



Prof. Dr. Wolfram Höfling

Pressekonferenz zur Veröffentlichung der Stellungnahme „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“

Berlin, 24. Februar 2015

Position B

Auch für die Vertreter der Position B steht außer Frage, dass dem Gehirn für die Repräsentation von Personalität und Bewusstsein exzeptionelle Bedeutung zukommt. Aber: Sie bezweifeln, dass mit dem irreversiblen und vollständigen Ausfall aller Hirnfunktionen bereits die Schwelle überschritten ist, jenseits derer der Körper als desintegriert und damit tot zu qualifizieren ist. Leben kann man als eine Art Systemeigenschaft verstehen, als Resultat der Interaktion von unterschiedlichen und spezifischen Komponenten auf verschiedenen funktionalen Ebenen. Dieses Verständnis des Organismus als eines Systems basiert ganz wesentlich auf der Idee der Rückkopplung und Wechselwirkung, nicht aber auf der Prämisse einer zentralen Steuerungsinstanz [Herr Merkel hat davon gesprochen, das Gehirn sei „in einem profunden Sinn“ das Steuerungsorgan]. Schaut man sich nun die Funktionen an, über die als hirntot diagnostizierte Patienten noch verfügen, so lässt sich – nach Auffassung von Position B – nur schwerlich bestreiten, dass diese für den Organismus als Ganzen integrierend wirken. Ich nenne insoweit nur:

- Die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts einer Vielfalt interagierender physiologischer Parameter durch die Funktion der Leber und Nieren, des Herz-Kreislauf- und des Hormonsystems;
- die Steuerung der Körpertemperatur (wenn auch auf einem niedrigeren Niveau);
- die Wundheilung und der Kampf gegen Infektionen und Fremdkörper durch Interaktion zwischen dem Immunsystem, Lymphsystem, Knochenmark und Mikrogefäßen;
- die in seltenen Fällen beschriebene sexuelle Reifung und das Wachstum eines Kindes;
- schließlich erfolgreiche Schwangerschaften.

Der amerikanische *President's Council*, dessen Stellungnahme aus dem Jahr 2008 der internationalen Debatte ja eine neue Dynamik gegeben hat, hält in seiner Mehrheit durchaus

noch, wenn auch mit anderer Begründung, an der Hirntodkonzeption fest. Gleichwohl bringt er die vorstehend skizzierten Befunde auf einen einfachen Nenner: Es „findet weiterhin eine koordinierte Tätigkeit verschiedener Systeme statt, alle ausgerichtet auf das Funktionieren des Körpers als eines Ganzen. Wenn das Lebendigkeit als biologischer Organismus verlangt, ein Ganzes zu sein, das mehr ist als die Summe seiner Teile, so ließe sich kaum bestreiten, dass der Körper eines Patienten mit völligem Hirnversagen immer noch lebendig sein kann, zumindest in einigen Fällen“.

Teilt man diesen Ausgangsbefund, wird nun auch verständlich, dass die Verfechter der Hirntodkonzeption auf ein zusätzliches Argument zurückgreifen müssen. Ihm liegt die Unterscheidung von aktiver Selbststeuerung und künstlich bewirkter Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen zugrunde. Dabei spielt der Ausfall der Spontanatmung eine wichtige Rolle – sowohl bei der Mehrheit des *President's Councils* als auch bei der Mehrheitsauffassung des Deutschen Ethikrates (Position A) [Herr Merkel spricht vom „Ursprung der Selbstinitiierung“].

Für Position B ist diese Argumentation nicht überzeugend. Mit dem Rückgriff gerade auf den Ausfall der Spontanatmung als einer in Verbindung mit dem irreversiblen Ganzhirnversagen hinreichenden Bedingung für die Annahme des Todes beziehen sich die Befürworter der Hirntodkonzeption gerade auf jenen empirischen Befund, den die Hirntoddiagnose liefert. Dies aber ersetzt die normative Begründung für die Auswahl dieses Kriterium der aktiven Eigensteuerung nicht. Die Spontanatmung ist sicherlich eine lebensnotwendige Organismusleistung, aber eine wie andere auch, etwa der vom kardialen Sinusknoten vermittelte Impuls für den spontanen Herzschlag. Aus einer systembiologischen Perspektive lässt sich insoweit keine Hierarchie von Wichtigkeiten begründen. Die Unterscheidung von aktiver Eigensteuerung als einer intrinsischen Fähigkeit des Organismus und einer dauerhaften externen Substitution von Vitalfunktionen kann also die darauf beruhende kategoriale Differenzierung zwischen Leben und Tod nicht begründen.

Trotz der in diesem Punkt also abweichenden Beurteilung stimmen die Positionen A und B aber darin überein, dass mit der Feststellung des Hirntodes eine normative Zäsur verbunden ist. Deshalb hält Position B auch die Organspende unter der Prämisse für ethisch begründbar, dass Patienten mit irreversiblen Ganzhirnversagen nicht tot sind. Der irreversible Ausfall aller mentalen Funktionen hat nämlich durchaus Bedeutung für die Frage nach der Legitimität lebenserhaltender Maßnahmen. Für eine Behandlung von Patienten mit irreversiblen Ganzhirnversagen gibt es (abgesehen von Schwangerschaften) keine medizinische Indikation. Deshalb ist in diesem Zustand ein Abbruch der intensivmedizinischen Behandlung gerechtfertigt und geboten. In dieser Situation erscheint es ethisch und verfassungsrechtlich legitim, das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen für diese

letzte Lebensphase auch darauf zu erstrecken, in eine Organentnahme einzuwilligen – damit aber zugleich in eine Verlängerung des Sterbeprozesses. Nun will ich für die Minderheit durchaus einräumen, dass die mit der aufgezeigten Position verknüpfte Aufgabe der Dead-Donor-Rule durchaus schwierige Folgefragen aufwirft. Position B hält es aber für unangemessen, die auf der Grundlage einer informierten Einwilligung erfolgende Organentnahme als Tötung im Sinne einer verwerflichen Integritätsverletzung zu bezeichnen. Die normative Akzeptanz einer derartigen Spendeentscheidung ist vielmehr Ausdruck der Anerkennung einer altruistischen Haltung im eigenen Leben und Sterben und zugleich der Selbstbestimmung über die leiblich-seelische Integrität.