

KRITISCHES JAHRBUCH DER PHILOSOPHIE

BEIHEFT 8 / 2009

HERAUSGEGEBEN VON DER
THÜRINGISCHEN GESELLSCHAFT FÜR PHILOSOPHIE E.V.
VORSITZENDER: KLAUS-M. KODALLE

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT:

PROF. DR. ERNST BEHLER †; PROF. DR. MANFRED FRANK (TÜBINGEN);
PROF. DR. WOLFRAM HOGREBE (BONN); PROF. DR. DR. H. C. MULT.
HANS LENK (KARLSRUHE); PROF. DR. DR. H.C. ODO MARQUARD GIessen);
PROF. DR. OTTO PÖGGELER (BOCHUM); PROF. DR. LUDWIG SIEP
(MÜNSTER); PROF. DR. GOTTFRIED WILLEMS (JENA)

Körperteile – Körper teilen

Herausgegeben von

Dirk Preuß
Nikolaus Knoepffler
Klaus-M. Kodalle

Königshausen & Neumann

INHALT

VORWORT	7
EINLEITUNG	9
<i>Nikolaus Knoepffler</i> ETHISCHE FRAGEN BEI ORGANTRANSPLANTATIONEN	13
<i>Klaus-Michael Kodalle</i> ÜBERDEHNT E SOLIDARITÄTSPFLICHT? KRITISCHE ANMERKUNGEN IM ANSCHLUSS AN NIKOLAUS KNOEPFFLERS VORTRAG	29
<i>Ralf Stoecker</i> EIN PLÄDOYER FÜR DIE REANIMATION DER HIRNTODDEBATTE IN DEUTSCHLAND	41
<i>Stephan Patt</i> ZUR AKTUELLEN HIRNTODDEBATTE – MEDIZINISCHE ERWÄGUNGEN MIT IMPLIKATIONEN FÜR ETHIK UND THEOLOGIE	61
<i>Josef Römelt</i> DER TOD ALS PERSONALES EREIGNIS – AUF DER SUCHE NACH EINER ANGEMESSENEN SPRACHE	75
<i>Samuel J. Kerstein</i> KANTIAN CONDEMNATION OF COMMERCE IN ORGANS	87
<i>Carlos M. Romeo-Casabona</i> DAS SPANISCHE MODELL DER „ZUSTIMMUNGSLÖSUNG“ BEI ORGANVERPFLANZUNG – VON DER GESETZLICHEN REGELUNG ZUR PRAXIS	99
<i>Walter G. Land/Thomas Gutmann/Abdallah S. Daar</i> MEDIKAMENTE ZUR SUPPRESSION DER INNATALEN ALLOIMMUNITÄT – DAS PROBLEM IHRER FINANZIERUNG	119
<i>Jürgen Simon/Jürgen Robiński</i> BIOBANKEN: ACCESS UND BENEFIT SHARING	139

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

© Verlag Königshausen & Neumann GmbH, Würzburg 2009

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier

Umschlag: skh-softics / coverart

Umschlagabbildung: Original SOMSO MODELL (Foto Ina Bigalke)

Bindung: Verlagsbuchbinderei Keller GmbH, Kleinlöder

Alle Rechte vorbehalten

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist

ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere

für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung

und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

ISBN 978-3-8260-4256-0

www.koenigshausen-neumann.de

www.buchhandel.de

www.buchkatalog.de

<i>Wolfram H. Eberbach</i> „MEINE PROBE GEHÖRT MIR“ – BIOBANKEN UND SPENDEREINWILLIGUNG	165
<i>Cornelia Pagel</i> DIE NABELSCHNUR ALS RECHTSPROBLEM – DREI FRAGEN, DREI ANTWORTEN	189
<i>Dirk Preuß</i> ABGETEILT UND ARCHIVIERT – ALTPROBEN IN DER BIOBANKENFORSCHUNG	199
VERZEICHNIS DER AUTOREN	211

VORWORT

Im November 2008 fand unter dem Titel „Körperteile(n)? – Praktische Fragen aus Medizin, Ethik und Recht“ der Thüringentag für Philosophie 2008 in Jena statt. Das vorliegende „Kritische Jahrbuch für Philosophie“ versammelt nun in verschriftlichter Form die meisten der dort gehaltenen, sehr rege diskutierten Vorträge inklusive zweier zusätzlicher Artikel. Sowohl den Referenten als auch den Autoren und der Mitorganisatorin, Frau Cornelia Pagel, die zum Gelingen der Tagung sowie zur Entstehung dieses Buches beigetragen haben, gilt unser herzlicher Dank.

Den „Thüringentag“ wieder in diesem Umfang ausrichten zu können, ermöglichte dabei die Kooperation zwischen dem Ethikzentrum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, der Thüringischen Gesellschaft für Philosophie sowie der Deutschen Akademie für Transplantationsmedizin. Wir danken allen Beteiligten für die hervorragende Zusammenarbeit, insbesondere der Deutschen Akademie für Transplantationsmedizin und der Friedrich-Schiller-Universität Jena für die finanzielle Unterstützung der Tagung.

Bei der Vorbereitung dieser Publikation hat uns Herr Hans Moosmüller vom Verlag Königshausen & Neumann unterstützt. Die studentischen Hilfskräfte Frau Steffanie Schmidt und Frau Heike Donnerhack haben bei der Formatierung der Artikel mitgeholfen bzw. die Übersetzung eines Beitrags aus dem Englischen vorgenommen. Ihnen allen sagen wir Dank!

Jena, im Juni 2009

Nikolaus Knoepffler
Klaus-Michael Kodalle
Dirk Preuß

VERZEICHNIS DER AUTOREN

PROF. DR. ABDALLAH S. DAAR

Dalla Lana School of Public Health, Massey College, University of Toronto, Canada.

DR. WOLFRAM H. EBERBACH

Ministerialdirigent, Thüringer Kultusministerium. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht sowie der Akademie für Ethik in der Medizin.

PROF. DR. THOMAS GUTMANN

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Rechtsphilosophie und Medizinrecht, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

PROF. DR. SAMUEL J. KERSTEIN

Associate Professor, Department of Philosophy, University of Maryland.

PROF. DR. MULT. NIKOLAUS KNOEPFFLER

Lehrstuhl für Angewandte Ethik, Leiter des Ethikzentrums der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Vizepräsident der Deutschen Akademie für Transplantationsmedizin.

PROF. DR. KLAUS-MICHAEL KODALLE

Prof. em. für Praktische Philosophie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Mitglied der Akademie der Wissenschaften und der Literatur Mainz.

PROF. DR. WALTER G. LAND

Prof. em. Ludwig-Maximilians-Universität München, Gastprofessor Baskent Universität, Ankara, Türkei, Präsident der Deutschen Akademie für Transplantationsmedizin.

CORNELIA PAGEL, ASS. IUR.

Trainee im Hauptbereich Recht der VNG – Verbundnetz Gas AG.

PROF. DR. DR. STEPHAN PATT

Professur für Neuropathologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena 1996-2004, Studium der katholischen Theologie, Priesterweihe 2007, derzeit in der Jugend- und Erwachseneneseelsorge in Köln tätig.

DR. DIRK PREUß

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Angewandte Ethik, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

JÜRGEN ROBIENSKI

Fachanwalt für Arbeitsrecht, Müden (Aller).

PROF. DR. JOSEF RÖMELT

Lehrstuhl für Moraltheologie und Ethik, Universität Erfurt.

PROF. DR. DR. DR. H.C. MULT. CARLOS M. ROMEO-CASABONA

Lehrstuhl für Strafrecht, Universität des Baskenlandes, Interuniversitätslehrstuhl für Recht und Humangenom, Universität Deusto/Universität des Baskenlandes, Bilbao, Spanien.

PROF. DR. JÜRGEN SIMON

Institut für Rechtswissenschaften, Leuphana Universität Lüneburg, Research Center of Bioethics Law.

PROF. DR. RALF STOECKER

Professor für Philosophie mit Schwerpunkt Angewandte Ethik, Universität Potsdam.

EIN PLÄDOYER FÜR DIE REANIMATION DER HIRNTODDEBATTE IN DEUTSCHLAND

„What have we lost by using the brain death criterion? First, the medical profession has had to pay the price of self-delusion. Despite continual commentary in the medical literature about the inconsistencies and incoherence of the concept of brain death, medical professionals have had to defend the concept in order not to jeopardize the benefits of organ transplantation.“

(Robert Truog)¹

1.

Als im Oktober 1992 im Norden Bayerns, nahe der Universitätsstadt Erlangen, eine junge Frau so schwer verunglückte, dass die behandelnden Ärzte einige Tage nach dem Unfall alle therapeutischen Hoffnungen aufgeben und den Hirntod der Patientin feststellen mussten, nahm eine Debatte ihren Anfang, die es wie kaum eine zweite geschafft hat, medizinethische Themen und Argumente in die breite Öffentlichkeit zu tragen.

Gewöhnlich ist die Hirntoddiagnostik der Zeitpunkt, an dem der Tod eines Patienten offiziell festgestellt und (eventuell nach einer Organexplantation) der Körper zur Bestattung freigegeben wird. Die Erlanger Patientin unterschied sich aber von den allermeisten anderen Hirntoten, denn sie war im fünften Monat schwanger und ein Abbruch der intensivmedizinischen Behandlung hätte unmittelbar den Tod des vom Unfall unverletzten Fötus zur Folge gehabt. Die Ärzte entschlossen sich deshalb zu dem Versuch, die Schwangerschaft von außen aufrecht zu erhalten, bis das Kind eine Überlebenschance außerhalb der Mutter haben würde. Fünf Wochen lang gelang ihnen dies, dann kam es zu einer Totgeburt.²

Bis dahin war das sogenannte „Erlanger Baby“ aber schon längst Gegenstand der öffentlichen Aufmerksamkeit in Deutschland geworden, die auch nicht endete, als das Kind gestorben war. Denn vielen Menschen wurde erst an diesem Einzelschicksal deutlich, wie wenig sie eigentlich über Tod und Sterben in der modernen Medizin wussten. Und gerade die Vorstellung, dass eine tote Frau ein Baby zur Welt bringen könnte, säte erhebliches Misstrauen gegenüber der ärztli-

¹ Robert D. Truog, *Brain death - too flawed to endure, too ingrained to abandon*, in: *The Journal of Law, Medicine and Ethics* 35 (2007), S. 273-281, hier S. 277.

² Eine ausführliche Dokumentation und Diskussion des Falls findet sich in Bockenheimer-Lucius et al., *Hirntod und Schwangerschaft: Medizin in Recht und Ethik*, Stuttgart 1993.

chen Kompetenz, immer die richtige Linie zwischen Leben und Tod zu ziehen. So begann in Deutschland die *Hirntod-Debatte*, die 1997 ihren Höhepunkt erreichte, als im Deutschen Bundestag ein Transplantationsgesetz (TPG) verabschiedet wurde. Das Thema wurde in zahllosen wissenschaftlichen und populären Abhandlungen erörtert, hin und her gewogen und schließlich in die eine oder andere Richtung beantwortet.

Mit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes war die Debatte dann aber ebenso plötzlich zu Ende, wie sie begonnen hatte. Andere Themen der medizinischen Ethik (z. B. der Status des Embryos) okkupierten die öffentliche Aufmerksamkeit, die Frage hingegen, ob hirntote Menschen tot sind, schien niemanden mehr zu interessieren. Dabei war, von der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt, das Gesetzgebungsverfahren ausgegangen wie das Hornberger Schießen. Im Transplantationsgesetz finden sich zum Gegenstand dieser Debatte nämlich nur zwei Formulierungen, die beide in der ganzen Debatte vergleichsweise unstrittig waren: erstens, dass man nur von Toten lebenswichtige Organe entnehmen dürfe, und zweitens, dass man sie von noch nicht hirntoten Menschen nicht entnehmen dürfe.³ Die entscheidende Frage hingegen, ob hirntote Menschen tot sind, ob sich also beide Bedingungen decken oder die erste stärker ist als die zweite, bleibt unbestimmt.

Kaschiert wurde dieser Umstand allerdings dadurch, dass die Bundesärztekammer, der es dem Gesetz zufolge eigentlich nur oblag, den „Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ festzustellen, sofort die Deutungshoheit an sich zog und in der „Dritten Fortschreibung“ der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes konstatierte: „Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“.⁴ Wenn das gestimmt hätte und es tatsächlich eine naturwissenschaftlich-medizinische Frage wäre, ob Hirntote tot sind, wäre die ganze Hirntod-Debatte witzlos gewesen, doch weder damals noch heute bezweifelt kaum jemand, dass es nicht allein Sache der Mediziner ist, sich für ein Todesverständnis zu entscheiden, sondern dass diese Frage primär philosophisch-begrifflich ist.⁵ Das Transplantationsgesetz hat die Hirntod-Konzeption also nicht bestätigt, trotzdem ist es in der Regel so gelesen worden, und das war vermutlich sogar gewollt. Die entscheidende Lücke scheint mit voller Absicht ins Gesetz aufgenommen worden zu sein, um auch einzelnen

³ „Die 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 (1) TPG); „Die Entnahme von Organen ist 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 (2) Transplantationsgesetz TPG).

⁴ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer. *Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998), S. A-1861-1868, hier S. 1861.

⁵ Vgl. Ralf Stoecker. *Der Hirntod- ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation* (=Alber-Reihe praktische Philosophie 59), Freiburg 1999, S. 43-46.

Hirntodkritikern im Bundestag die Zustimmung zu ermöglichen, ohne weiter über das Hirntod-Thema debattieren zu müssen.⁶

In den USA hat es hingegen eine solche Zäsur in der Debatte nicht gegeben. Einerseits haben die USA juristisch gegenüber Deutschland eine deutliche Vorreiterrolle gespielt. Schon 1981 hat die President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research einen Report mit dem Titel „Defining Death: Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death“ erstellt, der zu der Empfehlung gelangt, ein einheitliche Todesverständnis in alle US-Gesetze aufzunehmen, den so genannten „Uniform Determination of Death Act“. Ihm zufolge ist ein Mensch tot, wenn entweder Blutkreislauf und Atmung unwiderruflich zum Stillstand gelangt sind (das wird üblicherweise als „Herztod“ bezeichnet), oder wenn alle Gehirnfunktionen einschließlich der Hirnstammfunktionen endgültig erloschen sind (das ist der „Hirntod“).⁷ Dieser Empfehlung sind die Bundesstaaten fast durchgängig gefolgt.

Andererseits wurde die Diskussion in den USA auch nach dem *Uniform Determination of Death Act* kontinuierlich weiter geführt und hat mittlerweile einen Stand erreicht, der es aus Sicht des derzeitigen *President's Council on Bioethics* erforderlich gemacht hat, abermals einen Report zu erstellen, der im Dezember 2008 unter dem Titel: „Controversies in the Determination of Death“ erschienen ist. Anlass des neuen Reports ist die Feststellung: „In recent years,

⁶ Vgl. Wolfram Höfling, *Todesverständnisse und Verfassungsrecht*, in: Alberto Bodolfi et al., *Hirntod und Organspende*, Basel 2003, S. 84. Gleichwohl ist es gewagt, wenn in einem kürzlich erschienen Kommentar zum Transplantationsgesetz behauptet wird: „Indem der Gesetzgeber auf die Feststellung des Erkenntnisstandes der medizinischen Wissenschaft abstellt und die Verfahrensregeln zur Feststellung des Gehirntodes in §16 I 1 Nr. 1 der BÄK überträgt, bringt er indirekt zum Ausdruck, dass er den Gehirntod als Kriterium des Todes ansieht.“ (Ulrich Schroth et al., *Transplantationsgesetz. Kommentar*. München 2005, S. 80-81). Zumindest einige der Abgeordneten, die dem Gesetz zugestimmt haben, wollten das vermutlich gerade nicht ausdrücken. Etwas verhaltener formuliert Hans-Julius Schreiber: „Das Transplantationsgesetz geht nach den streitigen Diskussionen während seiner Entstehungszeit im Ergebnis vom Hirntod aus, dies ist jedoch im Kompromisswege ungeschickt formuliert, vielleicht sogar missverständlich ausgedrückt.“ (Jan Beckmann et al., *Organtransplantation*. Freiburg/Br. 2008, S. 71). Besser kann man es kaum formulieren, dass die Parlamentarier sich anscheinend keinen rechten Rat mehr gewusst haben, wie sie aus den Aporien der Hirntoddebatte wieder herauskommen sollten, und durch die „ungeschickte“ Formulierung das Thema elegant loswerden wollten. Gleichwohl findet sich beispielsweise im renommierten, wenn auch nicht unumstrittenen Kommentar von Matthias Herdegen zu Art. 1 GG mit Bezug auf Höfling die lapidare Feststellung: „Erst hirntote Menschen sind todgeweihte Personen und noch keine Leichname“ (Matthias Herdegen, *Kommentierung von Art. 1. Abs. 1 GG*, in: Theodor Maunz/ Günter Dürig (Hrsg.), *Kommentar zum Grundgesetz*, München 2003, Rz. 52).

⁷ „An individual who has sustained either (1) irreversible cessation of circulatory and respiratory functions, or (2) irreversible cessation of all functions of the entire brain, including the brain stem, is dead. A determination of death must be made in accordance with accepted medical standards.“ (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).

however, controversy has arisen about the clinical and ethical validity of the neurological standard [d.i. die Hirntod-Konzeption, RS].⁸ Zahlreiche Veröffentlichungen zur Hirntod-Problematik in den USA in den letzten zehn Jahren bestätigen diese Einschätzung.

Bemerkenswert an der Diskussion in den USA in den letzten Jahren ist jedoch nicht nur, dass aus Sicht vieler Autorinnen und Autoren und insbesondere des President's Council überhaupt noch Diskussionsbedarf über die Todeskonzeption besteht, sondern auch die geteilte Überzeugung vieler Diskutanten, dass jedenfalls die herkömmlichen Begründungen der Hirntod-Konzeption überholt seien. In einer kürzlich erschienenen Rezension des Reports wurde dies auf den Punkt gebracht: „In effect, the council rejects *all* previously advanced rationales for a neurological standard of death.“⁹ Aus Sicht des Beratungsgremiums zur Bioethik ist also keiner der Gründe, die bislang für die Gleichsetzung von Tod und Hirntod vorgebracht wurden, überzeugend. (Dass das *Council* in seiner Mehrheit trotzdem an der Hirntod-Konzeption festhält, liegt darin, dass es einen neuen, ziemlich gewagten Begründungsversuch unternimmt, den Shewmon zu Recht ablehnt, so dass ich hier nicht weiter auf ihn eingehen werde.)

Damit ist einer der beiden inhaltlichen Gründe genannt, die dafür sprechen, die Debatte weiterzuführen: Aus heutiger Sicht ist die ursprüngliche Begründung der Hirntodkonzeption, wie sie auch in Deutschland immer wieder vorgebracht wurde und wird, zunehmend erodiert. Um dies zu erläutern, werde ich im Folgenden noch einmal kurz die verschiedenen Argumente zusammenfassen, die in dieser Diskussion eine Rolle gespielt haben, um in diesem Zusammenhang auch auf die Entwicklungen der letzten Jahre einzugehen. Im Anschluss an diese Diskussion wird dann der zweite Grund für die Aktualität der Hirntoddebatte zur Sprache kommen, die Veränderungen, die sich in der Transplantationsmedizin ergeben haben.

2.

Sind hirntote Menschen schon tot oder sind sie möglicherweise noch am Leben? Die erste, naheliegende Reaktion auf diese Frage besteht natürlich darin zu versuchen, die richtige Antwort zu finden, also entweder ein Ja oder ein Nein. Folgerichtig war die Debatte sowohl in Deutschland als auch in den USA zunächst von der Auseinandersetzung geprägt zwischen denjenigen, die der Ansicht sind, dass hirntote Menschen tot sind (kurz: Hirntodbefürworter), und jenen, die dies bezweifeln oder bestreiten (kurz: Hirntodgegner). Wie sich in diesem Abschnitt zeigen wird, ist es eines der Kennzeichen der heutigen Situation, dass sich diese Gewichte mittlerweile deutlich zuungunsten der Hirntodbefürworter verscho-

⁸ President's Council on Bioethics 2008, S. ix.

⁹ D. Alan Shewmon, *Brain Death: Can It Be Resuscitated?*, in: *The Hastings Center Report* 39 (2009), S. 18-24, hier S. 20.

ben haben, was allerdings nur dazu führt, dass die wirklichen Probleme der Hirntodgegner um so augenfälliger werden. Ganz am Ende meines Beitrags werde ich deshalb kurz auf die Möglichkeiten eingehen, sich der einfachen Ja-Nein-Dichotomie ganz zu widersetzen.

Hirntodbefürworter teilen zumeist die argumentative Stoßrichtung, die schon 1982 in der ersten „Entscheidungshilfe zur Feststellung des Hirntodes“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer vorgegeben wurde. Ihr zufolge gilt:

„Mit dem Organtod des Gehirns sind die für jedes personale menschliche Leben unabdingbaren Voraussetzungen, ebenso aber auch alle für das eigenständige körperliche Leben erforderlichen Steuerungsvorgänge des Gehirns endgültig erloschen. Die Feststellung des Hirntodes bedeutet damit die Feststellung des Todes des Menschen.“¹⁰

In dieser Passage finden sich zwei unterschiedliche argumentative Säulen für die Hirntodkonzeption: Zum einen wird behauptet, dass dem Hirntoten die Voraussetzungen für ein *personales Leben* fehlen, zum anderen, dass er nicht mehr eigenständig *körperlich leben* kann. Hinter jeder dieser beiden Säulen verbirgt sich jeweils eine umfassende Diskussionslandschaft.

Argumente des ersten Typs, denen zufolge mit dem Hirntod das personale Leben ein Ende gefunden hat, bewegen sich wiederum auf zwei verschiedenen, wenn auch ineinander verwobenen Ebenen. Erstens kann man darüber streiten, inwiefern ein funktionierendes Gehirn tatsächlich für ein personales Leben unabdingbar ist. Sieht man hier von grundsätzlichen (und in meinen Augen überzogenen) Zweifeln ab, ob es nicht auch ohne Gehirn psychische Episoden in einem Menschen geben könne, dann geht es auf dieser Ebene zumeist darum, welchen Anteil die *äußere Erscheinung* dafür hat, von einem personalen Leben zu sprechen. Was hier gemeint ist, hat der Bochumer Neurologe Johann Friedrich Spittler, selbst ein exponierter Hirntodbefürworter, so beschrieben:

„Der (dissoziiert) hirntote, noch überlebende übrige Körper ist von rosiger Farbe, beim Berühren warm und weich und bewegt sich im Rhythmus des Herzschlages, im Rhythmus der Beatmung und in seltenen Fällen in Form spinaler Reflexe.“¹¹

Angesichts dieser phänomenalen ‚Lebendigkeit‘ der Hirntoten berufen sich Hirntodkritiker darauf, dass sich unser Personsein eben nicht auf bestimmte psychische Eigenschaften reduzieren lassen dürfte, sondern dass auch die Leiblichkeit eine Rolle spiele, es also nicht ausgemacht sei, dass der Verlust des Psychischen bei fortbestehender Lebendigkeit des Leibes dem personalen Leben ein Ende setzt.¹²

¹⁰ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, *Kriterien des Hirntodes, Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 79 (1982), S. 50.

¹¹ Johann F. Spittler, *Gehirn, Tod und Menschenbild*, Stuttgart 2003, S. 35.

¹² Für einen Überblick über die ‚Lebendigkeit‘ Hirntoter vgl. Spittler, *Gehirn* 2003, S. 65-68, sowie Gustavo Saposnik et al., *Movements in brain death*, in: *European Journal of Neurology* 8 (2001), S. 209-213.

Der Verweis auf die ‚Lebendigkeit‘ legt allerdings eine andere Reaktion der Hirntodkritiker viel näher, nämlich zu bezweifeln, dass ein Mensch mit dem Verlust des personalen Lebens, sprich: aller mentalen Eigenschaften, notwendigerweise schon tot ist. Das ist die zweite Ebene, auf der der Hirntod als Ende des personalen Lebens diskutiert wird: Ist das Ende des personalen Lebens wirklich schon der Tod des Menschen? Was dagegen spricht ist zum einen die Feststellung, dass auch manche nicht hirntote Menschen keine mentalen Eigenschaften haben (unwiderruflich bewusstlose Wachkomapatienten, anenzephele Säuglinge), so dass man diese ebenfalls als tot ansehen müsste, was absurd wäre. Zum anderen spricht dagegen, dass Leben und Tod zu unseren natürlichen Eigenschaften zählen, die wir mit der restlichen belebten Natur teilen, während der Personenbegriff normalerweise gerade dazu dient, dasjenige zu betonen, was an uns Menschen besonders ist und uns von allen anderen Lebewesen unterscheidet. Leben und Tod, könnte man diese Position zusammenfassen, sind eine Sache unserer Biologie, nicht unseres Personseins.

Deshalb liegt es nahe, nun von der ersten argumentativen Säule, die den Hirntod an das personale Leben bindet, zur zweiten Säule überzugehen, der These, dass mit dem Hirntod auch das biologische Leben des Menschen zu Ende ist. Hier ist zunächst festzustellen, dass niemand bezweifelt, dass es noch viel Leben in hirntoten Menschen gibt (wie ja auch noch im frisch verstorbenen herztoten Menschen Zellen und Zellverbände über eine gewisse Zeit weiterleben), während es andererseits ebenso klar ist, dass mit dem Hirntod wesentliche biologische Funktionen des Menschen, z. B. seine Fähigkeit zur Spontanatmung, unwiderruflich verloren gegangen sind. Die entscheidende Frage ist nur, ob diese Funktionen insgesamt notwendig dafür sind, dass ein Mensch biologisch am Leben ist, oder ob die dem Hirntoten verbliebenen Funktionen nicht doch den Schluss zulassen, dass der Körper und damit der Mensch selbst noch am Leben ist (und nicht nur einzelne seiner Bestandteile). Die Bundesärztekammer vertritt, wie gesagt, erstere Position, wenn sie schreibt: „Mit dem Organtod des Gehirns sind [...] alle für das eigenständige körperliche Leben erforderlichen Steuerungsvorgänge des Gehirns endgültig erloschen“ (op. cit.). Heute, fünfundzwanzig Jahre später, favorisiert das President’s Council hingegen die zweite Antwort:

„In that debate, certain exaggerated claims have been made about the ‚loss of somatic integration‘ that occurs in a body with a destroyed brain. [...] But this standard rationale was soundly criticized [...] the brain is not the integrator of the body’s many and varied functions. In normal circumstances, the brainstem does play an important and complex role in supporting bodily integration. But no single structure in the body plays the role of an indispensable integrator. Integration, rather, is an emergent property of the whole organism.“¹³

Es gibt aus Sicht des Komitees also keine für das eigenständige Leben erforderlichen Gehirnfunktionen. Das Gehirn ist zweifellos das wichtigste Organ für die

¹³ President’s Council on Bioethics 2008, S. 39f.

Aufrechterhaltung des menschlichen biologischen Lebens, aber auch das Gehirn ist nicht unverzichtbar.¹⁴

Die empirischen Befunde, auf die sich das Komitee stützt, hat am prominentesten der Neurologe Alan Shewmon zusammengetragen. Er listet u. a. Immunabwehr, Wundheilung, partielle Temperatursteuerung, die Fähigkeit zur Schwangerschaft, sexuellen Reifung und des Körperwachstums bei Kindern an.¹⁵ Das President's Council sowie viele weitere Autorinnen und Autoren sind Shewmon meines Erachtens zu Recht gefolgt. Leben ist aus biologischer Sicht eng an die Fähigkeit geknüpft, eine Vielzahl von teilweise ineinander verschachtelten Regelkreisen aufrecht zu erhalten. Hirntote haben diese homöostatische Fertigkeit in viel geringerem Maße als ein gesunder Mensch, sie sind deshalb erheblich auf die Unterstützung der Intensivmedizin angewiesen, damit ihr Organismus nicht „entgleist“, zugleich haben sie aber noch eine ganze Reihe dieser Fähigkeiten, sonst wären die medizinischen Unterstützungsmaßnahmen, die sich nicht wesentlich von der intensivmedizinischen Betreuung nicht hirntoter Patienten unterscheiden, gar nicht möglich. Herztote Menschen haben hingegen alle homöostatischen Fähigkeiten verloren (selbst wenn noch eine Zeit lang in einzelnen Zellen ein Kreislauf erhalten bleibt). Der Herztote, könnte man sagen, lebt biologisch gesehen gar nicht mehr, der Hirntote nur noch ein bisschen, wir dagegen voll und ganz. (Entsprechende Intuitionen stehen ja auch hinter solchen traditionellen medizinischen Klassifikationen wie „vita reducta“ oder „vita minima“.)

Aber auch wer nur ein bisschen lebt, lebt. Deshalb ist es angesichts der zunehmenden Kritik an der Gleichsetzung des Hirntods mit dem biologischen Tod und der Unhaltbarkeit der These vom personalen Tod so schwierig, weiter an der Hirntod-Konzeption festzuhalten, es erfordert, wie der Neurologe Robert Truog in dem Eingangszitat feststellt, einen hohen Aufwand an Selbsttäuschung oder zumindest an Reduktion kognitiver Dissonanzen. Truog nennt allerdings auch gleich den Grund dafür, trotzdem hartnäckig an der Hirntod-Definition festzuhalten: die Angst, dass damit der Transplantationsmedizin die Basis entzogen würde.¹⁶ Die Verfechter der Hirntod-Konzeption sind deshalb so hartnäckig,

¹⁴ Es ist eine historisch interessante Frage, wie neu diese Erkenntnis tatsächlich ist. Bei Robert Veatch findet sich dazu folgender anekdotischer Bericht: „As a graduate student at Harvard interested in medical ethics, I worked closely with several of the members of the Ad Hoc Committee [...] None of the members was so naive as to believe that people with dead brains were dead in the traditional biological sense of the irreversible loss of bodily integration.“ (Robert Veatch, *Abandon the dead donor rule or change the definition of death?*, in: *Kennedy Institute Ethics Journal* 14 [2004], S. 267).

¹⁵ D. Alan Shewmon, *The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating „brain death“ with death*, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 25, 2001, S. 467f. Eine Verteidigung der ersten Sicht gegen Shewmon findet sich z. B. in James L. Bernat, *The biophilosophical basis of whole-brain death*, in: *Social Philosophy and Policy* 19 (2002), S. 324-342.

¹⁶ Daneben gibt es ein wenig beachtetes weiteres medizinisches Interesse an der Hirntodkonzeption, die Möglichkeit, Hirntote für wissenschaftliche Versuche zu nutzen (vgl. Mark

weil sie befürchten, dass das Zugeständnis, dass hirntote Menschen unter Umständen noch nicht tot sind, dazu führen würde, dass eine für viele Patienten sehr erfolgreiche Therapieform zu Fall gebracht würde. Der Grund für diese Befürchtung liegt wiederum in der ganz selbstverständlich erscheinenden Annahme, dass man einem lebenden Menschen natürlich keine lebensnotwendigen Organe entnehmen dürfe, weil man ihn damit töten würde.

In der angelsächsischen Diskussion wird diese Annahme gewöhnlich als die „Dead Donor Rule“ bezeichnet: Organspenden setzen den Tod des Spenders voraus. Wie schon erwähnt, findet sich eine entsprechende Klausel auch im Deutschen Transplantationsgesetz: Organentnahme ist nur nach der Todesfeststellung zulässig. Wenn man aber nur von einem toten Spender beispielsweise das Herz oder die Bauchspeicheldrüse explantieren darf und wenn dissoziiert hirntote Menschen noch nicht tot sind, dann scheint der Schluss unausweichlich zu sein, dass diese Explantationen verboten und also wesentliche Teile der Transplantationsmedizin moralisch nicht haltbar sind.

Dieser naheliegende Schluss hat nicht nur viele Hirntodbefürworter veranlasst, so hartnäckig an der Hirntodkonzeption festzuhalten, er hat vor allem auch viele Hirntodgegner in einen ungemütlichen intellektuellen Spagat genötigt. Die allerwenigsten Hirntodkritiker wollen auf die Transplantationsmedizin verzichten, sie plädieren allenfalls dafür, Organspenden an die explizite Einwilligung („Spende“) zu koppeln, also für eine enge Zustimmungslösung. Aber es ist bei weitem nicht selbstverständlich, dass man einem sterbenden Patienten auch auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin lebenswichtige Organe entnehmen darf. Gerade Gegner der aktiven Sterbehilfe, die sich unter den Hirntodkritikern häufig finden, können dies nicht kommentarlos annehmen. Bleibt uns also nichts anderes übrig als am Ende doch noch in den sauren Apfel zu beißen und die Transplantationsmedizin als eine moralisch unhaltbare Opferung Sterbender zugunsten schwerkranker Dritter abzulehnen?

3.

Bislang könnte es den Anschein haben, als ginge der Impuls, die Hirntod-Debatte erneut aufzurollen, ausschließlich von der theoretischen, philosophischen Seite aus, die es eben nicht gewohnt sei, mit geschickt ungeschickt formulierten Kompromissen zu leben, und die in ihrem weltfremden Rigorismus die mühselig aufgerichtete Legitimation der unbestreitbar sinnvollen Transplantationsmedizin zum Einsturz zu bringen droht. Was dabei aber übersehen wird ist, dass diese Rechtfertigung auch von der Seite der Praxis, aus der Entwicklung der Transplantationsmedizin heraus, untergraben wird. Das ist der schon angekündigte zweite Grund, die Hirntoddebatte wieder aufzunehmen.

Wicclair et al., *Oversight of research involving the dead*, in: *Kennedy Institut of Ethics Journal* 14 [2004], S. 143-64).

Auch nach der weltweiten Etablierung der Hirntodkonzeption klafft bekanntlich eine große Lücke zwischen dem Bedarf an Spenderorganen und den tatsächlich durchgeführten Transplantationen. Es werden längst nicht so viele Organe gespendet wie benötigt werden, und es ist auch nicht absehbar, dass sich diese Schere tendenziell schließen wird.¹⁷ Deshalb wird schon lange nach Abhilfemaßnahmen gesucht. Eine dieser Möglichkeiten besteht nun aber darin, den Kreis der potentiellen Spenderinnen und Spender auszuweiten. In der Hirntoddebatte war im Zusammenhang mit so genannten „Großhirntod-Konzeptionen“ gelegentlich gergewöhnt worden, dass man auch Wachkomapatienten als Spender nutzen wollte. Tatsächlich hat sich die Transplantationsmedizin aber einer anderen Spendergruppe zugewandt, Patienten mit Herzstillstand.¹⁸

Eigentlich ist es keine neue Entwicklung, Explantation an Patienten mit Herzstillstand (*non heart-beating donors*) vorzunehmen. In der Pionierzeit der Transplantationsmedizin wurden die Organe ausschließlich von solchen Patienten entnommen.¹⁹ Dabei trat allerdings das Problem auf, dass die zu transplantierenden Organe durch den Kreislaufstillstand schnell geschädigt wurden. Die Zeit zwischen dem Herzstillstand und der Explantation und anschließenden Kühlung der Organe (warme Ischämiezeit) musste minimiert werden, deshalb wurde die Organentnahme nur wenige Minuten nach dem Herzstillstand eingeleitet, ohne dass immer zweifelsfrei erwiesen war, dass Wiederbelebensmaßnahmen chancenlos gewesen wären.²⁰ Erst die Etablierung der Hirntodkonzeption und der Wechsel von Spendern mit Herzstillstand zu hirntoten Spendern mit funktionierendem Kreislauf erlaubte die heute übliche, viel entspannere Explantationspraxis. Außerdem bot die Hirntodkonzeption eine befriedigendere Legitimationsbasis für die Ende der sechziger Jahre boomenden Herzverpflanzungen, die sich nur schlecht mit der Behauptung vereinbaren ließen, der Herzschlag des Spenders sei unwiderruflich erloschen gewesen.

Es waren zwei Gründe, die dann trotzdem Anfang der neunziger Jahre zu einer vorsichtigen Renaissance der Organentnahme bei Menschen mit Herzstill-

¹⁷ So standen beispielsweise 2008 in Deutschland 2753 Nierenverpflanzungen etwa 8000 Personen auf der aktiven Warteliste für die Nierentransplantation gegenüber (Deutsche Stiftung Organtransplantation, *Organspende und Transplantation in Deutschland*, Frankfurt/M. 2009, S. 26-28).

¹⁸ Zur Diskussion vgl. Courtney S. Campbell, *Harvesting the living? Separating „brain death“ and organ transplantation*, in: *Kennedy Institute of Ethics* 14 (2004), S. 301-318.

¹⁹ Zur Geschichte der Hirntodkonzeption und ihrer Beziehung zur Transplantationsmedizin in Deutschland vgl. Claudia Wiesemann, *Notwendigkeit und Kontingenz. Zur Geschichte der ersten Hirntod-Definition der deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1968*, in: Thomas Schlich/Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Hirntod*, Frankfurt/M. 2001, S. 209-235.

²⁰ Für die Situation in den USA vgl. folgende Beschreibung: „While some raised the issue of whether cadavers should be used as organ donors, few commented on whether the donor was, or should be, dead. Cardiac resuscitation had not become widely established and thus a patient was considered dead when pronounced dead by simple cardiac criteria. Reversibility was not much considered.“ (Michael A. DeVita et al., *History of organ donation by patients with cardiac death*, in: *Kennedy Institute of Ethics* 3 [1993], S. 371-385, hier S. 114).

stand führten, erstens anscheinend der Wunsch schwerkranker Patienten, Organe zu spenden, vor allem aber zweitens der schon erwähnte chronische Mangel an Spenderorganen.²¹ Bald aber wurde schon sehr viel Hoffnung in diese Gruppe von Organspendern gesetzt. Das zeigt sich deutlich in den USA. Bereits 1997 und dann noch einmal 2000 hat das US-Gesundheitsministerium das nationale Institute of Medicine beauftragt, ausführliche Berichte über die Möglichkeiten herztoter Organspenden anzufertigen. In einem kürzlich erschienenen weiteren Report dieses Instituts über *Organ Donation: Opportunities for Action*²² werden die Ergebnisse dieser Berichte noch einmal aufgenommen. Der Report unterstreicht noch einmal die Empfehlung seiner Vorgänger, diesen Zweig der Spendergewinnung stark auszuweiten, und drückt sogar die Hoffnung aus, dass es am Ende vielleicht mehr herztote Spender als hirntote geben könnte.

Um zu erkennen, weshalb auch diese Entwicklung Auswirkungen auf die Hirntod-Debatte hat, muss man sich etwas näher vor Augen führen, was unter einer Organspende durch herztote Patienten zu verstehen ist. Es gibt unterschiedliche Namen für derartige Spenden. Früher wurden sie als Spenden durch einen *Non heart-beating organ donor* bezeichnet; diese Redeweise ist in Europa auch heute noch geläufig.²³ (In den USA nennt man sie heute hingegen zumeist ‚Spende nach Herztod‘ (*donation after cardiac death, DCD*) oder auch ‚Spende nach der Todesfeststellung aufgrund von Kreislaufstillstand‘ (*donation after circulatory determination of death, DCDD*).²⁴ Ich werde im Folgenden das Kürzel ‚DCD‘ verwenden. Es existieren zwei deutlich unterschiedene Arten von DCDs, in Abhängigkeit davon, wie es zu dem Herzstillstand gekommen ist. Dieser kann entweder plötzlich eingetreten sein, sei es in einer Klinik oder außerhalb, dann ist von einer ‚unkontrollierten DCD‘ die Rede, oder er war geplant, als vorhersehbarer Folge der Beendigung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen, dann ist es eine ‚kontrollierte DCD‘. Letztere sind weltweit deutlich weiter verbreitet. In den USA beispielsweise waren 2004 nur 22 von 391 DCDs unkontrolliert, in den Niederlanden waren es 2006 12 von 105 Fällen.²⁵ Allerdings sind die DCDs insgesamt immer noch deutlich seltener als Organentnahmen von hirntoten Patienten (in den USA gab es im selben Jahr 6751 hirntote Spender).

In Deutschland werden keine Organe von herztoten Patienten entnommen und auch keine entsprechend gewonnenen Organe transplantiert. In einer gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und dreier Fachgesellschaften wurde diese Praxis 1998 als unvereinbar mit dem Transplantationsgesetz und

²¹ Zur Geschichte dieser Entwicklung vgl. DeVita et al., *History of organ donation*.

²² James F. Childress et al., *Organ Donation: Opportunities for Action*, Washington D.C. 2006, S. 142.

²³ Z. B. *Annual Report 2007, Eurotransplant 2008*, S. 26-27.

²⁴ Letzteres ist die in dem Report des Institute for Medicine vorgeschlagene Terminologie im Unterschied zur *donation after neurologic determination of death (DNDD)* (Childress et al., *Organ Donation*, S. 128).

²⁵ Pascal Borry et al., *Donation after uncontrolled cardiac death (uDCD): a review of the debate from a European perspective*, in: *The Journal of Law, Medicine and Ethics* 36 (2008), S. 752-759, hier S. 754.

also illegal abgelehnt (Bundesärztekammer et al. 1998), was noch einmal in einer Entschließung beim 110. Deutschen Ärztetag 2007 bekräftigt wurde.²⁶ In jüngster Zeit gibt es anscheinend aber Bestrebungen von Transplantationsmedizinern, diese Ablehnung aufzuweichen.²⁷ Spätestens wenn diese Initiativen stärker Gehör finden werden, ist es auch aus diesem Grund in Deutschland an der Zeit, die Diskussion über das Todesverständnis in der Medizin neu aufzunehmen. Das liegt daran, dass es erhebliche Zweifel daran gibt, ob die Menschen, denen nach dem Herzstillstand Organe entnommen werden, tatsächlich schon tot sind. Um das zu verstehen, muss man sich die Vorgehensweise bei einer DCD genauer vor Augen führen.

4.

Bei einer unkontrollierten DCD erleidet ein Mensch einen Herzstillstand. Unabhängig vom Grund für den Stillstand verliert das Herz sehr schnell die Fähigkeit, von selbst wieder mit dem Herzschlag einzusetzen, es kann aber unter Umständen durch Wiederbelebungsmaßnahmen wieder in Gang gesetzt werden, auch wenn ein Großteil derartiger Reanimationsversuche letztlich erfolglos bleiben.²⁸ Wie lange die Reanimationsbemühungen fortgesetzt werden, hängt von den Umständen und der Entscheidung des Arztes ab, die Leitlinien des *European Resuscitation Council* nennen aber 20 Minuten als Anhaltspunkt.²⁹ Ist der Zeitpunkt erreicht, an dem sich die Aussichtslosigkeit der Bemühungen zeigt, werden normalerweise die Wiederbelebungsmaßnahmen eingestellt und der Herztod des Patienten wird festgestellt, allerdings dann nicht, wenn eine DCD möglich ist. Entsprechend steht in den schon erwähnten Leitlinien:

„When considering abandoning the resuscitation attempt, a factor that may need to be taken into account is the possibility of prolonging CPR [cardiopulmonary resuscitation, R.S.] and other resuscitative measures to enable organ donation to take place.“³⁰

Um eine Organspende zu ermöglichen, müssen die in Frage kommenden Organe bestmöglich geschützt werden, deshalb ist es häufig nötig, Beatmung, Herzmassage etc. fortzuführen. Die Zeit bis zur Explantation der Organe hängt dabei nicht nur von der Zeit ab, die benötigt wird, den Spender in einen Operationsaal zu bringen, sondern auch davon, wie schnell es gelingt, Angehörige zu finden,

²⁶ *Deutsches Ärzteblatt* 104 (2007), S. A-1510.

²⁷ Vgl. *Deutsches Ärzteblatt* 105 (2008), S. A-832f.

²⁸ Peter J. Baskett et al., *European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions*, in: *Resuscitation* 67 (Suppl. 2005), S. 171.

²⁹ Ebd., S. 174.

³⁰ Ebd., S. 174.

die gewöhnlich informiert und um ihr Einverständnis gebeten werden müssen, bevor die Organe entnommen werden können.

Bei kontrollierten, d.h. geplanten DCDs gibt es keine Reanimationsphase, denn sie werden gerade dadurch eingeleitet, dass eine bestehende intensivmedizinische Lebenserhaltung abgesetzt wird, also passive Sterbehilfe geleistet wird, was entweder auf den ausdrücklichen Wunsch des Patienten hin geschieht oder weil es wegen der infausten Prognose keine weitere Rechtfertigung für eine invasive medizinische Behandlung mehr gibt. Anders als bei der unkontrollierten DCD umfasst das Prozedere bei der kontrollierten DCD also zunächst eine Zeit, in der das Herz noch schlägt, bis es schließlich nach einer unter Umständen mehrere Stunden andauernden Agonie zum Stillstand kommt. Problematisch ist dies, weil in dieser Zeit die zu explantierenden Organe nur mangelhaft versorgt werden und dadurch geschädigt werden können. Die Mediziner reagieren darauf in zweierlei Weise. Zum einen entnehmen sie die Organe so schnell wie möglich nach dem Herzstillstand, meist nach einer kurzen ‚hands-off‘-Periode von (je nach den jeweils gültigen Entnahmeregeln) zwischen 2 und 10 Minuten. Zum anderen versuchen sie schon vor dem Herzstillstand, die Schädigung der entsprechenden Organe zu minimieren. Nur wenn sich die Agonie länger als ein bis zwei Stunden hinzieht, wird gewöhnlich auf eine Explantation verzichtet.

Beide Typen von DCD werfen eine Reihe von ethischen Problemen auf. (Man kann z. B. diskutieren, inwiefern die Möglichkeit einer unkontrollierten DCD ein hinreichender Grund ist, den Patienten auch nach dem Herzstillstand und der Todesfeststellung weiter zu behandeln, ohne dass er eingewilligt hat.) Zentral ist aber auch hier, wie schon beim Hirntod, die Frage, ob die Menschen, denen nach dem Herzstillstand die Organe entnommen werden, tatsächlich schon tot sind oder nicht. Einige Autoren bejahen dies eindeutig. So findet sich im Report des Institute for Medicine eine Liste von ‚Mythen‘ über die DCD, zu denen auch die Behauptung gezählt wird: „Myth: Patients are not really dead when their organs are removed.“ Dem wird entgegen gehalten: „Fact: Organs are not removed until an independent physician pronounces the patient dead. Patients are not pronounced dead until their heart, lungs, and brain have permanently stopped functioning.“³¹

Diesem angeblichen ‚Mythos‘ sind aber offensichtlich viele andere, kritische Autoren aufgesessen, die bezweifeln haben, erstens dass der Herzstillstand zumindest im Fall von kontrollierten DCDs tatsächlich in einem interessanten Sinn permanent sei, und zweitens, dass ein permanenter Ausfall von Herz und Lunge unmittelbar das Leben beende. Grundlage der ersten Kritik ist die Feststellung, dass gerade die organerhaltenden Maßnahmen in der Zeit bis zum Herzstillstand dafür sorgen können, dass der Patient auch dann noch reanimiert werden könnte.³² Ähnliches könnte auch für Spender in einer unkontrollierten DCD gelten. Doig und Zygun haben den ‚Albtraum‘ ausgemalt, dass dieselben

³¹ Childress et al., *Organ Donation*, S. 151.

³² Mohamed Rady et al., *Organ procurement after cardiocirculatory death: a critical analysis*, in: *Journal of Intensive Care Medicine* 23 (2008), S. 303-312, hier S. 305.

Maßnahmen, die im Krankenhaus ohne Transplantationszentrum dazu verwendet werden, den Patienten nach dem Herzstillstand wiederzubeleben, ihn in einem Krankenhaus mit Transplantationszentrum zur Organentnahme vorzubereiten.³³

Tatsächlich ist das „permanent“ in dem Report nicht so gemeint, dass keine Reanimationsmaßnahmen mehr möglich wären, sondern dass niemand sie *wollen* würde. Dabei berufen sich die Autoren auf die beiden früheren Reports von 1997 und 2000.³⁴ Dort wird dies ganz deutlich ausgedrückt:

„Critics have suggested that cardiopulmonary function is not irreversible lost as long as it could conceivably be restored by vigorous resuscitation efforts [...] However, there are no legal or moral grounds for attempting to resuscitate someone who has elected to discontinue life-sustaining treatment. When life sustaining treatment has been withdrawn, when the heart and breathing have stopped, and when the passage of time has rendered the possibility of autoresurrection vanishingly small, there are strong ethical, legal and clinical grounds for concluding that death has occurred.“³⁵

In dem Zitat werden die beiden Elemente deutlich, auf die es für die Autoren des Reports begrifflich ankommt, wenn sie von ‚Unwiderruflichkeit‘ reden: der Herzschlag darf nicht wieder von alleine einsetzen können und es gibt keinen Grund, ihn von außen wiederzubeleben. Das aber ist ein extrem schwaches Verständnis von Unwiderruflichkeit. Man könnte sich beispielsweise vorstellen, dass gerade zu dem Zeitpunkt, zu dem die Ärzte die Explantation beginnen wollen, ein Angehöriger eine gerichtliche Verfügung erwirkt, den Patienten nicht sterben zu lassen, sondern wiederzubeleben. Wie unvernünftig und dumm eine solche Verfügung auch wäre, so lange sie im Prinzip dazu führen könnte, dass die Reanimation erfolgreich durchgeführt wird, kann man nicht annehmen, dass der Herzstillstand unwiderruflich ist. Eine drastische Illustration dieses Umstands findet sich in einem Bericht aus Denver, auf den auch Knoepffler in seinem Artikel in diesem Band hinweist: Drei Babys waren in einer kontrollierten DCD die Herzen entnommen und erfolgreich verpflanzt worden.³⁶ Diese Herzen hatten ganz offensichtlich nicht permanent zu schlagen aufgehört.

Selbst dann aber, wenn Herz und Lunge permanent aufgehört haben zu schlagen, ist der Patient nicht notwendigerweise tot, sonst würden beispielsweise kombinierte Herz-Lungen-Transplantationen automatisch zum Tod des Organempfängers führen, sobald die alten Organe entnommen werden. Gewichtiger ist aber ein grundsätzliches Bedenken, das sich schon in der erwähnten Stellungnahme der deutschen Ärztevereinigungen gegen die DCD findet: „Ein Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Minuten bei normaler Körpertemperatur ist bisher

³³ Christopher Doig et al., (*Uncontrolled*) donation after cardiac determination of death: a note of caution, in: *The Journal of Law, Medicine and Ethics* 36 (2008), S. 760-765, hier S. 763.

³⁴ Childress et al., *Organ Donation*, S. 145f.

³⁵ Institute of Medicine, *Non-Heart-Beating Organ Transplantation. Practice and Protocols*, Washington D.C. 2000, S. 25.

³⁶ Mark Boucek et al., *Pediatric heart transplantation after declaration of cardiocirculatory death*, in: *The New England Journal of Medicine* 359 (2008), S. 709-714.

nicht als ‚Äquivalent zum Hirntod‘ nachgewiesen und kann deshalb nicht die Todesfeststellung durch Nachweis von sicheren Todeszeichen ersetzen.³⁷ Ein Herzstillstand von wenigen Minuten gewährleistet noch nicht, dass der Hirntod eingetreten ist. Der Perspektivenwechsel von den hirntoten Spendern zu den herztoten scheint also die Gretchenfrage der Hirntod-Definition umzukehren: Man will nicht mehr nur wissen, ob man hirntot sein kann, ohne tot zu sein, sondern auch, ob man tot sein kann, ohne hirntot zu sein. Bislang war diese Frage hauptsächlich im Zusammenhang mit den Teilihirtod-Konzeptionen diskutiert worden. Nun aber geht es um den radikaleren Fall, dass der Körper so schnell stirbt, dass das Gehirn noch gar keine Zeit hatte mitzusterben. Insbesondere dann, wenn man der radikalen Empfehlung des Institute of Medicine folgen möchte, ganz ohne „Hands-Off“-Intervall unmittelbar nach dem Herzstillstand mit der Explantation zu beginnen, hat das Gehirn offenkundig noch nicht alle seine Funktionen verloren. Auch dieser Umstand wird allerdings in dem Bericht seltsam verschleiert: „once circulation is permanently lost, so, too, is neurologic function permanently lost. Consciousness is lost and brain function ceases approximately 15 seconds after circulation to the brain ceases“.³⁸ Mit dem Wort „cease“ kann hier nur gemeint sein, dass die Gehirnfunktionen zu schwinden beginnen, nicht aber, dass sie schon geschwunden sind, sonst gäbe es keine lebenden Menschen, deren Gehirn für eine viertel Minute von der Sauerstoffversorgung abgeschnitten war. Kurz, es ist mehr als wahrscheinlich, dass viele der DCD-Organspender zwar bewusstlos, aber nicht hirntot sind.

Beide Bedenken gegen die schnelle Todesfeststellung im Rahmen einer DCD führen zu einer grundsätzlichen Frage, die bereits in der Hirntod-Debatte interessant war, obgleich sie selten thematisiert wurde. Gerade biologische Charakterisierungen des Todes beschreiben ihn häufig als Verlust einer *Fähigkeit* und setzen damit voraus, dass am Leben zu sein darin besteht, eine bestimmte Fähigkeit zu haben. Es gibt eine Reihe von ernsthaften Problemen mit diesem Lebensverständnis³⁹, im Kontext der Diskussion des Herztods erweist es sich aber als besonders unplausibel.

Das wird deutlich, wenn man an einem Beispiel verschiedene Szenarien durchspielt, in denen jemand einen Herzstillstand erleidet, so dass sein Blutkreislauf zum Erliegen kommt, ohne von selbst wieder in Gang kommen zu können. Als ersten Fall kann man sich vorstellen, dass dieser Mensch nach einer Minute gefunden und erfolgreich reanimiert wird. Augenscheinlich war er zu dem Zeitpunkt in dem er reanimiert wurde, nicht tot, er schwebte nur in Lebensgefahr.

Was aber wäre gewesen, wenn der Mensch stattdessen nicht gefunden worden wäre, z. B. weil er das Pech hatte, einsam in seiner Wohnung zusammenzubrechen und nicht in einer belebten Fußgängerzone? In diesem zweiten Fall wäre

³⁷ Bundesärztekammer et al., *Organentnahme nach Herzstillstand*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998), S. A-3235.

³⁸ Childress et al., *Organ Donation*, S. 146.

³⁹ Vgl. Stoecker, *Hirntod*, S. 75-80.

der Mensch liegen geblieben und gestorben, aber nach der ersten Minute, also zu dem Zeitpunkt, in dem er im ersten Szenario gerettet wurde, war auch er noch nicht tot. Dass im einen Fall Ersthelfer auftauchen im anderen nicht, kann daran nichts ändern. Allein die Tatsache, dass jemand faktisch nicht reanimiert wird, macht für die Frage, ob er noch lebt, keinen Unterschied.

Wie aber wäre es gewesen, wenn das Ganze nicht heute, sondern vor fünftausend Jahren geschehen wäre, in einer Zeit, in der niemand wusste, wie man Menschen widerbelebt? Wäre der neolithische Bauer eine Minute nach dem Herzstillstand tot gewesen? Warum sollte er das? Zumindest wenn man prinzipiell an einem biologischen Verständnis des Todes festhalten möchte, ist das nicht einzusehen. Er hatte zwar keine Chance mehr, dem Tod zu entgehen, aber noch war er am Leben.

Dasselbe gilt nun offensichtlich auch dann, wenn es nicht die archaischen Medizinkenntnisse sind, sondern andere Gründe, die es verhindern, dass mit der Reanimation begonnen wird, z. B. eine eindeutige Willensbekundung, nicht wiederbelebt werden zu wollen. Deshalb ist, wie schon gesagt, die oben zitierte Begründung des Institute of Medicine so absurd, dass die Organspender bei der kontrollierten DCD direkt nach ihrem Herzstillstand tot seien, weil niemand sie reanimieren würde und der Herzstillstand deshalb endgültig sei.

Aber man kann das Szenario noch weiter ausdehnen und fragen, was sich ändern würde, wenn wir annehmen, dass der Mensch noch eine weitere Schädigung hat, die es verhindern würde, ihn auch mit den besten uns zur Verfügung stehenden Reanimationstechniken wiederzubeleben. Hätte das einen Unterschied dafür gemacht, ob er eine Minute nach dem Herzstillstand noch lebt? Wäre es nicht vielmehr so gewesen wie in der einsamen Wohnung oder im Steinzeitdorf, dass der Mensch zwar lebt, aber rettungslos zum Tode verurteilt ist? Mir scheint, die Antwort muss eindeutig Ja lauten. Der Grund liegt darin, dass am Leben zu sein nicht heißt, bestimmte Chancen zu haben, auch nicht, bestimmte eigene Fähigkeiten zu haben, sondern, sich aktuell in einem bestimmten Zustand zu befinden.⁴⁰ Die Menschen in den verschiedenen Szenarien sind sich eine Minute nach dem Herzstillstand in jeder relevanten Hinsicht gleich: Der versiegende Kreislauf führt unmittelbar dazu, dass viele Lebensprozesse in ihnen in Unordnung geraten, manche schneller, andere nur sehr langsam; da diese Prozesse aber noch nicht so weit gestört sind, dass sie mit einer Wiederbelebung unvereinbar wären, wie sich im ersten Fall zeigt, ist nicht zu sehen, warum nicht auch in den anderen Szenarien noch hinreichend viel Leben in den Menschen ist, um sie als lebend anzuerkennen. Allein die Tatsache, dass sich ihre Schicksale bald teilen werden, ändert nichts daran, dass sie zu diesem Zeitpunkt, kurz nach dem Herzstillstand, alle noch am Leben sind.

Wie gesagt, ich glaube, dass die Unplausibilität eines Verständnisses des Lebens als einer Fähigkeit Rückwirkungen nicht nur auf die Herztod-, sondern auch auf die Hirntoddebatte hat. An dieser Stelle sollen damit aber nur die Zwei-

⁴⁰ Vgl. Stoecker, *Hirntod*, S. 75-89.

fel an der Annahme untermauert werden, dass die Spender in der DCD tatsächlich schon tot sind. Wenn sie jedoch nicht tot sind, dann fragt es sich auch hier, wie schon bei der Hirntod-Debatte, welche Schlussfolgerungen zu ziehen sind. Abermals gibt es eine Behandlungsmethode, die im Prinzip vielen schwer kranken Menschen helfen kann (z. B. den Empfängern der drei Baby-Herzen in Denver), die aber darauf angewiesen zu sein scheint, dass mit allen Mitteln der Selbsttäuschung an einer These festgehalten wird, die beim näheren Hinsehen unhaltbar ist – hier die These, dass Hirntote tot sind, dort dass ein Mensch unmittelbar nach dem Herzstillstand tot ist. Denn die Alternative, so scheint es, liegt darin zuzugestehen, dass die Operateure die Spender mit der Explantation töten, und eine solche Praxis des fremdnützigen Tötens scheint offenkundig inakzeptabel zu sein.

5.

Es ist das Ziel dieses Artikels, für eine Wiederaufnahme der Hirntod-Debatte zu plädieren, nicht sie zu Ende zu führen. Aber ich möchte zumindest kurz skizzieren, in welche Richtung sich diese Debatte meines Erachtens entwickeln könnte und sollte. Für aussichtslos halte ich alle Versuche, doch noch irgendwie festzustellen, dass die hirntoten Spender und die Spender mit Herzstillstand in Wirklichkeit tot sind. In meinen Augen hat Truog Recht, dass dies nur mit massiver Selbsttäuschung gelingen kann.

Will man trotzdem daran festhalten, dass Transplantationen nützlich und sinnvoll sind, dann liegt es zunächst nahe, sich in das andere Horn des Dilemmas zu stürzen und beispielsweise mit Truog zu akzeptieren, dass man unter Umständen Organe entnehmen darf, auch wenn die Spender noch nicht tot sind, also die Dead Donor Rule aufzugeben.⁴¹ Das Problem für diesen Vorschlag liegt allerdings in der Gefahr, dass damit Tür und Tor für andere Formen der fremdnützigen Tötung geöffnet werden, z. B. von dauerhaft komatösen Menschen, hinsichtlich derer ebenfalls die Frage gestellt werden könnte, ob es nicht besser wäre, mit ihren Organen einen oder mehrere kranke Mitmenschen zu retten.

Wenn man sich aber auf keines der Hörner eines Dilemmas einlassen will, dann sollte man sich auch besser gar nicht erst hinein begeben. Diese Strategie scheint mir die aussichtsreichste zu sein. Es gibt wiederum verschiedene Möglichkeiten, das Dilemma zu vermeiden. Robert Veatch und Dieter Birnbacher haben vorgeschlagen, die Grundfrage der Hirntoddebatte nicht als eine Sachfrage aufzufassen, sondern als pragmatische Aufforderung, eine Grenze zu ziehen, von

⁴¹ Truog, *Braindeath*; Truog et al., *Role of brain death and the dead-donor rule in the ethics of organ transplantation*, in: *Critical Care Medicine* 31 (2003), S. 2391-2396.

der ab Explantationen erlaubt sind.⁴² Dieser Vorschlag krankt aber an einem Mangel, der sich spiegelbildlich zu dem eben erwähnten Mangel von Truogs Vorschlag verhält. Wenn ein bestimmtes Todeskonzept aus pragmatischen Gründen gewählt wird, dann besteht zwar keine Gefahr, dass andere Menschen, die in diesem Sinn noch nicht tot sind, ebenfalls als Spender herangezogen werden könnten, dafür entsteht aber für diejenigen, die in diesem Sinn tot sind, die Gefahr, auch in jeder anderen Hinsicht wie Tote behandelt zu werden. Ich habe oben schon kurz darauf hingewiesen, dass Hirntote bereits für wissenschaftliche Untersuchungen Verwendung finden, entsprechend könnte man sie auch als Übungsfeld für angehende Chirurgen nutzen etc. Bislang haben wir eine Scheu davor, Hirntote so zu behandeln, während wir es als selbstverständlich erachten, dass Medizinstudierende Leichen sezieren. Aus Sicht der pragmatischen Definition wäre das nicht berechtigt.

Das Problem beider Vorschläge ist in meinen Augen, dass sie nicht radikal genug mit der Ausgangsvorstellung brechen, es müsse doch irgendwo diese Grenze geben, die das Leben vom Tode scheidet, und wenn wir sie erst gefunden haben, dann wissen wir genau, was wir mit den Menschen anstellen dürfen, die sich diesseits oder jenseits dieser Grenze befinden. Es reicht nicht festzustellen, dass sich diese Grenze nicht in der Realität vorfindet, wie es Birnbacher und Veatch tun, andererseits geht man zu weit, wenn man ihr einfach einen Teil ihrer moralischen Relevanz abspricht wie Truog. Man muss vielmehr eine Erklärung dafür haben, warum ihr diese Relevanz normalerweise zukommt, es aber trotzdem falsch ist, in den speziellen Fällen der hirntoten Patienten und der Patienten mit Herzstillstand herausbringen zu wollen, wo sie genau verläuft.

Ich habe versucht, diese Erklärung in meinem Buch über den Hirntod und in weiteren Publikationen zu geben.⁴³ Ausgangspunkt meiner Überlegungen ist die Feststellung, dass der moralische Stellenwert des Übergangs zwischen Leben und Tod darauf zurückgeht, dass mit dem Leben eine Vielzahl von Charakteristika, an denen uns aus moralischer Sicht viel liegt, verloren geht. Schon immer und normalerweise auch heute noch verliert ein Mensch im Tod das Bewusstsein, die

⁴² „I suggest that the project of the past 30 years has been one of attempting to figure out which humans with bodies containing living tissue may be treated the way we normally treat dead people. Among the implications would be that these people can have organs removed without the elaborate justification that would normally be required to justify a homicide. Once we have figured out which people qualify for this new moral status, we will assign a name to this new category. For better or worse, the name we chose at the time was ‚dead‘.“ (Veatch, *Abandon*, S. 268). „Das Hirntodkriterium ist kein adäquates Kriterium für den Tod, sondern ein Kriterium für den unter ethischen Gesichtspunkten primär relevanten, aber mit dem Tod *simpliciter* nicht zusammenfallenden mentalen Tod.“ (Dieter Birnbacher, *Der Hirntod - eine pragmatische Verteidigung*, in: *Jahrbuch für Recht und Ethik* 15 [2007], S. 475).

⁴³ Stoecker, *Hirntod*; Ralf Stoecker, *Die Hirntod-Debatte aus philosophischer Sicht*, in: Alberto Bondolfi/Ulrike Kostka/Kurt Seelmann (Hrsg.), *Hirntod und Organspende*, 2003; Ralf Stoecker, *Neuer Wein in alten Schläuchen. Zu den Möglichkeiten einer moralphilosophischen Transformation ethischer Probleme*, in: Peter Schaber (Hrsg.), *Wozu ethische Theorie?* (im Erscheinen).

Möglichkeit, aktiv zu handeln, die zwischenmenschliche Reaktivität, die Bewegungsfähigkeit, das lebendige Erscheinungsbild, die autopoietische Struktur, die soziale Position sowie eine mögliche Zukunft und damit auch u. U. die Chance, bestehende Pläne und Projekte zu verwirklichen. Dass mit dem Tod schlagartig so viel verloren geht, was uns lieb und teuer ist, erklärt unsere Überzeugungen, erstens dass es moralisch höchst verwerflich ist, den Tod herbeizuführen, und zweitens dass mit dem Tod zugleich ein radikaler Verlust an moralischem Status einhergeht, so dass man hinterher sehr viel mehr mit einem Menschen machen kann als vorher.

Diese *moralische Grundannahme über den Tod* konnte sich deshalb so lange halten, erstens weil die Menschen in der Regel so gestorben sind, dass sie innerhalb einer kurzen Frist alle diese Verluste durchlaufen haben, und zweitens weil es innerhalb dieser Spanne keinen Handlungsbedarf gab. Die früher in manchen Kliniken üblichen Fristen, die eingehalten werden mussten, bevor ein Leichnam aus dem Bett genommen wurde, spiegeln diesen Umstand gut wieder: man konnte es sich leicht erlauben, den Menschen in Ruhe zu Ende sterben zu lassen (und zudem die Scheintod-Gefahr zu bannen), denn es gab keinen Grund zur Eile.

Mit der Entwicklung der Intensiv- und Transplantationsmedizin hat sich aber beides geändert. Zum einen gerät der Sterbeprozess zunehmend in die ärztliche Verfügungsgewalt, kann gestreckt oder sogar angehalten werden wie z. B. beim Erlanger Baby, so dass die Verluste also entzerrt und in größeren zeitlichen Abständen stattfinden können. Und zum anderen müssen in dieser Frist wichtige Entscheidungen gefällt werden, insbesondere die Frage, wann welche Organe wie entnommen werden dürfen. Der Tod, mit dem es die Mediziner in der Transplantation zu tun haben, ist nicht mehr der Tod, der die moralische Grundannahme über den Tod so selbstverständlich erscheinen lässt. Durch die moderne Medizin ist deutlich geworden, dass diese Grundannahme zwar eine wichtige Faustformel für die übergroße Mehrzahl aller Sterbeprozesse ist, dass man aber nicht darauf hoffen sollte, sich auch im kontrollierten Sterben der modernen Hi-Tech-Medizin darauf stützen zu können.

Um zu entscheiden, wie man sich gegenüber diesen Patienten, die sich entweder hirntot oder ohne Herzschlag in der Zwischenwelt des kontrollierten Sterbens befinden, verhalten soll und darf, muss man vielmehr einen Schritt hinter die moralische Grundannahme über den Tod zurücktreten und sich direkt mit der Relevanz der verschiedenen Verluste auseinandersetzen. Man muss also Fragen stellen wie die, was es für unsere Verpflichtungen bedeutet, dass im Fall des Hirntods der Patient unwiderruflich bewusstlos ist und niemals wieder nachdenken, fühlen, kommunizieren kann, dass er aber biologisch und phänomenologisch noch deutlich am Leben ist, oder was es bedeutet, dass ein Patient mit Herzstillstand zwar im Prinzip reanimierbar ist aber in wenigen Minuten all diese Grenzen überschritten haben wird. Wichtig ist es außerdem, dass man sich Klarheit darüber verschafft, welche moralischen Gesichtspunkte überhaupt vom Prozess des Ablebens betroffen sind und welche ganz unbeeinflusst ihre Geltung

behalten: Wie steht es beispielsweise mit unseren Menschenrechten? Haben wir sie nur so lange wir leben, und wenn ja, warum? Und wie steht es mit der zu respektierenden Menschenwürde?

Kurz, ich plädiere dafür, die Hirntod-Debatte wieder aufzunehmen, allerdings in der Erwartung, dass wir dabei feststellen werden, dass es gar nicht so sehr darauf ankommt zu entscheiden, ob hirntote Menschen oder Menschen unmittelbar nach dem Herzstillstand tot sind oder noch leben – auch wenn vieles für letztere Antwort spricht –, sondern dass es darauf ankommt, wie wir mit ihnen umgehen dürfen und sollten, gegeben, dass wir uns nicht mehr auf die moralische Grundannahme über den Tod verlassen dürfen. Die Reanimation der Hirntod-Debatte ist wichtig, damit wir sie, wie Wittgensteins berühmte Leiter, am Ende hinter uns lassen können.