

Der Hirntod aus ethischer Sicht

Prof. Dr. phil. Ralf Stoecker

Guten Abend meine Damen und Herren,

ich freue mich über die Einladung, aus ethischer Sicht etwas zum Thema Hirntod beizutragen.

Zunächst eine terminologische Vorbemerkung: Das Wort „Hirntod“ ist ein medizinischer Fachausdruck. Es bezeichnet eine Diagnose, nämlich den „endgültigen nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“. Die Ethik kommt erst mit der so genannten Hirntod-Konzeption ins Spiel. Sie verbindet die medizinische Diagnose des Hirntods mit der Feststellung, dass ein Mensch, auf den diese Diagnose zutrifft, tot ist. Das, worüber wir heute Abend sprechen, ist also die Hirntod-Konzeption.

Die Hirntod-Konzeption etablierte sich Ende der Sechzigerjahre, war allerdings nie ganz unumstritten. In Deutschland wurde sie vor allem Mitte der Neunzigerjahre, in der Zeit zwischen dem so genannten Erlanger Baby und der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes, lebhaft diskutiert. Danach erlahmte das Interesse allerdings schnell wieder, obwohl oder vielleicht auch gerade weil sich das Transplantationsgesetz geschickt jeder Festlegung auf die Hirntod-Konzeption enthielt. Die medizinische Praxis ging jedenfalls einfach weiterhin von der Gültigkeit dieser Konzeption aus. Erst seit etwa drei Jahren wird sie nun wieder in Deutschland öffentlich debattiert.

In meinen ethischen Betrachtungen möchte ich die wesentlichen Argumente dieser Debatte skizzieren, um dann zu erläutern, wie man meines Erachtens mit der Frage umgehen sollte, ob hirntote Menschen tot sind oder nicht.

Ganz zu Anfang, Ende der 60er Jahre, als die Hirntod-Konzeption entwickelt wurde, war sie aus ethischer Sicht weniger ein Problem als vielmehr eine Lösung – und zwar gleich für zwei medizinethische Probleme.

Das erste Problem lag darin, dass die nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte Intensivmedizin zwar vielen Patienten half, dass sie aber für manche, schwer hirngeschädigte Patienten nur die Konsequenz hatte, sie daran zu hindern, fertig zu sterben. Also fragte es sich, ob die Medizin wirklich dazu verpflichtet war, die Behandlung dieser Patienten fortzusetzen; und die Hirntod-Konzeption bot eine

passende Antwort: Wer tot ist, den kann und muss man folglich auch nicht mehr am Leben erhalten. – Allerdings zeigte es sich schnell, dass das kein großer ethischer Gewinn war, weil es viele anderen Patienten gibt, deren Weiterbehandlung ebenfalls ethisch fragwürdig ist, obwohl sie zweifellos noch leben, und weil es ohnehin andere ethische Gründe gibt, am Lebensende von einer Maximaltherapie abzusehen.

Viel wichtiger war und ist die Hirntod-Konzeption hingegen zur Lösung des zweiten Problems, des Problems, geeignete Organspender für die sich in den sechziger Jahren stürmisch entwickelnde Transplantationsmedizin zu finden. Die ursprünglich angewandte Praxis, die Spenderorgane möglichst rasch nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand zu entnehmen, hatte zwei Nachteile: erstens wurden die Organe durch den mit dem Sterbeprozess verbundenen Sauerstoffmangel geschädigt, und zweitens war nicht klar, ob die Spender bei der Organentnahme wirklich schon tot waren. Die Hirntod-Konzeption bot nun eine elegante Lösung für beide Schwierigkeiten. Weil hirntote Patienten künstlich beatmet wurden, waren ihre Organe unversehrt, und weil sie der Hirntod-Konzeption zufolge schon tot waren, musste man nicht befürchten, die Organe einem lebenden Menschen zu entnehmen. So war es kein Wunder, dass sich die Transplantationspraxis schnell änderte und Organe schon bald nur noch von hirntoten Spendern stammten.

Was allerdings blieb waren Zweifel, ob diese Spender tatsächlich tot sind. Bis heute gibt es im Wesentlichen zwei Sorten von Überlegungen, die für die Hirntod-Konzeption vorgebracht werden.

Argumente der ersten Art sehen etwa so aus:

- (i) Wenn das Gehirn nicht mehr funktioniert, dann fehlen einem Menschen auch all diejenigen Eigenschaften und Fähigkeiten, die ihn als Person ausmachen – Wahrnehmung, Sprechen, Denken, Fühlen, zielgerichtetes Handeln und soziale Kontaktaufnahme.
- (ii) Wenn einem Menschen diese personalen Charakteristika aber fehlen, dann ist er tot.
- (iii) Also sind hirntote Menschen tot.

Ich glaube, dass dies das intuitiv stärkste Argument für die Hirntod-Konzeption ist. Wenn man seine erste Prämisse akzeptiert, dass Hirntote wirklich kein psychisches Innenleben mehr haben – und ich persönlich finde das nach wie vor sehr

einleuchtend –, dann ist bei den Hirntoten bildlich gesprochen innen endgültig das Licht ausgegangen und also, möchte man meinen, sind sie tot.

Das Hauptproblem für das erste Argument ist aber, dass seine zweite Prämisse unhaltbar ist, weil es neben den Hirntoten eben auch andere Menschen gibt, die ebenfalls kein psychisches Innenleben haben (Embryonen, anenzephalie Neugeborene und manche Wachkoma-Patienten), die aber sicher nicht tot sind. Folglich lässt sich die Hirntod-Konzeption aus dem fehlenden Innenleben nicht rechtfertigen.

Offizielle Begründungen der Hirntod-Konzeption sind deshalb eher vom zweiten Typ:

- (i) Wenn das Gehirn nicht mehr funktioniert, dann fehlt dem Menschen die Schaltzentrale, die die verschiedenen Regelkreise, die sein biologisches Leben ausmachen, zu einem Ganzen integriert.
- (ii) Wenn der Organismus als ganzer aber nicht mehr funktioniert, dann ist der Mensch tot.
- (iii) Also sind hirntote Menschen tot.

Dieses Argument ist zunächst viel weniger anschaulich und deshalb auch weniger intuitiv einleuchtend als das erste. Aber ohnehin hat es den Effekt, die Debatte aus dem Bereich des Intuitiven, allgemein Zugänglichen in den der medizinischen Fachkompetenz zu verschieben. Weil nur die Ärzte wissen, wie ein Körper genau funktioniert, haben sie die Autorität, uns Nichtärzten zu sagen, wann ein Mensch tot ist. Es war deshalb ein großer Glücksfall für die Debatte, dass es sich ausgerechnet ein ärztlicher Spezialist, nämlich Prof. Shewmon, seit vielen Jahren zur Aufgabe gemacht hat, die erste Prämisse dieses Arguments genauer unter die Lupe zu nehmen und vorzuführen, auf wie schwachen naturwissenschaftlichen Füßen die These steht, dass die Integrität des Organismus nicht ohne Gehirn denkbar ist. Wir hatten eben Gelegenheit, ihn selbst zu hören, deshalb brauche ich nichts mehr dazu zu sagen, welche Gründe es gibt, an der ersten Prämisse zu zweifeln.

Es ist aber wichtig zu betonen, dass es neben dieser sozusagen internen Kritik des biologischen Arguments auch grundsätzliche Bedenken gegen die medizinische Vereinnahmung der Grenze zwischen Leben und Tod gibt. Zu deutlich ist die Diskrepanz zwischen der Hirntod-Konzeption und dem äußeren Anschein von Lebendigkeit hirntoter Patienten: Atembewegungen, die rosige Färbung der Haut, Körperwärme, Bartwuchs, Wundheilung, regelmäßige Körperausscheidungen und gelegentliche Bewegungen der Extremitäten, aber auch unter Umständen

Schwangerschaft, Körperwachstum und sexuelle Reifung, das sind traditionell eigentlich alles Lebenszeichen, und es fragt sich, ob ein Verständnis des Todes wirklich akzeptabel ist, das so viel Lebendigkeit der vermeintlich Toten zulässt.

Dass es zumindest nicht selbstverständlich ist, zeigt sich auch in der unterschiedlichen Behandlung hirntoter Patienten im Vergleich zum Umgang mit ‚echten‘ Leichen. Hirntote werden beispielsweise nicht zur Ausbildung von Studenten oder zu Forschungszwecken eingesetzt. Sie werden vielmehr bis zur Organentnahme so versorgt wie andere Intensivpatienten auch, bis hin zur ausdrücklichen Ansprache durch die Pflegenden. Das aber passt nur schlecht zu der Ansicht, dass sie einfach Tote sind.

Kurz, es gibt meines Wissens kein überzeugendes Argument für die Gültigkeit der Hirntod-Konzeption, heute noch weniger als 1997. Trotzdem wird die Debatte leidenschaftlich weitergeführt. Der Grund dafür liegt natürlich in der Befürchtung, dass mit der Abkehr von der Hirntod-Konzeption zugleich auch die Lösung des Problems der geeigneten Organspender in sich zusammenfällt und damit der Transplantationsmedizin insgesamt die ethische Grundlage entzogen würde. Bevor ich sage, warum diese Befürchtung in meinen Augen unbegründet ist, möchte ich aber zunächst noch kurz auf eine andere Entwicklung in den letzten Jahren eingehen. Sie ist wichtig für die Hirntod-Debatte, weil sie darauf hindeutet, dass der Rückgriff auf die Hirntod-Konzeption heute ohnehin nicht mehr ausreicht, um die Zulässigkeit von Organentnahmen zu klären. Die Rede ist von der zunehmenden Bedeutung von Organspenden, die nicht von hirntoten Spendern stammen, sondern von Spendern nach Herzstillstand (englisch: *Non-heart beating organ donors*).

Die Praxis, Organe nach dem Herzstillstand des Spenders zu entnehmen, schließt an die Vorgehensweise in den Pioniertagen der Transplantationsmedizin an. Wegen der chronischen Knappheit an Spenderorganen wird sie seit den achtziger Jahren wieder zunehmend praktiziert und hat sich inzwischen in vielen Ländern als eine weitere Form der Organspende neben der von hirntoten Spendern etabliert. In Deutschland sind solche Organspenden zwar durch das Transplantationsgesetz verboten, aber in England und den Niederlanden, den beiden in dieser Hinsicht führenden Ländern Europas, werden mittlerweile mehr als ein Drittel der Organspenden nach Herzstillstand durchgeführt.

Die Organspende nach Herzstillstand wirft eine ganze Reihe von ethischen Schwierigkeiten auf. Für das Thema des heutigen Abends wichtig ist aber vor allem die Rolle des Todes für diese Explantationspraxis. Diese Praxis funktioniert in aller

Regel so, dass eine bestimmte Zeit nach dem Herzstillstand der Herztod der Patienten erklärt wird, bevor dann – eventuell nach einer weiteren kurzen Wartezeit –, die Organe entnommen werden. Diese Fristen müssen aber so knapp wie möglich berechnet sein, um die Organe nicht zu gefährden. Und das geht nur, wenn man noch deutlich geringere Anforderungen an das der Todeserklärung zugrunde liegende Todesverständnis stellt als bei der Hirntod-Debatte. Anders ausgedrückt. Die These, dass die *Non-heart beating organ donors* schon tot sind steht auf noch erheblich wackeligeren Füßen als die Hirntod-Konzeption.

Das also ist das ethische Dilemma, in dem wir uns zurzeit befinden: Einerseits kann man mit Organspenden zweifellos vielen Menschen helfen, viele Leben retten, andererseits bauen die üblichen ethischen Begründungen für die Organentnahme auf Todeskonzeptionen auf, die mehr als fadenscheinig sind.

Wie kann man diesem Dilemma entkommen? – Eine einfache, direkte Lösung hat der amerikanische Neurologe Robert Truog vorgeschlagen. Er zieht aus dem Dilemma die Konsequenz, dass sich die implizit ganz selbstverständlich vorausgesetzte Prämisse als unhaltbar erwiesen habe, dass die Spender tot sein müssten. Wenn man diese *Dead donor rule* fallen lasse, dann könne man problemlos an der heutigen Praxis festhalten, Organe von hirntoten Patienten und auch von Patienten nach Herzstillstand zu entnehmen. Das große Problem für diesen Lösungsvorschlag liegt aber darin, dass unverständlich bleibt, warum man bei hirntoten Patienten etwas tun darf, was normalerweise ethisch absolut inakzeptabel ist, nämlich einen Patienten zu Gunsten anderer Menschen zu töten.

Viel besser gefällt mir ein Ansatz, den in letzter Zeit beispielsweise Dieter Birnbacher vertreten hat. Er geht von der in meinen Augen sehr wichtigen Feststellung aus, dass die Begriffe Leben und Tod, wie so viele Ausdrücke unserer Sprache, unscharfe Ränder haben, die sich insbesondere dann zeigen, wenn man versucht, die Ausdrücke auf neue, bislang unbekannte Situationen anzuwenden. Eben das aber geschieht, wenn man zu entscheiden versucht, ob hirntoter Patienten leben oder tot sind. Was man schnell und mühelos feststellt ist, dass diese Patienten in der einen Hinsicht noch wie Lebende sind – in ihrem äußeren Anschein und vielen körperlichen Funktionen – und in der anderen Hinsicht schon wie Tote – in ihrer definitiven Ohnmacht und der Aussichtslosigkeit ihrer Situation. Der nächste Schritt aber, zu entscheiden, auf welche Seite sie nun letztlich gehören, der misslingt. Unsere Sprache ist einfach nicht auf Menschen eingerichtet, die sich in dieser Grauzone zwischen Leben und Tod befinden.

Birnbacher zieht daraus die Konsequenz, dass man angesichts der unscharfen Begriffe die Grenze nach pragmatischen Gesichtspunkten ziehen müsse. Doch das ist meines Erachtens zu kurz gegriffen. Ich glaube, man muss die sprachphilosophische Überlegung noch ernster nehmen. Dass die Begriffe von Leben und Tod unscharf sind, hat ja eine Ursache. Es hängt damit zusammen, dass wir, wie gerade die Hirntod-Debatte gezeigt hat, traditionell eine ganze Reihe verschiedener Merkmale mit dem Leben verbinden. Zu leben, das hat für uns etwas mit einem personale Innenleben zu tun und mit biologischem Leben und mit äußerer Lebendigkeit. Weil diese Merkmale vor der Entwicklung der Intensivmedizin praktisch immer gemeinsam auftraten, war es leicht, Leben und Tod auseinander zu halten. Bei hirntoten Patienten klaffen sie hingegen auseinander, diese Patienten sind in personaler Hinsicht wie Tote sind, in den anderen Hinsichten wie Lebende.

Nun sind diese Merkmale aber nicht einfach nur Eigenschaften, die wir mit dem Leben verbinden, sondern Eigenschaften, die uns das Leben so lieb und teuer machen. An ihnen liegt es, dass wir das Leben schätzen und die Tötung eines Menschen scharf ablehnen. Das Leben ist uns wichtig, erstens weil wir es gewöhnlich als erlebtes Leben leben, es erfahren, fühlen, denken und aktiv gestalten, zweitens aber auch, weil wir es gemeinsam führen und zwar in unserer individuellen Leiblichkeit. Wir lieben einen Menschen, der z. B. so und so aussieht, der sich im Schlaf gelegentlich bewegt usw. Und nicht nur die Liebe, auch der Achtung, die wir uns wechselseitig schulden, hat viel mit unserer äußeren Erscheinung zu tun. Wir haben ein Recht darauf, dass andere uns nicht bloßstellen oder übergriffig werden, und das bezieht sich wesentlich auf unsere Leiblichkeit. Und schließlich verbinden wir drittens, denke ich, so etwas wie eine Scheu oder Respekt mit den Abläufen unseres organischen Lebens einschließlich der traditionellen Lebenszeichen.

All das zusammen macht die besondere Bedeutung aus, die das Leben für uns hat. Deshalb ist es für uns so wichtig zu wissen, ob ein Mensch noch lebt oder schon tot ist. Im Fall der hirntoten Patienten hilft uns aber genau diese Frage nicht weiter, weil es für diese Patienten gerade charakteristisch ist, dass sie auch ethisch gesehen in mancher Hinsicht noch so sind wie die Lebenden und in anderer Hinsicht wie die Toten. Man kann ihnen nicht mehr wehtun oder ihnen Freude bereiten, man kann nicht mehr mit ihnen kommunizieren und ihnen keine Zukunft vorenthalten. Insofern gleichen sie schon den Toten. Aber man kann sie immer noch liebevoll oder lieblos behandeln, anständig oder unanständig, respektvoll oder achtlos, und zwar in

deutlich höherem Maße als jede Leiche. Hierin gleichen sie eher ihren schwer kranken Mitpatienten auf der Intensivstation.

Aus ethischer Perspektive sind die Hirntoten also weder einfach tot, noch sind sie einfach am Leben. Sie befinden sich in einem Zwischenstadium zwischen Leben und Tod, für das sich eigene ethische Verpflichtungen formulieren lassen, mit Blick auf die Aspekte, in denen sie noch wie Lebende oder schon wie Tote sind. Weil sie noch keine Leichen sind, ist es richtig, sie im alltäglichen Umgang, in der Pflege so zu behandeln, wie andere, bewusstlose Patienten auch. Weil der Hirntod nichts an ihrer leiblichen Präsenz für die Angehörigen ändert, müssen die Bedürfnisse der Angehörigen nach Nähe, Abschied, Trauer, aber auch nach Information und Mitsprache respektiert werden. Weil sie ein zu achtende Würde haben, dürfen alle Eingriffe in ihre körperliche Integrität, angefangen von der Hirntoddiagnostik, prinzipiell nicht ohne ihren Informed Consent stattfinden, wenn er auch wie bei anderen bewusstlosen Patienten erschlossen werden kann. Und weil man ihnen kein Leid mehr antun, sie keiner Zukunft mehr berauben kann und weil auf der anderen Seite die Organempfänger erheblich von der Transplantation profitieren, darf man ihnen Organe entnehmen, und das, obwohl es dazu führt, dass sie ihren Zustand zwischen Leben und Tod beenden und aus den hirntoten tote Menschen werden.

Deshalb kann man meines Erachtens die Hirntod-Debatte beruhigt hinter sich lassen, ohne befürchten zu müssen, der Transplantationsmedizin die ethische Grundlage zu entziehen.