Umständen eine sichere Diagnose »post mortem« ersetzen. Wo das Leben des Menschen auf dem Spiel steht, muß jeder Zweifel vor einer Todeserklärung ausgeräumt sein. Diese tutoristische Einstellung ergibt sich zwingend aus der Achtung vor der unantastbaren Würde des gottebenbildlichen Menschen¹³⁰. Insofern sind auch Organentnahmen bei Patienten, bei denen die Funktion der Hirnrinde, nicht aber die des Hirnstammes zerstört ist, - siehe den Abschnitt über die Kortikaltodthesen - nicht erlaubt, denn sie erfüllen nicht die Hirntodkriterien. Mag sein, daß bei einigen Patienten mit apallischem Syndrom, mit persistierendem vegetativen Status oder bei einigen Anenzephalen der Tod bereits vor Feststellung aller Hirntodkriterien eingetreten ist, dennoch, weil uns derzeit die moralische Sicherheit in solch kritischen Situationen fehlt, sind Organexplantationen abzulehnen. Auch wenn Shewmon¹³¹ bewiesen hat, daß gegenwärtig anenzephal Neugeborene als Organspender medizinisch kaum in Betracht kommen, ist entscheidend für die moralische Ablehnung dieser Eingriffe die allgemeine Gültigkeit der Maxime: »niemals die direkte Tötung eines Unschuldigen als Mittel zu einem anderen Zweck zu wählen«¹³².

Indessen wurden immer wieder Stimmen laut, die für eine Eingrenzung der Hirntodkriterien auf die höheren Hirnstrukturen plädieren, die aber auch zum Teil das fünfte Gebot des Dekalogs in Frage stellen. Der Arzt dürfe nach Ruff einen Moribunden vorzeitig töten, wenn er damit ein anderes Leben retten könne. Die so begründete Lebensverkürzung wäre nicht willkürlich. Denn die eigentliche Absicht

¹²⁹ Vgl.: G. Schwarz, a.a.O. S.17f.: »In die Reihe spinaler motorischer Phänomene werden auch jene eingeordnet, die nach Diskonnektion vom Respirator auftreten; ihr Erscheinen erfolgt nach ca. 4-8 min im Anschluß an die Beendigung der maschinellen Beatmung. Diese spinalen motorischen Reaktionen nach Diskonnektion vom Beatmungsgerät nehmen unterschiedliche Erscheinungsformen an: »Lazaruszeichen« mit kopfwärts gerichteten Beugebewegungen der oberen Extremität; Vorübergehende Steigerung der Muskeldehnungsreflexe; Aufrichten des Oberkörpers nach Kreuzen der Arme vor dem Brustkorb; mehrfach aufeinanderfolgende Dorsalflexionsbewegungen im Sprunggelenk wie auch wiederholte Flexion im Hüftgelenk«. Vgl. auch: Forum für Katholische Theologie 9 (1993) S. 311f. Rezension von H. Thomas (Hg.), Menschlichkeit der Medizin (Herford 1993).

¹³⁰ Vgl.: J. Ziegler, Moraltheologische Überlegungen zur Organtransplantation, in: Scripta theologica 1 (1969) S. 183. Siehe auch E. Sgreccia, M. L. Di Pietro, G. Fasanella, a.a.O. S. 148.

¹³¹ Vgl.: D. A. Shewmon, Anencephaly: Selected Medical Aspects, in: Hastings Center Report 18 (1988) S. 11-19.

¹³² Vgl.: Röm. 3,8 in abgewandelter Form: »Man darf nie sittlich Schlechtes tun, um ein Gut zu erwirken«.

des Arztes sei es, einem Menschen das Leben zu erhalten, der noch eine reelle Chance auf eine Zukunft hat¹³³. Ruff beruft sich für seine Thesen auf eine falsche Interpretation des Prinzips der Doppelwirkung, die ihre moralische Legitimation im wesentlichen vom »entsprechenden Grund« bezieht¹³⁴.

Was aber die moralische Qualität einer Handlung bestimmt, wenn es darum geht, den Todeszeitpunkt in Hinblick auf eventuelle Transplantationszwecke festzustellen, ist nicht der »entsprechende Grund«, daß mit den gewonnenen Organen ein Leben gerettet werden kann, sondern daß derjenige, bei dem die Organe entfernt werden, tot ist. Insofern würde man das Prinzip der Doppelwirkung falsch anwenden, wenn man von der paulinischen Maxime absieht: »Non sunt facienda mala ut eveniant bona«, wenn also die direkte Tötung bei der Organexplantation als Mittel zur Erreichung der guten Folge dient.

Das Prinzip der Doppelwirkung setzt einerseits allgemeingültige Prohibitive voraus, wonach bestimmte Handlungen, etwa das direkte Töten eines unschuldigen Menschen, in sich schlecht sind. Andererseits können aber Handlungen dieselben Folgen haben, etwa den Tod eines Menschen, ohne daß ein solcher Prohibitiv ver-

¹³³ Vgl.: W. Ruff, Organverpflanzung. Ethische Probleme aus katholischer Sicht (München 1971) S.124. Siehe auch J. Fletscher, When are you really dead?, in: Newsweek vom 18.12.1967, S. 53: »Speeding up a donor's death, when death is positively inevitable, may be justified if the transplant provides another human with valuable life«.

¹³⁴ Die philosophische Tradition spricht von der Handlung mit Doppelwirkung um Nebenwirkungen einer willentlichen Handlung zu legitimieren. Die Moraltheologie entwickelte vier Bedingungen, unter denen eine voraussehbare schlechte Folge in Kauf genommen werden kann:

- 1) wenn die Handlung selbst sittlich gut oder zumindest indifferent ist,
- 2) wenn die böse Folge gleich unmittelbar der Handlung entspringt, also nicht als Mittel zur Erreichung der guten Folge dient,
- 3) wenn der Handelnde nur die gute Folge intendiert, die schlechte dagegen vorhersieht, aber nicht intendiert, sondern lediglich zuläßt,
- 4) wenn mit der guten bzw. indifferenten Handlung ein wichtiges Gut angestrebt wird, das nicht ohne gleichzeitige Zulassung der schlechten Folge erreicht werden kann und das in einem vertretbaren Verhältnis zur schlechten Folge steht. Vgl.: J. T. Mangan, An Historical Analysis of the Principle of Double Effect, in: Theological Studies 10 (1949) S. 43.

Ruff kommt zu seiner Aussage indem er sich vornehmlich auf die von Knauer vorgenommene Interpretation über das Prinzip mit Doppelwirkung stützt. Vgl.: P. Knauer, Das rechtverstandene Prinzip von der Doppelwirkung als Grundnorm jeder Gewissensentscheidung, in: Theologie und Glaube 57 (1967) S. 107-133. Entscheidend für das Prinzip der Doppelwirkung sei nach Knauer ein dem Ziel angemessener bzw. »entsprechender Grund«. Dieser würde ausreichen um die moralische Qualität der Handlung zu bestimmen. Folgerichtig wären Tod oder Irrtum nur dann Mord oder Lüge, wenn sie nicht durch einen »entsprechenden Grund« veranlaßt wären. Vgl.: P. Knauer, a.a.O. S 116f. Die Moralität wird somit auf das Abwägen zwischen physischen Gütern reduziert. Man darf also direkt ein physisches Übel verursachen, wenn ein »entsprechender Grund« vorliegt. Auch andere Autoren wie etwa Janssens, Fuchs, Korff, Peschke oder Scholz plädieren, wenn auch nicht mit den gleichen Argumenten und Überlegungen, für eine letztlich entstellende Abschwächung des Prinzips mit Doppelwirkung. So betrachtet beispielsweise Peschke nur die dritte und vierte Bedingung des Prinzips als notwendig. Die Verursachung einer schlechten Wirkung wäre dann erlaubt, wenn die Absicht des Handelnden gut sei und wenn ein hinreichender Grund vorläge, um das geringe Übel zu wählen. Vgl.: K. H. Peschke, Tragfähigkeit und Grenzen des Prinzips der Doppelwirkung, in: Studia Moralia 26 (1988) S. 113. Wenn man aber von der ersten und zweiten Bedingung des Prinzips mit Doppelwirkung absieht, dann wäre damit die direkte Tötung eines Menschen zu Transplantationszwecken legitimiert.

letzt würde. Dies wäre dann gegeben, wenn sie gleich unmittelbar der Handlung entspringen, also nicht als Mittel zur Erreichung der guten Folge dienen. Bei Organtransplantationen von einem Moribunden¹³⁵ zu einem anderen Patienten wird jedoch diese Bedingung nicht erfüllt, denn die Heilung oder Lebensrettung des Organempfängers gelingt erst durch die Organexplantation und damit Tötung des Moribunden. Dies kann auch nicht, wie Ruff es tut¹³⁶, als »nur indirekt gewollt« verstanden werden.

Jeder kausale Zusammenhang zwischen dem Eingriff beim Moribunden – Organexplantation, die den Tod des Betroffenen unmittelbar zur Folge hat – und der Organverpflanzung ist auszuschließen. Deshalb sollen ja auch zwei unterschiedliche Ärzteteams den Todeszeitpunkt feststellen und die Organverpflanzung durchführen, gerade um jeden Verdacht zu vermeiden, den Tod aus Interessensgründen vorzulegen. Beide Eingriffe können auch nicht als eine einzige Handlung verstanden werden¹³⁷. Vielmehr handelt es sich hier um zwei Handlungen mit zwei verschiedenen objektiven Sinngehalten¹³⁸.

Ruff beruft sich zuunrecht für seine Thesen auf das Prinzip der Doppelwirkung, denn dieses Prinzip bezieht sich lediglich auf Einzelhandlungen, aus denen unmittelbar zwei Wirkungen hervorgehen können. Demselben Patienten, an dem der Arzt handelt, soll der Erfolg des Eingriffs zugute kommen, ohne daß ein Mißerfolg auszuschließen ist. Somit können schwierige Konfliktfälle gelöst werden, wie etwa die Verabreichung von Analgetika an einen todkranken Patienten, um seine Schmerzen zu vermindern. Die Handlung des Arztes ist hier auf die Schmerzlinderung ausgerichtet und nicht auf die Lebensverkürzung, obwohl diese Nebenwirkung durchaus eintreten kann. Ähnlich verhält es sich mit der Unterbrechung bei bestimmten Fällen (ärztlicher Indikation) von Wiederbelebungsmaßnahmen¹³⁹, auch wenn diese Handlung zu einem Kreislaufstillstand führt. Diese Handlung ist nicht mit unterlassener Hilfeleistung gleichzusetzen¹⁴⁰.

¹³⁵ Nach Ruff dürfe man ein lebensnotwendiges Organ bei einem Patienten entfernen, bei dem aufgrund ausreichender ärztlicher Erfahrung sicher ist, daß der Hirntod des Patienten in nächster Zeit eintreten wird. Vgl.: W. Ruff, a.a.O. (1971) S. 124.

¹³⁶ Ebda. S. 124.

¹³⁷ Verschiedene Autoren haben die zwei Eingriffe als eine einzige Handlung interpretiert. Somit könne man das Ganzheitsprinzip heranziehen, das ja bekanntlich einen direkten Eingriff in die körperliche Integrität rechtfertigt. Vgl.: A. Regan, Man's administration of his bodily life and members, the principle of totality and organic transplants between living humans, in: *Studia Moralia* 5 (1967) S. 179-200. Andere Autoren sehen keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Beziehungen Mutter - Kind und Spender - Empfänger. Genauso wie der Geburtshelfer sich für die Mutter und gegen das Kind entscheiden dürfe, so könne sich der Chirurg bei einer möglichen Herztransplantation für das Leben des Empfängers entscheiden, vorausgesetzt, daß das Leben des Empfängers mit gleicher Wahrscheinlichkeit wie das der Mutter gerettet werden kann. Vgl.: W. Ruff, a.a.O. (1971) S. 122.

¹³⁸ Vgl.: A. Sonnenfeld, a.a.O. (1992) S. 184f.

¹³⁹ Vgl.: Pius XII., a.a. O. (1958) S. 10.

¹⁴⁰ Dennoch tragen wir nicht nur für das gewollt Hervorgebrachte, sondern auch für die Nebenwirkungen Verantwortung. Sonst wäre so etwas wie ein »Freibrief« für schwierige Fälle gegeben. Deshalb hat Anscombe zurecht präzisiert, daß der Beitrag des Prinzips mit Doppelwirkung eher bescheiden ist, denn es schließt nicht aus, daß die schlechte Nebenwirkung Schuld zur Folge hat, sondern lediglich, daß unter bestimmten Bedingungen nicht notwendigerweise Schuld verursacht wird. Vgl.: E. Anscombe, *Action*,

Das Prinzip mit Doppelwirkung kann aber nicht auf die Feststellung des Todeszeitpunktes zu Transplantationszwecken angewendet werden, denn hier handelt es sich um zwei getrennte Handlungen. Die sichere Feststellung des Todes bezieht vielmehr ihre moralische Legitimation vom tutoristischen Prinzip.

Wenn sich nun die Frage nach der Möglichkeit der Organentnahme oder nach den Grenzen der Wiederbelebung stellt, sollte weder gefragt noch suggeriert werden, daß ein Patient sterben soll. Vielmehr kann eine mögliche Organexplantation nur erlaubt sein, wenn die folgenden Fragen bejaht werden: Ist der Patient tot? Wurden die notwendigen Hirntodkriterien im Rahmen ärztlicher Hilfe und Pflege vollständig und ohne Zweifel festgestellt und dokumentiert?

Bei der Frage nach den Grenzen der Wiederbelebung sollte die Antwort auf die erste Frage in Zusammenhang gesehen werden mit der zweiten Frage: Liegt eine medizinische Indikation vor, die besagt, daß weitere lebenserhaltende Maßnahmen nur noch den Sterbeprozess verlängern? Die Antwort der Kirche unterscheidet zwischen »verhältnismäßigen« und »unverhältnismäßigen« Mitteln¹⁴¹, die immer patientenorientiert abgewogen werden sollen. Die Anwendung bestimmter außergewöhnlicher Mittel kann man abbrechen, wenn das Ergebnis die auf sie gesetzte Hoffnung nicht rechtfertigt¹⁴². Daraus wird erneut deutlich, daß menschliche Handlungen nicht bloß als mechanische Vorgänge betrachtet werden dürfen, die allein durch nachträgliche Abwägung als gut oder böse deklariert werden. Um sittliche Handlungen richtig zu beurteilen, muß vielmehr die Totalität der Handlung betrachtet werden. Dies ermöglicht bei Entscheidungskonflikten ein gutes menschliches Urteil.

Letzten Endes sind nicht Handlungen gut, sondern Menschen. Deshalb hängt das Gute von der Eigenart dessen ab, der sich in der konkreten Situation befindet. Wie weit geht hier das Fürsorgeprinzip? Wird es dem Prinzip: »Du sollst nicht töten« untergeordnet? Wozu bin ich in der konkreten Situation verpflichtet? Wozu bin ich legitimiert? Die Angemessenheit der Antwort darf nicht von Statistiken abhängig gemacht werden.

Um den persönlichen Anforderungen einer gediegenen Krankenbehandlung oder einem ärztlichen Entscheidungskonflikt gerecht zu werden, brauchen wir bestimmte Dispositionen zum Gut-Handeln, die wir auch Tugenden nennen. Im klassischen Verständnis der Tugend geht es nicht vorwiegend um Tun oder Lassen, um Dürfen oder Nichtdürfen, sondern um die Vervollkommnung des eigenen Menschseins. Die ärztliche Berufsethik befaßt sich, wie Pellegrino treffend sagt, »eher mit der Art von Persönlichkeit, die der Arzt sein sollte, als mit der Lösung eines spezifischen bioethischen Dilemmas oder Puzzles«¹⁴³.

intention and »double effect«, in: *Proceedings of the American Catholic philosophical Association* 54 (1982) S. 21. Ähnlich drückt sich Boyle aus. Vgl.: J. Boyle, Who is entitled to double effect?, in: *The Journal of Medicine and Philosophie* 16 (1991) S. 489: »For my justification applies only when there is a situation of what might be called 'moral impossibility', that is, a situation in which one lacks the capacity to prevent the harmful side effect from occurring«.

¹⁴¹ Vgl.: Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie, in: *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* 20, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Bonn 1980) S. 11.

¹⁴² Ebda. S. 12.

¹⁴³ Vgl.: E. D. Pellegrino, Einleitung: Die medizinische Ethik in den USA - Die Situation heute und die Aussichten für morgen, in: *Bioethik in den USA*, hrsg. von H. M. Sass (Berlin u.a. 1988) S. 2.