



University of Zurich
Zurich Open Repository and Archive

Winterthurerstr. 190
CH-8057 Zurich
<http://www.zora.uzh.ch>

Year: 2008

Ist der Hirntod ein kulturübergreifendes Todeskriterium? Japanische Perspektiven

Steineck, C

Steineck, C (2008). Ist der Hirntod ein kulturübergreifendes Todeskriterium? Japanische Perspektiven. In: Biller-Andorno, N; Schaber, P; Schulz-Baldes, A. Gibt es universale Bioethik? Paderborn, 119-134.

Postprint available at:
<http://www.zora.uzh.ch>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich.
<http://www.zora.uzh.ch>

Originally published at:
Biller-Andorno, N; Schaber, P; Schulz-Baldes, A 2008. Gibt es universale Bioethik? Paderborn, 119-134.

Ist der Hirntod ein kulturübergreifendes Todeskriterium?

Japanische Perspektiven
Dr. Christian Steineck, Uni Bonn

1. Terminologisches

Unter *Hirntod* wird im Folgenden, gemäß den in Kontinentaleuropa, Nordamerika und Japan verwendeten Definitionen, der *irreversible Funktionsausfall des gesamten Gehirns aufgrund massiver Läsionen* verstanden. Das Gesagte gilt jedoch *a fortiori* auch für alternative Definitionen des Hirntods (Stammhirntod, Großhirntod). Byrne et al. machten schon 1979 (S.1987-1989) auf eine Besonderheit dieser Definition aufmerksam: „Tod“ wird hier schon für den durch Irreversibilität qualifizierten Funktionsausfall gebraucht, und nicht, wie sonst – etwa bei anderen Organnekrosen – für die Zerstörung der Struktur, die der lebendigen Funktion zugrundeliegt. Doch hat sich diese Definition durchgesetzt, und wird entsprechend hier verwendet.

Unter *Hirntodkriterien* sind im Folgenden *die Gegebenheiten zu verstehen, anhand derer das Vorliegen des Hirntodes diagnostiziert* wird. Kernsymptome sind hier tiefe Bewußtlosigkeit ("Koma"), Abwesenheit von Reflexen, die Hirnstammfunktionen voraussetzen ("Hirnstamm-Areflexie") und Fehlen der Spontanatmung ("Apnoe"). Hinzu kommt die Feststellung von Vorbedingungen, die das Vorliegen eines ähnlichen, aber therapierbaren Zustands (etwa ausgelöst durch Unterkühlung oder Einfluß von Drogen) ausschließen, sowie der Nachweis der Irreversibilität durch Wiederholung der Diagnose nach Verstreichen eines bestimmten, angemessenen Zeitintervalls, das zwischen 6 und 72 Stunden liegen kann, oder durch ergänzende Untersuchungen. (Beirat der Bundesärztekammer 1998)

Die *Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen* bezeichnen wir in Abgrenzung dazu als *Hirntodkonzept*. Der Term „Konzept“ soll darauf hinweisen, daß mit der Akzeptanz der Hirntodkriterien inhaltliche Verschiebungen im Todesbegriff einhergehen: Ein Mensch kann z. B. unter den Bedingungen des Hirntodkonzepts selbsterzeugte Körperwärme, Reflexbewegungen und Wundheilung (alles traditionell Anzeichen von Lebendigkeit) aufweisen und doch tot sein.

2. Problemstellung

Die im Titel gestellte Frage wie die im Untertitel angedeutete Blickrichtung, die sich aus der Gesamtanlage des Bandes ergeben, bedürfen in mehreren Punkten einer Vorklärung.

a) Wie kaum eine anderes bioethisches Konzept ist das Hirntodkonzept mit dem Anspruch vertreten worden, eigentlich nicht ein *bioethisches Konzept*, sondern ein *naturwissenschaftliches Kriterium* zu sein, bei dem weniger seine Geltung, als vielmehr seine Akzeptanz bzw. Nicht-Akzeptanz ein kulturelles bzw. ethisches Problem darstelle. So konstatiert der Beirat der Bundesärztekammer in seinen "Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes" von 1998: "Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt." (S. 1861) Für Befürworter des Hirntodkonzepts, die diese

Auffassung vertreten, stellt sich die Frage nicht, ob der Hirntod ein kulturübergreifendes Todeskriterium sei – oder wenn, dann jedenfalls nicht als normative, sondern allenfalls als empirische Frage: Ist der Hirntod ein naturwissenschaftlich gültiges Todeskriterium, so kann die Frage seiner Anerkennung nicht ernsthaft in das Belieben kultureller Varianz gestellt werden. Die Frage des Titels kann dann allenfalls bedeuten, daß empirisch zu untersuchen ist, ob es Kulturen gibt, die sich der naturwissenschaftlichen Erkenntnis in diesem Punkte verweigern.

b) Doch auch, wo die unter a) genannte Voraussetzung nicht gemacht wird, und man einräumt, daß im das Hirntodkonzept außernaturwissenschaftliche anthropologische Vorstellungen normativ wirksam werden, wird häufig davon ausgegangen, daß es sich um ein wohlbegründetes, universal geltungsfähiges Konzept handelt, dessen Akzeptanz die Regel und dessen Nichtakzeptanz eine erklärungsbedürftige Abweichung darstellt. Die Tatsache, daß sich das Hirntodkonzept in der Ärzteschaft und der Gesetzgebung international weitgehend durchgesetzt hat, scheint diese Annahme *prima facie* zu bestätigen; dennoch sollte sie als *Voraussetzung* in der Behandlung des gestellten Themas berücksichtigt werden, damit nicht ein Teil der Frage unversehens zu einem Teil der Antwort gemacht wird.

c) Unter den Voraussetzungen a) oder b) bietet sich zur Erklärung von Varianzen in der Akzeptanz des Hirntodkonzepts der Rückgriff auf kulturelle Besonderheiten an, die man vornehmlich in der Dimension regionaler, nationaler oder religiöser Traditionen vermutet. In die Richtung nationaler Besonderheit scheint ja auch der Untertitel "Japanische Perspektiven" zu weisen. Ein solcher Erklärungsansatz enthält wiederum eigene Voraussetzungen, die kritisch zu reflektieren sind: Entweder man hält A) die Distinktion nach regionalen Kulturräumen, Nationen bzw. Ethnien und Religionen für vollständig. Oder man geht B) davon aus, daß es zwar weitere Parameter kultureller Differenzierung gibt, die genannten aber entweder grundsätzlich oder im fraglichen Fall die entscheidenden darstellen. Die Variante A), die man als national-religiösen Kulturdeterminismus bezeichnen könnte, muß trotz ihrer ungebrochenen Volkstümlichkeit als kulturphilosophisch obsolet gelten, da es wesentliche kulturprägende Faktoren wie Naturwissenschaft, Technik oder Ökonomie gibt, deren bestimmende Parameter nicht national oder religiös sind. Variante B, ein national-religiöser Kulturessentialismus, ist als mindestens problematisch anzusehen; denn es ist im Einzelfall erst zu zeigen, und kann nicht vorausgesetzt werden, ob und in welchem Maße eine Abweichung von einer wie auch immer gesetzten Vergleichsnorm auf nationalen oder religiösen Faktoren beruht.

Aus den unter a) bis c) ausgeführten Überlegungen ergibt sich folgende, klärende Reformulierung der Problemstellung: *Unter welchen kulturellen Bedingungen gilt das Hirntodkonzept als akzeptabel? Welchen Geltungsstatus kann es gewinnen? Und was läßt sich aus der Untersuchung der japanischen Diskussion für diese Fragen lernen?*

3. Vorgehen

Aufgrund der aufgeführten Erwägungen kam eine isolierte Betrachtung der japanischen Regelungen zum Hirntod sowie der wesentlichen Positionen zu diesen Regelungen nicht in Betracht. Es wurde daher ein komparativ-pluriperspektivisches Analyseverfahren gewählt,

das der Einschränkung unterlag, textbasiert zu sein. Feldforschungen, Interviews und dergleichen wurden nicht vorgenommen, sondern nur einbezogen, soweit sie von dritter Seite bereits vorlagen. 1. Die gesetzlich-administrativen Regelungen in Japan sowie ihre Entstehung wurde im Vergleich zu entsprechenden Regelungen und Vorgängen im angloamerikanischen Raum und in Deutschland untersucht. 2. Die wichtigsten Beiträge aus der bioethischen Fachdiskussion wurden rezipiert und hinsichtlich ihrer Argumentationen und möglicher Filiationen miteinander verglichen. 3. Zusätzlich zur Fachliteratur wurden einige Erfahrungsberichte von mit dem Phänomen Hirntod konfrontierten Angehörigen, Pflegekräften und Ärzten, sowie kulturanthropologische Untersuchungen (hier insbesondere die einschlägige Monographie von Lock) herangezogen. An alle untersuchten Texte wurden folgende Fragen herangetragen: 1. Welche Position nimmt der Text zum Hirntodkonzept ein? 2. Wird diese Position begründet, und wenn ja, wie? 3. Auf welches Menschenbild läßt der Text schließen? 4. Welche Traditionen nimmt der Text explizit in Anspruch? Gibt es darüber hinaus klar erkennbare Traditionen, auf die er sich implizit bezieht?

4. Empirischer Befund

4.1 Hauptergebnisse

Die wichtigsten empirischen Erkenntnisse aus den genannten Untersuchungen für die hier formulierte Problemstellung lassen sich in fünf Punkten zusammenfassen.

- a) Die kulturellen Differenzen in der Hirntoddiskussion verlaufen quer zur gängigen nationalen und religiösen Segmentierung von Kultur.
- b) Die Durchsetzung des Hirntodkonzepts ist Produkt einer Expertenkultur im doppelten Sinne: Sie ist Produkt einer Kultur, die wesentliche Entscheidungen über das menschliche Leben an Experten delegiert, und sie ist Produkt der Kultur einer bestimmten Expertengruppe und ihrer theoretischen und ethischen Präferenzen.
- c) Die Expertenkultur – als Kultur der Experten –, die das Hirntodkonzept hervorbringt, propagiert und trägt, ist Bestandteil jener technologischen Entwicklung der Kultur, die das Phänomen eines isolierten Hirntodes ermöglicht. Sie existiert überall dort, wo es überhaupt ein "Hirntodproblem" als praktisch relevante Frage gibt. Sie besteht jedoch nicht aus allen mit dem Phänomen Hirntod konfrontierten oder befaßten Experten, von denen bestimmte Gruppen im Gegenteil das Hirntodkonzept überwiegend bezweifeln.
- d) Der Erfolg des Hirntodkonzepts beruht auf der Behauptung der Überlegenheit bestimmter Expertenmeinungen über andere, sowie über die Anschauungen von Laien. Das Hirntodkonzept ist erfolgreich, solange und soweit die Experten, die es vertreten, das Vertrauen der Gesellschaft und der unmittelbar Betroffenen genießen. Hier kann es, aufgrund unterschiedlicher Gegebenheiten in den einzelnen Ländern, signifikante Differenzen zwischen einzelnen Staaten geben.

e) Der Erfolg in der administrativen Durchsetzung des Hirntodkonzepts führt zu einem mehr oder weniger stark ausgeprägten Dilemma: Trotz der Akzeptanz des Konzepts bei den Entscheidungseliten bleibt ein signifikanter Bestandteil der Betroffenen skeptisch und versucht, sich der Anwendung des Konzepts zu entziehen. Dieses Dilemma zeigt an, daß das Hirntodkonzept argumentativ nicht mit Gegenpositionen vermittelt wurde.

4.2 Diskussion

Ad a) Die kulturellen Differenzen in der Hirntoddiskussion verlaufen quer zur gängigen nationalen und religiösen Segmentierung von Kultur.

Die kulturellen Differenzen in der Hirntoddiskussion verlaufen in der Hauptsache innerhalb der Nationalstaaten, bzw. nationenübergreifend zwischen gesellschaftlichen Gruppen mit distinkten kulturellen Merkmalen. Nationale oder religiöse Traditionen spielen nur eine sekundäre Rolle, nicht zuletzt, weil sie sich für jede Position in Anspruch nehmen lassen.

Das Hirntodkonzept wurde in allen untersuchten Ländern (und nach Kenntnis des Autors auch in allen anderen am technischen und medizintechnischen Fortschritt beteiligten Staaten) von einheimischen ärztlichen Fachleuten bestimmter, thematisch relevanter Spezialisierung (insbesondere von Intensiv- und Transplantationsmedizinern, weniger einstimmig von Neurologen) akzeptiert und von ihren Fachverbänden gemeinsam mit betroffenen Interessengruppen, insbesondere von Anwärtern auf Organtransplantate, an die Administrationen herangetragen, die es ohne Ausnahme affirmativ aufgriffen und in neue Regelungsvorschläge zur Todesfeststellung umsetzten. Dieser Vorgang wurde auch durch medizinische Fachkontroversen um das Hirntodkonzept nicht gestört. Zu wirkungskräftigen Kontroversen kam es, wo an der Diskussion über Einführung und legislative Umsetzung des Hirntodkonzepts in größerem Maße nicht-naturwissenschaftliche Fachleute (etwa Theologen oder Philosophen) sowie Laien beteiligt wurden, was mit Notwendigkeit immer dann der Fall war, wenn die Umsetzung des Hirntodkonzepts nicht auf administrativem Weg möglich war, sondern die Beteiligung von Parlamenten erforderte. Doch konnte es sich auch in den Parlamenten, wenn auch in Deutschland und Japan nach längeren, heftigen Diskussionen, durchsetzen und ist heute überall Bestandteil des gesetzlichen Rahmens der Todesfeststellung. Insofern ist das Hirntodkonzept eine international durch positives Recht in Geltung gesetzte Normvorstellung.

Zweifel am Hirntodkonzept wurden, außer von einer Minderheit von Medizinern, vorgetragen von Angehörigen Hirntoter, von Pflegekräften, die mit der Sorge für hirnverletzte und hirtote Patienten betraut waren, und von einer signifikanten Gruppe von nicht direkt betroffenen Laien und Geisteswissenschaftlern, die allerdings nirgendwo die Mehrheit stellten. Der Bezug auf nationale oder religiöse kulturelle Besonderheiten, der von manchen Gegnern des Hirntodkonzepts vorgenommen wurde, war dabei sekundärer Natur. Exemplarisch wurde dies deutlich an Versuchen in der japanischen Diskussion, nationale Eigenheiten argumentativ ins Spiel zu bringen. So brandmarkten nationalkonservative Autoren wie der Populärphilosoph Umehara Takeshi das Hirntodkonzept als Ausfluß des „westlichen Dualismus“ von Körper und Geist zu, dem sie ein - angeblich - spezifisch japanisches oder asiatisches „Einheitsdenken“

gegenüberstellten. (Umehara 1992) Doch wurde von interessierter Seite schnell festgestellt, dass sich auch für den Körper-Geist-Dualismus diverse Quellen in vormodernen japanischen Traditionen finden lassen. (Ausführlich: Yôrô 1996) Darüber hinaus bildet der naturalistische Materialismus selbst eine wirkmächtige Tradition in der modernen japanischen Gesellschaft, der, wie auch in anderen Ländern, vor allem naturwissenschaftlich ausgebildete Experten anhängen. Schließlich ist, unabhängig vom geringen deskriptiven Wert der Opposition „westlicher Dualismus“ vs. „japanisches Einheitsdenken“, empirisch festzustellen, daß die letztgenannte Einheitsvorstellung von Anfang an pro und contra Hirntod und Organtransplantation ausgelegt wurde. (Yonemoto 1985: 201)

Wichtige kulturelle Differenzen in der japanischen wie in der amerikanischen und europäischen Hirntoddebatte betreffen: A) Werturteile über den menschlichen Körper und seine Beziehung zur menschlichen Person. B) Werturteile über das Verhältnis „unmittelbarer“ (gemeint ist: nicht apparativ vermittelter) sinnlicher Wahrnehmung und wissenschaftlicher Diagnose; C) Werturteile über die Sphäre naturwissenschaftlicher Definitionsmacht.

Ad A) Werturteile über den menschlichen Körper und seine Beziehung zur menschlichen Person: Hier neigen Naturwissenschaftler, die die methodische (also kulturell bedingte) Distanzierung des menschlichen Körpers zu einem anonymen Komplex physischer, chemischer und biotischer Vorgänge habitualisiert haben, dazu, alle Körperteile außer das für die kognitiven Funktionen verantwortliche Gehirn von der Person zu distanzieren. (Morioka 2000: 130) Ihnen folgen Geisteswissenschaftler, Laien und religiöse Experten und Gläubige aller Länder, soweit sie erkenntnistheoretische Naturalisten sind und / oder einer intellektualistischen Tradition anhängen, wie sie als eine orthodoxe Schulrichtung in jeder der für die untersuchten Länder relevanten Weltreligion zu finden ist. Pflegekräfte, die trotz naturwissenschaftlicher Grundausbildung in der Berufsausübung auf leibliche Kommunikation mit nur eingeschränkt ausdrucksfähigen Patienten angewiesen sind, sehen dagegen ähnlich wie Geisteswissenschaftler, die in der Tradition der modernen phänomenologischen oder neukantianischen Dualismuskritik stehen, auch die extrazerebralen Teile des Körpers in unauflöslicher Beziehung zur Person. (Z. B. Jonas 1978) Ihnen folgen Angehörige, denen durch den engen Umgang mit der betroffenen Person ihr Leib als Ausdruck auch nichtverbalisierter Zustände und Intentionen vertraut ist. (Morioka 2001: 14)

Ad B) und C) Werturteile über das Verhältnis „unmittelbarer“ (gemeint ist: nicht apparativ vermittelter) sinnlicher Wahrnehmung und naturwissenschaftlicher Diagnose und über die die Sphäre naturwissenschaftlicher Definitionsmacht: In diesem Punkt offenbaren sich ähnliche Differenzen quer durch alle untersuchten Gesellschaften. Dabei besitzt in modernen Gesellschaften nach der Industrialisierung durch die universelle Präsenz und Wirkungsmacht von Fabrikaten naturwissenschaftlich fundierter Technologie der Primat naturwissenschaftlicher Methoden über die nicht technisch vermittelte eigene Wahrnehmung eine häufig nicht kritisch geläuterte, zur Weltanschauung geronnene Evidenz. (Morioka 1988: 190-198; Angstwurm 2003: 294; Birnbacher 1997: 74) Sie wird nur von einer Minderheit aus unterschiedliche Motiven und mit unterschiedlichen Graden an Rationalität bezweifelt, und zwar häufiger von Gruppen, die sich durch die

Vorherrschaft der Naturwissenschaft oder einer als naturwissenschaftlich gesichert vertretenen Auffassung benachteiligt fühlen.

Ad b) Die Durchsetzung des Hirntodkonzepts ist Produkt einer Expertenkultur. Das gilt im doppelten Sinne: Sie ist Produkt einer Kultur, die wesentliche Entscheidungen über das menschliche Leben an Experten delegiert, und sie ist Produkt der Kultur einer bestimmten Expertengruppe und ihrer theoretischen und ethischen Präferenzen.

Das Hirntodkonzept wurde - geradezu notwendiger Weise - von Experten geschaffen; denn als reales Phänomen trat der isolierte Hirntod bei erhaltenen Lebensfunktionen des extracerebralen Körpers allererst unter den Bedingungen der hochspezialisierten Intensivmedizin auf. Darüber hinaus war und ist der isolierte Hirntod nur von medizinischen Experten zu diagnostizieren, auch wenn Wert darauf gelegt wird, daß seine Diagnose auf klinischen, also ohne apparative Vermittlung erkennbaren, Zeichen beruht. Die Übertragung der klinischen Diagnose „isolierter Hirntod“ in ein Konzept von gesellschaftlicher Bedeutung entspricht den theoretischen und ethischen Präferenzen der zur Diagnose befähigten Gruppe von Experten sowie des modernen sozialen Systems medizinischer Versorgung, in dessen Rahmen sie arbeiten; die Kommission der Harvard Medical School, die das Konzept entwickelte, nannte die Vermeidung sinnloser Inanspruchnahme von intensivmedizinischer Behandlung und Pflege sowie die Sicherstellung der ethischen und juristischen Basis für die Entnahme von Organen, deren Transplantation den Zugriff auf Spender mit teilweise erhaltenen Lebensfunktionen voraussetzt – zwei Motive, die auch die Befürwortung des Konzepts in Ländern wie Japan und Deutschland deutlich prägten, auch wenn stets betont wird, seine Geltung sei von ihnen unabhängig.

In Japan wurde ein erster Standard für die Hirntodfeststellung 1974 von der Japanischen Gesellschaft für Elektroenzephalographie publiziert – er war schon früher formuliert worden, wurde aber aufgrund des Skandals, den die Irregularitäten bei der ersten Herztransplantation 1968 ausgelöst hatten, erst nach einer mehrjährigen Wartezeit veröffentlicht. Dieser Standard diente zunächst rein medizinisch-klinischen Zwecken. In den 1980er Jahren griff die Fachadministration im Ministerium für Gesundheit und Soziales das Thema wieder auf und richtete 1983 eine Expertenkommission zur Formulierung verbindlicher diagnostischer Kriterien ein, die 1985 veröffentlicht wurden. Dies geschah ohne Aussage darüber, ob der Hirntod als Tod des Menschen anzusehen sei. Eine entsprechende Kampagne startete die Japanische Gesellschaft für Organtransplantation. 1990 setzte wiederum das Ministerium für Gesundheit und Soziales eine Expertenkommission aus Medizinern, Juristen, Philosophen und Fachjournalisten ein, die nach allgemeiner Ansicht dazu dienen sollte, die sachliche und soziale Akzeptabilität des Hirntodkonzepts festzustellen. Dies geschah auch 1992 in ihrem Abschlußbericht, dem allerdings ein abweichendes Minderheitsvotum angefügt war – ein Novum in der Praxis japanischer Kommissionen, die üblicherweise einstimmig urteilen. Anschließend ging man an die Formulierung eines Transplantationsgesetzes, das ursprünglich die Umsetzung des Hirntodkonzepts ohne Einschränkungen beinhalten sollte. Erst während der Beratungen im Oberhaus wurde angesichts bleibender Widerstände in den Medien und in der

Öffentlichkeit eine Kompromissformel gefunden, nach der die Diagnose der Hirntodes zur Todesfeststellung nur durchgeführt werden darf, wenn der Betreffende einem solchen Verfahren zu Lebzeiten schriftlich zugestimmt hat und seine Angehörigen nicht widersprechen. Dieser Kompromiss befindet sich seit 2000 in einem im Gesetz vorgesehenen Revisionsprozess, bei dem die Administration weitere Expertisen eingeholt hat, die für die Beseitigung der geltenden Einschränkungen und volle Umsetzung des Hirntodkonzepts sprechen. (Machino et al. o. J.; Hamano 2003: 15-18) Die Öffentlichkeit ist dagegen weiterhin geteilter Meinung. Die bleibenden Bedenken von 30-50% der Bevölkerung (Lock 2002: 177-178) knüpfen sich im wesentlichen an Erfahrungsberichte Angehöriger, die den hirntoten Patienten als lebendig und durchaus noch persönlich präsent vorgestellt wird (Nakajima 1985, Yanagida 1999) – eine Erfahrung, die häufig vom Pflegepersonal geteilt wird und international bei diesen Gruppen von Betroffenen, die im engen körperlichen Kontakt zu den Hirntoten stehen, häufig auftritt. (Baureithel und Bergmann 1999: 145-182) Hinzu kommen in Japan von Fachjournalisten eingehend recherchierte und ausführlich dargestellte Ungewissheiten bezüglich der naturwissenschaftlichen Geltung der Hirntodkriterien (hier insb. Tachibana 1986), die sich mit einem Grundmißtrauen gegen das Medizinsystem und dessen mangelnde Transparenz verbinden. Der Streit entzündet sich nicht zuletzt daran, wer denn nun über Fragen von Leben und Tod zu befinden habe, wobei ein signifikanter, aber kleinerer Teil der Bevölkerung diese Kompetenz für sich reserviert wissen will, während die gesellschaftliche und legislative Mehrheit sie in die Hände der Naturwissenschaft gelegt hat. Die existierende Gesetzgebung in Japan schützt die Auffassungen der erwähnten signifikanten Minderheit, auf die in anderen Ländern zumindest auf der legislativen und administrativen Ebene keine Rücksicht mehr genommen wird. Dies geschieht allerdings nicht aufgrund einer entsprechenden Überzeugung der Fachadministration, die auch in Japan konsistent in Richtung Durchsetzung des Hirntodkonzepts gearbeitet hat und weiter arbeitet.

Ad c) Die Expertenkultur – als Kultur der Experten –, die das Hirntodkonzept hervorbringt, propagiert und trägt, ist Bestandteil jener technologischen Entwicklung der Kultur, die das Phänomen eines isolierten Hirntodes ermöglicht. Sie existiert überall dort, wo es überhaupt ein "Hirntodproblem" als praktisch relevante Frage gibt.

Das Hirntodkonzept wurde in Japan wie in den USA und in Deutschland von Intensivmedizinern, Chirurgen und Pathologen als naturwissenschaftlich fundiertes Konzept gemeinsam mit Experten aus anderen Disziplinen wie Juristen, Philosophen und Hagiologen (Theologen und entsprechenden Spezialisten nicht-theistischer Religionen) formuliert. An seiner Durchsetzung waren weiter interessierte Fachverbände, Interessengruppen sowie die fraglichen Fachadministrationen entscheidend beteiligt. Diese Entwicklung wurde außer von Interessen auch erkennbar von kulturellen Werten getragen: Für Ärzte wie Behörden und Juristen bot das Hirntodkonzept Eindeutigkeit und Verfahrenssicherheit bei der Entscheidung, was mit Menschen in einem phänomenal ambivalenten Zustand zwischen Leben und Tod geschehen sollte – Werte, die sekundär anmuten mögen, unter den Bedingungen eines Rechtsstaates aber von großer Bedeutung sind. Angehörige anderer akademischer Disziplinen bestätigten, daß das Hirntodkonzept dem wirkungsmächtigsten anthropologisch-ethischen Grundmodell der Moderne

entspreche, das den Menschen primär als vernünftiges, handelndes Individuum betrachtet und wertschätzt und seinen Körper zu einem manipulierbaren Objekt veräußert. Eine weitere Wertpräferenz gilt wissenschaftlichen, technisch vermittelten Verfahren vor nicht objektivierend abgesicherten bzw. auf direkter sinnlicher Wahrnehmung beruhenden Modi der Überzeugung. Die genannten Werte sind intrinsischer Bestandteil moderner rechtsstaatlicher Ordnungen und erfolgreicher Industriegesellschaften, in denen weiterhin eine fortgeschrittene Arbeitsteilung inklusive der Delegation von Entscheidungsbegründungen an Fachleute zum gewöhnlichen, Produktion, Reproduktion und Ordnung der Gesellschaft tragenden Modus operandi gehört. Das Phänomen des isolierten Hirntodes tritt unter diesen Bedingungen auf und wird von Segmenten der modernen Kultur ermöglicht, die die genannten Werte aus professionellen Gründen habitualisiert haben. So findet das Hirntodkonzept geradezu zwangsläufig seine Unterstützer, wo immer es hirntote Patienten gibt – und in vormodernen nationalen Traditionen begründete Widerstände gegen das Hirntodkonzept etwa unter Transplantationsmedizinern oder aus der Fachadministration sind auch in Japan nicht bekannt geworden.

Gleichwohl ist die „Hirntodkultur“ (die Summe der kulturellen Segmente, die das Hirntodkonzept unterstützen und durchsetzen) in allen untersuchten Gesellschaften eine Partialkultur, in gewisser Hinsicht sogar eine Partialkultur innerhalb einer Partialkultur: Sie besteht nämlich nicht aus allen mit dem Phänomen Hirntod konfrontierten oder befaßten Experten, von denen bestimmte Gruppen im Gegenteil das Hirntodkonzept überwiegend bezweifeln. Empirische Beobachtungen in verschiedenen Ländern (USA, Deutschland, Japan) weisen darauf hin, daß ein höherer Prozentsatz von Neurologen und Anästhesisten dem Hirntodkonzept skeptisch gegenüberstehen. Die mit der Pflege von Komapatienten und ggf. Hirntoten befaßten Intensivpflegekräfte sehen Hirntote anscheinend sogar mit einer gewissen Regelmäßigkeit als lebendig an, was mit ihrem intensiven, direkten körperlichen Umgang mit diesen Intensivpatienten zu tun haben dürfte. (Spirgatis 1997: 123-126)

Ad d) Der Erfolg des Hirntodkonzepts beruht auf der Behauptung der Überlegenheit bestimmter Expertenmeinungen über andere, sowie über die Anschauungen von Laien. Das Hirntodkonzept ist erfolgreich, solange und soweit die Experten, die es vertreten, das Vertrauen der Gesellschaft und der unmittelbar Betroffenen genießen. Hier kann es, aufgrund unterschiedlicher Gegebenheiten in den einzelnen Ländern, signifikante Differenzen zwischen einzelnen Staaten geben.

Widerstand gegen das Hirntodkonzept wird regelmäßig auf mangelndes Verständnis wissenschaftlicher Konzepte, fehlerhaftes Anklammern an sinnliche Evidenzen oder unzulässige Einmischung von Laien in wissenschaftliche Diskussionen zurückgeführt. Man begegnet ihm daher mit Aufklärungsprogrammen, mit dem Hinweis auf die Überlegenheit naturwissenschaftlicher Erkenntnis über sinnliche Erfahrung oder dem Appell, laienhafte Bedenken zurückzustellen und der Wissenschaft zu vertrauen. (Für Japan: Omine 1991; Yôrô 1999; für Deutschland z. B.: Birnbacher 1997:74)

Diese Strategie und damit das Hirntodkonzept sind erfolgreich, solange und soweit die

Experten, die es vertreten, das Vertrauen der Gesellschaft und der unmittelbar Betroffenen genießen. Hier kann es, aufgrund unterschiedlicher Gegebenheiten in den einzelnen Ländern, signifikante Differenzen zwischen einzelnen Staaten geben.

Diesbezüglich ist das Beispiel Japans lehrreich: Die erste Herztransplantation, die 1968 von J. Wada in Japan durchgeführt wurde, stieß als Beweis für Japans Zugehörigkeit zum Kreis der technisch fortgeschrittenen Länder zunächst auf allgemeine Begeisterung. Stellungnahmen, die dieses Verfahren (einschließlich der Hirntoddiagnose) als kulturell inkompatibel mit japanischen Gegebenheiten kritisiert hätten, wurden nicht laut. Doch wich die anfängliche Zustimmung der Skepsis, als sich nach dem Tod des Empfängers der Fall zu einem Skandal entwickelte. Die Unwilligkeit und Unfähigkeit der beteiligten Behörden und Berufsverbände, die Geschehnisse aufzuklären und die Verantwortlichen zur Rechenschaft zu ziehen, führte in breiten Schichten der Bevölkerung zu dem Gefühl, sich mit der Anerkennung des Hirntodkriteriums einer unkontrollierten und keineswegs immer wohlwollenden Expertenmacht hinzugeben. (Lock 2002: ???); im Hintergrund auch noch präsent war die Verwicklung der japanischen medizinischen Elite in verbrecherische Humanexperimente während des pazifischen Krieges. (Tsuchiya 2003) Wiederkehrende Verstöße gegen das mittlerweile gesetzlich akzeptierte Hirntodprotokoll halten dieses Mißtrauen wach. (Hamano 2003: 11-14) Ein ähnliches Mißtrauen wird aus Nordamerika von Afroamerikanern berichtet (Lock 2002:???), wo die Akzeptanz des Hirntodkonzepts nach einer repräsentativ angelegten Stichprobe in Pittsburgh höher liegt als in Japan. (86% vs. 50-70%; vgl. Siminoff 2004 und oben)

Generell scheint die Akzeptanz der Normen formulierenden Elite höher zu sein, als jene der Bevölkerung. Breite und differenzierte soziologische Untersuchungen zu diesem Thema sind dem Verfasser nicht bekannt; ihr Mangel wurde unlängst auch in der Literatur attestiert. (Siminoff 2004) Man kann aber nach Rados Beschreibung des Hirntodkonzepts als Produkt sozialer und akademischer Eliten vermuten, dass das dem Hirntodkonzept zugrunde liegende anthropologische Modell des souveränen Entscheidungsträgers für sozial privilegierte Kreise auch lebensweltlich plausibler ist als für weniger gebildete und subaltern beschäftigte Schichten. (Rado 1987)

Praktisch noch wichtiger als die explizite theoretische Ablehnung des Hirntodkonzepts ist der implizite, im Handeln sich offenbarende Unwille, sich diesem Konzept gemäß zu verhalten, der in allen Ländern von seinen Vertretern beklagt wird. Dies führt auf das im folgenden diskutierte Dilemma der Hirntodkultur.

Ad e) Der Erfolg in der administrativen Durchsetzung des Hirntodkonzepts führt zu einem je nach Land mehr oder weniger stark ausgeprägten Dilemma: Trotz der Akzeptanz des Konzepts bei den Entscheidungseliten bleibt ein signifikanter Bestandteil der Betroffenen skeptisch und versucht, sich der Anwendung des Konzepts zu entziehen. Dieses Dilemma beruht darauf, daß das Hirntodkonzept argumentativ nicht mit Gegenpositionen vermittelt wurde und vermutlich auch nicht vermittelt werden kann.

Seit der von Hans Jonas (1978) geäußerten Kritik an den Vorschlägen der Harvard-

Kommission wird in der Literatur immer wieder deutlich, daß die Vertreter des Konzeptes nicht ernsthaft bereit sind, seine Geltung in Frage stellen zu lassen. Eine auch dem Verfasser geläufige Reaktion auf Kritik am Hirntodkonzept besteht in der Behauptung, der Kritiker hätte das Hirntodkonzept nicht verstanden. Zusätzlich verweist man gern auf die erfolgreiche Anwendung und öffentliche Anerkennung sowie den institutionellen Schutz vor Mißbrauch, um den vermuteten irrationalen Ängsten bei Skeptikern zu begegnen.

Faktische Wiederlegungen der eigenen Annahmen werden getreu dem Kuhnschen Schema ignoriert oder als unwesentlich abgetan. Ein gängiges Muster dabei ist die konzeptionelle Verschiebung: Kriterien, die in einer früheren Formulierung als wesentlich galten, werden ad acta gelegt, wenn sie sich als nicht anwendbar gezeigt haben. Das Argument lautet, sie seien unwesentlich, weil sie keine Hirnaktivität anzeigten, während es vorher noch hieß, ohne Hirnaktivität gebe es keine Aufrechterhaltung von Lebenszeichen wie spontaner Bewegung. Das eklatanteste Beispiel hierfür ist das sogenannte Lazarus-Syndrom, das in Spontanbewegungen der Arme und Beine besteht, die etwa durch die Beendigung der künstlichen Beatmung oder durch das Aufschneiden bei Explantationsooperationen ausgelöst werden können und dazu geführt hat, dass Hirntote, denen Organe entnommen werden sollen, für diesen Vorgang anästhesiert werden. Hatte die Harvard-Kommission noch damit argumentiert, Hirntote könnten und würden sich nicht bewegen, so heißt es nach der Dokumentation des Lazarus-Syndroms, diese Bewegungen (und die an ihrer Auslösung etwa beteiligten Reizleitungen) seien unwesentlich, da sie nicht vom Gehirn gesteuert wären. (Harvard Medical School 2001: ???; Spittler 2003:???)

Gegenargumente führen dabei nicht selten sogar zu einer Verschärfung der Hirntodkonzeption, etwa in Richtung „Großhirntod“: wenn man die These, der Funktionsausfall des Gehirns sei mit dem Tod des Lebewesens Mensch gleichzusetzen, nicht aufrechterhalten kann, dann wird an seine Stelle der Tod der „Person“ (verstanden als Initiator bewußter Handlungen) gesetzt, der mit dem Ausfall der Großhirnfunktionen erreicht sein soll. (Truog 1997) Den Stand der relevanten außerbioethischen Fachdiskussion zum Personenbegriff (die in der Kompetenz der Philosophie und nicht der Naturwissenschaft liegt) gestatten sich Befürworter des Hirntodkonzepts ungeachtet ihrer stets hervorgehobenen Wissenschaftlichkeit zu ignorieren.

Mit diesen Strategien sichert sich die Hirntodkultur gegen sachliche Kritik. Dadurch kontiniert sie aber einen Teil der Probleme, die das Hirntodkonzept lösen sollte: Anstatt Verlässlichkeit und Sicherheit bei Entscheidungen am Lebensende zu schaffen, generiert sie Unsicherheit, Unbehagen und Mißtrauen insbesondere bei betroffenen Angehörigen, aber auch bei kritischen Zeugen der Diskussion. Letztlich tendiert sie dazu, sich durch Zwang durchzusetzen, wo sie nicht zu überzeugen vermag – so der letzte Versuch in Japan, die „opt in“-Regelung durch eine „opt out“-Regelung zu ersetzen, um die ersehnte Massenbasis für die Transplantation zu schaffen. (Hamano 2003:16)

5. Zusammenfassung und Ausblick

Die Frage „Ist der Hirntod ein kulturübergreifendes Todeskriterium“ lässt sich im vergleichenden Ausgriff auf die einschlägige japanische Diskursgeschichte mit einem Ja und mehreren Nein beantworten:

Ja: Soweit man Kulturen wie der deutsche Volksmund nach Ethnien und Nationen aufteilt, ist der Hirntod ein kulturübergreifendes Todeskriterium in dem Sinne, dass er in Japan wie in Europa und Nordamerika oder anderen Weltgegenden von Fach- und Entscheidungseliten als solches aufgefaßt und administrativ-legislativ durchgesetzt wurde und von einer Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert wird.

Nein: 1. Folgt man nicht dem folkloristischen Kulturbegriff, sondern dem kulturphilosophischen Stand der Forschung, so ist demgegenüber der partikuläre, in der Tendenz seiner aktiven Vertreter zur Immunisierung sogar partikularistische Charakter des Hirntodkonzepts zu konstatieren.

2. Insbesondere ist das Hirntodkonzept nicht kulturübergreifend, wenn es als Kriterium präsentiert wird, weil die Biologisierung einer anthropologischen Problemstellung an der Sache vorbeigeht – und damit auch den in modernen Gesellschaften erreichten Standard methodischer Reflexion unterbietet.

3. Das Hirntodkonzept beinhaltet eine inhaltliche Veränderung des Todesbegriffs, die auf spezifischen anthropologischen Setzungen und Wertpräferenzen beruht. Um kulturübergreifend zu sein, bedürfte es einer umfassenderen Vermittlung mit alternativen Menschenbildern und Todesvorstellungen, als sie von seinen Vertretern bisher geleistet wurde und nach Meinung des Verfassers geleistet werden kann. Denn wie an anderer Stelle gezeigt wurde (Steineck 2003, 2004) vermag das Hirntodkonzept im Lichte der modernen philosophischen Anthropologie nicht zu überzeugen, ist also auf die beschriebenen Immunisierungsstrategien geradezu angewiesen.

Sachlich angemessener als das Hirntodkonzept wäre die Beschreibung, daß hirntote Patienten unter den Bedingungen gegenwärtigen medizinischen Könnens dauerhaft handlungsunfähige Personen in einem künstlich aufgehaltenen Zustand des Ablebens sind. Die zeitlich unbestimmte Verlängerung des Hirntodzustands durch Aufrechterhaltung der apparativen und medikamentösen Unterstützung der Lebensfunktionen ist unter dieser Voraussetzung ebensowenig absolut verpflichtend, wie ihr Abbruch ohne Ansehen der Umstände legitim ist. Die Entscheidung sollte möglichst die Interessen der betroffenen Person (ggf. zu entnehmen aus Vorabverfügungen, in jedem Falle zu wahren durch einen Vertreter) respektieren, hat aber auch die aktuelle medizinische, soziale und wirtschaftliche Lage berücksichtigen.

Hingegen bedarf eine Handlung, die nicht nur dem Sterbeprozess seinen Gang läßt, sondern diesen beschleunigt ans Ende bringt, wie die Explantation des Herzens oder der Lunge, besonderer Begründung, die nicht pauschal gegeben werden kann. Wegen der Schwere des Eingriffs scheint es ratsam, die gesicherte Zustimmung der betroffenen Person selbst zur Voraussetzung einer solchen Entscheidung zu machen und auch die Wünsche betroffener Angehöriger zu achten. Mit dem Sterben verläßt der Mensch die Sphäre gesellschaftlichen Gebens und Nehmens. Noch so verständliche Wünsche Dritter sollten an ihn und seine Angehörigen nicht als Ansprüche herangetragen werden.