

# Silber statt Gold

Die Hirntod-Debatte muss weitergehen. Und dies obwohl – wie die Ärztin Maria Overdick-Gulden hier behauptet – längst klar sei, dass Hirntote keine Leichen seien. Die Frage, die nun gestellt werden müsse, laute – so die Autorin weiter –, ob und wie sich Organspenden künftig verantworten lassen. Mit diesem leidenschaftlichen Beitrag setzt »LebensForum« seine 2007 begonnene Debatte über die These, der Hirntod sei auch der Tod des Menschen, fort – eine These, die auch unter Lebensrechtlern ernstzunehmende Befürworter wie Gegner hat.

Von Dr. med. Dr. theol. hc. Maria Overdick-Gulden

**D**er Hirntote ist keine Leiche, das ist mittlerweile bei allen am Thema Interessierten und auch bei den meisten Operateuren kaum mehr strittig. Eine Leiche zeigt keinerlei Stoffwechsel mehr und ist deshalb auch »kalt«. Ein reflexives »Lazarus-Syndrom« ist bei ihr ebenso undenkbar wie das Heranwachsen eines ungeborenen Kindes im Leib einer Hirn-Toten. »Erst bei der Leiche ist der Kommunikationsabbruch wirklich zur unwiderruflichen Faktizität geworden«, schrieb der Philosoph Thomas Macho bereits 1987.

Mediziner und Philosophen, Juristen, Ethiker und Theologen sahen sich seit den Anfängen der Hirntoddiagnostik und der unmittelbar nachfolgenden Praxis der Organexplantation mit einem schwerwiegenden Problem konfrontiert: Dürfen wir am Versterbenden – denn das ist der Hirntote – operieren? Führen wir mit dieser Praxis nicht erst den Tod beschleunigend herbei? Diese Fragen sind auch für hinterbliebene Angehörige bis heute quälend geblieben; eine umfangreiche Literatur zu diesem Thema beweist es.

Tatsächlich ist es bis heute nicht zu einem gesellschaftlich übergreifenden und allgemein akzeptierten Konsens bezüglich dieser Problematik gekommen, und noch gravierender: nicht zu einer wirklich rechtfertigenden Lösung – »lediglich zu einer ›Überstimmung‹ der Gegenstimmen«, wie die Ethnologin Vera Kalitzkus in ihrem lesenswerten Buch »Dein Tod, mein Leben – warum wir Organspenden richtig finden und trotzdem davor zurückschrecken« (2009) schreibt. Dieses Schweigen sei »beunruhigend«.

Allerdings sind »verschwiegene« Themen im Bereich der Bioethik gegenwärtig ja nichts Außergewöhnliches. Bis heute schreiben wir in Statistik, medizinischer

und juristischer Fachliteratur sowie im Alltagsjournalismus vom »Schwangerschaftsabbruch« und nicht vom Faktum »vorgeburtlicher Kindstötung«, wobei diesbezügliche Fallzahlen zur Häufigkeit statistisch nur grob »summarisch« und nicht valide überprüft erscheinen. Ist Schweigen hier wirklich »Gold«? Sollte

man solch verblendendes »Gold« nicht doch ernsthaft gegen das »Silber« offener Rede eintauschen? Wir schaffen emsig flächendeckend Kindergartenplätze schon für die Kleinsten – aber das Lebensrecht der Millionen von Aller kleinsten innerhalb unserer Gesellschaft erreicht keine wirkungsvolle Relevanz: ihre Tötung nach



Das Hirn ist für den Mensch so unverzichtbar wie die Zwiebel für die Tulpe. Ist der Mensch also tot, wenn sein Hirn es ist?

medizinisch-sozialer »Indikation« bleibt straffrei. Denn »wir haben ein Gesetz«, und nach diesem lässt man ihre Tötung nach Beratung eben geschehen. Als »soziale Gerechtigkeit« im Zeitalter emanzipierten »menschlichen« Fortschritts!

In den 50er Jahren hatten die Mediziner Mollaret und Goulon das während intensivmedizinischer Behandlung auftretende irreversible Koma als »coma dépassé« beschrieben, das eine Rückkehr ins Leben verunmöglicht und das die Autoren – im Gegensatz zum Wachkoma – als Zustand des unumkehrbaren kompletten Hirnversagens deuteten. Doch diesen Zustand setzten sie nicht mit dem Tod des Menschen gleich. Dieser »Schluss« wurde erst nach den operativ ermöglichten Organtransplantationen 1968 gezogen; »frühere Kriterien der Todesdefinition« hätten nämlich »zu einer Kontroverse bei der Beschaffung von Organen für die Transplantation führen« können, heißt es in einer Übersetzung aus dem Bericht des Harvard-Ad-hoc-Komitees von 1968. Wollte man etwa »unsere Ängste vor der Unbestimmtheit des Todes und dem Ausgeliefertsein in dieser Grenzsituation nicht wenigstens rational-definitivisch in den Griff bekommen?«, fragt der Neurologe Andreas Zieger (2008). Schließlich ist jeder derartige Definitionsversuch anlässlich einer Tod-Leben-Diagnose »ein sozialer Akt«. »Mit anderen Worten, zu sagen ein Mensch sei tot, heißt, eine zutiefst soziale Handlung vorzunehmen«, so Jean Ziegler 2000. Der Neurowissenschaftler Detlef B. Linke hatte bereits 1993 eingewandt: »Kann ein Mensch als tot angesehen werden, wenn 97 Prozent seiner Körperzellen noch funktionieren«, das heißt systematisch und integrierend arbeiten, »aber nur die drei Prozent, die sein Gehirn ausmachen, ausgefallen sind?« Eine Sicht, die Joachim Kardinal Meisner aus christlich-theologischer Erwägung 1997 nachdrücklich unterstrich: weder die Leib-Seele-Einheit des menschlichen Organismus noch ihr endgültiger Zusammenbruch könne apparativ erfasst werden; daher sei die medizinische »Identifikation des Hirntods mit dem Tod des Menschen beim heutigen Stand der Debatte nicht mehr zu halten«.

Ein Überdenken mahnte 2002 Professor Ralph Weber, Rostock, an: der Versuch einer objektiven Definition des Todes gerate mehr und mehr »im Interesse der Transplantationsmedizin zur Verhandlungssache – und das kann und darf nicht sein!« Papst Johannes Paul II. hatte am 14.11.1989 erklärt, es sei »verständlich, dass ein Kranker, um dem sicheren oder

drohenden Tod zu entgehen, das Bedürfnis hat, ein Organ zu empfangen, welches von einem anderen Kranken bereitgestellt werden könnte«. Doch in solcher Situation zeige sich »die Gefahr, dass man einem menschlichen Leben ein Ende setzt und endgültig die psychosomatische Einheit zerstört«. Genauer, »dass jenes Leben, dessen Fortsetzung mit der Entnahme eines lebenswichtigen Organs unmöglich gemacht wird, das einer lebendigen Person ist, während doch der dem menschlichen Leben geschuldete Respekt es absolut verbietet, dieses direkt und positiv zu opfern, auch wenn dies zum Vorteil eines anderen Menschen wäre!« In der Enzyklika »Evangelium Vitae« (Nr. 15, Absatz 3) heißt es, auch »angesichts anderer, heimlicherer, aber nicht minder schwerwiegender (...) Formen von Euthanasie dürfen wir nicht schweigen. Sie können sich zum Beispiel dann ereignen, wenn man, um mehr Organe für Transplantationen zur Verfügung zu haben, die Entnahme dieser Organe vornimmt, ohne die objektiven und angemessenen Kriterien für die Feststellung des Todes des Spenders zu respektieren.« Zur nochmaligen wissenschaftlichen Prüfung der »Zeichen des Todes« hat Johannes Paul II. kurz vor seinem Tod 2005 einen Kongress einberufen, der u. a. das Fazit zog: »Eine Diagnose des Todes durch neurologische Kriterien allein ist Theorie, keine wissenschaftliche Tatsache. Sie reicht nicht aus, die Lebensvermutung zu überwinden.« Und: »Böses darf nicht getan werden, damit Gutes daraus entstehen möge.« Der gute Zweck heiligt bekanntermaßen nicht das ethisch schlechte Mittel.

#### LITERATUR

Vera Kalitzkus, **Dein Tod, mein Leben**, Suhrkamp 2009.

Ralf Stöcker, **Ein Plädoyer für die Reanimation der Hirntoddebatte**, Beitrag in: Jahrbuch der Philosophie, Heft 8/2009, Verlag Königshausen und Neumann.

Linus Geisler, **Die Lebenden und die Toten. Die Transplantationsmedizin beginnt sich von der „Tote-Spender-Regel“ zu verabschieden**. In: Universitas 2010.

Sabine Müller, **Revival der Hirntoddebatte: funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik**, Springer Verlag 2010.

Daher sieht der Potsdamer Ethiker Ralf Stoecker aktuell dringenden Anlass zu einer »Reanimation der Hirntoddebatte«, die auf dem Boden der Wirklichkeit steht. Er hatte sich diesbezüglich bereits mehrfach geäußert. Nicht zuletzt deswegen, weil weder mit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes und der erweiternden Richtlinien der Bundesärztekammer noch bei internationalen Gesetzgebungen die wesentliche Frage gelöst war, ob hirntote Menschen tatsächlich tot sind! Allerdings hatte die Bundesärztekammer 1982 vorgegeben: »Mit dem Organtod des Gehirns sind für jedes



Er forderte 2005 die Prüfung der Todeszeichen

personale menschliche Leben unabdingbare Voraussetzungen, ebenso aber auch alle für das eigenständige körperliche Leben erforderlichen Steuerungsvorgänge des Gehirns endgültig erloschen.« Abgesehen davon, dass die Richtigkeit dieser Beobachtungen schon nicht lückenlos abgesichert ist, kann man völlig unreflektiert kurzerhand weiter schließen: »Die Feststellung des Hirntodes bedeutet damit die Feststellung des Todes des Menschen.« 1998 wurde diese medizinisch beanspruchte Deutungshoheit einfach fortgeschrieben, indem man konstatierte, mit dem Hirntod sei »naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt«.

Überschreitet ein solcher »Definitionsanspruch« nicht die Zuständigkeit der Medizin? Ist der Todeszeitpunkt, die strenge Linie zwischen Leben und Tod, nur ein naturwissenschaftliches Ereignis? Juristen wie Professor Wolfram Höfling und Matthias Herdegen (2003) widersprachen sehr klar: »Erst hirntote Menschen sind todgeweihte Personen«, doch »noch keine Leichname«. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in den USA verschoben sich unter solchen Einwänden die Argumente in der Debatte allmählich

zuungunsten der Hirntodbefürworter. War klinische Erfahrung nicht unübersehbar eindeutig? Der Hirntote war und blieb von »phänomenaler Lebendigkeit«: seine Haut war durchblutet, sein Körper warm! Die hirntote Schwangere »versorgte« ihr ungeborenes Kind und ließ es wachsen. »Lebendig-sein« lässt sich an keiner spezifischen Gehirnfunktion festmachen. Das verdeutlichte sich zusehends; im Übrigen lassen sich heute Teilfunktionen des Gehirns bereits ersetzen!

Andererseits möchte niemand auf Leben rettende Organtransplantationen verzichten. Wie also ist das Problem zu lö-

Schweiz, Frankreich und den Beneluxstaaten, selbst von Eurotransplant zugelassen und werden zur »Erhöhung des Spendervolumens« dort auch praktiziert. Des Übertragungserfolges wegen dürfen die explantierten Organe natürlich nicht »irreversibel« tot sein, weshalb sie nach jeweils geltend gemachten Entnahmeregeln in der Zeit zwischen zwei und zehn Minuten nach dem Herzstillstand entnommen werden sollen. Bei den so genannten kontrollierten DCDs wird, wie erwähnt, bewusst auf die Wiederbelebung verzichtet. Man bezieht sich dabei auf die »Unwiderruflichkeit« des Herzversagens

Hirntodes« minimieren oder schließlich ganz vermeiden – und damit auch die immer möglichen Ängste und Schmerzerfahrungen solcher »hirntoter Spender«.

Es bleiben die Fakten: jede derzeit geübte Explantationspraxis trifft den Menschen in einer »Zwischenwelt des kontrollierten Sterbens« (R. Stoecker) an – und erst der chirurgische Eingriff löst faktisch beschleunigend seinen Tod aus. Lässt sich diese »Ungeheuerlichkeit« (Linus S. Geisler) mit der hippokratischen Ärzte-Tradition vereinbaren, die Ungeheuerlichkeit nämlich, »den Tod eines Menschen herbeizuführen, um ihn zur Therapie eines anderen Menschen zu instrumentalisieren?« Auch wenn man aus rein pragmatischen Gründen ein neues »Todeskonzept« (er-)finden oder sich von den »makabren semantischen Klimmzügen« der »Tote-Spender-Regel« im angeblichen Gegensatz zur »Lebendspende« verabschieden würde, bleibt das Explantationsgeschehen medizinisch hochproblematisch. Der englische Philosoph Michael Potts und der Kardiologe David Evans plädierten 2005 für die offene gesellschaftliche Aufklärung darüber, dass die Diagnose Hirntod einer soliden medizinischen Grundlage entbehrt. Selbst eine gültig vorgelegte Vorabverfügung des Versterbenden, wie sie die Medizintechniker Robert Truog und Walter Robinson 2003 als ethisches Kriterium einzuführen vorschlugen – oder die Deutsche Stiftung Organspende DSO laut Mitteilung des Ärzteblatts Rheinland-Pfalz 2010 neuerdings zu intendieren scheint –, kann ein prinzipiell widerlegtes Konzept weder medizinisch, geschweige denn ethisch rehabilitieren. Soll man nun, wie Medizintechniker wie Dieter Birnbacher und Robert Veatch vorschlugen, das Hirntodkriterium, obwohl es »kein adäquates Kriterium für den Tod« ist, schlicht pragmatisch als die »Grenze« im Explantationsverfahren einfach durch Konsens »festlegen«?

Dann allerdings eröffneten sich weitere Fragenfelder: Lassen sich etwa auch neurologisch Schwergeschädigte als »mental« Gestorbene einschätzen und als Organlager vernutzen? Darf man – um leidenden Dritten zu helfen – »Hirntote« oder »Herztote« doch als irgendwie Tote »bewerten«, sie dann auch zu wissenschaftlichen Versuchen heranziehen oder »fortschrittlich« wie Leichen sezieren? Auf einem neuen Feld »freier Forschung«? Wären wir ähnlich wie bei der »fremdnützigen« Forschung an lebenden Menschenembryonen dann auch hier beim Kannibalismus der Moderne angekommen?



Bei ethischen Debatten sind die Sitze im Bundestag und auf der Regierungsbank oft nur spärlich besetzt.

sen? Soll man sich den »Herztoten« zuwenden? Bei denen klinisch und durch ein Nulllinien-EKG nach zehn Minuten der so genannte Herztod zu »belegen« ist? »Herztote« als »non-heart-beating organ donors« machten in der Pionierzeit der Transplantationsmedizin die eigentliche »Spendergruppe« aus. Im Kreislaufstillstand waren jedoch die Organe rasch geschädigt, sodass bei ihrer Entnahme Eile geboten war. Kann man bei solch rational-funktional angesagter Eile aber von einem »unwiderruflichen« (irreversiblen) Herzstillstand sprechen, wenn man im gegebenen Fall bewusst auf Wiederbelebungsmaßnahmen verzichtet? Genügt die Differenzierung zur ethischen Entscheidung, ob es sich um eine Spende nach klinisch »kontrolliertem« (DCD) oder einem plötzlichen »unkontrollierten« Herztod oder um einen solchen aufgrund eines Kreislaufstillstandes (DCDD) handelt? In Deutschland sind solche Entnahmemaßnahmen bis heute gesetzlich verboten. Doch sind sie in den USA, unter anderem auch in Österreich, Italien,

als »ethisches Argument«, wobei diese »Unwiderruflichkeit« in absurder Weise beinhaltet, dass der Herzschlag nicht wieder »von selbst« einsetzt – und/oder der Patient auf eine Wiederbelebung im Voraus verzichtet hat, man also auch nicht an Hilfe denkt! Medizinisch gesehen ist ein solch unbehandelt gebliebener »Herztoter« übrigens erst nach Ablauf einer Zeit von etwa 25 Sekunden auch »hirntot«!

Nicht nur der Medizin verbleibt die Überlegung, ob »Funktions- oder Integrationsfähigkeiten« wirklich das A und O dessen sind, was wir Menschenleben nennen. Fachmedizinisch wird indessen die Frage angeworfen, ob bei bewusster Beibehaltung des Hirntodkonzepts nicht notwendigerweise verbesserte und differenzierende Diagnostiken (neben Angiographie auch bildgebende Verfahren wie PET, SPECT und fMRT) zu einer validen zeitlichen Festlegung des Hirntodes zu fordern seien (Sabine Müller). Gewiss ließen sich so die immer wieder aufgedeckten Fehldiagnosen eines »klinischen

Als Mitmenschen haben wir uns sozial verantwortlich vor- und füreinander zu entscheiden. Wird uns gerade in der Hirntoddebatte nicht deutlich bewusst, dass uns die scharfe, kristallklare Grenzziehung zwischen Leben und Tod wissenschaftlich nicht gelingen kann? Wenn wir derzeit Leben nach buchstäblicher »Vorgabe« durch die Natur reproduzieren und nicht eigentlich zu produzieren vermögen, lässt uns dieses Faktum doch schon das Geheimnis um Leben und Tod des Menschen wahrnehmen. Gewiss, der »Hirntote« und auch »Herztote« haben die verbale Kommunikation und vieles Verbindend-Verbindliche verloren, was uns traurig macht. Aber ist er auch schon seines Eigenlebens, seiner Menschenwürde, seines Lebensrechts, seines Da-Seins beraubt, wenn uns seine Geistseele nicht mehr technisch »nachweisbar« begegnet und er uns nicht mehr unmittelbar anspricht? Ist er, weil sein EEG oder sein EKG eine Nulllinie zieht, etwa schon totes Fleisch – ein Kadaver? Das Mahnwort des sterbenden Hans Jonas, das diese Grunderfahrung ausdrückte: »Lasst sie zuerst sterben (...)«, blieb von operativen Experten und reflektierenden Ethikräten und vielen Bürgern bislang unberücksichtigt. Anstatt die Widerspruchslösung einzuführen und Transplantationsbeauftragte für jedes Krankenhaus mit Intensivstation und Chirurgie einzufordern, wäre zuvor doch diese aus der Sicht hippokratischer Medizin weltweit klaffende Wunde zu versorgen. Du sollst nicht töten, auch keinen Sterbenden! Diese Debatte muss, weil unumgänglich, um des Menschen willen am Leben bleiben.

## IM PORTRAIT

**Dr. med. Dr. theol. h.c.  
Maria Overdick-Gulden**

Jahrgang 1931, ist Ärztin. Sie war im Fach Innere Medizin als klinische Oberärztin und in freier Praxis tätig. Sie beschäftigt sich eingehend mit der wissenschaftlichen



Thematik der Bioethik, hält Vorträge und publiziert, unter anderem im »LebensForum«, zu verschiedenen Lebensrechtsthemen. Für eines ihrer Bücher erhielt sie die Ehrendoktorwürde der Theologischen Fakultät der Universität Trier. Seit dem Jahr 2000 ist sie Mitglied des Bundesvorstands der »Aktion Lebensrecht für Alle« (ALfA) e.V.

Thematik der Bioethik, hält Vorträge und publiziert, unter anderem im »LebensForum«, zu verschiedenen Lebensrechtsthemen. Für eines ihrer Bücher erhielt sie die Ehrendoktorwürde der Theologischen Fakultät der Universität Trier. Seit dem Jahr 2000 ist sie Mitglied des Bundesvorstands der »Aktion Lebensrecht für Alle« (ALfA) e.V.

# Her mit den Organen!

Johann Wolfgang von Goethe wollte den Menschen noch »edel«, »hilfreich« und »gut«. Heute sind nicht wenige der Ansicht, der Mensch müsse bloß »nützlich« sein, um auch »gut« zu sein. Zwei Bioethiker fordern jetzt, auch Schwerkranke sollten sich nützlich machen: als Organspender!

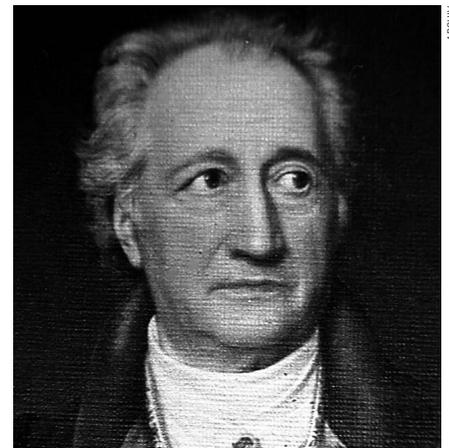
Von Stefan Rehder

**B**is vor kurzem war der rumänisch-australische Bioethiker Julian Savulescu in Deutschland allenfalls intimen Kennern der unüberschaubaren Szene ein Begriff. Grund: an Philosophen, die sich wie Savulescu für eine Embryonen verbrauchende Forschung stark machen, herrscht längst kein Mangel mehr. Da fällt es vermutlich nicht einmal sonderlich ins Gewicht, dass Savulescu als besonders radikaler Vertreter seines Lagers gelten muss. Einer, der die Tötung menschlicher Embryonen zu therapeutischen Zwecken nicht bloß für »erlaubt«, sondern sogar für »geboden« hält. Und dies wiederum selbst dann, wenn unzweifelhaft feststünde, dass es sich bei Embryonen um Personen handelt. Während immerhin die Mehrzahl derer, die den Embryo – sei es im Mutterleib, sei es im Reagenzglas – für vogelfrei erklären, zugleich bestreiten, dass er Person ist, spielt der moralische Status des Embryos für den Gründer und Direktor des »Uehrio Zentrum für Praktische Ethik« an der Universität Oxford überhaupt keine Rolle. Für hartgesottene Utilitaristen wie Savulescu gibt es weder einen Status, der absoluten Respekt verdient, noch Handlungen, die prinzipiell unerlaubt wären. Was zählt, ist einzig und allein der Zweck. Und der heiligt dort, wo er nützt, jedes Mittel, einschließlich des des Tötens.

Trotz oder – falls man derart optimistisch sein darf – vielleicht auch wegen seines derart radikalen Ansatzes haben die Thesen Savulescus in Deutschland bislang keine neue bioethische Debatte entfacht. Sieht man einmal von dem Buch ab, das der in Jena lehrende Philosoph Nikolaus Knoepffler unter dem Titel »Der Neue Mensch?« 2009 gemeinsam mit Savulescu im Karl Alber Verlag herausgegeben hat und in dem es um das sogenannte »Enhancement« geht, also die Verbesserung des Menschen mit Mitteln

der Gentechnik, scheint sich hierzulande bislang kaum jemand ernsthaft für den Oxford-Professor zu interessieren.

Das dürfte sich nun jedoch schlagartig ändern. Denn in der aktuellen Ausgabe der Fachzeitschrift »Bioethics« unternimmt Savulescu zusammen mit seinem Mitarbeiter Dominic Wilkinson einen Vorstoß, der beide mit einem Schlag weltweit bekannt machen dürfte. Fordern die



Johann Wolfgang von Goethe (1749 - 1832)

beiden Autoren in ihrem Aufsatz denn nicht weniger, als dass Krankenhausärzte künftig Wachkoma-Patienten, Sterbende und irreversibel Bewusstlose töten sollten, um so die Anzahl und die Qualität transplantierbarer Organe zu steigern. Dabei ist es allerdings keineswegs nur der kalkulierte Tabubruch, der dazu führen wird, dass sich die Aufmerksamkeit von Medien, Wissenschaft und Politik in Kürze Savulescu und Wilkinson zuwenden wird, sondern ein davon unabhängiges Problem. Denn in praktisch allen Ländern der Erde übersteigt die Zahl derjenigen, die zum Weiterleben auf ein fremdes Organ angewiesen sind, bei weitem die Zahl derjenigen, die sich bereit erklärt haben, ihre Organe zu spenden. In Deutschland etwa