

Die entscheidende Frage für die  
weitere Intensivbehandlung und Organentnahme aus  
ethisch-medizinischer Sicht:  
|| Ist der Hirntod der Tod des ganzen Menschen?

Von Joachim Piegsa, Augsburg

Selten wird ein Beruf so oft mit ethischen Fragen konfrontiert wie der Beruf des Arztes. Der Arzt hat nämlich mit Menschen in Grenzsituationen zu tun: mit Kranken, Sterbenden und mit Toten.

Die ethische Sicht, um die es in diesem Vortrag geht, ist die Sicht der allgemein verbindlichen Ethik, die man als ärztliche Ethik bezeichnet, sofern sie auf konkrete medizinische Fragen angewandt wird, hier auf den Hirntod und die damit verbundenen Fragen ärztlichen Handelns. Die ärztliche Ethik ist somit keine Sonderethik, sondern die Anwendung der allgemeinen ethischen Normen auf einen bestimmten Lebens- und Handlungsbereich.

Nicht sehen wird heute die Meinung vertreten, dass die Ethik, die das menschliche Verhalten verbindlich regelt, einem steten Wandel unterliege. Das ist ein verhängnisvoller Irrtum. *Der Mensch bleibt nämlich in seinem Wesen derselbe, daher auch die recht verstandene Ethik, denn sie hat den Schutz der Würde des Menschen sowie seines Lebensrechts zur obersten Aufgabe. Würde und Lebensrecht sind die beiden Grundwerte, die unbedingt zu schützen sind! Diesem Ziel dienen zwei Grundnormen ärztlichen Handelns.*

1. »*Nil nocere! Salus aegroti suprema lex!*« – zwei Grundnormen  
ärztlichen Handelns

Ein überzeugendes Beispiel für die Unveränderlichkeit der Ethik ist der Eid des griechischen Arztes Hippokrates aus dem 5.–4. Jh. v. Chr.: »*Ich werde die Grundsätze der Lebensweise nach bestem Wissen und Können zum Heil der Kranken anwenden, dagegen nie zu ihrem Verderben und Schaden!*«<sup>1</sup> Der Grundsatz »Nie zu ihrem Verderben und Schaden«, lateinisch »*nil nocere*«, gilt heute noch als oberste ethische Norm ärztlichen Handelns, ebenfalls bekannt in positiver Formulierung: »*Das Heil des Kranken ist oberste Norm*« – »*salus aegroti suprema lex!*«! Also fast zweieinhalbtausend Jahre alt sind die ältesten, uns bekannten Grundnormen ärztlicher Ethik, die ihre Gültigkeit nicht verloren haben.

Ähnliches gilt von der sog. »*Goldenen Regel*«, die allen humanen Großkulturen, angefangen mit der mesopotamischen und ägyptischen (spätes 4. und frühes 3. Jahrtausend v. Chr.)<sup>2</sup>, zugrunde liegt: »*Was du nicht willst, dass man dir tu, das füg auch*

<sup>1</sup> Hippokrates, Fünf auserlesene Schriften. Frankfurt M. 1959, S. 179.

<sup>2</sup> Vgl. Gadamer/Vogler, Neue Anthropologie. Bd. 4: Kulturanthropologie. Stuttgart 1973, S. 47.60. 166ff.

keinem andern zu«! Diese oberste ethische Norm verkündete Jesus in positiver Fassung mit den Worten, die einer tatkräftigen Nächstenliebe gleichkommen: »Alles, was ihr von anderen erwartet, das tut auch ihnen«. Jesus fügte hinzu: »Darin besteht das Gesetz und die Propheten« (Mt 7,12). Das heißt, die gesamte biblische Moral ist in dieser Goldenen Regel als Grundnorm oder oberstes Gebot enthalten, ähnlich wie im Gebot der Nächstenliebe. Wir haben hier bereits den Beweis dafür, dass die ehrlich suchende Vernunft zu denselben ethischen Grundeinsichten gelangt wie auch der christliche Glaube, der uns allerdings durch den Bezug auf die Gottesliebe eine vertiefte Sicht menschlichen Handelns bietet.

## 2. Zwei Grundwerte: Schutz menschlicher Würde und menschlichen Lebensrechts

Durch die allgemeinverbindliche Moral werden vor allem zwei Grundwerte geschützt, nämlich die Würde und das Lebensrecht des Menschen, die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Art. 1 u. 3) der UNO von 1948 sowie im Deutschen Grundgesetz (Art. 1 u. 2) von 1949 eine übergeordnete Bedeutung für das menschliche Handeln in allen Lebensbereichen besitzen.

Wo diese Gesetze nicht beachtet werden, kommt es zur Barbarei. In neuester Zeit hat die kommunistische und die nationalsozialistische Diktatur das bewiesen. In der Präambel der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ist davor warnend die Rede<sup>3</sup>.

Gegenwärtig droht uns eine Diktatur im Namen der Gentechnik, eine »Bio-Kratie«, und zwar durch die »Fusion zwischen Börse und Bio-Illusion«<sup>4</sup> die »unser gesamtes Leben als kommerzielles Produkt behandelt.«<sup>5</sup>

## 3. Die entscheidende Rolle des vorausgesetzten Menschenbildes

Die vergangenen Ideologien, aber auch die gegenwärtig vorherrschende Ideologie, die das menschliche Leben als *manipulierbares Bio-Produkt* und die menschliche Würde als *Illusion* betrachtet, lassen uns erkennen, dass das dominierende Menschenbild eine entscheidende Rolle für unser ethisches Verhalten spielt. *Die ethischen Normen für unser konkretes Handeln werden nämlich aus dem vorherrschenden Menschenbild abgeleitet.* Hierzu folgender Beweis:

Das Idealbild für die Kommunisten war der Mensch einer bestimmten Klasse, während für die Nazis die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Rasse entscheidend war, um von den Diktatoren Würde und Lebensrecht zuerkannt zu bekommen. In der

<sup>3</sup> Vgl. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948, Art. 1 und 3 sowie die Präambel, zit. nach: W. Heide Meyer, Die Menschenrechte. Paderborn 1972, S. 239–241.

<sup>4</sup> P. Sloterdijk, in: FAZ 21. 2. 2001, S. 51.

<sup>5</sup> J. Mejjias, in: FAZ 12. 8. 2000, S. 41.

Bio-Kratie dominiert das »Roboter-Modell«<sup>6</sup> in Bezug auf den Menschen. Aus dieser reduktiven Sicht, die nur das *empirisch Fassbare* beim Menschen gelten lässt und seine *geistige Dimension* völlig ausklammert, wird die Medizin zu einem »*computer-gestützten Maschinenpark*«<sup>7</sup> degradiert. Der Mediziner ist dann nur noch *Mechaniker einer Apparatemedizin*, der *Reparaturen* vornimmt oder *Ersatzteile* austauscht. Die persönliche *Diagnosefähigkeit* scheint überflüssig zu werden und wird daher kaum gefördert.

Aus dieser Sicht gibt es keine ethischen Probleme, sondern lediglich das Problem der *Machbarkeit*. Es gibt keine Verantwortung vor dem eigenen Gewissen, sondern lediglich vor dem *Strafgesetz*. *Das Gewissen wird nämlich aus reduktiver Sicht mit einem wandelbaren, nicht ernst zu nehmenden Gefühl gleichgesetzt<sup>8</sup>, das bestenfalls im Privatbereich Geltung besitzt.*

Statt dieser inhumanen und wirklichkeitsfremden Ideologie, die zudem geneigt ist, Behinderten und unheilbar Kranken das Lebensrecht durch eine straffreie Fristenlösung und Euthanasie abzusprechen<sup>9</sup>, brauchen wir eine entschiedene Rückkehr zur ganzheitlichen Sicht des Menschen und dementsprechend auch zur *ganzheitlichen Medizin*, die sowohl die *leibliche wie auch die geistige Dimension des Menschen ernst nimmt, vor allem auch in Bezug auf die Problematik des Hirntods*.

Für nicht wenige ist die Problematik des Hirntods erledigt, seitdem die Bundesärztekammer die Ganzhirntoten zur Organentnahme freigegeben hat. Sofern scheint die Problematik *juridisch* gelöst zu sein. Zusätzliche *moralische* Erwägungen werden daher von nicht wenigen als überflüssig und hinderlich abgelehnt. Warum diese kurzschlüssige Sicht nicht genügt, wenn unsere Welt human bleiben soll, das sagt uns die anfangs erwähnte Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948 sowie unser Deutsches Grundgesetz von 1949 und die erwähnte rote und braune Barbarei.

#### 4. Die Todeskriterien früher und heute

Es gibt verschiedene Todeskriterien, aber nur einen Tod. Heute wissen wir: »*Atmung (1), Kreislauf (2) und Gehirntätigkeit (3), sind die drei großen Funktionssysteme. Der Ausfall eines dieser Funktionssysteme bedingt, ohne Hilfeleistung, innerhalb kurzer Zeit das Versagen auch der beiden anderen*«.<sup>10</sup> Der Funktionsausfall eines Organsystems, das die funktionale Integrität des übrigen Organismus gewährleistet, gilt als Todeskriterium.

In der Antike wurde der *Stillstand des Atems* als Zeichen des Todeseintritts gewertet. Mit dem Atem – so die damalige Meinung – wird die *Seele* (anima), das *Lebens-*

<sup>6</sup> K. Berger, Brauchen wir eine Theologie der Roboter?, in: FAZ 24. 5. 2000, S. 49.

<sup>7</sup> L.v. Bertalanffy, ... aber vom Menschen wissen wir nichts. Düsseldorf 1970, S. 198 f.

<sup>8</sup> Vgl. J. D. Watson, Wir spielen Gott. Ein Brief an Prinz Charles, in: FAZ 24. 5. 2000, S. 49.

<sup>9</sup> Vgl. Watson, Die Ethik des Genoms, in: FAZ 26. 9. 2000, S. 55.

<sup>10</sup> U. Eibach, Passive und aktive Sterbehilfe, in: Ärztliche Entscheidungskonflikte. Stuttgart 1983, S. 82.

prinzip, ausgehaucht. Sichere und altbekannte Todeszeichen sind zudem Leichenstarre, Leichenflecke, beginnende Verwesung. Sie kennzeichnen den Zusammenbruch des gesamten Organismus als einer lebendigen Einheit. Der Tod wird bei den erwähnten Kriterien *post factum* – nach dem faktischen Todeseintritt – festgestellt.

Der Fortschritt in der Medizin erlaubt es, den Zusammenbruch des *Herz-Kreislaufsystems* – als *klinischer Tod* oder *Herztod* bezeichnet – festzustellen. Durch die fortgeschrittene Reanimationstechnik samt Herz-Lungen-Maschine wurde jedoch die Bedeutung dieses Todeskriteriums erheblich relativiert. Es zeigt nämlich nicht die Irreversibilität an, die Unumkehrbarkeit des Sterbeprozesses. Durch die *Reanimation*, wörtlich »Wiederbeseelung« (re-animatio), wird nicht der ganze Mensch, sondern lediglich ein Funktionssystem, hier das Kreislaufsystem, wiederbelebt, genauer gesagt, *in Funktion gebracht*. Es handelt sich somit um einen Sterbenden, der noch nicht tot war. Dieser *Unterschied zwischen Sterbeprozess und Tod* wird deutlich bei einer Herztransplantation. Der Empfänger existiert kurze Zeit ohne eigenes Herz, ist jedoch nicht vorübergehend tot und wird somit auch nicht wieder zum Leben erweckt. Hiermit wird bereits deutlich, dass der *medizinisch feststellbare Sterbeprozess vom Todeseintritt selber, einem zeitlich punktuellen aber menschlich ganzheitlichen Ereignis, unterschieden werden muss*. Der Unterschied zwischen Sterbeprozess und Todeseintritt wird noch deutlicher beim Hirntod.

### 5. Die Problematik des dritten Todeskriteriums – des Hirntods

Dass der Hirntod den *unumkehrbaren Ausfall eines erstrangigen Funktionssystems* darstellt, unterscheidet ihn von den beiden erstgenannten Todeskriterien, vom Atemstillstand und vom Herztod. Aber ist der Hirntod auch schon der Tod des *ganzen Menschen*, leiblich und geistig gesehen? Diese Frage ist aus ethischer Sicht sehr wichtig. Denn durch die Unterbrechung einer *Intensivbehandlung* wie auch durch eine *Organentnahme* bestände die Gefahr, einen Menschen fahrlässig zu töten.

Als das Harvard-Committee 1968 die Definition des Hirntods (Brain Death) festlegte, war man sich sicher, dass der Hirntod auch den *Individualtod*, d.h. den Tod des ganzen Menschen, anzeigt. Der Nobelpreisträger Hans Jonas bemängelte jedoch bereits damals, dass »externe Interessen«, nämlich das Interesse möglichst frische, funktionsfähige Organe für eine Transplantation zu erhalten, das sachliche Urteil über den Hirntod trüben. Er kritisierte die Hirntoddefinition als »*pragmatische Umdefinierung des Todes*«. <sup>11</sup>

In der Tat wird im Fall einer angestrebten Organtransplantation »*die Hirntod-Diagnostik an einen Zweck gekoppelt, also instrumentalisiert*«. <sup>12</sup> Der Or-

<sup>11</sup> H. Jonas, Technik, Medizin und Ethik. Gehirntod und menschliche Organbank. Frankfurt M. 1985, 5. 221f; 224f.

<sup>12</sup> Dag Moskop, Zum Hirntod aus der Sicht eines Neurochirurgen, in: P. Hucklenbroich/P. Gelhaus (Hg.), Tod und Sterben. Medizinische Perspektiven. Münster 2001, S. 28.

ganspender soll »so tot wie nötig« und seine Organe »so lebendig wie möglich« sein.<sup>13</sup> Aus *ethischer Sicht* ist das eindeutig eine Grenzsituation, die einer vorbehaltlosen ethischen Beurteilung bedarf.

Anders als bei einer *Organentnahme* ist die Hirntod-Diagnose zu bewerten, wenn Ärzte bei Schwersterkranken die Frage einer *intensiven Weiterbehandlung* klären wollen.<sup>14</sup> Im »Klinischen Wörterbuch« von Przyrembel heißt es: »Eine Intensivbehandlung über den Zeitpunkt des Hirntodes hinaus ist grundsätzlich unzulässig.«<sup>15</sup> Es gilt jedoch der Grundsatz: »*In dubio pro vita*«<sup>16</sup> – im Zweifelsfall für das Leben, d. h. bei fehlender Sicherheit darüber, ob die Intensivbehandlung einer Lebensverlängerung dient oder einer ethisch verbotenen Verlängerung des Sterbeprozesses, soll sie fortgesetzt werden. Daher wird bei Therapieverzicht meistens *stufenweise* vorgegangen.<sup>17</sup>

Wenn die intensive Weiterbehandlung lediglich einer Verlängerung des Sterbeprozesses gleichkommt – und das ist nach dem irrtod der Fall –, und das ist nach dem Hirntod der Fall, darf aus ethischer Sicht auf »*Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens*«, die »*nur den Todeseintritt verlängern*«, verzichtet werden. Das hat die Bundesärztekammer 1997 in ihrem Richtlinienentwurf »Zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung« betont.<sup>18</sup>

Das gilt ebenfalls aus christlicher Sicht – so die Glaubenskongregation bereits 1980 – »*ohne dass man jedoch die normalen Hilfen unterlässt, die man in solchen Fällen einem Kranken schuldet. Dann liegt kein Grund vor, dass der Arzt Bedenken haben müsste, als habe er einem Gefährdeten die Hilfe verweigert*«. <sup>19</sup>

Im »Klinischen Wörterbuch« von Przyrembel wird dieses Verhalten als »*passive Euthanasie*« bzw. als »*passive Sterbehilfe*« bezeichnet.<sup>20</sup> Gegenwärtig spricht man lieber von *Sterbebegleitung*, weil die Worte »Euthanasie« und »Sterbehilfe« mit »aktiver Euthanasie«, d. h. mit *Beihilfe* zur Tötung (die in Deutschland nicht strafbar ist) oder mit *aktiver Tötung* (in Holland und Belgien straffrei) gleichgesetzt werden. Die Bundesärztekammer hat bereits 1977 erklärt, dass zu den *normalen Hilfen*, die einem Sterbenden gewährt werden müssen, »*Zuwendung, Körperpflege, Schmerzlinderung, Freihalten der Atemwege, Flüssigkeitszufuhr und natürliche Ernährung*« gehören.<sup>21</sup> Der Sterbende darf also nicht verdursten oder verhungern, auch nicht erstickten.

Vor allem *palliative*, d. h. schmerzlindernde Therapien soll man dem Sterbenden gewähren. Heute wird dafür in eigens errichteten Hospizen gesorgt.

<sup>13</sup> Vgl. R. Weber, Der Hirntodbegriff und der Tod des Menschen, in: Zeitschrift für das Lebensrecht, 4/2002, S. 94, Anm. 14.

<sup>14</sup> Moskop, a. a. O., S. 27.

<sup>15</sup> Art. Sterbehilfe, b) passive Sterbehilfe, in: Przyrembel, Klinisches Wörterbuch.

<sup>16</sup> H. van Aken/Th. Prien, Grenzen der Intensivbehandlung, in: P. Hucklenbroich/P. Gelhaus (Hg.), Tod und Sterben. Medizinische Perspektiven. Münster 2001, S. 63.

<sup>17</sup> Vgl. ebd., S. 65.

<sup>18</sup> Zit. nach: Lebensforum Nr. 43, 1997, S. 11.

<sup>19</sup> Erklärung der Glaubenskongregation zur Euthanasie 1980, zit. nach: Herder Korrespondenz 34 (1980) 454.

<sup>20</sup> Vgl. Art. Sterbehilfe, b) passive Sterbehilfe, in: Przyrembel, Klinisches Wörterbuch.

<sup>21</sup> Zit. nach: Lebensforum Nr. 43, 1997, S. 11.

Ein Problemfall besonderer Art ist die *künstliche Ernährung*. Sie darf nicht abgebrochen werden – so der Bundesgerichtshof 2003 – »wenn das Grundleiden (...) noch keinen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen hat«. <sup>22</sup> Mit anderen Worten, die Unterbrechung der künstlichen Ernährung darf nicht die direkte Ursache des Todes eintritts sein. Zudem betonte der Bundesgerichtshof: »Betreuer von Koma-Patienten müssten die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts einholen, wenn sie in die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen einwilligen wollten«. <sup>23</sup>

## 6. Die Diagnose des Hirntods nach den Bestimmungen der Bundesärztekammer

Die Mehrheit der Ärzte vertritt den Standpunkt der Bundesärztekammer: *Der Hirntod (...) ist mit dem Individualtod gleichzusetzen*. Demnach bedeutet der Hirntod zugleich den Tod des *ganzen* Menschen, den Tod des Menschen *als Mensch*. Daran soll der Tatbestand, dass gewisse Körperzellen später absterben, nichts ändern.

Das »Deutsche Ärzteblatt« stellt jedoch fest: »Die zweifelsfreie Diagnostik des Hirntodes ist wichtig, da einerseits eine weitere Behandlung sinnlos ist, andererseits bei funktionierenden Körperorganen eine Organspende geplant werden kann«. <sup>24</sup>

Die Bundesärztekammer hat erstmals 1982 Kriterien für die Feststellung des Hirntods erstellt und ihre Stellungnahme mehrmals fortgeschrieben. Der Hirntod wird definiert als »Zustand des irreversiblen Erloschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, bei einer durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltenen Kreislauffunktion«. <sup>25</sup>

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat 1993 die zuvor erstellten Kriterien des Hirntods bestätigt und nicht schon den »Teilhirtod«, sondern »den endgültigen Ausfall der gesamten Hirnfunktion als sicheres Todeszeichen« anerkannt. <sup>26</sup> In Großbritannien erfüllt dieses Kriterium bereits der Ausfall des Stammhirns, also der Teilhirtod.

Als am 1. Dezember 1997 das neue Transplantationsgesetz in Deutschland in Kraft trat, erstellte die Bundesärztekammer 1998 »Richtlinien zur Feststellung des Todes (...) und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms.« <sup>27</sup>

Bezeichnenderweise kommt darin das Wort »Hirntod« nicht vor, sondern nur die Umschreibung des Sachverhalts. <sup>28</sup>

Drei Gegebenheiten müssen zur sicheren Feststellung des Todes belegt werden:

»(1) Bewusstlosigkeit mit (mittel-) weiten, starren Pupillen, (2) Verlust der Hirnstamm Reflexe und (3) Atemstillstand«.

<sup>22</sup> FAZ 11. 4. 2003, S. 7 und 13. 5. 2003, S. 35.

<sup>23</sup> FAZ 11. 4. 2003, S. 7.

<sup>24</sup> Gesundheit und Forschung e.V. (Hg.), Ethik und Organtransplantation. Frankfurt M. 1989, S. 37.

<sup>25</sup> Zit. nach: Deutsches Ärzteblatt 88 (1991) B 2855–2860.

<sup>26</sup> Deutsches Ärzteblatt 90 (1993) B 2177–2179.

<sup>27</sup> Dag Moskop, Zum Hirntod aus der Sicht eines Neurochirurgen, in: P. Hucklenbroich/P. Gelhaus (Hg.), Tod und Sterben. Medizinische Perspektiven. Münster 2001, S. 26.

<sup>28</sup> Vgl. ebd., S. 26.

Das sind weltweit anerkannte Kriterien des Hirntodes. Aber die Testverfahren variieren von Land zu Land. Entsprechende Details für Deutschland sind in den Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer aus dem Jahr 1998 festgelegt:<sup>29</sup>

*Es geht um eine mindestens dreißig Minuten andauernde hirnelektrische Stille, das sog. Null-Linien-EEG, sowie um den zerebralen Kreislaufstillstand, nachgewiesen durch eine beidseitige Angiographie.*

*Diese Tests müssen durch zwei Ärzte durchgeführt werden, die nicht zum Transplantationsteam gehören.*<sup>30</sup>

### 7. Der Erlanger Fall und die daraus folgende Frage:

Ist der Hirntod bedenkenlos gleichzusetzen mit dem Individualtod des Menschen?

In den zitierten Stellungnahmen der Bundesärztekammer und ihres Wissenschaftlichen Beirats wird der Gesamthirntod, d. h. der Ausfall des erstrangigen Funktionssystems, vorbehaltlos mit dem Individual- oder Personaltod des betroffenen Menschen gleichgesetzt. Diese Sicherheit bei der Gleichsetzung wurde durch den »Erlanger Fall« in Frage gestellt. Nämlich 1992 erlitt eine junge schwangere Frau durch einem Autounfall den Ganzhirntod. Ein Erlanger Ärzteteam konnte den Fötus der hirntoten Mutter noch 40 Tage am Leben erhalten. Danach trat eine Fehlgeburt ein.

Da dieser Fall im Grenzbereich dessen lag, »was medizinisch machbar und ethisch (noch) verantwortbar« ist,<sup>31</sup> nämlich die Fortsetzung der Schwangerschaft bei einer Ganzhirntoten, setzte eine ausführliche Diskussion darüber ein. *Die Schwangere war hirntot, war sie aber auch schon als Mensch tot? Kann eine Tote schwanger sein? Die Schwangerschaft ist nämlich ein komplexer Prozess, der das Zusammenwirken mehrerer Organe erfordert.*

Eine weitere Frage schließt sich an: *Ist es immer sinnvoll, mit Hilfe neuester Apparaturen und Medikamente den Sterbeprozess eines Menschen – hier der Schwangeren – zu verlängern und den Todeszeitpunkt hinauszuzögern, um anderen Menschen dadurch Vorteile zu verschaffen?* Hier war es das *eigene Kind* im Mutterleib, also würde man wohl aus ethischer Sicht zustimmen dürfen. Gilt das aber ebenfalls zum Wohl *fremder Empfänger* eines explantierten Organs des Hirntoten? Darf man überhaupt Sterbende *in eine Organbank verwandeln* durch die Hinauszögerung des Todeszeitpunktes? Für eine *angemessene Zeit* wäre dies wohl aus ethischer Sicht zu rechtfertigen.

Jedoch das Gegenteil, nämlich die *Tötung eines Menschen durch Organentnahme* – auch für den guten Zweck der Lebensrettung eines anderen, – ist *ethisch nicht vertretbar*. *Der gute Zweck, hier die Rettung eines Kranken, heiligt nämlich nicht das böse Mittel, hier die Tötung eines Unschuldigen*. Daher ist eine Organentnahme bei

<sup>29</sup> Ebd., S. 39.

<sup>30</sup> E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß. Mainz 1993, S. 154. – Vgl. dazu die kritischen Anmerkungen von Moskop, a. a. O., S. 38 ff.

<sup>31</sup> J. Piegsa, Der »Erlanger Fall«, in: Forum Katholische Theologie 2 (1993) 131–140.

Ausfall lediglich des Großhirns bei noch intaktem Stammhirn, das Atmung und Herzschlag regelt (apallisches Syndrom), *ganz sicher ethisch nicht vertretbar*. Nach Ansicht eines Neurochirurgen ist nämlich zu beachten, dass »nicht alle Teile des Großhirns Bewußtsein erzeugen, andererseits sind gewisse Hirnstamm-Anteile für bewußtes Sein unverzichtbar«. <sup>32</sup> Auch ist der Ausdruck »apallisches Syndrom« für den Ausfall des »pallium« – des Hirnmantels – nicht ganz korrekt, weil »die Hauptströmung nicht im Hirnmantel (pallium) liegen muss, sondern in tiefer gelegenen, den Hirnmantel funktionell anregenden Regionen«. <sup>33</sup>

### 8. Können wir den Tod überhaupt umfassend definieren?

Wir haben bereits festgestellt, dass bei der Definition des Todes, auch des Hirntodes, ähnlich klingende Wörter – hier in unseren Überlegungen das Wort »Tod« – verschiedene Bedeutungen erhalten, je nachdem, ob wir ein Organ oder den ganzen Menschen meinen. Zudem setzt jede Todesdefinition eine bestimmte Definition des Menschen voraus. In der Antike, in der man den Leib als Materie und die Seele als Form, d. h. als lebenspendendes Prinzip definierte, beschrieb man entsprechend den Tod als Trennung von Leib und Seele. In der heute bevorzugten, empirisch-pragmatischen Hirntoddefinition wird der Tod des Ganzhirns – dieses ohne Zweifel wichtigen Organs – mit dem Tod des ganzen Menschen, d. h. des Menschen als Menschen, gleichgesetzt.

Hier muss der Ethiker, der sich zu einer *ganzheitlichen* Sicht des Menschen verpflichtet weiß, bei der das *Geistige* nicht ausgeklammert werden darf, Vorbehalte anmelden, wie bereits getan. *Ist der Hirntote tatsächlich ein Toter oder lediglich ein irreversibel, d. h. unumkehrbar Sterbender?* Das Sterben ist nämlich – im Unterschied zum Tod – ein *Prozess*, der biologisch-medizinisch umschrieben und apparativ festgestellt werden kann.

Der Tod dagegen ist ein »*momentanes Ereignis*«, das kein Apparat anzuzeigen vermag. Er kann lediglich *philosophisch-ethisch* – d. h. vom vorausgesetzten Menschenbild ausgehend – definiert werden. Dem heute vorherrschenden, empirisch-pragmatischen Menschenbild entspricht die *empirisch-pragmatische Gleichsetzung des Ganzhirntodes mit dem Tod des ganzen Menschen*, wobei der geistige Bereich ausgeklammert wird, was viele nicht wahrhaben wollen. <sup>34</sup>

Wir stellen nochmals fest: Der Hirntod ist eine empirisch überprüfbare *Sachausage*, der Personaltod – d. h. der Tod des ganzen Menschen, der Individualtod – ist eine *Bewertung* dieser Sachausage, wobei vom vorausgesetzten Menschenbild ausgegangen wird.

<sup>32</sup> Moskop, a. a. O., S. 30.

<sup>33</sup> Ebd., S. 30.

<sup>34</sup> A. Sonnenfeld, Wer oder was ist tot beim Hirntod? Der Hirntod in ethischer Perspektive, in: Forum Katholische Theologie 10 (1994) 30–59, hier S. 39.



## Schlussfolgerung

Die philosophisch-ethische Diskussion um den Hirntod ist noch nicht beendet. Das wäre auch falsch, wenn man einen so wichtigen Problembereich vorschnell als erledigt betrachten wollte, solange aus einer ganzheitlichen Sicht des Menschen noch ernsthafte Bedenken vorgebracht werden müssen.

Die deutschen Bischöfe, die sich in einer gemeinsamen Erklärung mit der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) für eine Organentnahme nach einer seriösen Feststellung des Ganzhirntodes ausgesprochen haben, waren sich bewusst, dass sie sich hierbei zu einer *Grenzsituation* äußern.<sup>35</sup>

Generell gilt, dass Aussagen, die zwar nach bestem Wissen und Gewissen getroffen werden, jedoch einen Grenzbereich betreffen, für Korrekturen offen bleiben müssen. Der ethisch verbindliche Grundsatz für Grenzbereiche lautet: *In extremis via tutior eligenda est*, d. h. *in geistigen oder leiblichen Extrem- oder Grenzsituationen* (geistig: Gültigkeit eines Sakraments, leiblich: Entscheidung über Leben oder Tod) *ist der sicherere Weg zu wählen.*

Setzt man den Ganzhirntod mit dem Tod des ganzen Menschen gleich, dann ist diesem Grundsatz bereits genüge getan, wenn bei der Diagnose des Ganzhirntodes die vorgeschriebenen, zitierten Kriterien der Bundesärztekammer von 1998 gewissenhaft angewendet wurden.

## Anhang

Die Deutsche Bischofskonferenz hat in einer gemeinsamen Erklärung mit dem Rat der Evangelischen Kirche Deutschlands (1990) vermerkt, dass Kinder mit Fehlbildungen des Gehirns (Anenzephalie) oder Kinder im Mutterleib vor der Entwicklung des Gehirns nicht wie Tote behandelt und zur Organtransplantation freigegeben werden dürfen.<sup>36</sup>

Jedoch in derselben Erklärung wird der Hirntod als »sichere Feststellung des Todes« für die Erlaubtheit der Organentnahme gewertet, da die übrigen Organe »nur noch künstlich und ohne Aussicht auf eine Erholung des Gehirns« ihre Tätigkeit ausüben können.<sup>37</sup> Man stützt sich auf eine frühere, vor mehreren Jahren erfolgte Erklärung der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften, die den »Hirntod als das eigentliche Kriterium des Todes« anerkannt hat.<sup>38</sup>

Demgegenüber meinte (1996) Kardinal Meisner: »Die Identifikation des Hirntods mit dem Tod des Menschen ist aus christlicher Sicht, *beim derzeitigen Stand der Debatte*, nicht mehr vertretbar.«<sup>39</sup>

<sup>35</sup> Vgl. Schockenhoff, *Ethik des Lebens*, S. 254 ff.

<sup>36</sup> Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und der EKD vom 31. 8. 1990. Trier – Hannover 1990, Punkt 3.2.1: Sichere Feststellung des Todes, S. 17.

<sup>37</sup> Ebd., S. 17, Zwischentitel.

<sup>38</sup> Vgl. ebd., S. 387 f.

<sup>39</sup> Zit nach: Herder Korrespondenz 50 (1996) 592.