



---

## Infobrief

---

### **Hirntod**

Eine kritische Betrachtung des Konzeptes unter Berücksichtigung medizinischer, juristischer und ethischer Aspekte

Gerhard Deter

## **Hirntod**

Eine kritische Betrachtung des Konzeptes unter Berücksichtigung medizinischer, juristischer und ethischer Aspekte

Verfasser: Gerhard Deter / Prakt. Till Köstler / gepr. RKin Dinah  
Maaz  
Aktenzeichen: WD 9- 3010-093/12  
Abschluss der Arbeit: 01. Oktober 2012  
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Begriffsbestimmung</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>Medizinische Aspekte</b>	<b>5</b>
3.1.	Historische Entwicklung medizinischer Todeskriterien	5
3.2.	Kriterien zur Hirntoddiagnose	5
3.3.	Kritik aus medizinischer Sicht an der Hirntoddiagnose	6
3.4.	Teilhirntodkonzepte	7
3.5.	Internationaler Vergleich	7
3.6.	Konzept der „Non Heart-Beating Donors“	8
<b>4.</b>	<b>Juristische Aspekte</b>	<b>9</b>
4.1.	Begriffsgeschichte juristischer Definitionen des Todes	9
4.2.	Richtlinien der Bundesärztekammer	10
4.3.	Grundrecht auf Leben aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG	11
4.4.	Strafrechtliche Konsequenzen bei Aufgabe des Hirntodkriteriums	12
<b>5.</b>	<b>Ethische Aspekte</b>	<b>13</b>
5.1.	Gleichsetzung von Tod und Hirntod	13
5.2.	Rolle von Gehirnaktivitäten für die Frage nach Leben und Tod	14
5.3.	Unterscheidung zwischen dem Tod der Person und dem Tod des Organismus	15
5.4.	Positionen von Religionsgemeinschaften	15
5.5.	White Paper des President’s Council on Bioethics	16
5.6.	Diskussionsrunde des Deutschen Ethikrates	17
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung/Ausblick</b>	<b>18</b>
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>19</b>

## 1. Einleitung

Durch den kürzlich publik gewordenen Skandal um Manipulationen bei der Vergabe von Spenderorganen durch einen Transplantationsarzt in Göttingen und Regensburg<sup>1</sup> sowie die am 1. August 2012 in Kraft getretenen Änderungen des Transplantationsgesetzes<sup>2</sup> ist das Thema Organspende derzeit Gegenstand einer anhaltenden öffentlichen Debatte.<sup>3</sup> Dennoch beklagen viele Experten nach wie vor einen aus ihrer Sicht bemerkenswerten Grad an Unkenntnis bezüglich der Organspendethematik in weiten Teilen der Bevölkerung. Insbesondere auch die mit der Organspende eng verknüpfte Frage des Hirntodes als Todeskriterium sei bei vielen Menschen nicht als „richtiger“ Tod akzeptiert, wird in einem Bericht der Bundesregierung zur Situation der Transplantationsmedizin zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes berichtet.<sup>4</sup> Daher erscheint eine eingehende und kritische Darstellung des Hirntodkonzeptes angebracht und erforderlich.

## 2. Begriffsbestimmung

Der Hirntod wird in § 3 Abs. 2 Nr. 2 des Transplantationsgesetzes (TPG) als Kriterium für die Zulässigkeit einer Entnahme von Organen oder Gewebe genannt und dabei näher beschrieben als nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes. Die Feststellung des Vorliegens dieser Voraussetzungen soll nach Verfahrensregeln stattfinden, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Dieser Stand der Erkenntnisse soll gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG durch die Bundesärztekammer in Richtlinien festgestellt werden. Aktuell gültig ist insoweit die Dritte Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes mit Ergänzungen gemäß dem Transplantationsgesetz. In dieser Fassung wurden die Richtlinien durch den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer beschlossen und am 24.08.1998 im Deutschen Ärzteblatt bekanntgegeben.<sup>5</sup>

- 
- 1 Siehe u.a. von Lucius, Chirurg fälscht Liste für Organtransplantation, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Onlineausgabe 20.07.2012, im Internet abrufbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/universitaetsklinik-goettingen-chirurg-faelscht-liste-fuer-organtransplantation-11826324.html> [Stand: 24.09.2012].
  - 2 BGBl. I S.1601.
  - 3 Vgl. zur Diskussion um das Hirntodkonzept von Kittlitz, Hirn TOD, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung v. 19.08.2012, S.6; von Kittlitz, Herztod, Frankfurter Allgemeine Sonntags Zeitung, Onlineausgabe 07.10.2012, im Internet abrufbar unter <http://www.faz.net/aktuell/politik/diskussion-um-organspende-herztod-11917021.html> [Stand 24.09.2012].
  - 4 BT-Drs. 16/12554, S.18f.
  - 5 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3. Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG), im Internet abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3252> [Stand: 15.08.2012].

### 3. Medizinische Aspekte

#### 3.1. Historische Entwicklung medizinischer Todeskriterien

Lange Zeit galt der irreversible Kreislaufstillstand, also das unwiederbringliche Aussetzen der Herz- und Atmungstätigkeit, als Kriterium des Todes. Durch die Erfindung der Herz-Lungen-Maschine 1952 sowie Fortschritte auf den Gebieten der Notfall- und Intensivmedizin wurde die Annahme der Irreversibilität dieses nunmehr als klinischer Tod bezeichneten Kriteriums widerlegt.<sup>6</sup> Als Reaktion hierauf sowie auf erste Erfolge in der Transplantationsmedizin, insbesondere durch die erste erfolgreiche Herzverpflanzung 1967, entstand innerhalb der medizinischen Wissenschaft eine Diskussion über die Notwendigkeit einer Neudefinition des Todesbegriffes.<sup>7</sup> Das wichtigste Ergebnis dieser Diskussion war eine Stellungnahme der Ad-hoc-Kommission der Harvard Medical School aus dem Jahr 1968<sup>8</sup>, die an frühere Überlegungen zur zentralen Bedeutung des Gehirns für die Aufrechterhaltung der Funktionen des Gesamtorganismus anknüpfte und den Hirntod als neues Todeskriterium vorschlug. Dieser Vorschlag, der auf große Zustimmung in medizinischen Fachkreisen stieß, führte zu einer unangefochtenen Etablierung des Hirntodkonzepts in der westlichen Welt.<sup>9</sup>

#### 3.2. Kriterien zur Hirntoddiagnose

In der medizinischen Fachliteratur wird der Organotod des Gehirns als irreversibler Verlust der Hirnfunktionen beschrieben. Für die Diagnose „Hirntod“ schreiben die Richtlinien der Bundesärztekammer ein dreistufiges Diagnoseverfahren aus einem Nachweis von Voraussetzungen, klinischen Symptomen sowie der Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome vor.<sup>10</sup>

Den Vorgaben dieser Richtlinien entsprechend muss zunächst festgestellt werden, dass eine akute primäre oder sekundäre Hirnschädigung<sup>11</sup> vorliegt. Des Weiteren ist auszuschließen, dass der (eventuell nur zeitweilige) Ausfall der Hirntätigkeit auf eine andere Ursache oder Mitursache als

---

6 Müller, APuZ 20-21/2011, S.3; Joecks/Miebach/Schneider, MüKo StGB, Vor. zu §§ 211 ff. Rn.15.

7 Höfling, ZME 2012, S.163 (164).

8 Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, A Definition of Irreversible Coma, Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, JAMA 1968, S.337-340, im Internet abrufbar unter: <http://www.hods.org/english/h-issues/documents/ADefinitionofIrreversibleComa-JAMA1968.pdf> [Stand: 14.08.2012].

9 Höfling, ZME 2012, S.163 (164).

10 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3. Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz, Abschnitt „Definition; Diagnose“, im Internet abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3252> [Stand: 15.08.2012].

11 Als primäre Hirnschädigungen werden Ursachen bezeichnet, die direkt eine Schädigung des Gehirns bewirken. Beispiele hierfür sind Schädel-Hirn-Traumata oder Hirntumore. Unter sekundären Hirnschädigungen versteht man Ursachen, die mittelbar zu einer Schädigung des Gehirns führen, wie beispielsweise Kreislaufstillstände oder Vergiftungen.

einen Hirntod, wie z.B. auf eine Vergiftung, zurückgeführt werden kann. Anschließend müssen gewisse klinische Symptome (u.a. Bewusstlosigkeit, mittel- bis maximal weite und lichtstarre Pupillen, Fehlen der Spontanatmung) beim Patienten nachgewiesen werden. Die Irreversibilität des Hirnfunktionsausfalls und damit der Hirntod sind erst dann nachgewiesen, wenn die klinischen Ausfallsymptome bei einer primären Hirnschädigung nach einem festgelegten Beobachtungszeitraum (zwölf Stunden bei primärer, drei Tage bei sekundärer Hirnschädigung) erneut übereinstimmend nachgewiesen werden können. Alternativ kann statt einer zweiten Untersuchung der klinischen Symptome auch eine ergänzende apparative Untersuchung stattfinden, beispielsweise auf Vorliegen eines Null-Linien-Elektroenzephalogrammes (EEG). Ein solches zeigt eine komplette elektrische Inaktivität des Gehirns an. Für Kinder unter drei Jahren gelten besondere Regelungen im Hinblick auf eine Hirntoddiagnose.<sup>12</sup>

Die Erfüllung der Voraussetzungen und aller klinischen Symptome müssen übereinstimmend und unabhängig von zwei qualifizierten Ärzten, die über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen verfügen, festgestellt und dokumentiert werden.<sup>13</sup> Zweifel an Untersuchungsbefunden erfordern stets eine weitere Beobachtung und Behandlung.<sup>14</sup>

### 3.3. Kritik aus medizinischer Sicht an der Hirntoddiagnose

Aus medizinischer Sicht wird an der Hirntodkonzeption zunächst kritisiert, dass diese die integrative Funktion des Gehirns für den Gesamtorganismus überbetone. Es könne wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass Hirntote zu verschiedenen körperlich-integrativen Leistungen wie dem Ausgleich der Körpertemperatur, der Bekämpfung von Infektionen durch ein Zusammenspiel verschiedener Bestandteile des Immunsystems oder hormonellen Stressreaktionen bei einer Organentnahme ohne Narkotisierung fähig sind.<sup>15</sup> Daraus müsse geschlossen werden, dass die integrativen Funktionen des Gehirns für den Gesamtorganismus nicht zwingend nötig und erst recht nicht konstitutiv seien.<sup>16</sup>

Außerdem sind aus der Sicht von Kritikern die Diagnosekriterien der Bundesärztekammer nicht in ausreichendem Maße geeignet, um den Hirntod zweifelsfrei feststellen zu können. Die in den

- 
- 12 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3. Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz, Abschnitt „Praktische Entscheidungsgrundlagen“, im Internet abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3252> [Stand: 15.08.2012].
- 13 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3. Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz, Abschnitte „Praktische Entscheidungsgrundlagen“ und „Anmerkung 5“, im Internet abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3252> [Stand: 15.08.2012].
- 14 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3. Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz, Abschnitt „Kommentar“, im Internet abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3252> [Stand: 15.08.2012].
- 15 Shewmon, Journal of Medicine and Philosophy 2001, S.457 (467f.).
- 16 Shewmon, Journal of Medicine and Philosophy 2001, S.457 (473).

---

Richtlinien der Bundesärztekammer vorgesehenen Untersuchungen erfassten nur Teilbereiche des Gehirns, da bei Patienten, für die keine apparative Diagnostik vorgesehen sei, nur Hirnstammfunktionen untersucht werden müssten und keine Untersuchung der Funktionen der Großhirnrinde sowie des Klein- und Mittelhirns stattfinde.<sup>17</sup>

### 3.4. Teilhirntodkonzepte

Andere Wissenschaftler gehen mit ihrer Einschätzung noch weiter als die Ganzhirntodbefürworter und vertreten die These, der Mensch sei bereits tot, wenn die für bestimmte höhere Funktionen wie etwa bewusstes Erleben verantwortlichen Hirnstrukturen irreversibel ausgefallen seien. Da dieser Funktionsverlust jedoch nicht erst bei einem Ausfall aller Gehirnfunktionen, sondern bereits mit dem Ausfall einiger bestimmter Hirnareale eintrete, seien Teilhirntodkonzepte im Vergleich zum etablierten Ganzhirntodkonzept letztlich konsequenter.<sup>18</sup>

Gegen eine solche Konzeption wird vorgebracht, dass diese medizinischen Erkenntnissen widerspreche, da menschliche Bewusstseinsleistungen nicht nachweisbar auf einen einzigen Teil des Gehirns zurückgeführt werden könnten.<sup>19</sup> Außerdem stelle der Bewusstseinsverlust mitnichten das Ende des Organismus in seiner selbstregulierten Gesamtheit dar, da man anderenfalls auch Anenzephalen, Apallikern<sup>20</sup> und hochgradig dementen Personen die Lebendigkeit absprechen müsse.<sup>21</sup>

### 3.5. Internationaler Vergleich

Analysen in den Jahren 2002<sup>22</sup> und 2005<sup>23</sup> ergaben, dass das Hirntodkonzept international weitestgehend akzeptiert ist, wobei im Einzelnen Unterschiede in den rechtlichen Vorgaben für die

---

17 Müller, APuZ 20-21/2011, S.3 (5).

18 Kurthen/ Linke, Vom Hirntod zum Teilhirntod, S.82 (88).

19 Joecks/Miebach/Schneider, MüKo StGB, Vor. zu §§ 211ff. Rn.21.

20 Bei der Anenzephalie handelt es sich um eine Fehlbildung, bei der die Schädeldecke nicht geschlossen ist und in verschiedenen Fällen Teile des knöchernen Schädeldaches, der Hirnhäute, der Kopfhaut und des Gehirns fehlen können. Als Folge hiervon kommt es zu einer Entwicklungsstörung des Stammhirns und der Hypophyse, wodurch die Lebenserwartung nach der Geburt bei nur wenigen Tagen liegt. Apalliker hingegen haben schwerste Gehirnschädigungen, die zu einem Ausfall der gesamten oder großer Teile der Großhirnfunktion führen. Zwischen Zwischenhirn, Hirnstamm und Rückenmark bleiben jedoch vereinzelte Funktionen erhalten. Die Betroffenen wirken wach, wobei jedoch nicht sicher feststellbar ist, in wie weit sie Bewusstsein besitzen. Man spricht hierbei auch von Wachkoma.

21 Joecks/Miebach/Schneider, MüKo StGB, Vor. zu §§ 211 ff. Rn.21; Birnbacher, Deutsche Zeitschrift für Philosophie 2012, S.422 (423).

22 Wijdicks, Neurology 2002, S.20, im Internet abrufbar unter:  
<http://www.hods.org/pdf/brain%20death%20world%20wide%5B1%5D.pdf> [Stand:14.08.2012].

---

Hirntoddiagnose bestehen. Innerhalb der EU erkennen alle Mitgliedsstaaten das Hirntodkonzept grundsätzlich an, wobei Hirntod in den meisten Mitgliedsstaaten wie in Deutschland als Ganzhirntod verstanden wird, während in Polen und Großbritannien der Hirnstammtod als Grundlage der Todesfeststellung dient.<sup>24</sup> Weitere Unterschiede finden sich im Hinblick auf die zu beachtenden Vorgaben für die Durchführung der Diagnose. In einem Teil der Mitgliedsstaaten sind ergänzende apparative Tests neben der Untersuchung der klinischen Symptome für die Hirntodfeststellung zwingend angeordnet, in den restlichen Mitgliedsstaaten (darunter auch Deutschland) sind apparative Tests nur optional vorgesehen. Auch die in Deutschland und anderen Mitgliedsstaaten geltende Vorschrift, dass zwei Ärzte unabhängig voneinander den Hirntod feststellen müssen, findet sich nicht in allen Mitgliedsstaaten.<sup>25</sup>

In den USA ist der Hirntod gesetzlich durch den „Uniform Determination of Death Act“ als Ende des Lebens definiert, aber auch hier finden sich bezüglich der medizinischen Praxisrichtlinien teilweise Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesstaaten. Auch in Zentral- und Südamerika haben viele Staaten offizielle Richtlinien zur Hirntodfeststellung entwickelt, wenngleich dort die Modalitäten zur Untersuchung des Atemstillstands tendenziell unklar gehalten sind. Viele afrikanische Staaten besitzen überhaupt keine rechtlichen Bestimmungen bezüglich einer Organtransplantation; so konnten bei vergleichenden Untersuchungen im Jahr 2002 nur in Tunesien und Südafrika Richtlinien für die Hirntodfeststellung gefunden werden. In China gibt es mit Ausnahme des teilautonomen Hongkong, das den Hirntod in Anlehnung an Großbritannien als Hirnstammtod definiert, keine rechtlich festgelegten Kriterien zur Hirntodfeststellung. In Japan hingegen wurden relativ detaillierte Hirntodkriterien aufgestellt.<sup>26</sup>

### 3.6. Konzept der „Non Heart-Beating Donors“

Neben dem für Deutschland maßgeblichen Hirntodkonzept gibt es international weitere Konzepte zur Bestimmung des Todes, insbesondere in Bezug auf dessen Funktion als frühestmöglicher Zeitpunkt einer Organentnahme zu Transplantationszwecken. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das Konzept der sogenannten Non Heart-Beating Donors (NHBDs), welches in den USA auch als donation after cardiac death (DCD) bezeichnet wird.<sup>27</sup> Dessen Grundlage bildet die Annahme des Todes nach einer festgelegten Zeitspanne nach der Feststellung des

---

23 Laureys, *Neuroscience* 2005, S.899ff, im Internet abrufbar unter: <http://www.nature.com/nrn/journal/v6/n11/pdf/nrn1789.pdf> [Stand: 14.08.2012].

24 Laureys, *Neuroscience* 2005, S.899 (907), im Internet abrufbar unter: <http://www.nature.com/nrn/journal/v6/n11/pdf/nrn1789.pdf>; Bertels, *Der Hirntod des Menschen – medizinische und ethische Aspekte*, S.20, im Internet abrufbar unter: <http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2402/402.pdf> [Stand: 20.08.2012].

25 Wijdicks, *Neurology* 2002, S.20 (21).

26 Wijdicks, *Neurology* 2002, S.20 (21f.).

27 Stoecker, *Ein Plädoyer für die Reanimation der Hirntoddebatte in Deutschland*, S.41 (50).



Herzstillstandes, ohne dass zusätzlich der Hirntod festgestellt werden muss. Dies führt dazu, dass mit einer solchen Regelung zulässigerweise Organe entnommen werden dürfen, ohne dass eine Hirntodfeststellung stattgefunden hat. Eine solche Regelung soll helfen, den chronischen Mangel an Spenderorganen zu beheben; sie wird unter anderem in Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Belgien, Spanien und den USA praktiziert.<sup>28</sup>

In einem Beitrag aus dem Newsletter der grenzüberschreitenden Organspendevermittlungsstelle Eurotransplant, an der auch alle in Deutschland mit Organtransplantationen befassten Institutionen beteiligt sind, wurde im Jahr 1998 ein Herz- und Kreislaufstillstand von zehn Minuten bei normaler Körpertemperatur als Äquivalent zum Hirntod bezeichnet, womit gleichzeitig auch die Zulässigkeit einer Organentnahme in solchen Fällen begründet wurde.<sup>29</sup> Die Bundesärztekammer hat dieser Sichtweise in einer Mitteilung aus dem gleichen Jahr öffentlich widersprochen und klargestellt, dass ein Herz- und Kreislaufstillstand von zehn Minuten bisher nicht als sicheres Äquivalent zum Hirntod nachgewiesen sei. Deswegen könnten für Organentnahmen bei toten Spendern in Deutschland lediglich das TPG und die darauf beruhenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur (Hirn-)Todfeststellung Geltung beanspruchen; ein im Ausland nicht gemäß den deutschen Gesetzesvorschriften entnommenes Organ dürfe in Deutschland nicht transplantiert werden.<sup>30</sup>

#### 4. Juristische Aspekte

##### 4.1. Begriffsgeschichte juristischer Definitionen des Todes

Obwohl an den Tod eines Menschen vielfältige Rechtsfolgen geknüpft sind, ist dieser bis heute weder im Bürgerlichen Recht noch im Strafrecht legal definiert. Lange Zeit gab es so gut wie keine Diskussionen über die Frage einer Todesdefinition bzw. die Festlegung eines Todeszeitpunktes, da der Tod – damals noch ausschließlich als klinischer Tod verstanden – als ein einfaches, äußerlich leicht wahrnehmbares Naturereignis betrachtet wurde, das insbesondere durch die Irreversibilität gekennzeichnet sei.<sup>31</sup> Erst durch Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft, welche Möglichkeiten zu lebenserhaltenden Maßnahmen und zur Transplantation von Organen eröffneten, musste sich diese Sichtweise auf den menschlichen Tod zwangsläufig verändern. Spätestens das seit den späten 1960er Jahren in der medizinischen Diskussion befindliche Hirntodkonzept verdeutlichte die Problematik, dass die Feststellung eines Todeszeitpunktes nicht bloß als ein mit naturwissenschaftlichen Begriffen abschließend zu bestimmendes Faktum ange-

---

28 Siegmund-Schultze/Zylka-Menhorn, Non-Heart-Beating-Donors: „Herztote“ Organspender, Deutsches Ärzteblatt 2008, A-832, im Internet abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/59810> [Stand: 14.08.2012].

29 Jachertz, Organentnahme: Herzstillstand allein genügt nicht, Deutsches Ärzteblatt 1998, A-3021, im Internet abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/14507/Organentnahme-Herzstillstand-allein-genuegt-nicht> [Stand: 14.08.2012].

30 Bundesärztekammer, Organentnahme nach Herzstillstand („Non heart-beating donor“), Deutsches Ärzteblatt 1998, A-3235, im Internet abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Herzstillstand.pdf> [Stand: 14.08.2012].

31 Joecks/Miebach/Schneider, MüKo StGB, Vor. zu §§ 211 ff. Rn.14.

---

sehen werden kann, sondern definitionsbedürftig unter Einbeziehung des technischen Stands der medizinischen Wissenschaft und moralischer Entscheidungen geworden ist.<sup>32</sup>

Im Transplantationsgesetz hat der Gesetzgeber den Hirntod als Voraussetzung für die Entnahme von Organen genannt und sich damit für dieses Rechtsgebiet auf eine Todesdefinition, nämlich die des Ganzhirntodes, festgelegt. Vereinzelt wird daraus geschlossen, dass sich aus dieser gesetzgeberischen Entscheidung schließen lasse, dass sich der Gesetzgeber hiermit für die Anerkennung des Hirntodes als Gesamttod des Menschen entschieden habe.<sup>33</sup> Dem wird entgegengehalten, dass weder Systematik noch Wortlaut des TPG einen solch weitreichenden Schluss zuließen.<sup>34</sup> Todeskriterien seien auch weiterhin an keiner Stelle verbindlich für die gesamte Rechtsordnung definiert, da selbst eine Regelung von Mindestvoraussetzungen Gefahr liefe, auf Grund der Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft alsbald nicht mehr dem aktuellen Stand der Forschung zu entsprechen.<sup>35</sup>

#### 4.2. Richtlinien der Bundesärztekammer

Aktuell finden sich die entscheidenden Kriterien zur Hirntodfeststellung – wie oben dargestellt – in den von der Bundesärztekammer erarbeiteten und veröffentlichten Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes. Eine Festlegung der Kriterien sei nach Auffassung des Gesetzgebers durch die Bundesärztekammer vorzunehmen, da die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft in erster Linie Aufgabe der medizinischen Fachwelt sei.<sup>36</sup>

Die Rechtsnatur der Richtlinien der Bundesärztekammer ist generell umstritten. Während die einen sie als Ausfluss einer Beleihung mit hoheitlichen Normsetzungsbefugnissen<sup>37</sup> oder einer Rechtssetzung in Form der normkonkretisierenden Verweisung<sup>38</sup> als zwingendes Recht ansehen, sprechen andere den Richtlinien genau jene Verbindlichkeit ab und qualifizieren sie lediglich als antizipierte Sachverständigengutachten durch die Bundesärztekammer ohne absoluten Geltungsanspruch, denen keine rechtsverbindliche Wirkung für den Rechtsanwender innewohne<sup>39</sup>.

Auch im kürzlich abgeschlossenen Gesetzgebungsverfahren zur Änderung des TPG bestand Uneinigkeit im Hinblick auf die Rechtsverbindlichkeit der Richtlinien der Bundesärztekammer für den Bereich des Transplantationsrechts, zu dem auch die Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes gehören. So ging der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesre-

---

32 Weber, ZfL 2002, S.94.

33 So wohl Deutsch, NJW 1998, S.777 (778).

34 Schmidt-Recla, MedR 2004, S.672 (673).

35 Laufhütte/Rissin-van Saan/Tiedemann/Dippel, Leipziger Kommentar StGB, § 168 Rn.12.

36 BT-Drs. 13/4355, S.28.

37 Berger, Die Bundesärztekammer – Eine verfassungsrechtliche Studie zu Status, Organisation und Aufgaben, S.82f.

38 Taupitz, NJW 2003, S.1145 (1147 f.).

39 Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, Transplantationsgesetz. Kommentar, § 16 Rn.20.

gierung davon aus, dass die Bundesärztekammer in der Praxis nicht nur den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft feststelle, sondern auf dieser Basis echte rechtserhebliche Festlegungen in den in § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 – 7 genannten Bereichen treffe.<sup>40</sup> Die Bundesregierung hielt dem entgegen, dass den Richtlinien selbst keine rechtsverbindliche Wirkung zukomme, sondern diese vielmehr als so genannte antizipierte Sachverständigengutachten zu betrachten seien, da die Festlegung rechtsverbindlicher Vorgaben allein dem Gesetzgeber obliege.<sup>41</sup>

Falls man eine rechtsverbindliche Wirkung der Hirntodfeststellungsrichtlinien annimmt, ergeben sich allerdings weitergehende verfassungsrechtliche Fragen, die in der Literatur kontrovers diskutiert werden. So wird zunächst auf das durch das Bundesverfassungsgericht aus dem Rechtsstaats- und Demokratieprinzip des Artikel 20 Abs. 3 GG entwickelte Wesentlichkeitsprinzip verwiesen. Dieses besagt, dass der parlamentarische Gesetzgeber verpflichtet ist, in allen grundlegenden normativen Bereichen, ganz besonders im Bereich der Grundrechtsausübung, alle wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen und sie nicht an andere Instanzen delegieren kann.<sup>42</sup> Kritiker der geltenden Rechtslage, die darin eine Delegation der Rechtsetzungsbefugnis an die Bundesärztekammer sehen, bemängeln, dass aufgrund der grundlegenden und in höchstem Maße grundrechtsrelevanten Entscheidung über eine Definition des Todesbegriffs der parlamentarische Gesetzgeber zumindest konkrete Kriterien für eine solche Feststellung selbst hätte treffen müssen. Da aber in den gesetzgeberischen Vorgaben des TPG nur unbestimmte Rechtsbegriffe wie der „Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ als Vorgabe genannt würden, sei der Gesetzgeber seiner Verantwortung im Rahmen des Wesentlichkeitsprinzips nicht gerecht geworden.<sup>43</sup> Außerdem wird darauf verwiesen, dass die gesetzliche Vorgabe des TPG weder zum Verfahren noch zur Besetzung des Entscheidungsgremiums nähere Angaben enthält, sondern die Entscheidung über die Festlegung der Hirntodkriterien nur pauschal an die Bundesärztekammer mit ihrem sehr differenzierten Organisationsaufbau delegiert. Innerhalb der Bundesärztekammer habe dann faktisch eine Subdelegation an einen Arbeitskreis stattgefunden. Insgesamt sei hierdurch kein ausreichendes Niveau der organisatorisch-personellen Legitimation mehr gegeben und es könne nicht mehr von einer intakten und nachvollziehbaren Legitimationskette gesprochen werden. Dies wiederum müsse als Verletzung des Demokratieprinzips angesehen werden.<sup>44</sup>

#### 4.3. Grundrecht auf Leben aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG

Das Hirntodkonzept sieht sich auch in seiner inhaltlichen Gesamtheit verfassungsrechtlichen Bedenken ausgesetzt. Das Grundrecht auf Leben aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG beziehe sich auf das Vorhandensein der biologischen Individualexistenz und müsse auf der Grundlage des offenen Menschenbildes der Verfassung extensiv ausgelegt werden. Demnach könne der Tod nur als Tod des Organismus als Ganzem verstanden werden; die bloße Feststellung eines Hirntodes sei insoweit nicht ausreichend, weil wissenschaftliche Zweifel, ob ein hirntoter Mensch noch über einen

---

40 BT-Drs. 17/7376, S.33.

41 BT-Drs. 17/7376, S.36f.

42 BVerfGE 33, 125 (158).

43 Parzeller/ Henze, ZRP 2006, S.176 (178).

44 Parzeller/Henze, ZRP 2006, S.176 (179 f.).

---

funktionsfähigen Organismus verfüge, nicht zu einer Beschränkung des verfassungsrechtlich gebotenen Lebensschutzes führen dürften.<sup>45</sup>

Dem wird entgegengehalten, dass das Grundgesetz gerade keine nähere Definition liefere, was unter „Leben“ im Sinne des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG zu verstehen sei. Vielmehr sei dem Grundgesetz dem Wortlaut nach nicht einmal der von den Kritikern des Hirntodkonzeptes behauptete und ihren Überlegungen zugrunde gelegte weite Lebensbegriff zu entnehmen; es handele sich einzig um eine verfassungsrechtliche Wertungsfrage. Zur Beantwortung dieser Frage seien (Verfassungs-)Juristen notwendigerweise darauf angewiesen, medizinische Erkenntnisse in ihre Überlegungen mit einzubeziehen. Daher bewege sich die Festlegung des Hirntodes als Lebensende, wie sie in den Richtlinien der Bundesärztekammer näher definiert wird, durchaus im Bereich des verfassungsrechtlich Zulässigen.<sup>46</sup>

Das Bundesverfassungsgericht hat eine gegen verschiedene Regelungen des Transplantationsgesetzes gerichtete Verfassungsbeschwerde in einem Beschluss aus dem Jahr 1998 wegen Unzulässigkeit nicht zur Entscheidung angenommen und dementsprechend auch keine konkrete verfassungsrechtliche Überprüfung der dem TPG zu Grunde gelegten Hirntodkonzeption vorgenommen.<sup>47</sup>

#### 4.4. Strafrechtliche Konsequenzen bei Aufgabe des Hirntodkriteriums

Befürworter des Hirntodkonzeptes verweisen außerdem auf die Folgen einer Aufgabe des Hirntodkriteriums im Hinblick auf die strafrechtliche Bewertung von Organtransplantationen. Wenn der Totalausfall des Gehirns als Nachweis des Todes nicht mehr als ausreichend angesehen werden würde, müssten Organe für eine erfolversprechende Transplantation bereits zu einem Zeitpunkt entnommen werden, zu dem der Mensch noch als lebend angesehen würde. Dadurch verwirklichten solche Eingriffe aber in jedem Fall einen Tötungstatbestand des Strafgesetzbuches; selbst bei einer Zustimmung des Spenders läge eine Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB vor.<sup>48</sup> Die argumentativen Bemühungen der Hirntodkritiker, die Einwilligung des potentiellen Spenders nicht auf eine Lebensverkürzung, sondern auf eine intensivmedizinische Verlängerung des Sterbens ausgerichtet sehen zu wollen<sup>49</sup>, seien nicht nachvollziehbar und strafrechtsdogmatisch unhaltbar. Eine funktionierende Transplantationsmedizin erscheine unter Aufgabe des Hirntodkriteriums aufgrund der möglichen strafrechtlichen Konsequenzen kaum noch möglich. Wegen ihrer großen Bedeutung zur Rettung schwer kranker Menschen müsse eine effektive Transplantationsmedizin aber aufrecht erhalten werden. Letztlich führe daher eine folgenorien-

---

45 Höfling, JZ 1995, S.26 (32 f.).

46 JoECKS/Miebach/Schneider, MüKo StGB, Vor. zu §§ 211 ff., Rn.26.

47 BVerfG Beschluss vom 14.10.1998, 1 BvR 1526–98, NJW 1999, S.858.

48 JoECKS/Miebach/Schneider, MüKo StGB, Vor. zu §§ 211 ff., Rn.25.

49 Tröndle, ZfL 1997, S.3 (5).

---

tierte juristische Betrachtung dazu, dass das Hirntodkonzept anderen Todesdefinitionen gegenüber als vorzugswürdig angesehen werden müsse.<sup>50</sup>

## 5. Ethische Aspekte

### 5.1. Gleichsetzung von Tod und Hirntod

Schon wenige Jahre nach der Veröffentlichung der Empfehlungen der Harvard-Kommission kam Kritik aus ethischer Sicht an der Etablierung des Hirntodkriteriums auf. Der Philosoph Hans Jonas warf den Befürwortern des Hirntodkonzeptes, insbesondere der Harvard-Kommission, vor, ihre Überlegungen allzu sehr pragmatisch an den Interessen der modernen Transplantationsmedizin auszurichten. Als Folge hiervon sei die Gleichsetzung von menschlichem Tod und Hirntod ohne ausreichende empirische Fundierung erfolgt. Jonas verweist darauf, dass die exakte Grenze zwischen Leben und Tod weder bekannt noch überhaupt bestimmbar sei. Der Mensch könne nicht von seinem Körper getrennt werden oder im Gehirn lokalisiert werden. Aufgrund dessen könne die einzig logische und ethisch vertretbare Konsequenz aus unserer Unkenntnis nur eine maximale Definition des Todes sein, und Hirntote müssten im Zweifel so behandelt werden, als stünden sie noch auf der Seite des Lebens.<sup>51</sup>

Hirntodbefürworter halten dem entgegen, dass die medizinische Wissenschaft für sich genommen gar nicht in der Lage sei, den Tod zu definieren. Der Hirntod sei folglich auch lediglich ein Todeskriterium, das auf eine fest verankerte und weithin geteilte begriffliche Intuition im Hinblick auf die Definition des Todes aufbaue. Selbst wenn ein solches Todeskriterium ursprünglich auf Interessen der Transplantationsmedizin zurückgehe, ändere eine solche praktische Anwendung weder etwas an der grundsätzlichen Richtigkeit der Konzeption noch an deren unabhängiger Plausibilitätsbasis.<sup>52</sup>

Eine hirntodkritische Sichtweise deckt sich mit den offenbar in nicht geringem Maße vorhandenen Schwierigkeiten von Angehörigen und anderen dem jeweiligen Patienten Nahestehenden, einen als hirntot diagnostizierten Menschen als tatsächlich tot anzusehen, da hirntote Patienten eine Vielzahl von Merkmalen aufweisen können, die einem lebenden Menschen immanent sind. Auch Hirntodbefürworter gestehen insoweit ein, dass diese Unanschaulichkeit vielen Betroffenen psychische Schwierigkeiten bereite.<sup>53</sup> Wissenschaftlich ist insoweit anerkannt und erklärbar, dass sich Hirntote aufgrund der lebenserhaltenden Maßnahmen weiterhin warm anfühlen können, ihr Verdauungssystem funktionieren kann und entstandene Wunden heilen können.<sup>54</sup> Wäh-

---

50 Joecks/Miebach/Schneider, MüKo StGB, Vor. zu §§ 211 ff., Rn.25.

51 Jonas, Technik, Medizin und Ethik: Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, S.233ff.

52 Birnbacher/Angstwurm/Eigler/ Wuermeling, Der vollständige und endgültige Ausfall der Hirntätigkeit als Todeszeichen des Menschen – Anthropologischer Hintergrund, Deutsches Ärzteblatt 1993 (90), 44, A-2926 (A-2927 f.), im Internet abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/89951/Der-vollstaendige-und-endgueltige-Ausfall-der-Hirntaetigkeit-als-Todeszeichen-des-Menschen-Anthropologischer-Hintergrund> [Stand: 16.08.2012].

53 Oduncu, Hirntod und Organtransplantation: Medizinische, juristische und ethische Fragen, S.152f.

54 Shewmon, Journal of Medicine and Philosophy 2001, S.457 (467).

---

rend einige Autoren diese Erkenntnisse zum Anlass nehmen, das Hirntodkonzept bzw. dessen Begründung in Frage zu stellen<sup>55</sup>, verweisen die Befürworter darauf, dass diese vermeintlichen körperlichen Lebenszeichen einzig und allein auf den künstlichen lebensverlängernden Maßnahmen beruhten, der Patient aber dennoch nie wieder von sich aus in der Lage sein werde, solche Lebenszeichen selbstständig zu erzeugen.<sup>56</sup>

## 5.2. Rolle von Gehirnaktivitäten für die Frage nach Leben und Tod

Weiterhin werfen Kritiker des Hirntodkonzeptes dessen Befürwortern vor, dass diese spezifische Hirn- und insbesondere Bewusstseinsleistungen zum entscheidenden Merkmal menschlichen Lebens erklärten. Ein solches Kriterium zur Abgrenzung von Leben und Tod sei schon deshalb fragwürdig, da sich die Lokalisierung von Bewusstseins-elementen im Gehirn naturwissenschaftlich nicht verifizieren lasse. Außerdem ergäben sich aus der Anerkennung eines solchen Kriteriums weitergehende ethische Probleme, da man in der Konsequenz möglicherweise Abstufungen des menschlichen Lebensschutzes zum Beispiel auch im Falle von Embryonen oder schwer geistig Geschädigten vornehmen müsse, weil auch diese keine voll ausgeprägten menschlichen Bewusstseinsleistungen erbringen könnten.<sup>57</sup> Solche Ideen führten aber zu einer Aushöhlung des Grundsatzes der Unverfügbarkeit der Person und damit letztlich zu einer „Liquidierung der Idee der Menschenwürde“<sup>58</sup>.

Diese beklagte fehlende Symmetrie bezüglich der Kriterien der Lebendigkeit für unterschiedlich gelagerte Fälle menschlicher Existenz, die nach Auffassung der Kritiker eine Folge der Einführung des Hirntodkriteriums sei, zeige sich insbesondere auch bei einem Vergleich von Hirntoten mit Embryonen. Während Letzteren das Lebensrecht zugestanden werde, spreche man dieses dem Hirntoten gerade ab. Dies sei jedoch höchst problematisch, da die Grundsituation, die für die Frage der möglichen Zuschreibung von Lebendigkeit maßgeblich sei, sich nicht wesentlich unterscheide und in beiden Fällen Prozesse der Selbstorganisation nur unter Zuhilfenahme einer äußeren Ressource stattfinden könnten.<sup>59</sup> Dem wird entgegengehalten, dass der entscheidende Unterschied zwischen einem Embryo und einem Hirntoten in der Entwicklungsfähigkeit des Gehirns liege: Bei einem menschlichen Embryo sei von Anfang an die Anlage zu einer selbstständigen Hirn- und Kreislauffähigkeit und somit zu einer selbstständigen Existenz gegeben, während bei dem Gehirn eines Hirntoten keine Möglichkeit der Weiterentwicklung mehr bestehe.<sup>60</sup>

---

55 Birnbacher, Deutsche Zeitschrift für Philosophie 2012, S.422.

56 BT-Drs. 13/8017.

57 Hoff/ in der Schmitt, Kritik der „Hirntod“-Konzeption: Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium, S.153 (202 ff.).

58 Hoff/ in der Schmitt, Kritik der „Hirntod“-Konzeption: Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium, S.153 (207).

59 Birnbacher, Deutsche Zeitschrift für Philosophie 2012, S.422.

60 BT-Drs. 13/8017, S.28.

---

### 5.3. Unterscheidung zwischen dem Tod der Person und dem Tod des Organismus

Andere Autoren nehmen zur Rechtfertigung von Hirntodkonzepten eine Unterscheidung zwischen dem Tod der Person und dem Tod des Organismus vor. Eine menschliche Person zeichne sich nicht nur durch ihre körperliche Existenz aus, sondern werde vielmehr erst durch Rationalität, Bewusstsein und Selbstbewusstsein konstituiert.<sup>61</sup> Der irreversible Verlust dieser Fähigkeiten sei folglich gleichbedeutend mit dem Ende der Existenz einer Person. Ohne diese personale Existenz sei das Leben des nur noch organismisch lebendigen Menschen jedoch moralisch weniger schützenswert als das einer handlungsfähigen Person. Im Rahmen einer Abwägung könne somit eine Tötung von Menschen, die keine Personeneigenschaften mehr besitzen, beispielsweise zum Zwecke der Organentnahme unter Umständen als die moralisch vorzugswürdigere Alternative im Vergleich zum weiteren Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen erscheinen.<sup>62</sup>

Diese Unterscheidung zwischen Tod der Person und Tod des Organismus wird aber kritisiert, weil sie den Aspekt der menschlichen Personalität überbewerte und die körperlich-seelische Einheit des Menschen verkenne.<sup>63</sup> Darüber hinaus sei der Begriff der Person vieldeutig<sup>64</sup>; es handle sich bei dieser Zuordnung mitnichten um ein Faktum, sondern vielmehr um eine konsensbedürftige, vorwissenschaftliche Festlegung<sup>65</sup>.

### 5.4. Positionen von Religionsgemeinschaften

Die beiden großen christlichen Kirchen unterstützen das Hirntodkonzept. In einer gemeinsamen Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland wird festgestellt, dass der Hirntod aus christlicher Sicht ebenso wie der Herztod den Tod

---

61 Steigleder, Die Unterscheidung zwischen dem „Tod der Person“ und dem „Tod des Organismus“ und ihre Relevanz für die Frage nach dem Tod eines Menschen, S.95 (100).

62 Steigleder, Die Unterscheidung zwischen dem „Tod der Person“ und dem „Tod des Organismus“ und ihre Relevanz für die Frage nach dem Tod eines Menschen, S.95 (114).

63 Birnbacher/Angstwurm/Eigler/ Wuermeling, Der vollständige und endgültige Ausfall der Hirntätigkeit als Todeszeichen des Menschen – Anthropologischer Hintergrund, Deutsches Ärzteblatt 1993, A-2926 (A-2927), im Internet abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/89951/Der-vollstaendige-und-endgueltige-Ausfall-der-Hirntaetigkeit-als-Todeszeichen-des-Menschen-Anthropologischer-Hintergrund> [Stand: 16.08.2012].

64 Birnbacher/Angstwurm/ Eigler/ Wuermeling, Der vollständige und endgültige Ausfall der Hirntätigkeit als Todeszeichen des Menschen – Anthropologischer Hintergrund, Deutsches Ärzteblatt 1993, A-2926 (A-2927), im Internet abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/89951/Der-vollstaendige-und-endgueltige-Ausfall-der-Hirntaetigkeit-als-Todeszeichen-des-Menschen-Anthropologischer-Hintergrund> [Stand: 16.08.2012].

65 Hoff/ in der Schmitt, Kritik der „Hirntod“-Konzeption: Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium, S.153 (202).

---

des Menschen bedeute, da einem hirntoten Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in der Welt fehle.<sup>66</sup>

Der Zentralrat der Muslime in Deutschland begrüßte in einer Stellungnahme ebenfalls die Verabschiedung des TPG im Jahr 1997 und erklärte mit Blick auf das Hirntodkriterium, dass dieses Todeskriterium von den meisten islamischen Gelehrten unterstützt werde, da eine solche Regelung die Würde des Verstorbenen schütze und sowohl den Angehörigen als auch dem medizinischen Personal fassbare gesetzliche Sicherheit gegeben werde.<sup>67</sup>

Innerhalb des Judentums gab es lange Zeit sehr kontroverse Ansichten zur Frage der Anerkennung des Hirntodkonzeptes. Lange Zeit überwog eine ablehnende Haltung gegenüber dem Hirntodkonzept. Auch wenn es insbesondere unter orthodoxen Juden nach wie vor eine große Gruppe von Gegnern des Hirntodkonzeptes gibt, ist in den letzten Jahren eine Verschiebung hin zu einer zunehmenden Billigung des Hirntodkriteriums zu beobachten. So verabschiedete im Jahr 2009 die israelische Rabbinerkonferenz eine Stellungnahme, wonach die Organspende von hirntoten Menschen aus der Sicht der jüdischen Theologie wohlwollend beurteilt wird. Außerdem legte der israelische Oberrabbiner das Hirntodkriterium als halachisch, also religionsgesetzlich bindend, fest.<sup>68</sup>

#### 5.5. White Paper des President's Council on Bioethics

In den USA befasste sich der so genannte President's Council on Bioethics (das US-amerikanische Pendant zum Deutschen Ethikrat<sup>69</sup>) in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2008 ausführlich mit dem Thema Hirntod. Anlass hierzu waren vor allem neurologische Erkenntnisse, die fortgesetzte integrative Tätigkeiten des Organismus bei Hirntoten nachwiesen und so die bisherige Begründung des Hirntodkriteriums, die sich auf den kompletten Ausfall jener integrativen Tätigkeiten wie beispielsweise die Regulation der Körpertemperatur stützte, erschütterte.<sup>70</sup>

Im Ergebnis hielt der President's Council daran fest, dass das aktuell gültige Hirntodkriterium zur Todesfeststellung sowohl biologisch als auch philosophisch vertretbar sei. Allerdings sah sich das Gremium durch die oben angesprochenen neuen neurologischen Erkenntnisse veranlasst,

---

66 Deutsche Bischofskonferenz/ Rat der EKD, Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD zu Organtransplantationen, Punkt 3.2.1, im Internet abrufbar unter: [http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation\\_1990.html](http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html) [Stand: 14.08.2012].

67 Zentralrat der Muslime, Organverpflanzung und Hirntod, im Internet abrufbar unter: <http://zentralrat.de/14606.php> [Stand: 14.08.2012].

68 Menzfeld, „Pikuach nefesch“ geht vor, im Internet abrufbar unter: <http://www.j-zeit.de/archiv/artikel.2008.html> [Stand: 14.08.1012].

69 Müller, APuZ 20-21/2011, S. 3 (7).

70 The President's Council on Bioethics, Controversies in the Determination of Death. A White Paper by the President's Council on Bioethics, S.6, im Internet abrufbar unter: [http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130\\_determination\\_of\\_death.pdf](http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf) [Stand: 14.08.2012].



---

einen anderen Begründungsweg zu wählen: Während die Zustimmung zum Hirntodkonzept bisher auf die Annahmen gestützt worden sei, dass Hirntote keinen integrierten Gesamtorganismus mehr besäßen und dass sie die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Kreislauffunktion innerhalb kurzer Zeit verlören, könne dies nun nicht mehr zweifellos angenommen werden; diese Annahme bilde daher auch keine Grundlage für eine argumentative Unterstützung des Hirntodkonzeptes.<sup>71</sup> Stattdessen formulierte der Rat eine neue Definition der grundlegenden Tätigkeit eines lebenden Organismus, die von drei Voraussetzungen ausgeht: Offenheit für die Welt, die Fähigkeit, mit dem Ziel der zweckgerichteten Bedürfnisbefriedigung auf die Welt einzuwirken sowie die gefühlte Notwendigkeit als Antrieb zum Handeln, um zu erlangen, was man braucht und als verfügbar erkennt. Diese Fähigkeiten zeigten sich beim Menschen beispielsweise durch Bewusstsein oder spontane Atmung.<sup>72</sup> Da Ganzhirntote diese Fähigkeiten nicht mehr besäßen, sei es folgerichtig, sie für tot zu erklären. Aufgrund dieser Feststellungen könne der Hirntod weiterhin als Kriterium für eine Todesfeststellung dienen.<sup>73</sup>

#### 5.6. Diskussionsrunde des Deutschen Ethikrates

Anlässlich einer Diskussion des Deutschen Ethikrates im März dieses Jahres äußerten sich Vertreter unterschiedlicher fachwissenschaftlicher Disziplinen, darunter Mediziner und Philosophen, zur Frage des Vorliegens neuer Erkenntnisse zum Ende des menschlichen Lebens. In diesem Zusammenhang kam die Tragfähigkeit des Hirntodkonzepts zur Sprache.

Von einem Teil der Experten wurde dieses Konzept für tragfähig gehalten, da die Diagnose Hirntod nach dem heutigen Diagnoseverfahren eindeutig zu stellen und der Hirntod ein sicheres Todeskriterium sei. Zudem sei eine Verwechslung mit anderen schwerwiegenden Hirnschädigungen ausgeschlossen. Dies werde insbesondere durch die neuen funktionellen bildgebenden Verfahren ermöglicht. Von anderer Seite wurde die Tragfähigkeit mit dem Argument verneint, dass dem Gehirn nur eine lebenserhaltende und keine lebenskonstituierende Funktion zukomme.<sup>74</sup>

---

71 The President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death*. A White Paper by the President's Council on Bioethics, S.59f, im Internet abrufbar unter:  
[http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130\\_determination\\_of\\_death.pdf](http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf) [Stand: 14.08.2012].

72 The President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death*. A White Paper by the President's Council on Bioethics, S.61ff, im Internet abrufbar unter:  
[http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130\\_determination\\_of\\_death.pdf](http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf) [Stand: 14.08.2012].

73 The President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death*. A White Paper by the President's Council on Bioethics, S.64f, im Internet abrufbar unter:  
[http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130\\_determination\\_of\\_death.pdf](http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf) [Stand: 14.08.2012].

74 Deutscher Ethikrat, Die Frage „Wann ist ein Mensch tot?“ beschäftigte den Deutschen Ethikrat, Pressemitteilung 02/2012 vom 22.03.2012, im Internet abrufbar unter:  
<http://www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2012/pressemitteilung-02-2012> [Stand: 15.08.2012].

---

## 6. Zusammenfassung/Ausblick

Das Hirntodkonzept bietet nach wie vor Anlass zu zahlreichen und vielfältigen Diskussionen in unterschiedlichen fachlichen Disziplinen. Wie oben bereits dargestellt, ist einer der Hauptgründe hierfür, dass die Frage einer Definition des Todes sowohl medizinisch als auch ethisch und juristisch neben empirischen Elementen immer normative Wertungselemente enthält. Mit Blick auf die Transplantationsmedizin stellt sich insbesondere die Frage, wie man ein ethisch gebotenes unbedingtes Tötungsverbot und die gleichermaßen ethisch erwünschte Praxis der Organspende miteinander vereinbaren kann, und ob das Hirntodkonzept hierfür die bestmögliche Lösung darstellt.<sup>75</sup>

Nach Ansicht der Bundesregierung, die sich in einem Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin zehn Jahre nach Inkrafttreten des TPG äußerte, haben sich die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntodes in der Praxis im Wesentlichen bewährt. Außerdem sei das Konzept in der Fachwelt akzeptiert.<sup>76</sup> Dennoch gibt es im medizinischen Schrifttum – wie oben dargestellt – sowohl Ansätze, den menschlichen Tod durch die Anerkennung eines Teilhirntodkriteriums weiter vorzuverlagern als auch Stimmen, denen bereits die im Moment maßgebliche Ganzhirntodkonzeption zu weit geht. Vor dem Hintergrund dieser und vergleichbarer wissenschaftlicher Diskussionen kann es Außenstehenden durchaus zweifelhaft erscheinen, ob jemals eine absolut unangreifbare wissenschaftliche Definition des Todes entwickelt werden kann, auf die Ethik und Recht mit ihren Überlegungen aufbauen können. Dementsprechend wird die Diskussion um den Hirntod als Todeskriterium in absehbarer Zeit nicht zu Ende gehen.

---

75 Birnbacher, Deutsche Zeitschrift für Philosophie 2012, S.426 (427).

76 BT-Drs. 16/12554, S.28.

## 7. Literaturverzeichnis

- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death (1968). A Definition of Irreversible Coma, Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *Journal of the American Medical Association* 1968, 205 (6), S.337-340. <http://www.hods.org/english/h-issues/documents/ADefinitionofIrreversibleComa-JAMA1968.pdf> [Stand: 14.08.2012].
- Berger, Andreas (2005). Die Bundesärztekammer – Eine verfassungsrechtliche Studie zu Status, Organisation und Aufgaben. Baden-Baden.
- Bertels, Andreas (2002). Der Hirntod des Menschen – medizinische und ethische Aspekte. Dissertation Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. <http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2402/402.pdf> [Stand: 20.08.2012].
- Birnbacher, Dieter; Angstwurm, Hans; Eigler, Friedrich Wilhelm; Wuermeling, Hans-Bernhard (1993). Der vollständige und endgültige Ausfall der Hirntätigkeit als Todeszeichen des Menschen – Anthropologischer Hintergrund. *Deutsches Ärzteblatt* 1993 (90), 44, A-2926 - A-2929. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/89951/Der-vollstaendige-und-endgueltige-Ausfall-der-Hirntaetigkeit-als-Todeszeichen-des-Menschen-Anthropologischer-Hintergrund> [Stand: 16.08.2012].
- Birnbacher, Dieter (2012). Der Hirntod – der Tod? *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 2012, 60, 3, S.422-423.
- Bundesärztekammer (1998). Organentnahme nach Herzstillstand („Non heart-beating donor“). *Deutsches Ärzteblatt* 1998, 95 (50), A-3235. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Herzstillstand.pdf> [Stand: 14.08.2012].
- Deutsch, Erwin (1998). Das Transplantationsgesetz vom 5.11.1997. *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S.777-782.
- Deutscher Ethikrat (2012). Die Frage „Wann ist ein Mensch tot?“ beschäftigte den Deutschen Ethikrat. Pressemitteilung 02/2012 vom 22.03.2012. <http://www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2012/pressemitteilung-02-2012> [Stand:15.08.2012].
- Deutsche Bischofskonferenz; Rat der EKD (1990). Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD zu Organtransplantationen. Bonn/Hannover. [http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation\\_1990.html](http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html) [Stand: 14.08.2012].
- Dippel, Karlhans (2009). Kommentierung zu § 168 StGB. In: Laufhütte, Heinrich Wilhelm; Rissin-van Saan, Ruth; Tiedemann, Klaus (Hrsg.). *Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar*. 12. Auflage Band 6. Berlin.
- Höfling, Wolfram (2012). Tot oder lebendig – tertium non datur: Eine verfassungsrechtliche Kritik der Hirntodkonzeption. *Zeitschrift für medizinische Ethik: Wissenschaft, Kultur, Religion* 2012, S.163-172.

- 
- Höfling, Wolfram (1995). Um Leben und Tod – Transplantationsgesetzgebung und Grundrecht auf Leben. Juristenzeitung 1995, S.26-33.
- Hoff, Johannes; in der Schmitten, Jürgen (1995). Kritik der „Hirntod“-Konzeption. Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium. In: Hoff, Johannes; in der Schmitten, Jürgen (Hrsg.). Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium. Reinbek bei Hamburg. S.153-252.
- Jachertz, Norbert (1998). Organentnahme: Herzstillstand allein genügt nicht. Deutsches Ärzteblatt 1998, 95 (48), A-3021. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/14507/Organentnahme-Herzstillstand-allein-genuegt-nicht> [Stand: 14.08.2012].
- Jonas, Hans (1985). Technik, Medizin und Ethik: zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Frankfurt.
- Kittlitz, Alard von (2012). Hirn TOD. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung v. 19.08.2012, S.6.
- Kittlitz, Alard von (2012). Herztod. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (07.10.2012). Onlineversion <http://www.faz.net/aktuell/politik/diskussion-um-organspende-herztod-11917021.html> [Stand 24.09.2012].
- Kurthen, Martin; Linke, Detlef B. (1995). Vom Hirntod zum Teilhirntod. In: Hoff, Johannes; in der Schmitten, Jürgen (Hrsg.). Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-kriterium. Reinbek bei Hamburg: S.82-92.
- Laureys, Steven (2005). Death, unconsciousness and the brain, Nature Reviews. Neuroscience 2005 (11), S.899-909. <http://www.nature.com/nrn/journal/v6/n11/pdf/nrn1789.pdf> [Stand: 14.08.2012].
- Lucius, Robert von (2012). Chirurg fälscht Liste für Organtransplantationen. Frankfurter Allgemeine Zeitung (20.07.2012). Onlineversion <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/universitaetsklinik-goettingen-chirurg-faelscht-liste-fuer-organtransplantation-11826324.html> [Stand: 24.09.2012].
- Menzfeld, Mira (2009). „Pikuach nefesch“ geht vor. In: Jüdische Zeitung 10/2009. <http://www.j-zeit.de/archiv/artikel.2008.html> [Stand: 14.08.1012].
- Müller, Sabine (2011). Wie tot sind Hirntote?: Alte Fragen – neue Antworten. Aus Politik und Zeitgeschichte: Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament 2011 (61), 20/21, S.3-9.
- Nickel, Lars Christoph; Schmidt-Preisigke, Angelika; Sengler, Helmut (2001). Transplantationsgesetz, Kommentar mit einer umfassenden Einführung. Stuttgart [u.a.].
- Oduncu, Fuat S. (1998). Hirntod und Organtransplantation: Medizinische, juristische und ethische Fragen. Göttingen.

- 
- Parzeller, Markus; Henze, Claudia (2006). Richtlinienkompetenz zur Hirntod-Feststellung erneut bei Bundesärztekammer: sind Demokratie- und Wesentlichkeitsprinzip hirntot? Zeitschrift für Rechtspolitik 2006, S.176-180.
- Schmidt-Recla, Adrian (2004). Tote leben länger: Ist der Hirntod ein ausreichendes Kriterium für die Organspende? Medizinrecht 2004 (12), S.672-677.
- Schneider, Harmut (2003). Vorbemerkung zu den §§ 211 ff. StGB. In: Joecks, Wolfgang; Miebach, Klaus [Hrsg.]. Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch. München.
- Shewmon, Alan (2001). The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating „Brain Death“ With Death. Journal of Medicine and Philosophy 2001, 26 (5), S.457-478.
- Siegmund-Schultze, Nicola; Zylka-Menhorn, Vera (2008). Non-Heart-Beating-Donors: „Herztote“ Organspender. Deutsches Ärzteblatt 2008, 105 (16), A-832.  
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/59810> [Stand: 14.08.2012].
- Steigleder, Klaus (1995). Die Unterscheidung zwischen dem „Tod der Person“ und dem „Tod des Organismus“ und ihre Relevanz für die Frage nach dem Tod eines Menschen. In: Hoff, Johannes; In der Schmitt, Jürgen (Hrsg.). Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium. Reinbek bei Hamburg, S.95-118.
- Stoecker, Ralf (2009). Ein Plädoyer für die Reanimation der Hirntoddebatte in Deutschland. In: Thüringische Gesellschaft für Philosophie e.V. (Hrsg.). Kritisches Jahrbuch der Philosophie. Beiheft 8/2009, 41-59. Würzburg.
- Taupitz, Jochen (2003). Richtlinien in der Transplantationsmedizin. Neue Juristische Wochenschrift 2003, S.1145-1150.
- The President's Council on Bioethics (2008). Controversies in the Determination of Death. A White Paper by the President's Council on Bioethics. Washington, DC.  
[http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130\\_determination\\_of\\_death.pdf](http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf) [Stand: 14.08.2012].
- Tröndle, Herbert (1997). Der Hirntod als Voraussetzung für die Organentnahme. Zeitschrift für Lebensrecht 1997 (6), 1, S.3-6.
- Weber, Ralph (2002). Der Hirntodbegriff und der Tod des Menschen. Zeitschrift für Lebensrecht 2002 (4), S.94-106.
- Wijdicks, Eelco F.M. (2002). Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. Neurology 2002, S.20-25.  
<http://www.hods.org/pdf/brain%20death%20world%20wide%5B1%5D.pdf>  
[Stand:14.08.2012].

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (1997). Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3. Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG). <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3252> [Stand: 15.08.2012].

Zentralrat der Muslime (1997). Organverpflanzung und Hirntod. <http://zentralrat.de/14606.php> [Stand: 14.08.2012].