

# Zwischen Tod und Leben

## Der Streit um den Hirntod als Voraussetzung postmortaler Organspende



Scientia –  
Theologie

Mit der am 1. November 2012 in Kraft tretenden Novellierung des Transplantationsgesetzes wird die bisher geltende „erweiterte Zustimmungslösung“ zur postmortalen Organspende in eine „Entscheidungslösung“ umgewandelt: In Zukunft wird jeder Bürger ausdrücklich aufgefordert, freiwillig eine Entscheidung zu treffen. Die Zulässigkeit einer Organentnahme ist in Deutschland an die Feststellung des Todes gebunden. Ob allerdings mit dem Hirntod auch der Tod des Menschen festgestellt ist, wie die Bundesärztekammer in ihren Richtlinien ausführt, ist eine höchst kontrovers diskutierte Frage.

Bevor eine Antwort auf diese Frage gegeben werden kann, ist es zunächst wichtig, das Problem in seiner rechtlichen, ethischen und ontologischen Dimension präzise genug darzustellen. Das versucht dieser Artikel, der aus einer Einführung in ein Philosophisch-Theologisches Abendgespräch mit PD Dr. Stephan Sahm und Prof. Dr. Josef Schuster SJ hervorgegangen ist. Es fand unter dem Titel „Hirntod-Organ spende? Zum Streit um den Hirntod als Voraussetzung postmortaler Organspende“ am 25. Juni 2012 in Sankt Georgen statt.

Am 12. Juli 2012 hat der Bundespräsident das vom Deutschen Bundestag beschlossene und vom Bundesrat gebilligte „Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz“ unterzeichnet. Es tritt am 1. November 2012 in Kraft. Mit diesem Gesetz, dessen Ziel es ist, „die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern“ (Bundesgesetzblatt Jg. 2012, Nr. 33, S. 1504), wird das seit 1. Dezember 1997 geltende Transplantationsgesetz in einigen Punkten geändert: Die bislang geltende „erweiterte Zustimmungslösung“ wird in eine „Entscheidungslösung“ umgewandelt: In Zukunft soll „jede Bürgerin und jeder Bürger regelmäßig im Leben in die Lage versetzt werden, sich mit der Frage seiner eigenen Spendebereitschaft ernsthaft zu befassen und aufgefordert werden, die jeweilige Erklärung auch zu dokumentieren. Um eine informierte und unabhängige Entscheidung jedes Einzelnen zu ermöglichen, sieht dieses Gesetz eine breite Aufklärung der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende vor“ (ebd.). Künftig sollen Krankenversicherte ab

Vollendung des 16. Lebensjahrs regelmäßig nach ihrer Bereitschaft zur postmortalen Organspende befragt werden. Eine Pflicht, eine Erklärung abzugeben, besteht jedoch nicht, weshalb man die Neuregelung auch als eine „freiwillige Entscheidungslösung“ bezeichnen kann. Hintergrund dieser Neuregelung ist, dass derzeit in Deutschland rund 12.000 Menschen auf ein Spendeorgan warten und viele von ihnen sterben, da kein Spendeorgan zur Verfügung steht. Mit der Einführung der Entscheidungslösung soll, so der Gesetzgeber in der Begründung des Gesetzesentwurfs, die Diskrepanz „zwischen der hohen Organspendebereitschaft in der Bevölkerung (rund 75 Prozent) und dem tatsächlich dokumentierten Willen zur Organspende (rund 25 Prozent) verringert werden, ohne die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen durch eine Erklärungspflicht einzuschränken“ (Bundestagsdrucksache 17/9030).

Nach dem Transplantationsgesetz von 1997 ist die Entnahme von Organen „unzulässig, wenn [...] nicht vor der Entnahme bei dem Organspender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“ (§3 Abs. 2 Nr. 2). Eine Entnahme von Organen ist „nur zulässig, wenn [...] der Tod des Organspenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist [...]“ (§3 Abs. 1 Nr. 2); eine vom Patienten gewollte Organentnahme zugunsten Dritter ist also nur bei toten Spendern zulässig (sog. „Dead Donor Rule“).

Nach Ralf Stoecker u.a. ist hier ein Zweifaches auffällig: Zum einen spricht der Gesetzgeber sowohl von dem (nicht explizit so bezeichneten) Hirntod als auch von dem Tod des Spenders; zum anderen fällt auf, dass der Hirntod nur eine notwendige Bedingung für die Zulässigkeit der Organentnahme zu sein scheint, eine Charakterisierung des Hirntods als ‚sicheres Todeszeichen‘ jedoch unterbleibt. Der Gesetzgeber legt sich also gerade nicht darauf fest, dass der Hirntod, also das Absterben des Gehirns als Organ, der Tod des Menschen ist. Lediglich der Bundesärztekammer wird der Auftrag erteilt, „den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien“ festzustellen, und zwar sowohl für die Regeln zur Feststellung des Todes des Organspenders als auch die Verfahrensregeln zur Feststellung des Hirntods (vgl. § 16 Abs. 2 Nr. 2). Dieser Aufgabe kommt die Bundesärztekammer in den „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ nach, die „verpflichtende Entscheidungsgrundlagen für den Arzt“ darstellen. Im Unterschied zur Uneindeutigkeit des Gesetzestextes heißt es hier unmissverständlich: „Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“ (Deutsches Ärzteblatt 95 [1998] A-1861). Damit schließt sich die Bundesärztekammer dem Hirntod-Kriterium an: Der Organtod des Gehirns zeigt den Tod des Menschen an.

Seine Anerkennung als Todeskriterium – die Medizin spricht von „sicheren Todeszeichen“ – gewann der Hirntod im Zuge der Fortschritte in der Intensivmedizin und der Transplantationsmedizin in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts. Bis dahin galt einzig das Herztod-Kriterium: Ein Mensch ist genau dann tot, wenn seine Atmung und sein Herzschlag irreversibel zum Erliegen gekommen sind und eine Reanimation nicht mehr möglich ist. Der Organtod des Gehirns blieb bis dahin bedeutungslos, da mit dem Hirntod die Atmung ausfällt und der dadurch verursachte Sauerstoffmangel innerhalb von Minuten zum Herz-Kreislaufstillstand führt. Erst als es möglich wurde, Herztätigkeit und Kreislaufaktionen intensivmedizinisch aufrechtzuerhalten, trat das Gehirn als schon abgestorbenes, also als ‚distinktes Todessubjekt‘ hervor. Nach Heinz Angstwurm wurde dieser „die Wirklichkeit des Hirntods belegende Befund“ erstmals 1959 der wissenschaftlichen Öffentlichkeit mitgeteilt. In diesem Sinn wurde der Hirntod später definiert als „Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten“ (Deutsches Ärzteblatt 95 [1998] A-1861).

Für den behandelnden Arzt stellte sich hier in moralischer Hinsicht die Frage, ob er noch zu lebenserhaltenden intensivmedizinischen Maßnah-



Collage mit einer Zeichnung von Leonardo da Vinci, 1489 (Sigurd Schaper)

men verpflichtet ist oder nicht. Entscheidend für die Beantwortung dieser Frage ist, ob hirntote Patienten noch Lebende oder schon Tote sind. Mit den ersten erfolgreichen Organtransplantationen zeigten sich außerdem hirntote und intensivmedizinisch behandelte Menschen aufgrund der besseren Qualität ihrer Organe als die besseren Organspender. Wenn man von der „Dead Donor Rule“ ausgeht, nach der man nur toten Spendern lebenswichtige Organe zugunsten Dritter entnehmen darf, stellt sich hier ebenfalls die moralisch relevante Frage, ob der hirntote Spender schon tot ist. Ist dies nicht der Fall, wäre die vom Patienten gewollte Entnahme lebenswichtiger Organe ein Fall von Tötung auf Verlangen.

Wie sich damit schon andeutet, steht die *quaestio disputata*, ob hirntote Menschen tot sind oder nicht, vor allem in einem ethischen Horizont: Diese Frage wird immer wieder gestellt und diskutiert in der Hoffnung, dass man aus ihrer Beantwortung Aufschluss darüber gewinnt, „wie man sich diesen Menschen gegenüber verhalten soll und darf“ (Stoecker). Dabei wird zusätzlich eine normative Prämisse angenommen: dass nämlich der Tod eine moralische Schwelle

bildet, bei deren Übertritt ein bestimmter moralischer Status verlorengelht, wodurch sich die moralischen Verpflichtungen diesem Menschen gegenüber schlagartig ändern (Stoecker). Ein Beispiel: Für eine Person A sind hirntote Menschen tot. Daraus folgt, dass der Arzt nicht mehr verpflichtet ist, einen hirntoten Menschen am Leben zu erhalten und wir ihm als Leiche gemäß seiner früheren Verfügung Organe zugunsten Dritter entnehmen dürfen. Für eine andere Person B sind dagegen hirntote Menschen nicht tot, sondern (noch) am Leben. Daraus folgt, dass der Arzt einem hirntoten Patienten gegenüber zu lebenserhaltenden Maßnahmen verpflichtet ist und man ihm „bei lebendigem Leibe“ keine lebenswichtigen Organe entnehmen darf, auch wenn der Patient das vorher so verfügt hat.

Seit Beginn der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts war das Hirntod-Kriterium weithin akzeptiert. Erst seit den 90er Jahren mehrten sich die Zweifel am Hirntod als Todeskriterium. Verstärkt wurden diese Zweifel vor allem durch den Fall der acht Wochen dauernden und mit einem Spontanabort endenden Schwangerschaft der für hirntot erklärten und intensivmedizinisch behandelten Marion Ploch im Jahr 1992 („Erlanger Baby“): Kann ein menschlicher Körper, der mit äußerer Unterstützung solche ganzheitlichen Leistungen wie Schwangerschaft, Temperaturregelung, Immunabwehr vollzieht – Merkmale, die wir mit dem (biologischen) Begriff des Lebens verbinden –, wirklich als tot angesehen werden (vgl. Hans Jonas)? Handelt es sich hier wirklich um einen Leichnam, der lediglich noch so aussieht wie ein lebendiger Mensch? Ist in diesem Fall der Anschein des Lebendigen so massiv irreführend? Oder handelt es sich bei einem Hirntoten nicht vielmehr um einen bloß Todgeweihten, um einen ‚irreversibel sterbenden Lebenden‘, der sein Bewusstsein niemals mehr erlangen wird (Manfred Lütz)? Es sind im Wesentlichen zwei Ebenen, auf denen der Hirntod als Kriterium für den Tod des Menschen bisher diskutiert wurde.

Auf einer medizinisch-naturwissenschaftlichen Ebene geht es um die korrekte Erklärung des Zustandekommens von jenem „Rest von Leben“, der bei hirntoten Menschen offensichtlich vorliegt, und hier besonders um die exakte Bestimmung der kausalen Rolle von körperinternen Wirkkräften und den externen intensivmedizinischen Maßnahmen: Handelt es sich bei den Lebensphänomenen eines Hirntoten um gänzlich von außen bewirkte körperliche Einzelaktionen ohne ursächlichen Anteil des hirntoten Körpers? Oder verfügt der hirntote Körper nach wie vor über (für das biologische Leben wesentliche) integrative oder homöostatische Fähigkeiten, die in ihrem Hervorbringen ganzheitlicher Leistungen von außen bloß unterstützt werden? Diese Fragen verweisen auf die grundlegendere Frage, was für eine Bedeutung die Tätigkeit des Gehirns für das biologische Leben des

Menschen hat: Ist das Gehirn der alleinige ‚Integrator‘ der mannigfaltigen Lebensvollzüge, so dass mit dem Tod des Gehirns auch das Leben des menschlichen Organismus als Ganzes zu Ende ist und damit der Tod des Menschen festgestellt ist? Oder gibt es auch eine „subcerebrale neuronale Integration“ (Hans Jonas)? Es gibt auch Vertreter des Hirntod-Kriteriums, die eine solche subcerebrale Integration einräumen, mit dem Hinweis auf die Mehrdeutigkeit des Begriffs „Leben“ aber ein Vorliegen von spezifisch menschlichem Leben bei Hirntoten bestreiten. Damit ist eine philosophische Ebene betreten, indem der Begriff des menschlichen Lebens – und von diesem ausgehend der Begriff des Todes – allein vom Gehirn und seinen Leistungen her verstanden werden (Cerebrozentrismus).

Wie auch immer man die Rolle des Gehirns für das biologische Leben des Menschen bzw. die Möglichkeit gehirnunabhängiger Integrationsleistungen einschätzt, ist doch Folgendes offensichtlich: Auch wenn Hirntote anscheinend noch über genügend integrative Fähigkeiten verfügen – sonst würden intensivmedizinische Maßnahmen überhaupt nicht mehr „greifen“ –, ist ebenfalls klar, dass sich der menschliche Organismus nach dem Absterben seines Gehirns ohne externe Unterstützung nicht mehr auf einem vegetativen Niveau einpendelt. Hirntote sind nicht solche Menschen, die nach dem irreversiblen Verlust mentaler Eigenschaften in eine vegetative Existenzweise übergehen, so dass zwischen einem „personalen Tod“ und einem „biologischen Tod“ des Menschen zu unterscheiden wäre. Abgesehen von den ethisch überaus fragwürdigen Konsequenzen einer solchen Unterscheidung gibt es für den Menschen nur den einen Tod. Das zeigt sich in der schlichten Tatsache, dass nach dem Wegfall der künstlichen Beatmung hirntote Menschen unmittelbar zu gänzlich Toten werden, indem jener „Rest des Lebens“ aus ihnen verschwindet. Der hirntote Mensch befindet sich in einem durch externe, intensivmedizinische Maßnahmen angehaltenen Transitus; er wird am Abschluss seines schon begonnenen Sterbens gehindert. Dieser durch die Möglichkeiten der Intensivmedizin künstlich erzeugte Zustand weist sowohl Merkmale des Lebens (Temperaturregelung, Reflexbewegungen etc.) als auch Merkmale des Todes auf (irreversibler Bewusstseinsverlust), was die Bestimmung seines ontologischen wie moralischen Status so schwierig macht. Das Lebendsein des beatmeten Hirntoten liegt „im Zwielficht des Zweifelhaften“ (Hans Jonas).

STEPHAN HERZBERG



*Coinage aus einer bronzeplastik (Sigurd Schaper)*