

Hirntod und Organentnahme.
Gibt es neue Erkenntnisse zum Ende des menschlichen Lebens?

Forum Bioethik

Mittwoch · **21. März 2012** · 18:00 Uhr

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Leibniz-Saal
Markgrafenstraße 38
10117 Berlin

Begrüßung	2
Prof. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig · Vorsitzender des Deutschen Ethikrates	2
Einleitung und Moderation	2
Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Volker Gerhardt · Mitglied des Deutschen Ethikrates.....	2
Block I: Vorträge aus medizinischer Sicht.....	4
D. Alan Shewmon, MD · UCLA Medical Center.....	4
PD Dr. med. Sabine Förderreuther · Ludwig-Maximilians-Universität München.....	9
Verständnisfragen aus dem Publikum	14
Block II: Vorträge aus ethischer Sicht.....	17
Prof. Dr. phil. Ralf Stoecker · Universität Potsdam	17
Prof. Dr. phil. Michael Quante · Universität Münster	21
Podiumsdiskussion	25
Diskussion mit dem Publikum	34
Schlusswort.....	40

Begrüßung

Prof. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig - Vorsitzender des Deutschen Ethikrates

Meine sehr verehrten Damen und Herren, herzlich willkommen im Namen des Deutschen Ethikrates zu der letzten großen Veranstaltung des Deutschen Ethikrates seiner ersten, nämlich vierjährigen Besetzungsperiode. Alle vier Jahre werden die Mitglieder des Deutschen Ethikrates neu benannt, damit eine möglichst frische und authentische Legitimation für unsere Arbeit vorhanden ist.

Heute wollen wir uns mit einem Thema befassen, das eigentlich eine Urfrage der Menschheit betrifft: Wann ist der Mensch tot? Allgemeinverbindlich wird man das mit Sicherheit nicht beantworten können, denn die Perspektiven, aus denen man diese Frage ansteuert, sind sehr unterschiedlich. Mediziner und Philosophen, Theologen und Juristen haben ihre eigenen Sichtweisen dazu. Aber dort, wo die Dinge zusammentreffen, ist derjenige, der Deregulierungen versuchen soll – also im Endeffekt der Gesetzgeber –, darauf angewiesen, die verschiedenen Sichtweisen miteinander zu vereinbaren: sei es, dass er offene Normen schafft, sei es, dass er mehr oder weniger gelungene Kompromisse schließt, sei es, dass er einfach differenziert.

Im deutschen Organtransplantationsgesetz wurde darauf verzichtet, eine verbindliche Todesdefinition zu geben. Als Entnahmekriterium wurde nur, aber immerhin das Hirntodkriterium formuliert. Nun wissen wir aber, dass dieses Hirntodkriterium, also der irreversible Funktionsausfall des Gesamthirns, aus medizinischer Sicht nicht hundertprozentig sicher ist. Die ethische Bewertung des Hirntods wird daher davon abhängen, wie man die spiegelbildliche Frage, kantisch formuliert, beantwortet: Was ist der Mensch? Sieht man den Menschen eher als einen funktionierenden Organismus oder sieht man ihn als ein erlebensfähiges Wesen? Je nachdem wird

die Antwort unterschiedlich ausfallen: Was ist der Mensch und was macht seinen Tod aus?

Diesen Fragen wollen wir uns heute Abend widmen. Dabei ist dies keine Frage, die sich neu auftut, sondern eine Urfrage der Menschheit, die jetzt aber durch konkrete Regulationsanforderungen geschärft wird. Sie wissen, dass das deutsche Organtransplantationsgesetz reformiert werden soll. Bei der Frage nach Zustimmungsregelung, Widerspruchslösung oder Entscheidungslösung kommt die Frage immer wieder an diesen Punkt: Wann ist der Mensch tot und hält das Hirntodkriterium das, was sich das Gesetz davon verspricht?

Zu diesen Fragen also heute Abend eine Veranstaltung, die nachdenklich machen, anregen und problematisieren soll. Durch diese Veranstaltung wird Herr Kollege Gerhardt führen. Ich wünsche im Namen des Deutschen Ethikrates eine fruchtbare Diskussion und wir wünschen uns insgesamt, dass Sie aus dieser Veranstaltung viel Anregung und Anstöße zum weiteren Nachdenken mitnehmen. Vielen Dank.

(Applaus)

Einleitung und Moderation

Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Volker Gerhardt - Mitglied des Deutschen Ethikrates

Sehr geehrter Herr Schmidt-Jortzig, meine sehr geehrten Damen und Herren. Es gab eine Zeit, in der all das als moralisch galt, was sich, wie man sagte, von selbst versteht. Das kann als Auslegung der ursprünglichen Bedeutung des Begriffs Ethos angesehen werden. Damit war alles gemeint, womit man seit ältesten Zeiten gleichsam von selbst vertraut sein konnte. Dass es noch im 19. und 20. Jahrhundert Philosophen wie Friedrich Theodor Fischer und Hans Blumenberg gab, die sich mit der Formel von der Selbstverständlichkeit dessen, was sich gehört, die Ethik vom Leibe halten wollten, ist erstaun-

lich. Denn was die philosophische Ethik bei Sokrates und Platon auf den Weg gebracht hat, waren gerade die Veränderungen in der gesellschaftlichen Lage der Menschen. Sie haben den Einzelnen zur Überprüfung der überlieferten Einstellungen veranlasst und die Philosophie zu einer neuen Bestimmung der Tugenden gebracht. Das zeigt sich am eindrucksvollsten in Platons Dialog Laches, in dem danach gefragt wird, was denn die Tugend der Tapferkeit bedeutet. Die Frage hat schon im fünften vorchristlichen Jahrhundert die Eltern ratlos gemacht. Die von ihnen um Rat gefragten Strategen, die als Tapferkeitsexperten in einer ständig Krieg führenden Gesellschaft gelten konnten, erwiesen sich selbst als ratlos gegenüber den Veränderungen, vor denen sie standen. Deshalb wird Sokrates zum Gespräch hinzugezogen, der wegen seiner Standhaftigkeit in der Schlacht bei Delion auch von den Strategen anerkannt wird. Sokrates kann deutlich machen, dass sich die Tapferkeit unter den neuen Bedingungen einer sich selbst verwaltenden demokratischen Polis auch im politischen Leben zu zeigen hat, insbesondere vor Gericht und in der Vollversammlung. So gelingt es ihm, die weltgeschichtliche Innovation der Demokratie in der Definition der Tapferkeit zu berücksichtigen und in den Terminus, so wie wir heute sagen, der Zivilcourage zu überführen.

Auch die ethischen Fragen der Gegenwart sind stark durch politische Veränderungen bestimmt; dies zeigt sich an der Forderung nach mehr Toleranz im interkulturellen und interreligiösen Austausch, nach einem neuen Geschlechterverständnis oder im Umgang mit Behinderten. Ein wesentlicher Impuls geht heute von den wissenschaftlich-technischen Innovationen in der modernen Lebenswelt aus. Ein prägnantes Beispiel ist die Debatte um das Hirntodkriterium. Gäbe es die verfeinerten diagnostischen Kriterien zur Feststellung möglicher Todesursachen nicht, hätte man keine lebensverlängernden Maßnahmen bei einem Ausfall eines lebenswichtigen

Organs, könnte man nicht seit nahezu fünfzig Jahren mit zunehmender Perfektion die Transplantation elementarer Körperteile vornehmen, um Leben zu retten, und wäre es nicht möglich, die entnommenen Organe für einen gewissen Zeitraum so lebensfähig zu halten, dass sie sogar transportfähig sind, hätten wir das Problem nicht, über das wir heute Abend diskutieren.

Wir sprechen heute somit über eine Konsequenz der hochdifferenzierten wissenschaftlich-technischen und dabei immer auch kulturellen Veränderungen unserer Lebenswelt. Daher wird man sich davor hüten müssen, die Lösung der durch die neuen Lebensformen aufgeworfenen Probleme in einem einfachen Rückgang auf eine vermeintlich unveränderte Natur und mit Blick auf ein Leben zu suchen, das heute niemand mehr führen kann. Wer also das Problem der Einstellung zum Lebensende eines Menschen unter den neuen Bedingungen zu diskutieren und vielleicht auch zu lösen versucht, sollte wissen, dass sich die Natur und die Kultur, aus der er seine Kriterien bezieht, verändert haben. Die gestellte Frage kann somit nicht durch Rückgriff auf die traditionellen Bestimmungen beantwortet werden, also von den Bestimmungen aus, die vor der technischen Innovation galten. Denn mit den Problemen hat sich auch die Ausgangsposition verändert, von der aus man eine Lösung sucht. Wer die neuen Fragen unter Rückgriff auf die alten Kriterien des Todes und Lebens sucht, der hat, so meine Überzeugung, das Problem nicht verstanden, das ihm durch die neuen Entwicklungen gestellt ist.

Ich verzichte darauf, die Bedeutung und Reichweite dieser Vorbemerkung zu illustrieren, dafür machen wir ja diese Veranstaltung. Die Vorträge und Diskussionen werden sicherlich zeigen, dass hier tatsächlich etwas Neues im Gange ist. Ich glaube auch, dass wir in der Diskussion feststellen werden, dass wir nach neuen Kriterien suchen müssen, die nicht einfach in der Anwendung der alten bestehen können.

Allerdings muss das nicht für alle Prinzipien gelten. Ich gehe davon aus, dass Freiheit und Gleichheit bestehen bleiben und weiterhin die Gerechtigkeit ein Wert ist. Deswegen bitte ich diejenigen, die zugesagt haben, bei dieser Veranstaltung mitzuwirken, vor allen Dingen auf die Gerechtigkeit zu achten, die darin besteht, Zeitdisziplin zu wahren, damit jeder in gleicher Weise zu Wort kommt.

Ich hasse kaum etwas so sehr wie die Bemerkung, man brauche einen Referenten oder eine Referentin nicht vorzustellen. Aber heute kann ich diesen Satz selbst sagen, denn Sie haben das auf Ihrem Programmblatt vor sich. Dort sind auf jeweils einer Seite die Referenten vorgestellt; ich werde dies aus Zeitgründen nicht wiederholen. Wir werden zunächst Alan Shewmon hören, der aus Los Angeles zu uns gekommen ist. Er spielt eine wesentliche Funktion in der Diskussion über das Hirntodkriterium in den Vereinigten Staaten. Das wissen Sie, das zeigt auch der große Andrang. Ich möchte ihn als Ersten bitten, seinen Vortrag zu halten. Unmittelbar anschließend ist Frau Privatdozentin Dr. Stefanie Förderreuther von der Ludwig-Maximilians-Universität in München an der Reihe, über die Sie ebenfalls die wichtigsten Daten im Programmblatt lesen können. Dann folgt eine Diskussion und anschließend der zweite Teil mit Vorträgen zur ethischen Diskussion, über die wir dann in einem Kreis auf dem Podium miteinander diskutieren werden. Herr Shewmon, Sie haben das Wort. (Applaus)

Block I: Vorträge aus medizinischer Sicht

D. Alan Shewmon, MD - UCLA Medical Center

(Folie 1)

So I thank Dr. Vetter and the Deutscher Ethikrat for the invitation to participate in this important

conference as well as Frau Becker for her superb help with travel and other arrangements.

(Folie 2)

The brain death debate features several competing concepts or definitions of death. This brief presentation will assume the standard definition formulated succinctly by neurologist James Bernat and colleagues as the permanent cessation of functioning of the organism as a whole. But it's also agreed that irreversible unconsciousness per se is not death. Key to the concept of death is the loss of integrative unity of an organism.

(Folie 3)

Integration can be categorized according to level and type. Level of integration can be subdivided in two ways. Along a structural function or access we have organism, organ and cellular levels. Along an ontological hierarchical access, we have the three classical levels of intellectual-volitional, sensory-motor and vegetative. Applicable at each level are three types of integration. The most important we might call life-constituting or constitutive integration, which makes something to *be* a living whole. Erwin Schrödinger and others have proposed that the essential feature distinguishing living from inanimate things is an endogenous active opposition to entropy. The catchy definition of a living thing could be a bubble of anti-entropy in a sea of entropy. Anti-entropy requires biochemical energy and results from the mutual interactions of thousands of biochemicals. By contrast, life-sustaining integration helps a living thing to stay alive. Integration that maintains the internal milieu in an optimal state could be health-maintaining. Integration that is externally directed could be called survival promoting.

(Folie 4)

A correlate of life sustaining integration is relative substitutability. An integrative function can be replaced technologically or pharmacologically

or in some other way. How well is a matter of degree. The health-maintaining role of the thyroid gland, for example, is replaceable with a daily pill. The survival promoting integrative function of hearing is partially replaceable through a cochlear implant. By contrast, life-constituting integration is absolutely non-substitutable. It occurs diffusely throughout the cell organ or organism. Endogenous resistance to entropy exemplifies absolute non-substitutability, so also this consciousness.

(Folie 5)

What type of integration is performed by the brain? Since unconsciousness per se does not mean lack of an integrative organism, in the context of the brain death debate, the question becomes: What is the brain's integrative role with respect to the body? Defenders of brain death maintain that, not only is brain-based integration necessary for an organism's constitutive integration, but it *is* the constitutive integration. Moreover, any residual brain function suffices for organism level constitutive integration. In other words, an almost-but-not-quite brain dead person is *not* dead.

(Folie 6)

But we shall see that, to the contrary, all brain-mediated somatic integration is either the health-maintaining or survival-promoting type. And the body's constitutive integration is entirely non-brain-mediated. The brain regulates the body in two ways: either by direct neural or control via the spinal cord and periphery nerves or by endocrinologic control via the pituitary gland.

(Folie 7)

How then could somatic integration possibly take place in the absence of both? The answer is three-fold. There is more to the nervous system than the brain, there is more to the endocrine system than the hypothalamic-pituitary axis and there is more to the circulatory system

than a mere means by which endocrine information is transferred.

(Folie 8)

The spinal cord is no mere passive conduit of brain impulses, but a subsidiary site of integration. Upon acute spinal cord transection, the intact cord below the injury functionally shuts down, a condition called spinal shock, resulting in hypotension and other somatic disturbances. Gradually, autonomous cord-based control of blood pressure and other autonomic functions returns. In fact, the relative stability of the rare cases of chronic brain death is due in part to cord-mediated integration. The body also has two other nervous systems, the cardiac nervous system includes two pacemakers and a network of nerves that coordinate cardiac contractions. The enteric nervous system consists of around 100 million neurons. Its integrative activity throughout the digestive tract is so complex that has even be dubbed a second brain.

(Folie 9)

Needless to say, all this non-brain-based neural integration is of a non-constitutive type and is substitutable to a greater or lesser degree. Surprisingly, all brain-mediated somatic integration is also non-constitutive. In the words of Bernat: "It is primarily the brain that is responsible for the functioning of the organism as a whole." Note that he says the *functioning*, not the *being* or the *wholeness* of the organism. Then he lists the integration of organ and tissue subsystems by neural and neural endocrine control of temperature, fluids and electrolytes, nutrition, breathing, circulation and appropriate responses to danger, among others. The colors highlight how all these integrative functions are health-maintaining, save one, which is survival-promoting.

(Folie 10)

The great bulk of the human brain resides in the cerebral hemispheres, which carry out extraor-

dinarily complex integration. All of which is of the survival-promoting type. The relatively small brain stem is responsible for the integrative functions tested in clinical brain death examinations. From the body's point of view, consciousness is survival-promoting and, in coma, its role is substituted by medical and nursing care. The standard brainstem reflexes are either health-maintaining or survival-promoting. Even breathing is non-constitutive. It is easily substituted by a machine. Moreover, from the body's perspective, the loss of brain-based integration should have the same effect, regardless whether that loss is due to brain destruction or brain disconnection. One clinical example is fulminant Guillain-Barré syndrome, an autoimmune inflammation of the peripheral nerves. In very severe cases, the central nervous system is completely functionally disconnected from the rest of the body, apart from the hypothalamic pituitary route. Such cases clinically mimic brain death. High spinal cord transection is another example of brain-body disconnection.

(Folie 11)

With slight adjustments, both examples can be made exactly analogous to brain destruction. Such a patient is a very sick living organism, but according to brain death theory, he would have to be regarded as a mere conscious brain in a disintegrating corpse. If the brain-disconnected body retains constitutive integration through something other than brain function, then so does a brain-destroyed body. Neurological criteria for death everywhere require that the loss of brain function be irreversible because death itself is irreversible. Ironically, this requirement actually underlines the integrative unity rationale. If that rationale were correct, the body should begin to disintegrate immediately upon loss of brain-based integration, whether that loss be irreversible or reversible, permanent or temporary. Suppose a general anaesthetic, and this is hypothetical, of course, were administered at

such a high dose as to suppress all brain function. No one would diagnose the patient as brain dead, but the body is receiving no integrative influences from the brain just the same. This puts brain death defenders in an explanatory bind. They could say that, since integrative brain function is absent, the body must already be disintegrating, regardless of the fact that the patient will fully recover. The true Lazarus phenomenon. Or they can say that there is a latency between the loss of brain function and the beginning of somatic disintegration. But suppose the anaesthesia were maintained for 24 or 48 hours. More importantly, this would amount to admitting that the delayed death consisted in something other than the loss of brain-mediated integration. Or they can simply concede that somatic integrative unity is *not* lost upon cessation of brain function after all. That reversible loss of all brain function is recognized by all as *not* death implies that brain-based somatic integration is *entirely* of the non-constitutive type. Patients in acute brain death tend to be very unstable, and rapidly deteriorate. Many defenders of the integrative unity rationale take this as evidence that the brain is indeed the body's critical integrator.

(Folie 12)

But there are better explanations. Spinal shock has already been mentioned as one contributing factor. There may be direct multisystem damage from whatever caused the brain injury or from apnea. The process of brain herniation prior to brain death can cause pulmonary oedema and sympathetic storming, damaging multiple organs. There may be a generalized inflammatory response, which is not specific for brain death and is transient. Clearly many, if not most, of the acute instabilities result not from loss of brain-mediated integration, but from direct or indirect damage to multiple vital organs. These instabilities therefore cannot be taken as evidence that the mere lack of brain-based control is what

makes some of these bodies literally disintegrate.

(Folie 13)

Moreover, the instabilities do not last forever. Although many patients succumb early, in those who are supported more than a few days the systemic dysfunctions gradually self-resolve. Again indicating that they were due to something other than the mere absence of brain control. Neurologist Eelco Wijdicks wrote:

“The main objectives [in the medical support of brain dead organ donors] remain the maintenance of oxygenation and circulation, control of polyuria, and control of hyperglycemia ... The overriding principle is maintenance of normal or near-normal physiology. Therefore, several acute processes ... can and should be reversed.”

That normal or near-normal physiology can be maintained by means of technological replacement in so few integrative functions indicates clearly that the missing integration is of the health-maintaining, not life-constituting type.

(Folie 14)

The brain carries out bodily integration also through the endocrine system, which is actually a misnomer, as there are several relatively independent endocrine systems, only one of which is brain-mediated. The pituitary gland is connected through the part of the brain called the hypothalamus. This anterior lobe secretes a variety of hormones governed by the hypothalamic releasing and inhibiting factors. The posterior lobe is actually an extension of the hypothalamus. It releases two hormones directly into the blood stream, antidiuretic hormone and oxytocin.

(Folie 15)

The only pituitary hormone that receives attention in brain death is antidiuretic hormone, also known as vasopressin. Its absence causes diabetes insipidus in which the kidneys produce an outpouring of dilute urine resulting in dehydration and electrolyte derangements if untreated. Endocrinologic studies of brain death show that

pituitary functions are very ably preserved. Diabetes insipidus is absent in about one third of cases and panhypopituitarism virtually never occurs. Only three pituitary hormones are necessary for survival: thyroid stimulating hormone, adrenocorticotrophic hormone and antidiuretic hormone. They, or their target organ hormones, are easily replaced pharmacologically and the integrative role of all three is clearly health-maintaining. Ignore the details of this slide, which merely illustrates the number of endocrine systems that function autonomously from the brain. They involve multiple organs, including the gastro-intestinal tract, liver, kidneys, lung, heart, adrenals, thyroid, parathyroid, bone, bone marrow, skin and adipose tissue. And the list is by no means complete. The integration carried out by all these non-brain-regulated endocrine systems is also of the health-maintaining type.

(Folie 16)

We turn now to the circulatory system. First of all, it interconnects all parts of the body, something that cannot be said of the nervous system, which does not synapse on the blood stream or bone marrow, for example. Circulation is a means of the biochemical interactions underlying both homeostasis for stable maintenance of physiological parameters within proper ranges and resistance to entropy. Oxygen and biochemical fuel are distributed to all cells for the production of energy, and carbon dioxide and biochemical wastes are removed. Circulation is not the integration itself, but the vehicle of it. Such integration is of the life-constituting type and it is inherently not substitutable.

(Folie 17)

Having established that circulation, not brain function, is the [...] known for a constitutive integration, the next question is, what level of life is so constituted in the absence of brain function. Advocates of brain death maintain with Burnat that the cardiac arrest patient with whole brain destruction is simply a preparation of uninte-

grated individual subsystems since the organism as a whole has ceased functioning. This idea was sometimes expressed with hyperbolic rhetorical flair, for example, describing a brain-dead body as nothing more than a ventilator keeping a heart beating in a corpse, or a magnificent cell culture. Such assertions are made without any evidentiary backing.

(Folie 18)

Let us therefore now consider how level of integration might be scientifically determined, and apply this method to the empirical facts about brain-dead bodies. Integration occurs across a continuum of degrees, represented here by a line segment with the left end representing a healthy organism, the right end a decomposing corpse, and somewhere in between lies the discontinuous transition from an integrated organism as a whole to a disintegrating collection of organs. A more realistic representation would be in a multi-dimensional space, but this diagram illustrates the point. Our question is: How do we determine on which side of the dividing line X lies?

(Folie 19)

Unfortunately, biology has not developed any operational definition or methodology for measuring degree or level of integration, so we must resort to indirect criteria. In 2001, I published two such criteria, and in the intervening decade, no one has challenged their validity. The first is: integrative unity is possessed by a putative organism if it possesses at least one emergent holistic level property. A property is defined as emergent if it derives from the mutual interaction of the parts and as holistic if it is not predicable of any part or a subset of parts, but only of the entire composite.

(Folie 20)

Let us apply this criterion to cases of chronic brain death, where there was a motivation for prolonged support. In 1998, I reported some 175

cases with survival longer than one week. Although criterion one requires only a single holistic property, these cases manifested many such properties, which were listed in my 2001 article and quoted verbatim by the US President's Council on Bioethics in its 2008 white paper on brain death. They include:

physiological and chemical homeostasis, maintenance of fluid and electrolyte balance with minimal adjustment of volume and composition, assimilation of nutrients, elimination, detoxification, and recycling of cellular wastes, energy balance, maintenance of temperature,

(Folie 21)

teleological wound healing, fighting of infections and foreign bodies, cardiovascular and hormonal stress responses to noxious stimuli, proportional growth of brain-dead children, sexual maturation of brain-dead children, successful gestation of a fetus in brain-dead women,

(Folie 22)

resuscitability and stabilizability after cardiac arrest, ability to recover from hypotension, aspiration and other medical complications, spontaneous improvement in general health, for example, return of cardiovascular auto-regulation and return of gastrointestinal motility, and finally, the overall ability to survive with little medical intervention in a nursing facility or even at home.

(Folie 23)

Some critics have complained that these are not all truly holistic functions, for example, that wound healing is merely a local phenomenon. I'm not wedded to every single one of these examples and I am quite ready to retract any that can be demonstrated convincingly to be less than holistic. But I challenge anyone to prove that none of these examples is truly holistic. And it takes only one to fulfil criterion one. For even if just one holistic property exists, there must be a whole of which it is the property.

The President's Council on Bioethics was impressed enough with this list that it concluded:

"If being alive as a biological organism requires being a whole that is more than the mere sum of its parts, then it would be difficult to deny that the body of a patient with total brain failure can still be alive, at least in some cases."

(Folie 24)

This conclusion is reinforced by criterion two. Any body requiring less technological assistance to maintain its vital functions than some other similar body that is nevertheless a living whole, must possess at least as much integration and hence also be a living whole. In terms of our diagram, this can be translated as follows: If A has more integration than B and B is on the "whole" side of the dividing line, then A is necessarily also on the "whole" side of the dividing line.

Let B represent a patient in an intensive care unit with end-stage metastatic cancer deteriorating and septic shock, ventilator-dependent, pressure-dependent with multi-organ failure and disseminated intravascular coagulation. Multiple medications keep her tenuously alive and her management is extremely complex. Although comatose, she is not brain dead, although dying, she is not yet dead.

(Folie 25)

Now consider patient A in chronic brain death, being cared for at home. Her condition is stable, blood pressure is maintained spontaneously, all the non-brain organs function normally, she is nourished and hydrated by tube, she receives few medications and her medical management otherwise consists of a ventilator and basic nursing care. Brain-dead patient A clearly requires less technological support than dying patient B. So, according to criterion two, she clearly falls even further to the left of the dividing line. Nevertheless, according to brain-death theory, patient A is nothing more than a ventilator keeping a heart beating in a corpse. Criterion two exposes such non-scientific rhetoric for what

it is. The typical acute brain death case, A prime, would fall somewhere between A and B. Clearly still to the left of the dividing line.

(Folie 26)

In conclusion, the brain is not the body's thermodynamically critical organ. The body has no such critical organ. All brain-based somatic integration is either of the health-maintaining or survival-promoting type. The body's life-constituting integration is the anti-entropic mutual interaction among all its parts, mediated by circulation. And, finally, brain-dead patients are severely disabled, totally dependent, tenuously alive organisms as a whole. Thank you.

PD Dr. med. Sabine Förderreuther - Ludwig-Maximilians-Universität München

Ich möchte mich herzlich für die Einladung bedanken und für die Möglichkeit, zu diesem Thema zu sprechen. Ich möchte Sie nicht in eine wissenschaftliche Diskussion um medizinische Feinheiten verstricken. Es ist mir ein Anliegen, Ihnen zu vermitteln, was passiert, wenn sich der Hirntod entwickelt, und warum wir Ärzte sehr sicher sind, dass wir damit ein sicheres Todeskriterium haben.

Der Hirntod ist definiert als der vollständige und irreversible Ausfall der Gesamtfunktion von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm. Er ist das Endstadium einer sehr schweren strukturellen Hirnschädigung und kann unter Intensivtherapie auftreten. Wichtig für das Verständnis ist, dass es sich um eine klinische Diagnose handelt. Das heißt: Wir haben einen Patienten, den wir untersuchen können. Er hat kein Bewusstsein mehr, alle Hirnnervenreflexe und die Vitalfunktionen des Hirnstamms sind ausgefallen. Er kann nicht mehr selbstständig atmen. Die Diagnose macht auch deutlich, dass nicht das gesamte Nervensystem ausgefallen ist, so wie Herr Shewmon schon deutlich vor Augen geführt hat.

Was passiert? Wir neben es Pathophysiologie. Es kommt eine Zellschädigung im Gehirn zu-

stande, vielleicht durch eine Blutung. Diese Zellschädigung führt zu einer Gewebeschwellung. Diese führt dazu, dass der Druck im Schädelinneren steigt, weil sich das Gehirn nicht ausdehnen kann. Durch die Zunahme des Hirndrucks kommt es zu einer Abnahme der Hirndurchblutung. Denn wenn wir den Hirndruck nicht ausreichend gut behandeln können, ist der Hirndruck im Schädelinneren höher als der Blutdruck. Das gesamte Gehirn wird dann nicht mehr durchblutet; das können wir in Autopsiestudien auch nachweisen. Wir haben einen völligen Ausfall des Gehirns.

Die Mechanismen der Hirnschädigung sind also zweierlei: zuerst die initiale Schädigung durch das auslösende Ereignis und danach der Zelltod durch die Minderdurchblutung. Es handelt sich um strukturelle Schädigungen, also bleibende Schäden, die sich nicht mehr zurückbilden können.

Dies kann man auch in bildgebenden Untersuchungen zeigen. Sie sehen in der ersten Reihe eine Computertomographie eines gesunden Menschen. Sie sehen die unterschiedliche Graufärbung von Hirnmark und Hirnrinde und schwarz das Nervenwasser dargestellt. Hier unten ist der CT-Verlauf einer Patientin, die infolge einer Wiederbelebungsmaßnahme einen schweren Sauerstoffmangel erlitten hat. Sie sehen, dass sich die Markrindengrenze, die unterschiedliche Schattierung, so nicht mehr darstellt, und Sie sehen, dass das Gehirn zunehmend anschwillt und dass die Nervenwasserräume aufgebraucht sind. Parallel hat sich die Patientin klinisch verschlechtert und ist schließlich im Hirntod verstorben.

Leider wird der Hirntod immer wieder mit anderen schwerwiegenden, aber nicht vollständigen Hirnschädigungen auf eine Stufe gestellt. Deswegen möchte ich zur Klarheit beitragen, indem ich einige dieser Syndrome erkläre.

Koma heißt, dass wir Neurologen einen Patienten nicht wach bekommen können, auch nicht mit Schmerzreizen. Das ist in der Regel Folge einer akuten schweren Hirnschädigung, die an unterschiedlichen Stellen des Gehirns liegen kann. Die Patienten zeigen in der Regel deutliche neurologische Ausfälle und benötigen eine Intensivtherapie meist mit Beatmung.

Aus diesem Zustand heraus kann sich ein Wachkoma oder ein Apallisches Syndrom entwickeln. Hierbei stabilisieren sich die Patienten deutlich und benötigen in der Regel keine Intensivtherapie mit Beatmung mehr, aber wir können nicht mit ihnen in Kommunikation treten.

Bessern sie sich aus diesem Zustand und reagieren sie auf äußere Reize, dann sprechen wir von einem Minimally Conscious State. Wir können mit ihnen aber nach wie vor nicht in Kontakt treten.

Das Locked-in-Syndrom ist etwas ganz anderes. Das ist ein sehr hoher Querschnitt, bei dem die Patienten völlig wach sind, aber nahezu vollständig gelähmt. Sie können nur noch einzelne Augenbewegungen machen, über die wir mit ihnen in Kontakt treten können.

Beim Hirntod sind alle Funktionen ausgefallen: alle Reflexe, Vitalfunktionen und das Bewusstsein.

Die Schädigungsorte dieser unterschiedlichen Syndrome unterscheiden sich: Beim Koma kann die Schädigung sehr diffus und an unterschiedlichen Orten sein. Beim Wachkoma und beim Minimally Conscious State ist vor allem die Gehirnrinde geschädigt. Das Locked-in-Syndrom betrifft einen anderen Teil des Gehirns: den Hirnstamm. Nur beim Hirntod sind alle Teile des Gehirns geschädigt: Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm.

Wie läuft in Deutschland die Todesfeststellung ab? Das machen zwei qualifizierte Ärzte unabhängig voneinander. Qualifiziert heißt, dass diese Ärzte Intensivverfahren bei Patienten mit

schweren Hirnschädigungen haben. Sie gehen nach einem festgelegten Protokoll vor und müssen ihre Untersuchungsergebnisse protokollieren. Sie setzen sich detailliert mit der Krankengeschichte auseinander und überprüfen die Diagnose, damit keine Fehldiagnosen entstehen. Sie schließen Störfaktoren wie Medikamente aus und untersuchen den Patienten sehr sorgfältig. Im letzten Schritt weisen sie nach, dass dieser Zustand des Patienten tatsächlich umkehrbar ist.

Wie tun sie das? Sie tun dies entweder durch eine klinische Verlaufsuntersuchung (wann das geschieht, hängt davon ab, welche Art von Hirnschädigung vorliegt) oder durch zusätzliche apparative Untersuchungen. Apparative Untersuchungen sind bei sehr kleinen Kindern deshalb vorgeschrieben, weil ihr Reifungszustand des Gehirns ein anderer ist und weil sie deswegen andere Möglichkeiten der Erholung haben. Vorgeschrieben sind sie auch bei Patienten mit Schädigungen im Bereich des Hirnstamms.

Was weisen wir mit diesen apparativen Tests nach? Wir weisen nach, dass das gesamte Gehirn nicht mehr durchblutet ist. Das können wir entweder mit Ultraschallverfahren machen oder mit nuklearmedizinischen Techniken. Sie sehen hier ein normal durchblutetes Gehirn. Das, was leuchtet, ist das Blut. Sie sehen, dass der Schädel eines Hirntoten nicht mehr durchblutet ist. Das ist wie eine innere Enthauptung. Die andere Möglichkeit ist, dass wir elektrophysiologisch nach Hirntätigkeit suchen, zum Beispiel mit dem EEG, und dass wir dann die sogenannte Nulllinie bekommen, das heißt: keine Hirntätigkeit mehr.

Ich bin gefragt worden, ob es neue Aspekte gibt. Eigentlich nicht. Eigentlich könnte ich an dieser Stelle aufhören. Jedoch wurde in der letzten Zeit, wie Sie sicherlich beobachtet haben, viel darüber diskutiert, ob die Bewusstseinslage von hirntoten Patienten wirklich ausreichend untersucht werden kann. Was ist der Hintergrund für

diese Diskussion und warum gibt es hier Unsicherheit? Wir haben tatsächlich Hinweise auf klinisch so nicht erkennbare Bewusstseinsinhalte bei einzelnen Wachkoma- und Minimally-Conscious-State-Patienten in der funktionellen Bildgebung erhalten, also nicht bei Hirntoten wohl gemerkt. Damit dies verständlicher wird, werde ich es näher erklären.

Funktionelle Bildgebung heißt, dass wir den Hirnstoffwechsel in Abhängigkeit von definierten Aufgaben untersuchen. Als Messgröße untersuchen wir statistisch, ob sich der Sauerstoff- oder Glukoseverbrauch im Gehirn relativ verändert, denn aktive Hirnzellen brauchen mehr Glukose und Sauerstoff als inaktive. Das ist eine statistische Methode. Wir haben nun bei solchen Patienten, die man klinisch nicht mit einem Hirntoten verwechseln könnte (denn sie werden beatmet und haben Reflexe), tatsächlich Aktivitäten gesehen, die ganz ähnlich sind wie bei hirngesunden Menschen. Sie sehen hier zum Beispiel die Aktivierung auf die Bitte, sich vorzustellen, man würde Tennis spielen.

Was soll ich dazu sagen? Diese Ergebnisse sind ein eigenes Thema und kein Teil meines heutigen Vortrags. Mir ist es aber ein Anliegen, Ihnen zu sagen, dass diese Befunde nicht bei Hirntoten erhoben wurden. Wachkoma und Hirntod haben nichts gemein. Für die apparative Diagnostik ist insbesondere zu fordern, dass der Hirnmetabolismus und die Durchblutung annähernd gleich sind, sondern können wir keine Seitenvergleiche anstellen. Das heißt, diese Diagnostik ist nicht geeignet, um sie bei Hirntoten einzusetzen, denn Hirntote haben keine Durchblutung und auch keinen Metabolismus mehr. Das sehen Sie auf diesen Bildern. Dies ist eine farbkodierte Darstellung des Glukoseverbrauchs, hier eines gesunden Menschen, hier von jemandem im vegetativen Zustand, der schon deutlich weniger, ungefähr nur 50 Prozent Hirnmetabolismus hat. Hier sehen Sie in deutlich höherer Verstärkung, dass im Schädel-

inneren eines Hirntoten kein Metabolismus mehr ist.

Zudem sind diese funktionellen Darstellungen, die man heute in der Wissenschaft machen kann, extrem stör anfällig, was Auswertung und Reproduzierbarkeit angeht. Es gibt enorm viele äußere Störgrößen. Deshalb hat diese Diagnostik bislang auch nicht in die klinischen Untersuchungen Eingang gefunden, sondern ist etwas rein Wissenschaftliches.

Trotz dieser Vorbehalte gibt es aber auch bei Hirntoten solche Untersuchungen; diese möchte ich Ihnen zeigen. Man hat nicht nur die Ruhephase untersucht, sondern auch versucht, das Gehirn über Schmerz zu aktivieren. Sie sehen hier die sogenannte Schmerzmatrix in einem gläsernen Gehirn und sehen Aktivierungen. Sie sehen auch Aktivierungen bei jemandem im vegetativen Zustand: Hier sehen Sie eben nichts, und das ist bei einem Menschen, der hirntot ist, nicht anders zu erwarten gewesen.

Fazit: Bitte verwechseln Sie nicht die Begriffe und schauen Sie, bei wem welche Untersuchungen gemacht worden sind. Diese Untersuchungen zeigen uns Neurologen einmal mehr, wie schwer es ist, das Bewusstsein zu untersuchen. Das wissen wir, und es ist ein sehr gutes Kriterium für mich und bestärkt mich darin, solche Aussagen strikt abzulehnen, nach denen jemand dann tot ist, wenn Teile des Gehirns ausfallen. Aber beim Hirntod ist die Gesamtfunktion irreversibel erloschen. Daher haben wir, wenn Sie so wollen, die Hardware gar nicht mehr. Das Gehirn ist abgestorben, und deshalb können auch keine Inhalte mehr da sein.

Was gibt es noch Neues? Das ist eine Publikation, die von Befürwortern und Ablehnern des Hirntodkriteriums sehr unterschiedlich diskutiert worden ist. Amerikanische Neurologen haben sich zusammengesetzt, Literatur gesichtet, um zu prüfen, ob das Hirntodkriterium richtig ist und ob wir an der Feststellung etwas ändern müs-

sen. Wir müssen es nicht. Es gab zwei wesentliche Kernaussagen, über die viel diskutiert worden ist: Die erste lautet, dass die vielen Schritte im Untersuchungsalgorithmus, die gemacht werden müssen, um den Tod festzustellen, nur empirisch gesichert sind. Die Hirntodgegner sagen: „Da gibt es keine wissenschaftliche Evidenz.“ Was soll ich dagegen sagen? Es gibt Dinge, die können wir nicht untersuchen mit den Möglichkeiten der Evidence-based Medicine, mit prospektiven doppelblinden randomisierten Studien. Wir wissen auch, dass ein Fallschirm funktioniert, ohne dass wir doppelblind Leute aus dem Flugzeug haben springen lassen. Manche Dinge kann man leider nicht mit so einer Studie untersuchen.

Kernaussage zwei: Bei korrekter Durchführung der Hirntodfeststellung gibt es keine Fehldiagnosen. Das ist eine sehr wichtige Aussage. Es gibt keine Fehldiagnosen, es sind keine publiziert worden. Die Hirntodgegner sagen: „Klar, ihr hört ja dann auf mit der Therapie, das ist eine *self-fulfilling prophecy*.“ Herr Shewmon hat Ihnen berichtet, er hat 175 Fälle gesammelt, keiner ist wieder wach geworden, keiner hat sich gebessert. Man hat nie eine Fehldiagnose festgestellt bei den Patienten, die Organe spenden und die deswegen aus organisatorischen Gründen nach der Hirntodfeststellung noch für einige Stunden, manchmal einen Tag auf der Intensivstation weiterbehandelt werden, bis die Organentnahme stattfinden kann. Diese Patienten sind länger beobachtet worden. Und Sie dürfen mir glauben, das Thema ist so sensibel, das wäre bekannt geworden.

Es gibt noch andere Einwände: Das Ganze sei ein Konstrukt der Transplantationsmedizin. Das ist schlicht historisch falsch. Es waren die Fortschritte der Intensivtherapie. Plötzlich lagen da Patienten auf den Intensivstationen, die Hirnfunktionen waren ausgefallen und sie haben sich nicht erholt. Und zu Recht haben die Inten-

sivmediziner gesagt: Wir brauchen ein neues Todeskriterium.

Sie haben gerade von Herrn Shewmon viel gehört darüber, ob das Gehirn nun eine zentrale Integrationsfigur ist und so wichtig ist für den Organismus oder nicht. Unser Organismus ist so kompliziert, er ist mehr als die Summe der einzelnen Organe. Unser Gehirn ist ein ganz besonderes Organ. Es regelt, dass wir atmen, es regelt die basalen Funktionen unseres Organismus in einer entscheidenden Weise, wenn auch nicht alle. Das Gehirn befähigt Sie dazu, zu denken, zu fühlen, wach zu sein, zu schlafen, zu träumen. All das kann ein Hirntoter nicht mehr. Er *ist* nichts mehr. Und nur die Funktion des Rückenmarks ist als Kriterium für das Leben einer Person sicher nicht geeignet.

Schwangerschaften können aufrechterhalten werden. Das ist eine richtige Beobachtung, aber die Beurteilung ist falsch. Denn die Schwangerschaft wird durch die hormonelle Steuerung der Gebärmutter aufrechterhalten und – nicht zu vergessen – durch das große Geschick der Intensivmedizin.

Der äußere Anschein ist etwas sehr Emotionales. Wir verbinden mit dem Tod einen Leichnam, einen kalten Körper, und ein Hirntoter sieht so nicht aus. Aber ich hoffe, ich kann Sie überzeugen, dass das zwar der äußere Anschein ist, aber wenn man genauer hinschaut und wissenschaftlich betrachtet, ist das kein wissenschaftliches Kriterium.

Die Hirnfunktionen seien klinisch nicht in Gänze erfassbar. Das haben wir im Prinzip schon diskutiert bei der funktionellen Kernspintomografie, wo man auch überlegt, kann da nicht doch mehr sein, als wir am Bett merken? Aber da, wo ein Gehirn aufgelöst ist, wo quasi die Hardware fehlt, kann einfach nichts mehr sein.

Angst vor Fehldiagnosen – die gab es immer, auch beim Herztod. Ich bin nicht so vermessen zu sagen, dass Ärzte nie Fehler machen könn-

ten. Aber die Hirntodfeststellung ist so standardisiert und so ausgeklügelt, das machen zwei Ärzte unabhängig voneinander, und da ist die Wahrscheinlichkeit, dass man einen Fehler macht, äußerst gering. Das geht gegen null, und es sind keine Fehler publiziert.

Wenn Sie eine andere Überzeugung haben, worauf sie sich auch immer stützt, werde ich sie naturwissenschaftlich nicht entkräften können. Aber begründen Sie Ihre andere Überzeugung bitte nicht mit naturwissenschaftlichen Argumenten. Die Todesfeststellung ist, bei aller Diskussion, letztendlich etwas, was wir Ärzte tun müssen. Das gehört zu unserem Aufgabenbereich. Die Ärzteschaft maßt sich nicht an, den Tod zu definieren, aber die Ärzteschaft braucht Kriterien, ab wann wir den Tod feststellen. Wir brauchen das für die Praxis. Das muss klar definiert und valide sein, und Sie sollten damit zurechtkommen. Der Hirntod ist deshalb als Todeskriterium gut geeignet, weil er uns diagnostische Sicherheit bietet. Er ist keine Prognose.

Schauen wir uns einmal den Rahmen an, in dem wir uns bewegen, wenn wir von Leben und Tod sprechen. Wir können sagen: In dem Moment, wo Ei und Spermium verschmelzen, wird die genetische Information festgelegt. Das könnte der Beginn sein. Am anderen Ende, dem Tod, steht der Verlust der genetischen Information. Das sind die echten Extreme für Leben und Tod. Lassen Sie uns jetzt ein Ereignis, einen Unfall eintreten, bei dem Herz, Lunge oder Gehirn geschädigt werden. Der Patient verschlechtert sich kontinuierlich, und irgendwann ist der Punkt erreicht, an dem entweder Hirn, Herz oder Lunge irreversibel erloschen sind. Ab diesem Zeitpunkt müssen wir nicht mehr warten, bis dieser Punkt gekommen ist. Denn ab diesem Zeitpunkt kann sich für den Patienten nichts mehr ändern. Ab diesem Moment haben wir diagnostische Sicherheit. Würden wir die Todesfeststellung in diesen Bereich schieben, dann würden wir einem Patienten, auch wenn die Chance noch so

gering ist, eine Chance nehmen, sich vielleicht doch zu erholen. Würden wir den Todeszeitpunkt aber hierhin hinlegen – der betroffene Mensch kann davon nicht mehr profitieren, er kann davon nichts mehr gewinnen. Warum? Gehirn, Lunge, Herz-Kreislauf-System, das sind traditionell die drei Organe, die immer wieder genannt werden, wenn es um Leben und Tod geht. Sie arbeiten eng miteinander und das Zusammenspiel dieser Organe ist entscheidend für unser Leben.

Beispielsweise ist die Atmung sehr wichtig. Jede Zelle in unserem Körper braucht Sauerstoff. Der Antrieb dafür kommt vom Gehirn; Lunge und Herz-Kreislauf-System sind nur die Instrumente, die dies ausführen. Die Medizin ist inzwischen so weit, Herz und Lunge ersetzen zu können. Aber das Gehirn können wir nicht ersetzen, und da ist auch nichts in Sicht. Deswegen ist das Hirntodkriterium das sicherste Todeskriterium, das wir haben.

Ich möchte zusammenfassen: Wenn wir den Todeszeitpunkt definieren als das maximale Extrem, als Tod der letzten Zelle, dann lässt sich dieser Zeitpunkt in der Praxis so nicht feststellen. So lange haben wir auch nie gewartet, um den Tod festzustellen. Wir Ärzte brauchen für die Todesfeststellung aber Kriterien, nach denen wir handeln können. Der Hirntod ist deshalb ein gutes Kriterium, weil es klinisch klar festgelegt ist und weil wir es gut untersuchen können. Wir können es durch elektrophysiologische Untersuchungen wie das EEG bestätigen. Wir können nachweisen, dass die Hirndurchblutung zum Sistieren kommt. Wir haben pathologische Befunde, die uns beweisen, dass wirklich das gesamte Organ ausgefallen ist. Selbst wenn wir noch lange warten würden: Es ist nichts in Sicht, was dieses Organ komplett ersetzen könnte. Die Beatmung allein ist kein Ersatz für dieses Organ.

Deshalb mein klares Statement: Ohne ein Gehirn ist der Mensch als körperlich-geistige Ein-

heit nicht mehr existent, und deswegen ist er tot. Vielen Dank.

(Applaus)

Verständnisfragen aus dem Publikum

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Herzlichen Dank für den Vortrag, danke auch für Ihren eindrucksvollen Vortrag. In unserem Programm steht jetzt eine Aussprache. Ich kann am Anfang nicht Gerechtigkeit versprechen, wenn ich das jetzt einfach aus dem Programm streiche. Deswegen würden ich Sie bitten, Herr Shewmon, dass Sie auch nach vorne kommen und dass wir gleich stehen bleiben und versuchen (Lachen) auf die Fragen antworten. Dann sehen Sie, dass wir es ernst meinen mit unserem Zeitplan. Ich bitte um Wortmeldungen.

Jens Reich (Deutscher Ethikrat)

Ich habe eine Frage an Herrn Shewmon. Sie haben bei der Übersicht über die Hormone nur von den Hypophysenhormonen gesprochen, aber nicht von den vom Hypothalamus ausgegebenen Releasing-Hormonen, die als Steuerung dahinterstehen und die durch Therapie nicht ersetzbar sind. Ich möchte Sie um einen Kommentar bitten.

D. Alan Shewmon (UCLA Medical Center)

The anterior pituitary hormones were not mentioned because they are not so critical in the clinical context of brain death. So, for example, a number of the anterior pituitary hormones have to do with reproduction and lactation. This is not necessary for life. Those necessary for life are thyroid stimulating hormone, which I did mention, and adrenocorticotrophic hormone, which I did mention. Those are easily substitutable with, I mean, I take a daily pill of levothyroxine to supplement my thyroid function and people take cortisol to supplement adrenal insufficiency. And for the posterior pituitary, if you have diabetes insipidus, you take vasopressin or

an analogue. So those hormones that are necessary for survival, they are substitutable.

Herr Cremer (Hamburg)

Cremer, Hamburg, Berufsverband der Frauenärzte. Ich habe eine Frage. Das Transplantationsgesetz sieht als Kriterium für die Organentnahme den Hirntod vor. Das jetzt voraus, dass ein Großhirn vorhanden ist. Nun gibt es Feten, bei denen das Großhirn nicht angelegt ist, den Anecephalus. Es gibt Frauen, die sich, wenn das in der Schwangerschaft festgestellt wird, nicht für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, sondern dafür, das Kind auszutragen, weil sie der Meinung sind, dass man auch diesem Kind die ihm zugemessene Lebensspanne nicht verkürzen soll. Die meisten Frauen haben die Vorstellung, dass sie bei diesem Kind, das nach der Geburt unweigerlich sterben wird, die Organe spenden können, und sind überrascht, wenn das nicht geht, weil bei diesem Kind der Hirntod nicht festgestellt werden kann. Haben Sie eine Idee, wie man bei Anecephalus den Hirntod feststellen kann? Oder sollte das Gesetz geändert werden?

Sabine Förderreuther (LMU München)

Ich selbst habe so einen Patienten bislang nicht untersucht. In den Richtlinien, die vom Wissenschaftsrat der Bundesärztekammer herausgegeben worden sind, steht aber, dass man die Untersuchung für die Feststellung des Hirntodes auch bei anecephal geborenen Kindern durchführen muss, um den Hirntod festzustellen.

Herr Cremer (Hamburg)

Das heißt, dass deswegen die Organspende nicht möglich sei.

Sabine Förderreuther (LMU München)

Das kann man dennoch tun. Soweit ich über diese sehr spezielle Frage informiert bin, können Sie auch bei Anecephalen den Hirntod feststellen.

Regina Breul

Mein Name ist Dr. Regina Breul, ich bin Ärztin. Ich habe eine Frage an Frau Dr. Förderreuther. Es gibt wissenschaftliche Untersuchungen von amerikanischen und japanischen Neurologen, nachzulesen unter anderem im British Medical Journal, in denen wird dargelegt, dass das Gehirn eine Minderdurchblutung bis 25 Prozent schadlos ertragen kann, wenn sonst nichts passiert, dass aber ab 50 Prozent Minderdurchblutung das Gehirn stumm ist. Im Prinzip muss man doch die klinische Diagnostik des Hirntodes hinterfragen. An einem klinisch stummen Gehirn kann ich natürlich nie einen Reflex auslösen. Das heißt, selbst Patienten, die eventuell noch eine ausreichende Durchblutung haben, werden dann als tot diagnostiziert. Solche Kriterien sind zum Teil auch bei Tieren im Winterschlaf nachzuweisen. Diese ischämische Penumbra ist nun einmal Fakt, wird von anderen Neurologen beschrieben, und deshalb wären andere Untersuchungen wichtig. Die werden nicht gemacht, außer wenn man nicht länger warten möchte, wenn man die zweite Untersuchung nicht abwarten will oder bei kleineren Kindern. Wie stehen Sie dazu?

Sabine Förderreuther (LMU München)

Sie verkennen die Entwicklung dieser Hirntodkriterien und dass solche Phänomene sehr sorgfältig und wissenschaftlich untersucht worden sind. Als die ersten Patienten auf den Intensivstationen beobachtet und Erfahrungen mit dem Hirntodkriterium gesammelt wurden, sind natürlich entsprechende Untersuchungen gemacht worden. Dabei wurde überprüft, inwieweit sich bei schweren Hirnschädigungen auch der Blutfluss verschlechtert und die Erholungsfähigkeit des Gehirns nicht mehr gegeben ist. Die Untersuchungen mit EEG – darauf spielen Sie an, dass das Gehirn stumm wird – korrelieren mit den Ergebnissen aus den Durchblutungsuntersuchungen. Man konnte klar nachweisen, dass Ihre Sorge vor dieser Penumbra – dass da noch Zel-

len sind, die sich erholen können – unbegründet ist. Das Problem ist, dass der Hirndruck immer weiter steigt. Dies ist ein *Circulus vitiosus*, den wir nicht durchbrechen können. Wenn der Hirndruck so weit gestiegen ist, dass alle Teile des Gehirns nicht mehr so durchblutet sind und wir auch keine Hirnfunktion klinisch mehr erkennen können, dann setzt sich das weiter fort und es kommt definitiv und sicher zum Stillstand der Perfusion, wie durch entsprechend kontrollierte Untersuchungen gezeigt wurde.

Herr Winkelmann (München)

Mein Name ist Winkelmann, ich bin praktischer Arzt aus München, Ad-hoc-Gruppe Hirntod. Eine Frage an Professor Shewmon. Ich habe mir Ihr Fazit aufgeschrieben: Der Organismus lebt als Ganzes. Von Ihrer Münchner Kollegin habe ich mir aufgeschrieben: Ohne Gehirn ist der Mensch als körperlich-geistige Einheit nicht mehr existent. Das sind jetzt zwei gegensätzliche Aussagen. Frage an Sie, lieber Herr Professor aus den USA, wie stehen Sie zu dieser letzten Aussage Ihrer Münchner Kollegin? Lebt derjenige jetzt oder ist er mausetot?

D. Alan Shewmon (UCLA Medical Center)

I was very interested in your presentation insofar as there was a fair amount of emphasis on the consciousness and the intellectual functions, the self-awareness, thought, memory, and so on. And of course that's very important in human life. The question, I believe, is whether somebody without those intellectual functions, things that distinguish us from lower animals, whether without that we are still living human beings. I say as long as our body is living we are still living human beings. We may be unconscious, but we are living human beings. So the answer to your question is: yes, I believe these are living unconscious human beings.

I just tell a quick anecdote. I gave a lecture at the International Symposium on Coma and Death in Havana in the year 2000. At the con-

clusion of the lecture, Dr. Fred Plum, who is one of the foremost experts on coma and brain death, and so on, was in the audience and he got up and he was very agitated and he said: "Okay, I grant you that it's a living human being." He said: "I grant you that it's a living human organism, but it is a human person?" And I dare say that most of the endorsers of brain death as death nowadays endorse it on the basis of this theory of loss of personhood due to the permanent unconsciousness rather than loss of the biological integrative unity of the organism.

Sabine Förderreuther (LMU München)

Ich habe deutlich gemacht, dass ich nicht denke, dass alle anderen Organe nicht mehr arbeiten und dass das sehr lebendig aussieht. Wir sind mit dem Hirntodkriterium jedoch an einem Punkt, wo wir wissen, dass es nicht mehr weitergehen kann. Deswegen halte ich es für einen guten Punkt, an dem man sagen kann: Hier können wir den Tod feststellen. Das ist für meine Aussage das Entscheidende. Ich habe viel von Bewusstsein gesprochen, weil es das ist, was am schwersten zu untersuchen ist. Diese Leute haben keinerlei zentrale Motorik mehr, die vom Gehirn ausgeht. Es ist noch viel schlimmer: Sie haben spinale Reflexe und können zum Teil noch Dinge reflektorisch bewegen. Das ist schwer zu verstehen und manchmal auch ein bisschen gruselig. Aber wenn Sie heute auf eine heiße Herdplatte fassen und die Hand zurückziehen, dann machen Sie das nur mit Ihrem Rückenmark. Das meldet zwar brav nach oben: „Hey, du hast dir die Finger verbrannt“, aber die schnelle Bewegung zurück passiert auf Rückenmarksebene. Und die Definition des Hirntodes ist ja: Wir wissen, dass es noch Teile des Nervensystems gibt. Aber die Frage ist: Machen die wirklich ein hochentwickeltes menschliches Lebewesen aus? Ich denke nicht. Ich weiß nicht, was jemand gewinnen sollte, der nach Feststellung des Hirntodes über Monate oder gar Jahre weiter beatmet wird und da in einem Bett liegt –

der ist kopflos. Ich weiß wirklich nicht, was es demjenigen bringen soll.

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Meine Damen und Herren, ich habe noch sieben Wortmeldungen gezählt. Weil sich die Fragen dem Problem nähern, das wir im zweiten Teil diskutieren, sollten wir jetzt zum zweiten, ethischen Teil unserer Veranstaltung übergehen. Ich möchte den ersten Vortrag von Ralf Stoecker aus Potsdam ankündigen, und darauf folgt der Vortrag von Michael Quante aus Münster.

Block II: Vorträge aus ethischer Sicht

Prof. Dr. phil. Ralf Stoecker - Universität Potsdam

Einen schönen guten Abend, meine Damen und Herren. Ich freue mich über die Gelegenheit, aus ethischer Sicht etwas zum Thema Hirntod beizutragen.

Zunächst eine terminologische Vorbemerkung: Das Wort Hirntod ist ein medizinischer Fachausdruck und bezeichnet eine Diagnose, nämlich den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Die Ethik kommt erst mit der sogenannten Hirntodkonzeption ins Spiel. Sie verbindet die medizinische Diagnose des Hirntods mit der Feststellung, dass ein Mensch, auf den diese Diagnose zutrifft, tot ist. Das, worüber wir heute Abend sprechen, ist also die Hirntodkonzeption.

Die Hirntodkonzeption etablierte sich Ende der Sechzigerjahre, war allerdings nie unumstritten. In Deutschland wurde sie vor allem Mitte der Neunzigerjahre in der Zeit zwischen dem sogenannten Erlanger Baby und der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes lebhaft diskutiert. Danach erlahmte das Interesse, obwohl oder vielleicht gerade weil sich das Transplantations-

gesetz geschickt jeder Festlegung auf die Hirntodkonzeption enthielt. Die medizinische Praxis ging weiterhin von der Gültigkeit dieser Konzeption aus. Erst seit etwa drei Jahren wird sie in Deutschland wieder öffentlich debattiert.

In meinen ethischen Betrachtungen möchte ich die wesentlichen Argumente dieser Debatte skizzieren, um dann zu erläutern, wie man mit der Frage umgehen sollte, ob hirntote Menschen tot sind oder nicht.

Ganz zu Anfang, Ende der Sechzigerjahre, als die Hirntodkonzeption entwickelt wurde, war sie aus ethischer Sicht weniger ein Problem als vielmehr eine Lösung, und zwar gleich für zwei medizinisch-ethische Probleme. Das erste Problem lag darin, dass die nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte Intensivmedizin zwar vielen Patienten half, dass sie aber für manche schwer hirngeschädigte Patienten nur die Konsequenz hatte, sie daran zu hindern, friedlich zu sterben. Also fragt es sich, ob die Medizin wirklich dazu verpflichtet war, die Behandlung dieser Patienten fortzusetzen. Und die Hirntodkonzeption bot eine passende Antwort: Wer tot ist, den kann und muss man folglich auch nicht mehr am Leben erhalten.

Allerdings zeigte sich schnell, dass dies kein großer ethischer Gewinn war, weil es viele andere Patienten gibt, deren Weiterbehandlung ebenfalls ethisch fragwürdig ist, obwohl sie zweifellos noch leben und weil es ohnehin andere ethische Gründe gibt, am Lebensende von einer Maximaltherapie abzusehen.

Viel wichtiger war und ist die Hirntodkonzeption zur Lösung des zweiten Problems: des Problems, geeignete Organspender für die sich in den Sechzigerjahren stürmisch entwickelnde Transplantationsmedizin zu finden. Die ursprünglich angewandte Praxis, die Spenderorgane möglichst rasch nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand zu entnehmen, hatte zwei Nachteile: Erstens wurden die Organe durch den mit dem

Sterbeprozess verbundenen Sauerstoffmangel geschädigt und zweitens war nicht klar, ob die Spender bei der Organentnahme wirklich schon tot waren.

Die Hirntodkonzeption bot eine elegante Lösung für beide Schwierigkeiten. Weil hirntote Patienten künstlich beatmet wurden, waren ihre Organe unversehrt, und weil sie der Hirntodkonzeption zufolge schon tot waren, musste man nicht befürchten, die Organe einem lebenden Menschen zu entnehmen. So war es kein Wunder, dass sich die Transplantationspraxis schnell änderte und Organe bald nur noch von hirntoten Spendern stammten.

Was allerdings blieb, waren Zweifel, ob diese Spender tatsächlich tot sind. Bis heute gibt es im Wesentlichen zwei Arten von Überlegungen, die für die Hirntodkonzeption vorgebracht werden. Argumente der ersten Art sehen etwa so aus:

Prämisse 1: Wenn das Gehirn nicht mehr funktioniert, fehlen einem Menschen all die Eigenschaften und Fähigkeiten, die ihn als Person ausmachen: Wahrnehmung, Sprechen, Denken, Fühlen, zielgerichtetes Handeln und soziale Kontaktaufnahme.

Prämisse 2: Wenn einem Menschen diese personalen Charakteristika fehlen, ist er tot.

Konklusion: Also sind hirntote Menschen tot.

Ich glaube, dass dies das intuitiv stärkste Argument für die Hirntodkonzeption ist. Wenn man die erste Prämisse akzeptiert, dass Hirntote kein psychisches Innenleben mehr haben – und ich persönlich finde das einleuchtend –, dann ist bei den Hirntoten bildlich gesprochen innen endgültig das Licht ausgegangen und man möchte meinen, sie sind tot.

Das Hauptproblem für das erste Argument ist aber, dass seine zweite Prämisse unhaltbar ist, weil es neben den Hirntoten auch Menschen gibt, die ebenfalls kein psychisches Innenleben

haben: Embryonen, anenzephalie Neugeborene und manche Wachkomapatienten, die aber sicher nicht tot sind. Folglich lässt sich die Hirntodkonzeption aus dem fehlenden Innenleben nicht rechtfertigen.

Offizielle Begründungen der Hirntodkonzeption sind deshalb eher vom zweiten Typ:

Prämisse 1: Wenn das Gehirn nicht mehr funktioniert, fehlt dem Menschen die Schaltzentrale, die die verschiedenen Regelkreise, die sein biologisches Leben ausmachen, zu einem Ganzen integriert.

Prämisse 2: Wenn der Organismus als ganzer nicht mehr funktioniert, ist der Mensch tot.

Konklusion: Also sind hirntote Menschen tot.

Dieses Argument ist zunächst weniger anschaulich und deshalb auch weniger intuitiv einleuchtend als das erste. Vor allem aber hat es den Effekt, die Debatte aus dem Bereich des Intuitiven, allgemein Zugänglichen in den der medizinischen Fachkompetenz zu verschieben. Weil nur die Ärzte wissen, wie ein Körper genau funktioniert, haben sie die Autorität, uns Nichtärzten zu sagen, wann ein Mensch tot ist.

Es war deshalb ein großer Glücksfall für die Debatte, dass es sich ausgerechnet ein ärztlicher Spezialist, nämlich Professor Shewmon, vor vielen Jahren zur Aufgabe gemacht hat, die erste Prämisse dieses Arguments genauer unter die Lupe zu nehmen und vorzuführen, auf wie schwachen naturwissenschaftlichen Füßen die These steht, dass die Integrität des Organismus nicht ohne Gehirn denkbar ist. Wir hatten eben Gelegenheit, ihn selbst zu hören, deshalb brauche ich nichts mehr dazu zu sagen, welche Gründe es gibt, an der ersten Prämisse zu zweifeln.

Es ist aber wichtig zu betonen, dass es neben dieser internen Kritik des biologischen Arguments auch grundsätzliche Bedenken gegen die medizinische Vereinnahmung der Grenze zwi-

schen Leben und Tod gibt. Zu deutlich ist die Diskrepanz zwischen der Hirntodkonzeption und dem äußeren Anschein von Lebendigkeit hirntoter Patienten: Atembewegungen, die rosige Färbung der Haut, Körperwärme, Bartwuchs, Wundheilung, regelmäßige Körperausscheidung und gelegentliche Bewegungen der Extremitäten, aber auch unter Umständen Schwangerschaft, Körperwachstum und sexuelle Reifung – das sind traditionell Lebenszeichen, und es fragt sich, ob wirklich ein Verständnis des Todes akzeptabel ist, das so viel Lebendigkeit der vermeintlich Toten zulässt.

Dass dies zumindest nicht selbstverständlich ist, zeigt sich in der unterschiedlichen Behandlung hirntoter Patienten im Vergleich zum Umgang mit echten Leichen. Hirntote werden beispielsweise nicht zur Ausbildung von Studenten oder zu Forschungszwecken eingesetzt. Sie werden vielmehr bis zur Organentnahme so versorgt wie andere Intensivpatienten, bis hin zur ausdrücklichen Ansprache durch die Pflegenden. Das aber passt nur schlecht zu der Ansicht, dass sie Tote sind.

Kurz: Es gibt meines Wissens kein überzeugendes Argument für die Gültigkeit der Hirntodkonzeption, heute noch weniger als 1997. Trotzdem wird die Debatte leidenschaftlich weitergeführt. Der Grund dafür liegt in der Befürchtung, dass mit der Abkehr von der Hirntodkonzeption auch die Lösung des Problems der geeigneten Organspender in sich zusammenfällt und damit der Transplantationsmedizin die ethische Grundlage entzogen wird.

Bevor ich ausführe, warum diese Befürchtung in meinen Augen unbegründet ist, möchte ich kurz auf eine andere Entwicklung der letzten Jahre eingehen. Sie ist wichtig für die Hirntoddebatte, weil sie darauf hindeutet, dass der Rückgriff auf die Hirntodkonzeption heute nicht mehr ausreicht, um die Zulässigkeit von Organentnahme zu klären. Die Rede ist von der zunehmenden Bedeutung von Organspenden, die nicht von

hirntoten Spendern stammen, sondern von Spendern nach Herzstillstand, sogenannten Non Heart Beating Organ Donors. Die Praxis, Organe nach dem Herzstillstand des Spenders zu entnehmen, schließt an die Vorgehensweise in den Pioniertagen der Transplantationsmedizin an. Wegen der chronischen Knappheit an Spenderorganen wird sie seit den Achtzigerjahren zunehmend praktiziert und hat sich in vielen Ländern als eine weitere Form der Organspende neben der von hirntoten Spendern etabliert. In Deutschland sind solche Organspenden zwar durch das Transplantationsgesetz verboten, aber in England und den Niederlanden, den beiden in dieser Hinsicht führenden Ländern Europas, werden mittlerweile mehr als ein Drittel der Organspenden nach Herzstillstand durchgeführt.

Die Organspende nach Herzstillstand wirft eine Reihe ethischer Schwierigkeiten auf. Wichtig für das Thema des heutigen Abends ist vor allem die Rolle des Todes bei dieser Explantationspraxis. Diese Praxis funktioniert in aller Regel so, dass eine bestimmte Zeit nach dem Herzstillstand der Herztod der Patienten erklärt wird, bevor, eventuell nach einer weiteren kurzen Wartezeit, die Organe entnommen werden. Diese Fristen müssen so knapp wie möglich berechnet sein, um die Organe nicht zu gefährden. Das geht nur, wenn man deutlich geringere Anforderungen an das der Todeserklärung zugrunde liegende Todesverständnis stellt als bei der Hirntoddebatte. Anders ausgedrückt: Die These, dass die Non Heart Beating Organ Donors schon tot sind, steht auf noch wackligeren Füßen als die Hirntodkonzeption.

Das ist das ethische Dilemma, in dem wir uns zurzeit befinden: Einerseits kann man mit Organspenden vielen Menschen helfen und viele Leben retten. Andererseits bauen die üblichen ethischen Begründungen für die Organentnahme auf Todeskonzeptionen auf, die mehr als fadenscheinig sind.

Wie kann man diesem Dilemma entkommen? Eine einfache Lösung hat der amerikanische Neurologe Robert Truog vorgeschlagen. Er zieht aus dem Dilemma die Konsequenz, dass sich die als selbstverständlich vorausgesetzte Prämisse, dass die Spender tot sein müssten, als unhaltbar erwiesen habe. Wenn man diese Dead Donor Rule fallen lasse, könne man problemlos an der heutigen Praxis festhalten, Organe von hirntoten Patienten und von Patienten nach Herzstillstand zu entnehmen. Das große Problem bei diesem Lösungsvorschlag liegt aber darin, dass unverständlich bleibt, warum man bei hirntoten Menschen etwas tun darf, was normalerweise ethisch inakzeptabel ist: nämlich einen Patienten zugunsten anderer Menschen zu töten.

Viel besser gefällt mir ein Ansatz, den in letzter Zeit zum Beispiel Dieter Birnbacher vertreten hat. Er geht von der sehr wichtigen Feststellung aus, dass die Begriffe Leben und Tod wie so viele Ausdrücke unserer Sprache unscharfe Ränder haben, die sich insbesondere dann zeigen, wenn man versucht, die Ausdrücke auf neue, bislang unbekannte Situationen anzuwenden. Eben das aber geschieht, wenn man zu entscheiden versucht, ob hirntote Patienten leben oder tot sind. Was man schnell und mühelos feststellt, ist, dass die Patienten in der einen Hinsicht – in ihrem äußeren Anschein und vielen körperlichen Funktionen – noch wie Lebende sind, in der anderen Hinsicht – in ihrer Ohnmacht und der Aussichtslosigkeit ihrer Situation – aber wie Tote. Der Versuch, zu entscheiden, auf welche Seite sie letztlich gehören, misslingt jedoch. Unsere Sprache ist nicht auf Menschen eingerichtet, die sich in der Grauzone zwischen Leben und Tod befinden. Birnbacher zieht daraus die Konsequenz, dass man angesichts der unscharfen Begriffe die Grenze nach pragmatischen Gesichtspunkten ziehen müsse.

Doch das ist meines Erachtens zu kurz gegriffen. Ich glaube, man muss die sprachphiloso-

phische Überlegung noch ernster nehmen. Dass die Begriffe von Leben und Tod unscharf sind, hat eine Ursache: Es hängt damit zusammen, dass wir, wie gerade die Hirntoddebatte gezeigt hat, traditionell eine ganze Reihe verschiedener Merkmale mit dem Leben verbinden. Zu leben hat für uns etwas mit einem personalen Innenleben zu tun, mit einem biologischen Leben und mit äußerer Lebendigkeit. Weil diese Merkmale vor der Entwicklung der Intensivmedizin immer gemeinsam auftraten, war es leicht, sich den Übergang vom Leben zum Tod als einen einheitlichen Umschwung vorzustellen. Doch bei den hirntoten Patienten gelingt das nicht mehr, weil die Merkmale zu unterschiedlichen Zeiten verloren gehen. Diese Patienten sind in personaler Hinsicht wie Tote, in anderer Hinsicht wie Lebende.

Vor allem sind die Merkmale, die wir mit dem Leben verbinden, nicht irgendwelche Eigenschaften, sondern Eigenschaften, die uns das Leben lieb und teuer machen. An ihnen liegt es, dass wir das Leben schätzen und dass wir die Tötung eines Menschen scharf ablehnen. Das Leben ist uns wichtig: Erstens, weil wir es gewöhnlich als erlebtes Leben leben, es erfahren, fühlen, denken und aktiv gestalten; zweitens, weil wir es gemeinsam führen, und zwar in unserer individuellen Leiblichkeit. Wir lieben einen Menschen, der zum Beispiel so und so aussieht, der sich im Schlaf gelegentlich bewegt und so weiter. Nicht nur die Liebe, auch die Achtung, die wir uns wechselseitig schulden, hat viel mit unserer äußeren Erscheinung zu tun. Wir haben ein Recht darauf, dass andere uns nicht bloßstellen oder übergriffig werden. Das bezieht sich wesentlich auch auf unsere Leiblichkeit. Drittens verbinden wir so etwas wie Scheu oder Respekt mit den Abläufen unseres organischen Lebens einschließlich der traditionellen Lebenszeichen. All das zusammen macht die besondere Bedeutung aus, die das Leben für uns hat. Deshalb ist es für uns so wichtig zu wissen, ob ein Mensch noch lebt oder schon tot ist.

Im Fall der hirntoten Patienten hilft uns aber genau diese Frage nicht weiter, weil es für diese Patienten gerade charakteristisch ist, dass sie auch ethisch gesehen in mancher Hinsicht noch so sind wie die Lebenden und in anderer Hinsicht so wie die Toten. Man kann ihnen nicht mehr wehtun oder ihnen Freude bereiten, man kann mit ihnen nicht mehr kommunizieren und ihnen keine Zukunft bieten oder vorenthalten. Insofern gleichen sie schon den Toten. Aber man kann sie immer noch liebevoll oder lieblos behandeln, anständig oder unanständig, respektvoll oder achtlos, und zwar in deutlich höherem Maße als jede Leiche. Hierin gleichen sie eher ihren schwerkranken Mitpatienten auf der Intensivstation.

Aus ethischer Perspektive sind Hirntote weder einfach tot noch einfach am Leben. Sie befinden sich in einem Zwischenstadium zwischen Leben und Tod, und wenn wir wissen wollen, wie wir uns ihnen gegenüber verhalten sollten, dann müssen wir uns ansehen, inwiefern sie noch wie Lebende oder schon wie Tote sind. Weil sie noch keine Leichen sind, ist es richtig, sie im alltäglichen Umgang, in der Pflege so zu behandeln wie andere bewusstlose Patienten auch. Weil der Hirntod nichts an ihrer leiblichen Präsenz für die Angehörigen ändert, müssen die Bedürfnisse der Angehörigen nach Nähe, Abschied, Trauer, aber auch nach Information und Mitsprache respektiert werden. Weil sie eine zu achtende Würde haben, dürfen alle Eingriffe in ihre körperliche Integrität, angefangen von der Hirntoddiagnostik, nicht ohne ihren *informed consent* stattfinden, wenn er auch wie bei anderen bewusstlosen Patienten erschlossen werden kann. Und weil man ihnen kein Leid mehr antun, sie keiner Zukunft mehr berauben kann und weil auf der anderen Seite die Organempfänger erheblich von der Transplantation profitieren, darf man ihnen Organe entnehmen, und das, obwohl es dazu führt, dass sie ihren Zustand zwischen Leben und Tod beenden und aus dem Hirntoten ein toter Mensch wird. Deshalb kann man die

Hirntoddebatte beruhigt hinter sich lassen, ohne befürchten zu müssen, der Transplantationsmedizin die ethische Grundlage zu entziehen. Die Ethik der Transplantationsmedizin kommt wesentlich ohne die Hirntodkonzeption aus. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Applaus)

**Prof. Dr. phil. Michael Quante ·
Universität Münster**

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich bedanke mich für die Einladung, hier bei Ihnen sprechen zu dürfen. Allerdings bereitet mir der Platz, an dem ich spreche, ein dreifaches Unbehagen:

Erstens ist es ein Thema, bei dem ich mit dem Kollegen Ralf Stoecker schon viele Jahre nicht einer Meinung bin, und ich widerspreche ihm nicht gern im öffentlichen Raum.

Zweitens sind die Unterschiede zwischen unseren Positionen auf tiefliegende philosophische Unterschiede zurückzuführen, und das kann in der Öffentlichkeit den Eindruck erwecken, als gäbe es in der Philosophie keine Maßstäbe für rationales Diskutieren und als sei es letztendlich eine Frage des Geschmacks oder irrationaler Entscheidungen. Das wird etwas gemildert dadurch, dass wir in der ersten Sektion gesehen haben, dass es auch in anderen Disziplinen so profunde Differenzen geben kann, ohne dass irgendjemand auf die Idee käme, die betreffende Disziplin hätte überhaupt keinen kognitiven Wert. So gesehen werden wir am Ende nicht so viel schlechter dastehen.

Drittens sehen Sie im Programm, dass meine Bemerkungen zu dem Vortrag von Ralf Stoecker unter dem Gesichtspunkt Ethik stehen. Es ist eine unserer fundamentalen Differenzen, dass ich glaube, dass es sich bei diesem Problemkontext nicht um ein genuin ethisches Problem handelt – und da fangen zwischen ihm und mir die Schwierigkeiten schon an.

Mit der Einladung waren gewisse Wünsche verbunden: Ich sollte mich möglichst zu drei Problemkreisen äußern und auch etwas auf das eingehen, was Herr Stoecker vorträgt.

Der erste Punkt: Ich sollte etwas zur Legitimität der Organentnahme vom Leichnam im Lichte neuer Forschungsbefunde sagen. Diese Formulierung fand ich schwierig, denn die neuen Forschungsbefunde sind nicht im Blick auf die Frage interessant, was wir mit einem menschlichen Leichnam tun sollen, sondern die Frage ist eher, ab wann wir es mit einem menschlichen Leichnam zu tun haben. Trotzdem – und das war die Ausführung von Ralf Stoecker – können wir uns überlegen, ob ein unter Hirntoddiagnostik in der Intensivmedizin stabil gehaltener menschlicher Leichnam besondere ethische Ansprüche verdient.

Der zweite Punkt: Ich sollte etwas sagen über die ethische Plausibilität der Dead Donor Rule, die gerade schon erwähnt wurde, dass man nur von einem Leichnam die Organe entnehmen darf, deren Entnahme mit einem Weiterleben eines menschlichen Organismus nicht vereinbar ist.

Drittens sollte ich ein wenig dazu beitragen, über den moralischen Sonderstatus des menschlichen Leichnams nachzudenken.

Ich möchte nun meine Grundidee in Form von knappen Thesen skizzieren und dabei weniger versuchen, eine Gegenposition in den Raum zu stellen, sondern sichtbar zu machen, warum wir verschiedenen Strategien folgen und wie die verschiedenen Ebenen zusammenhängen. Denn erst dann können wir erkennen, wie komplex die Aufgabenstellung ist und wer sich am Gespräch beteiligen muss.

Aus meiner Sicht sind Todesdefinition und Todeskriterium teilweise metaphysische, aber gerade keine ethischen Fragestellungen. Es handelt sich nicht um ethische Fragen, nämlich um den Verlust von etwas, was uns etwas wertvoll

und sinnvoll erscheinen lässt, sondern es geht um Existenzannahmen. Tod ist in meinem Verständnis – als wohl allgemeinste Definition – das irreversible Ende der Existenz eines individuellen Organismus. Das ist eine metaphysische oder ontologische Frage. Ob es für uns ethisch bedeutsam ist, dass ein Existenzende eingetreten ist, ist eine andere Frage, aber die Frage selbst ist keine genuin ethische. Wenn ich die Position von Ralf Stoecker zu Ende denke, dann sind wir schon nicht mehr auf der gleichen Linie.

Der zweite Punkt wurde schon in den beiden naturwissenschaftlich-medizinischen Vorträgen deutlich: Es geht um einen naturwissenschaftlich und naturphilosophisch angemessenen Begriff des „menschlichen“ Organismus. Als Naturphilosoph – genauer: als jemand, der Philosophie der Biologie betreibt – hätte man gern einen noch allgemeineren Organismusbegriff. Dass dies rein naturwissenschaftlich nicht möglich ist, konnte man im ersten Vortrag wunderbar sehen. Integration, der Organismusbegriff selbst, aber auch holistische Eigenschaft und Emergenz sind keine rein naturwissenschaftlichen Begriffe. Deswegen gibt es hier eine Schnittstelle zwischen Überlegungen aus der Philosophie, der Biologie und der allgemeineren Naturphilosophie mit Blick auf biologisch-medizinische Erkenntnisse.

Die These, die mich bei diesem gesamten Block leitet, ist: Die Wahl des Todeskriteriums geschieht im Lichte eines metaphysischen, naturphilosophischen Rahmens auf der Grundlage naturwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse und im Lichte dieser Erkenntnisse. Das ist ein deskriptiver Satz, der den Aufbau einer Theorie beschreibt, aber nicht, wie die vielen Beiträge in diesem Feld zustandekommen. Die Grundbegriffe wie Leben, Tod und Organismus sind sehr alten Ursprungs, vermutlich aristotelischen Ursprungs, und die Frage ist – das steckt auch hinter den sprachphilosophischen Überlegungen, mit denen Ralf Stoecker seine Überle-

gungen beendet hat –, ob diese Begriffe, die eher der Lebenswelt und dem lebensweltlichen Verständnis von Naturvorgängen entspringen, in diesen technisch induzierten Kontexten noch ihren Griff behalten. Das ist ein fundamentales philosophisches Problem, kein medizinisches oder naturwissenschaftliches. Deswegen sind auf der Ebene eines Fachstreits in der Neurologie oder der Medizin zu den Problemen, die sich aus dieser Verunsicherung ergeben, keine Antworten zu erwarten. Das können diese Disziplinen allein nicht machen.

Kurz zur Dead Donor Rule. Die Frage, tot oder lebendig, bezieht sich auf eine metaphysische Differenz: Existiert ein Individuum zu einem gewissen Zeitpunkt oder existiert es nicht? Ein Beispiel ist der Unterschied zwischen Verhütung und Abtreibung. Verhütung heißt, dass die Existenz eines Individuums verhindert wird, es kommt nicht zur Existenz. Abtreibung dagegen heißt, dass eine Existenz, die begonnen hat, beendet wird. Ob etwas existiert oder nicht, ist von meinem Verständnis her eine Frage der theoretischen Philosophie, je nach Gegenstandsbereich unter Hinzunahme naturwissenschaftlich-empirischer Kenntnisse der einschlägigen Disziplin. Aber sie kann ethische Konsequenzen haben. Es ist nur wichtig, die Reihenfolge zu beachten. Eine Frage ist: Wollen wir etwas für tot erklären, weil die Seinsweise dieses X uns weniger wertvoll erscheint? Das bezeichne ich als, wie wir in Westfalen sagen, das Pferd von hinten aufzäumen. Ich würde umgekehrt sagen: Ob etwas ein Leichnam oder ein menschlicher Organismus ist, macht einen ethischen Unterschied aus, ist aber nicht das Resultat einer ethisch unterschiedlichen Bewertung. Diese Fundamentaldifferenz können wir in der philosophischen Debatte an dieser Stelle nicht beseitigen.

Die Forderung, die Dead Donor Rule aufzugeben, stößt auf massive Probleme ethischer Art; ich brauche sie nicht auszuführen, weil sie im

Vortrag von Ralf Stoecker überzeugend dargelegt wurden. Zum einen sehe ich nicht, wie man das nach oben hin stoppen sollte, wie man also andere Formen nicht bewussten personalen Lebens davon ausnehmen sollte. Das wäre eine schwierige Abwehrfrage. Zum anderen hieße es, doch eine fremdnützige finale Organentnahme zuzulassen, und das ist ethisch durchaus problematisch.

Es gibt gute Gründe für die Beibehaltung der Dead Donor Rule. Man braucht nicht nur, wenn man sich das dialektische Gesprächsniveau anschaut, die Forderung zurückweisen, etwas zu verändern, sondern man kann es auch positiv begründen. Die Beibehaltung der Dead Donor Rule weist eine höhere Integrität mit dem ärztlichen Selbstverständnis auf als das andere. Zweitens beruht die Akzeptanz der Organspende wesentlich darauf – wenn man einmal den Fall von Lebendspenden beiseite lässt, die anders zu diskutieren wären –, dass es Organe Verstorbener sind, die gespendet werden, und nicht Organe von solchen, die durch die Spende zu Tode gebracht werden. Man muss sich nur psychologische Untersuchungen der Akzeptanz von Organempfängern anschauen, schon mit Blick darauf, dass jemand gestorben ist, dafür dass sie selbst weiterleben können, wie die Reaktionen hier sind und wie dann auch mit den Abstandsregelungen, zehn Minuten, acht Minuten, sechs Minuten – man kann sich vorstellen, was das unter Praxisdruck für Probleme geben wird, hier eine halbwegs konsistente Sicherheitsmarge einzuhalten. Wenn die nicht eingehalten wird – und wer steht schon mit der Stoppuhr da? –, wird das eine Misstrauenskultur befördern, die der Transplantationsmedizin sicherlich schadet.

Wir sehen immer, wenn irgendetwas passiert – sei es mit Organhandel, sei es mit finanziellen Bevorzugungen –, wie die Akzeptanz sofort in den Keller geht. Daher sehe ich auch hier gute ethische Gründe, die Dead Donor Rule beizu-

behalten; es sei denn, man ist der Überzeugung, dass ein hirntoter Mensch eben ein hirntoter Mensch und kein Leichnam ist. Dann wird man das für eine psychologische Verdrängungsleistung halten. Das ist aber nichts anderes als die Wiederkehr der unterschiedlichen Bewertung dieses Zustandes, in dem es einen Organismus oder ehemaligen Organismus gibt, der als hirntot diagnostiziert werden kann. Es gab kaum Streit darüber, ob man dies exakt diagnostizieren kann. Die Frage war eher, ob das, was an biologischen Prozessen noch übrig bleibt, hinreichend ist, um zu sagen, es handelt sich noch um einen sich selbst integrierenden Organismus. Das ist nichts, was man einfach messen kann, das hängt vom Organismus und vom Integrationsbegriff ab.

Die Erosion der Akzeptanz, die Spannung im ärztlichen Selbstverständnis und der Zwang zur restriktiven Entnahmeregelung, das waren einige der großen Missgeschicke der Debatte um das Erlanger Baby und zur Verabschiedung des Transplantationsgesetzes 1997, dass eine sehr restriktive Entnahmeregelung verankert wurde. Es wurde so ein Junktim gemacht zwischen Hirntod und enger Entnahmeregelung. Wir sind gerade dabei, diese restriktive Regelung, die Leben kostet, zu verändern. Auch das würde ich von meinem Standpunkt als eine ethische Begründung ins Feld führen, an dieser Regelung festzuhalten, weil wir dann über andere Entnahmeregelungen nachdenken können.

Auch zum moralischen Status des Leichnams kann ich mich kurz fassen: Der menschliche Leichnam ist nicht irgendeine Sache. Er ist aber auch nicht mehr Person im Sinne eines rechtlich-moralischen Subjekts. Es ist schwer, ihn in den gängigen klassifikatorischen Schemata unterzubringen, vor allem dann, wenn man sich schon in der praktischen Philosophie nur dichter und einfacher Unterscheidungen bedient. Ralf Stoecker hat gezeigt, auf wie vielen Ebenen

man ethisch relevante Dinge unterscheiden kann.

Wichtig beim Leichnam ist der Aspekt, den man unter Pietät zusammenfassen kann. Das ist sowohl der Respekt vor der Trauerarbeit der Angehörigen und des pflegenden Personals, die damit umgehen müssen, dass jetzt ein Mensch gestorben ist und dass ein Leichnam vor ihnen liegt, als auch – das passt nicht ganz unter Pietät – der Respekt vor dem symbolischen Ort, dass wir einen Körper vor uns haben, der einmal der Leib eines Menschen gewesen ist, der im Leben über seine leibliche Präsenz uns auch symbolisch-sozial gegenwärtig war. Hier ist viel zu tun und medizinisch-psychologisch mit Blick auf Angehörige noch viel mehr, als wir bisher tun, weil wir uns manchmal auf abstrakten Prinzipien begegnen statt dort, wo die Irritationen und das Leid entstehen.

Außerdem gibt es, wie bereits angesprochen, die Bedürfnisse potenzieller Organempfänger, die in einer Gesamtabwägung ethisch relevant sind. Die Dead Donor Rule schützt davor, ein zu Ende gehendes menschliches Leben oder einen menschlichen Leichnam gegenüber hochwertigen Lebensinteressen anderer Menschen aufzurechnen. Trotzdem sind diese Bedürfnisse ein relevanter Gesichtspunkt.

Als Diskussionseinstieg ein Fazit: Wir müssten uns einigen, und das müssen die Philosophen tun. Aus verschiedenen Gründen haben wir es mit einem genuin ethischen oder eher mit einem ontologisch-naturphilosophischen Problem zu tun, das gegebenenfalls ethische Konsequenzen hat. Das kann uns niemand abnehmen und das ist kompliziert. Ich habe Ihnen die Details erspart, weil ich nicht zu dem Bild des ewigen Meinungsstreites noch das Bild des sich in Sophistereien ergehenden unverständlichen Philosophen hinzufügen wollte. Außerdem haben wir Vermittlungsprobleme. Anders als im Bereich der medizinischen Diagnostik ist es nicht trivial, ein naturwissenschaftliches Verständnis in einer

gesetzlichen Regelung dem phänomenalen Alltagserleben aller Menschen vorzuordnen. Das bedarf einer eigenen Reflexion und einer eigenen Rechtfertigung. Wir haben gute Gründe, bei der Todesdefinition und der Wahl des Todeskriteriums genau so etwas vorzunehmen, und wir brauchen eine naturwissenschaftlich-medizinische und philosophische Kooperation. Dieses Problem lässt sich nicht in einer einzelnen Disziplin lösen, auch nicht auf der Ebene des theoretischen Begreifens. Deswegen ist es wichtig, sich zusammzusetzen und zu überlegen, für welche Art von Frage eigentlich welche Disziplin mit welcher Kompetenz zuständig ist. Die verschiedenen Probleme, die im Raum stehen, müssen genau auseinandergehalten werden.

Eine Transplantationsmedizin ohne Dead Donor Rule kann ich mir persönlich – aber hier bin ich auf dünnem Eis – nicht vorstellen, weil die Akzeptanz, die Bereitschaft, diese Praxis als gelebte und institutionalisierte Form der Solidarität für Überlebende nach dem eigenen Tod massiv Schaden nähme. Das ist aber eine Art Prognose, und auch das bedürfte einer gründlichen weiteren ethischen Reflexion, ob wir eine Gesellschaft haben könnten, in der wir mit diesen anderen Selbstbeschreibungen von Organentnahmen von Hirntoten – sofern wir sie hirntote Menschen nennen oder, wie ich sagen würde, hirntote Leichname – wollen leben können. Damit danke ich Ihnen.

(Applaus)

Podiumsdiskussion

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir haben jetzt in der größeren Runde genügend Gelegenheit, miteinander zu sprechen. Es sind zwei Personen zusätzlich auf dem Podium, die nicht in der Personalbeschreibung vorgestellt sind, deswegen möchte ich sie kurz vorstellen.

Das ist zum einen Prof. Dr. Dr. h. c. Eckhard Nagel, Direktor des Instituts für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsmedizinmanagement und Gesundheitswissenschaft, dort aber in Bayreuth beurlaubt und seit 2010 medizinischer Direktor des Universitätsklinikums in Essen. Er ist neben vielen wichtigen Funktionen Mitglied der ständigen Kommission der Bundesärztekammer für das Problem der Organtransplantation, also ausgewiesener Fachmann und zugleich jemand, der die Praxis der Organtransplantation gut kennt.

Neben ihm Eberhard Schockenhoff aus Freiburg. Dort lehrt er seit 1994 Moraltheologie an der Katholischen Fakultät. Er ist Mitherausgeber und Geschäftsführer der Zeitschrift für medizinische Ethik, ist seit Anfang der Gründung des Nationalen Ethikrates, wie Herr Nagel auch, dessen Mitglied und auch Mitglied des Deutschen Ethikrates und dessen stellvertretender Vorsitzender.

Niemand muss sich entschuldigen, dass er hier für Widerspruch gesorgt hat. Wir wollten ihn ja haben, meine Damen und Herren, und wir haben ihn in beiden Sparten gehabt, sowohl in der Medizin als auch im Bereich der Philosophie. Ich möchte zunächst Eckhard Nagel bitten, zu dem, was wir jetzt gehört haben, Stellung zu beziehen. Dann bitte ich als Nächsten Herrn Schockenhoff, etwas zu sagen, und dann ist die Diskussion hier auf dem Podium wie auch mit dem Publikum eröffnet.

Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel - Universität Bayreuth, Mitglied des Deutschen Ethikrates

Vielen herzlichen Dank, auch an die Vortragenden für die sehr interessanten Darstellungen. Es ist gerade an dem letzten Referat von Herrn Professor Quante deutlich geworden, dass man unterschiedliche Sichtweisen zu der Frage des menschlichen Lebens und zur Frage des Todes haben kann, auch unterschiedlich im Hinblick auf die jeweilige Profession. Insofern möchte ich

für mich in Anspruch nehmen, als Arzt und jemand, der auch in der Transplantationschirurgie tätig ist, zu argumentieren und Stellung zu nehmen, nicht im Spezifischen zu neurologischen Fragestellungen.

Ich bin Chirurg. Chirurgen sind einfach, simpel strukturierte Menschen, für die manche Erläuterung im Biochemischen nach dem Studium nicht mehr ganz verständlich ist. Dennoch habe ich mich intensiv auch mit Argumenten beschäftigt, die Herr Shewmon vorgetragen hat. Intuitiv erschließt sich einem Chirurgen die Vorstellung, dass das Herz-Kreislauf-System die einzige lebensbegründende organische Struktur sein kann, nicht. Die Vorstellung, dass die wesentliche integrative Funktion biologisch gesehen durch das Gehirn für unseren Organismus stattfindet, ist intuitiv neben den biologischen Argumenten naheliegender.

Ein wichtiger Punkt, der auf Ihre Einführung, Herr Gerhardt, zurückgeht, ist die Frage: Wie ist die Realität unserer Lebenswahrnehmung heute? Noch stärker als 1969, als die Hirntodkonzeption vorgestellt worden ist, ist sie heute bestimmt durch substitutive Maßnahmen. Als ich Medizin studiert habe, war die Vorstellung, man könne eine Lungenfunktion durch ein Gerät ersetzen, unvorstellbar. Heute gehört die Substitution einer ausgefallenen Lunge, nicht durch Beatmung, sondern durch andere Mechanismen, zum intensivmedizinischen Alltag. So könnte ich jetzt viele Beispiele nennen, wie man ein Leben erhalten kann. Die Frage stellt sich heute vielmehr: Was erhalten wir eigentlich? Dieser Aspekt muss an dieser Stelle besonders betrachtet werden.

Eine zweite Anmerkung zu den philosophischen Vorträgen und zu der Frage, ob man tatsächlich am Ende nicht so genau hinschauen muss (so habe ich Herrn Stoecker verstanden) im Hinblick auf die Frage, ob ein Mensch tot ist oder in einem Übergangsstadium, wo wir das als einen hirntoten Menschen, nicht als einen hirntoten

Leichnam bezeichnen und ob sich dadurch nicht auch eine Transplantationsmedizin, eine Entnahme von Organen rechtfertigen würde:

Sie haben – und das fand ich schwierig – den Hirntod als fadenscheinig bezeichnet. Das ist ein Begriff, wo ich als Mediziner reagieren und sagen würde: Naturwissenschaftliche Argumente kann man unterschiedlich werten, man kann zu unterschiedlichen Konzeptionen kommen, aber ich glaube nicht, dass die Dinge, die wir dort argumentieren, fadenscheinig sind. Sie haben an einer wesentlichen Maxime des ärztlichen Handelns und des ärztlichen Behandlungsauftrags gerührt, nämlich schon aus unserer hippokratischen Tradition heraus alles, was wir tun, zum Erhalt des Lebens zu tun.

Nun könnte man argumentieren, die Organentnahme ist de facto eine Aktivität, die zum Erhalt eines Lebens durchgeführt wird, allerdings zum Erhalt eines weiteren Lebens, nicht desjenigen, um den wir uns hier eigentlich kümmern sollten, bei dem wir die Organe entnehmen. Diese fundamentale Veränderung des ärztlichen Behandlungsauftrags, dass wir jemanden vom Leben – selbst wenn es ein Übergangsstadium ist oder als solches interpretiert würde – zum Tode bringen, um jemand anders zu helfen, ist aus ärztlicher Sicht im Hinblick auf das Selbstverständnis ärztlichen Handelns undenkbar, mit allen Konsequenzen, die man daraus schließen kann und muss, wenn man zum Beispiel andere Erkenntnisse erhielte zu den neurologischen Situationen, die wir diskutiert haben. Insofern bin ich bei der Frage, ob die Dead Donor Rule nicht nur eine emotional relevante Frage ist, wie Herr Quante am Ende gesagt hat. Sie bewegen sich philosophisch auf dünnem Eis, da würde ich Ihnen aus ärztlicher Sicht gern ein festes Fundament dazugeben. Vielen Dank.

**Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff -
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, stellv.
Vorsitzender des Deutschen Ethikrates**

Aus meiner Sicht war der Versuch von Herrn Stoecker hochinteressant. An einem Punkt sehe ich jedoch eine Unentschiedenheit bei ihm, die vielleicht tiefsinnig erscheint, vielleicht auch getragen vom Bemühen um Fairness, alle Aspekte zu integrieren, die aber im entscheidenden Punkt, wo man aufgerufen ist, Konsequenzen aus dem, was man beobachten kann, zu ziehen, vor diesen Konsequenzen zurückschreckt. Wir haben eine gemeinsame Wahrnehmung des Problems: Das, was wir phänomenal erleben, wenn wir einem hirntoten, noch beatmeten Patienten entgegentreten, und das, was wir mit naturwissenschaftlich-medizinischen Diagnosemöglichkeiten feststellen können, tritt auseinander. Das deuten Sie so, dass Sie beides integrieren und sagen, der Hirntote befindet sich in einem Zwischenzustand. Unter einem Aspekt ist er lebendig, unter einem anderen Aspekt ist er tot. Das ist eine Unentschiedenheit, die das Problem denkerisch nicht in der notwendigen Schärfe zu Ende führt.

Ich glaube, das Hirntodkriterium ist anthropologisch wohlbegründet; das ist für mich als Theologe entscheidend. Dass es medizinisch valide ist, hat mich überzeugt, aber darin habe ich keine eigene Kompetenz.

Warum ist es anthropologisch wohlbegründet? Wir können den Menschen beschreiben als leibseelische Person oder als leibhafte Person. Beides ist wichtig: Der Leib ist nicht nur Körper, sondern auch ein in der sozialen Kommunikation erlebter Körper. Insofern ist das erste der beiden Kriterien, das Sie genannt haben, dass der Mensch Person ist, für mich eine notwendige Voraussetzung, um ihn für tot zu erklären. Es darf kein Zweifel mehr daran bestehen, ob er noch Person sein kann. Das ist aber allein nicht kein ausreichendes, sondern ein hinreichendes Kriterium. Es wird dann zum ausreichenden Kri-

terium, wenn wir ihn nicht mehr als leibhaften Organismus denken können.

Was für mich neu war und ich erst so richtig zur Kenntnis genommen habe, als ich mich darauf vorbereitet und die Erklärung des amerikanischen President's Council on Bioethics gelesen habe, die wesentlich auf Ihren neuen medizinischen Forschungen beruhte, war, dass die Integrationsleistungen bei einem hirntoten Menschen noch beachtlich sind. Nur ist jetzt die Frage: Wie entstehen diese Integrationsleistungen? Für das Urteil, ob ein Mensch lebt oder nicht, eine lebendige Person ist oder nicht, ist es nicht unerheblich, wie dieser Zustand der Integration auf einem gewissen Niveau verursacht wird, ob es eine selbst erwirkte Einheit des Organismus ist oder allein durch externe Verursachung, durch maschinelle Substitution der Fall ist.

Letztlich entscheidet sich die Frage, ob ein hirntoter Mensch tot ist oder nicht, an der Frage, wie wir Leben definieren, ob das eine Fähigkeit voraussetzt oder einfach irgendein Zustand ist, egal, wie dieser Zustand entsteht. In den naturwissenschaftlichen Konzeptionen, in denen wir den Lebensbegriff bisher verankert haben, etwa in der aristotelisch-thomanischen Traditionslinie, ist Leben an eine in diesem Träger des Lebens selbst intrinsisch verankerte Fähigkeit gebunden. Der Begriff der Seele oder des entelechialen Lebensprinzips meint eine aktive Fähigkeit, die eigene Form aufrechtzuerhalten und das eigene Wachstum zu organisieren.

Doch selbst wenn man andere Lebensbegriffe nimmt, zum Beispiel einen systemischen Lebensbegriff, auf den sich die Kritiker der Hirntoddefinition oft berufen, dann wird dort Leben als Autopoeisis, also auch als etwas selbst Hervorgebrachtes angesehen. Wenn wir den Zustand eines hirntoten Organismus jedoch mit seinen Integrationsleistungen als Lebendigkeit bezeichnen wollen, dann müssten wir den Begriff Leben so umdefinieren, dass er etwas anderes bedeutet als bisher. Dafür gibt es keine

guten Gründe, außer unserer Unentschiedenheit, dass wir zögern zu sagen, ein Hirntoter ist tatsächlich tot, nur mit dem Unterschied, der dann unsere andere phänomenale Wahrnehmung begründet, dass wir ihn noch künstlich beatmen und er dadurch den Anschein des Lebendigeins erweckt. Die eigentlich ethisch relevante Frage ist jetzt: Dürfen wir das, einen Hirntoten künstlich beatmen, damit wir ihm Organe in einem transplantationsfähigen Zustand entnehmen dürfen? Angesichts des großen medizinischen Nutzens, den wir für andere dadurch erzielen können, ist diese Frage für mich eigentlich nicht schwer zu beantworten.

Noch eine Bemerkung zu der Lösung, dass Hirntote irreversibel Sterbende sind oder sich in einem Zwischenbereich aufhalten. Das scheint mir in sich widersprüchlich, denn einerseits wird der moralische Status des Hirntoten aufgeladen – er darf nicht als tot gedacht werden, also ist er noch sehr lebendig –, aber andererseits dürfen an ihm Dinge vorgenommen werden, die bei allen anderen lebendigen Menschen nicht vorgenommen werden dürfen. Das ist aus meiner Sicht ein Widerspruch.

Jetzt habe ich nicht über die ethischen Konsequenzen gesprochen, denn mir ist wichtig, dass nicht der Anschein entsteht, dass wir nur aus ethischen Gründen, nämlich weil wir an der Transplantationsmedizin festhalten wollen, aber auch andere Regeln nicht aufgeben wollen, durch eine Vorverlegung des Todeszeitpunktes Organspender als tot definieren, damit unsere ethischen Grundlagen nicht ins Wanken kommen. So ist das nicht, sondern es gibt gute naturphilosophische, ontologische Gründe, um Hirntote als tot anzusehen.

(Applaus)

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Herr Stoecker, Sie sind kritisiert worden, deshalb sollten Sie als Erster das Wort haben. Bei Herrn Quante habe ich heftiges Kopfnicken be-

obachtet, deswegen sollte er als der Nächste sprechen.

Ralf Stoecker (Universität Potsdam)

Ich glaube, hier liegt ein Missverständnis vor. Es klingt so, als hätte ich geschummelt und etwas Weiches und intellektuell nicht ganz Redliches hineingebracht. Ich meinte das ernst mit diesem Zwischenstadium, und ich glaube, man kann es gut illustrieren, wenn man in andere Bereiche der medizinischen Ethik schaut, wo wir das ganz längst kennen.

Nehmen Sie die Reproduktionsmedizin. Wir hatten früher die Idee, dass Mutter und Kind in einer besonderen Beziehung zueinander stehen; das hatte eine große ethische Bedeutung und war selbstverständlich. Aristoteles hat gesagt, dass man jemandem, der fragt, ob man seine Mutter ordentlich behandeln sollte, eine Zurechtweisung geben sollte und nicht etwa Argumente. Wie ist es heute? Heute gibt es, von ganz ausgefallenen Sachen einmal abgesehen, mindestens die Möglichkeit einer Eispende. Es gibt die Möglichkeit, dass eine Frau, eine Familie, zwei Männer oder wer auch immer eine Eispende organisiert für eine andere Frau, die das Kind austrägt, und dann gibt es noch die Besteller.

Wer ist jetzt die Mutter von dem Kind? Das ist keine gute Frage. Herr Nagel sagt jetzt zu mir: Wir brauchen ein Fundament, wir müssen wissen, wer von denen die Mutter ist. Meine Antwort ist: Das, was die Medizin hier gemacht hat, ist: Sie hat verschiedene Beziehungen, die einfach, wie das Leben so war, bis heute alle zusammenfielen – von wem die Eizelle kam, wo das Kind ausgetragen wurde und wo es aufwuchs –, in diesem wichtigen und aufgeladenen Begriff der Mutter zusammengefasst. Deswegen hat es normalerweise einen guten Sinn, bis heute immer noch zu sagen: So und so kannst du nicht mit dieser Frau umgehen, das ist deine Mutter!

Und genau so wie in dieser Analogie funktioniert es auch mit den sehr traditionell aufgeladenen schweren Begriffen Leben und Tod. Sie umfassen eine Reihe verschiedener Merkmale, und die moderne Medizin hat dafür gesorgt, dass dieser Zusammenklang der Merkmale, an denen uns viel liegt, auseinanderfällt. Es gibt nicht das Fundament, das hier eingefordert wird, und ich glaube, wir tun nicht gut daran, trotzdem zweifelt daran festzuhalten. So wenig wie es in meinem Beispiel *die Mutter* gibt, so wenig gibt es hier die fundamental richtige Antwort, ob die hirntoten Menschen tot oder lebend sind. Sie sind hirntot, genauso wie die Eispenderin die Eispenderin ist. Wenn man sich fragt, welche ethische Beziehung ein Kind zu der Eispenderin hat, dann kann man darauf gute Antworten geben, und wenn man sich fragt, wie man mit jemandem mit einem Hirntod umgehen sollte, dann kann man auch darauf gute Antworten geben. Und das ist weder wischi-waschi noch intellektuell unredlich.

(Applaus)

Michael Quante (Universität Münster)

Zu Herrn Schockenhoff sage ich erst mal nichts, denn dass wir auf einer Linie liegen, ist nicht immer so, und das möchte ich nicht sofort wieder untergraben. Zu Herrn Nagel nur kurz: Ich habe das ärztliche Ethos angeführt. In meiner Gesamtabwägung am Ende habe ich gesagt, wir bleiben trotzdem auf dünnem Eis. Wenn ich mir überlege, was Ärzte heute gegen Gebühren alles tun, dann sehe ich, dass auch ein ärztliches Ethos kein deontologischer Felsen ist, wenn sich die gesamtgesellschaftlichen Dinge verändern. Ein Kollege von mir aus Münster sagt: „Wenn uns die Ärzteschaft sagt: ‚Wir als Ärzte tun das nicht‘, dann stellen wir eben andere ein.“ Da muss man aufpassen. Deswegen bezieht das dünne Eis für mich die Dynamik mit ein, die ein ärztliches Selbstverständnis angesichts der veränderten sozialen Rolle der Medizin haben könnte. Darauf vertraue ich sehr, und

es beruhigt mich, dass Sie das auch so sehen. Aber es gibt auch diejenigen, die das bei der Non Heart Beating Donors machen, die scheinen weniger ein Problem zu haben. Also ist die Gruppe vielleicht nicht ganz so homogen.

Zu Ralf Stoecker: Man kann nicht sagen, dass das philosophisch nicht zu Ende gedacht ist. Du hast selbst das Fadenscheinig an einer Stelle ins Spiel gebracht, und das sollten wir lassen. Wir sollten wechselseitig mit der Unterstellung arbeiten, dass jeder versucht, im Interesse der ethischen Aspekte aller eine sinnvolle Beschreibung dieses problematischen Zustandes zu finden, sonst brauchen wir uns nicht zusammenzusetzen.

Das Bild ist extrem radikal. Daraus folgt, dass raumzeitliche Einzeldinge nicht klar voneinander getrennt sind und dass es Fälle geben kann, wo wir nicht sagen können, ob dieses Einzelding schon oder noch existiert. Wenn diese Vagheit nicht gemeint ist, dann haben wir allerdings ein irreführendes Beispiel, einen philosophischen Transfer. Das würde ich zurückweisen.

Bei dem Beispiel Mutter können wir verschiedene Begriffe unterscheiden. Wir können sagen: sozial und so weiter, und wir können uns überlegen, welche Funktion ein bestimmter Begriff in einem Kontext hat. Wir können auch sagen, die Kennzeichnung von etwas als Leichnam markiert einen Status. Es kommen eben viele Begriffe in einem Sprachspiel vor, bei dem es um die Zuweisung von moralisch-rechtlichem Status geht. Sie kommen aber auch zur Markierung ontologischer Unterschiede vor. Und das sollte man einfach angeben. In meinem System ist der Leichnam nicht identisch mit dem Menschen, sondern er ist das, was übrig bleibt, wenn der Organismus Mensch nicht mehr existiert. Das ist ein anderes Bild als das, was du das zeichnest, und auf der Ebene von ontologischen Existenzannahmen halte ich diese sprachpragmatische Vagheit nicht für sinnvoll. Natürlich gibt es das bei Subsumptionsaussagen wie: Ist das schon

ein Sandhaufen? Das kennen wir. Bei der Frage, wann ein Individuum existiert und wann nicht, wird dies philosophisch aber sehr aufwendig und unplausibel.

Trotzdem: Das macht die Schwierigkeit in der modernen Welt aus. Wir reden im Alltag von glatten Oberflächen. Unter dem Elektronenmikroskop gibt es keine glatten Oberflächen. Und das geht wieder in diese Richtung: Wie weit können wir unsere metaphysisch-ontologischen Grundkategorien retten, die nicht völlig unabhängig davon sind, was wir durch naturwissenschaftliche und technische Interventionen und Beobachtungen der Welt Neues hinzulernen?

Vielleicht wird uns auch die Synthetische Biologie beschäftigen, können wir mit unserem bisherigen Lebensbegriff irgendwann so nicht mehr arbeiten. Ich hoffe das nicht, denn das wäre eine dramatische Erosion, aber das ist ein Zeichen eines tiefen kulturell-sprachlichen Prozesses. Ich frage mich dann nur, ob man das wirklich so weit treiben will. Wenn man die Zeche zahlt, ist dies zumindest philosophisch sehr aufwendig, und ich bin nicht bereit, sie an dieser Stelle schon zu zahlen, denn ich glaube, das sollten und müssen wir nicht tun. Aber das ist falsifizierbar. Ich möchte keine Apriori-Ontologie betreiben. Es kann sein, dass basale Unterschiede, zum Beispiel zwischen Organismus und Artefakt, irgendwann nicht mehr die Trennschärfe und nicht mehr die Funktion für unsere Weltbeschreibung haben, die sie zurzeit noch haben. Damit muss man rechnen. Ich glaube nicht, dass wir bei dem Hirntodkriterium an der Stelle sind, aber man kann es nicht ausschließen. Du rechnest das von diesem radikaleren Fall aus und erzählst die Geschichte von dieser Seite her. Das ist schon zu Ende gedacht, vielleicht aber zu weit gedacht.

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Die Authentizität der Überlegungen von Alan Shewmon liegt für mich darin, dass er bis zum

Ende des letzten Jahrhunderts eine andere Meinung vertreten hat, nämlich der Hirntodthese zugeneigt war, und erst mit dem Übergang ins neue Jahrhundert seine Meinung aufgrund eigener Einsichten geändert hat. Gerade mit Blick auf die Debatte, die wir führen, würde mich interessieren, wie Sie diesen Wechsel in Ihrer Auffassung selbst erfahren haben. Was war entscheidend für Ihre andere Position, die sich dann auch in der Stellungnahme des President's Council niedergeschlagen hat?

D. Alan Shewmon (UCLA Medical Center)

Actually I changed my view point in 1992. So I finished my Neurology training in 1981 and began work as a child neurologist and so I was often called upon to diagnose brain death. And I wanted for myself to know why is this death? One thing is to diagnose with certainty that the brain is dead. And another thing is, is this death of the patient? So I researched the literature and in the beginning I was pretty convinced that the rationale that the brain is the central integrating organ of the body or the thermodynamically critical organ, this made sense to me and the argument that without brain function these brain-dead patients imminently undergo cardiac arrest and this is evidence that they are indeed not integrated organisms.

So I accepted that and, little by little, there was case reports in the literature of exceptions to this rule. I was at a conference in Rome in 1989 where I defended the notion of brain death, but I had to correct one of my co-defenders who kept insisting on this imminent cardiac arrest dogma. And I cited a number of papers, especially of pregnant women, and also papers from Japan where, culturally, there's an incentive to keep these patients going, unlike we have in our western culture.

So I had to correct him and I was actually kind of surprised that, he knows this literature, yet he was insisting that this dogma is the case and the

reason why brain death is death. So I became more and more interested in these exceptions to the rule and if you have a universal rule, it takes only one exception to disprove it, and there were already a number of them coming out.

So in 1992, let's say the straw that broke the camel's back for me, was a case that I was consulted on in California. A 14-year-old boy who had suffered head trauma and was diagnosed as braindead, he had an apnea test, he had a CT scan, and all the clinical signs. His parents refused organ donation and they also insisted that the doctors continue life support as long as possible, because they didn't accept that he was dead. I think the physicians in light of the dogma that there is imminent cardiac arrest decided, okay, we won't make a legal battle over this, we'll just wait for nature to take its course. And maybe it also helped the fact that the parents belonged to a motorcycle club that had some reputation, and the doctors didn't want to (lacht) get in trouble with that.

So, anyway, they supported him and nature did not take its course. So eventually they couldn't keep him in the intensive care unit, and they managed to find a school nursing facility that handled ventilators that accepted this patient. And he had the official diagnosis brain death, yet the nursing facility accepted him in transfer as a legally dead patient which, of course, made no sense to the staff of the nursing facility, and that's how I got involved, because they consulted me because I had published something on this matter. And I came up and I examined him, I reviewed the records, I agreed that he was braindead, and he survived in this state 63 days. He probably would have survived longer if they had not withheld antibiotics when he got an infection. He was on a ventilator receiving basing nursing care, tube feedings and, while in this state, he began puberty, and I think any biologist looking at this and if you asked without the background of the braindeath question, is this a

living organism or not?, a biologist would say, yes, obviously, this is a living organism, dependent on the ventilator, but it's a living organism. And shortly after that, the analogy with brain disconnection occurred to me. And that was what changed my opinion about this.

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Herzlichen Dank. Mir war nicht klar, dass das schon 1992 gewesen ist, ich hatte es in das Ende der Neunzigerjahre gelegt. Sie haben einen sehr persönlichen Bericht gegeben, und ich möchte am liebsten in die Runde fragen, insbesondere die Mediziner, ob ähnliche Erfahrungen Sie zu dem gleichen Ergebnis gebracht hätten – aber das wäre vielleicht nicht fair.

Mich interessiert, ob da nicht doch zwei unterschiedliche Konzeptionen sind. Ist nicht das, was von Alan Shewmon zugrunde gelegt wird, doch ein eher systemischer Begriff des Lebendigen und widerspricht das nicht dieser anthropologischen Konzeption, die Herr Schockenhoff gerade vorgetragen hat? Das ist eine Frage, die ich habe, weil die Frage des Impulses und der Einheit im Hinblick auf das, was geschildert worden ist, nicht eindeutig für eine anthropologische Einheit eines Menschen spricht.

Eberhard Schockenhoff (Deutscher Ethikrat)

Aber auch bei dem bisherigen Verständnis eines systemischen Lebensbegriffs setzen die Theoretiker dieser systemischen Lebenseinheit noch voraus, dass es eine selbst erwirkte Einheit ist. Deshalb ist aus meiner Sicht dieser holistisch-systemische Lebensbegriff nicht anwendbar auf das Phänomen des Organismus, der noch beatmet wird und uns deshalb diese phänomenalen Aspekte zu erkennen gibt. Das ist das Problem: Selbst wenn man diesen anderen Lebensbegriff zugrunde legt, kann man nicht sagen, dass wir ein lebendiges einheitliches Sein vor uns haben, sondern wir haben das vor uns, was einmal der Mensch war, die Person, die wir kannten. Wir haben es in dem Aspekt vor uns,

dass es dem ähnelt und lebendig erscheint, weil es künstlich beatmet wird und deshalb noch diese Erscheinungsweise aufweist.

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Also ein entscheidendes Kriterium ist die äußere Stützung durch technischen Aufwand.

Zuruf N. N.

... Herzschrittmacher ...

Eberhard Schockenhoff (Deutscher Ethikrat)

Ja, ein Herzschrittmacher hat nicht eine Funktion des Herzens völlig übernommen. Das Herz hat nicht die gleiche Integrationsfunktion wie das Gehirn, dass man Teilfunktionen substituieren kann. Das ist klar. Selbst die Integrationsleistung würde der hirtote Patient, sobald er nicht mehr künstlich beatmet wird, innerhalb kürzester Zeit einstellen. Deshalb glaube ich, dass das nicht übertragbar ist. Wir müssen unterscheiden: Das Sterben ist ein zeitlich gedehnter Prozess, an dem man vieles beobachten kann, und der Tod ist ein Ereignis. Wir müssen entscheiden, ob wir Gründe haben anzunehmen, dass das Ereignis des Todes schon eingetreten ist oder nicht. Ich glaube, wir können den Tod, das Ereignis, nicht beobachten. Das kann auch die moderne Medizin nicht. Aber wenn der Hirntod klar diagnostiziert ist, dann ist das (weil das nicht mehr eine erlebte Bewusstseinswelt ist und die selbst erwirkte Einheit des Organismus nicht mehr von sich aus aufrechterhalten werden kann) ein zuverlässiges Indiz, das uns den Rückschluss erlaubt, dass der Mensch gestorben ist, auch wenn der Anschein des Lebendigen auf künstliche Weise noch aufrechterhalten werden kann, damit wir Organe entnehmen können.

Eckhard Nagel (Deutscher Ethikrat)

Herr Quante hat darauf hingewiesen, dass die Wahl des Todeskriteriums – so haben Sie es genannt – auf metaphysisch-naturphilosophi-

scher Ebene geschieht, und zwar unterstützt durch naturwissenschaftliche und medizinische Erkenntnisse. Wir können heute nur so weit denken beziehungsweise entscheiden, wie wir naturwissenschaftlich-medizinische Grundlagen erkennen. Es bleibt offen, ob wir unter Umständen zu einem späteren Zeitpunkt zu einer anderen Schlussfolgerung kommen, weil wir andere Erkenntnisse haben. Dabei finde ich besonders interessant, dass wir mit der Hirntodkonzeption aufgrund der Entwicklung in der Intensivmedizin in den Sechzigerjahren des letzten Jahrhunderts liegen und sich seither, was ich schon gesagt habe, die medizinischen, diagnostischen Möglichkeiten rasant entwickelt haben. Nehmen wir die Bildgebung: Sie zeigt uns heute viel feiner und genauer, wie ein menschliches Gehirn aussieht, als das in den Sechzigerjahren möglich war. Damals gab es noch keine konkrete Bildgebung, so wie wir in dem CT von Frau Dr. Förderreuther gesehen haben.

Alle diese Entwicklungen haben nicht dazu geführt, dass die Hirntodkonzeption naturwissenschaftlich-medizinisch grundlegend in Frage gestellt worden ist. Sie, Herr Professor Shewmon, haben gezeigt, dass die Wahrnehmung innerhalb der Medizin, wie wir mit Substitutionsmöglichkeiten umgehen, zu unterschiedlichen Interpretationen führen kann. Sie haben speziell auf die Medikation hingewiesen. Wahrscheinlich nehmen viele Personen hier im Raum Medikamente, die eine Lebensbefähigung erst ergeben, weil sie zentral sind, so wie bestimmte Herzmedikamente, ohne die man nicht leben könnte. Niemand käme auf die Idee, zu sagen: Weil ich ein Medikament nehme und ich, wenn ich es nicht mehr nehme, tot wäre, bin ich so gut wie tot.

Aber es ist ein Unterschied, ob im Kontext des abgestorbenen Gehirns basale Grundantriebsmechanismen nicht mehr funktionieren und auch nicht wiederhergestellt werden können, was ein wichtiger Aspekt der Argumentation hier

war. Insofern denke ich, dass Naturwissenschaft praktisch eine Situation liefern kann, eindeutig nachvollziehbar in der Beschreibung, und die Schlussfolgerung – was heißt das im Hinblick auf einen Todeszeitpunkt? – ist eine metaphysisch-naturwissenschaftlich Interpretation dessen, was wir als menschlichen Organismus in personam oder aber als Leiche bezeichnen. Das ist eben ein Zeitpunkt.

Auf unsere Todesfeststellungen schreiben wir nicht, dass jemand in der Zeit von bis gestorben ist, sondern wir unterstellen, dass ein Sterbeprozess vielleicht schon mit dem Beginn einer Erkrankung begonnen hat. Auf einer Palliativstation erlebt man es manchmal, dass sich Dinge von einem Tag auf den anderen grundlegend verändert haben und am nächsten Tag jemand stirbt. Das heißt, der Sterbeprozess beginnt an einem bestimmten Punkt und endet praktisch mit der Verwesung. Der Todeszeitpunkt wird definiert als 19:30 Uhr am 21. März 2012. So steht es darauf, und der Ort wird angegeben. Das heißt, mit dem Beschreiben eines Ereignisses definieren wir einen Zeitpunkt. „Definition“ bedeutet, dass wir es in einem Kontext des verschiedenen Wissens tun, das uns dazu dient, immer unter der Maßgabe, dass damit auch die Konsequenzen eingehalten sein müssen, die mit der Definition zusammenhängen.

Michael Quante (Universität Münster)

Ich habe eine Frage zu Ihren Ausführungen aus philosophischer Sicht, weil Sie die philosophische Grenze berührt haben. Glauben Sie, dass wir einen halbwegs robusten Begriff von Organismus haben? Denn Sie haben Ihren Vortrag so aufgebaut, dass Sie sagen: Wir wissen intuitiv, was ein Organismus ist, und ich zeige Phänomene bei hirntoten Menschen, die dann darunter sinnvoll subsumiert werden können, und wenn sie Organismen sind, sind sie nicht tot. Das setzt voraus, dass wir einen stabilen Begriff von Organismus haben und bei Hirntoten einen

Subsumptionsfehler machen, den man aber nicht machen sollte.

Wenn man aber aus der Philosophie der Biologie schaut, dann ist es alles andere als einfach, einen stabilen Begriff von Organismus zu bekommen. In solchen Lehrbüchern heißt es: Dann denken wir an die Eiche, an den erwachsenen Menschen, an das Pferd oder die Kuh. Keiner aber denkt an Korallenriffe, an irgendwelche Pilze, die die Grenze von Pflanze zu Tier gelegentlich überschreiten, und wenn man Merkmale nimmt, die organismisches Sein ausmachen, und dann über Kristalle und Viren nachdenkt, dann stellt man fest, dass der Organismusbegriff möglicherweise die Quelle des Problems ist und nicht die Subsumption von Daten darunter. Das wäre eine Frage in der Art, wie Sie sich das Problem zurechtlegen.

Etwas ist mir aufgefallen, was mir an der Debatte nicht gefällt: Ich nenne es den Hirnfetischismus. Das Gehirn wird gegen den Körper gestellt. Das Gehirn ist Teil des Körpers, es macht keinen Sinn zu sagen: Hier ist das Gehirn und da der Körper. Das ist wie *brain in a vat* bei Searle, als werde das Gehirn vom Rest des Körpers nur versorgt und sei etwas ganz anderes. Das ist materialistischer Cartesianismus, den Sie eigentlich den Gegnern vorwerfen, aber in dieser dualistischen Beschreibung wird es mit transportiert. Wenn man das Autopoietische oder Spontan-Integrative ernst nimmt, muss man sagen: Ein Organismus leistet das mithilfe des Gehirns. Es ist nicht das Gehirn, das das leistet. Das ist sprachphilosophisch der entscheidende Punkt. Wir dürfen nicht die Aktivitätsmerkmale, die der Organismus als Prozess erfüllt, die uns so wichtig sind, auf irgendetwas seiner materiellen Basis herunterbringen, selbst wenn dort die kausalen Grundlagen dafür liegen. Das ist etwas, was man sprachphilosophisch nicht akzeptieren sollte, wo viele irreführende Intuitionen ins Spiel kommen. Das wäre ein philosophischer Einwand, aber meine Frage

ist: Gehen Sie in Ihrem Gesamtmodell von einem garantierten Organismusbegriff aus? Denn gerade wurde hier behauptet, es sei der ein oder der andere. Und wenn ja, was macht Sie da so sicher?

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Ich lasse Ihnen einen Augenblick Zeit, um über eine gute Antwort nachzudenken. (Lachen) Jetzt sind zunächst einmal Sie dran.

Diskussion mit dem Publikum

Frau Focke (2:30:00)

Mein Name ist Renate Focke, ich bin die Mutter eines sogenannten Organspenders und möchte auch von dieser Seite reden. Unser Sohn war sterbend, das war uns klar, und es hätte die Möglichkeit gegeben, dass wir ihn bis zum Schluss begleitet hätten und, wenn seine Beatmung abgestellt wurde, bis zu seinem letzten Atemzug bei ihm geblieben wären. Das ist übrigens etwas, wofür sich die Hospizbewegung einsetzt: für ein Sterben in Würde. Ein Sterben in Würde bedeutet aus meiner Sicht nicht, auf dem OP am Ende gestorben zu werden oder ausgenommen, der Organe beraubt zu werden. Diese Seite ist noch gar nicht erwähnt worden und die möchte ich gerne ansprechen.

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Herzlichen Dank.

(Applaus)

Geert Keil

Kurz zu der Befürchtung, dass am Hirntodkonzept allein deshalb festgehalten wird, um die ethische Legitimation für die Transplantationsmedizin nicht zu verlieren; Herr Stoecker hat das angesprochen. Es scheint medizinisch nicht so zu sein, dass durch die Explantation die durch die Herz-Lungen-Maschine aufrechterhaltenen Lebensfunktionen unterbrochen werden. Nehmen wir den einfachsten Fall der Niere,

beim Herzen ist es naturgemäß schwieriger: Es ist vorstellbar, dass Sie einem hirntoten Menschen die Niere explantieren und ihn währenddessen und danach so intensivmedizinisch betreuen und stabilisieren, wie man das auch mit einem Lebendspender tun würde. Wenn das als unsinnig angesehen wird, dann doch sicherlich nicht deswegen, weil man seine Organe braucht. Denn man stelle sich folgenden Fall vor:

Ein erklärter Lebendspender erleidet auf dem Weg ins Krankenhaus zur geplanten Lebendspende einen Unfall, kommt hirntot im Krankenhaus an und dürfte nun nach den Gegnern des Hirntodkriteriums nicht mehr als Spender zur Verfügung stehen, obwohl er ohne den Unfall Lebendspender gewesen wäre. Was ich damit dissoziieren möchte, auch in der öffentlichen Wahrnehmung: Wir sollten nicht den Eindruck entstehen lassen, dass wir das Hirntodproblem allein deswegen haben, weil wir sonst nicht transplantieren könnten. Theoretisch, philosophisch und vom ärztlichen Ethos her muss das so geklärt werden; das kam in den ersten beiden Vorträgen heute gut zum Ausdruck.

Christiane Woopen (Deutscher Ethikrat)

Meine Frage an Herrn Stoecker und Herrn Quante geht von dem Satz aus, dass die Entnahme der Organe das Töten des Menschen bedeuten würde, sofern man davon ausgeht, dass hirntote Menschen sterbende Menschen sind.

Ich weiß nicht, ob wir da nicht ethisch doch etwas genauer hinschauen und mehr differenzieren müssen. Wir legen viel Wert darauf, dass jeder Mensch am Lebensende über eine Patientenverfügung oder über die Einwilligung in oder den Abbruch bestimmter Maßnahmen eine Entscheidung darüber treffen kann, auf welche Art und Weise und unter welchen Umständen er den Eintritt des Todes in den Sterbeprozess haben möchte. Warum halten wir es aber intuitiv –

bei näherem Hinsehen für mich aber gar nicht so plausiblerweise – für ausgeschlossen, dass jemand sagt, er möchte für den Fall des Hirntodes seine Organe tatsächlich für die Rettung anderer Menschenleben zur Verfügung stellen, wissend, dass er damit auch die Umstände seines Todeseintritts prägt, bei allem, was das auch für die Angehörigen bedeutet (das muss man mitbedenken, wie eben deutlich wurde). Aber wenn der Betreffende sich dazu entscheidet, zu sagen: „Ich möchte auf diese Art und Weise sterben für den Fall, dass ich hirntot bin“, dann ist das nur die Wahl der Alternative, dass tatsächlich die medizinische Behandlung im Falle des Hirntodes nicht fortgeführt würde. Keiner fordert, dass Hirntote so lange wie irgend möglich am Leben erhalten werden. Das heißt, die Indikation zur Weiterbehandlung ist zum Lebenserhalt nicht mehr gegeben. Also wie genau müssen wir ethisch doch noch einmal hinschauen, um zu sagen, dass es doch der Autonomie des Betreffenden obliegt, zu sagen, ob er auf diese Art und Weise seinen Todeseintritt gestalten möchte? (Applaus)

Wolf-Michael Catenhusen (Deutscher Ethikrat)

Nur eine kurze Frage, die an meine Vorrednerin anknüpft. Wenn wir den Hirntod definieren, stellt sich für mich die Frage: Definiere ich ihn als eine Phase, in der der Prozess des Sterbens unumkehrbar ist, oder definiere ich ihn als Tod? Für mich ist Hirntod Unumkehrbarkeit des Sterbensprozesses, aber das Sterben ist noch nicht abgeschlossen. (Applaus)

Carl-Eugen Siegel

Mein Name ist Carl-Eugen Siegel, ich bin Vater eines von einer Hirntoten geborenen Sohnes. Was mir bei den neuen Erkenntnis zum Ende des menschlichen Lebens wichtig wäre, ist die Frage: Was empfindet ein Hirntoter? Wir sprechen hier über die Definition, ob jemand eine Leiche oder möglicherweise ein Sterbender ist.

Diese Frage habe ich mir auch vor nun zwanzig Jahren gestellt. Per Definition und rechtlich gesehen war meine Frau eine Leiche. Da würde ich gern Sie aus München fragen: Gibt es neue Erkenntnisse, dass man tatsächlich die Plazenta autonom herausnehmen kann und das Leben geht einfach weiter? Mir ist das nicht bekannt, aber dieser Punkt würde mich interessieren, denn dann würde ich sagen, dann hätte man es bei meiner Frau sicherlich machen können. Das geht aber nicht, deshalb die Frage: Haben wir in Zukunft vielleicht die Möglichkeit, herauszubekommen, was ein Hirntoter in Anführungszeichen erlebt? So wie es vor zwanzig Jahren auch geheißen hat, wenn jemand ein Apallisches Durchgangssyndrom hatte: Den müssen wir nur noch pflegen, da ist nichts mehr drin, der ist eigentlich tot. Wir wissen heute, dass das nicht stimmt. Wir wissen, dass von den Wachkoma-patienten, wie wir sie heute nennen, zwischen dreißig und vierzig Prozent nicht einmal im Wachkoma sind, sondern im Locked-in-Syndrom, das heißt, bei vollem Bewusstsein. Die Wissenschaft hat Fortschritte gemacht. Wie lange muss man vielleicht noch warten, bis man sagen kann, dass ein Hirntoter natürlich noch Regungen hat und eine Person ist und dass wir uns einfach geirrt haben, wie damals mit unseren Wachkoma-patienten? Danke.

Heinz-Jürgen Bär

Heinz-Jürgen Bär, ich habe eine Fragen an den ersten Referenten aus den USA und eine an die zweite Referentin. Obwohl Sie so profunder Kenner der Hirntodproblematik sind, fiel mir auf, dass Sie auf die Flaschenhalsproblematik, die in der Finalphase prinzipiell festzustellen ist, nicht eingehen. Daher die Frage: Ist Hirntod überhaupt praktisch isoliert diagnostizierbar?

Da Sie mittlerweile eine andere Position einnehmen, wäre es nicht schlecht, Ihr geballtes Wissen einmal auf die andere Seite zu werfen: Was spräche dagegen, dass man Hirntod isoliert als solchen nicht diagnostizieren kann, und

wenn, dann nur in so seltenen Fällen, dass darüber zu diskutieren schon fast peinlich ist?

Die zweite Frage geht an die zweite Referentin. Ein Text, den wir heute von einem Autor von vor zweitausend, tausend, hundert, fünfzig oder zehn Jahren lesen, selbst wenn es sich nur um eine Diagnose handelt von einem Arzt vor fünf Jahren, wir können des Geistes Kind herauslesen, das, was da in Form von Sätzen und Worten zusammengefügt ist. Was ich damit sagen will, ist, dass, so epochal wir die Diagnostik auch einschätzen können, zu sagen, mein Gott, auf was für einem Bildungsstand oder Niveau stand der ein oder andere! Wo will ich damit hin? Warum bemühen wir uns und warum – ich merke, hier kämpfen viele nicht nur wegen Haftungsproblemen, hier kämpfen auch andere davor, zu sagen, es gibt Leichtgläubige, die fallen leicht rein, es gibt Überzeugte und es gibt die Nichtgläubigen. Wenn Ärzte, die die Spendenentnahme nach dem Pflichtkatalog streng geführt vornehmen, wäre es sinnvoll, darüber nachzudenken, wie seriös dieser Pflichtkatalog wirklich geschrieben wird. Wie sehr werden die Namen wirklich erwähnt insoweit, dass man nach fünf, zehn, fünfzehn, zwanzig, dreißig, vierzig Jahren noch durch das Überlesen feststellen kann, ob er wirkliche Kardinalfehler geleistet hat oder andersherum, ob die Diagnostik so weite Fortschritte gemacht, dass man sagen kann, das ist einfach der schlechten technischen Möglichkeiten geschuldet?

Es wäre ein schönes Ideal, nämlich, was wäre, wenn der Angehörige erleben würde, dass sich das, was man diagnostisch ermittelt hat und was er nach vierzig, fünfzig Jahren nachliest, kaum verändert hat und auch in fünfzig Jahren noch Bestand gehabt hätte, so dass er seine Entscheidung diesbezüglich, die er vielleicht mitgetragen hat, noch nach fünfzig Jahren wieder bestätigt bekäme.

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Vielen Dank. Bitte denken Sie daran, dass die Funktion einer Frage darin besteht, dass sie auch beantwortet werden kann. (Applaus).

Regina Ludewig

Mein Name ist Regina Ludewig, ich bin Ethikberaterin aus Hamburg. Ich möchte mich zum einen der Mutter des Organspenders anschließen, die den Begriff der Würde hier aufgegriffen hat. Diesbezüglich habe ich eine Frage an Herrn Stoecker. Sie hatten mehrfach angesprochen, dass Sie vermuten, dass sich durch die technisierte medizinische Entwicklung vielleicht auch die Ethikbegriffe verschieben. Finden Sie es nicht bedenkenswert, dass der Begriff der Würde bei einer Hirntoddiagnostik noch die gleiche Bedeutung hat wie zu Zeiten Kants? Das finde ich wichtig.

Das andere ist: Die Entwicklung eines Embryos ist ein Prozess. Trotzdem käme niemand auf die Idee, den Lebensbeginn eines Embryos nicht als Beginn des Lebens zu definieren und diesem Individuum keine Würde zuzusprechen. Ich finde es wichtig, dass das genauso bei den Hirntoten mit bedacht wird, bis sie wirklich den Sterbeprozess vollzogen haben. Warum soll nicht am Ende des Lebens ein ähnlicher Prozess stehen wie am Beginn des Lebens?

Regine Kollek (Deutscher Ethikrates)

Regine Kollek, Mitglied des Ethikrates. Auch mich hat der von Herrn Stoecker postulierte Zwischenzustand motiviert zu meiner Frage. Herr Stoecker, Sie haben gesagt, dass man eigentlich den Patienten nicht mehr schaden kann und ihnen deshalb die Organe entnehmen und sie so zu Tode bringen kann. Wenn Sie das so sehen oder wenn man das so sehen soll, dann kann man eigentlich keinen Grund mehr finden, warum man den Patienten in einem etwas früheren Stadium noch respektvoller behandeln sollte als vielleicht eine Leiche. Sie haben ja darauf hingewiesen, dass man das tun sollte. Ich gehe

auch mit Ihnen, aber aus Gründen, die Sie nicht genannt haben: aus sozialen Gründen oder, Sie haben es nur indirekt gesagt, aus Gründen, die in der Beziehung zu den Angehörigen weiterbestehen.

Und das ist der Punkt, auf den ich hinausmöchte: Durch die Hirntoddiagnostik und die weiterführende Beatmung hält man die Beziehung zu den Angehörigen weiter aufrecht. Das sind möglicherweise rein soziale Gründe, die nicht ontologisch in der Natur dieses Zustandes begründet sind, sondern in der Weiterführung der sozialen Beziehung zu den Angehörigen, warum man in bestimmter Weise mit diesen Patienten umgeht. Nur entsteht dann das Problem, dass man diesen Zustand mehr oder weniger medizinisch auf dem Operationstisch beendet. Mich würde die genauere soziologische Analyse und soziale Analyse dieser Beziehung und ihres Abbruchs interessieren. Ich glaube, dadurch, dass wir so wenig darüber wissen, kommt es häufig zu den Traumata, mit denen wir es in diesem Bereich zu tun haben und die möglicherweise einen Großteil der ethischen Probleme verursachen.

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Es tut mir sehr leid, dass ich Fragen, die noch angezeigt sind, jetzt nicht mehr mit aufnehmen kann. Unsere Zeit ist fast abgelaufen. Ich hoffe, Sie sind einverstanden, dass ich mich jetzt auf dem Podium umblicke, um zu sehen, wer als Erster antworten möchte. Herr Stoecker, Sie sind gerade direkt gefragt worden.

Ralf Stoecker (Universität Potsdam)

Ich möchte zu einer Reihe von Fragen etwas sagen, weil es ein fundamentales Missverständnis meiner Position wäre, wenn man mir die Meinung zuschreiben würde, dass die Würde des Menschen irgendwo in dem Zwischenstadium oder davor oder danach endet. Im Gegenteil, Herr Quandt hat das schon angesprochen, ich habe ein Verständnis von dem Menschen, das gerade anders als dieses ontologische Ver-

ständnis nicht schlagartig mit dem Tod aufhört, wo immer der stattfindet. Die Würde des Menschen, die wir nicht nur wegen Artikel 1 und Kant, sondern auch aus unserem Alltag so hoch schätzen, hat der Mensch den ganzen Prozess hindurch. Vielleicht habe ich es nicht deutlich genug gesagt, aber es war auf jeden Fall in meinem Vortrag: Ich halte es für sehr wichtig, dass, was immer mit dem Menschen im Hirntod und auch danach passiert, unter der Bedingung steht, dass seine Würde respektiert wird.

Ich habe die Hoffnung, anders als die allererste Fragende, dass es tatsächlich eine Möglichkeit gibt, vor allen Dingen dann, wenn der Patient es selbst gewollt hat, eine Explantation in Würde durchzuführen. Das heißt nicht, dass ich unterschätze, was dieser Akt selbst an offener Gewalttätigkeit bedeutet. Aber man kann ein Würdeverständnis haben, das dem trotzdem gerecht wird. Ich glaube auch, und da stimme ich Frau Kollek zu, dass es eine Aufgabe ist für die Transplantationsmedizin oder für diejenigen, die das Umfeld dafür schaffen, zu erkunden, welche Art und Weise des Umgangs mit Angehörigen eben deren Bedürfnis nach Respekt entgegenkommt. Ich bin zuversichtlich, dass es auch für das Image von Explantationen sehr nützlich wäre und vielleicht wichtiger wäre als die Hirntodkonzeption, wenn klar wäre, dass mit den Angehörigen immer respektvoll umgegangen wird. Es gibt große Anstrengungen, das in der Transplantationsmedizin zu gewährleisten, aber es gibt auch Erfahrungen, dass das manchmal anders läuft. Die Würde ist dort sehr wichtig.

Eine letzte Bemerkung zum Begriff des Sterbens und zu der Frage von Frau Woopen. Ich mag die Redeweise von Hirntoten als Sterbenden nicht. Herr Shewmon hat gesagt, dass es Hirntote gegeben hat, die ganz und gar nicht Sterbende waren. Wir haben im Zusammenhang mit den Richtlinien für Sterbebegleitung der Bundesärztekammer diesen mühseligen Prozess durchgemacht, dass auch Wachkoma-

patienten keine Sterbenden waren, und ich denke, man sollte dasselbe auch über hirntote Menschen sagen. Das, was ethisch gesehen besonders an ihnen ist, ist nicht, dass sie Sterbende sind, sondern dass sie Menschen in einem bestimmten Zustand sind, wie schnell oder langsam dieser Zustand auch immer vorangeht. Das ist aus meiner Perspektive sehr wichtig.

Wenn wir den Begriff des Tötens in irgendeiner Form verwenden, dann haben wir wieder die Dichotomie von erst Leben und dann Tod, mit der wir uns am Anfang auseinandergesetzt haben. Denn jemanden zu töten oder zu Tode zu bringen oder wie immer man das bezeichnen möchte, bedeutet, jemanden, der lebt, zu jemandem zu machen, der tot ist. Und das, was ich zu vermitteln versucht habe, ist die Idee, dass die Medizin möglicherweise einen dritten Zustand geschaffen hat.

Hier sind so viele Mitglieder des Ethikrates, dass ich es mir nicht verkneifen kann zu erwähnen, dass es vor Kurzem eine Stellungnahme zur Intersexualität und darin ein großes Plädoyer für einen dritten Zustand gegeben hat. (Lachen) Insofern gibt es durchaus eine Reihe von Verbindungen. Deswegen: Ich bin nicht der Meinung, dass Mediziner durch Transplantation töten, und zwar aus denselben Gründen, aus denen ich meine, dass hirntote Menschen weder lebende noch tote Menschen sind.

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Das ist wirklich eine innovative Interpretation einer Stellungnahme des Ethikrates, vielen Dank. (Lachen) Herr Shewmon, Sie sind zweimal gefragt worden, von Herrn Quante und aus dem Publikum.

D. Alan Shewmon (UCLA Medical Center)

I totally agree with you that there is not a developed philosophy of organism. I've looked for it and I can't find it. But I think what's important about this is, true, there's not a developed phi-

losophy of organism in general or healthy organism. I don't know whether a coral is an organism or how much of it is an organism, but the higher you go, the more clear that becomes. I think the ambiguity about that is on the lower level phenogenetically. But at the higher level, for the ambiguity comes or the difficulty, let's say, is between healthy organism, sick organism and no longer organism. And that also hasn't been worked out. But I would put my thesis as a conditional, referring to my penultimate slide. If patient B, who is going downhill rapidly and has almost no brain function but a few brainstem reflexes, if that patient is an organism, then so is the more stable brain-dead patient without those few reflexes. That's my thesis.

I'd like to clarify something that Dr. Nagel brought up about circulation, because I don't want to be misunderstood. I do not maintain that if there is circulation, there is living organism as a whole. So you can take a corpse from a morgue, a fresh one, and maybe force blood to circulate through it somehow. That is not life. So I maintain that the integration is the mutual interaction among all the parts of the body, not the circulation. The circulation is how parts of the body are able to interact.

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Eine Frage ist in Richtung München gestellt worden. Frau Förderreuther, haben Sie die auch auf sich bezogen?

Sabine Förderreuther (LMU München)

Ich bin überzeugt, dass man sicher sagen kann, dass ein hirntoter Mensch nichts mehr empfinden kann. Warum? Wir können sicher sagen, dass die Hirnfunktion ausgeschlossen ist, und wir können im Rückschluss überlegen: Verliert ein Mensch hohe kognitive Funktionen, irgendwelche Empfindungen, die höhergeordnet sind, wenn er eine hohe Querschnittslähmung hat? Da geht eben nichts von diesen hohen kognitiven Funktionen verloren. Dadurch, dass wir so-

wohl den Schädigungsfall auf der einen Seite kennen als auch den Schädigungsfall auf der anderen Seite, ist es erlaubt und sicher zu sagen, dass ein hirntoter Mensch nichts mehr empfindet. Es gibt noch Reflexe, die vom Rückenmark kommen, aber es wird nichts mehr in die verarbeitenden Zentren des Gehirns gemeldet, denn es gibt keine Zentren mehr. Insofern kann man sicher sein.

Die Frage nach der Schwangerschaft: Es gibt inzwischen Schwangerschaften, die bei hirntoten Frauen ausgetragen wurden. Es wurde sogar ein Tierexperiment durchgeführt, um zu belegen, dass eine Schwangerschaft auch ohne Hirnfunktion aufrechterhalten werden kann. Man hat einer Ziege die Gebärmutter herausgenommen und die Gebärmutter als Organ künstlich mit dem Kind am Leben erhalten und entsprechend versorgt. Tatsächlich wurde eine Ziege geboren, ohne dass es ein lebendes Tier dazu gab. Insofern sind wir sicher, dass Schwangerschaften nicht von der Gehirnfunktion getragen werden, sondern von hormonellen Dingen, die im Körper reguliert werden können.

Ich möchte etwas zu der Würde sagen, die so oft angesprochen worden ist. Es liegt mir sehr am Herzen, ich halte es für essenziell wichtig, dass wir die Frage nach der Diagnose des Hirntodes zunächst vollständig von jedem Gedanken an eine Transplantation trennen, weil die Frage des Hirntodes für uns Ärzte zunächst eine klinische Diagnose ist. Bis zu dem Zeitpunkt, wo ich den Hirntod festgestellt habe, habe ich in der Regel gekämpft und mich nur für diesen Patienten eingesetzt.

Ich wünsche mir, dass Patienten oder Menschen, die jetzt noch gar keine Patienten sind, in dem Zeitraum, wo sie Herr ihrer Sinne sind, entscheiden, ob sie Organe spenden möchten. Denn nur das ist für uns Ärzte wirklich eine saubere Lösung. Wenn jemand zu dem Zeitpunkt gesagt hat, wo er wirklich darüber nachdenken kann: „Ja, ich will das“, dann ist es in Ordnung,

wenn wir diesen Willen von ihm, wenn er denn gestorben ist, umsetzen. Und wir gehen bestimmt würdevoll mit den Patienten um, die hirntot sind.

Ich persönlich biete den Angehörigen an, wenn sie denn vor Ort sind, dass sie bei der Untersuchung mit dabei sein können und sich selbst vergewissern können, was ich eigentlich untersuche. Auch für die Angehörigen ist es oft, eigentlich immer völlig nachvollziehbar, was mit einem hirntoten Menschen passiert ist, weil sie in eine ganz andere Funktion gekommen sind. Sie sitzen als Besucher am Bett und halten vielleicht die Hand, aber sie untersuchen nichts. Sie erleben den Untersuchungsprozess mit und können nachvollziehen, was bei einem hirntoten Menschen alles ausgefallen ist. Die Angehörigen sagen: „Der schaut mich nicht mehr an, der schaut durch mich durch, die Augen sind leer.“ Die überzeugende Darstellung des erloschenen Atemantriebs, wo man manchmal wirklich, um die Kriterien, die wir abarbeiten müssen, zu erfüllen, über zwanzig Minuten warten muss, bis tatsächlich die Blutwerte da sind, wo wir sie brauchen – das ist so lang, wie ich vorhin gesprochen habe, so lang liegt da jemand da und atmet nicht – das ist überzeugend. Und das hilft den Angehörigen extrem, diesen Umstand zu verstehen, und deswegen mache ich das. Ich mache es nicht, weil ich möchte, dass jeder Organe spendet. Es ist mir ein echtes Anliegen, den Angehörigen zu vermitteln, was passiert ist, und ich glaube, dass man das auf diesem Weg sehr gut schaffen kann. Ich wünsche mir von meinen neurologischen Kollegen, dass sie es genauso machen, weil ich glaube, dass man damit viel mehr Verständnis in den nicht so medizinisch gebildeten Menschen erwecken kann als mit jeder anderen Methode.

Michael Quante (Universität Münster)

Ich mache es kurz. Ich bin der Meinung, wenn es um die ethische Zulässigkeit der Hirntoddiagnostik als gesellschaftliche Praxis geht,

dass die Rolle der Medizinpsychologie in Anbahnung, Begleitung und Nachsorge der Angehörigen mindestens so wichtig ist wie die Rolle der Medizin. Das wird meines Erachtens viel zu selten gesehen, und viele Unikliniken schaffen es eher ab, als dass sie es stützen.

Zu Geert Keil: Ich bin biografisch auch über die Frage der personalen Identität an die Todesfrage gekommen, nicht über die Frage der Organengewinnung. Deswegen habe ich diese Spur immer noch in mir.

Zu Christiane Woopen: Ich habe gesagt, dass ich bei dieser Dead Donor Rule auf dünnem Eis bin. Ich sehe diese Linie. Ich habe das Ärzteethos und die Rolle der potenziellen Empfänger starkgemacht, die sagen: „Da ist jemand zu Tode gebracht worden, damit ich dieses Herz bekomme.“ Für mich stellt sich das Problem aber unter der Prämisse, dass Hirntote tot sind. Wenn man das aufgibt, hat man noch einmal ein anderes Motiv, über die Dead Donor Rule nachzudenken. Deswegen können wir in der ethischen Debatte nicht diese Frage einklammern, selbst wenn man versucht, eine neutrale Beschreibung zu finden. Die Gewichtungen verschieben sich einfach.

Eckhard Nagel (Deutscher Ethikrat)

Die Möglichkeit, auch bei einer Organspende die Würde des Verstorbenen, aber auch die Würde des Abschiedsprozesses herzustellen, ist etwas, was gelingt, häufig allerdings auch nicht. Da ist noch viel zu tun, was die moderne Medizin in vielen Kontexten nacharbeiten muss. Wir kennen die Situation des Sterbens auf einer Normalstation oder auf der Intensivstation, wo genau dieser Aspekt hinterfragt wird: Ist die Medizin überhaupt in der Lage, Menschen in Würde beim Sterben zu begleiten? Man kann es aber tun, und es wird von vielen auch so wahrgenommen, aber das ist ein Bereich, der deutlich verbessert werden kann.

Ich möchte gern etwas zur Verletzung sagen, weil Herr Stöcker gesagt hat, Organentnahme ist auch ein Stück weit Verletzung. Eine Operation ist immer eine Verletzung und wird auch so empfunden, und ich glaube, deswegen gibt es im Hinblick auf diese Frage Sorgen und Ressentiments. Jede Operation, die dazu führt, am Ende zu gesunden, ist mit einem Schnitt verbunden, der einen Bauch eröffnet und als Verletzung auch biologisch gesehen wahrgenommen wird.

Dass da Ressentiments bestehen, ist klar. Das Wesentliche ist, auch aus chirurgischer Sicht: Verletzung kann am Ende zur Heilung führen, und das ist wichtig im Hinblick auf die übergeordnete Struktur des Organspenders, der vielleicht damit seinen eigenen Willen umsetzt, wie Christiane Woopen gerade gesagt hat, weil dann Verletzungen praktisch komplementiert wird durch den Heilungsaspekt.

Die Frage von Christiane Woopen ist sehr wesentlich im Hinblick auf die morgen im Deutschen Bundestag zu diskutierende Regelung der Erklärungslösung. Grundvoraussetzung, dass mit diesem Spannungsfeld der Akzeptanz, was bedeutet der Todeszeitpunkt, eine persönliche Erklärung notwendig wird, damit man ein Verfahren wie eine Organentnahme legitimiert durchführen kann. Deswegen hoffe ich, dass es zu einer Erklärungslösung in diesem Land kommt.

Schlusswort

Volker Gerhardt (Deutscher Ethikrat)

Herzlichen Dank, dass der Punkt der Willenserklärung am Ende noch einmal angesprochen worden ist; das wäre einer der Punkte gewesen, den wir sonst ausgelassen hätten.

Wir haben eine interessante Diskussion geführt. Ich hoffe, meine Damen und Herren, es ist Ihnen deutlich geworden, dass hier nicht eine Debatte nach der Art geführt worden ist, wie sie in

den Handzetteln angekündigt wurde, die wir draußen vor dem Eintritt in den Saal bekommen haben. Es war eine offene Diskussion. Wir haben versucht, verschiedene Positionen bei den Referenten zur Geltung zu bringen. Das hat sich in der Diskussion auch gezeigt. Wir wollten keine Diskussion führen in Vorbereitung einer Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, sondern einfach offen diskutieren, um Erfahrungen zu machen, und ich glaube, dass dies dieser Abend uns auch ermöglicht hat. Dafür danke ich ganz herzlich den Referenten, insbesondere den von weither angereisten Referenten, aber auch denen, die aus der Nähe gekommen sind. Auch wenn ich hier vorn sitze und den Eindruck erwecke, als hätte ich irgendetwas getan zum Zustandekommen dieser Veranstaltung: So ist es nicht. Ich habe hier nur gesprochen. Die Mitarbeiterinnen des Deutschen Ethikrates und der Geschäftsführer haben alles im Wesentlichen vorbereitet. Deshalb möchte ich mit einem Dank an Sie schließen und Ihnen einen guten Heimweg wünschen!

(Applaus)