

WANN IST EIN MENSCH TOT?

Philosophische und theologische Anmerkungen zur Diskussion des Hirntod-Kriteriums

Impulsreferat von Martin M. Lintner, Brixen,
im Rahmen einer Fortbildung des Klinischen Ethikkreises des LKH Innsbruck zum Thema
„Hirntod und Organspende“
am 26. November 2015

1. Hinführung: Hirntod ist nicht Tod des Gesamtorganismus

„1966 legte die französische Akademie der Medizin als eine der ersten medizinischen Fachgesellschaften überhaupt den irreversiblen Ausfall der Hirnaktivität als Zeitpunkt des Todes des Menschen fest. 1968 publizierte eine Kommission an der Harvard Medical School unter Federführung von Henry K. Beecher einen Bericht, der den Hirntod als den eigentlichen Tod des Menschen definierte und die Kriterien benannte, die zur Feststellung des Hirntodes erfüllt sein müssen. Seither gilt in den meisten westlichen Ländern der Gesamthirntod als der Tod des Menschen.“¹

Obwohl die Harvard-Kommission nachweislich nicht die erste ist, die das Hirntodkriterium erarbeitet hat, wird ihr bekanntlich vielfach vorgeworfen, das Hirntodkriterium deshalb definiert zu haben, um dadurch an die Organe von Menschen zu gelangen.

Es steht außer Zweifel, dass der Organismus eines hirntoten Menschen noch nicht gänzlich abgestorben ist, sondern dass Organe und Gewebe noch lebendig, also keine tote Materie sind, da sie andernfalls ja nicht für eine Organtransplantation in Frage kommen würden. Das Herz eines Hirntoten kann weiterhin schlagen, der Körper kann schwitzen oder frieren und er zeigt Reaktionen. Ein Mann kann eine Erektion bekommen, und es sind Fälle bekannt, wo bei hirntoten schwangeren Frauen die Schwangerschaft über Wochen oder Monate fortgesetzt werden konnte – wie im Falle des berühmten „Erlanger Babys“ (1992).

¹ Giovanni Maio, Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin, Stuttgart 2012, 282.

Zudem besteht die Schwierigkeit, dass rein phänomenologisch ein Hirntoter nicht als tot erscheint, also nicht der lebensweltlichen Vorstellung eines Toten entspricht und deshalb nicht als tot wahrgenommen wird.

Es stellt sich daher die Frage, ob der medizinisch einwandfrei diagnostizierte irreversible Ausfall aller Hirnaktivitäten und -funktionen tatsächlich ein hinreichendes Kriterium dafür ist zu sagen, dass ein Mensch tot ist, dass er also verstorben ist in dem Sinne, dass der Sterbeprozess nicht nur unumkehrbar eingetreten, sondern zum Abschluss gekommen ist.

Anders formuliert: Reicht der Gesamthirntod aus um zu sagen, dass der Körper eines Menschen aufgehört hat, der Leib dieses Menschen zu sein, sondern dass er zu einem Leichnam geworden ist, der nicht mehr zu einer leib-seelischen Einheit einer Person gehört, selbst wenn er als Organismus noch nicht zur Gänze abgestorben ist?

Eine bislang allgemein akzeptierte Forderung für die sittliche Legitimität der Entnahme von Organen – ausgenommen die Lebendorganspenden, die nicht zum Tod des Organspenders und zu einer nachhaltigen Schädigung seiner Gesundheit führen – ist, dass sie *post mortem*, also postmortal, d. h. nach dem Tod des potentiellen Organspenders und damit *ex cadavere* entnommen werden. Man spricht auch von der *dead donor rule*.

Im Unterschied dazu gibt es etwa in England, in den Niederlanden oder in den USA das Konzept des Spenders ohne Herzschlag (*non heart beating donor*). Das Fehlen des Herzschlags entspricht zwar eher der lebensweltlichen Vorstellung eines Toten, kann jedoch nur dann als Todeskriterium gewertet werden, wenn der Herz-Kreislauf-Stillstand definitiv ist, was wiederum bedeuten würde, dass man zu lange warten müsste bzw. die Organe und Gewebe zu lange nicht durchblutet würden und damit für eine Transplantation nicht mehr geeignet wären. Deshalb wird bspw. in Deutschland und in Österreich am Kriterium des Hirntodes im Unterschied zum Herz-Kreislauf-Stillstand und damit an der *dead-donor-rule* im Unterschied zur *non-heart-beating-donor-rule* festgehalten.

Doch zurück zur Frage: Welche Argumente sprechen für und welche gegen das Gesamthirntodkriterium? Im Folgenden wird es nicht um die medizinischen Kriterien der zweifelsfreien Hirntoddiagnostik gehen, sondern um folgende Fragen:

- Ist die sichere Diagnose des Gesamthirntodes, d.h. des irreversiblen Ausfalls aller Hirnaktivitäten und -funktionen ein hinreichendes Kriterium für die Entnahme von Organen und Geweben zum Zweck der Organ- bzw. Gewebetransplantation?

- Ist der Gesamthirntod also ein hinreichendes Kriterium dafür, dass ein Körper aufgehört hat, der Leib eines Menschen zu sein, sondern zum Leichnam geworden ist, dass also ein Mensch für tot erklärt werden darf?

Die entscheidende Frage ist dabei, welche Funktion dem Gehirn im Gesamtorganismus zuerkannt wird.

2. Die Funktion des Gehirns im Gesamtorganismus

2.1 Gehirn und Kognition

Dabei scheint mir eine Vorbemerkung wichtig: Es geht nicht um das Gehirn und um seine spezifische Funktion für die kognitiven und mentalen Leistungen eines Menschen wie Bewusstsein, Denken, bewusstes Fühlen etc., also für jene Leistungen, die als personale Leistungen eines Menschen charakterisiert werden. Würde man die Funktion des Gehirns im Hinblick auf die personalen Fähigkeiten bewerten, würde dies die Reduktion des Personseins auf die kognitiven Fähigkeiten und Leistungen zur Folge haben. Eine weitere Folge wäre, dass man dann nicht am Gesamthirntod festhalten müsste, weil die neurobiologischen Grundlagen für die kognitiven Tätigkeiten dem Großhirn zugeordnet werden können. In den entsprechenden Debatten wird deshalb manchmal zwischen dem „personalen Tod“ und dem „biologischen Tod“ unterschieden, also dem irreversiblen Ausfall des Großhirns und dem irreversiblen Ausfall des Gesamthirns. Selbst beim personalen Tod würde dies jedoch bedeuten, dass ein Körper noch nicht aufgehört hat, der Leib eines Menschen zu sein.

2.2 Die integrative Funktion des Gehirns

Wenn am Kriterium des Gesamthirns festgehalten wird, dann aufgrund der integrativen Funktion des Gehirns im menschlichen Gesamtorganismus. In der Fachliteratur findet sich die Bezeichnung der Integrationsthese. Dem Gehirn kommt im Organismus die besondere Aufgabe einer Integrations- und Organisationsleistung zu, ohne die der Körper nicht jene funktionale und interaktive Einheit sein könnte, die ihn als lebenden Organismus auszeichnet. Diese Funktion unterscheidet das Gehirn von den anderen Organen. Der Leib eines Menschen ist nicht nur einfach die Summe seiner Einzelteile bzw. seiner Zellen, Gewebe und Organe, sondern was diese immer mehr als ihre Summe bilden, nämlich einen lebenden und sich selbst regulierenden Organismus. Dass der Körper aber eine solche funktionale Einheit bilden kann, dafür ist die Leistung des Gesamthirns notwendig und konstitutiv. Dem Gehirn kommen „vielfältige biologische Steuerungs- und Integrationsfunktionen zu, die es über das periphere Nervensystem und über hormonelle Mechanismen im Hinblick auf den Gesamtorganismus aus-

übt“². Fallen diese Funktionen irreversibel aus, dann können zwar auf künstlichem Wege Teilfunktionen des Körpers weiterhin aufrecht erhalten werden, aber erstens nicht mehr so, dass es sich um einen sich selbst regulierenden Organismus handelt und zweitens nicht auf unbegrenzte Zeit. Deshalb ist davon die Rede, dass es sich nicht mehr um einen integrierten Organismus handelt, sondern um eine Summe von körperlichen Restfunktionen, die es nicht mehr rechtfertigen anzunehmen, dass ein Körper weiterhin jene funktionale Gesamtheit darstellt, die er als Leib eines Menschen bzw. als Träger eines menschlich personalen Daseins ist. Ging es weiter oben darum zu betonen, dass eine Person nicht einfach auf ihre kognitiven Leistungen reduziert werden darf, muss an dieser Stelle aber auch unterstrichen werden, dass sie nicht einfach im Sinne eines funktionalen Gesamtorganismus verstanden werden kann. Dieser ist vielmehr Voraussetzung dafür, dass ein Organismus als Leib einer Person verstanden werden kann.

Nur unter dieser anthropologischen Voraussetzung kann man den Gesamthirntod als sicheres Zeichen dafür ansehen, dass ein Mensch verstorben ist. Die Organentnahme tötet ihn dann nicht, sondern der Sterbeprozess ist an sein Ende gelangt und der Mensch ist bereits verstorben.

2.3 Kritik am Hirntodkriterium

Die Kritik am Hirntodkriterium setzt heute genau hier an: bei der integrativen Funktion, die dem Gehirn zugeschrieben wird. Es geht also nicht um jene Fälle, wo sich nach Feststellung des Gehirntodes gezeigt hat, dass noch nicht sämtliche Funktionen des Gehirns erloschen waren. Hier wäre die Hirntoddiagnostik angefragt. Es geht vielmehr um die Ablehnung des Hirntodkriteriums als solches. Es wird nämlich argumentiert, dass das Gehirn rein physiologisch und neurologisch nicht exklusiv für diese Integrationsleistung verantwortlich ist. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass es Integrationsfunktionen gibt, die evolutionsgeschichtlich älter sind als die Ausbildung des Gehirns und dass diese evolutionsgeschichtlich älteren Integrationsfunktionen wenigstens ansatzhaft reaktiviert werden können, wenn die Leistungen des Gehirns ausfallen. Das Gehirn würde in diesem Sinne eine komplexe Form der Koordinierung von Integrationsleistungen sein, jedoch nicht allein für sie verantwortlich sein bzw. sie nicht hervorbringen. Es gäbe also auch extrazerebrale Zentren wie z. B. das Rückenmark, die die Koordination und Integration unterschiedlicher Körper- und Organfunktionen zu leisten vermögen. Als Anzeichen dafür werden Funktionen wie Wundheilung, die Temperaturregulierung, die Funktion der Hypophyse und ihrer Rolle bei der

² Walter Schaupp, Das Hirntodkonzept – Theologisch-ethische Sicht, in: ders./Wolfgang Kröll, Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, ethische und rechtliche Betrachtungen, Baden-Baden 2014, 102.

Regulation des Hormonsystems im Körper oder die Möglichkeit der Aufrechterhaltung einer Schwangerschaft genannt.

Nun gibt es Kritiker bzw. Ablehner des Hirntodkriteriums, die zugleich – unter der Voraussetzung der Zustimmung, die weiterhin dem mutmaßlichen aktuellen Willen des potentiellen Organspenders entspricht – an der ethischen Legitimität der Organspende festhalten. Der Preis ist allerdings die Preisgabe der *dead-donor-rule*, sodass ein Organ nach diesem Verständnis einem noch lebenden, wenn auch im Sterbeprozess befindlichen Menschen entnommen werden kann.

2.4 Eine kurze Replik auf die Einwände gegen das Hirntodkriterium

In der heutigen philosophischen Diskussion³ wird auf zwei Punkte hingewiesen, die bereits genannt worden sind: Erstens, dass das personale Sein nicht auf die kognitiven Leistungen reduziert werden darf; zweitens, dass eine Person auch nicht auf die funktional integrierte Gesamtheit eines Organismus reduziert werden kann. Die entscheidende Frage ist also die eingangs bereits gestellte:

- Wann hört der Körper eines Menschen auf, dessen Leib zu sein, sodass er zum Leichnam wird und man sagen kann, dass ein Mensch verstorben, d.h. tot ist?

Als Tod wird hier nicht das Ende des personalen Seins eines Menschen verstanden, sondern dass ein Körper aufgehört hat, der Leib eines Menschen zu sein und damit zum Leichnam geworden ist. In diesem Kontext wird die klassische Frage aktuell, was die Beseelung eines Körpers ausmacht. Es geht um die Seele als Lebensprinzip eines Körpers, das dafür ausschlaggebend ist, dass der Leib eines Menschen mehr ist als die funktionale Gesamtheit des Organismus, wobei die Seele nicht mit den geistig-kognitiven Fähigkeiten gleichgesetzt werden darf. Nun wird hier argumentiert, dass die neurologische Funktionsweise des Gehirns gleichsam das physiologische bzw. neuronale Substrat dafür darstellt, dass die Seele genau diesen Organismus beleben kann, bzw. – anders gewendet – dafür, was einen hochkomplexen technologischen Mechanismus von einem be-seelten Körper unterscheidet. Dieser Argumentation folgend würde der irreversible Gesamthirntod nicht mehr nur deshalb ein sicheres Anzeichen für den eingetretenen Tod darstellen, weil eine gewisse höhere Integrationsleistung des menschlichen Organismus unumkehrbar verloren gegangen ist, sondern weil jene Schnittstelle der Leib-Seele-Einheit nicht mehr vorhanden ist, die die für die Beseelung eines Körpers notwendige Voraussetzung ist und zugleich für die Individualität und Singularität eines Menschen ausschlaggebend ist.

³ S. dazu bspw.: Stephan Patt / Harald Bienek, Ist die Organspende bei Hirntoten noch zu retten?, in: ZfME 61 (2015) 341–354.

3. Zum Abschluss:

Die Position der katholischen Kirche zum Hirntodkriterium

3.1 Johannes Paul II.

Papst Johannes Paul II. hat erklärt, dass das Hirntodkriterium als Feststellung des Todes eines Menschen mit dem biblischen und christlichen Menschenbild vereinbar ist und dass deshalb auch aus theologisch-ethischer Perspektive das Hirntodkriterium hinreichend ist für die postmortale Organspende:

„Es ist bekannt, dass gewisse wissenschaftliche Methoden zur Feststellung des Todes eine Zeit lang dem sog. ‚neurologischen‘ Kriterium größeres Gewicht beigemessen haben als der traditionellen auf Herz- und Lungentätigkeit basierenden Diagnose. Hier geht es speziell darum, die vollkommene und unwiderrufliche Einstellung jeglicher Hirntätigkeit (im Großhirn, im Kleinhirn und im Hirnstamm) nach von der internationalen wissenschaftlichen Gemeinschaft eindeutig festgelegten Parametern zu bestimmen. Das erachtet man schließlich als Beweis für den definitiven Verlust der integrativen Fähigkeit des individuellen Organismus. Im Hinblick auf die heute zur Feststellung des Todes gebräuchlichen Parameter – Anzeichen von Hirntätigkeit oder das traditionellere Kriterium der Herz-Lungenaktivität – enthält sich die Kirche jeder technischen Entscheidung. Sie beschränkt sich auf die durch das Evangelium vorgegebene Pflicht, die medizinischen Daten und die christliche Lehre von der Einheit der Person gegenüberzustellen, Ähnlichkeiten und mögliche Konflikte hervorzuheben, die die Achtung der menschlichen Würde gefährden könnten. Hier kann darauf hingewiesen werden, dass das heute angewandte Kriterium zur Feststellung des Todes, nämlich das völlige und endgültige Aussetzen jeder Hirntätigkeit, nicht im Gegensatz zu den wesentlichen Elementen einer vernunftgemäßen Anthropologie steht, wenn es exakt Anwendung findet. Daher kann der für die Feststellung des Todes verantwortliche Arzt dieses Kriterium in jedem Einzelfall als Grundlage benutzen, um jenen Gewissheitsgrad in der ethischen Beurteilung zu erlangen, den die Morallehre als ‚moralische Gewissheit‘ bezeichnet. Diese moralische Gewissheit gilt als notwendige und ausreichende Grundlage für eine aus ethischer Sicht korrekte Handlungsweise.“⁴

⁴ Johannes Paul II., Ansprache vom 29. August 2000 an die Teilnehmer eines Kongresses für Organspende.

3.2 Wiederholte Anfragen an den Vatikan von Seiten der Kritiker des Hirntodkriteriums

Wiederholt haben sich Kritiker des Hirntodkriteriums in den vergangenen Jahren an den Vatikan gewandt mit der eindringlichen Bitte, die kirchliche Position zum Hirntod zu revidieren.

Aufgrund der Brisanz dieser heiklen Thematik haben sich die Päpstliche Akademie für das Leben sowie die Päpstliche Akademie der Wissenschaften wiederholt mit dem Hirntodkriterium auseinandergesetzt, allerdings mit dem klaren Ergebnis, dass der Vatikan die soeben zitierte Position Johannes Pauls II. bislang nicht revidiert hat, wie oft fälschlicherweise behauptet wird.

Am 3./4. Februar 2005 hat die Päpstliche Akademie der Wissenschaften eine Tagung zum Thema „Anzeichen des Todes“ veranstaltet. Johannes Paul II. hat die Teilnehmer in seinem Grußwort gebeten, die Kriterien für die sichere Feststellung des eingetretenen Todes zu untersuchen, zugleich aber betont, dass die Kirche die Praxis der Transplantation von Organen Gestorbener unterstützt. Manche Teilnehmer der Tagung haben sich gegen das Hirntodkriterium ausgesprochen, z. B. der Philosoph Robert Spaemann. Dennoch hat der Vatikan seine Position nicht geändert.

Am 2. September 2008 hat Lucetta Scaraffia das Hirntodkriterium in einem Artikel anlässlich *40 Jahre Harvard-Erklärung* in der Vatikan-Zeitschrift „Osservatore Romano“ in Frage gestellt, was intensive Diskussionen darüber ausgelöst hat, ob der Vatikan seine Position revidiert hätte, was jedoch nicht der Fall war.

3.3 Benedikt XVI.

Am 7. November 2008 hat Papst Benedikt XVI. die Organspende als „eine besondere Form des Zeugnisses der Nächstenliebe“ bezeichnet, und zwar in der Ansprache an die Teilnehmer des Kongresses „Organspende – ein Geschenk für das Leben“. Zur postmortalen Organspende sagte er, dass als Voraussetzung dafür der Tod eindeutig festgestellt werden muss. Er geht aber nicht explizit auf die Hirntoddiskussion ein, sondern führt aus:

„Es ist auf jeden Fall notwendig, daran zu erinnern, dass die einzelnen lebenswichtigen Organe ausschließlich ‚ex cadavere‘ entnommen werden können. Die Wissenschaft hat in diesen Jahren weitere Fortschritte bei der Feststellung des Todes des Patienten gemacht. Es ist also gut, dass die erreichten Ergebnisse die Zustimmung der gesamten wissenschaftlichen Gemeinschaft erhalten, um so die Suche nach Lösungen zu begünstigen, die allen Sicherheit geben sollen.“

Da Benedikt XVI. also auch hier die postmortale Organspende nicht ablehnt, akzeptiert er einschliessweise das Hirntodkriterium, denn andernfalls wäre eine postmortale Organspende unter der Bedingung, dass sie nur einem bereits Verstorbenen entnommen werden darf, nicht möglich.

Verwendete und weiterführende Literatur:

- AA.VV., Organtransplantation und Todesfeststellung = ZfmE 58 (2012), Heft 2 (mit Aufsätzen von: Stoecker Ralf, Schockenhoff Eberhard, Denkhäus Ruth, Dabrock Peter, Beckmann Jan P., Höfling Wolfram).
- Deutscher Ethikrat, Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Eine Stellungnahme, Berlin 2015; online abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf> (10.11.2015)
- Kröll Wolfgang / Schaupp Walter, Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, ethische und rechtliche Betrachtungen, Baden-Baden 2014.
- Maio Giovanni, Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin, Stuttgart 2012.
- Marckmann Georg, Ethische Fragen der Organtransplantation, in: ders. (Hg.), Praxisbuch Ethik in der Medizin, Berlin 2015, 348–350.
- Patt Stephan / Bienek Harald, Ist die Organspende bei Hirntoten noch zu retten?, in: ZfmE 61 (2015) 341–354.
- Schäfer Klaus, Hirntod. Medizinische Fakten – diffuse Ängste – Hilfen für Angehörige, Kevelaer 2014.