NEUROETHIK

Wie tot ist tot?

Ein Mensch ohne Hirnfunktion gilt medizinisch und juristisch als tot – auch wenn sich seine Brust dank Beatmungsgerät noch bewegt und das Herz weiterschlägt. Ist diese Praxis noch zeitgemäß? Oder sollten gar Komapatienten für tot erklärt werden – etwa um Organspenden zu erleichtern?

Von Yvonne Raley

Alexander K. liegt auf der Intensivstation eines Krankenhauses. Er wird künstlich beatmet, sein Herz schlägt, das Elektroencephalogramm (EEG) des Gehirns zeigt jedoch eine Nulllinie.

Petra M. ist ebenfalls an einem Beatmungsgerät angeschlossen. Ihr Gehirn ist irreversibel geschädigt. Sie wird nie wieder zu sich kommen, nie mehr selbst essen oder auch nur selbstständig atmen können. Ihr EEG offenbart allerdings immer noch eine – wenn auch sehr geringe – Hirntätigkeit.

Klaus S. wiederum liegt seit fünf Jahren mit einem schweren Hirnschaden in einem Pflegeheim. Er atmet ohne Hilfe von Maschinen, wird aber künstlich ernährt. Höchstwahrscheinlich wird er ebenfalls nie wieder aufwachen und auf das Geschehen um sich herum reagieren können. Doch wie bei Petra M. zeigt auch sein EEG noch eine minimale Hirnaktivität.

Drei Schicksale, jedes ohne Hoffnung auf Genesung. Aber welcher der drei Patienten kann als tot gelten? Im Klinikalltag ist dies oft identisch mit der Frage: Bei wem dürfen wir Organe zur Transplantation entnehmen?

Genau damit sahen sich im Jahr 2004 exakt 1351 Bürger aus dem US-Bundesstaat Ohio konfrontiert – ein repräsentativ ausgewählter Querschnitt der ame-

SIGANIM / GEHIRN&GEIST

rikanischen Bevölkerung. Laura Siminoff, Christopher Burant und Stuart Youngner von der Abteilung Bioethik der Case Western University in Cleveland wollten wissen, wie die Amerikaner intuitiv den Tod definieren.

Das Ergebnis überrascht kaum: Die Aussagen vieler Befragter stimmten nicht mit der medizinischen und rechtlichen Definition des Todes überein. In der Öffentlichkeit, so die Forscher, herrscht große Unsicherheit darüber, wer tatsächlich als tot bezeichnet werden kann.

Denn in den meisten Ländern der Erde gilt lediglich der erste unserer drei Patienten, Alexander K., als verstorben, da bei ihm keinerlei Hirnfunktionen mehr zu erkennen sind. Er ist »hirntot« – dennoch beurteilten ihn immerhin 14 Prozent der befragten Amerikaner als »noch am Leben«. Hier zu Lande definiert die Bundesärztekammer den Hirntod als »Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms«, wobei die Herz-Kreislauf-Funktionen noch künstlich aufrechterhalten werden (siehe Kasten S. 33).

Die zweite Patientin, Petra M., hielten in der zitierten Studie 57 Prozent der Teilnehmer für tot. Doch die Diagnose der Fachleute lautet in diesem Fall: irreversibles Koma. Typischerweise befinden sich die Betroffenen in einer tiefen Bewusstlosigkeit. Meist haben Komapatienten ihre Augen geschlossen und reagieren nicht auf ihre Umwelt – zeigen aber im EEG noch minimale Hirnfunktionen.

Immerhin noch 34 Prozent der Befragten meinten schließlich, dass Klaus S., der dritte Patient, bereits gestorben war. Irrtum! Er befindet sich nach offizieller Lesart in einem »andauernden vegetativen Zustand« – abgekürzt PVS nach der englischen Bezeichnung Persistent Vegetative State. Bei den Betroffenen sind jene Teile des Großhirns komplett ausgefallen, die für Wahrnehmung und Bewusstsein sorgen. Der Hirnstamm, der Atmung und einfache Reflexe kontrolliert, arbeitet jedoch noch einwandfrei. Mitunter öffnen PVS-Patienten die Augen; manche lächeln, weinen oder schreien sogar. Dadurch entsteht der Eindruck, sie seien wach, weshalb sich für PVS auch der Ausdruck Wachkoma etabliert hat. Durch Ernährung per Sonde können diese Patienten noch jahrelang am Leben erhalten werden. Ein tragisches Beispiel hierfür war die Amerikanerin Terry Schiavo, die sich 15 Jahre im andauernden vegetativen Zustand befunden hatte, bevor ihre lebenserhaltenden Geräte abgeschaltet wurden (Kasten S. 34).

Ob Menschen im vegetativen Zustand tatsächlich ohne jede Wahrneh- ▷

AUF EINEN BLICK

Hirntod und Organtransplantation

1 In den meisten Ländern gilt heute medizinisch wie rechtlich als tot, wer keine Hirnaktivität mehr aufweist.

2 Erst nach Feststellung des Hirntods durch zwei unabhängige Ärzte dürfen die Organe eines Menschen zu Transplantationszwecken entnommen werden. Einer großen US-Umfrage zufolge befürworten allerdings nicht wenige Menschen auch eine Organentnahme bei Patienten, die im Koma oder Wachkoma liegen.

3 Einige Medizinethiker stellen die bisherige Definition des Todeszeitpunkts in Frage und schlagen stattdessen eine »Gewissensklausel« vor: Jeder solle innerhalb gewisser Grenzen im Vorhinein festlegen können, unter welchen Bedingungen er als tot gelten möchte.

▷ mung sind, ist unter Medizinern umstritten. So wiesen britische Forscher um Adrian Owen vom Medical Research Council in Cambridge 2006 bei einer Wachkomapatientin per funktioneller Magnetresonanztomografie tatsächlich noch Hirnaktivitäten nach, wenn sie angesprochen wurde.

Kriterien des Todes

Für die Diagnose des Hirntods hat die Bundesärztekammer genaue Kriterien festgelegt: Zunächst einmal muss eine schwere Hirnschädigung vorliegen, typischerweise entstanden durch eine Kopfverletzung, einen Tumor, einen Schlaganfall oder eine Hirnblutung. Auch ein Herz-Kreislauf-Stillstand kann zum Hirntod führen. Allerdings müssen die Ärzte ausschließen, dass die Hirnfunktion lediglich zeitweilig ausgefallen ist – beispielsweise durch Vergiftung, Unterkühlung oder einen Kreislaufschock.

Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, kann der Patient nicht als hirntot gelten. Andernfalls müssen aber noch drei weitere klinische Kriterien erfüllt sein:

▶ Der Patient befindet sich in einem Koma; das heißt, er ist bewusstlos. Seine Augen öffnen sich nicht mehr.

▶ Der Patient zeigt keine Reflexe, die vom Großhirn vermittelt werden – wie zum Beispiel Lidschlag, Schluck-, Husten- oder Schmerzreflex.

▶ Der Patient atmet nicht mehr selbstständig.

Zuletzt muss der Arzt überprüfen, ob die Hirnschädigung irreversibel ist, sie sich also nicht mehr rückgängig machen lässt. Beispielsweise macht eine mindestens 30 Minuten andauernde Nulllinie im EEG jede weitere Beobachtung überflüssig, da es bislang keine medizinische Möglichkeit gibt, einen völligen Ausfall der Hirnfunktion wieder zu beheben.

Entsprechende Untersuchungen müssen nach den geltenden Bestimmungen mindestens zwei Mediziner unabhängig voneinander durchführen – wobei keiner von ihnen in einem Transplantationszentrum arbeiten darf, damit jeglicher Interessenkonflikt von vornherein ausgeschlossen ist.

Die Diagnose des irreversiblen Komas und des permanenten vegetativen Zustands erweist sich dagegen als recht langwierig: Der Patient muss monatelang beobachtet und getestet werden, bis die Ärzte sicher sein können, dass sein Zustand unwiderruflich bleibt. Dabei berücksichtigen sie auch die jeweilige Vorgeschichte. Blieb das Gehirn des Patienten etwa längere Zeit ohne Sauerstoff, wird das Koma rascher für »permanent« erklärt, da sich das Absterben der Hirnzellen durch längeren Sauerstoffmangel nicht mehr rückgängig machen lässt.

Welche Diagnose am Ende gestellt wird, hat weit reichende Konsequenzen: Da nur Patienten ohne Hirnfunktion medizinisch und juristisch tot sind, kann auch nur in diesen Fällen die künstliche Beatmung eingestellt werden, ohne dass sich der Arzt des Totschlags schuldig macht. Bei PVS-Patienten ist es dagegen äußerst umstritten, die Versorgung abzubrechen (siehe Kasten S. 34). Auch in Deutschland endeten bereits einige Streitfälle zu der Frage, was mit nicht als hirntot diagnostizierten Patienten zu geschehen hat, vor Gericht. So entschied 1994 der Bundesgerichtshof in Karlsruhe, dass bei einer Patientin im Wachkoma die künstliche Ernährung eingestellt werden durfte, da dies ihrem »mutmaßlichen« Willen entsprach.

Wie schwierig es jedoch oft ist, den letzten Willen eines Menschen zweifelsfrei festzustellen, zeigt die aktuelle Diskussion um Patientenverfügungen. In Deutschland kursieren hierzu mehrere Vorlagen; auch die Kirchen haben 1999 eine gemeinsame »Christliche Patientenverfügung« erarbeitet. Nach Ansicht des Bundesgerichtshofs sind solche Willensbekundungen zwar verbindlich, das heißt, sie müssten im Fall des Falles von den behandelnden Ärzten befolgt werden – eine gesetzliche Regelung, wie vom Nationalen Ethikrat gefordert, steht allerdings noch aus.

Heikle Medizinethik

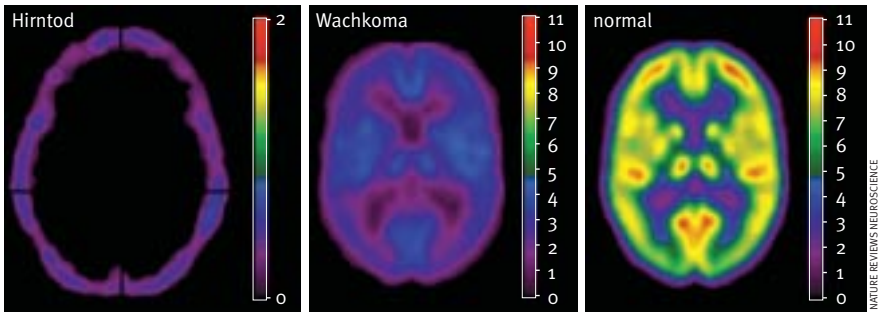
In dieser Diskussion spiegelt sich ein weithin akzeptiertes Grundprinzip ärztlichen Handelns wider: Ärzte sind ethisch dazu verpflichtet, den Willen ihrer Patienten zu respektieren, zu ihrem Nutzen zu handeln und ihnen keinen Schaden zuzufügen. Bei PVS-Patienten besteht nach menschlichem Ermessen keinerlei Hoffnung auf Genesung – eine künstliche Ernährung wird für sie damit nutzlos. »Denn mit dem Bewusstsein verlieren die Betroffenen die Möglichkeit, sich in irgendeiner Weise zu ihrem Leben zu verhalten«, meinen etwa die Medizinethiker Matthis Synofzik und Georg Marckmann.

Aber leiden die Patienten nicht schrecklichen Hunger und Durst, wenn die Nahrungszufuhr einfach beendet wird? »Unwahrscheinlich«, argumentieren die beiden Tübinger Wissenschaftler

weiter, »wenn man davon ausgeht, dass die Fähigkeit zu einer bewussten Wahrnehmung, die eine notwenige Voraussetzung für das Erleiden von Hunger und Durst darstellt, irreversibel erloschen ist.« Mit anderen Worten: Der Patient erfährt durch den Abbruch der künstlichen Ernährung keinen bewusst erlebbaren Schaden. Dennoch plädieren manche Fachleute dafür, nach Einstellen der künstlichen Ernährung zusätzlich Morphine zu verabreichen, um dem Patienten einen ohne jeden Zweifel schmerzfreien Tod zu gewähren.

Auch im Hinblick auf Organspenden erscheint die Situation heikel. In der eingangs vorgestellten US-Studie hatte zwar nur eine Minderheit der Befragten angegeben, der hirntote Patient Alexander K. sei noch am Leben. Doch zwei Drittel von denen, die auf »lebendig« tippten, befürworteten gleichzeitig eine Organspende. Die irreversibel komatöse Patientin Petra M. galt für 43 Prozent der Teilnehmer als noch nicht gestorben – fast die Hälfte von ihnen hegte trotzdem keine Bedenken gegen eine Organentnahme. Und der Wachkomapatient Klaus S. war für zwei Drittel der Befragten lebendig; auch hier plädierten immerhin noch ein Drittel dieser Beurteiler für eine Organspende.

Entnommen werden dürfen Organe aus medizinisch-juristischer Sicht natürlich nur – so weit besteht unter den meisten Ärzten wie Ethikern Konsens –, wenn der Spender auch wirklich als tot gelten kann. Infolgedessen kommt nur unser erster Beispielpatient als potenzieller Organspender in Frage. Die Forscherin Laura Siminoff und ihre Kollegen hatten diese »Totspender-Regel« in ihrer Umfrage nicht ausdrücklich erwähnt, sodass unklar bleibt, ob die Befragten aus Unkenntnis oder gar vollkommen bewusst gegen dieses Dogma der Transplantationsmedizin verstießen. Eines jedoch wird deutlich: Viele Teilnehmer waren mit der Organentnahme bei noch lebenden Patienten einverstanden!



Klinischer Bilderreigen
Beim Hirntod ist jegliche Aktivität erloschen (links). Das Gehirn eines Wachkomapatienten (Mitte) regt sich noch, wenn auch nicht so wie bei Gesunden (rechts).

So gut wie tot

Das Problem liegt vermutlich darin, dass den meisten Menschen nicht klar ist, was »tot« tatsächlich bedeutet. So wusste ein Drittel aller Befragten nicht, dass aus medizinischer wie rechtlicher Sicht als tot gilt, wer keine Hirnfunktionen mehr aufweist. 28 Prozent glaubten, dass Hirntote noch hören können. Nur 40 Prozent klassifizierten Hirntote als definitiv tot, 43 Prozent erklärten sie für »so gut wie tot« und 16 Prozent hielten sie für noch am Leben.

Der Neurologe Alan Shewmon von der University of California in Los Angeles wertet diese Ergebnisse als Beleg, dass es heutzutage kein allgemein gültiges Verständnis von Tod mehr gibt. Das sei einmal anders gewesen. Vor der Entwicklung der Intensivmedizin fand das Sterben meist in den eigenen vier Wänden statt: Der Todkranke lag, umringt von seiner Familie, zu Hause im Bett. Seine Atmung wurde immer flacher und versiegte schließlich ganz. War kein weiterer Atemzug mehr zu hören, wussten die Angehörigen – es ist vorbei.

Doch war es wirklich vorbei? Die genaue Messung des Pulses hätte vielleicht ▷

Definitives Ende: der Hirntod und die Folgen

Das Konzept des »Hirntods« ist ein Produkt der modernen Medizintechnik. Noch vor einem halben Jahrhundert galt als tot, wessen Atmung und Herz irreversibel zum Stillstand gekommen waren. Doch seit 1952 ist es möglich, einen Patienten künstlich zu beatmen, und 1960 erweiterte die externe Herzmassage das Repertoire der »lebensverlängernden Maßnahmen«. Dieser medizinische Fortschritt hatte einen wichtigen Nebeneffekt: Führte damals der Atemstillstand zum Erlöschen aller Hirnfunktionen und demnach zum Tod, kann ein Patient heute auch ohne jegliche Hirnaktivität weiterbeatmet werden. Die künstliche Ernährung eröffnet zusätzlich die Möglichkeit, diesen Patienten unbegrenzt lange in diesem Zustand zu halten. Damit stellt sich die Frage: Wann ist der Mensch tot?

Um dies zu beantworten, gründeten Mediziner, Juristen und Theologen von der Harvard Medical School 1968 eine Ad-hoc-Kommission, die schließlich den Tod als irreversiblen Verlust der Hirnfunktion definierte. Damit wollte sie sowohl Patienten und deren Familienangehörige als auch die Krankenhäuser entlasten, welche die künstliche Beatmung und Ernährung gewährleisten müssen. Und nicht zuletzt sollte diese Definition des Todes eindeutig klären, wann Spenderorgane entnommen werden dürfen.

Inzwischen hat sich das Kriterium des Hirntods fast weltweit durchgesetzt. Allerdings fehlen in manchen Ländern rechtlich und medizinisch gültige Richtlinien. Wie Eelco Wijdicks vom Mayo Medical Center in Rochester 2002 zeigte, gibt es in nur 55 von 80 untersuchten Staaten offiziell gültige Diagnosekriterien. 70 Länder geben immerhin praktische Richtlinien vor, wie der Tod festgestellt werden soll. In Deutschland, allen anderen Ländern der Europäischen Union sowie in den Vereinigten Staaten gilt der Hirntod medizinisch wie rechtlich als bindend.

Zwischen Leben und Tod: die Fälle Quinlan, Cruzan und Schiavo

Am 14. April 1975 wurde die 21-jährige Karen Quinlan auf einer Party bewusstlos aufgefunden. Längerer Sauerstoffmangel, vermutlich ausgelöst durch Valiumkonsum, hatte zu schweren Hirnschäden geführt: Karen fiel in ein Wachkoma (PVS) und musste künstlich beatmet werden. Anfangs blieben ihre Eltern noch zuversichtlich und glaubten sogar, dass Karen sie erkannte, wann immer sie die Augen öffnete. Doch schließlich verloren sie jegliche Hoffnung und baten darum, die künstliche Sauerstoffzufuhr zu beenden. Die Ärzte lehnten dies ab. Die Quinlans forderten daraufhin vor Gericht, Karens Atemgerät selbst abschalten zu dürfen. Nach einem Jahr Rechtsstreit erlangten die Eltern das Fürsorgerecht für ihre Tochter und die Sauerstoffversorgung konnte eingestellt werden. Was niemand ahnen konnte: Die Patientin atmete nach Beendigung der Therapie selbstständig weiter und wurde daraufhin in einem Pflegeheim künstlich ernährt. Erst ein Jahrzehnt später, am 11. Juni 1985, verstarb Karen Quinlan.

Aus urheberrechtlichen Gründen können wir Ihnen die Bilder leider nicht online zeigen.

Am 11. Januar 1983 kam der Wagen von Nancy Cruzan auf eisglatter Fahrbahn ins Schleudern und überschlug sich. Die Fahrerin wurde herauskatapultiert und landete in einem Wassergraben. Der Rettungsarzt traf zu spät ein, um Nancy vor einem permanenten Hirnschaden zu bewahren – sie kam nie wieder zu Bewusstsein. Zwar atmete sie selbstständig, musste aber künstlich ernährt werden. Ihre Eltern baten darum, die Nahrungszufuhr einzustellen. Da das Pflegeheim dies verweigerte, klagten sie und erklärten, dass ihre Tochter in diesem Zustand sicher nicht weiterleben wollte. Doch das Gericht von Missouri entschied gegen das Ehepaar Cruzan. Der Oberste Gerichtshof der Vereinigten Staaten bestätigte das Urteil und verlangte einen »klaren und überzeugenden Beweis« dafür, dass es Nancys eigener Wille sei, durch Abbruch der künstlichen Ernährung zu sterben. Nachdem die Eltern mit neuen Zeugenaussagen diesen Willen ihrer Tochter belegen konnten, zog das Gericht von Missouri seine vorherige Entscheidung zurück und gestattete, die künstliche Ernährung einzustellen. Zwei Wochen später, am 26. Dezember 1990, starb Nancy Cruzan.

Terry Schiavo hatte am 25. Februar 1990 einen Herzstillstand erlitten: Drei Jahre später wurde bei ihr ein andauernder vegetativer Zustand (PVS) diagnostiziert. Ihr Gehirn war irreversibel geschädigt, und es bestand keine Aussicht auf Genesung. Ihr Ehemann Michael plädierte 1998 vor Gericht für die Einstellung von Terrys künstlicher Ernährung und argumentierte, dass seine Frau in diesem Zustand nicht hätte weiterleben wollen. Ihre Eltern meinten dagegen, als gläubige Katholikin würde ihre Tochter lebensverlängernde Maßnahmen niemals verweigern. Die gerichtliche Auseinandersetzung zwischen Eltern und Ehemann zog sich insgesamt über sieben Jahre hin; in dieser Zeit wurde die künstliche Ernährung zweimal eingestellt – und wieder aufgenommen. Nachdem die Nahrungssonde zum dritten Mal entfernt worden war, starb Terry Schiavo am 31. März 2005 im Alter von 41 Jahren.

▷ ergeben, dass er noch einige Sekunden nach dem letzten Atemzug weiterschlägt. Und auf einem Elektrokardiogramm (EKG) wäre wohl noch für Minuten Herzaktivität sichtbar gewesen. Heute kann ein Patient auf der Intensivstation auch noch eine ganze Weile nach dem Atemstillstand wiederbelebt werden. Und kein Arzt wird einen Patienten mit Herzstillstand für tot erklären, bevor nicht jeder Versuch zur Wiederbelebung endgültig fehlgeschlagen ist.

Der »normale« Vorgang des Sterbens – Atemstillstand, Verschwinden des Pulses, Nulllinie des EKGs und schließlich der irreversible Verlust des Bewusstseins – kehrt sich beim Hirntod um: Der Patient verliert zuerst das Bewusstsein, das EEG zeigt eine Nulllinie. Ohne künstliche Beatmung folgt daraufhin der Atemstillstand. Dann versiegt der Puls, und auf dem EKG ist nach ein paar Minuten keine Aktivität mehr nachweisbar. Der Todesprozess tritt demnach in vielfältigen Stadien auf, die in unterschiedlicher Reihenfolge ablaufen können.

Man stirbt nur »prozesshaft«

Damit ist der Tod, wie wir ihn heute medizinisch feststellen können, kein eindeutig fixierbares Ereignis mehr – er läuft prozesshaft ab. »Wenn unsere Sprache uns vortäuscht, es gebe nur eine einzige Realität des Todes, weil wir nur das eine Wort ›Tod‹ dafür haben«, erläutert Shewmon, »dann sind die endlosen Diskussionen darüber, was denn nun der *echte* ›Tod‹ sei, kein Wunder.«

Shewmon interpretiert Laienurteile wie das, ein Komapatient sei »so gut wie tot«, folgendermaßen: Der Betroffene ist für die Befragten zwar im strikt biologischen, philosophischen oder rechtlichen Sinne nicht endgültig gestorben, er kann jedoch »für alle praktischen Zwecke« als tot angesehen werden. Daher verletze eine Organentnahme kein ethisches Prinzip.

Noch weiter geht Robert Veatch, Medizinethiker an der Georgetown University und ehemaliger Direktor des Kennedy Institute of Ethics in Washington: Angesichts der Tatsache, dass etliche der Befragten eine Organentnahme bei Komapatienten befürworten und damit die Totspender-Regel missachten, stellt sich für ihn die Frage, »ob eine in der Transplantationsmedizin als nahezu unantastbar geltende Regel aufrechterhalten werden kann«.

Allerdings sieht Veatch eine Aufweichung der Totspender-Regel durchaus kritisch: »Alle Gesetze zu Tötungsdelikten müssten geändert werden, damit Chirurgen, die Organe entnehmen, sich nicht des Mordes schuldig machen.« Hinzu kämen teils makaber anmutende Fragen: Wann träte das Erbschaftsrecht für einen solchen »Un-Toten« in Kraft? Wann kann eine Lebensversicherung ausgezahlt werden? Ist der Ehepartner bereits Witwer? Das ethische Fundament unserer Gesellschaft käme ins Wanken.

Naheliegender erscheint es ihm dagegen, die heute gültige Todesdefinition zu hinterfragen: Nicht nur Hirntote könnten als tot bezeichnet werden, sondern auch irreversibel komatöse und möglicherweise sogar PVS-Patienten. Damit stünden mehr Spenderorgane zur Verfügung – ohne die Totspender-Regel zu verletzen. Der »Bedarf« spricht dafür: So warten in den Vereinigten Staaten über 80 000 Menschen auf ein für sie lebensrettendes Organ. In Deutschland sind es fast 12 000 – der überwiegende Teil dieser Menschen braucht eine neue Niere. Verpflanzt wurden im Jahr 2005 hier zu Lande jedoch nur 4500 Organe; die Wartezeiten sind entsprechend lang. Angesichts dieses Mangels erscheint die Verlockung groß, die Definition des Todes zu erweitern.

Organe von Lebenden

Doch wollen wir das? Veatch bezweifelt, dass ein Befragter es auch weiterhin gutheißen würde, Organe bei noch lebenden Personen zu entnehmen, wenn er selbst betroffen wäre. Die Fallschilderungen im Rahmen eines Telefoninterviews sind auch kaum mit der emotionalen Belastung direkt beteiligter Familienmitglieder vergleichbar. Wer als Angehöriger unmittelbar im Krankenhaus miterlebt, wie ein PVS-Patient – der Lebenspartner etwa oder das eigene Kind – noch selbstständig atmet, dem dürfte es schwerfallen, diesen Menschen als tot anzusehen.

Als Lösung schlägt Veatch eine »Gewissensklausel« vor: Das Gesetz sollte die Definition des Ganzhirntodes beibehalten, doch der Einzelne – oder dessen Stellvertreter – darf sich für eine Alternative entscheiden. Allerdings müsse diese Klausel sinnvoll eingegrenzt sein. So gilt ein Patient, dessen Herz schlägt und dessen Hirnstamm, Klein- und Großhirn noch arbeiten, grundsätzlich als am Leben; ein anderer, bei dem nichts davon zutrifft, ist grundsätzlich tot. Doch in allen übrigen Fällen dazwischen könnte die Entscheidung dem Einzelnen freigestellt bleiben. Das heißt, jeder Mensch kann im Vorhinein festlegen, ob er im Fall der Diagnose eines irreversiblem Komas oder eines PVS als lebend oder als tot definiert werden möchte. Oder er überlässt diese Wahl seinen Angehörigen.

Alan Shewmon teilt diese Meinung: »Die richtige Wahl des Todesmoments ist im Grunde kein ontologisches, sondern ein moralisches Problem. ›Ist der Patient tot?‹ ist nicht nur auf praktischer und physischer Ebene die falsche Frage – sie ist noch nicht einmal sinnvoll.« Die wirklich wichtige Frage lautet für ihn: »Kann man bestimmte Organe entnehmen, ohne den Tod zu verursachen oder zu beschleunigen oder dem Patienten zu schaden?«

Hier sehen die Interpreten der Studie den entscheidenden Punkt. Ein vorsätzlich ausgeführtes Tötungsdelikt muss ausgeschlossen sein; die Frage, wer definitiv als tot zu gelten hat – Hirntote, Koma- oder PVS-Patienten –, tritt dagegen in den Hintergrund. Georg Marckmann und Matthis Synofzik argumentieren ähnlich, denn in ethischer Hinsicht sei »nicht die diagnostische Kategorie per se relevant, sondern vielmehr die konkreten Hinweise auf eine noch erhaltene bewusste oder wieder erreichbare Wahrnehmung«. Ohne Wahrnehmung kann der Patient nichts mehr erleiden – und er wird dazu auch nie mehr fähig sein. Die metaphysische Frage, wie tot nun wirklich tot ist, bleibt damit allerdings weiterhin offen. ◀

Yvonne Raley ist Philosophieprofessorin am Felician College in Lodi, US-Bundesstaat New Jersey. Ihre Spezialgebiete sind Metaphysik und Angewandte Ethik.

Literaturtipps

Laureys, S.: Hirntod und Wachkoma. In: Spektrum der Wissenschaft 2/2006, S. 62–72.

Shewmon, D.A.: The Dead Donor Rule: Lessons from Linguistics. In: Kennedy Institute of Ethics Journal 14(3), 2004, S. 277–300.

Siminoff, S. et al.: Death and Organ Procurement: Public Beliefs and Attitudes. In: Social Science & Medicine 59(11), 2004, S. 2325–2334.

Synofzik, M., Marckmann, G.: Persistent Vegetative State: Verdursten lassen oder sterben dürfen? In: Deutsches Ärzteblatt 102(30), 2005, S. A2079–A2082.

Veatch, R.: Abandon the Dead Donor Rule or Change the Definition of Death? In: Kennedy Institute of Ethics Journal 14(3), 2004, S. 261–276.