

Der Deutsche Ethikrat und der Hirntod – Einige Anmerkungen aus klinischer Sicht

The German Ethics Council and the Brain Death – Some Clinical Remarks

Autor

M. Mindach

Institut

Praxis, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Frankfurt (Oder)

Schlüsselwörter

- Hirntod
- Deutscher Ethikrat
- Philosophie

Key words

- brain death
- German Ethics Council
- philosophy

Zusammenfassung

Der Deutsche Ethikrat hat im Februar 2015 eine Stellungnahme zu Hirntod und Organentnahme abgegeben. Der Rat hat entschieden, am Hirntodkriterium als Entnahmekriterium festzuhalten, und die Mehrheit des Rates sieht den Hirntod als sicheres Kriterium des Todes. Von den medizinischen Fachgesellschaften ist dies begrüßt worden. Aus klinischer Sicht ist eine weitere Erörterung einiger Aspekte dieser Stellungnahme angezeigt.

Abstract

In February 2015, the German Ethics Council released a statement on brain death and organ removal. The Council has decided to adhere to the criterion of brain death as a condition for organ removal, and the majority of the Council holds the view of brain death as the criterion of death. The German medical associations have welcomed this statement, but there is room for further discussion of some aspects of this statement from a clinical point of view.

„In der Tat lehrt uns denn auch die alltäglichste und einfachste Beobachtung und Empirie, daß der geistige Effekt mit der Zerstörung seines materiellen Substrats zugrunde geht, dass der Mensch stirbt. ‚Da war’s Gebrauch‘, sagt Macbeth, ‚dass, war das Hirn heraus, der Mensch auch starb.‘“

[Georg Büchner, *Kraft und Stoff*.]

Einleitung

Der Deutsche Ethikrat hat im Februar 2015 seine Stellungnahme zu Hirntod und Organspende veröffentlicht [1]. Am Tag ihres Erscheinens wurde sie von den neuromedizinischen Fachgesellschaften begrüßt, da sie im Ergebnis am Konzept des Hirntods als Kriterium festhalte [2]. Selbstverständlich ist es in der vorliegenden Arbeit nicht möglich, alle klinisch relevanten Aspekte der umfangreichen Stellungnahme zu berühren. Auch können die Positionen des Ethikrats hier nicht ausführlich referiert werden. Der Leser sei auf die online im Volltext zur Verfügung stehende Fassung verwiesen.

In der Einleitung wird festgehalten, dass der „Hirntod“ [auch im Original hier in Anführungszeichen] „verbreitet mit dem Tod des Menschen gleichge-

setzt“ werde und dieses Todesverständnis auch der derzeitigen Gesetzeslage zugrunde liege (S.9). Allerdings sei seit dem *White Paper* des amerikanischen *President’s Council on Bioethics* 2008 die öffentliche Grundsatzdiskussion hierzu neu entflammt; die „Einwände gegen die Gleichsetzung des menschlichen Todes mit dem Hirntod seien trotz der weitreichenden gesetzlichen Anerkennung nicht verstummt“ (S.11), was auf Deutschland übertragbar sei. Der Ethikrat setzt sich zum Ziel, erstens die Hirntodkonzeption einer eingehenden Analyse zu unterziehen und zweitens Information und Aufklärung der Bevölkerung allgemein wie auch der Angehörigen im Besonderen zu erörtern. (S.12 f.).

Es folgt der Abschnitt „2.2. Ablauf der Organspende in Deutschland“, dem der Abschnitt „2.2.2. Hirntoddiagnostik“ untergeordnet ist. Dadurch könnte nahegelegt werden, dass die Hirntodbestimmung lediglich im Rahmen der Organtransplantation bedeutsam sei und keinen eigenständigen Stellenwert besitze. Dies begünstigt eine funktionale Sicht auf den Hirntod, die von der historischen [3–5] und tatsächlichen Situation her nicht gerechtfertigt ist. „Die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls stellt ein für die Intensivmedizin unverzichtbares Instrument der Prognoseeinschätzung für weitere Therapieent-

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1553544>
 Fortschr Neurol Psychiatr 2015; 83: 446–450 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Dr. Matthias Mindach
 Praxis, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
 Humboldtstr. 5
 15230 Frankfurt (Oder)
 m.mindach@hotmail.de

scheidungen dar, unabhängig von der Frage einer Organ- oder Gewebespende. Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland nur etwa jede zweite Diagnostik im Kontext einer postmortalen Organ- oder Gewebespende erfolgt.“ [6]

Juristische Aspekte

Der Rat erklärt zum geltenden Transplantationsgesetz, dass vor einer Organentnahme der Tod des Spenders festgestellt sein und *zudem* der Hirntod diagnostiziert worden sein müsse (S. 18). Tatsächlich aber spricht das Gesetz lediglich davon, dass die Entnahme bei fehlender Hirntodfeststellung unzulässig sei. Inhaltlich ist das die Beschreibung einer Mindestanforderung: keine Todesfeststellung vor Organentnahme ohne Hirntod. Ob noch zusätzliche Kriterien bestehen können, wird vom Gesetz nicht festgelegt; der Gesetzgeber hat nur die ausschließliche Festschreibung des Hirntodkriteriums vermieden. Es handelt sich somit nicht explizit um eine zusätzliche Forderung, was der Absicht der Mehrheit im Parlament entsprach. Die Formel ist allein aufgrund politisch-taktischer Überlegungen in letzter Minute in den Gesetzgebungsprozess gelangt [7]. Ähnlich legt der Abschnitt 2.3.2. (S. 34 ff.) ausführlich nahe, dass der Hirntod in einer nicht näher bestimmten Weise nicht identisch mit dem Tod des Menschen sei. Allerdings, heißt es weiter, habe die Bundesärztekammer es bisher pflichtwidrig unterlassen, die Differenz herauszuarbeiten:

„Dieser Regelungspflicht ist die Bundesärztekammer bisher nur im Rahmen der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes (§ 3 Abs. 2 Nr. 2) nachgekommen.⁵³ Jedenfalls existieren bis heute keine gesonderten Richtlinien zur Todesfeststellung nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG.“ (S. 36)

Überdies ist die Zuständigkeit der Bundesärztekammer nicht selbstverständlich:

„Über die vorstehend skizzierten Probleme hinaus wirft die Regelungskonzeption des Transplantationsgesetzes weitere Fragen auf. Diese betreffen etwa die Geltungs- und Bindungskraft der Richtlinien der Bundesärztekammer⁵⁷ und die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Delegation von Normsetzungsmacht auf eine privatrechtlich organisierte Instanz wie die Bundesärztekammer.“ (S. 37)

Das in Fußnote 57 angeführte Urteil des Bundesverfassungsgerichts [8] stellt (nebenbefundlich) fest, dass „die Richtlinien der Bundesärztekammer auf ihre Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht“ überprüft werden können. Das ist im Grundsatz einleuchtend, doch lassen sich Schlussfolgerungen unterschiedlicher Plausibilität ableiten. So war die Legitimität der Richtlinien zur Hirntodfeststellung schon von Stoecker hinterfragt worden, als er von einer „Deutungshoheit“ sprach, die die Bundesärztekammer „sofort“ „an sich gezogen“ habe [9]. Es ist aber, wie erwähnt, eher zu bezweifeln, dass der Gesetzgeber seinerzeit positiv unterstellt hat, Tod und Hirntod seien voneinander zu unterscheiden. So bleibt verwunderlich, dass der Ethikrat es hier unterlässt, dem Gesetzgeber konkrete Vorschläge zu machen, wie er auf die nunmehr erkannte Nicht-Identität von Tod und Hirntod reagieren sollte.

Diagnostische Aspekte

Der Abschnitt, in dem die Hirntoddiagnostik geschildert wird, kann im Wesentlichen akzeptiert werden, doch auch hier fehlt es nicht an potenziell irreführenden Formulierungen. Es heißt beispielsweise, dass die „Abgrenzung verschiedener Bewusstseinsbeeinträchtigungen wie etwa Bewusstlosigkeit, Wachkoma (apallisches Syndrom) oder minimal vorhandenes Bewusstsein (minimally conscious state) vom Hirntod“ mitunter schwierig sein könne (S. 20). Das ist jedoch nicht der Fall, denn Wachkoma und minimally conscious state [10] lassen sich *mit einem Blick* vom Hirntod abgrenzen; dazu bedarf es keinerlei apparativer Untersuchungen. Die angegebene Literatur [11] handelt u. a. von der Unterscheidung zwischen Wachkoma und minimal vorhandenem Bewusstsein, aber von Hirntod ist nicht die Rede. Dieser Verwischung klarer Grenzen begegnet man bereits in der fehldeutenden und fehlleitenden [12] Hirntod-Kritik durch Müller [13]. Darauf wird zurückzukommen sein. Auch meint man, dass es „[n]ach der derzeitigen Datenlage“ „nicht angezeigt“ sei, „ein bestimmtes apparatives Zusatzverfahren generell als verpflichtend zu benennen“ (S. 21). Das ist im Prinzip korrekt, aber es könnte die (falsche) Schlussfolgerung gezogen werden, dass die eingeführten Verfahren mangels Überprüfung in gewisser Weise insuffizient seien. Die Bundesärztekammer hat auch in den aktuellen Hirntodrichtlinien vom März 2015 daran festgehalten, dass der Hirntod mit rein klinischer Untersuchung festgestellt werden kann. Es wäre verfehlt, dies als Verlegenheitslösung zu bewerten.

Organprotektion

Im Weiteren fordert der Ethikrat eine gesetzliche Regelung für sogenannte organprotektive Maßnahmen. „Durchgreifende Bedenken bestehen nach geltendem Recht gegen die Anerkennung einer eigenständigen Entscheidungsbefugnis von Angehörigen oder rechtlichen Vertretern über die Durchführung organprotektiver Maßnahmen vor und während der Hirntoddiagnostik.“ (S. 43) Diese Bedenken beruhen auf der Überlegung, dass die organprotektiven Maßnahmen dem Wunsch des Patienten widersprechen könnten, der sich möglicherweise einerseits explizit gegen lebenserhaltende Maßnahmen ausgesprochen habe, andererseits aber einer Organspende zugestimmt habe. Jedenfalls seien die Rechtsauffassungen hierzu uneinheitlich: eine „organfreundliche“ stünde einer anderen gegenüber, die „harmonisierende Interpretationen“ nicht für zulässig hielte (S. 45 f.). In ihrem Inhalt unterscheiden sich jedoch die organprotektiven Maßnahmen vor dem Tod nicht von einer gewöhnlichen Therapie, solange noch um das Leben des Patienten gerungen wird. Verf. schließt sich deshalb dem Sondervotum (S. 173 ff.) an, das eine solche Regelung aus einer Reihe von Gründen als nicht gerechtfertigt ansieht. Ein zusätzlicher Aspekt soll noch Erwähnung finden. Andernorts in der Stellungnahme wird auf in der Bevölkerung verbreitete Befürchtungen verwiesen, dass „potentielle Organspender ... zu früh oder in sonst unangemessener Weise ‚als Spender‘ behandelt und somit ‚als Patient‘ *unterversorgt* [meine Hervorhebung] werden“ könnten. Das ist empirisch belegt: „44 Prozent derjenigen, die eine Organspende ablehnten, gaben an, dass sie Angst davor hätten, Ärzte täten nicht mehr alles, um ihr Leben zu retten.“ (S. 144) Die Bedenken bezüglich der organprotektiven Maßnahmen zielen in diesem Sinn aber eher auf Vermeidung einer „Überversorgung“ – dies auf der Basis einer theoretischen Fallkonstellation, wie konzediert wird (S. 27).

Todesverständnis



In Abschnitt 3 (S. 51 ff.) bemüht sich der Ethikrat um eine Begriffsklärung von „Todesverständnis“ und „Todeskriterium“. Die Analyse beginnt mit der Strukturierung:

„Ein erster Schritt besteht darin, das Todesverständnis zu bestimmen. Dabei kann man den Tod zum Beispiel ansehen:

- ▶ als Ende des personalen Lebens im Sinne des Verlusts der für das Menschsein als essenziell angesehenen mentalen Funktionen oder im Sinne des Verlusts menschlicher Beziehungsfähigkeit;
- ▶ als Verlust der leiblichen Einheit bzw. als Ende der funktionellen Ganzheit des Organismus;
- ▶ als vollständiges Absterben aller Lebensvorgänge im gesamten Körper.“ (S. 51)

Bereits diese Ausgangsbasis der Analyse kann nicht unbesehen hingenommen werden. Es scheint sich hier um eine Begriffsbestimmung *a posteriori* zu handeln, die eine absichtsvolle Lücke lässt. Wenn der Tod (allein) den Verlust der menschlichen Beziehungsfähigkeit bedeuten würde, wäre dies eine Rechtfertigung des sog. neokortikalen Todes. Wenn man das „Ende der funktionellen Ganzheit“ als Begriffsbestimmung des Todes in Kenntnis der empirischen Befunde (Möglichkeit einer Langzeitbeatmung hirntoter Körper) annimmt, dann bedeutet dies die Ablehnung des Hirntodkonzepts. Die Annahme des „vollständigen Absterbens aller Lebensvorgänge im gesamten Körper“ als Begriff des Todes führt zu absurden Schlussfolgerungen, z. B. des Weiterlebens des Individuums als verpflanztes Organ. Offensichtlich ist keine der drei angebotenen Varianten eine brauchbare Beschreibung der Realität. Es erstaunt also, an dieser Stelle *nicht* die unmittelbar evidenteste Vorstellung erwähnt zu sehen, dass der Untergang des Gehirns der Individualtod des Menschen ist. Seit der Antike wird die Vorstellung vom Gehirn als Sitz der Seele diskutiert. Christoph Lang hat darauf verwiesen, dass bereits die theoretische Vorstellung einer Hirntransplantation völlig abwegig ist. „Jeder würde prompt und intuitiv sagen, dass das Gehirn einen neuen Körper bekäme und nicht umgekehrt.“ [14]

Der Tod ist kontextuell. Als der Mensch nichts als seine fünf Sinne hatte, war das Sistieren der Atmung das definitive Kriterium des Todes. Mit der Akzeptanz des Stethoskops wurde der Herzschlag das entscheidende Zeichen. Die Todesfestlegung durch neurologische Kriterien wurde erst mit der technologischen Entwicklung möglich und notwendig [15, 16]; der Terminus „Hirntod“ ist insofern unglücklich und verwirrend, als er für etwas anderes als den „eigentlichen“ Tod gehalten werden könnte. Die Bundesärztekammer hat sich in ihrer jüngsten Fortschreibung bemüht, diesem Umstand Rechnung zu tragen, und verzichtet auf den Begriff; allerdings sind auch Begriffe wie „Unfalltod“ oder „Herztod“ geläufig und unumstritten. Darüber hinaus ist der Begriff international eingeführt und scharf umrissen. Der Versuch, alternative Termini (z. B. Hirnversagen, „brain failure“) einzuführen, wird nicht zur Klarheit beitragen und andere Probleme bergen [17].

Sodann legt der Ethikrat (S. 53 ff.) die Auffassung einer Reihe von Philosophen zum Tod dar, wobei das letzte Wort Heidegger überlassen wird. So ist beispielsweise zu erfahren, was Thomas von Aquin über den Tod dachte. Aber es erscheint für den Rat von nachrangiger Bedeutung, sich die pathophysiologischen Abläufe zu vergegenwärtigen, die dem Hirntod zugrunde liegen. Damit hätte allgemeinverständlich herausgearbeitet werden können, dass es sich bei den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Hirntodfeststellung nicht um willkürliche Setzungen handelt, die je nach meta-

physischer Vorliebe modifiziert werden könnten. Ein kurzer Blick auf die Diskussionen in der Öffentlichkeit, insbesondere in die ungefilterten Regionen des Internets, kann darüber belehren, dass in dieser Frage wild wuchernde, frei flottierende Ängste das Bild dominieren. Es muss vermutet werden, dass der Verweis auf die aristotelisch-thomistische Denktradition oder auf die phänomenologische Analyse von Körper und Leib nicht genügen wird, diesen Ängsten hinreichend entgegenzutreten.

Weitere Überlegungen kreisen um den Begriff der „Lebensweltkompatibilität“, womit gemeint ist, dass Hirntote den Anschein der Lebendigkeit aufwiesen. So entstünden kognitive und affektive Dissonanzen, die „nicht als Ausdruck eines wissenschaftlich naiven und unaufgeklärten Bewusstseins verstanden werden“ könnten (S. 64). Daraus ließe sich, böswillig, eine patriarchalische Sorge um den Erhalt der Unaufgeklärtheit herauslesen. Eine derartige Haltung mag auch der Hintergrund der *Denunziation* der Vermittlung wissenschaftlich fundierter Kenntnisse als Manipulation („Übertölpelung“) sein, wie sie von Maio versucht worden ist [18]. Es ist unbestreitbar, dass beim Erleben des Todes anderer Menschen kognitive und emotionale Aspekte ineinandergreifen. Da beide Aspekte zweifellos äußeren Einflüssen offen sind, ist dieses Erleben *nicht* natur- oder gottgegeben invariant, sondern kann sich mit der Entwicklung der Kenntnisse differenzieren und die Realität (eben den Tod des Individuums Mensch mit dem Tod seines Gehirns) einbeziehen. Auch im Weiteren werden die „üblichen Anschauungen“ des „sogenannten Laien“ *als solche* in ihrer Historizität nicht untersucht; der philosophische Exkurs stellt die Auffächerung der Auffassungen zum Tod lediglich als reine Geistesgeschichte dar. Die Geschichtsschreibung vertritt die Ansicht, dass es eine kontextunabhängige, „natürliche“ Art der Todesfeststellung nie gegeben hat [19, 20]. Wenn die Begleitung sterbender Angehöriger auf der Intensivstation *zunehmend mehr* „zum kulturellen Hintergrund gewachsener lebensweltlicher Erfahrung“ gehört, dann wird auch diese „menschliche Grunderfahrung“ einem Wandel unterliegen und nicht mehr der Erfahrung entsprechen, die gewonnen wurde, als die Menschen mit allenfalls priesterlichem Beistand im eigenen Heim entschliefen. Sie kann nicht allein aus der Lektüre antiker, mittelalterlicher oder frühneuzeitlicher Philosophen und Theologen deduziert werden. Die Todeskonzeption ist keine unveränderliche, unbeneinflussbare, hinzunehmende Konstante.

Wie erwähnt, bleibt ein wesentlicher Aspekt der Hirntoderklärung in der Stellungnahme des Ethikrats weitgehend unbeleuchtet. Die Erscheinung des Hirntods ist ein objektiver Umstand, ein Produkt der Intensivmedizin. Sie würde nicht verschwinden, auch wenn man auf die Diagnostik gemäß den Richtlinien verzichten würde; auch wenn es für sämtliche (anderen) Organe einen künstlichen Ersatz gäbe und eine Organspende somit überflüssig würde. Das Hirntodkonzept ist nicht in erster Linie für die Transplantation geschaffen worden [5–7] – das ist ein verbreiteter Irrtum, dessen Bekämpfung lohnend gewesen wäre –, auch wenn es dafür einen sicheren Scheidepunkt liefert. Es besticht durch seine *Einfachheit*, seine Plausibilität. Die Hirntoddiagnostik zählt zu den sichersten Methoden, die die Medizin überhaupt zu bieten hat [16].

Kontroverse



In der Kontroverse über die Hirntodkonzeption (Abschnitt 4.2., S. 71 ff.) fasst der Ethikrat die unterschiedlichen Meinungen in dieser Frage zu zwei Positionen zusammen. Die Position A, die

Ansicht der Mehrheit, sieht den Hirntod als Kriterium des Todes, während Position B im Hirntod keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen sieht. Sie vergleicht z. B. die selbstständige Atmung mit der Herzfunktion, die ebenfalls extern gestützt werden könne, so dass der Atmungsausfall nicht den Tod kennzeichnen würde (S.90 ff.), und fragt:

„Warum sollte ein irreversibel komatöser (jedoch nicht ‚hirntoter‘), aber spontan atmender Patient mit künstlichem Herzschrittmacher lebendig, ein ebenfalls irreversibel komatöser und zugleich beatmungspflichtiger (‚hirntoter‘) Patient mit selbstständig schlagendem Herz dagegen tot sein?“ (S.92)

Aber die Atmung ist im Gegensatz zur Herzätigkeit, die autonom sein kann, eine robuste Hirnfunktion und nur als solche in der Hirntoddiagnostik bedeutsam, auch wenn das im traditionellen religiösen Kontext gelegentlich anders gesehen wird [21]. Seine Legitimität zieht dieses Gedankenexperiment aus der Verwischung klarer Grenzen zwischen Hirntod, Koma und Wachkoma/minimal conscious state (s. o.). Es ist sehr schwierig und mit heutigen Mitteln kaum je sicher möglich festzustellen, ob wirklich bei einem schwerstgeschädigten, aber offenkundig lebenden Patienten („irreversibel komatös“, aber spontan atmend) das letzte Fünkchen Bewusstsein für immer erloschen ist. Auch zeigt sich, wie nachteilig es ist, dass grundlegende pathophysiologische Sachverhalte (Monro-Kellie-Doktrin, rostrakaudale Progredienz von Hirngewebsuntergang und klinischer Symptomatik bei zunehmendem Hirndruck) außerhalb des Fokus der Stellungnahme liegen. Überdies ist in der realen Welt nicht zu erwarten, dass jemand auf Dauer die klinischen Kriterien des Komats erfüllt; regelhaft findet der allmähliche Übergang in das Wachkoma oder den minimal conscious state statt.

Insgesamt wäre zu folgern, dass beim irreversiblen vollständigen Funktionsverlust des Gehirns ein Zustand zwischen Tod und Leben angenommen werden muss, für den es bisher keine Begrifflichkeit gibt („noch Lebender in einem im Endstadium arretierten Sterbezustand“, S.98). Auf die Dead-Donor-Regel, nach der Organe nur von Toten entnommen werden dürften, sollte verzichtet werden (S.96 f.). Die empirischen Gründe, die für Position B angeführt werden, stützen sich im Wesentlichen auf eine Stellungnahme von Shewmon 2001 [22]. Nur am Rande sei vermerkt, dass die Vertreter der Position B es offenbar für unnötig gehalten haben, die Ausführungen Shewmons noch einmal im Detail mit den bekannten Tatsachen abzugleichen. Wenn die Position B im Anschluss an Shewmon beispielsweise behauptet, dass es ein Wachstum und die sexuelle Reifung eines hirntoten Kindes gegeben habe (S.87), dann hält das einer Überprüfung nicht stand [14, 23]. Shewmon selbst spricht in seinem Vortrag im Forum Bioethik des Deutschen Ethikrats 2012 von einer „sexual maturation of brain-dead children“ [24], aber in seiner *Declaration* zum Fall McMath [25] behauptet er das Gegenteil: „Neither do corpses undergo sexual maturation“ (aus dem Kontext ist klar, dass mit „corpse“ hier nur „hirntoter Leichnam eines Kindes“ gemeint sein kann). Wenn die „Lebensweltkompatibilität“ es unmöglich machte, den Hirntod als Tod anzuerkennen – welche Auswirkungen hätte es, wenn man das aussetzende Herz eines hirntoten Körpers ausschalten und den Kreislauf mittels einer Herz-Lungen-Maschine oder eines Kunstherzens aufrechterhalten wollte?

Es bleibt unerörtert, welche *praktischen* Konsequenzen aus dieser Position *im Unterschied* zur Feststellung des Hirntods als Tod des Menschen zu ziehen wären. So wird eingeräumt, dass auch im Fall des irreversiblen Funktionsverlusts des Gehirns die Einstellung der Beatmung ethisch geboten sei (S.98). Doch gibt die Position B weiteren Überlegungen Raum. Unter Hinweis auf die *wissenschaftliche Evidenz* (gemeint sind die Shewmonschen Auffassungen) stellen Rady und Verheijde [26, 27] fest, dass der Hirntod nicht der Tod des Menschen sei und daher eine Organentnahme dem Moralkodex des Islam widerspreche. „Utilitaristische Interpretationen“ von Koran und Sunnah seien abzulehnen, und die Anwendung eines irrigen Todeskriteriums verletze die religiösen Werte rechtgläubiger [*observant*] Muslime. Belegt wird dies mit der Autorität einiger Koranverse.

Dennoch wird im Abschnitt „Schlussfolgerung und Empfehlungen“ (S.166 ff.) für die individuelle Entscheidung zur postmortalen Organspende zunächst gefordert: „Dabei sind auch die Argumente, die für und gegen das irreversible Erlöschen aller Hirnfunktionen (Hirntod) als Todeskriterium vorgebracht werden, darzulegen.“ Es ist also auch über Ansichten aufzuklären, die von der Mehrheit des Rates als *falsch* angesehen werden.

Schlussfolgerung

Gibt es prinzipiell einen empirischen Zugang zu der Frage, ob der Hirntod der Tod des Menschen ist? Wenn nein, dann ist die Festlegung ausschließlich Sache einer Konvention. Aber wenn ja, dann muss die Realität berücksichtigt werden, und die Frage kann nicht allein auf der Grundlage einer hermeneutischen Philosophie beantwortet werden. Die Erkenntnis vom Hirntod als dem Tod des Menschen beansprucht Validität *per se* [16]. Sie ist in sich schlüssig, und sie hat die Naturwissenschaft auf ihrer Seite. Es ist kein Fall bekannt, in dem eine *lege artis* durchgeführte klinische Hirntoddiagnostik durch eine Rückkehr von Hirnfunktionen widerlegt worden wäre [28]. Auf der ganzen Welt hat sich Auffassung vom Hirntod als dem Tod des Menschen weitgehend durchgesetzt [29, 30]; auch in Ländern, in denen religiöse Einwände erhoben werden [31].

Selbstverständlich ist es möglich, gesellschaftliche Übereinkünfte zu erzielen, die diese Evidenz in Abrede stellen, wie das in einigen Ländern der Fall ist. Abschaffen lässt sie sich aber nicht. Der jüngste Fall der dreizehnjährigen Jahi McMath in den USA, deren Mutter den Hirntod nicht akzeptiert und darin die Unterstützung der Gerichte und der Öffentlichkeit gefunden hat, erzeugt Verunsicherung bis in die Fachliteratur [32]. Da keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen, erschöpft sich die Debatte in einer stetigen Wiederholung der alten Argumente [33], die bereits einer umfassenden Würdigung unterzogen worden sind [34]. Wenn eine Lehre aus dem Fall McMath zu ziehen ist, dann ist es diese: Einmal für die rationale Weltsicht gewonnenes Terrain ist nicht für alle Zeiten gewonnen, sondern muss weiterhin gegen Missverständnisse, Verwirrungen und irrationale Ängste verteidigt werden [35]. Der Beitrag des Deutschen Ethikrats hierzu hätte größer sein können.

Take Home Message

Obwohl der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ vom 24. Februar 2015 am Hirntod als Kriterium des Todes mehrheitlich festhält, geht er implizit von einer Nicht-Identität von Tod und Hirntod aus und führt dafür eine Reihe von ethischen, juristischen und philosophischen Überlegungen an. Aus klinischer Sicht ist dem zu widersprechen. Außerdem ist zu konstatieren, dass solche Überlegungen nur wenig dazu beitragen können, die Verunsicherung und Desorientierung weiter Teile der Bevölkerung in der Frage des Hirntods abzubauen.

Interessenkonflikt: M. Mindach gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Deutscher Ethikrat. Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme. 24.02.2015 <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf> Stand: 07. April 2015 (Die Seitenangaben im Text beziehen sich auf diese Fassung)
- 2 Gemeinsame Stellungnahme der DGN, DGNC und DGNI, 24. Februar 2015. http://www.dgn.org/images/red_pressemittelungen/2015/150224_Stellungnahme_Hirntod_DGN_DGNC_DGNI_final.pdf Stand: 07. April 2015
- 3 *Belkin BS*. Brain death and the historical understanding of bioethics. *J Hist Med* 2003; 58: 325–361
- 4 *Machado C, Korein J, Ferrer Y et al*. The concept of brain death did not evolve to benefit organ transplants. *J Med Ethics* 2007; 33: 197–200
- 5 *De Georgia MA*. History of brain death as death: 1968 to the present. *J Crit Care* 2014; 29: 673–678
- 6 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer. Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung.. DOI: 10.3238/arztebl.2015.rl_hirnfunktionsausfall_01
- 7 *Haupt WF, Höfling W*. Die Diagnose des Hirntodes: Medizinische und juristische Aspekte unter Berücksichtigung des Transplantationsgesetzes (TPG) der BRD. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 583–590
- 8 BVerfG, 1 BvR 2271/14, Rn. 4
- 9 *Stoecker R*. Ein Plädoyer für die Reanimation der Hirntoddebatte in Deutschland. In: Preuß D, Knoepffler N, Kodalle KM Hrsg. *Kritisches Jahrbuch der Philosophie. Körperteile – Körper teilen*. Würzburg: Königshausen u. Neumann; 2009: 41–59
- 10 *Giacino JT, Ashwal S, Childs N et al*. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology* 2002; 58: 349–53
- 11 *Dehaene S, Changeux JP*. Experimental and theoretical approaches to conscious processing. *Neuron* 2011; 70: 200–227
- 12 *Mindach M*. Das Hirntodkonzept – eine interessengeleitete Fehlkonstruktion? Aufklärung und Kritik 2013; 1: 77–90 http://www.gkpn.de/Mindach_Hirntod.pdf Stand: 07. April 2015
- 13 *Müller S*. Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik. *Ethik Med* 2010; 22: 5–17
- 14 *Lang CJG*. Chronic "brain death": meta-analysis and conceptual consequences. *Neurology* 1999; 53: 1370–1371; meine Übersetzung
- 15 *Haupt WF, Höfling W*. Die Diagnose des Hirntodes: Medizinische und Juristische Aspekte unter Berücksichtigung des Transplantationsgesetzes (TPG) der BRD. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 583–590
- 16 *Scripko PD, Greer DM*. An update on brain death criteria. a simple algorithm with complex questions. *Neurologist* 2011; 17: 237–240
- 17 *Smith M*. Brain death: time for an international consensus. *Br J Anaesth* 2012; 108 (Suppl 1): i6–i9. DOI: 10.1093/bja/aer355
- 18 *Maio G*. Moralische Appelle zur Organspende sind Gift für das Vertrauen. *Dtsch Med Wochenschr* 2013; 1380: 2187–2188
- 19 *Wiesemann C*. Was spricht gegen eine lediglich pragmatische Hirntod-Definition? *Dt. Arztebl* 1994; 91: B1590–B1591
- 20 *Schlich T*. Ethik und Geschichte: Die Hirntoddebatte als Streit um die Vergangenheit. *Ethik Med* 1999; 11: 79–88
- 21 *Cohen J, Ashkenazi T, Katvan E*. Brain death determination in Israel: the first two years experience following changes to the brain death law – opportunities and challenges. *Am J Transplant* 2012; DOI: 10.1111/j.1600-6143.2012.04089.x
- 22 *Shewmon DA*. The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating "brain death" with death. *J Med Philos* 2001; 26: 457–478
- 23 *Repertinger S, Fitzgibbons WP, Omojola MF et al*. Long survival following bacterial meningitis-associated brain destruction. *J Child Neurol* 2006; 21: 591–595
- 24 <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb-21-03-2012-shewmon.pdf> Stand: 07. April 2015
- 25 http://www.insidebayarea.com/jahi/ci_26796273/jahi-mcmath-case-declaration-dr-d-alan-shewmon Stand: 07. April 2015
- 26 *Rady MY, Verheijde JL*. The moral code in Islam and organ donation in Western countries: reinterpreting religious scriptures to meet utilitarian medical objectives. *Ethics, and Humanities in Medicine* 2014; 9: 11 <http://www.peh-med.com/content/9/1/11> Stand: 01.08.2015
- 27 *Rady MY, Verheijde JL*. Brain death and the moral code of islam. *Chest* 2015, letter DOI: 10.1378/chest.14-2543
- 28 *Wijdicks EFM, Varelas PN, Gronseth GS et al*. Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2010; 74: 1911–1918
- 29 *Wahlster S, Eelco FM, Wijdicks EFM et al*. Brain death declaration. Practices and perceptions worldwide. *Neurology* 2015; 84: 1870–1879
- 30 *Citerio G, Murphy PG*. Brain death: the European perspective. *Semin Neurol* 2015; 35: 139–144
- 31 *Miller AC, Miller AZ, Elamin EM*. Brain Death and Islam. The Interface of Religion, Culture, History, Law, and Modern Medicine. *Chest* 2014; 146: 1092–1101
- 32 *Whetstone LM*. Bi philosophical criticisms of brain death: The need for a new paradigm. *J Crit Care* 2014; 29: 878–880
- 33 *Spittler JF*. Die Diskussion um den Hirntod – ein Perpetuum mobile? Zu Ralf Stoecker: An den Grenzen des Todes – ein Plädoyer für die moralphilosophische Überwindung der Hirntod-Debatte. *Ethik Med* 1998; 10: 60–62
- 34 *Burkle CM, Sharp RR, Wijdicks EF*. Why brain death is considered death and why there should be no confusion. *Neurology* 2014; 83: 1464–1469
- 35 *Crippen D*. Changing interpretations of death by neurologic criteria: The McMath case. *J Crit Care* 2014; 29: 870–871