

UMSCHAU

Der Tod des Menschen

Zu einem Papier des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer über
„Kriterien des Hirntodes“

Die zuverlässige und definitive Feststellung des Eintritts des Todes eines Menschen gehörte immer schon zur ärztlichen Kompetenz. Jahrhundertlang glaubte man diese Frage endgültig beantwortet zu haben mit dem Hinweis auf den Ausfall der Herz-Kreislauf- und Atmungsfunktion.

Inzwischen ist diese Auffassung jedoch überholt durch die Behandlungsmöglichkeiten der modernen Medizin, etwa: Ersatz des ausgefallenen Herzautomatismus durch einen Herzschrittmacher, Ausschaltung der Atmung durch muskellähmende Substanzen während der Narkose, Ersatz der Herz-Kreislauf- und Atemtätigkeit durch eine Herz-Lungen-Maschine.

Das Versagen der traditionellen Todesdefinition machte somit eine neue Definition dringlich. Der Eintritt des Todes wird fortan nach klinisch-neurologischen Kriterien festgestellt und der Tod als Hirntod definiert. Die Neudefinition des Todes ist demnach keine willkürliche Regelung, sondern Ausdruck eines bestimmten Entwicklungsstands der Medizin.

Die praktische Bedeutung der Neuorientierung vom Herz- zum Hirntod für die Todesfeststellung liegt zweifelsohne nicht im Regelfall. Für die Feststellung des Todes und die Berechnung des Todeszeitpunkts wird man deshalb, falls keine außergewöhnlichen Umstände gegeben sind, auch künftig von den klassischen Todeszeichen ausgehen können: Ausfall der Herz-Kreislauf-Funktion und der Spontanatmung. Von erheblicher Bedeutung ist die Neuorientierung vom Herz- zum Hirntod jedoch in jenen Fällen, in denen der irreversible Funktionsverlust des Gehirns vor dem Kreislaufstillstand eintritt, also vor allem unter den Bedingungen der Intensivbe-

handlung mit künstlicher Beatmung. In diesem Fall setzt der Hirntod der ärztlichen Behandlungspflicht eine eindeutige Grenze. Er erlaubt es zugleich, dem Patienten lebenswichtige Organe zu entnehmen, ohne den Tatbestand eines Körperverletzungs- oder Tötungsdelikts zu erfüllen.

Daß diese neue Todesdefinition wegen der vielschichtigen und komplexen Wirklichkeit des menschlichen Gehirns jedoch nicht ohne Schwierigkeiten möglich ist, zeigt etwa die innermedizinisch geführte Diskussion der Frage, ob der Gesamttod bereits mit dem Absterben der Großhirnrinde (cortex) eingetreten ist oder auch den endgültigen Ausfall des Stammhirns verlangt. Der Großhirnrinde sind bekanntlich die spezifisch menschlichen Funktionen zugeordnet (Denken, Wollen, Voraussetzung für Verantwortung), dem Stammhirn die Vitalfunktionen (Atmung, Herzschlag, Wärmeregulierung). Auch nach Ausfall der Großhirnrinde sind diese lebenswichtigen Automatismen durch die Tätigkeit des Hirnstamms möglich, selbst wenn diese dann nur noch durch medizinische Geräte (Herz-Lungen-Maschine) aufrechterhalten werden. Die angesprochene Diskussion wird, wie schon erwähnt, vor allem im Hinblick auf die Intensivmedizin und die Organtransplantation geführt; bei der letzteren muß der Spender als Mensch tot, die Organe jedoch müssen lebensfrisch sein.

Vor diesem Hintergrund sind die „Kriterien des Hirntodes“, die der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer nach zweijähriger Arbeit kürzlich veröffentlicht hat, zu begrüßen (Deutsches Ärzteblatt Nr. 14/1982, S. 45–55). Die Diskussion um die Feststellung des Todes dürfte damit zu einem gewissen Abschluß gekommen sein. Die Kriterien verstehen sich jedoch

nicht als „rechtsverbindliche Vorschriften“, sondern lediglich als „Entscheidungshilfen für den Arzt“.

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer sieht den „Hirntod“ als den „Tod des Menschen“ an und definiert ihn als „vollständigen und irreversiblen Zusammenbruch der Gesamtfunktion des Gehirns bei noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion im übrigen Körper“. Der Hirntod wird zumeist verursacht durch eine akute hochgradige Drucksteigerung innerhalb des Hirnschädels, die zum Stillstand der Hirndurchblutung führt, was spätestens nach 10minütiger Dauer den irreversiblen Ausfall der integrativen Hirnfunktion zur Folge hat. Zur näheren Kennzeichnung des Hirntods (als irreversiblen Verlusts der Großhirn- und Stammhirnfunktion) werden sieben maßgebliche klinische Symptome angeführt: Bewußtlosigkeit (Koma), Ausfall der Spontanatmung, Lichtstarre beider Pupillen und der Ausfall von vier Reflexen im Kopf-, Augen- und Halsbereich. Das Vorliegen all dieser Befunde muß übereinstimmend von zwei Untersuchern festgestellt werden. Wird hierbei keine Eindeutigkeit erlangt, sind ergänzende apparative Untersuchungen (EEG) nötig. Einen absoluten Beweis des Hirntods erbringt die röntgenologische Darstellung der Hirngefäße nach Kontrastmittelinjektion, die sogenannte Angiographie. Die zur Diagnose des Hirntods durchgeführten klinischen und apparativen Untersuchungen sollen in einem den „Kriterien“ beigefügten „Hirntod-Kriterien-Protokoll“ festgehalten werden. Da beim Hirntod der wirkliche Zeitpunkt des Eintritts des Todes nicht eindeutig feststellbar ist, soll der Zeitpunkt, zu dem die endgültigen diagnostischen Feststellungen getroffen werden, dokumentiert werden.

Die Gleichsetzung des menschlichen Todes mit dem Hirntod enthält jedoch nicht nur medizinische, sondern auch philosophische Implikationen. Die These, daß der Tod eines Organs, des Gehirns, mit dem Tod des Menschen identisch ist, wird nämlich in dem den „Kriterien“ beigefügten Kommentar so begründet: „Mit dem Organtod des Gehirns sind die für jedes personale menschliche Leben unabdingbaren Voraussetzungen, ebenso aber auch alle für das eigenständige körperliche Leben erforderlichen Steuerungsvorgänge des Gehirns endgültig erloschen.“

Positiv auffallend ist hierbei zunächst die ganzheitliche Sicht des menschlichen Lebens, derzufolge das Leben als ein Funktionsvorgang verstanden wird: im Aufbau als einem Prozeß der Integration einzelner Zellen zu Organen sowie einzelner Organe zu einem Gesamtorganismus; umgekehrt im Sterben als einem reziproken Vorgang der Desintegration und Devitalisierung. Die alles entscheidende Integrationskraft kommt dabei dem Gehirn zu.

In dem Begründungsgang fällt weiter die Verbindung des „Organtods“ mit „personal-menschlichem Leben“ auf. Wenn hier, so fragt man sich, von der sonst auf naturwissenschaftliche Objektivierbarkeit abhebenden Medizin ein philosophisch-anthropologischer Begriff, nämlich der des „personal-menschlichen Lebens“ aufgenommen wird, warum wird er dann nicht auch definiert und bestimmten physiologischen Funktionen zuzuordnen versucht? Indem man dies unterläßt, macht man die Todesdefinition nämlich abhängig von dem, was als menschliches oder personales Leben, von wem auch immer, definiert wird und macht sie somit zu einer Wertfrage. Die sonst hervorragende Qualität des „Kriterienpapiers“ wird durch dieses Defizit leider gemindert.

Johannes Reiter

Dialog der Kirchen

Eine neue Buchreihe auf dem Markt bringt die Erwartung zum Ausdruck, auf längere Zeit mit verschiedenen Beiträgen das Interesse des Publikums zu finden. Dieses wiederum erhofft, hier Antworten und Anregungen zu entdecken, die ihm anderswo noch nicht geboten werden. Be-

trachtet man unter dieser Voraussetzung die ersten Bände der „Veröffentlichungen des Ökumenischen Arbeitskreises evangelischer und katholischer Theologen“, die unter den Titeln „Glaubensbekenntnis und Kirchengemeinschaft. Das Modell des Konzils von Konstantinopel (381)“