



EEG

Europäische Euthanasie-Gegner

in deutschsprachigen Ländern

EEG - Postfach 61 - D-69518 Abtsteinach/Odw. - Gegründet innerhalb der Aktion Leben e.V. Deutschland

www.aktion-leben.de
D-EEG-06:GIGT

Prof. Dr. Manfred Balkenohl

Der umstrittene Hirntod

Der Autor dieses Beitrages ist Professor für Systematische Theologie und Moraltheologie beim Fachbereich Kath. Theologie der Universität Osnabrück. Er ist Urheber zahlreicher moraltheologischer, sozialethischer und anthropologischer Veröffentlichungen. In diesem Beitrag weist er nach, wie es zur Hirntod-Definition kam und welche Auswirkungen diese auf die moderne Medizin hat.

„Die weisheitsvolle Anordnung und Verfügung des Todes gehört in jene jetzt ganz unfassbar und unmoralisch klingende Moral der Zukunft, in deren Morgenröte zu blicken ein unbeschreibliches Glück sein muß.“
Nietzsche¹

Mehr als ein Jahrhundert ist verflossen, seit Nietzsche diese Zeilen geschrieben hat, und Infernarier statt Morgenröte haben wir bereits erblicken müssen, von denen Nietzsche nicht einmal hat träumen können. Und weitaus mehr an unbeschreibbarem Elend anstelle jenes „unbeschreiblichen Glückes“ ist bereits erwachsen, seitdem Macht und Herrschaft des Menschen über den Menschen auch und gerade auf medizinisch-biologischem Gebiet vorgedrungen sind und sich weitgehend durchgesetzt haben. Die von Nietzsche noch erhoffte „Morgenröte“ liegt weit hinter uns.

Angesichts von Manipulationen bis hin zur kommerziellen Verwendung von Menschen hat „wissenschaftlicher Fortschritt“ heute einen vorläufigen Höhepunkt erreicht. Wenn Wissenschaft so weit getrieben wird, daß beispielsweise Abtreibungen in einem Ausmaß vorgenommen werden, welches an eine Tötungsstrategie erinnert (über 400 000 Abtreibungen pro Jahr werden in ganz Deutschland durchgeführt), wenn menschliche Zellen, Gewebe, Organe und Organteile als Rohstoffe vermarktet werden, wenn dafür kleine Babys, Embryonen oder Föten durch den Mixer gedreht werden, wenn Euthanasie bereits praktiziert wird, dann muß die Frage nach der Grenze des wissenschaftlichen Fortschritts gestellt werden: Bis wohin eigentlich darf erlaubterweise Macht und Herrschaft des Menschen über den Menschen auf medizinisch-biologischem Sektor und auf anderen Sektoren vordringen und sich immer weiter durchsetzen? Haben andere Wissenschaften und auch Einzelpersonen, welche diese Zusammenhänge durchschauen, dazu zu schweigen, oder haben sie korrigierend einzugreifen? Ist die medizinische Wissenschaft dazu da, gemäß dem hippokratischen Eid und der christlichen Auffassung, Krankheiten zu heilen oder auch dazu, den Menschen durch Genmanipulationen umzuformen, ihn gezielt zu töten und ihn unter Umständen als Rohstoff zu vermarkten? Darf pränatale Diagnose so angewandt werden, daß bei sogenannten Risikofrauen systematisch alle Kinder umgebracht werden, die mehr oder weniger mißgebildet sein könnten? Dürfen Menschen, die behindert geboren werden, nach der Geburt beseitigt werden, indem ihnen Nahrung und die elementarste Pflege verweigert werden? Und

dürfen diejenigen endlich, die später durch Unfall in ein irreversibles Koma verfallen, zum Zwecke der Organtransplantation „geschlachtet“ werden?² Dieser Frage nun sollen einige Aspekte hinzugefügt werden.

Wenn wir solche Vorgänge in unserem unmittelbaren Lebensumfeld betrachten, dann können wir schon sagen, daß wir trotz eines beträchtlichen Wohlstandes, der aber längst kein allgemeiner mehr ist und übrigens auch nie gewesen ist, uns in einer überaus schwierigen und bedrohlichen Zeit befinden.

Viele junge Menschen verspüren die Krisensymptome unserer Zeit bedrängender als manche Satierte und gut Situierte, vor allem deutlich fühlbarer als jene, die von den Destruktionen unserer Zeit merkantil profitieren. Junge Menschen sind heute zutiefst irritiert, wenn sie selbst keine oder nur geringe Zukunftsperspektiven erblicken angesichts von Arbeitslosigkeit etwa. Und insbesondere dann, wenn ihnen der Sinn ihres eigenen persönlichen Lebens nicht erschlossen wurde oder verlustig gegangen ist. Die eingangs genannten Symptome haben geradezu verheerende Auswirkungen, nicht nur im Blick auf Betroffene, denen das Recht auf Leben aberkannt wird, sondern ebenfalls auf jene Menschen, denen eine innere Werteorientierung genommen wird. Denn was müssen vor allem junge Menschen empfinden, wenn es in ihrem Umfeld ganz selbstverständlich erscheint, daß z. B. Kinder getötet werden, noch bevor sie geboren werden? Oder wenn der Tod irreversibel Geschädigter „weisheitsvoll“ definiert wird. Die heutige Tötungspraxis stellt manche Vorgänge des „Dritten Reiches“ bereits weit in den Schatten. Von „Morgenröte“ zu sprechen, wäre heute schon ein Euphemismus.

Feststellung und Definition des Todes

Nun gehört es sicherlich zur Aufgabe der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis, Kriterien und den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen. Das war in der Vergangenheit weltweit einheitlich unumstritten und ohne erhebliche Kontroversen möglich. Man definierte den Tod nach dem irreversiblen Stillstand der Herz- und Atmungstätigkeit und damit auch der Gehirnfunktionen. Will man sich aber heute zum Beispiel anhand eines einschlägigen medizinischen Wörterbuches in dieser Hinsicht informieren, dann stößt man alsogleich auf Schwierigkeiten. Im „Psychembel“³ etwa hat der Terminus „Hirntod“ längst Einlaß gefunden.

Unter „Hirntod“ heißt es hier: „(engl.) brain death; Tod des Individuums durch Organtod des Gehirns; irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen bei evtl. noch aufrechterhaltener Kreislauf-

funktion; Voraussetzungen für die Feststellung des Hirntodes: Vorliegen einer schweren Hirnschädigung u. hochwahrscheinlicher Ausschluß einer reversiblen Störung der Hirnfunktionen od. von Bewußtseinsstörungen bekannter Ursachen, z. B. nach Vergiftungen ...“⁴

Das Augenmerk ist vor allem zu richten auf den Terminus: „Vorliegen einer schweren Hirnschädigung“. In der 254. Auflage dieses Wörterbuches war noch von „Teilhirtod“ die Rede. In den neueren Auflagen entfällt unter „Koma“ der Unterbegriff „irreversibles Koma“. Das „Vorliegen einer schweren Hirnschädigung“ wird hier also dem Terminus „Hirntod“ zugrunde gelegt. Es kommt noch hinzu, daß der „Hirntod“ in der ganzen Welt keineswegs einheitlich definiert wird. Auch daher werden ethische Fragestellungen unumgänglich.

Wie kam es zu der Definition „Hirntod“?

Diese Definition ist neueren Datums. Einer der ersten, der sich aus anthropologischer und ethischer Perspektive mit der Problematik dieses Begriffes befaßt hat, war Hans Jonas. Er bezieht sich zunächst auf einen Bericht über die Definition des Hirntodes, den im August 1968 eine hierzu eingesetzte Kommission der Harvard Medical School veröffentlicht hatte. Das Harvard-Gutachten „definierte irreversibles Koma als Gehirntod, wenn folgende diagnostische Merkmale vorliegen: 1. Abwesenheit jeder feststellbaren Gehirntätigkeit (flaches Elektroenzephalogramm) und jeder gehirnhängigen Körpertätigkeit wie spontane Atmung und Reflexe; 2. er setzt den so definierten Gehirntod gleich mit dem Tode des ganzen Leibes, also des Patienten, was außer der amtlichen Todeserklärung den Abbruch aller künstlichen Funktionshilfen durch Atmungsgerät und sonstige Erhaltungsmaßnahmen erlaubt - sowie unabhängig davon (also mit oder ohne solchen Abbruch) die Entnahme von Organen für Transplantationszwecke: Der dies freistellende Leichnamstatus des Leibes beginnt mit der Feststellung des Gehirntodes als solchen.“⁵

Es geht also darum, das bis dahin „irreversible Koma“ als neue Definition des Todes anzuerkennen mit dem Ziel, den Leichnamstatus des Leibes zu erreichen mit allen daraus erwachsenden pragmatischen Konsequenzen. Mit anderen Worten geht es also darum, „den Zeitpunkt der Toderklärung vorzuverlegen: die Erlaubnis nicht nur, die Lungenmaschine abzustellen, sondern nach Wahl auch umgekehrt sie (und andere ‚Lebenshilfen‘) weiter anzuwenden und so den Körper in einem Zustand zu erhalten, der nach älterer Definition Leben gewesen wäre (nach der neuen aber nur dessen Vortäuschung ist) - damit man an seine Organe und Gewebe unter den Idealbedingungen herankann, die früher den Tatbestand der Vivisektion gebildet hätten.“⁶

Es sind vor allem zwei pragmatische (zweckhafte) Ziele, die im Gegensatz zur traditionellen Todesbestimmung im Vordergrund stehen. Zum einen möchte man Angehörige, Patienten, Mediziner und Pflegekräfte nicht mehr die Last eines irreversiblen Komats aufbürden, zum anderen möchte man transplantieren. Eine Neudefinierung des Todes erreicht beides. Wenn man sagt, der Mensch sei tot, braucht man ihn nicht mehr als Lebenden zu pflegen und zu versorgen. Und man kommt an die Organe heran, ohne daß ein Staatsanwalt wegen einschlägiger Delikte tätig werden müßte.

Macht und Herrschaft des Menschen über den Menschen

Die absolute Herrschaft des Menschen über den Menschen ereignet sich in unserer Zeit also auch und gerade durch Definition. Denn wenn der Tod neu definiert worden ist und die entsprechenden Formalitäten erfüllt sind, ist der komatöse Patient plötzlich - und zwar durch Unterschriften - kein Patient mehr, sondern ein Leichnam. Ihm ist der Leichnam-Status nicht nur zugestanden, sondern aufgezwungen, aufoktroiert worden. Der mit Ausnahme des Gehirns funktionierende Organismus ist für tot

erklärt worden. Der Patient konnte sich wegen seines komatösen Zustandes nicht dagegen wehren. Mit ihm wird und wurde verfahren.

Nun kann aber eine Definition nicht das ersetzen, was an sicherem Wissen nicht vorhanden ist. Es ist im ursprünglichen Sinne des Wortes arrogant, ohne tieferes Nachfragen, aus Unkenntnis also, etwas festzusetzen und festzuschreiben, was sich der sicheren Erkenntnis entzieht.

Die Grenze zwischen Leben und Tod ist nun einmal nicht mit Sicherheit nachzuzeichnen. Es gibt beim beginnenden wie beim erlöschenden Leben von Menschen nicht zu erhellende Geheimnisse.⁷ Warum soll denn eigentlich der komatöse Patient, dessen Herz- und Atmungstätigkeit künstlich unterstützt werden, kein Leben mehr haben, also tot sein? Nur darum, weil die aus keineswegs abgesicherter Fachliteratur eruierten Kriterien für den Eintritt des Hirntodes als gegeben erscheinen? Bei der Elektroenzephalographie z. B. soll eine isoelektrische Linie (Nulllinie) bestehen.⁸

Das Leben von Menschen auf meßbare Hirnströme zu reduzieren, ist von vornherein anthropologisch fragwürdig, ja unstatthaft, u. a. darum, weil der ganze Mensch als Geist-Seele-Leib-Einheit nicht mehr wahrgenommen wird. Und es kommt, am Rande gesagt, noch hinzu, daß die Apparate, welche die Hirnströme messen (EEG), nicht von Medizinern, sondern von Elektronikern hergestellt worden sind. Die Mediziner, die mit dieser Technik umgehen, müssen sich auf all das verlassen, was Elektroniker vorgeben. Mediziner sind also insofern durchaus fremdgesteuert - übrigens hinsichtlich der Pharmazie ebenfalls.

Elektroniker aber sind es heute u. a. auch, welche auf die grundsätzliche Unzuverlässigkeit von Apparaten aufmerksam machen und vor allem darauf, daß heute vieles meßbar ist, was vor kurzem elektronisch noch nicht wahrgenommen werden konnte. Es kann mehr als vermutet werden, daß zahlreiche Menschen zum Zwecke der Organtransplantation zu Tode definiert worden sind, auch darum, weil elektronische Apparate gewünschte (oder auch nicht gewünschte!) Hirnströme noch nicht aufzeichnen konnten. Und noch ein Gesichtspunkt kommt hinzu. Bevor Apparaturen dieser Art als Massenprodukte in Krankenhäusern und Arztpraxen zur Anwendung kommen, haben sie eine lange Zeit der Entwicklung hinter sich. Und was heute in solchen Apparaten noch nicht meßbar ist, das ist nach Angaben von Elektronikern in elektronischen Laboratorien schon längst meßbar.

Das bestechende, aber nichtsdestoweniger fragwürdige Argument, daß der Mensch nur dann lebe, wenn elektronisch wahrnehmbare Hirnströme nachweisbar seien, dieses Argument wird heute in immer umfangreicher werdender Fachliteratur entkräftet und widerlegt.⁹ Es kommt ebenfalls noch hinzu, daß bei Messung durch die Nase plötzlich all das wieder meßbar wird, was vorher unmöglich schien. Auch werden im Moment der Entnahme der Organe zum Zwecke der Transplantation für eine kurze Zeit all die bislang vermißten Ströme wieder meßbar. Und der Insider kennt darüber hinaus grundsätzlich und in jedem Einzelfall die Unzuverlässigkeit von Apparaten. Außerdem mißt die Elektroenzephalographie nur die elektrische Tätigkeit von der Oberfläche des Gehirns. „Von Patienten, die ein isoelektrisches Elektroenzephalogramm (Nulllinie) gehabt haben, weiß man, daß sie wieder genesen.“¹⁰

Selbst wenn es möglich wäre, menschliches Versagen im medizinischen Bereich auszuschließen, so mag doch niemand für die Zuverlässigkeit von Apparaten garantieren. „Der Patient muß unbedingt sicher sein, daß sein Arzt nicht sein Henker wird und keine Definition ihn ermächtigt, es je zu werden. Sein Recht zu dieser Sicherheit ist unbedingt; und ebenso unbedingt ist sein Recht auf seinen eigenen Leib mit allen seinen Organen. Unbedingte Achtung dieses Rechtes verletzt keines anderen Recht. Denn niemand hat ein Recht auf eines anderen Leib. - Um noch in einem anderen, religiösen Geist zu sprechen: Das Verschwinden eines Menschen sollte von Pietät umhert und vor Ausbeutung geschützt sein.“¹¹

Und es muß ebenfalls angemerkt werden, daß aus christlicher Perspektive niemand das Recht hat, über seinen eigenen Leib willkürlich zu verfügen.

Ein kleines Beispiel sei mir erlaubt zu erwähnen: Als ich auf einer Vortragsreise zum Thema „Die Achtung vor dem menschlichen Leben“¹² unterwegs war, wurde ich nach einem Vortrag in der Diskussion mit eben solchen Fragen hinsichtlich der Grenzlinie zwischen Leben und Tod befragt. Im Verlauf der Aussprache meldete sich eine Operationsschwester mit langjähriger Berufserfahrung zu Wort, nannte ihren Namen, ihre Anschrift und ihre ehemalige Arbeitsstelle. Sie teilte mit, daß ein Patient auf Organe eines „Hirntoten“ gewartet habe. Die Transplantation habe noch nicht stattfinden können, weil eine Infektion bei dem aufnahmebereiten Patienten aufgetreten sei. Man habe also warten müssen. In dieser Zwischenzeit nun sei der „Hirntote“ erwacht. Er lebe heute gesund im Ort X., Name und Anschrift des ehemals „Hirntoten“ wurden öffentlich mitgeteilt.

Nun mag dieses Beispiel Seltenheitswert besitzen, es scheint aber nicht das einzige dieser Art zu sein. Im allgemeinen aber wird die Realität so aussehen, daß der als hirntot definierte, irreversibel komatöse Patient nicht wieder zum Bewußtsein kommt. Aber darf der Körper in diesem Falle als Organbank dienen? „Nur Geier und Schakale fallen sofort darüber her“, vermerkt Willi Geiger.¹³ Es gibt nicht nur das Grundrecht auf Leben, sondern auch und insbesondere „das Grundrecht auf willkürfreie Behandlung“.¹⁴

Durch die heute immer weiter ausgreifenden Explantationen von Organen unter bewußter Ausnützung der Verwischung der Grenzen zwischen Leben und Tod des Spenders, und zwar dadurch, daß man ebenfalls bewußt und manipulativ den definitiven Übergang von der Feststellung des irreversiblen Komats zur Feststellung des Hirntodes vollzieht, auch dadurch betätigt sich heute keineswegs eine humane, jedenfalls aber eine technisierte Medizin. Komatöse Patienten, die kraft Definition als tot gelten, gelten nun ebenfalls definitiv nicht mehr als Patienten, sondern als Leichname, mit denen all das angestellt wird, was als erlaubt gilt und wozu das Forschungs- oder Transplantationsinteresse drängt. Und weil das einfach alles so getan wird, übt das Faktische eine normative Kraft aus. So berufen sich Spezialisten darauf, daß anderswo ebenso verfahren werde und daß dadurch ihre Handlungen gerechtfertigt seien. Der komatöse Patient hat weitgehend keine Chance mehr zu leben, er ist zur „postmodernen Leiche“¹⁵ geworden.

Lebensfunktionen von „Untoten“

„Es ist kein Zweifel, daß wir es beim Hirntod noch mit einem lebenden Organismus zu tun haben. 97 % des Organismus sind beim Hirntod noch lebendig. Es ist eine metaphorische Leistung, in solch einer Situation doch vom Tod des Gesamtorganismus reden zu wollen ...“, resümiert Detlev B. Linke.¹⁶

Vermutlich sind sogar beim sog. Hirntod doch weit mehr als 97 % des Organismus noch lebendig. Mit großer Sicherheit hat auch das totes Gehirn noch die Qualität des Lebendigen, denn ein Leichenteil im Organismus würde dessen baldigen Tod verursachen. Es sind lediglich beschreibbare Funktionen nicht mehr wahrnehmbar und meßbar.

So gibt es bei „Hirntoten“ das sog. Lazarus-Syndrom, worunter man versteht, daß der Totgesagte die Krankenschwester etwa umarmt, wenn sie das Bett aufschüttelt. Hier haben wir es mit der von Linke genannten „metaphorischen Leistung“ zu tun, solche Patienten als tot zu deklarieren. Man spricht bezeichnenderweise vom „Hirntodsyndrom“, obwohl man im allgemeinen unter „Syndrom“ ein Krankheitsbild versteht,¹⁷ welches am lebenden Menschen diagnostiziert wird. Den Tod als Krankheitsbild zu deklarieren, gehört in der Tat zu einer postmodernen Medizin.¹⁸

Des weiteren kann es bei „hirntoten“ Männern zu dauerhaften Erektionen kommen, so daß sie unter gewissen Umständen noch Kinder zeugen könnten. Und es ist durchaus möglich, daß Ärzte, die solche Patienten zu Tode definiert haben, aufgrund von Potenzstörungen etwa keine Kinder zeugen können. Was dergleichen Lebensäußerungen anbelangt, können „Hirntote“ also solchen Ärzten gegenüber weitaus überlegen sein.

Und was hirntoten Männern recht ist, das ist hirntoten Frauen

billig. Denn sie können u. U. als moderne „Zombies“ oder „Untote“, wie man sie auch schon titulierte, noch Kinder gebären. Der Vorgang und die Diskussion um das Erlanger Baby haben zur Genüge gezeigt, welcher Sprengstoff in anthropologischer und ethischer Hinsicht hier verborgen ist. Während sich nahezu das gesamte emanzipatorische Lager entrüstete, wieso man denn einer toten Frau noch zumuten könne, ein Kind zu gebären, sie also zu mißbrauchen, bemühten sich hochqualifizierte Experten, wenigstens das Leben des Kindes zu retten. Das Kind kam schließlich durch Spontangeburt - leider tot - zur Welt. Man hatte übrigens schon Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt. Schon öfter waren Kinder von totgesagten Müttern - und zwar lebend - geboren worden. Die Erlanger Rettungsaktion hat aber unmißverständlich erwiesen, daß diese Frau keine Leiche war, daß also eine Leiche kein Kind gebären kann. Und eine Spontangeburt ist ohne Einwirkung und Steuerung des totgeglaubten Gehirns ebenfalls nicht möglich.¹⁹

Komplexe Lebensfunktionen als Reflexe von toten Menschen zu deklarieren, bedeutet nun aber, Willkür walten zu lassen und eine Blickverengung auf jene klinisch feststellbaren Kriterien vorzunehmen, die man vorher pragmatisch, also zweckhaft, festgelegt hat. Willkür heißt nun aber, daß der Wille zur Dominanz gelangt ist, nicht aber tieferes Verstehen, nicht die Einheit von Einsicht und Willen, die gemeinsam im Gewissen, dem Inbegriff des Wissens, verankert sein sollten. Und man wird fragen dürfen, warum es denn so viele verschiedene Register von Kriterien für den „Hirntod“ gibt. Inzwischen weist die Literatur weltweit mehrere Hundert verschiedene Kriteriengruppen für die Feststellung des „Hirntodes“ auf. So ist es denn auch nicht verwunderlich, daß er längst nicht in allen Ländern, z. B. in Dänemark, akzeptiert wird.

Selbst wenn die von Menschen festgesetzten Kriterien für den „Hirntod“ erfüllt werden, bleibt der Patient durch lebenserhaltende Maßnahmen noch eine Zeitlang am Leben, denn „viele Systeme arbeiten in gegenseitiger Abhängigkeit einschließlich des Cardiovascular-System (Herz-Kreislauf-System), das Drüsensystem mit Absonderungen nach außen und innen, das Ausscheidungssystem und das Verdauungssystem. Mit anderen Worten: Die Körperfunktionen und die Einheit des Körpers bestehen noch. Diese Einheit kann für einen Zeitraum von Tagen, ja sogar Wochen andauern. Dann versagen unvermeidlich alle Systeme, und der „somatische“ Tod tritt ein.“²⁰

Eine weitere Frage schließt sich an, nämlich diejenige, wie denn der Zustand eines als „hirntot“ definierten Patienten beurteilt werden soll, bei dem schließlich die lebenserhaltenden Maßnahmen abgestellt worden sind, bei diesem aber eine Zeitlang weiter die o. g. Lebensfunktionen anhalten, also ohne jene stabilisierenden Maßnahmen? Wengleich es Mediziner gibt, welche diese Frage als belanglos abtun, so dürfte sie doch aus ethischer und anthropologischer Perspektive von Belang sein.

Außerdem hört man gar nicht selten das Argument, daß die als hirntot deklarierten, irreversibel komatösen Patienten ohnehin keine Lebenschancen mehr hätten, also sterben müßten, und daß sie daher für das „organische Recycling“ noch nutzbringend verwendet werden könnten. Die praktische Nützlichkeit und der praktische Erfolg (Pragmatismus, Utilitarismus) stehen hier also im Vordergrund. Die Verwirklichung des Utilitarismus wird übrigens ebenfalls deutlich bei der heute geübten selektiven Abtreibung.²¹

Parallelen hierzu gibt es auch deutlich bei der Frage, die im Zusammenhang mit der In-vitro-Fertilisation gestellt wird, was denn etwa mit überzähligen oder „verwaisten“ Embryonen zu geschehen habe, welche die „Chance der Menschwerdung“ nicht hätten und daher verworfen würden. Diese Embryonen könnten dann, indem sie geopfert würden, der Menschheit einen letzten Dienst erweisen.

Im übrigen ist das Argument, dem Tode Ausgelieferte könnten noch Nutzen bringen, gar nicht so neu. Auch im Nationalsozialismus glaubten Forscher und Praktiker, die Verfahren mit tödlichem Ausgang (terminale Experimente) an Menschen vornahmen, sich moralisch mit dem Hinweis zu rechtfertigen, daß die Personen, an denen sie manipulierten, ohnehin dem Tode ausge-

liefert seien. Wenn man aber Leben willkürlich beenden darf, weil Leben auch natürlicherweise oder durch Fremdeinwirkung ein Ende findet, dann kann ja letztlich wohl kaum jemand mehr sicher sein, daß sein Leben von anderen nicht manipulativ und definitiv ausgelöscht wird.²²

Es ist grundsätzlich und in jedem Einzelfall ethisch nicht erlaubt, daß das Leben von Menschen beendet wird, daß Menschen also getötet werden, um dadurch die Lebenschancen anderer Menschen zu erhöhen. Tut man es dennoch, dann handelt es sich um katastrophale Einbrüche in unerlaubte Bereiche.

Man darf aber keineswegs Mediziner allgemein ein mangelndes Verständnis auf diesem Gebiet vorwerfen. Zahlreiche Vertreter unter ihnen melden heute erhebliche Bedenken gegen den sog. Hirntod an, oder sie verwerfen diese pragmatische Konzeption gänzlich.²³ Insbesondere gibt es immer mehr Anästhesisten, welche bei Kolloquien etwa zu diesen Themenbereichen die Frage aufwerfen, warum sie denn eigentlich anästhesieren, also ein Narkoseverfahren in Gang setzen sollen, wenn der Patient schon tot sei. Anästhesiert aber wird durchaus bei der Organentnahme von „Hirntoten“. Von Leichen wurde bislang noch nicht berichtet, daß sie bei Sektionen hätten anästhesiert werden müssen.

Darüber hinaus werden heute weitere Fragen diskutiert, und zwar ebenfalls weltweit. Drei will ich nur nennen, sie aber aus Platzgründen hier nicht weiter behandeln:

Einmal ist es die Frage, ob eine Organtransplantation überhaupt zum Wohle des Organempfängers erfolgen kann.²⁴

Zweitens gibt es jene, keineswegs immer öffentlich geführte Diskussion darüber, daß man keine Organe mehr bekommen würde, wenn den betroffenen Angehörigen und der Öffentlichkeit die Wahrheit über den wirklichen Zustand der komaösen Patienten mitgeteilt würde. Und es ist die Frage, ob denn immer ausreichend genug reanimiert wird, wenn die Möglichkeit der weitaus lukrativeren Organgewinnung vorhanden ist.

Im übrigen wäre es an der Zeit, ein ganzes Buch zu schreiben über Empfindungen solcher Menschen, die im - auch im sog. irreversiblen - Koma gelegen und später darüber berichtet haben, daß sie also weitaus mehr mitbekommen haben, als utilitaristisch und merkantil ausgerichtete Transplantationschirurgen wahrhaben möchten. Sie haben zum Teil jedenfalls all das verfolgen können, was mit ihnen angestellt wurde. Das gilt nach glaubwürdigen Berichten auch für solche Patienten, die im „Hirntod“ gelegen haben.

Angesichts solcher weltweit diskutierten Problemkreise hat Papst Johannes Paul II. an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kongresses der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften vom 14. Dezember 1989²⁵ eine beachtenswerte Ansprache gehalten. Es handelt sich hier um ein ermutigendes Wort des Papstes in einer Zeit, die ganz überwiegend von Utilitarismus und Pragmatismus gekennzeichnet ist. Das Problem des Augenblicks des Todes hat in der Tat „auf praktischer Ebene schwerwiegende Folgen“. Es besteht heute auch und gerade im Wissenschaftsbereich die Gefahr, zusammengehörige Realitäten voluntativ und argumentativ auseinanderzureißen.

Es scheint ein neuer Dualismus gnostischer Prägung aufgekommen zu sein. Das alte, gnostische Leib-Seele-Problem scheint heute in einer neuen Variante vor uns zu stehen.²⁶

Zusammenfassung

Das Problem, um das es sich hier handelt, ist dieses: Menschen, die sich im Prozeß des Sterbens befinden, dürfen auch aus pragmatischem Interesse nicht als tot deklariert werden.

„Der Tod darf nur nach seinem Eintritt, nicht vorher erklärt werden. Den Tod vorzeitig zu erklären, ist eine fundamentale Ungerechtigkeit. Eine Person, die im Sterben liegt, ist noch lebendig, sogar noch einen Augenblick vor dem Tode, und sie muß als solche behandelt werden.“²⁷

„Der Stillstand der Hirnfunktion ist nicht das gleiche wie die Zerstörung des Gehirns. Ein Patient mit einer Zerstörung des Gesamthirns ist höchstens tödlich verwundet, aber noch nicht

tot. Der Tod darf nicht erklärt werden, wenn nicht und bevor nicht die Zerstörung des gesamten Gehirns und gleichzeitig auch der irreversible Ausfall der Atmungs- und Kreislaufsysteme vorliegen.“²⁸

Anmerkungen

- 1 Friedrich Nietzsche, Menschliches, Allzumenschliches, Zweiter Band, S. 185
- 2 Vgl. M. Balkenohl, Gentechnologie und Humangenetik, Stein am Rhein, 1989
- 3 Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica, Berlin/New York, 257, 1994
- 4 Ebd.
- 5 Hans Jonas, Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt, 1985 (Insel) und 1987 (Suhrkamp), hier 1987, S. 220
- 6 Ebd., S. 221.
- 7 M. Balkenohl, H. Reis, C. Schirren, Vom beginnenden menschlichen Leben. Ethische, medizinische und rechtliche Aspekte der Gentechnologie und der Fortpflanzungsmedizin, Hildesheim, 1987
- 8 Jonas, ebd., S. 221
- 9 Vgl. Hirntod, immer noch umstritten. Eine kritische Abhandlung von Dr. med. Joseph Evers, Prof. der Kinderheilkunde an der medizinischen Fakultät der Georgetown-Universität in Washington, D.C. und Dr. med. Paul A. Byrne, Mitarbeiter der medizinischen Fakultäten der Universität von St. Louis, Mo., sowie an der Creighton Universität in Omaha, Neb., und der Oral Roberts Universität, seit 1989 Direktor der Kinderheilkunde-Abteilung des Ärztlichen Zentrums St. Vincent in Bridgeport, Connecticut, U.S.A. Übersetzung von Prof. Dr. Gerhard Fittkau, aus: The Pharos of Alpha Omega Alpha, Honor Medical Society, Vol. 53, No. 4, Fall 1990, S. 10-12. Erschienen in: Medizin und Ideologie. Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion, 16. Jahrg., Dez. 1994, 55 ff. Der hier genannte Artikel ist ebenfalls Bestandteil dieses Buches, ab S. 101 ff
- 10 A. E. Walker and G. F. Molinari, Criteria of cerebral death. Trans Am Neurol Assoc. 100: S. 29-35, 1975, zit. n. J. Evers, a.a.O., S. 56
- 11 Jonas, ebd., S. 223
- 12 M. Balkenohl, Die Achtung vor dem menschlichen Leben, in: Ders., Vom Sinn des Lebens, Orientierungen in unruhiger Zeit, Stein am Rhein, 1992
- 13 Willi Geiger, Wie und wie weit schützt das Grundgesetz die Würde und das Leben des Menschen? in: W. Böhme (Hg.), Menschenwürde und Schutz des Lebens. Zur Ethik der Gentechnologie, Karlsruhe, 1987, S. 12
- 14 Ebd.
- 15 Vgl. auch Detlev B. Linke, Hirnverpflanzung. Die erste Unsterblichkeit auf Erden, Hamburg, 1993, S. 120
- 16 Ebd., 117
- 17 Syndrom = Symptomenkomplex; Gruppe von gleichzeitig zusammen auftretenden Krankheitszeichen
- 18 Vgl. Linke, a.a.O., S. 119
- 19 Vgl. H. Schneider, Die Erlanger Rettungsaktion. Eine achtseitige Dokumentation von Pro Conscientia e.V. zum Schutze menschlichen Lebens und für das ungeborene Kind, Heidelberg, 30.3.1993; vgl. ferner M. Siegler and D. Winkler, Brain death and livebirth, editorial JAMA 248: S. 1101-2, 1982, S. 1101, zit. n. J. Evers u.a., a.a.O., S. 58
- 20 P. A. Byrne, S. O'Reilly, P. M. Quay et al., Brain death - the patient, the physician, and society. Gonzaga Law Review 18 (3), 429-516, 1982-83, in: Medizin und Ideologie, Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion, 16. Jahrg., Dezember 1994, S. 57
- 21 Vgl. M. Balkenohl, Gentechnologie und Humangenetik. Ethische Orientierungen, Stein am Rhein, 1989, S. 21 ff
- 22 Ebd., S. 81 ff
- 23 Vgl. R. Greinert, G. Wuttke (Hg.), Organspende. Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, Göttingen 1993. Vgl. H. Piechowiak, Eingriffe in menschliches Leben. Sinn und Grenzen ärztlichen Handelns, Frankfurt, 1987
- 24 Ebd.
- 25 L'Osservatore Romano. Wochenausgabe in deutscher Sprache, Nr. 7 vom 16. 2. 1990, S. 10
- 26 Vgl. M. Balkenohl, Gibt es Gnostizismus in Ethik und Moral? In: W. Eckermann, R. Sauer, F. G. Untergaßmair (Hg.), Erlösung durch Offenbarung oder Erkenntnis? Zum Wiedererwachen der Gnosis, Kevelaer, 1992
- 27 J. Evers u.a., a.a.O., 56
- 28 Ebd.