



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Medizinethik und Weltreligionen im Dialog:  
Zum Wechselverhältnis zwischen Weltanschauung und  
medizinethischem Urteil am Beispiel des Hirntodkriteriums“

verfasst von / submitted by

Sabrina Treidt, BEd MED

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2022 / Vienna 2022

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

UA 066 641

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

Interdisziplinäres Masterstudium  
Ethik für Schule und Beruf UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Sigrid Müller

## Zusammenfassung

Aufgrund einer multikulturellen Gesellschaft, in der wir Menschen leben, treten sowohl im Alltag als auch in unterschiedlichen Bereichen, wie beispielsweise dem der Medizin, (ethische) Herausforderungen auf, die zu bewältigen sind. Zu diesen zählen insbesondere die unterschiedlichen Wertehaltungen und die religiösen sowie kulturellen Einstellungen, die sich unter anderem zu Themen über den Tod des Menschen, über die Kriterien des Todes oder über das menschliche Leben in der Medizin wiederfinden.

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Wechselverhältnis zwischen der Weltanschauung und dem medizinethischen Urteil am Beispiel des Hirntodkriteriums. Ziel ist es, herauszufinden, inwiefern die naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte bezüglich des Hirntodkriteriums und seiner medizinethischen Begründung in das ethische Urteil der jüdischen, islamischen und christlichen Religion Eingang finden bzw. welches Wechselverhältnis zwischen dem philosophisch-ethischen Zugang und der religiösen Tradition besteht.

Im ersten Teil der Masterarbeit werden theoretische Begrifflichkeiten und Grundlagen hinsichtlich des Hirntodes und der jüdischen, christlichen und islamischen Religion dargestellt. Dazu gehören unter anderem das Todeskonzept, die Definition und die Geschichte des Hirntodes. Des Weiteren wird auf die Bedeutung des Todes innerhalb der drei genannten Religionen eingegangen, um anschließend das Hirntodkriterium und dessen Akzeptanz oder Ablehnung aus jüdischer, christlicher oder islamischer Sicht und die Analyse der Bezugspunkte in der jeweiligen Argumentation in den Vordergrund zu rücken. Dabei ist anzumerken, dass innerhalb der einzelnen Religionen auf verschiedene Glaubensrichtungen, wie zum Beispiel evangelisch, römisch-katholisch, sunnitisch etc., eingegangen wird. Einerseits, um zu zeigen, wie diese auf das Hirntodkriterium reagieren, andererseits um zu erkennen, dass in den verschiedenen Richtungen selbst eine Pluralität vorherrschend ist.

Im zweiten Teil der Masterarbeit wird es auf Basis der literarischen Recherche möglich, einen Vergleich zwischen den religiösen Positionen zu ziehen und eine Schlussfolgerung abzuleiten, wie und mit welcher Begründung nun die naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte des Hirntodkriteriums sowie die damit verbundenen ethischen Begründungen, die international anerkannt sind, im ethischen Urteil der Religion aufgegriffen werden.

Die Masterarbeit schließt mit einem Ausblick auf die medizinische Praxis ab, in der die Kommunikation über das Hirntodkriterium im Zentrum steht und für die diese Arbeit Hintergrundinformationen zur Verfügung stellen soll.

Durch die in dieser Masterarbeit behandelte Forschungsfrage und die dazugehörige Analyse zeigten sich folgende, zentrale Erkenntnisse: Die naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte bezüglich des Hirntodkriteriums finden nur teilweise einen Eingang in das ethische Urteil zum Hirntodkriterium in den untersuchten Religionen. Vielmehr stehen die primären Quellen und die Ansichten der weisen Gelehrten sowie der höheren Instanz im Vordergrund. Ein anderer Grund dafür ist die unvollständige Aufklärung zum Thema Hirntod. Dadurch kann keine geeignete und einheitliche Todesdefinition entstehen bzw. entwickelt werden, da eine Vielzahl von verschiedenen Meinungen rund um dieses Thema vorhanden ist. Das Hirntodkriterium und die dazugehörige Debatte bleibt somit ungelöst und steht weiterhin im aktuellen Diskurs. Auch für die Religionen ist es problematisch, das Vertrauen in die Medizin beizubehalten, da zum einen die interkulturelle Kommunikation verbessert werden muss und zum anderen der Einbezug der Religionen in medizinethische Entscheidungen weitestgehend außer Acht gelassen wird.

Deshalb ist trotz der Veränderung des Menschenbildes durch den gesellschaftlichen Wandel und den Säkularisierungsprozess nicht nur die gegenseitige Kommunikation, sondern auch das Nachvollziehen religiöser Perspektiven sowie die Erläuterung und Vermittlung medizinischer Denkweisen von Bedeutung.

## **Abstract**

Due to a multicultural society in which we humans live, ethical challenges arise both in everyday life and in different areas, for example in the area of medicine, which have to be overcome. These include, in particular, different value systems as well as religious and cultural attitudes, which reflect on topics about human death, the criteria of death or human life in medicine.

This master thesis deals with the interrelationship between the medical ethical judgment and the religious worldview using the example of the criterion of brain death. The aim is to find out to what extent the scientific-medical aspects and their medical-ethical justification find their way into the ethical judgment of the Jewish, Islamic and Christian religions and what interrelationship exists between them.

In the first part of the master thesis, theoretical concepts and basics regarding brain death and the Jewish, Christian and Islamic religions are presented. These include the concept of death as well as definition and history of brain death. Furthermore, the meaning of death within the three religions mentioned is discussed in order to then explain the brain death criterion and its acceptance or rejection from a Jewish, Christian or Islamic point of view. It should be noted that within the individual religions, examples of different denominations, such as Protestant, Roman Catholic, Sunni etc., are discussed. On the one hand to show how they react to the conception of brain death, on the other hand to recognize that a plurality is predominant in the various directions themselves.

In the second part of the master thesis, based on literary research, it is possible to draw a comparison between the religious positions and the scientific-medical aspects. This makes it possible to draw a conclusion on how and on what grounds the opinions are taken up in the various parties.

The master thesis concludes with an outlook on medical practice, in which communication about the criteria of brain death is central and for which this thesis is intended to provide background information.

The research question dealt with in this master thesis and the associated analysis revealed the following central findings: The scientific-medical aspects relating to the criterion of brain death are only partially included in the ethical judgment on the criterion of brain death in the religions examined. Rather, the primary sources and the views of the wise scholars and the higher authority are in the foreground. Another reason for this is the incomplete information on the subject of brain death, which means that no suitable and uniform definition of death can arise or be developed. The criterion of brain death and the associated debate thus remain unsolved and are still in the current discourse. It is also problematic for religions to maintain trust in medicine, because, on the one hand, intercultural communication has to be improved and, on the other hand, the inclusion of religions in medical-ethical decisions is largely neglected.

Therefore, despite the change in the anthropology due to social change and the secularization process, not only inter communication but also the comprehension of religious perspectives and the explanation and communication of medical ways of thinking are important.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
2	Hirntod alias irreversibler Hirnfunktionsausfall .....	3
2.1	Definition des Hirntodes.....	3
2.2	Historische Entwicklung der Todeszeitbestimmung und des Hirntodkriteriums .....	5
2.2.1	Hintergrund zur Beschäftigung mit der Vergangenheit .....	5
2.2.2	Todesfeststellung in der Antike.....	6
2.2.3	Todesfeststellung im Mittelalter.....	9
2.2.4	Todesfeststellung in der (frühen) Neuzeit .....	10
2.2.5	Todesfeststellung im modernen Zeitalter und die historische Entwicklung des Hirntodkriteriums .....	13
2.2.6	Fazit zur historischen Feststellung des Todes .....	15
2.3	Todeskonzept.....	16
2.3.1	Todesdefinition.....	16
2.3.2	Todeskriterien.....	17
2.3.3	Todesfeststellung.....	18
2.3.4	Problematik am Todesverständnis und an den Todeskriterien.....	19
2.3.5	Generalisierte Elemente eines Todeskonzepts .....	19
2.4	Die Einführung des Hirntodkriteriums im Wechselspiel medizinischen Fortschritts, ethischer Begründung und weltanschaulicher Einbettung .....	21
2.4.1	Hirntod als sicheres Zeichen für den Tod eines Menschen.....	22
2.4.2	Hirntod als kein sicheres Zeichen für den Tod eines Menschen.....	27
2.4.3	Philosophische Debatte zum Hirntodkriterium .....	31
3	Judentum .....	36
3.1	Allgemeine Informationen: Zahlen, Fakten.....	36
3.2	Jüdische Medizinethik und jüdisches Gesetz .....	37
3.3	Allgemein: Bedeutung des Todes.....	39
3.4	Die Reaktion auf die Einführung des Hirntodkriteriums.....	41

3.5	Betrachtung des Hirntodkriteriums und Quellen der Argumentation .....	43
3.5.1	Quellen der Argumentation .....	43
3.5.2	Physiologische Enthauptung und irreversibler Ausfall der Spontanatmung als Argumentation für oder gegen das Hirntodkriterium.....	44
3.5.3	Kritik am israelischen Oberrabbinat von Rabbinern.....	51
3.6	Schlussfolgerungen.....	52
4	Christentum .....	55
4.1	Allgemeine Informationen: Zahlen, Fakten.....	55
4.2	Allgemein: Bedeutung des Todes.....	56
4.3	Die Reaktion auf die Einführung des Hirntodkriteriums.....	59
4.4	Betrachtung des Hirntodkriteriums und Quellen der Argumentation .....	61
4.5	Schlussfolgerungen.....	67
5	Islam .....	70
5.1	Allgemeine Informationen: Zahlen, Fakten.....	70
5.2	Allgemein: Bedeutung des Todes.....	71
5.2.1	Bestimmung des Todeszeitpunktes und Merkmale des Todes.....	72
5.2.2	Islamische Auffassung von medizinischen Entscheidungen am Ende des Lebens	74
5.3	Die Reaktion auf die Einführung des Hirntodkriteriums.....	76
5.4	Betrachtung des Hirntodkriteriums und Quellen der Argumentation .....	78
5.5	Schlussfolgerungen.....	84
6	Fazit und Ausblick: Die Bedeutung der Kommunikation über das Hirntodkriterium im Kontext medizinischer Praxis.....	88
7	Literaturverzeichnis.....	99



# 1 Einleitung

In der heutigen Gesellschaft nehmen die Begriffe Multikulturalität und Multi-Religiosität einen bedeutenden Stellenwert ein und rücken nicht nur im alltäglichen Leben, sondern auch in verschiedenen Bereichen, wie zum Beispiel dem der Medizin, in den Vordergrund. Da die Medizin sich vor einigen Jahrzehnten im erheblichen Maße verändert hat und Themen, wie beispielsweise die Präimplantationsdiagnostik oder das Hirntodkriterium, in eine weltweite Diskussion geraten sind, besteht die Notwendigkeit einer Reflexion über das Leben und den Tod des Menschen.

Durch die Entwicklungen in der Medizin und der Technik werden zum einen Probleme gelöst und zum anderen auch Konflikte erzeugt. Die Bandbreite an Handlungsmöglichkeiten, die sich aufgrund der medizinisch-technischen Veränderung ergeben haben, verlangen dass Entscheidungen getroffen werden. Dies bedeutet eine Zunahme an Autonomie und Freiheit, aber auch an Pflichten (vgl. zu dieser Stelle<sup>1</sup> Birnbacher 1999: 49).

Des Weiteren sind (ethische) Herausforderungen zu bewältigen, die sich insbesondere aus unterschiedlichen Werthaltungen sowie aus religiösen und kulturellen Einstellungen zu Themen über den Tod des Menschen, über die Kriterien des Todes oder über das menschliche Leben ergeben. Doch wie bedeutend sind die Wertvorstellungen und die Religiosität für die moderne Medizin? Finden diese eine Beachtung in der Medizin?

„Das Tempo der Innovationen läßt den moralischen Werthaltungen und Normen kaum genügend Zeit, mit den neuen Möglichkeiten Schritt zu halten. [...] Die technischen Innovationen berühren zunehmend metaphysische und existentielle Fragen des menschlichen Selbstverständnisses. [...] Die Transplantationsmedizin hat den Begriff des *Todes* – und damit auch den des Lebens – in ein Helldunkel des Zweifels und der Ungewißheit getaucht.“ (Birnbacher 1999: 49-50)

Aufgrund dieser Entwicklungen beschäftigt sich die vorliegende Masterarbeit mit dem Wechselverhältnis zwischen der Weltanschauung und dem medizinethischen Urteil am Beispiel des Hirntodkriteriums. Daraus ergibt sich die leitende Forschungsfrage: „Inwiefern finden die naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte bezüglich des Hirntodkriteriums und die dazugehörigen ethischen Argumente Eingang in das ethische Urteil zum Hirntodkriterium in der jüdischen, christlichen und islamischen Religion und welche Verbindung gibt es zwischen dem philosophisch-ethischen Zugang und der religiösen Tradition?“

---

<sup>1</sup> In dieser Masterarbeit meint „vgl. zu dieser Stelle“, dass sich die vorhergehenden Sätze auf dieselbe Literaturquelle beziehen. Es werden auch Synonyme anstelle des Wortes „Stelle“ herangezogen, wie beispielsweise Absatz, Passage oder Abschnitt.

Weitere Unterfragen sind folgende:

- 1) Wie wird in der Medizinethik das Hirntodkriterium begründet? Welche Kritik daran gibt es innerhalb der Medizinethik?
- 2) Wie gehen jüdische, christliche und islamische Religionen mit dem international anerkannten Hirntodkriterium um?
- 3) Wie haben sie auf die Entwicklung des Hirntodkriteriums reagiert? Welche geschichtlichen Veränderungen hat es im Hinblick auf die Befürwortung oder auf die Ablehnung des Hirntodkriteriums in den drei genannten Religionen gegeben?
- 4) Welche Quellen bzw. welche Autoritäten werden für das ethische Urteil innerhalb der Religionstradition herangezogen? Welche Rolle spielen medizinische Erkenntnisse und philosophisch-ethische Argumente in der ethischen Beurteilung der drei Religionen?
- 5) Welche Rolle spielen religiöse Überzeugungen in der heutigen Medizinethik und welche Konsequenzen hat dies mit Hinblick auf das Hirntodkriterium?

Im ersten Teil der Masterarbeit werden theoretische Begrifflichkeiten und Grundlagen hinsichtlich des Hirntodes und der jüdischen, christlichen und islamischen Religion dargestellt. Dazu gehören unter anderem das Todeskonzept, die Definition und die Geschichte des Hirntodes. Des Weiteren wird auf die Bedeutung des Todes innerhalb der drei genannten Religionen eingegangen, um anschließend das Hirntodkriterium und dessen Akzeptanz oder Ablehnung aus jüdischer, christlicher oder islamischer Sicht und die Analyse der Bezugspunkte in der jeweiligen Argumentation in den Vordergrund zu rücken. Dabei ist anzumerken, dass innerhalb der einzelnen Religionen exemplarisch auf verschiedene Glaubensrichtungen, wie zum Beispiel evangelisch, römisch-katholisch, sunnitisch etc., eingegangen wird. Einerseits, um zu zeigen, wie diese auf die Hirntodkonzeption reagieren, andererseits um zu erkennen, dass in den verschiedenen Richtungen selbst eine Pluralität vorherrschend ist.

Nach der theoretischen Aufbereitung der Kapitel 3 *Judentum*, 4 *Christentum* und 5 *Islam* kann auf Basis der literarischen Recherche ein Vergleich zwischen den religiösen Positionen gezogen werden. Dadurch wird es möglich eine Schlussfolgerung abzuleiten, wie und mit welcher Begründung nun die naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte des Hirntodkriteriums sowie die damit verbundenen ethischen Begründungen, die international anerkannt sind, im ethischen Urteil der Religion aufgegriffen werden.

Die Masterarbeit schließt im Kapitel 6 mit einem Ausblick auf die medizinische Praxis ab, in der die Kommunikation über das Hirntodkriterium im Zentrum steht und für die diese Arbeit Hintergrundinformationen zur Verfügung stellen soll.



## 2 Hirntod alias irreversibler Hirnfunktionsausfall

### 2.1 Definition des Hirntodes

„Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes. Entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft ist der Hirntod identisch mit dem Individualtod eines Menschen.“ (Oberster Sanitätsrat 2013: 5)

Das Vorliegen einer akuten, enormen Hirnschädigung kann zu einem irreversiblen Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen, also zu einem sogenannten Hirntod, auf der Intensivstation führen, während gleichzeitig der Blutkreislauf durch eine künstliche Beatmung aufrechterhalten wird (vgl. Walter 2020: 1519). Das bedeutet, wenn bei einer schweren Hirnschädigung der Druck im Gehirnschädel ansteigt und die Durchblutung des Gehirns nicht mehr erfolgen kann, kommt es zu einem irreversiblen Hirnfunktionsausfall (vgl. Oduncu / Hohendorf 2020: 118). Der Hirntod verursacht in weiterer Folge den Herzstillstand, der ohne künstliche Beatmung bereits in wenigen Minuten eintritt (vgl. Walter 2020: 1519). Bei einer intensivmedizinischen Betreuung tritt der Herz-Kreislaufstillstand, so Walter (2020: 1519), meistens in nur wenigen Tagen auf. Laut der Bundesärztekammer (2015: 2) ist „mit der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes (irreversibler Hirnfunktionsausfall) [...] naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“.

Eine Schwierigkeit für die Betroffenen oder Angehörigen liegt darin, dass der hirntote Mensch aufgrund seiner äußeren Erscheinung nicht wie ein toter Mensch wahrgenommen wird. Wenn der Kreislauf bei einem Menschen mit einem irreversiblen Hirnfunktionsausfall künstlich erhalten wird, dann hat die Haut eine rosige Farbe, er strahlt eine Wärme aus und er erscheint angesichts seines äußeren Zustandes als ein lebendes, stets eingeschlafenes Individuum. Der „klassische“ tote Mensch weist sichere Todesmerkmale (Totenstarre, Verwesung und Totenflecke) auf, die ein jeder Mensch erkennt, ohne dabei eine wissenschaftliche Erklärung von einem Arzt oder einer Ärztin zu benötigen (vgl. dazu Oduncu / Hohendorf 2020: 117). Oduncu (1998: 152) beschreibt, dass bei künstlicher Beatmung und Aufrechterhaltung des Kreislaufes bei einem hirntoten Individuum keine Veränderung zu sehen ist.<sup>2</sup> Somit kann bei den Angehörigen oder bei den Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern eine Beklommenheit und ein Durcheinander in Bezug auf den sichtbaren Zustand auftreten. Dementsprechend

---

<sup>2</sup> Ohne maschinelle Unterstützung treten der Herzstillstand und die sichtbaren Todesmerkmale ein (vgl. Walter 2020: 1519).

besteht ein enormer Unterschied zwischen den persönlichen Wahrnehmungen über den Begriff „am Leben sein“ und dem vernünftig, logisch und klar erkennbaren Tod (vgl. Oduncu 1998: 152). Nicht nur dieser Aspekt kann zu einer Debatte führen, sondern auch der Punkt, dass biologische Effekte, wie zum Beispiel ein vorhandener Stoffwechsel oder die in Einzelfällen gegebene Geburt eines Kindes bei einer hirntoten Patientin, ersichtlich sind (vgl. Oduncu / Hohendorf 2020: 117).

Überdies gibt es verschiedene Arten des Hirntodkriteriums. In dieser Masterarbeit wird ausschließlich das Ganzhirntodkriterium (bzw. Gesamthirntodkriterium) vertreten, welches den irreversiblen Hirnfunktionsausfall (endgültiger unumkehrbarer Ausfall des Kleinhirns, des Großhirns und des Hirnstamms) darstellt. Das Charakteristische an der Definition des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ist, dass bei Vorliegen eines Ganzhirntodes die Einheit von Leib und Seele zerstört ist und folglich alle mentalen Funktionen, wie beispielsweise die Wahrnehmungs- und Bewusstseinsfähigkeit, vollkommen abgestorben sind. Definitionsgemäß muss also der irreversible Ausfall der vollständig erloschenen Funktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes von Zuständen mit kaum vorhandenem Bewusstsein und dem apallischen Syndrom (Wachkoma), bei dem es außerdem zu einer Einschränkung des Kommunikationsvermögens kommt und kein gesamtes Bewusstsein mehr vorhanden ist, differenziert werden. Weiters muss ein Unterschied zwischen dem irreversiblen Hirnfunktionsausfall und dem Locked-in-Syndrom vorgenommen werden. Beim Locked-in-Syndrom ist der Hirnstamm schwer geschädigt, jedoch sind das Bewusstsein und die mentalen Funktionen nicht beeinträchtigt. Diese Schädigung führt zu einer gesamten Lähmung des Körpers und der Sprechmuskulatur (vgl. zu diesem Absatz Oduncu / Hohendorf 2020: 118).

Neben dem Ganzhirntodkriterium gibt es noch zwei weitere Teilhirntodkriterien, die strikt abzulehnen sind. Einerseits gibt es das Hirnstammtod-Kriterium (bzw. Stammhirntod-Kriterium), bei dem ein Individuum als tot gilt, wenn die gesamten Funktionen des Hirnstammes endgültig erloschen sind (vgl. Oduncu / Hohendorf 2020: 125). Andererseits gibt es das Großhirntod-Kriterium, bei dem ein Individuum genau dann tot ist, wenn das Großhirn bzw. die Großhirnrinde, die der eigentliche Träger des Bewusstseins ist, vollständig und unumkehrbar abgestorben ist (vgl. Stoecker 2020: 125; Birnbacher 1999: 55).

## **2.2 Historische Entwicklung der Todeszeitbestimmung und des Hirntodkriteriums**

### **2.2.1 Hintergrund zur Beschäftigung mit der Vergangenheit**

Schlich (2001: 10) macht darauf aufmerksam, dass in der Hirntoddebatte sowohl die Kritiker und Kritikerinnen als auch die Befürworter und Befürworterinnen immer mit Bezug zur Vergangenheit argumentieren und dabei eine differenzierte Ausführung derselben anpreisen. Dabei lagen die Unterschiede erstens in der Frage nach der Neuheit des Hirntodkriteriums und zweitens in der Frage der Zweckmäßigkeit bezüglich der Einführung dieses Kriteriums (vgl. Schlich 2011: 11). Dahingehend sehen die Gegner und Gegnerinnen den Hirntod als einen „Bruch mit der Geschichte“ (Schlich 2011: 11) an, da früher der Tod durch die klassischen Todeszeichen des Kreislaufstillstandes bestimmt wurde. Die Argumentation hinter der Debatte ist, dass eine Definition in Bezug auf die Gleichsetzung des Todes eines Menschen mit dem Tod des Gehirns nur deshalb in Angriff genommen wurde, damit mehr Organtransplantationen durchgeführt werden können. Das Hirntodkriterium dient also lediglich dem Vorteil der Medizin und nicht den sterbenden Menschen. Daher wird dieses als ein Bruch mit der Vergangenheit betrachtet (vgl. zu dieser Passage Schlich 2011: 11). Im Gegensatz dazu bedeutet der irreversible Hirnfunktionsausfall für die Befürworter und Befürworterinnen eine Kontinuität, weil diese Auffassung des Todes aus der Natur abgeleitet worden ist. Das heißt, dass der Hirntod „nicht künstlich und menschengemacht“ (Schlich 2011: 11) ist, sondern „eine Verbesserung der Naturerkenntnis“ (Schlich 2011: 11) darstellt, die der modernen Medizin erst ersichtlich werden musste. Aufgrund der Weiterentwicklung der Intensivtherapie wurden die Menschen künstlich am Leben erhalten und infolgedessen hat dies „einen Fortschritt in der Feststellung des Todes erfordert“ (Schlich 2011: 11). Der Hirntod kennzeichnet nur den Ausbau der diagnostischen Verfahren und umfasst keine Neudefinition (vgl. Schlich 2011: 12). Laut Schlich (2001: 12) muss nun mithilfe der Methoden der Geschichtsforschung die Frage nach der Kontinuität oder nach dem Bruch mit der Vergangenheit beantwortet werden, um herauszufinden, was die Feststellung des Todes „vor der Einführung des Hirntodkriteriums kennzeichnete und was danach“ (Schlich 2011: 12). Ebenso ist die Frage nach der Zweckmäßigkeit bezüglich der Einführung des Hirntodes eine geschichtliche. Bei dieser spielt die Chronologie der Vorkommnisse eine wesentliche Rolle, indem sich die Frage gestellt wird, ob zuerst der Bedarf an Organen und dann der Hirntod dagewesen ist oder umgekehrt. Letztendlich haben diese Unterschiede in der Argumentation zur Beschäftigung mit der Vergangenheit geführt (vgl. zu dieser Stelle Schlich 2011: 12). Denn das „Bild der Vergangenheit gehört zur Orientierung in der Gegenwart“ (Schlich 2011: 13). Dabei ist

anzumerken, dass die Fragen der Geschichtswissenschaft vom Interesse der Forschenden geprägt sind (vgl. Schlich 2011: 12). Daher will Schlich (2001: 9) zeigen, dass die Grenze zwischen Leben und Tod nichts Naturhaftes ist, sondern ein „kulturelles Phänomen“ darstellt.

Auch Sigrid Müller und Birgit Rath (2016) untersuchen den Blickwinkel der Kontinuität und des Bruchs mit der Geschichte, aber unter einem anderen Aspekt. Die dazugehörige Darstellung der verschiedenen Zeitalter soll aufzeigen, wie vielfältig der Zugang zur Feststellung des Todes in der medizingeschichtlichen Entwicklung war (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 3). In diesem Sinne wurde folgende Frage von Sigrid Müller und Birgit Rath (2016: 3) behandelt:

Beinhalten „heutige Bedenken gegenüber dem Hirntodkriterium aufgrund der langen Geschichte der Menschheit möglicherweise unreflektierte Tiefendimensionen [...], die in früheren Zeiten Teil der Betrachtung des Sterbens und des Todes waren, heute aber aus dem Blick geraten sind“ (Müller, Si. / Rath 2016: 3)?

Das heißt, ob diese Bedenken eventuell ihren Ursprung in der menschlichen Entwicklung bzw. in kulturellen Geschehnissen haben (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 3). In diesem Sinne kann hervorgehoben werden, dass die Relation zwischen Natur und Kultur eine wesentliche Rolle bei der Todesfeststellung spielt:

„Was die Eckpunkte des Sterbeprozesses sind, wann das Sterben einsetzt und welches Kriterium den Todeszeitpunkt markiert, wird durch medizinisch-biologische Modelle, aber auch durch religiöse, philosophische, kulturelle und rechtliche Konstruktionen und deren jeweilige Interaktionen mitbestimmt. Alle Todeskonzepte sind dementsprechend Setzungen; sie sind weder zwangsläufige Resultate naturwissenschaftlicher Erkenntnisse noch sind sie unbeeinflusst von Wertvorstellungen.“ (Groß / Grande 2020: 89)

Im Nachfolgenden werden die verschiedenen Zeitalter (Antike, Mittelalter, (frühe) Neuzeit) und die in diesem gängige Todesfeststellung näher beschrieben. Ebenso wird auf die historische Hirntodentwicklung und die Feststellung des Todes im modernen Zeitalter eingegangen. Ziel dieses Kapitels ist es, aufzuzeigen, welche Gründe hinter der Skepsis und der Abneigung gegenüber dem Hirntod liegen. Weiters soll es deutlich machen, dass es auch damals schon verschiedenste Antworten auf die Fragestellung, wann ein Mensch als tot aufgefasst wird, gegeben hat (vgl. Stoecker 2020: 124).

### **2.2.2 Todesfeststellung in der Antike**

In diesem Zeitalter ist zu erkennen, dass sich unser heutiges Verständnis, zum Beispiel in Bezug auf die Tätigkeiten des Arztes, von der antiken Sichtweise unterscheidet. Nicht die Feststellung, zu welchem Zeitpunkt der Tod eintritt, sondern die rituellen Vorstellungen über Reinheit und

Unreinheit bezüglich des Todes standen im Vordergrund der römischen und griechischen Antike, wobei hervorzuheben ist, dass die Entscheidung über „rein“ oder „unrein“ nicht die Medizin zu treffen hatte (vgl. Schlich 2001: 20). Auch bei einer ungünstigen Vorhersage über den Krankheitsverlauf konnten die Ärzte ohne Probleme einen Abbruch oder eine Verweigerung der Behandlung vornehmen. Dabei zählte die spätere Bestimmung des Todes nicht zur Aufgabe der Ärzte (vgl. zu diesem Absatz z. B. Culmann 1986: 54; Mayer 1998: 1, zitiert nach Groß / Grande 2020 89). Vielmehr lag die Erwartung der Menschen darin, vom Arzt keine Diagnose, sondern eine Prognose zu erhalten. Diese Prognose war vor allem für den Arzt von Bedeutung, da er erstens sicherstellen konnte, ob er eine Behandlung zuversichtlich annehmen kann und um zweitens seinen Ruf nicht zu gefährden (vgl. zu dieser Stelle van Hooff 2001: 93-94).

Des Weiteren ist das *Corpus Hippocraticum* eine der bedeutendsten Schriften in der Antike, die keine Definition des Todes beinhaltet (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 3-4). Dagegen wird das Sterben des Menschen unter anderem als eine Konsequenz einer Verletzung eines lebensnotwendigen Organs, das in weiterer Folge möglicherweise den Atem des Menschen unterbricht und den Körper austrocknet etc., dargestellt (vgl. Groß / Grande 2020: 90). Überdies weisen hippokratische Quellen die Ärzte darauf hin, dass bei verschiedenen Anzeichen im Gesicht der Menschen („hippokratisches Gesicht“), wie zum Beispiel eine spitze Nase, eingefallene Schläfen oder eine blasse Hautfarbe, auf eine Behandlung verzichtet werden sollte (vgl. Groß / Grande 2020: 90). Sobald sich die Prognose des Krankheitsfalls als erfolg- bzw. nutzlos herausstellte, ließ der Arzt von dem Patienten bzw. der Patientin ab und beendete seinen Heilauftrag, da der Prozess des Sterbens drohte bzw. bereits eingetreten war (vgl. Groß / Grande 2020: 90).

Zu den antiken Lehren über den Tod und den Prozess des Sterbens zählen wichtige Vertreter, wie zum Beispiel Hippokrates und Galen (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 5). Nach Hippokrates tritt der Tod ein, wenn zwischen der Feuchtigkeit und der Wärme kein Wechselspiel mehr vorherrscht. Denn laut Hippokrates bestehen alle Lebewesen aus den zwei Elementen Feuer und Wasser, die in Zusammenhang miteinander stehen. Dabei hat das Element Feuer die Eigenschaft, alles zu bewegen, während das Wasser das Merkmal besitzt, alles zu ernähren. Beide sind miteinander verknüpft und können nicht getrennt existieren (vgl. zu diesem Absatz van Hooff 2001: 93). An dieser Stelle weist das *Corpus Hippocraticum* „auf das Wesen des Lebens“ (van Hooff 2001: 93) hin, wobei im Allgemeinen die Frage „Was ist der Tod?“ nur in

indirekter Art und Weise beschrieben wird. Dies liegt daran, dass die Prognostik im Zentrum der Interessen der Ärzte stand (vgl. van Hooff 2001: 93), und „der Tod selbst als ein Übel galt, das hingenommen werden musste“ (Müller, Si. / Rath 2016: 5).

Der griechische Anatom und Arzt Galen von Pergamon (um 129 bis ca. 216? n. Chr.) konzentrierte sich auf einzelne Organe, indem er entweder das Herz, die Lunge oder das Gehirn als Todesursache ansah. Diese drei Todesursachen stellten für ihn die Tore zum Tod (atria mortis) dar (vgl. zu dieser Stelle Groß et al. 2010: 22). Außerdem spielt für Galen der schwache, atonische und träge Puls als Prognose des Todes eine wesentliche Rolle (vgl. van Hooff 2001: 97). Dabei beschreibt er die Venen nicht wie es in der antiken Epoche klassisch ist „als Transportwege für das Pneuma“ (van Hooff 2001: 97), also für den Atem, sondern als Blutgefäße. Dennoch fehlt Galen das Wissen über den Kreislauf und folglich wird der Tod noch nicht als das Ausbleiben eines Herzschlages gekennzeichnet (vgl. van Hooff 2001: 97).

Des Weiteren zeigten sich in der Philosophie des Aristoteles „eine eher medizinisch-naturwissenschaftliche Betrachtungsweise“ (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 6). Der von Sigrid Müller und Birgit Rath zitierte Autor Daniel Schäfer hat im Jahr 2013 eine Zusammenstellung von bedeutenden, aristotelischen Aussagen dargelegt, die sich mit dem Tod beschäftigen (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 6-7): Für Aristoteles ist der Tod lediglich das Gegenstück zum Leben. Der Tod enthält keine Merkmale und stellt keine selbstständige Macht oder Gottheit dar. Ein weiterer Aspekt ist das Sterben, das die Trennung von dem übergeordneten Prinzip des Lebens, also bei Aristoteles die „Wärme“, beschreibt. Demnach waren für Aristoteles der Leib und die Seele in der menschlichen Person vereint, „deren Funktionieren im Herzen“ (Holznienkemper 2005: 43) verortet wurde. Dabei hat die Wärme ihren Sitz im Herzen des Menschen, welches als erstes lebt und als letztes stirbt. Währenddessen hat bei Platon und in der christlichen Historie die Seele im Zentrum dieser Trennung gestanden. Insbesondere wird bei Aristoteles das Atmen als eine Art „Kühlung des inneren Feuers“ (Müller, Si. / Rath 2016: 7) verstanden, was bei einem Ausfall zu einer Überhitzung und infolgedessen zum Tod des Menschen, so Aristoteles, führen würde. Wenn die Wärme im Alter erlischt, egal ob durch äußere Gewalteinwirkung oder durch das Innere im Körper, stirbt der Mensch. Das Charakteristische an Aristoteles' Verständnis ist, dass er eine Art naturphilosophische Interpretation zum Thema Tod vorgenommen hat und beim Tod sowohl Leib als auch Seele sterben (vgl. zu diesem Absatz Müller, Si. / Rath 2016: 6-7).

Letztendlich waren in der antiken Vorstellung keine Ärzte am Krankenbett der Sterbenden willkommen und diese hielten sich von Situationen fern, die eine Konfrontation mit ihrem Scheitern auslösen würde. Außerdem gehörte es offensichtlich nicht zum Aufgabengebiet der Ärzte, Schmerzen zu verringern (vgl. zu dieser Stelle van Hooff 2001: 97). Diese Ansichten bleiben im mittelalterlichen Zeitalter bestehen.

### **2.2.3 Todesfeststellung im Mittelalter**

In dieser Epoche hält sich der Arzt ebenfalls so weit wie möglich vom Tod fern. Dementsprechend stellen sich die Fragen, wer für die Feststellung des Todes verantwortlich gewesen ist und mit wie viel Sicherheit angegeben werden konnte, dass der Tod tatsächlich eingetreten ist (vgl. Schäfer 2001: 102). Ein Vertreter dieser Zeit namens Bernard de Gordon zeigte mit einem Beispiel (Krankheit am Gehirn) erstens einen minimalen Bezug zur Hirntoddiagnose und zweitens verschiedene Möglichkeiten zur Bestimmung des Todes auf (vgl. Schäfer 2001: 103):

- 1) Untersuchung des Pulses und des Atems zwecks Pulslosigkeit und Atemstillstand
- 2) Untersuchung einer „fehlenden Reaktion auf akustische Reize“ (Schäfer 2001: 103)
- 3) Untersuchung von Empfindungen gegenüber einer Berührung (Berührungsempfindlichkeit)
- 4) Untersuchung der Schmerzempfindlichkeit (vgl. Schäfer 2001: 103)

Überdies war die tatsächliche Aufgabe des Arztes nicht den Leichnam zu begutachten, sondern unter anderem das Wahrnehmen und Behandeln der „applexia“, womit im Mittelalter eine spezielle Form der Bewusstlosigkeit bezeichnet wurde (vgl. Schäfer 2001: 104). Auch eine Definition des Todes wurde in dieser Epoche selten vorgenommen (vgl. Schäfer 2001: 104-105). Dennoch gab es „im Mittelalter analog zur ‚facies hippocratica‘ sogenannte Todeszeichen (signa mortis, signa mortifera, semiotice moribundi, signa certae mortis)“ (Müller, Si. / Rath 2016: 10).

Neben der plötzlichen bzw. der speziellen Form der Bewusstlosigkeit ist das Verhalten des mittelalterlichen Arztes bei einem bevorstehenden Tod ähnlich wie bei den antiken Ärzten (vgl. Schäfer 2001: 107), obwohl die *caritas* empfohlen hat, den Sterbenden Beistand zu leisten. Dafür gibt es folgende Gründe: In Fällen, die hoffnungslos erscheinen, erklärt bereits „die hippokratische Schule dem Arzt“ (Groß / Grande 2020: 90), dass keine weiteren Behandlungen mehr in Betracht gezogen werden sollten, da laut Braust (1992) dann das Ableben des Patienten

bzw. der Patientin mit dem Scheitern des Arztes begründet wird (vgl. Groß / Grande 2020: 90). Weiters war die Begleitung der unheilbar kranken Patienten und Patientinnen ethisch nicht vertretbar und folglich konnte der Arzt als habgierig hingestellt werden. Falls dennoch eine Weiterbehandlung bis zum Eintritt des Todes erfolgte, musste der Arzt die Patienten und Patientinnen früh genug über ihren Zustand aufklären, damit der Ruf des Arztes nicht geschädigt wurde (vgl. zu dieser Passage Schäfer 2001: 108). Die Auffassung von Leben und Tod als göttliche Buße bzw. Probe, vor allem im Mittelalter, führte zur Ansicht, dass der Arzt sich bei weiteren Untersuchungen und Methoden zur Heilung dem Gottes Willen entgensetzte (vgl. Groß / Grande 2020: 90). Deshalb war die Distanzschaffung zu Patienten und Patientinnen bei Kleriker-Ärzten wesentlich, weil ihnen bei einem Fehler, der infolgedessen zum Tod des Patienten bzw. der Patientin führte, ein Verweis vom göttlichen Amt zuteilwurde. In diesem Sinne ist, wie in der Antike, nicht die Diagnose, sondern die Prognose die vordergründige Aufgabe des Arztes. Dies führt wiederum dazu, dass nicht der Arzt des Leibes, sondern die Angehörigen, Ortsmitglieder, aber vor allem der Priester, der sogenannte Arzt der Seele, am Krankheitsbett dem Patienten bzw. der Patientin beim Sterbeprozess zur Seite stand (vgl. zu diesem Absatz Schäfer 2001: 108-109).

Erst um das 13. Jahrhundert kam es zu einer Veränderung der Anschauungen der Medizin in Bezug auf den Leichnam, auch wenn eine Obduktion, also das Öffnen des Körpers, lediglich mit einer Sondergenehmigung der Kirche denkbar war (vgl. Schäfer 2001: 110). Nichtsdestotrotz wurden Ende des 13. Jahrhunderts zum einen „erste Lehrsektionen“ (Schäfer 2001: 110) an Universitäten in Italien durchgeführt. Zum anderen fand eine laut Berichten „erste gerichtsmedizinische Autopsie zur Feststellung“ (Schäfer 2001: 110) der Ursache des Todes in Bologna statt. Erst im Zeitalter der Neuzeit wurde dem Arzt die Aufgabe zur Feststellung des Todes und die Verantwortlichkeit im Prozess des Sterbens übergeben.

#### **2.2.4 Todesfeststellung in der (frühen) Neuzeit**

Nicht nur in der Antike und im Mittelalter, sondern auch in der frühen Neuzeit sind die Theorien über den Todeszeitpunkt und über den medizinisch-biologischen Prozess des Sterbens kaum vorhanden, denn die Epidemien und Pandemien im Spätmittelalter, wie beispielsweise die Pest, ließen unter anderem die Medizin hilflos aussehen (vgl. Meyer 1998: 5). Diese Hilflosigkeit wird „zunehmend zum Ärgernis“ (Meyer 1998: 5). Dementsprechend spielte die Verbreitung der „Vorstellung von einer Verlängerung des Lebens durch die Medizin als ihre edelste Aufgabe“ in der Philosophie, vor allem bei Francis Bacon (1561-1626) und René Descartes



(1596-1650) eine wesentliche Rolle. Francis Bacon beschrieb in „Historia vitae et mortis“ (1623), dass Menschen, die für tot erklärt wurden, wieder zum Atmen anfangen. Dies gab bereits einen ersten Hinweis auf den Scheintod (vgl. Schäfer 2001: 105), der in dieser Epoche (Neuzeit) zum Thema wurde. Laut Bacon konnte durch das Öffnen der Gräber herausgefunden werden, dass am Kopf Wunden und Quetschungen vorhanden waren, die aufgrund des Kampfes ums Überleben im Sarg zustande kamen (vgl. Schäfer 2001: 105).

Eine weitere, wichtige Sichtweise zu den Begriffen Sterben und Tod begann mit den Erläuterungen von René Descartes, der den lebendigen sowie den toten Körper mit einem Uhrwerk verglich. Weil Descartes Verständnis darauf beruht, dass das Prinzip der Bewegung ein rein physikalisches Verfahren ist, stellt für ihn der Tod ein physikalisches und folglich ein objektives Geschehen dar (vgl. zu dieser Stelle Emter 2001: 127). Dabei gibt es zwei differenzierte Prozesse, die den Tod aufteilen: „Kollaps der Körpermaschine“ und „Loslösung der Seele vom funktionsuntüchtigen Körper“ (Emter 2001: 127). Diese Bewegungsunfähigkeit der physikalischen Maschine charakterisiert die Grenze für die Trennung von Leib und Seele. Dadurch kann der Arzt bzw. die Ärztin den Todeszeitpunkt feststellen, da zwischen mechanischen Bewegungen, wie Blutkreislauf und Kontraktion des Herzens, und vom menschlichen Willen gesteuerte Bewegungen unterschieden wird (vgl. zu dieser Stelle (Emter 2001: 127). Es geht nun um die Frage, ab „wann die Seele nicht mehr über den Leib verfügen kann“ (Emter 2001: 127) und nicht um den Bruch von Leib und Seele. Beim Erlöschen der mechanischen Bewegungen ist dies der Fall (vgl. Emter 2001: 128). Andere Positionen vertraten beispielsweise Albrecht von Haller (1707-1788), der den Körper nicht als rein mechanistisch ansah (vgl. Emter 2001: 128), und Johann August Unzer, der ein Modell zum Stufen- und Partialtod verwirklichte, indem er laut Schäfer (2013) den geistigen Tod, den er mit dem Fehlen von kognitiven Fertigkeiten charakterisiert, vom sinnlichen („Entseelung“) und vollständigen Tod abgrenzte (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 12). Nach Unzers Auffassung kann es hier zur Trennung von Körper und einer nicht näher definierten, aber im Gehirn vorhandenen, Seele kommen. Dabei können der sinnliche und der vollständige Tod sowohl zusammenwirken als auch in zeitlicher Folge aufeinandertreffen. Der sinnliche Tod kann auf zwei Arten erfolgen: Entweder es kommt zu einer Unterbrechung der Gehirn- oder Nerventätigkeit oder zu einer Beeinträchtigung der Herztätigkeit und der dazugehörigen Gefäße. Beide Ursachen, die den sinnlichen Tod herbeiführen, sind gleichgestellt und aneinandergebunden. Das heißt, wenn eines der Organe abstirbt, also entweder Herz oder Gehirn, folgt in einer bestimmten zeitlichen Periode der Tod des anderen Organs. Als Beispiel ist der Scheintod zu nennen, der einen nicht

vollständigen, aber sinnlichen Tod charakterisiert, da bei ihm die Tätigkeiten des Herzens und des Gehirns wegen abwesender Reize vorläufig ausgesetzt sind (vgl. zu dieser Passage Müller, Si. / Rath 2016: 13).

Ein weiterer Vertreter in diesem Zeitalter ist Christoph Wilhelm Hufeland, der in seinen Schriften über den Sterbeprozess und den biologischen Tod schrieb (vgl. Meyer 1998: 5). In seinem Werk „Über die Ungewissheit des Todes“ (1791) wird der Tod als ein stufenweiser Wechsel vom Leben zum Scheintod, der folglich zum vollständigen Tod übergeht, in dem wiederum alle Lebenskraft verloren gegangen ist, beschrieben (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 14).

Nicht eher als im 18. Jahrhundert wurde dem Arzt neben bzw. als Ersatz des Geistlichen die Verantwortlichkeit für den Sterbeprozess und die objektive Todesfeststellung übermittlelt (vgl. Groß / Grande 2020: 90). Für diese Veränderung war ferner eine neue, an der Wissenschaft orientierte Forschung über das Lebewesen sowie über die biologischen Basen des Todes und des Sterbens ausschlaggebend. Die Gesellschaft hat erkannt, dass das Sterben als ein Prozess zu verstehen sei. Eine Erkenntnis war zum Beispiel die postmortale, elektrische Reizung von Muskelstrukturen, die vor allem bei Hildebrandt (1802), van Swieten (1773) und Creve (1796) etc. zu finden ist. Dies ließ erkennen, dass wenn der Herzmuskel elektrisch gereizt wird, sich das Herz nach dem Tod noch bewegen kann (vgl. zu diesem Absatz Groß / Grande 2020: 90-91). Von Bedeutung ist auch der französische Anatom und Physiologe Xavier Bichat (1771-1802), da er „zwischen den zellulären Eigenschaften mit Grundfunktionen zur Lebenserhaltung (organisches Leben)<sup>3</sup> und dem Leben des Bewusstseins als Ausdruck einer Lebenskraft (animalisches Leben) unterschied“ (Groß / Grande 2020: 91) und womöglich erstmals den Begriff „Hirntod“ in Verwendung nahm (vgl. Métraux 2001: 167). Dabei stellte für Bichat das Gehirn eine komplexe Nervensubstanz dar, welches das animalische Leben entfaltet (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 13).

Diese unbekanntenen Einsichten und Wahrnehmungen sowie das Verschwinden der Hoffnung auf ein Weiterleben nach dem Tod in der Zeit der Aufklärung rufen eine neue Furcht in der Gesellschaft hervor, nämlich die Angst vor dem Scheintod und dem lebendigen Begraben-Werden (vgl. Groß / Grande 2020: 91). Der Scheintod kann als eine voreilige Feststellung des

---

<sup>3</sup> Das bedeutet, dass das organische Leben „die Aufrechterhaltung der vegetativen Grundfunktionen“ (vgl. Holzniekemper 2005: 44), wie beispielsweise Kreislauf, Atmung und Stoffwechsel, kennzeichnet.

Todes verstanden werden und wurde „im Verlaufe des 18. und 19. Jahrhunderts zu einem Phänomen, das alle Bevölkerungsschichten erfasste“ (Groß / Grande 2020: 91). Schließlich führen die Debatten um den Scheintod und die Taphephobie (Angst, als Mensch lebendig begraben zu werden) sowie die dazugehörige Frage nach den genauen Bestimmungen des Todes zu dem Interesse der Ärzte und Ärztinnen an den scheinbaren bzw. sterbenden Personen (vgl. Groß / Grande 2020: 91). Im nächsten Kapitel werden die Veränderungen der Todesfeststellung im modernen Zeitalter beschrieben, die zeigen, dass die medizinisch-naturwissenschaftlichen Aspekte in den Vordergrund gerückt sind.

### **2.2.5 Todesfeststellung im modernen Zeitalter und die historische Entwicklung des Hirntodkriteriums**

Durch die Loslösung der Medizin von der Philosophie und den Übergang dieser zu einem technisch-naturwissenschaftlichen Gebiet im 19. Jahrhundert kam es zu einer Veränderung der Haltungen und Auffassungen über den Tod (vgl. Meyer 1998: 7). „Der Tod wird zu einer Krankheit.“ (Meyer 1998: 7) Somit liegt das Interesse der Wissenschaft nicht am Tod des Menschen selbst, sondern an der Krankheit, die den Tod verursacht hat. Demnach wurde eine Entpersonalisierung des Todes vorgenommen (vgl. Meyer 1998: 7). Dies änderte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in dem der Tod des Menschen wieder in den Vordergrund rückte (vgl. Meyer 1998: 7). Dies hatte vor allem mit den neuen Entwicklungen der Intensivmedizin zu tun, die den Kreislauf- und Atemstillstand als klassisches Zeichen, dass der Tod eingetreten ist, hinterfragte. Denn durch die Entwicklung der künstlichen Beatmung und den neuen Maßnahmen zur Reanimation konnte der Herz-Kreislauf-Stillstand wieder rückgängig gemacht werden (vgl. zu dieser Passage Groß / Grande 2020: 92). Aufgrund dieser Weiterentwicklungen im Bereich der Intensivmedizin war die klinische Todesfeststellung keine hinreichende Bedingung mehr „für die Diagnose eines irreversiblen Ausfalls vitaler Lebensfunktionen“ (Groß / Grande 2020: 92) – ungeachtet dessen, dass die Reanimationsversuche durch die wenigen Minuten, in denen das Gehirn überleben kann, beschränkt sind (vgl. Groß / Grande 2020: 92). Zudem ist bei der Erweiterung der verschiedenen Formen der maschinellen Beatmung folgende Problematik aufgetreten (vgl. Erbguth 2017: 167): Bei einem Ausfall der gesamten Gehirnfunktionen nach einer primären oder sekundären Schädigung des Gehirns kann dem Atemstillstand und dem darauffolgenden Herztod durch die maschinellen Geräte entgegengewirkt werden (vgl. Erbguth 2017: 167). Dieser Zustand wurde einerseits von Wertheimer, Jouvett und Descotes (1959) in kasuistischer Art und Weise dargestellt und andererseits von Mollarét und Goulon (1959) auf konzeptioneller

Weise dargelegt (vgl. Erbguth 2017: 167). Mollarét und Goulon haben den oben beschriebenen Sachverhalt „coma dépassé“ genannt, was wiederum bedeutet, dass der Zustand kategorial, also „„jenseits« des Komas“ (Erbguth 2017: 167) ist. Durch die Befunde der Obduktionen am Gehirn sind sie auf folgende Ergebnisse gestoßen: Das Gehirn war für gewöhnlich nekrotisch, also abgestorben, oder aufgrund der Abbauperläufe längst verflüssigt. Daraus lässt sich schließen, dass die Gehirnfunktionen entweder im Augenblick der Reanimation oder nach dieser bzw. auf jeden Fall vor den Organen erloschen sind. Infolgedessen war das Organ „Gehirn“ abgestorben. In diesem Sinne ist es zur Beatmung einer Leiche gekommen. Diese Entdeckung hat die Revision der bisher zweifelsfreien und anerkannten Todesfeststellung des Herz-Kreislaufstillstands bewirkt (vgl. zu dieser Stelle Oduncu 1998: 148).

Ab diesem Zeitpunkt bedurfte es einer Klärung des neuen Todesmerkmals, die das *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School* im Jahr 1968 mit dem Titel „A definition of irreversible coma“ gegeben hat. Dieses Komitee setzte sich aus Medizinern, Ethikern sowie Juristen zusammen (vgl. zu dieser Stelle Erbguth 2017: 167). Das Ziel des *Ad Hoc Committees of the Harvard Medical School* wird bereits im ersten Satz deutlich: „Our primary purpose is to define irreversible coma as a new criterion for death“ (1968: 337). Für dieses Vorhaben wurden zwei Argumente vorgebracht: Durch den Fortschritt im Bereich der Intensivmedizin, vor allem aber im Bereich der Wiederbelebung, können Patienten und Patientinnen mit schweren Verletzungen am Gehirn am Leben erhalten werden (vgl. Jox 2016: 33). Trotz allem gibt es manchmal nur partielle Erfolge, indem zwar das rhythmische Schlagen des Herzens aufrechterhalten werden kann, aber das Gehirn unumkehrbar geschädigt ist. Dies ist für die Patienten und Patientinnen selbst, für Angehörige, für die Krankenhäuser sowie für Menschen, die unbedingt ein Krankenbett benötigen, die aber durch Hirntote belegt sind, belastend (vgl. zu dieser Passage *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School* 1968: 337). Daher kann das neue Kriterium des Todes einen Grund für die Beendigung der intensivmedizinischen Behandlung angeben. Jox (2016: 33-34) macht darauf aufmerksam, dass diese Begründungen sowohl aus ethischer als auch juristischer Sicht zu betrachten sind. Denn damals war die Akzeptanz für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen und folglich ein Sterbenlassen keine übliche Vorgehensweise im Gegensatz zu heute (vgl. Jox 2016: 33-34). Das zweite Argument, welches angegeben wurde, spielt darauf an, dass ein neues Kriterium des Todes in Bezug auf die Entnahme von Organen für die Transplantation weniger kontrovers als veraltete Kriterien wäre (vgl. *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School* 1968: 337). Diese Begründungen der Harvard-Kommission und das Konzept für den Hirntod wurden als kritisch

erachtet (vgl. Ach / Marckmann 2012: 353). Insbesondere bestand die Kritik darin, dass die Kriterien zur Todesfeststellung beschrieben wurden, aber keine eindeutige Todesdefinition erarbeitet wurde (vgl. Ach / Marchmann 2012: 353).

Im Jahr 1982 wurden in Deutschland von der Bundesärztekammer Richtlinien zur Hirntodfeststellung veröffentlicht (vgl. Jox 2016: 35), die im Jahr 2015 geändert wurden. In Österreich bestehen die Empfehlungen für die Hirntoddiagnostik seit dem Jahr 1997, die im Jahr 2003 bis 2004 und im Jahr 2013 von Expertengruppen überarbeitet worden sind (vgl. Gesundheit Österreich o. J.). Im weiteren Verlauf hat es im Jahr 2008 eine Stellungnahme des US-amerikanischen *President's Council on Bioethics* gegeben, die sich erneut mit dem Hirntodkriterium auseinandergesetzt und dadurch eine erneute, öffentlichere Debatte ins Leben gerufen haben (vgl. Jox 2016: 36).

### **2.2.6 Fazit zur historischen Feststellung des Todes**

Durch folgende Übersicht der geschichtlichen Todesfeststellung wird klar, warum das Kriterium des Hirntodes oftmals kritisch betrachtet wird (vgl. Müller, Si. / Rath 2016: 17-18):

- 1) Im Gegensatz zum antiken und mittelalterlichen Zeitalter sowie zu weiten Teilen der neuzeitlichen Epoche entfremden sich die Menschen im heutigen, alltäglichen Leben vom Tod. Denn heutzutage ist der Arzt bzw. die Ärztin für die Feststellung des Todes verantwortlich und bringt die notwendigen Kompetenzen mit sich. Außerhalb des medizinischen Bereichs mangelt es an Erfahrung.
- 2) Durch die Technisierung der Medizin kam es vor allem zur Medikalisierung des Todes und es rückt ein mechanistisches Menschenbild in den Vordergrund. Deshalb sind im Rahmen des Todes die Funktionen des Körpers und dessen Funktionstüchtigkeit sowie die Erhaltung des Systems zentral. „Sterben und Tod sind nicht mehr der unverfügbaren Natur zugeordnet, sondern dem Bereich des medizinisch Verfügbaren und Beeinflussbaren.“ (Müller, Si. / Rath 2016: 17)
- 3) Im Bereich der Medizin wird die Seele bei der Bestimmung des Todes nicht beachtet. Die Furcht, als lebender Mensch begraben zu werden, kann dadurch wiederbelebt werden, denn die Bewegungen bei hirntoten Patienten und Patientinnen werden als Lebenszeichen verstanden. Für viele Personen ist daher die Gleichsetzung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls mit dem Tod des Menschen, die dem Stand der Wissenschaft entspricht, kontraintuitiv und erzeugt eine tief im Inneren verwurzelte Furcht. Diese Ängste sind keineswegs paradox, da sie in einem Zusammenhang mit dem allgemein menschlichen

Todesverständnis stehen, der lediglich in negativer Art und Weise, und zwar als Leben, das erloschen ist, betrachtet wird. Beispielsweise beschreiben das Atmen und die Durchblutung lebhafteste Aspekte, die einem lebenden Menschen zugrunde liegen und durch medizinische Maßnahmen erhalten werden können. Somit steht der diagnostische Tod des Menschen bei der Existenz solcher Zeichen des Lebens in einem intuitiven und kognitiven Konflikt (vgl. zu diesem Abschnitt Müller, Si. / Rath 2016: 17-18).

„Diese Beobachtungen lassen erkennen, dass ein angemessener Umgang mit dem Kriterium des Ganzhirntods eine Einbettung in das Gesamt der medizinischen, gesellschaftlichen, ethischen, religiösen und menschlich-pietätsbezogenen Überlegungen und Praktiken bedarf, um im Alltag sowohl dem Fortschritt der Erkenntnis, als auch dem Erleben und Denken von Menschen im Kontext des Sterbens und des Todes Rechnung tragen zu können.“ (Müller, Si. / Rath 2016: 18)

Die technische Veränderung hat den moralischen Wertvorstellungen der Menschen nahezu keine Zeit gegeben, sich von den neuen Methoden ein Bild zu machen und diese zu reflektieren (vgl. Birnbacher 1999: 49).

## **2.3 Todeskonzept**

Die Diskussion um den Hirntod im Jahre 1960 hat dazu geführt, dass sich die Bioethik mit der Frage auseinandersetzt, inwieweit der irreversible Hirnfunktionsausfall als Kriterium für den Tod des Menschen zählen kann (vgl. Birnbacher 2015: 154). Aus diesem Grund lässt sich ein Todeskonzept analytisch strukturieren, welches den drei Fragen nach der Todesdefinition, den Todeskriterien und der Todesfeststellung, die zum Beispiel durch bestimmte Tests aufgeklärt werden kann, nachgeht (vgl. Birnbacher 2015: 154).

### **2.3.1 Todesdefinition**

Die Bestimmung der Todesdefinition ist eine komplexe Aufgabe, da unterschiedliche Auffassungen vom Tod in der ganzen Welt vorhanden sind. Der Tod kann zum einen beispielsweise „als Ende des personalen Lebens im Sinne des Verlusts der für das Menschsein als essenziell angesehenen mentalen Funktionen oder im Sinne des Verlustes menschlicher Beziehungsfähigkeit“ (Deutscher Ethikrat 2015: 51) betrachtet werden. Zum anderen kann der Tod als das Fehlen der Leiblichkeit „bzw. als Ende der funktionellen Ganzheit des Organismus“ (Deutscher Ethikrat 2015: 51) angesehen werden. Überdies wird der Tod auch als Ableben der gesamten Lebensfunktionen im ganzen Körper interpretiert (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 51). Diese unterschiedlichen Verständnisse des Todes veranlassen, dass sich die Gesellschaft oder die Medizin etc. die Frage stellt, mit welchem Kriterium in verständlicher und

nachvollziehbarer Art und Weise in Bezug auf den Todeseintritt eines Menschen verfahren werden kann (vgl. Ried 2017: 22). Die Diskussionen finden auf einer abstrakt-philosophischen (vgl. Oduncu 1998: 144) und einer anthropologischen (vgl. Jox 2016: 37) Ebene statt.

### **2.3.2 Todeskriterien**

Die Gültigkeit des Hirntodkriteriums kann nicht unmittelbar empirisch untersucht werden, aber lässt sich mithilfe des vorhandenen Wissens über die Gehirnfunktion und über die Verflechtung zwischen der Tätigkeit des Gehirns und des Bewusstseins beurteilen (vgl. Birnbacher 1999: 52). Mithilfe der Kriterien soll also überprüft werden, ob die Eigenschaften, die in der entsprechenden Todesdefinition verlangt werden, zu diesem Zeitpunkt bestehen oder nicht (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 51). Dabei ist ein Kriterium ein Standpunkt, „der eine Unterscheidung markiert und rechtfertigt“ (Deutscher Ethikrat 2015: 51). Dahingehend gibt es einerseits das propositionale Kriterium, welches zur Differenzierung von Zuständen eingesetzt wird (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 51), wie zum Beispiel zwischen Leben und Tod (vgl. Ried 2017: 22). Andererseits kann das operationale Kriterium herangezogen werden, welches der normativen Qualifizierung von Handlungen und Verhaltensweisen dient (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 51). In Bezug auf den Hirntod agiert das zugehörige Kriterium gleichermaßen als propositionales („Der Tod ist eingetreten.“) und auch als operationales („Die Entnahme der Organe ist erlaubt“). Die propositionale Bedingung stellt folgende Zustände dar (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 52):

- 1) der Zustand in ständiger Bewusstlosigkeit;
- 2) der unumkehrbare Hirnfunktionsausfall, welches das Hirntodkriterium beschreibt, oder der unumkehrbare Kreislaufstillstand;
- 3) das gesamte Absterben der Aktivitäten von Zellen.

Der irreversible Hirnfunktionsausfall stellt also „ein mögliches Kriterium“ (Ried 2017: 22), das vor allem wegen der Transplantationsmedizin umstritten ist, dar. Dabei ist das Charakteristische am Hirntodkriterium der Zusammenfall vom propositionalem und operationalem Kriterium. Das bedeutet, dass Kritiker und Kritikerinnen, „ohne einen logischen Fehler zu begehen“ (Deutscher Ethikrat 2015: 52), den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als operationale Bedingung anerkennen, aber diesen Zustand als propositionales Kriterium ablehnen können (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 52).

### 2.3.3 Todesfeststellung

Die Feststellung des Todes hängt mit den diagnostischen Tests zusammen, die überprüfen, ob die Kriterien erfüllt sind (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 52). Dabei werden die Fragen nach geeigneten Methoden der Diagnose und der Reliabilität auf medizinisch-naturwissenschaftlicher Ebene geklärt (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 52). Im Folgenden wird nun die Hirntoddiagnostik näher beschrieben.

Mithilfe der Hirntoddiagnostik kann der irreversible Hirnfunktionsausfall festgestellt werden. Sie muss im ersten Schritt alle Voraussetzungen erfüllen (vgl. Oberster Sanitätsrat 2013; Bundesärztekammer 2015). Das bedeutet, dass eine Durchführung der Hirntoddiagnostik erst dann möglich ist, wenn einerseits eine primäre oder sekundäre Hirnschädigung vorliegt (vgl. Oberster Sanitätsrat 2013: 6) und andererseits muss ein umkehrbarer, also reversibler, Hirnfunktionsausfall, beispielsweise ausgelöst durch Unterkühlung (Hypothermie), durch Intoxikationen sowie ein „Koma bei endokriner, metabolischer oder entzündlicher Erkrankung“ (Bundesärztekammer 2015: 3), ausgeschlossen werden. Danach müssen klinisch-neurologische Überprüfungen stattfinden. Dazu müssen die folgenden klinischen Symptome überprüft werden (vgl. Oberster Sanitätsrat 2013: 8; Bundesärztekammer 2015: 3): 1) Koma (Bewusstlosigkeit), 2) Ausfall der gesamten Hirnstammreflexe und der schlaffen Tetraplegie, 3) Apnoe (Atemstillstand). In den Dokumenten des Obersten Sanitätsrates (2013) und der Bundesärztekammer (2015) folgt eine genauere Auflistung der Hirnstammreflexe<sup>4</sup>. Im weiteren Verlauf werden ergänzende Untersuchungen durchgeführt, um anschließend die „Irreversibilität der klinischen Ausfallssymptome“ (Oberster Sanitätsrat 2013: 5; Bundesärztekammer 2015: 2) nachzuweisen. Im Vordergrund der ergänzenden Untersuchung steht das EEG (Elektroenzephalographie), welches die kortikale Tätigkeit sehr gut darstellt. Des Weiteren kann eine ergänzende Untersuchung zum zerebralen Kreislaufstillstand durchgeführt werden (vgl. zu dieser Stelle Oberster Sanitätsrat 2013: 9). Um schlussendlich die Irreversibilität nachzuweisen, muss, um dies noch einmal festzuhalten, eine erste klinisch-neurologische Untersuchung stattgefunden haben und infolgedessen die Irreversibilität mithilfe einer ergänzenden oder einer zweiten klinisch-neurologischen Untersuchung erfolgen. Wenn eine ergänzende Untersuchung aufgrund des Zustands des Patienten bzw. der Patientin nicht

---

<sup>4</sup> Das Fehlen aller Hirnstammreflexe muss überprüft werden:

„Lichtstarre beider ohne Mydriatikum mittel- bis maximal weiten Pupillen, beidseitiges Fehlen des okulozephalen bzw. des vestibulookulären Reflexes, Fehlen des Ziliospinalreflexes, des Masseterreflexes, des Kornealreflexes, des Pharyngealreflexes (Würgreflex) bei Berühren der Rachenhinterwand mit einem Spatel, Fehlen des Hustenreflexes beim endotrachealen Absaugen, kein Grimassieren, schlaffe Tetraplegie, Atropintest zur Überprüfung des fehlenden Anstiegs der Herzschlagfrequenz“ (Oberster Sanitätsrat 2013: 8).



vorgenommen werden kann, muss vor der zweiten klinischen Überprüfung eine vom Alter abhängige Beobachtungszeit von wenigstens zwölf Stunden berücksichtigt werden (vgl. zu diesem Absatz Oberster Sanitätsrat 2013: 13). Die Sicherheit der Feststellung eines Hirntodes ist durch enorme, medizinische Bedingungen und durch eine Pflicht zur Dokumentation gekennzeichnet (vgl. Oduncu / Hohendorf 2020: 118).

### **2.3.4 Problematik am Todesverständnis und an den Todeskriterien**

Die Beurteilung der Todesdefinition und der Todeskriterien erfolgt unter anderem anhand der Angemessenheit. Im Zuge dessen wird also, so weit es mit den wissenschaftlichen Werkzeugen möglich ist, überprüft, „wie gut ein Todeskriterium die jeweils vorausgesetzte Todesdefinition trifft“ (Birnbacher 2015: 154). Ein Kriterium wird nämlich erst dann als gut bezeichnet, wenn es denjenigen wissenschaftlich bevorzugten Theorien und dessen Begründungen nachkommt bzw. gleicht (vgl. Birnbacher 2015: 154). Im Gegensatz dazu steht das Todesverständnis, welches nicht empirisch erforscht und wissenschaftlich erhoben werden kann (vgl. Oduncu 1998: 145). Die Todesdefinition kann lediglich mithilfe philosophischer Begriffsanalysen oder mithilfe einer „ethisch-rechtlichen Konvention“ (Birnbacher 2015: 154) untersucht werden. Laut Birnbacher (1999: 53) heißt das, dass Todesverständnisse nicht richtig oder falsch, sondern adäquat oder nicht adäquat bzw. zweckmäßig oder nicht zweckmäßig sein können. Sie sind „anthropogen“ (Birnbacher 1999: 53). Dahingehend erlangt ein Kriterium nur eine Akzeptanz, wenn das dazugehörige Todesverständnis anerkannt wird (vgl. Birnbacher 2015: 154). Folglich werden bei einer Ablehnung der Definition des Hirntodes auch die Hirntodkriterien nicht akzeptiert (vgl. Oduncu 1998: 145). Diese Ablehnung erfolgt nicht aufgrund ihrer geringen Validität, jedoch wegen der Auffassung, dass diese nicht den Tod des Menschen bewirken. In diesem Sinne sind unterschiedliche Todesverständnisse nicht sicherer, sondern entweder angemessener oder sinnvoller (vgl. Oduncu 1998: 145). Aus analytischer Perspektive ist zwar eine Trennung der drei Begriffe möglich, aber sie stehen immer auf inhaltlicher Ebene miteinander in Verbindung, was besonders im Fall zwischen Todesverständnis und Todeskriterien ersichtlich wird (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 53).

### **2.3.5 Generalisierte Elemente eines Todeskonzepts**

Wie bereits im Kapitel 2.2 *Historische Entwicklung der Todeszeitbestimmung und des Hirntodkriteriums* erkennbar wird, kann die historisch-kulturelle Mannigfaltigkeit von Todesdefinitionen „als Ausdruck der Vielfalt menschlicher Weltdeutungen“ (Deutscher Ethikrat 2015: 62) betrachtet werden. Daher ist ein verallgemeinertes Konzept der Interaktion

notwendig, um sich im Bereich der Todesfeststellung und der Organtransplantationen zuverlässig und handlungsorientiert bewegen zu können (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 62). Dieses Konzept wird durch fünf Elemente gekennzeichnet, die sowohl in der Geschichte der Philosophie als auch in den aktuellen Diskussionen um den Hirntod eine breite Übereinstimmung finden (vgl. im Folgenden Deutscher Ethikrat 2015: 62-63):

- 1) Lebensweltkompatibilität: Der Begriff des Todes muss in die Erfahrungswelt der Menschheit integriert sein. Das heißt er muss sowohl die „Kriterien der analytischen Schlüssigkeit wissenschaftlicher und abstrakt ethischer Argumente“ (Deutscher Ethikrat 2015: 63) erfüllen als auch eine anthropologische Plausibilität nachweisen. Der Todesbegriff soll dabei nicht im offensichtlichen Widerspruch mit den verbreiteten Sichtweisen über das „Tot sein“ des Menschen, die in der Gesellschaft und in den Kulturen verankert sind, stehen.
- 2) Bezugnahme auf biologische Prozesse: In diesem Element wird das Individuum als ein lebendiger Organismus verstanden. Somit nimmt der Begriff des Todes auch Bezug auf „ein komplexes System integrierter, sich selbst organisierender und miteinander sowie mit der Umwelt interagierender biochemischer Vorgänge“ (Deutscher Ethikrat 2015: 63).
- 3) Bezug auf ein Lebewesen als Ganzes: Die Betrachtung des Todes „als Tod eines ganzen lebenden Individuums“ (Deutscher Ethikrat 2015: 63) steht hier im Vordergrund. Aufgrund dieser Anschauung können die Begriffe „Herz-Kreislauf-Tod“ und „Hirntod“ Missverständnisse hervorrufen, da der Mensch fälschlicherweise der Auffassung ist, dass lediglich das Gehirn oder das Herz, aber nicht der ganze Organismus tot ist.
- 4) Endgültigkeit: „Auf den Tod folgt nicht wieder (irdisches) Leben. Das Ereignis des Todes ist damit für jeden Menschen einmalig.“ (Deutscher Ethikrat 2015: 63)
- 5) Kohärenz: Eine angemessene Kohärenz zwischen dem Verständnis und den Kriterien des Todes fordert, dass bei erfüllten Todeskriterien ein hinreichender Nachweis dargelegt werden muss, der die repräsentativen Eigenschaften des jeweiligen Todesverständnisses enthält. Die Bedingung für die Wirksamkeit eines bestimmten, vertretenen Todeskonzepts ist zum einen die adäquate Akzeptanz des ausgewählten Todesverständnisses und zum anderen die richtige Abbildung der Definition des Todes durch die Todeskriterien. Diese zweifache Voraussetzung bedingt wiederum, dass Widersprüche gegenüber dem Todeskonzept auf beiden Ebenen geäußert werden können: auf der einen Seite auf der Grundlage der Todesdefinition und auf der anderen Seite bei der Untersuchung der Annahme, „die Todeskriterien bildeten den vorausgesetzten Todesbegriff ab“ (Deutscher Ethikrat 2015: 63).

Die Klärung der verschiedenen Ebenen in einem Todeskonzept ist notwendig, da oft angenommen wird, dass sich die Diskussion über das Kriterium des Hirntodes nur einer einzigen Frage widmet (vgl. Birnbacher 1999: 51). Jedoch ist dies nicht der Fall, da mehrere Fragen auftreten, die auf unterschiedlichen Ebenen zu beantworten sind (vgl. Birnbacher 1999: 51).

## **2.4 Die Einführung des Hirntodkriteriums im Wechselspiel medizinischen Fortschritts, ethischer Begründung und weltanschaulicher Einbettung**

Die Möglichkeit der naturwissenschaftlichen Medizin besteht darin, dass sie den Tod des Menschen nur als das Ende des biologischen Lebens darstellen und mithilfe von sicheren Todesmerkmalen feststellen kann (vgl. Angstwurm 2003: 291). Dabei können die Bereiche Ethik und Recht Entscheidungen „über den Umgang mit dem biologischen Sachverhalt, der sich nur zur Kenntnis nehmen, aber nicht ändern lässt, und über den Umgang mit dem davon betroffenen Menschen“ (Angstwurm 2003: 291) treffen. Das Fachgebiet der Religion beschäftigt sich hingegen mit den Sinnfragen, die mit dem Tod in Zusammenhang stehen, während die Medizin, die als angewandte Naturwissenschaft charakterisiert wird, die Angaben über den Tod lediglich auf geeignete Beobachtung der Natur zurückführen kann. Das heißt die Bereiche Ethik und Recht beachten bei ihrer Analyse und Bewertung von Schlussfolgerungen aus dem naturwissenschaftlichen Kontext auch die kulturellen, historischen und soziologischen Anschauungen sowie weltanschauliche Perspektiven, die über den biologischen Rahmen hinausgehen. Dabei spielt auch die Freiheit, eine persönliche Entscheidung zu treffen, eine wesentliche Rolle (vgl. zu diesem Absatz Angstwurm 2003: 291).

Im Allgemeinen ist anzumerken, dass das das Hirntodkriterium aus Sachurteilen und Werturteilen besteht und deshalb einen gemischt normativen Charakter aufweist (vgl. Kreß 2016: 100). Während die Sachurteile die medizinisch-technischen Aspekte (z. B. Diagnostik, Tests etc.) beinhalten, sind Werturteile von verschiedenen Anschauungen geprägt (vgl. Kreß 2016: 100). Im Nachfolgenden werden medizinische, weltanschauliche und ethische Positionen beschrieben, die entweder das Hirntodkriterium befürworten oder ablehnen. Diese Sichtweisen werden vorgestellt, um im Fazit bewerten zu können, welche Rolle medizinische Erkenntnisse und philosophisch-ethische Argumente in der ethischen Beurteilung der drei Religionen spielen.

### **2.4.1 Hirntod als sicheres Zeichen für den Tod eines Menschen**

Ein überwiegender Teil der Mitglieder des Deutschen Ethikrats ist zu dem Schluss gekommen, dass der irreversible Hirnfunktionsausfall, welcher das Ganzhirntodkriterium abbildet, ein sicheres Anzeichen für den Tod des Menschen darstellt. Denn wenn die gesamten Gehirnfunktionen für immer abgestorben sind und diese durch die zuverlässigen Kriterien der Feststellung des Hirntodes ohne Zweifel diagnostiziert werden, erlauben diese Erkenntnisse nach dem Hirntodkonzept, die These zu treffen, dass der Mensch gestorben ist. Das bedeutet nicht, dass das Erlöschen dieses Organs der Tod des Menschen ist, sondern lediglich, dass es auf den Tod des Menschen hinweist (vgl. zu diesem Absatz Deutscher Ethikrat 2015: 72). Aus medizinischer Sicht beschreiben Oduncu und Hohendorf (2020: 119) die zwei Bedeutungen, die die Hirntodfeststellung mit sich bringt: Als erstes repräsentiert der Hirntod, dass das Organ „Gehirn“ tot ist. Dieser Tod des Organs kann in der Medizin hinreichend bestimmt werden. Als zweites besagt der Hirntod, „dass seine Feststellung über den Organtod hinaus auch den Tod bzw. ein sicheres Todeszeichen des Menschen darstellt“ (Oduncu / Hohendorf 2020: 119). Im Gegensatz zu den klassischen äußeren Todesmerkmalen, wie Totenstarre, Fäulnis und Totenflecke, die auf empirischer Ebene als allgemein akzeptierte und sichere Todeszeichen gültig sind, steht das sichere innere Todesmerkmal (vgl. Oduncu / Hohendorf 2020: 119). Dieses wird nachgewiesen, indem bei der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ein Verfahren eingesetzt wird, welches vergleichbar mit einer „inneren Leichenschau“ (Oduncu / Hohendorf 2020: 119) ist. Dieses Verfahren untersucht die Organfunktion mithilfe von geeigneten Funktionstests und setzt gegebenenfalls andere bildgebende technische Methoden ein (vgl. Oduncu / Hohendorf 2020: 119). Auf dieser Grundlage setzt die Bundesärztekammer (2015: 2) den Hirntod mit dem Tod des Menschen gleich. Dabei ist anzumerken, dass es sich bei der Hirntodfeststellung um einen bereits eingetretenen Sachverhalt handelt, der diagnostiziert wird und nicht um eine „prognostische Beurteilung“ (Oduncu / Hohendorf 2020: 119). Das Abwarten, um den Eintritt der äußeren Todeszeichen festzustellen, ist nicht notwendig, da „der Hirntod als inneres Todeszeichen jenen längst vorausgegangen ist bzw. jene diesen immer schon mit beinhalten“ (Oduncu / Hohendorf 2020: 119). Dies teilt auch die Bundesärztekammer (2015: 2) mit: „Liegt ein anderes sicheres Todeszeichen vor, so ist damit auch der irreversible Hirnfunktionsausfall eingetreten und nachgewiesen“. Aus diesem Grund ist der irreversible Ausfall der gesamten Gehirnfunktionen als ein Kriterium des Todes geeignet (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 72).

Weiters kann das Gehirn als ein Regulations-, Koordinations- und Integrationsorgan aufgefasst werden. Es erfolgt eine Integration der sensorischen Reize aus dem Inneren durch den Organismus und aus dem Äußeren durch die Afferenzen<sup>5</sup>. Außerdem können über die Efferenzen<sup>6</sup> eine motorische Leistung und eine Kommunikation, wie zum Beispiel über die Sprache, die Mimik oder die Gestik, zustande gebracht werden. Die Abstimmungsverläufe zwischen und in den Organsystemen werden über ein autonomes (vegetatives) Nervensystem inklusive der hormonellen Kontrolle reguliert. Letztendlich bildet das Gehirn die Basis der Subjektivität und des Geistigen. Die inneren Vorgänge in einem lebenden Organismus werden durch die permanente Auseinandersetzung mit der Umwelt bestimmt<sup>7</sup> (vgl. zu diesem Absatz Deutscher Ethikrat 2015: 73). Dies alles weist darauf hin, dass das Aufrechterhalten eines gänzlichen Organismus durch andere Organe als dem Gehirn, wie Kritiker und Kritikerinnen des Hirntodkriteriums behaupten, in diesem Sinne nicht möglich ist (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 73). Denn die Gehirnfunktionen sind Bedingungen dafür, dass das menschliche Lebewesen sich den permanent veränderten Funktionseigenschaften, wie zum Beispiel den Veränderungen der Herzfrequenz, der Atemgeschwindigkeit oder der Regulation der Temperatur, anpassen und eine Reaktion auf diese zeigen kann (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 73). Der Eintritt des Todes eines Menschen, der als biologischer Organismus aufgefasst wird, ist nicht durch die Auflösung all seiner einzelnen Bestandteile, sondern durch den Zusammenbruch der funktionellen Ganzheit charakterisiert. Dieser Zusammenbruch entsteht, wenn durch den Verlust der gesamten Gehirnfunktionen die vereinzelt Organe und die dazugehörigen Systeme nicht mehr eigenaktiv zu einer (höherstehenden) Einheit des Lebewesens vereint werden können (vgl. dazu Oduncu / Hohendorf 2020: 121).

„Das Hirntodkriterium definiert [...] nicht den Tod als anthropologisches Phänomen, wohl aber bezeichnet es ein wissenschaftlich gesichertes Kriterium dafür, wann das Ende des menschlichen Lebens als vitale Ganzheit erreicht ist. Lebendigkeit kann nur einem Organismus zugeschrieben werden, der die zentrale Integration aller Körperfunktionen zu einer organismischen Einheit als aktive Eigenleistung herstellen und gewährleisten kann.“ (Deutscher Ethikrat 2015: 76-77)

Viele Gegner und Gegnerinnen des Hirntodkriteriums meinen, dass es dadurch zu einer Reduzierung des Menschen auf das Gehirn kommt. Laut Wagner geht diese Anschuldigung eines „reduktionistischen Enzephalozentrismus“ am Hirntodkriterium vorbei (vgl. zu diesem

---

<sup>5</sup> Afferenzen (afferente Nervenfasern) übermitteln über sogenannte Rezeptoren Informationen zum Zentralnervensystem (vgl. Lexikon der Neurowissenschaft o. J.).

<sup>6</sup> Efferenzen (efferente Nervenfasern) leiten Informationen, die aus dem Zentralnervensystem gewonnen wurden, zu anderen Erfolgsorganen weiter (vgl. Lexikon der Neurowissenschaft o. J.).

<sup>7</sup> Darüber sind sich sowohl die Kritiker und Kritikerinnen als auch die Befürworter und Befürworterinnen einig.

Absatz Oduncu / Hohendorf 2020: 121). Denn genauso wenig wie der Herztod das Individuum auf seinen Kreislauf oder die Akzeptanz der empirisch nachgewiesenen Todesmerkmale das Individuum auf die an ihm empirisch darstellbaren Zeichen reduziert, so Wagner, ist die Reduzierung des Menschen auf das Gehirn erst recht nicht möglich (vgl. Oduncu / Hohendorf 2020: 121).

Der Theologe Raimund Litz (2003: 71) hat das Thema des Hirntodes aus der Perspektive der pluralen Gesellschaft beschrieben, wobei diese aus einer Vielzahl von selbstständigen Organisationen und Unternehmen gekennzeichnet ist, die wiederum die Bereiche des eigenen und sozialen Lebens mitgestaltet. Die Pluralität in der Gesellschaft ist mehr als vorhanden, die sowohl das private als auch das öffentliche Leben beeinflusst. Die Existenz eines einzigen und generalisierten Menschenbildes ist in einer pluralen Gesellschaft nicht möglich, da unterschiedliche religiöse, kulturelle, theologische und philosophische Auffassungen aufeinandertreffen, insbesondere beim Hirntod. Für Litz (2003: 75) ist es von Bedeutung eine Trennung zwischen den Themen „Hirntod“ und „Transplantationsmedizin“ vorzunehmen, da es in der Debatte nicht um eine Gesamtinterpretation des Todes eines Menschen in Zusammenhang mit den kulturellen, theologisch-philosophischen und religiösen Vorstellungen geht, sondern lediglich um die Begründungen für die Todesfeststellung und deren Kriterien, ob der Tod eingetreten ist, in Unabhängigkeit von spezifischen medizinischen oder sonstigen Strebungen. Denn weder die Philosophie noch die Theologie können empirische Behauptungen über ein Kriterium des Todes treffen. Es ist vielmehr die Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen oder der Neurologen und Neurologinnen, den Todeseintritt festzustellen. Ebenso braucht es keine theologischen oder philosophischen Anweisungen an die medizinisch-biologische Diagnostik, da in diesem Fall auf die ärztlichen Befunde vertraut werden muss. Auch Papst Pius XII. hat im Jahr 1957 bereits erklärt, dass sowohl die Theologie als auch die Kirche nicht über spezielle und dem christlichen Glauben angehörige Kriterien verfügen, die den Todeszeitpunkt bestimmen könnten (vgl. zu diesem Absatz Litz 2003: 75-76). Außerdem geht Litz (2003: 76) der Frage nach, in welchem Sinn der irreversible Hirnfunktionsausfall der Tod des Menschen sein kann und was dies bedeutet. Nach dem Erlöschen aller Gehirnfunktionen ist, wie auch oben schon erwähnt, die Fähigkeit der Zentralisierung in sich, also im Sinne einer funktionellen Ganzheit, nicht mehr möglich. Der Mensch stellt nämlich eine geistig-körperliche Einheit dar, deren nicht ersetzbare physische Bedingungen nach der Diagnose Hirntod verloren gegangen sind, und besteht nicht aus unsystematischen Bestandteilen und Organen (vgl. zu dieser Passage Litz 2003: 76-77). Litz bezieht sich dabei auf den Autor Heinz Angstwurm:

„Biologisch ist mit dem vollständigen und endgültigen Ausfall der gesamten Hirntätigkeit die selbstständige, selbstbestimmende, aus inneren Gründen selbsttätige Lebenseinheit und Lebensordnung des Organismus verloren, das Lebewesen zu Ende gegangen.“ (Angstwurm 1995: 45).

Aus anthropologischer Perspektive verliert, so Angstwurm (1995: 45), der Mensch die nicht ersetzbare physische Basis für alles Geistige. Zum einen kann die äußere oder innere Wahrnehmung nicht mehr von einem hirntoten Menschen verarbeitet oder auf diese reagiert werden und zum anderen ist die Äußerung von Gedankengängen, das Zeigen von Gefühlen oder das Treffen von Entscheidungen nicht mehr möglich (vgl. Angstwurm 1995: 45). Demzufolge hat für Litz (2003: 78) die vollständige und unumkehrbare Zerstörung des Gehirns zwar mit dem Leben zu tun, aber mit einem „subjektlosen“, welches nicht mehr „in einem bewußten Selbstverhältnis des Inneseins“, zur Handlungsfähigkeit, zur individuellen Lebensführung und zum „Sich-Verhalten“ zur Sachlage des eigenständigen Todes fähig ist. Das bedeutet das Subjekt hat jegliche menschliche Lebhaftigkeit verloren (vgl. Litz 2003: 78). Unter Subjekt und Subjektivität versteht Litz (2003: 78), dass man sich seiner selbst bewusst ist und ein Interesse an der eigenen Identität und deren Entwicklung hat. Aus diesem Grund ist der Tod des Menschen nicht direkt mit dem unumkehrbaren Hirnfunktionsausfall gleichzustellen, aber er ist ein reales und sicheres Todeszeichen einer eigenständigen Person. Das Hirntodkriterium gilt somit als anerkanntes Merkmal zur Festlegung des Todeszeitpunktes und ist eine sichere Methode zur Feststellung des Todes. Der Theologe stimmt den Meinungen der Mediziner und Medizinerinnen sowie Neurologen und Neurologinnen zu, dass mit der Diagnose „irreversibler Hirnfunktionsausfall“ jede eigenaktiv koordiniert körperliche und geistige Funktion des menschlichen Organismus erloschen ist (vgl. zu dieser Passage Litz 2003: 78).

Des Weiteren kommt das White Paper vom US-amerikanischen *President's Council* aus dem Jahr 2008 durchweg zu dem Nachweis, dass auch die partiellen, noch vorhandenen Integrationsvorgänge im Organismus, auf die Alan Shewmon in seinen empirischen Analysen hinweist, trotz künstlicher Beatmung bei einem hirntoten Patienten bzw. bei einer hirntoten Patientin erlöschen können (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 79). Um zu veranschaulichen, warum ein Individuum mit Hirntod als tot gelten sollte, werden im White Paper drei grundlegende Eigenschaften genannt. Diese zählen zu den vitalen Selbsttätigkeiten eines lebhaften Organismus, die wiederum in einen Dialog mit der Umwelt treten und nur vom Gehirn geleistet werden können (vgl. *The President's Council on Bioethics* 2008: 61):

- 1) Weltoffenheit; das bedeutet, dass der menschliche Organismus für Reize und Signale aus der Umwelt empfänglich ist;

- 2) die Fähigkeit, auf die Welt einzuwirken, um seine Bedürfnisse zu befriedigen und um das zu erhalten, was man braucht;
- 3) das gefühlte Grundbedürfnis, das den Organismus zur Leistung zwingt, um das zu erhalten, was er braucht und was seine Offenheit als verfügbar erblicken lässt (vgl. zu diesem Absatz *The President's Council on Bioethics* 2008: 61).<sup>8</sup>

Laut dem Deutschen Ethikrat (2015: 80) umfasst die Phrase „das gefühlte Grundbedürfnis“ einen metaphorischen Faktor, mit dem das Beschriebene besser veranschaulicht werden soll, als es in einer bloß technischen Fachsprache möglich wäre. Damit ist die selbst hervorgerufene Eigenaktivität des Organismus gemeint, die im Dialog mit der Umwelt steht und nicht nur auf bloß physikalische Reize reagiert. Damit erreichen sie eine wichtige, anthropologische Differenz, die zwischen dem menschlichen Organismus und dem hirntoten Menschen, der künstlich beatmet wird, existiert (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 80).

Fazit ist, dass zur positiven Begründung des Hirntodkriteriums sowohl das Personenargument, bei dem die Bewusstseinsfähigkeit die wesentliche Rolle darstellt, als auch das biologische Argument, in dem das Gehirn das zentrale Steuerungs- und Integrationsorgan bildet, herangezogen wird (vgl. Stoecker 2019: 90).

---

<sup>8</sup> Nähere Erläuterungen: Die Selbsterhaltung kann nur dann gelingen, wenn ein Organismus offen für die Welt ist. Diese Offenheit zeigt sich auf differenzierte Art und Weise und auf unterschiedlichen Ebenen. Bei höheren Tieren, einschließlich der Menschen, äußert sich diese Offenheit im Bewusstsein oder in der gefühlten Wahrnehmung. Personen im Wachkoma können auf Lichteinflüsse und Schmerzen reagieren, wobei diese Tätigkeiten aber nicht dem Selbstbewusstsein zuzuschreiben sind. Ein Organismus, der sich auf diese Weise verhält, kann nicht tot sein. Zum selbstbewussten Umgang mit der Welt gehört mehr als nur die Empfänglichkeit. Es erfordert vielmehr, aus Eigeninitiative zu handeln, also zum Beispiel Nahrung und Wasser aufzunehmen oder im Grundlegenden zu atmen. Wenn ein Lebewesen ein inhärentes Bedürfnis verspürt, Sauerstoff zu sich zu führen, und die Wahrnehmung, dass der Sauerstoff in seiner Umgebung aufgenommen werden kann, vorhanden ist, wirkt es auf die Welt ein. Ein Organismus, der eine spontane Atmung aufweist, kann nicht tot sein. Die Spontanatmung offenbart dem Organismus nicht nur die Empfänglichkeit für die Welt, sondern auch die Fähigkeit, auf sie einzuwirken. Überdies gibt es eine dritte Fertigkeit, die verfügbar wird und die für die Selbsterhaltung des Organismus entscheidend ist: Die Durchführung der Spontanatmung findet aufgrund einer inneren Erfahrung eines Bedürfnisses statt, welche sich in dem Drang, zu atmen, zeigt. Das Empfinden dieses Bedürfnisses muss nicht bewusst durchgeführt werden, um wirksam zu sein. Das Vorhandensein allein ist ein Nachweis, dass dieser Antrieb einen eigenen Impuls des Organismus darstellt, der auf Eigenaktivität beruht und für die Existenz lebensnotwendig ist. Die Spontanatmung muss deshalb von der künstlichen Beatmung differenziert werden, da der natürliche Prozess des Atmens ohne Bewusstsein und Selbstbewusstsein ein sicheres Zeichen dafür ist, dass der Organismus als Ganzes den Vorgang verrichten kann (vgl. *The President's Council on Bioethics* 2008: 61-63).

„In contrast, artificial, non-spontaneous breathing produced by a machine is not such a sign. It does not signify an activity of the organism as a whole. It is not driven by felt need, and the exchange of gases that it effects is neither an achievement of the organism nor a sign of its genuine vitality. For this reason, it makes sense to say that the operation of the ventilator can obscure our view of the arrival of human death — that is, the death of the human organism as a working whole.” (*The President's Council on Bioethics* 2008: 63)



## 2.4.2 Hirntod als kein sicheres Zeichen für den Tod eines Menschen

Den Befürworterinnen und Befürwortern stehen die Kritiker und Kritikerinnen gegenüber, die im Hirntod keine hinreichende Voraussetzung für den Tod eines Menschen sehen (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 84). In Analogie zu den Vertretern und Vertreterinnen des Hirntodkriteriums ist die Ansicht vorhanden, dass der geistige Tod eine notwendige Voraussetzung für den Tod eines Individuums darstellt. Wesentliche Verschiedenheiten bezüglich der Bedeutung umfassen aber die Frage, ob ein Individuum mit unumkehrbarem Ausfall der gesamten Gehirnfunktionen auch im organismischen Kontext schon als tot zu charakterisieren ist (vgl. zu dieser Stelle Deutscher Ethikrat 2015: 84). Wo ist die Grenze zu bilden, „jenseits derer die Integration des Körpers zu einer biologischen Einheit aufgehoben ist“ (Deutscher Ethikrat 2015: 84)? Für die Gegner und Gegnerinnen hat der irreversible Hirnfunktionsausfall in Anbetracht der noch vorhandenen, biologischen Funktionsleistung, die aufgrund intensivmedizinischer Betreuung erhalten bleibt, die Grenze noch nicht überquert, sodass keine Desintegration des Körpers vorliegt und dieser somit noch nicht als tot zu bezeichnen ist. Das Gehirn hält zwar grundlegende Funktionen des Organismus aufrecht, wie beispielsweise die Stimulation der Atmung, aber diese können durch die Intensivmedizin ersetzt werden. Somit ist das Organ „Gehirn“ aus biologischer Perspektive keine unentbehrliche Integrations- und Koordinationsfunktion des Organismus (vgl. zu diesem Absatz Deutscher Ethikrat 2015: 84). Alan Shewmon (2001: 473-474) kommt in seinem Artikel „The brain and somatic integration: Insights into the standard biological rationale for equating ‚Brain Death‘ with death“ zu der Schlussfolgerung, dass die integrativen Funktionen des Gehirns, die bedeutend für die mentalen Aspekte und die Gesundheit sind, für einen ganzheitlichen Organismus weder notwendig noch konstitutiv sind. Die integrative Einheit eines Organismus beschreibt eine innewohnende, nicht lokalisierbare, ganzheitliche Eigenschaft, die die wechselseitige Interaktion aller organismischen Bestandteile umfasst (vgl. Shewmon 2001: 474). Das heißt nicht ein einziger Teil koordiniert alle anderen (vgl. Shewmon 2001: 457). Ein Körper, bei dem alle Gehirnfunktionen vollständig erloschen sind, ist zwar krank, aber nicht tot. In diesem Fall muss die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen auf Basis einer nicht-biologischen Todeskonzeption, unter anderem durch den Verlust des Personseins etc., stattfinden (vgl. dazu Shewmon 2001: 473). Dies lässt sich am Beispiel der künstlichen Beatmung veranschaulichen: Das Gerät für die Beatmung kann lediglich auf mechanische Weise Sauerstoff mit speziellem Druck in die Lungen einblasen und folglich die Muskulatur des Atems, die einen gewissen Unterdruck erzeugt, ersetzen, damit Luft einströmen kann. Dieser Vorgang ist nur dann wirkungsvoll, wenn eine Zellatmung stattfindet. Das bedeutet, dass

für den Weitertransport und die Weiterverarbeitung des Sauerstoffs sowie für die Sauerstoffaufnahme die Zellen verantwortlich sind. Diese Abläufe sind für den Organismus entscheidend, werden aber nicht durch das Gehirn geregelt und nicht durch das Beatmungsgerät ersetzt. Ein weiteres Beispiel wäre die Schwangerschaft bei einer Patientin mit irreversiblen Hirnfunktionsausfall, die durch medizinische Behandlungen fortgesetzt werden kann (vgl. zu diesem Absatz Deutscher Ethikrat 2015: 88).

Ein weiterer Aspekt, der gegen das Hirntodkriterium verwendet wird, ist eine der Bedingungen vom Bioethikrat des US-amerikanischen *President's Council* (2008) und zwar der Verlust der Spontanatmung<sup>9</sup>. In diesem Sinne wird zwischen dem spontanen Atmen als ein natürlicher Handlungsvollzug und einer nicht-spontanen, künstlich erzeugten Atmung unterschieden (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 90-91):

„The natural work of breathing, even apart from consciousness or self-awareness, is itself a sure sign that the organism as a whole is doing the work that constitutes – and preserves – it as a whole. In contrast, artificial, non-spontaneous breathing produced by a machine is not such a sign. It does not signify an activity of the organism as a whole.“ (*The President's Council on Bioethics* 2008: 63)

Für die Vertreter und Vertreterinnen, die gegen den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als sicheres Todeszeichen sind, mangelt es an einer normativen Argumentation für das ausgewählte Kriterium einer spontanen Atmung bzw. einer aktiven Eigentätigkeit, da lediglich empirische Ergebnisse, die die Diagnostik zur Verfügung stellt, für die Begründungen verwendet werden (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 92). Denn die spontane Atmung ist lediglich eine lebenswichtige Leistung des Organismus. Auch andere Funktionsleistungen, wie beispielsweise der spontane Herzschlag, sind von Bedeutung. Eine Begründung, welche lebensnotwendigen, organismischen Leistungen hierarchisch am wichtigsten sind, ist nicht möglich. Maßgeblich ist also, ob eine Funktion maschinell ersetzt werden kann oder nicht. Im Prinzip gibt es keine Differenz zwischen dem apparativen Ersatz eines unumkehrbaren, fehlerhaften Sinusknotens durch einen Herzschrittmacher und dem Ersatz der spontanen Atmung „in der *Medulla oblongata* des Gehirns durch die künstliche Beatmung“ (Deutscher Ethikrat 2015: 92). Dadurch ist mit der reinen Aussage einer Zentralität für die Gehirn betreffenden Funktionen keine hinreichende Erklärung gegeben (vgl. zu diesem Abschnitt Deutscher Ethikrat 2015: 92). Der

---

<sup>9</sup> Im Hirnstamm befinden sich wichtige Steuerungsinstanzen von grundlegenden Funktionen des Organismus, wie zum Beispiel von der Atmung, von der Temperatur oder vom Blutdruck etc. (vgl. Walter 2020: 1522). Wenn ein irreversibler Hirnfunktionsausfall vorliegt, muss bei der Diagnose die Bedingung der Apnoe, also die des Atemstillstandes, nachgewiesen werden (vgl. Oberster Sanitätsrat 2013: 8). Deshalb ist der Verlust der Spontanatmung ein Bestandteil des Hirntodkriteriums.

neuronalen Prozess, der für die Spontanatmung zuständig ist, darf also nicht als einziger als die aktive Eigenleistung angesehen werden, denn auch die Selbststeuerung von Zell- und Gewebeleistungen laufen im Organismus auf eine bestimmte Art und Weise ab. Sie erfolgen sowohl über das neuronale Netzwerk als auch über humorale Elemente, über die Anzahl der Sensoren in der Zellwand sowie „über den Gasdruck in Blut und Zellgewebe“ (Deutscher Ethikrat 2015: 93).

Ein weiterer, wesentlicher Aspekt ist das Reagieren auf die Umwelt, der von den Befürworterinnen und Befürwortern des Hirntodkriteriums vorgebracht wird. Zum Interagieren mit der Umwelt muss jeder Reflex und jede Reizeinwirkung von außen herangezogen werden, vorausgesetzt, dass sie nicht bloß passiv und mechanisch erzeugt werden. Die Reaktionen müssen selbstständig für den Organismus aktiv werden. Diese wechselseitige Interaktion ist auch bei Patienten und Patientinnen mit irreversiblen Hirnfunktionsausfall möglich, da sie sich mit unter anderem von außen kommenden Erregern infizieren können oder der Darm auf die äußere Nahrungsmittelzufuhr reagiert. Diese Kriterien sind also argumentativ nicht haltbar. Der geistige Tod ist für eine funktionelle Einheit nicht grundlegend (vgl. zu diesem Absatz Deutscher Ethikrat 2015: 94-95).

Eine weitere, etwas ältere Kritik gibt der Philosoph Hans Jonas (2012: 363) an die veröffentlichte Empfehlung der Harvard-Kommission und spricht von einer „pragmatischen Umdefinierung des Todes“. Für ihn ist der Begriff des Hirntodes nichts Bedenkliches, wenn es lediglich darum geht, zu welchem Zeitpunkt es erlaubt ist, die künstliche Aufrechterhaltung unterschiedlicher Funktionen, wie zum Beispiel den Herzschlag, der ein klassisches Zeichen des Lebens kennzeichnet, zu beenden. Jonas ist nämlich der Auffassung, dass es, um dieses Anliegen umzusetzen, welches auch die Harvard-Kommission erreichen will, keine Neudefinition des Todes benötigt. Hier gibt er einen Kommentar der katholischen Kirche wieder, der darauf eingeht, dass bei einem tiefen Koma die Aufrechterhaltung der künstlichen Beatmung etc. nicht verpflichtend ist. Dem Patienten bzw. der Patientin bleibt somit die Möglichkeit offen, zu sterben. Dieses Prinzip könnte auch bei einem diagnostizierten Hirntod eingesetzt werden, dem es dem hirntoten Patienten und Patientinnen erlaubt, zu sterben (vgl. zu diesem Absatz Jonas 2012: 363). Dennoch ist das Ziel in der Suche nach einer Neudefinition des Todesbegriffs mit einem gewissen Zweck verknüpft und zwar geht es um die Vorverlegung des Zeitpunktes des Todes, um einerseits die Berechtigung zu haben, die maschinelle Beatmung einzustellen. Jedoch können andererseits die lebenserhaltenden Maßnahmen gezielt

aufrechterhalten werden, um die Organe und das Gewebe bei Patienten und Patientinnen unter Idealvoraussetzungen für Transplantationen entnehmen zu können (vgl. zu dieser Passage Jonas 2012: 364). Für Jonas wird in diesem Sinne der Körper als eine Organbank genutzt, während dieser aber eventuell durch die lebenserhaltende Behandlung noch „diesseits der in Wahrheit letzten Grenze weilt“ (Jonas 2012: 365). Daher braucht es eine „maximale Definition (besser: Merkmalsbestimmung) des Todes“ (Jonas 2012: 364-365), wie zum Beispiel Herztod und Hirntod sowie jede Indikation, die von Bedeutung ist, da den Menschen die Grenze zwischen Leben und Tod nicht bekannt ist und eine mögliche Gewaltanwendung am Körper vermieden werden soll (vgl. Jonas 2012: 364-365). Wichtig dabei ist, dass die Frage nach dem eventuellen Leiden nur ein Nebenargument und kein Hauptargument der Begründung von Jonas ist. Der Kern seiner Begründung ist die Unsicherheit und Nicht-Bestimmbarkeit der Grenzen zwischen Leben und Tod. Dementsprechend muss in diesem Bereich aufgrund des Zweifels und der Unklarheit dieser Grenze zu einer maximalen und zu keiner minimalen Todesbestimmung tendiert werden<sup>10</sup> (vgl. Jonas 2012: 365).

Eine weitere Kritikerin des Hirntodkriteriums ist Sabine Müller (2010: 5), wobei laut ihr nach der Veröffentlichung der Stellungnahme des *President's Council on Bioethics* (2008) ein „Revival der Hirntod-Debatte“ stattgefunden hat. Für sie (2010: 10) scheint die neue philosophische Argumentation in Bezug auf die drei Eigenschaften, die für die Selbsterhaltung und die Interaktion mit der Umwelt formuliert wurden (siehe Kapitel 2.4.1), umstritten. Der erste Grund ist die Abweichung vom naturwissenschaftlichen Lebensverständnis, die die neue Definition des lebhaften Organismus mit sich bringt. Diese hat eine Verengung zur Folge. Denn laut Sabine Müller (2010: 10-11) sind nach dieser auch Embryonen keine Lebewesen, da sie genauso wie Menschen mit Hirntod weder eigenständig atmen noch einen Hinweis auf Bewusstseinsfähigkeit geben. Das zweite Argument, das sich ihr erschließt, ist, dass sogar der Prozess der Verdauung die drei Merkmale des *President's Council on Bioethics* (2008) erfüllt. Denn bei einigen Hirntoten kann dieser Ablauf wie folgt funktionieren:

- 1) Empfänglichkeit für Nahrungsstimuli;
- 2) Fähigkeit, aus der Nahrung das auszuwählen, was benötigt wird;

---

<sup>10</sup> Hans Jonas hat mit dieser Begründung auf die Empfehlung der Harvard-Kommission im Jahr 1968 reagiert und lediglich von einer Medizinergruppe, unter anderem auch Transplantationschirurgen und -chirurginnen, Vorschläge erhalten, dass er sowohl sein Argument auf theoretischer Ebene präziser gestalten als auch die vorgestellten Konsequenzen anschaulicher machen sollte (vgl. Jonas 2012: 366).

- 3) sowie das gefühlte Grundbedürfnis, das den Organismus zum Prozess der Verdauung antreibt, um Nährstoffe zu erhalten, die notwendig sind und als verfügbar erfasst werden (vgl. zu diesem Absatz Müller, Sa. 2010: 11).

Schlussendlich ist eines der Argumente gegen den Hirntod, dass es kein alleiniges, zentrales Steuerungs- und Integrationsorgan gibt (z. B. Alan Shewmon), „ohne das der Körper kein dynamisches System mehr wäre“ (Stoecker 2019: 90). Ebenso sind ausschlaggebende Gründe gegen das Hirntodkriterium die Aufrechterhaltung der Schwangerschaft bei einer hirntoten Patientin und die körperliche Ähnlichkeit zwischen einem hirntoten und einem lebenden Menschen, die für Angehörige psychisch belastend ist. Aus dieser phänomenalen Sicht ist es verboten, den lebendig wirkenden Menschen als tot zu betrachten (vgl. zu diesem Absatz Stoecker 2019: 91).

### **2.4.3 Philosophische Debatte zum Hirntodkriterium**

Die philosophische Debatte um eine adäquate Definition des Todes ist durch zwei gegensätzliche Konzepte beeinflusst: Entweder ist der Tod des Menschen der Tod des Körpers oder der Tod der Person bzw. des Bewusstseinslebens (Kersting 2017: 217). Kersting (2017: 217) beschreibt, dass beide Konzepte auf einem dualistischen und objektivistischen Verständnis des Menschen beruhen, durch die es zu verschiedenen Problematiken kommt, denn der Begriff „Leben“ wird lediglich unter einem einzigen Punkt betrachtet. Da nämlich entweder der mentale oder der biologische Aspekt bevorzugt wird, kommt es zu einer Verengung des Verständnisses von Leben und Tod. Beim dualistischen Menschenbild besteht das Individuum aus „Geist“ und „Körper“, wobei je nach Konzept entweder Körper oder Geist als zentral angesehen wird. Die Gemeinsamkeit dieser beiden Konzepte liegt also im Dualismus, bei dem Organismus und Personalität oder Körper und Geist in einem „additiven Verhältnis“ (Kersting 2017: 223) zueinanderstehen. Des Weiteren wird in den Untersuchungen des Lebens eines Menschen allein der Blickwinkel der dritten Person betrachtet, indem das Leben aus objektiver Sicht beurteilt wird. In den Hintergrund tritt dabei die Sichtweise der ersten und zweiten Person, bei denen das Subjektive zum Vorschein kommt (vgl. zu diesem Absatz Kersting 2017: 222-223). Der deutsche Ethikrat (2015: 83) ist der Auffassung, dass diese Anschuldigung eines dualistischen Weltbildes nicht auf das Ganzhirntodkriterium zutrifft, jedoch auf die Teilhirntodkonzepte. Die Argumentation, dass ausschließlich der Ausfall der Bewusstseinsfähigkeiten der Individuen ausreichend ist, um den Tod des Menschen zu bewerten und den Aspekt der funktionellen Ganzheit und Integrationsleistung außer Acht zu

lassen, lässt die Anschuldigung einer dualistischen Ablehnung der leib-seelischen Einheit eines Individuums wahr werden. Genauso ist es umgekehrt, wenn lediglich der menschliche Organismus als hinreichende Eigenschaft der Grenze zwischen Tod und Leben gilt (vgl. zu diesem Absatz Deutscher Ethikrat 2015: 83). Beide Aspekte „wären einseitige (und eben deshalb den Dualismus voraussetzende) Verkürzungen der *Conditio humana*“ (Deutscher Ethikrat 2015: 83). Kersting (2017: 217) schlägt unter diesen Umständen ein integratives Konzept vor, welches den Tod des Menschen als den Tod der leiblichen Person beschreibt und die personale Sichtweise auf den Tod berücksichtigt. Somit kann der Dualismus und das objektivistische Verständnis aufgehoben werden. Dabei zieht die Autorin die philosophische Anthropologie von Helmut Plessner heran.<sup>11</sup>

Einen weiteren Lösungsvorschlag bietet Ralf Stoecker (2019) an. Der Autor findet nämlich die derzeitige Debatte um den Hirntod nicht zielführend und stellt sich die weitaus wichtigere Frage, und zwar welche Folgen die Zweifel am Hirntodkriterium für die ethische Beurteilung der Organspende haben. Hier gibt der Autor einen philosophischen Lösungsvorschlag. Die Ausgangslage ist eine relativ „abstrakte Feststellung“ (Stoecker 2019: 94), die in der Disziplin der Philosophie eine neue Denkweise im 20. Jahrhundert auslöste. Diese Veränderung hat der Philosoph Willard Van Orman Quine als „semantischen Aufstieg“ (engl. *semantic ascent*) bezeichnet (vgl. Stoecker 2019: 94). Es geht dabei um den „Wechsel vom Sprechen in bestimmten Wörtern zum Sprechen über die Wörter“ (Stoecker 2019: 94). Das heißt laut Stoecker (2019: 94) müssen philosophische Problematiken im Hinblick auf ihre Formulierung untersucht werden, wobei er dies als Schlüssel zum Erfolg bezüglich der Hirntoddiskussion ansieht. Mit einem Blick auf die Formulierung des Problems in der Metaebene wird erkennbar, dass die Debatte um den irreversiblen Hirnfunktionsausfall auf einem zu leichten Verstehen, wie zum Beispiel auf dem klassischen Begriff des Lebens, basiert. Dafür gibt Stoecker (2019: 94) zwei Begründungen an: Der Begriff des Lebens ist ein „Bündelbegriff“. Das bedeutet aus der Sicht der Sprachphilosophie, dass ein Wort aus einem Bündel von unterschiedlichen Kriterien besteht. Wenn dabei nur ein einziges Kriterium erfüllt ist, dann kann es zu einer Unschärfe im Begriff selbst kommen. Betrachtet man nun den Begriff des Lebens näher, ist eine Verknüpfung unterschiedlicher Eigenschaften zu erkennen, insbesondere den folgenden Merkmalen, die in der Hirntoddebatte eine Rolle spielen: „biologische Dynamik, Personalität und Bewusstsein sowie die verschiedenen Arten von Lebendigkeit“ (Stoecker 2019: 95). Das

---

<sup>11</sup> Auf dieses Konzept von Kersting (2017) wird nicht näher eingegangen, da es den Rahmen der vorliegenden Masterarbeit überschreiten würde.

Charakteristische an diesem Begriff ist, dass die gesamten Eigenschaften nahezu zum selben Zeitpunkt am Ende des Lebens im traditionellen Sinne erlöschen. Beim Tod kommt es zum fast synchronen Verlust der personalen, der biologischen und der phänomenalen Merkmale. Aufgrund dessen scheint es nachvollziehbar zu sein, den Tod lediglich mit einem dieser drei verlorenen Merkmale zu rechtfertigen. Durch die Intensivmedizin kommt es zu einer Art „Ausfransung“ des Todes, denn als erstes erlöschen die personalen Funktionen viel früher als die biologischen und phänomenalen. Dadurch hat sich eine Grauzone gebildet, in der man unsicher ist, ob der Mensch noch am Leben ist oder nicht (vgl. zu diesem Abschnitt Stoecker 2019: 95). Eine Idee, mit dieser Grauzone am Ende des Lebens umzugehen, ist die „pragmatische Festlegung eines Todeszeitpunktes“<sup>12</sup> (Stoecker 2019: 95). Aber das beliebige Ziehen einer Grenze ist mit Stoeckers moralisch-philosophischen Vorschlag nicht kompatibel. Für ihn ist das wesentliche, dass in den moralischen Überzeugungen der Menschheit der Weg vom Leben zum Tod mit einem enormen, ethischen Gewicht behaftet ist. Einerseits kommt es zu einer Veränderung des moralischen Status eines Individuums, sobald es stirbt. Dementsprechend besitzt es im Allgemeinen keine moralischen Rechte mehr, mit Ausnahme eines respektvollen Umgangs. Andererseits ist dieser Übertritt vom Leben zum Tod durch das Tötungsverbot gesichert. Dieses ethische Gewicht ist Gegenstand des menschlichen Verstehens in Bezug auf den Begriff des Lebens. In der Sprachphilosophie ist dieser ein sogenannter „dicker Begriff“ (Stoecker 2019: 96), der deskriptive Eigenschaften mit wertenden Konnotationen verknüpft. Dies lässt den Aufstieg der Semantik, also den Blick auf die individuelle Sprache, erkennen. Das Wort Leben beschreibt also diesen dicken Begriff und folglich hat der Tod ein enorm ethisches Gewicht, was dazu führt, dass der Frage, ob hirntote Individuen noch leben oder tot sind, eine ethisch-moralische Bedeutung zukommt. Wenn aber eine beliebige Grenze gezogen wird, ist dies mit der Frage, ob die Individuen diesseits oder jenseits der Schwelle zwischen Leben und Tod sind, nicht vereinbar. In diesem Sinne bekräftigt die Bestimmung der ethischen Relevanz des Übergangs vom Leben zum Tod eine neue Vorgehensweise bezüglich des Hirntodproblems. Wenn der ethische Wandel im Hinblick auf den Tod ein Interesse in der Gesellschaft weckt, dann ist eine Untersuchung notwendig, die die verschiedenen Eigenschaften des menschlichen Lebens, welche außerdem den Bündelbegriff des Lebens abbilden, überprüft, um herauszufinden, welches Merkmal für das ethische Gewicht zuständig ist (vgl. zu diesem Absatz Stoecker 2019: 96). Das heißt das Fehlen dieser Eigenschaft, also „dieses Strangs im Bündel des Lebensbegriffs“ (Stoecker 2019: 96), würde

---

<sup>12</sup> Vgl. auch Birnbacher, Dieter (2007): Der Hirntod – eine pragmatische Verteidigung, in: B. Sharon Byrd, Joachim Hruschka, Jan C. Joerden (Hrsg.), *Jahrbuch für Recht und Ethik / Annual Review of Law and Ethics*, Bd. 15, Berlin: Duncker & Humblot Verlag, S. 459-477.

demnach die Grenze darstellen. Wenn hirntote Menschen im Besitz dieser Eigenschaft sind, dann sind sie noch am Leben und ansonsten, wenn diese erloschen ist, sind sie gestorben. Aber auch diese Vorgehensweise ist für Stoecker (2019: 97) nicht die richtige und dafür gibt er zwei Argumente an: Der erste Grund ist, dass nicht nur eine, sondern alle drei Eigenschaften des Lebensbegriffs die Verantwortung für die moralische Relevanz tragen. Da die Menschen denkende und empfindsame Lebewesen sind, haben sie ein Recht darauf, moralisch berücksichtigt zu werden. Jedoch ist auch die Interaktion mit den Menschen und den Angehörigen für den moralischen Status von Belang und der biologische Organismus nicht als gleichgültig zu betrachten. Aus dieser Hinsicht ist es deutlich zu erkennen, warum die Hirntoddebatte nicht zu einer Lösung gelangt. Denn nicht ein einziges Merkmal kann Träger des gesamten, ethischen Gewichts sein (vgl. zu dieser Passage Stoecker 2019: 97). Der zweite Grund, warum nicht ein einziges Merkmal für die ethische Relevanz ausreichend ist, ist die Verbindung von Existenz und Leben eines Menschen. Damit meint Stoecker (2019: 97), dass zum einen die Menschen sagen, der Verstorbene ist von uns gegangen und zum anderen findet eine Aufbewahrung des Toten statt. Dies bringt indirekt den Dualismus ins Spiel, der trotz allem in unserer Gesellschaft vorhanden ist. Ohne Dualismus wird aber deutlich, „dass ein Mensch im Tod aufhört zu leben, aber nicht notwendigerweise aufhört zu sein“ (Stoecker 2019: 97). Eine Ausnahme stellt zum Beispiel der Tod durch eine Bombe dar, mit dem auch die menschliche Existenz erlischt, da der Körper zerstückelt wird. Wenn dieser ontologische Unterschied zwischen dem Existenzende und dem Tod akzeptiert wird, ist ersichtlich, dass der moralische Status eines Menschen mit dem menschlichen „Dasein“ (es gibt uns) zusammenhängt. Zwar ist das Verhalten zu Verstorbenen anders als das zu lebendigen Individuen, aber dennoch haben die Menschen eine gewisse Verpflichtung, die Verstorbenen mit Respekt zu behandeln und die Würde zu wahren, welches das vierte wichtige Charakteristikum des Bündelbegriffs „Leben“ darstellt. Schlussendlich endet der Bündelbegriff des Lebens mit dem Tod. In diesem Sinne erlöschen gleichzeitig das psychisch-innere Leben, der biologisch-integrierte Organismus, die phänomenale Lebhaftigkeit und zuletzt die Menschenwürde (vgl. zu diesem Absatz Stoecker 2019: 98). Bei hirntoten Menschen erfolgt der Sterbeprozess in anderer Art und Weise. Bei ihnen ist eine zeitliche Verzerrung beim Verlieren der vier Eigenschaften vorhanden. Aufgrund dessen ist die Suche nach einer Grenze oder einer Grenzziehung vergebens, an der dieser ethische Übergang vom Leben zum Tod vollzogen wird. Laut Stoecker (2019: 99) muss man sich die Frage stellen, welche ethischen Folgen durch das unterschiedliche Fehlen von Merkmalen verursacht werden.



Für Stoecker (2019: 99) sind die daraus resultierenden Schlüsse folgende:

- 1) Es ist richtig, die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Hirntod genauso zu vollziehen wie bei Patienten und Patientinnen, die im Koma liegen, da sie noch nicht verstorben sind.
- 2) Das Respektieren von Gefühlen und Bedürfnissen der Angehörigen ist wesentlich, da der irreversible Hirnfunktionsausfall nichts am äußeren Erscheinungsbild ändert.
- 3) Die Eingriffe in den Körper sind wegen der zu wahrenen Würde nicht ohne den *Informed Consent* vorzunehmen, da dieser auch bei bewusstlosen Patienten und Patientinnen ermittelt werden kann.
- 4) Da es sowohl nicht mehr möglich ist, den Patienten bzw. Patientinnen mit Hirntod Leid zuzufügen und ihre Zukunft zu stehlen sowie die Spende von Organen für manche Menschen lebensnotwendig ist, ist eine Organentnahme erlaubt, auch wenn es zu einer Beendigung der Schwelle zwischen Leben und Tod kommt (vgl. zu diesem Absatz Stoecker 2019: 99).

Fazit ist, dass eine Reflexion und eine Diskussion der Aspekte laut Stoecker (2019: 99) in der Ethik notwendig sind, um die vergebliche Debatte um den Hirntod durch eine moralphilosophische zu ersetzen. Sowohl Stoecker (2019) als auch Kersting (2017) versuchen die Diskussion über das Hirntodkonzept in eine andere Richtung zu lenken, um sich einerseits vom dualistischen Menschenbild und dem objektivistischen Verständnis zu lösen und um andererseits die Debatte voranzutreiben und meiner Meinung nach wieder fruchtbar zu machen.

Da die Grundlage zum Hirntodkriterium aus naturwissenschaftlich-medizinischer und ethisch-philosophischer Perspektive gegeben ist, werden nun die jüdische, christliche und islamische Religion betrachtet, um zum einen die Fragen beantworten zu können, wie sie mit dem international anerkannten Hirntodkriterium umgehen und welche geschichtlichen Veränderungen es im Hinblick auf die Befürwortung oder auf die Ablehnung des Hirntodkriteriums gegeben hat. Zum anderen ist es für die leitende Forschungsfrage wesentlich, herauszufinden, welche Quellen bzw. welche Autoritäten für das ethische Urteil innerhalb der Religionstradition herangezogen werden. Ziel ist es im Weiteren zu analysieren, ob medizinische als auch ethisch-philosophische Argumentationen beim ethischen Urteil über das Hirntodkriterium in den drei genannten Religionen eine Rolle spielen.

## 3 Judentum

### 3.1 Allgemeine Informationen: Zahlen, Fakten

Das Judentum entwickelte sich vor ungefähr mehr als 3000 Jahren und ist mit der Entstehung des Monotheismus verbunden (vgl. Delvaux de Fenffe 2019). Auf der ganzen Welt leben circa 14.4 Millionen Juden und Jüdinnen, wobei „6.74 Millionen in Israel, 6.09 Millionen in Nordamerika und 1.07 Millionen in Europa“ (Przybyl 2020) leben. Das Judentum besteht aus folgenden Richtungen: Orthodoxes, progressives bzw. reformatives und konservatives Judentum. Im alltäglichen Leben wird im orthodoxen Judentum die Halacha unter strengen, rituellen Regeln eingehalten, wie zum Beispiel die Durchführung des Schabbats. Begründet wird dies damit, dass die Offenbarung der *Tora* unmittelbar durch G-tt<sup>13</sup> geschah. Im progressiven Judentum wird die *Tora* in die gegenwärtige Situation übersetzt (vgl. zu dieser Stelle Delvaux de Fenffe 2019). Das heißt die jüdischen Gesetze werden „als vom Menschen gemacht verstanden“ (Delvaux de Fenffe 2019), indem neue Auslegungen und Erklärungen der Gebote und Verbote möglich sind. Im Vergleich dazu steht das konservative Judentum, das besonders in Amerika von Bedeutung und eine Kombination aus dem orthodoxen und progressiven Judentum ist, da es sowohl den jüdischen Brauchtum erhalten als auch mit der Halacha kompatible Erneuerungen im Judentum vornehmen möchte (vgl. zu diesem Absatz Delvaux de Fenffe 2019).

Die Unterschiede in den drei Strömungen liegen in der Behandlung von zeitgenössisch moralischen Fragestellungen (vgl. Setta / Shemie 2015: 3). Denn für die orthodoxen Juden und Jüdinnen ist die Perspektive und die Entscheidungsfindung von gelehrten Rabbinern zentral, während im progressiven Judentum die rabbinische Entscheidung als Empfehlung angesehen wird und die Selbstbestimmung in den Mittelpunkt rückt (vgl. Alhawari et al. 2018: 184). In dieser Strömung wird nicht nur die Halacha als Quelle herangezogen, sondern auch andere Werke werden in den Prozess der Entscheidungsfindung miteinbezogen. Auch die konservativen Juden und Jüdinnen nehmen die Entscheidungen der Rabbiner an. In diesen Entscheidungen ist mehr Flexibilität als im orthodoxen Raum vorhanden. Dies zeigt bereits deutlich, dass bei der Todesbestimmung Differenzen sowohl innerhalb der Religionsrichtungen als auch zwischen ihnen auftreten (vgl. zu diesem Absatz Setta / Shemie 2015: 3).

---

<sup>13</sup> Laut jüdischer Tradition ist es nicht gestattet, „den Namen des Ewigen in seiner vollen Länge auszuschreiben, damit dessen Heiligkeit nicht verletzt wird“ (Nordmann 2001: 258). In dieser Masterarbeit wird an dieser Tradition festgehalten.

### 3.2 Jüdische Medizinethik und jüdisches Gesetz

Im Allgemeinen hat die rasche Entwicklung der Wissenschaften im Bereich der Biotechnologie und der Medizin in den vergangenen Jahren eine moralische Herausforderung in der modernen Medizin hervorgerufen. Sowohl die erfolgreichen Bekämpfungen von Krankheiten als auch die Eingriffe in Todes- und Lebensprozesse sind möglich geworden. Dadurch entstehen unterschiedliche medizinethische Problematiken. Hierbei ist anzumerken, dass bei einigen medizinethischen Herausforderungen und Fragen das Empfinden und die Wahrnehmung der Religionen einen enormen Einfluss auf die zu treffenden Entscheidungen haben können (vgl. zu diesem Absatz Nordmann 2001: 257). Laut Nordmann (2001: 257) sind bereits einige (medizinethische) Probleme im *Talmud* und in der *Tora*, auf die einzeln im weiteren Verlauf noch konkreter eingegangen wird, reflektiert und diskutiert worden. Überdies gibt es in der jüdischen Medizinethik fundamentale Bedingungen, unter anderem die Unantastbarkeit des Werts eines menschlichen Lebens, die Heiligkeit des Lebens, die ärztliche Pflicht, den betroffenen Menschen zur Heilung zu verhelfen, sowie die Pflicht der Patienten und Patientinnen, die Suche nach einer Heilungsmöglichkeit vollstrecken zu müssen. Diese Voraussetzungen und noch viele andere machen das Gebilde, das letztlich als jüdische Medizinethik beschrieben wird, aus und sind immer gültig (vgl. zu dieser Passage Nordmann 2001: 258). Eine weitere wichtige Bedingung, die neben dem unantastbaren und ewigen Wert des Lebens und der Heiligkeit eine wesentliche Rolle spielt, ist die Rettung von Menschenleben (vgl. Nordmann 2000: 34).

Bevor auf die Bedeutung des Todes in der jüdischen Religion (siehe Kapitel 3.3) eingegangen wird, ist das Wissen über die Struktur des Gesetzes im Judentum notwendig, um weitere Aspekte im jüdischen Glauben zu verstehen: Im Judentum wird nicht deutlich zwischen Ethik und Recht differenziert. „Das Gesetz ist die Ethik, die Ethik ist das Gesetz.“ (Nordmann 2001: 258) Deshalb ist es notwendig, Kenntnis über das jüdische Gesetz zu haben, wenn die Medizinethik im Judentum verstanden werden will, so Nordmann (2001: 258). Die Halacha fußt auf zwei Grundlagen, und zwar erstens auf dem schriftlichen Gesetz und zweitens auf der mündlichen Überlieferung. Das schriftliche Gesetz wird im alltäglichen Gebrauch der Sprache als Bibel beschrieben und setzt sich aus drei Bestandteilen – *Tora*, *Neviim* und *Ketuvim* – zusammen, wobei die *Tora* am wichtigsten ist. Für den jüdischen Glauben stellt die *Tora* die Basis dar. Sie umfasst in fünf Werken die g-ttliche Lehre, die Moses am Berge Sinai erfahren hat, und ist nun Grundlage des Verhältnisses zwischen dem Volk der Juden und Jüdinnen und deren G-tt. Eine Modifikation der *Tora* ist durch keinen Menschen möglich, da sie eine g-ttliche

Urquelle ist. Neben dem schriftlichen Gesetz steht die mündliche Überlieferung, die für das Verständnis und die Erklärung des schriftlichen Gesetzes verantwortlich ist. Im 2. Jahrhundert nach Christus wurden die Lehren der mündlichen Überlieferung in einem Buch gesammelt, dem sogenannten *Talmud*. Der *Talmud* ist eine Art Nachschlagewerk bzw. Lexikon, das von großer Bedeutung ist. Wenn sich Menschen mit Problematiken im Kontext des jüdischen Gesetzes, auch die Halacha genannt, beschäftigen möchten, dann ist ein Studium der Quellen über die *Tora*, den *Talmud* und die dazugehörigen Kommentare wesentlich. Dabei führt die Auseinandersetzung mit halachischen Fragestellungen meistens zu einem Konflikt, da durch die unterschiedlichen rabbinischen Autoritäten Differenzen auftreten können (vgl. zu diesem Abschnitt Nordmann 2001: 258-260). Im Judentum gibt es keine „über allem stehende Autorität“ (Nordmann 2001: 260), wie es diese zum Beispiel im katholischen Raum gibt. Die Entscheidungsträger, die sogenannten Poskim, sind ausgebildete sowie qualifizierte Rabbiner, die eine weltweite Akzeptanz durch ihre Entscheidungen und Kompetenzen erlangen bzw. bereits erlangt haben. Diese Träger von Entscheidungen werden nicht ins Amt gewählt, sondern sie erhalten aus der gesamten Welt halachische Fragen. Berühmte international akzeptierte Poskim waren Rabbi Joseph Eliaschiv und insbesondere im Bereich der medizinischen Fragen Rabbi Elieser Jehuda Waldenberg. Die unterschiedlichen Entscheidungen entstehen, weil einerseits entweder die *Tora* oder der *Talmud* zur Beurteilung der Problematik herangezogen wird und andererseits, weil die *Tora* auf zahlreiche Art und Weise durch den Intellekt der Menschen interpretiert werden kann. Denn die praktische Anwendung der *Tora* ist die Aufgabe der Menschen. Das heißt es können zwei Aussagen, die im Widerspruch zueinanderstehen, aus der gleichen Quelle erschlossen werden und dies ist nach jüdischer Lehre erlaubt. Zu Beginn kann also eine Differenz zwischen zwei Schlussfolgerungen bestehen, die aber nach einer Zeit die richtige und wahre herauskristallisiert. Dadurch wird erkennbar, welche rabbinische Autorität richtig gelegen hat. Es ist jedoch keine Negativität, wenn verschiedene Auffassungen erhalten bleiben, denn diese weisen die Lebendigkeit des Judentums nach (vgl. zu diesem Abschnitt Nordmann 260-262).

Dies zeigt bereits, dass medizinethische Fragestellungen aus halachischer Perspektive oftmals problematisch sind, in denen die Themen Leben und Tod behandelt werden. Bei der Konfrontation mit medizinethischen Herausforderungen analysiert eine rabbinische Autorität diese im Kontext der Halacha (das jüdische Gesetz), wobei deutlich wird, dass das Gesetz und die Ethik nicht getrennt werden. Darüber hinaus besteht im Bereich der Medizinethik nicht die Möglichkeit, moralische und medizinische Probleme auf der Grundlage von persönlichen

Empfindungen und Wertmaßstäben zu erschließen, sondern es erfolgt eine Analyse der Halacha durch einen gelehrten, weisen Rabbiner, dessen Beschluss dann zu achten ist. Jeder Fall muss einzeln dieser Untersuchung unterzogen werden, wobei es zu unterschiedlichen Ergebnissen durch den Rabbiner, der die für ihn richtige Entscheidung trifft, kommen kann (vgl. zu diesem Absatz Nordmann 2001: 262-263).

### **3.3 Allgemein: Bedeutung des Todes**

Im jüdischen Glauben gebührt dem Leben der Juden und Jüdinnen Heiligkeit sowie vollkommener und unantastbarer Wert. Diese grundlegenden, zentralen Prinzipien der Ethik sind bis zum Todeseintritt gültig. Bis zu diesem Moment hat jedes einzelne Individuum denselben, ewigen Wert. Dennoch stellen sich folgende Fragen: Ab wann ist ein Mensch nach jüdischem Gesetz als tot zu betrachten? Nach dem Aufhören des Herzschlags oder der Atmung oder nach dem Erlöschen der Gehirnfunktionen? In der Vergangenheit hat im Judentum keine wesentliche Auseinandersetzung mit der Thematik der Todeszeitbestimmung stattgefunden. Dies hat sich aufgrund der intensivmedizinischen Betreuung und dessen Möglichkeit, die Geräte abzuschalten, mit Blick auf die Transplantation von Organen geändert (vgl. zu diesem Abschnitt Nordmann 2001: 263). Auch in den Bereichen des Erbrechts, der Versicherung (z. B. Pension) oder des Strafrechts ist die Bestimmung eines Todeszeitpunktes notwendig (vgl. Nordmann 2000: 76). Folglich wurde eine Auseinandersetzung mit der Frage, ab wann ein Mensch nach der Halacha als tot aufzufassen ist, angestoßen. Um diese Frage zu beantworten, setzen sich die Rabbiner und Rabba mit den traditionellen Quellen der *Tora* und dem *Talmud* auseinander. Die Debatte um eine Todesdefinition aus jüdischer Perspektive startet mit einem Textabschnitt aus dem babylonischen *Talmud*. Dabei beschreibt der Traktat Joma (8: 6-7) Zustände, unter denen es gestattet ist, die Gesetze des Schabbats für kurze Zeit zu brechen (vgl. zu diesem Absatz Nordmann 2001: 263-264). Dieser Abschnitt handelt von einem Menschen, der durch einen Scheiterhaufen am Tag des Schabbats, an dem keine Arbeit ausgeübt werden darf, verschüttet wird. Die Frage, welche Vorgehensweise in solch einer Situation erlaubt ist, drängt sich in den Vordergrund. Wenn es um das Leben oder um den Tod eines Menschen geht, dann dürfen alle Gebote und Verbote der *Tora* gebrochen werden, um ein menschliches Leben zu retten (vgl. zu dieser Stelle Nordmann 2000: 78). Ist der Mensch am Leben, so versucht man, den Scheiterhaufen zu entfernen, ist er jedoch tot, so lässt man ihn „[...] bis nach dem Ende des Schabbats [...]“ (Nordmann 2001: 264) liegen.

Die Feststellung, ob jemand tot oder noch am Leben ist, erfolgt anhand von zwei Optionen (vgl. Nordmann 2000: 78-79):

- 1) Der Scheiterhaufen wird versucht von den Füßen nach oben bis zu der Gegend der Brust zu entfernen, um festzustellen, ob der Herzschlag noch vorhanden ist. Der erste rabbinische Gelehrte ist der Auffassung, dass der verunglückte Mensch nicht als tot gelten kann, solange seine Nase nicht kontrolliert worden ist, um einen noch eventuell vorhandenen Luftzug zu erkennen. Im Gegensatz dazu steht eine zweite rabbinische Autorität, nach der der Tod des Menschen festgestellt ist, sobald der Herzschlag fehlt.
- 2) Falls aber zuerst der Kopf freigelegt werden kann, so Rav Papa, bedarf es keiner Diskussion zwischen den beiden Gelehrten. Denn der Verlust der Atmung wird bei beiden als Todeszeichen akzeptiert. Der zweite Weise ist hingegen der Meinung, dass der Verlust des Herzschlags ein weiteres Todeszeichen ist, währenddessen der erste nur das Fehlen der Atmung als Todesmerkmal auffasst (vgl. zu diesem Abschnitt Nordmann 2000: 78-79).

Das offensichtliche Problem beim Versuch, eine Todesdefinition aus religiöser Sichtweise zu formulieren, existiert im Ablauf der Trennung von Körper und Geist, der den Sinneseindrücken der Menschheit nicht unmittelbar anschaulich erschlossen werden kann (vgl. Nordmann 2001: 264). Der Begriff „am Leben sein“ kann im religiösen Kontext nur als „Anwesenheit der Seele im Körper“ (Nordmann 2001: 264) aufgefasst werden. In den talmudischen Werken werden dabei unterschiedliche Merkmale angegeben, die das seelische Dasein charakterisieren – sogenannte Zeichen des Lebens. Die sichere Feststellung des Todes muss im Grunde durch den Verlust aller Zeichen des Lebens zurückzuführen sein. Wenn aber der Tod nur mit einem einzigen Merkmal bestimmt werden soll, muss untersucht werden, welche Attribute dieses Merkmal erfassen muss, um elementar zu sein (vgl. zu dieser Stelle Nordmann 2001: 264-265). Die Antwort darauf ist, dass dieses Merkmal „eine erste Ursache des Lebendigseins“ (Nordmann 2001: 265) sein muss, bei deren Verlust alle übrigen Leistungen des Lebens unausführbar werden würden. Ein weiterer Punkt ist, dass der Verlust dieses Merkmals ein vollkommen sicheres und endgültiges Zeichen beschreiben soll, um keine zu frühe Todesdiagnose zu stellen. Eine Untersuchung in diesem Zusammenhang stellte Rabbi Mosche Feinstein an, der als einer „der größten rabbinischen Autoritäten dieses Jahrhunderts“ (Nordmann 2001: 265) galt und in einem Responsum die jüdische Perspektive beschreibt: Der für Rabbi Feinstein zentrale Bestandteil eines Organismus des Menschen ist der Herzschlag. Dementsprechend sollte der Verlust des Herzschlags der einzige Indikator zur

Todesbestimmung aus halachischer Perspektive sein. Aber aus Sicherheitsgründen wird das Merkmal „Nase“ ausgewählt, da der Nachweis eines fehlenden Herzschlags nicht zu hundert Prozent erbracht werden kann, während bei der Untersuchung der Nase noch mögliches Leben in einfacher Art und Weise erkennbar ist. Letztendlich sind die gelehrten Rabbiner durch ihre Überprüfungen zu dem Ergebnis gekommen, dass nicht nur eine, sondern mehrere Voraussetzungen erfasst werden müssen, bevor eine sichere Feststellung des Todes möglich ist (vgl. zu diesem Absatz Nordmann 2001: 265-266). Das Urteil von Rabbi Moses Sofer (Chatam Sofer, 18. Jahrhundert) ist für die Todesdefinition grundlegend:

„Wenn eine Person wie ein Stein daliegt [d.h. keine Bewegungen zeigt] und kein Herzschlag oder Puls mehr vorhanden ist und ihre Atmung hört auf, so bleiben uns nur die Worte unserer heiligen Tora [um daraus zu folgern], daß sie tot ist.“ (Chatam Sofer, Joreh Deah, 338, übersetzt von Nordmann 2001: 266)

Der Todeseintritt eines Individuums ist aus Sicht der Halacha durch das Vorliegen von folgenden drei klinischen Eigenschaften charakterisiert: 1) Bewegungslosigkeit, 2) keine Pulsation (z. B. beim Herzschlag), 3) Atemstillstand. In diesem Sinne liegt die Orientierung vordergründig am Herz- und Atemstillstand, der ein sicheres Todesmerkmal darstellt (vgl. Körtner 2003: 112). Da gewisse, medizinische Zustände, wie zum Beispiel eine Hypothermie oder eine Überdosis eines Medikaments, einen umkehrbaren Stillstand der Atmung und des Herzschlags bewirken können, ist diese Todesdefinition nicht ausreichend. Infolgedessen muss jedes Mal, wenn möglich, eine Reanimation durchgeführt werden, wie auch im Buch des Propheten Ezechiel (18:32, übersetzt von Nordmann 2000: 93) vorzufinden ist: „Ich habe doch keinen Gefallen am Tod..., sagt G-tt der Schöpfer, so kehret um und lebet!“ Auch nach den Auffassungen von Maimonides und Rema sollte nach dem Verlust der Atmung eine bestimmte Zeit, wie beispielsweise eine halbe Stunde, gewartet werden, ehe der Mensch als tatsächlich tot charakterisiert wird (vgl. Nordmann 2000: 93).

### **3.4 Die Reaktion auf die Einführung des Hirntodkriteriums**

Aus jüdischer Perspektive stellt sich folgende Frage: Wie sind das Hirntodkriterium und die intensivmedizinische Betreuung zu beurteilen? Denn diese medizinischen Umstände waren dem halachischen, traditionellen Verständnis durchaus noch nicht bekannt. Daher haben nach der Einführung des Hirntodkriteriums zahlreiche Debatten stattgefunden (vgl. zu dieser Passage Körtner 2003: 112). Zum Beispiel hat im Jahr 1986 das israelische Oberrabbinat die Erlaubnis gegeben, bei spezifischen Fällen eine Herztransplantation durchführen zu dürfen (vgl. Körtner 2003: 112), was wiederum dem Hirntodkriterium einen Rückhalt gegeben hat (vgl. Nordmann

2001: 271). Daraufhin haben auch orthodox rabbinische Gelehrte das Hirntodkriterium als sicheres und hinreichendes Kriterium des Todes akzeptiert (vgl. Körtner 2003: 112) und aus halachischer Perspektive anerkannt (vgl. Nordmann 2000: 99). Dennoch ist die Todesdefinition von Rabbi Sofer, die im Kapitel 3.2 erwähnt wurde, grundlegend für die halachische Tradition. Infolgedessen ist beim Hirntodkriterium folgendes Problem erkennbar: Bei einem hirntoten Individuum sind nämlich der Herzschlag und die Pulsation vorhanden. Deshalb kann laut jüdisch-halachischem Todesverständnis der Patient bzw. die Patientin mit Hirntod nicht als tot betrachtet werden.

Ein Befürworter soll Rabbi Mosche Feinstein<sup>14</sup> sein, der sich für die Anerkennung des Hirnstammtodes als ein Todeskriterium zu Beginn der Debatte ausgesprochen hat. Die Behauptung hat jedoch sein Schwiegersohn Rabbi Mosche Tendler aufgestellt, der Versuche unternimmt, dieses neue Kriterium des Todes aus jüdischer Perspektive zu sichern (vgl. zu dieser Stelle Nordmann 2000: 100). In Opposition dazu stehen eine Reihe von gegenwärtigen Autoritäten, wie beispielsweise Rabbi Schlomo Salmen Auerbach, Rabbi Joseph Eliaschiv oder Rabbi Elieser Jehuda Waldenberg, die das Hirntodkriterium aufgrund der Halacha ablehnen (vgl. Nordmann 2001: 267).

Gegenstand der Debatte um den Hirntod ist im Allgemeinen das schlagende Herz (vgl. Setta / Shemie 2015: 4). Laut Setta und Shemie (2015: 4) akzeptieren vor allem die progressiven und konservativen Juden und Jüdinnen das Hirntodkriterium, während im orthodoxen Judentum zwei Gegenpositionen vorherrschend sind.

Dieser kurze Einblick lässt erkennen, dass auch innerhalb der Religion die Meinungen bezüglich des Hirntodkriteriums verschieden sind. Daher ist laut Nordmann (2000, 2001) eine Untersuchung notwendig, ob irgendeine Art von Hirntod, wie zum Beispiel der Ganzhirntod oder der Hirnstammtod, mit der Halacha und der jüdischen Todesdefinition zu vereinbaren ist.

Im nachfolgenden Kapitel wird exemplarisch auf talmudische Quellen und Argumentationen von verschiedenen, berühmten Rabbinern eingegangen, um herauszufinden, ob und wie die naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte bezüglich des Hirntodkriteriums in das ethische Urteil zum Hirntodkriterium des Judentums aufgenommen werden.

---

<sup>14</sup> Die Äußerungen von Rabbi Mosche Feinstein und dessen zugeschriebene Bedeutungen sind teilweise problematisch und Gegenstand einer eigenen Diskussion (vgl. Nordmann 2000: 108ff.). Diese werden in der vorliegenden Masterarbeit nicht näher beschrieben.



## 3.5 Betrachtung des Hirntodkriteriums und Quellen der Argumentation

### 3.5.1 Quellen der Argumentation

Nordmann (2000, 2001) untersucht Textstellen im *Talmud* und stellt sich folgende Frage: Sind im *Talmud* Ausnahmefälle zu finden, in denen der Mensch tot ist, aber der Herzschlag noch vorhanden ist? Im Traktat Chulin 21a des *Talmuds* werden Zustände dargestellt, in denen eine Person oder ein Tier als tot bezeichnet wird, obwohl der Herzschlag möglicherweise noch existiert und Bewegungen im Körper, wie zum Beispiel Zuckungen, sichtbar sind (vgl. Nordmann 2001: 268):

„Rabbi Jehuda sagte im Namen von Schmuel: »Jemand, dessen Genick sowie der grössere Teil des mit ihm verbundenen [Hals-]Fleisches durchtrennt wurde, macht ein Zelt [als Leiche] unrein.« (Chulin 21a, übersetzt von Nordmann 2001: 268)

Dazu kommentiert Raschi (Schlomo ben Jizchak, 11. Jahrhundert, übersetzt von Nordmann 2001: 268): „Auch dann, wenn noch Bewegungen des Körpers vorhanden sind.“ Dies zeigt, dass aus Sicht der Halacha die Möglichkeit besteht, das Individuum trotz körperlicher Bewegungen oder Zuckungen sowie eines noch möglichen Herzschlags als tot zu bezeichnen (vgl. Nordmann 2001: 268). Eine weitere bedeutende Quelle ist der Traktat Ohalot (1: 6) im *Talmud*, der folgendes angibt:

„Ein Mensch verunreinigt nicht eher [als Leiche], als bis ihm die Seele ausgeht; selbst einer, dessen Sehnen zerschnitten sind du selbst derjenige im Todeskampf [verunreinigen nicht] ... So verunreinigen auch Vieh und Wild nicht eher, als bis ihnen das Leben ausgeht. Ist ihnen der Kopf abgeschnitten worden, so sind sie, obgleich sie noch zappeln, schon unrein. Es ist damit wie mit dem Schwanz einer Eidechse, der noch zappelt [selbst nachdem er vom Körper abgeschnitten worden ist].“ (Ohalot 1:6, übersetzt von Nordmann 2001: 269)

Raschi kommentiert an dieser Stelle, dass diese Bewegung nicht als Lebenszeichen zu achten ist und auch Maimondes ist dieser Ansicht:

„Spastisches Zucken der Muskeln kann in einem bis anhin lebendigen Organismus sogar nach dessen Tod auftreten. Diese Art von Bewegung ist kein Indikator für Leben, da die Kraft dieser Bewegung, die in die Gliedmassen ausströmt, ihren Ursprung nicht in einem Zentrum hat, sondern sich unabhängig durch den Körper ausbreitet.“ (Mischna-Kommentar von Maimonides zu Ohalot 1:6, übersetzt von Nordmann 2000: 102)

Bei vager Behandlung dieser Quellen wird von manchen gelehrten Rabbinern die Meinung vertreten, dass der Hirntod aus der Sicht der Halacha anzuerkennen sein könnte. In dieser Hinsicht finden neuere Debatten über die die Anerkennung des Hirntodkriteriums im Judentum auf der Grundlage der physiologischen Enthauptung statt.

### **3.5.2 Physiologische Enthauptung und irreversibler Ausfall der Spontanatmung als Argumentation für oder gegen das Hirntodkriterium**

Im amerikanischen Kontext gibt es zwei grundlegende Positionen in der jüdischen Religion (vgl. Werren 2019: 129-130): Die erste spricht sich für das Hirntodkriterium aus, denn der irreversible Ausfall der gesamten Gehirnfunktionen ist als Tod des Menschen aus halachischer Sicht anzuerkennen. Im Gegensatz dazu stehen die Gegner und Gegnerinnen des Hirntodkriteriums, die lediglich den endgültigen Herzstillstand als halachischen Tod ansehen (vgl. Werren 2019: 130). Laut Werren (2019: 130) wird diese Auffassung nur von der Minderheit vertreten, die dennoch nicht außer Acht gelassen werden darf, denn sie scheint innerhalb der amerikanisch-jüdischen Orthodoxie an Einfluss zu gewinnen, besonders nach der Veröffentlichung des Berichts vom *Rabbinical Council of America* im Jahr 2010. Die erste Position, die genannt wurde, wird höchstwahrscheinlich von modern-orthodoxen Juden vertreten, während die Gegenposition die Auffassungen der ultra-orthodoxen Juden sind (vgl. Werren 2019: 130).

#### **3.5.2.1 Physiologische Enthauptung**

Jüdische Vertreter und Vertreterinnen des Ganzhirntodkonzeptes sehen den Hirntod als die „physiologische Dekapitation“ (Nordmann 2000: 102) an. Somit ist diese Eigenschaft ein sicheres Todeskriterium, welches mit dem jüdischen Gesetz vereinbar ist (vgl. Nordmann 2000: 102). Im Jahr 1971 wurde diese Debatte über die Gleichsetzung des Hirntodes mit der physiologischen Enthauptung durch einen Artikel im hebräischen Journal, sogar mit Anknüpfungen an die Stellen im *Talmud*, durch die Autoren Rabbi Rabinowitz und Dr. Königsberg in Angriff genommen (vgl. Nordmann 2000: 102-103). Sie haben Bezug auf die Stelle im *Ohalot* (1:6) genommen und sind der Auffassung, dass die zwei Begriffe „Hirntod“ und „Dekapitation“ gleichwertig sind, denn die Enthauptung bedingt laut dem *Talmud* den Tod, auch wenn sich der Körper noch bewegt (vgl. Nordmann 2001: 269-270). Diese Begründung wurde durch den Rabbiner Mosche Tendler, der in Amerika als Professor für Biologie und für jüdische Medizinethik tätig und der Hauptvertreter des Hirnstammtodes ist, erweitert, welche im Kapitel 3.5.2.2 näher erläutert wird.

Für Rabbi Dov Linzer, der im Artikel „Brain Death or Cardiocirculatory Death“ von 2015 einen wichtigen Standpunkt dargelegt hat, findet der Hirn(stamm)tod im *Talmud* keine Erwähnung. Das heißt, die Entscheidungsträger versuchen, den Hirn(stamm)tod als halachischen Tod zu bestimmen, obwohl sie keinen direkten Nachweis für dieses Verständnis aufbringen können.

Einige orthodoxe, rabbinische Autoritäten akzeptieren diese Passagen in den Traktaten Ohalot und Chulin in Zusammenhang mit dem Konzept des Ganzhirntodes als allgemein gültig. Eine Gleichsetzung von der Enthauptung des Körpers und der Bedeutungslosigkeit der körperlichen Bewegungen mit dem neurologischen Tod durch irreversible Gehirnschädigungen, inklusive des Hirnstamms, wird durch die Befürworter und Befürworterinnen vorgenommen (vgl. Werren 2019: 131).

Des Weiteren benutzt der Rabbi Bleich, der im Bereich der jüdischen Medizinethik ein Spezialist ist, bei seiner Argumentation dieselbe Vorgehensweise wie Rabbi Tandler, demzufolge die Bedingung einer kompletten „Zerstörung des gesamten Gehirns“ (Nordmann 2001: 270) vorherrschend sein müsste, wenn die Enthauptung mit dem Hirntod gleichgesetzt wird. Diese Bedingung ist bei Patienten und Patientinnen mit Hirntod nicht erfüllt. Rabbi Bleich (z. B. 1996) legt wissenschaftliche Studien vor, die nachweisen, dass trotz der Diagnose „Hirntod“ unterschiedliche Funktionen des Gehirns noch existieren können. Demnach darf die Stelle im *Talmud* nur dann herangezogen werden, wenn bei dem Verunglückten die Diagnose, dass sein Gehirn komplett zerstört ist, vorliegt. Dies trifft aber, so Bleich, bei einem hirntoten Patienten bzw. einer hirntoten Patientin nicht zu und somit ist das Hirntodkriterium aus Sicht der Halacha nicht zu akzeptieren (vgl. zu dieser Stelle Nordmann 2001: 271).

Unter den gelehrten Rabbinern gibt es enorme Differenzen, ob die Passagen der Traktate Ohalot und Chulin überhaupt adäquate Analogien zum Hirntodkriterium sind (vgl. Werren 2019: 132) und für die Begründung herangezogen werden dürfen. Werren (2019: 132) führt in diesem Zusammenhang den Bericht vom *Rabbinical Council of America* an, in dem gegen positive Interpretationen der bedeutenden Quellen in Verbindung mit der Akzeptanz des Hirntodes argumentiert wird und daher ein angemessener Vergleich abzulehnen ist. Dabei nehmen das *Rabbinical Council of America* Bezug auf die Stellungnahme des *President's Council on Bioethics* (2008: 60), die die Konzeption der Integration durch die drei entscheidenden Merkmale ablöste, da dieses Konzept zu der falschen Annahme führte, dass das Gehirn der Integrator aller vitalen und somatischen Lebensfunktionen ist. Die drei Eigenschaften machten es möglich, den Organismus als Ganzes zu betrachten (vgl. *The President's Council on Bioethics* 2008: 60). So verteidigen das *Rabbinical Council of America* ihre Begründung gegen die positive Verwendung von Quellen für die Anerkennung des Hirntodkriteriums aus Sicht der Halacha durch die neueste, wissenschaftliche Literatur (vgl. Werren 2019: 132). Das heißt, jede Quelle des jüdischen Gesetzes, die herangezogen wird, um die Todesfeststellung basierend auf

dem Fehlen der somatischen Integration anzuerkennen, wird wegen der Naturwissenschaft oder den Untersuchungen durch Wissenschaftsgruppen zurückgewiesen (vgl. Werren 2019: 132).

Für Werren (2019: 133) ist es aufgrund der jüdischen Traditionen, in der Meinungsverschiedenheiten vorherrschend sind und zum halachischen Prozess der Problemlösung beitragen, nicht möglich, „die Wahrheit“ in diesem medizinethischen Problem zu finden.

### **3.5.2.2 Irreversibler Ausfall der Spontanatmung (Teilhirtodkonzept)**

Das Konzept des Hirnstammtodes, welches ein Teilhirtodkonzept darstellt und in vielen Ländern nicht als Gleichsetzung mit dem Tod eines Menschen ausreicht, ist für Rabbi Tendler aus der Sicht der Halacha akzeptabel, da der „Infarkt des Hirnstamms“ (Körtner 2003: 113) in Zusammenhang mit dem unumkehrbaren Atemstillstand steht, welcher ein hinreichendes Kriterium des Todes ist. Folglich hat Rabbi Tendler in einem anerkannten Journal im Jahr 1977 mit anderen Autoren<sup>15</sup> die Konzeption des Hirnstammtodes als ein hinreichendes Todeskriterium zufolge der Halacha vorgestellt. Rabbi Tendler erkennt die Gleichsetzung von einem hirntoten mit einem enthaupteten Individuum an und bezweifelt zugleich die klassischen Todeszeichen im Judentum (vgl. zu dieser Stelle Nordmann 2001: 270). In keiner jüdischen Quelle stellten der Verlust des Herzschlags und der Pulsation die wesentlichsten Merkmale für die Feststellung des Todes dar (vgl. Veith et al. 1977: 1653). Frühe, biblische Werke akzeptieren die selbstständige spontane Atmung als wichtigste Eigenschaft für das Leben. In diesem Sinne ist für Rabbi Tendler der Hirnstammtod<sup>16</sup>, der auch in Großbritannien ein hinreichendes Todeskriterium darstellt (vgl. Oduncu 1998: 84), ein jüdisches, klassisches Kriterium des Todes, weil bei hirntoten Patienten und Patientinnen die Funktion der spontanen Atmung unumkehrbar verloren ist. Dieser Standpunkt hat zum Teil hitzige Auseinandersetzungen ausgelöst (vgl. zu dieser Stelle Nordmann 2001: 270). Unter anderem kritisiert Nordmann (2000: 104) die Aussagen von Rabbi Tendler, da er das Konzept des Hirnstammtodes mit dem des Ganzhirtodes (physiologische Enthauptung) vermischt. Weiters hat der Rabbi Aaron Soloveitchik, der eine bekannte Autorität ist, im Jahr 1978 die Erklärungen

---

<sup>15</sup> Veith, Frank J., Jack M. Fein, Moses D. Tendler, Robert M. Veatch, Marc A. Kleiman und George Kalkines (1977): Brain Death: I. A status report of medical and ethical considerations, in: *JAMA*, Jg. 238, Nr. 15, S. 1651-1655.

<sup>16</sup> Die Merkmale des Hirnstammtodes sind vor allem der Atem- und Herz-Kreislaufstillstand und die Hirnstamm-Areflexie. Der Patient bzw. die Patientin ist bewusstlos und kognitive Leistungen sind nur vorhanden, wenn die künstliche Beatmung fortgesetzt wird (vgl. Oduncu 1998: 87).

von Rabbi Tendler als „serious misinterpretation of Jewish Law“ beschrieben, insbesondere weil er die klassisch jüdischen Todeskriterien hinterfragt hatte (vgl. Nordmann 2001: 270).

Diese Debatte beschäftigt sich vor allem mit einer Textstelle in Joma, die für die Begründung des Hirnstammtodes verwendet wird, während die Textstellen in Ohalot und Chulin, in denen es um die Dekapitation geht, für das Ganzhirntodkriterium herangezogen werden (vgl. Werren 2019: 133). In dieser Textstelle geht es darum, wie der Tod bei einem Menschen, der unter einem Scheiterhaufen am Tag des Schabbats begraben ist, festgestellt werden kann. Dies wurde im Kapitel 3.3 näher erläutert. Die Schlussfolgerung ist, dass der einzige Indikator das Fehlen der Atmung ist. Diese spontane Atmung wird vom Hirnstamm automatisch geregelt und kann durch eine irreversible Schädigung nicht mehr eigenständig und aktiv gesteuert werden. In diesem Sinne wäre die Todesbestimmung auf eine Weise durch die jüdischen Quellen in Verbindung mit der Diagnose „Hirntod“ gegeben. Es stellt sich nur die Frage, was aus der Sicht der Halacha gegen den Hirnstammtod spricht (vgl. zu diesem Abschnitt Werren 2019: 134). Werren (2019: 134) gibt an, dass auf einem „meta-halachic level“ diskutiert werden kann. Denn es muss beachtet werden, dass die im *Talmud* angegebene Situation in einem vormodernen Kontext stattfindet, wo es noch keine intensivmedizinische Behandlung gibt. Im Vergleich zur oben beschriebenen Situation ist die Gegebenheit bei einem hirntoten Patienten bzw. einer hirntoten Patientin auf der Intensivstation, in der sich qualifizierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen um die Betreuung des Patienten bzw. der Patientin kümmern, und in der kein bevorzugtes Merkmal für die Todesfeststellung notwendig ist, eine völlig differenzierte (vgl. zu dieser Passage Werren 2019: 134-135). Die Frage, ob die beiden Sachverhalte überhaupt gegenübergestellt werden können, erscheint genauso legitim, so Werren (2019: 135) wie die Anerkennung der Atmung als einzigem Indikator, ohne die Verschiedenheiten in diesen Situationen zu betrachten. In diesem Sinne weist Rabbi Reifman (2013: 60) auf etwas hin, dass sowohl in diesem Kontext als auch in den bisher geführten Diskussionen ersichtlich wird: „Too often the debate has been caught between extreme hermeneutic visions: halachic texts are seen either to address modern issues unambiguously or not to address them at all.“ Da das Hirntodkriterium im *Talmud* und den dazugehörigen Kommentaren nicht dargestellt wird, ist die Möglichkeit Klarheit zu schaffen, nicht gegeben (vgl. Werren 2019: 135).

Einen weiteren Aspekt verdeutlicht der Rabbiner Dov Linzer, der in New York der modern-orthodoxe Präsident und Rosh HaYeshiva der rabbinischen Schule YCT ist. Wenn ein Patient oder eine Patientin mit Hirnstammtod als lebend aufgefasst wird, so ist der Verlust der Atmung

als einziges Todeskriterium nicht zu akzeptieren (vgl. Werren 2019: 135). Aus dieser Perspektive bringt Linzer die Diskussion etwas voran, indem er folgende Frage stellt:

„This person is alive only if a new criterion is added: Death requires cessation not only of respiration, but also of circulation. The framing of this debate, then, needs to be reversed. The question is not ‘What sources or arguments justify the brain death definition?’ but rather, ‘What sources or arguments justify adding a new criterion, cessation of circulation, to the standard halakhic definition of death?’ “ (Linzer 2015: 176-177)<sup>17</sup>

Überdies steht Reifman (2013) der zweiten Quelle von Chatam Sofer, die maßgebend für die Todesdefinition ist, kritisch gegenüber, da das Problem der drei Merkmale zur Bestimmung des Todes einerseits in der textlichen Zusammensetzung (vgl. Werren 2019: 136) und andererseits im historischen Kontext (vgl. Reifman 2013: 45) liegt. In Bezug auf die textliche Zusammensetzung wird von manchen Rabbinern lediglich die einzige Textstelle, die im Kapitel 3.3 *Allgemein: Bedeutung des Todes* zitiert wurde und die drei Merkmale für die Todesbestimmung beinhaltet, für ihre Argumentation herangezogen, während aber eine andere Stelle im Kommentar von Chatam Sofer relevant ist, die sich am Beginn des Responsums befindet (vgl. Reifman 2013: 44):

„[...] ‘All in whose nostrils was the merest breath of life’ [Gen. 7:22], [to establish] that life is determined exclusively by breath of the nostrils, as is explained in Yoma (85a) and as ruled by the Rambam and the Tur/Shulhan Arukh. [...] and even so, when [such a person] stops breathing, we no longer violate Shabbat [on his behalf]. Therefore this principle applies to all deceased individuals, for this is the standard that has been accepted since the founding of our nation, and all the winds in the world cannot move us from the position of our holy Torah.” (Reifman 2013: 44)

In diesem Textabschnitt wird deutlich, dass der Atemstillstand das einzige Kriterium für die Feststellung des Todes ist. Warum gibt Chatam Sofer im Nachhinein weitere zwei Kriterien für die Todesfeststellung an? Um dies zu beantworten, muss der historische Kontext betrachtet werden, in dem die zeitliche Differenz zwischen dem Verlust des Pulses und der Atmung als minimal empfunden wurde (vgl. Reifman 2013: 45).

„Practically speaking, in the early nineteenth century, requiring cessation of pulse as well as respiration would result in a difference of at most a few minutes in the estimated time of death. Equally important is the fact that these two formulations – ‘Death is determined by cessation of breathing’ and ‘Death is determined by cessation of movement, pulse, and breathing’ – occupied the same ideological space within the Hatam Sofer’s milieu: in the polemic against delayed burials, both effectively meant, ‘Death need not be determined by the onset of decomposition’.“ (Reifman 2013: 45)

---

<sup>17</sup> Dieses Zitat wurde aus dem Kapitel „Jewish Orthodox perspectives on brain death and organ donation: contested knowledge between scientific determinations and religious normativity in Judaism“ von Sarah Werren (2019) entnommen.

In diesem Sinne sieht Reifman (2013: 52) in der Anwendung der vormodernen, halachischen Textstellen gewisse Herausforderungen für die heutige gesetzliche Urteilsfindung. Unter anderem bleiben jüdisch, gesetzliche Texte über die historischen Entwicklungen hinaus gültig. Dadurch müssen moderne, medizinische Probleme mit den veralteten Werken in Beziehung gesetzt werden, deren medizinisch-technologische Einschränkungen innewohnen (vgl. Reifman 2013: 53). Natürlich werden aber auch Begriffe, wie zum Beispiel der der Atmung, in der modernen Medizin nicht angezweifelt, da diese nach dem *Talmud* ein Vorgang ist, der für den Körper lebensnotwendig ist. Dies wird auch heute noch so gesehen, obwohl sich durch die wissenschaftlich-technologischen Weiterentwicklungen unser Verständnis bezüglich der Atmung erweitert hat (vgl. zu dieser Stelle Reifman 2013: 56).

Insbesondere ist auch die halachische Begründung begrenzt, was eine weitere Herausforderung darstellt. Die Suche nach Passagen in jüdischen Quellen, um eine Annahme oder ein Argument zu formulieren, wird teilweise zum Problem. Denn die Frage ist folgende: Warum werden Textstellen ausgesucht, die aufgrund ihrer zeitlich-geschichtlichen Überholtheit nicht adäquat auf die Komplexität der modernen Medizin angewendet werden können? Einerseits ist am Beispiel der Atmung zu erkennen, dass die künstliche Herstellung dieser nicht in traditionellen Quellen genannt wird (vgl. zu diesem Absatz Reifman 2013: 58). Andererseits gibt es eine weitere Eigenschaft, die zu einer neuen Bedeutung des Todes geführt hat und in den jüdischen, halachischen Quellen ebenso fehlt: „modern medicine’s understanding of the role of the brain“ (Reifman 2013: 58). Dies führt laut Reifman (2013: 58) zu Überlegungen, ob bei halachischen Fragen säkuläre bioethische Ansätze herangezogen werden sollten. In den letzten Generationen haben diesem Vorschlag auch manche orthodoxen Rabbiner zugestimmt, die meinen, dass nicht jede bioethische Frage mit der Halacha beantwortet werden kann, denn des Öfteren ist laut den orthodoxen Weisen die Vorgehensweise bei bioethischen Fragen sowieso schon durch philosophische oder theologische Elemente beeinflusst. Auf der einen Seite sind die Veränderungen in der modernen Medizin sehr extrem, die es problematisch machen, halachische Quellen zu finden, mit denen die aufgetauchten Fragen beantwortet werden können. Auf der anderen Seite setzt sich die Halacha explizit mit Umständen oder Grundkonzeptionen auseinander, denen in der modernen Medizin nicht mehr zugestimmt werden kann. Demnach ist die Argumentation der Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, dass keine halachischen Werke herangezogen werden sollen, wenn das jüdische Gesetz keine praktische Grundidee für die Lösung eines Dilemmas bereitstellt (vgl. zu diesem Absatz Reifman 2013: 58). Reifman (2013: 59) zeigt bezüglich dieser Überlegungen auf, dass die

Halacha sehr wohl eine tragfähige Quelle für modern-medizinische Probleme ist. Denn Textstellen, die sich auf die Todesfeststellung beziehen, sind in der Halacha reichlich vorhanden. Der grundlegende Indikator für den Tod ist der Verlust der Atmung, der auch für die heutige Medizin eine Eigenschaft ist, mit der der Tod festgestellt wird. Der Unterschied liegt lediglich darin, dass alle Patienten und Patientinnen mit der Diagnose „Hirnstammtod“ nach halachischen Kriterien als tot gelten, während im bioethischen Kontext das Fehlen der Atmung als ein notwendiges, aber als ein nicht hinreichendes Todesmerkmal akzeptiert wird. Es ist daher möglich, dass in naher Zukunft aufgrund der Weiterentwicklungen im Bereich der Medizin Fragen auftreten können, die aus säkularer, bioethischer und aus halachischer Perspektive wiederum verschieden dargelegt werden (vgl. zu diesem Abschnitt Reifman 2013: 59). Aber das aktuelle Verhältnis zwischen halachischen und säkularen Bestimmungen weisen auf Folgendes hin:

„[...] halakha provides a paradigm for this issue that is no less viable in a modern medical context than the one formulated by secular bioethicists. [...] To remain true to halakhic observance in the modern world is to accept the canon of halakha as a vibrant and relevant source of authority, one that continues to speak to our experiences even across shifts in scientific paradigms.“ (Reifman 2013: 59)

Dennoch liegt die Entscheidung bei den Rabbinern, inwiefern halachische Quellen für aktuelle Fragen von Relevanz sind. Wenn sich Menschen dazu entschließen, der Halacha treu zu sein, dann müssen auch die Entscheidungen der rabbinischen Autorität akzeptiert werden. Schließlich ist das Verhältnis zwischen den rabbinischen Gelehrten und der halachischen Gemeinschaft ein wechselseitiges. Das bedeutet aber auch, dass die Urteile des Poskims nur durch die Gesellschaft maßgebend werden. Somit obliegt es den Menschen selbst, die der Halacha treu bleiben, welche Gemeinschaft sie auswählen und welche Poskims und welche Entscheidungen wegweisend werden (vgl. zu dieser Passage Reifman 2013: 60).

Schlussendlich sollte die Debatte nicht zwischen zwei hermeneutischen Extremen gefangen sein, bei denen die Betrachtung der halachischen Quelle entweder zu vollkommener Akzeptanz oder zu absoluter Ablehnung führt (vgl. Reifman 2013: 60). Vielmehr, so Reifman (2013: 60), sollten die Rabbiner die Werke dazu verwenden, um aktuelle Themen zu erläutern, denn dadurch wird den älteren, halachischen Texten eine neue Bedeutung gegeben.



### 3.5.3 Kritik am israelischen Oberrabbinat von Rabbinern

Das israelische Oberrabbinat hat im Jahr 1986 trotz der vielen jüdischen Kritik die Entscheidung getroffen, unter gewissen Voraussetzungen und bei manchen Patienten und Patientinnen Herztransplantationen zu ermöglichen. Dies hat zu den Annahmen geführt, dass das israelische Oberrabbinat, welches in keiner Weise geltend macht, „die höchste Entscheidungsinstanz im Judentum darzustellen“ (Nordmann 2001: 271), den Hirntod als eine allgemeingültige Definition des Todes akzeptiert. Denn im Bericht sind fünf Voraussetzungen für die Feststellung des Todes relevant (vgl. Chief Rabbinate Council of Israel 1986: 394-395):

- 1) Deutliche Kenntnis über die Ursache der Verletzung; andere Ursachen, die den Tod vortäuschen, müssen ausgeschlossen werden;
- 2) Vollkommener Ausfall der spontanen Atmung;
- 3) Klinisch-detaillierter Nachweis über die Schädigung am Gehirn;
- 4) Objektiver Nachweis des endgültigen Ausfalls des Hirnstamms durch wissenschaftlich-objektive Tests, wie zum Beispiel Brainstem Auditory Evoked Response-Test (kurz: BAER-Test);
- 5) Nachweis, dass der endgültige Atemstillstand und die Inaktivität des Hirnstamms trotz intensivmedizinischer Betreuung mindestens zwölf Stunden andauert (vgl. zu diesem Abschnitt Chief Rabbinate Council of Israel 1986: 394-395).

Die Anwendung der empfohlenen Kriterien zur Feststellung des Todes ist nur bei Menschen, die einen Unfall hatten, mit der Absicht Transplantationen von Organen durchführen zu können, erlaubt. Die Opfer eines Unfalls, die die Spontanatmung verloren haben, werden aus dem Blickwinkel der Halacha als *tereifa* aufgefasst und sind nach einer Minderheitenmeinung als tot zu betrachten (vgl. zu dieser Passage Nordmann 2000: 107). Aus diesem Grund hat das israelische Oberrabbinat die Entscheidung auf diese Personen beschränkt (vgl. Nordmann 2001: 271), während in anderen Fällen, wie zum Beispiel bei Patienten und Patientinnen mit unheilbaren Krankheiten oder bei Verunglückten, die nicht als Spender für Organe infrage kommen, kein Verweis darauf gegeben wird (vgl. Nordmann 2000: 107).

Außerdem weisen die Erklärungen des Oberrabbinats darauf hin, dass die getroffene Entscheidung nichts mit der Akzeptanz des Hirntodes zu tun hat, sondern lediglich auf die Organtransplantation und auf den unumkehrbaren Verlust der spontanen Atmung reduziert ist. Diese Meinung vertritt auch der Rabbiner Bleich, der ein Kritiker des Hirntodkriteriums ist. Nordmann (2001: 271) macht dabei deutlich, dass das Oberrabbinat nur den unumkehrbaren

Verlust der Spontanatmung als Todeskriterium ansieht und die Gleichsetzung von Dekapitation und Hirntod nie zur Debatte stand. Auch Bleich (1989) kommt zu demselben Entschluss und merkt an, dass der Ausfall der Atmung als einziges Kriterium für den Tod gilt, unabhängig davon ob noch Funktionen des Gehirns vorhanden sind oder nicht. Die Funktionen des Gehirns sind also für die Definition des Todes irrelevant. Das bedeutet, dass Personen, deren Atemtätigkeit irreversibel erloschen ist, als tot zu betrachten sind und dies nichts mit den neurologischen Kriterien für den Tod, sprich dem Hirntodkriterium, auf sich hat (vgl. zu dieser Stelle Bleich 1989).

Auch nach dieser Richtigstellung haben berühmte Rabbiner an dieser Entscheidung des Oberrabbinats Kritik geübt und die Unvereinbarkeit der Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod eines Individuums im jüdischen Gesetz deutlich gemacht. Zum einen wird die Einstellung vertreten, dass der irreversible Ausfall der Spontanatmung als einziges Todeskriterium im Widerspruch zur klassischen, jüdischen Definition des Todes steht. Zum anderen ist ein Patient bzw. eine Patientin mit Hirntod, der bzw. die künstlich beatmet wird, lebendig in der Zeit, in der das Herz noch weiterschlägt. Zum Beispiel erklärte der bereits verstorbene Rabbi Schlomo Salmen Auerbach, dass ein Mensch, der an einem Hirntod leidet, sich an der Schwelle zwischen Sterben und Tod befindet. Aus diesem Grund ist eine Beschleunigung des Todes nicht berechtigt und es dürfen keine Organe entnommen werden. Der Hirntod ist somit nicht identisch mit dem Tod des Lebewesens Mensch (vgl. zu dieser Stelle Nordmann 2001: 271-272).

### **3.6 Schlussfolgerungen**

Die Debatte um den Hirntod wird im Judentum seit mehr als dreißig Jahren geführt und noch immer ist keine Einigkeit zwischen den rabbinischen Autoritäten zu sehen. Beim Hirntodkriterium und dessen Akzeptanz handelt es sich aus jüdischer Perspektive nicht um eine ethische Frage, sondern eher um präzise „Interpretationsmöglichkeiten“ (Nordmann 2001: 273) der Halacha, denn nicht immer gelangt man bei Stellen im *Talmud* zu einer Übereinstimmung. Nordmann (2001: 273-274) beschreibt, dass bei einer möglichen Durchsetzung des Standpunktes, in welchem ein hirntotes Individuum als Sterbender und nicht als Toter aufgefasst wird, dies aus jüdischer Perspektive zu einer Klarheit führen würde. Denn die Opferung eines Lebens für einen anderen Menschen ist nicht erlaubt. Folglich ist auch das Hirntodkriterium abzulehnen.

Neben dieser Meinung werden auch andere Auffassungen vertreten, die das Hirntodkriterium, besser gesagt ein Teilhirntodkonzept, anerkennen. Zum Beispiel ist für Rabbi Tendler der Hirnstammtod ein traditionell jüdisches Kriterium des Todes, weil bei hirntoten Patienten und Patientinnen die Funktion der spontanen Atmung unumkehrbar erloschen ist. In dieser jüdischen Argumentation findet sich lediglich ein einziger, naturwissenschaftlich-medizinischer Aspekt bezüglich des Hirntodkriteriums wieder: der Atemstillstand (Apnoe). Wenn die Spontanatmung irreversibel ausgefallen ist, dann stellt dies ein Kriterium für den Tod eines Menschen dar. Für die Akzeptanz eines Ganzhirntodes wird die physiologische Enthauptung herangezogen. Dabei nehmen die Befürworter und Befürworterinnen des Hirntodkriteriums Bezug auf die Stelle im *Ohalot* (1:6) und sind der Auffassung, dass eine Gleichwertigkeit zwischen den zwei Begriffen „Hirntod“ und „Dekapitation“ vorherrscht. Denn sobald ein Lebewesen enthauptet wird, bedingt dies laut dem *Talmud* den Tod, auch wenn noch Zuckungen oder Bewegungen am Körper ersichtlich sind. Diese Begründung setzt die Dekapitation des Körpers und die Bedeutungslosigkeit der körperlichen Bewegungen mit dem neurologischen Tod durch irreversible Gehirnschädigungen, inklusive des Hirnstamms, gleich.

Für das ethische Urteil, ob nun das Hirntodkriterium akzeptiert oder abgelehnt wird, werden verschiedene talmudische Quellen herangezogen, die durch zahlreiche rabbinische Autoritäten interpretiert werden. Dabei steht jede jüdische Gemeinschaft in einer wechselseitigen Beziehung mit dem Rabbiner, dessen Entscheidungen, sofern die Juden und Jüdinnen der Halacha treu bleiben, zu akzeptieren sind. Die Verantwortung, inwieweit halachische Quellen zur Verwendung für gegenwärtig problematische Fragen eingesetzt werden, liegt beim Rabbiner. Aus geschichtlicher Perspektive hat es demnach keine Veränderung der Argumentation bezüglich des Hirntodkriteriums gegeben, da die traditionellen Werke laut Reifman (2013) immer aus zwei hermeneutischen Extremen betrachtet wurden. Infolgedessen ist es laut dem Autor die Aufgabe des Rabbiners, diesen älteren Quellen eine neue Bedeutung zukommen zu lassen. Dabei helfen sowohl säkuläre als auch philosophische Begründungen, die die Betrachtungsweise positiv oder negativ beeinflussen können. Im Endeffekt liegt es an der Gemeinschaft, welche Entscheidungen maßgebend werden. Somit ist auch die Unstimmigkeit im Judentum zu erklären.

Neben den raschen Entwicklungen der Medizin, in der vor allem die Reflexion über den Fortschritt zu kurz kommt, hat die jüdische Religion jedoch eines nicht vergessen – eine Orientierung an einem konstanten Wertesystem (vgl. Nordmann 2003: 84). Mit diesem wird versucht, medizinische, ethische etc. Problematiken zu lösen. Meiner Meinung nach bedeutet

das, dass medizinische Erkenntnisse und neue technische Fortschritte im Judentum eine erhebliche Rolle spielen. Diese müssen aber in Einklang mit der Halacha gebracht werden. Auch für die Akzeptanz oder die Ablehnung des Hirntodkriteriums wird das jüdische Gesetz herangezogen und die Entscheidung wird letztendlich durch den Rabbiner gefällt. Im Judentum wird vor allem auf erster Ebene, der Ebene der Todesdefinition, diskutiert. Das traditionelle, halachische Todesverständnis ist nämlich nicht mit dem Hirntodkriterium vereinbar. Zwar hat die Knesset im Jahr 2008 ein „Hirntod-Gesetz“ verabschiedet, um die Organspende zu unterstützen, doch die Debatten haben kein Ende gefunden. Dieses Gesetz befasst sich mit der Todeszeitpunktbestimmung, die für eine erfolgreiche Organentnahme wesentlich ist. Auch die Vereinbarkeit zwischen jüdischem Gesetz und dem Hirntodkriterium soll durch das verabschiedete Gesetz zum Vorschein kommen. Dadurch soll es den Juden und Jüdinnen leichter gemacht werden, der Organspende nach einem diagnostizierten Hirntod zuzustimmen und ein Vertrauen zu den Ärzten und Ärztinnen aufzubauen. Nach diesem Gesetz müssen die Ärzte und Ärztinnen nach Aufforderung der Angehörigen des betroffenen, hirntoten Patienten bzw. der Patientin die medizinischen Materialien zur Verfügung stellen, die dann weiters dem Rabbiner vorgelegt werden dürfen, um gemeinsam eine Entscheidung zu treffen. Trotz allem finden weitere Diskussionen um den Hirntod statt, die vor allem auch der Einführung dieses Gesetzes zu verdanken sind. Die Gegner und Gegnerinnen des Hirntodkriteriums sehen lediglich den Herzstillstand als den Tod des Menschen an. Nach der Verabschiedung dieses Gesetzes hat die ultra-orthodoxe Eda Charedit, die der Gemeinde der Gottesfürchtigen angehört, ein Statement abgegeben. Dabei ist das sechste Dekalog-Gebot „Du sollst nicht töten/morden.“ im Vordergrund ihrer Argumentation gestanden. Sie ist der Auffassung, dass die Knesset dadurch gestattet einen hirntoten Menschen zu ermorden. Im Gegensatz dazu stehen die Befürworter und Befürworterinnen, bei denen der vollständige Verlust der Atmung (Teilhirtodkonzept) als hinreichendes Kriterium für den Tod des Individuums angesehen wird (vgl. zu diesem Abschnitt Struminski 2008).

Fazit ist, dass es in der jüdischen Medizinethik wichtig ist, gelehrte, rabbinische Autoritäten bei Themen, wie zum Beispiel bei einem intensivmedizinischen Abbruch oder bei der Entnahme von Organen nach einem diagnostizierten Hirntod, heranzuziehen, um von Krankheitsfall zu Krankheitsfall gemeinsam mit Familienmitgliedern und qualifizierten Ärzten und Ärztinnen die Situation zu besprechen (vgl. zu dieser Stelle Nordmann 2001: 274). Laut Körtner (2003: 114) weist dies auf die Notwendigkeit der Einbindung der unterschiedlichen Religionen und ihren Autoritäten in den medizinethischen Entscheidungen hin.

## 4 Christentum

### 4.1 Allgemeine Informationen: Zahlen, Fakten

Das Christentum ist vor ca. 2000 Jahren (1. Jahrhundert n. Chr.) entstanden, wobei es sich aus dem Judentum heraus entwickelt hat und dabei der jüdische Wanderprediger Jesus von Nazareth im Zentrum gestanden ist (vgl. Seresse 2011: 13; Setta / Shemie 2015: 5). Beim Christentum ist es zu einer Spaltung in zwei Richtungen gekommen, nämlich in die westliche Kirche und die östliche Orthodoxie. Das westliche Christentum teilt sich in den römischen Katholizismus und in die protestantischen Reformbewegungen ein, die sich ab dem 16. Jahrhundert verbreitet haben. Neben diesen steht das östlich-orthodoxe Christentum, welches aus autonomen Glaubensformen, wie zum Beispiel aus der griechischen, rumänischen und russischen Orthodoxie, besteht (vgl. zu dieser Stelle Setta / Shemie 2015: 5). Auf der ganzen Welt leben über 2.2 Milliarden (ca. 29.5 %) Christen und Christinnen. Davon gehören rund 1.3 Milliarden Menschen dem katholischen Glauben an, während ca. 900 Millionen Protestanten und Protestantinnen und ca. 300 Millionen orthodox sind (vgl. zu dieser Stelle Länderdaten.info o. J.).

Die Heilige Schrift ist im Christentum die Bibel und umfasst zwei Teile – das Alte Testament und das Neue Testament. Dabei geht das alte Testament einen Bund mit dem Volk Israel am Sinai ein, während der neue Bund durch Christus charakterisiert wird (vgl. Seresse 2011: 71). Überdies gibt es den Katechismus, der ein offizielles Lehrbuch der fundamentalen Inhalte des christlichen Glaubens für Schule, Familie und Kirche ist (vgl. DBK<sup>18</sup> o. J.). Die höchste Autorität ist in der römisch-katholischen Kirche der Papst, dessen Verlautbarungen die Entscheidungen und Auffassungen der Menschen mit römisch-katholischem Glauben beeinflussen. Diese Verlautbarungen stützen sich meistens auf die biblische Moraltheorie (vgl. zu dieser Passage Setta / Shemie 2015: 5). Im Gegensatz dazu akzeptiert das östlich-orthodoxe Christentum den römisch-katholischen Papst als oberste Instanz über die ganze Gemeinschaft der Christen und Christinnen nicht (vgl. Setta / Shemie 2015: 7).

Des Weiteren teilt sich die östliche Orthodoxie regional in Gebieten auf, die eigenständig organisiert sind. Jede besitzt ein eigenes Gremium und diese weisen innerhalb der Religion und der Gebiete Unterschiede auf, die auch im Bereich der medizinethischen Fragestellungen vorhanden sind. Aufgrund der hierarchischen Struktur des orthodoxen Christentums dürfen

---

<sup>18</sup> DBK bedeutet Deutsche Bischofskonferenz.

lediglich in Ausnahmefällen, zum Beispiel bei einem ethischen Dilemma oder bei einer Abtreibung, die generell abgelehnt wird, Entscheidungen der einzelnen Individuen mit dem geistigen Vater der Kirche getroffen werden. Im Allgemeinen ist eine Übereinstimmung mit der römisch-katholischen Kirche bezüglich der Moral, die sich auf die Bibel und den Erklärungen der römisch-katholischen Autorität stützt, vorherrschend, jedoch erkennt die östliche Orthodoxie nicht die Traditionen an, die nach der Spaltung in Rom entstanden sind. Hier werden zum Beispiel die Entstehung der Moraltheorie, die sich durch Thomas von Aquin im 13. Jahrhundert entwickelt hat, nicht anerkannt, da laut den östlich-orthodoxen Kirchen die moralischen Fragen nicht mittels philosophischer Vorstellungen oder der Vernunft gefasst werden können (vgl. zu diesem Abschnitt Setta / Shemie 2015: 7).

## **4.2 Allgemein: Bedeutung des Todes**

Gott wird in der Bibel als der Schöpfer und Allmächtiger, der das Leben erhält, gepriesen. Er setzt dem menschlichen Leben und allen anderen Lebewesen eine Grenze. Aufgrund des menschlichen Bewusstseins seiner Endlichkeit ist es wesentlich, ein verantwortungsbewusstes und gewissenhaftes Leben zu führen. Doch welchen Sinn sieht das Individuum im Leben und im Sterben? Welches Verständnis hat der Mensch vom Leben in Anbetracht des gewissen Todes? Diese Fragen können auf unterschiedliche Art und Weise beantwortet werden. Unter anderem kommt es manchmal zu einer Verdrängung oder Tabuisierung des Todes oder der Tod wird als die Trennung des unsterblichen Geistes von dem vergänglichen Körper angesehen (vgl. zu dieser Stelle DBK und EKD<sup>19</sup> 1990: 13). Die christliche Auffassung über den Tod und das Leben ist durch Jesus von Nazareth und die Deutung „des ihm widerfahrenen Geschickes“ (Meinhold 1994: 146) geprägt. Überdies spielen noch der Zusammenhang zwischen Tod und ewigem Leben sowie die Relation von Tod und Sünde eine wesentliche Rolle im christlichen Glauben (Stock 2002: 615). In allen drei Perspektiven wird der Tod im Hinblick auf einen „Geschehenszusammenhang“ betrachtet, „in dem ihm seine endgültige Macht bestritten wird“ (Stock 2002: 615). Dabei ist einerseits der christliche Leitgedanke die Hoffnung, die über den Tod hinausgeht. Andererseits wird die Grundlage einer christlichen Reflexion über den Tod durch den Dank von Paulus – „Tod, wo ist dein Sieg? / Tod, wo ist dein Stachel?“ (1 Kor 15,55); „Gott aber sei Dank, der uns den Sieg geschenkt hat durch unseren Herrn Jesus Christus.“ (1 Kor 15,57) – und in der prophetischen Überzeugung des Sehers Johannes – „Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine

---

<sup>19</sup> EKD ist die Abkürzung für Evangelische Kirche in Deutschland.

Mühsal. [...]“ (Offb 21,4) – angesprochen (vgl. zu dieser Stelle Stock 2002: 615), wobei nun näher auf die Sicht von Paulus eingegangen wird.

Bei Paulus findet eine erste Gegenüberstellung von Tod und Leben statt, wobei zu Beginn folgende Fragen gestellt werden: Warum gibt es den Tod? Warum ist der Tod das Schicksal des Menschen? Paulus gibt dabei vier Standpunkte über den Tod wieder:

- 1) Die Sterblichkeit ist ein Merkmal des Menschen und ohne Ausnahme wird das Individuum vom Tod begleitet (vgl. Meinhold 1994: 149), während Gott als einziger unsterblich ist (vgl. 1 Tim 6,16).
- 2) Die Erkenntnis, dass im Leiden ein Ausdruck der Liebe steckt, sieht Paulus durch das Leben von Jesus. Das Kreuz wird zum Zeichen einer tiefen Liebe.

„Immer tragen wir das Todesleiden Jesu an unserem Leib, damit auch das Leben Jesu an unserem Leib sichtbar wird. 11 Denn immer werden wir, obgleich wir leben, um Jesu willen dem Tod ausgeliefert, damit auch das Leben Jesu an unserem sterblichen Fleisch offenbar wird.“ (2 Kor 4,10-11)

- 3) Der Tod wird stets als ein grausames Geschehnis angesehen werden. Denn der Tod ist der Feind der Menschheit (vgl. dazu Meinhold 1994: 149). „Erst durch den Sieg Christi über den Tod hat der Tod seinen ‚Stachel‘ für den Menschen verloren.“ (Meinhold 1994: 149) „Der letzte Feind, der entmachtet wird, ist der Tod.“ (1 Kor 15,26)
- 4) Der letzte Aspekt von Paulus ist, dass der Tod eine Konsequenz der Sünde ist. Der Tod wirkt sowohl als physische als auch als geistige Macht. Denn der Tod wird nicht als Ablauf der Natur angesehen, der entweder im Verlust des Körpers (Materie) oder im Verlust der Seele (Geist) begründet wird. Stattdessen wird er im Kontext der Verantwortung des Individuums und den eigenen Entschlüssen erfasst. Der Mensch soll sich nach Paulus gewiss werden, dass der Tod und die Sünde immer vorhanden bleiben (vgl. zu dieser Stelle Meinhold 1994: 150-151). Aber durch den Glauben an die Auferstehung kann es dem Menschen gelingen, sich von dieser Herausforderung zu lösen: „So begreift auch ihr euch als Menschen, die für die Sünde tot sind, aber für Gott leben in Christus Jesus.“ (Röm 6,11).

Im Allgemeinen ist daher festzuhalten, dass die Begriffe Tod, Auferstehung, Sünde und ewiges Leben miteinander verknüpft sind. Wenn der Tod Jesu zur Sprache kommt, dann ist dieser immer mit dem Glauben an seine Auferstehung verbunden. Der Kreuzestod Jesu wird dabei als das bedeutendste Geschehnis der Heilung erfahren, denn Gott hat Jesus nicht der Todesmacht übergeben, sondern diese mit dem Geschick Jesus Christus bewältigt. Dieses Ereignis und ihre

Interpretation hat zum einen zum Wendepunkt in der Gegenwart des Menschen geführt und zum anderen das Wesen und Dasein Gottes eröffnet (vgl. zu dieser Stelle Stock 2002: 615).

Da die Sünde als die Abkehr bzw. die Loslösung von Gott verstanden wird und Gott die Grundlage des Lebens ist, liegt es im Begriff der Sünde, dass ihr eine Art „Selbsterstörung“ (Stock 2002: 616) inhärent ist. Denn die Abwendung von Gott führt dazu, dass die Beziehung zu ihm und die damit verbundene Möglichkeit des Lebens vernichtet wird und zur Folge den Tod hat (vgl. Stock 2002: 616). Diese Bemerkung findet sich gezielt im Ausspruch des Apostels Paulus wieder, in welcher der Sold bzw. der Preis der Sünde auch der Tod ist (vgl. Röm 6,23).

Aus dogmatischer Perspektive ist der Tod als absolutes Ende des irdischen Lebens zu begreifen. Folglich besteht die christliche Erwartung in der Auferstehung. Dabei scheint für jedes eschatologische Modell ein und dieselbe Grundproblematik zu bestehen, und zwar geht es um die Beziehung zwischen Kontinuität und Diskontinuität bzw. um die Erhaltung der persönlichen Identität durch den Ablauf der Vollendung der Schöpfung (Ried 2017: 23). Aus diesem Kontext heraus, haben sich zwei Todesvorstellungen im Christentum etabliert (vgl. Stock 2002: 616). Das erste Modell wurde vom Platonismus geprägt und stellt den Tod als Trennung von (unsterblicher) Seele und (sterblichem) Körper dar, welches bis ins 19. Jahrhundert auch von der evangelischen Kirche vertreten wurde (vgl. Stock 2002: 616). Im katholischen Glauben trennt sich im Tod die Seele vom Körper und erfährt eine Begegnung mit Gott im persönlichen Gericht (vgl. Spindelböck 2016: 653). Nach dieser Trennung kommt es zur Verwesung des Leibes. Doch auch am Ende der Tage vollzieht sich die Auferstehung des Leibes, „wenn Jesus Christus [...] wiederkommt, in Herrlichkeit, um zu richten die Lebenden und die Toten“ (Spindelböck 2016: 653). Dabei ist die Auferstehung des Leibes eine durch Gott „verklärte Leiblichkeit“ (DBK / EKD 1990: 14).

„Im Tod, bei der Trennung der Seele vom Leib, fällt der Leib des Menschen der Verwesung anheim, während seine Seele Gott entgegenght und darauf wartet, dass sie einst mit ihrem verherrlichten Leib wiedervereint wird. In seiner Allmacht wird Gott unserem Leib dann endgültig das unvergängliche Leben geben, indem er ihn kraft der Auferstehung Jesu wieder mit unserer Seele vereint.“ (Katechismus der Katholischen Kirche 1997: Nr. 997)

Im Gegensatz dazu steht der Glaube des Evangelismus, der den Tod nicht als eine Trennung von Leib und Seele versteht, sondern als einen Tod des gesamten Menschen mit Körper und Seele. Dieser Standpunkt wird auch als Ganztoddlehre aufgefasst. Die christliche Hoffnung stützt sich nicht auf die Unsterblichkeit der Seele, jedoch auf die Auferstehung des Toten. Das



Individuum stirbt durch den Tod als Ganzes, aber am jüngsten Tag kommt es durch Gott zu einer neuen Wiedererschaffung von Leib und Seele (vgl. zu dieser Stelle Swarat 2013: 15).

Letztendlich stellt aus christlicher Sicht der Tod das „Ende der Pilgerschaft und den Durchgang zum ewigen Leben“ (DBK und EKD 1990: 14) dar.

„Das ewige Leben ist zwar bereits in unserem irdischen Dasein gegenwärtig, aber noch nicht in seiner ganzen unbedrohten Fülle. Wer glaubt, ist bereits jetzt vom Tod zum Leben hinübergegangen (vgl. *Joh* 5,24; vgl. auch *Röm* 6,13). Deshalb sind wir in diesem Leben nicht nur vom Tod umfassen, sondern zugleich vom ewigen Leben Gottes erfüllt, und erst dadurch können wir die Todesangst überwinden.“ (DBK / EKD 1990: 14)

Der Durchgang zum ewigen Leben hat ein Ziel vor Augen, und zwar, dass der verstorbene Mensch dort ist, wo auch Jesus ist (vgl. *Joh* 17,24). Im Christentum ist somit gewiss, dass es nach dem Eintritt des Todes eines Menschen ein Leben danach gibt und es zu einer Auferstehung der Toten kommt. Dabei muss der Körper des toten Menschen nicht unversehrt bleiben, um auferstehen zu können. Lediglich der Glaube daran, dass der grundgütige Gott das Individuum aus dem Tod zum ewigen Leben wiederauferstehen lässt, ist von Bedeutung. Im Hinblick auf die Achtung vor dem schöpferischen Wirken Gottes muss mit der Leiche des toten Menschen mit ehrfürchtigem Respekt umgegangen werden (vgl. zu dieser Passage DBK und EKD 1990: 14-15).

### **4.3 Die Reaktion auf die Einführung des Hirntodkriteriums**

Im Christentum ist eine Kontroverse zwischen der Ablehnung und der Anerkennung des Hirntodkriteriums zu sehen (vgl. Körtner 2003: 104). Grundsätzlich stimmen aber „die großen christlichen Konfessionen“ (Körtner 2003: 104) dem Gesamthirntodkriterium zu. Daher wird auch in diesem Kapitel exemplarisch auf verschiedene Richtungen innerhalb der Religion eingegangen, um zum einen die verschiedenen Argumentationsstränge näher zu beschreiben und zum anderen herauszufinden, welche naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte bezüglich des Hirntodkriteriums das ethische Urteil der Religion beeinflussen.

Bereits Papst Pius XII. hat aus dem Blickwinkel der katholischen Kirche vor dem Kongress der Anästhesiologie im Jahr 1957 versucht, Antworten auf moralische Fragen der Todesbestimmung zu geben (vgl. Setta / Shemie 2015: 6). Für ihn gehört die Bestimmung des Todes zur Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen:

„It remains for the doctor, especially the anesthesiologist, to... give a clear and precise definition of ‘death’ and the ‘moment of death’ of a patient who passes away in a state of unconsciousness.“ (Papst Pius XII. 1957<sup>20</sup>)

Ein offizielles Statement der katholischen Kirche zur Einführung des Hirntodkriteriums erfolgte im Jahr 2000 durch Papst Johannes Paul II., indem der Papst zu dem Entschluss gekommen ist, dass das Hirntodkriterium mit dem religiösen Glauben und den Lehren kompatibel sei. In dieser Ansprache an den internationalen Kongress für Organverpflanzung stellt Papst Johannes Paul II. folgende Frage: Wann kann ein Mensch mit vollkommener Sicherheit als tot betrachtet werden? Diesbezüglich sollte sich vor Augen gehalten werden, dass der Tod des Individuums ein einmaliges Geschehnis ist, welches die Einheit bzw. die integrative Ganzheit auflöst, die für die persönliche Identität konstitutiv ist. Das Resultat des Todes ist die Trennung der Seele von der Leiblichkeit eines Individuums. Dieser Prozess des Todes kann durch keine Wissenschaft empirisch festgestellt werden, aber die Erkenntnis des Menschen, dass der Tod mit biologischen Merkmalen verknüpft ist, treibt die Medizin und die dazugehörigen Technologien dazu an, diese mit enormer Genauigkeit zu erkennen. Mit Blick auf die Parameter, die zur Todesfeststellung verwendet werden – Hirntodkriterium oder traditionell das Kriterium des Herz-Kreislaufstillstandes –, ergreift die Kirche keine technischen Entscheidungen (vgl. dazu Johannes Paul II. 2000: Abschnitt 4-5). Vielmehr besteht die Aufgabe nach der evangelischen Pflicht darin, eine Gegenüberstellung der Daten der Medizin und der christlichen „Lehre von der Einheit der Person“ (Johannes Paul II. 2000: Abschnitt 5) vorzunehmen und Gemeinsamkeiten sowie Differenzen zu kennzeichnen, die zu einer Gefährdung der Menschenwürde führen würden.

„Hier kann darauf hingewiesen werden, daß das heute angewandte Kriterium zur Feststellung des Todes, nämlich das völlige und endgültige Aussetzen jeder Hirntätigkeit, nicht im Gegensatz zu den wesentlichen Elementen einer vernunftgemäßen Anthropologie steht, wenn es exakt Anwendung findet.“ (Johannes Paul II. 2000: Abschnitt 5)

Des Weiteren haben der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland und die Deutsche Bischofskonferenz im Jahr 1990 mit Akzeptanz auf die Einführung des Hirntodkriteriums reagiert, denn sie sehen sowohl den Herztod als auch den Hirntod für ein Kriterium an, dass den Tod des Menschen darstellt. Durch den Hirntod ist das irdische Leben irreversibel ausgelöscht (vgl. DBK / EKD 1990: 14) und dies macht es dem Menschen unmöglich, mit vollem Bewusstsein am Leben teilzuhaben (vgl. DBK / EKD 1990: 11). Laut der DBK und

---

<sup>20</sup> Pius XII., Pope (1957): Address to an International Congress of Anesthesiologists, in: *The National Catholic Bioethics Quarterly*, Jahrgang 2002, Nr. 2, Jg. 2, S. 309-314.

EKD (1990: 11) ist der Geist eines jeden Lebewesens an das Gehirn geknüpft. Das bedeutet, dass nach dem Hirntod das Fassen eines Gedankens, die Beobachtung einer Situation oder die Gefühlsempfindung unmöglich und die Entscheidungsfähigkeit völlig erloschen ist. Auch die integrierende Gehirntätigkeit, die für einen lebenden Organismus wesentlich ist, ist verloren (vgl. DBK / EKD 1990: 11).

#### **4.4 Betrachtung des Hirntodkriteriums und Quellen der Argumentation**

Die Theologie ist nicht für die Aufstellung einer Todesdefinition zuständig, sondern ihre Funktion besteht in der kritischen Reflexion der anthropologischen Folgerungen der jeweiligen Einstellung. Wenn sich die Theologie allerdings vom dualistischen Menschenbild abwendet, dann stimmt sie mit der Tendenz der heutigen Medizin überein, den Hirntod als Todesdefinition zu befürworten (vgl. zu dieser Stelle Autiero 2019: 162). Das heißt nicht mehr die Atmung oder der Lebenshauch („Da formte Gott, der Herr, den Menschen aus Erde vom Ackerboden und blies in seine Nase den Lebensatem. So wurde der Mensch zu einem lebendigen Wesen.“ (Gen 2,7)) oder das Organ „Herz“, welches das Funktionieren des Organismus darstellt, sondern das Organ „Gehirn“ ist für die Einzigartigkeit und Identität des Menschen in diesem Verständnis von Bedeutung. Diese Orientierung geht an das ganzheitliche Menschenbild heran, welches die Überwindung des rein Biologistischen zum Ziel hat (vgl. Autiero 2019: 162-163).

In der christlichen Theologie werden fünf unterschiedliche Perspektiven zur Beurteilung des Hirntodes verwendet (vgl. Kreß 2016: 103-108):

##### **1) „Mensch als Beziehungswesen“**

In der evangelischen Theologie wird der Mensch als Verhältniswesen verstanden. „Ein Mensch sei nicht aus sich selbst heraus zu verstehen“ (Kreß 2016: 103), sondern er wird durch eine Verbindung bestimmt, die Gott zu ihm hat und die von außen beeinflusst wird. Karl Barth (1886-1968), der ein evangelischer Dogmatiker war, hat das Konzept der Individualität abgeschwächt bzw. entschärft, indem er die Auffassung vertreten hat, dass Verhältnisse zu anderen Individuen, vor allem das zu Gott, maßgebend sind. Für Barth ist mit dem Begriff „Ebenbild Gottes“ nicht die einzelne Person und seine Würde, Freiheit etc. gemeint. Vielmehr ist die Person, so wie Gott, ein in einer Beziehung stehendes Wesen. Denn aufgrund der Trinität sind für Gott die Relationen zwischen „Vater, Sohn und Gott“ (Kreß 2016: 104) grundlegend. Im Vergleich dazu kann nicht der einzelne Mensch als Ebenbild Gottes angesehen werden, sondern lediglich einer in einer gemeinschaftlichen Verbundenheit. Diese Perspektive einer relationalen Anthropologie führte „in der neueren evangelischen Theologie“ (Kreß 2016: 104)

zu einer Beeinflussung der material ethischen Urteilsbegründungen, wie dies auch beim Hirntodkriterium der Fall ist. Das entscheidende Argument ist, dass das Verhältnis anderer Individuen zu einem hirntoten Patienten bzw. zu einer hirntoten Patientin betrachtet werden muss, um zu erkennen, wie diese Situation die betroffenen Mitmenschen emotional prägt. Eine Schlüsselfunktion stellt hierbei das Aussehen des Hirntoten dar, denn indem er als lebendig bezeichnet wird, ist er nicht tot. Diese relationale Anthropologie bewirkt, dass das Hirntodkriterium abgelehnt wird (vgl. dazu Kreß 2016: 104). Kreß (2016: 104) übt an diesem Standpunkt Kritik aus, da in diesem subjektive und emotionale Erkenntnisse gegenüber methodisch sicheren Methoden der Hirntoddiagnostik bevorzugt werden. Im Gegensatz dazu kann diese relationale Perspektive auch als Argument für das Hirntodkriterium (und die Organentnahme) verwendet werden. Denn ein Mensch als Verhältniswesen wird aus moralischer Sicht prinzipiell dazu gezwungen, Organe zu spenden, was wiederum das Hirntodkriterium begünstigen würde (vgl. zu dieser Passage Kreß 2016: 104-105).

Im Allgemeinen ist dieser Ansatz als kritisch zu betrachten, da eine Überdehnung dazu führen würde, dass „In-Beziehung-Sein“ (Kreß 2016: 105) des Individuums einer ziemlich einseitigen Betonung zu unterziehen, in der der Mensch in diesem Beziehungsgeflecht vollständig aufgeht und deshalb nicht mehr geachtet wird. Individualität sowie Persönlichkeit und Autonomie spielen eine hintergründige Rolle (vgl. Kreß 2016: 105).

## **2) Schutz des Lebens**

Ein weiterer Aspekt ist der Schutz des Lebens im römisch-katholischen Glauben. Hinter der Forderung des Lebensschutzes steht eine ältere, religiöse Auffassung, in der das Leben des Menschen als ein Geschenk und Eigentum oder als eine reine Leihgabe Gottes angesehen wird. In diesem Sinne dürfe nur der Herr über das Leben bestimmen und nicht der Mensch. Nach amtlich katholischem Glauben sind der Lebensschutz sowie die Erhaltung des Lebens vorrangig. Wenn nach der Diagnose „Hirntod“ Organe entnommen werden, wäre dies grausam, da ein unschuldiges Menschenleben beendet werden würde. Eine andere Argumentationslinie legt die evangelische Kirche nahe, die die Gültigkeit des Hirntodkriteriums ablehnt, da der hirntote Patient bzw. die hirntote Patientin noch am Leben ist (vgl. zu diesem Absatz Kreß 2016: 105-106). In Verbindung mit diesem Szenario geht es um den „Schutz der Schwächsten“ (Evangelische Frauen in Deutschland 2013: 16). Beide Parteien lehnen das Hirntodkriterium ab (vgl. Kreß 2016: 106).

### **3) Mensch als Ganzheit**

Die evangelische Theologie argumentiert für die Ganzheitlichkeit des Individuums, während das dualistische Menschenbild unbedingt verworfen werden soll, insbesondere deshalb, weil das Christentum von diesem Dualismus viele hunderte Jahre lang beeinflusst worden ist. In dieser Zeit ist es zu einer Abwertung des Körpers gekommen, während die geistige Ebene bevorzugt wurde. Daher soll nicht wieder ein Menschenbild in den Vordergrund rücken, das die Individuen lediglich von ihrer mentalen und bewusstseinsfähigen Seite her betrachtet. Somit ist der Hirntod kein sicheres Todesmerkmal für den Menschen, da er keinen Tod als Ganzes voraussetzt (z. B. Evangelische Kirche im Rheinland 2013; Evangelische Landeskirche in Baden 2014; Evangelische Frauen in Deutschland 2013) (vgl. zu diesem Abschnitt Kreß 2016: 107).

### **4) Religiöser Altruismus**

Zahlreiche Statements von kirchlichen Institutionen sowie Veröffentlichungen der Theologie sind der Meinung, dass die Entnahme von Organen legitim ist, die sie mit der „Verpflichtung zur Mitmenschlichkeit“ (Kreß 2016: 108) begründen. Im Falle, dass eine Person ihre Organe spendet, spricht man von Solidarität oder in religiösem Sinne von der Nächstenliebe. Diese Sichtweise wird unterschiedlich – also entweder mit Zustimmung oder mit Ablehnung – aufgefasst. Zum Beispiel ist das Spenden von Organen nach der Diagnose „irreversibler Hirnfunktionsausfall“ eine altruistische Entscheidung, die moralisch vertretbar ist. Auf übertriebene Art und Weise würden manche sagen, dass ein „Lebensopfer, das in der Nachfolge zum Lebensopfer Christi zu begreifen sei“ (Kreß 2016: 108), vollbracht wurde. Laut Kreß (2016: 109) sollten sich Ärzte und Ärztinnen oder Politiker und Politikerinnen diese Ausdrucksweisen aufgrund der Neutralität und Objektivität nicht aneignen.

### **5) „Seelenlehre“**

Die Seelenlehre spielt vor allem in der römisch-katholischen Kirche eine bedeutende Rolle. Das Interesse liegt am Begriff der Seele, der aus aktueller Sicht verwendet wird, um das Kriterium des Hirntodes zu bejahen. Als Grundlage wird das White Paper des *President's Council on Bioethics* von 2008 verwendet, das folgende Beschreibung zum hirntoten Individuum abgegeben hat: Bei hirntoten Patienten und Patientinnen ist einerseits keine absolute Selbststeuerung des Organismus mehr vorhanden und andererseits können die Hirntoten nicht mehr mit der Umwelt interagieren. Aus der Sicht der „aristotelisch-thomanischen Seelenlehre“ kann also der Mensch nach dem Erleiden eines Hirntodes „nicht mehr von sich aus Leben“

(Kreß 2016: 107). Die integrierenden, körperlichen Funktionen eines Menschen werden von außen heraus ersetzt und durch lebenserhaltende Maßnahmen gesichert. Auch die Geburt eines Kindes kann bei einer hirntoten Patientin durch geeignete, medizinische Methoden vollzogen werden, aber dies hat nichts mehr mit der Eigenaktivität der Frau und ihren intrinsischen Fertigkeiten zu tun. Im Hinblick auf die Theologie setzt der Hirntod das Erlöschen der Seele voraus und jemand gilt nach der Seelenlehre als tot, wenn keine aktive Selbststeuerung des Organismus mehr vorhanden ist (vgl. zu diesem Abschnitt Kreß 2016: 107-108). Im Gegensatz dazu steht die Position von Klaus-Peter Jörns (z.B. im Jahr 1993). Wenn laut Jörns (1993) der Tod des Menschen mit dem Hirntod gleichgesetzt wird, entsteht eine neue Art von Dualismus, der eine Trennung von Leib und Gehirn zur Folge hat und somit die Begriffe „Psyche“ und „Soma“ „überflüssig“ machen würde (vgl. Autiero 2019: 163).

Aus christlich-theologischer Perspektive ist die Frage nach der Anerkennung oder Ablehnung des Hirntodkriteriums nicht aus medizinischer, sondern aus anthropologischer Perspektive zu betrachten (vgl. Schockenhoff 2009: 414). Der Vorwurf, dass das Hirntodkriterium der leib-seelischen Einheit entgegensteht, vergisst, „dass die Einheit des Menschen mit seinem Leib keine platte Identität, sondern ein spannungsreiches Selbstverhältnis voraussetzt. Als Person ist sich der Mensch nur *in* seinem Leib und *durch* seinen Leib gegeben.“ (Schockenhoff 2009: 414). Dabei steht die Personalität eines Individuums in keiner Überstimmung mit den körperlichen Vorgängen des Organismus. Das heißt, dass sich im Laufe des Lebens eines Menschen der biologische Organismus verändert, während die Identität über diesen Zeitraum des körperlichen Wandels gleichbleibt (vgl. dazu Schockenhoff 2009: 414). „Dieses vermittelte Selbstverhältnis der Person in ihrer leibhaften Darstellung [...] liegt ihrer gesamten irdischen Existenz zugrunde“ (Schockenhoff 2009: 414). Aus diesem Grund ist die Frage nach der Bedeutung des Todes im Hinblick auf diese leib-seelische Einheit zu klären. Das Todesereignis wird durch den Sterbeprozess gleichzeitig verborgen und dargelegt. Somit entzieht sich der Tod der empirischen Analyse. Dies zeigt sich auch im Sprachgebrauch der Gesellschaft, in dem das Todesereignis sich als Trennung von Körper und Seele darstellen lässt, während der Sterbeprozess mithilfe der Diagnostik und der empirischen Wissenschaft beobachtet werden kann. Beide Sachverhalte befinden sich dabei auf einer anderen Ebene. Genauso verhält es sich mit dem Hirntodkriterium in der Medizin (vgl. zu dieser Stelle Schockenhoff 2009: 414). Dabei wird der irreversible Hirnfunktionsausfall nicht als Tod des Menschen definiert, sondern dieser deutet den Verlust aller Hirnfunktionen „als ein zweifelsfreies Anzeichen, das auf den bereits erfolgten Eintritt des Todes verweist“ (Schockenhoff 2009: 415), an.

„Die in fast allen Ländern [...] praktizierte und von bedeutenden wissenschaftlichen Institutionen einschließlich der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften anerkannte Feststellung des Todes nach dem Hirntodkriterium reduziert daher den Tod nicht auf seine naturwissenschaftlich-medizinisch erfassbaren Aspekte. Vielmehr wird der irreversible Ausfall der integrativen Leistungs- und Steuerungsfunktionen des Gehirns als *terminus ad quem* gewertet, der den Rückschluss auf den bereits eingetretenen Tod des Menschen erlaubt.“ (Schockenhoff 2009: 415)

Aus ethisch-theologischer Sicht beruhen die Einheit von Leib und Seele des Individuums sowie das „entelechiale“ Prinzip des Lebens, in welchem sich diese Einheit entfaltet, auf den funktionsfähigen Gehirnstrukturen (vgl. Schockenhoff 2009: 417). Laut Schockenhoff (2009: 417) wird der „aristotelisch-thomanische Hylemorphismus“, nach dem „die Seele als Form des Körpers im ganzen Organismus und in all seinen Teilen wirkt“ nicht widersprochen, da dieser keine medizinischen Äußerungen über die materielle Grundlage der Seele kennzeichnet. Hingegen ist es ein Prinzip der Metaphysik, welches die Tätigkeit der Seele erklärt. Deshalb kann das Erlöschen des gesamten Gehirns als ein Verlust der zentralen Instanz gesehen werden, ohne die die Persönlichkeit oder die Identität eines Individuums nicht mehr bestehen (vgl. Schockenhoff 2009: 417). Laut Thomas von Aquin ist die Veranlagung, „by which the body is disposed for union with the soul“, verloren gegangen (Battro et al. 2006: 19).

Eine weitere katholische Argumentation für das Hirntodkriterium wurde von den Autoren Patrick Lee und Germain Grisez gegeben (vgl. Schaupp 2014: 106). Die Autoren ziehen dabei die Anthropologie von Aristoteles heran. Das Leben des Menschen ist mit „Fähigkeiten zu menschlichen Vollzügen (Schaupp 2014: 106), also mit „capacities for specifically human functions“ (Lee / Grisez 2012: 278), ausgestattet, welche die Faktoren des Bewusstseins, des Empfindens und des Nachdenkens enthalten. Lee und Grisez (2012: 278) differenzieren zwischen „first-order capacities“ und „second-order capacities“. Dabei verfügen die Fähigkeiten zweiter Ordnung über die Kompetenz, eine Tätigkeit erster Ordnung zu entwickeln und zu realisieren (vgl. Lee / Grisez 2012: 278). Dabei muss ein Mensch nicht immer die Fähigkeiten erster Ordnung besitzen, da die der zweiten Ordnung ausreichend sind (vgl. Schaupp 2014: 107). So ist laut Lee und Grisez (2012: 278) ein Embryo oder ein Fötus ein menschliches Lebewesen, da sie die Fähigkeiten zweiter Ordnung besitzen, die es ihnen ermöglichen, bewussteinfähige Handlungen erster Ordnung zu entwickeln, welche für das Leben charakteristisch sind. Im Vergleich dazu besitzt das hirntote Individuum zum einen keine Fertigkeiten mehr, bewussteinstypische Handlungen und Tätigkeiten auszuführen (1. Ordnung) und zum anderen sind auch die Fertigkeiten zweiter Ordnung erloschen. Dies kennzeichnet kein menschliches Lebewesen mehr (vgl. zu dieser Stelle Schaupp 2014: 107).

Des Weiteren stellt sich die Frage, wie die östliche Orthodoxie auf das Hirntodkriterium reagiert. Das russisch-orthodoxe Christentum betrachtet den Herz-Atemstillstand als ein sicheres und deutliches Todeszeichen, welches unter bestimmten Gegebenheiten nicht mehr anwendbar ist, da die Todeszeitpunktbestimmung durch die Weiterentwicklung im Bereich der Intensivmedizin immer problematischer und komplexer geworden ist. Dennoch liegt im orthodoxen Christentum zum Teil eine überwiegende Akzeptanz des Hirntodkriteriums vor. Das Patriarchat von Moskau hat für die russisch-orthodoxe Kirche offiziell darauf verwiesen, dass es die verantwortliche Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen ist, den Tod zu bestimmen. Es wird jedoch keine Antwort darauf gegeben, welche Kriterien der Arzt bzw. die Ärztin beachten sollte. Dagegen ist im griechisch-orthodoxen Christentum die Debatte um das Hirntodkriterium noch nicht zu Ende. Unter anderem wird die Auffassung geteilt, dass zwar mit dem diagnostizierten Ausfall der Gehirnfunktionen der Tod festgestellt werden kann, aber dazu nur verhältnismäßige Angaben zu einer adäquaten Behandlung gemacht werden können. Außerdem wird eine exakte Todesdefinition, die insbesondere an biologischen Kriterien angeheftet ist, als schwierig erachtet (vgl. zu diesem Absatz Setta / Shemie 2015: 8).

Überdies gewinnt in den letzten Jahren die Kritik am Hirntodkriterium und dessen Ablehnung an Zuwachs (vgl. Autiero 2019: 163). Die katholische Kirche erkennt zwar das Hirntodkriterium aus formeller Perspektive an, aber es gibt auch Katholiken, wie beispielsweise Klaus-Peter Jörns, der bereits erwähnt wurde, oder Paul Byrne, der früher Präsident der „Catholic Medical Association“ in Amerika war, die den offiziellen Standpunkt nicht verteidigen (vgl. Alhawari et al. 2018: 187). Darüber hinaus wurde zu Beginn der Debatte das Hirntodkriterium von der evangelischen Kirche im Jahr 1990 akzeptiert. Von dieser Position möchte sich die evangelische Kirche loslösen bzw. ihre Sichtweise darauf ändern (vgl. Evangelische Kirche in Hessen und Nassau 2017: 7). Die evangelische Kirche in Hessen und Nassau (2017: 7) möchte versuchen, deutlich zu machen, dass sich die Frage, ob der Hirntod mit dem Tod eines Menschen gleichzusetzen ist, nicht konkret beantworten lässt und zeigt auf, dass unterschiedliche Verständnisse des Todes auch mit verschiedenen Folgen in Bezug auf die Entnahme von Organen verknüpft sind und es keine alleinige Wahrheit gibt. Sie haben das Ziel vor Augen, einerseits jeder einzelnen Person die Möglichkeit zu überlassen, im Vorfeld selbst Entscheidungen zu diesen medizinethischen Themen zu treffen und zum anderen zu veranschaulichen, dass aus der Perspektive des Evangelismus der Hirntod als Tod des Individuums sowohl akzeptiert als auch abgelehnt werden kann (vgl. zu diesem Absatz Evangelische Kirche in Hessen und Nassau 2017: 7). Die unterschiedlichen Standpunkte, die



vertreten werden, kommen dennoch aus dem biblischen Verstehen, während die Diakonie und Kirche versucht, die Menschen in medizinethischen Angelegenheiten zu unterstützen (vgl. Evangelische Kirche in Hessen und Nassau 2017: 3).

Letztendlich wurden durch die Landeskirchen, wie zum Beispiel durch die Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern (2014), die Evangelische Kirche in Sachsen (2012) sowie durch die hier genannte Evangelische Kirche in Hessen und Nassau (2017) etc., neue Aussagen und Statements zum Hirntod und zur Spende von Organen formuliert. Die Gemeinsamkeit in den Stellungnahmen liegt darin, dass der Zusammenhang zwischen dem irreversiblen Hirnfunktionsausfall und dem Tod eines Individuums nicht beantwortet wird, da die Entscheidung bezüglich der Anerkennung oder der Ablehnung des Hirntodkriteriums bei jedem einzelnen Menschen, welcher sich an seinem Menschenbild orientiert, selbst liegt (vgl. Denkhaus 2019: 210).

#### **4.5 Schlussfolgerungen**

Im Christentum stimmen vor allem die großen Konfessionen dem Hirntodkriterium zu, während aber zu erkennen ist, dass in den letzten Jahren das Hirntodkriterium immer mehr kritisiert wurde. Insbesondere hat die evangelische Kirche ihre Position seit dem Jahr 1990, in dem die gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Evangelischen Rates in Deutschland veröffentlicht wurde, kritisch reflektiert (vgl. Denkhaus 2019: 170). Dies hat zu dem Ergebnis geführt, dass sich die evangelische Kirche in Bezug auf das offizielle Statement nicht von Grund auf neu orientiert hat, aber es zu einem bemerkbaren Wandel in der Diskussion gekommen ist (vgl. Denkhaus 2019: 170). Sie hat sich von der anfänglichen Position, dass der Hirntod wie der Herztod der Tod des Menschen ist, entfernt und vertritt jetzt den Standpunkt, dass sie lediglich auf unterstützender Ebene den Menschen bei einer Entscheidungsfindung helfen wollen. Da verschiedene Todesverständnisse auch innerhalb des evangelischen Glaubens vorherrschen, ist es nicht möglich, eine einzige Wahrheit zu finden. Denn jedes Menschenbild untersucht die Fragestellung, ob der irreversible Hirnfunktionsausfall mit dem Tod eines Menschen gleichzusetzen ist, auf unterschiedlicher Ebene. Dies führt dazu, dass differenzierte Auffassungen zum Thema Hirntod vorherrschend sind. Somit kann aus der evangelischen Perspektive sowohl das Hirntodkriterium akzeptiert als auch abgelehnt werden, da die Entscheidung allein beim Individuum selbst liegt. Auch im orthodoxen Raum ist die Diskussion um das Hirntodkriterium noch nicht an ein einheitliches Ziel gelangt.

Eine breite Übereinstimmung bezüglich des Hirntodkriteriums wird nie möglich sein, da die Gesellschaft eine plurale ist und jeder Mensch das ihnen zugrundeliegende Menschenbild vertritt. Aus diesem Grund versucht die christliche Theologie, nicht eine einzige Todesdefinition aufzustellen, sondern die anthropologischen Schlussfolgerungen kritisch zu reflektieren, um danach festzustellen, ob das Hirntodkriterium angemessen für das jeweilige Todesverständnis ist. Zum Beispiel ist es nach der evangelischen Pflicht notwendig, die medizinischen Daten mit der christlichen „Lehre von der Einheit der Person“ (Johannes Paul II. 2000: Abschnitt 5) zu vergleichen, da hier Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgezeigt werden können. Dabei sind zentrale Perspektiven zur Bewertung des Hirntodkriteriums der Lebensschutz, die Seelenlehre, der Mensch als Ganzheit sowie der Mensch als Beziehungswesen. Ein neuerer Ansatz ist der von den Autoren Lee und Grisez (2012), die das Personenargument wieder in den Vordergrund rücken und sich an der aristotelischen Anthropologie orientieren. Für sie besitzt der Mensch Fähigkeiten erster Ordnung, die vor allem die Komponente des Bewusstseins umfassen, und Fähigkeiten zweiter Ordnung, die es ermöglichen, eine Fertigkeit erster Ordnung zu entwickeln. In diesem Sinne ist ein Patient bzw. eine Patientin mit Hirntod als tot zu betrachten, da sowohl die Fertigkeiten erster Ordnung von der betroffenen Person nicht mehr ausgeführt werden können als auch die der zweiten Ordnung erloschen sind. In diesem Menschenbild spielt das Bewusstsein und das Geistliche eine wesentliche Rolle.

Des Weiteren ist meiner Meinung nach ersichtlich, dass medizinethische Argumentationen in der ethischen Beurteilung der christlichen Religion eine Rolle spielen. Unter anderem ist Papst Johannes Paul II. der Auffassung, dass sich im Tod die integrative Ganzheit eines Individuums auflöst. Diese Aussage kann mit der Seelenlehre in Verbindung gebracht werden, in der ein Individuum nach der Diagnose „Hirntod“ kein eigenaktiv gesteuertes Leben mehr führen kann. In diesem Sinne wird das Gehirn einerseits als Integrations-, Regulations- und Koordinationsorgan betrachtet, indem das Gehirn das Subjektive und Geistige darstellt, wie dies auch der Deutsche Ethikrat beschreibt. Der Ausfall dieses Organs verhindert es, die einzelnen Organe zu einer Einheit zusammenzufügen. Andererseits wird als Basis der Seelenlehre das White Paper und die dazugehörige (ethische) Begründung verwendet, bei der die Eigenaktivität und die Interaktion mit der Umwelt von Bedeutung ist. Beim Hirntod werden die lebenswichtigen integrierenden Funktionen des Körpers durch maschinelle Unterstützung ersetzt. Dadurch sind keine individuelle Handlungsfähigkeit, kein Empfindungsvermögen und keine Bewusstseinsfähigkeit mehr vorhanden. Aus diesem Grund stellt das Hirntodkriterium

für die Befürworter und Befürworterinnen der Seelenlehre ein sicheres und geeignetes Kriterium für den Tod des Menschen dar, da die Seele in diesem Zustand bereits erloschen und keine Selbststeuerung des Organismus mehr möglich ist. Wichtig dabei ist anzumerken, dass die Verlautbarungen der obersten Instanz im katholischen Glauben einen Einfluss auf die Entscheidungen im Leben eines Menschen haben.

Abschließend lässt sich sagen, dass in dieser Religion sowohl naturwissenschaftlich-medizinische Aspekte, wie zum Beispiel die Integrationsfunktionen des Gehirns etc., als auch ethisch-theologische Argumente, wie beispielsweise der Schutz des Lebens eines Menschen, in das ethische Urteil zum Hirntodkriterium Eingang finden, indem das vorherrschende Menschenbild im Christentum mit den medizinethischen Aspekten verglichen und auf Gemeinsamkeiten beziehungsweise Differenzen untersucht wird. Besonders Aristoteles und Thomas von Aquin werden in Verbindung mit theologischen Positionen gebracht, was eine Verbindung zur historischen Entwicklung der Todesfeststellung und zur Philosophie erkennen lässt. Im Allgemeinen wird das Hirntodkriterium im Christentum akzeptiert, denn wie Papst Johannes Paul II. sagte, widerspricht das sichere und zum Einsatz kommende Kriterium zur Todesfeststellung, nämlich der vollkommene und irreversible Hirnfunktionsausfall, nicht den grundlegenden Faktoren einer „vernunftgemäßen Anthropologie“ (Johannes Paul II. 2000: Abschnitt 5), wenn es unter Exaktheit (Vollständigkeit, Einhaltung medizinischer Tests und Vorgaben) verwendet wird.

## 5 Islam

### 5.1 Allgemeine Informationen: Zahlen, Fakten

Im 7. Jahrhundert nach Christus entstand der Islam durch prophetische Offenbarungen, (sogenannte Suren), die Mohammed durch Gott erhalten hat und letztlich im Koran festgehalten wurden (vgl. Setta / Shemie 2015: 11). Da keine Einigkeit in Bezug auf den Nachfolger von Mohammed erzielt werden konnte, hat sich die muslimische Gemeinschaft nach dem Tod des Propheten in zwei große Richtungen gespalten: Schiiten und Sunniten, wobei es innerhalb dieser auch wieder zu Spaltungen gekommen ist (vgl. Rohe 2011: 24-25). Dabei ist anzumerken, dass ca. 90 Prozent Sunniten sind. Die Ausnahmeländer, in denen die Sunniten keinen überwiegenden Teil darstellen, sind der Iran, Irak, Libanon, Bahrain, Aserbaidschan und Oman (vgl. zu dieser Stelle Eich 2005: 9). Trotz der vielfältigen Strömungen gibt es die fünf Säulen des Islams (Glaubensbekenntnis, Gebet, Fasten im Ramadan, Spendenabgabe, Pilgerfahrt nach Mekka), welche Basisregeln und für alle Muslimen und Musliminnen gültig und zwingend sind.

Der Islam ist wie das Christentum und das Judentum eine monotheistische Religion und geht durch den Stammvater Abraham hervor. Dabei stellt der Islam die zweitgrößte Religion mit weltweit über 1.8 Milliarden (23.2 %) Muslimen und Musliminnen dar. Der islamische Glaube ist vor allem im Westen Asiens und in Nordafrika vertreten (vgl. zu dieser Passage Länderdaten.info o. J.) Jeder Mensch ist nach dem Glauben im Islam vor Gott gleich. Das heißt eine zentrale Autorität, wie es zum Beispiel im römisch-katholischen Glauben der Papst ist, gibt es im Islam nicht. Vielmehr stehen die islamischen Rechtsgelehrten im Vordergrund, die für die Interpretation und die Weitergabe von Glaubensinhalten verantwortlich sind (vgl. zu dieser Stelle Engelmayer 2021).

Die primäre Quelle im Islam ist der Koran, der das Wort Gottes beschreibt und sowohl religiöse als auch weltliche Vorschriften enthält (vgl. Alhawari 2018: 188). Insbesondere gibt es im Islam kein alleiniges und einheitliches Gesetzbuch, in dem die Normen und Regeln für Muslime und Musliminnen erfasst werden. Was gestattet ist und nicht gestattet ist, bedarf einer Diskussion und Entscheidung von islamischen Rechtsgelehrten, die gegenwärtige Fragen durch sogenannte Fatwas (Rechtsgutachten) regeln (vgl. Engelmayer 2021). Dabei werden die meisten Debatten unter sunnitischen Rechtsgelehrten einer Analyse unterzogen (vgl. Eich 2005: 9). Für moralisch, ethische Fragen wird die Scharia, das Gottesrecht, herangezogen, die gewisse Vorschriften enthält. Diese Vorschriften werden aus dem Koran und aus den Handlungen und

Aussprüchen des Propheten Mohammed, der sogenannten Sunna, erschlossen (vgl. zu dieser Passage Eich 2005: 9). Laut Eich (2005: 10) ist es nicht korrekt, die Scharia als „islamisches Recht“ zu bezeichnen, da sie sowohl theologische als auch ethische Positionen enthält. Die Historie des Gottesrechts wird von einer bestimmten Spannung begleitet: zum einen von dem überzeitlichen, göttlichen Willen, den man in die Praxis umsetzen möchte, und zum anderen von der ständigen Veränderung der Welt. Um die nicht zeitgebundenen Regeln in gegebenen Situationen nutzen zu können, ist das islamische Recht immer fallbezogen entstanden. Dazu haben sich zwei geschichtliche Herausbildungen entwickelt, nämlich das Urteil, welches ein sogenannter Kadi gibt, und die Rechtsauskunft, die Fatwa, die der Mufti anbietet. Im Vergleich zu den rechtlichen Urteilen sind die Fatwas nicht rechtsverbindlich und werden zur Bewertung einer Handlung herangezogen, ohne diese mit Strafen zu verbinden (vgl. zu diesem Absatz Eich 2005: 10-11). Im Endeffekt müssen die Entwicklungen der modernen Welt mit dem Gottesrecht, der Scharia, vereinbar sein. Dabei untersuchen Rechts- und Religionsgelehrte diesen Sachverhalt mithilfe von eigenständigen Gutachten (Fatwas) oder mit anderen Veröffentlichungen (vgl. zu dieser Stelle Krawietz 2001: 239).

## **5.2 Allgemein: Bedeutung des Todes**

Das bedeutendste Werk im Islam ist der Koran. Dieser betrachtet den Tod als ein unvermeidbares Ende des jetzigen Lebens für die Menschheit. Ein Mensch, der den Tod erfährt, kehrt zum Schöpfer heim. In diesem Sinne ist im Islam der Tod keine Konsequenz der Sünde (vgl. zu dieser Stelle Ilkilic 2006: 165-166). Er stellt auch nicht das vollkommene Ende dar, „sondern das Tor vom Diesseits zum Jenseits“ (Ilkilic 2006: 166), wo es zur Bestrafung oder zur Belohnung der guten und der schlechten Handlungstätigkeiten kommt. „Jedes Lebewesen soll den Tod kosten. Und ihr werdet euren Lohn erst am Tage der Auferstehung voll erhalten.“ (Sure 3,185 übersetzt von Ahmad 2021: 90) Der Prozess des Sterbens beschreibt einen zeitlichen und örtlichen Wechsel zur Ewigkeit. An diesem beginnt „ein neues Leben in einem neuen Seinszustand“ (Ilkilic 2006: 166), das auf einer ontologischen Dimension erfolgt.

Durch den Tod findet außerdem eine Veränderung der Seele (*nafs*) oder des Geistes (*rūh*) zum Leib oder in umgekehrter Weise statt. Der Geist verfügt nicht mehr über den Leib und die Organe des Leibes gehören nicht mehr zum Geist. Die Trennung der Seele vom Körper erfolgt im Prozess des Sterbens bis zum jüngsten Gericht bzw. bis zum Tag der Auferstehung, wo es wieder zu einer Vereinigung der beiden kommt. Die Trennung der Seele vom Körper geschieht durch den Todesengel und seine Helfer, indem im Grab eine Befragung vonstatten geht. Nach

dieser verbringt die Seele ihre Tage bis zum jüngsten Gericht in angemessener, friedvoller oder in furchtvoller Spannung (vgl. zu diesem Abschnitt Ilkilic 2006: 166). Dieser Ort, an dem sich die Seele befindet, wurde in einem Spruch eines Propheten als „Paradiesgarten“ oder „Höllenfuhl“, so Ilkilic (2006: 166), bezeichnet. Nach der Erweckung der Toten zum Leben werden sie zum Gericht Gottes befördert, welches auch *Hashr* genannt wird und die Versammlung der Toten bedeutet. Danach entscheidet das jüngste Gericht über eine Bestrafung oder eine Belohnung des Individuums anhand einer himmlischen Waage. Diese Entscheidung wird als eine Eigenschaft der Gerechtigkeit Gottes angesehen (vgl. zu dieser Stelle Ilkilic 2006: 167). „Wer auch nur eines Stäubchens Gewicht Gutes tut, der wird es dann schauen, und wer auch nur eines Stäubchens Gewicht Böses tut, der wird es dann schauen.“ (Sure 99, 8-9, übersetzt von Ahmad 2021: 825) Diese unwiderrufliche Entscheidung wird von Gott „allein in eigener Souveränität und Barmherzigkeit“ (Ilkilic 2006: 167) getroffen.

### **5.2.1 Bestimmung des Todeszeitpunktes und Merkmale des Todes**

Die Auseinandersetzung mit der Todeszeitpunktbestimmung ist ein wesentlicher Bestandteil des islamischen Glaubens, da es mit dem Tod des Menschen aus der Perspektive der Scharia zu einer Veränderung der Rechtsbedingungen und den daraus folgenden Verpflichtungen kommt. Ein Beispiel dazu wäre der Tod eines Ehemanns. Der Ehevertrag findet sein Ende und die Witwe muss eine bestimmte Zeit warten, um wieder heiraten zu dürfen (vgl. zu dieser Stelle Krawietz 2001: 240). Genauer gesagt ist eine neue Heirat der Witwe nicht binnen „vier Monaten und zehn Tagen“ (Krawietz 2001: 240) gestattet.

Eine exakte Bestimmung des Todes ist deshalb notwendig, da die Bestattung des Toten rasch erfolgen muss. Das sogenannte Programm der Bestattung ist eine kollektive Pflicht, die die Gläubigen zu erfüllen haben. Wenn es also zu Verzögerungen oder zu einer Missachtung der Totenwaschung, des Umhüllens der Leiche mit Tüchern und sonstigen rituellen Voraussetzungen durch die zuständige Person kommt, dann liegt ein Verstoß gegen die Gebote der Scharia vor. Das heißt die verstorbene Person soll nicht nur zügig, sondern auch richtig begraben werden, indem der oder die Verstorbene unter anderem auf der rechten Seite liegt und das Gesicht in Richtung Mekka schaut. Die Glaubensgemeinschaft muss sich darum kümmern, dass genügend Individuen für den Fall verfügbar sind, um den Pflichten gerecht zu werden. Diese sogenannten Todesrechte sind auch in den Handbüchern des Islams angeführt und es gibt in den traditionellen Werken Verweise auf einzelne Kapitel zur Bestattung (vgl. zu dieser Stelle Krawietz 2001: 240-241). Zudem stellen die juristisch-islamischen Kompendien den Tod und

das Sterben als zusammengehörig dar, da ebenso beim Sterben ein (eschatologisch geprägtes) rituelles Programm durchlaufen werden muss. Weil dieses rituelle Vorgehen in Wechselwirkung mit dem Prozess des Sterbens steht, sind auch dort teilweise Beschreibungen des Todes zu finden. Überdies darf die Erwartung eines Muslims bzw. einer Muslimin nicht der leichte Tod sein, weil auch der Prophet einen harten Todeskampf vollzogen hat (vgl. zu dieser Passage Krawietz 2001: 241). Das heißt ein guter Tod ist kein leichter Tod, sondern einer, in dem jemand „im rechten Glauben stirbt, ohne Anfechtungen erlegen zu sein“ (Krawietz 2001: 241).

Die Gelehrten, die rechtlich-religiöse Kommentare zum Tod geben, ziehen den Koran heran, da in diesem der Tod zahlreich beschrieben wird: „Und der Tod soll zu ihm kommen von allen Seiten, doch soll er nicht sterben.“ (Sure 14,18, übersetzt von Ahmad 2021: 316) Dabei zählt Ġād al-Haqq zu den Todesmerkmalen, die den vollständigen Tod charakterisieren, die Blickstarre, das Erlöschen der Sehkraft, die Erschlaffung der Gesichtshaut und der Füße sowie das Zusammenfallen der Schläfen und die Beugung der Nase (vgl. Krawietz 2001: 243). Diese genannten Todeszeichen basieren nach der theologischen Auffassung nicht auf religiösen Quellen, sondern auf erlebten und erfahrenen Werten des Menschen. Demnach sind diese Merkmale nicht absolut gültig (vgl. zu dieser Stelle Kellner 2010: 130), was wiederum im Fall des Hirntodkriteriums relevant werden könnte.

Neben diesen Zeichen und einer zeitnahen Bestattung ist das zentrale Todesmerkmal, welches im Koran beschrieben wird, die Trennung von Seele und Körper. Die Loslösung der Seele vom Leib ist das Ende der körperlichen Organe, so der saudi-arabische Richter Ibrahim al-Hudārī (vgl. dazu Krawietz 2001: 243-244). Die Seele durchschreitet aus der Sicht des Islams folgende vier Stufen: „den Mutterleib, das Diesseits, das Zwischenreich von Leben und Tod sowie nach der Auferstehung und dem Jüngsten Gericht die Ewigkeit“ (Krawietz 2001: 244) mit der Auswahl aus Hölle oder Paradies.

„Der Tod ist das Tor oder der Eingang zum ewigen Leben. Das Leben ist der Schlüssel zum Tode (miftāh al-mawt). In welchem Sinne der Mensch in diesem Leben mit den Wohltaten Gottes umgeht, bestimmt darüber, was er hinter diesem Tor erwarten darf.“ (Krawietz 2001: 244)

Das Verlassen des Körpers durch die Seele findet statt, wenn Gott die Frist des menschlichen Lebens beendet. Dabei ist es nicht von Bedeutung, ob die Todesursache von außen erkennbar ist, wie zum Beispiel beim Totschlag oder bei einer Krankheit, oder ob die Todesursache von

außen nicht ersichtlich ist, wie beispielweise bei einem Herzinfarkt oder bei einem überraschenden Tod. Darüber hinaus hat Muhammad Bāqir al-Ansārī, ein Schiit und Imam des islamischen Zentrums in Hamburg, im Jahr 1998 darauf hingewiesen, dass bei einer Ungewissheit, ob der Mensch tatsächlich tot ist, die Bestattung nicht sofort durchgezogen, sondern gewartet werden soll, weil in dieser Situation das Vorsichtsprinzip im Bereich des menschlichen Lebens gilt (vgl. zu dieser Passage Krawietz 2001: 245-246).

## **5.2.2 Islamische Auffassung von medizinischen Entscheidungen am Ende des Lebens**

Im Glauben des Islams sind die Vorstellung vom Jenseits und andere Glaubensvorstellungen nicht getrennte Elemente. Vielmehr stellen sie Normen für das alltägliche Leben des Muslims bzw. der Muslimin dar. Diese Glaubensvorstellungen werden dazu benutzt, um Handlungen durchzuführen oder zu unterlassen (vgl. zu dieser Passage Ilkilic 2006: 167). Der Glaube an ein Jenseits und an ein jüngstes Gericht wirken auf Muslime und Musliminnen im Hinblick auf die Beurteilung von Sachverhalten und die „Sinnzuschreibung der Seinszustände“ (Ilkilic 2006: 167) ein. Diese Wahrnehmung, dass man zwei Welten zugehörig ist, prägt zum einen die Auffassung zum Tod und die damit verbundenen Rituale des Sterbeprozesses und zum anderen die Überzeugung zu medizinischen Behandlungen am Ende des Lebens (vgl. Ilkilic 2006: 167). Dabei sind die Erklärungen im Koran über die Unveränderlichkeit des Todeszeitpunktes und die eigene, positive Todeseinstellung ausschlaggebend für die Auffassung zu den medizinischen Methoden am Lebensende. Wenn also der unmittelbare Tod nach Kriterien der Medizin droht und der Prozess des Sterbens als Übergang zum jenseitigen Leben verstanden wird, dann ist es nicht befriedigend, den Tod unter allen Umständen hinauszuzögern. Demnach können die lebenserhaltenden, medizinischen Maßnahmen konträr aufgefasst werden, weil für manch betroffene Personen die Koranzitate, das Lebewohlsagen oder die Regelung der familiären Angelegenheiten präferiert werden. Für diese Präferenzen ist nämlich ein vorhandenes Bewusstsein notwendig (vgl. zu dieser Passage Ilkilic 2006: 167). Nichtsdestotrotz darf die Ablehnung von lebenserhaltenden Methoden nicht als eine vom Fatalismus geprägte Auffassung betrachtet werden, die vom Großteil „der islamischen Rechtsgelehrten scharf kritisiert worden ist“ (Ilkilic 2006: 168). Eine vom Fatalismus geprägte Überzeugung ist lediglich dann vorhanden, wenn der Muslim oder die Muslimin eine Therapie, die die Krankheit ohne Zweifel heilen könnte, nicht in Anspruch nimmt und dies wie folgt begründet: „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“ (Ilkilic



2006: 168). Laut Muhammed al-Ġazzālī ist diese Argumentation nicht mit dem islamischen Vertrauen Gottes und dem Schicksalsverstehen kompatibel (vgl. zu dieser Stelle Ilkilic 2006: 168). Im Vergleich dazu können auch lebensverlängernde Maßnahmen am Ende des Lebens bzw. generell medizinische Eingriffe, die das Leben retten, als positiv aufgefasst werden. In der Medizin ist es nicht immer möglich, erfolgreiche Therapien bei Patienten und Patientinnen am Ende des Lebens durchzuführen bzw. ist es nie gewiss, ob sie zu einer Verlängerung des Lebens führen. Wenn diese Aspekte in Einklang mit den koranischen Erklärungen, dass nur Gott allein den Todeszeitpunkt sicher kennt und fähig ist, die Heilung des Individuums aus einer hoffnungslosen Gegebenheit zu ermöglichen, gebracht werden, dann spielen die medizinischen Möglichkeiten und die Lebensverlängerung eine wesentliche Rolle (vgl. zu diesem Absatz Ilkilic 2006: 168).

Des Weiteren liegt – in Bezug auf das Thema Tod im Islam – die Problematik vielmehr in der islamischen Rechtsmethodologie, denn der schariarechtliche Tod kann mit Gewissheit bestätigt werden, während etwas Zweifelhafes, wie zum Beispiel der Gehirntod, nicht das gewiss Erwiesene ersetzen darf. Demnach muss die Behauptung einer Person, dass beispielsweise ein Mensch tot ist, bewiesen werden, da sich mit dem Tod die Rechte und Pflichten des Toten sowie der Familie etc. ändern. In der Zwischenzeit stellt also der Tod nach Gottesrecht die klassische Definition des Todes dar, weil der Hirntod nicht ohne Zweifel – aufgrund der teilweise unzutreffenden Diagnosen – festgestellt werden kann (vgl. zu dieser Stelle Krawietz 2001: 246-247). In dieser Hinsicht beschreibt Ġād al-Haqq, dass „ein Schaden nicht durch einen weiteren Schaden beseitigt werden darf“ (Krawietz 2001: 247) und die Abwendung von Leiden vor dem Schutz der Interessen steht. Es ist schariarechtlich nicht erlaubt, einem Individuum das Leben zu gewähren, indem ein anderes getötet wird, dessen Fortdauer des Lebens noch nicht geendet hat. Denn die Menschenwürde und die Authentizität des Betroffenen gehen nicht durch sein Ableben verloren und bleiben im islamischen Glauben bis zu diesem Zeitpunkt bestehen (vgl. zu dieser Stelle Krawietz 2001: 247).

„Das Leben des Menschen und die Unversehrtheit (salāma) seiner Körperteile sind ‚ein Recht, das der Schöpfer und das Geschöpf gemeinsam beanspruchen [...], so daß es durch eine Erlaubnis des Geschöpfes nicht hinfällig werden kann [...]‘.“ (Al-Daqr 1997: 31, zitiert nach Krawietz 2001: 247)

In diesem Sinne muss ein Individuum, welches auf der Intensivstation liegt, mit Respekt behandelt werden, wobei anzumerken ist, dass die Betreuung eines toten Menschen mit der Behandlung eines lebendigen Individuums gleichzustellen ist (vgl. Krawietz 2001: 247).

### **5.3 Die Reaktion auf die Einführung des Hirntodkriteriums**

Bis vor kurzer Zeit ist laut Sachedina (2008: 163) die Feststellung des Todes aus der islamischen Betrachtungsweise nicht umstritten und kritisch gewesen. Das islamische Recht hat die naturwissenschaftlich-medizinischen Auffassungen der Experten und Expertinnen zum traditionellen Todeskriterium, das den Atemstillstand und das Ende des Blutkreislaufes darstellt, akzeptiert. Die Problematik hat sich mit der Entwicklung der künstlichen Beatmung, die die Möglichkeit zur Aufrechterhaltung des menschlichen Lebens ist, ergeben (vgl. zu dieser Stelle vgl. Sachedina 2008: 163). Denn nach dieser Weiterentwicklung und den Verbesserungen und Erfolgen beim Gebrauch der Immunsuppression wurde die Diskussion um das Hirntodkriterium und die postmortale Transplantation von Organen in den muslimischen Ländern verstärkt geführt. Im Wesentlichen ist dabei anzumerken, dass im islamischen Glauben eine vergleichsweise positive Auffassung zur Transplantation von Organen in der innerislamischen Debatte vorherrscht, während dies bei der Akzeptanz des Hirntodkriteriums nicht der Fall ist (vgl. Ilkilic 2006: 172). Die Zweifel der Muslime und Musliminnen bezüglich der Anerkennung des Hirntodkriteriums als definitive Gewissheit des Todes liegen nicht nur in den ethisch-theologischen Diskrepanzen, sondern gehen vor allem auf die Missbrauchsversuche bei Organtransplantationen in diesen Ländern zurück, erläutert Ilkilic (2006: 172-173).

Die Frage, wann genau ein Mensch tot ist, hat sich im islamischen Glauben erst in den 80er Jahren zu heftigen Debatten entwickelt. Die Einführung des Hirntodkriteriums bedingt das Überdenken der klassischen und exakten Todesdefinition im Islam (Trennung von Leib und Seele). Da sich die traditionellen Quellen des Islams sehr früh mit dem exakten Zeitpunkt des Todes beschäftigen und mehrere Ausführungen über die Veränderungen des Körpers eines toten Menschen umfassen, stellt sich folgende Frage: Können oder dürfen die klassischen Kriterien durch ein komplett neues Kriterium substituiert bzw. ausgetauscht werden (vgl. zu dieser Passage Ilkilic 2006:171)?

Im islamischen Rechtswesen hat dazu eine internationale Versammlung stattgefunden, die „nach dreijährigen Studien in ihrem dritten Treffen in Amman, Jordanien, vom 11. bis 16.10.1986 den Tod aus islamischer Sicht“ (Elyas 1995) folgendermaßen bestimmt: Der Tod eines Menschen und die darauf folgenden juristisch-islamischen Folgerungen liegen vor, wenn entweder ein nicht umkehrbarer Atem- und Herzstillstand durch ärztliche Diagnose festgestellt wird oder der irreversible Hirnfunktionsausfall, „auch wenn die Herz- und Atemfunktion noch

mechanisch aufrechterhalten wird, bzw. mechanisch aufrechterhalten werden kann“ (Elyas 1995), medizinisch erfasst wurde. Die Begründung dazu ist laut der Stellungnahme von Elyas (1995), die vom Zentralrat der Muslime in Deutschland veröffentlicht wurde, dass nicht ermittelt werden kann, wann genau die Seele den Körper verlässt, da dieser Prozess medizinisch nicht nachweisbar ist und kein fixer Zeitpunkt bestimmt werden kann. Nach islamischer Vorschrift gibt es keine Verpflichtung, einen Beweis vorzulegen, der den exakten Zeitpunkt des Verlassens der Seele vom Körper enthält. Deshalb müssen laut Elyas (1995) sekundäre Eigenschaften angegeben werden, die für die Feststellung des Todeszeitpunktes hinreichend sind. Zu diesen zählen der unumkehrbare Atem- und Herzstillstand und der irreversible Hirnfunktionsausfall. Die Definition wurde einerseits von vielen islamischen Ländern akzeptiert (vgl. zu diesem Abschnitt Elyas 1995). Andererseits folgen auf diese Stellungnahme Kritik, vor allem aus Ägypten, die verschiedene Begründungslinien gegen das Hirntodkriterium heranziehen (vgl. Ilkilic 2006: 171).

Krawietz (2001: 250) gibt einige Überzeugungen wieder, die zu Beginn der 80er Jahre gegen das Hirntodkriterium dargestellt wurden:

- 1) Ein Argument stellt die Möglichkeit, zum Leben zurückzukehren, dar. Denn Gottes Beschluss ist auch in diesem Aspekt undurchschaubar und unerklärlich. Auch Ärzte und Ärztinnen stellen Theorien der Genesung auf, wie beispielsweise Dr. Safwat Hasan Luftī, der ein kairoischer Professor für Intensivmedizin und Anästhesiologie ist und den klinischen Tod ablehnt. Er ist der Meinung, dass Menschen mit Hirntod keine richtigen Toten sind, sondern lebende, kranke Individuen, die in eine tiefe Bewusstlosigkeit gefallen sind oder ihre Gehirnfunktionen durch einen Unfall verloren haben, aber anschließend wieder ins Leben zurückgekehrt sind. Im Gegensatz dazu steht unter anderem der Mediziner Hamdī al-Sayyid, der der Auffassung ist, dass ein hirntoter Patient bzw. eine hirntote Patientin auf gar keinen Fall mehr erwacht und ihr bisheriges menschliches Leben weiterführt.
- 2) Auch die Positionen zwischen den Mediziner und Medizinerinnen sind im Hinblick auf den Hirntod als scheinbare Grenze zwischen Tod und Leben unterschiedlich. Diese Differenzen sind sowohl von Land zu Land als auch von Krankenhaus zu Krankenhaus zu sehen. Vor allem ist der Hirntod kein sicheres Kriterium zur Feststellung des Todes, da viele falsche Diagnosen gegeben werden. Auch der Arzt bzw. die Ärztin wird nie die Möglichkeit dazu haben, den Todeszeitpunkt auf die Stunde genau festzulegen.

- 3) Ein letztes Argument, das Krawietz (2001: 251) angibt, ist, dass laut islamischen Glaubens nicht nur der Schutz eines bewusstseinsfähigen Menschen, sondern auch der Schutz des vegetativen Lebens gegeben sein muss. Denn ein Patient bzw. eine Patientin mit Hirntod kann Nahrung und Medikamente zu sich nehmen, was wiederum die weiterhin bestehenden, körperlichen Funktionen sichtbar macht. Insbesondere wachsen auch die Haare und Nägel weiter und es gibt keine Verwesung et cetera. Wer dies nicht akzeptiert, missachtet den Koran, die Sunna und die Rechtsquelle namens Konsens (vgl. zu diesem Abschnitt Krawietz 2001: 250-251).

Abschließend lässt sich sagen, dass die Debatte in den 80er Jahren noch nicht zu Ende geführt worden ist und es noch eine endgültige Beurteilung der Rechtsgelehrten der Scharia geben muss (vgl. Krawietz 2001: 251-252). Auf die verschiedenen Argumente, die sich nach dieser Zeit ergeben haben, wird im Nachfolgenden exemplarisch eingegangen.

#### **5.4 Betrachtung des Hirntodkriteriums und Quellen der Argumentation**

Die Debatte um das Hirntodkriterium wird auch im 21. Jahrhundert noch weitergeführt, denn die Frage ist nach dem Arzt al-Butī, der ein ausführliches Rechtsgutachten verfasst hat, was wissenschaftlich und gesellschaftlicher zuverlässiger ist. Ist es die schariarechtliche Todesdefinition oder das vom Arzt bzw. von der Ärztin bestimmte Todesverständnis, welches auf der medizinischen und empirischen Erkenntnis beruht (vgl. zu dieser Stelle Kellner 2010: 131).

„In dieser Formulierung wird – wie in den meisten Rechtsgutachten – nicht darauf abgezielt, wann der Tod nun wirklich und objektiv eingetreten ist, sondern es geht um die Verlässlichkeit von Kriterien für den ‚Außenstehenden‘.“ (Kellner 2010: 131)

Die Befürworter und Befürworterinnen nennen folgende Argumente für die Akzeptanz des Hirntodkriteriums: Als erstes ist die Definition des Todes „als metaphysisches Ereignis“ (Kellner 2019: 236) eine Aufgabe der Theologie, während aber die Bestimmung der physiologisch-materiellen Angelegenheiten, welche beim Eintritt ersichtlich sind, die der Mediziner und Medizinerinnen ist. Das heißt die Kriterien, die dem gegenwärtigen Wissenschaftsstand entsprechen, sind aus religiöser Perspektive anzuerkennen. Zweitens wird beim Tod des Gehirns unumkehrbar das Bewusstsein verloren. Das Charakteristische am menschlichen Leben ist aber der Geist, der den Vollzug des Lebens möglich macht. Deshalb sehen auch einige Muslime und Musliminnen den Verlust des Bewusstseins als Individualtod an. Währenddessen sind Teilhirntodkonzepte, wie beispielsweise der Hirnstammtod, im Islam

sehr umstritten (vgl. zu diesem Absatz Kellner 2019: 236). Dazu anknüpfend ist ein Befürworter des Hirntodkriteriums der Rechtsgelehrte Yāsīn, bei dem das Lebensende erreicht ist, wenn die Fähigkeit des Körpers, eine Reaktion auf die Seele zu zeigen, verloren gegangen ist. Dies ist beim Hirntodkriterium der Fall, da der Körper nicht mehr im Einklang mit der Seele steht und die restlichen, körperlichen Bewegungen nur Reflexe sind, die die Fähigkeiten verloren haben, ein Verhältnis zur Seele aufzubauen. Laut Yāsīn ist das Verstehen des Lebensendes komplexer zu fassen als der Beginn des Lebens, weil keine schariarechtlichen, primären Quellen existieren, die eine Definition des Todeszeitpunktes und die körperlichen Merkmale bestimmen (vgl. zu dieser Passage Kellner 2010: 131). Dabei gibt Yāsīn an, dass „die Erkenntnis der absoluten objektiven Wirklichkeit der Seele nicht möglich ist“ (Kellner 2010: 132), aber ihr dennoch Eigenschaften zugewiesen werden können. Die wichtigsten Eigenschaften, die von Rechtsgelehrten der Seele zugeschrieben werden, sind unter anderem die kognitive Leistungsfähigkeit, die Emotionen sowie die Sinneswahrnehmungen. Die Verantwortung der Seele liegt in den bewusstseinsfähigen und vernünftigen Handlungsausführungen, während sie nicht für die autonom körperlichen Bewegungen und Reflexe zuständig ist. Infolgedessen liegt der Beweis der Medizin nun darin, dass das Gehirn mit all diesen Fähigkeiten verknüpft ist (vgl. zu dieser Stelle Kellner 2010: 132). „Das Gehirn als Organ ist also die Schaltzentrale zwischen den beiden Sphären, deren Verbindung menschliches Leben definiert: Körper und Seele.“ (Kellner 2010: 132) Aus diesem Grund ist der Tod des Gehirns das Lebensende des Menschen. Somit ist laut dem Rechtsgelehrten Yāsīn das Hirntodkriterium mit der schariarechtlichen Todesdefinition vereinbar (vgl. Kellner 2010: 132). Der Autor Kellner (2010: 132) macht darauf aufmerksam, dass es hier lediglich um das Erlöschen der kognitiven Fähigkeiten und dem Verlust der bewussten Steuerung geht, was zur Folge hätte, dass ein Teilhirntodkonzept beschrieben wird. Dies wäre im islamischen Glauben bzw. für die islamischen Rechtsgelehrten aufgrund ethischer Konsequenzen nicht leicht zu rechtfertigen bzw. zu verteidigen (vgl. Kellner 2010: 132).

Ein weiteres Argument für das Hirntodkriterium wäre, dass „eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit“ (Kellner 2019: 236) in den islamischen Rechtswissenschaften als äquivalent zu sicher begründetem Wissen beurteilt wird. Wenn also minimale Bedenken bezüglich der Diagnose vorhanden wären, dann hätten diese keine rechtliche Relevanz, da die medizinischen und empirischen Tests und Studien eindeutig nachweisen können, dass hirntote Patienten und Patientinnen tote Menschen sind (vgl. zu dieser Passage Kellner 2019: 236). Im Hinblick auf die Diagnostik gibt der Rechtsgelehrte Dahabī an, dass diese immer an die

Erfahrungen des Menschen gebunden ist. Demnach ist es aus islamischer Perspektive erlaubt, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechenden Kriterien zu benutzen (vgl. Kellner 2010: 133). Dabei kommt den medizinischen Fachkräften „die letzte Autorität“ (Kellner 2010: 133) zu. Da die beschriebenen Todesmerkmale schariarechtlich auf erfahrenen Erlebnissen und nicht auf religiösen Werken gründen, sei die Neudefinition des Zeitpunktes des Todes, die im Bereich der Medizin vorherrschend ist, auch in das islamische Recht aufzunehmen. Dennoch ist darauf zu verweisen, dass der Hirnstammtod in diesem Sinne kein hinreichendes Kriterium für den Tod eines Menschen darstellt, da dieser wissenschaftlich umstritten ist (vgl. zu diesem Absatz Kellner 2010: 133).

Darüber hinaus ist eine weitere Begründung für die Akzeptanz des Hirntodkriteriums die Embryologie im Islam. Aufgrund der embryologischen, islamischen Konzeptionen ist zwischen einem biologischen und einem menschlichen Leben zu unterscheiden. In einer Schwangerschaft ist bereits zu Beginn der Herzschlag eines Embryos belegbar. Gleichzeitig ist dieser Nachweis im Islam nicht allzu relevant, da aus theologischer Perspektive der Embryo „erst ab dem 120. Tag (dem Zeitpunkt des ‚Einhauchens der Seele‘)“ (Kellner 2019: 236) ein menschliches Leben darstellt. Somit stellt der Herzschlag bei einem hirntoten Patienten bzw. bei einer hirntoten Patientin kein Kriterium für sein bzw. ihr Leben dar (vgl. Kellner 2010: 134).

Laut Kellner (2019: 236) werden die Gegenpositionen zum Hirntodkriterium nur in geringem Maße der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Ein Beispiel dazu wäre die Position des syrischen Juristen Sa’id al- Būtī, der das Kriterium des Hirntodes als problematisch ansieht (vgl. Kellner 2019: 237). Er vertritt die Auffassung, dass der Hirntod ein wichtiges, medizinisches Merkmal „für den unmittelbar bevorstehenden Tod bzw. für den Eintritt des Sterbeprozesses“ (Kellner 2019: 237) ist, aber nicht als alleiniges Kriterium für das Ableben eines Menschen angegeben werden kann. Nach al-Būtī sprechen folgende Argumente gegen das Kriterium des Hirntodes (vgl. Kellner 2019: 237): Erstens besteht aus medizinischem Blickwinkel keine Erwartung, dass das Individuum zu einem selbstbestimmten Leben zurückkehrt. Jedoch ist dieser Aspekt durchaus nicht auszuschließen. Zweitens ist es theoretisch möglich, dass bei der medizinischen Diagnose ein Fehler gemacht und daraufhin eine Fehlinterpretation durch den Arzt bzw. die Ärztin vorgenommen wird. Dieser Fehler kann zum Beispiel „durch einen technischen Defekt in der apparativen Diagnostik“ (Kellner 2019: 237) entstehen. Drittens ist keine Übereinstimmung zwischen den Ärzten und Ärztinnen oder den Rechtsgelehrten über das Hirntodkriterium vorherrschend. Sofern keine eindeutige naturwissenschaftliche und

theologische Eindeutigkeit gegeben ist, wäre es angemessen, auf das Eintreten der akzeptierten klassischen Todeszeichen abzuwarten. Viertens verbergen die lebensverlängernden Maßnahmen „den ontologischen Status“ (Kellner 2019: 237) der Patientin bzw. des Patienten. Bei Beendigung der maschinellen Geräte, was in diesem Zusammenhang aus medizinisch-ethischer Perspektive und dem rechtlichen Kontext gestattet ist, wird die wirkliche Verfassung des Individuums auftreten. Auf der einen Seite könnte der Patient bzw. die Patientin mit Hirntod aufwachen und selbstbestimmt sein Leben genießen. Al-Būfī schließt diese Perspektive zwar aus, bringt sie aber dennoch als Möglichkeit ins Spiel. Auf der anderen Seite erscheinen die anerkannten Todeszeichen, mit denen zu hundert Prozent bestätigt werden kann, dass der Mensch tot ist. Fünftens enthält die sunnitische Rechtsmethodologie, wie im Punkt 5.2.2 *Islamische Auffassung von medizinischen Entscheidungen am Ende des Lebens* erwähnt, das Prinzip, dass Sicherheit nicht durch etwas Zweifelhafes aufgegeben werden darf. Mit hundertprozentiger Sicherheit kann davon die Rede sein, dass der Mensch einmal gelebt hat, während der Eintritt des Todes teilweise nicht ohne Zweifel nachgewiesen werden kann. Aus rechtlicher Sicht ist aufgrund dieser Tatsachen beim Hirntod nicht vom tatsächlichen Tod zu sprechen. Das letzte Argument, welches der Arzt al-Būfī anbringt, beschreibt die Empfindlichkeit des Themas. Aus sozialer Sicht wäre es richtig, die Feststellung des Todes so lange hinauszuzögern, bis die Zeichen des biologischen Todes sicher zu erkennen sind. Das Problem ist nämlich, dass nach der Erlaubnis einer Organentnahme nach diagnostiziertem Hirntod bei Angehörigen eine Skepsis an der Zuverlässigkeit der Bestimmung des Todes auftreten kann. Dadurch könnte den Ärzten und Ärztinnen misstraut werden und folglich verursacht dies einen Schaden in der Gesellschaft (vgl. zu diesem Abschnitt Kellner 2019: 237-238).

Nicht nur der syrische Jurist Sa’īd al- Būfī beschäftigt sich mit dem Hirntodkriterium, sondern auch mehrere Zeitschriften berichten zu diesem Thema. Zum Beispiel wurde in dem Journal *al-Muğtama* von 1997 in einem Artikel betont, dass es zwei verschiedene Verständnisse des Todes gibt, nämlich eine modern-medizinische und eine nach der Scharia angemessene Todesdefinition. Der Tod, in dem sich die Seele vom Körper trennt, mit der Konsequenz, dass die Organe nicht mehr arbeiten und eine Verwesung des Körpers ersichtlich wird, ist der schariarechtliche Tod. Aus diesem Grund muss nach der Tradition die Zeit zwischen dem Hirntod und dem schariarechtlichen Tod als Sterben gekennzeichnet werden. In dieser Hinsicht hat ein Hamburger Gutachten von 1998 zu verstehen gegeben, dass sich aus den islamischen, juristischen Werken folgendes ergibt: Es ist bis zum Zeitpunkt der Bestätigung des Todes als

Ganzes nicht erlaubt, einen Menschen zu töten oder zu bestatten. Die islamischen Rechtsgelehrten verweisen darauf, dass der sterbende Mensch bis zur endgültigen Trennung der Seele vom Leib nicht gestört werden soll (vgl. zu diesem Absatz Krawietz 2001: 248-249). Der Hirntod oder der Hirnstammtod sind demnach nicht als der Tod zu betrachten, auch wenn das Herz durch maschinelle Hilfe weiterschlägt, da diese Zustände „Vorboten (*nadr*)“ und „ein Hinbewegen (*sayr*) auf den Tod“ (Krawietz 2001: 249) sind. In diesem Sinne ist ein Mensch mit Hirntod als lebendig charakterisiert, bis die Loslösung von der Seele vom Leib ausgeführt wurde. Deshalb wird unter anderem im Zivilgesetzbuch §29 von Ägypten die Entnahme von Organen bei Nichtaufweisung der schiarierechtlichen Todeseigenschaften als Totschlag oder als Verletzung angesehen, da lediglich der Herzstillstand ein Todeskriterium ist (vgl. zu dieser Stelle Krawietz 2001: 249).

Die Kontroverse zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit, so Ilkilic (2006: 172), wird in der Debatte um das Hirntodkriterium auf verschiedenen, ontologischen Dimensionen geführt: Metaphysische Glaubensebene vs. Ebene der Naturwissenschaft. Die Ebene der Naturwissenschaft ist durch die Methodik geprägt, die „die meßbaren biologischen und physikalischen Veränderungen im menschlichen Körper durch quantifizierbare Kausalitäten zu erklären versucht und einen empirisch statistischen Normcharakter aufweist“ (Ilkilic 2006: 172). Im Gegensatz dazu wird die Wechselbeziehung zwischen Gott und dem Tod nicht mit naturwissenschaftlichen Denkansätzen, sondern auf der Ebene der Metaphysik nachgebildet, sodass die naturgegebenen Erkenntnisse keine geeigneten Antworten für „glaubensbedingte Fragestellungen“ (Ilkilic 2006: 172) beschreiben.

Nach dem Mediziner Omar Haque (2008: 19), der den Neurologen E. F. Wijdicks zitiert, rühren die Unterschiede zwischen religiösen, öffentlichen Meinungen und der wissenschaftlichen Praxis daher, dass keine Aufklärung zum Thema Hirntod gegeben und keine öffentliche Debatte geführt wird. Setta und Shemie (2015: 12) beschreiben, dass dies in Analogie zum Christentum steht, da die geltenden Kriterien nur zum Teil verständlich sind und eine Darlegung dieser fehlt. Auch Rady und Verheijde (2016) geben an, dass die religiöse und rechtliche Diskrepanz über das Hirntodkriterium in westlichen Gemeinschaften anwächst. Des Weiteren lehnen die Autoren Rady und Verheijde (2016: 1201) das Hirntodkriterium ab, da es keine medizinischen und neurologischen Tests und Diagnosemethoden gibt, die den unumkehrbaren Verlust des Bewusstseins belegen. Somit gehört laut ihnen der Hirntod zu einer Spannbreite neurologischer Bewusstseinsstörungen und darf nicht mit dem schiarierechtlichen Tod vertauscht werden. Als



zweiten Aspekt gegen das Hirntodkriterium führen sie die Restfunktionen des zentralen Nervensystems, der Homöostase und der somatischen Integration an, die noch vorhanden sind. Der Tod im Islam ist laut Rady und Verheijde (z. B. 2014, 2015) durch die Verwesung und die biologische Auflösung charakterisiert, wobei diese am Ende des Sterbeprozesses beginnt. Dabei verliert der Körper seine energetische Thermodynamik, die für die Zellen und den Organismus von Bedeutung sind, das Gleichgewicht der physiologischen Funktionen des Körpers und die Integration von Zellen, Geweben und Organen ist nicht mehr möglich (vgl. dazu Rady und Verheijde 2016: 1199). Infolgedessen ist das Vorhandensein der Restfunktionen nicht mit der Definition des Todes im Koran (biologischer Zerfall) vereinbar. Aufgrund dessen kommt es bei der Entnahme von Organen bei hirntoten Patienten und Patientinnen zu einer Schädigung des Lebens und führt letztendlich zum Tod. Die Unantastbarkeit des Lebens, die im Koran einen wesentlichen Bestandteil darstellt, wird nicht gewahrt. Eine Anerkennung des Hirntodkriteriums gestattet somit eine säkuläre und problematische Praxis zur Lebensbeendigung, da sie im Widerspruch zum Koran steht (vgl. zu dieser Stelle Rady und Verheijde 2016: 1201). Die Autoren Rady und Verheijde (2016: 1203) merken an, dass die Diskrepanzen zwischen religiösen und medizinischen Argumenten bezüglich des Hirntodes, vor allem in pluralistischen Gesellschaften, auftreten werden.

„More importantly, abandoning the biologic definition of death and replacing it with one that is equally encumbered by philosophical and scientific shortcomings can have serious sociocultural consequences in Western societies. This risk is exacerbated when the general public is poorly educated about the facts and the potential moral implications of such change. The secular values assigned to the construct of brain death can transgress other dominant religious and cultural values in pluralistic societies.“ (Rady und Verheijde 2016: 1202)

Daher ist die Transparenz und die Aufrichtigkeit bzw. Ehrlichkeit angesichts des Hirntodkriteriums notwendig, um negative soziokulturelle Konsequenzen zu verringern und um den Glauben und die Hoffnung in die Medizin zu bewahren.

Letztendlich hat das islamische Recht zunächst auf die Medizin und die naturwissenschaftliche Expertise vertraut, die das klassische Kriterium des Todes – Verlust der Atmung und Kreislaufstillstand – verwendet haben. Erst als neue Weiterentwicklungen im Bereich der Intensivmedizin entstanden sind und das Hirntodkriterium sich etablierte, wurde es problematisch (vgl. Sachedina 2008: 163-164).

„Angesichts des gegenwärtigen paternalistischen Verständnisses medizinischer Fürsorge gibt es kaum Platz für intellektuelle Auseinandersetzung zwischen religiösen Denkern, Doktoren, Juristen und politischen Entscheidungsträgern, um zu einem klaren Verständnis davon zu

kommen, wie Entwicklungen in der medizinischen Pflege mit traditionellen Vorstellungen von Leben und Tod im Islam interagieren. Es deutet vielmehr alles darauf hin, dass der Neologismus ‚Hirntod‘ aus westlichen Sprachen kommend unter Muslimen mit bleibender Unkenntnis der wissenschaftlichen Tatsachen befrachtet ist.“ (Sachedina 2008: 167-168)

Das Kriterium des Hirntodes wird also von den meisten islamischen Gesellschaften nicht verstanden. Infolgedessen wird sich laut Sachedina (2008: 168) keine adäquate Definition des Hirntodes und kein dazu passendes Hirntodkriterium durch islamische Rechtsgelehrte herausbilden können, sofern kein öffentlicher Diskurs stattfindet.

## **5.5 Schlussfolgerungen**

Grundsätzlich ist im islamischen Glauben zu erkennen, dass eine vergleichsweise positive Auffassung zur Transplantation von Organen in der innerislamischen Debatte vertreten wird, während dies bei der Akzeptanz des Hirntodkriteriums nicht der Fall ist. Die Skepsis der Muslime und Musliminnen bezüglich der Akzeptanz des Hirntodkriteriums als eindeutige Gewissheit des Todes liegt zum einen in den ethisch-theologischen Differenzen, zum anderen geht sie auf die Missbrauchsversuche bei Organtransplantationen in diesen Ländern zurück (vgl. dazu Ilkilic 2006: 173).

Im Allgemeinen beschreibt Kellner (2019: 239), dass keine Übereinstimmung bezüglich des Hirntodkriteriums und dessen Akzeptanz im islamischen Glauben vorherrschend ist, sondern unterschiedliche Positionen in den muslimischen Ländern und innerhalb der Rechtsgelehrten eingenommen werden. Für das ethische Urteil über die Anerkennung oder über die Ablehnung des Hirntodkriteriums werden vor allem der Koran und die Scharia, das sogenannte Gottesrecht, herangezogen, welches durch islamische Rechtsgelehrte analysiert wird. Dabei spielen vor allem Glaubensvorstellungen und die Vorstellung vom Jenseits eine entscheidende Rolle, da sie im Alltag als Normen zur Geltung kommen. In diesem Sinne beurteilen Muslime und Musliminnen Sachverhalte und Situationen aus der Sicht dieser Glaubensvorstellungen. Infolgedessen resultieren daraus sowohl positive als auch negative bzw. kritische Auffassungen zu medizinischen Methoden am Lebensende eines Menschen. Dabei wird deutlich erkennbar, dass islamische Juristen und Juristinnen des Öfteren dazu verpflichtet sind, das Kriterium des Hirntodes aufgrund der Tradition und der Scharia abzulehnen. Die Argumente von den islamischen Juristen und Juristinnen werden nicht genau getrennt und auf unterschiedlichen Ebenen gegeben: Die erste Begründung geht auf die Würdigung und auf die Achtung gegenüber toten und sterbenden Menschen zurück, während das zweite Argument auf die Diagnostik, die fehlerhaft und nicht sicher ist, verweist. Das Hauptmotiv ist aber „die Annahme der Fortdauer

eines Zustandes“ (Krawietz 2001: 248), welches ein Prinzip der Scharia darstellt. Das bedeutet, dass es nach dem Gottesrecht nicht erlaubt ist, einem Menschen das Leben zu gewähren, indem ein anderes getötet wird, dessen Fortdauer des Lebens noch nicht geendet hat. Denn die Menschenwürde und die Authentizität des Betroffenen gehen nicht durch sein Ableben verloren und bleiben im islamischen Glauben bis zu diesem Zeitpunkt bestehen (vgl. zu dieser Stelle Krawietz 2001: 247). Diese Urteile der islamischen Juristen und Juristinnen sind nur dann einer Änderung zugänglich, wenn mit naturwissenschaftlich-medizinischer Sicherheit eine vollkommene Gewissheit, dass der Tod eingetreten ist, nachgewiesen werden kann (vgl. Krawietz 2001: 248).

Nichtsdestotrotz hat eine internationale Versammlung im islamischen Rechtswesen stattgefunden, die zum Ergebnis geführt hat, dass nicht nur der irreversible Ausfall der Atem- und Herztätigkeit, sondern auch der unumkehrbare Hirnfunktionsausfall (auch bei maschineller Aufrechterhaltung des Herzschlages) den Tod des Menschen darstellt (vgl. Elyas 1995). Bei den verschiedenen Begründungen, wie auch bei dieser internationalen Versammlung, finden sich nur wenige naturwissenschaftlich-medizinische Aspekte bezüglich des Hirntodkriteriums wieder. Vielmehr steht die Trennung von Leib und Seele im Vordergrund. Bei der Begründung der internationalen Versammlung, dass das Hirntodkriterium ein zuverlässiges und hinreichendes Kriterium für den Tod des Menschen ist, wird das Argument des Verlassens der Seele vom Körper nicht beiseitegeschoben, sondern es wird begründet, dass keine islamische und primäre Quelle angibt, einen Nachweis des genauen Zeitpunktes dieser Trennung zu erbringen (vgl. Elyas 1995). Deshalb müssen sekundäre Eigenschaften, wie der Herz- und Atemstillstand und der irreversible Ausfall der gesamten Gehirnfunktionen, angegeben werden, so Elyas (1995).

Außerdem ist für die Befürworter und Befürworterinnen nicht die Theologie, sondern die Medizin für die Bestimmung der physiologisch-materiellen Angelegenheiten, welche beim Eintritt des Todes ersichtlich sind, zuständig. Das bedeutet die Kriterien, die dem gegenwärtigen Wissenschaftsstand entsprechen, sind aus religiöser Sichtweise zu akzeptieren. Denn in den islamischen Rechtswissenschaften ist eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit mit einem sicher belegten Wissen gleichzustellen. In diesem Sinne sind minimale Bedenken in Bezug auf die Diagnose aus rechtlicher Sicht nicht bedeutsam, da die empirischen Studien und diagnostischen Tests eindeutig belegen können, dass Patienten und Patientinnen mit Hirntod tot sind. Auch der Rechtsgelehrte Dahabī stimmt dem zu, da die Weiterentwicklungen im

Bereich der Medizin immer an die Erfahrungen der Individuen gebunden sind. Somit ist es aus islamischer Sichtweise erlaubt, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechenden Kriterien zu benutzen (vgl. Kellner 2010: 133). Auch eine Neudefinition des Todes ist aus diesem Blickwinkel nicht ausgeschlossen.

Im Gegensatz dazu verdeutlichen Rady und Verheijde (2016) auf medizinischer Grundlage, dass der Hirntod lediglich eine neurologische Bewusstseinsstörung darstellt, da die Restfunktionen des zentralen Nervensystems, der Homöostase und der somatischen Integration noch vorhanden sind und dieser somit abzulehnen ist. Dies erinnert meiner Ansicht nach an den medizinischen Ansatz von Alan Shewmon, dessen Hauptargument – kurz gesagt – darin liegt, dass nicht ein einziges Teil alle anderen koordiniert. Drittens spielt meiner Ansicht nach die Feststellung der traditionell äußeren Todeszeichen eine wesentlichere Rolle als der diagnostizierte Hirntod, der in der Medizinethik ein inneres Todeszeichen darstellt und den äußeren längst vorausgegangen ist (vgl. Oduncu / Hohendorf 2020: 119).

Genauso zeigen die islamischen Gegner und Gegnerinnen des Hirntodkriteriums aus medizinischer Perspektive die Problematiken bezüglich der Diagnose auf. Erstens sind laut Rady und Verheijde (2016) noch keine geeigneten Diagnosetests für den unumkehrbaren Verlust des Bewusstseins verfügbar. Zweitens können laut anderen Autoren, wie zum Beispiel dem syrischen Juristen Sa'īd al- Būṭī, Fehler gemacht und daraufhin eine Fehlinterpretation durch den Arzt bzw. die Ärztin vorgenommen werden. Dieser Fehler kann zum Beispiel „durch einen technischen Defekt in der apparativen Diagnostik“ (Kellner 2019: 237) entstehen.

Der für mich am wichtigsten erscheinende Aspekt, den die islamischen Rechtsgelehrten bzw. Autoren nennen, ist, dass das Hirntodkonzept nicht öffentlich debattiert wird und kein Versuch unternommen wird, dieses Thema im islamischen Glauben, aber auch zum Beispiel im christlichen Glauben, zu veranschaulichen, um zu bewirken, dass mehrere islamische Rechtsgelehrte den Prozess und das dazugehörige Verfahren begreifen können. Das Hirntodkriterium wird folglich von den meisten Rechtsgelehrten im Islam nicht verstanden. Somit kann sich keine angemessene Definition des Hirntodes herausbilden. Der Autor Sachedina (2008: 167-168) gibt richtig zu verstehen, dass ein intellektueller, öffentlicher Diskurs zwischen Theologen und Theologinnen, islamischen Rechtsgelehrten, Medizinern und Medizinerinnen sowie Politikern und Politikerinnen fehlt. Dementsprechend muss ein Verständnis geschaffen werden, wie sich Weiterentwicklungen in der Medizin auf traditionelle Betrachtungsweisen von Leben und Tod im Islam auswirken. Tatsache ist aber, dass das Thema

„Hirntod“ aus westlichen Regionen bei Muslimen und Musliminnen hinsichtlich der medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse mit einer gewissen Unwissenheit behaftet ist.

## **6 Fazit und Ausblick: Die Bedeutung der Kommunikation über das Hirntodkriterium im Kontext medizinischer Praxis**

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Wechselverhältnis zwischen der Weltanschauung und dem medizinethischen Urteil am Beispiel des Hirntodkriteriums. Ziel ist es, herauszufinden, inwiefern die naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte bezüglich des Hirntodkriteriums und seiner medizinethischen Begründung in das ethische Urteil der jüdischen, islamischen und christlichen Religion Eingang finden bzw. welches Wechselverhältnis zwischen dem philosophisch-ethischen Zugang und der religiösen Tradition besteht. Dabei wurden zuerst theoretische Begrifflichkeiten und Grundlagen des Hirntodes sowie der jüdischen, christlichen und islamischen Religion dargestellt. Im weiteren Verlauf wurden innerhalb der Religionen verschiedene Richtungen, wie zum Beispiel evangelisch, römisch-katholisch, sunnitisch etc., beschrieben, um einerseits zu zeigen, wie diese auf das Hirntodkriterium reagieren. Andererseits ist durch die exemplarische Vorgehensweise zu erkennen, dass in den verschiedenen Richtungen selbst eine Pluralität vorherrschend ist. Anschließend wurde es durch die literarische Recherche möglich, eine Schlussfolgerung abzuleiten, wie und mit welcher Begründung nun die naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte des Hirntodkriteriums sowie die damit verbundenen ethischen Begründungen, die international anerkannt sind, im ethischen Urteil der Religion aufgegriffen werden.

Die literarische Untersuchung hat gezeigt, dass die historische Entwicklung der Todeszeitpunktbestimmung mit der Kritik des Hirntodkriteriums zusammenhängt. Zum einen entfremden sich die Menschen im Alltag vom Tod, da der Arzt bzw. die Ärztin für die Diagnose verantwortlich ist. Dies hat zur Folge, dass es der Gesellschaft im medizinischen Bereich an Erfahrung mangelt. Zum anderen führen die Technisierung der Medizin und die Vernachlässigung der Seele bei der Bestimmung des Todes zu weiteren Problematiken. Zum Beispiel rückt die Angst, als lebendiger Mensch begraben zu werden, wieder in den Vordergrund. Für viele Personen ist daher die Gleichsetzung des irreversiblen Ausfalls der gesamten Gehirnfunktionen mit dem Tod des Menschen, die dem Stand der Wissenschaft entspricht, nicht eingängig und erzeugt eine tief im Inneren verwurzelte Furcht (vgl. Müller, Si. / Rath 2016). Es ist daher notwendig, das Hirntodkriterium in den gesellschaftlichen, religiösen und weltanschaulichen Raum einzubauen, um dieses im Denken des Menschen zu verankern und greifbarer machen zu können.

Das Konzept des Hirntodes und dessen Kriterium hat auch im Wechselspiel medizinischen Fortschritts, ethischer Begründung und weltanschaulicher Einbettung zu keiner Übereinstimmung geführt. In dieser Arbeit wurde analysiert, dass die Begründungen bezüglich des Hirntodkriteriums auch innerhalb der Medizinethik unterschiedlich ausfallen, da sowohl die Kritiker und Kritikerinnen als auch die Befürworter und Befürworterinnen verschiedene medizinische Erläuterungen für oder gegen dieses Kriterium vorlegen. Im Allgemeinen erfolgt die Argumentation der Befürworter und Befürworterinnen sowie der Gegner und Gegnerinnen des Hirntodkriteriums auf inhaltlich gleicher Ebene. Der Ausgangspunkt der Begründung stellt nämlich nicht die mentale Fähigkeit des Menschen dar, denn diese Ansicht würde ein Teilhirntodkriterium (Großhirntod-Kriterium) vertreten. Dabei wären Neugeborene mit Anenzephalie oder Patienten und Patientinnen mit apallischen Syndrom ebenfalls als Tote einzuordnen (vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 67). Vielmehr ist die gemeinsame Grundlage der Diskussion der „Organismus als biologische Einheit“ (Deutscher Ethikrat 2015: 69). Diese Basis führt aber zu gegenteiligen Ergebnissen: Für die Befürworter und Befürworterinnen stellt die Eigenaktivität des Organismus, welche sich durch den Dialog mit der Umwelt kennzeichnet, ein wichtiges Argument dar. Denn das A und O ist für das Individuum die Kommunikation und die Reaktion auf die Umwelt. Das Zentrale beim Erleiden eines Hirntodes ist vor allem die Unmöglichkeit einer Wiederherstellung der funktionellen Ganzheit. Des Weiteren wird für die Anerkennung des Hirntodkriteriums im ethisch-philosophischen Diskurs sowohl das Personenargument, bei dem die Bewusstseinsfähigkeit vordergründig ist, als auch das biologische Argument, in dem das Gehirn das zentrale Steuerungs- und Integrationsorgan bildet, herangezogen. Der Deutsche Ethikrat ist diesbezüglich der Auffassung, dass ein dualistisches Menschenbild nicht auf das Ganzhirntodkriterium, welches auch in der vorliegenden Masterarbeit als das Standard-Kriterium angesehen wurde, sondern lediglich auf die Teilhirntodkriterien zutrifft. Denn eine Bevorzugung einer dieser beiden Begründungen wäre eine „einseitige (und eben deshalb den Dualismus voraussetzende)“ Verkürzung „der *Conditio humana*“ (Deutscher Ethikrat 2015: 83). In diesem Sinne ist die Mehrheit des Deutschen Ethikrates der Ansicht, dass das Kriterium des Hirntodes keine Definition für „den Tod als anthropologisches Phänomen“ (2015: 76-77) darstellt, aber ein sicheres, wissenschaftliches Kriterium beschreibt, wann das Ende des Lebens im Sinne einer vitalen Einheit eingetreten ist. Im Hinblick auf die Gegenposition hat sich ergeben, dass keine Desintegration des Körpers vorliegt und der Mensch nicht als tot zu betrachten ist. Das Gehirn enthält zwar fundamentale Funktionen, aber ist laut Alan Shewmon, der einer der wichtigsten

Vertreter gegen das Hirntodkriterium ist, als geistiges und mentales Gerüst für einen ganzheitlichen Organismus weder konstitutiv noch notwendig.

Um in der zurzeit nicht-zielführenden Debatte weiter zu gelangen, schlagen Kersting (2017) und Stoecker (2019) eine neue Herangehensweise vor, die diesen Diskurs wieder fruchtbar macht und neue Perspektiven aufweist. Kersting (2017) geht dabei von einem integrativen Konzept aus, welches den Tod des Menschen als den Tod der leiblichen Person beschreibt und die persönliche Sichtweise auf den Tod berücksichtigt. Dabei verwendet die Autorin die philosophische Anthropologie von Helmut Plessner und rekonstruiert Argumente für dieses Konzept. Sie möchte damit den Dualismus und das objektivistische Verständnis, welches beim Hirntod vorherrschend ist, aufheben. Neben der Autorin Kersting untersucht Stoecker (2019) das Hirntodkriterium hinsichtlich der Folgen für die Organspende. Stoecker (2019) stellt sich die Frage, welche Konsequenzen die Zweifel am Hirntodkriterium für die ethische Beurteilung der Organspende haben. Für ihn spielt dabei der Bündelbegriff des Lebens eine wesentliche Rolle. Er kommt unter anderem zu folgendem, meiner Meinung nach wesentlichen, Ergebnis: Die Behandlung bei Patienten und Patientinnen mit Hirntod sei wie bei Patienten und Patientinnen, die im tiefen Koma liegen, vorzunehmen. Auch der Begriff *Informed Consent* ist ein wichtiges Merkmal, welches erfüllt und angewendet werden sollte, da dieser auch bei bewusstlosen Individuen ermittelt werden kann.

Ebenso hat die vorliegende Masterarbeit untersucht, wie die jüdische, christliche und islamische Religion mit dem international anerkannten Kriterium umgehen und welche geschichtlichen Veränderungen es im Hinblick auf die Befürwortung oder auf die Ablehnung des Hirntodkriteriums in den drei genannten Religionen gegeben hat. Es lässt sich außerdem ein Vergleich zwischen den drei abrahamitischen Religionen herstellen. Die Todeszeitpunktbestimmung und die dazugehörigen Kriterien sind durch die Einführung des Hirntodkriteriums höchst umstritten (vgl. Körtner 2003: 30). Dennoch lässt sich im Großen und Ganzen festhalten, dass das Christentum und der Islam das Kriterium des Hirntodes, unter der Bedingung, dass das Ganzhirntodkriterium verwendet wird (vgl. Körtner 2003: 30), anerkennen. Hier ist aber anzumerken, dass im Islam laut Kellner (2019) lediglich die positiven Ansichten hervorgehoben und die negativen Aspekte in den Hintergrund verdrängt werden. Im Judentum ist von Anfang an keine Einigkeit zwischen den rabbinischen Autoritäten vorhanden und es hat bis heute keine historische Entwicklung stattgefunden, die diese Debatte zu einem Ende kommen lässt. Denn beim Hirntodkriterium handelt es sich im jüdischen Glauben nicht



um eine ethische Frage, sondern um Möglichkeiten einer Interpretation der Halacha (vgl. Nordmann 2001). Aus diesem Grund sind medizinethische Fragestellungen im Judentum als problematisch anzusehen, da verschiedene Rabbiner ein und dieselbe Frage analysieren und folglich zu anderen Ergebnissen kommen könnten. Weiters wird eine Trennung zwischen dem Bereich der Ethik und dem jüdischen Gesetz nicht vorgenommen. Ein Beispiel dazu sind die Perspektiven zu der Todesdefinition und den Todeszeichen im Judentum. Zum einen besagt die jüdisch traditionelle Todesdefinition, dass sowohl Herzschlag als auch Atmung ausgefallen und eine Bewegungslosigkeit vorherrschend sein müssen, um das Individuum als tot zu betrachten. Währenddessen sind andere Rabbiner der Auffassung, dass lediglich das Kriterium des irreversiblen Ausfalls der Spontanatmung für das Todesverständnis infrage kommt. In diesem Sinne wird im jüdischen Glauben oft ein Teilihirtodkriterium akzeptiert. Der wesentlichste Aspekt im Judentum ist, dass die traditionellen Quellen nicht aus zwei hermeneutisch extremen Positionen betrachtet werden sollen, sondern dass man diesen eine neue Bedeutung zukommen lässt (vgl. Reifman 2013). Schlussendlich liegt die Entscheidung beim Rabbiner und der dazugehörigen Gemeinschaft, ob das Hirntodkriterium akzeptiert wird oder nicht. Dabei wird jeder Fall mithilfe der Angehörigen und der Ärzte bzw. Ärztinnen neu analysiert. Laut Körtner (2003) ist die Einbeziehung unterschiedlicher Religionen und ihren Autoritäten in medizinethischen Fragen eine Notwendigkeit.

Nichtsdestotrotz gibt es aber auch im Islam und im Christentum einige Gegenstimmen im Hinblick auf das Hirntodkriterium. Dabei hat es im Christentum im Rahmen der evangelischen Kirchen eine geschichtliche Weiterentwicklung zum Thema Hirntod gegeben. Denn seit dem Jahr 1990, in dem die gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Evangelischen Rates in Deutschland bekannt gegeben wurde, hat eine Reflexion in der evangelischen Kirche bezüglich ihrer Position stattgefunden. Die neue Sicht der evangelischen Kirche lehnt weder das Hirntodkriterium ab, noch akzeptieren sie es. Denn für die evangelische Kirche steht der Mensch und seine Selbstbestimmung im Mittelpunkt. Sie betonen dabei die unterschiedliche Vielfalt an Menschenbildern, die in der Gesellschaft vorherrschend sind. Die evangelische Kirche sieht nun ihre Aufgabe darin, die Individuen bei ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen. Das Zentrale und meiner Ansicht nach herausstechende am Christentum ist, dass diese Religion versucht, die anthropologischen Schlussfolgerungen kritisch zu reflektieren, um herauszufinden, ob das Hirntodkriterium angemessen für das jeweilige Todesverständnis ist. Dennoch trifft die römisch-katholische Kirche keine technischen Entscheidungen bezüglich der neuen, medizinischen Kriterien. Diese

Verlautbarungen der obersten Instanz, bei denen auch die Bibel eine Anwendung findet, haben im römisch-katholischen Glauben einen Einfluss auf die Entscheidungen des Lebens eines Individuums. Ebenso wird im Judentum oder im Islam bei medizinethischen Fragestellungen entweder ein Rabbiner, dessen Entscheidung ethisch bindend ist (vgl. Nordmann / Birnbaum 2003: 86), oder ein islamischer Rechtsgelehrter herangezogen.

Überdies hat sich die Meinung im Christentum seit 1990 kaum verändert. Im Vergleich dazu ist die Diskussion um das Hirntodkriterium im Islam noch lange nicht zu Ende, da diese erst in den 80er Jahren begonnen hat. In dieser Religion wurde sich zahlreich mit der Todeszeitpunktbestimmung auseinandergesetzt, da diese einen wichtigen Bestandteil des islamischen Glaubens ausmacht sowie das Leben und die Entscheidung über die Anerkennung oder die Ablehnung des Hirntodkriteriums eines Muslims bzw. einer Muslimin beeinflusst. Mit dem Tod kommt es nämlich zu Veränderungen der Rechtsbedingungen und der Verpflichtungen. Dies ist auch im Judentum der Fall. Auch die zeitnahe Bestattung darf dabei nicht außer Acht gelassen werden. Zunächst wurden vom islamischen Recht der Bereich der Medizin und die dazugehörigen naturwissenschaftlich-medizinischen Auffassungen der Experten und Expertinnen anerkannt. Ohne weitere Problematiken sind also die Religion und die Medizin nebeneinandergestanden. Dies hat sich mit der Einführung des Hirntodkriteriums und den Verbesserungen der Intensivmedizin rapide verändert. Somit ist es auch innerhalb dieser Religion zu zahlreichen Debatten gekommen. Für den Arzt al-Būfī geht es vordergründig nicht um die Frage, wann ein Mensch als tot gilt, sondern ob die Kriterien für die Außenstehenden als verlässlich anzunehmen sind. Die literarische Untersuchung hat gezeigt, dass hier die Frage der Verlässlichkeit der Kriterien in den Vordergrund gerückt wird und einen Einfluss auf die islamischen Entscheidungen nimmt. Diese Verlässlichkeit kann nur dann gegeben werden, wenn ein öffentlicher Diskurs zwischen islamischen Rechtsgelehrten, Theologen und Theologinnen, Medizinern und Medizinerinnen sowie Politikern und Politikerinnen stattfindet, so Sachedina (2008). Auch die Gesellschaft sollte über den Hirntod genau aufgeklärt werden. Die Unklarheiten zu diesem Thema führen dazu, dass keine angemessene Definition zum (Hirn-)Tod und kein dazu passendes Kriterium herausgebildet werden kann. Es ist zu untersuchen, wie medizinische Entwicklungen mit traditionellen Perspektiven kommunizieren bzw. zusammenwirken (vgl. zu dieser Stelle Sachedina 2008). Auch im Christentum und im Judentum fehlt ein hundertprozentiges Verständnis zu diesem Thema, da der Hirntod und dessen Kriterium keine Beachtung in der Öffentlichkeit finden und lediglich intern diskutiert werden. Besonders im Islam sind die medizinisch-wissenschaftlichen

Erkenntnisse aus den westlichen Regionen mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Deshalb nehmen der transparente Umgang mit dem Thema „Hirntod“ und die Ehrlichkeit einen wesentlichen Baustein im Sinne der Auflösung der gesellschaftlichen Unklarheiten ein.

Durch die in dieser Masterarbeit behandelte Forschungsfrage und die dazugehörige Analyse zeigen sich folgende, zentrale Erkenntnisse: Die naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekte bezüglich des Hirntodkriteriums finden nur teilweise einen Eingang in das ethische Urteil zum Hirntodkriterium in der jüdischen, christlichen und islamischen Religion, da vor allem für die Ablehnung oder die Befürwortung dieses Kriteriums die traditionellen Quellen herangezogen werden. In diesen primären Quellen ist vor allem der Herz- und Atemstillstand das klassische Kriterium für die Todeszeitpunktbestimmung, wodurch die Akzeptanz des Hirntodkriteriums erschwert wird. Doch wie unterscheiden sich nun die Argumentationsstrukturen der verschiedenen Religionen zur medizinethischen Begründung? Wie gelangen die drei genannten Religionen zu einem ethischen Urteil? Die medizinisch-ethische Position verwendet vor allem Faktenargumente, wissenschaftliche Erkenntnisse als auch philosophische Standpunkte, die sich im Laufe der Geschichte entwickelt und die Menschheit geprägt haben. Es wird vor allem auf der Basis eines systembiologischen Ansatzes argumentiert.

Im Bereich der jüdischen Medizinethik geht es vor allem um das bestehende, traditionelle Wertesystem, welches zur Analyse bei bioethischen Fragestellungen verwendet wird. In diesem stehen die Heiligkeit und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens im Mittelpunkt des jüdischen Gesetzes. Die autoritären Rabbiner versuchen dahingehend, das Hirntodkriterium mit der klassisch-halachischen Todesdefinition zu vereinbaren. Dies ist aber deshalb nicht möglich, da zu dem jüdischen Todesverständnis das dazugehörige Kriterium der Herztod ist. Für das Finden eines ethischen Urteils werden in allen drei Religionen die religiösen Schriften und Quellen berücksichtigt. Jedoch werden diese im Judentum nicht dem geschichtlichen Kontext angepasst. Das heißt, das ethische Urteil basiert nicht auf philosophischen oder allgemeinen Theorien, die durch das Denken der Menschen hervorgebracht wurden, sondern auf der *Tora* und dem *Talmud* (vgl. Nordmann / Birnbaum 2003: 86). Die jüdische Medizinethik verfolgt eine kasuistische Vorgehensweise (vgl. Kraus 2003: 120), in der die Entscheidung des Rabbiners ethisch bindend ist. Im Judentum kann meiner Meinung nach in der Debatte um das Hirntodkriterium nicht sehr bald eine Einigkeit erzielt werden, da die traditionellen Quellen, wie auch der Autor Kraus (2003: 124) darauf hinweist, nicht zeitbezogen analysiert werden.

Im Christentum werden zur Argumentation theologische, anthropologische und ethische Perspektiven herangezogen. Insbesondere spielen die Schöpfung, die Menschenwürde, der Schutz des Lebens und die Beurteilung von Krankheit und Leiden eine wesentliche Rolle (vgl. Kraus 2003: 108). Dabei werden die biblischen Texte im Gegensatz zum Judentum im geschichtlichen Rahmen eingebettet. Das bedeutet, „die Texte werden in ihrem historischen Entstehungskontext gesehen und einer hermeneutischen Reflexion unterzogen, die sicherstellt, dass keine einfache »biblizistische« Übertragung antiker Texte auf moderne Problemstellungen erfolgt“ (Kraus 2003: 109). Die christliche Theologie versucht daher, nicht eine einzige Todesdefinition aufzustellen, sondern die anthropologischen Schlussfolgerungen kritisch zu reflektieren, um danach festzustellen, ob das Hirntodkriterium angemessen für das jeweilige Todesverständnis ist. Im Zentrum steht die leib-seelische Einheit, bei der die medizinisch-ethischen Aspekte der Integrationsleistung des Gehirns, der Eigenaktivität und der Interaktion mit der Umwelt grundlegend sind. Im Hintergrund dieser Argumentation schwingt immer das aristotelisch-thomanische Menschenbild mit, in dem die Seele den Organismus belebt. Die Seele ist also ein „aktives Formprinzip“, welche sich „funktional ohne Weiteres auf die zentrale Instanz der Selbstintegration abbilden“ (Deutscher Ethikrat 2015: 82) lässt. In diesem Sinne kommen die medizinethische Perspektive und das ethische Urteil im Christentum zum selben Ergebnis, unterscheiden sich aber größtenteils in der Begründung. Weiters werden Aristoteles und Thomas von Aquin in Verbindung mit theologischen Positionen gebracht, was eine Verbindung zur historischen Entwicklung der Todesfeststellung und zur Philosophie erkennen lässt.

Im Islam hingegen ist das ethische Urteil vor allem auf konventionelle Verfahrensweisen zurückzuführen. Dabei bilden vier nach ihrem Autoritätsgrad hierarchisch geordnete Quellen die Grundlage der Findung einer ethischen Begründung bezüglich des Hirntodkriteriums, und zwar sind dies der Koran, die Sunna, die Übereinstimmung und Zustimmung der Rechtsgelehrten sowie der Analogieschluss (vgl. dazu Ilklic 2003: 59-60). Diese Argumentationsstruktur findet sich sowohl im privaten als auch im religiösen Leben des Islams vor. Eine Gemeinsamkeit mit dem Judentum stellt dabei die kasuistische Vorgehensweise dar, während die normative Begründung, die im christlich-westlichen Diskurs breite Akzeptanz erlangt, kaum angewandt wird (vgl. Kraus 2003: 119). Das bedeutet, dass ein Urteil durch die juristischen Rechtsgelehrten nicht in allen Situationen „eine kategorische Geltung“ (Ilklic 2003: 60) erhält. Vielmehr ist dieses in einzelnen Situationen zu betrachten und einzusetzen (vgl. dazu Ilklic 2003: 61).

„Der Koran und die Sunna werden in den Urteilsfindungen der Rechtsgelehrten nicht nur mit einer semantischen, sondern auch mit einer hermeneutischen Sensibilität gelesen. Nicht nur die lexikalische Bedeutung eines Verses, sondern auch dessen Offenbarungsgrund und Entstehungskontext sind für die daraus abzuleitenden Urteile wichtig.“ (Ilklic 2003: 61)

Aus diesem Grund können meiner Meinung nach einige Herausforderungen entstehen, da die Vielfalt an Auffassungen in innerislamischen Debatten enorm ist. Auch Glaubensvorstellungen und die Vorstellung vom Jenseits kommen im Alltag als Normen zur Geltung. In diesem Sinne beurteilen Muslime und Musliminnen Sachverhalte und Situationen aus der Sicht dieser Glaubensvorstellungen. Infolgedessen resultieren daraus sowohl positive als auch negative bzw. kritische Auffassungen zu medizinischen Methoden am Lebensende eines Menschen.

Eine Verbindung zwischen dem philosophisch-ethischen Zugang und der religiösen Tradition lässt sich darin erkennen, dass eine gemeinsame Frage untersucht wird, nämlich „Ab wann ist der Mensch tot?“. Sowohl der philosophisch-ethische als auch der religiöse Bereich beschäftigen sich mit dieser Frage, die vor allem mit dem Hirntodkriterium in den Mittelpunkt gerückt wird. Da sich der Bereich der Ethik in viele weitere Schwerpunktbereiche unterteilt, wie zum Beispiel in die Medizinethik oder in die Bioethik, wird die Frage meiner Ansicht nach nicht immer unter demselben Blickwinkel betrachtet, wie es in den Religionen geschieht. Deshalb versuchen manche religiöse Gelehrte aufgrund der raschen Entwicklungen zum Beispiel in der Medizin neben den religiösen Werken auch ethisch-philosophische bzw. säkulare Ansätze heranzuziehen, um die Relevanz des Themas von vielen Seiten betrachten und eine entsprechende Lösung finden zu können. Eine weitere Relation stellt das Vorhandensein verschiedener Menschenbilder in der Welt dar. Mit diesen müssen sich sowohl der ethisch-philosophische Zugang als auch die Religionen auseinandersetzen. Bei diesen Auseinandersetzungen kommt die gesellschaftliche Pluralität – auch innerhalb der Religionen – zum Vorschein. Dementsprechend spielt auch die interkulturelle Kommunikation in der Medizin eine wesentliche Rolle (vgl. Plunkte 2017: 29), da diese ein zentraler Bestandteil der Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen ist (vgl. Heister / Henke 2017: 26). Dabei beansprucht die Kommunikation dieselbe Fachkompetenz und Expertise wie „die fachgerechte körperliche Untersuchung oder ein kompliziertes, technikgestütztes Behandlungsverfahren“ (Heister / Henke 2017: 26). Diese Vorgehensweise kann dazu führen, dass einerseits ein enormer Beitrag zur Sicherheit geleistet wird und es zu einem erfolgreichen Durchbruch in der medizinischen Betreuung kommen kann. Andererseits kann das Berufsbild des Arztes bzw. der Ärztin durch eine gelungene Interaktion positiv verändert werden (vgl. dazu Heister / Henke 2017: 26). Die Autoren Heister und Henke (2017) geben in dem Kapitel „Medizin und Therapie“ einen

Einblick, wie die Kommunikation zwischen Patienten und Patientinnen sowie Ärzten und Ärztinnen bewertet wird und welche aktuellen Diskussionen zu diesem Thema geführt werden.

Die Kommunikation spielt für mich deshalb eine wichtige Rolle, da das zentrale Ergebnis, welches die vorliegende Masterarbeit zum Vorschein gebracht hat, das fehlende Verständnis bezüglich des Hirntodkriteriums in allen drei Religionen ist. Dieses Ergebnis knüpft unter anderem an die Untersuchung von Ulrich Körtner (2003), von Sachedina (2008) sowie Rady und Verheijde (2016) an, die alle der Auffassung sind, dass sowohl die unterschiedlichen Religionen in die medizinethischen Entscheidungen miteinbezogen werden sollen als auch ein öffentlicher Diskurs notwendig ist, um die Unsicherheit und das mangelnde Wissen über das Hirntodkriterium zu verringern. Der Einbezug der verschiedenen Religionen ist deshalb von Bedeutung, da dem Hirntod und dem dazugehörigen Kriterium säkulare Werte zugeschrieben werden, so Rady und Verheijde (2016), die zwar in pluralistischen Gesellschaften akzeptiert werden, aber teils nicht mit strikt religiösen und kulturellen Werten vereinbar sind. Aus diesem Grund ist die öffentliche Debatte erforderlich, um über die Fakten und die ethisch-moralischen Folgen, die das Hirntodkriterium mit sich bringt, aufzuklären. Die Unterfrage, ob religiöse Überzeugungen in der heutigen Medizinethik eine Rolle spielen und welche Konsequenzen dies mit Hinblick auf das Hirntodkriterium hat, kann folgendermaßen beantwortet werden: Der religiöse Glaube hat einen Einfluss auf die Medizinethik, da zum Beispiel im Islam und im Judentum zuerst ein islamischer Rechtsgelehrter oder ein Rabbiner herangezogen werden, um die Sachlage zu analysieren. Je nachdem, welches Wissen um das Konstrukt des Hirntodes vorhanden ist und wie diese weisen Gelehrten zum Thema Hirntod stehen, fällt die Entscheidung für oder gegen die Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen und der darauffolgenden Frage nach der Organspende aus. Die Konsequenz ist daher die Befürwortung oder die Ablehnung der neuesten, naturwissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisse und deren Vorgehensweise. Weitere Konsequenzen bei einer nicht öffentlichen Debatte und bei vorhandenen Missverständnissen sind unter anderem eine nicht-zielführende Diskussion über das Hirntodkriterium, das Ausbleiben von neuen, ethischen Lösungsvorschlägen zu diesem Thema, das Vorherrschen von Unwahrheiten über medizinische Erkenntnisse sowie der Verlust des Vertrauens in die Medizin und in die ärztliche Betreuung. Außerdem stellen das Wissen über das Wertesystem eines Patienten bzw. einer Patientin, das Abschätzen der Beeinflussung der religiösen Überzeugungen auf die Entscheidungen der Patienten und Patientinnen sowie die Sprachkenntnisse, die eine erfolgreiche Kommunikation beeinträchtigen, Herausforderungen für den Arzt bzw. die Ärztin und für das Personal dar (vgl. Ilkilic 2006: 178-179).

Anhand dieser Analyse und den dazugehörigen Ergebnissen lässt sich nur bedingt darauf schließen, dass naturwissenschaftlich-medizinische Aspekte bezüglich des Hirntodkriteriums einen Eingang in das ethische Urteil zum Hirntodkriterium in der jüdischen, christlichen und islamischen Religion finden. Vielmehr stehen die primären Quellen und die Ansichten der weisen Gelehrten sowie der höheren Instanz im Vordergrund. Ein anderer Grund dafür ist die unvollständige Aufklärung zum Thema Hirntod. Dadurch kann keine geeignete und einheitliche Todesdefinition entstehen bzw. entwickelt werden, da eine Vielzahl von verschiedenen Meinungen rund um dieses Thema vorhanden ist. Das Hirntodkriterium und die dazugehörige Debatte bleibt somit ungelöst und steht weiterhin im aktuellen Diskurs. Auch für die Religionen ist es problematisch, das Vertrauen in die Medizin beizubehalten, da zum einen die interkulturelle Kommunikation verbessert werden muss und zum anderen der Einbezug der Religionen in medizinethische Entscheidungen aktuell weitestgehend außer Acht gelassen wird.

Im Hinblick auf das untersuchte Thema „Hirntod“ kann es überdies von Nutzen sein, das Thema Selbstbestimmung in den Vordergrund zu rücken. Vor allem die evangelische Kirche hat einen Wandel durchlaufen, indem sie sich nun auf die Unterstützung in existentiellen Fragen (Leben und Tod) eines jeden einzelnen Individuums konzentriert. Das bedeutet, dass jeder Mensch, der sich dem Evangelismus zugehörig fühlt und diese Richtung der christlichen Religion ausübt, seine eigene Entscheidung bezüglich der Befürwortung oder der Ablehnung des Hirntodkriteriums trifft. In diesem Sinne handelt der Patient bzw. die Patientin selbstbestimmt und kann für sich persönlich überlegen, ob nach einem Hirntod das Leben für ihn bzw. sie zu Ende ist und infolgedessen möglicherweise seine bzw. ihre Organe gespendet werden sollen oder ob der Wunsch nach der Aufrechterhaltung der lebenserhaltenden Maßnahmen besteht, da ein Leben mit Hirntod noch nicht den Tod eines Menschen darstellt. Weiterführend könnte also analysiert werden, wie das Thema Hirntod in die Patientenverfügung am besten bzw. präzisiert aufgenommen werden kann und welche rechtlichen Aspekte beachtet werden müssen, da es bereits aktuell zu Konflikten zwischen Patientenverfügung und Organspende kommen kann, wie auch die Evangelische Kirche in Hessen und Nassau (2017) berichtet. Auch Stoecker (2019) hat einen Vorschlag bezüglich der Anwendung des *Informed Consent* bei hirntoten Patienten und Patientinnen gegeben. Dieser Ansatz soll meiner Meinung nach ethisch diskutiert und untersucht werden. Dieses Beispiel an weiterführender Forschung (Selbstbestimmung eines Individuums) soll noch einmal exakt aufzeigen, dass erstens die Debatte um das Hirntodkriterium noch lange nicht zu Ende geführt ist, zweitens ein öffentlicher Diskurs

notwendig ist, um Missverständnisse und den Mangel zu diesem Thema zu reduzieren bzw. zu beseitigen sowie um die Auswirkungen der Weiterentwicklungen der medizinischen Verfahren auf traditionelle Perspektiven von Leben und Tod feststellen zu können. Drittens ist es von Bedeutung, die verschiedenen Religionen rund um die Diskussion über das Hirntodkriterium miteinzubeziehen, damit sie eine angemessene Definition des (Hirn-)Todes und ein dazu passendes Kriterium herausbilden können.

„Transparency and truthfulness about brain death is essential to avoid negative sociocultural consequences and to maintain trust in medicine. In addition to these moral recommendations, practical considerations should be given to accommodating and respecting religious objection to the neurologic determination of death.“ (Rady / Verheijde 2016: 1203)



## 7 Literaturverzeichnis

Ach, Johann S. und Georg Marckmann (2012): Todesbegriff und Hirntod-Kriterium. Einführung, in: Urban Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart: Philipp Reclam, S. 352-359.

Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School (1968): A Definition of Irreversible Coma Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, in: *Journal of the American Medical Association*, Jg. 205, Nr. 6, S. 337-340.

Alhawari, Yasmin, Marcel A. Verhoff und Markus Parzeller (2018): Hirntod, Organtransplantation und Obduktion aus der Sicht der Weltreligionen. Teil 1: Einleitung, Judentum, Christentum, Islam, in: *Rechtsmedizin*, Jg. 28, Nr. 3, S. 182-190.

Angstwurm, Heinz (1995): Der vollständige und endgültige Hirnausfall (Hirntod) als sicheres Todeszeichen des Menschen, in: Johannes Hoff und Jürgen in der Schmitt (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und «Hirntod»-Kriterium*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, S. 41-50.

Angstwurm, Heinz (2003): Der Hirntod als sicheres Todeszeichen, in: Marcus Düwell und Klaus Steigleder (Hrsg.), *Bioethik. Eine Einführung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 291-297.

Autiero, Antonio (2019): Hirntod und Organspende aus interkultureller/interreligiöser Sicht. Die katholische Position, in: Stephan M. Probst (Hrsg.), *Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht*, Berlin: Hentrich & Hentrich Verlag, S. 156-168.

Battro, Antonio, James L. Bernat, Marie-Germaine Bousser, Nicola Cabibo, Georges Cottier, Robert B. Daroff, Stephen Davis et al. (2008): Response to the statement and comments of Prof. Spaemann and Dr. Shewmon, in: *The Pontifical Academy of Sciences*, Extra Series 31, S. 14-20.

Birnbacher, Dieter (1999): Fünf Bedingungen für ein akzeptables Todeskriterium, in: Johann S. Ach und Michael Quante (Hrsg.), *Hirntod und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin*, Stuttgart: Friedrich Frommann Verlag, S. 49-74.

Birnbacher, Dieter (2015): II. Zentrale Begriffe und Konzepte der Bioethik. Tod, in: Dieter Sturma und Bert Heinrichs (Hrsg.), *Handbuch Bioethik*, Stuttgart: J. B. Metzler Verlag, S.154-160.

Bleich, J. David (1989): Brain Death and Organ Donation: An Interview with Rabbi J. David Bleich, in: *The Jewish Review*, Jg. 3, Nr. 2, [online] <https://thejewishreview.org/articles/?id=177> [05.01.2022].

Bundesärztekammer (2015): Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG. Vierte Fortschreibung, in: *Deutsches Ärzteblatt*, [online]

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf) [17.03.2021].

Chief Rabbinate Council of Israel (1986): Heart transplants in Israel: The decision of the Chief Rabbinate Council, Jerusalem, S. 392-403, [online] <https://www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/Judaism/HeartTransplants.pdf> [04.01.2022].

Delvaux de Fenffe, Gregor (2019): Judentum, [online] <https://www.planetwissen.de/kultur/religion/judentum/index.html> [06.01.2022].

Denkhaus, Ruth (2019): Die evangelische Debatte um Hirntod und Organspende, in: Stephan M. Probst (Hrsg.), *Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht*, Berlin: Hentrich & Hentrich Verlag, S. 169-224.

Deutsche Bischofskonferenz und Evangelische Kirche in Deutschland (1990): Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, [online] [https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/gem-texte/GT\\_01.pdf](https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/gem-texte/GT_01.pdf) [17.03.2021].

Deutsche Bischofskonferenz (o. J.): Katechismus, [online] <https://www.dbk.de/themen/katechismus> [05.01.2022].

Deutscher Ethikrat (2015): Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme, Berlin, [online] <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf> [17.03.2021].

Der Koran (2021): Der heilige Qur'an. Arabisch mit deutscher Übersetzung, herausgegeben von Mirza Masroor Ahmad, Frankfurt am Main: Verlag Der Islam, [online] <https://www.alislam.org/quran/Holy-Quran-German.pdf> [09.05.2022].

Die Bibel (2016): Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift, Stuttgart: Katholische Bibelanstalt, [online] <https://www.bibleserver.com/EU/2.Korinther1> [09.05.2022].

Eich, Thomas (2005): *Islam und Bioethik. Eine kritische Analyse der modernen Diskussion im islamischen Recht*, Wiesbaden: Reichert Verlag.

Engelmayer, Maresi (2021): Wer im Islam das Sagen hat, [online] <https://religion.orf.at/stories/3206235/> [06.01.2022].

Elyas, Nadeem (1995): Stellungnahme bei der bei der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuß des Deutschen Bundestages. Hirntod und Organverpflanzung, veröffentlicht durch den Zentralrat der Muslime in Deutschland e.V., [online] <http://zentralrat.de/14632.php> [17.03.2021].

Emter, Elisabeth (2001): Bilder vom Tod in der frühen Neuzeit, in: Thomas Schlich und Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 115-132.

Erbguth, Frank (2017): «Hirntod» – irreversibler Hirnfunktionsausfall, in: Frank Erbguth und Ralf J. Jox (Hrsg.), *Angewandte Ethik in der Neuromedizin*, Berlin: Springer Verlag, S. 165-178.

Evangelische Frauen in Deutschland (2013): Organtransplantation. Positionspapier 2013, Hannover, [online] [https://www.evangelischefrauen-deutschland.de/images/stories/efid/Positionspapiere/organtransplantation\\_positionspapier%202013\\_druckfassung.pdf](https://www.evangelischefrauen-deutschland.de/images/stories/efid/Positionspapiere/organtransplantation_positionspapier%202013_druckfassung.pdf) [05.01.2022].

Evangelische Kirche in Hessen und Nassau (2017): „Hirntod“ und Organspende, Stellungnahme, [online] [https://www.ev-medizinethik.de/damfiles/default/ev-medizinethik/dokumente/Texte.zip/Texte/Transplantation/Organtransplantation/EKHN\\_-\\_Hirntod\\_und\\_Organspende\\_2017.pdf-1c76b0c7f4f0f766e1263f636160a8ff.pdf](https://www.ev-medizinethik.de/damfiles/default/ev-medizinethik/dokumente/Texte.zip/Texte/Transplantation/Organtransplantation/EKHN_-_Hirntod_und_Organspende_2017.pdf-1c76b0c7f4f0f766e1263f636160a8ff.pdf) [05.01.2022].

Gesundheit Österreich (o. J.): Empfehlungen zur Todesfeststellung, [online] <https://transplant.goeg.at/todesfeststellung> [05.01.2022].

Groß, Dominik und Jasmin Grande (2020): Sterbeprozess – medizingeschichtlich, in: Héctor Wittwer, Daniel Schäfer und Andreas Frewer (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik*, Berlin: Springer Verlag, S. 89-96.

Groß, Dominik, Sabrina Kreucher und Jasmin Grande (2010): Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung: Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden, in: Michael Rosentreter, Dominik Groß und Stephanie Kaiser (Hrsg.), *Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod*, Kassel: kassel university press, S. 17-32.

Haque, Omar Sultan (2008): Brain death and its entanglements: A redefinition of personhood for Islamic ethics, in: *Journal of Religious Ethics*, Jg. 36, Nr. 1, S. 13-36.

Holzniekemper, Thomas (2005): *Organspende und Transplantation und ihre Rezension in der Ethik der abrahamitischen Religionen*, Münster: LIT Verlag.

Heister, Heiner und Rudolf Henke (2017): Patient und Arzt im Gespräch: Patient-Arzt-Kommunikation und die Zukunft des ärztlichen Berufsbildes, in: Sascha Bechmann (Hrsg.), *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*, Berlin: Frank & Timme Verlag, S. 23-46.

Hooff, Anton van (2001): Thanatos und Asklepios. Wie antike Ärzte zum Tod standen, in: Thomas Schlich und Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 85-101.

Ilkic, Ilhan (2003): Die aktuelle Biomedizin aus der Sicht des Islam, in: Silke Schicktanz, Christof Tannert und Peter Wiedemann (Hrsg.), *Kulturelle Aspekte der Biomedizin. Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven*, Frankfurt am Main: Campus Verlag, S. 56-83.

Ilkic, Ilhan (2006): Wann endet das menschliche Leben? Das muslimische Todesverständnis und seine medizinethischen Implikationen, in: Ulrich H. J. Körtner, Günter Virt, Franz Haslinger und Dietrich van Engelhardt (Hrsg.), *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik*, Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, S. 165-182.

Johannes Paul II (2000): Ansprache an den internationalen Kongress für Organverpflanzung, Rom, Kongresspalast, [online] [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/de/speeches/2000/jul-sep/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20000829\\_transplants.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/de/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants.html) [05.01.2022].

Jonas, Hans (2012): Hirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, in: Urban Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart: Philipp Reclam, S. 363-365.

Jox, Ralf J. (2016): Hirntod und Hirntodkonzepte – zum Stand der medizinischen Debatte, in: Ulrich H. J. Körtner, Christian Kopetzki und Sigrid Müller (Hrsg.), *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*, Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 12, Wien: Verlag Österreich, S. 29-47.

Katechismus der Katholischen Kirche (1997): Nr. 997, [online] [https://www.vatican.va/archive/DEU0035/\\_\\_\\_P2N.HTM](https://www.vatican.va/archive/DEU0035/___P2N.HTM) [03.04.2022].

Kellner, Martin (2010): *Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens. Ein Beitrag zur kulturübergreifenden Bioethik*, Würzburg: ERGON-Verlag.

Kellner, Martin (2019): Ethisch-rechtliche Fragestellungen zur Organtransplantation. Islamische Primärtexte im Kontext medizinischer Prognosen, in: Stephan M. Probst (Hrsg.), *Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht*, Berlin: Hentrich & Hentrich Verlag, S. 225-243.

Kersting, Daniel (2017): Tod des Körpers oder Tod der Person? Philosophisch-anthropologische Untersuchungen zu einem integrativen Todeskonzept, in: *Ethik in der Medizin*, Jg. 29, Nr. 3, S. 217-232.

Körtner, Ulrich H. J. (2003): Hirntod und Organtransplantation aus christlicher, jüdischer und islamischer Sicht, in: Fuat Oduncu, Ulrich Schroth und Wilhelm Vossenkühl (Hrsg.), *Transplantation. Organgewinnung und -allokation*, Bd. 2, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 102-117.

Krawietz, Birgit (2001): Grundlagen und Grenzen einer Hirntodkonzeption im Islam, in: Thomas Schlich und Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 239-256.

Kraus, Wolfgang (2003): Ein Vergleich der christlichen, islamischen und jüdischen Perspektiven, in: Silke Schicktanz, Christof Tannert und Peter Wiedemann (Hrsg.), *Kulturelle Aspekte der Biomedizin. Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven*, Frankfurt am Main: Campus Verlag, S. 107-131.

Kreß, Hartmut (2016): Das Hirntodkriterium in seiner Abhängigkeit von theologischen und kulturellen Vorentscheidungen. Mit einem Ausblick auf die Frage der Organentnahme bei Kindern, in: Ulrich H. J. Körtner, Christian Kopetzki und Sigrid Müller (Hrsg.), *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*, Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 12, Wien: Verlag Österreich, S. 99-116.

Länderdaten.info (o. J.):

- Verbreitung des Christentums, [online] <https://www.laenderdaten.info/religionen/christentum.php> [01.04.2022].
- Verbreitung des Islams, [online] <https://www.laenderdaten.info/religionen/islam.php> [01.04.2022].

Lee, Patrick und Germain Grisez (2012): Total brain death: A reply to Alan Shewmon, in: *Bioethics*, Jg. 26, Nr. 5, S. 275-284.

Litz, Raimund (2003): Der Hirntod in der pluralen Gesellschaft, in: Alberto Bondolfi, Ulrike Kostka und Kurt Seelmann (Hrsg.), *Hirntod und Organspende*, Basel: Schwabe Verlag, S. 71-80.

Meinhold, Peter (1994): Leben und Tod im Urteil des Christentums, in: Gunther Stephenson (Hrsg.), *Leben und Tod in den Religionen. Symbol und Wirklichkeit*, 3. unv. Aufl., Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 144-164.

Métraux, Alexandre (2001): Der Todesreigen in der belebten Materie. Xavier Bichat über das vielfache Sterben des Organismus, in: Thomas Schlich und Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 167-186.

Meyer, Johannes G. (1998): Zeichen und Zeitpunkt des Todes – Ein medizinhistorischer Streifzug durch die einschlägige Literatur, in: Günter U. Höglinger und Stefan Kleinert (Hrsg.), *Hirntod und Organtransplantation*, Berlin: de Gruyter, S. 1-16.

Müller, Sabine (2010): Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik, in: *Ethik in der Medizin*, Jg. 22, Nr. 1, S. 5-17.

Müller, Sigrid und Birgit Rath (2016): Sterben und Todesfeststellung in der Medizingeschichte, in: Ulrich H. J. Körtner, Christian Kopetzki und Sigrid Müller (Hrsg.), *Hirntod und Organtransplantation. Zum Stand der Diskussion*, Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 12, Wien: Verlag Österreich, S. 1-18.

Nordmann, Yves (2000): *Zwischen Leben und Tod: Aspekte der jüdischen Medizinethik*, 2. überarb. Aufl., Bern: Peter Lang AG.

Nordmann, Yves (2001): Definition des Todes und Hirntod aus Sicht der jüdischen Medizinethik, in: Thomas Schlich und Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 257-278.

Nordmann, Yves und Michel Birnbaum (2003): Die aktuelle Biomedizin aus der Sicht des Judentums, in: Silke Schicktanz, Christof Tannert und Peter Wiedemann (Hrsg.), *Kulturelle Aspekte der Biomedizin. Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven*, Frankfurt am Main: Campus Verlag, S. 84-106.

Oberste Sanitätsrat (2013): Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme, [online] <https://transplant.goeg.at/sites/transplant.goeg.at/files/2017->

06/Empfehlungen%20zur%20Durchf%C3%BChrung%20der%20Hirntoddiagnostik%20bei%20einer%20geplanten%20Organentnahme%20inkl.%20Protokoll.pdf [17.03.2021].

Oduncu, Fuat (1998): *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Oduncu, Fuat und Gerrit Hohendorf (2020): Hirntod – medizinisch, in: Héctor Wittwer, Daniel Schäfer und Andreas Frewer (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik*, 2. Aufl., Berlin: J. B. Metzler, S. 117-123.

Pius XII., Pope (1957): Address to an International Congress of Anesthesiologists, in: *The National Catholic Bioethics Quarterly*, Jg. 2, Nr. 2, S. 309-314.

Plunkte, S. (2017): Kommunikation mit Patienten aus anderen Kulturen. Soziokulturelle Herausforderungen in der Erstversorgung, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Jg. 165, Nr. 1, S. 29-37.

Przybyl, André (2020): Statistik: Weltweit 14,4 Millionen Juden, in: *Neues Ruhrwort*, [online] <https://neuesruhrwort.de/2020/07/21/statistik-weltweit-144-millionen-juden/> [06.01.2022].

Rady, Mohamed Y. und Joseph L. Verheijde (2016): A response to the legitimacy of brain death in Islam, in: *Journal of Religion and Health*, Jg. 55, Nr. 4, S. 1198-1205.

Reifman, Daniel (2013): Ancient sources, modern problems: A methodological analysis of the Hatam Sofer's position on brainstem death, in: *Tradition*, Jg. 46, Nr. 3, S. 41-60.

Ried, Jens (2017): (Re-)Konstruktionen des Todes. Theologisch-philosophische Beobachtungen zur Fluidität an der Grenze des menschlichen Lebens, in: *epd Dokumentation*, Nr. 2, S. 21-29, [online] [http://organspende-entscheide-ich.de/wp-content/uploads/2019/05/epd-Dokumentation\\_2016\\_web.pdf](http://organspende-entscheide-ich.de/wp-content/uploads/2019/05/epd-Dokumentation_2016_web.pdf) [04.01.2022].

Rohe, Mathias (2011): *Das islamische Recht. Geschichte und Gegenwart*, 3. aktual. und erw. Aufl., München: C.H.Beck Verlag.

Sachedina, Abdulaziz (2008): Hirntod und Organgewinnung, in: Ralph Ghadban, Christian W. Troll und Rotraud Wielandt (Hrsg.), *Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition*, ausgewählt, übersetzt und kommentiert von Thomas Eich, Bd. 2, Freiburg im Breisgau: Herder Verlag, S. 159-169.

Schäfer, Daniel (2001): Todesfeststellung im Mittelalter, in: Thomas Schlich und Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 102-114.

Schaupp, Walter (2014): Das Hirntodkonzept – Theologisch-ethische Sicht, in: Wolfgang Kröll und Walter Schaupp (Hrsg.), *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, ethische und rechtliche Betrachtungen*, 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 97-114.

Schlich, Thomas (2001): Tod. Geschichte. Kultur, in: Thomas Schlich und Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 9-44.

Schockenhoff, Eberhard (2009): *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.

Seresse, Volker (2011): *Kirche und Christentum – Grundwissen für Historiker*, Paderborn: Ferdinand Schöningh Verlag.

Setta, Susan M. und Sam D. Shemie (2015): An explanation and analysis of how world religions formulate their ethical decisions on withdrawing treatment and determining death, in: *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, Jg. 10, Nr. 6, S. 1-22.

Shewmon, Alan D. (2001): The brain and somatic integration: Insights into the standard biological rationale for equating “Brain Death” with death, in: *Journal of Medicine and Philosophy*, Jg. 26, Nr. 5, S. 457-478.

Spindelböck, Josef (2016): Der christliche Umgang mit dem Sterben, dem Tod und seinem Zeitpunkt, in: Paul-Chummar Chittilappilly (Hrsg.), *Horizonte gegenwärtiger Ethik. Festschrift für Josef Schuster SJ*, Freiburg im Breisgau: Herder Verlag, S. 651-663.

Stock, Eberhard (2002): Tod. Dogmatisch, in: *Theologische Realenzyklopädie*, Bd. 33, Berlin: de Gruyter, S. 614-619.

Stoecker, Ralf (2019): Philosophische Überlegungen zu Hirntod und Organspende, in: Stephan M. Probst (Hrsg.), *Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht*, Berlin: Hentrich & Hentrich Verlag, S. 85-101.

Struminski, Wladimir (2008): Die Knesset regelt die Organentnahme von Hirntoten. Doch die halachische Diskussion geht weiter, in: *Jüdische Allgemeine*, [online] <https://www.juedische-allgemeine.de/allgemein/auf-leben-und-tod-3/> [25.03.2022].

Swarat, Uwe (2013): Jenseits des Todes – Unsterblichkeit der Seele, in: Uwe Swarat und Theodor Söding (Hrsg.), *Gemeinsame Hoffnung – Über den Tod hinaus*, Freiburg im Breisgau: Herder Verlag, S. 13-35.

The President’s Council on Bioethics (2008): Controversies in the determination of death, Washington, December, [online] <https://repository.library.georgetown.edu/static/flexpaper/template.html?path=/bitstream/handle/10822/559343/Controversies%20in%20the%20Determination%20of%20Death%20for%20the%20Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [04.01.2022].

Walter, Uwe (2020): Hirntodkriterium und Organspende: aktuelle neurowissenschaftliche Perspektive, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 63, Nr. 12, S. 1519-1530.

Werren, Sarah (2019): Jewish Orthodox Perspectives on Brain Death and Organ Donation: Contested Knowledge between Scientific Determinations and Religious Normativity in Judaism, in: Stephan M. Probst (Hrsg.), *Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht*, Berlin: Hentrich & Hentrich Verlag, S. 117-155.