

Helmut Piechowiak

Leben verlängern?

Die ethische Problematik des mütterlichen Hirntods bei möglicher
Lebensfähigkeit des Kindes

Heute leben mehr und mehr Menschen, die ihr Leben einer intensivmedizinischen Intervention verdanken, sei es, daß sie selbst aus schwerer Krankheit gerettet wurden, sei es, daß ihr Kreislauf nach festgestelltem Hirntod so lange aufrechterhalten wurde, daß entnommene Organe anderen schwer erkrankten Menschen Hilfe und Heilung bringen konnten. Diese Erfolge der Intensivmedizin sind unbestreitbar.

Dennoch standen in den letzten Jahren oft genug (und vielleicht etwas zu einseitig) die Schattenseiten der Intensivmedizin im Blickpunkt der Öffentlichkeit. Es wurde gefragt, wie sinnvoll es denn sei, bei insgesamt ungünstiger Prognose intensive und aufwendige lebenserhaltende Maßnahmen „bis zum letzten Atemzug“ einzusetzen¹. Und es wurden Klagen laut über die Manipulation und Würdelosigkeit des menschlichen Sterbens unter den Bedingungen der Intensivtherapie. Aber auch die Neudefinition des menschlichen Tods (vor allem für die schwer Hirngeschädigten, aber auch im Kontext der Organtransplantationen, speziell der Explantationsproblematik) als Hirntod² warf anthropologische, psychologische und ethische Probleme auf, die noch keineswegs als befriedigend gelöst gelten können.

Die medizinische Situation

Durch die Erfolge der Perinatalmedizin haben heute frühgeborene Kinder eine ungleich größere Lebenschance als jemals zuvor in der Geschichte der Menschheit. Der frühestmögliche Geburtstermin, zu dem ein lebendgeborener Fetus ex utero am Leben erhalten werden kann, verlagert sich dadurch immer weiter nach vorn. Zwischen der 24. und 27. Schwangerschaftswoche, also am Ende des zweiten Trimenons bzw. zu Beginn des siebenten Schwangerschafts(Lunar)monats, verbessern sich die Chancen für das kindliche Überleben dramatisch. Sie betragen zu Beginn der 24. Woche 36 Prozent und in der 27. Woche schon 76 Prozent³.

Erkrankt eine Schwangere in oder kurz vor dieser Zeit tödlich, so könnte die beginnende extrauterine Lebensfähigkeit des Feten ein Grund sein, sogenannte

lebenserhaltende Maßnahmen bei der Frau auch dann einzuleiten oder fortzuführen, wenn sie der prospektiven Kindsmutter selbst nicht oder nicht mehr nützen. Ob und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen diese Manipulation des mütterlichen Sterbens sittlich erlaubt ist, ist also eine Frage, die sich nicht mehr nur theoretisch stellt.

Frühere Versuche, Feten zwischen der 16. und 20. Schwangerschaftswoche durch lebenserhaltende Maßnahmen bei ihren erkrankten Müttern in die Phase der Lebensfähigkeit „hinüberzuretten“ und dann durch Sectio caesarea (Kaiserschnitt) zu entbinden, waren erfolglos und sind nach Meinung kompetenter Fachleute auch heute noch aussichtslos.

Dillon und Mitarbeiter⁴ berichteten aber unlängst über eine 24jährige unverheiratete, schwangere Epileptikerin, die in der 23. Woche ihrer Schwangerschaft an einer Meningoencephalitis erkrankte. Ihre Krankheit verschlechterte sich dramatisch: am 17./18. Tag nach stationärer Aufnahme war die Patientin klinisch hirntot; am 19. Tag wurde die Diagnose des Hirntods gewissermaßen „offiziell“ gestellt. Zu diesem Zeitpunkt entschied man sich, die lebenserhaltenden Maßnahmen, vor allem die künstliche (Be-)Atmung so lange fortzusetzen, bis die Kreislaufverhältnisse (im Gefolge des Hirnstammtods) instabil würden und damit eine Gefahr für das intrauterine kindliche Leben entstehen würde. (Nach Meinung kompetenter Neurologen und Intensivmediziner tritt der Herztod – die Asystolie – bei normaler Körpertemperatur nach Stunden oder Tagen ein⁵. Besonders bei erniedrigter Temperatur – ebenfalls im Gefolge des Hirnstammtods – kann die cardiozirkulatorische Funktion bis zu einem Zeitraum von zwei Wochen über den Hirntod hinaus dauern⁶, und einem kürzlich erschienenen Fallbericht zufolge scheint dies sogar über mehr als zwei Monate möglich zu sein⁷.) In diesem Fall trat nach weiteren fünf Tagen eine Kreislaufinstabilität auf, die sich auch in Unregelmäßigkeiten der kindlichen Herzaktion niederschlug. Am 24. Tag des stationären Aufenthalts der Mutter, am fünften Tag post mortem, wurde dann in der 26. Schwangerschaftswoche ein 930 g schweres Kind durch Kaiserschnitt entbunden. Es hatte eine grenzwertige Kopfgröße und eine unreife Lunge. Das Kind wurde fünf Wochen lang beatmet und im Alter von drei Monaten mit einem Gewicht von 2000 g von der Intensivstation entlassen.

Ethische Überlegungen

Daß ein solcher Fall heute nicht nur klinisch interessant ist, sondern uns nach grundlegenden philosophischen, rechtlichen und ethischen Konzepten fragen läßt, mit deren Hilfe eine Antwort auf die gestellte Problemsituation möglich wäre, zeigt deutlicher als alles andere, wie sehr sich Ethos und Ethik in unserer Gesellschaft gewandelt haben. Es ist noch nicht allzulange her, daß man glaubte

und lehrte, zur Rettung eines „unschuldigen“ Kindes dürfe (oder solle) man (gar) das Leben der Mutter opfern, wenn „Leben gegen Leben“ steht, – und heute *fragt* man, ob es *erlaubt* sei, ein solches unter Umständen lebensfähiges Kind durch eine Post-Mortem-Entbindung am Leben zu erhalten.

Allerdings – und dies macht die Situation eben fast kurios: Standen früher in der geburtshelferlichen Konfliktsituation die Interessen der lebenden Mutter und des lebenden (und sicher überlebensfähigen) Kindes gegeneinander, so geht es heute um die moralischen Ansprüche einer nicht mehr oder nicht mehr sicher lebenden Mutter und eines noch nicht (sicher) lebensfähigen Keimlings, also von Individuen, die zumindest in rechtlichem Sinn einen (bisher) mehr symbolischen Wert haben und ohne Präjudizierung ihres Status als „Nach-Mensch“ und „Vor-Mensch“ bezeichnet werden könnten, oder – um die Debatte um das Menschsein nicht allzu sehr zu tangieren – als „Nach-Person“ und „Vor-Person“. Zugleich geht es aber hier auch um Art und Umfang der ärztlichen Pflichten gegenüber der Schwangeren, ihrer Frucht und Dritten.

Der Status der Mutter: tot oder lebend?

Wenn oben von der nicht mehr lebenden Mutter gesprochen wurde, so ist dies eigentlich nur zum Teil richtig. Was „tot“ ist, darüber besteht nämlich beileibe noch keine so eindeutige und allgemeine Vorstellung, wie es den Anschein haben könnte. Als biologischer Vorgang ist der Tod sicherlich ein „Prozeß“, aber für die medizinische, juristische und ethische Beurteilung scheint es adäquater, als einen enger gefaßten Zeitpunkt den *Beginn* des irreversiblen (Ab-)Sterbegeschehens als „Tod“ zu definieren. Während dieser Beginn des irreversiblen Absterbens (also der Tod) bis in die jüngste Zeit hinein als ein so simpler und allgemeinverständlicher Begriff verstanden wurde, daß eine juristische Definition überflüssig schien, hat sich dies speziell durch die Intensivmedizin in den letzten Jahren geändert. Das überkommene Todesverständnis als „Ende des Lebens“ oder – medizinisch – als Herz-Kreislaufstillstand mit Aussetzen der Atmung erwies sich als nicht mehr ausreichend präzise. So entschloß man sich in der Medizin, den von den Franzosen P. Mollaret und M. Goulon 1959 erstmals inaugurierten Tod des Gehirns als die (in Zweifelsfällen) medizinisch entscheidende Todesdefinition anzuerkennen. Sind Hirnrinde *und* Hirnstamm definitiv und auf Dauer geschädigt (erkennbar an bestimmten klinischen Untersuchungen), dann soll ein Mensch als „tot“ gelten, selbst wenn andere Partialsysteme seines Körpers über diesen Zeitpunkt hinaus weiterleben oder weiter am Leben erhalten werden.

In den USA haben einige Staaten diese Gehirntod-Definition offiziell akzeptiert⁸. Andere Bundesstaaten haben dagegen aus unterschiedlichsten Gründen diese Definition nicht anerkannt bzw. noch keine Änderungsvorstöße unternom-

men. Wie Hirsch anhand von etlichen Einzelfällen zeigte, die zum Teil auch strafrechtlich von Bedeutung waren, sind dann unter Umständen Konstellationen von fremdverschuldeter Tötung und ärztlichem Behandlungsabbruch denkbar, die gerade wegen der divergierenden juristischen Argumentationen in den vorgetragenen Kasuistiken die Notwendigkeit einer verbindlichen Todesdefinition belegen. Da auch für die Bundesrepublik Deutschland diese Frage bisher unbeantwortet ist, scheint es gerechtfertigt, mit R. M. Veatch⁹ einmal den skizzierten Fall aus zwei verschiedenen Perspektiven zu durchdenken.

Man könnte die Schwangere mit vollständig zerstörtem Hirn als lebend betrachten (allerdings sterbend), also als eine Endstadium-Patientin; man könnte sie aber auch, akzeptiert man die Hirntod-Definition, als „tot“ betrachten, also als medizinisch subventionierte Leiche. Im ersten Fall besteht eine Arzt-Patienten-Beziehung und der Arzt – wegen des Komas der Patientin „in Geschäftsführung ohne Auftrag“ – muß entscheiden a) ob und gegebenenfalls was er noch zur Rettung der Patientin tun kann und will und b) ob er diese Patientin „in Ruhe“ sterben lassen soll bzw. darf, wenn bei weiterer kardiorespiratorischer Unterstützung für den Feten eine Lebenschance realisierbar wäre. In „Geschäftsführung ohne Auftrag“ muß er sich nach allgemeiner Auffassung in erster Linie an dem vermutlichen oder mutmaßlichen Willen der Patientin orientieren. Liegt ein sogenanntes Patienten-Testament nicht vor, das „heroische“ Maßnahmen bei infauster Prognose verbietet, so wird er im Interesse des Kindes eine Fortführung der Therapie durchführen können, aber wohl nicht müssen. Liegt dagegen ein solcher erklärter Wille vor, ist ohne das Risiko strafrechtlicher Verfolgung und gegebenenfalls zivilrechtlicher Konsequenzen (z. B. Kostenübernahme) eine Einleitung oder Fortführung der Therapie wohl nur dann möglich, wenn entweder Angehörige oder (z. B. bei unehelichen Kindern) ein Vormund, gegebenenfalls auch die betreffende Krankenversicherung, ihre Einwilligung dazu gegeben haben.

Wird die Patientin dagegen als „tot“ betrachtet, also als atmender und blutdurchströmter Leichnam, ist natürlich das Arzt-Patienten-Verhältnis im wesentlichen beendet. In dieser Situation würden Recht und Ethos des Verhaltens nicht unwesentlich davon mitbestimmt, ob die Patientin mündlich oder schriftlich eine Bereitschaft zur Organspende hat erkennen lassen, da das körperliche Angebot, das sie dem Feten machen kann, am ehesten in dieser Analogie zu sehen ist: ihm als natürlicher „Brutschrank“ zu dienen. Ist ein solcher Wille bekannt, wird man ethische Einwände gegen fortgeführte Beatmung und assistierte Zirkulation nur dann noch aufrechterhalten können, wenn man den Gesamtvorgang – unter Blick auf die Verstorbene – als ein sittenwidriges Geschehen betrachtet, sei es, weil es (wegen der unter Umständen relativ langen Dauer) die Totenruhe empfindlich stört, sei es, weil man glaubt, das Kind nicht vorsätzlich in eine mutterlose Familie hineinwachsen zu lassen (oder gar bei unverheirateten Müttern in eine völlig fehlende Benestung), sei es, weil man für das Erleben und die psychische

Adaptationsfähigkeit der behandelnden Ärzte und Pflegepersonen dehumanisierende Auswirkungen befürchtet.

Ist keine positive Bereitschaft zur Organspende bekannt und liegt eine Zustimmung der nächsten Angehörigen (Ehemann/Vater) nicht vor, könnte zur Sicherung der kindlichen Lebenschance erneut das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden, wenn der Arzt die Entscheidung entweder nicht allein treffen möchte oder sie nicht gegen einen eventuellen Einspruch der Angehörigen treffen kann. Ob man den Arzt allerdings auch gegen seinen Willen zur Bewirtschaftung der Leiche zwingen kann – eine Frage, die im Kontext der Organtransplantation bisher nicht explizit gestellt und beantwortet wurde –, muß offenbleiben. Dies hängt nicht zuletzt von dem Status ab, den die Gesellschaft dem lebensfähig werdenden Keimling zugesteht.

Akzeptiert man die Gehirntod-Definition, so können – wie das Beispiel zeigt – Todestag der Mutter und Geburtstag des Kindes Tage, ja vielleicht Wochen auseinander liegen. Außerdem würde sich – über die bisher geltenden Fristen hinaus – der Abstand zwischen Todesdatum und Bestattungstag verlängern, wobei freilich der zuletzt genannte Tatbestand auch früher schon in den Fällen gegeben war, in denen der Körper zu Lehrzwecken z. B. in eine anatomische Anstalt überführt wurde. Akzeptiert man aber die Gehirntod-Definition nicht und kommt es nachfolgend nicht zu einem raschen Versagen der Herzfunktion – wie in dem von Parisi und Mitarbeitern geschilderten Fall –, so stellt sich die Frage, an welcher klinischen Befindensänderung *danach* noch die Diagnose des eingetretenen Tods festgestellt werden könnte. Hier käme dann zum Beispiel wiederum das Sistieren von Herz und Atmung nach *willentlicher* Beendigung der maschinellen Lebenshilfe in Frage. Ob es freilich opportun ist, in die *Todesdefinition* ein so anfälliges Kriterium wie die (Willens-)Entscheidung des Arztes mit hineinzunehmen, ist mehr als fraglich. Die aufgeworfenen Probleme stellen natürlich auch die Frage, ob es – was hier nicht weiter verfolgt werden soll – auch eine „doppelte“ Definition des Tods geben kann und soll.

Der Status des Feten: Frucht oder Kind?

R. M. Veatch sieht die Hauptproblematik der geschilderten Konstellation offenbar nur in dem Status der Mutter. Als komplementäre Perspektive muß jedoch auch der Status des Feten Berücksichtigung finden. Unabhängig von dem ihm in der Schwangerschaftsrechtsprechung grundsätzlich zugestandenen Lebensrecht stellt sich die Frage, ob ihm auch – bei ungünstiger Entwicklung seiner „Umwelt“-Verhältnisse (eben der Krankheit bzw. dem Tod der Mutter) – ein eigenständiges Behandlungsrecht zukommt, ob er also „Patient“ sein kann bzw. soll. Wie an anderer Stelle ausführlich dargestellt¹⁰, wie aber auch aus diesem

Beispiel ersichtlich, besteht kein Zweifel, daß der Fetus behandelbar ist. In diesem Fall hängt er an einer artifiziell perfundierten Plazenta, die der künstlichen Niere (Hämodialyse) nicht unähnlich ist. Dem Funktionieren dieser Vitalprothese verdankt er seine Existenz über den sonst sicheren Tod hinaus. Anders als bei der künstlichen Niere hält dieses Organ aber nicht beschädigtes Leben in seiner Existenz, sondern ermöglicht – optimalerweise – eine gesunde Zukunft, frei von Krankheiten. Als kausale und definitive Behandlung scheint diese Therapie aus teleologischer Perspektive daher eher noch dringlicher geboten als die palliative Therapie der Hämodialyse.

Dennoch bleibt es – wie die Gehirntod-Definition – eine wichtige Anfrage an Ethik und Recht einer Gesellschaft, ob der Fetus in utero nun tatsächlich in Analogie zum Neugeborenen als kindlicher Patient angesehen werden muß oder ob ihm als Leibesfrucht ein diesbezüglich deutlich begrenzter Rechtsanspruch zusteht. Die möglichen Konstellationen aus dieser doppelten Differenzierung (Mutter: tot/lebend, Fetus: Frucht/Kind) mit ihren ethischen Implikationen lassen sich schematisch so darstellen:

Mutter	„lebend“	„hirntot“
	„Frucht“ Rechte der Mutter dominieren über Interessen des Feten	Interessen der (verstorbenen) Mutter sind gegen die Interessen des Feten abzuwägen
Fetus	„Kind“ Rechte der Mutter stehen gegen Rechte des Feten	Rechte des Kindes dominieren über eventuelle Interessen der (verstorbenen) Mutter

Die Bedeutung dieser anthropologischen Einordnung des Feten ist auch deshalb wichtig, weil heute eine ganze Reihe intrauteriner Therapiemaßnahmen möglich sind, die bei *gesunder* Mutter gegen deren Autonomierecht und deren Recht auf körperliche Unversehrtheit abgewogen werden müßten. Hat der Fetus kraft seines ihm zugestanden Status als „Kind“ ein Recht auf Behandlung, so existiert das natürlich unabhängig von der gesundheitlichen Verfassung der Mutter (auch wenn in praxi das Schicksal beider immer miteinander verknüpft bleibt) und muß – notfalls gegen sie – gesichert werden. Es entsteht dann also eine Situation, die der früheren Paradigma-Konstellation in der Geburtshilfe (Mißverhältnis zwischen kindlicher Kopfgröße und Weite der mütterlichen Geburtswege) nicht unähnlich ist. Allerdings kann es heute nicht mehr darum gehen, die Rechte einer der beiden Personen über die jeweils andere dominieren zu lassen, sondern sie hinsichtlich ihres Realisierungsanspruchs anhand nachvollziehbarer Kriterien gegeneinander abzuwägen.

Im Falle des Hirntods der Mutter, wenn also die mütterlichen Rechte nicht mehr geltend gemacht werden können, wäre ein Verzicht auf Therapie praktisch gar nicht mehr vorstellbar. Er ließe sich ethisch höchstens dann plausibel vertreten,

wenn vorhergehende Therapiemaßnahmen an der Mutter den Keimling so stark in Mitleidenschaft gezogen haben könnten, daß man – aus ähnlichen Gründen wie beim Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation – eine Einleitung bzw. Fortführung der kardiorespiratorischen Wiederbelebung der Mutter nicht für sinnvoll hält. Man gesteht damit praktisch dem Feten ein (fiktives) Behandlungsverweigerungsrecht zu bzw. ein „Recht auf Sterbenlassen oder Nichtgeborenwerden“, also die logische Ergänzung zum Recht auf Behandlung.

Die im Gefolge technischer Entwicklungen möglichen therapeutischen Interventionen in der Intensivmedizin fordern also – wie die Fallschilderung und die ethischen Überlegungen zeigen sollten – dringlicher als je zuvor eine Klärung grundlegender anthropologischer und rechtlicher Konzeptionen des Menschseins an seinem Ende und seinem Beginn. Dazu bedarf es gemeinsamer interdisziplinärer Arbeit von Theologen, Philosophen, Juristen und Medizinern, eine Aufgabe, die wegen der unvermeidlich entstehenden Interessenkonflikte der Beteiligten nicht auf die lange Bank geschoben werden sollte.

ANMERKUNGEN

¹ Als einer der ersten nahm dazu vor Jahren Stellung: R. Kautzky, Der ärztliche Kampf um das Leben des Patienten „bis zum letzten Atemzug“, in: Hochland 53 (1961) 303 ff.

² Ch. Pallis, Reappraising Death. Artikelserie „ABC of Brain Stem Death“, in: Brit. Med. J. 285 (1982) 1409 ff., 1487 ff., 1558 ff., 1641 f.; 286 (1983) 39.

³ W. P. Dillon, E. A. Egan, Aggressive Obstetrical Management in Late Second Trimester Deliveries, in: Obstet. Gynecol. 58 (1981) 685.

⁴ W. P. Dillon, R. V. Lee, M. D. Tronolone, S. Buckwald, R. J. Foote, Life Support and Maternal Brain Death During Pregnancy, in: J. Amer. Med. Assoc. 248 (1982) 1089.

⁵ A. Angstwurm, J. Kugler, Ärztliche Aspekte des Hirntodes und Feststellung des Todeszeitpunktes, in: Fortschr. Neurol. Psychiat. 46 (1978) 297.

⁶ J. L. Bernat, Ch. M. Culver, B. Gert, On the Definition and Criterion of Death, in: Ann. Intern. med. 94 (1981) 389.

⁷ J. E. Parisi, R. C. Kim, G. H. Collins, M. F. Hilfinger, Brain Death with Prolonged Somatic Survival, in: New Engl. J. Med. 306 (1982) 14.

⁸ H. L. Hirsh, Death as a Legal Entity, in: J. Forensic Sci. 20 (1975) 159, und ein später von demselben Verf. erschienener Beitrag (in einem Sammelband) mit dem Titel „Brain Death“.

⁹ R. M. Veatch, Maternal Brain Death. An Ethicist's Thoughts, in: J. Amer. Med. Assoc. 248 (1982) 1102.

¹⁰ H. Piechowiak, Die Fetaltherapie. Ethische Probleme im Gefolge der Pränataldiagnostik (im Druck).