



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

**„Hirntod und Organexplantation
hirntoter Patienten aus Sicht des Islams“**
Dokumentation verschiedener Positionen aus dem
medizinethischen und islamischen Diskurs

verfasst von / submitted by
Meral Demirbas, BEd

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2018 / Vienna, 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 874

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Islamische Religionspädagogik

Betreut von / Supervisor:

o. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Dr. h.c. Ulrich H. J. Körtner

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
2	Medizinische und juristische Grundlagen zum Thema Hirntod	11
2.1	Definition des Hirntods	11
2.2	Pathophysiologisches Zustandekommen des Hirntods.....	13
2.3	Historische Entwicklung des Hirntodkonzepts	14
2.4	Klinische Feststellung der Hirntoddiagnose	17
2.4.1	Gehirn und Bewusstsein.....	17
2.4.2	Das Verfahren der klinischen Feststellung der Hirntoddiagnose	18
2.5	Organentnahme bei hirntoten Patienten und „dead donor rule“	22
2.6	Rechtslage in verschiedenen Ländern.....	22
2.6.1	Systeme der Einwilligung zur Organspende	23
2.6.2	Rechtslage in Österreich	24
2.6.3	Rechtslage in Deutschland.....	25
2.6.4	Rechtslage in anderen Ländern.....	25
3	Hirntod in der medizinischen Ethik	27
3.1	Die Medizinethik.....	27
3.1.1	Begriffsbestimmungen samt Beschreibung des Fachbereichs.....	27
3.1.2	Gegenstand der Medizinethik.....	28
3.1.3	Methodik der Medizinethik.....	28
3.1.4	Notwendigkeit der ethischen Reflexion in der Medizin.....	30
3.1.5	Relevanz der religiösen Stellungnahmen innerhalb der Medizinethik	32
3.2	Hirntod in der medizinethischen Debatte	34
3.2.1	Ein historischer Rückblick: Vom Herztod zum Hirntod	34
3.2.2	Der Hirntod: Begründung und Bedeutung.....	35
3.2.3	Kritik am <i>Harvard-Ad-Hoc</i> -Beschluss	36
3.2.4	Gegenreaktion auf den Vorwurf der „pragmatischen Umdefinierung des Todes“	38
3.2.5	Die abstrakt-philosophische Ebene der Hirntod-Diskussion: Todeskonzepte, Subjekt des Todes und Gehirn-Person-Relation	41
3.2.6	Argumentative Schilderung des Hirntodkonzepts	46
3.2.7	Kritik an der „überbewerteten“ Darstellung des Gehirns	49
3.2.8	Kritik an der Berufung auf das (Selbst-)Bewusstsein	53
3.2.9	Schmerzempfindung hirntoter Patienten.....	56
3.2.10	Phänomenale Kriterien des Todes: Spinale Reflexautomatismen versus „Lebenszeichen“ des irreversibel komatösen Patienten	58

3.2.11	Hormonregulation hirntoter Patienten – hirntote Schwangere und der Fall des „Erlanger Babys“	61
3.2.12	Weitere Argumente für das Hirntodkriterium und ihre Gegenargumente	65
3.2.13	Kritik an der Hirntoddiagnostik.....	68
3.2.14	Aspekt der Organtransplantation	69
4	Beurteilung des Hirntods und der Organexplantation hirntoter Patienten aus islamischer Sicht	72
4.1	Quellen im Islam und das Islamische Recht	72
4.2	Anthropologie und Tod im Islam	73
4.3	Islamische Medizinethik.....	74
4.3.1	Islamische Ethik	74
4.3.2	Grundzüge islamischer Medizinethik	75
4.3.3	Krankheits- und Gesundheitsverständnis im Islam	75
4.3.4	Spezielle Aspekte islamischer Medizinethik.....	76
4.4	Seele im Islam.....	79
4.5	Todeszeitpunktbestimmung im Islamischen Recht.....	81
4.6	Bewertung des Hirntodkonzepts aus islamischer Sicht.....	82
4.6.1	Einführung.....	82
4.6.2	Befürwortende Positionen zum Thema Hirntod	82
4.6.3	Ablehnende Positionen zum Thema Hirntod.....	87
4.6.4	Das Argument über den „Zwischen-Zustand“ des sterbenden Menschen in der klassisch islamischen Jurisprudenz.....	93
4.7	Islamische Bewertung über den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei hirntoten Patienten.....	95
4.8	Organexplantation hirntoter Patienten aus Sicht des Islam.....	97
4.8.1	Organtransplantation im Islam.....	97
4.8.2	Legitimation der Störung der Totenruhe und Verletzung der Unversehrtheit des Toten bei postmortalen Spenden	98
4.8.3	Posthume Organentnahme bezogen auf Hirntote.....	98
4.8.4	Islamische Rechtsmeinungen über Einwilligungserklärungen.....	99
4.9	Kritische Anmerkungen zu den angeführten islamischen Urteilen.....	101
4.9.1	Schlechte wirtschaftliche Lage in Ländern mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung	101
4.9.2	Die Dominanz der Mediziner in den islamischen Debatten	101
4.9.3	Misstrauen gegenüber westlich geprägter Neuerungen im medizinischen Bereich	102
4.9.4	Kompetenzorientierte Mängel bei islamischen Rechtsgelehrten.....	102

4.9.5	Fazit und Ausblick	104
5	Resümee	106
	Literaturverzeichnis.....	118
	Abstract	122

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Markierung der Inaktivität des Gehirns bei Hirntod	12
Abbildung 2: Anio-graphie der HirngefäÙe.....	20
Abbildung 3: Zerebrale Perfusionsszintigraphie bei einem hirntoten Patienten	20
Abbildung 4: Elektroenzephalographie (EEG)	21
Abbildung 5: Stufen des Todes.....	46
Abbildung 6: Der dissoziierte Hirntod	47
Abbildung 7: Spontanbewegungen einer hirntoten Patientin	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rechtslage in verschiedenen Ländern	25
Tabelle 2: Phänomenologische Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung des klassischen Todes und der des Hirntodes.....	60

1 Einleitung

Problemstellung

Aus medizinischer Sicht beginnt das Absterben des menschlichen Organismus mit Ausbleiben der Sauerstoffversorgung des Gehirns und endet mit Herz-Kreislaufstillstand beziehungsweise Erkalten der Organe (vgl. Eich, 2008, 207). Alle Organe des Menschen sind im Stande bis zu einer Stunde ohne Sauerstoffversorgung auszukommen – bis auf das Gehirn. Nach bereits wenigen Minuten ohne Sauerstoffzufuhr tritt der sogenannte „Hirntod“ ein. Falls in diesem Fall keine lebenserhaltenden, intensivmedizinischen Maßnahmen getroffen werden, beginnt das Absterben des restlichen Körpers, da das Gehirn die Schaltzentrale für alle anderen Organe ist, was bedeutet, dass sie ohne das Gehirn aufhören zu arbeiten (vgl. ders., 208). Kommt es jedoch zum Anschluss an die medizinischen Apparate, „lebt“ der Mensch sozusagen weiter, da er weiterhin atmet und einen intakten Herz-Kreislauf hat, obwohl die neurologischen Schäden nicht mehr rückgängig gemacht werden können beziehungsweise es keine Chance mehr gibt, die Person wieder zu Bewusstsein zu bringen.

Seit den späten 1960er Jahren bieten die bahnbrechenden Fortschritte der modernen Medizin nicht nur neue Formen und Möglichkeiten in der medizinischen Therapie, sondern sind zudem der Anstoß zur Infragestellung eingesessener, ethischer Ansichten, was auch Themen des Lebensendes betrifft. Das neu entdeckte Phänomen des Hirntodes, wie es oben beschrieben wurde, stellt nicht nur für Mediziner und Ethiker, sondern auch für islamische Juristen eine große Herausforderung dar. Man stellt sich hier die grundlegende Frage, ob es aus ethischer Sicht korrekt ist, die lebenserhaltenden Maßnahmen eines hirntoten Patienten zu beenden, da der Hirntod als irreversibel eingestuft wird.

Um jedoch diese Frage beantworten zu können, muss man sich vorerst in folgender Frage Klarheit verschaffen: Gilt der hirntote Patient als lebend, da er (u.a.) atmet, einen intakten Puls hat und, von außen betrachtet, wie ein lebender Mensch in Intensivtherapie aussieht? Oder wird er als tot eingestuft, da es aufgrund der enormen neurologischen Schäden keine Möglichkeit mehr gibt, die Person wieder zu Bewusstsein zu bringen?

Die in den Fragen inhärenten Argumente, die für und gegen das Hirntodkonzept sprechen, sind nur einige, die innerhalb der medizinethischen Debatte seitens Medizinern, Theologen, Ethikern und Juristen geführt werden und noch immer ihre Aktualität bewahren.

Fakt ist jedoch, dass seit dem Beschluss des *Ad Hoc Committee Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death* aus dem Jahr 1968 der hirntote Patient offiziell für tot erklärt wird. Durch diesen historisch bedeutsamen Schritt wurde erstmals ein neuer Todesbegriff eingeführt (vgl. Holzniekemper, 2003, 45). Dieses Urteil wurde trotz großer Kritik weitgehend akzeptiert, sodass 1982 in Österreich (vgl. Jox, 2016, 35) und 1997 in Deutschland („als letzter der

großen Industrienationen“ (Holznienkemper, 2003, 45)) das auch gesetzlich verankert wurde.

Doch diese Bestimmung wurde gleich nach ihrer Veröffentlichung, wenn auch nur in akademischen Kreisen, stark kritisiert. Vor allem der Fall des „Erlanger Babys“, in dem erstmals 1992 in Erlangen für das Überleben eines Föten der Versuch gestartet wurde, eine hirntote Schwangere intensivmedizinisch bis zum Ende ihrer Schwangerschaft weiterhin am Leben zu erhalten, war der Grund zur starken Infragestellung des Hirntodkonzepts – und diesmal auch im breiten, öffentlichen Rahmen.

Was nun die islamische Medizinethik-Debatte anbelangt, bedarf es der Klärung der Frage, ob bei hirntoten Patienten der Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen erlaubt ist. Falls der Hirntote als lebend eingestuft wird, würde die Beendigung der medizinischen Eingriffe in die Kategorie der passiven Sterbehilfe fallen. Im konkreten Fall wäre anschließend zu erfragen, ob der Abbruch der intensivmedizinischen Maßnahmen eines hirntoten Patienten als Mord oder als Beihilfe zur „Erlösung“ (aufgrund der Ansicht, dass durch diese Maßnahmen der „Sterbeprozess“ künstlich und damit sinnlos in die Länge geschoben wird (vgl. Jox, 2016, 55)) oder gar als notwendige Handlung gilt, da durch die darauffolgende Organentnahme andere schwerkranke Patienten gerettet werden können.

Zudem erhielt aufgrund des damals neu etablierten Hirntodkonzepts die Frage nach der ethischen Vertretbarkeit der Organtransplantation eine größere Bedeutung, da sich durch dessen Einführung die moderne Transplantationsmedizin erst richtig entwickeln konnte. Neben der Frage, ob es richtig ist, aufgrund des Wohls eines lebenden Menschen die letzte Ruhe eines toten Menschen zu stören – falls der Hirntote für tot erachtet wird und was vor allem im islamischen Diskurs von Bedeutung ist –, ist die Diskussion entstanden, inwiefern die Organentnahme eines solchen Patienten aus medizinethischer und islamischer Sicht legitim ist, falls er doch als lebend eingestuft wird. Zu beachten ist, dass im letzteren Fall zu Gunsten einer Organtransplantation ein Leben geopfert werden würde.

Zielsetzung und Fragestellung

Ziel dieses Forschungsvorhabens ist es, in erster Linie für islamische Religionspädagogen Antworten auf Fragen muslimischer SchülerInnen im islamischen Religionsunterricht in Bezug auf dieses medizinethische Themengebiet zu geben, da diese Arbeit als Abschlussarbeit im Fachbereich der Islamischen Religionspädagogik verfasst wird. Zudem kann diese Forschungsarbeit auch allen weiteren interessierten Personen dienlich sein, die mehr über das Thema Hirntod – mit Schwerpunkt sowohl auf den medizinethischen als auch islamischen Diskurs – erfahren möchten.

Falls die Frage entstehen sollte, warum neben dem islamischen auch der rein philosophisch-medizinethische Diskurs dargestellt wird, ist folgende Erklärung zu nennen: Zunächst ist zu

beachten, dass islamische Rechtsmeinungen unverbindlich sind, was zur Folge hat, dass der Muslim am Ende selbst der Entscheidungsträger ist. Die Darstellung pluraler Ansichten wäre in dieser Hinsicht für eine persönlich-adäquate Meinung sehr förderlich. Doch viel wichtiger anzumerken ist, dass Urteile islamischer Juristen an verschiedene Faktoren gebunden sind, die sie vor allem bei europäischen Muslimen in ihrer Vertretbarkeit relativieren könnten.¹ Die Hinzuziehung nicht-islamischer, rein medizinethischer Stellungnahmen könnten in dieser Hinsicht in der Urteilsfindungen des Muslims hilfreicher und sogar aufschlussreicher sein.

Ausgehend vom Forschungsziel ergibt sich folgende Forschungsfrage: Welche Stellungnahmen gibt es zum Thema Hirntod sowie Organexplantation hirntoter Patienten im Bereich der Medizinethik und innerhalb des islamischen Diskurses?

Detaillierter formuliert, sollen in diesem Forschungsvorhaben folgende Subfragen beantwortet werden:

- Was ist der Hirntod aus medizinischer Sicht?
- Wie sieht die juristische Lage in deutschsprachigen Ländern² sowie in Ländern mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung aus?
- Was wurde zum Thema Hirntod sowie Organexplantation hirntoter Patienten innerhalb der medizinethischen Diskussionen geäußert?
- Welche befürwortenden und ablehnenden Positionen im islamischen Diskurs gibt es zum Thema Hirntod sowie Organexplantation hirntoter Patienten?

Forschungsstand

Soweit ich den Forschungsstand überblicke, gibt es über das Thema Hirntod unzählige Schriften im medizinethischen Gebiet, aber auch viele Publikationen im islamischen Bereich. Als wichtigste Literatur im medizinethischen Bereich sind folgende Publikationen zu nennen: „Der Hirntod als der Tod des Menschen“ von Schlake und Roosen (2001), „Hirntod und Organtransplantation“ von Oduncu (1998), das Sammelwerk „Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und 'Hirntod'-Kriterium“ herausgegeben von Hoff und in der Schmitt (1994) und das aktuellste Sammelwerk im deutschsprachigen Raum „Hirntod und Organtransplantation – zum Stand der Diskussion“ herausgegeben von Körtner, Kopetzki und Müller (2016). Im islamischen Bereich gibt es vor allem in arabischer und englischer Sprache viele Publikationen, die aber in folgenden Schriften ins Deutsche übersetzt, zusammengestellt und teils kommentiert wurden: „Grundlagen und Grenzen einer Hirntodkonzeption im Islam“ von Krawietz (2001), „Islamische Rechtsmeinungen zu

1 Für die konkrete Ausführung dieser Faktoren siehe 4.9 Kritische Anmerkungen zu den angeführten islamischen Urteilen.

2 Die Einschränkung auf den deutschsprachigen Raum ergibt sich aus der Tatsache, dass diese Arbeit in deutscher Sprache verfasst wird und als Abschlussarbeit an einer österreichischen Universität fungiert.

medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens“ von Kellner (2007) und „Moderne Medizin und Islamische Ethik“ von Eich (2008).

Für diese Forschungsarbeit ist anzumerken, dass im Gegensatz zu den bisherigen Publikationen diese Arbeit sich zur Aufgabe gemacht hat, einerseits sowohl medizinethische als auch islamische Positionen gleichzeitig darzustellen, um für eine persönlich-adäquate Meinung eines Muslims, die oben angesprochen wurde, eine ausreichend fundierte Grundlage zu bieten. Andererseits werden in dieser Arbeit gleichermaßen befürwortende als auch kritisierende Ansichten sowohl im medizinethischen als auch im islamischen Teil präsentiert, wodurch man aus Sicht der islamischen Religionspädagogik durch diese Forschungsarbeit einen sehr guten Überblick über die gegenwärtigen pluralen Meinungen bekommen kann.

Methode und Überblick

Das Forschungsvorhaben wird mittels Zusammenführung aus Quellen der Literatur herausgearbeitet, wobei die oben genannten Publikationen als wichtigste Hauptquellen fungieren werden.

Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit medizinischen und juristischen Grundlagen zum Thema Hirntod, welche für die darauffolgenden beiden Teile der Arbeit aufgrund der Verständlichkeit von erheblicher Bedeutung sind. Dabei wird nach Bestimmung einer adäquaten Definition des Hirntodes, sein pathophysiologisches Zustandekommen, seine historische Entwicklung und weitere medizinische Aspekte wie seine klinische Feststellung und das Verfahren der Organentnahme bei Hirntoten geschildert. Erst am Ende des ersten Teils folgt eine juristische Bestandsaufnahme der Hirntodkonzeption. Zudem wird im rechtlichen Kapitel über die Systeme der Einwilligung zur Organspende (Widerspruchs-, Informations-, Zustimmung-, erweiterte Zustimmung- und Notstandslösung) referiert.

Im zweiten Teil der Arbeit wird die medizinethische Hirntod-Debatte in ihren gegensätzlichen Positionen wiedergegeben. Dabei geht es darum, ihre Vertretbarkeit aus rein philosophischer beziehungsweise ethischer Sicht darzustellen. Dafür wird zunächst das Fachgebiet der Medizinethik mit Begriffsbestimmung, kurzer Beschreibung des Fachbereichs samt Relevanz im medizinischen Bereich präsentiert. Im Anschluss wird die Bedeutung der ethischen Stellungnahmen theologischer Vertreter erörtert. Erst am Ende werden die ethischen (nicht theologischen) Stellungnahmen und kontroversen Meinungen aus der Hirntod-Debatte ausführlich gegenübergestellt und ausdiskutiert.

Im dritten und letzten Kapitel werden schließlich die medizinethischen Urteile islamischer Juristen präsentiert. Zuvor bedarf es jedoch an Schilderung folgender religionsspezifischer grundlegender Informationen: Die Quellen im Islam und das Islamische Recht, Anthropologie und Tod im Islam, die islamische Medizinethik und das Seelenverständnis im Islam. Diese Informationen sind

insofern wichtig, da man erst durch diese nachvollziehen kann, auf welcher Basis die im Anschluss folgenden islamischen Urteile beruhen.

Zuletzt ist noch anzumerken, dass diese Forschungsarbeit aus Gründen der besseren Lesbarkeit genderneutral verfasst wird.

2 Medizinische und juristische Grundlagen zum Thema Hirntod

2.1 Definition des Hirntods

Gemäß Stellungnahme des Obersten Sanitätsrates des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), verfasst im Jahr 2005, wird der Hirntod folgendermaßen definiert:

„Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms.“ (2005, 3)

Dabei wird der hirntote und tief bewusstlose Patient in der Intensivstation durch medizinische Maßnahmen künstlich noch „am Leben erhalten“³. Diese lebenserhaltenden Maßnahmen beinhalten u.a. folgende essentiellen Punkte (vgl. Deutscher Ethikrat, 2015, 26):

- Künstliche Beatmung, um für die Funktion der Herztätigkeit und Durchblutung der Organe zu sorgen
- Verabreichung von Medikamenten, die die Durchblutung gewährleisten
- Hormonbehandlung
- Pflegearbeiten wie hornhautbezogene Augenpflege und Lagerung etc.

In der oben genannten Definition stellt sich nun einerseits die Frage, was genau mit „irreversibel“ gemeint ist und andererseits, warum explizit nur drei ausgefallene Teile des Gehirns genannt werden, was suggerieren könnte, dass im Falle eines Hirntodes das Gehirn nicht in Gänze ausgefallen sei. Dem ist jedoch nicht so, was der medizinische Facharzt und Medizinethiker Oduncu durch folgende Aussage verdeutlicht, in der er das genaue Ausmaß der Hirnschädigung erörtert:

„Es geht [...] um den vollständigen und bleibenden Ausfall der gesamten Hirnfunktionen, das heißt aller intrakraniellen (sich im Schädel befindlichen) Funktionen oberhalb des großen Hinterhauptlochs, der Ein- bzw. Austrittsöffnung des Rückenmarks (Foramen occipitale magnum).“ (1998, 41)

Abbildung 1 zeigt, ab welcher Stelle der Funktionsverlust beginnt beziehungsweise keine Aktivität mehr zu erfassen ist:

³ In medizinethischen Fachkreisen wird genau dieser Sachverhalt kontrovers diskutiert: Gilt der hirntote Patient als weiterhin lebend oder tot? Näheres folgt im zweiten medizinethischen Kapitel.

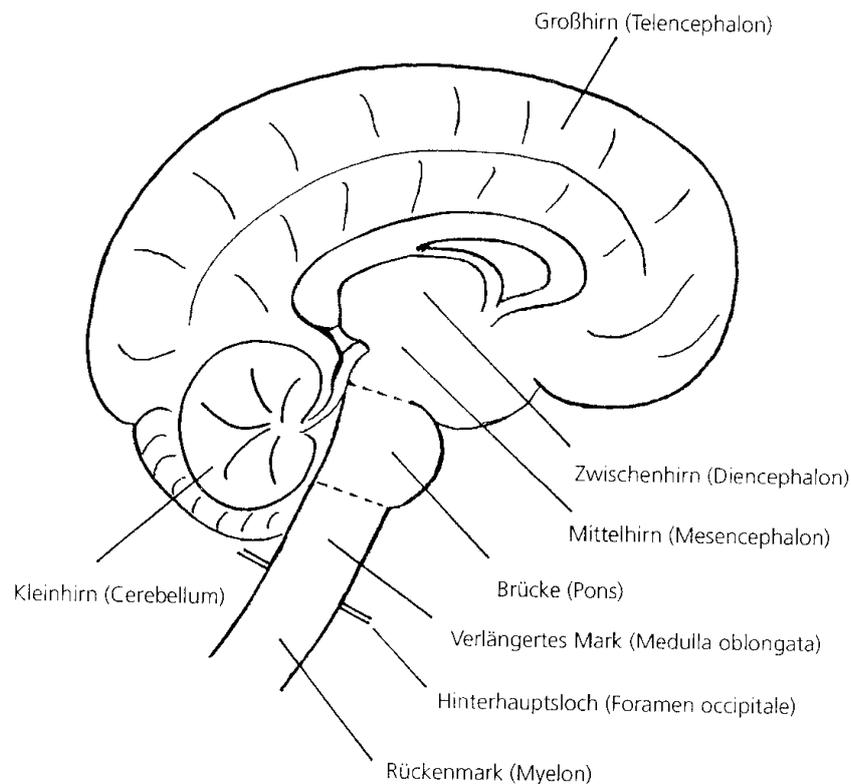


Abbildung 1: Markierung der Inaktivität des Gehirns bei Hirntod

*Die Inaktivität beim irreversiblen Hirntod beginnt ab oberhalb des Hinterhauptlochs (Foramen occipitale).
(Abbildung entnommen aus Odunucu, 1998, 42)*

Oduncus Aussage erklärt zudem den Begriff der Irreversibilität. Somit wird auch Klarheit in der Frage verschafft, ob diese Art der Hirnschädigung revidiert werden kann. Es wird definitiv ausgesagt, dass dies nicht möglich ist, da der Hirntod (gemäß aktuellem Stand der Wissenschaft)⁴ unumkehrbar ist. Auch Guba und Jens, zwei Mediziner, bestätigen das in einer Publikation, in der sie angeben, dass es bei einer massiven irreversiblen Hirnschädigung keine medizinischen oder chirurgischen Behandlungsoptionen mehr gibt (vgl. 2015, 49). Es wird auch auf die Praxis bezogen ausgesagt, dass bisher kein hirntoter Patienten wieder das Bewusstsein erlangt hätte.⁵

4 Ob in ferner Zukunft der Zustand der Irreversibilität bleiben wird, steht allerdings noch nicht fest, was Jox auch in einem seiner Artikel äußert (vgl. 2016, 41). Außerdem berichteten Meran und Poliwoda bereits im Jahr 1994 von der schwachen Begrifflichkeit der Irreversibilität. Konkret stellen sie den Fall auf, dass analog zur Herz-Lungen-Maschine die Aktivierung der unterbrochenen Hirnaktivität eventuell in Zukunft wiederhergestellt werden könnte (vgl. 1994, 75). Ferner veröffentlichte auch Birnbacher (2014) einen Artikel, in dem er über die Relativität des Irreversibilitäts-Begriffs spricht.

5 Der Aspekt der Irreversibilität wird hier deshalb deutlich betont, da von Seiten mancher islamischer Juristen auch an der Irreversibilität des Hirntodes gezweifelt wird. Siehe dafür im islamischen Teil unter 4.6.3 Ablehnende Positionen zum Thema Hirntod.

2.2 Pathophysiologisches Zustandekommen des Hirntods

Nachdem geklärt wurde, was der Hirntod ist beziehungsweise welches Krankheitsbild ein hirntoter Patient hat, soll hier die Frage beantwortet werden, auf welche Weise dieses Krankheitsbild entsteht.

Aus medizinischer Sicht tritt der Hirntod durch zwei Wege ein:

- *Primäre Hirnschädigung:* Durch schwere Schädel-Hirn-Verletzungen, Gehirntumore, ein Schädel-Hirn-Trauma oder Hirnblutungen übersteigt der Druck im Hirnschädel den arteriellen Blutdruck, wodurch infolge die Hirndurchblutung zum Stillstand kommt (vgl. Oduncu, 1998, 43). Bei dieser Art der Hirnschädigung sagt man auch, dass sich das Gehirn selbst zerstört. Der potentielle Hirntote atmet zunächst mit intaktem Herz-Kreislauf für eine kurze Zeit weiter, da sein Hirnstamm noch nicht ausgefallen ist und dieser dafür zuständig ist (vgl. Guba et al., 2015, 48). Erst wenn auch der Hirnstamm ausfällt, kommt es zum Atem- und Herz-Kreislauf-Stillstand.
- *Sekundäre Hirnschädigung:* Durch Atem- und Herz-Kreislauf-Stillstand, zentrale Vergiftungen oder Stoffwechsellentgleisungen kommt es zur Unterbrechung der Sauerstoff-Versorgung des Gehirns (vgl. Oduncu, 1998, 43). Da das Gehirn von allen Organen am schnellsten und empfindlichsten auf Sauerstoffmangel reagiert, kommt es nach sogar wenigen Sekunden des Herzstillstandes zur Bewusstlosigkeit und zum Null-Linien-EEG⁶, nach 3 bis 8 Minuten des Durchblutungsstillstandes zu irreversiblen Schäden in der Großhirnrinde und dann nach 5 bis 10 Minuten stirbt letztenendes der Hirnstamm ab (vgl. ebd.).

Wird nach Absterben des Gehirns der Atem- und Herz-Kreislauf-Stillstand durch intensivmedizinische Maßnahmen wieder behoben, „lebt“ der Hirntote weiter. Falls diese intensivmedizinischen *organerhaltenden*⁷ Maßnahmen jedoch beendet werden, kommt es innerhalb von wenigen Minuten zum Herz-Kreislauf-Stillstand und zum klinischen Tod (vgl. Guba et al., 2015, 49).

Primäre Hirnschädigungen sind meist Folge eines Unfalls, wobei sekundäre Hirnschädigungen auch oft im Operationssaal vorkommen können, wenn ein Patient, der eventuell an einem anderen Organ operiert wird, plötzlich keinen Puls mehr hat.

⁶ Siehe 2.4 Klinische Feststellung der Hirntoddiagnose

⁷ In der medizinischen Literatur wird bewusst von „organerhaltenden Maßnahmen“ gesprochen, da es nach Feststellung des Hirntodes bei der weiteren Behandlung nur noch um die Erhaltung der Organe geht.

2.3 Historische Entwicklung des Hirntodkonzepts

Für eine fundierte sowohl ethische als auch theologische Einschätzung des Hirntodkonzepts ist die Kenntnis über die sehr junge historische Entwicklung des Hirntodes unerlässlich. Denn das „Hirntod-Phänomen“ gab es bis Mitte des letzten Jahrhunderts noch nicht. Die Gründe dafür liegen in der sehr späten Etablierung der modernen Intensivmedizin.

Bis nach dem Zweiten Weltkrieg gab es weder eine künstliche Beatmung noch die Herzmassage (vgl. Hoff et al., 1994, 155). Falls der Patient schwere Schädigungen am Gehirn hatte, waren diese ohnehin von Atem- und Kreislaufstillstand begleitet, was zwangsläufig zum Tod führte. Bei weniger schweren Hirnschädigungen sprach man vom Wachkoma, das man auch *coma vigile* nannte (apallisches Syndrom⁸). In diesen Fällen war jedoch die Spontanatmung des Patienten nicht ausgefallen.

In den 1950er Jahren entwickelte sich die Intensivmedizin durch die Einführung der Herz-Lungen-Wiederbelebung und der externen Herzmassage rasant weiter (vgl. ebd.). Ihr zentrales Anliegen war dabei eigentlich nicht die Heilung von Notfallpatienten, sondern das Ersetzen der Atmung und des Kreislaufs (vgl. Schellong, 2001, 204).

Diese Entwicklung der Intensivmedizin brachte nicht nur viele Vorteile im Bereich der medizinischen Therapie wie die Wiederbelebung eines Patienten mit ausgefallener Herz- und Kreislauffunktion mit sich, sondern rief zudem ein bisher nie erkanntes „Phänomen“ hervor: den hirntoten Patienten, der sich in einem unumkehrbaren Zustand des Komas (tiefste Stufe der Bewusstlosigkeit) befand und durch das neu entwickelte elektrische Beatmungsgerät (auch Respirator genannt) weiterhin am Leben erhalten werden konnte, da das Beatmungsgerät den Verlust der Atemfähigkeit längerfristig maschinell ersetzen konnte.

So kam es dazu, dass im Jahr 1959 die französischen Ärzte *Mollarét* und *Goulon* einen neuen Begriff „*Coma dépassé*“ einführten. Diesen beschrieben sie als einen Zustand „unterhalb des Komas“ (beziehungsweise „jenseits des Komas“ oder „endgültiges Koma“), der bei künstlicher Beatmung und erhaltener Herztätigkeit keinerlei Lebensäußerungen des Gehirns erkennen ließ, irreversibel war und zwangsläufig zum Herzstillstand führte (vgl. Holzniekemper, 2003, 44).⁹ Durchgesetzt hat sich jedoch die Bezeichnung „dissoziierter Hirntod“, also als vom Sterben der übrigen Körperteile abgetrennter Tod des Gehirns (vgl. Stoecker, 1999, 34).

Zu beachten ist jedoch, dass zuvor bereits der französische Anatom und Histologe *M.-F.-X. Bichat*

8 Beim apallischen Syndrom befindet sich der Patient aufgrund eines Unfalls oder Herz-Kreislauf-Stillstands in einem persistierenden vegetativen Zustand (vgl. Oduncu, 1998, 82). Man spricht hier vom „Wach-Koma“, weil das quantitative Bewusstsein (Wachheit) noch erhalten ist (vgl. ders., 83). Jedoch bleibt das qualitative Bewusstsein (Denken, Fühlen) unwiederbringlich erloschen. Dennoch kann der Apalliker bis zu mehreren Jahren intensivmedizinisch am Leben erhalten werden. (Für die Begriffe 'qualitatives' und 'quantitatives Bewusstsein' siehe 2.4.1 Gehirn und Bewusstsein.)

9 Zu betonen ist jedoch, dass *Mollarét* und *Goulon* damals einen Patienten in diesem Zustand keinesfalls als Toten angesehen haben (vgl. Jox, 2016, 33).

(1771-1802) Ende des 18. Jahrhunderts zwischen zwei Lebensformen unterschied: „organisches Leben“, womit er die Aufrechterhaltung der vegetativen Grundfunktionen wie Atmung, Kreislauf und Stoffwechsel bezeichnete; und „animalisches Leben“, welches er als Summation höherer zerebraler Leistungen (Bewusstsein und Sinneswahrnehmung) definierte (vgl. Holzniekemper, 2005, 44). Anders gesagt, bezeichnete er damit einen Tod, der vom Gehirn und nicht vom Herz oder von der Lunge ausging. In der Literatur wird diese Feststellung oft als prägende Definition in Bezug auf den heutigen Begriff des „Hirntodes“ erachtet¹⁰ (vgl. Holzniekemper, 2005, 44; Stoecker, 2016, 77).

Durch die steigenden Zahlen an hirntoten Patienten entstand zwangsläufig die Frage, ob Patienten im irreversiblen Koma noch als lebend galten und inwieweit die bis dahin durchgeführte Praxis der Fortsetzung der aufwendigen Intensivtherapie bis zum Eintritt des Herzstillstandes zu rechtfertigen sei.

Die Eruiierung des Hirntodkonzepts hatte aber auch viel mit der „stürmischen“¹¹ Entwicklung der modernen Transplantationsmedizin zu tun, die ungefähr zeitgleich stattfand¹². Man hat sehr früh, sogar in Jahrhunderten vor dem 20. Jahrhundert, versucht, Organe zwischen Menschen zu verpflanzen, doch diese Versuche waren nie erfolgreich (vgl. Stoecker, 1999, 35). Die erste erfolgreiche Nierentransplantation fand 1954 zwischen eineiigen Zwillingen in Boston statt. Abgesehen davon wurden in dieser Zeit zunächst nur Leichennieren herangezogen (vgl. Wiesemann, 2001, 215).

Doch *eine* bestimmte Transplantation in jenen Zeiten bewirkte einen erheblichen Umschwung in der Transplantationsmedizin: Der südafrikanische Arzt *Christiaan Barnard* führte am 3. Dezember 1967 die weltweit erste allogene Herztransplantation durch (vgl. Hoff et al., 1994, 155). Dabei entnahm er das Organ einer hirntoten Patientin, da die Transplantation nur dann Erfolg versprechen würde, wenn die Transplantate frisch wären.¹³ Und im Falle eines hirntoten Patienten war man im Stande, diese solange durch künstliche Beatmung und intensivmedizinische Betreuung zu durchbluten beziehungsweise am Leben zu erhalten, bis die Organe für die Implantation an den Organempfänger entnommen wurden.

10 Es gibt jedoch diesbezüglich auch andere Ansichten: Métraux hat in seinem Artikel „*Der Todesreigen in der belebten Materie. Xavier Bichat über das vielfache Sterben des Organismus*“ eine gänzlich andere Meinung. *Bichat* soll gemäß seinen Nachforschungen missverstanden worden sein und er habe damals definitiv nicht über den Hirntod, so wie man ihn jetzt versteht, – nicht einmal im entferntesten Sinne – gesprochen (vgl. Métraux, 2001, 167-186). Müller und Rath schreiben zudem, dass es ihm ursprünglich nur darum ging, (fälschlicherweise) klar zu stellen, dass der Hirntod nicht die Ursache des Herzstillstandes sein kann (vgl. 2016, 13f.). Er habe laut den beiden Autoren in Zusammenhang seiner Forschung nur den Hirntod beschrieben, ohne davon ausgegangen zu sein, dass ein Hirntoter ein toter Mensch sei.

11 Laut Wachsmuth, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (vgl. Wiesemann, 2001, 215)

12 An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Transplantationsmedizin viel früher angesetzt hat. Schon vor dem Zweiten Weltkrieg fanden Transplantationen – jedoch nicht zwischen zwei verschiedenen Menschen – statt (vgl. Schulz, 2006, 406). Konkret begann man in den 1880er Jahren mit Schilddrüsenexperimenten (vgl. ders., 400), wobei das Transplantat vom Transplantationsempfänger selbst stammte.

13 Falls die Frage entstehen sollte, warum es gerade in Südafrika und nicht beispielsweise in den USA oder in Europa stattgefunden hat: Hoff und in der Schmitt geben an, dass es aus dem einfachen Grund hervorgeht, dass bis dahin eine Organentnahme bei hirntoten Patienten in diesen Ländern gesetzlich unzulässig war (vgl. 1994, 155).

Laut Angaben Holzniekempers stellte sich schon *Barnard* damals die Frage, ob er einer Sterbenden oder einer Toten das Herz entnehmen würde (vgl. 2003, 44). Denn zu betonen ist, dass die operative Entfernung des Organs bei einem Hirntoten mit laufender intensivmedizinischer Pflege, also auch mit schlagendem Plus und weiterarbeitendem Beatmungsgerät, durchgeführt wird. Gemäß klassischer Todesdefinition galt die Patientin damals noch nicht als tot, was eine Organentnahme mit Mord oder Vivisektion gleichgesetzt hätte. Hätte *Barnard* jedoch gewartet, bis Atmung und Herzschlag nach Abschalten des Beatmungsgeräts ausfallen, wären die Organe nutzlos gewesen.

Diese diffuse Situation führte letztenendes zur Idee, ein neues Todeskriterium, nämlich das „Hirntod-Kriterium“, einzuführen. Denn gilt der Patient bereits mit Einsetzen des irreversiblen Hirnausfalls als tot, kann auch eine Organentnahme selbst mit schlagendem Puls legitimiert werden.

Am bekanntesten wurde dabei die Stellungnahme des *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, das von einer Kommission bestehend aus Medizinern, Juristen, Ethikern und Theologen am 5. August 1968 in den USA veröffentlicht wurde (vgl. Hoff et al., 1994, 156).¹⁴ In diesem Beschluss war erstmals die Rede von einem „nicht mehr rückgängig zu machenden Verlust aller Funktionen des gesamten Gehirns“ (Holzniekemper, 2003, 45). Ferner heißt es in ihrer Stellungnahme:

„Unser primäres Anliegen ist, das irreversible Koma [= Coma dépassé] als neues Todeskriterium zu definieren. Es gibt zwei Gründe für den Bedarf an einer neuen Definition: 1. Der medizinische Fortschritt auf den Gebieten der Wiederbelebung und der Unterstützung lebenserhaltender Funktionen hat zu verstärkten Bemühungen geführt, das Leben auch schwerstverletzter Menschen zu retten. Manchmal haben diese Bemühungen nur teilweise Erfolg: Das Ergebnis sind dann Individuen, deren Herz fortfährt zu schlagen, während ihr Gehirn irreversibel zerstört ist. [...] 2. Überholte Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen zur Transplantation führen.“ (zit. nach Hoff et al., 1994, 157)

Die konkreten Folgen aus dieser Stellungnahme waren: (1) Der Begriff „*irreversibles Koma*“ wurde durch den Begriff „*Hirntod*“ ersetzt; (2) Der Hirntod wurde zum zusätzlichen Todeskriterium; (3) Der Hirntod wurde mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt.

Das neu definierte Hirntodkonzept setzte sich sehr schnell durch. Dies geschah zu Beginn in den USA und anschließend innerhalb nur weniger Jahre in den meisten Industriestaaten (vgl. ders., 158).

¹⁴ Vor dem *Harvard-Ad-Hoc*-Beschluss legte bereits im Jahr 1966 die französische Akademie der Medizin den irreversiblen Ausfall der Hirnaktivität als Todeszeitpunkt eines Menschen fest (vgl. Müller et al., 2016, 15). Außerdem verfasste auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vor der *Harvard-Ad-Hoc*-Kommission im April 1968 eine ähnliche Stellungnahme (vgl. Wiesemann, 2001, 212).

2.4 Klinische Feststellung der Hirntoddiagnose

Der nächste wichtige Punkt in der Hirntod-Thematik stellt die Vorgehensweise der klinischen Feststellung der Hirntoddiagnose dar, da dies zum besseren Verständnis im pathologischen Bild eines Hirntoten führt, was ebenfalls für eine gewissenhafte ethische und theologische Beurteilung unerlässlich ist.

Doch zuvor ist es notwendig, Begrifflichkeiten des Bewusstseins aus neurologischer Sicht zu erörtern, um die Hirntoddiagnose nachvollziehbarer darstellen zu können. Außerdem ist es auch wichtig, eine Vorstellung von der Ortung des Bewusstseins im Gehirn (aus naturwissenschaftlicher Sicht) zu haben, da in der Hirntod-Debatte das Vorhandensein beziehungsweise Fehlen des Bewusstseins oft zum Diskussionsthema gemacht wird und, wie man später sehen wird, auch im theologischen Bereich einen entscheidenden Faktor in der Urteilsbildung darstellt.

2.4.1 Gehirn und Bewusstsein

Es werden in medizinischen Fachkreisen zwischen zwei Bewusstseinsarten unterschieden (vgl. Oduncu, 1998, 38):

- *Qualitatives Bewusstsein*: Erlebnisinhalte wie das Denken oder Fühlen sind dem qualitativem Bewusstsein zu verdanken und sind in der Großhirnrinde zu orten.
- *Quantitatives Bewusstsein*: Das quantitative Bewusstsein beschreibt den Zustand der Wachheit und ist in den Strukturen der *Formatio reticularis* und anderer Hirnstammteile zu finden.

Fakt ist, dass ohne Aktivität des quantitativen Bewusstseins die Funktion des qualitativen Bewusstseins nicht möglich ist. So weist Oduncu als Mediziner darauf hin, dass inhaltliche Bewusstseinsleistungen, durch die ein Mensch als „personales Individuum“ in Kommunikation mit seiner Umwelt tritt, Ausdruck einer integrativen Fähigkeit des *gesamten* Gehirns ist (vgl. ebd.). Die verschiedenen Namen für unterschiedliche Gehirn-Areale sollen dabei nicht den Eindruck erwecken, dass diese klar voneinander abzugrenzen seien – sie funktionieren nur, wenn *alle* intakt sind, da sie miteinander verbunden sind und erst in dieser Verbindung arbeiten. Das wird auch durch folgende Aussage von Schlake und Roosen, zwei Neurologen, verdeutlicht:

„Sicherlich unzutreffend ist eine schematische Gleichsetzung des als 'Bewußtsein' bezeichneten Komplexes spezifisch menschlicher Funktionen mit dem Großhirn (Neocortex). Bewußtsein stellt eine integrative Leistung des gesamten Gehirns dar.“ (2001, 19)

2.4.2 Das Verfahren der klinischen Feststellung der Hirntoddiagnose

Die klinischen Feststellungsmethoden wurden primär entwickelt, um den Todeszeitpunkt bei Patienten, die in Intensivbehandlung sind und schwerste Hirnschädigungen haben, feststellen zu können (vgl. Guba et al., 2015, 49).

Zu beachten ist, dass hier jene Verfahrensregeln dargestellt werden, die in Österreich geltend sind. Diese sind zwar fast in Gänze in Deutschland gleich, jedoch können sie in anderen Ländern sehr unterschiedlich sein.¹⁵

Gemäß österreichischem Obersten Sanitätsrat wird die Hirntoddiagnostik in einem vierstufigen Schema durchgeführt (vgl. 2005, 3):

- Prüfung von spezifischen *Voraussetzungen* vor Durchführung der Hirntoddiagnostik
- Durchführung einer *klinisch neurologischen Untersuchung*
- Durchführung einer *ergänzenden Untersuchung*
- Erbringungen des *Nachweises der Irreversibilität* der klinischen Ausfallssymptome

Dabei darf die Hirntoddiagnostik nur von zwei mehrjährig in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen erfahrenen Ärzten unabhängig voneinander festgestellt werden (vgl. ebd.). Außerdem dürfen beide Ärzte an der Organtransplantation nicht beteiligt sein.

2.4.2.1 Überprüfung der spezifischen Voraussetzungen

Es soll ein zweifelsfreier Nachweis eines Hirnschadens durch Ausschluss eines reversiblen Ausfalls der Hirnfunktionen beziehungsweise einer unklaren Bewusstlosigkeit erbracht werden (vgl. Oduncu, 1998, 48).

2.4.2.2 Überprüfung der klinischen Symptome

Die Überprüfung der klinischen Symptome beinhaltet die Untersuchung von drei Kerngebieten (vgl. Oduncu, 1998, 48-61):

- *Tiefes Koma/tiefe Bewusstlosigkeit beziehungsweise schwerster Grad quantitativer Bewusstlosigkeit (Zustand der Wachheit)*: Selbst bei stärksten Schmerzreizen fehlt beim Hirntoten jegliche Reaktion.
- *Ausfall der Hirnstammreflexe*: Dabei werden folgende verschiedene Reflexmuster geprüft: Pupillenreflex, Hornhautreflex, okulo-zephaler Reflex, Huste- und Würgreflex und Überprüfung der Schmerzreaktion nur im Gesicht, da Reize anderer Regionen zum Rückenmark geleitet werden.

15 Siehe 2.6.4 Rechtslage in anderen Ländern

- *Ausfall der Vitalfunktionen des Hirnstamms*: beziehungsweise Ausfall der eigenen Atemtätigkeit und der zentralen Herz-Kreislaufregulation

Zu beachten ist, dass die verschiedenen Reflexmuster im zweiten Punkt nicht den gesamten Hirnstamm erfassen, was auch nicht für nötig erachtet wird, da es laut Oduncu hier darum geht, den Funktionszustand des Hirnstamms differenziert auf verschiedenen anatomischen Ebenen zu dokumentieren, und dass keine an das Gehirn gebundene motorische Aktivität mehr aufzuweisen ist (vgl. 1998, 59).

2.4.2.3 Ergänzende Untersuchungen und Nachweis der Irreversibilität

Die Irreversibilität des Hirnfunktionsausfalls wird laut Oduncu nicht direkt nachgewiesen, sondern entweder durch Wiederholung der oben genannten Untersuchungen in bestimmten Zeitabständen oder durch apparative Zusatzuntersuchungen, die eine so schwere Hirnschädigung belegen, dass sie dadurch eine Erholung der fehlenden Hirnfunktion ausschließen (vgl. 1998, 61).

Innerhalb der apparativen Zusatzuntersuchungen werden hier aufgrund des engen Rahmens dieser Forschungsarbeit nur jene präsentiert, die aufgrund ihrer visuellen Aussagekraft vor allem für Angehörige beziehungsweise Laien von Bedeutung sind.

(1) Die zerebrale Angiographie (Röntgenkontrastdarstellung aller hirnersorgenden Arterien; siehe Abbildung 2)

(2) Die zerebrale Perfusionsszintigraphie (radioaktiv-markierte Substanz wird intravenös injiziert und kurze Zeit später die Aufnahme dieser Substanz sowie ihre Verteilung im Gehirn mit einer „Gamma-Kamera“ sichtbar gemacht; siehe Abbildung 3)

(3) Die Elektroenzephalographie, kurz EEG (erfasst werden die Aktivität der Großhirnrinde und darunterliegender Gehirnteile, jedoch nicht die Aktivität des Hirnstamms, wobei der Einfluss auf den Hirnstamm nicht ausgeschlossen wird; siehe Abbildung 4)

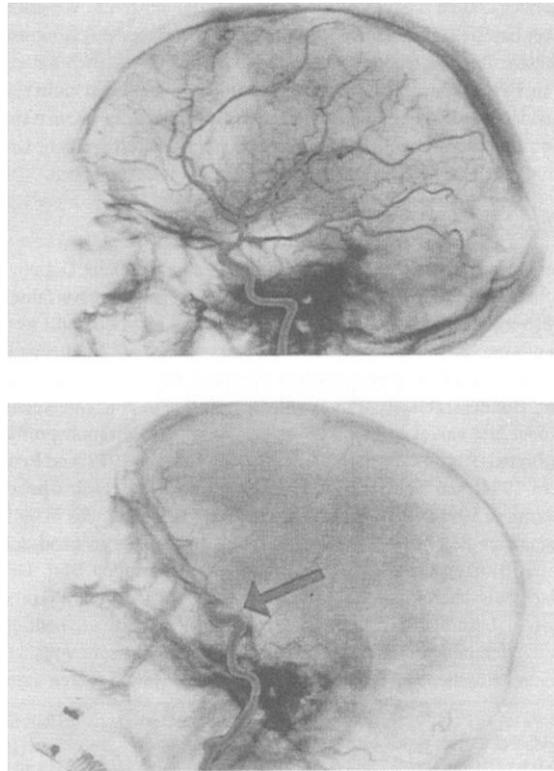


Abbildung 2: Anio-graphie der HirngefäÙe

Oben ist ein Normalbefund dargestellt, bei dem alle Äste der äußeren und inneren Halsschlagader zu sehen sind. Unten ist der Befund eines hirntoten Patienten abgebildet. Es sind lediglich die Äste der äußeren Halsschlagader zu sehen, welche u.a. die Gesichteweichteile versorgen, was auch der Grund dafür ist, dass der Hirntote erröten kann. (Abbildung entnommen aus Schlake et al., 2001, 44)

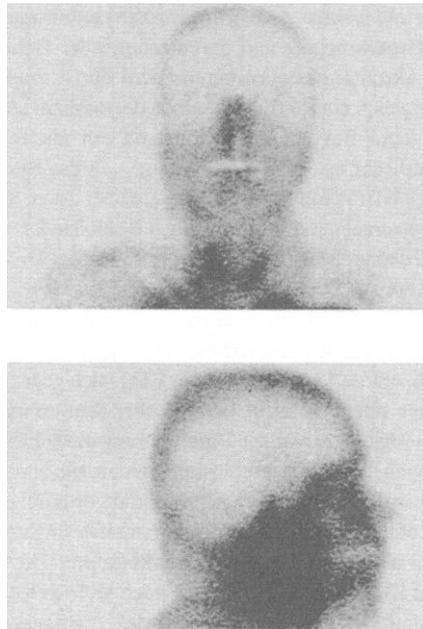


Abbildung 3: Zerebrale Perfusionsszintigraphie bei einem hirntoten Patienten

Bei einem hirntoten Patienten stellt sich die Schädelhöhle „leer“ dar. (Abbildung entnommen aus Oduncu, 1998, 67)

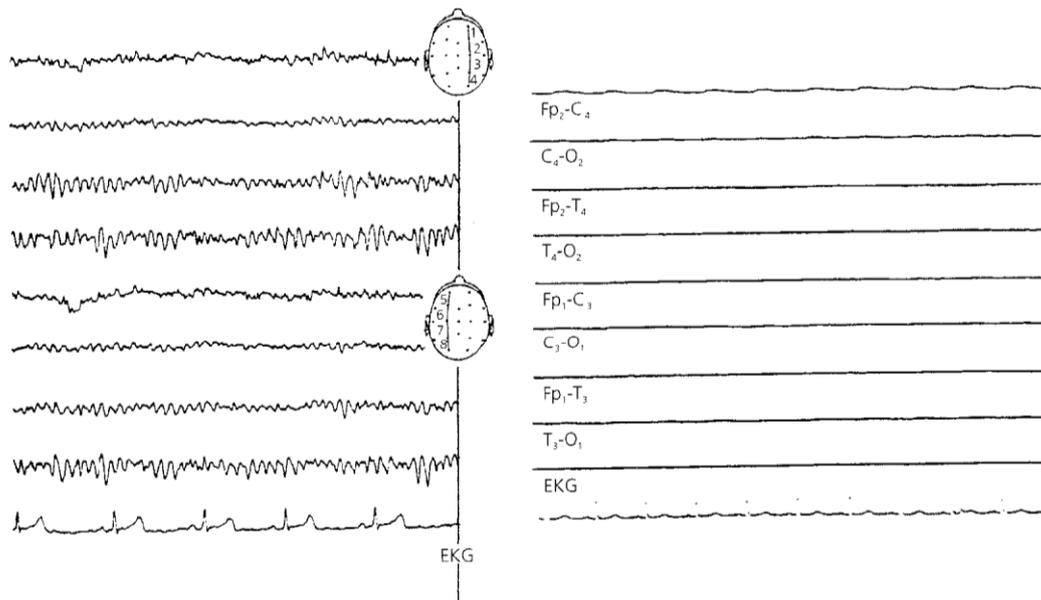


Abbildung 4: Elektroenzephalographie (EEG)

Links ist das EEG eines wachen, gesunden Patienten abgebildet und rechts das sogenannte Null-Linien-EEG im Falle eines hirntoten Patienten. Bei einem Herzstillstand von 20 Sekunden erlischt das EEG, was sich „Null-Linien-EEG“ nennt, welches jedoch reversibel sein kann. Aufgrunddessen muss anhand weiterer klinischer Befunde der vollständige Funktionsverlust der Großhirnrinde bestätigt werden. (Abbildung entnommen aus Oduncu, 1998, 69)

Laut Oduncu haben die genannten Verfahren Fehlerquellen und Grenzen, weshalb sie ein hohes Maß an Sachkenntnis erfordern (vgl. 1998, 61). Dennoch unterstreicht er, dass bisher keine den Regeln gemäße und trotzdem unzutreffende Feststellung des völligen und endgültigen Hirnausfalls bekannt gewesen worden wäre (vgl. ders., 75). Wenn in der Presse von einem erwachten Hirntoten die Rede sei, so wurden nach seinen Angaben entweder die notwendigen diagnostischen Voraussetzungen nicht eingehalten oder die klinischen Untersuchungen nur unzureichend durchgeführt worden.

Auch Schlake und Roosen bekunden:

„Bis heute konnte weltweit nicht ein einziger Fall nachgewiesen werden, in welchem nach sachgerecht durchgeführter Hirntod-Feststellung eine Umkehr des klinischen Verlaufs – oder gar ein Überleben – beobachtet wurde. Die Diagnose 'Hirntod' ist damit wahrscheinlich die sicherste in der ganzen Medizin überhaupt.“ (2001, 67)

2.4.2.4 Nachweis der Irreversibilität laut Oberstem Sanitätsrat

Laut Oberstem Sanitätsrat heißt es, dass nach der ersten klinisch-neurologischen Untersuchung und den ergänzenden Untersuchungen der Nachweis der Irreversibilität mittels einer zweiten klinischen Untersuchung erbracht werden soll (vgl. 2005, 12).

2.5 Organentnahme bei hirntoten Patienten und „dead donor rule“

Bevor das genaue Verfahren der Organexplantation bei Hirntoten erörtert wird, ist zuvor anzumerken, dass unpaarige, lebenswichtige Organe nur von Verstorbenen entnommen werden dürfen. Diese in der Fachliteratur oft erwähnte Regelung nennt sich „*dead donor rule*“ (vgl. Jox, 2016, 34).¹⁶

Nach abgeschlossener Hirntoddiagnostik und damit endgültiger Todesfeststellung, wird der Hirntote, falls er für eine Organspende in Frage kommt und dieser rechtlich nichts im Wege steht¹⁷, auf die Operation vorbereitet. Dabei wird, wie schon oben erwähnt, bis zur Entnahme der Organe die künstliche Beatmung und intensivmedizinische Betreuung fortgeführt, da sich ansonsten (bis zum tatsächlichen und gänzlichen Ausfall der Herz- und Atemtätigkeit) die Organe für eine Transplantation nicht mehr eignen würden (vgl. Stoecker, 1999, 36).¹⁸ Während des Verfahrens werden keine Maßnahmen zur Schmerzverhütung (Narkose) unternommen, da angenommen wird, dass der hirntote Patient über keinerlei Schmerzempfindung verfügt (vgl. Hiemetzberger, 2016, 128).¹⁹

Der Organempfänger muss dabei nicht gleich im Operationssaal sein beziehungsweise müssen die Organe nicht gleich danach implantiert werden. Bis zur Einpflanzung werden sie steril konserviert. Entscheidend ist beim ganzen Verfahren nur, dass die Organe bis zum Einschnitt beziehungsweise zur Entnahme durchblutet sind (vgl. Oduncu, 1998, 119).

2.6 Rechtslage in verschiedenen Ländern

In diesem Abschnitt wird die juristische Lage in verschiedenen Ländern – jedoch vordergründig in deutschsprachigen Ländern – in Bezug auf den Hirntod präsentiert. Es wird aufgrund des Forschungsvorhabens, das in erster Linie über islamische Positionen referieren möchte, insbesondere darauf geachtet, zudem Länder anzugeben, in denen mehrheitlich Muslime leben.

Zuvor besteht jedoch der Bedarf, die verschiedenen Arten der Einwilligungslösung zur Organspende darzustellen, da dieser Punkt ein essentieller Bestandteil in der Rechtssatzung ist.

16 Es gibt jedoch auch hier kontroverse Meinungen, die im medizinethischen Abschnitt behandelt werden.

17 Siehe 2.6.1 Systeme der Einwilligung zur Organspende

18 Diese Tatsache führt auch dazu, dass noch immer einige Ärzte diese Art der Organentnahme mit ihrem Gewissen nicht vereinen können, zudem mit Mord und Vivisektion gleichsetzen (vgl. Stoecker, 1999, 36).

19 Auch hier gibt es kontroverse Meinungen. Siehe 3.2.9 Schmerzempfindung hirntoter Patienten.

2.6.1 Systeme der Einwilligung zur Organspende

2.6.1.1 Widerspruchslösung

Die Widerspruchslösung, auch „*presumed consent*“ genannt, geht von einer stillschweigenden Einwilligung zur postmortalen Organentnahme aus (vgl. Holzniekemper, 2003, 71). Somit kommen alle Verstorbenen als Spender in Frage, falls diese einer Organentnahme zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen haben. In den meisten Ländern haben auch die Angehörigen ein Recht auf Widerspruch, was als „erweiterte Widerspruchsregelung“ bezeichnet wird. Außerdem führen einige Länder (Österreich, Belgien, Schweizer Kanton Genf) ein sogenanntes „Widerspruchsregister“, in dem die Ablehnung schriftlich fixiert werden kann. Fakt ist laut Holzniekemper, dass im internationalen Vergleich Länder, in denen die Widerspruchslösung gilt, eine durchschnittlich doppelt so hohe Transplantationsrate pro Millionen Einwohner pro Jahr aufweisen als jene Länder, in denen die Zustimmungslösung gilt (vgl. ders., 70).

2.6.1.2 Informationslösung

Die Informationslösung wird auch als Unterkategorie der erweiterten Widerspruchsregelung klassifiziert. Jeder Bürger soll sich zu Lebzeiten entscheiden, ob er für oder gegen eine postmortale Organspende ist. Falls das bis zum Ableben nicht erfolgt, werden die Angehörigen über eine mögliche Organentnahme informiert und erhalten eine Widerspruchsfrist (vgl. Oduncu, 1998, 129).

2.6.1.3 Enge Zustimmungslösung

Die allgemeine Zustimmungslösung wird auch als „*informed consent*“ bezeichnet (vgl. Holzniekemper, 2003, 71). Hier unterscheidet man zwischen enger und erweiterter Zustimmungslösung.

Die enge Zustimmungslösung setzt die *alleinige* persönliche (schriftliche; Organspenderausweis) Zustimmung des Verstorbenen zu Lebzeiten voraus. Lediglich bei unter 16-Jährigen können die Eltern einer Organentnahme zustimmen, sofern der erkennbare oder ausdrückliche Wille des Kindes dem nicht entgegen steht (vgl. ebd.). Ansonsten haben die Angehörigen kein Mitspracherecht.

Da bei der engen Zustimmungslösung die Transplantationsrate sehr gering ausfallen würde, wird sie in keinem europäischem Land durchgeführt (vgl. ebd.).

2.6.1.4 Erweiterte Zustimmungslösung

Die erweiterte Zustimmungslösung setzt dem engen Zustimmungsverfahren an. Jedoch muss die Einwilligung nicht in einer bestimmten Form durchgeführt werden. Lediglich die Urteilsfähigkeit zu

Lebzeiten des Verstorbenen zum Zeitpunkt der Bekanntgabe ist wichtig. Ferner können sogar ohne ausdrückliche Zustimmung des Verstorbenen die gesetzlich bestimmten nächsten Angehörigen wie Ehepartner, volljähriges Kind, Eltern, volljährige Geschwister und Großeltern einer postmortalen Organspende zustimmen (vgl. ders., 72).

2.6.1.5 Notstandslösung

Bei der Notstandslösung darf auch bei vorliegendem Widerspruch (seitens Verstorbenem zu Lebzeiten oder Angehörige) eine postmortale Organentnahme durchgeführt werden. Diese Regelung wird heute in keinem Land praktiziert. Eine Zeit lang galt sie jedoch in Bulgarien (vgl. Schild, 1997, 2323).

2.6.2 Rechtslage in Österreich

Laut Oberstem Sanitätsrat des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen wird der Hirntod entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft als Individualtod des Menschen angesehen (vgl. 2005, 3), was seit 1982 gesetzlich verankert ist (vgl. Jox, 2016, 35).

Gemäß § 5 des Bundesgesetzes über die Transplantation von menschlichen Organen (Organtransplantationsgesetz – OTPG) in der Fassung vom 27.04.2017 heißt es:

„1) Es ist zulässig, Verstorbenen einzelne Organe zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen. [...] Die Entnahme ist unzulässig, wenn den Ärztinnen/Ärzten eine Erklärung vorliegt, mit der die/der Verstorbene oder, vor deren/dessen Tod, ihr/sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat. Eine Erklärung liegt auch vor, wenn sie in dem bei der Gesundheit Österreich GmbH geführten Widerspruchsregister eingetragen ist.“

Demnach gilt in Österreich die Widerspruchslösung mit Möglichkeit zur Eintragung im Widerspruchsregister²⁰. Es wird aber auch ein (informelles) mitgeführtes Schreiben und, wie es auch aus der Satzung ersichtlich ist, ein mündlich überbrachter Widerspruch seitens der Angehörigen akzeptiert (vgl. Hiemetzberger, 2016, 126).

Es ist jedoch zu beachten, dass in der österreichischen Rechtsordnung an keiner Stelle ein allgemeingültiger und einheitlich rechtlicher Todesbegriff zu finden ist (vgl. Kellner, 2007, 96). Stattdessen wird nur angegeben, dass ein zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt den Tod feststellen und diese Todesfeststellung nach den anerkannten Methoden der Medizin erfolgen muss. Während dies für den Fall des klassischen Todes keine Probleme bereitet, führt das bezogen auf das zusätzlich eingeführte Hirntodkonzept zu Diskussionen, die bisher zu keinem

²⁰ Das „Widerspruchsregister gegen Organspende“ ist seit 1. Januar 1995 beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eingerichtet (vgl. Hiemetzberger, 2016, 126). Hiemetzberger berichtet, dass insgesamt seit dem 20-jährigem Bestehen 0,35 Prozent der österreichischen Bevölkerung im Widerspruchsregister eingetragen sind (vgl. ebd.).

einheitlichen Ergebnis geführt haben.

2.6.3 Rechtslage in Deutschland

Seit 1997 gilt in Deutschland als letzter der großen Industrienationen der Hirntod als Tod des Menschen (vgl. Holzniekemper, 2003, 45).²¹ Die juristische Regelung ist in § 3 des Transplantationsgesetzes verankert und besagt, dass eine Organentnahme nur dann zulässig ist, wenn der „endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“ und der Spender oder seine gesetzlich bestimmten nächsten Angehörigen dem zustimmen. Aus dieser Satzung folgt, dass in Deutschland der Hirntod als Individualtod des Menschen anerkannt und dabei die erweiterte Zustimmungslösung geltend ist.

2.6.4 Rechtslage in anderen Ländern

Tabelle 1: Rechtslage in verschiedenen Ländern²²

Land	Hirntod im Gesetz verankert (1)	Regelung der Organspende
Schweiz	Ja	Je nach Kantonen unterschiedliche Regelungen (2)
Frankreich	Ja	Widerspruchslösung (3)
Großbritannien	Ja	Erweiterte Zustimmungslösung (3)
USA	Ja	Erweiterte Zustimmungslösung (4)
Türkei	Ja	Informationslösung, Angehörige müssen jedoch zustimmen (4)
Tunesien	Ja	Widerspruchslösung (5)
Ägypten	Nein	Keine Regelung, aufgrund fehlendes Transplantationsgesetz (5)
Iran	Ja	Erweiterte Zustimmungslösung (6)

Als Resultat aus dieser Auswahl von Ländern als auch aus weiterer Recherche ist eindeutig feststellbar, dass das Hirntodkriterium, juristisch gesehen, international weitgehend anerkannt ist.

Es ist noch anzumerken, dass es hinsichtlich der juristischen Bestimmungen in Bezug auf

21 Falls die Frage entstehen sollte, warum Deutschland beispielsweise im Vergleich zu Österreich in dieser Hinsicht – und noch bis heute – zurückhaltender ist, ist anzumerken, dass das auf das historische Grundverständnis der Bevölkerung zurückzuführen ist. Die österreichische Kaiserin Maria Theresia veranlasste vor 200 Jahren die Pflicht zur Sektion von Verstorbenen im Interesse der Gesundheit. Aufgrunddessen erscheint eine Leichenöffnung für das österreichische Volk als selbstverständlich (vgl. Holzniekemper, 2003, 70)

22 Quellenverweise:

(1) Vgl. Wijdicks, 2002, 22-23

(2) Enge Zustimmungslösung in den Schweizer Kantonen Jura, Obwalden, Tessin und Uri, ansonsten Widerspruchslösung (vgl. Holzniekemper, 2003, 72)

(3) Vgl. Holzniekemper, 2003, 71.

(4) Vgl. Abadie et al., 2006, 618f.

(5) Vgl. Boustany, 2011, 43, 45

(6) Vgl. Bagheri, 2005, 4160

diagnostische Verfahren der Hirntodfeststellung im internationalen Vergleich viele Unterschiede gibt. Es wurden sogar einige empirische Untersuchungen diesbezüglich durchgeführt (u.a. von Wijndicks (2002)). Beispielsweise kann die Hirntodfeststellung in den US-Staaten Alaska und Georgia auch an Krankenpflegepersonal delegiert werden (vgl. Geremek, 2009, 21). Allerdings muss der festgestellte Hirntod zusätzlich nach 24 Stunden von einem Arzt verifiziert werden. Des Weiteren ist es im Falle der Türkei Vorschrift, die Hirntodfeststellung von vier Ärzten (und nicht zwei – wie es in den meisten anderen Ländern ist) durchführen zu lassen (vgl. Wijndicks, 2002, 21). Oft wird in der Literatur auch die unterschiedliche Bewertung der apparativen Untersuchungen angegeben (vgl. Wijndicks, 2002; Geremek, 2009, 21; Moskopp, 2015, 151). So gehört Großbritannien zu jenen Ländern, die diesen wenig Bedeutung beimisst (vgl. Moskopp, 2015, 151).

3 Hirntod in der medizinischen Ethik

3.1 Die Medizinethik

3.1.1 Begriffsbestimmungen samt Beschreibung des Fachbereichs

Historisch gesehen, stammt der Begriff „Medizinethik“ aus der Aufklärungsepoche und ist zurückzuführen auf das Werk „*Medical Ethics*“ von *Thomas Percival* (1740-1804), englischer Facharzt, erschienen im Jahr 1803 (vgl. Kreß, 2003, 9).

Um den Begriff der Medizinethik definieren, sowie diese Teildisziplin innerhalb der Wissenschaftsdisziplinen richtig orten zu können, ist zunächst die Definition des Begriffs „Ethik“ samt die Ausführung ihrer Teilgebiete erforderlich.

Laut Steigleder ist „Ethik“ die Theorie der Moral und die Moral ist „die Gesamtheit der moralischen Überzeugungen, Urteile oder Normen [...], die eine Person oder Gruppe von Personen hat, trifft oder anerkennt“ (2006, 16) oder dies tun soll.

Im Fachbereich Ethik wird zwischen deskriptiver und normativer Ethik unterschieden. Die deskriptive Ethik ist die Aufgabe der Geschichts- und Sozialwissenschaften, da sie versucht, moralische Auffassungen von bestimmten Personen oder Personengruppen zu erfassen, die gegenwärtig leben oder in der Vergangenheit gelebt haben (vgl. ders., 17). Folglich geht es hier um faktische Moralvorstellungen und nicht, dass was aus ethischer Sicht sein *soll*.

Die normative Ethik versucht hingegen zu erkennen, was moralisch richtige Auffassungen, Urteile oder Normen sind und welche von diesen vertreten werden sollen (vgl. ebd.). So kann man auch sagen, dass die normative Ethik ein philosophisches Unternehmen ist.

Innerhalb der normativen Ethik wird wiederum zwischen zwei Teilgebieten unterschieden (vgl. ders., 23): die Fundamentaethik und Angewandte Ethik. In der Fundamentaethik geht es darum, für grundlegende moralische Normen eine Rechtfertigung zu finden, das heißt, sie versucht zu klären, ob und wie moralische Normen begründet werden. In der Angewandten Ethik, auch Bereichsethik genannt, hingegen wird praktische Philosophie betrieben. Insofern geht es hier um die Anleitung konkreten Handelns. Einer der Teildisziplinen²³ der Angewandten Ethik ist die *Medizinethik*.

23 Weitere Teildisziplinen sind Rechtsphilosophie, Politische Philosophie, Sozialphilosophie, Wirtschaftsethik, Wissenschaftsethik und Technikethik.

3.1.2 Gegenstand der Medizinethik

Zur Zeit der Entstehung der Medizinethik stand in ihrem Vordergrund erstmals das besondere Interesse an verschiedenen (schutzlosen) Personengruppen wie Kinder, Behinderte, unheilbare Kranke und Sterbende (vgl. Kreß, 2003, 9). Mittlerweile hat sich ihr Interessensgebiet stark ausgeweitet. Nun geht es vielmehr um die Aufarbeitung der Alltagsbedingungen des heutigen Gesundheitssystems und den Wissenszuwachs der modernen Biotechnologie (vgl. ebd.).

Als konkrete Gegenstände der Medizinethik werden folgende Punkte genannt (vgl. Steigleder, 2006, 24): die Medizin als Wissenschaft und Praxis und insgesamt die gesellschaftlichen Maßnahmen und Vorkehrungen, Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen, Krankheiten vorzubeugen, Verletzte und Kranke zu versorgen sowie Schmerzen zu lindern. Dabei sind prominente Themen innerhalb der Medizinethik: Beziehung zwischen Arzt und Patient, Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns, allgemeine medizinische Versorgung und Gesundheitswesen sowie die medizinische Forschung.

Die junge und schnelle Entwicklung der modernen Medizin wird in der Literatur oft als wesentlicher Faktor in der Etablierung der gegenwärtigen Medizinethik genannt. So führen Prüfer und Stollorz als grundlegende Aufgabe heutiger Bioethik²⁴ die ethische Reflexion der moralischen Dimension des rasanten wissenschaftlichen und technischen Fortschritts sowie das Erfragen nach verantwortungsbewusstem Umgang des Menschen mit seinen neuen Möglichkeiten an (vgl. 2003, 6).

3.1.3 Methodik der Medizinethik

Es soll in diesem Abschnitt erklärt werden, mithilfe welcher Methode die Medizinethik ihre Fragen zu beantworten versucht und welche normativen Leitgedanken dem zugrunde liegen.

Nach Kreß knüpft die Medizinethik für ihre Urteilsbildung an den Prinzipien, die in der jüdisch-christlichen Tradition und in der abendländischen Philosophie verwurzelt sind (vgl. 2003, 9). Dabei wird versucht, die überlieferten ethischen Prinzipien gegenwartsbezogen fortzuentwickeln, um dem Fortschritt der Biomedizin und den Strukturen des modernen Gesundheitswesens gerecht zu werden. Ferner wird in den Quellen angegeben, dass sich die Medizinethik aufgrund der immer neuen Möglichkeiten im Bereich der Medizin und Technologie im Prinzip oftmals auf unbekanntem Terrain bewegt, welches sie durch Rückgriff auf alte und neue Prinzipien zu sondieren versucht (vgl. Prüfer et al., 2003, 7).

Da normative Leitgedanken im Zustandekommen eines Urteils bestimmend sind und dies auch bei medizinethischen Stellungnahmen der Fall ist, ist ihre Ausführung sowie eine knappe Darstellung der philosophischen Theorieansätze, aus denen diese Leitgedanken abgeleitet werden,

²⁴ Die Bioethik befasst sich nicht nur mit medizinischen sondern auch mit allgemein biologischen sowie ökologischen Themen (vgl. Prüfer et al., 2003, 7).

erforderlich.

Die normativen Leitgedanken für die Medizinethik lauten nach Kreß (vgl. 2003, 9): das Recht auf Gesundheit beziehungsweise Schutz der Gesundheit durch Grundwerte geschützt wie Personenwürde, Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte der Patienten sowie die Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit im Umgang mit medizinischen Ressourcen.

Ferner gilt hier auch das Vier-Prinzipien-Modell verfasst von *Beauchamp* und *Childress* unter dem Titel *Principles of Biomedical Ethics* im Jahr 1979, das als prägendes Leitmodell in der Bio- und Medizinethik bezeichnet wird (vgl. Quante et al., 2003, 136). Diese lauten: Autonomie-Prinzip (*respect for autonomy*), Nicht-Schadens-Prinzip (*nonmaleficence*), Wohltuens-Prinzip (*beneficence*) und Prinzip der Gerechtigkeit (*justice*).

Diesen Leitgedanken liegen zwei prominente prinzipienorientierte Theorieansätze zugrunde, die Ende des 18. Jahrhunderts entstanden sind und bis heute als wirksame Grundmuster moderner Ethik erachtet werden (vgl. Prüfer et al., 2003, 23): die utilitaristische und deontologische Ethik, auch Nutzen- und Pflichtethik genannt.

Der Utilitarismus (lat. *utilitas*, Nutzen) geht von der einfachen Überlegung aus, dass das Ziel allen menschlichen Strebens Glückseligkeit ist und alles, was dazu beiträgt dieses Ziel zu erreichen, moralisch gesehen gut und alles, was seine Verwirklichung behindert, schlecht ist (vgl. ders., 24). Im konkreten Sinne bedeutet das, dass jene Handlungen ethisch korrekt sind, deren Folgen mehr Lust als Schmerz hervorrufen. Dabei ist nicht nur das Eigeninteresse, sondern ebenfalls das Interesse der anderen wichtig. Denn das Glück jedes Einzelnen ist aufs Engste mit dem Wohlergehen aller verbunden, da es heißt: „Das größtmögliche Glück der größtmöglichen Zahl“ (vgl. Prüfer et al., 2003, 25).

Ferner ist anzumerken, dass im Utilitarismus auch die Frage gestellt wird, wer zum Kreis der Betroffenen gezählt wird (vgl. Steigleder, 2006, 36). Für die Mehrzahl der utilitaristischen Theorien sind dies alle empfindungsfähigen Wesen. So wird der moralische Status von Tieren betont, jedoch frühen menschlichen Embryonen kein moralischer Status zugesprochen, da angenommen wird, dass diese zu keiner Empfindung fähig sind.

Des Weiteren kennt der Utilitarismus keine absoluten Werte, sondern nur relative, die gegeneinander abwägbar sind und das gilt auch für das menschliche Leben (vgl. Prüfer et al., 2003, 24). So wird jedes menschliche Leben auch als „verrechenbar“ (im Hinblick auf die Gesamtbilanz der Glückseligkeit) angesehen, was zur Folge hat, dass das Leben des Einzelnen nur dann als schützenswert gilt, wenn dies zum größtmöglichen Nutzen *aller* beiträgt.²⁵

Wichtig anzumerken ist, dass hier nur der klassische Utilitarismus beschrieben wurde. Im Laufe

²⁵ Im konkreten Fall stellt sich hier die Frage, ob die Tötung eines todkranken Menschen als ethisch korrekt eingestuft wird, falls dies für andere Menschen (beispielsweise für seine Angehörige) aufgrund der aufwändigen medizinischen Versorgung von Nutzen wäre.

der Zeit haben sich unterschiedliche Prägungen entwickelt, die die Grundannahmen des ursprünglichen Utilitarismus stark modifiziert haben. Mittlerweile wird grob zwischen Handlungs- und Regelutilitarismus unterschieden (vgl. Nasher, 2009, 31). Des Weiteren ist auch der Präferenzutilitarismus zu nennen, der vor allem von *Peter Singer* vertreten wird.

Die Pflichtethik beziehungsweise deontologische Ethik (griech. *to deon*, Pflicht), auch Pflichtethik genannt, lässt sich auf die Philosophie Immanuel Kants (1724-1804) zurückführen. Kants Ethik beruht auf der Würde des Menschen. Prüfer und Stollorz beschreiben diese Ethik zudem mit folgenden Worten:

„Sie ist nicht das Ziel moralischen Handelns, sondern dessen Bedingung. Denn Würde besitzt der Mensch nur insofern, als er sein eigener Zweck ist. Der Mensch darf niemals als Mittel, sondern muss immer auch als Zweck behandelt werden. Das gilt für den Umgang des Einzelnen mit sich und mit anderen.“ (2003, 28)

So ist die Würde des Menschen unantastbar und jedem Wesen, das Würde besitzt, kommt ein unbedingter Wert zu, der die *letztliche* Unverrechenbarkeit dieses Wesens begründet (vgl. Steigleder, 2006, 40).²⁶

Bei Kants Sittenlehre handelt es sich eigentlich um eine Individualethik (vgl. Prüfer et al., 2003, 30). Aber dennoch gilt hier der altbekannte „kategorische Imperativ“: „Handle so, daß die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.“²⁷

Anders als im Utilitarismus spielen in der Pflichtethik individuelle Bedürfnisse und gesellschaftliche Interessen keine Rolle (vgl. ebd.). Man soll Gutes tun, nur um des Guten willen, und bei jeder Handlung zählt nicht die Folge aus ihr, sondern die Haltung, die ihr zugrunde liegt.

3.1.4 Notwendigkeit der ethischen Reflexion in der Medizin

„Ich bin überzeugt, daß die Menschen von den Ergebnissen ihrer Leistungsfähigkeit überfordert werden.“ (zit. nach Bubner, 1993, 7)

So lauten die Worte von Günter Grass, die sehr gut beschreiben, worum es eigentlich in der Medizinethik geht. Denn es stellen sich aufgrund des rasanten technischen Fortschritts und der neuen Möglichkeiten in der Medizin nun folgende entscheidende Fragen: Darf die Medizin alles, was sie kann? beziehungsweise darf die Medizin alles, was sie kann, nur *weil* sie es kann? Wo liegen die Grenzen ärztlichen Handelns und medizinischer Forschung? Muss Leben wirklich um jeden Preis geschaffen und verlängert werden, selbst auf Kosten der Würde und der Selbstbestimmung des Menschen?

²⁶ Falls beispielsweise berühmte Mediziner ein Mittel gegen Krebs gefunden hätten, jedoch für dessen Entwicklung zehn Menschen geopfert werden müssten, würde sich die Frage nach der moralischen Vertretbarkeit anders als im Utilitarismus in diesem Fall bereits im Voraus erübrigen.

²⁷ Entnommen aus „*Kants gesammelte Schriften*“, Band V (1908/13), S. 30, herausgegeben von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften, Berlin: Walter de Gruyter Verlag.

Seit den späten 1960er Jahren haben Fortschritte in der modernen Medizin wie neue Formen der Geburtenkontrolle, die künstliche Befruchtung, erste Methoden der genetischen Diagnostik von Erbkranken, die Einführung des Hirntodkriteriums sowie die neuen Möglichkeiten der Organtransplantation veraltete Vorstellungen über menschliches Leben in seinen beiden Extremen – in seiner Entstehung und in seinem Ende – in Frage gestellt (vgl. Eich, 2008, 19; Prüfer et al., 2003, 8).

Fernerhin wird als weitere Folge dieser schnellen Entwicklung der Medizin über einen „Wandel in der Kultur des Sterbens“ berichtet (vgl. Prüfer et al., 2003, 8). Stoecker beschreibt in seinem Buch diesbezüglich sehr ausführlich, dass die Intention der Mediziner in Bezug auf die konkrete Feststellung des Todes in jüngster Zeit Änderungen durchlaufen hat (vgl. 1999, 26-31): In der Antike und im Mittelalter ging es den Ärzten vor allem darum, zu klären, wann der Zeitpunkt gekommen war, die ärztlichen Bemühungen einzustellen. Sie wollten nicht wissen, wann der Mensch tot ist, sondern wann er „vom Tode gezeichnet“ ist. Denn anders als die Medizin heute sahen es die antiken und mittelalterlichen Ärzte als ihre Pflicht an, sich von einem sterbenden Menschen zurückzuziehen, allenfalls die Schmerzen zu lindern und ansonsten ihm eine angemessene Todesvorbereitung im Beisein der Familie und innerhalb der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Man kann auch sagen, dass die ärztliche Aufgabe damals nicht mit dem Tod endete, sondern dann, wenn eine Krankheit als tödlich diagnostiziert wurde.

Im 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts fand jedoch ein bedeutender Wandel statt, der auch für die heutige Hirntod-Thematik von wesentlicher Bedeutung ist. Ärzte sahen ab dieser Zeit ihre Aufgabe darin, so lange es irgendwie möglich war, und das heißt „bis zum letzten Atemzug“, um das Leben des Patienten zu *kämpfen*. Dieser Kampf war erst dann definitiv verloren, wenn auch das letzte Mittel versagte, nämlich die Wiederherstellung der Atmung und des Blutkreislaufs (durch Reanimation). Waren auch diese beiden unwiderruflich ausgefallen, blieb dem Arzt nichts mehr zu tun übrig.

Aber an diesem Punkt begann man, sich folgende wesentliche Fragen zu stellen: Dürfen Ärzte über Leben und Tod ihrer Patienten allein entscheiden? Ist es richtig, einem Todgeweihten bis zum besagten letzten Atemzug die letzte Ruhe zu unterbieten und an ihm sogar „herum zu experimentieren“, aus der vergeblichen Hoffnung, ihn doch noch retten zu können? Hat der Mensch nicht das Recht in Würde zu sterben?

Außerdem wurde nicht nur aus Interesse an der Rettung des Todkranken an ihm „herumexperimentiert“. Oft ging es auch darum in späterer Folge anderen Kranken zu helfen. So wird davon berichtet, dass mit der Zeit bei vielen Behandlungen nicht mehr klar wurde, ob und für wen ein Eingriff von Nutzen war (vgl. Prüfer et al., 2003, 8)

Abgesehen von diesen Fakten ist noch anzuführen, dass besonders der Fall des Erlanger Babys, in dem erstmals im Jahr 1992 eine schwangere hirntote Frau am Leben erhalten wurde, um ihr

Baby im Mutterleib austragen zu lassen, vor allem in der breiten Öffentlichkeit große Verwunderung, aber auch Entsetzen über die neuen Möglichkeiten und Fähigkeiten der modernen Medizin verursachte. Dieser Vorfall wird auch daher als kennzeichnendes Ereignis in der Etablierung der Medizinethik bezeichnet. Bubner schreibt diesbezüglich:

„Der technische Fortschritt bot Möglichkeiten, die für viele Menschen außerhalb der Klinikmauern bislang unvorstellbar waren. Die Handlungsfreiheit der Ärzte und das Fehlen eindeutiger ethischer Kategorien haben in Erlangen ein Vorgehen ermöglicht, das vor allem Frauen unzumutbar erschien, die dadurch ihren Körper zur bloßen Gebärmaschine herabgewürdigt sahen. Darüber hinaus wurde aber auch deutlich, wie wichtig es ist, daß unsere Gesellschaft ebenso wie jeder einzelne die Grenzen des moralisch Erlaubten mit definiert.“ (1993, 7)

Die moderne Medizin entpuppte sich in den Augen der Menschen immer mehr als eine machtvolle Instanz und sogar Bedrohung, vor der sie ihre Grundrechte zu schützen verpflichtet sahen.

Aus diesem Grund – und man beachte hier auch die Reichweite medizinischer Zugriffsmöglichkeiten auf den Kernbereich der menschlichen Existenz, wie es Kreß erläutert – ist heutzutage eine Steigerung ethischer Verantwortung geboten, um die Macht der Medizin zu normieren, zu kanalisieren und gegebenenfalls zu begrenzen (vgl. 2003, 14). Und dies soll laut Kreß mithilfe ethischer, aber auch rechtlicher Kriterien geschehen (vgl. ebd.).

So werden seit den 1990er Jahren potentielle Schattenseiten des medizinischen Fortschritts schwerpunktmäßig in Bezug auf den Umgang mit dem beginnenden menschlichen Leben, aber auch in Anbetracht von Sterbehilfe oder Organtransplantation diskutiert (vgl. ders., 11).

3.1.5 Relevanz der religiösen Stellungnahmen innerhalb der Medizinethik

Neben der rein ethisch-philosophischen Reflexion über neue Möglichkeiten in der Medizin, ist es vor allem in Anbetracht dieses Forschungsvorhabens notwendig, die besondere Relevanz der theologischen Stellungnahmen anzuführen.

Lau Körtner ist ein besonderer Wandel in der Sichtweise der westlichen Gesellschaft auf Religion und ihre Bedeutung wahrzunehmen (vgl. 2006, 1f.): Religion ist nicht mehr Privatsache, sondern ist „bewusst im öffentlichen Leben sowie in der Politik sichtbar und von Bedeutung“. Es ist die Rede von der „Wiederkehr der Religion“ und „von einem neu erwachten Interesse an Spiritualität sowie vom Übergang der säkularen zu einer postsäkularen Gesellschaft“.

Aus diesem Grund wird seit jüngster Zeit in europäischen und nordamerikanischen Debatten ein wachsendes Interesse festgestellt, wie bestimmte bioethische Fragen in anderen Weltreligionen diskutiert werden (vgl. Eich, 2008, 21).

Als Gründe für diese Entwicklung werden folgende Punkte genannt (vgl. Eich, 2008, 21; Körtner, 2006, 1):

(1) Migrationsbewegungen bewirkten in europäischen, aber auch nordamerikanischen Gesellschaften einen multireligiösen und multikulturellen Charakter, die zu einer direkteren Auseinandersetzung verschiedener Perspektiven geführt haben.

(2) Unterschiedliche Ländern wie Israel, Singapur, Südkorea, Indien, China, Pakistan und Iran sind aufgrund der erheblichen Investitionen in den Auf- beziehungsweise Ausbau dieses Forschungssektors, zu treibenden Kräften biotechnologischer Forschung geworden.

(3) Das Vorhaben der UNO und UNESCO, internationale Organisationen zu stärken, die aus der Folge des Kalten Kriegs entstanden sind, wird nach Eich als weiterer Grund genannt.

(4) Neben diesen Punkten ist wohlmöglich der wichtigste Faktor, der die Hinzuziehung multireligiöser und -kultureller Sichtweisen in der Medizinethik rechtfertigt, ist jener der praktischen Relevanz. Denn im Zeitalter der Globalisierung müssen medizinethische Fragestellungen unter Einbeziehung möglichst vieler Sichtweisen diskutiert werden.

Fakt ist, dass vor allem durch Migrationsbewegungen sowie die Globalisierung eine multireligiöse und -kulturelle Situation hervorgerufen wurde, die nicht nur die Medizin sondern auch die Pflege vor große Herausforderungen gestellt hat (vgl. Körtner, 2006, 1).

Daher spricht sich Körtner für eine ganz gezielte Berücksichtigung religiöser Ansichten aus, da ihr praktischer Einfluss auf das individuelle Gesundheits- und Krankheitsverhalten von erheblicher Bedeutung ist (vgl. ders., 2). So schreibt der Autor:

„Die unterschiedlichen Sichtweisen von Krankheit und Gesundheit, Heil und Heilung oder Körper, Geist und Seele machen Konzepte einer interkulturellen bzw. multikulturellen Medizin erforderlich.“
(ebd.)

Aus diesen Gründen ist die Berücksichtigung religiöser Stellungnahmen – und im Falle dieser Forschungsarbeit *islamischer* Stellungnahmen – im Bereich der Medizinethik unerlässlich.

3.2 Hirntod in der medizinethischen Debatte

Die Kontroverse um den Hirntod haben bereits vor über 50 Jahren, also im Prinzip zeitgleich mit der Einführung des Hirntodkonzepts begonnen (vgl. Jox, 2016, 34). Es ist an dieser Stelle besonders zu betonen, dass es kein anderes medizinethisches Thema gibt, in dem die medizinische Praxis und weltweite Rechtslage vom ethischen Diskurs so weit voneinander entfernt sind (vgl. ders., 30).

In diesem Abschnitt wird nun versucht, über diesen jahrzehntelang geführten Diskurs in resümierter Weise zu referieren. Dabei wird mit den Argumenten der Befürworter des Hirntodkonzepts begonnen, da sie die Diskussion mit ihrer These, dass Hirntote als tote Menschen gelten, eröffnet haben. Danach folgt die erste Kritik und in weiter Folge die gesamte Diskussion, die bis in die heutige Zeit weiterhin geführt wird. Doch zuvor bedarf es eines kurzen historischen Rückblicks, um die Gründe für den Übergang vom klassischen Herztod zum Hirntod zu verdeutlichen.

3.2.1 Ein historischer Rückblick: Vom Herztod zum Hirntod

Bis ins 20. Jahrhundert herrschte das kardozentrische Menschenbild, das auf das Herz als Zentralorgan des Körpers ausgerichtet war und sich auf die alten Ägypter zurückführen ließ (vgl. Holzniekemper, 2003, 42). Man erachtete das Herz als die „Seele“ des Verstorbenen. Diese Vorstellung war für fast alle Kulturen und Religionen der nachfolgenden Jahrtausende wegweisend.

Eine präzise Feststellung des Todes fehlte jedoch bis in die Zeit der Aufklärung. Gemäß der kardozentrischen Vorstellung genügte die Erklärung, dass der Tod des Menschen gleichbedeutend mit dem willkürlichen Ausschluss von Lebenszeichen wie Herzschlag, Atmung und spontanen Bewegungen ist (vgl. ders., 43).

Die Entdeckung der galvanischen Elektrizität im Jahr 1774 war der erste Schritt, der das Dogma des Herzstillstandes als endgültigen Tod des Menschen in Frage stellte (vgl. ebd.). Denn mit ihrer Hilfe konnten mechanische Beatmungs- und Wiederbelebungsversuche – damals in erster Linie an Ertrunkenen – durch elektrische Herzstimulation durchgeführt werden.

Demnach wurde im 20. Jahrhundert als *Individualtod* der irreversible Stillstand von Kreislauf und Atmung definiert (vgl. ders., 44). Außerdem wurden dabei die sogenannten „sicheren Todeszeichen“ wie Totenflecken, Totenstarre und Fäulnis durch die moderne Gerichtsmedizin eingeführt, die bis heute noch in der klassischen Todesfeststellung ihre Gültigkeit bewahren (vgl. ebd.).

3.2.2 Der Hirntod: Begründung und Bedeutung

Doch durch das neu entdeckte Phänomen des „hirntoten Patienten“ begann man am Herztod als notwendiges Todeskriterium zu zweifeln. Oduncu schreibt diesbezüglich:

„Jahrhunderte lang galt der Stillstand der Herztätigkeit als ausschlaggebendes Kriterium für die Feststellung des Todes. [...] Mit dem technischen Fortschritt in der Intensiv- und Reanimationsmedizin, d. h. mit den Möglichkeiten, die ausgefallene Herztätigkeit wieder in Gang zu bringen, wurde diese Ansicht hinfällig.“ (1998, 185)

Das Argument der Befürworter des Hirntodkriteriums lautet, dass durch den Hirntod eine sehr frühe Stufe im Absterben des menschlichen Organismus erkannt wurde, dessen Feststellung bisher durch den Herz-Kreislaufstillstand nicht möglich war (vgl. ders., 12). Jedoch wird an dieser Stelle auch ausdrücklich betont, dass dabei der Tod des Menschen zeitlich nicht vorverlegt wird.

Angstwurm²⁸ meint diesbezüglich, dass der Tod des Gehirns eigentlich schon immer als Tod des Menschen hätte gelten müssen (vgl. 1994, 42). Nur blieb dieser Sachverhalt bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts weitgehend unbeachtet und praktisch unwichtig, da der zugrundeliegende Herzstillstand zugleich zum Tod der übrigen Organe führte.

Ferner spielte die aufwendige Aufrechterhaltung der intensivmedizinischen Behandlung in der Begründung des Hirntodkriteriums eine zweite wichtige Rolle. Sie wird als „sinnlos“ und „qualvolle Belastung für Angehörige und medizinisches Personal“ erachtet (vgl. Oduncu, 1998, 12). Jedoch wird dieses Verfahren dann doch als sinnvoll klassifiziert, wenn der Patient sich für eine Organtransplantation eignet, da dadurch schwerkranken und anders nicht heilbaren Patienten das Leben gerettet werden kann.

Diese Gründe wurden, wie bereits oben angegeben, auch im Beschluss der *Harvard-Ad-Hoc-Kommission* genannt. In dieser Stellungnahme heißt es in Gänze:

„Unser primäres Anliegen ist, das irreversible Koma [= Coma dépassé] als neues Todeskriterium zu definieren. Es gibt zwei Gründe für den Bedarf an einer neuen Definition: 1. Der medizinische Fortschritt auf den Gebieten der Wiederbelebung und der Unterstützung lebenserhaltender Funktionen hat zu verstärkten Bemühungen geführt, das Leben auch schwerstverletzter Menschen zu retten. Manchmal haben diese Bemühungen nur teilweise Erfolg: Das Ergebnis sind dann Individuen, deren Herz fortfährt zu schlagen, während ihr Gehirn irreversibel zerstört ist. Eine schwere Last ruht auf den Patienten, die den permanenten Verlust ihres Intellekts erleiden, auf ihren Familien, auf den Krankenhäusern und auf solchen Patienten, die auf von diesen komatösen Patienten belegte Krankenhausbetten angewiesen sind. 2. Überholte Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen zur Transplantation führen.“ (zit. nach Hoff et al., 1994, 157)

²⁸ Heinz Angstwurm ist Neurologe und gehörte zur zuständigen Kommission des Wissenschaftlichen Beirats der deutschen Bundesärztekammer an, die als oberste ärztliche Standesorganisation in Deutschland für die Erstellung der Richtlinien zur Todesfeststellung verantwortlich ist (vgl. Hoff et al., 1994, 12).

3.2.3 Kritik am Harvard-Ad-Hoc-Beschluss

Gleich im Anschluss auf die Veröffentlichung des *Harvard-Ad-Hoc*-Komitees wurde dieser stark kritisiert. Der schärfste und bekannteste Kritiker war damals der Philosoph Hans Jonas, der sich 1968 dazu äußerte (vgl. Jox, 2016, 34). Jonas spricht von einer „pragmatischen Umdefinierung des Todes“ (1994, 11), die nach seiner Auffassung bewusst interessengeleitet stattgefunden hat. Eines seiner Argumente ist, dass es von Natur aus keine sichere Grenze zwischen Leben und Tod gibt (vgl. Jox, 2016, 34). Er ist auch der Meinung, dass die rasante Durchsetzung des Hirntodes an dem rasch zunehmenden Bedarf an Transplantationsorganen lag.

Birnbacher²⁹ entgegnet als Hirntod-Befürworter auf dieses Argument, dass die inhaltliche Angemessenheit des Hirntodkriteriums aufgrund der damaligen Interessen nicht tangiert ist (vgl. 1994, 37). Für ihn existiert in diesem Zusammenhang eine unabhängige Plausibilitätsbasis. Das Argument lautet: Dass das Hirntodkriterium die Entnahme von lebenden Organen ermöglicht, kann nicht seine Rechtmäßigkeit in Frage stellen, denn laut Birnbacher mindert „die Nutzenanwendung eines Kriteriums nicht seine Richtigkeit“ (zit. nach Oduncu, 1998, 13).

Nichtsdestotrotz bedeutet die Einführung des Hirntodkriteriums für Kritiker wie Hoff und in der Schmitt³⁰ eine unrechtmäßige Für-tot-Erklärung von irreversibel bewusstlosen Patienten (vgl. 1994, 156), was auch der Grund dafür ist, warum sie immer von „irreversibel komatösen *Patienten*“ reden und nie von „Hirntoten“.

Hoff und in der Schmitt, zwei der bekanntesten Kritiker, leiten aus der *Harvard-Ad-Hoc*-Veröffentlichung folgende zwei Gründe für die Einführung des Hirntodkriteriums ab (vgl. ders., 168): (1) Die Behandlung „Hirntoter“ sei eine „Last“. (2) Das geltende Todesverständnis stehe der Organentnahme und folglich dem Fortschritt der Transplantationsmedizin im Weg. Diese beiden Gründe sehen sie als zwei ethische Konflikte an, für die damals eine Entscheidung gefällt werden musste. Doch anstatt ein adäquates Urteil zu fällen, soll die *Harvard-Ad-Hoc*-Kommission laut Hoff und der Schmitt durch eine „Manipulation des Sprachgebrauchs“ diese beiden Entscheidungskonflikte „zum Verschwinden gebracht“ haben (vgl. ders., 170).

„Aus dem gefürchteten Behandlungsabbruch mit unmittelbarer Todesfolge, aus der Ausschachtung bei lebendem Leibe und Tötung durch Organentnahme wurde über Nacht ein durch Güterabwägung 'gerechtfertigter' Umgang mit Leichen.“ (ebd.)

Die beiden Autoren bezeichnen aufgrunddessen das Hirntodkriterium als eine „pragmatische Umbenennung von Sachverhalten“ um ethischen Konflikten aus dem Weg zu gehen (vgl. ders., 169).

Was das Argument anbelangt, dass hirntote Patienten eine Last für den Patienten selbst, für seine

29 Dieter Birnbacher ist Philosoph und Mitglied der Kommission des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer in Deutschland (vgl. Hoff et al., 1994, 12).

30 Johannes Hoff ist Philosoph und Theologe; Jürgen in der Schmitt ist Mediziner (vgl. Hoff et al., 1994, 16).

Angehörige und das Pflegepersonal seien, entgegenen die beiden Kritiker mit dem Argument, dass Spätstadien vieler anderer chronischer und irreversibler Krankheitsverläufe ebenso eine große Last für Patienten und Angehörige sind (vgl. ders., 171). Zudem stellen auch diese Situationen den Menschen vor schwere ethische Entscheidungskonflikte und gehen mit einem erheblichen Verbrauch medizinischer Ressourcen einher.

Es wurde am *Harvard-Ad-Hoc*-Beschluss zudem stark bemängelt, dass ihm eine umfassende konzeptionelle Begründung des Hirntodkriteriums fehlt (vgl. Jox, 2016, 35; Hoff et al., 1994, 163). Viele Jahre später, erst im Jahr 1981, kam eine Gegenreaktion auf diese Kritik und die amerikanische *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* nannte als Begründung, dass der irreversible Funktionsverlust des Gehirns als Gesamtorgan (inklusive des Hirnstamms) unwiederbringlich auch die Steuerung und Integration von Atmung und Kreislauf zerstört, so dass der Organismus als ein integriertes Ganzes nicht mehr vorhanden ist (vgl. Jox, 2016, 35).

Außerdem gaben im selben Jahr weitere Verfechter des Hirntodkriteriums (*Bernat, Culver, Gert*) als Argument, dass zwar der irreversible Verlust von Atmung und Kreislauf den Tod normalerweise anzeigt, falls diese Funktionen jedoch technisch substituiert werden, trübe dies das Bild vom Tod (vgl. ders., 36). Dieses getrübte Bild soll durch die Einführung des Hirntodkriteriums klarer werden, indem aus einem anderen Blickwinkel der Tod betrachtet wird, nämlich durch das Bild des irreversiblen Verlustes der Gesamthirnfunktion.

3.2.4 Gegenreaktion auf den Vorwurf der „pragmatischen Umdefinierung des Todes“

Kritiker des Hirntodkonzepts wie Jonas meinen, dass es sich beim Hirntod um eine „pragmatische Umdefinierung des Todes“ handelt (vgl. Hoff et al., 1994, 10).

Doch Birnbacher entgegnet diesem Vorwurf mit dem Argument, dass es für den Menschen als leiblich-seelisches Säugetier nur *einen* Tod geben kann (vgl. 1994, 33). Oduncu schreibt in dieser Hinsicht:

„Die vielen Todesbegriffe, die sich hierzulande eingebürgert haben, erwecken den Eindruck, als gebe es mehrere verschiedene Tode. In der Hauptsache sind dies neben dem 'Hirntod', der 'klinische Tod', 'Herz-KreislaufTod' und 'biologische Tod'. Diese Begriffe verwirren mehr, als daß sie Klarheit bringen. Die Wahl dieser Ausdrücke hängt ursprünglich mit der Todesursache zusammen. So wäre es verständlicher, vom 'Tod nach Herz-Kreislaufversagen' oder vom 'Tod durch Ausfall des Gehirns' und so weiter zu sprechen.“ (1998, 177)

Mit dieser Argumentation meinen Hirntod-Befürworter, dass beim Hirntod der Tod nicht neu oder umdefiniert, sondern lediglich ein zusätzliches Todeskriterium, nämlich das *Hirntod-Kriterium*, eingeführt wurde (vgl. Birnbacher, 1994, 33; Oduncu, 1998, 151).³¹

Oduncu ist der Meinung, dass für eine Abgrenzung von solchen Missverständnissen und Fehlinterpretationen es unabdingbar ist, zwischen den Kategorien *Definition des Todes*, *Kriterien des Todes* (Erkennungsmerkmale des Todes) und *Testverfahren* (Nachweis des Todes aufgrund Überprüfung der Erkennungsmerkmale) zu unterscheiden (vgl. ders., 13).³²

Nach *Culver* und *Gert* werden drei Ebenen zur Feststellung des Todes unterschieden (vgl. Oduncu, 1998, 144):

- Eine *naturwissenschaftliche (biologische)* Ebene, auf welcher die *Kriterien* für den Zustand des eingetretenen Todes bestimmt werden.
- Eine *medizintechnische* Ebene, auf der die spezifischen *Tests* angegeben werden, die die Erfüllung der Kriterien anzeigen.
- Eine *abstrakt-philosophische (anthropologische)* Ebene, auf welcher die *Definition* für den Tod des Menschen bestimmt werden.

31 Einen interessanten Beitrag zum problematischen Begriff „Hirntod“ leistet Jox (2016, 29f.), in dem er erläutert, welche Missverständnisse aus der Begriffszusammensetzung aus „Hirn“ und „Tod“ entstehen können. Er plädiert deshalb für eine neue Begrifflichkeit, wie es im Englischen vorgenommen wurde (statt „*brain death*“, „*neurological determination of death*“). Doch Stoecker spricht sich aus verschiedenen und plausiblen Gründen gegen eine Begriffsrevision aus (vgl. 2016, 78). Eines dieser Gründe ist die Befürchtung, dass durch eine sprachliche Revision einer der prominentesten medizinethischen Debatten ihres Namens und somit vielleicht auch ihrer Identität beraubt werden würde.

32 Es ist jedoch an dieser Stelle anzumerken, dass Hoff und in der Schmitt als Hirntod-Kritiker eindeutig aussagen, dass sich ihre Kritik am Ganzhirntod-Konzept auf das *Todeskriterium* bezieht (vgl. 1994, 179).

Oduncu gibt an, dass die Feststellung des Todes die Aufgabe des Arztes ist und ihm als Orientierung dient, um den Tod an den sicheren Todeszeichen festzustellen (vgl. ebd.). Die Unterscheidung in Todeskriterien, Testverfahren und Todesdefinition ist dabei auch meist nicht nötig. Jedoch ändert sich das, falls ein neues und äußerlich wenig anschauliches Todeszeichen, wie das Hirntodkriterium, hinzukommt.

Birnbacher erläutert ferner, dass für die Angemessenheit, Treffsicherheit und Zuverlässigkeit eines Zeichens, je nachdem ob es sich um eine Definition, ein Kriterium oder einen praktischen Test handelt, unterschiedliche Maßstäbe gelten:

„Von einem Testverfahren, das zuverlässig anzeigen soll, ob das jeweils angewendete Kriterium erfüllt ist, wird man erwarten dürfen, daß es nicht nur unter Realbedingungen anwendbar, sondern daß es auch empirisch hinreichend überprüft ist. Ein Kriterium (beziehungsweise eine 'operationale Definition'), das als Indikator für das Vorliegen der Definitionsmerkmale vertrauenswürdig sein soll, muß dem Stand des Wissens, das heißt der am besten bewährten wissenschaftlichen Theorie entsprechen. Definitionsmerkmale dagegen können weder empirisch noch im engeren Sinne wissenschaftlich gerechtfertigt werden, sondern lassen sich – bei etablierten, sprachlich eingeführten Begriffen – allenfalls durch Überlegungen der Adäquatheit oder – bei noch nicht etablierten Begriffen – durch pragmatische Gesichtspunkte der theoretischen und praktischen Zweckmäßigkeit begründen.“ (1994, 29f.)

Hans Jonas ist der Ansicht, dass die Definition des Todes durch den irreversiblen Hirnausfall unsicher sei (vgl. Oduncu, 1998, 145). Birnbacher erklärt in dieser Hinsicht, dass Definitionen allenfalls *adäquater* und *zweckmäßiger* sein können, aber nicht *sicherer* oder *objektiver* (vgl. 1994, 31). Denn die Medizin als Naturwissenschaft kann nur objektive Aussagen über Kriterien und Tests machen, aber keine objektive Definition des Todes des Menschen liefern, so Oduncu (vgl. 1998, 145). Was der Tod bedeutet, kann man mit seinen Sinnen nicht erfassen. Wenn die Medizin nun der Ansicht ist, dass der Hirntod der Tod des Menschen ist, maßt sie sich nicht an, zu wissen, was der Tod des Menschen ist³³, sondern sie möchte aussagen, dass der Hirntod die Ursache, der Zeitpunkt des Todes und somit auch ein weiteres sicheres Todeszeichen ist (vgl. ebd.).

Doch Detlef B. Linke macht diesbezüglich als Neurophysiologe eine entgegengesetzte aber auch sehr interessante Bemerkung:

„Es ist erstaunlich, daß es noch Mediziner gibt, die wider aller Vernunft tatsächlich der Ansicht sind, daß es sich beim Hirntod um den naturwissenschaftlich belegten Tod des Menschen handle und nicht um eine philosophische Definition. Natürlich werden bei der Bestimmung des Hirntodes naturwissenschaftliche Geräte zur Messung eingesetzt. Natürlich ist die Auswahl der Kriterien für die Messung an naturwissenschaftlichen Parametern orientiert, und ebenso natürlich ist auch die Definition schon im Hinblick auf naturwissenschaftliche Geschehnisse erfolgt. Die Zuschreibung des Hirntodes zum Tod des Patienten steht jedoch völlig außerhalb jeder Naturwissenschaft und macht

33 Wie sich Eibach dazu äußerte (vgl. Oduncu, 1998, 145).

gerade das Mark und das 'Herzstück' des Hirntodkonzeptes aus. [...] Niemand braucht zu befürchten, bei einer Hirntoddiagnose nicht wirklich hirntot zu sein³⁴. Ob er beim Hirntod aber auch tot ist, das ist eine andere Frage und hängt davon ab, was für einen Todesbegriff man ansetzt.“ (zit. nach Hoff et al., 1994, 235)

Einerseits erkennt man durch diese Stellungnahme, dass somit auch Birnbacher mit seiner Schlussfolgerung Recht hat, dass Bedenken gegen das Hirntodkriterium sich häufig nicht gegen die wissenschaftliche Validität des Hirntodes als Kriterium richten, sondern gegen die von diesem vorausgesetzte Todesdefinition (vgl. 1994, 31): „Was immer dieses Kriterium anzeigt, es ist nicht der Tod des Menschen.“ Aus diesem Grund meint er, dass es in diesem Zusammenhang unabdingbar sei, sich zu vergegenwärtigen, was der Tod des Menschen eigentlich ist und worin er besteht.

Andererseits macht Linke in seinem Zitat auf einen wichtigen Punkt aufmerksam: Je nach dem von welchem Todeskonzept man ausgeht, ändert das die Ansicht des Menschen darüber, ab wann ein Mensch für tot erachtet wird.

³⁴ Es muss jedoch angemerkt werden, dass von manchen Seiten sogar dieser Punkt angezweifelt wird. Siehe dazu 3.2.13 Kritik an der Hirntoddiagnostik.

3.2.5 Die abstrakt-philosophische Ebene der Hirntod-Diskussion:

Todeskonzepte, Subjekt des Todes und Gehirn-Person-Relation

Bevor die verschiedenen Todeskonzepte angeführt werden, ist es vorab noch wichtig anzuführen, dass Todesdefinitionen immer an Wertvorstellungen gebunden sind und religiöse, philosophische sowie kulturelle Faktoren dabei eine große Rolle spielen (vgl. Müller et al., 2016, 1).

„Alle Todeskonzepte sind dementsprechend Setzungen; sie sind weder zwangsläufige Resultate naturwissenschaftlicher Erkenntnisse noch sind sie unbeeinflusst von Wertvorstellungen.“
(Müller et al., 2016, 1)

Ferner hängt laut Hiemetzberger die Todesbestimmung auch immer vom zugrundeliegenden Menschenbild ab (vgl. 2016, 145).

Außerdem erläutert Kreß über Werturteile:

„Wie Menschen den Tod begreifen und wie sie sich auf das Sterben und den Tod einstellen, hängt von den kulturellen, weltanschaulichen oder religiösen Leitbildern ab, die in einer Epoche jeweils anzutreffen sind.“ (2016, 100)

Speziell im Abendland galt bis in die Zeit der Moderne der Tod des Menschen als Übergang in die Welt des Jenseits, die zudem als die eigentliche Existenz interpretiert wurde. Diese Annahme war gültig, bis Gedanken u.a. von Nietzsche eine große Wandlung in eine säkulare Perspektive verursacht haben (vgl. ders., 100f.).³⁵

Todeskonzepte

Nach Körner gibt es in der Hirntod-Diskussion verschiedene Todesbegriffe, die von verschiedenen Wesensauffassungen des Menschen ausgehen (vgl. Oduncu, 1998, 155f.):

a) *Der Mensch als Person (Teilhirtod)*: Der Mensch ist tot, wenn die für die typisch menschlichen Leistungen (wie Bewusstsein, Denken, Empfinden, Sprache) verantwortliche Gehirnstrukturen (vorwiegend des Großhirns) irreversibel zerstört sind. Somit muss das gesamte Gehirn *nicht* abgestorben sein, um einen Menschen für tot zu erklären.³⁶

35 Ferner wird dieser Sachverhalt durch den Beitrag von Kreß (2016, 101-103) noch deutlicher, in dem er einen Kulturvergleich mit Japan macht.

36 Konkret spricht man hier auch vom Großhirn- beziehungsweise Hirnrindentod. In der medizinischen Praxis hätte man in diesem Fall folgendes Bild vor sich: Atmung und Herz des Patienten funktionieren selbstständig, außerdem gibt es noch erhaltene Hirnstammreflexe, jedoch sind die restlichen Gehirnfunktionen völlig erloschen (vgl. Oduncu, 1998, 81). In diese Kategorie würden anenzepale Neugeborene, Apalliker und Alzheimer-Patienten fortgeschrittenen Stadiums fallen, da ihnen höhere kognitive Leistungen fehlen, die aber dennoch seitens Teilhirtod-Verfechter für tot erklärt werden würden, um dadurch ihre Organe legitim explantieren zu können. Der Hirnrindentod ist jedoch nur eines der beiden Teilhirtodkonzepte. Das zweite Teilhirtodkonzept wird als „Hirnstammtod“ bezeichnet und ist vom Krankheitsbild dem Ganzhirtod sehr ähnlich. Anders als beim Ganzhirtod können bei einem Hirnstammtoten noch isolierte elektrische Großhirnaktivitäten durch das EEG und evozierte Potentiale nachgewiesen werden (vgl. Oduncu, 1998, 91f.). Im Falle des Hirnstammtodes wird abgewartet, bis mit der Zeit auch diese apparativ fassbaren Großhirnphänomene ausfallen, wodurch der Patient vom Teilhirtod zum Ganzhirtod übergeht (siehe dazu auch Angstwurm, 1999, 285). Die elektrischen Großhirnaktivitäten werden dabei

b) *Der Mensch als ganzheitlicher Organismus (Ganzhirntod)*: Wenn das gesamte Gehirn abgestorben ist, ist der Mensch tot, da neben dem Verlust der oben genannten typisch menschlichen Leistungen auch somit der Organismus seine ganzheitliche, übergeordnete Leib-Seele-Einheit durch Integration der Subsysteme verloren hat.

c) *Der Mensch als rein biologischer Organismus (GanzkörperTod)*: Der Mensch ist erst dann tot, wenn der endgültige Kreislaufstillstand eingetreten ist, da dadurch alle Organe absterben. Da die Lebenserhaltung der Organe auch ohne Gehirn und durch intakten Kreislauf möglich ist, ist der Funktionsausfall des Gehirns zwar unerlässlich, jedoch nicht ausreichend.

d) *Der Mensch als Summe seiner Teile (Totaltod)*: Der Mensch ist erst dann tot, wenn auch die letzte Zelle in seinem Körper abgestorben ist. Der ledigliche Ausfall des Gehirns ist unzureichend.

e) *Der Mensch als geistesbezogenes Wesen (unbestimmter Tod)*: Der Mensch verlässt seinen irdischen Körper und geht in eine andere transzendente Welt über.

Für die rein philosophische Hirntod-Debatte sind die letzten beiden Punkte wenig relevant, da Hirntod-Kritiker meist für den GanzkörperTod plädieren. Denn zu beachten ist, dass biologische Prozesse, wie intakte Spermien, die im männlichen Leichnam noch tagelang überleben können, auch nach traditionellem Todesverständnis im Körper des Menschen ablaufen (vgl. Oduncu, 1998, 105).

Verfechter des Totaltodes lehnen auch das Hirntodkonzept ab, jedoch können sie keinen genauen Zeitpunkt des Todes festlegen (vgl. ders., 178).

Der letzte Todesbegriff (*unbestimmter Tod*) wird im Prinzip nur im theologischen Kontext herangezogen und gewinnt in dieser Arbeit erst im islamischen Teil an Bedeutung.

Subjekt des Todes - zum Personenbegriff

In der Hirntod-Debatte wird oft über den Zusammenhang zwischen Person und Bewusstseinsfähigkeit sowie Handlungsfähigkeit gesprochen (vgl. Oduncu, 1998, 156). Im konkreten Fall stellt sich hier die Frage, ab wann der Mensch aufhört, eine Person zu sein, da sich somit sein Recht auf Leben und seine Erhaltung ändert.

Das Subjekt des Todes leitet sich von verschiedenen Ansichten ab, die bestimmen, was eine Person ist. Diese divergenten Meinungen sind auch der Grund dafür, warum es unterschiedliche Positionen in der Hirntod-Debatte gibt.³⁷

nicht als Lebenszeichen gedeutet, da angenommen wird, dass ohne quantitatives Bewusstsein (Wachheit) die Funktion des qualitativen Bewusstseins (Denken, Fühlen) nicht möglich ist. Der Hirnstammtod wird beispielsweise in Großbritannien als Tod des Menschen erachtet (vgl. ders., 84).

³⁷ Aufgründessen behaupten Kurthen und Linke auch, dass es kein *einheitliches* hirnorientiertes Todeskonzept gibt

Nach *Platon* kann die Person als immaterielle Seelensubstanz den Tod des empirischen Menschen überleben (vgl. Birnbacher, 1994, 32). Gemäß dem platonisch-metaphysischen Personenbegriff ist die Seele unsterblich sowie das Eigentliche am Menschen (vgl. Müller et al., 2016, 7f.). Wenn der Mensch stirbt, befreit er sich von seiner sterblichen Hülle.³⁸

Eines der oben genannten Todeskonzepte, das den Menschen als geistesbezogenes Wesen ansieht, leitet sich aus dieser platonisch-metaphysischen Seelenlehre ab. Verfechter dieser Seelenlehre sind der Überzeugung, dass die Person mit einer Geistsubstanz gleichzusetzen ist, welche mit dem organischen und dem Bewusstseinsleben eines Menschen eine temporäre Verbindung eingeht (vgl. Birnbacher, 1994, 37). Sie kann auch das Erlöschen des Gehirns und des Bewusstseins überdauern und sich eventuell erst gewisse Zeit nach dem Hirntod vom Körper trennen. Erst diese Trennung von Leib und Seele bedeutet ihrer Ansicht nach den Tod des Menschen.

Birnbacher meint zu diesem Todesverständnis, dass der Begriff der personalen Geistsubstanz hochgradig spekulativ und inhaltlich zu unklar ist, um erkennen zu können, wie der Zeitpunkt, zu dem eine derartige Seele den Körper verlässt, zuverlässig bestimmt werden kann (vgl. ebd.). Die naturwissenschaftlich-medizinische Todesfeststellung, die empirischer Kriterien bedarf, kann eine Person mit dieser Todesdefinition im Prinzip zu keinem Zeitpunkt für tot erklären.³⁹

Aristoteles und *Kant* vertreten die Meinung, dass die Person ein Subjekt darstellt, dem Handlungen zugerechnet werden können (vgl. Oduncu, 1998, 163). Der Mensch ist nach ihrer Auffassung eine Person allein aufgrund seiner menschlichen Artnatur und das Vorhandensein oder Fehlen eines Bewusstseins und anderer Eigenschaften ist aufgrund seiner Artnatur irrelevant. Der Tod bedeutet nach *Aristoteles* das *gemeinsame* Zugrundegehen von Leib und Seele (vgl. Müller et al., 2016, 7).

Nach *Locke* und *Leibniz* hingegen ist eine Person ein Subjekt, dem intakte aktuelle Bewusstseinsleistungen nachzuweisen sind (vgl. Oduncu, 1998, 163). Dieser Personenbegriff ist jedoch mit einem großen Problem behaftet, da sich hier die Frage stellt, wie jene Menschen eingeordnet werden, dessen Bewusstsein vorübergehend ausgefallen oder im Schlaf inaktiv ist. Verfechter des Teilhirntodkonzepts vertreten dieses Personenverständnis.

Ein weiterer und im Vergleich zu den anderen noch sehr junger Personenbegriff leitet sich von *Singer* ab und wird als „kognitivistisch“ bezeichnet (vgl. Birnbacher, 1994, 32). Er ist der Ansicht, dass als Personen nur jene Wesen gelten, die empfindungsfähig sind (vgl. Oduncu, 1998, 164). In dieser Philosophie geht es eigentlich darum, Schmerz- und Leidempfinden so weit wie möglich zu

(vgl. 1994, 91).

38 Ferner erläutern Müller und Rath, dass in der Antike die Seele als Lebenskraft verstanden und das Wort Psyche als Synonym dafür verwendet wurde (vgl. 2016, 7). Das Wort Psyche ist etymologisch mit dem Wort *psycho* verwandt, was „atmen“ bedeutet. Aus diesem Grund wurde die Trennung von Seele und Körper auch als „Ab- oder Ausatmen“ verstanden.

39 Der Fortbestand der Seele des Menschen nach seinem physischen Tod wird (vielleicht auch deshalb) in der Hirntod-Debatte ausgeklammert. Müller und Rath sehen in diesem Sachverhalt jedoch den Grund für die Skepsis im Hirntodkonzept (vgl. 2016, 2).

minimieren. Nach Singer haben nur jene Menschen das Recht auf Lebensschutz, die die Fähigkeit haben, sich Gedanken über ihre Zukunft zu machen, und die zudem im Stande sind, die Fortsetzung ihres Daseins zu wünschen. Zu beachten ist, dass nur *aktuell* empfindungsfähige Träger von Selbstbewusstsein als Person gelten. Neugeborene und Föten gehören somit nicht in die Kategorie „Person“, da sie noch kein Selbstbewusstsein haben.⁴⁰ Ferner erklärt Singer:

„Wenn ein Wesen unfähig ist, sich selbst als in der Zeit existierend zu begreifen, brauchen wir nicht auf die Möglichkeit Rücksicht zu nehmen, daß es wegen der Verkürzung seiner künftigen Existenz beunruhigt sein könnte.“ (zit. nach Oduncu, 1998, 164)

Was die Frage anbelangt, gemäß welchem Personenverständnis Hirntod-Befürworter und -Gegner ihre Meinung begründen, ist interessanterweise festzustellen, dass sie sich *beide* auf Aristoteles und Kant berufen (vgl. Hoff et al., 1994, 14; Oduncu, 1998, 172), wobei bei den Verfechtern des Hirntodkonzepts zudem die Gedanken von Locke und Singer anzutreffen sind:

Oduncu meint auf der einen Seite, dass Leib (Organismus) und Seele (was er als Bewusstsein versteht) nicht unabhängig voneinander betrachtet werden dürfen (vgl. 1998, 172). Sie stellen für ihn eine untrennbare Einheit dar. Der Körper kann dabei im Vergleich zum Bewusstsein sogar wichtiger erachtet werden, da er dem Bewusstsein vordergründig ist und ihn erst ermöglicht. Oder wie es Wils sagt: „Der Leib ist die sichtbare Personalität.“ (1994, 143). Doch andererseits macht Oduncu auch ausdrücklich darauf aufmerksam, dass mit dem Hirntod u.a. die Fähigkeit des Menschen zu sittlichem Handeln, *Selbstreflexion und das Wissen um den eigenen Tod* endet (vgl. 1998, 12). Durch diese Aussage scheint er offensichtlich auch teilweise das Personenverständnis von Singer und Locke zu vertreten, obwohl er an einer anderen Stelle ganz deutlich bekundet, dass er gegen diese Ansicht ist (siehe Oduncu, 1998, 172).⁴¹

Auch Birnbacher bekundet, dass er das Subjekt des Todes sowohl als leiblich-seelische Ganzheit, als auch (in der Regel) bewusstseins- und selbstbewusstseinsfähiges Lebewesen ansieht:

„Mögen auch nicht ausnahmslos alle lebenden Menschen zu Bewußtsein und Selbstbewußtsein fähig sein, so ist doch der Mensch insgesamt nicht nur durch seine körperliche Beschaffenheit, sondern durch die Fähigkeit zu Bewußtsein und Selbstbewußtsein charakterisiert. [Aber] auch der 'personale' Aspekt ist nur ein Teilaspekt des Menschen und nicht der ganze Mensch.“ (1994, 32)

Doch Birnbacher stellt an allen drei Personenbegriffen auch Mängel fest, da sie alle für ihn zu unzureichend erscheinen:

„Keiner dieser – zu bestimmten Zwecken konstruierten – Personenbegriffe vermag die begriffliche Rolle des Subjekts von Tod und Leben in ihrer primären, nichtmetaphorischen Bedeutung zu übernehmen. Das Subjekt von Leben und Tod in dem für Alltagsdenken und Medizin einzig relevanten Sinn ist der leibhaftige Mensch, nicht der physische Körper, nicht eine seiner kommenden

40 Für die Kritik an Singers Gedanken siehe 3.2.8 Kritik an der Berufung auf das (Selbst-)Bewusstsein.

41 Diese offenkundige Paradoxität wird in 3.2.8 Kritik an der Berufung auf das (Selbst-)Bewusstsein ausführlicher behandelt.

und gehenden Fähigkeiten und auch nicht eine der Erfahrungen unzugängliche metaphysische Seelensubstanz.“ (1994, 33)

Somit kann am Ende ausgesagt werden, dass Ansichten von Hirntod-Verfechtern nicht gänzlich einem oder zwei Personenbegriffen zuzuordnen sind. Sie selbst sprechen von einer „Synthese“ (vgl. Oduncu, 1998, 171). Hirntod-Kritiker kann man hingegen ganz klar als Vertreter des aristotelisch-kantischen Personenverständnisses klassifizieren.

Gehirn-Person-Relation

Das Gehirn wird in dieser Thematik als Sitz des Bewusstseins beziehungsweise der Seele eingestuft.⁴²

Diese Annahme kann historisch auf *Descartes* zurückgeführt werden. Denn er ordnete die unteilbare Seelensubstanz gleichsam einem Punkt im Gehirn (der Zirbeldrüse) zu, von dem aus sie sich über den ganzen Körper ausbreitet (vgl. Hoff et al., 1994, 247). Vor *Descartes* dachte man, der Sitz der Seele sei in der Mitte eines Lebewesens, in seinem Herzen (vgl. Müller et al., 2016, 6).⁴³

Aber auch aus naturwissenschaftlicher Sicht wird dies bestätigt. Denn nach Kurthen und Linke sind die Eigenschaften, die den Menschen ausmachen, entweder identisch mit bestimmten Eigenschaften des (intakten) Gehirns oder zumindest werden sie durch das funktionierende Gehirn in noch ungeklärter Weise realisiert oder hervorgebracht (vgl. Oduncu, 1998, 174).

Eine andere Begründungsbasis führt Angstwurm an:

„Beim Menschen schließlich ist für sein Leben in dieser Welt das Gehirn die notwendige und unersetzliche körperliche Grundlage für alles, was an ihm geistig ist. Geist meint hier alles, was den Menschen grundlegend von jedem anderen Lebewesen unterscheidet; so verstanden gehören dazu auch die Seele und die Person, wenn und wie auch immer man sie vom menschlichen Geist unterscheidet. Diese Bedeutung des Gehirns hängt nicht davon ab, ob der Mensch (nach der dualistischen Vorstellung) aus Körper und aus Geist wie aus zwei Teilen zusammengesetzt ist, oder (nach der monistischen Auffassung) eine Einheit von Körper und Geist darstellt. Denn in dieser Welt kann der Geist, kann die Seele, kann die Person nicht ohne Gehirn wirken.“ (1994, 44)

Angstwurm ist somit nicht ganz klar der Auffassung, dass das Gehirn der *Sitz* des Geistigen ist, sondern vielmehr die nötige physische Voraussetzung, um den Geist oder die Seele in der Welt wirken zu lassen. Doch trotz Plausibilität dieser Sichtweise, ist die Beschränkung des menschlichen Seins auf das (von außen sichtbare) Wirken etwas problematisch, was sich später in der Kritik der Hirntod-Gegner zeigen wird.

⁴² Siehe hierfür auch Oduncu, 1998, 36f.

⁴³ An dieser Stelle ist jedoch anzuführen, dass man sich nach *Descartes* durch die metaphysikkritische Philosophie des 20. Jahrhunderts vom Versuch gelöst hat, das „Subjekt“ des Denkens und Empfindens räumlich-körperlich zu orten (vgl. Hoff et al., 1994, 247). So wurde das „Bewusstseinssubjekt“ nicht als ein Teil der Welt, sondern als etwas gedeutet, was die Welt zu der eigenen Welt werden lässt.

3.2.6 Argumentative Schilderung des Hirntodkonzepts

In diesem Abschnitt soll gemäß Aussagen der Verfechter des Hirntodkonzepts argumentiert werden, warum der alleinige Ausfall eines Organs, nämlich des Gehirns, ihrer Ansicht nach für die Für-tot-Erklärung des ganzen Organismus beziehungsweise des Menschen ausreichen sollte.

Sterben als Prozess

Das Hirntodkriterium basiert auf der Auffassung, dass der Tod des Menschen nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt abrupt, sondern innerhalb einer schrittweisen Abfolge stattfindet.⁴⁴ So wird angenommen, dass das Sterben als „Kontinuum“ geschieht (vgl. Schroth, 2016, 68).

Man spricht hier auch von den verschiedenen „Stufen des Todes“⁴⁵ (vgl. Oduncu, 1998, 146), da der Todeseintritt nicht alle Teile des Körpers zur gleichen Zeit und im gleichen Maß erfasst, was durch die unterschiedliche Sauerstoffmangel-Toleranz der verschiedenen Körperteile verursacht wird. Das ist auch der Grund, warum in einigen Körperteilen des Leichnams ein gewisses Restleben noch verbleibt, wie intaktes Knorpelgewebe und lebende Spermien⁴⁶. Es kann erst von „Totaltod“ die Rede sein, wenn auch die letzte Zelle im Organismus gestorben ist. Doch zu beachten ist, dass chemische Prozesse häufig noch sogar bei Mumien festzustellen sind (vgl. Schroth, 2016, 69).

Eine graphische Darstellung von Jox (2016, 40) verschafft zu diesem Thema mehr Klarheit:



Abbildung 5: Stufen des Todes

Die Abbildung zeigt auch nebenbei verschiedene Ereignisse entlang dieses Prozesses an, die als mögliche Kriterien zur Todesfeststellung in Frage kommen können.

44 Diese Auffassung gründet auf der Erkenntnis einiger Ärzte (u.a. Albrecht von Haller) aus der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. Sie gingen von einem „sukzessiven Vergehen des Lebens“ aus (vgl. Müller et al., 2016, 12). Den Tod erachteten sie als einen „stufenhaften und dezentral nach Organen gegliederten Prozess“. Es wurde sogar ein umfassendes Modell eines „Stufen- und Partialtodes“ seitens Johann August Unzer im Jahr 1771 entwickelt, worin er zwischen geistigem (Verlust kognitiver Fähigkeiten), sinnlichem („Entseelung“, lokalisiert im Gehirn) und vollständigem Tod unterschied. Dabei können sinnlicher und vollständiger Tod zusammenfallen, aber auch zeitlich aufeinander folgen (vgl. ders., 12f.).

45 Obwohl dieser Begriff bei Oduncu auf diese Weise wiedergegeben wird, ist zu beachten, dass er eigentlich „Stufen des Sterbens“ meint, was er etwas weiter unten auch selbst erläutert.

46 Intakte Spermien können sogar zehn Tage nach der Beerdigung gewonnen werden (vgl. Schroth, 2016, 69).

Hirntod-Verfechter argumentieren in diesem Sinne, obgleich der Mensch nach Todeseintritt kein kranker Patient, sondern sozusagen eine „Leiche im Dauerzustand“ ist, schließt das nicht aus, dass noch Lebensvorgänge auf anderen, untergeordneten Organisationsstufen vorhanden sein können (vgl. Oduncu, 1998, 146).

Oduncu meint, dass es in dieser Hinsicht hilfreich ist, zwischen „Prozess des Sterbens“, „Todeseintritt“ und „Totsein“ zu unterscheiden (vgl. ders., 146f.). Dabei kommt der Todeseintritt erst zustande, wenn der Prozess des Sterbens beendet ist. Der Sterbeprozess ist hingegen durch den endgültigen Ausfall der drei Zentralorgane beendet. Diese drei Zentralorgane sind das Herz, die Lunge (wechselseitig bedingt) oder das Gehirn, die als klassische „Eintrittspforten des Todes“ („*atria mortis*“) bezeichnet werden.

Der dissoziierte Hirntod

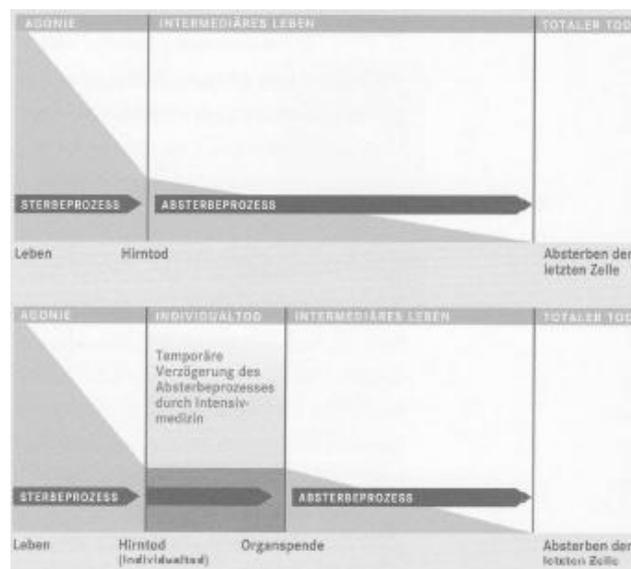


Abbildung 6: Der dissoziierte Hirntod

(Abbildung entnommen aus Schlake et al., 2001, 13)

Der Hirntod tritt unabhängig und mit „erheblicher zeitlicher Latenz“ vor dem Absterben des restlichen Körpers ein (vgl. Schlake et al., 2001, 15), was auch als „dissoziierter Hirntod“ bezeichnet wird und von *Mollarét* und *Goulon* entdeckt wurde. Die beiden französischen Ärzte haben bei der Obduktion eines Hirntoten festgestellt, dass ihr Gehirn „regelmäßig nekrotisch“ oder infolge der Abbauvorgänge bereits verflüssigt war (vgl. Oduncu, 1998, 148).⁴⁷ Aufgrund dieser

⁴⁷ Es stellt sich an dieser Stelle die entscheidende Frage, ob jene Hirntote, die damals von den beiden Ärzten obduziert wurden, in dieselbe Kategorie fallen, wie z. B. jene, die heutzutage als „chronische Hirntote“ gelten. Denn diesbezüglich sollte man aus meiner Sicht zwei Punkte unbedingt beachten: 1) Zu dieser Zeit (1959) wurden beziehungsweise konnten Hirntote nicht so lange am Leben erhalten werden wie heute, denn erst jetzt ist die Rede von „chronischen Hirntoten“. Hier stellt sich die Frage, woran das gelegen ist, was eine andere Thematik ist und deshalb hier nicht näher erörtert wird. Aber eine noch viel wichtiger Frage ist, wie heutzutage chronische Hirntote weiterhin am Leben erhalten werden können, wenn (oder falls) sie ein verflüssigtes, also demnach verwesenes Gehirn haben, das eigentlich den restlichen Körper aufgrund der Verwesung mit

Befunde kamen sie zu der Erkenntnis, dass bei einem irreversibel komatösen Patienten das Gehirn vor allen anderen Organen abstirbt. Oduncu meint an dieser Stelle, dass man in diesem Fall „nur eine Leiche beatmet hätte“ (vgl. ebd.). Angstwurm spricht laut Oduncu in Bezug auf den Hirntod auch von einer „inneren Enthauptung“, „deren Auswirkungen auf den Rumpf und die Kopfweichteile intensiv-medizinisch verhütet werden“ (vgl. ders., 149).

Das „übergeordnete“ Gehirn: Das Argument der „Integrationsfunktion“ und des irreversiblen Bewusstseinsverlustes

Bevor eines der wichtigsten Argumente der Hirntod-Befürworter (Gehirn als „Ganzheitsorgan“) angeführt wird, soll zuvor die besondere Stellung des Gehirns im Vergleich zu Herz und Lunge erörtert werden: Der Ausfall des Herzens und der Lunge können durch die moderne Intensivmedizin nicht nur revidiert und ihre Tätigkeit langfristig substituiert werden⁴⁸, durch die Transplantationsmedizin können die beiden Organe sogar als Ganzes ersetzt werden, was im Gegensatz zum Gehirn unmöglich ist (vgl. Oduncu, 1998, 151).⁴⁹ Im Falle einer Herztransplantation wird die Herztätigkeit sogar vorübergehend vollständig stillgelegt und der Kreislauf ohne das Herz rein maschinell für mehrere Stunden im Körper des Organempfängers aufrechterhalten, bis das neue Herz eingepflanzt wird (vgl. ders., 185f.). Außerdem könnte man das Herz sogar aus dem Körper ausschneiden und unter entsprechenden Laborbedingungen mehrere Stunden lang schlagen lassen (vgl. ders., 176). All diese Dinge sind für das Gehirn undenkbar.

Für Hirntod-Befürworter stellt die übergeordnete Regelungs- und Steuerungsfunktion des Gehirns ein wichtiges Argument für das Hirntodkonzept dar, da aus ihrer Sicht aufgrunddessen die „Ganzheitlichkeit“ des Menschen im Falle des Hirntodes aufgehoben ist:

„Das Gehirn steuert und reguliert zentral die Lebensvorgänge im Körper und faßt sie biologisch zu einem übergeordneten – beim Menschen – bewußtseins- und selbstbewußtseinsfähigen Organismus zusammen.“ (Oduncu, 1998, 151)

Nach Körner war der Tod des Menschen schon immer auch ein Hirntod und nie nur ein Lungen-

Bakterientoxine, theoretisch gesehen, infizieren sollte (und letztenendes zum Gantzod führen sollte).
2) Zu beachten ist, dass Hirntote im Falle der beiden französischen Ärzte von selbst gestorben sein müssten, da es bis dahin rechtlich keine Genehmigung gab, ihre lebenserhaltenden Maßnahmen zu beenden. Man könnte also davon ausgehen, dass hier der gesamte Organismus dieser Hirntote aufgrund der bakteriellen Infektion durch das verflüssigte Gehirn abgestorben ist. Dies könnte ein Indiz für den entscheidenden Faktor in der Differenzierung zwischen diesen Hirntoten und chronischen Hirntoten heutiger Zeit sein. Falls diese Überlegungen sich jedoch als hinfällig erweisen sollten, muss zugegeben werden, dass die beginnende Verflüssigung des Gehirns durch Eintritt des Hirntodes das stärkste Argument für das Hirntodkonzept ist. Außerdem müsste man in dem Fall jegliche Hoffnung aufgeben, in Zukunft durch Weiterentwicklung der medizinischen Technologie den Hirntod wie zuvor den Herz- und Kreislaufstillstand revidieren zu können. Die Irreversibilität des Hirntodes wäre damit endgültig bewiesen.

48 Sogar bei vollständiger Zerstörung der Lunge und des Herzens können mithilfe einer Herz-Lungen-Maschine beide Funktionen vollständig ersetzt werden (vgl. Oduncu, 1998, 151).

49 In der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates heißt es, dass das Gehirn das einzige Organ ist, dass im Falle einer technischen Substituierung der Verlust der vorherigen personalen Identität hervorgerufen werden würde (vgl. 2015, 77).

und Herztod (vgl. ders., 149). Das liegt an der Tatsache, dass mit dem Verlust der physiologischen Regelungs- und Steuerungsfunktionen des Zentralnervensystems ein Überleben des Organismus ausgeschlossen ist. Jedes Empfinden und Denken sowie jede Bewusstseinsfähigkeit ist laut Körner damit zwangsläufig verloren gegangen (vgl. Oduncu, 1998, 149).

Anzumerken ist, dass man in beiden Aussagen die deutliche Hervorhebung des Bewusst- und Selbstbewusstseins erkennt, das im Gehirn lokalisiert wird und in der Hirntod-Thematik neben der Integrationsfunktion des Gehirns als entscheidender Faktor in der Begründungsbasis für das Hirntodkonzept genannt wird.

Doch der Mensch kann gemäß Befürworter des Hirntodkonzepts nur dann als ganzheitliches Wesen bezeichnet werden, wenn er nicht nur bewusstseins- und selbstbewusstseinsfähig ist, sondern auch empfindungs- und schmerzfähig. Jedoch wird nach ihrer Ansicht diese Ganzheitlichkeit durch den Hirntod aufgehoben, da jegliche Empfindungen des Menschen sich als „eine emergente Erscheinungsweise auf dem Boden integrativer und regulativer Gehirnvorgänge“ verstehen lassen (vgl. Oduncu, 1998, 175). Weiter heißt es bei Oduncu:

„Die Integrationsfunktion mit dem Ziel der Ganzheitlichkeit ist verloren gegangen, weil alle zuführenden Impulse (Afferenzen) aus dem Inneren des Organismus und aus der Umwelt nicht mehr integrativ verschaltet und adäquat beantwortet werden können.“ (ebd.)

3.2.7 Kritik an der „überbewerteten“ Darstellung des Gehirns

Die beiden Neurologen Martin Kurthen und Detlef B. Linke bezweifeln, dass man ein einzelnes Organ zum „Ganzheitsorgan“ erklären kann und meinen, dass die Einheit des Körpers sich nicht auf die Funktion eines „monarchisch missverstandenen Organs“ reduzieren lasse (vgl. Hoff et al., 1994, 14).

Kritik an der unverzichtbaren Integrationsleistung des Gehirns

Die Biologen Gerhard Roth und Ursula Dicke sind der Meinung, dass die These von der unverzichtbaren Integrationsleistung des Gehirns bei der Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen des Gesamtorganismus aus biologischer Sicht nicht der Wahrheit entspräche (vgl. ders., 13). Gemäß Roth und Dicke, kann man nicht sagen, dass der Mensch solange lebt, solange sein Gehirn lebt, da aus biologisch-system-theoretischer Sicht die Fähigkeit zur Selbsterstellung und Selbsterhaltung eines Organismus auf der Basis einer Interaktionsweise als Charakteristikum für Leben verstanden wird, die zwischen den einzelnen Komponenten, Moleküle, Gewebe und Organe, abläuft (vgl. 1994, 52). Und diese Interaktion funktioniert laut den beiden Autoren so, dass diese einzelnen Komponenten sich dadurch selbst herstellen und erhalten, indem sie zur Herstellung und Erhaltung aller *anderen* biologischen Komponenten beitragen:

„Mit anderen Worten: das Herz erhält sich dadurch, daß es zur Erhaltung von Leber, Niere, Gehirn usw. beiträgt, und dies gilt umgekehrt jeweils für Leber, Niere, Gehirn usw. Leben ist somit eine 'emergente Eigenschaft' der Interaktion physikalisch-chemischer Komponenten im autopoietischen Netzwerk. Leben hört auf, wenn das Netzwerk der gegenseitigen Herstellung und Erhaltung zusammenbricht, und dies ist der Fall, wenn ein konstitutives Organ ersatzlos ausfällt.“ (Roth et al., 1994, 53)

Somit kann laut den beiden Biologen das Gehirn nicht die entscheidende Instanz für die Aufrechterhaltung des biologischen Lebens des Menschen sein, da es innerhalb des autopoietischen Netzwerks ein Organ wie jedes andere ist und deshalb im Prinzip ersetzbar oder sogar „entbehrlich“ ist (vgl. ebd.).⁵⁰

Aber eines der bemerkenswertesten Naturerscheinungen, die sich sogar direkt auf den Menschen bezieht und eventuell als Beweis dafür gedeutet werden kann, dass für einen intakten biologischen Organismus kein (vollständiges) Gehirn nötig ist, sind anenzepale Neugeborene.⁵¹

Der amerikanische Neurologe *Alan Shewmon* lieferte zudem empirische Befunde, die gegen eine biophilosophische Begründung, wonach das Gehirn der Integrator des gesamten Organismus darstellt, sprechen (vgl. Jox, 2016, 38). Denn nach *Shewmon* dienen zwar die durch ein intaktes Gehirn gesteuerten somatischen Prozesse der Gesundheitserhaltung⁵², jedoch kommen die Prozesse, die das biologische Leben des Organismus bilden, auch ohne Mitwirken des Gehirns aus (vgl. Stoecker, 2016, 85).

Das integrative Rückenmark

Eine weitere Erklärung von Hirntod-Kritikern, inwiefern der biologische Organismus auch ohne Mitwirken des Gehirns im Stande sein soll, in gewisser Weiser sich selbst zu erhalten, lässt sich laut ihren Aussagen in Prozessen des Rückenmarks erkennen:

„Eine Reihe von Funktionen, die auf der Ebene des Rückenmarks oder – wie das Immun- oder Stoffwechselsystem – auf dem Niveau nichtneuronaler Prozesse anzusiedeln sind, bleiben auch

50 Es könnte jedoch als Gegenargument zu der Argumentation der beiden Autoren paradoxerweise folgender Einwand kommen: Laut ihren Aussagen bricht das autopoietische Netzwerk zusammen, wenn ein konstitutives Organ ersatzlos ausfällt, was im Prinzip beim irreversiblen Hirntod der Fall ist, da das Gehirn (unter den gegenwärtigen technologischen Bedingungen) nicht ersetzbar ist.

51 Anenzepale Neugeborene haben starke Missbildungen im Kopfbereich. Dabei fehlt der knöcherne Gehirnschädel sowie das Großhirn und Hirnhäute völlig, womit sie im Prinzip in die Kategorie der Teilihirtoten fallen. Zudem haben sie hochgradige Missbildungen im Klein-, Mittel- und Zwischenhirn. Der Hirnstamm ist jedoch aktiv, wodurch die Eigenatmung für eine gewisse Dauer möglich ist. Das bedeutet, dass sie sogar *ohne* intensivmedizinische Unterstützung leben, sogar weinen und schreien wie andere Neugeborene. Fakt ist jedoch, dass 95 Prozent innerhalb der ersten Woche sterben, falls ab da keine intensivmedizinische Therapie angesetzt wird. Was das oben angeführte Argument anbelangt, kann auch hier selbstverständlich der Einwand kommen, dass durch die Tatsache, dass anenzepale Neugeborene nach nur wenigen Tagen sterben, dies als Indiz dafür gedeutet werden kann, dass ohne (vollständiges) Gehirn der menschliche Organismus – auch im biologischen Sinne – zugrunde geht.

52 Auch hier könnte man ein Gegenargument bringen: Ohne Prozesse für die Gesundheitserhaltung des Organismus – wofür laut Aussagen des Autors das Gehirn sorgt –, wäre dieser ohnehin dem Tode geweiht, was wiederum *für* das Hirntodkonzept sprechen würde. Jedoch ist zu beachten, dass Hirntod-Gegner genau an diesem Punkt das Hirntodkonzept kritisieren: Jemand, der dem Tode geweiht ist, ist noch lange nicht tot und aus diesem Grund kann man einen irreversibel komatösen Patienten nicht für tot erklären.

nach dem Absterben des Gehirns bis zu einem gewissen Grad intakt.“ (Hoff et al., 1994, 185)

Es ist ferner die Rede von einer Wiederherstellung der Rückenmarksfunktionen, die *nach* dem Hirntod eintreten:

„Es gibt sogar Funktionskomplexe, die sich nach dem Eintritt des 'Hirntodes' wieder neu formieren, so daß man – informationstheoretisch betrachtet – eine autonome Veränderung des spezifischen 'Selektionsverhaltens' des Organismus gegenüber Informationen aus seiner Umwelt beobachten kann.“ (ebd.)⁵³

Diese erhöhte Sensibilität des System gegenüber seiner Umwelt wird als Zeichen „gesteigerter Lebenskraft“ gedeutet (vgl. ders., 242). Doch Hirntod-Verfechter meinen an dieser Stelle, dass es sich hierbei um die Tätigkeit von Teilsystemen handelt (vgl. ders., 185). Die zum Teil äußerst komplexe Organisation dieser Funktionen kann aber laut Aussagen von Hoff und in der Schmittens nur durch Interaktion der restlichen Teilsysteme auf der Ebene des Gesamtorganismus aufrechterhalten werden und für dieses Zusammenwirken bedarf es keiner zentralen Vermittlungsinstanz (vgl. ebd.). Es genüge lediglich, dass die durch den Blutkreislauf vermittelte Interaktion zwischen den Teilsystemen erhalten bleibt.

Aus diesem Sachverhalt heraus kommen die beiden Autoren zu folgendem Schluss:

„Die Frage, der 'Einheit' oder 'Lebendigkeit' eines Systems entscheidet sich daran, ob es zur Selbstintegration fähig ist. [...] Der Grad der Integrationsfähigkeit eines lebenden Systems bemißt sich nach der Anzahl der möglichen Zustände, die es durchlaufen oder bestehen kann, ohne seine Integrationsfähigkeit endgültig zu verlieren. Daß diese Zahl bei einem 'Hirntoten' – verglichen mit einem Gesunden – beträchtlich verkleinert ist, unterscheidet jenen nicht grundsätzlich von anderen intensivmedizinisch behandelten Patienten.“ (1994, 184-185)

Dass lediglich geringe Zustandsveränderungen aufgrund veränderter Umweltbedingungen den vollständigen und irreversiblen Zusammenbruch aller Körperfunktionen eines Hirntoten hervorrufen, sei zwar eine Tatsache, doch es sei laut den beiden Autoren nicht gerechtfertigt, die Einheit eines Organismus schon in dem Augenblick als zusammengebrochen zu bezeichnen, wo mit ihrem Zusammenbruch jederzeit gerechnet werden muss (vgl. ders., 185).

Der Neurologe *Shewmon* soll sogar erkannt haben, dass der restliche Körper des hirntoten Patienten auch dann am Leben bleibt, wenn das Gehirn durch eine komplette Rückenmarksdurchtrennung im Bereich der oberen Halswirbelsäule (hier spricht man von einer hohen Querschnittslähmung) vom Rest des Körpers getrennt wird (vgl. Jox, 2016, 39). Der Grund dafür liegt nach seinen Aussagen daran, dass es auch unterhalb des Gehirns neuronale Netzwerke gibt (z. B. im Rückenmark oder im Darmnervensystem, welches mehr Nervenzellen als

⁵³ Im konkreten Fall ist hier die Rede von der Wiederherstellung der Rückenmarksreflexe bei Hirntoten – ähnlich wie bei Querschnittsgelähmten. Dabei führt ein mechanischer Reiz zu einer Destabilisierung des Gesamtzustandes, auf die der Organismus durch einen Zustandswechsel reagiert, der ihn erneut in ein stabiles Gleichgewicht bringt (vgl. Hoff et al., 1994, 242).

das Gehirn hat), die eine autonome Steuerungsfunktion ausüben. Es wird sogar darüber berichtet, dass selbst ohne ein Nervensystem viele Organe beziehungsweise organische Systeme eine Autoregulationsfähigkeit haben, was bedeutet, dass sie auch ohne das Gehirn auskommen können (vgl. ebd.).

Es ist hier jedoch sehr wichtig anzumerken, dass die Forschungsergebnisse von *Shewmon* auch stark kritisiert werden. So meint der Deutsche Ethikrat, dass seine Berichte über den Fortbestand verschiedener Körperfunktionen nach Eintritt des Hirntodes nicht einschlägig seien, da die dort dargelegten Funktionen nicht das physiologisch autonome Verhalten, sondern ausschließlich somatisch-reaktive Funktionen betreffen (vgl. 2015, 77f.). Sie sind laut Deutscher Ethikrat damit eigentlich nicht integrierend, wie von *Shewmon* behauptet. Außerdem meint die Kommission, dass es fatal wäre, solche Funktionen zum definierenden Merkmal des Lebens zu machen, da in der heutigen modernen Medizin und Forschung die isolierte Funktion von Organen und Geweben über lange Zeit aufrechterhalten werden kann (vgl. ebd.). Schroth meint dazu:

„Die körperlichen Fähigkeiten nach Eintritt des Hirntodes entspringen [...] gerade nicht einer Eigenleistung des Organismus, es wird vielmehr lediglich der Anschein eines lebenden Körpers durch externe Substitution erweckt.“ (2016, 75)

Somit wird das Vorhandensein dieser restlichen, integrierenden Teilsysteme des Organismus an die intensivmedizinische Einwirkung gebunden.

Doch Jox⁵⁴ betont in diesem Zusammenhang, dass sich der menschliche Organismus aus heutiger wissenschaftlicher Sicht eher als ein „Ensemble vielfach verschränkter, teils autonomer, teils interdependenter Systeme“ bezeichnen lässt, ohne dass es eine zentrale „Schaltstelle“ der Steuerung und Integration gäbe oder diese unbedingt braucht (vgl. 2016, 39). Denn selbst wenn diese Restfunktionen nur durch Einwirkung der Intensivmedizin erst möglich sind, entkräftet laut dem Autor allein ihre Existenz das Argument der unverzichtbaren integrierenden Funktion des Gehirns.

54 deutscher Neurologe und Medizinethiker

3.2.8 Kritik an der Berufung auf das (Selbst-)Bewusstsein

Hoff und in der Schmittgen sind der Meinung, dass die Berufung auf den Verlust des Bewusstseins und somit die Bestimmung des Bewusstseins als Wesensmerkmal des Menschlichen ein wissenschaftlicher und philosophischer Holzweg sei (vgl. 1994, 202). Sie nennen dabei zwei Gründe, die diese Argumentation aus ihrer Sicht für fragwürdig erklären:

(1) Fakt sei, dass sich die Lokalisierung des Bewusstseins in bestimmten Hirnstrukturen naturwissenschaftlich nicht verifizieren lässt (vgl. ebd.). Laut Aussagen der beiden Biologen Roth und Dicke ist es aus Sicht der vergleichenden Forschung nicht nachvollziehbar, bestimmte kognitive Leistungen des Gehirns zum ausschlaggebenden Kriterium des spezifisch Menschlichen zu erklären (vgl. ders., 13). Sie sprechen ferner die Schwierigkeit an, Bewusstseinsphänomene in bestimmten Hirnstrukturen zu lokalisieren.

Hoff und in der Schmittgen gehen in diesem Diskussionspunkt sogar einen Schritt weiter und stellen sich die grundsätzliche Frage, inwiefern die Wissenschaft tatsächlich Auskunft über die Zuordnung von Bewusstseinsereignissen zu den Strukturen des Körpers hat (vgl. ders., 202f.). Zudem meinen sie, dass das dezerebrierte Rückenmark eines Hirntoten eventuell auch dazu fähig sein könnte, rudimentäre Empfindungen zu vermitteln. Denn neuere, systemtheoretische beziehungsweise synergetische Theorien zur Organisation des Nervensystems zeigen, dass sich die Organisationsstruktur des Rückenmarks nicht prinzipiell von der Organisationsstruktur des Gehirns unterscheidet (vgl. ders., 203).

Einerseits aufgrund der Tatsache, dass schon seit dem 19. Jahrhundert erbittert über die Existenz einer „Rückenmarksseele“ diskutiert wird, und andererseits durch diese neuen Erkenntnisse in der Naturwissenschaft, erkenne man laut Aussagen der Autoren, wie problematisch es ist, sich in Fragen der ethischen Handlungsorientierung vorbehaltlos den kontingenten Erkenntnissen der Naturwissenschaften anzuvertrauen (vgl. ebd.). Hinzu käme noch, dass Physiologen unter „Empfindungen“ und „Bewusstsein“ in Wirklichkeit nur neurologische Prozesse meinen, die in Untersuchungsbedingungen von Empfindungen und Bewusstsein lediglich *begleitet* sind:

„Wir können mit Hilfe neurophysiologischer Untersuchungsverfahren nachvollziehen, wie wir Reize klassifizieren und koordinieren, wie spezifische Reaktionen zustande kommen und welche Gehirnareale daran beteiligt sind. Doch wir können uns auf diesem Wege keinerlei Erkenntnis über das 'Wesen von Empfindung und Bewußtsein' selbst verschaffen. Daß es überhaupt so etwas wie Empfindung oder Bewußtsein gibt, läßt sich nicht in der Natur beobachten. Wir wissen davon nur, weil wir selber empfindungs- und bewußtseinsfähige Wesen sind.“ (Hoff et al., 1994, 203-204)⁵⁵

So weisen die beiden Autoren auf das Problem hin, dass sich das Hirntodkriterium eigentlich nicht an der gesicherten Nichtexistenz des Bewusstseins, sondern lediglich an der gesicherten

⁵⁵ Hinzuzufügen ist, dass es zwar so etwas, wie ein „Bewusstsein“ gibt, doch die Naturwissenschaft könne laut Hoff und in der Schmittgen nicht einmal erklären, was „Bewusstsein“ überhaupt ist (vgl. 1994, 247).

Abwesenheit von spezifischen Bewusstseinsäußerungen orientiert (vgl. ders., 208). Denn die Wissenschaft stütze ihr Wissen immer auf die Deutung von spezifischen „Zeichen“ (Worten, Gesten), die einen Bewusstseinszustand signalisieren, der auch aus eigener Erfahrung bekannt ist, selbst wenn der Mensch das unter Umständen nur im übertragenen Sinne ausführen kann. Bei einem irreversibel komatösen Patienten sei das jedoch unmöglich, da dieser Zustand im Unterschied zum Zustand des „Scheintoten“ oder reversiblen Koma-Patienten vollkommen analogielos ist.

Somit könne auch laut Aussagen von Jox aus diesem Grund die Abwesenheit der rein subjektiven Kategorie Bewusstsein im Prinzip von außen nicht bewiesen werden (vgl. 2016, 45). So sei auch das Fehlen des Bewusstseins eines irreversibel komatösen Patienten unbelegbar.

(2) Nach Hoff und in der Schmittens gehe die Orientierung an Bewusstseinsleistungen als dem ethisch entscheidenden Merkmal des Menschseins mit einer Verschiebung des Menschenbildes einher und ziehe äußerst problematische ethische Konsequenzen nach sich (vgl. 1994, 202). Man geht davon aus, dass hier der Fehler gemacht wird, die Existenzfrage mit der Essenzfrage, also der Frage nach Wesen und Natur des Menschen, verwechselt zu haben (vgl. Jox, 2016, 45).

Die möglichen Konsequenzen, die aufgrund dieses verschobenen Menschenbildes auftreten könnten, lassen sich laut Hoff und in der Schmittens erkennen, wenn man sich einige Grundgedanken von *Singer* vor Augen hält, dessen utilitaristische Philosophie für Hirntod-Verfechter offensichtlich als Orientierung dient (vgl. Hoff et al., 1994, 205). Seine Überlegungen setzen bei der elementarsten Form von Empfindungs- und Bewusstseinsfähigkeit, der Empfindung von Schmerz, an.⁵⁶ Nach *Singer* unterscheidet man zwischen Wesen, deren Leben aufgrund ihrer Schmerzempfindlichkeit einen allgemeinen Wert besitzen, und Wesen, die im eigentlichen Sinne als Person zu gelten haben, da sie über Selbstbewusstsein verfügen. Doch die Konsequenz daraus wäre, dass somit auch einige Säugetiere (z. B. Menschenaffen, Delphine, Hunde, Schweine) als Personen gelten würden, wobei umgekehrt einige Menschen wie beispielsweise Neugeborene, geistig Schwerstbehinderte und Alzheimer-Patienten lediglich einen allgemeinen Lebenswert hätten (vgl. ders., 206). So wäre auch die Tötung eines Schimpansen schlimmer als die eines schwer geistig-gestörten Menschen, da er aus dieser Sicht nicht als Person gilt.

Neben diesen Folgen, die ein bewusstseinsorientiertes Menschenbild hervorrufen könnten, spricht laut Hoff und in der Schmittens noch ein weiteres Argument dagegen, bestimmte kognitive Zustände in Relation zur Existenz des menschlichen Individuums zu setzen: Nach Kenntnis der modernen Hirnforschung, insbesondere der vergleichenden Neuroanatomie und der kognitiven Neurobiologie, sei nach Roth und Dicke dieses Vorgehen teils höchst problematisch und teils

⁵⁶ Aus *Singers* Aussagen ist abzuleiten, dass seine Feststellung eigentlich eine simple Gegenreaktion auf die christlich-abendländische Vorstellung ist, dass der Mensch über dem Tier steht: „Mit welchem Recht bezweifeln wir, daß 'der Schmerz, den Schweine und Mäuse empfinden, nicht ebenso schlimm ist wie der von Menschen verspürte?'“ (zit. nach Hoff et al., 1994, 205f.)

falsch (vgl. 1994, 54). Roth tritt als Hirnforscher dafür ein, dass der Mensch als Individuum viel mehr als sein Bewusstsein ist (vgl. Hiemetzberger, 2016, 131). Und viel interessanter ist seine Aussage, dass Vieles an persönlicher Individualität sich sogar im Körper des Menschen einprägt und umgekehrt.⁵⁷

⁵⁷ Diese These wirft jedoch eine andere Frage im Kontext der Transplantationsmedizin auf, die eventuell die Abstoßungsreaktion des Organempfängers erklären könnte, worauf an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen wird, da dies den Rahmen dieser Forschungsarbeit sprengen würde.

3.2.9 Schmerzempfindung hirntoter Patienten

Zu Beginn ist zu vermerken, dass der Wissenschaftliche Beirat der deutschen Bundesärztekammer jegliche Schmerzempfindung nach abgeschlossener Hirntoddiagnose ausschließt (vgl. Hiemetzberger, 2016, 128), was auch vom Deutschen Ethikrat vertreten wird (vgl. 2015, 28). Aus diesem Grund wird bei der Organexplantation des Hirntoten keinerlei Maßnahmen zur Schmerzverhütung durchgeführt, zudem werden sie als unnötig erachtet (vgl. Hiemetzberger, 2016, 128). Ein Anästhesist ist zwar vor Ort, jedoch dient seine Anwesenheit lediglich der Erhaltung der Funktionsfähigkeit der zu entnehmenden Organe.

Doch gemäß der Deutschen Stiftung der Organtransplantation könne nicht mit Sicherheit belegt werden, dass ein Hirntoter auch wirklich über keinerlei Wahrnehmungsvermögen oder Schmerzempfindlichkeit verfügt (vgl. ebd.).

Zu Verunsicherungen führt vor allem die Tatsache, dass Hirntote während der Operation sich ähnlich verhalten wie nicht-hirntote Patienten:

„Es ist durchaus zutreffend, dass während der Organentnahme [...] Phänomene beobachtet werden können, welche schmerzstimulationsbezogenes Verhalten lebender Personen imitieren. Die deutlichsten Reaktionen zeigen sich beim Hautschnitt sowie bei Präparationen am Brust- und Bauchfell und dem Abbinden größerer Gefäße. Neben Blutdruck- und Pulsreaktionen kann es zu Muskelzuckungen durch elektrische Schneideinstrumente sowie zu flächenhaften Hautrötungen und Schwitzen kommen.“ (Schlake et al., 2001, 62)

Aus diesem Grund wird zur Ausschaltung neuromuskulärer Reflexe durch die chirurgischen Manipulationen und Schaffung optimaler Entnahmebedingungen eine Muskelrelaxierung durchgeführt (vgl. Hiemetzberger, 2016, 128), was die Anwesenheit eines Anästhesisten deutlicher erklärt.

Nach Vertretern des Hirntodkonzepts sind das keine bewusst erlebten Phänomene (vgl. Oduncu, 1998, 102). Schlake und Roosen geben diesbezüglich ein vergleichbares Beispiel an, das zeigt, dass eine Schmerzempfindung bei Hirntoten ausgeschlossen sein sollte (vgl. 2001, 62): Bei einem Patienten mit kompletter Querschnittslähmung im oberen Halsmark sind alle Nervenbahnen zwischen dem Kopf und dem übrigen Körper durchtrennt. Auch bei diesem Patienten lösen vergleichbare Manipulationen entsprechende Veränderungen des Blutdrucks und Pulses sowie Rötungen und Schweißreaktionen aus, ohne dass der Patient über eine Schmerzempfindung berichtet.

Auch Hirntod-Kritiker meinen zwar, dass nach Ausfall des Gehirns keine kortikale Schmerzempfindung und -verarbeitung vorhanden sein kann, jedoch betonen sie stattdessen die Reaktionen des vegetativen Nervensystems (vgl. Hiemetzberger, 2016, 128). Nach Paolo Bavastro, einem Internisten, deuten diese Reaktionen auf eine „unterbewusste“

Schmerzwahrnehmung des Hirntoten hin (vgl. ebd.).

Die Überlegungen von Hoff und in der Schmitt, die bezüglich des Bewusstseins bereits erörtert wurden, könnten auch auf diesem Gebiet passend sein: (1) Das dezerebrierte Rückenmark eines Hirntoten könnte eventuell auch dazu fähig sein, rudimentäre Empfindungen zu vermitteln, da neuere systemtheoretische Theorien zur Organisation des Nervensystems zeigen, dass sich die Organisationsstruktur des Rückenmarks nicht prinzipiell von der Organisationsstruktur des Gehirns unterscheidet. (2) Die Naturwissenschaft sollte im Prinzip nicht im Stande sein, tatsächliche Auskünfte über die Schmerzempfindung eines Dritten zu geben, wenn dieser es nicht selbst bekundet hat. In diesem Sinne kann die Abwesenheit der Schmerzempfindung im Falle eines hirntoten Patienten zwar in Analogie zum Querschnittsgelähmten *angenommen*, jedoch nicht mit gänzlicher Sicherheit festgestellt werden.

3.2.10 Phänomenale Kriterien des Todes: Spinale Reflexautomatismen versus „Lebenszeichen“ des irreversibel komaösen Patienten

Selbst nach abgeschlossener Hirntoddiagnose treten beim hirntoten Patienten spontane oder als Reaktion auf äußere Reize noch Bewegungen der Extremitäten und des Rumpfes auf (vgl. Schlake et al., 2001, 65). Dabei können laut Schlake und Roosen in Einzelfällen sogar „bewusst“⁵⁸ ausgeführte Bewegungen imitiert werden, wie langsames Hochheben der Arme (**siehe Abbildung 7**) und sogar Gehbewegungen, welche auch als „Lazarus-Zeichen“ bezeichnet werden (vgl. ebd.). Diese Phänomene treten bei bis zu 75 Prozent aller Hirntoten auf.



Abbildung 7: Spontanbewegungen einer hirntoten Patientin

(Abbildung entnommen aus Schlake et al., 2001, 65)

58 An dieser Stelle stellt sich die Frage, wie Schlake und Roosen als Hirntod-Vertreter von „bewusst“ ausgeführten Bewegungen sprechen können, wenn diese jegliches Bewusstsein bei Hirntoten für ausgeschlossen halten.

Ferner sind Hirntote im Stande Fieber zu entwickeln, zu schwitzen sowie ihren Blutdruck und ihren Puls zu regulieren (vgl. Oduncu, 1998, 13). Außerdem können sie erröten und eine Erektion bekommen. Solche Phänomene werden von Hirntod-Kritiker als „Lebenszeichen“ gedeutet.

Eines der bemerkenswertesten Beispiele, die unter diesen Punkten zu nennen sind, ist die Austragung und erfolgreiche Entbindung von Föten seitens hirntoter Schwangere.⁵⁹

Ferner ist der Neurologe Linke der Auffassung, dass 97 Prozent des Hirntoten lebendig seien (vgl. Oduncu, 1998, 93). Doch Linke stellt in dieser Hinsicht in seinem Fachgebiet eine Ausnahme dar. Denn die herrschende Lehre in der Neurophysiologie besagt, dass es sich bei diesen Eigen- und Fremdreflexen lediglich um spinale Reflexautomatismen⁶⁰ handelt (vgl. Hiemetzberger, 2016, 127). Als Ursache wird das Fehlen von hemmenden Einflüssen des Hirnstamms auf das Rückenmark genannt (vgl. Oduncu, 1998, 105). Ähnliche Reflexe kann man auch bei Neugeborenen beobachten, da angenommen wird, dass sich die hemmenden Einflüsse bei ihnen noch nicht genug entwickelt haben.

Es ist auch anzumerken, dass diese Reflexautomatismen auch nach Abstellen des Beatmungsgeräts und gelegentlich auch beim „klassischen Herztod“ zu beobachten sind, wenn dieser ganz plötzlich eintritt, da in beiden Fällen ein plötzlicher Sauerstoffmangel auftritt, der die Neurone im Rückenmark reizen kann (vgl. Schlake et al., 2001, 65).

Oduncu meint dazu, dass es sich hierbei nicht um menschentypische Äußerungen handelt, und dass sie vom Hirntoten weder in irgendeiner Form wahrgenommen noch bewusst ausgeführt werden (vgl. 1998, 105). Da der hirntote Körper aufgrund fehlender Enthemmung der Gehirnzellen solche unbewusst herbeigeführten Reflexautomatismen aufweist, meinen Hirntod-Verfechter, dass gerade das Vorliegen dieser Phänomene die Aufhebung der zentralen Integration durch das Gehirn belegt (vgl. ebd.).

59 Näheres unter Kapitel 3.2.11 Hormonregulation hirntoter Patienten – hirntote Schwangere und der Fall des „Erlanger Babys

60 „Reflex“, da es durch einen bestimmten Reiz ausgelöst wird; „Automatismen“, da diese Reflexe mit einer gleichförmigen Regelmäßigkeit und ohne erkennbare äußere Reize auftreten (vgl. Hiemetzberger, 2016, 127).

Die „Unanschaulichkeit“ des Hirntodes

Fakt ist, dass der Hirntote, von außen betrachtet, einem Lebenden im Prinzip mehr ähnelt als einem Toten, wie es auch folgende Tabelle (entnommen aus Jox, 2016, 44) erkenntlich macht:

Tabelle 2: Phänomenologische Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung des klassischen Todes und der des Hirntodes

	„Klassischer“ Tod	Hirntod
<i>Visuelle Wahrnehmung</i>	Körper unbeweglich, starr	Brustkorb hebt und senkt sich
	Todesblässe	Haut rosig
	Keine Reaktion	Evtl. spinale Reflexe
	Symbole des Todes (gefaltete Hände, Kreuz, Blumen, ...)	Medizinische Umgebung, die auf Lebenserhaltung ausgerichtet ist
<i>Auditive Wahrnehmung</i>	Absolute Stille des Körpers	Behandlungsgeräusche, Atemgeräusche, Herztöne
<i>Taktile Wahrnehmung</i>	Haut kalt und ledern	Haut warm und weich
	Kein Puls fühlbar	Puls fühlbar
	Glieder steif	Glieder beweglich
<i>Olfaktorische Wahrnehmung</i>	Leichengeruch, evtl. Fäulnis	Medizinische Behandlungsgeräusche

Aus diesem Grund wird diese Tatsache, die auch als „phänomenale Merkmale“ des Hirntoten bezeichnet werden, als eines der größten Problematiken in der Hirntod-Thematik bezeichnet. Insbesondere Angehörige und auch das Pflegepersonal sind schwer davon betroffen, da sie denken, keinen Toten, sondern einen schwerkranken Patienten vor sich zu haben (vgl. Oduncu, 1994, 152). Außerdem ist zu beachten, dass das Pflegepersonal den hirntoten Patienten bis zur Organexplantation mit derselben Intensität weiterbehandelt wie einen schwerkranken Patienten (vgl. Schlake et al., 2001, 66). Überdies sprechen sie ihn sogar selbst nach der Hirntoddiagnose mit dem Namen an (Hiemetzberger, 2016, 137). Dass das Pflegepersonal trotz äußerlicher Unverändertheit des Patienten ihn ab dem Zeitpunkt der Hirntoddiagnose als Toten erachten und ihn unter diesen Umständen zudem „nur für seine Organe“ weiterbehandeln muss, ruft bei vielen

unter ihnen psychische Belastungen hervor.

Da der Hirntod der Sinneswahrnehmung des Außenstehenden gänzlich verborgen bleibt, meint Oduncu, dass der „bloße Augenschein hier wohl kaum als sachliche Grundlage ausreichen dürfte“, um medizinisch feststellen zu können, ob der Betreffende tot ist oder lebt (vgl. 1998, 13). Denn seiner Ansicht nach wäre es nur „allzu naiv zu glauben“, nur die äußerliche, dem bloßen Augenschein unmittelbar zugängliche Wahrnehmung könnte dem Menschen Sicherheit über den eingetretenen Tod geben (vgl. ders., 153). Überdies meint Birnbacher, dass ein rein phänomenales Kriterium zu relativistisch und dadurch potentiell interessenabhängig wäre (vgl. 1994, 38).

Doch an dieser Stelle betonen Hoff und in der Schmitt, dass bewusstseinsorientierte Kriterien im Prinzip ebenso interessenabhängig und relativistisch sind, da es nach Aussagen der beiden Autoren nicht einmal einen Konsens darüber gibt, was das Bewusstsein ist (vgl. 1994, 218).⁶¹ Hinzu käme, dass im Prinzip alle Todeskriterien von den Erfahrungen anderer abhängig wären – denn die Toten haben selbst keine Stimme (vgl. ders., 220). Die beiden Autoren sind in diesem Zusammenhang konkret für die Einbeziehung phänomenaler Kriterien bei der Todesfeststellung. Diese sollten dann mittels diagnostische Tests zusätzlich im Nachhinein sichergestellt werden (vgl. ebd.).

3.2.11 Hormonregulation hirntoter Patienten – hirntote Schwangere und der Fall des „Erlanger Babys“

In diesem Abschnitt soll eine innerhalb der Hirntod-Diskussion häufig gestellte Frage behandelt werden: Wie ist eine hirn-“tote“ Frau im Stande, ein gesundes Baby auszutragen und zu entbinden.

Die Regulation des Hormonhaushalts erfolgt durch die Hirnanhangsdrüse, auch Hypophyse genannt (vgl. Oduncu, 1998, 98). Der hirntote Körper ist dazu fähig, seine Hormonregulation aufrecht zu erhalten, da die Hypophyse räumlich vom Gehirn getrennt, ontogenetisch ein teilweise eigenständiges Organ, zudem im feingeweblichen Aufbau vom Hirngewebe völlig verschieden ist (vgl. ders., 100). Aus biologischer Sicht ist somit auch die Austragung und Entbindung eines gesunden Babys trotz irreversiblen Hirnausfall nichts Verwunderliches.

Der Fall des „Erlanger Babys“ wird in diesem Zusammenhang oft erwähnt, da es damals das erste Mal war, dass Ärzte den Entschluss gefasst haben, eine hirntote Patientin bis zur Vollendung der Schwangerschaft intensivmedizinisch weiter zu betreuen, um das Leben des heranwachsenden Föten zu retten. Vor allem die allgemeine Bevölkerung stellte sich gegenüber diesem unbegreiflichen Ereignis die Frage, wie eine für tot erklärte Frau im Stande war, die Schwangerschaft fortzusetzen.

⁶¹ Siehe 3.2.5 Die abstrakt-philosophische Ebene der Hirntod-Diskussion unter dem Abschnitt „Subjekt des Todes – zum Personenbegriff“ und 3.2.8 Kritik an der Berufung an das (Selbst-)Bewusstsein

Der Fall des „Erlanger Babys“

Erst die in der Intensivstation festgestellte 15-wöchige Schwangerschaft von M. Ploch führte dazu, dass sich die Ärzte für die weitere Durchführung der intensivmedizinischen Maßnahmen entschlossen, da sie zu Lebzeiten einer Organspende widersprochen hatte (vgl. Schlake et al., 2001, 82). Doch nach fünf Wochen verlor sie ihr Baby aufgrund einer Lungeninfektion, was zu einem Fieberanstieg führte und folglich zum Spontanabort.

Hirntod-Verfechter meinen, dass diese Schwangerschaft nur möglich war, weil der Tod aller anderen Körperteile „abgefangen“ wurde (vgl. Oduncu, 1998, 105).

Neben der entrüsteten Reaktion der Öffentlichkeit gilt hier vor allem der Brief von Hans Jonas innerhalb der Hirntod-Diskussion als prominenteste Kritik. Für ihn war die Frau definitiv nicht tot, da aus seiner Sicht eine intakte Schwangerschaft nur durch die „ganzheitlichen Leistungen eines Organismus, die es nur in der lebenden und nirgends in der toten Natur gibt“, möglich ist (vgl. 1994, 22).

Er ist der Meinung, dass sich die behandelnden Ärzte (sowie alle Hirntod-Befürworter) gerade mit diesem Fall selbst widersprochen hätten, da sie durch diese Entscheidung an das „restliche Leben“ der hirntoten Schwangeren geglaubt haben (vgl. ders., 23f.)

Gerade der Spontanabort stellt für Jonas paradoxerweise eine wirksame Widerlegung der „Leichnamsthese“ dar, in der es heißt, dass alle Restfunktionen des hirntoten Organismus lediglich aufgrund äußerlicher (medizinischer) Eingriffe möglich sind:

„Daß es ein 'Leichnam' sein soll, der da ein Fieber entwickelt, wenn einem darin eingeschlossenen Organismus etwas schiefeht, und daß es der Uterus einer 'Toten' sei, der dann die Kontraktionen vollführt, die das nun tote Kind ausstoßen – das ist doch ein offener verbaler Unfug, ein semantischer Willkürakt im Dienste eines äußeren Zweckes [...]. Der spontan abortierte Leib gab rückläufig und endgültig jenem Augenschein des rosig durchbluteten wahren Leibes recht, den die gelehrten Herren uns archaischen Laien für trügerisch erklärten.“ (1994, 23)

Aus diesem Zitat sind zwei spezifische Ansichten von Jonas zu entnehmen: (1) Die Berufung auf phänomenale Kriterien („rosig durchbluteter wahrer Leib“), (2) Die Deutung einiger biologischer Prozesse wie die Entwicklung von Fieber und intakte Funktion der Gebärmutter (Fähigkeit zur Austragung eines Fötus und zum Spontanabort) als Lebenszeichen. Diese zwei Punkte werden jedoch von Hirntod-Verfechtern folgendermaßen kritisiert:

Schlake und Roosen sind zunächst der Auffassung, dass es sich hierbei um eine „metaphysische Verklärung einfacher biologischer Lebensvorgänge“ handelt (vgl. 2001, 85). Im Detail schreiben sie:

Zur Fieberentwicklung: Die Steuerung der Wärmeregulation des Menschen erfolgt über drei verschiedene Systeme, die im Hypothalamus (im Gehirn), Rückenmark und im autonomen

symathischen Nervensystem lokalisiert sind. Durch den Funktionsverlust ausgehend vom Hypothalamus bleibt dennoch eine Grobregulation durch die beiden anderen Systeme, die sich im Rückenmark befinden, und die die Ursache für die Fieberentwicklung eines Hirntoten sind (vgl. ders., 84).

Zur Austragung eines Föten: Für die Aufrechterhaltung einer Schwangerschaft ist nicht einmal die intakte Funktion der Hypophyse erforderlich (vgl. ebd.). Die Hormonregulation erfolgt bei einer Schwangerschaft über die Plazenta. Ferner verfügt sogar der heranreifende Fötus über eine autarke Hormonproduktion und kann sogar den mütterlichen Organismus über die Plazentaschranke hormonell mitversorgen. Es werden nur von außen lediglich eine Basisversorgung mit Schilddrüsen- und Nebennierenhormonen durchgeführt.

Zum Spontanabort: Die Gebärmutter verfügt über eine eigene Innervation, wodurch sie dem Gehirn nicht vollständig unterworfen ist (vgl. Oduncu, 1998, 97). Kontraktionen der Muskulatur können dadurch als örtliche Reaktion auf verschiedene chemische Substanzen erfolgen. Das lässt sich auch mit einer isolierter Uterusmuskulatur im Reagenzglas demonstrieren (vgl. Schlake et al., 2001, 85), also weit entfernt von jeglicher Ebene neuronaler Integration. Der Spontanabort wird auch als fieberbedingte spontane Kontraktion der Gebärmutter gedeutet (vgl. Oduncu, 1998, 98).

An dieser Stelle ist jedoch zu vermerken, dass mittlerweile die Austragung und Entbindung von gesunden Föten von hirntoten Patientinnen gängig sind. Der Spontanabort von M. Ploch stellt somit eine Ausnahme dar.

In entgegengesetzter Meinung zu Ansichten von Hirntod-Verfechtern berichtet Hiemetzberger von Barbara Maier⁶², die den Prozess einer Schwangerschaft vom biologischen, personalen und sozialen Leben und Erleben der Mutter nicht losgelöst sieht (vgl. 2016., 129f.). Konkret meint sie, dass der Fötus ein Teil des mütterlichen Organismus und bis zur 23. beziehungsweise 24. Schwangerschaftswoche in allen Funktionen von der Mutter schicksalhaft abhängig ist. Laut Maier ist die Schwangerschaft ein konsumierender Prozess, welcher der Schwangeren psychophysische und soziale Kräfte abverlangt. Sie sieht zudem die Schwangerschaft als eine Höchstleistung der Frau in ihrer „leib-seelischen Ganzheit“ an und nicht nur als eine Frage von „hormonellen Parametern und gestativen Funktionen der Gebärmutter“.

Der Kardiologe Paolo Bavastro, der als Chefarzt in der Stuttgarter Klinik eine hirntote Schwangere behandelte, ist derselben Ansicht (vgl. ders., 130). Während der Behandlung von einer hirntoten Schwangeren kam er zur Schlussfolgerung, dass der Hirntod nicht der Tod des Menschen sein kann, da es für ihn als Widerspruch gilt, dass sich in einer Leiche ein Embryo bis zur Lebensfähigkeit entwickeln kann. Bavastro würde einen Hirntoten eher als „schwerkrank“ bezeichnen. In den weiteren Ausführungen von Hiemetzberger heißt es, dass Bavastro während der Behandlung von der hirntoten Schwangeren beobachten konnte, wie sie auf ihre

62 Gynäkologin und Präsidentin der Österreichische Gesellschaft für Familienplanung und Verhütung

Lieblingsmusik mit rasendem Puls und steigendem Blutdruck reagierte. Zudem beruhigte sich ihr Kreislauf erst wieder durch vertrauten Zuspruch mit Auflegen der Hände (vgl. ebd.).⁶³

63 Es ist hier unerlässlich zu betonen, dass neben allen „theoretischen“ Gegenargumenten von Hirntod-Kritikern dieser Bericht das stärkste Argument sein kann, das gegen das Hirntodkonzept spricht, da die hirntote Schwangere offensichtlich deutlich erkennbar die Fähigkeit gezeigt hat, mit ihrer Umwelt – wenn auch nur auf primitiver Weise – zu kommunizieren.

3.2.12 Weitere Argumente für das Hirntodkriterium und ihre Gegenargumente

Neben den beiden Hauptargumenten (Aufhebung der Ganzheitlichkeit und irreversibler Bewusstseinsverlust) nennen Hoff und in der Schmittin noch drei Argumente, die von Seiten Hirntod-Verfechtern oft angeführt werden (vgl. 1994, 187f.):

- (1) Falls Hirntote nicht als Tote gelten würden, wäre der Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen ethisch nicht zu rechtfertigen.
- (2) Da der Hirntote ohnehin dem unaufhaltsamen Verfall ausgeliefert ist, kann man ihn schon für tot erklären.
- (3) Die Restfunktionen des Hirntoten sprechen nicht gegen seine Für-tot-Erklärung, da sie im Prinzip an die künstliche intensivmedizinische Versorgung angewiesen ist. Diese Restfunktionen sind nicht erheblich, da sie ebenfalls sofort ausfallen würden, falls nicht weiter eine äußere intensivmedizinische Unterstützung geboten wäre.

Im Folgenden werden die Gegenargumente von Hoff und in der Schmittin zu diesen oben genannten Argumenten angeführt:

(1) Über den Bedarf der Für-tot-Erklärung von Hirntoten für eine Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs:

Beim Hirntod-Problem steht man vor einem scheinbar unlösbaren Dilemma: Falls der Hirntote als lebend gilt, wäre ein Behandlungsabbruch nicht zu rechtfertigen, da es unmittelbar zum Tod des hirntoten Patienten führen würde. Da der hirntote Patient jedoch in einem völlig aussichtslosen Zustand ist, wäre wiederum die Aufrechterhaltung der lebensverlängernden Maßnahmen nicht rechtfertigen beziehungsweise sinnlos.

Zu diesem Argument merken Hoff und in der Schmittin vorab an, dass das aus ihrer Sicht im Prinzip auch gänzlich für das Teilhirntodkonzept gilt. Aus dieser Argumentationslinie heraus, meinen die beiden Autoren, müssten alle Ganzhirntod-Verfechter auch für das Teilhirntodkonzept sein (vgl. ders., 188).

Außerdem machen sie darauf aufmerksam, dass der Eintritt des Todes im Prinzip schon immer den Abbruch einer bis dahin fortgesetzten Therapie zur Folge hatte (vgl. ders., 244).

Der Kernpunkt in der Kritik von Hoff und in der Schmittin ist jedoch ihre Auffassung, dass sie den Behandlungsabbruch bei hirntoten Patienten als eine *Pflicht* des Arztes sehen, da nach den Grundsätzen der Medizin bei aussichtslosen Fällen die Fortführung der Behandlung eigentlich ethisch nicht korrekt ist (vgl. ebd.). Dabei bedarf es aus ihrer Sicht keiner Für-tot-Erklärung des Hirntoten, da die traditionellen Normen des ärztlichen Handelns es ohnehin erlauben würden, bei

hirntoten Patienten die Behandlung abzubrechen (vgl. ders., 188).⁶⁴

Außerdem erkenne man dieses Selbstverständnis der ärztlichen Profession in der gesetzlichen Bestimmung, dass eine Behandlung als strafbare Körperverletzung anzusehen ist, falls sie nicht durch das Wohl des Patienten legitimiert werden kann (vgl. ders., 189).

An diesem Punkt stellt sich jedoch die Frage, was in diesem Fall der genaue Unterschied zur strafbaren Sterbehilfe ist. Die Abreichung eines tödlichen Gifts wird nach Hoff und in der Schmitt von dem Behandlungsabbruch in aussichtslosen Fällen stark differenziert betrachtet (vgl. ders., 209). Denn die Giftvergabe zählt als aktive, verbotene Sterbehilfe und als bewusster Tötungsakt, selbst wenn der Patient damit einverstanden ist. Jedoch gleicht der Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen aus Sicht der Autoren einer passiven Sterbehilfe, die zwar auch aus einer bewussten Handlung hervorgeht, jedoch eher als „bewusstes Nichttun“ (Sterbenlassen) zu klassifizieren ist.

(2) Über die „vorzeitige“ Für-tot-Erklärung eines unaufhaltsam Sterbenden:

Selbst in der zweiten überarbeiteten Auflage von Schlake und Roosen, die im Jahr 2001 erschienen ist, heißt es:

„Bei den meisten Patienten tritt der Herzstillstand nach wenigen Tagen bis maximal einer Woche ein; in Einzelfällen sind allerdings erheblich längere Weiterbehandlungszeiten beschrieben worden, so im Falle von zwei hirntoten Schwangeren, welche gesunde Kinder zur Welt brachten, 100 bzw. 107 Tage. [...] In jedem Fall ist es – auch unter Aufbietung der modernen Intensivmedizin – nicht möglich, jeden hirntoten Leichnam geradezu beliebig lange 'weiterlaufen' zu lassen.“ (15-16)

Hoff und in der Schmitt meinen zu diesem Punkt, dass der Hirntote zwar ein Sterbender ist, jedoch sei die Tatsache zu beachten, dass ein Sterbender noch nicht tot ist (vgl. 1994, 192).⁶⁵

Außerdem ist diese Annahme von Schlake und Roosen im Kontext neuester intensivmedizinischer Verfahren nicht mehr gültig, da es nach *Shewmon* inzwischen sogar „chronische“ Hirntote gibt (vgl. Jox, 2016, 39).

Überdies könnte an dieser Stelle auch aus naturwissenschaftlicher Sicht der These des „unaufhaltsamen Verfalls“ des hirntoten Organismus widersprochen werden, da, wie bereits erörtert, beim hirntoten Organismus selbst nach diagnostiziertem Hirntod die Wiederherstellung der Rückenmarksfunktionen nachgewiesen werden konnte.⁶⁶

(3) Über die Für-tot-Erklärung eines irreversibel apparatabhängigen Patienten:

Diese Ansicht ist nach Hoff und in der Schmitt ebenfalls höchst problematisch, da gemäß der beiden Autoren in diese Kategorie auch ein junger, dem Augenschein nach gesunder

⁶⁴ An dieser Stelle ist anzumerken, dass auch Stoecker dieser Ansicht ist (vgl. 2016, 79).

⁶⁵ Außerdem wäre die Für-tot-Erklärung eines unaufhaltsam Sterbenden in Bezug auf alle Menschen, die kurz vor dem Tod sind, höchst problematisch. Es gelte dann in diesem Sinne nicht als Mord, beispielsweise einen „klassischen“ Sterbenden sogar während seiner letzten Atemzüge zu töten.

⁶⁶ Siehe 3.2.7 Kritik an der „überbewerteten“ Darstellung des Gehirns, Abschnitt „Das integrative Rückenmark“

insulinabhängiger Diabetiker, ein Dialysepatient oder ein Patient mit einem Herzschrittmacher fallen würden (vgl. 1994, 194). Denn auch diese Patientengruppen sind im Prinzip ihr ganzes restliche Leben von einer medizinischen Apparatur abhängig. Gemäß diesem Argument müssten laut den beiden Autoren auch diese und weitere Menschen, die nicht alleine atmen können, für tot erklärt werden. Stoecker meint ferner dazu:

„Die Fähigkeit unseres Organismus, sich selbst in Funktion zu halten, ist eben keine Frage des Alles oder Nichts, sondern eine graduelle Angelegenheit, und Intensivstationen sind gerade der Ort, an denen dies häufig nur mit massiver Unterstützung gelingt.“ (2016, 83)

Nach Hoff und in der Schmittens gäbe es auch keine plausible Begründung, warum ausgerechnet der Ausfall der zentralnervösen Steuerung unersetzlich für das menschliche Leben sein soll und die Kompensation anderer Ausfälle bis hin zum vollständigen Ersatz mehrerer lebensnotwendiger Organe (Nierendialyse, Herz-Lungen-Maschine) als mit dem Leben vereinbar gilt (vgl. 1994, 194).

Hirntod-Verfechter meinen laut Stoecker, der Unterschied zwischen diesen Patientengruppen und einem hirntoten Patienten läge an der integrativen Leistung des Gehirns als Steuerungsorgan der verschiedenen Regelkreise des Organismus (vgl. 2016, 83): Mit funktionierendem Gehirn braucht der Organismus zwar gelegentlich medizinische Unterstützung beispielsweise durch einen Herzschrittmacher, aber trotzdem ist es der Organismus, der sich selbst, als funktionale Einheit, aufrechterhält. Ohne das Gehirn hingegen, gäbe es nur noch eine Vielfalt integrierter lokaler Zellverbände und Organe, während der Organismus als Ganzer von außen, durch die Medizin in Gang gehalten wird.

Doch neueste Erkenntnisse durch die Veröffentlichungen von *Shewmon* zeigen, dass der hirntote Organismus noch sogar sehr viel an eigenständiger Leistung erbringen kann und zudem erbringen muss, da ansonsten die intensivmedizinische Behandlung nicht möglich wäre (vgl. ders., 84): Beispielsweise ist eine künstliche Beatmung nur deshalb möglich, weil der Organismus den Sauerstofftransport von den Lungenbläschen bis in die Körperzellen selbst übernimmt.⁶⁷

⁶⁷ Siehe hier für die Kritik an *Shewmons* Forschungsergebnissen 3.2.7 Kritik an der „überbewerteten“ Darstellung des Gehirns, Abschnitt „Das integrative Rückenmark“.

3.2.13 Kritik an der Hirntoddiagnostik

Neben der abstrakt-philosophischen und naturwissenschaftlichen beziehungsweise biologischen Ebene der Todesfeststellung, wurde noch die medizinische Ebene (Tests) genannt, die die Erfüllung der Todeskriterien sichtbar darstellen.⁶⁸ Und auch auf dieser Ebene wird das Hirntodkonzept kritisiert.

Die bildgebenden technischen Apparate haben zwar den Vorteil, dass sie eine starke Überzeugungskraft haben, was insbesondere Familienangehörigen zu Gute kommt, da diese oft jene Personen sind, die über die Organentnahme entscheiden, jedoch gibt es ein entscheidendes Problem im Untersuchungsverfahren: Die Mehrheit der Funktionen des Großhirns können aufgrund des komatösen Zustandes des Hirntoten im tatsächlichen Sinne nicht untersucht werden (vgl. Jox, 2016, 38). Die medizinischen Feststellungsmethoden werden oft als die sichersten Diagnosen der Medizin präsentiert, so Jox, doch in der Tat gäbe es wenige ärztliche Feststellungen, die so minutiös geregelt und abgesichert sind wie die Hirntodfeststellung (vgl. ebd.).

Die beiden Neurologen Kurthen und Linke bezweifeln sogar, dass diese Tests auch tatsächlich dazu im Stande sind, den Hirntod nachzuweisen (vgl. 1994, 94). Denn am Hirnstamm werden üblicherweise nur bestimmte Reflexe geprüft, bei deren gemeinsames Ausfallen ein vollständiger Funktionsverlust dieser Hirnareale angenommen wird.

„Ein direkter Nachweis des Funktionsausfalls aller Neuronen und Leitungsbahnen des Hirnstamms gelingt damit keineswegs, und ein solcher Nachweis ist zur Zeit auch nicht möglich“ (Kurthen et al., 1994, 94)

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob dies heutzutage doch möglich ist, da der Bericht aus dem Jahr 1994 stammt. Doch Müller und Roth bekunden, dass auch noch heute gilt, dass nicht alle Regionen des Gehirns technisch auf eine noch bestehende Tätigkeit hin überprüft werden können (vgl. 2016, 16).

Außerdem ist nach Jox sogar widerlegt worden, dass das gesamte Gehirn abgestorben ist, da bewiesen wurde, dass bei Hirntoten bestimmte Restfunktionen im Bereich des Zwischenhirns oder Hirnstamms noch partiell intakt sein können (vgl. 2016, 39).

Überdies ist in Bezug auf die Kritik an der Hirntoddiagnostik noch der Punkt anzuführen, dass nicht in allen Ländern dieselben Feststellungsverfahren angewandt werden beziehungsweise gesetzlich vorgeschrieben sind.⁶⁹

⁶⁸ Siehe 3.2.4 Gegenreaktion auf den Vorwurf der „pragmatischen Umdefinierung des Todes“

⁶⁹ Siehe dafür auch in Schlake et al., 2001, 61. Es wird hier jedoch nicht näher auf diesen Punkt eingegangen, da in Österreich und Deutschland alle Testverfahren gesetzlich vorgeschrieben sind.

3.2.14 Aspekt der Organtransplantation

Die Organtransplantation ist im Diskurs der Hirntod-Thematik eines der bedeutendsten Punkte. Denn Fakt ist, dass die erfolgreiche Entwicklung der Transplantationsmedizin eine potentielle Aufhebung des Hirntodkonzepts sehr schwierig machen würde. Zu beachten ist, dass fast alle postmortalen Transplantate ab Einführung des Hirntodkonzepts von hirntoten Patienten stammen. Laut Stoecker gilt das in Deutschland und der Schweiz für alle postmortalen Spenden (vgl. 2016, 80). In Österreich stammten im Jahr 2014 sogar 201 von 207 Organen von hirntoten Patienten.⁷⁰

Obwohl nicht jede Transplantation erfolgreich und für jeden Empfänger ein Segen ist, meint Stoecker, dass der Verzicht auf die Organe hirntoter Patienten jedes Jahr etliche tausende Menschen viel Lebensqualität oder sogar Leben kosten würde (vgl. ders., 88). Aus diesem Grund wurden in der Hirntod-Debatte verschiedene Lösungswege vorgeschlagen, um dieses Problem zu überbrücken:

a) Erster Lösungsvorschlag: Verzicht auf die *dead donor rule*

Ein Lösungsweg, den einige Hirntod-Kritiker wie Stoecker vorschlagen, ist der Verzicht auf die *dead donor rule*. Somit würden hirntote Patienten zwar nicht als Tote gelten, jedoch würde man durch die Entnahme der lebenswichtigen Organe ihren Tod herbeiführen („Sterben durch Organspende“), falls der Patient zu Lebzeiten ausdrücklich dem zustimmt beziehungsweise dies explizit verlangt (vgl. Jox, 2016, 46). Es würde dann schlussfolgernd in die Kategorie des Tötens auf Verlangen fallen, was unter anderem in Österreich und Deutschland rechtlich nicht zulässig ist.

Vertreter dieser Position wie Stoecker sind der Ansicht, dass der gänzliche Verzicht auf die Transplantationsmedizin ein „sinnloser Tribut“ an die Moral sei, da man nicht ausblenden darf, dass es dennoch Menschen gibt, die ihre Organe gerne spenden, als dass sie „sinnlos im Grab verfaulen“ (vgl. 2016, 88).

Zudem weisen Hoff und in der Schmittin darauf hin, dass die Entwicklung in den letzten Jahrzehnten gezeigt hat, dass die Gesellschaft die Organtransplantation gewollt und gefördert hat (vgl. 1994, 228). Gemäß den beiden Autoren erscheint ein allgemeines Verbot der Organtransplantation, um dem Prinzip des Tötungsverbots die Treue zu halten, mittlerweile weder durchsetzbar noch erstrebenswert (vgl. ders., 229).

Stoecker grenzt zudem diese Art der Tötung auf Verlangen von anderen Fällen ab (vgl. 2016, 90). Denn für ihn befindet sich der hirntote Patient in einer gesonderten Lage. Auch Hoff und in der Schmittin reden hier von einer Ausnahme vom Tötungsverbot auf Verlangen (vgl. 1994, 228).

Doch der Lösungsvorschlag die *dead donor rule* aufzugeben, wird von Hirntod-Verfechtern stark kritisiert. Denn dieser Lösungsweg ist weder mit dem ärztlichen Ethos noch mit dem geltenden

⁷⁰ Vgl. *Eurotransplant. Annual Report 2014*.

Gesetz vereinbar (vgl. Oduncu, 1998, 16). Konkret ist es dann mit Tötung, Vivisektion und aktiver Sterbehilfe gleichzusetzen (vgl. ders., 139).

Jonas ist auch ein starker Kritiker dieser Position, da aus seiner Sicht dieser Vorschlag mit bedeutenden Konsequenzen und Gefahren verbunden ist, die zudem zu einer Aufweichung des allgemeinen Verbots der Tötung auf Verlangen führen könnte (vgl. 1994, 24).

b) Zweiter Lösungsvorschlag: Organentnahme nach Abstellen der intensivmedizinischen Apparate

Aufgrund des oben angeführten Arguments spricht sich Jonas für einen ganz anderen Lösungsweg aus: Bei eindeutig vorliegendem Tod des ganzen Gehirns soll man die Beatmung abstellen, etwas warten, den vollständigen Tod des Leibes bestätigen und erst dann den Leichnam zur Organentnahme freigeben (vgl. 1994, 25).

Doch es ist bekannt, dass in dem Fall alle übrigen Organe im Körper zugrunde gehen und somit für eine Transplantation nicht mehr zu gebrauchen sind (vgl. Oduncu, 1998, 138). Jox meint, dass dadurch für die Transplantationsmedizin nur Organe von Lebendspendern und bei Toten nur die Niere bleiben würde (vgl. 2016, 44). Alle anderen Organe könnte man nicht mehr transplantieren, was für Tausende teils junge Patienten den Tod bedeuten würde.

Doch in diesem Zusammenhang ist es interessant zu erfahren, dass Meran und Poliwoda bereits im Jahr 1994 berichten, dass nach Abstellen aller lebenserhaltenden Maßnahmen die Niere bis zu 120 Minuten, die Leber 30 Minuten und das Herz zwischen 15 und 30 Minuten ohne Sauerstoff vital bleiben kann (vgl. 1994, 74). Nach Ansicht der Autoren, büßen sie zwar an Funktionsfähigkeit ein und ihre Qualität wäre nicht so optimal wie die Organe, die bei bleibender Beatmung entnommen werden, jedoch ändere das nichts daran, dass sie dennoch lebendig sind und gemäß Meran und Poliwoda für eine Transplantation geeignet wären (vgl. ebd.). Und schon damals berichten die beiden Autoren von ersten erfolgreichen Explantationen, die eine halbe Stunde nach dem Abstellen der lebenserhaltenden Maschinen vorgenommen wurden (vgl. ders., 80). Zu beachten ist auch, dass laut Jox sogar *Barnard* damals der hirntoten Patienten vor der Organentnahme Kaliumchlorid in ihr Herz injiziert haben soll, um dieses zum Stillstand zu bringen (vgl. 2016, 33).

Meran und Poliwoda sind deshalb der Meinung, dass mit dieser Vorgehensweise ein Schritt in die richtige Richtung gemacht werden würde (vgl. 1994, 81). Dabei könnten gemäß den beiden Autoren weitere Forschungen auf diesem Weg maßgeblich zur Entzerrung des Problems beitragen.

c) Eine weitere, zukunftsorientierte Lösung: alternative Transplantate und Therapie- maßnahmen

Breul berichtet in ihrem Buch über eine äußerst erstaunliche Entwicklung in der Transplantationsmedizin: das Kunstherz (vgl. 2013, 52). Bereits vor einigen Jahrzehnten begann man schon mit dem Bau einer Maschine, die die Aufgabe des Herzens übernehmen sollte. Diese Technologie ist nun so weit entwickelt worden, dass mittlerweile von mehreren erfolgreichen Transplantationen die Rede ist. Der jetzige Stand ist, dass rund ein Drittel der Patienten mit einem Kunstherzen sich wieder erholen und auch keine Medikamente mehr brauchen (vgl. ebd.). Jedoch ist hier unbedingt anzumerken, dass diese Therapie gegenwärtig nur eingesetzt wird, um die Wartezeit bis zu einer organischen Transplantation zu überbrücken. Das Kunstherz dient also heute (noch) nicht als Alternative zur organischen Herztransplantation.

Überdies wird in Japan eine andere alternative Therapie im Falle von Patienten mit einer Kardiomyopathie, einer krankhaften Herzerweiterung, eingesetzt. Die Patienten werden dabei mit einem bestimmten Medikament, Primobendan, behandelt (vgl. Breul, 2013, 52f.). Zudem soll die Behandlung sehr kostengünstig sein. Zu beachten ist, dass es zwei Gründe gibt, warum gerade Japan sich dieser Alternative zugewendet hat (vgl. ebd.): (1) Das Medikament ist aufgrund möglicher Nebenwirkungen in Europa und Amerika nur in der Veterinärmedizin zugelassen. (2) In Japan ist die Organentnahme bei Hirntoten sehr umstritten.

4 Beurteilung des Hirntods und der Organexplantation hirntoter Patienten aus islamischer Sicht

Dieser letzter Teil der Arbeit soll die verschiedenen Urteile bezüglich Hirntod sowie Organexplantation hirntoter Patienten aus islamischer Sicht wiedergeben. Zuvor ist es jedoch notwendig, einige wissenswerte Grundkenntnisse über den Islam anzuführen, da sie erklären, auf welcher Basis die nachstehenden Urteile aufbauen.

4.1 Quellen im Islam und das Islamische Recht

Die Quellen des Islams ist der Quran sowie ergänzend dazu die Praxis des Propheten *Muḥammad* (arab.: *sunna*), die in Überlieferungen (arab.: *ḥādīṭ*⁷¹) festgehalten ist. Dabei ist der Quran die primäre Quelle des Islams und wird als göttliche Offenbarung beziehungsweise wörtlich inspirierte Rede Gottes aufgefasst, die durch den Propheten *Muḥammad* an die Menschen übermittelt wurde (vgl. Eich, 2008, 23). Die *sunna* des Propheten hingegen sind die Aussprüche und Handlungen des Propheten selbst (vgl. ders., 24).

Aus diesen beiden Textquellen hergeleitete islamische Recht nennt sich *ṣarī'a* (Weg, Gesetz). Die geläufige Bezeichnung „Islamisches Recht“ ist jedoch etwas irreführend, da es sich eigentlich um ein umfassendes Normgefüge handelt, das idealerweise sämtliche Lebensbereiche des Muslims regeln soll (vgl. ders., 23).⁷² Zudem ist zu beachten, dass es sich nicht um ein geoffenbartes Lehrsystem, sondern um eine nachträgliche Systematisierung der im Quran enthaltenen sowie aus dem Leben des Propheten überlieferten und in der ersten islamischen Gemeinschaft praktizierten Lebensregeln und Gewohnheiten handelt, die im Laufe der Zeit von den verschiedenen Rechtsschulen gesammelt, geordnet und angewendet wurden (vgl. Hierzenberger, 2006, 116). Das Islamische Recht ist demzufolge kein Gesetzbuch im europäischen Sinne, sondern wird vielmehr als eine dynamische Methode verstanden, die ständig gehandhabt wird und im Bedarfsfall erweitert werden muss (vgl. ebd.).

Personen, die aus den Quellen des Islams das Islamische Recht ableiten, nennt man '*ulamā*', islamische Rechtsgelehrte. Das Anliegen dieser islamischen Rechtsgelehrten ist die Anwendung des überzeitlichen göttlichen Willens auf sich permanent verändernde Umstände und soziale Kontexte (vgl. Eich, 2008, 26). So steht im Zentrum ihrer Tätigkeit die stetige Fortentwicklung des islamischen Rechts. In Bezug auf die Medizinethik sehen sich islamische Rechtsgelehrte dazu verpflichtet, Errungenschaften der modernen Welt auf ihre Vereinbarkeit mit dem Islamischen Recht zu untersuchen (vgl. Krawietz, 2001, 239).

Die daraus folgende Erweiterung des Islamischen Rechts erfolgt grundsätzlich nach einer

71 In dieser Arbeit wird nach der Deutschen Morgenländischen Gesellschaft transkribiert.

72 Nichtsdestotrotz wird in dieser Arbeit aus Gründen der einfachen Verständlichkeit der Begriff „Islamisches Recht“ verwendet.

kasuistischen Methode, das heißt jeweils auf den konkreten Fall bezogen, wobei eine ganze Reihe von Aspekten in die Bewertung der Handlung einbezogen werden, insbesondere auch die ihr zu Grunde liegende Intention (vgl. Eich, 2008, 26). Aus diesem Grund ist es üblich, dass beispielsweise zwei rein formaljuristisch identische Handlungen verschiedene Bewertungen erfahren können, wenn sie unterschiedlichen Zwecken dienen (vgl. ebd.).

Die am Ende resultierenden Rechtsurteile werden durch eigene Rechtsgutachten (arab.: *fatwā*) der islamischen Rechtsgelehrten oder aber auch durch sonstige Veröffentlichungen an die Öffentlichkeit getragen. Es ist jedoch anzumerken, dass diese Rechtsgutachten für jeden Muslim nicht verbindlich sind (vgl. Hierzenberger, 2006, 127) – zumal zu beachten ist, dass es zu einer Fragestellung oft verschiedene und vor allem im Bereich der Medizinethik sogar gegensätzliche Urteile gibt. Fernerhin ist darauf hinzuweisen, dass islamische Rechtsgelehrte nur einen ganz bestimmten unter vielen möglichen Diskursen repräsentieren. Muslimische Philosophen, Literatur- oder Religionswissenschaftler übernehmen ebenfalls diese Aufgabe (vgl. Eich, 2008, 27).

International betrachtet, sind zwei große islamische Organisationen zu erwähnen, die offizielle Stellungnahmen zu aktuellen Rechtsfragen verfassen: Die *Organization of Islamic Cooperation* (OIC, *munazzamat at-ta'āwun al-islāmī*) und die *Muslim World League* (MWL, *rābi'at al-'ālam al-islāmī*). Die OIC ist eine internationale und innerstaatliche Organisation von Staaten mit mehrheitlich beziehungsweise großer muslimischer Bevölkerung (vgl. Eich, 2008, 166) und nimmt für sich in Anspruch, die islamische Welt zu repräsentieren. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass die Juristen in diesem Gremium überwiegend sunnitisch sind. Die MWL hingegen ist eine internationale islamische Nichtregierungsorganisation, die von Saudi-Arabien finanziert wird.

Im deutschsprachigen Raum kann in dieser Hinsicht der Zentralrat der Muslime in Deutschland e.V. (ZMD) genannt werden.

Für diese Arbeit ist zu beachten, dass vordergründig die sunnitische Position wiedergegeben wird, da im deutschsprachigen Raum die Mehrheit der Muslime dem sunnitischen Islam angehört (vgl. Lemmen, 2000, 78) und diese Arbeit sich auf den deutschsprachigen Raum beschränkt.

4.2 Anthropologie und Tod im Islam

Im Islam stellt der Mensch seine ganze Existenz und sein irdisches Streben Gott zur Verfügung (vgl. Tworuschka, 2007, 66), was sich auch in der Eigenbezeichnung des Islams („freiwillige Hingabe“) widerspiegelt. Denn er ist von Gott geschaffen und ist sein *'abd* (Diener), der zudem mit freiem Willen ausgestattet ist – deshalb heißt es „freiwillige Hingabe“.

Der Mensch ist im Islam nicht nur ein erschaffenes, sondern in seinem diesseitigen Leben ein endliches Wesen, da es im Quran (3:185) heißt, dass jeder Mensch den Tod erleiden wird, um

dann in das jenseitige, dauerhafte⁷³ Dasein überzugehen, in der er vor Gott hinsichtlich seiner von ihm auferlegten Verantwortung gegenüber der Schöpfung (beziehungsweise bezüglich seiner diesseitigen Taten) zur Rechenschaft gezogen wird. Zur Zeit der Auferstehung werden alle Menschen, die seit Anbeginn auf Erden gelebt haben, wieder zum Leben erweckt und es werden ihnen neue Körper gewährt⁷⁴ (vgl. Krawietz, 2001, 245), damit sie an der neuen Schöpfung teilhaben können.

Der Tod wird im Islam somit nicht als etwas Negatives aufgefasst und resultiert auch nicht aus der Sünde (vgl. Tworuschka, 2007, 47). Der Mensch begibt sich nach dem Tod in die Obhut Gottes und kehrt zu Gott – zum Ursprung aller Dinge – zurück (vgl. Gordon, 1998, 118). Dabei ist die Lebensspanne von Gott genau bestimmt und der Tod kommt allein mit seiner Erlaubnis.⁷⁵

4.3 Islamische Medizinethik

4.3.1 Islamische Ethik

Die Ethik (arab.: *ahlāq*) existiert im Islam nicht als eigenständige Disziplin⁷⁶, da sie nach islamischer Auffassung in allen Bereichen ihren Platz hat. So wird sie als ein Teil des Islamischen Rechts angesehen, da alle Fachbereiche des Islamischen Rechts auf den islamischen Ethikvorschriften beruhen.

Das ethische Verhalten und der gute Charakter haben in der Lehre des Islams einen sehr hohen Stellenwert (vgl. Holzniekemper, 2003, 231). Der Prophet *Muḥammad* dient dabei dem Muslim als Vorbild, wie es auch im Quran (33:21) erwähnt wird.

Ferner wird die Menschlichkeit und Nächstenliebe im Islam besonders betont.⁷⁷ Das erkennt man auch durch folgenden Aussage des Propheten: „Keiner von euch ist wahrhaftig gläubig, bevor er nicht seinem Bruder das wünscht, was er sich für sich selbst wünscht.“⁷⁸ Fadlallah meint, dass dieser Satz die islamische Ethik im Prinzip zusammenfasst (vgl. 2008, 36). Gemäß seiner Auffassung lebt der Mensch die eigene Menschlichkeit in der Menschlichkeit des Anderen (vgl. ebd.).

73 Vgl. Quran (87:17)

74 Man kann hier auch von einer ontologischen Transformation sprechen.

75 Vgl. Quran (3:145)

76 Siehe dazu auch Holzniekemper, 2003, 230.

77 Einen besonders eindrucksvollen Beitrag dazu ist in Fadlallahs Artikel (2008, 33-37) zu finden. Muhammad H. Fadlallah ist einer der weltweit bekanntesten schiitischen Rechtsgelehrten (vgl. Eich, 2008, 15).

78 Überliefert von *Buḥārī* und *Muslim*.

4.3.2 Grundzüge islamischer Medizinethik

Den Beginn der islamischen Medizinethik kann man ab den 1950er Jahren datieren, da sie ab dieser Zeit ein wichtiges Thema der islamischen Rechtsliteratur wurde (vgl. Kellner, 2007, 19). Medizinethische Fragen werden in vielen Ländern mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung von Fachleuten diskutiert und zum Teil publizistisch aufbereitet, um sie dann in die breite Medienöffentlichkeit zu tragen (vgl. ebd.).

Aufgabe der islamischen Juristen ist es, aufgrund der Globalisierung der modernen Medizin Grenzen für den Umgang mit Leben und Tod zu definieren, und moderne medizinische Verfahren in das Islamische Rechtssystem einzuordnen (vgl. ders., 20).

Grundsätzlich gilt in der islamischen Medizinethik, dass die Medizin im Dienste des Menschen steht und Ärzte dazu da sind, den Menschen vor Schmerzen und dem vorzeitigen Tod zu schützen (vgl. Fadlallah, 2008, 35). Dabei lautet laut Holzniekemper (2003, 242) das leitende Prinzip in der islamischen Medizinethik: „Wenn jemand ein Leben gerettet hat, wird es sein, als hätte er das Leben der ganzen Menschheit gerettet“ - was auch aus dem Quran (5:32) abgeleitet wird.

Außerdem lautet ein weiteres Prinzip, dass der Liebste bei Gott jener ist, der seinen Geschöpfen am Nützlichsten ist (vgl. Fadlallah, 2008, 35). Aus diesem Gedanken heraus, ist zu erkennen, dass der Islam gegenüber der Medizin und den Ärzten positiv eingestellt ist. Ferner leitet sich aus diesem Leitgedanken ab, dass der Arzt versuchen soll, den Kranken in jeder möglichen Situation zu retten, in dem er sich ganz in den Kranken hineinversetzt, da sich dadurch seine Verantwortung als Arzt im Leben erfüllt (vgl. ders., 37).

4.3.3 Krankheits- und Gesundheitsverständnis im Islam

Grundsätzlich wird gute Gesundheit im Islam als ein Segen Gottes verstanden, wofür der Mensch stets Gott danken soll (vgl. Sachedina, 2008a, 147). Das heißt, dass der Muslim sich selbst die beste Gesundheit wünschen und darum bei seinem Herren bitten soll.

Krankheit wird im Islam also als Leid angesehen, das durch alle möglichen legitimen Mittel geheilt werden muss (vgl. ebd.), da der Körper in der Verantwortung des Menschen steht und als Leihgabe Gottes verstanden wird, um den es sich zu kümmern gilt. Die Suche nach Heilung gründet hier auf dem Vertrauen Gottes Versprechen gegenüber, dass er keine Krankheit ohne deren Heilmittel geschaffen hat (vgl. ebd.). Aus diesem Grund ist es auch die Aufgabe der Medizin, nach diesem Heilmittel zu suchen und dafür ihre Forschung immer weiter fortzusetzen.

Auch wenn dem Arzt ein großer Stellenwert beigemessen wird, ist nach islamischer Auffassung letztlich Gott derjenige, der der eigentliche Heiler ist, wie es auch im Quran (26:80) heißt. Daraus soll jedoch keine fatalistische Entscheidung des Kranken folgen, mit der Begründung: „Meine Heilung liegt in Gotteshand. Es ist nicht entscheidend, ob ich die Therapie annehme oder nicht.“

Wenn Gott will, kann er mich auch ohne diese Therapie heilen.“ (vgl. Ilkilic, 2006b, 168). Als prominenter Gegner dieser Ansicht ist *Ġazzālī* zu nennen, der diese Einstellung strikt ablehnt und erklärt, dass diese Einstellung nicht mit dem islamischen Gottesvertrauen und Schicksalsverständnis vereinbar sei (vgl. ebd.).

Doch diese Leitgedanken sollen nicht suggerieren, dass Krankheit im Islam als etwas Schlechtes gedeutet wird, das um jeden Preis ausgemerzt werden soll (vgl. Sachedina, 2008a, 147). Krankheit wird im Islam nicht als etwas gänzlich Negatives verstanden. Denn eine Krankheit bietet für den Muslim auch eine Chance sich selbst und Gott näher zu kommen. Das Kranksein provoziert beim Patienten oft Fragen über sich selbst und seine Zukunft und bringt ihn am Ende näher zu Gott, egal in welcher Distanz er vor der Erkrankung gelebt haben mag, so *Shahid Athar*, ein muslimischer Arzt (vgl. Holzniekenper, 2003, 242f.). *Athar* meint zudem, dass viele Patienten in ihrer Krankheit ein spirituelles Wachstum erleben und am Ende oft ihre Religiosität neu entdecken (vgl. ders., 243).

4.3.4 Spezielle Aspekte islamischer Medizinethik

In diesem Abschnitt werden, ausgehend vom Vier-Prinzipien-Modell nach *Beauchamp* und *Childress*⁷⁹, medizinethische Prinzipien aus islamischer Sicht gedeutet.

4.3.4.1 Prinzip der Autonomie (und Integrität)

Der Muslim hat zwar nach islamischer Auffassung einen freien Willen und ist demzufolge für seine Taten selbst verantwortlich, aber er ist moralisch nicht vollständig autonom, wenn es um Entscheidungen geht, die seinen eigenen Körper betreffen (vgl. Samadzade, 2009, 41f.).

So wird gemäß islamischem Glaubensverständnis beispielsweise die Sterbehilfe mehrheitlich nicht positiv bewertet.⁸⁰ Entscheidungen darüber, das Leben eines todkranken Patienten auf dessen Bitte hin zu beenden, liegt laut Sachedina außerhalb der moralischen und rechtlichen Verpflichtungen eines Arztes (vgl. 2008a, 147f.). Hinsichtlich der Begründungsbasis bezieht man sich hier auf den oben bereits erwähnten Quranvers 3:145, in dem es heißt, dass der Mensch nur durch Gottes Erlaubnis und zu einer festgelegten Zeit den Tod erfährt. Fernerhin wird auch hier der islamische Grundsatz herangezogen, dass das Leben eine Gabe Gottes ist, wodurch es sich verbietet, dieses willentlich zu beenden (vgl. Samadzade, 2009, 42).

Im Islam besitzt sowohl der lebende als auch der tote Mensch Würde (arab.: *karāma*) und Integrität (arab.: *ḥurma*) (vgl. Krawietz, 2001, 247). Deshalb werden Eingriffe am Leichnam auch

79 Siehe 3.1.3 Methodik der Medizinethik

80 Es ist jedoch anzumerken, dass es hier innerhalb der islamischen Debatte drei unterschiedliche Meinungen gibt (vgl. Ilkilic, 2008, 36): Die erste Position verbietet jegliche Art von Sterbehilfe und spricht von einer Therapiepflicht am Lebensende, auch wenn keine Heilungschancen mehr vorliegen. Der zweite Standpunkt stellt es dem Patienten frei, in medizinisch aussichtslosen Situationen die lebenserhaltenden Maßnahmen zu beenden. Die dritte Position unterscheidet zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, wobei sie die passive Variante als legitim erachtet.

grundsätzlich als dessen Schädigung und Verletzung seiner Integrität eingestuft. Dieses Verständnis spiegelt sich auch in der Tatsache wieder, dass die islamische Jurisprudenz in der modernen Zeit Autopsien und postmortale Untersuchungen sowie später auch Organtransplantationen anfangs zurückgewiesen hat (vgl. Moosa, 2008, 172). Erst einige Zeit später erlaubte man diese, da man später den überwiegenderen Nutzen darin erkannte.

Beim lebenden Menschen herrscht innerhalb der islamischen Debatte Einigkeit darüber, dass der Grundbestand des Lebens unantastbar ist, was zur Folge hat, dass der Mensch kein Recht hat, auf sein Leben zu verzichten (vgl. Kellner, 2007, 121). Somit ist Suizid verboten, auch wenn das Motiv lautet, dass dadurch ein anderes Menschenleben gerettet wird. Auch aus diesem Grund wird aus islamischer Sicht die aktive Sterbehilfe, sowie die Spende eines lebenswichtigen Organs bei Lebendspenden eindeutig abgelehnt (vgl. ebd.). Die rechtlich umstrittene Frage innerhalb der islamischen Debatte ist laut Kellner, inwieweit der lebende Mensch das Recht hat, auf Körperteile, die nicht lebensnotwendig sind, zu verzichten (vgl. ebd.).

Zu beachten ist, dass das Leben des Menschen und die Unversehrtheit seiner Körperteile – auch wenn er tot ist – ein Recht ist, das der Schöpfer und das Geschöpf gemeinsam beansprucht, sodass es durch eine Erlaubnis des Geschöpfes nicht hinfällig werden kann (vgl. Krawietz, 2001, 247). Auch in diesem Zusammenhang ist der islamische Grundgedanke von Bedeutung, der besagt, dass der Körper des lebenden und verstorbenen Menschen nicht sein bloßes Eigentum ist, sondern eine dem Menschen von Gott anvertraute Leihgabe (vgl. Ilkic, 2008, 35).

In Bezug auf intensivmedizinisch betreute Patienten gilt, dass sie zweifellos respektvoll zu behandeln sind, wobei die respektvolle Behandlung des Toten mit dem des Lebenden gleichgesetzt wird (vgl. Krawietz, 2001, 247).

4.3.4.2 Prinzip der Schadensvermeidung und Nutzen- beziehungsweise Fürsorgeprinzip

Grundsätzlich soll die medizinische Behandlung auf größtmögliche Schadensvermeidung ausgerichtet sein. Jemandem Schaden zufügen oder ihn einem erhöhten Risiko aussetzen, kann jedoch in der medizinischen Praxis ethisch dann doch gerechtfertigt werden, wenn der Nutzen für den Patienten durch die risikoreiche Therapie diesen überwiegt (vgl. Samadzade, 2009, 42). Islamische Juristen sind der Meinung, dass das Prinzip der Vermeidung von Schaden als Rechtfertigung für eine Behandlung angesehen werden kann, die zwar für den Patienten mit Nebenwirkungen und Risiken verbunden sind, aber helfen kann, sein Leben zu verlängern (vgl. ders., 43).

Auch was palliativmedizinische Behandlungen anbelangt, werden diese nach diesem Grundsatz als legitim erachtet. Laut Sachedina zählt hier das Motiv (vgl. 2008a, 155f.): Solange die Situation nicht durch eine Tötungsabsicht charakterisiert ist, wird ein Eingriff, der die nötige Behandlung zur

Linderung des Schmerzes oder anderer Symptome schwerwiegender physischer Not gewährleisten soll, nicht kriminell eingestuft.

4.3.4.3 Prinzip der Gerechtigkeit

Eines der höchsten Prinzipien im Islam ist die Gerechtigkeit. Dies wird auch durch viele Stellen im Quran⁸¹ ersichtlich. So ist auch die Frage nach der gerechten Ressourcenverteilung ein wichtiges Thema in islamisch-medizinethischen Diskussionen. Laut Aussagen von Ilkilic (2006a, 161f.) ist dieses Prinzip in muslimischen Ländern im Gegensatz zu Industrienationen eines der wichtigsten Faktoren in der Entscheidungsfindung islamischer Juristen, da in diesen Ländern oft die nötigen Mittel für eine medizinische Grundversorgung fehlt. Aus dieser Sachlage folgt, dass moralische Beurteilungen wie die Stammzellforschung betreffend, welche mit erheblichen finanziellen Kosten verbunden ist und deshalb nur durch starke Benachteiligung anderer durchzuführen ist (vgl. ebd.), innerhalb der islamischen Debatte auch negativ ausfallen können.

In der islamischen Hirntod-Debatte kommt das Prinzip der gerechten Ressourcenverteilung ebenfalls zur Sprache: Eine Position, die eigentlich gegen das Abstellen der intensivmedizinischen Maßnahmen bei hirntoten Patienten stimmt, erachtet dies dann doch als vorstellbar, wenn ein anderer Patient mit deutlich besserer Prognose diese medizinischen Ressourcen unbedingt benötigen sollte.⁸²

81 Vgl. Quran 16:90 und 49:9

82 Siehe 4.7 Islamische Bewertung über den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei hirntoten Patienten

4.4 Seele im Islam

Zu dieser Thematik wird oft auf den Quranvers 17:85 hingewiesen, der die Seele als etwas beschreibt, über die der Mensch keine Kenntnis verfügen kann (vgl. Krawietz, 2001, 245), wobei zu beachten ist, dass in der Exegese-Tradition auch die Meinung vorhanden ist, dass hier nicht über die Seele gesprochen wird.

Nichtsdestotrotz wurde in der klassischen islamischen Literatur häufig über die Seele geschrieben und diskutiert. So sind in der islamischen Philosophie-Geschichte – grob eingeteilt – zwei Positionen entstanden, die unterschiedliche Auffassungen über das Verständnis und die Relation zwischen Körper und Seele haben:

Ibn Sīnā (gest. 1037) vertrat den griechischen Leib-Seele-Dualismus, nach der der Mensch zwar ebenso aus Seele und Körper besteht – nur mit dem Unterschied, dass für *Ibn Sīnā* der Körper lediglich das „vorübergehende Kleid“ der Seele ist (vgl. Moosa, 2008, 196). Er glaubte, dass der Körper entbehrlich sei, und wertschätzte ausschließlich die Seele (vgl. ebd.). Nach seiner Auffassung, hört die Seele nie auf zu existieren und stirbt auch nicht mit dem Körper, da sie mit dem Körper keine Beziehung hat (vgl. ders., 193). So kann die Seele ohne Körper existieren, aber ohne die Seele hört die Existenz des Körpers auf (vgl. Eich, 2008, 207). Außerdem wird das Leben nach dem Tod nicht als körperliche Wiederauferstehung verstanden (vgl. Moosa, 2008, 196).

Ġazzālī (gest. 1111) versteht den Körper zwar als das Reittier für die Seele, jedoch sind für ihn der Körper und die Seele des Menschen gleichwertig (vgl. Moosa, 2008, 195f.). Man spricht hier auch von der monistischen Sichtweise (vgl. Eich, 2008, 207), die von einer Leib-Seele-Einheit ausgeht. Aus seiner Sicht erzeugen Körper und Seele ein Kontinuum von Geist und Materie (vgl. ebd.). So ist er auch anders als *Ibn Sīnā* der Überzeugung, dass die Wiederauferstehung im körperlichen Sinne stattfinden wird.

Aufgrund dieser verschiedenen Positionen interpretieren islamische Gelehrte identische Quranstellen und Prophetenaussprüche unterschiedlich (vgl. ebd.). Zudem kommen sie zu divergenten Urteilen, wenn es um rechtliche Fragen geht, was sich auch in der Hirntod-Debatte widerspiegelt.

Einen weiteren problematischen Faktor stellt die Tatsache dar, dass sich der Quran zu Form und Lokalisation der Seele im menschlichen Körper kaum äußert, was bei der Diskussion des Hirntodes eine Herausforderung für islamische Juristen darstellt (vgl. Samadzade, 2009, 130).

Ferner wird im klassisch-islamischen Glaubensverständnis davon ausgegangen, dass beim Tod die Seele den Körper verlässt. Denn die klassische Lehre im Islam deutet den Quranvers 39:42 folgendermaßen: Gott nimmt die Seelen der Menschen zur Zeit ihres Sterbens zu sich und auch die Seelen derer, die noch nicht gestorben sind, wenn sie schlafen. Dann hält er jene zurück, über die er den Tod verhängt hat, und schickt die anderen wieder bis zu einer bestimmten Frist ins

Leben zurück (vgl. ders., 129f.).

Doch auch in dieser Hinsicht gibt es in der Exegese verschiedene Ansichten. So meint Sachedina, dass der Quran, indem er den Begriff *nafs* verwendet (, der auch⁸³ in der Quranstelle 39:42 erwähnt wird und seitens klassischer Auffassung als Seele interpretiert wird), die Idee ablehnt, dass eine Entität wie die Seele den Körper beim Tode verlässt (vgl. 2008b, 160). Denn das Leben endet gemäß islamischer Auffassung nicht mit dem Tod, und da eine Person (*nafs*) nicht aufhört zu existieren, wenn sie schläft, endet ihre Existenz auch nicht im Tod. Der Tod wird nach Sachedina also als Zwischenstadium in der menschlichen Existenz verstanden (vgl. ebd.).

Gelehrte dieser Ansicht sind der Auffassung, dass Gott in dieser Quranstelle lediglich versucht, allegorisch dem Menschen den Zustand zwischen diesseitigem Tod und Auferstehung zu beschreiben. Sachedina erklärt in dieser Hinsicht: „So wie eine Person wieder zum Leben zurückkommt, wenn sie nach dem Schlaf wieder umherläuft, wird sie auch wiederbelebt werden bei der großen Auferweckung am Tag des Gerichts“ (ebd.).

83 Sachedina bezieht sich hier konkret auf den Quranvers 21:35, in der es heißt, dass jede Person (*nafs*) den Tod erleiden wird.

4.5 Todeszeitpunktbestimmung im Islamischen Recht

Die detaillierte Auseinandersetzung mit der Frage nach der Bestimmbarkeit des genauen Todeszeitpunkts fand im Islam bereits seit seiner Frühzeit statt (vgl. Krawietz, 2001, 240). Denn gemäß islamrechtlicher Auffassung ändern sich mit dem Tod zahlreiche Rechtsverhältnisse und die daraus resultierenden Verpflichtungen, was beispielsweise das Erbrecht und die zügige Bestattung anbelangt (vgl. ebd.). Außerdem ist laut Kellner die Exaktheit der Kriterien auch wichtig, um (gemäß Verständnis der klassischen Lehre) mit Sicherheit davon ausgehen zu können, dass die Seele den Körper verlassen hat (vgl. 2007, 125).

Gemäß Islamischem Recht zählen zu den Anzeichen des Todes (vgl. Kellner, 2007, 125; Krawietz, 2001, 243):

- Herz- und Atemstillstand
- Entspannung der Füße und Arme
- Krümmung der Nase
- Einfallen der Schläfen
- Starre des Blicks
- Öffnen der Augenlider, wobei die Pupille streng nach oben gerichtet ist
- Erschlaffung der Gesichtshaut

Krawietz gibt an, dass in der islamischen Literatur zudem gewisse Modifikationen und Erweiterungen dieser Palette zu finden sind (vgl. 2001, 243).

Da diese Anzeichen jedoch auf menschliche Erfahrungswerte und nicht auf religiöse Texte beruhen, haben sie theologisch gesehen im Prinzip keine absolute Geltung (vgl. Kellner, 2007, 125).

Die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem biologischen Tod des Menschen hat nun im islamischen Recht zu einer umfassenderen Auseinandersetzung mit dieser Problematik geführt und wird manchmal als eines der schwierigsten medizinrechtlichen Materien betrachtet, die derzeit im Islamischen Recht zur Diskussion stehen (vgl. ders., 124).

4.6 Bewertung des Hirntodkonzepts aus islamischer Sicht

4.6.1 Einführung

In der sunnitischen Literatur wird laut Kellner seit den 1950er Jahren über den Hirntod diskutiert, wobei erst ab Mitte der 1980er Jahre wesentliche Positionen festgelegt wurden (vgl. 2007, 125). Über Organtransplantationen gibt es bereits ab den 1950er Jahren konkrete islamische Stellungnahmen (vgl. Krawietz, 2001, 239). Festzuhalten ist, dass bis heute die Diskussion zu diesem Thema aufrecht geblieben ist (vgl. Kellner, 2007, 125).

Wie bereits erwähnt, gilt gemäß klassischer Definition des Todes im Islam der Mensch als tot, wenn seine Seele den Körper verlassen hat. Doch dieser Vorgang lässt sich weder medizinisch beobachten, noch kann für ihn ein bestimmter Zeitpunkt angegeben werden (vgl. Elyas, 1995). Aufgrunddessen wird diese klassisch islamische Definition des Todes durch das neue Todeskriterium des Hirntodes verständlicherweise herausgefordert. Denn die messbaren Gehirnfunktionen können für die Aussage über das Körper-Seele-Verhältnis keineswegs als Grundlage dienen (vgl. Ilkilic, 2006b, 171).

Laut Kellner ist die islamische Position zum Hirntod höchst differenziert und weit entfernt von der breiten Akzeptanz, die in den Medien und auch von manchen muslimischen Kreisen immer wieder behauptet wird (vgl. 2007, 125). Dieses Missverständnis könnte im deutschsprachigem Raum eventuell auf eine Aussage von Elyas (1995) zurückgeführt werden, der die Stellungnahme des ZMD⁸⁴ über Hirntod und Organverpflanzung verfasst hat. Denn in dieser Stellungnahme behauptet er, dass das von ihm herangezogene islamische Rechtsgutachten, das den Hirntod befürwortet, breite Akzeptanz in den islamischen Ländern fand und als islamischer Grundsatz in dieser Thematik gilt.

Moosa beschreibt jedoch ähnlich wie Kellner, dass die Meinungen von zeitgenössischen islamischen Juristen sehr unterschiedlich und manchmal einander diametral entgegengesetzt sind (vgl. 2008, 174), was auch in dieser Arbeit deutlich wird.

4.6.2 Befürwortende Positionen zum Thema Hirntod

4.6.2.1 Beschluss der OIC

Das Rechtsgutachten der OIC⁸⁵, das in Jordanien im Rahmen eines internationalen Treffens vom 11. bis 16.10.1986 erstellt wurde (vgl. Elyas, 1995), wird am häufigsten herangezogen, um das Hirntodkonzept aus islamischer Sicht zu rechtfertigen (vgl. Kellner, 2007, 137). Da fälschlicherweise die OIC als das „Sprachrohr des Islams“ verstanden wird, wird oft ausgesagt,

84 Siehe 4.1 Die Quellen im Islam und das islamische Recht

85 Siehe 4.1 Die Quellen im Islam und das islamische Recht

dass sich in dieser Thematik die islamischen Juristen einig wären (vgl. ebd.).

Dieser Beschluss der OIC wurde, wie bereits erörtert, auch von Seiten des ZMD übernommen und als offizielle Stellungnahme bei der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 28.06.1995 zu den Themen Hirntod und Organverpflanzung eingereicht. Gemäß ZMD lautet der Beschluss des OIC folgendermaßen:

„Der menschliche Tod, und alle daraus entstehenden islamisch-juristischen Konsequenzen, gilt bei Vorliegen einer der beiden folgenden Zustände:

- 1. Bei vollständigem irreversiblen ärztlich festgestellten Herz- und Atemstillstand.*
- 2. Bei irreversiblen ärztlich festgestellten Ausfall der Hirnfunktion, auch wenn die Herz- und Atemfunktion noch mechanisch aufrechterhalten wird, bzw. mechanisch aufrechterhalten werden kann.“ (Elyas, 1995)*

Überdies heißt es gemäß Elyas in der Stellungnahme des ZMD:

„Ein Hinauszögern der Feststellung des Todes, wenn schon die vitalen Funktionen und die Hirnaktivität irreversibel erloschen sind, steht aus islamischer Sicht im Widerspruch zur Würde des Menschen und zu seinem Recht auf würdevolle Behandlung, sowohl im Leben als auch im Tod. Das Hinauszögern der Feststellung des Todes entwürdigt den Menschen zu einer künstlich aufrechterhaltenen biologischen Masse. Das ist aus islamischer Sicht nicht vertretbar.“ (ebd.)

Die grundlegende Argumentationsbasis in dieser Stellungnahme stellt folgender Gedanke dar: Aufgrund der Tatsache, dass der Vorgang, in der nach islamischem Verständnis beim Tod des Menschen die Seele den Körper verlässt, empirisch nicht erfassbar ist⁸⁶, meint Elyas, dass man auf sekundäre Merkmale des Todes angewiesen ist, die diesen Vorgang deuten (vgl. ebd.). Zudem meint er, dass ausgehend vom islamischen Grundsatz, dass Gott keinen Menschen mit mehr belastet, als er zu tragen vermag⁸⁷, sei man islamisch gesehen nicht verpflichtet, den Beweis zu erbringen, zu welchem genauen Zeitpunkt die Seele den Körper verlässt. Im Anschluss heißt es:

„Die sekundären Merkmale, wie der irreversible Herz- und Atemstillstand, sowie der irreversible Ausfall der Hirnfunktion, reichen islamisch gesehen vollkommen aus, um den Zeitpunkt des Todes nach menschlichem Ermessen festzulegen.“ (ebd.)

4.6.2.2 Der Steuerungsverlust der Seele über den Körper – Yāsīns Argumentationsstrang

Muḥammad Naʿīm Yāsīn ist der Auffassung, dass das Leben dann zu Ende ist, wenn der Körper nicht mehr fähig ist, der Seele zu dienen und auf sie zu reagieren (vgl. Kellner, 2007, 126). Dabei werden die Reflexe des Hirntoten als die im Körper verbleibenden Bewegungen interpretiert, die keine Beziehung zur Seele des Menschen haben. Seine Argumentation wird bei Kellner

⁸⁶ Diese Problematik, die aus dem Subjektverständnis entsteht, dass der Mensch ein geistesbezogenes Wesen ist, wurde auch in 3.2.5 Die abstrakt-philosophische Ebene der Hirntod-Diskussion: Todeskonzepte, Subjekt des Todes und Gehirn-Person-Relation unter Abschnitt „Subjekt des Todes – zum Personenbegriff“ angesprochen.

⁸⁷ Vgl. Quran (2:286)

folgendermaßen geschildert (vgl. ders., 126f.): Aufgrund der Tatsache, dass es in den islamrechtlichen Primärtexten keine Stelle gibt, die den Moment des Todes beziehungsweise gültige Todeszeichen am Körper definieren, ist es schwierig, eine Definition des Lebensendes aus islamischer Sicht anzugeben. Aus diesem Grund meint *Yāsīn*, soll man in dieser Hinsicht folgende Punkte berücksichtigen:

- (1) Da das menschliche Leben mit dem Gegenteil dessen endet, mit dem es begonnen hat, und der Beginn des Lebens im Islam ab Verbindung des Körpers mit der Seele angesetzt wird, ist anzunehmen, dass das menschliche Leben mit der Trennung der Seele vom materiellen Körper zu Ende ist.
- (2) Bezüglich der Seele ist der Mensch in der Lage, ihre Eigenschaften, Besonderheiten und ihren Wirkungsbereich in der materiellen Welt zu verstehen beziehungsweise zu erkennen. Jedoch wird zum Thema der Seele immer folgender Einwand gebracht: Die Seele wird im Quran (17:85) als etwas beschrieben, das sich jeglicher menschlichen Erkenntnis entzieht. Islamische Gelehrte tendierten aufgrund dieser Quranstelle dazu, sich in Fragen über die Natur der menschlichen Seele nicht zu vertiefen. Dem hält *Yāsīn* entgegen, dass in den prophetischen Überlieferungen und in der klassisch islamischen Literatur dennoch bestimmte Eigenschaften der Seele näher beschrieben wurden. Diese Stelle im Quran ist nach *Yāsīn* so zu verstehen, dass die Erkenntnis der absoluten objektiven Wirklichkeit der Seele nicht möglich ist.
- (3) Die Gelehrten sind der Auffassung, dass die wichtigsten Aufgaben der Seele folgende sind: Sinneswahrnehmung, kognitive Intelligenz und emotionale Regungen. Die Seele ist verantwortlich für alle willensgesteuerten, bewussten Tätigkeiten, die ein Mensch ausführt.⁸⁸ Körperreflexe beziehungsweise autonom gesteuerte Körperbewegungen zählen jedoch nicht dazu. Dadurch müsste die Verbindung zwischen Körper und Seele durch die Fähigkeit des Körpers gekennzeichnet sein, auf die Seele zu reagieren. Auf Grund dessen geht *Yāsīn* davon aus, dass jener Zeitpunkt den Tod des Menschen kennzeichnet, an dem die Seele die Steuerungsfunktion über den Körper verliert.⁸⁹
- (4) Die von den Gelehrten genannten Aufgaben der Seele (Sinneswahrnehmung, emotionale Wahrnehmung, Erkenntnisfähigkeit und bewusste Steuerung des Körpers) werden seitens der Medizin mit dem Gehirn in Relation gesetzt. Beziehungsweise wird ausgesagt, dass

88 Siehe zu diesem Subjektverständnis auch im Kapitel 3.2.5 Die abstrakt-philosophische Ebene der Hirntod-Diskussion: Todeskonzepte, Subjekt des Todes und Gehirn-Person-Relation unter Abschnitt „Subjekt des Todes – zum Personenbegriff“. *Yāsīn* verwendet hier den Begriff „Seele“, um in späterer Folge das Subjekt des Todes zu beschreiben. Gemäß den Ausführungen im genannten Kapitel scheint *Yāsīn* das kognitivistische Menschenbild zu vertreten.

89 Es gibt hier jedoch entgegengesetzte Meinungen: *Taufiq al-Wāṭ* meint, dass die islamischen Juristen nie den Verstand und die Sinneswahrnehmung zum alleinigen Beweiskriterium für Leben im Körper gemacht hätten (vgl. Moosa, 2008, 185).

das Gehirn der Ursprung all dieser Fähigkeiten sei.⁹⁰ Somit stehe fest, dass das Gehirn die Zentrale darstellt, die den Körper mit der Seele verbindet, und durch die der Mensch fähig ist, in der materiellen Welt zu leben. Das Gehirn wird von *Yāsīn* somit als die Schaltzentrale⁹¹ zwischen den beiden Komponenten – Körper und Seele – beschrieben, deren Verbindung menschliches Leben definiert. Daher müsste der Tod des Gehirns jenen Punkt markieren, an dem menschliches Leben zu Ende ist, beziehungsweise der dem islamrechtlichen Todesbegriff entspricht.⁹² Zu diesem letzten Punkt von *Yāsīn* ist anzuführen, dass *Muḥammad Muḥtār as-Salāmi*⁹³ eine ähnliche Begründung anführt: Er spricht sich für die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem völligen biologischen Tod aus, da aus seiner Sicht die Führung des Lebens vom Gehirn gesteuert wird (vgl. ders., 129).

4.6.2.3 Weitere Argumente für das Hirntodkonzept

Ein weiteres Argument für das Hirntodkonzept, das seitens *as-Salāmi* bekundet wird, lautet, dass alle Anzeichen von Leben, die nach der Hirntoddiagnose zu beobachten sind, aus seiner Sicht lediglich pflanzliches Leben und keine menschlichen Bewegungen seien, da sie nur von den Geräten stammen (vgl. Kellner, 2007, 287).⁹⁴

Dahabī, Mediziner und Verfasser einer im Jahre 1993 erschienenen Monographie über „Organtransplantation zwischen Medizin und Religion“, führt ein Argument an, das sich auf die Quelle der Todeszeitpunktbestimmung bezieht (vgl. Holzniekenper, 2003, 53). Er betont, dass die Merkmale in der islamrechtlichen Festlegung des Todeszeitpunkts lediglich von den Erfahrungen der Menschen abgeleitet wurden, und nicht von den islamrechtlichen Texten. Aus diesem Grund sollte aus islamrechtlicher Sicht nichts dagegen sprechen, die Zeichen des Todes mit neuentdeckten medizinischen Mitteln in Erfahrung zu bringen, die in heutiger Zeit zur Verfügung stehen (vgl. ebd.). Außerdem merkt er an, dass medizinische Experten in diesem Belangen die letzte Autorität seien (vgl. Kellner, 2007, 128). *As-Salāmi* ist in ähnlicher Weise der Auffassung, dass die Definition des Todes einer ständigen Revision bedarf (vgl. ders., 129), da die früheren

90 Siehe 3.2.5 Die abstrakt-philosophische Ebene der Hirntod-Diskussion: Todeskonzepte, Subjekt des Todes und Gehirn-Person-Relation unter Abschnitt „Gehirn-Person-Relation“

91 Siehe 3.2.6 Argumentative Schilderung des Hirntodkonzepts unter Abschnitt „Das „übergeordnete“ Gehirn: Das Argument der „Integrationsfunktion“ und des irreversiblen Bewusstseinsverlustes“

92 Kellner führt hier eine wichtige Anmerkung an (vgl. 2007, 127): In *Yāsīn*s Ausführungen fehle eine genaue Definition des Hirntodbegriffs. Sein lediglicher Fokus auf den Verlust der kognitiven Wahrnehmung und der bewussten Körpersteuerung, entspricht laut dem Autor dem Teilhirntodkonzept. Doch diese Sichtweise wäre gemäß Kellner wegen ihrer weitreichenden ethischen Folgen nur schwer als solche zu rechtfertigen. Ferner deutet Kellner an dieser Stelle auf einen gravierenden Fehler islamischer Rechtsgelehrter hin: Die meisten von ihnen reduzieren gemäß seinen Aussagen den Hirntodbegriff eindeutig als irreversiblen Tod des Stammhirns. Dies wird auch an einigen Stellen in seiner Dissertation ersichtlich: Im Interview, das der Autor mit *as-Salāmi* führt, verwechselt der islamische Rechtsgelehrte offensichtlich den Hirnstammtod mit dem Ganzhirntod (vgl. ders., 287). Auch *al-Būḥārī* macht denselben Fehler, der in derselben Quelle auf Seite 134 erkenntlich ist.

93 *As-Salāmi* ist ehemaliger Mufti der Republik Tunesien und gilt international als einer der bedeutendsten islamischen Juristen, die sich mit bioethischen Fragen auseinandersetzen (vgl. Kellner, 2007, 285).

94 Diese Ansicht, die das Restleben des hirntoten Patienten von den lebenserhaltenden Maßnahmen abhängig sieht, und somit den Hirntode für tot erklärt, ist auch im medizinethischen Teil im Kapitel 3.2.12 Weitere Argumente für das Hirntodkriterium und ihre Gegenargumente unter Punkt 3 zu finden.

islamischen Juristen die Symptome, die den Tod begleiten, entsprechend ihrem jeweiligen medizinischen Wissensstand beobachtet und beschrieben haben (vgl. ders., 287).

Eine andere Argumentationslinie ist in 'Alī al-Bārs Position zu finden, einem zum Teil in England ausgebildeten saudischen Mediziner⁹⁵, in der er die Irrelevanz der aktiven Herzfunktion in Bezug auf die menschliche Existenz anspricht.⁹⁶ Da bei Operationen am offenen Herzen der Herzschlag aussetzt und auch die Atemtätigkeit für die Dauer von bis zu zwei Stunden ausbleibt, gelte dieser Patient gemäß klassischer Todesdefinition als tot. Aufgrunddessen ist für ihn angesichts des heutigen Wissensstands der Medizin das Hirntodkonzept sinnvoller (vgl. ders., 129).⁹⁷

Daqr spricht in seiner Argumentation für das Hirntodkriterium auch die Irrelevanz des Herzschlages an. Jedoch bezieht er sich dabei auf ein islamrechtliches Urteil aus der klassischen Lehre. Gemäß Auffassung einiger islamischer Juristen findet die Beseelung des Embryos erst nach 120 Tagen der Schwangerschaft statt. Der Herzschlag des Embryos ist jedoch bereits nach vier Wochen feststellbar. Aus diesem Grund meint *Daqr*, dass somit keine notwendige Verbindung zwischen Herzschlag und individuellem Dasein bestehe (vgl. ders., 129).

4.6.2.4 Die schiitische Sicht

Im Iran, wo die Mehrheit der Muslime schiitisch ist, hatte man zunächst eine ablehnende Haltung gegenüber dem Hirntodkonzept. Das iranische Parlament hatte sich 1995 geweigert, das Hirntodkriterium als ausreichend zu akzeptieren, um eine staatlich unterstützte Politik der Organgewinnung für Transplantationen einzuleiten (vgl. Sachedina, 2008b, 168). Laut Sachedina schienen in den Augen der Öffentlichkeit die Chirurgen aus dem Blickwinkel traditioneller islamischer Todeskriterien im wahrsten Sinne des Wortes das Leben dieser „hilflosen Patienten“ zu beenden (vgl. ebd.). Doch im Jahr 2000 hat sich das geändert, da das Organspenden von Hirntoten gesetzlich zur Pflicht wurde (vgl. Pour, 2014). Gemäß Samadzade wird das Hirntodkonzept in schiitischen Fachkreisen vorwiegend akzeptiert, da der oberste Geistliche der Schiiten, Imam *Ḥomeinī*, sich für das Hirntodkonzept aussprach.⁹⁸ Seine Argumentation ist, dass beim Hirntod eine Wiederbelebung ausgeschlossen ist und die Erhaltung der Lebensfunktionen

95 *Al-Bār* ist eine der Schlüsselfiguren des islamischen Bioethikdiskurses generell. Er gehört zu der Gruppe von Medizinern, die seit dem Beginn systematischer Bioethikdiskussionen im Nahen Osten in den 1980er Jahren sich darauf spezialisiert haben, naturwissenschaftliche Expertise in die Arbeit nationaler und internationaler Gremien des islamischen Rechts einzuspeisen (vgl. Eich, 2009, 210).

96 Ähnliches wurde im medizinethischen Teil in 3.2.6 Argumentative Schilderung des Hirntodkonzepts unter Abschnitt „Das „übergeordnete“ Gehirn: Das Argument der „Integrationsfunktion“ und des irreversiblen Bewusstseinsverlustes“ angesprochen.

97 Kellner merkt hier folgendes an (vgl. 2007, 129): *Al-Bār* soll hier ignoriert haben, dass nur der endgültige Herz- und Atemstillstand als Todeskriterium betrachtet wird, bei dem es keine Hoffnung mehr auf ein Wiedereinsetzen dieser Körperfunktionen gibt.

98 Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass auch innerhalb des schiitischen Fachkreises Gegenstimmen vorhanden sind. Denn eine gesetzliche Novellierung – auch wenn sie vom obersten Geistlichen befürwortet wurde – muss nicht unbedingt dazu führen, dass das gesamte Volk dem zustimmt. Als konkretes Beispiel ist der Schiite *al-Anṣārī* zu nennen, der erst später im Text erwähnt wird. Zudem ist noch anzumerken, dass gemäß dem oben genannten Artikel aus dem Iranjournal trotz des Gesetzes die überwiegende iranische Bevölkerung nicht bereit ist, die Organe ihrer Angehörigen als Spende freizugeben.

ausschließlich künstlich stattfindet (vgl. Samadzade, 2009, 135).

4.6.3 Ablehnende Positionen zum Thema Hirntod

4.6.3.1 Einführung

In der innerislamischen Hirntod-Debatte gibt es auch zahlreiche Gegenstimmen. Laut Ilkilic stammen diese vorwiegend aus Ägypten (vgl. 2006b, 172). Eines der bekanntesten und ältesten, offiziellen Beschlüsse wurde vom kuwaitischen Religionsministerium im Jahr 1981 verfasst. Er besagt, dass ein Mensch nicht als tot angesehen werden kann, solange seine Herz- und Kreislaufaktivität, wenn auch nur künstlich, aufrecht sind (vgl. Kellner, 2007, 130).

Auch die MWL⁹⁹ sprach sich gegen das Hirntodkonzept aus (vgl. ders., 137). Sie erachten das Abschalten der medizinischen Apparate als legitim, jedoch dürfe der Hirntote nicht rechtlich als Toter gelten.¹⁰⁰ Außerdem führt Ilkilic an, dass im Jahr 1997 in Kuwait im Rahmen einer Studie 50 Gelehrten aus Kuwait, Saudi-Arabien, Iran, Ägypten, Libanon und Oman nach ihrer Meinung zu bioethischen Themen, insbesondere zum Hirntod, befragt wurden und dabei 90,6 Prozent der an der Umfrage teilgenommenen islamischen Juristen das Hirntodkonzept abgelehnt haben (vgl. 2008, 37).

Innerhalb der Gegenstimmen wird als Grundproblematik im Hirntodkonzept das islamische Todesverständnis über das Verlassen der Seele aus dem Körper mitsamt dem Problem, dass über die Seele genauere Kenntnisse fehlen, angeführt (vgl. Kellner, 2007, 130). Denn aus diesem Grund sind islamische Hirntod-Kritiker für die Beibehaltung der äußeren Todesanzeichen bei der Todesfeststellung.

Als prominentes Beispiel für diese Ansicht ist der *Azhar*-Gelehrte *al-Zaynī* zu nennen, der der Meinung ist, dass nur jener für tot erklärt werden kann, dessen Seele von seinem Körper vollständig abgetrennt ist – was er als entscheidendes Definitionsmerkmal deklariert –, ausweislich des Stillstandes seiner natürlich oder künstlich erfolgten Herzschläge und des vollständigen Vorliegens der traditionellen Todeszeichen (vgl. Krawietz, 2001, 244). Ein anderer islamischer Jurist erwähnt in dieser Auflistung noch explizit den Stillstand aller Organe im Körper (vgl. ebd.).

Ferner weisen islamische Hirntod-Kritiker darauf hin, dass es bei der Feststellung des Todes zu den wesentlichsten islamischen Pflichten gehört, die Todesdiagnose nicht zu beschleunigen (vgl. Kellner, 2007, 130).

Bakrū betont hier, dass das menschliche Leben ein grundlegendes Rechtsgut und die Tötung dessen eine Sünde sei, die größer als alle anderen Sünden (außer Götzendienst) ist (vgl. ders., 132). Deshalb ist aus seiner Sicht Eile in der Verkündung des Todes äußerst gefährlich.

99 Siehe 4.1 Die Quellen im Islam und das islamische Recht

100 Da dieses Rechtsgutachten jedoch wenig Resonanz fand, beruft man sich oft auf den Beschluss der OIC (siehe oben).

Auch der schiitische Imam des Islamischen Zentrums in Hamburg *Muḥammad Bāqir al-Anṣārī*, weist darauf hin, dass bei Zweifel, ob der Mensch definitiv tot ist, mit der Bestattung gewartet werden müsse, denn in der Frage von Menschenleben gelte das Prinzip der Vorsicht (vgl. Krawietz, 2001, 245f.).

4.6.3.2 Gegenstimmen bezüglich „Unsicherheiten“

Für Hirntod-Befürworter wie *as-Salāmi* besteht völlige Gewissheit, dass der Hirntod der Tod des Menschen ist:

„Soweit ich von Ärzten auf verschiedenen Teilen der Welt informiert wurde, gibt es Gewissheit darüber, dass der Tod des Hirnstamms den Tod des Individuums bedeutet¹⁰¹, weil sich dieser Teil des Gehirns sofort auflöst, als einziger Teil des Menschen löst sich der Hirnstamm innerhalb von Minuten nach dem Tod auf und verflüssigt sich¹⁰² und deshalb besteht hier keine Möglichkeit zur Regeneration. Es gibt hier also keine Unsicherheit [...].“ (Kellner, 2007, 287)

Hirntod-Kritiker *ʿAqīlī* und *Bakrū* sind hingegen der Meinung, dass der Hirntod zwar das faktisch stärkste Anzeichen für den persönlichen Tod ist, aber dass es dennoch aufgrund verschiedener Unsicherheiten nicht zulässig ist, allein von diesem Anzeichen heraus auf das völlige Ableben des Menschen zu schließen (vgl. ders., 130f.).

Doch Hirntod-Verfechter *Yāsīn* bringt an dieser Stelle einen bedeutenden Einwand: Er macht darauf aufmerksam, dass das Hirntodkonzept zwar nicht auf *völliger* Gewissheit basiert, sondern nur auf einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit, doch dagegen sei einzuwenden, dass eine große Anzahl von sehr schwerwiegenden islamrechtlichen Urteilen ohnehin nicht auf völliger Gewissheit beruhen, sondern lediglich auf größtmöglicher Wahrscheinlichkeit (vgl. ders., 128).¹⁰³

Doch *Bakrū* entgegnet diesem Argument, dass es konkret in Bezug auf die Feststellung des Todes anhand der klassischen islamischen Todeszeichen keinerlei Zweifel oder Unsicherheiten hinsichtlich des Eintretens des Todes gibt, falls sie gemeinsam am Toten sichtbar sind (vgl. ders., 131). Ferner führt er an, dass der Hirntod nur für medizinische Experten überprüfbar sei, und die Diagnose sich auf technische Geräte stützt, die – theoretisch denkbar – eine verborgene Fehlfunktion haben könnten, wodurch eine Fehldiagnose in den Bereich des Möglichen rückt (vgl. ebd.). Auch *al-Būṭī*¹⁰⁴ ist der Auffassung, dass die Wahrscheinlichkeit einer fehlerhaften Diagnose, wenn auch unwahrscheinlich, dennoch nicht denkunmöglich ist (vgl. ders., 133). Überdies heißt es

101 Dieses offensichtliche Missverständnis wurde bereits in Fußnote 92 angesprochen.

102 Siehe für diese angesprochene Entdeckung von *Mollarét* und *Goulon*, die sich aber nicht nur auf den Hirnstamm bezieht, sondern auf das gesamte Gehirn, im Kapitel 3.2.6 Argumentative Schilderung des Hirntodkonzepts unter dem Abschnitt „Der dissoziierte Hirntod“ samt Anmerkung in Fußnote 47.

103 Als Beispiel nennt hier *Yāsīn*, dass im islamischen Strafrecht vier Zeugen benötigt werden, die zur Bestätigung von Verbrechen hinzugezogen werden. Auch hier sei die Wahrscheinlichkeit eines Fehlurteils zwar gering, jedoch nicht völlig ausschließbar, da die geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass alle Zeugen sich irren oder zugleich die Unwahrheit sagen könnten (vgl. Kellner, 2007, 128).

104 *Muḥammad Saʿīd Ramaḍān al-Būṭī* (1929-2013) war einer der bekanntesten zeitgenössischen islamischen Rechtsgelehrten und Professor an der Fakultät für islamisches Recht in Damaskus (vgl. Kellner, 2007, 291).

laut Kellner in *Bakrūs* Ausführungen:

„Man weiß mit völliger Sicherheit, dass der Mensch vor dem Zustand des Hirntodes am Leben war, und man kann nicht auf das Gegenteil (den Tod) aufgrund von Einschätzungen schließen, über die keine absolute Sicherheit herrscht.“ (2007, 131)

Rechtsmethodologisch wird innerhalb dieser Argumentation immer wieder auf folgende altbekannte Regel im islamischen Recht hingewiesen: „Gewissheit wird nicht durch Zweifel beseitigt“. Zudem wird aufgrund der besagten Unsicherheiten im Falle des Hirntodes empfohlen, das islamrechtliche Prinzip vom „Fortbestand der Ausgangslage“ anzuwenden, was vordergründig von *al-Būfī* betont wird (vgl. Krawietz, 2001, 246).

Dieses Argument wird auch in der Stellungnahme von *‘Abd al-Raḥmān al-‘Adwī*, Professor an der Universität in Kairo, erkenntlich:

„Aus schariarechtlicher Sicht ist dieser Mensch sicher lebendig, sein Tod ist (hingegen) zu bezweifeln, wobei ein Zweifel keine sichere Angelegenheit aufzuheben vermag und die Rechtsgelehrten den Ärzten nicht gestatten können, daß sie sich mit ihren Skalpell an einem lebenden Menschen zu schaffen machen, dessen Seele sich (noch) nicht vom Leben trennte. [...] Kann ein Arzt eine Erklärung zur Bestattung einer Person abgeben, die intensivmedizinisch behandelt wird und klinisch starb?“ (Krawietz, 2001, 246)

Im Anschluss schreibt Krawietz in der Wiedergabe der Stellungnahme von *al-‘Adwī*, in der ersichtlich wird, dass er die oben genannten Prinzipien aus dem islamischen Recht gleichermaßen vertritt:

„Tod oder Stillstand des Gehirns könnten auch lediglich eine Art Ohnmacht sein oder lediglich der 'Beginn oder eines der Anzeichen des Todes'. Solches mit dem Tod selbst gleichzusetzen sei nach ihm [al-‘Adwī] ein gefährliches Unterfangen und ein großer Leichtsin. Letzten Endes handelt es sich um ein Problem, das sich aus den etablierten Prinzipien islamischer Rechtsmethodologie ergibt: denn, 'was mit Gewißheit erwiesen wurde, darf nicht durch Zweifelhafes aufgehoben werden, wobei die Grundannahme die Fortdauer des Lebens ist und von dieser Grundannahme nur durch Gewißheit abgegangen werden darf'. Somit ist von der 'Fortdauer des Gewesenen auszugehen, bis etwas erwiesen ist, das es (das Gewesene) schariarechtlich betrachtet ändert'. [...] Solange also die Beweisfrage nicht eindeutig geklärt ist, muß an der traditionellen Todesdefinition festgehalten werden, denn 'der Tod des Gehirns ist nicht gewiss oder definitiv wie der schariarechtliche Tod, sondern fehlerhaften Diagnosen ausgesetzt'.“ (2001, 246f.)

4.6.3.3 Weitere Argumente gegen das Hirntodkonzept

Gemäß *Bakrū* besteht die Befürchtung, dass die Umdefinierung des Todeszeitpunkts im Hinblick auf bestimmte Interessen im Bereich der Transplantationsmedizin vorgenommen wurde¹⁰⁵, und das Thema Leben und Tod sei aus religiöser Sicht zu ernst, um es bestimmten Zielen unterzuordnen (vgl. Kellner, 2007, 131).

Ġād al-Ḥaqq verweist in dieser Hinsicht auf zwei islamrechtliche Prinzipien hin, nämlich dass ein Schaden nicht durch einen weiteren Schaden beseitigt werden darf, und die Abwehr vom Übel den Vorrang hat vor der Sicherung von Interessen (vgl. Krawietz, 2001, 247). Deswegen sei es islamrechtlich nicht gestattet, einem anderen Menschen das Leben zu schenken, indem man jemanden tötet, dessen Leben noch andauert.

Als weiteres Gegenargument führt *Bakrū* an, dass solange das Herz schlägt und Zellbewegungen und -wachstum¹⁰⁶ sowie verschiedene Reflexe aufrecht¹⁰⁷ sind, es zumindest Zweifel daran gibt, dass der Mensch noch am Leben sein könnte (vgl. Kellner, 2007, 131). Denn nach islamischen Hirntod-Kritikern wie *ʿAqīlī* müsse auch das vegetative Leben geschützt werden, und nicht nur das bewusste und vernunftgesteuerte (vgl. Krawietz, 2001, 251), wodurch hier nebenbei auch das kognitivistische Menschenbild indirekt kritisiert wird, dem das Hirntodkriterium zugrunde liegt:

„Ein Hirntoter nehme doch noch Medikamente und Nahrung an, was körperliches Leben anzeige. Dieses und nicht nur vernunftgesteuertes Leben sei zu berücksichtigen. [...] Eine künstlich beatmete angebliche Leiche mit schlagendem Herzen gehe nicht nur in Zersetzung und Verwesung über¹⁰⁸, sondern Nägel und Haar bzw. bei Kindern der Körper insgesamt wüchsen.“ (ebd.)

Ausgehend von dieser Ansicht rechnet *Ibrāhīm al-Ḥuḍārī* den Verbleib des Hirntoten an den Geräten zu den Rechten des Menschen, da für ihn das Absterben des Gehirns kein Sterben im umfassenden Sinne bedeutet (vgl. ebd.).

Al-Būṭī kritisiert fernerhin, dass die Medizin als naturwissenschaftliche Disziplin den Tod bestimmt, dessen Zustandekommen aus theologischer Sicht ein Geheimnis ist und was aus seiner Sicht zur Folge hat, dass der Tod aufgrunddessen medizinisch nicht definierbar sein könne (vgl. Kellner, 2007, 132). Was aus medizinischer Erfahrung jedoch abgeleitet werden kann, so *al-Būṭī*, seien biologische Prozesse, die den Tod lediglich begleiten. Wenn die Medizin nun festgestellt hat, dass der Hirntod ein wichtiges Phänomen im Prozess des Sterbens ist, so erkennen das laut *al-Būṭī* zwar alle islamischen Rechtsgelehrten an, aber der Hirntod könne alleine nicht als einziger Beweis für den Tod des Individuums gelten, sondern er müsse mit anderen Zeichen, wie mit Herz- und Atemstillstand, kombiniert werden (vgl. ebd.).

105 Siehe auch im medizinethischen Teil in 3.2.3 Kritik am *Harvard-Ad-Hoc*-Beschluss.

106 Siehe 3.2.7 Kritik an der „überbewerteten“ Darstellung des Gehirns unter Abschnitt „Das integrative Rückenmark“

107 Siehe 3.2.10 Phänomenale Kriterien des Todes: Spinale Reflexautomatismen versus „Lebenszeichen“ des irreversibel komatösen Patienten

108 Was offensichtlich ebenfalls missverstanden wurde, da bei einem Hirntoten der Organismus nicht in Verwesung übergeht.

Außerdem betont er, dass die Anzeichen des Todes, die im klassischen islamischen Recht definiert sind, äußere Hinweise sind, die somit für jeden Menschen zugänglich sind (vgl. ebd.). Man kann hier behaupten, dass *al-Būṭī* aufgrund dieser Aussage auf phänomenale Kriterien setzt, was er jedoch an dieser Stelle nicht namentlich anspricht. Aber auch an einer anderen Stelle meint *al-Būṭī*, dass die soziale und emotionale Ebene der Todesfeststellung in die Überlegungen miteinbezogen werden müssten:

„Auch wenn wir anerkennen, dass der Hirntod das wesentliche medizinische Anzeichen für den biologischen Tod ist, so ist es bei einem so sensiblen Thema gesellschaftlich richtiger, auf dem allen Menschen vertrauten Todesbegriff aufzubauen, um Probleme, Anschuldigungen und Zweifel zu vermeiden und um das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten nicht zu belasten. Wenn der Tod nur durch bestimmte Untersuchungen festgestellt wird, deren Interpretation in der Hand von Experten liegt, bleibt bei den Angehörigen Zweifel an der Richtigkeit dieser Diagnose, vor allem dann, wenn der Hirntod vor einer Organtransplantation festgestellt wurde.“ (Kellner, 2007, 133f.)

Einen anderen Einwand bringt *Hātim Sa‘d Ismā‘īl*, der posthume Schwangerschaften als Beweis für die Widersprüchlichkeit des Hirntodkonzepts ansieht (vgl. ders., 136).

Ferner entgegnet *al-Būṭī* gegen das Argument der Hirntod-Verfechter, dass nach Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen der Hirntote ohnehin gänzlich sterben wird¹⁰⁹, dass auch in diesem Fall aus seiner Sicht zwingend alle anerkannten Todesanzeichen eingetreten sein müssen; es reiche nicht aus, den unmittelbaren Tod aufgrund eines Zeichens (Hirntod) zu erwarten – egal wie groß die medizinische Gewissheit darüber ist, dass der Hirntote nach Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen tatsächlich in wenigen Minuten sterben wird – rechtlich gelte er in diesem Zustand noch als lebendig (vgl. ders., 133). So ist nach *al-Būṭī* der Hirntod lediglich ein Vorbote des Todes und der Hirntote ist gemäß seiner Auffassung auf dem sicheren Weg zum Tod; er befände sich noch im Todeskampf (vgl. ders., 293). Ferner stellt er in diesem Zusammenhang die rhetorische Frage:

„Ein Mensch ist nun in diesem Zustand – wäre es erlaubt, ihn zu begraben, solange er im Todeskampf ist? [...] Die Scharia hat uns nicht erlaubt, den erwarteten Tod mit dem tatsächlichen Tod gleichzusetzen und deshalb ist es unsere Pflicht, hier zu warten.“ (ebd.)

Der schiitische Jurist *al-Anṣārī* schreibt in ähnlicher Weise in seinem Hamburger Gutachten:

„Aus den juristischen Schriften zeigt sich, daß es nicht gestattet ist, einen solchen Menschen zu beerdigen oder zu töten, solange man sich nicht des Todes der Gesamtheit seiner Organe vergewissert hat. Die Gelehrten haben klar gemacht, daß jemand, während er stirbt in Ruhe zu lassen ist, bis das Austreten der Seele aus seinem Körper vollständig erfolgt ist.“ (Krawietz, 2001, 248f.)

Überdies wird in Krawietz angeführt, dass nach *Ġād al-Ḥaqq* ohne Auftreten der islamrechtlichen

109 Siehe 3.2.12 Weitere Argumente für das Hirntodkriterium und ihre Gegenargumente

Todesmerkmale Organentnahmen bei hirntoten Patienten als Eingriffe am sterbenden Kranken zu bewerten sind und zu kriminalisieren sei (vgl. ders., 249).

Neben diesen Gegenargumenten, wird zudem an der Irreversibilität des Hirntodes gezweifelt. Nach *al-Būṭī* ist die Rückkehr des Menschen aus dem Zustand des Hirntodes medizinisch zwar nicht zu erwarten, jedoch logisch gesehen nicht völlig unmöglich (vgl. Kellner, 2007, 133).

Krawietz merkt hier an, dass mit diesem Argument in der islamischen Hirntod-Debatte oft die Allmacht Gottes ins Spiel gebracht wird: Vielfach sei doch eine Rückkehr zum Leben möglich – Gottes Ratschluss sei auch in dieser Hinsicht unergründlich (vgl. 2001, 250). Die Autorin meint, dass hier gerade Mediziner islamischen Juristen gegenüber mit Genesungstheorien auftreten (vgl. ebd.). Selbst in medizinischen Monographien zum Thema lese man, dass jemand, den die Ärzte medizinisch bereits aufgegeben hatten, geheilt und wiederbelebt werden konnte. Ein Mediziner und Assistenz-Professor für Anästhesie und Intensivmedizin an einer Universität in Kairo soll sogar behauptet haben, dass das Hirntodkonzept eine große Lüge sei; es gäbe zahlreiche Fälle von Fehldiagnosen (vgl. ders., 251). Es muss jedoch an dieser Stelle betont werden, dass diese Auffassung nur ein Teil der islamischen Hirntod-Gegner vertreten. Der Hirntod-Kritiker *Daqr* beispielsweise entgegnet an dieser Stelle oft, dass der Hirntod einen Punkt ohne Umkehr darstellt (vgl. ders., 250).¹¹⁰

Nichtsdestotrotz sind gemäß Samadzade einige muslimische Hirntod-Kritiker davon überzeugt, dass der fortgehende medizinische und technologische Fortschritt es in näherer Zukunft ermöglichen könnte, das Leben hirntoter Patienten wiederherzustellen (vgl. 2009, 130).

Als weiteres Gegenargument weist *al-Būṭī* ferner auf den fehlenden Konsens über das Hirntodkonzept sowohl innerhalb des medizinischen als auch islamischen Fachkreises hin, und jeder auch noch so schwache Zweifel wiege bei einem derartig sensiblen Thema schwer (vgl. Kellner, 2007, 133).

Diesbezüglich merkt *Bakrū* an, dass es auch Ärzte gäbe, die den Hirntod zwar als Todeszeichen anerkennen, jedoch nicht einig darüber wären, was genau unter dem Hirntod zu verstehen ist, und solange ein Urteil auf Zweifel und Unsicherheiten aufgebaut ist, sei es nicht geeignet, Gewissheiten zu beseitigen (vgl. ebd.).

Taufīq al-Wāṭ führt im Gegensatz zu anderen muslimischen Hirntod-Kritikern ein sprachliches Gegenargument an. Er argumentiert mit Hilfe einer Reihe von Quellen, die vorwiegend aus dem Quran stammen, um zu zeigen, dass die offenbarten Quellen in erster Linie über den Tod des *Körpers* sprechen, wenn sie den Tod behandeln (vgl. Moosa, 2008, 185). *Al-Wāṭ* kritisiert die Sichtweise, die die Definition von Leben und Tod an die Präsenz oder Abwesenheit der Seele koppelt. Bezogen auf die Lehre vom klassischen islamischen Gelehrten *Rāzī* (gest. 1209), stellt *al-*

110 Siehe hierzu die Anmerkung von Oduncu über fehlerhafte Meldungen in der Presse über angeblich erwachte Hirntot-Patienten im Kapitel 2.4.2.3 Ergänzende Untersuchungen und Nachweis der Irreversibilität.

Wāṭ fest, dass der menschliche Körper ein Kompositum aus mehreren Organen sei und nicht ein einzelnes Organ.

Auch Sachedina führt ein sprachliches Argument an. Ausgehend vom Quranvers 21:35, in dem es heißt, dass jeder Mensch (*nafs*) den Tod erleiden wird, stellt er aufgrund seiner Interpretation des Wortes „*nafs*“ fest, dass der Quran mit diesem Wort eine Person in ihrer Ganzheitlichkeit meint und nicht den Menschen losgelöst von seiner physischen Existenz (vgl. 2008b, 160). Denn gemäß dieser Lesart lehne der Quran die Zweiteilung der menschlichen Persönlichkeit in einen Körper und Geist ab (vgl. ders., 168). Somit geht er davon aus, dass nach dem Tod die Person aufhört zu existieren, die für ihn sowohl ein individuelles, vielschichtiges Wesen als auch kein lediglich lebender Organismus ist (vgl. ders., 160). Abschließend merkt Sachedina folgendes an:

„Für eine nafs, die durch göttlichen Beschluss stirbt, muss sich jegliche Definition des Todes auf Kriterien beziehen, die den Tod des gesamten Menschen bestimmen, nicht nur den eines Teils seiner biologischen Existenz.“ (2008b, 168f.)

4.6.4 Das Argument über den „Zwischen-Zustand“ des sterbenden Menschen in der klassisch islamischen Jurisprudenz

Krawietz schreibt, dass unter den islamischen Juristen einerseits Einigkeit besteht, dass der Mensch entweder lebend oder tot ist und nicht etwas Drittes dazwischen: „Auch wenn der Tod noch so viele Ursachen haben kann und sich die Agonie lange hinzuziehen vermag, so ist er doch lediglich wie der letzte Tropfen, der das Faß zum Überlaufen bringt“ (2001, 253). Andererseits jedoch wurde bereits in der traditionellen islamischen Jurisprudenz zwischen drei verschiedene Kategorien von Leben unterschieden – und zwar wenn es um die Frage des Totschlags ging (vgl. ebd.):

- „*das fortdauernde Leben*“ des normalen Menschen
- „*das verbleibende Leben*“ desjenigen, der Opfer einer Gewalttat wurde, aber aller Wahrscheinlichkeit noch einige Tage bei Bewusstsein sein wird und sich zudem seiner Außenwelt mitteilen kann
- „*das entwurzelte Leben*“ desjenigen, der dahingemetzelt wurde und über seine Sinne und seinen Willen nicht mehr verfügt – sein Tod steht unmittelbar bevor

Über die Person, die sich im „entwurzelten Leben“ befindet, schreibt Kellner, dass hier noch Körperreflexe vorliegen, die mit den Bewegungen eines ausblutenden Tieres zu vergleichen sind (vgl. ebd.). Aus islamrechtlicher Sicht wird diese Person trotz Vorliegen einiger Lebenszeichen nicht mehr als lebend eingestuft beziehungsweise befindet sie sich im rechtlichen Status eines Toten (vgl. ebd.). Ein weiterer Angriff auf diese Person soll gemäß islamrechtlichem Urteil mit einer nach menschlichem Ermessen zu verhängenden Strafe geahndet werden, denn hier handele es

sich „lediglich“ um die Verletzung der Unversehrtheit (arab.: *ḥurma*)¹¹¹ eines Toten (vgl. Krawietz, 2001, 253).

Manche islamische Juristen berufen sich innerhalb der Hirntod-Debatte auf diese in den klassischen islamischen Texten angesprochene Art von Zwischenzustand zwischen Leben und Tod, in der in dieser letzten Kategorie der Mensch zwar noch bestimmte Lebensfunktionen aufweist, aber rechtlich nicht mehr den Status eines Lebenden hat (vgl. Kellner, 2007, 135). In diesem Sinn könne der Hirntote als Lebender angesehen werden, der den Rechtsstatus eines Toten hat (vgl. ders., 136).

Bakrū hat jedoch als Hirntod-Kritiker diesbezüglich eine andere Meinung (vgl. ders., 135f.): Laut seiner Auffassung stelle diese islamische Rechtssatzung eine Sonderregelung im islamischen Recht im Bereich der Vergeltung dar und sei somit nicht mit medizinischen Interventionen vergleichbar. Diese Regelung käme nur im Kriminalrecht vor und sei somit nur auf einen Fall beschränkt, in der diese Vorstufe des Todes durch ein Tötungsdelikt herbeigeführt wurde. Wenn aber dieser (mit dem Hirntod verglichene) Zustand durch natürliche Ursachen (wie Krankheit) ausgelöst wird und jemand tötet diesen Menschen, wäre das im Sinne des islamischen Rechts gleichbedeutend mit der Tötung eines gesunden Menschen. So führt *Bakrū* weiter aus, dass Reflexbewegungen des Körpers normalerweise im islamischen Recht als Lebenszeichen gedeutet werden, denn sonst hätte man diesen Fall in der islamischen Jurisprudenz nicht extra behandelt. Somit müsste laut *Bakrū* auch der Hirntote im islamrechtlichen Sinne als lebend gelten.

111 Siehe 4.3.4.1 Prinzip der Autonomie (und Integrität)

4.7 Islamische Bewertung über den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei hirntoten Patienten

Laut Ilklic bieten die quranischen Aussagen über die Unveränderbarkeit der Todeszeit und die individuelle positive Auffassung von Tod eine wichtige Grundlage für die Einstellung zu medizinischen Maßnahmen am Lebensende (vgl. 2006b, 167). Wenn der Tod nach gängigen medizinischen Kriterien unmittelbar bevorsteht und der Sterbeprozess als eine Brücke zum Jenseits, der für Muslime eine bessere Wohnstätte ist, gedeutet wird, so schient es nach dem Autor nicht sinnvoll zu sein, den Tod um jeden Preis zu verschieben (vgl. ebd.). Das lange Leben um guter Taten und Sündenvergebung willen kann jedoch eine andere Einstellung zu den medizinischen Interventionen am Lebensende prägen (vgl. ders., 168). Da in der Medizin nie mit absoluter Sicherheit über den Erfolg einer Therapie ausgegangen werden kann und Gott allein den Todeszeitpunkt bestimmt, sowie Gott auch durchaus in der Lage ist, den Menschen auch in hoffnungslosen Situationen zu heilen, ist eine positive Einstellung zu medizinischen Maßnahmen am Lebensende möglich (vgl. ebd.).

Konkret zur islamischen Einstellung zum generellen Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen gibt Sachedina an, dass nach islamischem Recht dieser Abbruch erlaubt ist, auch wenn die Absicht dabei ist, die Person sterben zu lassen, und es sicher ist, dass aus dieser Unterlassung der Tod resultieren wird (vgl. 2008a, 156). Diese Entscheidung kann entweder aufgrund einer Ablehnung von den Tod hinauszögernden Behandlungen gefällt werden oder im Zuge eines gemeinsamen, informierten Entscheidungsfindungsprozesses von Patient, Arzt und anderen in die Pflege des Patienten involvierten Parteien¹¹². Der Grund für dieses Urteil liegt an dem Gedanken, dass man keinen Nutzen für den Patienten sieht, seinen unvermeidlichen Tod durch lebenserhaltende Maßnahmen hinauszuzögern (vgl. ebd.). Der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen in solchen Fällen wird als ein Akt gesehen, dem unausweichlichen Sterben zu erlauben, seinen natürlichen Lauf zu nehmen.

Auch was Patientenverfügungen anbelangt, gibt Sachedina an, dass einige islamische Juristen dies anerkannt haben (vgl. ders., 157). In diesem Fall wird die Krankheit der Person als Grund für seinen Tod angesehen, nicht der bewusste Akt, die Beatmungsmaschine abzustellen.

Ferner heißt es an einer anderen Stelle bei Sachedina, dass es in den Augen der öffentlichen muslimischen Bevölkerung keinen Sinn mache und geradezu erniedrigend sei, medizinisch in den Lauf der Natur hin zum unmittelbar bevorstehenden Tod einzugreifen (vgl. 2008b, 162). Auch auf Basis der islamischen und konkret moralischen Pflicht, Schaden zu verhindern, sei es verpflichtend, die Behandlung in solchen Fällen abubrechen, wenn durch mindestens drei beratende Ärzte festgestellt wird, dass es proportional schädlicher ist, eine bestimmte Behandlung

112 Hier sind Angehörige gemeint und nicht das Pflegepersonal.

fortzuführen, als der Natur zu erlauben, ihren Lauf zu nehmen (vgl. ebd.).

Al-Būṭī ist ebenfalls dieser Ansicht. Er meint, dass die medizinischen Apparaturen den Zustand des Patienten in Wirklichkeit „verschleiern“, woraus folgt, dass es nach seinem Verständnis legitim ist, diese abzustellen (vgl. Kellner, 2007, 139). Behandlung sei zwar eine Pflicht, aber der Patient habe das Recht, sich behandeln zu lassen, sowie er das Recht hat, darauf zu verzichten (vgl. ders., 294). Falls er das Abstellen der Geräte verlangt, so sei der Arzt verpflichtet, dies zu tun.¹¹³

Ferner erachtet er dabei die Veranlassung des Behandlungsabbruchs seitens Angehörige als legitim (vgl. Kellner, 2007, 294).

Was nun den Behandlungsabbruch konkret bei Hirntoten anbelangt, ist *al-Qarah-Dāgī* der Meinung, dass nach diagnostiziertem Hirntod die fortgeführte künstliche Beatmung keine Lebensrettung darstellt, sondern eine Verlängerung des Sterbeprozesses, was auch als unnötige psychische Belastung für die Angehörigen gedeutet wird (vgl. Kellner, 2007, 139).

Al-Ašqar hingegen bezieht sich in dieser Thematik auf das oben genannte klassische islamische Rechtsgutachten, das einen Zwischenzustand des sterbenden Menschen beschreibt.¹¹⁴ Er meint, dass ausgehend von der letzten Kategorie des Menschen („das entwurzelte Leben“) der Hirntote zwar weiterhin als Lebender angesehen werden sollte, jedoch mit dem Rechtsstatus eines Toten (vgl. Kellner, 2007, 136). So könnte man ihn in Bezug auf das Abstellen der lebenserhaltenden Apparate als Toten einstufen, was dieses Vorgehen legitimieren würde.¹¹⁵

Doch es gibt auch Gegenstimmen: Gemäß der oben genannten Studie¹¹⁶, die 1997 in Kuwait erstellt wurde, hat die Mehrheit der islamischen Juristen den Standpunkt vertreten, dass das Einstellen der intensivmedizinischen Maßnahmen bei für hirntot erklärten Menschen nicht zu befürworten sei. Eine solche Handlung sei nur dann vorstellbar, wenn ein anderer Patient mit deutlich besserer Prognose diese medizinischen Ressourcen unbedingt benötigt (vgl. Ilkilic, 2008, 37).

113 Zu beachten ist, dass *al-Būṭī* das eigentlich im Bezug eines gelähmten Patienten geäußert hat. Schlussfolgernd müsste sein Urteil ohne Weiteres auch für den Hirntoten gelten.

114 Siehe 4.6.4 Das Argument über den „Zwischen-Zustand“ des sterbenden Menschen in der klassischen islamischen Jurisprudenz

115 Weiter meint *al-Ašqar*, dass diese Person im Bereich des Erbrechts, der Totenwaschung usw. jedoch erst dann als tot gelten soll, wenn sein Herz endgültig stillsteht (vgl. Kellner, 2007, 136).

116 Siehe 4.6.3.1 Einführung zu den ablehnenden Positionen zum Thema Hirntod

4.8 Organexplantation hirntoter Patienten aus Sicht des Islam

4.8.1 Organtransplantation im Islam

Laut Ilkilic ist zunächst grundsätzlich festzuhalten, dass in der innerislamischen Diskussion im Gegensatz zum Thema Hirntod eine relativ positive Einstellung zur Organtransplantation festzustellen ist (vgl. 2006b, 172).

Laut der oben genannten Stellungnahme des ZMD gilt das Organspenden als eine erlaubte und lobenswerte Handlung sowie wohltätige Hilfeleistung (vgl. Elyas, 1995). Altruismus wird also als anerkanntes und zu befürwortendes Handlungsprinzip verstanden (vgl. Kellner, 2007, 204). Jedoch werden dabei folgende Bedingungen aufgestellt, die sich sowohl auf Lebend- als auch postmortale Spenden beziehen (vgl. Elyas, 1995):

- 1) Die Organverpflanzung muss die einzig mögliche medizinische Behandlungsmaßnahme für den Empfänger sein.
- 2) Der Erfolg bei beiden Operationen, sowohl der Entnahme als auch der Einpflanzung, muss für gewöhnlich oder in den meisten Fällen gesichert sein.
- 3) Die Organentnahme darf beim Spender nicht zu einer Schädigung führen, die den normalen Lebensablauf stört, da gemäß islamischem Grundsatz ein Schaden nicht durch einen anderen Schaden behoben werden darf.
- 4) Sollte der Schaden beim Empfänger durch eine Organspende von einem Verstorbenen beziehungsweise durch tierisches Material oder technische Mittel zu beheben sein, ist die Organspende von einem lebenden Menschen nicht erlaubt.

Es gibt aber zwischen sunnitischer und schiitischer Glaubenslehre einen Unterschied, was die Weitergabe von Organen an Nichtmuslime anbelangt, wenn sie von Muslimen stammen. Aus sunnitischer Sicht werden Muslime, Anhänger anderer Offenbarungsreligionen und andere Nichtmuslime unabhängig von ihrer weltanschaulichen Überzeugung sowohl als Organspender als auch als -empfänger akzeptiert (vgl. ebd.). Obwohl der Empfang von Organspenden von anderen muslimischen oder nichtmuslimischen Spendern bei den Schiiten erlaubt ist (vgl. ebd.), gibt es diesbezüglich bei der Organweitergabe eine Einschränkung. Lediglich andere Muslime werden als potentielle Organempfänger akzeptiert (vgl. Holzniekemper, 2003, 256; Körtner, 2003, 116).

Im Detail betrachtet, gibt es in der islamischen Jurisprudenz jedoch zwei Extrempositionen, die aufgrund der Thematik bezüglich des Rechts des Menschen auf seinen eigenen Körper zu unterschiedlichen Meinungen kommen:

Die erste Position vertritt die Ansicht, dass der Mensch das Recht hat, über seinen Körper zu verfügen, so wie er das Recht bekommen hat, mit seinen materiellen Gütern umzugehen (vgl. Kellner, 2007, 122). Auch wenn der absolute und letztendliche Besitzer Gott ist, wurde gemäß

dieser Ansicht dem Menschen in diesem Punkt ein Besitzrecht gegeben, und auf dessen Basis ist der Umgang mit dem Körper im Entscheidungsbereich des Menschen. Aus diesem Grund stehe der Organspende nichts im Wege.

Die zweite Position meint, dass der Körper eine Leihgabe Gottes ist, und der Mensch dadurch kein Recht hat, über ihn zu verfügen (vgl. ebd.). Dies wird in der Literatur mit einem Mietverhältnis verglichen: Man unterscheidet zwischen Verfügungsrecht und Nutzungsrecht. Kellner nennt hier als Beispiel das umstrittene Rechtsgutachten des bekannten und einflussreichen ägyptischen Gelehrten *Ša' rāwī*, in der er sich für den Verbot von Organtransplantationen ausspricht, da er der Ansicht ist, dass der Mensch nicht etwas spenden dürfe, was ihm nicht gehört (vgl. ders., 123).

Kellner merkt hier an, dass innerhalb dieser Gegenstimmen zudem die Auffassung vertreten wird, dass das Prinzip des Altruismus nicht für den Körper gilt (vgl. ders., 206). Außerdem sei die Tatsache, dass der Ausgang der Transplantation nicht gesichert ist, auch ein Aspekt, wodurch islamische Juristen dazu tendieren, Organspenden zu verbieten – der Schaden für den Spender sei jedoch sicher (vgl. ders., 207).

4.8.2 Legitimation der Störung der Totenruhe und Verletzung der Unversehrtheit des Toten bei postmortalen Spenden

Im Bereich der postmortalen Spende, in der gemäß allgemeiner Akzeptanz die Spende eines Hirntoten fällt, soll hier die Frage geklärt werden, ob aus Sicht des Islams aufgrund des Verbots der Störung der Totenruhe und Verletzung der Unversehrtheit des Toten der Totenspende eventuell widersprochen wird.

Mit einem islamischen Rechtsurteil, abgeleitet von einem klassischen Präzedenzfall aus der islamischen Jurisprudenz, wird heute argumentiert, dass über die rechtlich umstrittene Totenruhe zu Gunsten der Interesse anderer Menschen hinweg gesehen werden kann (vgl. Kellner, 2007, 203). Gemäß diesem Präzedenzfall, ist es erlaubt, den Körper einer verstorbenen schwangeren Frau zu öffnen, wenn damit das Leben des Ungeborenen gerettet werden kann. Ebenso wird die Öffnung eines Leichnams zur Wiedererlangung eines verschluckten Gegenstandes als legitim erachtet (vgl. ebd.).

Aus diesem Grund spricht, konkret auf den Fall des Hirntoten bezogen, aus dieser Hinsicht nichts dagegen, ihm Organe zu entnehmen, falls er für tot erachtet wird.

4.8.3 Posthume Organentnahme bezogen auf Hirntote

Bakrū ist der Meinung, dass viele islamische Juristen grundsätzlich Leichenspenden erlauben, jedoch das Hirntodkonzept ablehnen (vgl. Kellner, 2007, 139).

Al-Būṭī zählt zu diesen Juristen, die konkret der Auffassung sind, dass es der islamischen

Rechtswissenschaft nicht auferlegt sei, „Organe für die Medizin brauchbar zu machen“. Wenn sich aus der Ablehnung des Hirntodkonzepts ergibt, dass posthume Organspenden nicht mehr möglich sind, sei das hinzunehmen (vgl. ders., 140).

„Ein Mensch ist krank und wenn Gott für ihn noch Leben bestimmt hat, wird er weiterleben, und wenn nicht, wird er sterben. Aber zu sagen, wir beeilen uns mit dem Begräbnis eines Menschen zu Gunsten eines anderen, um dessen Organe noch benützen zu können, diese Rechtfertigung ist nicht zu akzeptieren.“ (Kellner, 2007, 293)

Doch es gibt auch andere Meinungen. Die oben angeführte Position von *al-Ašqar* über das Abstellen der lebenserhaltenden Apparate¹¹⁷, abgeleitet vom klassischen Rechtsgutachten in Bezug auf das „entwurzelte Leben“, gilt für ihn auch hinsichtlich der Organexplantation (vgl. ders., 136). So erachtet er die Organexplantation eines hirntoten Patienten als legitim, da er in diesem Zusammenhang den Status eines Toten hat.

Zudem ist er der Ansicht, dass das Hirntodkonzept nur bei eventuellen Organexplantationen angewendet werden sollte, ansonsten sollten die klassischen Todeszeichen gültig sein (vgl. ders., 140). Laut Kellner wird diese Idee auch von manchen islamischen Juristen aus dem europäischen Raum vertreten.

Der islamische Jurist *Daar* schlägt hingegen vor, dem Menschen freizustellen, zwischen der klassischen Todesdefinition und dem Hirntodkonzept zu wählen (vgl. ebd.).

4.8.4 Islamische Rechtsmeinungen über Einwilligungserklärungen

Gemäß Stellungnahme des ZMD muss die Abgabe eines Organs vom Spender freiwillig und nicht unter Zwang erfolgen (vgl. Elyas, 1995). Die Entnahme der Organe eines toten Menschen darf nur nach seiner zu Lebzeiten und bei voller geistiger Kraft erfolgten ausdrücklichen Zustimmung erfolgen (vgl. ebd.). Eine Erlaubnis kann von den Angehörigen erteilt werden, unter der Bedingung, dass vom Verstorbenen keine ausdrückliche Verweigerung zu Lebzeiten ausgesprochen wurde. Durch diesen Beschluss votiert der ZMD offensichtlich für die erweiterte Zustimmungslösung.

Doch es gibt auch die Meinung, die das Mitspracherecht der Angehörigen über das Stimmrecht des verstorbenen Spenders stellen. *As-Salāmi* meint, dass die Zustimmung der Angehörigen eine unbedingte Notwendigkeit sei, und dass sie ein Recht auf den Verstorbenen, auf seine materiellen Dinge und auch auf seinen Körper hätten (vgl. Kellner, 2007, 288). Falls nun der Verstorbene zu Lebzeiten einer Organspende zustimmt, jedoch die Angehörigen dem widersprechen, dürfe nach *as-Salāmi* kein Organ entnommen werden (vgl. ebd.).

Auch *al-Būṭī* ist dieser Ansicht. Es sei gemäß islamischem Verständnis nicht erlaubt, beispielsweise durch ein Testament seine Organe zu vermachen, da der Mensch nur etwas nach

117 Siehe 4.7 Islamische Bewertung des Abbruchs der lebenserhaltenden Maßnahmen eines hirntoten Patienten

seinem Tod weitergeben kann, was er rechtmäßig besitzt. Und gemäß *al-Būṭī's* Auffassung ist das hier nicht der Fall (vgl. ders., 293). Wie *as-Salāmi* ist er der Meinung, dass erst durch die Zustimmung der Angehörigen posthume Organspenden möglich sind, da diese sowohl materielle als auch immaterielle Rechte des Verstorbenen erben (vgl. ebd.).

Eine andere Erklärung, die nicht streng an die klassisch islamische Jurisprudenz gebunden ist und der Auffassung ist, dass Angehörige hier sehr viel (aber nicht mehr als der Spender) Stimmrecht haben, ist eventuell in Sachedinas Ausführungen über ethische Überlegungen im Islam konkret im Falle eines Patienten im vegetativen Zustand zu finden: Er meint, dass das Prinzip des öffentlichen Wohls verlangt, dass das Leben eines Patienten auch in Hinsicht auf das Wohlergehen derer bewertet werden muss, die mit ihm eng verwandt sind (vgl. 2008b, 161). Lebensende-Entscheidungen verlangen demnach laut dem Autor, dass man die zwischenmenschliche Beziehung eines Menschen zu seiner Familie und der Gesellschaft im Allgemeinen berücksichtigt.

4.9 Kritische Anmerkungen zu den angeführten islamischen Urteilen

In diesem Abschnitt werden einige Faktoren genannt, die zu den angeführten islamischen Urteilen unbedingt zu nennen sind, da diese ihre Vertretbarkeit relativieren könnten.

4.9.1 Schlechte wirtschaftliche Lage in Ländern mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung

Nach Eich beeinflusst der Faktor der schlechten wirtschaftlichen Lage in der islamischen Welt nachhaltig die medizinethische Diskussion bezüglich Lebensendefragen (vgl. 2008, 209.)

Das sehe man auf der einen Seite gemäß Sachedina in Bezug auf das Thema der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssektor (vgl. ebd.). Viele dieser Staaten seien nicht in der Lage, eine flächendeckende gesundheitliche Basisversorgung der Bevölkerung sicherzustellen, was die Frage aufwirft, ob das Geld, das für teure medizinische Apparaturen ausgegeben wird, nicht vielleicht anderweitig besser eingesetzt werden könnte (vgl. ebd.). In dieser Hinsicht kann man annehmen, dass dieser Faktor bei der Urteilsbestimmung muslimischer Hirntod-Befürworter einen wichtigen Platz einnimmt.

Auf der anderen Seite berichtet Ilkilic, dass die Zurückhaltung vieler Muslime bei der Akzeptanz des Hirntods auf ein gewisses Missbrauchspotential in diesen Ländern zurückzuführen ist, obwohl Organhandel gesetzlich verboten ist (vgl. 2006b, 172). Auch Sachedina und Moosa sprechen in ähnlicher Weise die Angst in diesen Ländern an, die Erlaubnis von Organtransplantationen könne zur Entstehung von Organhandel führen (vgl. Eich, 2008, 209). Diese Zurückhaltung ist jedoch nicht nur auf das allgemeine muslimische Volk beschränkt. Es ist davon auszugehen, dass islamische Juristen ebenfalls davon betroffen sind.

Da jedoch in Europa diese Umstände nicht zugegen sind, stellt sich für diese Arbeit die Frage, ob die angeführten Urteile der islamischen Juristen, die überwiegend aus diesen Ländern sind, auch im europäischen Kontext gelten können.

4.9.2 Die Dominanz der Mediziner in den islamischen Debatten

Sachedina spricht im Zusammenhang mit der Akzeptanz des Hirntodkonzepts den paternalistischen und autoritären Stil der Gesundheitsversorgung in Ländern mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung an (vgl. 2008b, 164). Er ist der Meinung, dass dieser Stil, der üblicherweise auf medizinische Berufsverbände und die finanzierenden Regierungsinstitutionen beschränkt ist, die notwendige Debatte von Rechtsexperten und religiösen Gemeinschaften darüber, wann ein Patient als tot zu bezeichnen ist, verhindert hat. Der Autor ist sogar in Bezug auf den Beschluss der OIC der Auffassung, dass keiner der islamischen Juristen versucht hätte, die Kriterien für den Todeszeitpunkt zu bestimmen, damit die Gültigkeit des Hirntodes von einer islamisch rechtlichen

Perspektive her akzeptiert werden kann (vgl. ders., 166). Der Beschluss hing laut dem Autor von den beratenden Ärzten ab, damit diese ihre Expertenmeinungen vorbringen konnten, die mehr daran interessiert waren, die Zustimmung für Organgewinnung zu erhalten (vgl. ebd.).

Auch Eich ist der Meinung, dass die Hirntod-Debatte stark von Medizinern dominiert wird, was er auch an der Tatsache erkennt, dass *‘Alī al-Bār* gerade als *Mediziner* als einer der Schlüsselfiguren im islamischen Bioethikdiskurs betrachtet wird (vgl. Eich, 2008, 210).

4.9.3 Misstrauen gegenüber westlich geprägter Neuerungen im medizinischen Bereich

Obwohl das Vertrauen der islamischen Juristen im Bereich der Medizinethik zu muslimischen Medizinern groß ist, was offensichtlich sogar zu einer unkritischen Aneignung ihrer Urteile führt, hegen sie großes Misstrauen gegenüber westlich geprägter Neuerungen im medizinischen Bereich. Bei Eich heißt es diesbezüglich:

„Da im Prinzip alle [...] medizinischen Neuerungen aus dem so genannten Westen oder zumindest einer von ihm nachhaltig geprägten, globalisierten Wissenschaftskultur stammen, wird ihnen leicht mit Ängsten begegnet [...].“ (2008, 212)

Diesen Sachverhalt sehe man laut Moosa auch an der Tatsache, dass viele islamische Juristen in den frühesten islamisch medizinethischen Debatten in der modernen Zeit – gleich einer Abwehrhaltung – zunächst einmal gegen Autopsien und postmortale Untersuchungen waren (vgl. 2008, 172).

In Bezug auf den Hirntod kann also angenommen werden, dass auch hier bei muslimischen Hirntod-Gegnern dieser Faktor in der Bewertung des Hirntodkonzept eine Rolle spielt.

4.9.4 Kompetenzorientierte Mängel bei islamischen Rechtsgelehrten

Leider sind in islamischen Medizinethik-Debatten einige kompetenzorientierte Mängel bei islamischen Rechtsgelehrten festzustellen, die aufgrund ihrer für diesen Bereich unzureichenden Ausbildung hervorgerufen werden. Aus dieser Tatsache resultiert die Problematik, dass ihre Urteile als nicht sachgemäß beziehungsweise vertretbar eingestuft werden könnten. Diese Mängel betreffen folgende Punkte:

(1) Laut Eich kann die Mehrheit der islamischen Rechtsgelehrte keine Fremdsprachen, was zur Folge hat, dass sie weder bestimmte internationale Bioethik-Debatten noch die denen zu Grunde liegenden naturwissenschaftlichen Entwicklungen unmittelbar verfolgen können, die in der Regel auf Englisch kommuniziert wird (vgl. 2008, 211). Zudem merkt der Autor an, dass die Übersetzung ins Arabische, die üblicherweise die Mutter- beziehungsweise Fachsprache der islamischen Juristen ist, unsystematisch und nicht immer zeitnah erfolgt (vgl. ebd.). Aus diesem Grund sind sie

an Mediziner gebunden, die für sie als Übersetzer beziehungsweise sogar Informant dienen.¹¹⁸ Dabei ist anzumerken, dass diese Mediziner, um als geeignete Übersetzer fungieren zu können, wohlmöglich auch aus ihrem Gebiet sind¹¹⁹, was wahrscheinlich auch für das Vertrauen der islamischen Rechtsgelehrten wichtig ist.¹²⁰

Leider sind aber auch bei diesen Medizinern gewisse fachliche Mängel festzustellen. Denn, wie bereits angeführt¹²¹, behauptet beispielsweise einer dieser Mediziner laut Krawietz, dass das Hirntodkonzept eine große Lüge sei und es zahlreiche Fälle von Fehldiagnosen gäbe. Eich macht diesbezüglich eine einleuchtende Anmerkung:

„[Es muss] darauf hingewiesen werden, dass die einzelnen Mediziner im Lauf der Zeit über so unterschiedliche Themen wie Empfängnisverhütung, Pränataldiagnose, Klonen oder Organtransplantation referieren und insofern gar nicht führende Experten auf einigen der Gebiete sein können, über die sie sprechen.“ (2008, 210)

Diese Faktoren führen in letzter Folge dazu, dass islamische Rechtsgelehrte ihre Urteile nicht nur kaum gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft fällen können, sie kommen sogar aufgrund falscher Informationen durch diese nicht ausreichend qualifizierter Vermittlerpersonen zu falschen Ergebnissen.

Außerdem entstehen offensichtlich durch diese Zwischenphase der Übersetzung auch sehr leicht Missverständnisse, was man an dem unangenehmen Umstand feststellen kann, dass islamische Juristen in der Hirntod-Thematik den Ganzhirntod mit dem Hirnstammtod verwechseln.¹²²

(2) Neben dem Aspekt der fehlenden Sprachkompetenz, kommt noch hinzu, dass in Institutionen, in denen islamische Rechtsgelehrte ausgebildet werden, nur traditionelle Disziplinen klassischer Rechtswissenschaft gelehrt werden (vgl. ders., 211). Dieser Faktor führt dazu, dass islamische Rechtsgelehrte in ihren Bewertungen oft gänzlich auf Aussagen anderer Fachleute angewiesen sind. Da unter anderem philosophische und soziologische Aspekte in medizinethischen Themen ebenfalls von Bedeutung sind, sind diese Fachgebiete besonders davon betroffen.

(3) Dass islamische Rechtsgelehrte lediglich in den traditionellen Disziplinen klassischer Rechtswissenschaft ausgebildet werden, führt auch dazu, dass sie kein Gespür für Methodenpluralität entwickeln können (vgl. ebd.). Wie bereits erwähnt¹²³, versucht die Mehrheit noch immer ihre Urteile gemäß der kasuistischen Methode zu fällen – also mittels Analogieschlüssen, die auf klassische Argumente der islamischen Rechtslehre basieren. Dieser Sachverhalt ist auch in der oben angeführten islamischen Hirntod-Debatte an vielen Stellen zu

118 An dieser Stelle wird auch klar, wieso die Meinung der Mediziner in diesen Ländern dominiert, was in Punkt 4.9.2 angesprochen wurde.

119 Diese Annahme resultiert aus den Schilderungen von Krawietz (2001, 250f.).

120 Siehe Punkt 4.9.3

121 Siehe 4.6.3.3 Weitere Argumente gegen das Hirntodkonzept

122 Siehe Fußnote 92

123 Siehe 4.1 Die Quellen im Islam und das islamische Recht

erkennen.

Zunächst ist diesbezüglich anzumerken, dass bei islamischen Rechtsgelehrten innerhalb dieser kasuistischen Methodik nicht einmal ein kritischer Umgang mit den klassischen Texten wahrzunehmen ist. Das erkennt man vor allem an der oben erwähnten Argumentation von *Daqr*, der seine Position mit einem Urteil aus dem islamischen Recht untermauert, das davon ausgeht, dass erst nach 120 Tagen der Schwangerschaft der Fötus beseelt wird. Dass es zu diesem Thema vor allem in heutiger Zeit kritische Meinungen und andere Ansichten gibt¹²⁴, ist ihm wohl entgangen.

Aber das weitaus größere Problem in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass dieses kasuistische Verfahren an seine Grenzen stößt, wenn es um gegenwärtige medizinethische Fragen geht, wie es auch Ilkilic erläutert (vgl. 2006a, 159).

Am Ende steht man vor einer misslichen Situation, die bei Eich folgendermaßen beschrieben wird:

„Die intellektuelle Formung der islamischen Rechtsgelehrsamkeit [erfolgt] in einer Atmosphäre [...], in der das islamische Recht zu einem fest umrissenen, statischen Gesamtkorpus von Normen und Vorschriften wird, der [...] auf die sich permanent und beizeiten rapide wandelnde gesellschaftliche Situation angewandt werden muss.“ (2008, 212)

4.9.5 Fazit und Ausblick

Aufgrund dieser ungünstigen Faktoren, die innerhalb des islamischen Medizinethik-Bereichs festzustellen sind, meint Sachedina, dass es vor allem angesichts des gegenwärtigen paternalistischen Verständnisses in der Medizin in Ländern mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung kaum Platz für intellektuelle Auseinandersetzung zwischen religiösen Denkern, Medizinern und Juristen gibt, um zu einem klaren Verständnis in der Thematik des Hirntodes zu kommen (vgl. 2008b, 167f). Der Autor schreibt zudem, dass alles vielmehr darauf hindeute, dass der Neologismus „Hirntod“ aus westlichen Sprachen kommend unter Muslimen mit bleibender Unkenntnis der wissenschaftlichen Tatsachen behaftet ist (vgl. ders., 168).

Die Problematik bezogen auf den sprachlichen Aspekt innerhalb der islamischen Hirntod-Debatte spricht auch Moosa an:

„Es ist faszinierend zu sehen, wie in den Diskursen zeitgenössischer muslimischer Juristen vormoderne Auffassungen von Gesetz, Körper und Wissenschaft in einer Beschäftigung mit Phänomenen wie Organtransplantation und Hirntod eingesetzt werden, die völlig höchst modernen Zusammenhängen entstammen. Es fällt besonders auf, dass kaum einer der Juristen sich der Sprache der modernen Biologie und Naturwissenschaft zu Eigen macht, aus der die Transplantationschirurgie hervorgeht. Der primäre Bezugspunkt sind die Gesetze, die in den juristischen Traditionen vorgefunden werden. [...] Es gibt keinen Versuch, einen Abgleich

124 Siehe Kellner (2007, 214)

vorzunehmen oder eine Kohärenz zwischen den zwei verschiedenen Epistemologien der Naturwissenschaft und der islamischen Jurisprudenz zu schaffen.“ (2008, 186)

Moosa erläutert zudem, dass alle islamischen Juristen – egal ob sie nun für oder gegen den Hirntod stimmen – moderne Konzepte aus der westlich geprägten Naturwissenschaft wie das Hirntodkonzept einfach in die Sprache des islamischen Rechts übersetzen, ohne darüber zu reflektieren, dass die Aussagen in der islamischen Jurisprudenz von ganz anderen Prämissen ausgegangen sind, als in der heutigen Debatte (vgl. Eich, 2008, 206). Aus diesem Grund entstehen auch Kommunikationsprobleme zwischen islamischen Rechtsgelehrten und Medizinern (vgl. ders.), woraus wohlmöglich auch die oben geschilderten Missverständnisse¹²⁵ resultieren.

In diesem Zusammenhang meint Sachedina mit einem trüben Ausblick in die Zukunft, dass es ihm eher unwahrscheinlich erscheint, dass sich unter diesen Umständen unter den islamischen Rechtsgelehrten eine gut abgewogene Definition des Hirntodes und ein Katalog von Kriterien zu dessen Bestimmung herauskristallisieren wird (vgl. 2008b, 168). Ferner schlägt er in diesem Zusammenhang einerseits vor, dass die dafür zuständigen Institutionen mehr Raum für eine öffentliche Debatte schaffen müssten, um in erster Linie zunächst die Gesellschaft aufzuklären, die das Hirntodkriterium aus pragmatischen Gründen akzeptiert hat, ohne seine Tragfähigkeit in bestimmten kontroversen Fällen zu hinterfragen (vgl. ebd.). Andererseits weist er darauf hin, dass keine Todesdefinition in der islamischen Rechtsgelehrsamkeit als tragfähig akzeptiert werden könne, wenn sie eine lebende Person nicht so auffasst, wie der Quran sie sieht (vgl. ders., 169).¹²⁶

125 Siehe Fußnote 92

126 Hier deutet er auf seine Auffassung hin, dass er unter dem Begriff Person (*nafs*) ein ganzheitliches Objekt versteht, das demzufolge auch beim Tod in ihrer Ganzheitlichkeit sterben muss. Siehe dazu 4.6.3.3 Weitere Argumente gegen das Hirntodkonzept.

5 Resümee

Der Hirntod ist gemäß Oberstem Sanitätsrat des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms zu verstehen (vgl. 2005, 3). Dabei wird der hirntote und endgültig bewusstlose Patient mittels medizinischer, lebenserhaltender Maßnahmen künstlich noch „am Leben“ erhalten. Diese medizinische Versorgung wird insbesondere dann fortgeführt, wenn eine potentielle Organspende bevorsteht. Falls jedoch diese intensivmedizinischen, organerhaltenden Maßnahmen beendet werden, kommt es innerhalb von wenigen Minuten zum Herz-Kreislauf-Stillstand und zum klinischen Tod.

Was die Irreversibilität anbelangt, wird definitiv ausgesagt, dass der Hirntod im Gegensatz zum Atem- und Herz-Kreislauf-Stillstand gemäß aktuellem Stand der Wissenschaft irreparabel beziehungsweise unumkehrbar ist. Es ist auch auf die Praxis bezogen festzuhalten, dass bisher kein hirntoter Patient wieder das Bewusstsein erlangt hätte.

Der Hirntod kommt entweder durch primäre Hirnschädigungen, beispielsweise durch schwere Schädel-Hirn-Verletzungen oder Hirnblutungen in Folge eines Unfalls, oder durch sekundäre Hirnschädigungen wie bei Atem- und Herz-Kreislauf-Stillstand z. B. während einer Operation zustande.

Das Zustandekommen von Hirntoten hängt direkt mit der Etablierung der Intensivmedizin und insbesondere der Erfindung der Beatmungsmaschine zusammen. Dabei erscheint der Hirntote rein äußerlich wie jeder andere komatöse Patient in Intensivtherapie, da er (u.a.) eine rosige Haut sowie einen Puls hat und atmet, da er künstlich beatmet wird. Aber Fakt ist, dass im Unterschied zu anderen komatösen Patienten das Koma bei einem Hirntoten irreversibel ist. Aus diesem Grund stellte man sich bei den ersten Hirntoten die Frage, wie mit diesen Patienten in weiterer Folge umzugehen ist, da die Weiterbehandlung im Prinzip keinen Sinn mehr hatte und sogar als Ressourcenverschwendung angesehen wurde. So kam es zum Beschluss der *Harvard-Ad-Hoc*-Kommission, die das neue Todeskriterium des Hirntodes einführt. Ihre Stellungnahme enthielt dabei drei wesentliche Gründe: (1) Durch die Einführung des Hirntodkriteriums wird es legitim, die lebenserhaltenden Maßnahmen zu beenden, (2) Die Last für den Hirntoten selbst, seine Angehörigen und das medizinische Personal wird damit genommen, (3) Durch die Für-tot-Erklärung von hirntoten Patienten wird es legitim, ihre Organe ohne ethische Bedenken zu entnehmen. Vor allem dieser letzte Punkt ist sehr wichtig, da unpaarige, lebenswichtige Organe nur von Toten entnommen werden dürfen, andernfalls gilt eine solche Organexplantation als Mord oder Vivisektion. Dieser Grundsatz wird auch als *dead donor rule* bezeichnet.

Die Organexplantation bei einem Hirntoten wird mit fortdauernder intensivmedizinischer Behandlung, also auch mit laufendem Beatmungsgerät, durchgeführt, da sich ansonsten (bis zum

tatsächlichen und gänzlichen Ausfall der Herz- und Atemtätigkeit) die Organe für eine Transplantation nicht mehr eignen würden. Dabei werden während des Verfahrens keine Maßnahmen zur Schmerzverhütung (Narkose) unternommen, da angenommen wird, dass der hirntote Patient über keinerlei Schmerzempfindung verfügt.

Der *Harvard-Ad-Hoc*-Beschluss wird jedoch von Hirntod-Gegnern stark kritisiert: (1) Falls eine Für-tot-Erklärung des hirntoten Patienten nötig ist, um die lebenserhaltenden Maßnahmen beenden zu dürfen, sei zu beachten, dass das auch für Teilhirntote gelte. An dieser Stelle ist anzumerken, dass Ganzhirntod-Befürworter sich gegen Teilhirntodkonzepte aussprechen. Außerdem meinen Hirntod-Kritiker, dass für das legitime Abstellen der lebenserhaltenden Maßnahmen, es nicht nötig sei, den Hirntoten als gänzlich toten Menschen zu erklären, da sie den Behandlungsabbruch bei hirntoten Patienten als eine Pflicht des Arztes ansehen, weil nach den Grundsätzen der Medizin bei aussichtslosen Fällen die Fortführung der Behandlung ethisch ohnehin nicht korrekt ist. (2) Die angesprochene Last, die der Hirntote selbst und vor allem seine Angehörigen sowie das medizinische Personal zu tragen haben, sei ebenso bei Spätstadien vieler anderer chronischer und irreversibler Krankheitsverläufe gegeben, jedoch werden diese nicht für tot erklärt. Zudem gehen auch diese mit einem erheblichen Verbrauch medizinischer Ressourcen einher. (3) Da im *Harvard-Ad-Hoc*-Beschluss die Organentnahme angesprochen wurde, wird von Hirntod-Kritikern vorgeworfen, dass das Hirntodkriterium allein zur legitimen Beschaffung von Organen eingeführt wurde.

Was die Durchsetzung des Hirntodkriteriums im juristischen Sinne anbelangt, ist festzustellen, dass es international weitgehend anerkannt ist, was gleichermaßen für den deutschsprachigen Raum und in den meisten Ländern mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung gilt. Nur gibt es in Bezug auf diagnostische Verfahren der Hirntodfeststellung im internationalen Vergleich viele Unterschiede. Dies gilt auch für die Form der Einwilligungserklärung. Konkret gilt in Österreich die Widerspruchslösung, was bedeutet, dass zunächst jeder als Organspender gilt, falls der Spender selbst zu Lebzeiten oder Angehörige dem nicht widersprechen. In Deutschland hingegen gilt die erweiterte Zustimmungslösung. Gemäß dieser Einwilligungsform wird jemand nur dann als Organspender herangezogen, wenn er selbst zu Lebzeiten oder Angehörige dem zustimmen.

Was nun die konkreten Argumente *für* das Hirntodkonzept anbelangt, sind folgende Argumentationspunkte mitsamt dazugehöriger Kritik zu nennen:

(1) Die Aufrechterhaltung der intensivmedizinischen Behandlung wird als sinnlos erachtet. Jedoch ergibt diese dann doch einen Sinn, wenn es zu einer Organspende kommen sollte, da dadurch schwerkranken und anders nicht heilbaren Patienten das Leben gerettet werden kann.

(2) Der Funktionsverlust des Gehirns ist unwiederbringlich.

(3) Das Gehirn ist die entscheidende Instanz für die Aufrechterhaltung des menschlichen Organismus. Hier spricht man auch von der „unverzichtbaren Integrationsleistung des Gehirns“. Im

Falle des Hirntodes ist der Organismus als ein integriertes Ganzes nicht mehr vorhanden (Argument der „Ganzheitlichkeit“), da die übergeordnete Regelungs- und Steuerungsfunktion des Gehirns fehlt. In diesem Sinne wird das Gehirn als Schaltzentrale für den menschlichen Organismus angesehen. Um die gesonderte Stellung des Gehirns in der Todesfeststellung im Vergleich zu anderen lebenswichtigen Organen wie das Herz deutlich zu machen, wird darauf hingewiesen, dass die Herzfunktion nach einem Versagen wiederhergestellt werden kann oder während einer Herztransplantation stillgelegt wird, was beim Gehirn undenkbar ist. Hirntod-Kritiker entgegen diesem Argument, dass das Gehirn nicht als Ganzheitsorgan deklariert werden kann, wobei sie vor allem auf restliche, neuronale Funktionen bei Hirntoten im Rückenmarksbereich hinweisen, und dass der Organismus aus ihrer Sicht aus verschiedenen Komponenten besteht, die aus ihrem gegenseitigem Zusammenwirken die Ganzheitlichkeit des Organismus bilden. Doch Hirntod-Verfechter meinen, dass es sich bei diesen restlichen, integrierenden Systemen des Organismus um die Tätigkeit von *Teilsystemen* handle, und dass nicht zu vergessen sei, dass das Vorhandensein dieser Restbestände an die intensivmedizinische Einwirkung gebunden ist. Hirntod-Kritiker entgegen wiederum dem, dass beim Hirntod die Integrationsfähigkeit des Organismus lediglich abgenommen hätte, jedoch könne man nicht behaupten, dass der hirntote Organismus gänzlich nicht integrativ sei, da durch neueste Forschungsergebnisse festgestellt wurde, dass viele andere Organe beziehungsweise organische Systeme eine Autoregulationsfähigkeit haben, was bedeutet, dass sie auch ohne das Gehirn auskommen können. Hirntod-Befürworter widersprechen diesem Punkt, indem sie anführen, dass die dort dargelegten Funktionen nicht das physiologisch autonome Verhalten betreffen und damit eigentlich nicht integrierend sind. Außerdem sei es fatal, solche Funktionen zum definierenden Merkmal des Lebens zu machen, da in der heutigen modernen Medizin und Forschung die isolierte Funktion von Organen und Geweben über lange Zeit aufrechterhalten werden kann.

(4) Der Mensch kann gemäß Hirntod-Befürworter erst dann als ein ganzheitliches Wesen bezeichnet werden, wenn er bewusstseins-, empfindungs und schmerzfähig ist, womit sie eindeutig das kognitivistische Menschenbild (vor allem im Verständnis von *Singer*) vertreten. Da beim Hirntoten kein Bewusstsein festzustellen ist, was im Gehirn geortet beziehungsweise als die nötige physische Voraussetzung für das Wirken des Bewusstseins in der Welt gedeutet wird, hat er seine Ganzheitlichkeit verloren und kann somit als tot eingestuft werden. Hirntod-Kritiker führen hier an, dass die Lokalisierung des Bewusstseins in bestimmten Hirnstrukturen naturwissenschaftlich eigentlich nicht festzustellen sei. Zudem zweifeln sie daran, dass die Wissenschaft im Stande sei, Auskunft über die Zuordnung von Bewusstseinsereignissen zu den Strukturen des Körpers zu geben. Außerdem meinen sie, dass das dezerebrierte Rückenmark eines Hirntoten eventuell auch dazu fähig sein könnte, rudimentäre Empfindungen zu vermitteln. Mit anderen Worten sind sie der Ansicht, dass das Hirntodkriterium eigentlich nicht an der gesicherten Nichtexistenz des Bewusstseins, sondern lediglich an der gesicherten

Abwesenheit von spezifischen Bewusstseinsäußerungen orientiert ist, da sie davon ausgehen, dass die Abwesenheit der rein subjektiven Kategorie Bewusstsein von außen nicht bewiesen werden könne. Des Weiteren kritisieren sie an dieser Stelle das kognitivistische Menschenbild, da dieses anthropologische Verständnis zu Konsequenzen führe, die nicht zu tragen seien: Beispielsweise würden dann einige Säugetiere (z. B. Menschenaffen, Delphine, Hunde, Schweine) als Personen gelten, wobei umgekehrt einige Menschen wie beispielsweise Neugeborene, geistig Schwerstbehinderte und Alzheimer-Patienten lediglich einen allgemeinen Lebenswert besitzen würden.

(5) Im Kontext der Hirntod-Thematik wird die Ansicht vertreten, dass das Sterben in einem Prozess stattfindet. Dabei meinen Hirntod-Befürworter, dass Hirntote bereits für tot erklärt werden können, da sie sich bereits im Sterbeprozess befinden. Oft wird in diesem Zusammenhang behauptet, dass der Hirntod eine sehr frühe Stufe im Sterbeprozess darstellt, die bisher nicht erkannt werden konnte, da erst durch die neu etablierte Intensivmedizin der Sterbeprozess an diesem Punkt (Hirntod) angehalten wurde. Es wird zudem ausgesagt, dass der Hirntote in dieser Hinsicht dem unaufhaltsamen Verfall des Organismus ausgesetzt ist. Als Gegenargument geben Hirntod-Kritiker an, dass der Hirntote zwar als Sterbender anzusehen ist, jedoch sei zu beachten, dass ein Sterbender noch nicht tot sei. Außerdem könne man nicht vom unaufhaltsamen Verfall des Organismus sprechen, da es inzwischen bereits chronische Hirntote gibt und beim hirntoten Organismus nach diagnostiziertem Hirntod die Wiederherstellung von Rückenmarksfunktionen nachgewiesen werden konnte.

Nun folgt eine Reihe von Argumenten von Hirntod-Kritikern, die dafür sprechen sollen, das Hirntodkriterium abzulehnen:

(1) Da während der Organentnahme eines Hirntoten Phänomene beobachtet werden, die schmerzstimulationsbezogenes Verhalten lebender Personen imitieren, wie Blutdruck- und Pulsveränderungen, Muskelzuckungen, flächenhafter Hautrötungen und Schwitzen, behaupten Hirntod-Kritiker, dass dies als Zeichen für das Vorhandensein von Leben zu deuten ist. Konkret sprechen sie von „unterbewusster“ Schmerzwahrnehmung. Ferner weisen sie darauf hin, dass die Wissenschaft – ähnlich wie beim Bewusstsein – keine tatsächliche Auskunft über die Schmerzempfindung eines Hirntoten geben könne, da sich dies nicht aus erster Hand (durch den Hirntoten selbst) bestätigen lasse. Doch Hirntod-Befürworter entgegen diesem Argument, dass solche Phänomene im gleichen Maße auch bei Querschnittsgelähmten vorkommen, die bekunden, dass sie keinerlei Empfindungen verspüren.

(2) Beim hirntoten Organismus sind noch Restfunktionen wie Zellwachstum festzustellen, was auch dazu führt, dass beispielsweise Kinder weiterwachsen und sogar pubertieren, welche Hirntod-Kritiker ebenfalls als Zeichen von Leben deuten. Doch für Hirntod-Befürworter stellt das kein Widerspruch zum Hirntodkriterium dar, da sie diese von der intensivmedizinischen

Behandlung abhängig sehen. Hirntod-Kritiker meinen dazu, dass diese Ansicht höchst problematisch sei, da ihrer Auffassung nach in diese Kategorie auch ein junger, dem Augenschein nach gesunder insulinabhängiger Diabetiker, ein Dialysepatient oder ein Patient mit einem Herzschrittmacher fallen würden, da auch diese Patientengruppen ihr ganzes restliche Leben von einer medizinischen Apparatur abhängig sind. Doch Hirntod-Verfechter entgegnen an dieser Stelle, dass der Unterschied zwischen diesen Patientengruppen und einem hirntoten Patienten an der integrativen Leistung des Gehirns liege. So brauche der menschliche Organismus mit funktionierendem Gehirn zwar gelegentlich medizinische Unterstützung, aber trotzdem sei es der Organismus, der sich selbst als funktionale Einheit aufrecht erhält.

(3) Selbst nach abgeschlossener Hirntoddiagnose treten beim hirntoten Patienten noch spontane oder als Reaktion auf äußere Reize Bewegungen wie langsames Hochheben der Arme und Gehbewegungen auf. Solche Phänomene werden von Hirntod-Kritikern ebenso als Lebenszeichen eingestuft. Doch aus medizinischer Sicht werden diese Bewegungen als „spinale Reflexautomatismen“ klassifiziert, die durch das Fehlen von hemmenden Einflüssen des Hirnstamms auf das Rückenmark hervorgerufen werden. Außerdem weisen Hirntod-Befürworter darauf hin, dass solche Reflexautomatismen auch nach Abstellen des Beatmungsgeräts und gelegentlich auch beim gängigem klinischen Tod zu beobachten sind, wenn dieser ganz plötzlich eintritt, da in beiden Fällen ein plötzlicher Sauerstoffmangel auftritt, der die Neurone im Rückenmark reizt.

(4) Aufgrund des lebendigen Aussehens eines Hirntoten und der oben genannten anderen Faktoren, tendieren Hirntod-Kritiker zur Berücksichtigung von phänomenalen Kriterien in der Todesbestimmung. Doch Hirntod-Verfechter meinen an dieser Stelle, dass rein phänomenale Kriterien zu relativistisch und dadurch potentiell interessenabhängig seien. Hirntod-Kritiker entgegnen dem, dass bewusstseinsorientierte Kriterien im Prinzip ebenso interessenabhängig und relativistisch seien, da es nicht einmal einen Konsens darüber gibt, was das Bewusstsein ist und im Prinzip alle Todeskriterien von den Erfahrungen anderer abhängig sind. In diesem Zusammenhang empfehlen Hirntod-Kritiker phänomenale Kriterien bei der Todesfeststellung primär heranzuziehen, nur sollten sie im Anschluss mittels diagnostischer Tests zusätzlich sichergestellt werden.

(5) Aufgrund der Tatsache, dass es schwangere Hirntote gibt, beziehungsweise dass die/der weibliche/männliche Hirntote durch die aufrechte Hormonregulation zeugungsfähig ist, lehnen Hirntod-Kritiker das Hirntodkriterium ab. Als prominenteste Kritik ist die von Hans Jonas zu nennen, in der er behauptet, dass eine intakte Schwangerschaft nur durch die ganzheitlichen Leistungen eines Organismus möglich sei, die es nur in der lebenden und nirgends in der toten Natur gäbe. Doch Hirntod-Befürworter meinen zu diesem Punkt, dass das kein Widerspruch zum Hirntodkriterium darstelle, da die Regulation des Hormonhaushalts durch die Hirnanhangsdrüse erfolgt, wodurch der hirntote Körper dazu fähig ist, seine Hormonregulation aufrecht zu erhalten,

da sie räumlich vom Gehirn getrennt und ontogenetisch ein teilweise eigenständiges Organ ist. Doch aus gynäkologischer Sicht wird behauptet, dass der Prozess einer Schwangerschaft vom biologischen, personalen und sozialen Leben und Erleben der Mutter nicht losgelöst zu sehen ist. Ferner ist man der Ansicht, dass eine Schwangerschaft als eine Höchstleistung der Frau in ihrer leib-seelischen Ganzheit anzusehen ist und nicht nur eine Frage von „hormonellen Parametern und gestativen Funktionen der Gebärmutter“ sei. Überdies wird berichtet, dass während der Behandlung einer hirntoten Schwangeren beobachtet werden konnte, wie sie auf ihre Lieblingsmusik mit rasendem Puls und steigendem Blutdruck reagierte. Außerdem beruhigte sich ihr Kreislauf erst wieder durch vertrauten Zuspruch mit Auflegen der Hände.

(6) Als letzter Punkt wird die Hirntoddiagnostik kritisiert, da laut Aussagen von Hirntod-Kritikern die Mehrheit der Funktionen des Großhirns aufgrund des komatösen Zustandes des Hirntoten im tatsächlichen Sinne nicht untersucht werden können. Neurologen bezweifeln sogar, dass diese Tests auch tatsächlich dazu im Stande sind, den Hirntod nachzuweisen, da am Hirnstamm üblicherweise nur bestimmte Reflexe geprüft werden, bei deren gemeinsames Ausfallen ein vollständiger Funktionsverlust dieser Hirnareale lediglich *angenommen* wird. Außerdem sei sogar widerlegt worden, dass das gesamte Gehirn abgestorben ist, da bewiesen wurde, dass bei Hirntoten bestimmte Restfunktionen im Bereich des Zwischenhirns und Hirnstamms noch partiell intakt sind.

Da fast alle postmortalen Transplantate ab Einführung des Hirntodkonzepts von hirntoten Patienten stammen, würde eine Abkehr von der Hirntodkonzeption etliche Tausende das Leben kosten. Aus diesem Grund wurden seitens Hirntod-Kritikern folgende Lösungswege vorgeschlagen:

a) *Verzicht auf die dead donor rule*: Hirntote würden somit nicht als Tote gelten, jedoch würde man durch die Entnahme der lebenswichtigen Organe ihren Tod herbeiführen, was auch als „Sterben durch Organspende“ bezeichnet wird. Doch Kritiker dieser Ansicht, meinen an dieser Stelle, dass dieser Lösungsweg weder mit dem ärztlichen Ethos noch mit dem geltenden Gesetz vereinbar sei und deshalb abzulehnen ist.

b) *Organentnahme nach Abstellen der intensivmedizinischen Apparate*: Das Problem bei diesem Lösungsweg ist jedoch, dass nach geltendem Wissen in dem Fall die Organe zugrunde gehen und somit für eine Transplantation nicht mehr zu gebrauchen sind. Doch es wird berichtet, dass nach Abstellen aller lebenserhaltenden Maßnahmen einige Organe noch einige Zeit lebensfähig seien (z. B. die Niere 120 Minuten und das Herz 15 bis 30 Minuten). Sie büßen zwar an Funktionsfähigkeit ein und ihre Qualität wäre nicht so optimal wie die Organe, die bei bleibender Beatmung entnommen werden, jedoch seien sie für eine Transplantation geeignet. In diesem Zusammenhang wird sogar der Hinweis gemacht, dass sogar bei der ersten Organexplantation einer Hirntoten vor der Organentnahme Kaliumchlorid in ihr Herz injiziert wurde, um dieses zum Stillstand zu bringen.

c) *Alternative Transplantate und Therapiemaßnahmen*: Hier wird vom Kunstherz berichtet, das gegenwärtig nur eingesetzt wird, um die Wartezeit bis zu einer organischen Transplantation zu überbrücken, was sich in Zukunft insofern ändern könnte, dass die Apparatur für eine dauerhafte Therapie eingesetzt werden könnte. Des Weiteren wird ein bestimmtes Medikament erwähnt, das gegenwärtig in Japan bei einer Kardiomyopathie, einer krankhaften Herzerweiterung, als Alternative zu einer Herztransplantation eingesetzt wird.

Was nun die islamische Position anbelangt, ist vorab anzumerken, dass die Meinungen von zeitgenössischen islamischen Juristen sehr unterschiedlich und manchmal sogar einander diametral entgegengesetzt sind.

Als größtes Problem in der Bewertung des Hirntodkonzepts aus islamischer Sicht wird das klassische Verständnis innerhalb der islamischen Lehre genannt, dass den Menschen erst dann für tot erachtet, wenn seine Seele den Körper verlassen hat. Da sich dieser Vorgang jedoch weder medizinisch beobachten lässt, noch für ihn ein bestimmter Zeitpunkt angegeben werden kann, zudem die Seele im Quran (17:85) gemäß gängiger islamischen Exegese als etwas beschrieben wird, das sich jeglicher menschlichen Erkenntnis entzieht und man deshalb über sie nichts aussagen kann, tendieren islamische Hirntod-Kritiker zur Beibehaltung der äußeren Todesanzeichen bei der Todesfeststellung. In diesem Zusammenhang wird auch kritisiert, dass die Medizin als naturwissenschaftliche Disziplin den Tod bestimmt, da sein Zustandekommen aus theologischer Sicht ein Geheimnis ist, was auch zur Folge hat, dass der Tod aufgrunddessen medizinisch nicht definierbar ist.

Als prominentes befürwortendes Rechtsgutachten wird der Beschluss der OIC aus dem Jahr 1986 genannt, welches große Resonanz fand, was auch der Grund dafür ist, warum fälschlicherweise oft behauptet wird, dass der Islam generell positiv zum Hirntodkonzept eingestellt sei.

Folgende Punkte sind als befürwortende Argumente aus der islamischen Hirntod-Debatte zu nennen:

(1) Das Hinauszögern der Todesfeststellung bei Hirntoten stehe aus islamischer Sicht im Widerspruch zur Würde des Menschen und zu seinem Recht auf würdevolle Behandlung, da dadurch der Mensch zu einer künstlich aufrechterhaltenen, biologischen Masse entwürdigt wird, was aus islamischer Sicht nicht zu vertreten sei.

(2) Aufgrund der Tatsache, dass der Vorgang, in der nach gängigem islamischem Verständnis beim Tod des Menschen die Seele den Körper verlässt, empirisch nicht erfassbar ist, ist man der Ansicht, dass man auf sekundäre Merkmale des Todes angewiesen sei, die diesen Vorgang deuten. Außerdem wird ausgesagt, dass ausgehend vom islamischen Grundsatz, dass Gott keinen Menschen mit mehr belastet, als er zu tragen vermag, man islamisch gesehen nicht verpflichtet sei, den Beweis zu erbringen, zu welchem genauen Zeitpunkt die Seele den Körper verlässt.

(3) Ein anderes Argument lautet, dass das Leben dann zu Ende ist, wenn der Körper nicht mehr fähig ist, der Seele zu dienen und auf sie zu reagieren. Dabei werden Reflexe des Hirntoten als die im Körper verbleibenden Bewegungen interpretiert, die keine Beziehung zur Seele des Menschen haben. Denn das Leben beginnt gemäß islamischer Lehre mit der Beseelung und die Seele sei in diesem Zusammenhang verantwortlich für alle willensgesteuerten, bewussten Tätigkeiten, die ein Mensch ausführt. An dieser Stelle ist anzumerken, dass hier der Auffassung widersprochen wird, dass sich das Wissen über die Seele dem menschlichen Verständnis völlig entzieht, da man darauf hinweist, dass trotz der für diese Auffassung hergeleitete Quranstelle in prophetischen Überlieferungen und in der klassisch islamischen Literatur dennoch bestimmte Eigenschaften der Seele näher beschrieben wurden. Fernerhin wird in diesem Argumentationsstrang ausgesagt, dass islamische Gelehrte der Auffassung seien, dass die wichtigsten Aufgaben der Seele die Sinneswahrnehmung, kognitive Intelligenz und emotionale Regungen wären, welche dem kognitivistischem Menschenbild zugeordnet werden kann. Da nun die Medizin diese Phänomene mit dem Gehirn in Relation setzt, beziehungsweise ausgesagt wird, dass das Gehirn der Ursprung all dieser Fähigkeiten ist, müsse der Hirntote für tot erachtet werden. Es ist jedoch zu beachten, dass von Seiten islamischer Hirntod-Kritiker dieser Auffassung entgegnet wird, dass islamische Gelehrte nie den Verstand und die Sinneswahrnehmung zum *alleinigen* Beweiskriterium für Leben im Körper erklärt hätten.

(4) Da die Quelle für die islamische Todeszeitpunktbestimmung von menschlichen Erfahrungen und nicht von islamischen Texten hergeleitet wurde, könne man ohne weiteres ein neues Todeskriterium einführen.

(5) Manche islamische Hirntod-Befürworter geben genau wie nicht-islamische Hirntod-Verfechter das Argument an, dass restliche Bewegungen und Lebenszeichen allein von den Geräten abhängig sind.

(6) Es wird wie in der medizinethischen Debatte auf die Irrelevanz der Herzfunktion bei der Todesfeststellung, aufgrund der Möglichkeit der Wiederherstellung des Herzstillstands, hingewiesen.

(7) Die Irrelevanz der Herzfunktion in Bezug auf das Lebendigsein wird aber auch aufgrund einer anderen Argumentationsbasis angeführt: Gemäß einem islamrechtlichen Urteil aus der klassischen Lehre findet die Beseelung des Embryos erst nach 120 Tagen der Schwangerschaft statt, wodurch er erst dann den Rechtsstatus eines Lebenden erlangt. Der Herzschlag hingegen setzt viel früher an.

Auf der ablehnenden Seite ist als frühestes Rechtsgutachten das vom kuwaitischen Religionsministerium aus dem Jahr 1981 zu nennen. Es besagt, dass ein Mensch nicht als tot

angesehen werden kann, solange seine Herz- und Kreislaufaktivität, wenn auch nur künstlich, aufrecht sind. Überdies sprach sich auch die MWL gegen das Hirntodkonzept aus. Sie erachten dabei das Abschalten der medizinischen Apparate als legitim, jedoch dürfe der Hirntote nicht rechtlich als Toter gelten.

Die Argumente der islamischen Juristen, die sich *gegen* das Hirntodkriterium aussprechen, lauten wie folgt:

(1) Es gehöre zu den wesentlichsten islamischen Pflichten, die Todesdiagnose nicht zu beschleunigen, was aus ihrer Sicht beim Hirntod der Fall ist.

(2) Aufgrund von Unsicherheiten in der Hirntod-Thematik sei vom Hirntodkonzept Abstand zu halten. Diese Unsicherheiten rühren vom fehlenden Konsens über das Hirntodkonzept sowohl innerhalb des medizinischen als auch islamischen Fachkreises her. Außerdem stütze sich das Hirntodkriterium an technische Geräte, die theoretisch denkbar eine verborgene Fehlfunktion haben können. Aus diesem Grund sei an der altbekannten Regel aus dem islamischen Recht festzuhalten, dass „Gewissheit nicht durch Zweifel beseitigt wird“. Zudem wird empfohlen, das islamrechtliche Prinzip vom „Fortbestand der Ausgangslage“ anzuwenden. Doch hirntodbefürwortende islamische Juristen machen hier auf einen wichtigen Punkt aufmerksam: Das Hirntodkonzept basiere zwar nicht auf völliger Gewissheit, sondern nur auf einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit, doch es sei zu beachten, dass eine große Anzahl von sehr schwerwiegenden islamrechtlichen Urteilen ohnehin nicht auf völliger Gewissheit beruhen, sondern lediglich auf größtmöglicher Wahrscheinlichkeit.

(3) Genau wie nicht-islamische Hirntod-Kritiker setzen auch hirntod-ablehnende, islamische Juristen auf phänomenale Kriterien bei der Todesfeststellung. Dabei wird ausgesagt, dass der Hirntod zwar als ein wichtiges Phänomen im Sterbeprozess anzusehen ist, aber er könne nicht allein als einziger Beweis für den Tod des Individuums gelten, sondern er müsse mit anderen Zeichen, wie mit Herz- und Atemstillstand, kombiniert werden.

(4) Man betont in diesem Zusammenhang auch die Wichtigkeit der phänomenalen Kriterien in der Todesfeststellung und kritisiert dabei, dass der Hirntod nur für medizinische Experten überprüfbar sei. Nach Ansicht dieser islamischen Juristen, müsse die soziale und emotionale Ebene der Todesfeststellung miteinbezogen werden, um Probleme, Anschuldigungen und Zweifel zu vermeiden und um das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten nicht zu belasten.

(5) Man befürchtet, dass das Hirntodkonzept zu Gunsten der Transplantationsmedizin vorgenommen wurde. Dabei weist man auf das islamrechtliche Prinzipien hin, dass ein Schaden nicht durch einen weiteren Schaden beseitigt werden darf, und die Abwehr vom Übel den Vorrang hat vor der Sicherung von Interessen.

(6) Solange das Herz schlägt und Zellbewegungen und -wachstum sowie verschiedene Reflexe aufrecht sind, gäbe es zumindest Zweifel daran, dass der Mensch tot ist, da auch das vegetative Leben geschützt werden müsse, und nicht nur das bewusste und vernunftgesteuerte.

(7) Dem Argument der Hirntod-Verfechter, dass nach Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen der Hirntote ohnehin gänzlich sterben wird, entgegnet man, dass der Hirntote rechtlich gesehen noch als lebendig einzustufen sei, da für sie der Hirntod lediglich ein Vorbote des Todes ist.

(8) Man sieht posthume Schwangerschaften als Beweis für die Widersprüchlichkeit des Hirntodkonzepts an.

(9) Es wird an der Irreversibilität des Hirntods gezweifelt. Dabei wird die Allmacht Gottes ins Spiel gebracht, da vielfach eine Rückkehr zum Leben möglich sei. Gottes Ratschluss sei auch in dieser Hinsicht unergründlich. Gerade Mediziner treten dabei gegenüber islamischen Juristen mit falschen Genesungstheorien auf. Abgesehen davon sind manche islamische Juristen davon überzeugt, dass der fortgehende medizinische und technologische Fortschritt es in näherer Zukunft ermöglichen könnte, das Leben hirntoter Patienten wiederherzustellen.

(10) Es werden auch zwei Argumente genannt, die diese Thematik auf der sprachlichen Ebene zu beurteilen versuchen: a) Im Quran sei in erster Linie über den Tod des *Körpers* die Rede, wenn der Tod des Menschen angesprochen wird. Es wird hier die Sichtweise kritisiert, die die Definition von Leben und Tod an die Präsenz oder Abwesenheit der Seele koppelt. b) Ausgehend von einer Interpretationsart des Wortes „*nafs*“ wird ausgesagt, dass der Quran mit diesem Wort eine Person in ihrer Ganzheitlichkeit meine und nicht den Menschen losgelöst von seiner physischen Existenz.

(11) In der traditionell islamischen Jurisprudenz wird, wenn es um die Frage des Totschlags geht, zwischen drei verschiedene Kategorien von Leben unterschieden. Dabei gibt es die Kategorie des „entwurzelten Lebens“, die für die Hirntod-Problematik von manchen islamischen Juristen herangezogen wird. Die Person im „entwurzelten“ Leben befindet sich in einem Zustand, in der sie aufgrund einer Gewalttat über ihre Sinne und ihren Willen nicht mehr verfügt; der Tod steht jedoch unmittelbar bevor. Aus islamrechtlicher Sicht befindet sich diese Person trotz Vorliegen einiger Lebenszeichen im rechtlichen Status eines Toten. In diesem Sinn könne der Hirntote als Lebender angesehen werden, der jedoch den Rechtsstatus eines Toten hat. Die Heranziehung dieses Rechtsfalls aus der islamischen Jurisprudenz wird aber auch kritisiert, da diese islamische Rechtssatzung eine Sonderregelung im islamischen Recht im Bereich der Vergeltung darstelle und somit nicht mit medizinischen Interventionen zu vergleichen ist.

Was den Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen eines Hirntoten anbelangt, ist zunächst anzumerken, dass nach islamischem Recht grundsätzlich der Abbruch einer medizinischen Therapie erlaubt ist. Aber im Falle von Hirntoten gibt es unterschiedliche Meinungen:

Der Verbleib des Hirntoten an die Geräte zähle zu den Rechten des Menschen, da für manche islamische Juristen das Absterben des Gehirns kein Sterben im umfassenden Sinne bedeutet. Außerdem vertreten laut einer Umfrage die Mehrheit der islamischen Juristen den Standpunkt, dass das Einstellen der intensivmedizinischen Maßnahmen bei für hirntot erklärten Menschen nicht zu befürworten sei. Eine solche Handlung sei nur dann vorstellbar, wenn ein anderer Patient mit deutlich besserer Prognose diese medizinischen Ressourcen unbedingt benötigt.

Aber es gibt auch eine andere Meinung: Nach diagnostiziertem Hirntod stelle die fortgeführte künstliche Beatmung keine Lebensrettung mehr dar, sondern eine Verlängerung des Sterbeprozesses, was auch als unnötige psychische Belastung für Angehörige angesehen wird.

Nach einer anderen Argumentation, die sich auf das oben genannte islamische Rechtsgutachten bezieht, das einen Zwischenzustand des sterbenden Menschen beschreibt, ist man der Auffassung, dass ausgehend von der letzten Kategorie des Menschen („entwurzeltes Leben“) das Abstellen der lebenserhaltenden Apparate legitim ist, da der Hirntote in dem Fall den Rechtsstatus eines Toten hat.

In Bezug auf die Organtransplantation ist zunächst festzuhalten, dass in der innerislamischen Diskussion im Gegensatz zum Thema Hirntod eine relativ positive Einstellung zur Organtransplantation festzustellen ist. Es gibt hier jedoch zwei Extrempositionen: a) Der Mensch hat das Recht, über seinen Körper zu verfügen, so wie er das Recht bekommen hat, mit seinen materiellen Gütern umzugehen, was für die Erlaubnis einer Organtransplantation spricht. b) Der Körper ist eine Leihgabe Gottes, und der Mensch hat dadurch kein Recht, über ihn zu verfügen und somit auch nicht das Recht, seine Organe zur Spende freizugeben.

Hinsichtlich der Störung der Totenruhe beziehungsweise Verletzung der Unversehrtheit des Toten bei einer postmortalen Organexplantation, falls der Hirntote als tot eingestuft wird, wird gemäß eines Präzedenzfalls aus der islamischen Jurisprudenz abgeleitet, dass über die rechtlich umstrittene Totenruhe zu Gunsten des Interesses anderer Menschen hinweg gesehen werden kann. So ist es beispielsweise erlaubt, den Körper einer verstorbenen schwangeren Frau zu öffnen, wenn damit das Leben des Ungeborenen gerettet werden kann.

Was die konkrete Position zur Organexplantation bei Hirntoten anbelangt, wird seitens hirntod-ablehnender, islamischer Juristen auch dies abgelehnt. Das Argument lautet hier: Wenn sich aus der Ablehnung des Hirntodkonzepts ergeben sollte, dass posthume Organspenden nicht mehr möglich sind, sei das hinzunehmen, da es der islamischen Rechtswissenschaft nicht auferlegt sei, Organe für die Medizin zu beschaffen. Doch es gibt auch andere Meinungen: Die oben angeführte Position über das Abstellen der lebenserhaltenden Apparate abgeleitet vom klassischen Rechtsgutachten in Bezug auf das „entwurzelte Leben“, wird hier auch hinsichtlich der Organexplantation herangezogen. Demgemäß wird auch die Organexplantation eines hirntoten Patienten als legitim erachtet, da er den Status eines Toten hat. Ferner wird die Ansicht vertreten,

dass das Hirntodkonzept nur bei eventuellen Organexplantationen angewendet werden sollte, ansonsten sollten die klassischen Todeszeichen gelten. Des Weiteren gibt es auch die Ansicht, dem Menschen freizustellen, zwischen der klassischen Todesdefinition und dem Hirntodkonzept zu wählen.

In Bezug auf die Einwilligungserklärung bei Organspenden ist festzustellen, dass islamische Juristen eindeutig für die erweiterte Zustimmungslösung sind. Dabei ist anzumerken, dass sogar einige behaupten, dass Angehörige mehr Mitspracherecht als der Spender selbst hätten, da sie der Meinung sind, dass die Angehörigen sowohl materielle als auch immaterielle Rechte des Verstorbenen erben.

Literaturverzeichnis

- Abadie, A. / Gay, S. (2006). *The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: A cross-country study*. In: Journal of Health Economics 25, Nr. 4, S. 599-620.
- Angstwurm, H. (1994). *Der vollständige und engültige Hirnausfall (Hirntod) als sicheres Todeszeichen des Menschen*. In: Hoff, J. / in der Schmitt, J. (Hrsg.). *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. S. 41-50.
- Angstwurm, H. (1999). *Todesdefinition sowie Hinweise zum Hirntod, Teilhirntod und Herztod*. In: Der Internist 3. Springer Verlag. S. 283-285.
- Bagheri, A. (2005). *Organ Transplantation Laws in Asian Countries: A Comparative Study*. In: Transplantation Proceedings 37. Heft 10. S. 4159-4162.
- Birnbacher, D. (1994). *Einige Gründe, das Hirntodkriterium zu akzeptieren*. In: Hoff, J. / in der Schmitt, J. (Hrsg.). *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. S. 28-40.
- Birnbacher, D. (2014). *Organtransplantation. Fragen im Schnittbereich von Anthropologie und Ethik*. In: Herz 39. S. 576-580.
- Boustany, F. N. (2011). *Ethics and law in biomedicine and genetics: an overview of national regulations in the arab states*. Kairo: UNESCO Cairo Office.
- Breul, R. (2013). *Hirntod – Organspende. Und die Kirche schweigt dazu. Regina Breul im Gespräch mit Wolfgang Waldstein*. Illertissen: Media Maria Verlag.
- Bubner, A. (Hrsg.) (1993). *Die Grenzen der Medizin. Technischer Fortschritt, Menschenwürde und Verantwortung*. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Deutscher Ethikrat (2015). *Stellungnahme zum Hirntod und Entscheidung zur Organspende*. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Eich, Th. (2008). *Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition*. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.
- Elyas, N. (1995). *Hirntod und Organverpflanzung*. In: Zentralrat der Muslime in Deutschland e.V., <http://www.zentralrat.de/14632.php>, Zugriff: 14.03.2018.
- Eurotransplant*. Annual Report 2014.
- Fadlallah, M. H. (2008). *Medizinische Ethik und die Ethik des Lebens*. In: Eich, Th. (Hrsg.). *Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition*. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag. S. 33-37.
- Geremek, A. (2009). *Wachkoma. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Gordon, M. S. (1998). *Islam*. In: Coogan, M. D. (Hrsg.). *World Religions*. Übersetzt vom Englischen von Staatsmann, S. / von Somm, Ch. / Ecker, M., deutsche Erstausgabe 1999. München: Frederking & Thaler Verlag.
- Guba, M. / Jens, W. (2015). *Wie verlässlich ist das Hirntod-Konzept?* In: MMW-Fortschritte der Medizin 157. S. 48-50.

- Hiemetzberger, M. (2016). *Hirntod und Organentnahme aus Sicht der Pflege*. In: Körtner, U. H. J. / Kopetzki, Ch. / Müller, S. (Hrsg.). *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*. Wien: Verlag Österreich. S. 123-149.
- Hierzenberger, G. (2006). *Der Islam*. Wiesenbaden: Marix Verlag.
- Hoff, J. / in der Schmitt, J. (Hrsg.) (1994). *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Hoff, J. / in der Schmitt, J. (1994). *Kritik der „Hirntod“-Konzeption. Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium*. In: Hoff, J. / in der Schmitt, J. (Hrsg.). *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. S. 153-252.
- Holzniekemper, T. (2003). *Organspende und Transplantation und ihre Rezension in der Ethik der abrahamitischen Religionen*. Dissertation. Münster: Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Ilkilic, I. (2006a). *Wann beginnt das menschliche Leben? Philosophisch-theologische Reflexionen aus der muslimischen Perspektive*. In: Körtner, U. H. J. / Virt, G. / Haslinger, F. / von Engelhardt, D. (Hrsg.). *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik*. 2. Auflage 2009. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag. S. 145-164.
- Ilkilic, I. (2006b). *Wann endet das menschliche Leben? Das muslimische Todesverständnis und seine medizinethischen Implikationen*. In: Körtner, U. H. J. / Virt, G. / Haslinger, F. / von Engelhardt, D. (Hrsg.). *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik*. 2. Auflage 2009. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag. S. 165-182.
- Ilkilic, I. (2008). *Medizinethische Entscheidungen am Lebensende in einer wertpluralen Gesellschaft am Beispiel muslimischer Patienten*. In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 52. S. 34-49.
- Jonas, H. (1994). *Brief an Hans-Bernhard Wuermeling*. In: Hoff, J. / in der Schmitt, J. (Hrsg.). *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. S. 21-27.
- Jox, R. J. (2016). *Hirntod und Hirntodkonzepte – zum Stand der medizinischen Debatte*. In: Körtner, U. H. J. / Kopetzki, Ch. / Müller, S. (Hrsg.). *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*. Wien: Verlag Österreich. S. 29-47.
- Kellner, M. (2007). *Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens. Ein Beitrag zur kulturübergreifenden Bioethik*. Dissertation. Universität Wien.
- Krawietz, B. (2001). *Grundlagen und Grenzen einer Hirntodkonzeption im Islam*. In: Schlich, Th. / Wiesemann, C. (Hrsg.). *Hirntod. Zur Kulturgeschichte des Todesfeststellung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. S. 239-256.
- Körtner, U. H. J. (2003). *Hirntod und Organtransplantation aus christlicher, jüdischer und islamischer Sicht*. In: Oduncu, F. S. / Schroth, U. / Vossenkuhl, W. (Hrsg.): *Transplantation. Organgewinnung und -allokation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 102-117.
- Körtner, U. H. J. (2006). *Zur Einführung. Interkulturelle und interreligiöse Fragestellungen heutiger Medizinethik*. In: Körtner, U. H.J. / Virt, G. / Haslinger, F. / von Engelhardt, D. (Hrsg.). *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen*

- Medizinethik*. 2. Auflage 2009. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag. S. 1-4.
- Körtner, U. H. J. / Kopetzki, Ch. / Müller, S. (2016). *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*. Wien: Verlag Österreich.
- Kreß, H. (2003). *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*. Ethik- Grundlagen und Handlungsfelder. Band 2. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kreß, H. (2016). *Das Hirntodkriterium in seiner Abhängigkeit von theologischen und kulturellen Vorentscheidungen. Mit einem Ausblick auf die Frage der Organentnahme bei Kindern*. In: Körtner, U. H. J. / Kopetzki, Ch. / Müller, S. (Hrsg.). *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*. Wien: Verlag Österreich. S. 99-122.
- Kurthen, M. / Linke, D. B. (1994). *Vom Hirntod zum Teilhirntod*. In: Hoff, J. / in der Schmitt, J. (Hrsg.). *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. S. 82-94.
- Lemmen, Th. (2000). *Islam*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Meran, J.-G. / Poliwoda, S. (1994). *Leben und sterben lassen. Anthropologie und Pragmatik des Hirntodes*. In: Hoff, J. / in der Schmitt, J. (Hrsg.). *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. S. 68-81.
- Métraux, A. (2001). *Der Todesreigen in der belebten Materie. Xavier Bichat über das vielfache Sterben des Organismus*. In: Schlich, Th. / Wiesemann, C. (Hrsg.). *Hirntod. Zur Kulturgeschichte des Todesfeststellung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. S. 167-186.
- Moosa, E. (2008). *Die Nahtstelle von Naturwissenschaft und Jurisprudenz: Unterschiedliche Blickwinkel auf den Körper in der modernen muslimischen Ethik*. In: Eich, Th. (Hrsg.). *Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition*. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag. S. 170-201.
- Moskopp, D. (2015). *Hirntod. Konzept – Kommunikation – Verantwortung*. Stuttgart: Thieme.
- Müller, S. / Rath, B. (2016). *Sterben und Todesfeststellung in der Medizingeschichte*. In: Körtner, U. H. J. / Kopetzki, Ch. / Müller, S. (Hrsg.). *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*. Wien: Verlag Österreich. S. 1-18.
- Nasher, J. (2009). *Die Moral des Glücks. Eine Einführung in den Utilitarismus*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Oberster Sanitätsrat des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) (2005). *Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme*. In: Gesundheit Österreich GmbH, <http://www.goeg.at/de/Bereich/Todesfeststellung.html>, Zugriff: 13.04.2017.
- Oduncu, F. (1998). *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pour, F. H. (2014). *Organhandel: lukratives Geschäft im Iran*. In: <http://iranjournal.org/gesellschaft/organhandel-lukratives-geschaeft-im-iran>, Zugriff: 14.03.2018.
- Prüfer, Th. / Stollorz, V. (2003). *Bioethik*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Quante, M. / Vieth, A. (2003). *Welche Prinzipien braucht die Medizinethik? Zum Ansatz von Beauchamp und Childress*. In: Düwell, M. / Steigleder, K. (Hrsg.). *Bioethik. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. S. 136-151.
- Roth, G. / Dicke, U. (1994). *Das Hirntodproblem aus Sicht der Hirnforschung*. In: Hoff, J. / in der

- Schmittgen, J. (Hrsg.). *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. S. 51-67.
- Sachedina, A. (2008a). *Das Recht, mit Würde zu sterben*. In: Eich, Th. (Hrsg.). *Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition*. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag. S. 147-158.
- Sachedina, A. (2008b). *Hirntod und Organgewinnung*. In: Eich, Th. (Hrsg.). *Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition*. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag. S. 156-169.
- Samadzade, O. (2009). *Hirntod und Organtransplantation aus islamischer Sicht*. Nordhausen: Verlag Traugott Bautz.
- Schellong, S. M. (2001). *Die künstliche Beatmung und die Entstehung des Hirntodkonzepts*. In: Schlich, Th. / Wiesemann, C. (Hrsg.). *Hirntod. Zur Kulturgeschichte des Todesfeststellung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. S. 187-208.
- Schild, R. L. (1997). *Organspende in Europa*. In: Deutsches Ärzteblatt 9. Heft 37. S. 2323.
- Schlake, H. P. / Roosen, K. (2001). *Der Hirntod als der Tod des Menschen*. Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage. Neu-Isenburg: Deutsche Stiftung Organtransplantation.
- Schroth, U. (2016). *Der Tod des Menschen aus juristischer Sicht*. In: Körtner, U. H. J. / Kopetzki, Ch. / Müller, S. (Hrsg.). *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*. Wien: Verlag Österreich. S. 67-75.
- Schulz, St. (2006). *Anmerkungen zur Geschichte der Organtransplantation und der Hirntoddefinition*. In: Schulz, St. / Steigleder, K. / Fangerau, H. / Paul, N. W. (Hrsg.). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. S. 399-409.
- Steigleder, K. (2006). *Moral, Ethik, Medizinethik*. In: Schulz, St. / Steigleder, K. / Fangerau, H. / Paul, N. W. (Hrsg.). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. S. 15-45.
- Stoecker, R. (1999). *Der Hirntod. Ein medizinisches Problem und seine moralphilosophische Transformation*. Freiburg (Breisgau), München: Verlag Karl Alber.
- Stoecker, R. (2016). *Das Hirntod-Problem*. In: Körtner, U. H. J. / Kopetzki, Ch. / Müller, S. (Hrsg.). *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*. Wien: Verlag Österreich. S. 77-97.
- Tworuschka, M. & Tworuschka, U. (2007). *Die Welt der Religionen. Der Islam*. Gütersloh/München: Chronik Verlag.
- Wiesemann, C. (2001). *Notwendigkeit und Kontingenz. Zur Geschichte der ersten Hirntod-Definition der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1968*. In: Schlich, Th. / Wiesemann, C. (Hrsg.). *Hirntod. Zur Kulturgeschichte des Todesfeststellung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. S. 209-238.
- Wijdicks, E.F.M. (2002). *Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria*. In: Neurology 58.
- Wils, J.-P. (1994). *Person und Leib*. In: Hoff, J. / in der Schmittgen, J. (Hrsg.). *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. S. 119-149.

Abstract

Diese Forschungsarbeit referiert mittels Zusammenführung aus Quellen der Literatur über die unterschiedlichen Positionen zum Thema Hirntod und Organexplantation hirntoter Patienten einerseits aus medizinethischer andererseits aus islamischer Sicht. Zunächst wird der Hirntod aus medizinischer Sicht dargestellt und anschließend die juristische Lage vordergründig in deutschsprachigen Ländern sowie in Ländern mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung wiedergegeben. In weiterer Folge werden die Argumente, die für und gegen das Hirntodkonzept sprechen, sowohl aus dem medizinethischen als auch aus dem islamischen Fachkreis in ihren verschiedenen Positionen eingehend aufgezeigt. Aus dem Ergebnis dieser Forschungsarbeit ist abzuleiten, dass die dokumentierten Stellungnahmen aus beiden Fachbereichen im Wesentlichen einander diametral entgegengesetzt sind und man sowohl innerhalb des medizinethischen als auch islamischen Diskurses fern von einer einheitlichen Position ist.