

FACHARTIKEL

Bioethischer Diskurs zum Hirntod unter Einbeziehung buddhistischer Perspektiven*

Jacqueline Ting

1. Einleitung

Schlägt man in einem philosophischen Wörterbuch den Begriff *Person* nach, findet man unter anderem folgende Definition: „Das Wort ›P.‹ steht nicht für irgendein Bündel natürlicher Eigenschaften oder Fähigkeiten, sondern ist ein *nomen dignitatis*, durch dessen Gebrauch wir jemanden als zu uns und unseresgleichen gehörig würdigen“¹. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine allgemeingültige Definition. Der Diskurs um den Begriff *Person* führt dazu, dass neben einer normativen Anschauung über notwendige und hinreichende Kriterien diskutiert wird, die Rationalität und Individualität miteinbeziehen. Eine Person zeichnet sich demnach durch folgendes aus: „P.en sind ››Vernunftwesen‹‹, die denken und überlegen können, außerdem haben sie einen Begriff von sich selbst“². Zunächst erscheint der Ansatz plausibel; der Mensch ist das einzige Wesen, dem ein höheres Bewusstsein zugesprochen wird. Problematisch wird dies, sobald ein Mensch (scheinbar) der Fähigkeiten, durch die sein Denken und subjektives Verständnis für andere ersichtlich wird, beraubt ist. Dies ist jedoch der Regelfall, wenn ein Patient für hirntot erklärt wird.

Die Umstände, die zu der Diagnose *Hirntod* führen, sind zahlreich. Eines haben sie jedoch gemeinsam: Dem Patienten wird die Fähigkeit zu komplexen Hirnaktivitäten, demzufolge für das Denken und subjektive Verständnis, abgesprochen. Er gilt als tot und somit nicht mehr als Person. Hierbei stellt sich die Frage, welche Definition und Kriterien hinter einer derart folgenreichen Diagnose stehen und ob diese gerechtfertigt sind. Die Zielsetzung dieser Arbeit geht dabei über die Herausstellung der Definition und Kriterien zum Hirntod hinaus, indem zusätzlich ethisch-integre Handlungsvorgaben erarbeitet werden. Diesbezüglich wird die Prämisse zugrunde gelegt, dass der Ansatz buddhistischer Perspektiven mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung eine Bereicherung für den okzidentalen Diskurs darstellt, da eine grundsätzliche Unterscheidung des Korrelationsverständnisses zwischen Bewusstsein und Person besteht.

Der Aufbau dieser Arbeit gliedert sich hierfür wie folgt: Als Grundlage für den bioethischen Diskurs, wird im zweiten Kapitel zunächst erläutert, wie der Hirntod im Okzident definiert und festgestellt wird. Da die Organspende im Sinne einer Handlungsorientierung eng mit dem Thema *Hirntod* verknüpft ist, wird darüber hinaus die Vorgehensweise bei einer Organspende

* Dieser Beitrag basiert auf der Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Education (M.Ed.) im Fach Philosophie/Ethik an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

¹ Gessman 2009.

² Ebd.

erläutert. Anschließend wird ein erstes Zwischenfazit gezogen, in dem das okzidentale Korrelationsverständnis, das zur Definition *Hirntod* führt, dargestellt wird.

Im dritten Kapitel werden nachfolgend die für den bioethischen Diskurs relevanten buddhistischen Denker herangezogen. Dabei handelt es sich zwar um Philosophen *einer* buddhistischen Traditionsrichtung, jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Aufgrund dessen fiel die Wahl im Titel dieser Arbeit auf den Plural, demnach „unter Einbeziehung buddhistischer Perspektiven“ statt „unter Einbeziehung der buddhistischen Perspektive“.

Hierbei wird mit der Philosophie der Leerheit nach Nāgārjuna (Weber-Brosamer/Back 1997) begonnen, der den Grundstein für die nachfolgenden Modelle legte. Insbesondere die Darstellung der Konstituenten eines Lebewesens und das Verständnis eines Korrelationsverhältnisses von Bedingungen und Relationen werden für den nachfolgenden Diskurs relevant sein. Hieran anknüpfend wird die Struktur des Geistes nach Gyatso (1997) vorgestellt, der das Verhältnis zweier Konstituenten eines Lebewesens, das Bewusstsein und den Körper, erläutert. Daran anschließend wird das Mit-Leiden nach Śāntideva (Steinkellner 1997), als Grundlage für die Erstellung ethisch-integrer Handlungsvorgaben, dargelegt. Zum Abschluss erfolgt ein zweites Zwischenfazit, das zum einen die Gegenüberstellung der Ergebnisse aus dem ersten Zwischenfazit mit jenen der buddhistischen Perspektiven enthält und zum anderen die im bioethischen Diskurs verwendeten Begriffe festlegt.

Das vierte Kapitel ist dem bioethischen Diskurs gewidmet, wobei zunächst die Setzungen des Deutschen Ethikrates aus dem Jahre 2015, die bei der Festlegung einer Definition und Kriterien zum Tod zu beachten sind, aufgezeigt werden. Neben der Darstellung der konventionellen Perspektive im Okzident wird ebenfalls die okzidentale Gegenargumentation bezüglich der Anerkennung des Hirntodes als Todeskriterium, angeführt. Das Argument der Minderheit im Okzident, dass es einen medizinischen *Zwischenstatus* geben muss, wird mithilfe der buddhistischen Ansätze aufgegriffen. Diesbezüglich wird ein integrativer Lösungsansatz entwickelt.

In einem Fazit werden die Ergebnisse zusammengefasst und ein forschungsrelevanter Ausblick gegeben.

Zum Schluss sei noch auf formale Kriterien hingewiesen: In dieser Arbeit werden die im Original übernommenen Zitate nach der alten Rechtschreibung nicht mit [sic] bezeichnet. Des Weiteren wird das generische Maskulinum verwendet.

Der Terminuswechsel von *Hirntod* zu *völligem Hirnversagen* im Inhaltsverzeichnis ist wie folgt zu erklären: Die Verwendung des Begriffs *Hirntod* impliziert bereits die Festlegung auf das Phänomen *Tod*. Da jedoch der Begriff *Hirntod* konventionell geläufiger ist, wird mit diesem bis zum Kapitel 2.1, das jene Problematik aufgreift, gearbeitet.

Darüber hinaus wird in jedem Kapitel lediglich bei erstmaliger Nennung eines Autors die Jahreszahl der jeweiligen Publikation, auf die sich bezogen wird, angegeben. Weiterhin werden Verweise bei direkten Zitaten im Anschluss an die Anführungszeichen gesetzt, bei indirekten

Zitaten nach dem satzabschließenden Satzzeichen. Die Verwendung von [...] erfolgt zudem lediglich innerhalb des Zitates. Zuletzt sei darauf aufmerksam gemacht, dass Begriffe in Kursivschrift entweder von einem Autor geprägte Begriffe, Titel eines Werkes bzw. Aufsatzes sind, sowie auf einer Metaebene verwendet oder hervorgehoben werden.

Hirntod und Organspende

Mit dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin, im Speziellen durch den mechanischen Respirator, ergibt sich die Notwendigkeit, *Tod* neu zu definieren.³ Setzt die Fähigkeit zum spontanen Atmen aus, ist es durch den Respirator möglich, die Atmung des Patienten aufrecht zu erhalten. Dies kann von Vorteil sein, indem Patienten mithilfe eines künstlichen Komas die Möglichkeit zur Regeneration gegeben wird. Je nach Krankheitsbild kann es jedoch lediglich das Hinauszögern des Todes bedeuten.⁴ Dies wird als *coma dépassé* oder auch *jenseits des Komas* bezeichnet. Hierbei würde nicht das Leben eines Patienten durch die Maschine erhalten, sondern vielmehr ein Leichnam beatmet werden.⁵ Angestoßen durch den Aufsatz *A Definition of Irreversible Coma* der Harvard Medical School, setzte sich das Kriterium des "irreversible[n] Verlust[es] aller Funktionen des gesamten Gehirns, inklusive des Hirnstamms"⁶, als ein juristisch anerkanntes physiologisches Kriterium des Todes durch.⁷ Wenn der Begriff *Hirntod* verwendet wird, ist demnach der irreversible Verlust aller hirnbasierten Funktionen gemeint.⁸

Zum Ende des 20. Jahrhunderts gab es neben der Verbesserung der intensivmedizinischen Betreuung und der damit einhergehenden Definition eines neuen Todeskriteriums eine weitere Entwicklung in der Medizin, nämlich die Organspende. Obwohl Abstoßungsreaktionen zu Beginn problematisch waren, konnte durch die Forschung und hier durch „verbesserte Möglichkeiten der Immunsuppression“^{9,10} ein deutlicher Erfolg in der Transplantationsmedizin verzeichnet werden.¹¹ Im Transplantationsgesetz ist die Entnahme von Organen eines toten Spenders nur zulässig, „wenn der Tod des Organspenders nach Regeln festgestellt [wird], die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“¹². Hierzu zählt auch der Hirntod.¹³ Ist dieser festgestellt, erfolgt ein „Übergang von patientenorientierter Therapie zu

³ Vgl. Feinendegen/Höver 2013, S.12.

⁴ Vgl. Ebd., S.13.

⁵ Vgl. Ebd., S.13f.

⁶ Ebd., S.14.

⁷ Vgl. Ebd.

⁸ Vgl. Ebd., S.14f.

⁹ Die Immunsuppression „stellt die gezielte Unterdrückung des Immunsystems dar [...] Diese ist oft bei Organverpflanzungen (Transplantationen) notwendig, um immunologische Abwehrreaktionen des Organempfängers auf das Spenderorgan zu unterdrücken“ (Böbel [u.a.] 2006, S.303).

¹⁰ Deutscher Ethikrat 2015, S.15.

¹¹ Vgl. Ebd.

¹² Ebd., S.17f.

¹³ Vgl. Ebd., S.18.

spenderzentrierten Maßnahmen¹⁴. Dabei verschiebt sich die vorliegende Rechtslage vom Patienten- zum Totensorgerecht der Angehörigen.¹⁵

Insgesamt hatte dies eine Reihe ethischer Fragen zur Folge, wie z.B., „ob es immer im Interesse des Patienten sei, ihn mit Hilfe eines Respirators am Leben zu erhalten“¹⁶, aber auch die Sicherstellung, dass „die Formulierung eines hirnbasierten Kriteriums des Todes [nicht] [...] durch den Bedarf an transplantierbaren Organen motiviert gewesen [sei]“¹⁷.

Im folgenden Unterkapitel wird die Diskussion bezüglich der Definition *Hirntod* dargestellt.

Hirntod

In ihrem Werk *Der Hirntod – Ein ‚zweites Fenster‘ auf den Tod des Menschen?* machen Feinendegen/Höver (2013) darauf aufmerksam, dass der Ausdruck *Tod* in *Hirntod* eine offene Untersuchung bereits einschränkt.¹⁸ Obwohl der Tod lediglich ein Phänomen darstellt, entsteht durch den Ausdruck *Hirntod* der Eindruck, es gebe mehrere Arten von Tod. Was an dieser Stelle tatsächlich multipel stattfindet, sind medizinische Diagnosen, die vom eigentlichen Phänomen als „zwei alternierende physiologische Kriterien“¹⁹ zu unterscheiden sind.²⁰ Des Weiteren unterstellt der Begriff *Hirntod* dem Tod eine Reduktion auf einen Zustand, der im Gehirn verortet werden kann; „was aber tatsächlich zur Debatte steht, ist der lebendige oder tote Status der menschlichen Person, nicht des Gehirns der Person“²¹. Infolgedessen bevorzugen Feinendegen/Höver den Ausdruck *völliges Hirnversagen*²², der einen irreversiblen Zustand beschreibt.²³

Abseits der Terminologie sind weiterführend die physiologischen Kriterien zur Diagnose *völligen Hirnversagen* für die vorliegende Arbeit und den antizipierten Diskurs von Bedeutung.

Fällt das Gehirn als Steuerungsfunktion aus, kommt es zu verschiedenen Veränderungen im Körper²⁴:

- (1) Die Kreislaufregulation wird gestört; ein erniedrigtes Herzzeitvolumen, niedriger Blutdruck und eine Verminderung des zirkulierenden Bluts ist die Folge.
- (2) Die Eigenatmung setzt aus, sodass eine kontrollierte Beatmung vonnöten wird.
- (3) Die Hormonproduktion wird eingestellt und provoziert hierdurch eine Mangelsituation.
- (4) Der Elektrolythaushalt ist gestört.

¹⁴ Ebd., S.25.

¹⁵ Vgl. Ebd., S.27.

¹⁶ Feinendegen/Höver 2013, S.13.

¹⁷ Ebd., S.16.

¹⁸ Vgl. Ebd., S.18.

¹⁹ Ebd., S.14.

²⁰ Vgl. Ebd., S.19.

²¹ Feinendegen/Höver 2013, S.18.

²² Im Folgenden werde ich mich der Wahl der Terminologie *völliges Hirnversagen* anschließen.

²³ Vgl. Ebd., S.18f.

²⁴ Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.22ff.

- (5) Es entsteht eine Hyperglykämie²⁵.
- (6) Die Gerinnung²⁶ ist gestört.
- (7) Die Temperaturregulation ist nicht mehr eigenständig möglich, sodass einer Hypothermie²⁷ entgegengewirkt werden muss.

Es zeigt sich, dass medizinische Interventionen vonnöten sind, um den Zustand des Patienten stabil zu halten. An dieser Stelle wird somit das ursprüngliche Kriterium eines irreversiblen Herz-Kreislauf-Stillstands vom irreversiblen Verlust aller hirnbasierten Funktionen abgelöst.²⁸

Inwieweit die Diagnose *völliges Hirnversagen* feststellbar ist, soll im folgenden Unterkapitel beschrieben werden.

Diagnose völliges Hirnversagen

Um die Diagnose *völliges Hirnversagen* in Betracht zu ziehen, muss sich auf basaler Ebene ein Patient in einem völlig reaktionslosen Koma befinden. Das heißt, die Augen sind geschlossen, und es sind keine Reaktionen auf verbale oder schmerzauslösende Stimuli zu verzeichnen.²⁹ Der Zustand des Patienten darf dabei nicht auf „Unterkühlung, Vergiftung, Einnahme von Drogen oder irgendeine Ursache [...], die Stoffwechseleränderungen mit sich bringt“³⁰, zurückzuführen sein, die lediglich den Anschein eines völligen Hirnversagens verursachen.³¹ Darüber hinaus muss ein Wachkoma³² oder Locked-in-Syndrom³³ ausgeschlossen werden, wobei die Unterscheidung in Abgrenzung zum völligen Hirnversagen problematisch sein kann.³⁴ Hierzu werden klinische Tests durch einen Neurologen durchgeführt, mit dem Ziel, Anzeichen von Hirnstammfunktionen auszuschließen.³⁵ Die Fokussierung auf den Hirnstamm ist wie folgt zu begründen³⁶:

- (1) Er regelt basale Funktionen des gesamten Organismus; so auch die Atmung.
- (2) Dem Hirnstamm wird die Fähigkeit zum Bewusstsein zugeordnet.

²⁵ Die Hyperglykämie bezeichnet den Anstieg des Blutzuckerspiegels, wobei der Wasser-Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt instabil wird (Vgl. Böbel [u.a.] 2006, S.298ff.).

²⁶ Hiermit ist die Aufgabe der Blutbestandteile, wie der Blutplättchen und Eiweiße, die im Plasma enthalten sind, gemeint, mögliche Defekte der Gefäßwände zu beheben. Die Gerinnung kann durch Verengungen oder gar Verschlüssen zu einer Minderdurchblutung, mit der Folge einer unzureichenden Sauerstoffversorgung, führen (Vgl. Ebd., S.239ff.).

²⁷ Die Hypothermie stellt eine Unterkühlung dar, die zum einen Auslöser für eine Bewusstseinsstörung, aber auch der Verlangsamung des Stoffwechsels sein kann, sodass der Körper einen Sauerstoffmangel länger tolerieren kann (Vgl. Ebd., S.481).

²⁸ Vgl. Feinendegen/Höver 2013, S.12.

²⁹ Vgl. Feinendegen/Höver 2013, S.12.

³⁰ Ebd.

³¹ Vgl. Ebd.

³² Auch *persistierender vegetativer Status*, kurz *PVS*, genannt (Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.27).

³³ Bezeichnet das sog. Syndrom des Eingeschlossenseins, wobei ein Querschnittssyndrom besteht, das den unteren Bereich des Körpers sowie die Hirnnerven umfasst (Zumkley/Zidek 1986, S.9).

³⁴ Vgl. Feinendegen/Höver 2013, S.12.

³⁵ Vgl. Ebd., S.25f.

³⁶ Vgl. Ebd., S.26.

- (3) Er ist der widerstandsfähigste Teil des Gehirns und lässt somit Rückschlüsse auf das gesamte Gehirn zu.

Für die Diagnose wird unter anderem ein Apnoe-Test³⁷ durchgeführt, bei welchem der Respi- rator für kurze Zeit abgeschaltet wird. Dabei sollen die Sensoren des Hirnstamms zur Eigenat- mung provoziert werden.³⁸ Zudem werden weitere Reflexe des Hirnstamms getestet, wie z.B. der Kornealreflex, der durch die Berührung des Auges ausgelöst wird, sodass man dieses zu- kneift.³⁹ Darüber hinaus dokumentieren bildgebende Verfahren, wie z.B. die funktionelle Mag- netresonanztomografie (fMRT), eine „Messung von Aktivitäten in der Hirnrinde bei kogniti- ven Aufgaben“^{40, 41}.

Um eine Irreversibilität der fehlenden Hirnstammfunktionen zu diagnostizieren, muss eine weitere Untersuchung durch einen zweiten Arzt sowie mit zeitlichem Abstand durchgeführt werden.⁴² Dabei erfolgt die Festlegung des Abstandes von „12/24/72 Stunden je nach Art der Hirnschädigung und Alter des Patienten“⁴³. In diesem Fall wird die Untersuchung durch appa- rative Zusatzverfahren, wie z.B. einem Nulllinien-EEG, ergänzt.⁴⁴ Die Wahl der zusätzlichen Tests bleibt diesbezüglich dem Facharzt überlassen.⁴⁵

Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang bereits zu erwähnen, dass die Ärzte, die völliges Hirnversagen diagnostizieren, nicht an der Vorbereitung zur, oder Durchführung von einer Organspende beteiligt sein dürfen.⁴⁶

Im nächsten Abschnitt wird weiterführend die Vorgehensweise bei einer Organspende darge- stellt.

Organspende

Bei der Organspende wird zunächst zwischen toten und lebenden Spendern unterschieden. Erst wenn keine Organe von toten Spendern zur Verfügung stehen, wird auf lebende Spender zu- rückgegriffen.⁴⁷ Die Organspende erfolgt in Kooperation mit Transplantationszentren und Ent- nahmekrankenhäusern, koordiniert von der Deutschen Stiftung Organtransplantation und ge- mäß den Richtlinien der Bundesärztekammer.⁴⁸ Seit 2012 muss zusätzlich in jedem Entnahme- krankenhaushaus ein Transplantationsbeauftragter vor Ort sein. Dieser agiert unabhängig von der

³⁷ Apnoe bezeichnet die Unfähigkeit, zu atmen. Es handelt sich demnach um einen Atemstillstand-Test (Ebd.).

³⁸ Vgl. Ebd.

³⁹ Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.20.

⁴⁰ Ebd.

⁴¹ Vgl. Ebd.

⁴² Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.21.

⁴³ Ebd.

⁴⁴ Vgl. Ebd.

⁴⁵ Vgl. Ebd., S.21f.

⁴⁶ Vgl. Ebd., S.35.

⁴⁷ Vgl. Ebd., S.30.

⁴⁸ Vgl. Ebd., S.31.

ärztlichen Leitung und stellt die Ausführung der Transplantation gemäß der Regularien sicher.⁴⁹

Um Maßnahmen für eine Organspende einzuleiten wird folgendes vorausgesetzt⁵⁰:

- (1) Die Diagnose *völliges Hirnversagen* und
- (2) das Vorliegen einer schriftlichen Zustimmung des Patienten oder eine *erweiterte Zustimmungslösung* durch nächste Angehörige, alternativ eine namentlich benannte Vertrauensperson.

Nachdem die Diagnose *völliges Hirnversagen* erfolgt ist, ändern sich die medizinischen Maßnahmen insofern, als dass sie fortwährend auf den Schutz der zur Spende ausgewählten Organe zugeschnitten werden.⁵¹ Die Maßnahmen sind reduziert auf⁵²:

- (1) Die künstliche Beatmung,
- (2) die Verabreichung von Medikamenten, welche die Durchblutung sicherstellen,
- (3) die Hormonbehandlung,
- (4) Laboruntersuchungen und
- (5) Maßnahmen der Intensivpflege.

Die Gesetzgebung bleibt bezüglich der Frage, ob beim potenziellen Organspender bereits vor der Diagnose *völliges Hirnversagen* spenderzentrierte Maßnahmen durchgeführt werden dürfen, unbestimmt.⁵³ Dies verweist auf ein grundlegendes Problem der Handlungsorientierung im Okzident. Es bleibt offen „ob diese sogenannten organprotektiven Maßnahmen *vor* Beginn der Hirntoddiagnostik, *während* ihrer Durchführung oder *nach* ihrem Abschluss erfolgen [Hervorhebung im Original]“⁵⁴. Des Weiteren wird es als „ein besonderes Problem“⁵⁵ bezeichnet, dass durch die intensivmedizinische Betreuung der Übergang in ein Wachkoma erfolgen kann, „in dem der Patient erneut selbständig atmen und schlucken kann, ohne sein Bewusstsein zurückzuerlangen“⁵⁶. An dieser Stelle ist die begriffliche Rückkehr vom Spender zum Patienten, demnach einer Person mit Patientenrechten, von Bedeutung. Das „besondere Problem“ muss demzufolge in der Unterlassung der weiterführenden Maßnahmen für eine Organspende bestehen.

In der Stellungnahme *Hirntod und Entscheidung zur Organspende* durch den Deutschen Ethikrat (2015) wird auf das vorliegende Problem wie folgt eingegangen: Spenderzentrierte Maßnah-

⁴⁹ Vgl. Ebd., S.32.

⁵⁰ Vgl. Ebd., S.38f.

⁵¹ Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.27.

⁵² Vgl. Ebd., S.26f.

⁵³ Vgl. Ebd., S.26.

⁵⁴ Ebd.

⁵⁵ Ebd., S.27.

⁵⁶ Ebd.

men stellen *nach* der Diagnose *völliges Hirnversagen* bei gleichzeitigem Vorliegen einer Zustimmung zur Organspende kein Problem dar.⁵⁷ Um *während* oder gar *vor* der Erhebung der Diagnose *völliges Hirnversagen* mit organprotektiven Maßnahmen beginnen zu dürfen, muss entweder eine explizite Zustimmung des Patienten vorliegen oder die Zustimmung wird aufgrund eines Spenderausweises „auf eine[m] mutmaßlichen Willen des Betroffenen“⁵⁸ basierend angenommen.⁵⁹ Eine Festlegung des zeitlichen Entscheidungsrahmens bleibt offen. Um den Erfolg einer Transplantation zu erhöhen, sollten möglichst früh mit den entsprechenden Maßnahmen begonnen werden. Wenn jedoch lediglich eine Vermutung der Ärzte über den baldigen Eintritt völligen Hirnversagens vorliegt, wird die Zuspreehung eines mutmaßlichen Willens trotz Organspendeausweis problematisch.⁶⁰

Ein weiteres Problem besteht im gleichzeitigen Vorliegen einer Bejahung der Organspende, aber Verneinung von lebensverlängernden Maßnahmen. Hierdurch werden intensivmedizinische Maßnahmen für die Vorbereitung der Organspende, falls nicht explizit durch den Patienten anderweitig festgelegt, erschwert.⁶¹ Diesbezüglich ist es möglich, eine „organspendefreundliche Auslegung“⁶² durchzuführen.⁶³ Somit ist der durch die intensivmedizinische Betreuung mögliche Übergang von spenderzentrierten Maßnahmen hin zu patientenorientierten nicht nur ein „besonderes Problem“ für die Ärzte, sondern vielmehr für den Patienten, dessen Leben gegen seinen Willen erhalten wird.

Neben den geänderten medizinischen Maßnahmen wird die Spendertauglichkeit durch verschiedene Untersuchungen überprüft. Dabei sollen mögliche Krankheitserreger, wie z.B. HIV oder Hepatitis, ausgeschlossen sowie die Blutgruppe und Gewebetypisierung auf die Übereinstimmung mit dem Empfänger geprüft werden.⁶⁴ Für die Durchführung der eigentlichen Organspende wird der Organspender im Operationssaal präpariert, die Entnahme durchgeführt und zuletzt eine Verschließung aller Wundhöhlen vorgenommen, sodass der Leichnam den Angehörigen in einem würdigen Zustand übergeben werden kann.⁶⁵

Während der Operation werden, basierend auf der Prämisse, dass der Patient tot ist, keine Maßnahmen zur Schmerzverhütung durchgeführt. Es werden lediglich muskelentspannende Medikamente, zur Verhinderung von spinalen Reflexen⁶⁶, verabreicht.⁶⁷ Obwohl offiziell keine medizinische Indikation vorliegt, kann ein Organspender die Schmerztherapie als Bedingung für

⁵⁷ Vgl. Ebd., S.41.

⁵⁸ Deutscher Ethikrat 2015, S.42.

⁵⁹ Vgl. Ebd.

⁶⁰ Vgl. Ebd., S.43.

⁶¹ Vgl. Ebd.

⁶² Ebd., S.45.

⁶³ Vgl. Ebd.

⁶⁴ Vgl. Ebd., S.27f.

⁶⁵ Vgl. Ebd., S.28f.

⁶⁶ Periphere Rezeptoren können nachwirkend innerhalb des Rückenmarks aktiv sein, wodurch motorische Reflexe, die wie bewusste Bewegungen wirken, als auch einen Anstieg des Blutdrucks und der Herzfrequenz entstehen können (Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.28f.).

⁶⁷ Vgl. Ebd.

eine Entnahme fordern.⁶⁸ Dabei ist die Implikation einer solchen Bedingung beachtenswert: Die Unsicherheit über die Diagnose *völliges Hirnversagen* und der Korrelation zum Phänomen *Tod*. Als notwendige Bedingung ist vorgeschrieben, „dass der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“⁶⁹. Allerdings wird keine Aussage darüber getroffen, „ob die Hirntoddiagnose auch eine *hinreichende Bedingung* [Hervorhebung im Original]“⁷⁰ darstellt.

Im Anschluss an die Übersicht zur Definition und Ablauf der Diagnose *völliges Hirnversagen* sowie der korrespondierenden Thematik der Organspende wird im nächsten Unterkapitel ein erstes Zwischenfazit gezogen.

Zwischenfazit I

Durch die Darstellung der Definition und Diagnose *völliges Hirnversagen* sowie der Organspende wurden über das okzidentale Korrelationsverständnis von Bewusstsein und Person hinaus die mangelhaften Handlungsvorgaben deutlich.

Basierend auf der Entwicklung von Kriterien für völliges Hirnversagen, muss folgendes Korrelationschema angenommen werden:



Abb.1: Korrelationsverhältnis Okzident

Ist das Organ beschädigt, ist äquivalent hierzu ebenfalls das Bewusstsein betroffen. Da dem Hirnstamm, wie zuvor dargestellt, die Fähigkeit zum Bewusstsein zugeordnet wird, handelt es sich im Speziellen um das Organ *Gehirn*. Die Diagnose *völliges Hirnversagen* beruft sich demzufolge auf jenes Korrelationsverhältnis, in dem die Schädigung des Gehirns sowie die negativen Befunde der neurologischen Tests als Apologie für einen terminologischen Übergang von einer Person zu einem Spender genutzt wird.

Der terminologische Übergang, welcher die Aufhebung des Personenrechts zur Folge hat, ebnet somit die Möglichkeit zu spenderzentrierten Maßnahmen, wobei Mängel in den Handlungsvorgaben deutlich geworden sind. Obwohl die Organspende bereits einige Jahre zu den Tätigkeiten in der Medizin gehört, bleiben grundlegende Fragen in der Durchführung offen. So es

⁶⁸ Vgl. Ebd., S.29.

⁶⁹ Ebd., S.34.

⁷⁰ Ebd., S.36.

ist z.B. nicht festgelegt, ab wann mit den organprotektiven Maßnahmen begonnen werden darf. Eine Auslegung im Sinne des Patienten, der nicht mehr im Stande ist, Entscheidungen zu treffen, ist äußerst kritisch zu betrachten. Zwar ist die notwendige Bedingung gestellt, dass man sich an die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu halten habe, jedoch bleibt die Frage offen, ob die Diagnose *völliges Hirnversagen* eine hinreichende Bedingung sein kann.

Nachfolgend an das okzidentale Korrelationsverständnis von Bewusstsein und Person wird die buddhistische Auffassung von Bewusstsein dargelegt.

Buddhismus und Bewusstsein

Als Grundlage für den bioethischen Diskurs wird innerhalb dieses Kapitels die buddhistische Position der Mahayana-Schule⁷¹ mit Schwerpunkt auf der Korrelation von Geist und Körper dargestellt. Hierfür wird zunächst die Philosophie der Leerheit nach Nāgārjuna (Weber-Brosamer/Back 1997), auf die spätere Autoren aufbauen, erläutert. Daran anknüpfend wird die Struktur des Geistes nach Gyatso (1997) dargelegt, wobei dessen Definition von Person und Bewusstsein sowie deren Verhältnis zueinander im Fokus stehen. Abschließend erfolgt die Darstellung des Mit-Leid-Begriffs (*karuṅkā*) nach Śāntideva (Steinkellner 1997). Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der interpersonellen Dynamik.

Die Philosophie der Leerheit (Nāgārjuna)

Mit den *Mūlamadhyamaka-Kārikās* entwirft Nāgārjuna (Weber-Brosamer/Back 1997) eine sog. *Philosophie der Leerheit*. Lebewesen, die als Phänomene der (konventionellen⁷²) Welt mit Bewusstsein bezeichnet werden, sind non-permanent (*anitya*), defizitär⁷³ (*duṅkha*) und non-inhärent (*anātman*).⁷⁴ Sich über die eigentliche Leerheit (*śūnyatā*) in Unwissenheit (*avidyā*) befindend, hält das konventionelle Lebewesen am eigenen Selbst sowie dem Selbst der Phänomene in der Welt fest. Aufgrund dessen erfolgt die Zuschreibung einer Selbstinhärenz, als auch die Unterscheidung einer Ich/Du-Inhärenz durch Name-Gestalt (*nāma-rūpa*).⁷⁵

Sobald ein Phänomen in das Wahrnehmungsfeld eines konventionell geschaffenen Selbst tritt, wird es mithilfe der fünf Sinnesorgane, z.B. dem Auge, erfasst. Durch das Sinnesvermögen (hier: visuell) kann schließlich die Verarbeitung des Phänomens durch den Sinnesvollzug (hier: das Sehen) erfolgen.⁷⁶ Das Wahrgenommene wird anschließend den Empfindungen (*vedanā*), im

⁷¹ Es sei darauf verwiesen, dass es viele unterschiedliche Ausrichtungen im Buddhismus gibt, wobei grundlegend zwischen der Māhāyāna- und der Nikāya-Schule unterschieden werden kann.

⁷² Konventionell meint an dieser Stelle die Sichtweise von Wirklichkeit, auf die sich eine Gemeinschaft geeinigt hat. Nicht-Konventionell bezeichnet demnach eine Position, die außerhalb jener Sichtweise der Konventionsgemeinschaft liegt (Vgl. Gerhard 2009, S.59).

⁷³ Anthropologisch: Leid.

⁷⁴ Vgl. Ebd., S.64.

⁷⁵ Vgl. Gerhard 2014, Folie: Entstehen in gegenseitiger Abhängigkeit.

⁷⁶ Vgl. Gerhard 2015, Folie: Sinnesorgane/Sinneswahrnehmung.

Speziellen Leidenschaft, Hass und Verblendung⁷⁷, zugeordnet.⁷⁸ Jener Vorgang wird weiterführend als Ergreifen (*upādāna*) eines Phänomens bezeichnet. Dies hat eine Inhärenz auf verschiedenen Ebenen zur Folge: des ergreifenden Subjekts, des zu ergreifenden Phänomens und der zugeordneten Empfindung.⁷⁹

Die Tragweite jener Dynamik ist an dieser Stelle essentiell: Die Handlung beginnt nicht in der körperlich (*kāyika*) oder sprachlich (*vācika*) für den Anderen erkenntlichen, sondern geistig (*mānasa*).⁸⁰ Die geistige Handlung wird als *gedanklicher Anstoß*, die anderen als *das, was dem Anstoß folgt*, bezeichnet.⁸¹ Die nachstehende Grafik stellt die Dynamik des sich in Unwissenheit befindenden Selbst dar:

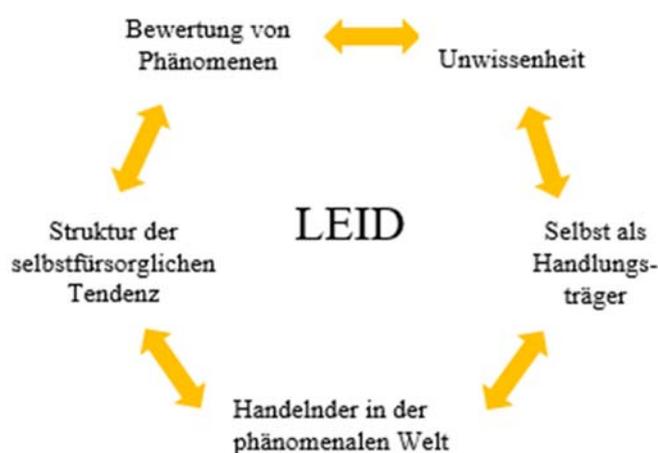


Abb.2: Konventionelle Dynamik

Von der Unwissenheit ausgehend definiert sich das Selbst als Träger für sein Handeln; demnach als ein Handelnder in der phänomenalen Welt. Basierend auf der Unterscheidung einer Ich/Du-Inhärenz entsteht hierbei die Struktur der *selbstfürsorglichen Tendenz*, vor dessen Hintergrund Phänomene bewertet werden.⁸² Insgesamt führt die dargestellte Dynamik jedoch, unabhängig davon, an welcher Stelle angesetzt wird, zu Leid. Das heißt, das unwissende Selbst schreibt den (lebendigen) Phänomenen Permanenz statt Non-Permanenz, die Möglichkeit der Aufhebung von Leid durch Freude, einer defizitären Struktur Inhärenz statt Non-Inhärenz zu.

⁷⁷ Gyamtso bezeichnet diese alternativ als Begehren, Abneigung und Dummheit (2007, S.187), Gerhard als Attraktion, Aversion und Unwissenheit (2009, S.65), wobei er innerhalb seiner Seminare an der Johannes Gutenberg-Universität Unwissenheit durch Indifferenz ersetzt. Die Begründung liegt im qualitativen Unterschied: Ein Phänomen kann weder als attraktiv noch als aversiv bewertet werden, sondern schlichtweg außerhalb unseres Wahrnehmungsfeldes liegen.

⁷⁸ Vgl. Weber-Brosamer/Back 1997, S.85, V.23.7.

⁷⁹ Vgl. Ebd., S.16, V.3.7.

⁸⁰ Vgl. Ebd., S.60, V.17.3.

⁸¹ Vgl. Ebd.

⁸² Vgl. Gerhard 2014, Folie: Entstehen in gegenseitiger Abhängigkeit.

Empfindende Wesen werden nach Nāgārjuna in den Kategorien von Konstituenten (*skandas*) beschrieben⁸³:

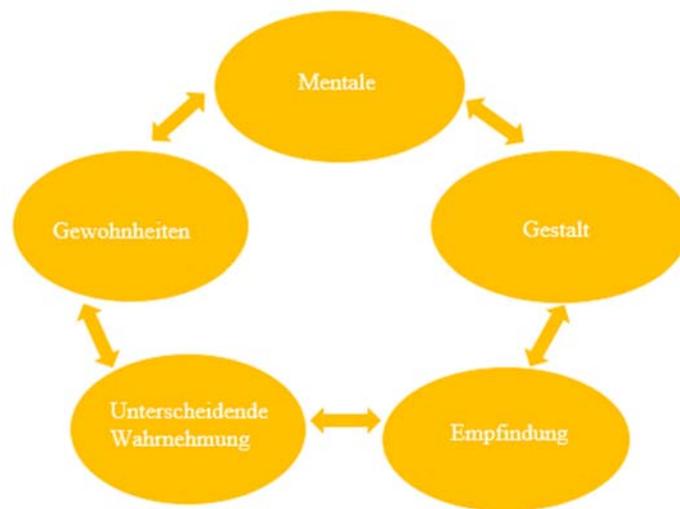


Abb.3: Konstituenten eines empfindenden Lebewesens

Die fünf Konstituenten fassen die dargestellte Dynamik nochmals zusammen: Mithilfe der unterscheidenden Wahrnehmung wird zwischen der Ich/Du-Inhärenz differenziert (*nāma-rūpa*). Das heißt, die eigene Gestalt wird von jener des Anderen unterschieden. Tritt ein Phänomen in unser Wahrnehmungsfeld, wird es durch die unterscheidende Wahrnehmung zudem der entsprechenden Empfindung (*vedanā*) zugeordnet. Das Mentale stellt in diesem Zusammenhang das Primat für anschließende verbale oder physische Handlungen dar. Dabei entwickelt das Selbst Gewohnheiten, z.B. bezüglich der mentalen Verarbeitung von wiederkehrenden Phänomenen.⁸⁴

Am Beispiel des Sinnesvollzugs *Sehen* zeigt Nāgārjuna auf, warum die Zuschreibung von Inhärenz innerhalb seines Modells problematisch ist: Weder der Seher noch das Sehen oder das Sichtbare können nicht-konventionell erfasst werden, da äquivalent hierzu weder die statische noch die linear-dynamische Betrachtung der einzelnen Phänomene möglich ist.⁸⁵ Hierdurch ist nicht nur die ontologische Position des Seins ausgeschlossen, sondern zugleich auch das Nicht-Sein, das Sein-und-nicht-Sein sowie das Weder-Sein-noch-nicht-Sein.⁸⁶ Es handelt sich um eine Position des *Leer-von-...* und somit auch um die Möglichkeit des Leer von Leid.⁸⁷

Entgegen der konventionellen Perspektive eines linearen-dynamischen Prozesses entwirft Nāgārjuna ein Modell des abhängigen Entstehens. Hierzu bietet sich der Vergleich mit einer Kugel an, auf der sich verschiedene Punkte befinden, wobei ein Punkt verschiedene weitere

⁸³ Vgl. Ebd.

⁸⁴ Vgl. Gerhard 2014, Folie: Entstehen in gegenseitiger Abhängigkeit.

⁸⁵ Vgl. Weber-Brosamer/Back 1997, S.16, V.3.6.

⁸⁶ Vgl. Ebd., S.2, V.1.1.

⁸⁷ Vgl. Ebd., S.95, V.24.40.

Punkte bedingen kann, sodass ein Korrelationsgefüge entsteht. Man stelle sich hierfür ein Selbst vor, das zweidimensional ist und eine dreidimensionale Kugel erblickt, wie Abbott (2008) es in seinem Werk *Flatland* inszeniert hat: Erst durch die Erkenntnis, dass die eigene Konvention Begrenzungen enthält, an dieser Stelle durch die Wahrnehmung von Dreidimensionalität, kann ein Perspektivenwechsel geschaffen werden.

Um sein Modell zu überprüfen, nutzt Nāgārjuna das konventionelle Korrelationsgefüge, das sich in Bedingungen⁸⁸ und Relationen⁸⁹ unterteilt.

Die Relationen, die insbesondere für das Korrelationsverständnis in dieser Arbeit von Bedeutung sind, gliedern sich wie folgt⁹⁰:

- (1) Identität: $A = B$
- (2) Nicht-Identität: $A \neq B$
- (3) Übereinstimmung: A besitzt B
- (4) Grundlage: $B \in A$
- (5) Prädikation: $A \in B$

Die erste Relation setzt zwei Phänomene gleich, die zweite dagegen als unterschieden voneinander. Die Dritte beschreibt die Dynamik: wie Phänomen A, so Phänomen B. Relation vier und fünf unterscheiden sich im Ausgangspunkt: Bei der vierten stellt B die Grundlage für A dar, bei der fünften ist A das Prädikat von B.⁹¹ In einem zweiten Zwischenfazit wird jenes Modell bezüglich der Korrelation von Bewusstsein und Gestalt (hier: ein Organ) angewandt. Zum Abschluss von Kapitel 3.1 soll folgend das didaktische Konzept zur Vermittlung von Nāgārjunas Modell dargelegt werden.

Die didaktische Vermittlung der Position *leer-von-...* ist in drei Ebenen angeordnet⁹²:

- (1) Der philosophische Diskurs: eine intellektuelle Annäherung an die Position und somit die Ebene der Erkenntnis,
- (2) der meditative Diskurs: die lebenspraktische Einübung der Erkenntnisse,
- (3) der Übergang von der Erkenntnis zur Erfahrung und die hierdurch veränderte Perspektive auf die phänomenale Welt.

Um den qualitativen Sprung von der Erkenntnis bis hin zur Erfahrung zu meistern, ist der philosophische Diskurs allein nicht ausreichend. Für eine lebenspraktische Umsetzung müssen mithilfe von Mentaltechniken die intellektuellen Erkenntnisse praktisch eingeübt werden.⁹³ Der

⁸⁸ Die Bedingungen sind unterteilt in Ursache, Stütze, Anstoß und Abhängigkeit (Vgl. De La Vallée Poussin 1991, S.296ff, V.61).

⁸⁹ Vgl. Steinkellner/Krasser 1989, S.22ff., V.19.

⁹⁰ Ebd.

⁹¹ Vgl. Ebd.

⁹² Vgl. Gerhard 2009, S.62.

⁹³ Vgl. Ebd.

Unterschied zwischen der Ebene der Erkenntnis und jener der Erfahrung soll anhand folgender Grafik erläutert werden:

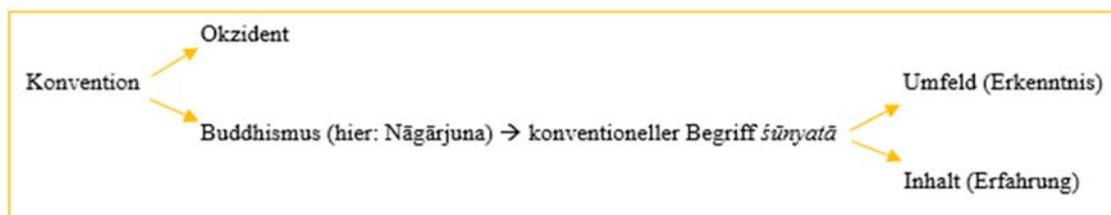


Abb.4: Erkenntnis/Erfahrung

Im Okzident sowie in der buddhistischen Tradition gibt es Konventionen. Jedes Modell, so auch das Modell von Nāgārjuna, ist zunächst ein konventionell zugängliches Modell. Ein Begriff wird, wie in der Grafik dargestellt, in Begriffsumfeld und Begriffsinhalt unterteilt. Der Begriff *Leerheit* (*śūnyatā*) kann auf der Ebene der Erkenntnis konventionell in seinem Begriffsumfeld bestimmt werden. Der Begriffsinhalt ist jedoch erst auf der Ebene der Erfahrung und somit außerhalb der Konvention zugänglich.

Der Unterschied zwischen einem okzidentalen und Nāgārjunas Modell liegt demnach in einer Verschiebung von einem Begriff, der Umfeld und Inhalt umfasst, zu einem, der zwar ein Umfeld, jedoch keinen Inhalt aufweist. Eine Verständigung über das Begriffsumfeld ist auf der Ebene der Erkenntnis konventionell möglich. Die verbale Bezeichnung des Begriffsinhalts dient hierbei lediglich zum Zweck der Verständigung, z.B. indem man *nirvāṇa* als Paradies beschreibt.

Durch die verbale Bezeichnung von Begriffsinhalten besteht die Gefahr, aus der Philosophie der Leerheit eine Konvention, im Sinne einer Ansicht, zu konstruieren: „Diejenigen aber, für welche die Leerheit eine Ansicht ist, die wurden für unheilbar erklärt“⁹⁴. Hierdurch wird die ontologische Position nicht abgelegt, sondern lediglich auf eine neue Konvention übertragen. Das Ziel von Nāgārjunas Modell besteht jedoch in der Interdependenz (*pratītyasamutpāda*) und der daraus entstehenden Leerheit (*śūnyatā*).

Im folgenden Unterkapitel wird die Struktur des Mentalen, insbesondere das Korrelationsverhältnis zur Gestalt, dargestellt.

3.2 Die Struktur des Geistes (Gyatso)

Um die Struktur des Geistes aufzuschlüsseln, wird bei dessen non-inhärenten Träger, der Person⁹⁵, begonnen. Personen werden nach Gyatso (1997) als *Objektbesitzer*⁹⁶ definiert, da sie „mit

⁹⁴ Weber-Brosamer/Back 1997, S.48, V.13.8.

⁹⁵ Synonym: Wesen, Selbst und Ich (Vgl. Gyatso 1997, S.15).

⁹⁶ Alternativ: Phänomenbesitzer.

ihrem Geist Objekte erkennen“^{97,98} Eine Person wird innerhalb Gyatsos Modell in einem Abhängigkeitsverhältnis zu folgenden fünf Anhäufungen (ferner: Konstituenten) beschrieben⁹⁹:

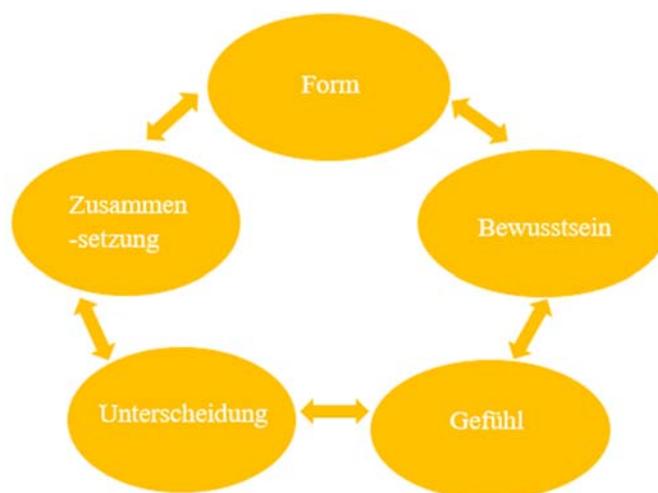


Abb.5: Die fünf Anhäufungen

Das Bewusstsein wird weiterhin als *Primärgeist* bezeichnet. Der Primärgeist erfasst Objekte in der Welt mithilfe der *sekundären Geistesarten*¹⁰⁰, die einzelne Aspekte eines Objektes verarbeiten.¹⁰¹ Geist¹⁰² ist ferner definiert als Klarheit (seine Natur) und Erkennen (seine Funktion).¹⁰³

Im Gegensatz zu Personen fehlt dem Geist die Form, wobei Personen strenggenommen *nicht-assoziierte zusammengesetzte Phänomene* sind. Das heißt, sie besitzen nicht dauerhaft die Anhäufung von Form im Sinne eines physischen Körpers, ohne dabei die Wertung als Person zu verlieren.¹⁰⁴ Somit ist zwar der Geist an sich frei von Form, er geht gleichwohl Verbindungen mit Form, an dieser Stelle dem Körper, ein. Dabei befindet sich Geist „an verschiedenen Stellen überall im Körper“^{105,106}.

Weiterhin unterteilt Gyatso den Geist in zwei Arten: Das *Sinnesgewahrsein* und das *geistige Gewahrsein*. Das *Sinnesgewahrsein* ordnet jedem Sinnesorgan eine entsprechende Sinneskraft zu, z.B. dem Augengewahrsein die Augensinneskraft.¹⁰⁷ Wenn eine Person stirbt, verlässt der Geist

⁹⁷ Ebd., S.10.

⁹⁸ Vgl. Ebd.

⁹⁹ Vgl. Ebd., S.14f.

¹⁰⁰ Bestehend aus Gefühl, Unterscheidung und Zusammensetzung (Vgl. Ebd., S.14f.).

¹⁰¹ Vgl. Ebd.

¹⁰² Synonym: Gedanke, Gewahrsein und Erkennen (Vgl. Ebd., S.18).

¹⁰³ Vgl. Ebd.

¹⁰⁴ Vgl. Ebd., S.19.

¹⁰⁵ Gyatso 1997, S.19.

¹⁰⁶ Vgl. Ebd.

¹⁰⁷ Vgl. Ebd.

den Körper auf verschiedenen Wegen. Der Verlust des *Sinnesgewahrseins* muss nicht zwingend vom oberen Bereich des Körpers, das heißt vom *Scheitel* beginnend, ausgehen.¹⁰⁸

Das *geistige Gewahrsein*¹⁰⁹ wird durch die Ebenen grob, subtil und sehr subtil gegliedert. Alle Geistesarten im Wachzustand sind grob. Subtile und sehr subtile Geistesarten entstehen dagegen während des Schlafes, des Todes und „für Praktizierende der Vollendungsstufe während des meditativen Gleichgewichts“^{110, 111}. So schreibt Gyatso:

„Wenn wir in einen tiefen Schlaf fallen, hört die gesamte geistige Aktivität auf, der wir normalerweise gewahr sind, und es scheint, als ob wir keinen Geist mehr hätten wie ein unbelebtes Objekt. Aber was sich eigentlich ereignet hat, ist, daß unser Geist sehr subtil geworden ist.“¹¹²

Gyatso setzt das Primat, dass sich der Geist im Körper verteilt, wobei durch Mentaltechniken ein sehr subtiler Zustand erreicht werden kann.¹¹³ Aufgrund dessen kommt er zu folgendem Schluss:

„Wenn wir darüber nachdenken, daß es dem Geist vollkommen an Form fehlt und daß er ein vom Körper getrenntes Kontinuum ist, werden wir klar verstehen, daß Formen, wie das Gehirn oder das zentrale Nervensystem, nicht Geist sein können.“¹¹⁴

Überdies betont Gyatso, dass Körper und Geist lediglich eine konditionale Verbindung eingehen, nicht, dass sie die gleiche Wesenheit haben. Das heißt, nur weil der Körper eine physische Krankheit erleidet, muss dies keinen zwingend negativen Einfluss auf den Geist haben.¹¹⁵

Um den Geist zu verstehen, muss des Weiteren die Unterscheidung von *begrifflichen* und *nichtbegrifflichen Geistesarten* deutlich werden. Begriffliche Erfassung erfolgt konventionell und für den Anderen zumeist nachvollziehbar, indem Begriffe genutzt werden, die ein gemeinsames Verständnis von Objekten, z.B. eines Tisches, schaffen.¹¹⁶ Zwar kann es im Schlaf kein Sinnesgewahrsein im Sinne des begrifflichen Erfassens von Objekten geben, dennoch kann geistiges *nichtbegriffliches Gewahrsein* vorhanden sein.¹¹⁷

An dieser Stelle ist ein Rückbezug zur beschriebenen Dynamik in Nāgārjunas Philosophie (Weber-Brosamer/Back 1997) bezüglich des Ergeifens (*upādāna*) angebracht. *Sinnesgewahrseinsar-*

¹⁰⁸ Vgl. Ebd., S.20.

¹⁰⁹ Alternativ: Bewusstsein.

¹¹⁰ Ebd.

¹¹¹ Vgl. Ebd.

¹¹² Ebd., S. 113.

¹¹³ An dieser Stelle sei auf die Forschung zu Meditation und Hirnaktivitäten verwiesen, die jedoch nicht zum thematischen Schwerpunkt dieser Arbeit gehört. Diesbezüglich ist folgendes Werk zu empfehlen: Singer, Wolf/Ricard, Matthieu: Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 2008.

¹¹⁴ Gyatso 1997, S.24.

¹¹⁵ Vgl. Gyatso 1997, S.24.

¹¹⁶ Vgl. Ebd., S.28.

¹¹⁷ Vgl. Ebd., S.33.

ten sind ursprünglich immer neutral. Erst durch ein fühlendes Wesen, das sich in Verblendung¹¹⁸ befindet, werden *verblendete geistige Gewährseinsarten* konstituiert, die ein Phänomen als tugendhaft oder nichttugendhaft¹¹⁹ bewerten.¹²⁰

Die *Verblendung* gründet im Festhalten am Selbst, der Ausprägung von Verhaltensmustern sowie dem Objekt, das mit unangemessener Aufmerksamkeit ergriffen wird.¹²¹ Um *Verblendungen* zu verhindern, muss an der unangemessenen Aufmerksamkeit angesetzt werden. Die Beruhigung der *Verblendung* ist jedoch erst durch die Auflösung am Festhalten des Selbst möglich, das zur Realisierung von Leerheit (*śūnyatā*) als *yogischer Direktwahrnehmer*¹²² führt. So schreibt Nāgārjuna diesbezüglich: „Heilvoll ist die Beruhigung aller Wahrnehmung, die Beruhigung der Entfaltung“¹²³.

Neben dem *yogischen Direktwahrnehmer* gibt es nach Gyatso zudem den *Sinnesdirektwahrnehmer* sowie den *Geistigen Direktwahrnehmer*. Der *Sinnesdirektwahrnehmer* bezieht sich, durch die Möglichkeiten der Sinneskraft, rein auf die physische Formseite einer Person.¹²⁴ Dabei ist es nicht zwingend notwendig, dass „ein Objekt und die geistige Kraft zusammentreffen“¹²⁵. Sinneskraft kann lediglich im Geist stattfinden. Ein *Geistiger Direktwahrnehmer* kann somit sowohl durch einen *Sinnesdirektwahrnehmer* als auch durch Mentaltechniken hervorgerufen oder vollkommen unabhängig entstehen.¹²⁶

Neben jener Untergliederung gibt es laut Gyatso zudem *Nichtfeststellende Wahrnehmer*. Diese nehmen Objekte zwar wahr, erkennen sie aber nicht.¹²⁷ Einer der fünf Hauptarten bezieht sich hierbei auf den Todesprozess: Das grobe Bewusstsein sammelt sich innerlich, sodass Erkennen und Unterscheidung nicht mehr möglich sind.¹²⁸ Diesbezüglich können außenstehende Personen eine *falsche Gewährseinsart* entwickeln, da sie lediglich mithilfe der eigenen *Sinnesgewährseinsarten* die *begriffliche falsche Gewährseinsart* vom Tod einer Person entwickeln, obwohl subtiles Bewusstsein innerlich noch vorhanden sein kann.¹²⁹ Sie werden hierbei zu *nicht-gültigen Erkennern*, unterliegen demnach in Bezug auf ein Objekt (hier: Person) einer Täuschung.¹³⁰

¹¹⁸ Alternativ: Unwissenheit

¹¹⁹ Alternativ: attraktiv/aversiv, ggf. ethisch integer.

¹²⁰ Vgl. Ebd., S.42.

¹²¹ Vgl. Ebd., S.42f.

¹²² „Ein Direktwahrnehmer, der ein subtiles Objekt direkt realisiert, in Abhängigkeit von [...] einer Konzentration, die eine Vereinigung von Ruhigem Verweilen und Höherem Sehen ist“ (Ebd., S.55). Das heißt, Objekte (alternativ: Phänomene) in der Welt werden ohne zusätzliche, durch den Wahrnehmer hinzugefügte Attribute, realisiert.

¹²³ Weber-Brosamer/Back 1997, S.100, V.25.24.

¹²⁴ Vgl. Gyatso 1997, S.48f.

¹²⁵ Gyatso 1997, S.51.

¹²⁶ Vgl. Ebd., S.52f.

¹²⁷ Vgl. Ebd., S.79.

¹²⁸ Vgl. Ebd., S.81.

¹²⁹ Vgl. Ebd., S.93ff.

¹³⁰ Vgl. Ebd., S.116.

Die Unterteilung in *Sinnesdirektwahrnehmer*, *Geistiger Direktwahrnehmer* und *Nichtfeststellende Wahrnehmer* kann wie folgt dargestellt werden:

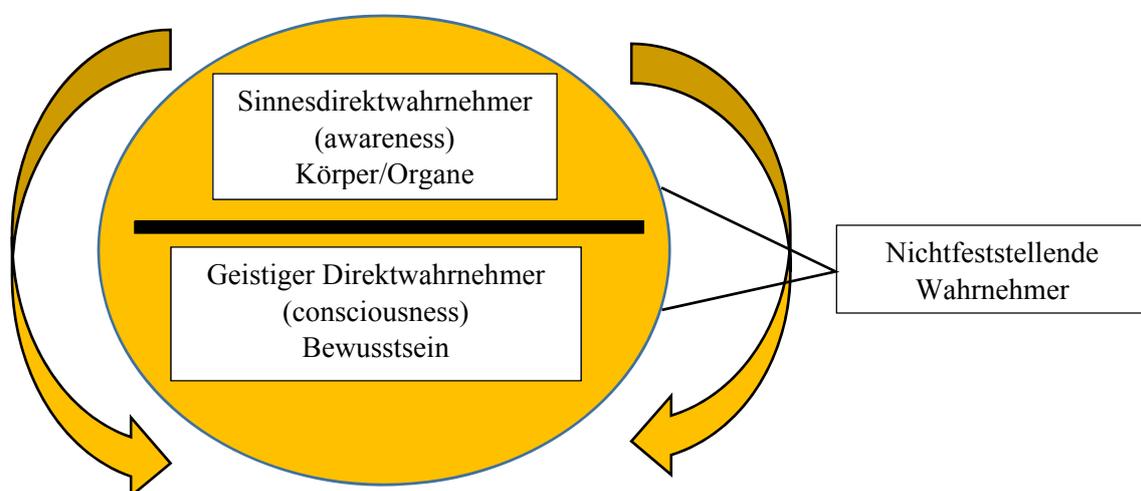


Abb.6: Struktur des Mentalen nach Gyatso

Der *Sinnesdirektwahrnehmer* ist gleichzusetzen mit dem englischen Begriff *awareness*, der sich lediglich auf das *sinnliche Gewährsein*, das mithilfe des Körpers bzw. der Organe möglich ist, bezieht. Der *Geistige Direktwahrnehmer* kann dagegen mit dem englischen Begriff *consciousness* verglichen werden, der die mentale Verarbeitung, das heißt den Sinnesvollzug, umfasst. Der *Nichtfeststellende Wahrnehmer* kann weder mithilfe von *awareness* noch mithilfe von *consciousness* beschrieben werden. Vielmehr befindet sich dieser in einem Zwischenstatus, der unterhalb des aktuell medizinisch-technisch Erfassbaren liegt. Das heißt jedoch nicht, dass zwangsläufig kein Gewährsein vorliegt. Es kann weiterhin sehr subtiles geistiges *nichtbegriffliches Gewährsein* vorhanden sein, das lediglich einen Anstoß zur Entwicklung von *awareness/consciousness* braucht.

Des Weiteren beschreibt Gyatso die fünf allesbegleitenden *geistigen Faktoren*, die sich innerhalb seines Modells aus den Kategorien Gefühl, Unterscheidung, Absicht, Kontakt und Aufmerksamkeit zusammensetzen.¹³¹ Das Gefühl ist abhängig vom Anstoß des Bewusstseins, wobei zwischen körperlichen und geistigen Gefühlen differenziert wird. Das heißt, auch wenn kein körperliches Gefühl mithilfe der *Sinnesbewusstseinsarten* entwickelt wird, schließt es geistige Gefühle, die durch geistige Kraft vorhanden sein können, nicht aus.¹³²

Die Unterscheidung hilft dabei, Objekte in der Welt einzuordnen, wobei fehlerhafte Unterscheidungen zu *falschen Gewährseinsarten* führen.¹³³

Durch die Absicht ist es dem *primären Geist* möglich, sich einem Objekt zu nähern. Die Dynamik gleicht jener Nāgārjunas: Die Handlung beginnt geistig und stellt somit das Primat für körperliche und sprachliche Handlungen dar.¹³⁴

Der Kontakt und die Wahrnehmung ebnen die Ergreifung von Objekten und die damit einhergehenden Gefühle.¹³⁵

Vorbereitend auf den bioethischen Diskurs wird im nächsten Unterkapitel das Mit-Leiden nach Śāntideva (Steinkellner 1997) dargelegt.

3.3 Das Mit-Leiden (Śāntideva)

Steinkellner (1997) schreibt in seinem Vorwort zur Übersetzung von Śāntidevas Werk *Eintritt in das Leben zur Erleuchtung*, dass Erlösung die Aufhebung des Leidens sei.¹³⁶ Der Begriff des Leidens kam bereits im Kapitel 3.1 im Zusammenhang mit den Eigenschaften von Phänomenen, im Speziellen durch den Begriff *defizitär (duḥkha)*, vor. Die beschriebene Dynamik der sich in Unwissenheit befindenden Person führt nach Nāgārjuna (Weber-Brosamer/Back1997) letztlich zu Leid; die Philosophie der Leerheit bietet dagegen die Möglichkeit eines Leer von Leid.¹³⁷

Diesbezüglich bietet Śāntideva eine schrittweise Umsetzung in Form von zehn Stufen an¹³⁸:

- (1) Nutzen von bodhicitta,
- (2) Belehrung zum Schädigendem,
- (3) Aufnahme von bodhicitta,
- (4) Nicht-achtloser (d.i. achtsamer) bodhicitta,
- (5) Merkmale ›(voller) Bewußtheit‹,

¹³¹ Vgl. Gyatso 1997, S.124.

¹³² Vgl. Ebd., S.127f.

¹³³ Vgl. Ebd., S.130.

¹³⁴ Vgl. Ebd., S.134f.

¹³⁵ Vgl. Ebd., S.138ff.

¹³⁶ Vgl. Steinkellner 1997, S.10.

¹³⁷ Vgl. Weber-Brosamer/Back 1997, S.95, V.24.40.

¹³⁸ Gerhard 2016, Folie: Bodhicaryāvatāra des Śāntideva.

- (6) Vollkommenheit der Geduld,
- (7) Vollkommenheit der Stärke,
- (8) Vollkommenheit der ›Sensibilisierung‹,
- (9) Vollkommenheit der ›Einsicht/Erkenntnis‹ als Ergebnis der ›lebenspraktischen Umsetzung‹,
- (10) Verdienstübertragung/Widmung.

In der ersten Stufe wird die Ausbildung von *bodhicitta*¹³⁹ als Ziel gesetzt. Um dieses zu entwickeln, muss sich zunächst von negativen Verhaltens- und Denkweisen gelöst werden. Das heißt, äquivalent hierzu soll ein Verhalten, das ethisch-integer ist, antizipiert werden. Bezüglich der ersten bis dritten Stufe liegt somit der Fokus auf der Entwicklung von *bodhicitta*.¹⁴⁰ Die vierte Stufe bezieht sich auf die gewissenhafte Erhaltung des entwickelten *bodhicitta*, wohingegen die fünfte Stufe die Aufmerksamkeit auf die Gedanken und deren Wirkungspotential lenkt. Nachdem *bodhicitta* genügend gefestigt wurde, werden daran anknüpfend die sechs Vollkommenheiten zum Ziel gesetzt, indem nacheinander „Geduld, Bemühen und Konzentration“¹⁴¹ behandelt werden.¹⁴² Wird die neunte Stufe erreicht, ist die Einsicht in *bodhicitta* vollendet, sodass die Möglichkeit zum Erfahren der Einsichten in der zehnten Stufe besteht.¹⁴³

Diesbezüglich sei auf eine unterschiedliche Zielsetzung verwiesen: Bei Nāgārjuna rückt die Erfahrung des Einzelnen in den Vordergrund, wohingegen Śāntideva eine „vorbildhafte Gestalt des Bodhisattva“¹⁴⁴ antizipiert. Das heißt, es handelt sich um eine Person, die sich zum Weg der Erfahrung entschlossen hat, jedoch weniger die Erlösung vom eigenen Leid, sondern die Aufhebung des Leides der anderen leidenden Wesen, im Sinne des Mit-Leides (*karuṅkā*), als Ziel setzt¹⁴⁵: „Des Anderen Leid muß ich beseitigen, weil es Leid ist, wie mein eigenes Leid. Und ich muß den anderen helfen, weil sie Wesen sind, wie ich selbst ein Wesen bin“¹⁴⁶.

Das Verhältnis von *bodhisattva* und *bodhicitta* kann weitergehend wie folgt definiert werden: „A *bodhisattva* dedicates his life to achieving a ‘mind of enlightenment’ (*bodhicitta*) for the good of all other living things [Hervorhebungen im Original]“¹⁴⁷.

Gerhard (2011) verweist in seinem Aufsatz *Non-Personality and Still karuṅkā (Compassion)* darüber hinaus auf den Unterschied von *karuṅkā* und *mahākaruṅkā*. *Karuṅkā* bezieht sich auf das Leiden von empfindenden Lebewesen, im Sinne von physischen und psychischen Leiden.¹⁴⁸ *Mahākaruṅkā* umfasst das Leiden als solches, sodass über das physische und psychische Leiden

¹³⁹ „Mind of enlightenment (*bodhicitta*) [Hervorhebungen im Original]“ (Gerhard 2011, S.188).

¹⁴⁰ Vgl. Steinkellner 1997, S.5ff.

¹⁴¹ Ebd., S.8.

¹⁴² Vgl. Ebd., S.6ff.

¹⁴³ Vgl. Ebd., S.8.

¹⁴⁴ Steinkellner 1997, S.12.

¹⁴⁵ Vgl. Ebd., S.12f.

¹⁴⁶ Ebd., S.102, V.94.

¹⁴⁷ Gerhard 2011, S.188.

¹⁴⁸ Vgl. Ebd., S.185.

hinaus das graduelle Zu- und Abnehmen von Freude sowie das grundsätzliche Leiden der empfindenden Lebewesen, die in Unwissenheit sind, inkludiert wird.¹⁴⁹

Somit ist nicht die höchste Stufe das Ziel eines *bodhisattvas*; es ist vielmehr die vorletzte Stufe, von der aus ein Zustand erreicht ist, in dem bereits Erkenntnis über das Bedingungsverhältnis besteht und versucht wird, andere Wesen zum Fortschritt auf dem gleichen Pfad zu verhelfen.¹⁵⁰ Diesbezüglich schreibt Gerhard:

“When speaking of the ‘high-level‘ or ‘low-level‘ *bodhisattva*, ‘low-level‘ means ‘individual‘ having not yet achieved any life-practical realization of ‘non-conventional truth‘ [...] absolute selflessness is attributed only to the ‘high-level‘ *bodhisattva* [Hervorhebungen im Original].”¹⁵¹

In seinem Kommentar zu Śāntideva schreibt Gyatso (2000) zudem:

„Buddha gleicht einem Fährmann, der den Geist von allumfassendem Mitgefühl und Methode besitzt. Dieser Geist ist das Boot des Bodhichittas, und darin bringt er alle fühlenden Wesen über den Ozean des Leidens.“¹⁵²

Die Einsicht der neunten Stufe und zugleich jene Stufe des *high-level bodhisattva*, besteht im *leer-von-...* und dem daraus resultierendem *völligen Unverhaftetseins*.¹⁵³ *Völliges Unverhaftetsein* wird mental eingeübt, indem beim Ergreifen und Bewerten von Phänomenen, demnach der sinnlichen Wahrnehmung, angesetzt wird: „Wer die Regel [eines Bodhisattva] beachten will, muß sorgsam sein Denken hüten“¹⁵⁴. Über den innerlichen Prozess hinaus schreibt Śāntideva: „Der mitleidlose Tod wird den Körper, auch wenn du ihn derart behütetest, rücksichtslos den Geiern geben“¹⁵⁵. Das heißt, es gilt sich nicht nur von der Bewertung der sinnlichen Wahrnehmung zu lösen, sondern darüber hinaus von der Form. So wie die Gefühle bezüglich eines Phänomens lediglich betrachtet werden, ohne sie zu ergreifen, wird der Körper als Voraussetzung für das mitfühlende Handeln ohne emotionalen Zuspruch gesetzt: „Gleichgültig habe ich den Körper deshalb aufgegeben zum Heil der Welt. Von nun an trage ich ihn, obschon voll Fehler, wie ein Werkzeug“¹⁵⁶. Der Anerkennung von Non-Inhärenz gehen hierbei zwei Schritte voraus, die lediglich mithilfe des Anderen möglich sind¹⁵⁷:

- (1) die Gleichsetzung des Selbst mit Anderen und
- (2) der Austausch des Selbst mit Anderen.

¹⁴⁹ Vgl. Ebd.

¹⁵⁰ Vgl. Steinkeller 1997, S.13.

¹⁵¹ Gerhard 2011, S.190.

¹⁵² Gyatso 2000, S.23.

¹⁵³ Vgl. Steinkeller 1997, S.17.

¹⁵⁴ Ebd., S.49, V.1.

¹⁵⁵ Ebd., S.56, V.67.

¹⁵⁶ Ebd., S.113, V.184.

¹⁵⁷ Vgl. Gerhard 2011, S.195.

Nachfolgend an die Darstellung der buddhistischen Auffassung von Bewusstsein, mit Schwerpunkt auf der Korrelation von Geist und Körper, wird nun ein weiteres Zwischenfazit gezogen.

3.4 Zwischenfazit II

Nachdem zuvor die Ansätze dreier Denker der buddhistischen Mahayana-Schule vorgestellt wurden, soll in diesem Zwischenfazit aufgezeigt werden, welche Erkenntnisse für den bioethischen Diskurs besonders relevant sind.

Im ersten Zwischenfazit¹⁵⁸ wurde aufgezeigt, dass im Okzident ein Korrelationsverhältnis zwischen einem Organ (hier: das Gehirn) und dem Bewusstsein angenommen wird, wobei im Sinne einer Konjunktion beide Aussagen wahr sein müssen, um als Person zu gelten¹⁵⁹. Im Kapitel zu Nāgārjuna (Weber-Brosamen/Back 1997)¹⁶⁰ wurde weiterhin das konventionelle Modell zu Relationen vorgestellt. Im Folgenden soll die Korrelation von Bewusstsein und Gestalt/Form (hier: ein Organ) mithilfe des konventionellen Modells dargestellt und unter Einbeziehung der buddhistischen Perspektive Nāgārjunas bewertet werden. Fügt man die Variablen *Gehirn* und *Bewusstsein* ein, entsteht das folgende Schema:

Relationen	
Gehirn = Bewusstsein	Das Gehirn ist das Bewusstsein.
Gehirn \neq Bewusstsein	Das Gehirn ist unterschieden vom Bewusstsein.
Gehirn besitzt Bewusstsein	Wie Gehirn, so Bewusstsein.
Gehirn \in Bewusstsein	Das Gehirn ist die Grundlage für das Bewusstsein.
Bewusstsein \in Gehirn	Das Bewusstsein ist Akzidenz des Gehirns.

Abb.7: Relationen im Okzident

Dem Primat des Okzidents zufolge, wären das erste, dritte, vierte sowie fünfte Relationsverhältnis kohärent. Innerhalb Nāgārjunas Modell wird dagegen durch die Überprüfung der konventionellen Modelle ein *leer-von-...* abgeleitet. Das heißt, Nāgārjuna stellt mit seinem Modell der Interdependenz bzw. Leerheit, ein konventionell richtiges Modell auf; Bewusstsein und Gestalt stehen konventionell und relational in einer Korrelation. Der Unterschied zum Okzident besteht in Nāgārjunas Weiterführung seines Modells, in dem Bewusstsein und Gestalt, im Sinne

¹⁵⁸ Siehe Kapitel 2.4.

¹⁵⁹ Siehe Abbildung 1.

¹⁶⁰ Siehe Kapitel 3.1.

der Interdependenz, *leer-von-...* Ontologie bzw. einem Wahrheitsanspruch jeglicher Aussagenlogik ist.

Bezüglich des empfindenden Wesens entwickeln Nāgārjuna (Weber-Brosamen/Back 1997) und Gyatso (1997) jeweils ein Modell, das die Konstituenten, zu denen das empfindende Wesen in einem Abhängigkeitsverhältnis steht, beschreibt. Innerhalb Nāgārjunas Modell werden die Konstituenten als *skandas*, innerhalb Gyatsos Modell als *Anhäufungen* bezeichnet. Beide Modelle werden in nachfolgender Grafik übersichtlich dargestellt:

Nāgārjuna	Gyatso
Gestalt	Form
Mentale	Bewusstsein
Unterscheidende Wahrnehmung	Unterscheidung
Empfindung	Gefühl
Gewohnheiten	Zusammensetzung

Abb.8: Vergleich der Struktur eines empfindenden Lebewesens

Wohingegen Nāgārjuna das *Mentale* nicht weiter unterteilt, entwickelt Gyatso eine differenziertere Kategorisierung:

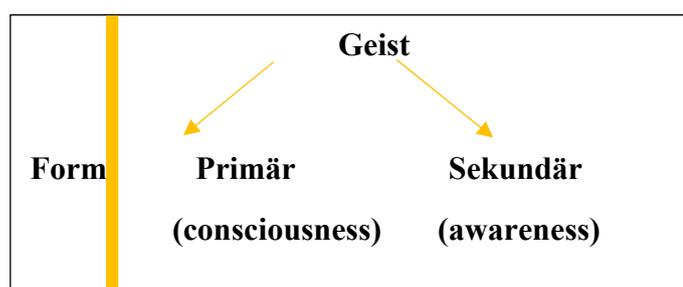


Abb.9: Unterteilung des Mentalen nach Gyatso

Das Bewusstsein, das dem *Mentalen* bei Nāgārjuna gegenübergestellt wurde, ist *der Primärgeist*. Die *sekundären Geistesarten*, wie z.B. die Unterscheidung, dienen lediglich der Verarbeitung der Sinneseindrücke. Der qualitative Unterschied wird durch die englischen Begriffe *consciousness* und *awareness* nochmals deutlicher, deren Bedeutungen bereits in Abb. 6 erläutert worden sind.

Im Gegensatz zur okzidentalen Auffassung kann bereits festgehalten werden, dass die Annahme, Gehirn und Bewusstsein seien notwendige und hinreichende Kriterien, um als Person zu gelten, nicht haltbar ist. Das Bewusstsein steht im Buddhismus nicht notwendig in Korrelation zu einem Organ.

Weiterhin sei auf die Unterschiede bezüglich der Begriffe der verschiedenen buddhistischen Denker verwiesen. Die folgende tabellarische Übersicht stellt die bei Nāgārjuna und Gyatso verwendeten Begriffe gegenüber¹⁶¹:

Begriffe bei Nāgārjuna	Begriffe bei Gyatso
Mentale	Geist
Selbst, Empfindendes Wesen	Person, Objektbesitzer
Konstituenten	Anhäufungen
Gestalt	Form
Empfindung	Gefühl
Unwissenheit	Verblendung
Sinnesvermögen	Sinnesgewahrsein
Phänomene	Objekte

Abb.10: Gegenüberstellung der Begriffe bei Nāgārjuna und Gyatso

Im Sinne einer einheitlichen Verwendung zeigt die nachstehende Tabelle jene Begriffe auf, die im Folgenden in dieser Arbeit verwendet werden:

Begriffe der in dieser Arbeit angeführten Autoren	Festlegung der Begriffe in dieser Arbeit
Hirntod	Völliges Hirnversagen
Geist, Mentale, Geistiges Gewahrsein	Bewusstsein
Objekt	Phänomen
Gestalt, Form	Körper
Anhäufung	Konstituenten

¹⁶¹ Die Varianz der Begriffe ist vor allem auf unterschiedliche Übersetzungen der Originaltexte zurückzuführen.

Selbst, Objektbesitzer, Phänomenbesitzer, Wesen, Ich	Person
Erleuchtungsdenken	Erkenntnis

Abb.11: Festlegung der Begriffe in dieser Arbeit

Śāntideva (Steinkellner 1997) beschreibt in seinem Konzept zum Mit-Leiden die Loslösung vom eigenen Körper. Hierzu sei erwähnt, dass dies lediglich den *bodhisattvas*, die die vorletzte Stufe erreicht haben, vorenthalten ist. Der Prozess der Lösung von einem Ich-Verständnis während der Entwicklung von *bodhicitta* zeigt jedoch die generelle Möglichkeit zur Bereitschaft einer Organspende. Man kann dementsprechend der buddhistischen Perspektive keine grundsätzlich negative Haltung bezüglich der Organspende vorwerfen.

Anschließend an das zweite Zwischenfazit wird nun der Hauptteil dieser Arbeit, der bioethische Diskurs zum völligen Hirnversagen, erfolgen.

4. Bioethischer Diskurs zum völligen Hirnversagen

Zu Beginn dieses Kapitels werden zunächst die Setzungen des Deutschen Ethikrates (2015), die bei der Erstellung einer Definition und der Festlegung von Kriterien zum völligen Hirnversagen zu beachten sind, aufgezeigt. Daran anschließend wird die konventionelle Perspektive, nach der sich bis heute die Handlungen der okzidentalen Medizin richten, dargelegt. Hieran anknüpfend folgt die Darstellung der okzidentalen Gegenargumentation, die einen Zwischenstatus als Definition für völliges Hirnversagen antizipiert. Zuletzt wird mithilfe der verschiedenen buddhistischen Perspektiven, mit ihren jeweils unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, ein integrativer Lösungsansatz für eine neue Definition, neue Kriterien sowie einer hiermit korrespondierenden Handlungsorientierung erstellt.

4.1 Tod: Definition und Kriterien

In den vorangegangenen Kapiteln wurde bereits deutlich, dass insbesondere die zugrundeliegenden Definitionsansätze zum völligen Hirnversagen und die hiermit korrelierenden Handlungsorientierungen diskutiert werden müssen.

Für den Tod führt der Deutsche Ethikrat (2015) folgende Möglichkeiten einer Definition an: Der Tod

- (1) als Ende des personalen Lebens im Sinne des Verlusts der für das Menschsein als essenziell angesehenen mentalen Funktionen oder im Sinne des Verlustes menschlicher Beziehungsfähigkeit,
- (2) als Verlust der leiblichen Einheit bzw. als Ende der funktionellen Ganzheit des Organismus,

(3) als vollständiges Absterben aller Lebensvorgänge im gesamten Körper.¹⁶²

Neben einer Definition müssen zudem Kriterien für ebendiese festgelegt werden. Hierzu gibt es zwei Möglichkeiten¹⁶³:

- (1) Im Sinne eines *propositionalen Kriteriums* liegt der Fokus darauf, „Sachverhalte zu unterscheiden“¹⁶⁴
- (2) beim *operationalen Kriterium* dagegen „Handlungen [...] normativ zu qualifizieren“¹⁶⁵

Bezüglich der Definition zum völligen Hirnversagen ist auffällig, dass sich durch die hiermit korrespondierende Organentnahme propositionales und operationales Kriterium überschneiden.¹⁶⁶ Als proportionales Kriterium wurde der irreversible Ausfall der Hirnfunktionen gesetzt, wobei nur medizinisch ausgebildete Fachkräfte den Eintritt dieses Kriteriums beurteilen können.¹⁶⁷ Ob eine Definition und ihre operationalen Kriterien fundiert sind, kann jedoch durchaus außerhalb des medizinischen Rahmens diskutiert werden. Aufgrund dessen ist die philosophische Auseinandersetzung zum völligen Hirnversagen als Ziel dieser Arbeit gesetzt worden.

Bei der Erstellung einer Definition und deren Kriterien können kulturspezifisch verschiedene Auffassungen vom Todesverständnis vorliegen. So ist es, wie in der Einleitung erläutert, Ziel dieser Arbeit, die okzidentale Perspektive mit der buddhistischen zu bereichern. Dabei sind nach dem Deutschen Ethikrat folgende Setzungen zu beachten:

- (1) Lebensweltkompatibilität
- (2) Bezugnahme auf biologische Prozesse
- (3) Bezug auf ein Lebewesen als Ganzes
- (4) Endgültigkeit
- (5) Kohärenz¹⁶⁸

Die Lebensweltkompatibilität bezieht sich auf eine schlüssige Argumentation, welche die kulturelle Auffassung vom Tod berücksichtigt. Die Definition soll zudem das komplexe biochemische System des Menschen einbeziehen, wobei Bezug auf das gesamte System genommen werden muss. Diesbezüglich ist auffällig, dass das konventionelle Konzept von völligem Hirnversagen den Eindruck erweckt, dass Teilausfälle des Systems bereits zum Tod führen, obwohl das gesamte System nicht zwingend dysfunktional sein muss.

¹⁶² Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.51.

¹⁶³ Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.51.

¹⁶⁴ Ebd.

¹⁶⁵ Ebd.

¹⁶⁶ Vgl. Ebd., S.52.

¹⁶⁷ Vgl. Ebd.

¹⁶⁸ Ebd., S.62f.

Die Argumentation der konventionellen Perspektive beruht dabei auf dem im Zwischenfazit I¹⁶⁹ erarbeiteten Korrelationsschema: Einem Teil des Systems (hier: dem Gehirn) wird die Fähigkeit zum Bewusstsein zugeordnet, sodass dessen irreversibler Verlust mit dem Tod einer Person gleichzusetzen ist. Die Endgültigkeit meint weiterhin, dass die Diagnose *Tod* nicht widerrufbar ist. In Kapitel 2.3 wurde hingegen aufgezeigt, dass die Definition *völliges Hirnversagen* dies nicht eindeutig leistet. Differentialdiagnosen, wie z.B. das Wachkoma oder Locked-in-Syndrom, erschweren eine medizinische Beurteilung. Insbesondere verweist jedoch der mögliche Übergang in ein Wachkoma, obwohl bereits spenderzentrierte Maßnahmen eingeleitet worden sind, auf die Problematik einer Einhaltung der Endgültigkeit. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit einer Kohärenz zwischen der Definition sowie den Kriterien zum Tod.

Für den weiterführenden Diskurs ist zu beachten, dass der Deutsche Ethikrat keine einheitliche Abstimmung in der Stellungnahme *Hirntod und Entscheidung zur Organspende* erreichte. Aufgrund dessen gibt es zwei Positionen. Die Mehrheit, Position A, vertritt die konventionelle Perspektive. Die Minderheit, Position B, vertritt die Meinung, dass völliges Hirnversagen kein hinreichendes Kriterium für den Tod ist.¹⁷⁰

Im folgenden Unterkapitel wird zunächst die konventionelle Perspektive vorgestellt, woran sich die Darstellung der Minderheitsmeinung des Deutschen Ethikrates anschließt.

4.2 Konventionelle Perspektive

Den Tod auf den Verlust der Fähigkeit des Bewusstseins zu reduzieren, geht auf die mentalistische Position innerhalb der bioethischen Debatte zurück. Diesbezüglich macht der Deutsche Ethikrat (2015) auf einen wichtigen Punkt aufmerksam:

„Damit ist aber keineswegs gesagt, dass jeder Mensch, bei dem Wahrnehmungs-, Empfindungs-, Denk- und Entscheidungsfähigkeit fehlen, auch schon tot genannt werden dürfe. Vielmehr ist es umgekehrt so, dass ein Mensch, bei dem eine der genannten Fähigkeiten vorhanden ist, *nicht* als Toter angesehen werden kann [Hervorhebungen im Original].“¹⁷¹

Demzufolge liegt zwar ein notwendiges Kriterium vor; der Tod kann lediglich dann diagnostiziert werden, wenn keine mentalen Fähigkeiten messbar sind. Der Verlust des Bewusstseins kann jedoch kein hinreichendes Kriterium sein, wie es in den Teilhirntodkonzeptionen vertreten wird. Diese Position ist angesichts des Forschungsstandes innerhalb der Neurowissenschaften veraltet; Bewusstsein kann nicht an einer bestimmten Stelle, z.B. der Hirnrinde, verortet werden.¹⁷²

¹⁶⁹ Siehe Kapitel 2.4.

¹⁷⁰ Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.71ff.

¹⁷¹ Ebd., S.66.

¹⁷² Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.67.

Der Deutsche Ethikrat verweist bezüglich einer rein mentalistischen Position weiterhin auf folgendes Problem: Die Grenzziehung zwischen Leben und Tod anhand eines subjektiven Erlebens hat zur Folge, dass Patienten im Wachkoma als tot definiert werden können, wenn eine Rehabilitation unwahrscheinlich wird.¹⁷³

Die als veraltet bezeichnete Position, dass das Bewusstsein an einer bestimmten Stelle im Gehirn zu verorten ist, wirft die Frage auf, warum man das Gehirn als ein bestimmtes Organ innerhalb eines Körpers als Sitz des Bewusstseins annehmen sollte. Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates hat diese Position vertreten und wie folgt begründet: Wenn völliges Hirnversagen „zweifelsfrei“¹⁷⁴ diagnostiziert wird, ist dies nicht nur ein notwendiges, sondern zudem ein hinreichendes Kriterium. Das Gehirn als „Integrations-, Regulations- und Koordinationsorgan“¹⁷⁵ ist grundlegend für die Erhaltung des gesamten Systems sowie der Interaktion des lebendigen Organismus mit der Außenwelt vonnöten.¹⁷⁶ Der Patient würde zwangsläufig einen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden, wenn die intensivmedizinische Betreuung diesem nicht entgegenwirkt:

„Zwar sind nach dem Eintritt des Hirntodes unter künstlicher Aufrechterhaltung der Atmung und weiterer Körperfunktionen noch nicht sämtliche partiellen Funktionen in allen Teilen des Körpers erloschen; gleichwohl ist die Einheit des Organismus als lebendiger Ganzheit unwiderruflich zerbrochen.“¹⁷⁷

Durch die fehlenden mentalen Prozesse ist „die Grundlage für Subjektivität unwiderruflich verloren“^{178, 179} Der Ausfall des Organs indiziert demnach den Tod einer Person.¹⁸⁰

Die Definition vom Tod entspricht somit dem zweiten Vorschlag des Deutschen Ethikrates¹⁸¹, das heißt: „den Verlust der leiblichen Einheit bzw. als Ende der funktionellen Ganzheit des Organismus“¹⁸². Die Kriterien, welche als notwendig sowie hinreichend anzusehen sind, werden vom *President's Council on Bioethics* wie folgt zusammengefasst:

- (1) keine Zeichen von Bewusstsein,
- (2) Fehlen von spontaner Atmung und
- (3) Irreversibilität dieser Befunde.¹⁸³

Mit der fehlenden spontanen Atmung ist folgendes ausgeschlossen:

- (1) Die prinzipielle Fähigkeit zum Austausch des Organismus mit der Umwelt,

¹⁷³ Vgl. Ebd., S.68.

¹⁷⁴ Ebd., S.72.

¹⁷⁵ Ebd., S.73.

¹⁷⁶ Vgl. Ebd.

¹⁷⁷ Ebd., S.76.

¹⁷⁸ Ebd., S.77.

¹⁷⁹ Vgl. Ebd.

¹⁸⁰ Vgl. Ebd.

¹⁸¹ Siehe Kapitel 4.1.

¹⁸² Deutscher Ethikrat 2015, S.51.

¹⁸³ Ebd., S.90.

- (2) die faktische Fähigkeit zur Wechselwirkung mit ebendieser,
- (3) Anzeichen für Bedürfnisse.¹⁸⁴

Demnach wird die spontane Atmung, im Gegensatz zur maschinellen, als Eigenleistung des Organismus und hierdurch als sicheres Anzeichen für das bewusste Leben angesehen.¹⁸⁵ Zwar bezieht sich der Deutsche Ethikrat nicht ausschließlich auf die Atmung, dennoch dient es als exemplarisches Beispiel für die Auffassung, dass der Organismus als tot gilt, wenn er seine Funktionalität nicht eigenständig aufrechterhalten kann.¹⁸⁶ Aufgrund dessen stellt der Übergang von patientenorientierten zu spenderzentrierten Maßnahmen mit anschließender Organspende in der Regel¹⁸⁷ keine Problematik dar.

Im Anschluss an die konventionelle Perspektive sollen die Gegenargumente, insbesondere jedoch die Minderheitsmeinung des Deutschen Ethikrates, vorgestellt werden.

4.3 Gegenargumentation zur konventionellen Perspektive

Die Minderheit des Deutschen Ethikrates (2015) nimmt, wie in Kapitel 4.1 beschrieben wurde, völliges Hirnversagen nicht als ein hinreichendes Kriterium für den Tod an. Sie stimmen zwar zu, dass es ein notwendiges Kriterium darstellt, jedoch sei hiermit noch nicht ausreichend belegt, „dass damit schon die Schwelle überschritten wird, jenseits derer der Körper als desintegriert und damit tot zu betrachten ist“^{188, 189}.

Gleichwohl bestätigen sie, dass der Körper ohne eine intensivmedizinische Betreuung die Aufrechterhaltung des gesamten Organismus nicht gewährleisten kann; dies ist jedoch nicht der entscheidende Punkt.¹⁹⁰ Der menschliche Organismus ist zwar als *ein* System zu betrachten, jedoch nicht als System mit zentraler Steuerung, sondern nach dem Prinzip der Wechselwirkung.¹⁹¹ Ein Zusammenbruch des Systems muss immer im Zusammenhang mit den Ursachen und daraus resultierenden Wirkungen im Organismus bewertet werden. So ist eine intensivmedizinische Betreuung lediglich dann möglich, wenn Teile des Systems weiterhin funktionsfähig und miteinander koordiniert sind.¹⁹² Die Annahme, dass die Funktionalität eines komplexen lebendigen Organismus ausschließlich von *einem* Organ gesteuert wird, ist nicht haltbar, obwohl dem Gehirn dennoch eine „herausragende Bedeutung“¹⁹³ bezüglich des Bewusstseins

¹⁸⁴ Vgl. Ebd.

¹⁸⁵ Vgl. Ebd., S.91.

¹⁸⁶ Vgl. Ebd.

¹⁸⁷ Unter Umständen kann ein problematischer Fall, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, darin bestehen, dass für eine Organspende lebenserhaltende Maßnahmen zur Vorbereitung der Durchführung nötig sind, obwohl der Patient den lebenserhaltenden Maßnahmen bei gleichzeitiger Zustimmung zur Organspende widersprochen hat.

¹⁸⁸ Deutscher Ethikrat 2015, S.84.

¹⁸⁹ Vgl. Ebd.

¹⁹⁰ Vgl. Ebd., S.84f.

¹⁹¹ Vgl. Ebd., S.86.

¹⁹² Vgl. Ebd., S.86f.

¹⁹³ Ebd., S.89.

zugesprochen wird.¹⁹⁴ Diesbezüglich fehlt nicht bloß die hinreichende, sondern weiterhin die normative Begründung, indem sich keine Hierarchie der einzelnen Systeme begründen lässt. Entscheidend ist allein die Antwort auf die Frage, ob die jeweilige unzureichende Funktion apparativ ersetzt werden kann.¹⁹⁵ Die Gegner der konventionellen Perspektive machen hierzu deutlich:

„Warum sollte ein irreversibel komatöser (jedoch nicht „hirntoter“), aber spontan atmender Patient mit künstlichem Herzschrittmacher lebendig, ein ebenfalls irreversibel komatöser und zugleich beatmungspflichtiger („hirntoter“) Patient mit selbstständig schlagendem Herz dagegen tot sein?“¹⁹⁶

So schreiben Feinendegen/Höver (2013) folgerichtig:

„Die Diagnose eines völligen Hirnversagens ist, wenn sie zu einer Feststellung des Todes führt, eine selbsterfüllende Prophezeiung: Der Patient mit dieser Diagnose wird ein Organspender (und das Herz wird dabei aufhören, zu schlagen) oder der Respirator wird entfernt, weil man davon ausgeht, er ‚beatme einen Leichnam‘.“¹⁹⁷

Basierend auf der konventionellen Definition zum völligen Hirnversagen sowie dessen Kriterien, würden Handlungen ausgeführt, deren Rechtfertigung nicht gesichert ist. Kontrollierte Beobachtungen zu der Frage, ob das gesamte System zwangsläufig innerhalb kurzer Zeit, trotz Hilfestellung, in jedem Fall kollabiert, werden aufgrund der Definition erst gar nicht antizipiert.¹⁹⁸

Der Philosoph Hans Jonas (1974), den Feinendegen/Höver anführen, gibt zu bedenken, was dem Zweifel implizit zugrunde liegt:

„Wir kennen die Grenzlinie zwischen Leben und Tod nicht mit Sicherheit, und eine Definition kann nicht das Wissen ersetzen. Ferner haben wir hinreichende Gründe für den Verdacht, der künstlich unterstützte Zustand des komatösen Patienten sei immer noch einer des Lebens, wie sehr auch reduziert [...]. In diesem Zustand des Unwissens und Zweifelns an der Grenze kann der einzige Weg darin bestehen, sich zurückzubeugen auf die Seite des möglichen Lebens.“¹⁹⁹

Durch die dargestellten Argumente wird deutlich, dass im Zusammenhang mit der Diagnose *völliges Hirnversagen* nicht komplementär zwischen Tod und Leben unterschieden werden kann, sondern vielmehr ein *Zwischenstatus* diskutiert wird, „der ein drittes Stadium zwischen Am-Leben-Sein und Tot-Sein darstell[t]“^{200, 201}.

¹⁹⁴ Vgl. Ebd.

¹⁹⁵ Vgl. Ebd., S.92.

¹⁹⁶ Ebd.

¹⁹⁷ Feinendegen/Höver 2013, S.31.

¹⁹⁸ Vgl. Feinendegen/Höver 2013, S.31.

¹⁹⁹ Jonas (1974) zit. in Feinendeger/Höver 2013, S.39.

²⁰⁰ Deutscher Ethikrat 2015, S.65.

²⁰¹ Vgl. Ebd.

Die Minderheitsmeinung innerhalb des Deutschen Ethikrates zeigt auf, dass die konventionelle Position gegen die intern aufgestellten Setzungen, die bei einer Definition zum Tod zu beachten sind, verstößt. So ist der Bezug auf ein Lebewesen als Ganzes nicht eingehalten, da Teilfunktionalitäten, die einen biologisch argumentativen Stellenwert haben, nicht berücksichtigt werden. Zudem ist die Setzung der Endgültigkeit angesichts der fehlenden kontrollierten Beobachtungen nicht belegt.

Summa Summarum wird durch die Minderheitsmeinung keine alternative Definition angeboten, sondern es wird diskutiert, ob man völliges Hirnversagen als ein *Zwischenstatus* erforschen müsse.

Mit der Frage, ob es einen *Zwischenstatus* geben könne, hat sich der Neurowissenschaftler Adrian Owen (2017) in seinem Werk *Zwischenwelten* beschäftigt. Als ein Vertreter des aktuellen Forschungsstandes wird dieser im folgenden Unterkapitel für den bioethischen Diskurs angeführt.

4.4 Völliges Hirnversagen als Zwischenstatus

In seinem Werk *Zwischenwelten* geht Owen (2017) der Frage nach, ob die Grenze zwischen Leben und Tod eindeutig gezogen werden kann. Dabei bezieht er sich vor allem auf Fallbeispiele zum Wachkoma. Inwiefern sich dieses vom völligen Hirnversagen unterscheidet, wird im Folgenden erläutert.

Das Wachkoma, welches ebenfalls gemeint ist, wenn vom persistierenden vegetativen Status sowie apallischem Syndrom die Rede ist, zeichnet die Trennung des Hirnstamms vom Hirnmantel aus. Hierbei bleiben die vegetativen Funktionen erhalten, der Patient erweckt jedoch den Anschein, über keine bewussten Reaktionen zu verfügen.²⁰² Charakteristisch für das Wachkoma ist darüber hinaus die Fähigkeit, die Augen phasenweise zu öffnen sowie einen Schlaf-Wach-Rhythmus zu entwickeln.²⁰³

Durch die intensivmedizinische Entwicklung konnte belegt werden, „daß auch noch nach Monaten z.T. deutliche Besserungen auftreten und es zur Rückbildung des apallischen Syndroms kommt“²⁰⁴. Die Frage besteht demnach darin, ob ein Patient im Wachkoma nur den Anschein erweckt, kein Bewusstsein zu haben oder tatsächlich über kein Bewusstsein verfügt. Und wenn Bewusstsein vorhanden ist, welche Folgen hätte dies für die Handlungsorientierung bezüglich der Patienten im Wachkoma?

Owen hat seine Arbeit diesen Fragen gewidmet. 1997 kam er durch einen indischen Arzt namens Dr. David Menon in Kontakt mit einer Patientin, Kate, die den Beginn seiner ausführlichen Studien zum Wachkoma darstellt.²⁰⁵ Aufgrund einer schweren Infektion fiel sie in ein

²⁰² Vgl. Zumkley/Zidek 1986, S.6.

²⁰³ Vgl. Ebd.

²⁰⁴ Ebd., S.6f.

²⁰⁵ Vgl. Owen 2017, S.41.

Koma, das sich zum Wachkoma entwickelte.²⁰⁶ Hierzu schreibt Owen: „Die Ärzte erklärten, sie verfüge über keinerlei höhere Hirnfunktionen“²⁰⁷. Dennoch entschlossen sich Owen und Mennon zu überprüfen, ob Kate tatsächlich über kein Bewusstsein verfügt. Sie zeigten ihr unscharfe sowie scharfe Bilder von Freunden und Angehörigen, während die Reaktionen in Kates Gehirn durch einen PET-Scanner²⁰⁸ festgehalten wurden.²⁰⁹ Die Ergebnisse zeigten, dass Kate lediglich auf die scharfen Bilder ihrer Freunde reagierte.²¹⁰ Die Frage bestand anschließend darin, ob das Gehirn lediglich automatisch agierte oder ob Kate bewusst auf die Bilder reagiert hatte, das heißt ob *Wachsein* oder *Gewahrsein* vorliegt.²¹¹ In Kates Fall traf letzteres zu. Ihr Zustand verbesserte sich, sodass sie fähig war, mit der Unterstützung einer Haushaltshilfe in einer eigenen Wohnung zu leben.²¹² Über ihre Erfahrungen im Wachkoma berichtet sie, alles bewusst wahrgenommen zu haben, ohne interagieren zu können. Am eindringlichsten erschienen diesbezüglich folgende Aussagen: „Die Ärzte sagten, ich könne keinen Schmerz empfinden [...] [s]ie irrten sich gewaltig“²¹³, sowie „[s]ie dachten, ich sei bloß ein Körper. Es war schrecklich. Ich konnte immer noch etwas fühlen. Ich war immer noch ein menschliches Wesen“²¹⁴. In dieser Zeit hätte sie sich nach eigener Aussage gerne das Leben genommen.²¹⁵ In einer E-Mail an Owen schrieb sie später: „Es wirkte wie Magie. Es hat mich gefunden“²¹⁶. Bereits zu diesem Zeitpunkt stellte sich Owen die Frage, ob der Umgang mit Patienten im Wachkoma nicht grundlegend Einfluss auf deren Genesung hat. So schreibt er:

„Aus psychologischen Studien geht hervor, welche verheerende Auswirkungen eine soziale Isolation auf das Gehirn haben kann. Stellen Sie sich vor, Sie würden tagelang, wochenlang, ja monatelang wie ein Gegenstand behandelt oder vollkommen ignoriert.“²¹⁷

Die Handlungen des Pflegepersonals und der Ärzte sowie der Umgang der Angehörigen mit dem Patienten orientieren sich an der vorliegenden Diagnose. Aufgrund der Beschreibungen von Kate sind die Definition vom Wachkoma und hiermit korrelierende Handlungen neu zu überdenken. Insbesondere muss überprüft werden, inwieweit Bewusstsein festgestellt werden kann.

²⁰⁶ Vgl. Ebd., S.41f.

²⁰⁷ Ebd., S.42.

²⁰⁸ PET steht für *Positronen-Emissions-Tomographie* und stellte eine frühe Möglichkeit dar, um „digitale Bilder des Gehirns in Aktion zu erstellen“ (Ebd., S.29). 1990 wurde die PET durch die Funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT) abgelöst, die den Vorteil bot, keine Strahlenbelastung beim Patienten auszulösen sowie Gehirnaktivitäten im Sekundentakt darzustellen (zuvor Abstand von mehreren Minuten) (Vgl. Ebd., S.100).

²⁰⁹ Vgl. Ebd., S.43.

²¹⁰ Vgl. Owen 2017, S.45.

²¹¹ Vgl. Ebd., S.46f.

²¹² Vgl. Ebd., S.51ff.

²¹³ Ebd., S.52.

²¹⁴ Ebd., S.56.

²¹⁵ Vgl. Ebd.

²¹⁶ Ebd., S.52.

²¹⁷ Ebd., S.51.

Mit einer weiteren Patientin namens Debbie wurde im Jahr 2000 zudem nachgewiesen, „dass sich das Gehirn eines Wachkomapatienten mit menschlicher Sprache aktivieren ließ“²¹⁸.²¹⁹ Durch den Patienten Kevin, den Owen erstmals mithilfe des fMRT untersuchte, konnte zudem mittels eines Tests, bei dem Unterhaltungen unterschiedlich stark durch Störgeräusche verzerrt wurden, gezeigt werden, dass Kevin die Geräusche verarbeitet hatte.²²⁰ Anschließend musste belegt werden, dass die Verarbeitung bewusst erfolgt ist. Mit einem weiteren Test, der ambige Wörter enthielt, die eine bewusste Entschlüsselung erfordern, konnte die „subtile Veränderung in Hirnarealen, die die komplexesten Seiten des Sprachverständnisses steuern“²²¹, schließlich bildlich dargestellt werden. Die Ergebnisse standen im Kontrast zu der Aussage des behandelnden Arztes, Kevin sei bewusstlos.²²²

Dennoch waren Kritiker noch nicht davon überzeugt, dass die Ergebnisse ein Bewusstsein bei Kevin belegt hatten, sodass Owen sich der Aufgabe stellte, die Intention zur mentalen Verarbeitung aufzuzeigen.²²³ Schließlich entwickelte er zusammen mit einer Kollegin den entscheidenden Test: Während eines Scans wurden gesunde Versuchspersonen zum einen dazu aufgefordert, sich vorzustellen, man spiele Tennis. Dabei wird der prämotorische Cortex aktiviert, der für die Planung von Handlungen, demnach einem Handeln mit Intention, verantwortlich ist.²²⁴ Zum anderen wurde den Versuchspersonen die Aufgabe gestellt, sich mental durch ihr Haus zu bewegen. Hierbei wird der Gyrus parahippocampalis aktiv, der im direkten Zusammenhang mit der Vorstellung von Bewegungen in Räumen steht.²²⁵ Die Durchführung des Tests erfolgte mit einer weiteren Patientin namens Carol, wobei ihr prämotorischer Cortex und Gyrus parahippocampalis sich verhielten, wie bei den gesunden Testpersonen. Zudem reagierte sie eindeutig auf die verschiedenen mentalen Aufgaben, wie auch auf jene, sich zu entspannen.²²⁶

Letztlich lag es jedoch in der Entscheidungsbefugnis des Arztes, ob die Angehörigen davon unterrichtet werden sollten, dass bei Carol Bewusstsein aufgezeigt wurde oder nicht:

„In diesem Fall war der behandelnde Arzt der Meinung, es wäre von keinerlei klinischem Nutzen für Carol, wenn man ihre Angehörigen aufklärte. Er fürchtete wohl, es wäre belastender zu wissen, dass Carol bei Bewusstsein war, aber sich nicht ausdrücken konnte, als nichts Genaues zu wissen [...] Oder vielleicht meinte er, man sollte die Büchse der Pandora, die solch heikle Fälle darstellten, lieber nicht öffnen und stattdessen weiterhin für einen stabilen klinischen Zustand sorgen.“²²⁷

²¹⁸ Ebd., S.74.

²¹⁹ Vgl. Ebd., S.68ff.

²²⁰ Vgl. Owen 2017, S.94f.

²²¹ Ebd., S.107.

²²² Vgl. Ebd., S.106f.

²²³ Vgl. Ebd., S.107ff.

²²⁴ Vgl. Ebd., S.130.

²²⁵ Vgl. Ebd., S.126.

²²⁶ Vgl. Ebd., S.134.

²²⁷ Ebd., S.137.

Zwar ist die Diskussion um die Definition von Tod und Bewusstsein „heikel“ und die Belastung der Angehörigen hätte sich mit diesem Wissen eventuell erhöht, dennoch muss der Fakt ausreichend sein, dass sich der grundsätzliche Umgang mit Carol, die wissenschaftlich belegt ein Bewusstsein hatte, zu ihrer psychischen Entlastung geändert hätte.

Trotz der Entscheidung des behandelnden Arztes erregte der Fall um die *Grauzone*²²⁸ Aufsehen: „Überall fingen Ärzte an, neu über Patienten in ihrer Obhut nachzudenken. Hatten sie die richtige Diagnose gestellt?“²²⁹. Insgesamt wurden 54 Patienten innerhalb Owens Versuchsreihe positiv getestet. 23 Patienten wurden daraufhin nochmals neurologischen Tests unterzogen, die allesamt negativ ausgefallen sind. Der wiederholte Test im fMRT zeigte jedoch, dass 17 Prozent eindeutig über Bewusstsein verfügten.²³⁰ Hierzu schrieb Owen: „Sie sahen und hörten, wach und bewusst. Aber anders als Sie und ich waren sie tief in ihrem Inneren verschollen, in der Grauzone gefangen [Hervorhebungen im Original]“²³¹. Die Studie hatte zum Ergebnis, dass schätzungsweise von ca. 15 000 bis 40 000²³² Fällen 7000 über ein Bewusstsein verfügen.²³³

Nach der erfolgreichen Versuchsreihe entwickelten Owen und seine Kollegen diese weiter. Sie testeten, ob es möglich ist, Fragen mithilfe beider Varianten, zum einen das Spielen von Tennis, zum anderen die Bewegung im Haus, zu beantworten. Hierzu sollte die Bewegung im Haus für Nein, das Spielen von Tennis für Ja stehen. Die Ergebnisse zeigten, dass eine vereinfachte Kommunikation mit Ja/Nein-Fragen möglich ist.²³⁴ Der erste getestete Patient im Wachkoma beantwortete mit dieser Methode eine Stunde lang biografische Fragen zu seiner Person, die mithilfe seiner Angehörigen verifiziert werden konnten. Dabei wurde nicht nur deutlich, dass Bewusstsein vorhanden sein musste, sondern zudem, welche Teile seines Gehirns unwiderlegbar noch funktionieren. Z.B. mussten, indem er sich an Ereignisse erinnerte, die vor seinem Unfall lagen, „die mittleren Areale des Temporallappens und der Hippocampus tief im Inneren des Gehirns“²³⁵ noch intakt sein.²³⁶ Scott, ein Patient dem fehlendes Bewusstsein diagnostiziert wurde, gab Antworten auf Fragen, die für die Lebensqualität und Einschätzung seiner Lage von großer Bedeutung waren. Er verneinte es, Schmerzen zu haben und bejahte es, dass er Freude daran hatte, wenn für ihn Hockey im Fernsehen angemacht wird. Er wusste sogar, dass es nicht 1999, das Jahr seines Unfalls, sondern 2012 war.²³⁷

²²⁸ Im Folgenden wird der Zustand des Patienten mit dem Begriff *Zwischenstatus* und die Verortung dessen mit dem Begriff *Grauzone* bezeichnet.

²²⁹ Owen 2017, S.144.

²³⁰ Vgl. Ebd., S.149.

²³¹ Ebd., S.150.

²³² Die Spanne von 15 000 bis 40 000 ist auf die mangelhafte Dokumentation in den Pflegeheimen zurückzuführen (Vgl. Ebd.).

²³³ Vgl. Ebd.

²³⁴ Vgl. Ebd., S.161ff.

²³⁵ Ebd., S.176.

²³⁶ Vgl. Owen 2017, S.170ff.

²³⁷ Vgl. Ebd., S.192ff.

Dennoch stellte sich Owen die Frage, warum einige Patienten Aufgaben erfüllen konnten, die zeigten, dass sie Bewusstsein haben mussten, aber an der entscheidenden Aufgabe, mental Tennis zu spielen scheiterten. Der Grund musste in der mentalen Anstrengung liegen, der für Patienten mit Hirnschädigungen immens sein kann: „Problematisch dabei war, dass es durchaus Menschen gab, die über Bewusstsein verfügten, dies aber trotzdem nicht mitteilen konnten, selbst über Gehirnaktivitäten im Scanner“^{238, 239}.

Hierzu entwickelte Owen zusammen mit einer Kollegin einen neuen Test. Basierend auf einer Studie aus Israel, die zeigte, dass Filme synchronisierte kognitive Reaktionen im Gehirn eines Zuschauers auslösten, testeten sie 1997 ihren ersten Patienten. Sie wählten den in Testläufen erprobten Film *Bang! You're Dead* von Alfred Hitchcock, der aufgrund seiner subtilen Erzählweise bewusste Vorgänge voraussetzt.²⁴⁰ Das Ergebnis zeigte, dass der Patient Jeff über ein Bewusstsein verfügte, obwohl zu Beginn seines Krankheitsverlaufs einige Ärzte geraten hatten, „den Stecker zu ziehen“^{241, 242}.

Den Beleg, dass jemand Bewusstsein haben kann, ohne körperliche oder mentale beobachtbare Reaktionen zu zeigen, brachte schließlich der Patient Juan. Durch die Einnahme von Drogen erlitt er Schädigungen am Gehirn, wobei die Ärzte ihm keine höheren Hirnfunktionen diagnostizierten.²⁴³ Der Test mithilfe des Hitchcock-Films erzielte ebenfalls keine eindeutigen Hinweise auf ein Bewusstsein. Die Aktivitäten der Hörrinde waren zwar gegeben, jedoch schien Juan nichts zu sehen.²⁴⁴ Sieben Monate später erfuhr Owen, dass Juan wieder genesen ist. Im Gegensatz zu Kate, der ersten Patientin, lernte er sogar bereits wieder das Gehen. In einem anschließenden Gedächtnistest stellte sich heraus, dass Juan alles bewusst wahrgenommen hatte.²⁴⁵ Diesbezüglich schrieb Owen:

„Je länger ich über Juan nachdachte, desto klarer wurde mir, wie wenig wir immer noch über das Bewusstsein und seine zahlreichen Facetten wussten. Wir hatten alles an Juan ausprobiert, jede Art von Hirn-Scan, jedes neuromodische Verfahren, das uns zur Verfügung stand. Und trotzdem war es uns nicht gelungen, eindeutig vorhandenes Bewusstsein nachzuweisen.“²⁴⁶

Durch Owens Forschung wurde deutlich, dass die *Grauzone* kein einheitliches Krankheitsbild auszeichnet, da jeder Patient „unterschiedlich geprägte Symptome aufwies und somit ein völlig eigenständiges Bild darbot“^{247, 248}. Dabei steht man als Verantwortlicher vor der Schwierigkeit,

²³⁸ Ebd., S.232.

²³⁹ Vgl. Ebd., S.230ff.

²⁴⁰ Vgl. Ebd., S.233ff.

²⁴¹ Ebd., S.237.

²⁴² Vgl. Ebd., S.237ff.

²⁴³ Vgl. Ebd., S.246ff.

²⁴⁴ Vgl. Ebd., S.247f.

²⁴⁵ Vgl. Owen 2017, S.248ff.

²⁴⁶ Ebd., S.255.

²⁴⁷ Ebd., S.207.

²⁴⁸ Vgl. Ebd., S.205ff.

dass jede Entscheidung, die diese Patienten betrifft, „oft gewaltige ethische und moralische Folgen nach sich [zieht]“²⁴⁹.

Ein Dilemma, das insbesondere auf Patienten im Wachkoma zutrifft, besteht darin zu entscheiden, wie lange man die intensivmedizinische Betreuung fortführt. Der Prozess des Sterbens kann lediglich mit der Beendigung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr initiiert werden. „Entzieht man dem Patienten [jedoch] Nahrung und Flüssigkeit, lässt man ihn buchstäblich verhungern und verdursten“^{250, 251}. Während einer Konferenz zum Thema *Gehirn und Bewusstsein* wurde diesbezüglich diskutiert, inwieweit die eigene Definition von Bewusstsein die Bereitschaft, ein Lebewesen zu töten, beeinflusst: „Diese Bereitwilligkeit scheint eng damit zusammenzuhängen, welche äußeren Formen und Verhaltensweisen das Lebewesen aufweist“^{252, 253}. Bezieht man dies auf den Zustand eines Patienten im Wachkoma, der unter Umständen weder auf seine Umwelt reagieren kann noch der äußeren Erscheinung seiner Person vor dem Unfall entspricht, ist die Bereitschaft vermutlich erhöht.²⁵⁴

Hierzu schreibt Keown (2001) in seinem Werk *Buddhism and Bioethics*: „It must be recognised that the high cost of maintaining patients in this condition, and the related question of the fair allocation of limited medical resources, have also played a part“²⁵⁵. Er äußert zudem seine Bedenken bezüglich der Einflussnahme von Ärzten bei kritischen Fällen, die vor Gericht verhandelt werden. Dabei geht es schließlich um nichts Geringeres als das Schicksal von Personen.²⁵⁶

Diesbezüglich sei auf die Debatte *Recht auf Leben kontra Recht zu sterben* verwiesen: Wenn ein Patient zwar über ein minimales Bewusstsein verfügt, jedoch keine Aussicht auf eine Genesung besteht und zusätzlich mit schweren Infektionen zu rechnen ist, ist es dann im Sinne des Patienten ihn sterben zu lassen oder vielmehr eine ökonomische Nutzen-Kosten-Bilanz des Gesundheitswesens?²⁵⁷ Warum ist es rechtlich unproblematisch, als bevollmächtigter Angehöriger über das Leben eines Patienten im Wachkoma zu entscheiden, aber problematisch, wenn dieser eigenständig und mehrfach in einem Scan die Frage, ob er sterben will, bejaht^{258?259} Eine mögliche Antwort bietet die Studie Owens zu Patienten im Locked-in-Syndrom: Obwohl aufgrund der geringen Teilnahme die Ergebnisse möglicherweise verzerrt sind, haben lediglich sieben Prozent geäußert, sterben zu wollen. Die Mehrheit gab an, zufrieden zu sein. Dabei handelt es sich „vielleicht um jene, die ihre Werte und Bedürfnisse neu ausrichten konnten“^{260, 261}. Man

²⁴⁹ Ebd., S.215.

²⁵⁰ Ebd., S.209.

²⁵¹ Vgl. Ebd., S.208f.

²⁵² Ebd., S.209.

²⁵³ Vgl. Ebd.

²⁵⁴ Vgl. Ebd., S.211f.

²⁵⁵ Keown 2001, S.159.

²⁵⁶ Vgl. Keown 2001, S.159.

²⁵⁷ Vgl. Owen 2017, S.217f.

²⁵⁸ Im Rahmen dieser Arbeit kann die Debatte um die Euthanasie nicht weiter ausgeführt werden.

²⁵⁹ Vgl. Ebd., S.223f.

²⁶⁰ Ebd., S.225.

²⁶¹ Vgl. Ebd., S.224f.

denke zudem an den ersten Fall, Kate, zurück, die sich in ihrer damaligen Situation selbst das Leben nehmen wollte und heute ein Leben außerhalb des Krankenhauses führen kann.

Somit muss dem Patienten die Chance gegeben werden, sich mit seinem neuen Leben zu arrangieren. Dies sollte jedoch nicht bloß der Fall sein, wenn der Patient selbst die Möglichkeit hat, sich hierzu zu äußern, sondern ebenfalls durch die Angehörigen mit Entscheidungsbefugnis bedacht werden, denn:

„Die Studie zieht in Zweifel, dass irgendein Mensch beurteilen kann, welche Wünsche und Bedürfnisse er nach einer schweren Hirnverletzung haben könnte. Ist es also bedenklich, eine Patientenverfügung zu verfassen? Man stelle den Alptraum vor, den man durchmachen muss, wenn man eine Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung erlassen hat und dann bewusst miterlebt, wie diese entgegen dem aktuellen Wunsch tatsächlich unterlassen wird.“²⁶²

Obwohl bei vielen Patienten entgegen der ärztlichen Einschätzung Bewusstsein festgestellt wurde, stellt dies nicht die Regel dar. Der Fall Schiavo zeigte 1990, dass die Diagnose *völliges Hirnversagen* nach langem Verweilen im Wachkoma gerechtfertigt war.²⁶³ Es ist, wie in der Einleitung beschrieben, auch nicht Ziel dieser Arbeit zu proklamieren, dass es kein völliges Hirnversagen geben könne. Das Ziel besteht vielmehr darin, die Definition, die Kriterien und damit verbundenen Handlungen zu überdenken. Das Fallbeispiel Juan zeigte, dass der heutige Stand der Wissenschaft nicht ausreicht, um fehlerfrei beurteilen zu können, ob jemand Bewusstsein besitzt oder nicht. Wie kann darauf basierend die Diagnose *völliges Hirnversagen* berechtigt sein, die im Fall einer Organspende innerhalb eines kurzen Zeitfensters stattfinden muss? Und wie kann der Okzident seine Handlungsorientierung bezüglich der Patienten im Wachkoma im Gegensatz zu jenen, denen völliges Hirnversagen diagnostiziert wird, als hinreichend erklären? Die spontane Atmung kann aufgrund einer Verschlechterung des Zustandes im Wachkoma ebenfalls vom Respirator ersetzt werden. Patienten im Wachkoma sind zudem auf eine Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr von Außenstehenden angewiesen. Inwieweit kann somit für die einen die Definition *lebend* und für Patienten mit völligem Hirnversagen die Definition *am Leben gehalten* gelten? Die Argumentation im Okzident widerspricht sich an dieser Stelle.

Owen zieht am Ende seines Werkes folgenden Schluss: „Wenn wir Bewusstsein messen wollen, messen wir im Grund immer Gehirnaktivitäten, die mit der *Erfahrung bewussten Seins* zusammenhängen, und nicht das Bewusstsein selbst [Hervorhebungen im Original]“²⁶⁴.

Inwiefern in Anbetracht der neuesten Forschungsergebnisse dennoch eine Definition und Kriterien sowie hiermit korrelierende Handlungsvorgaben möglich sein können, soll im folgenden Unterkapitel, durch die Anwendung der verschiedenen buddhistischen Perspektiven, aufgezeigt werden.

²⁶² Ebd., S.225f.

²⁶³ Vgl. Owen 2017, S.87ff.

²⁶⁴ Ebd., S.288.

4.5 Buddhismus und völliges Hirnversagen

Das grundsätzliche Problem der okzidental Denkweise besteht in ihrem als Prämisse gesetzten Korrelationsverständnis: Das Gehirn wird als Sitz des Bewusstseins postuliert, sodass fehlende Gehirnaktivitäten, die auf körperlichen Prozessen basieren, zu der Schlussfolgerung führen, dass es sich nicht mehr um eine Person handelt.

Nach Gyatso (1997) zeichnet eine Person zwar unter anderem die Konstituente *Körper* aus, jedoch ist Bewusstsein unabhängig vom Körper möglich.²⁶⁵ Insbesondere ist dieses nicht auf eine bestimmte Stelle im Körper reduzierbar. Das Gehirn als Träger des Bewusstseins anzunehmen ist nach diesem Modell folglich falsch.²⁶⁶ Dass das Gehirn negativ auf Bewusstsein getestet werden kann und dennoch Bewusstsein vorhanden ist, wie der Fall Juan gezeigt hat, unterstützt dies.

Als Ausgangspunkt, um den buddhistischen Ansatz einer Definition und deren Kriterien deutlicher zu machen, wurde folgendes, an den bisherigen Ergebnissen des Diskurses orientierte Modell, grafisch umgesetzt:

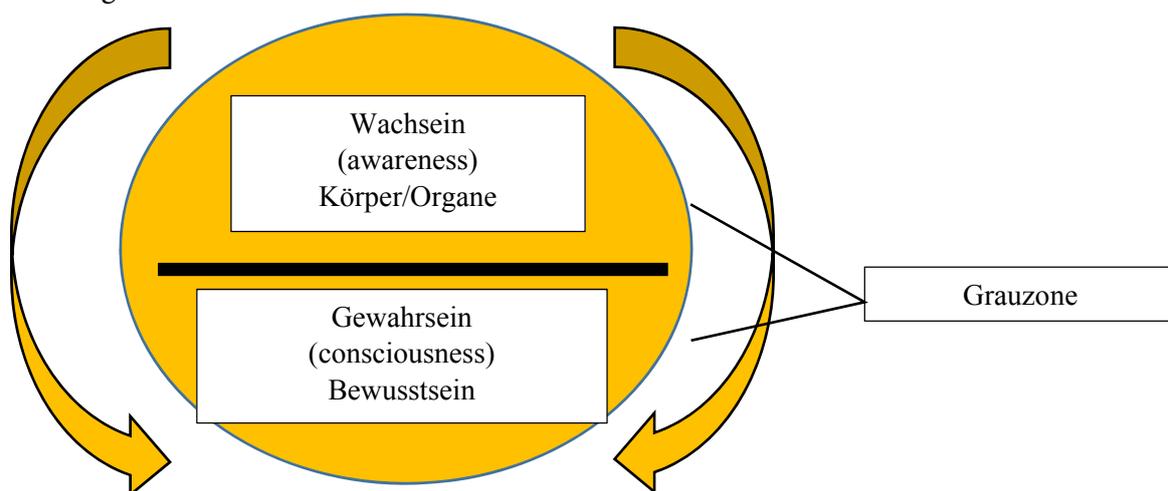


Abb.12: Struktur des Mentalen nach Owen

Als Grundlage für diese Grafik dient Abb.6 aus Kapitel 3.2, die zur Veranschaulichung der Unterscheidung zwischen *Sinnesdirektwahrnehmer*, *Geistiger Direktwahrnehmer* und *Nichtfeststellende Wahrnehmer* erstellt wurde. Hierbei wurden die Begriffe von Gyatso durch jene von Owen (2017) ersetzt. Dabei zeigt sich, dass Owens Unterscheidung, als ein Vertreter der okzidental Perspektive, parallelisiert werden kann. Der *Sinnesdirektwahrnehmer* (bei Owen das *Wachsein*) bezeichnet das *sinnliche Gewahrsein (awareness)*. Der *Geistige Direktwahrnehmer* (bei Owen das *Gewahrsein*) verarbeitet die Sinneseindrücke mental durch den Sinnesvollzug (*consciousness*).

²⁶⁵ Vgl. Gyatso 1997, S.14f.

²⁶⁶ Vgl. Ebd., S.19.

Um innerhalb der okzidentalen Konvention einer Person Bewusstsein zuzusprechen, ist der Ausgangspunkt kontinuierlich der Körper, im Speziellen ein Organ: das Gehirn. Owen stellte, wie in Kapitel 4.4 dargelegt wurde, im Laufe seiner Karriere als Neurowissenschaftler demgegenüber fest, dass bewusste Aktivitäten häufig unerkannt blieben. Mit den entwickelten Tests konnten Owen und seine Kollegen zwar bei einigen Patienten Bewusstsein erfolgreich feststellen. Dennoch machte er die Erfahrung, dass er jene, die sich tief in der *Grauzone* befanden, nicht erreichen konnte. Was Owen als Patient in der *Grauzone* bezeichnet, ist nach Gyatso ein *Nichtfeststellender Wahrnehmer*. Bei diesen Patienten ist das *Gewahrsein* sehr subtil; sie befinden sich dementsprechend unterhalb des medizinisch-technisch Erfassbaren.²⁶⁷ Obwohl der Körper im subtilen Zustand Unterstützung benötigt, muss das scheinbar fehlende Wachsein (*awareness*) nach Gyatso kein Korrelationsverhältnis zum *Gewahrsein* (*consciousness*) haben.²⁶⁸ Owen hat diesen Ansatz im Okzident bereits wissenschaftlich belegen können.

Es entsteht demnach eine zweiseitige Betrachtungsmöglichkeit: Die begrenzte Außenperspektive und die subtile Innenperspektive.

Gyatso unterscheidet zudem zwischen *begrifflichen* und *nichtbegrifflichen Geistesarten*.²⁶⁹ In Kapitel 3.1 wurde bezüglich des Unterschieds zwischen Erkenntnis und Erfahrung erklärt, dass eine Verschiebung von einem Begriff, der Umfeld und Inhalt umfasst, zu jenem, der zwar ein Umfeld, jedoch keinen Inhalt aufweist, stattfindet. Nach Gyatso findet dementsprechend eine Verschiebung von *begrifflichen* zu *nichtbegrifflichen Geistesarten* statt. Das heißt zu einem Bewusstsein, das zwar ein Umfeld, jedoch eine temporäre Inhaltsleere²⁷⁰ aufweist. Durch die von Owen entwickelten Tests ist es möglich, weiter in die *Grauzone* vorzudringen als zuvor. Dennoch musste er die Grenzen seiner Tests, insbesondere durch den Fall *Juan*, feststellen. Demnach ist es zwar möglich, Patienten, die sich im „oberen“ Bereich der *Grauzone* befinden, medizinisch-technisch zu erreichen, sodass ein Begriffsinhalt und -umfeld ausformuliert werden kann. Jene, die sich zu weit in der *Grauzone* befinden, liegen jedoch außerhalb der medizinisch-technischen Überprüfbarkeit und bleiben somit im Okzident temporär inhaltsleer.

Obwohl mithilfe der Außenperspektive kein inhaltlicher Zugriff möglich ist, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass kein Bewusstsein vorhanden ist. Es ist, dem buddhistischen Ansatz folgend, unter Umständen lediglich sehr subtil. Gyatso erklärt jenes Phänomen damit, dass sich das subtile Bewusstsein innerlich sammelt und dadurch für den außenstehenden *Erkenner* verborgen ist.²⁷¹ Hierdurch besteht die Gefahr, dass der außenstehende *Erkenner* eine *falsche Gewährseinsart* entwickelt. Das heißt, zu einem *nichtgültigen Erkenner* wird, indem er eine solche Person als tot erklärt.²⁷²

²⁶⁷ Vgl. Gyatso 1997, S.133.

²⁶⁸ Vgl. Ebd., S.24.

²⁶⁹ Vgl. Ebd., S.28ff.

²⁷⁰ Durch den medizinisch-technischen Fortschritt kann die Inhaltsleere temporär aufgehoben sein bis neue Grenzen der Medizin aufgedeckt werden.

²⁷¹ Vgl. Gyatso 1997, S.81.

²⁷² Vgl. Ebd., S.93ff.

Diesbezüglich führt Keown (2001) das Beispiel eines buddhistischen Mönchs an, der durch Mentaltechniken einen tiefen subtilen Zustand erreichte, sodass er ein drohendes Feuer im Haus nicht bemerkte.²⁷³ Obwohl die Mediation im Zusammenhang mit der Hirnforschung nicht zum thematischen Schwerpunkt dieser Arbeit gehört, zeigt das Beispiel, dass ein durch Mentaltechniken hervorgebrachter Zustand mit dem eines Patienten im Koma grundsätzlich verglichen werden kann. So wie der buddhistische Mönch im sehr subtilen Zustand nicht körperlich auf die drohende Gefahr reagierte, weist der Körper eines Patienten unter Umständen für den Außenstehenden keine Anzeichen für Bewusstsein auf.

Zudem betont Gyatso, dass Gefühle nicht ausschließlich durch biologische Prozesse im Körper entstehen. Er unterscheidet hierzu zwischen körperlichen und geistigen Gefühlen. Geistige Gefühle können auch im Zustand des subtilen Bewusstseins weiterhin bestehen.²⁷⁴ Keown betont hierzu, dass sich die sog. *life-faculty* in physisch und immateriell untergliedert. Wenn man dem Körper keine Unterstützung bietet, wird zwangsläufig das Immaterielle ebenfalls geschädigt.²⁷⁵ Beide Konstituenten unterliegen demnach, dem Modell Nāgārjunas folgend, dem bedingten Entstehen. Gytasos Modell stützend folgert Keown weiterhin: „The immaterial life-faculty cannot be the subject of an assault because it is not a physical thing. Nor, since it is immaterial, can it be directly detected or observed“²⁷⁶. An dieser Stelle sei an Owens erste Patientin Kate erinnert, die Schmerzen spüren konnte, ohne sich mitzuteilen. Sowie an Juan, der in einem späteren Gespräch mit Owen sagte: „Ich hatte solche Angst, dass ich weinte [...] Tränen sind mir nicht gekommen, aber ich habe trotzdem geweint“²⁷⁷.

Keown macht diesbezüglich darauf aufmerksam, dass durch den medizinisch-technischen Fortschritt kein neues Problem entstand, sondern offengelegt wurde, dass die Definition und ihr zugrundeliegendes Korrelationsschema im Okzident, im Sinne einer organischen Reduktion, überdacht werden müsse.²⁷⁸ Dies wird von der zuvor dargelegten These gestützt, dass Immaterielles nicht zwingend beobachtbar oder messbar sei. Fehlende Hirnaktivitäten sind bloß auf die Schädigung eines Organs zurückzuführen: „For Buddhism, the loss of the higher mental functions is not death“²⁷⁹.

Zieht man die vorgegebenen Möglichkeiten einer Definition und dazugehöriger Setzungen, die diesbezüglich nach dem Deutschen Ethikrat (2015) zu beachten sind, heran, ist der Verlust der leiblichen Einheit als Prämisse einer Definition für völliges Hirnversagen nicht haltbar. Es wurde gezeigt und durch die Forschung belegt, dass die aktuellen medizinischen Tests nicht ausreichen, um mit Sicherheit festzustellen, dass kein Bewusstsein vorhanden ist. Owen beschrieb mehrfach die gestellte Diagnose eines irreversiblen Verlustes höherer Hirnfunktionen,

²⁷³ Vgl. Keown 2001, S.146.

²⁷⁴ Vgl. Gyatso 1997, S.127f.

²⁷⁵ Vgl. Keown 2001, S.148f.

²⁷⁶ Ebd., S.149.

²⁷⁷ Gyatso 1997, S.259f.

²⁷⁸ Vgl. Keown 2001, S.140.

²⁷⁹ Ebd., S.154.

obwohl die Patienten noch über Bewusstsein verfügten. Demzufolge ist lediglich der dritte Ansatz, der das vollständige Absterben aller Lebensvorgänge im gesamten Körper als Prämisse setzt, haltbar. An dieser Stelle wird nicht von einem Organ, sondern dem Körper als Ganzes ausgegangen, sodass mit dem Erlöschen der gesamten Funktionen der Körper endgültig vom Geist gelöst ist.

Basierend auf der Definition des vollständigen Absterbens sind alle zu beachtenden Setzungen des Deutschen Ethikrates eingehalten. Eine mögliche Kritik der angeführten Argumentation stellt der buddhistische Ansatz innerhalb der Religion dar, der auf das Weiterleben des Geistes in einem neuen Körper verweist. Diesbezüglich könnte behauptet werden, dass die Lebensweltkompatibilität der okzidentalen Kultur nicht eingehalten wird. Da in der vorliegenden Arbeit jedoch lediglich die philosophische Perspektive herangezogen wurde, ist dies nicht angebracht. Die innerbuddhistische Fragestellung der Wiedergeburt stellt somit keinen Abbruch eines interkulturellen Diskurses dar. Denn ob innerhalb des Glaubens der Geist in einen neuen Körper übergeht, ist nicht Gegenstand des Diskurses. Mit dem Erlöschen der gesamten Funktionen des Körpers ist der okzidentalen Norm eines Toten entsprochen: Der Körper ist kalt, steif und die fehlende Durchblutung erzeugt die bekannte *Todesblässe*.

Die Kriterien der konventionellen Perspektive umfassen das fehlende Bewusstsein, die fehlende spontane Atmung und die Irreversibilität dieses Zustandes. Das Fehlen der spontanen Atmung soll belegen, dass weder ein Austausch mit der Umwelt noch das Anzeichen für Bedürfnisse besteht.²⁸⁰ Owens Forschung zeigte, dass die Tests für die Erfüllung der Kriterien nicht ausreichend sind. So konnte er mithilfe des fMRT mit einem Patienten im Wachkoma, der laut den Ärzten über keine höheren Hirnfunktionen verfügte, kommunizieren. Man könnte an dieser Stelle kritisieren, dass es sich hierbei um das Wachkoma handelt, in welchem Patienten eigenständig atmen können. Das ist jedoch nicht der entscheidende Punkt. Auch diesen Patienten wurde kein Bewusstsein diagnostiziert, obwohl viele von ihnen bei Bewusstsein waren. Wie kann man behaupten, dass in Anbetracht der aktuellen Forschungslage völliges Hirnversagen innerhalb kurzer Zeit festgestellt werden kann? Und es aufgrund der intensivmedizinischen Pflege als Problem bezeichnen, wenn ein Übergang in ein Wachkoma stattfindet? Diesbezüglich zeigt sich vielmehr, dass den Patienten die Möglichkeit gegeben werden sollte, aus der *Grauzone*, in der sie sich unter Umständen befinden, zu genesen. Denn faktisch ist es durch den medizinisch-technischen Stand aktuell noch nicht möglich, um mit Sicherheit zu sagen, dass ein Patient über kein Bewusstsein verfügt und dieser Zustand irreversibel ist. Hierzu sei an die notwendige Bedingung erinnert, „dass der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“²⁸¹. Wenn aktuelle Erkenntnisse aus der Forschung darauf hinweisen, dass die medizinisch-technischen Möglichkeiten zur Feststellung von Bewusstsein nicht hinreichend sind, sollte demzufolge die Konsequenz die Überarbeitung der aktuellen Handlungsvorgaben sein.

²⁸⁰ Vgl. Deutscher Ethikrat 2015, S.90.

²⁸¹ Ebd., S.34.

Das Argument wird durch die Minderheitsmeinung des Deutschen Ethikrates unterstützt, die zu Bedenken gibt, dass eine intensivmedizinische Unterstützung nur dann möglich ist, wenn Teile des Systems weiterhin funktionsfähig und koordiniert sind. Der Körper unterliegt demzufolge einem Prinzip der Wechselwirkung.²⁸² Die Annahme wird durch die buddhistische Perspektive Nāgārjunas (Weber-Brosamer/Back 1997) bestärkt: Die Aussage, dass biologische Prozesse einem linearen-dynamischen Prozess unterliegen, ist nicht haltbar, denn alles in der konventionellen Welt ist dem Korrelationsgefüge eines bedingten Entstehens unterworfen.²⁸³

Die Diagnose *völliges Hirnversagen* führt zwangsläufig zum Tod und im Fall einer entsprechenden Vorsorge zur Organspende. Dabei liegt der Ursprung in der Abschaltung des Respirators. Dies führt dazu, dass die Teile des Systems, die zuvor noch funktionsfähig waren, das gesamte System nicht mehr unterstützen können.²⁸⁴

Wenn die Unsicherheit über ein mögliches Bewusstsein in der *Grauzone* besteht, sollte jedoch an Hans Jonas (1974) Worte erinnernd, die Wahl immer auf die Seite des Lebens fallen.²⁸⁵

Owen stellte sich durch die Ergebnisse seiner Forschung die Frage, ob die Formulierung einer Patientenverfügung sinnvoll ist. Wie kann ein Patient vorab wissen, ob er dieser noch zustimmen würde, wenn er bei Bewusstsein, aber unfähig zur Kommunikation mit seiner Umwelt ist; sich demnach im Zustand eines *Zwischenstatus* befindet und entgegen seiner Verfügung wollen würde, dass man ihm hilft?

Summa Summarum weist die konventionelle Perspektive zum völligen Hirnversagen keine hinreichenden Kriterien auf. Das bedeutet nicht, dass es völliges Hirnversagen nicht geben kann. Bei der Feststellung des Todes ist es weiterhin ein notwendiges Kriterium. Letztlich kann jedoch nur der traditionelle Herz-Kreislauf-Stillstand ein gültiges Kriterium für den Tod und somit ein notwendiges sowie hinreichendes Kriterium für die Organspende darstellen.

Diesbezüglich verweist Keown auf drei buddhistische Kriterien zum Tod: „When three things leave the body – vitality (*ayus*), heat (*usman*) and consciousness (*viññana*) – then it lies forsaken and inanimate (*acetana*), a thing for others to feed on [Hervorhebungen im Original]“²⁸⁶. Basierend auf Nāgārjunas Modell des bedingten Entstehens sowie entsprechend der Gegenargumente des Deutschen Ethikrates, bedingen sich jene Kriterien gegenseitig. Das Leben (*ayus*) hängt von der Wärme (*usman*) ab. Die Wärme kann okzidental als Durchblutung, ferner als Herzkreislauf, verstanden werden. So lange die Funktionalität des Herzkreislaufs gegeben ist, ist ebenfalls vom Bewusstsein auszugehen. Erst wenn *alle* drei Kriterien den Körper verlassen ist dieser „a thing for others to feed on“²⁸⁷. Das heißt, erst dann ist eine Organspende gerechtfertigt. Der Arzt hat demzufolge die Verantwortung „to insure that the patient can continue to

²⁸² Vgl. Ebd., S.84ff.

²⁸³ Vgl. Gerhard 2014, Folie: Entstehen in gegenseitiger Abhängigkeit.

²⁸⁴ Vgl. Feinendegen/Höver 2013, S.31.

²⁸⁵ Vgl. Jonas (1974) zit. in Feinendeger/Höver 2013, S.39.

²⁸⁶ Keown 2001, S.145.

²⁸⁷ Keown 2001, S.145.

cultivate the mind without interrupting the *prana*, and thus avoid jeopardizing the final phase of the dying process [Hervorhebungen im Original]²⁸⁸. *Prana*, das Atmen, kann mit der Beatmung parallelisiert werden. Solange der Körper mithilfe des Respirators das gesamte System funktionsfähig hält, ist demzufolge vom Leben auszugehen. Das Abstellen des Respirators ist somit gleichzusetzen mit dem aktiven Töten, basierend auf der buddhistischen Prämisse „*Taking life means to kill anything that lives* [Hervorhebungen im Original]²⁸⁹.

Des Weiteren sei darauf aufmerksam gemacht, dass durch das Herzkreislauf-Kriterium die im Kapitel 2.3 dargelegte Problematik bei der Durchführung einer Organspende aufgehoben wird. Im Speziellen erfolgt dies, indem keine Unsicherheit über den Verlauf des Zustandes eines Patienten durch einen möglichen Übergang in ein Wachkoma besteht.

Angesichts der neuen Definition und deren Kriterien stellt sich die Frage, wie Handlungsvorgaben bezüglich des Umgangs mit Patienten in der *Grauzone* aussehen könnten. Schließlich machte Owen innerhalb seiner langjährigen Studien die Beobachtung, dass der Umgang mit den Patienten scheinbar einen entscheidenden Faktor für deren Genesung hatte.

Die Erstellung von ethisch-integren Handlungsvorgaben, bei welchen insbesondere das Mitleiden nach Śāntideva (Steinkellner 1997) Einzug findet, wird der thematische Schwerpunkt des folgenden Unterkapitels sein.

4.6 Ethisch-integre Handlungsvorgaben durch Buddhismus

Bis der unwiderrufliche Gegenbeweis durch den Herz-Kreislauf-Stillstand gegeben ist, setzt man im Buddhismus, wie im Kapitel zuvor erläutert worden ist, ein mindestens sehr subtiles Bewusstsein voraus. Der Patient kann mithilfe der Außenperspektive nicht erfasst werden und wird demzufolge in einem *Zwischenstatus* in der *Grauzone* verortet und aufgrund dieser Annahme am Leben gehalten. Für den Patienten muss dies eine belastende Situation darstellen, insbesondere, wenn das Bewusstsein kein subtiles, sondern mental vollausgeprägt ist, sodass lediglich die Interaktion mit der Umwelt nicht möglich ist.

Lakar²⁹⁰ (2012) beschreibt in seinem Werk *Das Tibetische Buch vom Leben und vom Sterben*, wie mit Menschen, die sich im Sterben befinden, umgegangen werden sollte. Die Handlungshinweise können bezüglich der Patienten in der *Grauzone*, die am Leben erhalten werden, gleichgesetzt werden. So sollen diese durch die Außenperspektive bedingungslose Liebe spüren und das Gefühl bekommen, noch als Mensch angesehen zu werden.²⁹¹ Dies stellt vor allem eine

²⁸⁸ Ebd., S.162.

²⁸⁹ Ebd., S.165.

²⁹⁰ Obwohl das verwendete Werk *Sogyal Rinpoche* als Name des Autors anführt, ist *Lakar* der Familienname. *Rinpoche* ist lediglich ein religiöser Titel. Im Sinne der Einheitlichkeit wird im Folgenden der Familienname *Lakar* verwendet. In den Fußnoten erfolgt die Angabe jedoch weiterhin mit *Sogyal*, um Irritationen bezüglich der Literaturangabe zu vermeiden.

²⁹¹ Vgl. Sogyal 2012, S.213f.

Orientierung für die behandelnden Ärzte dar, die bedenken müssen, welche Auswirkungen ihre Diagnose auf den Umgang mit den Patienten hat.

Wenn davon ausgegangen wird, dass der Patient keine höheren Hirnfunktionen hat, obwohl die Tests das bekanntlich nicht mit eindeutiger Sicherheit sagen können, ändert sich der Blick auf und der Umgang mit diesem. Auch wenn diese Patienten nicht offiziell als tot gelten, ist die mentale Einstellung entscheidend, ob der Patient noch als Mensch oder als Körper ohne subjektives Empfinden wahrgenommen wird. Es sollte eine Haltung eingenommen werden, die mental nicht bereits entschieden ist. Dem Patienten sollte demnach vermittelt werden, dass man ihn noch nicht aufgegeben hat und Maßnahmen zur Verbesserung seines Befindens unternommen werden. Diesbezüglich schreibt Lakar:

„[V]iele Menschen, die mit dem Tod ihrer letzten und größten Herausforderung begegnen, finden sich unvorbereitet und fühlen sich von ihrer eigenen Unwissenheit betrogen; dass darüber hinaus anscheinend niemand sie und ihre tiefsten Bedürfnisse zu verstehen und ernst zu nehmen scheint, lässt sie denn ganz besonders frustriert und zornig werden.“²⁹²

Lakar findet die Worte, die treffend beschreiben, wie es für einen Patienten sein könnte, der über Bewusstsein verfügt, ohne sich mitteilen zu können. So beschreibt Kate im Gespräch mit Owen (2017) ihre Emotionen wie folgt: „Die dachten, ich sei nicht ich. Sie dachten, ich sei bloß ein Körper. Es war schrecklich. Ich konnte immer noch etwas fühlen. Ich war immer noch ein menschliches Wesen. Ich war unglaublich wütend im Inneren“²⁹³. Kate wünschte sich, entsprechend der Aufforderung Lakars, wie ein Mensch behandelt zu werden. Nicht alle Patienten haben jedoch das Glück, in dem Maß zu genesen, dass sie der Außenwelt ihre Emotionen wieder mitteilen können. Das bedeutet nicht, dass sie über keine geistigen Gefühle, wie Gyatso (1997) es beschrieben hat und Kate belegt, verfügen.

Um den Patienten das Gefühl zu geben, dass sie weiterhin als Menschen anerkannt sind, sollte zu allererst darauf geachtet werden, Berührungen nicht zu vermeiden. So schreibt Lakar: „Auch ich habe oft gesehen, dass gerade sehr kranke Menschen sich nach Berührung sehnen. Sie möchten als Menschen behandelt werden und nicht als Krankheitsfälle“²⁹⁴. Des Weiteren sollte offen und anregend mit den Patienten kommuniziert werden; so wie man es tun würde, wenn diese mit einem interagieren könnten.

An dieser Stelle ist das in Kapitel 3.3 vorgestellte Mit-Leiden von Śāntideva (Steinkellner 1997) von Bedeutung. Ärzte legen zu Beginn ihrer Karriere den Hippokratischen Eid ab, anderen Menschen zu helfen. Dies ist äquivalent zur Zielsetzung des Mit-Leidens zu verstehen, die besagt, dass dem anderen geholfen werden muss, „weil sie Wesen sind, wie ich selbst ein Wesen bin“²⁹⁵. Dabei muss ein Arzt keine Haltung im Sinne von *mahākaruṇā* antizipieren. Es reicht,

²⁹² Ebd., S.214f.

²⁹³ Owen 2017, S.56.

²⁹⁴ Sogyal 2012, S.214.

²⁹⁵ Steinkellner 1997, S.102, V.94.

wenn er die Stärkung von *karuṇā*, das sich auf das physische und psychische Leiden von empfindenden Lebewesen bezieht, anstrebt. Hierbei fordert Śāntideva dazu auf, sinnlich Wahrgenommenes zu reflektieren, denn: „Wer die Regel [eines Bodhisattva] beachten will, muß sorgsam sein Denken hüten“²⁹⁶. Für den Okzident bedeutet dies, dass die Beurteilung des Zustandes eines Patienten in der *Grauzone* nicht über die sinnliche Wahrnehmung möglich ist. Das Pflegepersonal als auch die Ärzte müssen demzufolge Achtsamkeit als Sinneswahrnehmer ausüben, um eine falsche Gewährseinsart²⁹⁷, im Sinne eines Absprechens von höheren Hirnfunktionen, zu vermeiden.

Lakar gibt in seinem Werk konkrete Ratschläge zur Umsetzung von *karuṇā*. Dabei kann Mit-Leiden²⁹⁸ durch verschiedene Techniken gestärkt werden. Mit Bezug auf den bioethischen Diskurs seien insbesondere „[Mit-Leiden]: Erkennen, dass die anderen Ihnen gleich sind“²⁹⁹ und „[Mit-Leiden]: Sich in die Lage der anderen versetzen“³⁰⁰ erläutert.

Bei ersterem soll Abstand genommen werden vom Zuschreibungscharakter einer Rolle, indem das Gegenüber „als ein anderes menschliches Wesen mit genau denselben Empfindungen, demselben Wunsch nach Glück, derselben Angst vor Leiden“³⁰¹ betrachtet wird. Das heißt, die Ärzte und das Pflegepersonal sollen sich mental darin einüben, den Patienten nicht bloß in seiner Rolle als Patient zu sehen, sondern als ein Mensch mit der gleichen Fähigkeit zu Gefühlen, zu denen sie selbst fähig sind.

Die zweite Technik zielt auf die Ernsthaftigkeit der Bemühung ab, dem anderen Gutes zu tun, indem mental die Position des anderen eingenommen und die Frage gestellt wird, was man sich selbst wünschen würde.³⁰²

Die Techniken entsprechen hierbei der von Śāntideva beschriebenen Gleichsetzung und Austausch des Selbst mit Anderen.³⁰³

Lakar beschreibt über die Techniken zur Stärkung von *karuṇā* hinaus seine Fassungslosigkeit über den okzidentalen Umgang mit Patienten. Hierzu fragt er: „Haben wir denn nicht alle ein Recht darauf, dass in unserem Sterben [hier: *Grauzone*] nicht nur unser Körper mit Achtung

²⁹⁶ Ebd., S.49, V.1.

²⁹⁷ Siehe Kapitel 3.2, S.20.

²⁹⁸ Lakar benutzt hierfür den Ausdruck *Mitgefühl* (Vgl. Sogyal 2012, S.236). Im Sinne einer einheitlichen Verwendung wird dieser durch den in Kapitel 3.3 eingeführten Begriff *Mit-Leiden* ersetzt.

²⁹⁹ Ebd., S.238.

³⁰⁰ Ebd.

³⁰¹ Sogyal 2012, S.238.

³⁰² Vgl. Ebd.

³⁰³ Vgl. Gerhard 2011, S.195.

behandelt wird, sondern – was vielleicht noch viel wichtiger ist – auch unser Geist?³⁰⁴. Spirituelle Fürsorge³⁰⁵ ist für Lakar, wie die medizinische Versorgung, ein Grundrecht.³⁰⁶ Angesichts der Beobachtungen von Handlungen innerhalb der modernen okzidentalen Medizin kommt er jedoch zu folgendem Schluss:

„So, wie es sich heute allerdings darstellt, ist unsere Kultur derart hartherzig in ihrem Zweckdenken und ihrer Verleugnung aller wahren spirituellen Werte, dass Menschen, die eine tödliche Krankheit bekommen, sich dafür fürchten, weggeworfen zu werden wie Ausschuss.“³⁰⁷

Ersetzt man *tödliche Krankheit* mit der Diagnose *völliges Hirnversagen*, wird die Angst vor einer falschen Diagnose und demzufolge einer falschen Handlungsorientierung, einschließlich der vorschnellen Einleitung zu Maßnahmen der Organspende (*Zweckdenken*) deutlich.

Insgesamt können die ethisch-integren Handlungsvorgaben wie folgt zusammengefasst werden:

- (1) Problembewusstsein
- (2) Patientenumgang
- (3) Mit-Leids-Haltung
- (4) Perspektivenwechsel³⁰⁸

Im Anschluss an den bioethischen Diskurs werden die Ergebnisse im Fazit zusammengefasst, wobei ein Ausblick auf forschungsrelevante Themen gegeben wird.

5. Fazit

Das Ziel dieser Arbeit bestand im bioethischen Diskurs zum völligen Hirnversagen, im Speziellen der Erstellung einer Definition mit notwendigen sowie hinreichenden Kriterien als auch der Herausarbeitung hiermit korrespondierender Handlungsvorgaben. Dabei wurde die Prämisse zugrunde gelegt, dass der Ansatz der verschiedenen buddhistischen Perspektiven mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, eine Bereicherung für den Okzident darstellt.

Hierzu wurde zunächst die theoretische Grundlage beider Perspektiven vorgestellt. Bei der Darstellung der okzidentalen Perspektive wurde im ersten Zwischenfazit bereits deutlich, dass die mangelhaft wirkenden Handlungsvorgaben bezüglich der Organspende auf die unzureichende Definition und daraus abgeleitete Kriterien zum völligen Hirnversagen zurückzuführen ist.

³⁰⁴ Sogyal 2012, S.253.

³⁰⁵ Hoffnung geben, Vergebung finden und ggf. die Meditationspraxis, um einen „friedlichen Geisteszustand“ zu antizipieren (Vgl. Ebd., S.257).

³⁰⁶ Vgl. Ebd.

³⁰⁷ Ebd., S.254.

³⁰⁸ Im Sinne einer kulturellen Allgemeingültigkeit, bei der nicht von der Bereitschaft zu Mentaltechniken ausgegangen werden kann, wurde der Terminus durch den Perspektivenwechsel ersetzt, der die erläuterten Übungen umfasst, ohne befremdlich zu wirken.

Hierdurch erscheinen die Handlungen ethisch-integer defizitär sowie ökonomisch motiviert. Dies steht im direkten Zusammenhang mit der Reduzierung des Bewusstseins auf ein Organ, sodass der Ausfall der höheren Hirnfunktionen die Aufhebung der Definition als Person zur Folge hat.

Nachdem die verschiedenen buddhistischen Perspektiven mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, namentlich von Nāgārjuna (Weber-Brosamer/Back 1997), Gyatso (1997) und Śāntideva (Steinkellner 1997) dargelegt wurden, konnte in einem weiteren Zwischenfazit festgehalten werden, dass das okzidentale Korrelationsverständnis in Anbetracht der buddhistischen Annahme, dass das Bewusstsein nicht mit der Konstituente *Körper* korrelieren muss, nicht haltbar ist.

An die Darstellung der theoretischen Grundlage anknüpfend, wurden zunächst die Setzungen des Deutschen Ethikrates (2015), die bei der Erstellung einer Definition und Kriterien zum Tod zu beachten sind, angeführt. Hieran schloss sich die Darstellung der konventionellen Perspektive, deren Argumentation und Korrelationsverhältnis als unzureichend aufgezeigt wurde. Dabei wurde deutlich, dass die konventionelle Perspektive den Teilausfall (hier: „höhere Hirnfunktionen“) als notwendiges und hinreichendes Kriterium für den Tod des gesamten Organismus anerkennt, obwohl dieser mithilfe von intensivmedizinischer Betreuung nicht sofort eintreten würde. Die anschließenden Maßnahmen für die Vorbereitung einer Organspende stellen konventionell kein Problem dar.

Entgegen dieser Ansicht wurden nachfolgend die Gegenargumente der okzidentalen Perspektive angeführt. Diese wiesen darauf hin, dass die intensivmedizinische Betreuung nur möglich ist, wenn in einem Organismus noch die Voraussetzung zu einer koordinierten Funktionsfähigkeit besteht. Demnach ist die Reduzierung auf das Gehirn nicht hinreichend für die Definition *Tod*. Hierbei erhält der Patient eine Diagnose der „selbsterfüllenden Prophezeiung“³⁰⁹, die zwangsläufig zur Organspende führt, obwohl die Kohärenz von völligem Hirnversagen und dem Phänomen *Tod* nicht gegeben sein muss. Als Ergebnis wurde festgehalten, dass man nicht mit komplementären Begriffen, wie im Fall von *Tod* und *Leben*, arbeiten kann, sondern einen *Zwischenstatus* annehmen muss.

Der *Zwischenstatus* als Ansatz einer neuen Definition wurde im Unterkapitel zu Owens Forschung (2017) aufgegriffen. Dabei handelt es sich um aktuelle Forschungsdaten, die aufzeigen, dass viele Patienten, denen die Fähigkeit zu höheren Hirnfunktionen abgesprochen wurde, dennoch über Bewusstsein verfügen. Diesbezüglich wurde deutlich, dass die modernen medizinisch-technischen Untersuchungsmöglichkeiten nicht ausreichend sind, um völliges Hirnversagen mit Sicherheit festzustellen.

Letztlich wurde durch die Fusion von kritischen Denkern des Okzidents mit jenen der buddhistischen Perspektive ein integrativer Lösungsansatz entwickelt. Hierzu wurde zunächst eine De-

³⁰⁹ Deutscher Ethikrat 2015, S.92.

definition eines ganzheitlichen Todesverständnisses entwickelt, sodass lediglich der Herz-Kreislauf-Stillstand als notwendiges sowie hinreichendes Kriterium für den Tod angenommen wird und demzufolge nur dann eine Organspende in Frage kommt. Die im Kapitel 2.3 herausgearbeitete Problematik bei einer Organspende, insbesondere die lückenhafte Regelung des Handlungszeitfensters sowie der Übergang in ein Wachkoma durch die intensivmedizinische Betreuung, werden hierdurch aufgehoben. Wenn ein Patient mithilfe von medizinischen Tests als bewusstlos wahrgenommen wird, sein Körper mit medizinisch-technischer Unterstützung aber dennoch funktionsfähig bleibt, muss von einem *Zwischenstatus*, dementsprechend einem Patienten in der *Grauzone*, ausgegangen werden.

Hieran anknüpfend wurden, basierend auf den Perspektiven von Lakar (2012) und Śāntideva (Steinkellner 1997), ethisch-integre Handlungsvorgaben für den Umgang mit Patienten in der *Grauzone* entwickelt, die folgende Aspekte umfassen:

- (1) Problembewusstsein
- (2) Patientenumgang
- (3) Mit-Leids-Haltung
- (4) Perspektivenwechsel

Insgesamt wurde die Prämisse bestätigt, dass die buddhistischen Perspektiven mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung eine Bereicherung für den Okzident darstellen, indem ein integrativer Lösungsansatz entwickelt werden konnte. Dabei konnten die buddhistischen Philosophen Argumentationslücken der Kritiker der konventionellen Perspektive aus dem Okzident schließen.

Basierend auf den aktuellen Erkenntnissen der Forschung haben die aufgestellten ethisch-integren Handlungsvorgaben vorrangig zum Ziel, sowohl die Sensibilität des medizinischen Personals zu erhöhen als auch den Patienten zu entlasten.

Als forschungsrelevanter Ausblick bietet sich die Vertiefung der folgenden Aspekte an, wobei jede Thematik durch die Einbeziehung buddhistischer Perspektiven ebenfalls bereichert würde:

- (1) Die Euthanasie im Zusammenhang mit Patientenverfügungen. Sind diese in Anbetracht des neuesten Forschungsstandes gerechtfertigt? Welche Änderungen müssten vorgenommen werden?
- (2) Komplementär zum Ende eines Lebens kann der Fokus auf den Beginn und die diesbezügliche Rechtslage gesetzt werden. Z.B. indem das Thema *Klonen* oder *Abort* aufgearbeitet wird.
- (3) Die Hirnforschung und Meditation als Untersuchungsansatz für subtiles Bewusstsein. Das heißt, die Fokussierung auf Praxisaspekte der Mentaltechniken im Zusammenhang mit Modellen innerhalb der Philosophie des Bewusstseins als auch die Einbeziehung der naturwissenschaftlichen Aspekte zur Hirnforschung.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Korrelationsverhältnis Okzident, S.10.

Abbildung 2: Konventionelle Dynamik, S.13.

Abbildung 3: Konstituenten eines empfindenden Lebewesens, S.13.

Abbildung 4: Erkenntnis/Erfahrung, S.16.

Abbildung 5: Die fünf Anhäufungen, S.17.

Abbildung 6: Struktur des Mentalen nach Gyatso, S.20.

Abbildung 7: Relationen im Okzident, S.25.

Abbildung 8: Vergleich der Strukturen eines empfindenden Lebewesens, S.26.

Abbildung 9: Unterteilung des Mentalen nach Gyatso, S.26.

Abbildung 10: Gegenüberstellung der Begriffe bei Nāgārjuna und Gyatso, S.27.

Abbildung 11: Festlegung der Begriffe in dieser Arbeit, S.27.

Abbildung 12: Struktur des Mentalen nach Owen, S.43.

Literaturverzeichnis

Abbott, A. Edwin: Flatland. New York: Oxford University Press, 2008.

Böbel, Markus [u.a.] (Hg.): LPNSan. Lehrbuch für Rettungssanitäter, Betriebssanitäter und Rettungshelfer. 2., aktualisierte Auflage. Paderborn: Stumpf und Kossendey, 2006.

De La Vallée Poussin, Louis (Hg. & Übers.): Abhidharmakosabhasyam. 4 Vols. Engl. Transl. Leo M. Pruden. Asian Humanities Press: Berkeley 1991, Vol. I.

Deutscher Ethikrat (Hg.): Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme. Berlin: 2015.

Feinendegen, Norbert/Höver, Gerhard: Der Hirntod – Ein „zweites Fenster“ auf den Tod des Menschen? Zum Neuanfang in der Debatte um das neurologische Kriterium durch den US-Bioethikrat. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2013.

Gerhard, Michael: «Was den Menschen leben läßt, zeigt allein ihm die Handlung.» Handlungen im Buddhismus – exemplarisch bei Nāgārjuna. In: Michael Gerhard/Stephan Grätzel (Hg.): Klassische Handlungstheorien. London: Turnshare, 2009 (Schriftreihe der Internationalen Maurice Blondel-Forschungsstelle für Religionsphilosophie; 2). S. 55-104.

Gerhard, Michael: Non-Personality and Still karuṇā (Compassion). In: Arati Barua (Hg.): West Meets East. Schopenhauer And India. Academic Excellence: New Delhi 2011, S. 179-211.

Gerhard, Michael: Entstehen in gegenseitiger Abhängigkeit. Unveröffentlichte Seminarfolie: 2014.

Gerhard, Michael: Sinnesorgane/Sinneswahrnehmung. Unveröffentlichte Seminarfolie: 2015.

Gerhard, Michael: Bodhicaryāvatāra des Śāntideva. Unveröffentlichte Seminarfolie: 2016.

- Gessmann, Martin: Philosophisches Wörterbuch. 23., vollständig neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag, 2009.
- Gyatso, Khenpo Tsultrim Rinpoche: Taghelle Weisheit. Erforschung der Wirklichkeit. München: Otter, 2007.
- Gyatso, Geshe Kelsang: Den Geist verstehen. Eine Erklärung der Natur und Funktionen des Geistes. Zürich: Tharpa Verlag, 1997.
- Gyatso, Geshe Kelsang: Sinnvoll zu betrachten. Die Lebensweise eines Bodhisattvas. Zürich: Tharpa Verlag, 2000.
- Keown, Damien: Buddhism and Bioethics. New York [u.a.]: Palgrave, 2001.
- Owen, Adrian: Zwischenwelten. Ein Neurowissenschaftler erforscht die Grauzone zwischen Leben und Tod. München: Droemer Verlag, 2017.
- Singer, Wolf/Ricard, Matthieu: Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 2008.
- Sogyal, Rinpoche: Das Tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Ein Schlüssel zum tieferen Verständnis von Leben und Tod. Hamburg: Nikol, 2012.
- Steinkellner, Ernst/Krasser, Helmut: Dharmottaras Exkurs zur Definition Gültiger Erkenntnis im Pramāṇaviniścaya. Beiträge zur Kultur- und Geistesgeschichte Asiens, Band 528, Nr.2. Österreichische Akademie der Wissenschaften, Philosophisch-Historische Klasse, Sitzungsberichte: Wien 1989.
- Steinkellner, Ernst: Śāntideva. Eintritt in das Leben zur Erleuchtung (Bodhicaryāvatāra). Poesie und Lehre des Mahāyāna-Buddhismus. 3. Auflage. München: Eugen Diederichs Verlag, 1997.
- Weber-Brosamer, Bernhard/Back, Dieter M. (Hg. & Übers.): Die Philosophie der Leere. Nāgārjunas Mūlamadhyamaka-Kārikās. Übersetzung des buddhistischen Basistextes mit kommentierenden Einführungen. Wiesbaden: Harrasowitz, 1997 (Beiträge zur Indologie; 28).
- Zumkley, Heinz/Zidek, Walter (Hg.): Differentialdiagnose der Komata. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1986.

Autorenkontakt

Jacqueline Ting
Messeler-Park-Straße 47
64291 Darmstadt
jting@students.uni-mainz.de

Zitationsvorschlag

Ting, Jacqueline (2018): Bioethischer Diskurs zum Hirntod unter Einbeziehung buddhistischer Perspektiven. *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 2: 18-67.