

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	23
Tabellenverzeichnis	25
Abkürzungsverzeichnis	27
Zitierweise	35
Kapitel 1: Einleitung und Problemstellung	37
I. Verwirrung über den Tod	38
II. Der Fall: „Hirntod“ und Schwangerschaft	42
1. Schwangerschaft einer Frau mit Hirnfunktionsausfall	43
2. Einleitung eines Betreuungsverfahrens	44
3. Maßstäbe der Entscheidungsfindung	45
III. Gang der Untersuchung	48
IV. Hinweise zur Terminologie	50
1. Das Phänomen „Tod“ und sein sprachlicher Ausdruck	50
2. Organbezogene Bezeichnungen	52
3. Weitere Bezeichnungen	55
4. In dieser Arbeit verwendete Begriffe und Bezeichnungen	56
Kapitel 2: Prozessrechtliche Grundsätze zur Prüfung von Gutachten	59
I. Allgemeine Grundsätze des Prozessrechts zur Prüfung von Sachverständigengutachten	59
1. Pflicht zur Erstattung des Gutachtens	60
2. Eignung des Gutachters	61
3. Vorgaben des Gerichts an den Gutachter	62
4. Prüfung des Gutachtens auf Plausibilität und Schlüssigkeit	64
a) Berücksichtigung aller wesentlichen Umstände und Tatsachen	65

b) Auseinandersetzung mit Parteivortrag sowie Partei- oder Gegengutachten	65
c) Logische Schlussfolgerungen, insbesondere Widerspruchsfreiheit	67
5. Einholung eines weiteren Gutachtens	68
6. Freie Beweiswürdigung	69
II. Übertragung der Prüfungsgrundsätze auf das Problem „Tod des Menschen“	72
1. Allgemeine Eignung zur Beurteilung interdisziplinärer Streitfragen	72
2. Unterschiede zur prozessualen Bestellung eines Sachverständigen	73
Kapitel 3: Strukturierung des Themas „Tod des Menschen“	77
I. Die vier Ebenen des Themas	77
II. Die hierarchische Struktur der vier Ebenen	80
1. Der logische Zusammenhang	80
2. Verneinung und Verkennung der Hierarchie der Ebenen	84
III. Beispiele für inhaltliche Aussagen zu den vier Ebenen des Themas „Tod“	88
1. Ebene 1: Das Subjekt des Todes	88
a) Materialistisches Menschenbild	89
b) Der Mensch als „körperlich-geistige Einheit“	90
c) Der Mensch als „Person“	95
d) Der Mensch als „Geistwesen“	97
2. Ebene 2: Die Definition des Todes	98
a) Funktionsunfähigkeit des biologischen Organismus	99
b) Desintegration des Organismus	100
aa) „Zerbrechen der körperlich-geistigen Einheit“	100
bb) Desintegration des Organismus als Ganzen	102
c) Verlust des „Personseins“	106
3. Ebene 3: Das Kriterium bzw. Zeichen des Todes	107
a) Abgrenzung zum Todesverständnis	107
b) Traditionell sichere Todeszeichen	109
c) Der irreversible Kreislaufstillstand	111
d) Der irreversible Funktionsausfall des gesamten Gehirns	112

e) Der irreversible Funktionsausfall eines Teils des Gehirns	113
4. Ebene 4: Die Tests bzw. Verfahren zum Nachweis des Todes	114
IV. Fehlende Beachtung der verschiedenen „Ebenen des Todes“	117
Kapitel 4: Grundsätzliche Überlegungen zu Sterben und Tod	121
I. Das allgemeine Verständnis von „Tod“	122
1. Der Tod als Ende des Lebens	122
a) Der Tod als Ende der Existenz	123
b) Der Tod als „Alles-oder-nichts-Begriff“	124
c) Abgrenzung zum „Teiltod“ und anderen „Toden“	126
2. Die Irreversibilität des Todes	129
a) Die Singularität des Todes	130
b) Der Tod als endgültiger, nicht veränderbarer Zustand	131
c) Folgen der Irreversibilität des Todes für das Todeskonzept	135
II. Sterben als Prozess	136
1. Sterben: Der Weg zum Tod	137
2. Unumkehrbarkeit des Sterbeprozesses	139
a) Doppeldeutigkeit der Verwendung von „Point of no Return“	139
b) Bezugspunkt des „Point of no Return“	142
c) Fehlerhafte Verwendung von „Point of no Return“	144
III. Der Tod als „Prozess“?	146
1. Tod des Menschen oder „Tod“ von Zellen und Organen?	147
2. Beginn und Ende des „Prozesses“	150
3. Endgültigkeit und „Prozesshaftigkeit“ des Todes	155
IV. Der Tod als Ereignis	157
V. Todesfeststellung ex post	160
VI. Die „Irreversibilität“ des Ausfalls von Organfunktionen	162
1. Zusammenhang zwischen Ischämie, Funktionsverlust, Substanzschädigung und „irreversiblen Funktionsausfall“	163
2. Möglichkeiten zur Wiederherstellung einer Organfunktion	168
a) Theoretische Möglichkeit zur Wiederherstellung von Organfunktionen	169

b) Praktische Unmöglichkeit der Wiederherstellung der Organfunktion	171
c) Technische Hilfsmittel und Substitution	172
3. Verzicht auf Wiederherstellung der Organfunktion	174
4. Ergebnis	178
 Kapitel 5: Tod und Recht – eine defizitäre Beziehung	179
I. Bundesgesetze	179
II. Die Bestattungsgesetze der Länder	181
1. Allgemeine Regelungen der Bestattungsgesetze	181
2. Der „Hirntod“ in den Bestattungsgesetzen von Baden-Württemberg und Hessen	183
III. Gründe für das Fehlen einer gesetzlichen Todesdefinition	186
1. Historische Ausgangslage	186
2. Übernahme des „Hirntod“-Konzepts in der Rechtswissenschaft	189
3. Keine Prüfung des „Hirntod“-Konzepts durch die Justiz	192
IV. Der „Hirntod“ als „Tod“ in der Rechtsprechung	196
1. Bundesverfassungsgericht	196
2. Ordentliche Gerichtsbarkeit	197
V. Ergebnis	205
 Kapitel 6: Die Bedeutung von § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG („Tod“)	207
I. Die Regelungstechnik des § 3 TPG	207
1. Grundstruktur	208
2. Keine Beschränkung auf die Situation der Intensivmedizin	210
3. Gleiche Bezeichnung für unterschiedliche Situationen	215
II. Differenz zwischen Definition und Kriterium des Todes	218
III. „Implizite Anerkennung“ des „irreversiblen Hirnfunktionsausfalls“ („Hirntod“) als Todeszeichen?	221
1. Grammatikalische Auslegung	222
2. Historische Auslegung	224
a) Die Vorgeschichte des Transplantationsgesetzes	225
b) Der Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU, SPD und FDP	226

c) Die Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses	230
d) Die Änderungsanträge	232
e) Die abschließende Plenardebatte im Bundestag	241
f) Zusammenfassung zur Entstehungsgeschichte	252
3. Systematische Auslegung	254
4. Teleologische Auslegung	257
IV. Ergebnis	259
Kapitel 7: Die Bedeutung von § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG („Hirntod“)	263
I. Das Gehirn und seine Schädigung	263
1. Die verschiedenen Teile des Gehirns und ihre Funktionen	264
2. Entstehung des „Hirntod“-Syndroms	269
3. Häufigkeit der Feststellung des „Hirntodes“	273
II. Ausfall von Funktionen des Gehirns	275
III. Funktionsausfall „des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“	276
1. Grammatikalische Auslegung	277
2. Historische Auslegung	278
3. Systematische Auslegung	280
4. Teleologische Auslegung	284
IV. Bedeutung von „Gesamtfunktion“	287
1. Was ist die „Gesamtfunktion“ des Gehirns?	287
a) Grammatikalische Auslegung	288
b) Historische Auslegung	290
c) Systematische Auslegung	291
d) Teleologische Auslegung	291
aa) Anlehnung an die „Kriterien des Hirntodes“ der Bundesärztekammer?	292
bb) Ausfall des „neuronalen Netzes“?	296
2. Ausfall „wesentlicher“ oder „integrativer“ Funktionen?	299
V. Bedeutung von „endgültig“ und „nicht behebbar“	301
VI. Ergebnis	302

Kapitel 8: Tod, Wesentlichkeitstheorie und Bestimmtheitsgebot	305
I. Grundlagen der Wesentlichkeitstheorie und des Bestimmtheitsgebotes	305
II. Wesentliche Bedeutung von „Tod“ als Rechtsbegriff	307
1. Subjekt des Todes	308
2. Definition des Todes	309
3. Kriterium des Todes	311
4. Tests und Verfahren zur Feststellung des Todes	314
III. Entscheidung über die Sicherheit der Todesfeststellung	316
1. Höchstmögliche Sicherheit	316
2. Konzeptionelle Unsicherheit und Unsicherheit im Einzelfall	317
3. Sichere und weniger sichere Todeszeichen	319
4. Methoden zur sicheren Feststellung des Todes	321
IV. Achtung des Wesentlichkeitsprinzips und des Bestimmtheitsgebotes	323
1. Definition des Todes	323
2. Kriterium des Todes	324
3. Feststellungsverfahren	328
V. Ergebnis	330
Kapitel 9: Die „Richtlinie“ der Bundesärztekammer als „antizipiertes Sachverständigengutachten“ zur Feststellung von Tod und „Hirntod“ in § 3 TPG	333
I. Die Struktur der „Richtlinie“ der Bundesärztekammer von 2022	334
1. Die Richtlinienaufträge des TPG	334
2. Zwei Richtlinien „unter einem Dach“	337
3. Zur Rechtsnatur der „Richtlinie“	339
II. Voraussetzungen für die Erstattung des Gutachtens	341
1. Die Prüfungsfragen	342
2. Vorgaben des Gesetzgebers	344
a) Prüfungs- und Monierungspflicht bzgl. der Richtlinie zur Feststellung des „Todes“	344

b) Prüfungs- und Monierungspflicht bzgl. der Richtlinie zur Feststellung des „Hirntodes“	347
aa) Unbegründete Nichtberücksichtigung des Zwischenhirns	347
bb) Unklarheit des Begriffs „Gesamtfunktion“	348
c) Ablehnung des Richtlinienauftrags gem. § 16 Abs. 1 Nr. 1a TPG	349
III. Ergebnis	353
Kapitel 10: Materielle Prüfung der Richtlinie zur „Feststellung des Todes“ auf Plausibilität und Schlüssigkeit	357
I. Genese der Richtlinie „Regeln zur Feststellung des Todes“	357
II. Der „Hirntod“ als Kriterium des Todes	358
III. Begründung	364
IV. Schlüssigkeit	366
1. Verfehlen der Mindestanforderungen an ein Gutachten	367
2. Keine Auseinandersetzung mit Gegenargumenten	368
3. Doppeldeutige Verwendung der Bezeichnung „irreversibler Hirnfunktionsausfall“	372
V. Ergebnis	378
Kapitel 11: Materielle Prüfung der Richtlinie zur Feststellung des „irreversiblen Hirnfunktionsausfalls“/„Hirntodes“ auf Plausibilität und Schlüssigkeit	383
I. Bedeutung der „Hirntod“-Diagnostik für die Schlüssigkeit des „Hirntod“-Konzepts	384
II. Grundstruktur der Richtlinie zur „Hirntod“-Diagnostik	385
III. Bedeutung der Beatmung und des Apnoe-Tests	388
1. Die These vom „unersetzlichen Gehirn“	388
2. Funktionsverlust und Funktionsausgleich	390
3. Funktioneller Ausgleich des „Ausfalls der Spontanatmung“	392
IV. Grundprobleme der „Hirntod“-Diagnostik	397
1. Unklarer und eingeschränkter Prüfungsumfang	398
a) Grundsätzliche Unklarheit des Prüfungsumfangs	398
b) Keine Prüfung des Kleinhirns und des Zwischenhirns	399

2. Fehleranfälligkeit des diagnostischen Vorgehens	405
3. Funktionsprüfung statt Prüfung der Substanzzerstörung	407
a) Kein Nachweis einer Substanzschädigung	407
b) Erhaltene Strukturen im Gehirn trotz „IHA“	411
c) Erhaltene elektrische Aktivität und zerebrale Perfusion	413
4. Schwerpunkt der Funktionsprüfung: Hirnstamm	415
5. Zwischenergebnis	419
V. Weitere Kritikpunkte	420
1. Ausschluss „reversibler Ursachen“	420
a) Kenntnis der Möglichkeit „falsch-positiver“ Feststellungen des „Hirntodes“	421
b) Vorrang der Therapie behandelbarer Ursachen des „Hirntod“-Syndroms	423
c) Ausschluss von reversiblen <i>Mitursachen</i> ?	425
d) Keine Regeln zum „Ausschluss reversibler Ursachen“	427
e) Subjektiver oder objektiver Maßstab für „Zweifel“?	434
2. Ersetzbarkeit des Nachweises klinischer Ausfallsymptome	435
a) Zahl der ersetzbaren Ausfallsymptome	436
b) „Evolution“ der Ersetzbarkeit klinischer Ausfallsymptome	437
3. Probleme des Apnoe-Tests	440
a) Risiken und Nebenwirkungen	441
b) Zweifel am „Grenzwert“	446
c) Ersetzbarkeit des Apnoe-Tests	448
4. Probleme des „Irreversibilitätsnachweises“	450
a) Die „Logik“ des „Irreversibilitätsnachweises“	450
aa) Schlüssigkeit des Vorgehens	451
bb) Wegfall der „3. Stufe“	454
cc) Bezugspunkt des „Irreversibilitätsnachweises“	458
b) Zweite Symptomprüfung nach angemessener Wartezeit	458
c) „Ergänzende Untersuchungen“ ohne Wartezeit	464
aa) Isoelektrisches EEG	465
bb) Zerebraler Zirkulationsstillstand	473
d) Gleichwertigkeit der apparativen Zusatzuntersuchungen?	478
e) Vorgehen bei sich widersprechenden Untersuchungsergebnissen	482
f) Zwischenergebnis	488



VI. Die Scheinsicherheit der „Hirntod“-Diagnostik	493
1. Was ist eine „falsche“ Diagnose?	494
2. Fehlverständnis von „Point of no Return“	497
3. Korrektur der Richtlinien 2015 und 2022	498
4. Selbsterfüllende Prophezeiung	500
5. Geringe Aufdeckungswahrscheinlichkeit von Diagnosefehlern und Fehlverhalten	502
a) Schwierigkeit der „Hirntod“-Feststellung	502
b) Nachgewiesene Fehler und Fehlverhalten	503
c) Aufdeckung von Fehlern „im Verlauf“?	507
6. Gleiche Sicherheit unterschiedlicher „Hirntod“-Richtlinien?	510
7. Einzelfälle falscher „Hirntod“-Diagnosen	513
a) Fehldiagnose zum „Hirnstammtod“ in Großbritannien 2021	513
b) Hirnstammreflex und Spontanatmung nach „Hirntod“-Diagnose 2020	515
c) Der Fall Jahi McMath (2013 bis 2018)	518
8. Folgerungen	523
VII. Schlüssigkeit des Vorgehens und Auseinandersetzung mit Kritik	525
1. Fehlen von Begründungen	526
2. Eingehen auf Gegenargumente	528
VIII. Die Genehmigung der „Richtlinie“ durch das Bundesgesundheitsministerium	529
1. Umgang des Ministeriums mit der Pflicht zur Vorlage von Richtlinien	529
2. Prüfungskriterien für die Genehmigungsentscheidung	531
a) Übereinstimmung mit dem Transplantationsgesetz	531
b) Beschränkung auf Änderungen?	532
3. Die Genehmigung und ihre Gründe	534
a) Außerachtlassung der Richtlinie zur Feststellung des Todes und nicht begründeter Verfahrensschritte der Richtlinie zur Feststellung des „Hirntodes“	535
b) Nicht nachvollziehbare Änderung beim Apnoe-Test	536
c) Keine vertiefte Prüfung trotz Fehlerkorrektur	537
4. Fehlende Sachkenntnis oder fehlender Prüfungswille?	538

5. Zwischenergebnis	539
IX. Zusammenfassung	541
1. Wesentliche Mängel der „Hirntod“-Diagnostik	541
2. Scheinsicherheit, Kritikindolenz und Prüfungsversagen	544
3. Fehleinschätzung durch Juristen	545
4. Verstoß gegen die Wesentlichkeitstheorie	547
Kapitel 12: Plausibilität und Schlüssigkeit des „Hirntod“-Konzepts	549
I. Der Tod als „Desintegration des Organismus als Ganzen“	550
1. Die „Desintegrationstheorie“ der Bundesärztekammer	551
2. Konzeptionelle Basis der Desintegrationstheorie	553
a) Die Unterscheidung „Organismus als Ganzer“ und „ganzer Organismus“	553
aa) Vielteiligkeit und Einheit	554
bb) Ganzheit und Teilverlust	556
cc) „Organismustod“ und „Organtod“	558
b) Was ist „Integration“?	563
aa) Allgemeines Verständnis von „Integration“	563
bb) Definitionsversuche für „Integration“	568
cc) Integration von Körper und Geist	574
dd) Zusammenfassung	576
3. Das Gehirn als „zentrales Steuerungs- und Integrationsorgan“	577
a) Das Gehirn als „Integrationsorgan“	578
b) Überbewertung der „zentralen Steuerung“	582
aa) Beteiligung des Gehirns an lebenswichtigen Körperprozessen	583
bb) Das Phänomen der „Emergenz“	587
c) Integration ohne Gehirn	590
4. Zeichen bestehender Integration beim „hirntoten“ Organismus	593
a) Erhaltene Körperfunktionen nach Feststellung des „IHA“	593
aa) Muskuläre Reflexe, Automatismen und Spontanbewegungen	594
bb) Systemische Lebenszeichen	597

cc) Manipulative Darstellung durch Befürworter des „Hirntod“-Konzepts	599
b) Allgemeine Behandlungsfähigkeit von Patienten mit Hirnfunktionsausfall	601
c) Schwangerschaft und „Hirntod“	607
5. Fehlen von Desintegration	612
a) Ursprünge der Gleichsetzung von „Hirntod“ und „Desintegration“	613
b) Ausbleiben der „Absterbeprozesse“	617
c) Fiktive und reale Desintegration	625
d) Beweis durch Augenschein	628
6. Zusammenfassung	635
II. Der „Tod der Person“	639
1. Die Bundesärztekammer und der „personale“ Tod	640
2. Unterschiedliches historisches Verständnis von „Person“	643
3. Der schillernde Begriff der „Person“ und seine Verbindung zum „Hirntod“-Konzept	645
a) Identität von Menschsein und „Personsein“	647
b) „Personsein“ als Metapher einer metaphysischen Komponente des Menschseins	648
c) „Mentalistisches“ Verständnis von „Personsein“	650
aa) Historische Aussagen zum „Hirntod“-Konzept	651
bb) Mentale Fähigkeiten als Ausdruck von „Personsein“	654
4. Lokalisierung der metaphysischen Komponente im Gehirn?	655
a) Unklare Auffassung der Bundesärztekammer	656
b) Traditionelle Sicht der „Leib-Seele-Einheit“	658
c) Die Erklärung von DBK und EKD zum „Hirntod“ von 1990	663
d) Allgemeine Bedeutung des „Faktor X“	664
5. Mentale Eigenschaften als exklusive Zeichen von Leben?	667
a) Die „wesentlichen“ oder „eigentlich menschlichen“ Eigenschaften	668
b) Eingeschränkte Leistungsfähigkeit = Tod?	669
c) Funktionsverlust als Subjektwechsel	675
d) Teilverlust = Tod?	679
e) Folgen der mentalistischen Auffassung von „Leben“	681

6. Bewusstseinsverlust = Tod?	682
a) Was ist Bewusstsein?	683
b) „Bewusstseinstod“ nicht anerkannt	687
c) Fehldeutung von „Leben“	688
d) Verlust der „Kapazität“ für Bewusstsein	691
e) Verlust der „Identität“ bzw. „Individualität“	694
7. Inkongruenz mit dem „Ganzhirntod“-Kriterium	696
8. Zusammenfassung	698
III. Das „Ganzhirntod“-Konzept als bessere Alternative zu „Teilhirntod“-Konzepten	701
1. Das „Ganzhirntod“-Konzept der Bundesärztekammer	702
2. Inkonsequente Berücksichtigung der „Leib-Seele-Einheit“	706
3. Optionaler Begründungswechsel	709
4. Ungeeignetes Todeskriterium	710
5. Zusammenfassung	713
IV. Die „Künstlichkeit“ der Lebenserhaltung	714
1. Notwendigkeit von „Selbststeuerung“ und „Selbsterhaltung“?	715
2. Die „Künstlichkeit“ ärztlichen Handelns	716
a) Das Wesen ärztlicher Tätigkeit	716
b) Wandlung des Körpers in „künstliches Leben“?	718
aa) Umfang des Eingreifens	718
bb) Keine „Wesensverwandlung“ durch medizinische Unterstützung	720
cc) Nachbau des Menschen aus Organen?	722
3. Widerspruch zur gesetzlichen Regelung	724
a) Nichtberücksichtigung der Irreversibilität des Todes	724
b) Funktionsersatz bei schwerer Hirnschädigung	726
c) Unterschied zu anderen Fällen der Substitution?	729
4. Selbstintegration oder „Steuerung von außen“?	732
a) Betonung der Eigentätigkeit	732
b) Abgeschlossenheit von Lebewesen?	736
c) Lebenserhaltung setzt Leben voraus	737
d) Beatmung als „Steuerung von außen“?	740
e) Verlust der „leib-seelischen Einheit“?	742
5. Absurde Darstellung des „artifiziell geliehenen“ Lebens	744
6. Zusammenfassung	746

V. Ergebnis	747
Kapitel 13: Plausibilität und Schlüssigkeit von Zusatzargumenten für das „Hirntod“-Konzept	753
I. Notwendigkeit einer „Neudefinition“ des Todes	753
1. Unsicherheit des „traditionellen“ Todeszeichens?	754
a) Welches „traditionelle Todeszeichen“?	755
b) Berücksichtigung der Irreversibilität des Todes	758
2. Übereinstimmung mit dem traditionellen Todesverständnis?	759
3. Ergebnis	762
II. Kontinuität zwischen „Hirntod“ und „traditionellem Tod“	763
1. Die Kontinuitätsthese	763
2. Inkompatibilität mit dem „traditionellen Todesverständnis“	764
3. Ersatz eines „Organtodes“ durch einen anderen	767
4. Ergebnis	769
III. Der Tod als „normative Konvention“	770
1. Der Tod als Tatsache	771
2. Der Tod als „Konvention“	773
a) Was heißt „Konvention“?	774
b) Nicht ausgeübte Entscheidungskompetenz	776
3. Der Anspruch rationalen Handelns	777
a) Die Rolle des „Todesprozesses“	778
b) Berücksichtigung des allgemeinen Verständnisses von „Tod“	780
c) Weitere Aspekte der Plausibilität und Schlüssigkeit	782
d) Die Sicherheit der Todesfeststellung	785
4. Ergebnis	788
IV. „Aufspaltung“ des Todesbegriffs im Recht?	788
1. Kein Anlass für eine „Aufspaltung“ des Todesbegriffs	789
2. Differenzierungsgesichtspunkte	789
a) Die „Schwierigkeit“ der Todesfeststellung	790
b) „Handlungs-“ versus „Feststellungsbegriff“	791
3. „Relativ-funktionaler“ Todesbegriff	793
a) Grundsätzliche Problematik	794

b) Zweckorientierte Todeserklärung ohne Definition von „Tod“	796
c) Fehlinterpretation des Beschlusses des AG Würzburg	799
4. Ergebnis	800
V. Achtung der „Tote-Spender-Regel“	801
1. „Tote-Spender-Regel“ und allgemeines Tötungsverbot	802
a) Grundsätzliche Unabhängigkeit von Tötungsverbot und Transplantationsmedizin	802
b) Die Rolle des „Organmangels“	804
2. „Hirntod“-Konzept und Tötungsverbot	806
a) Problemlösung durch „Neudefinition“ des Todes	807
b) Todesnähe	810
c) Fehlen klarer Vorgaben des Rechts	813
d) Durchbrechung des Tötungsverbots im Namen des Fortschritts	818
3. „Hirntod“-Kritik als „Aufgabe der Tote-Spender-Regel“	823
4. Ergebnis	824
VI. Internationale Anerkennung des „Hirntod“-Konzepts	825
1. Kein Sachargument	825
2. Deutliche internationale Unterschiede	827
3. Qualität der international vorgebrachten Argumente	828
VII. Zusammenfassung	831
Kapitel 14: Gesamtergebnis und Ausblick	833
I. Beweiswürdigung: Der „irreversible Hirnfunktionsausfall“ – kein sicheres Todeszeichen	833
1. Terminologie	834
2. Beachtung der Struktur des Problems	835
3. Die Bestimmungen des Transplantationsgesetzes	836
4. Unbrauchbarkeit der Richtlinie zur Feststellung des Todes	838
5. Schwere Begründungsmängel in der Richtlinie zum „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“	839
6. Generelle Unschlüssigkeit des „Hirntod“-Konzepts	840
a) Kein „nicht behebbarer“ Funktionsverlust des Gehirns	841
b) Keine Desintegration des Organismus	842
c) Bewusstseinsverlust entspricht nicht dem Tod	843

d) Intensivmedizinische Maßnahmen erhalten das Leben	844
e) Keine Legitimation des „Ganzhirntodes“ durch Doppelbegründung	845
7. Verfassungskonforme Auslegung des TPG?	846
II. Folgen für den Umgang mit schwer hirngeschädigten Patienten	848
1. Ende der Behandlungspflicht	848
a) Indikation zur Fortsetzung der intensivmedizinischen Behandlung?	849
b) Einwilligung des Patienten?	850
2. Rechtliche Betreuung	851
3. Fortsetzung einer Schwangerschaft	852
III. Folgen für die Transplantationsmedizin	854
1. Tod als eigentliche Entnahmevoraussetzung	855
2. Einschränkung des Tötungsverbots zugunsten der Transplantationsmedizin?	857
a) Ist „so gut wie tot“ tot genug?	857
b) Einschränkung des Tötungsverbots?	858
c) Organentnahme ohne Tötung des Spenders?	862
3. Kein Raum für eine „Widerspruchslösung“	865
4. Kein Raum für Organentnahmen „nach Kreislaufstillstand“	866
5. Überarbeitung der „Richtlinie“ der Bundesärztekammer	868
6. Ende der Transplantationsmedizin?	870
IV. Folgen für die Information der Bevölkerung	872
1. Aufklärungsbedarf	873
2. Aufklärungstätigkeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	874
3. Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht	879
V. Schlusswort	881
Literaturverzeichnis	885