

Fred Salomon

Dem Tod keinen Raum geben?

Ärztliches Handeln zwischen Lebenserhaltung und Todesverdrängung

Rund 900 000 Menschen sterben jährlich in der Bundesrepublik Deutschland. Davon beenden zwischen 50 und 60 Prozent ihr Leben in den rund 3000 Krankenhäusern unseres Landes¹. Weitere rund 30 Prozent sterben in Alten- und Pflegeheimen und nur wenige zu Hause, draußen oder am Arbeitsplatz. Wir Ärzte und Pflegenden, die wir in den Kliniken tätig sind, müßten also vertraut sein mit dem Tod. Denn das Sterben hat seinen Raum in unserem Land vornehmlich dort.

Sieht man sich Leistungsverzeichnisse von Krankenhäusern an, findet man jedoch nicht selbstverständlich die Zahl derer, die gestorben sind. Als ich vor einiger Zeit die Sterbezahlen eines Jahres aus unserer Klinik erfahren wollte, die auch in unserem Jahresbericht nicht enthalten sind, entgegnete man mir: „Wen interessiert denn das?“

Tod – kein Thema der Medizin

Sterben und Tod sind keine Themen unserer Medizin. Wir haben keinen Raum für den Tod. Er wird nicht als Teil unseres Lebens begriffen, sondern als Gegner, den man zurückdrängen, besiegen oder überwinden muß. Und einen Gegner schweigt man tot, um seine Bedeutungslosigkeit gegenüber der eigenen Macht damit zu unterstreichen. So schweigen wir den Tod tot. Ist er damit bedeutungslos?

In Vorlesungen, bei medizinischen Kongressen und in Fachzeitschriften werden die Leistungen der Medizin dargestellt. Es werden die Erfolge der einen Therapie mit denen einer anderen verglichen. Statistisch aufwendige Studien werden entworfen, um deutlich zu machen, daß zum Beispiel die eine Krebstherapie eine höhere Fünf-Jahres-Überlebensrate hat als die andere oder daß die aktuelle immunsuppressive Behandlung nach einer Herztransplantation mit Ciclosporin eine bessere Überlebensrate bewirkt als ältere Verfahren. Es werden die Fortschritte bei der Bekämpfung von Krankheiten und der Verlängerung des Lebens demonstriert. Wir weisen auf Diapositiven und in Tabellen auf 10 Prozent hin, die mit einer neuen Behandlung einige Jahre länger leben, reden aber nicht über die 40 Prozent, die auch trotz eines neuen Verfahrens sterben. Der Tod dient bestenfalls als Hintergrundfolie zur Unterstreichung des Erfolgs, ihn zurückzudrängen.

Wir lassen dem Tod keinen Raum. Wir erwecken den Eindruck, daß wir ihm die Macht genommen haben. Und wir wecken die Illusion oder lassen sie wenigstens zu, daß der Tod des Menschen prinzipiell vermeidbar ist. Wir rühmen uns der Steigerung der Lebenserwartung. Und manch einer zweifelt daran, daß es überhaupt eine unüberschreitbare Altersgrenze gebe. Menschen lassen sich einfrieren, um sich in späteren Zeiten mit heute noch unbekannten Therapiemethoden heilen und so am Leben erhalten zu lassen. Ende der sechziger Jahre wurde in den USA von einem Experten für Tiefgefrieren eine Gesellschaft gegründet, die es ermöglichte, sich auf dem Sterbebett unmittelbar vor oder nach dem Todeseintritt in einen Tiefkühlzustand von minus 198 °C versetzen zu lassen. Der amerikanische Psychologe J. Bedford machte am 12. Januar 1967 als erster Mensch davon Gebrauch, mit Gefriermitteln in den Gefäßen und eingehüllt in Aluminiumfolie in einem Eisschrank gelagert zu werden. Ihm folgten Hunderte. Noch liegen sie in Eis und verkörpern die Ablehnung der Sterblichkeit². Wir tauschen Organe aus, züchten Tiere als Organlieferanten³ und planen es, uns zu klonen, um so auf ein individuelles Duplikat zurückgreifen zu können, aus dem wir unsere abgenutzten Teile wie aus einem Ersatzteillager erneuern können⁴. Darin sind wir Erben René Descartes', der im 17. Jahrhundert als einer der Begründer unseres naturwissenschaftlichen Denkens den Menschen als Maschine verstand und erwartete, die Lebenserwartung des Menschen um ein paar Jahrhunderte verlängern zu können⁵.

Die unausweichliche Frage des Todes

Sterben und Tod sind zwar keine Themen unserer Medizin, doch hat sich die Medizin nie zuvor so intensiv dem Tod stellen müssen. Wir sind gezwungen, uns mit dem Tod auseinanderzusetzen, weil unsere Handlungsmöglichkeiten zugenommen haben. Gerade in den letzten Jahrzehnten haben sich uns Möglichkeiten zur Behandlung von Krankheiten und zur Abwendung von Lebensbedrohungen eröffnet, die den Menschen früherer Jahrhunderte nicht zur Verfügung standen. Mit der Zunahme unseres Könnens nimmt die Zahl der Situationen zu, in denen wir über die Anwendung dieses Könnens entscheiden müssen. Zu Zeiten, da man nur schicksalsergeben einen Krankheitsverlauf über sich ergehen lassen mußte, konnte man sich vielleicht innerlich dagegen auflehnen, aber den Ablauf nicht entscheidend beeinflussen. Sobald ich aber die Fähigkeit habe, den Tod zum Beispiel durch eine Reanimation abzuwenden, stellt sich mir unausweichlich die Frage, ob ich es tue oder nicht.

Auch wenn wir uns nicht mit dem Tod beschäftigen wollen, sind wir zur Entscheidung gezwungen, ihm entgegenzutreten oder nicht, weil wir die Fähigkeit dazu haben. Entscheiden können heißt entscheiden müssen. Auch die vermeint-

lich abwartende Haltung, die Entscheidung über den Einsatz eines Medikaments oder eine Operation zu verschieben, ist die Entscheidung, jetzt nichts zu tun. Das ist selten bewußt. Abwarten wird oftmals als Ausdruck einer Entscheidungslosigkeit verstanden. Doch Abwarten bedeutet nur vordergründig, keine Entscheidung zu fällen. Die Zeit zur wirksamen Hilfe kann Augenblicke später verstrichen sein. Das wird besonders bei akut lebensbedrohlichen Situationen in der Notfallmedizin deutlich. Allein die Alternative, etwas zu tun oder zu lassen, zwingt mich zur Entscheidung.

Wenn wir in unserem ärztlichen Handeln vor der Frage stehen, das Leben zu verlängern oder darauf zu verzichten, sind wir also nicht anmaßend, sondern wir sind existentiell dazu verurteilt, zwischen den Möglichkeiten zu wählen, weil uns die Mittel in die Hand gegeben sind. Die Situationen sind uns vorgegeben. Auf ihr Zustandekommen habe wir keinen oder nur begrenzten Einfluß. Unser Dasein ist nach Jaspers ein „Sein in Situationen“⁶. In Weiterführung dieses existenzphilosophischen Ansatzes sind wir in unserer Grundbefindlichkeit Menschen in der Entscheidung.

Die Frage lautet also: Was können wir zur Lebenserhaltung tun, und nach welchen Maßstäben entscheiden wir, unser Können einzusetzen oder darauf zu verzichten?

Der Einsatz gegen den Tod

Was können wir, und was erreichen wir damit?

Fall 1: Ein 60jähriger Mann kommt beim Autofahren von der Fahrbahn ab und verunglückt schwer. Rippenbrüche, eine schwere Lungenverletzung, Knochenbrüche und ein hoher Blutverlust machen am Unfallort die invasive notärztliche Versorgung mit Intubation und Beatmung nötig. In der Klinik wird er umfangreich operativ versorgt und anschließend auf die Intensivstation aufgenommen. Als sich in den folgenden Tagen die Unfallfolgen bessern, macht das Herz nicht mehr richtig mit. Dabei stellt sich heraus, daß ein vorübergehendes Herzversagen primär zum Unfall geführt hat. Wir müssen medikamentös das Herz stützen. Die Nierenfunktion versagt in den folgenden Tagen. Wir entschließen uns zur Dialyse. Unter der nötigen Heparintherapie blutet es aus dem Magen, was nur operativ gestillt werden kann. Atemkomplikationen kommen hinzu. Erst nach drei Monaten atmet er wieder selbst. Wir verlegen ihn sehr eingeschränkt bewegungsfähig und noch immer stark geschwächt in eine Rehabilitationsklinik.

Ohne die Medizin wäre der Mann mehrfach gestorben, im Straßengraben, durch die Ateminsuffizienz, durch die Herzinsuffizienz, durch die Niereninsuffizienz. Immer wieder waren Entscheidungen nötig, denen wir nicht ausweichen konnten. Wir haben uns entschieden, den Tod nicht zuzulassen, denn lange Zeit war der Ausgang ungewiß. Lange Zeit standen viele Geräte am Bett, ohne die ein Überleben unmöglich gewesen wäre. Einem Besucher bot sich das Bild einer Apparatemedizin.

Ein knappes Jahr später kam der Mann zur Entfernung des Osteosynthesematerials wieder zu uns. Er fühlte sich wohl und war mit seiner Frau zusammen zufrieden über sein gewonnenes Leben.

Wir haben es dem Tod nicht leichtgemacht. Wir haben ihm keinen Raum gegeben, haben ihm nicht das Feld überlassen. Aber der Tod hat es auch uns nicht leichtgemacht. Es war eine machtvolle Auseinandersetzung. Wir haben gewonnen – dieses Mal, vorläufig.

Fall 2: Ein 56jähriger Mann kommt schwer herzkrank in die Klinik. Ihn strengt die kleinste Belastung übermäßig an. Er hat sich weitgehend aufgegeben und sich mit seinem Sterben abgefunden. Die Ärzte sehen das anders. Sie legen ihm eine Herztransplantation nahe. Er ist skeptisch und lehnt ab. Da drängt ihn seine Frau, er dürfe sie noch nicht verlassen. Er solle die Chance nutzen. So stimmt er innerlich widerstrebend zu. In Gesprächen mit der Klinikseelsorgerin kommt heraus, daß er nur seiner Frau zuliebe der Transplantation zugestimmt hat. Er hat mehr Angst als Hoffnung. Im tiefsten Herzen lehnt er die Therapie ab. Nach der erfolgten Herztransplantation reiht sich Komplikation an Komplikation: Lungenversagen, Nierenversagen, Abstoßungsreaktionen, neurologische Schäden. In drei Monaten Intensivtherapie kommt er nicht wieder zu Bewußtsein. Er stirbt.

Dem Besucher bot sich auch hier das Bild einer Apparatemedizin. Bei jeder Komplikation fiel die Entscheidung, den Tod nicht zuzulassen. Die Ärzte haben es dem Tod nicht leichtgemacht. Und der Tod hat es den Ärzten nicht leichtgemacht. Es war eine machtvolle Auseinandersetzung. Dieses Mal hat der Tod gewonnen.

Die Hoffnung angesichts des Todes

Der Einsatz gegen den Tod wird von uns Ärzten erwartet. Wir haben den gesellschaftlichen Auftrag, Todesbedrohungen abzuwenden. „Herr Doktor, tun Sie alles, was Sie können!“ lautet nicht selten die flehende Bitte von Angehörigen, die manchmal noch durch den Zusatz unterstrichen wird: „Und wenn es mehr kostet, wollen wir das auch selbst bezahlen.“ Die Hoffnung angesichts des drohenden Todes richtet sich in unserer Gesellschaft sehr stark auf die Medizin und uns als ihre Vertreter.

Das ist Ausdruck einer Säkularisierung des Denkens und des Verlusts von Transzendenz. Wo wir die Gewißheit über den Tod hinaus verloren haben, zimmern wir uns selbst notdürftig einen schwankenden Steg in die Ewigkeit. Wenn menschliches Leben wie bei Descartes und später in der Naturwissenschaft des 19. Jahrhunderts verdinglicht wird, wenn die Philosophie als Partnerin der Medizin abgelehnt wird – wie es im Materialismusstreit 1854 auf der 31. Versammlung deutscher Naturforscher und Mediziner zu Göttingen vollzogen wurde⁷ – und mit der Philosophie letztlich auch die Theologie, dann bleibt nur noch die Hoffnung auf ein Leben vor dem Tod. Um dessen Dauer und Qualität zu steigern, bedient man sich der Medizin. Treffend drückt Eugen Roth das mit dem Zweizeiler

aus: „Wer nicht mehr traut auf Gottes Willen, ersetzt sein Nachtgebet durch Pillen.“⁸

Beim Verlust der Transzendenz kommt es nicht darauf an, daß die Perspektive über den Tod hinaus fehlt. Auch die Autoren des Alten Testaments kennen – abgesehen von denen der späteren Zeit – kein Leben nach dem Tod. Dennoch werden die Grenzen des Lebens akzeptiert, weil man sich als Geschöpf Gottes versteht. Die Autoren des Alten Testaments sehen den Menschen in ein Gesamtgefüge eingeordnet, in dem er nicht selbst der Maßstab aller Dinge ist. Der Verlust der Transzendenz in der naturwissenschaftlich dominierten Medizin ist nicht nur der Verlust der zeitlichen Transzendenz über unsere Lebensgrenzen hinaus, sondern auch der Verlust des Göttlichen, der Bezogenheit auf übergeordnete Strukturen oder Dimensionen. Damit versteht sich der Mensch nicht mehr als abhängiges Geschöpf, sondern als unabhängiger Herrscher, der die Maßstäbe selbst setzt.

Die Maßstäbe für den Tod

Ausdruck dieser Tatsache ist auch die Diskussion um die Definition des Todes. Die alte Weisheit „Mors certa, hora incerta“ hat eine neue Dimension bekommen. Beschrieb sie in früheren Jahrhunderten die Gewißheit menschlicher Sterblichkeit und die Ungewißheit, wann den Menschen im Lauf seines Lebens der Tod ergreift, so quält uns heute die Ungewißheit, wann die Grenze vom Leben zum Tod sicher überschritten ist, woran wir erkennen, daß ein Mensch tot ist.

Die Entstehung des Lebens aus unbelebter Materie zur heutigen Vielfalt ist sowohl phylogenetisch als auch ontogenetisch ein fließender Prozeß, der sich aus physikalischer Sicht vielleicht noch in Quantensprüngen abgespielt haben mag⁹. Ähnlich ist das Vergehen von Leben zu unbelebter Materie ein stetiger Ablauf. Mit diesem fließenden Werden und Vergehen sind viele Kulturen zufrieden gewesen. In unserer naturwissenschaftlichen Denkweise geben wir uns aber mit kontinuierlichem Werden und Vergehen nicht zufrieden. Für uns ist es wichtig, die Sache auf den Punkt zu bringen. Wir wollen wissen, wo im Fließen die Grenze ist, deren Überschreiten wir mit dem Eintritt des Todes gleichsetzen können. Wir suchen Zeichen, die diese Grenze sichtbar machen.

Diese Suche nach sicheren Todeszeichen ist allerdings nicht nur ein Phänomen unserer naturwissenschaftlichen Zeit. Schon sehr früh in der Menschheitsgeschichte machte man die Erfahrung, daß jemand, den man für tot hielt, entgegen allem Anschein noch lebte. Das führte zu der Angst, scheinbar tot begraben oder verbrannt zu werden. Im alten Rom schnitt man dem Gestorbenen einen Finger ab, ehe man ihn verbrannte. Der Eingriff sollte durch den Schmerz einen Scheintoten zu erkennbaren Reaktionen veranlassen, wie man erwartete. Er diente als Vitalitätstest¹⁰. Es ist möglich, daß dieser Test schon deutlich älter ist. Die rund

20000 Jahre alten Wandbilder in den Höhlen der Pyrenäen, die vielleicht als Begräbnisstätten dienten, zeigen neben vielen Tiermotiven 217 Hände, wobei an 197 Händen ein Finger fehlt. Das wird als Hinweis auf den genannten Vitalitätstest interpretiert¹¹. Der römische Naturforscher Gaius Plinius Secundus äußert sich resignierend: „Wir dürfen bei dem Menschen nicht einmal dem Tod trauen.“ Weiter heißt es: „Unzählig sind die Anzeichen des Todes, aber für das Leben und die sichere Genesung gibt es gar keine.“¹² Aus diesem Grund wurde es auch üblich, Leichen mehrere Tage in der Wohnung aufzubahren, ehe die Beisetzung erfolgte.

Wenn offenbar auch schon lange bekannt war, daß ein vermeintlich Toter doch lebendig sein konnte, gibt es nur wenige Berichte über Versuche, jemanden aus diesem Zustand wieder zum Leben zurückzuholen. Im Altertum wird über gezielte Reanimationsmaßnahmen kaum berichtet. Im Mittelalter traten Gedanken der Reanimation noch weiter in den Hintergrund. Lange Zeit wurden solche Wiederbelebungsversuche bei plötzlich eingetretenem Tod auch abgelehnt. Denn der Tod war für den religiösen Menschen des Mittelalters von Gott gewollt. Insbesondere der plötzliche Tod galt als Strafe. Ein Eingreifen wäre einer Mißachtung des göttlichen Willens gleichgekommen. Man hätte sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen selbst versündigt und die Strafe auch auf sich gezogen¹³.

Es stand auch weniger die Frage im Vordergrund, ob jemand schon tot oder noch lebendig war, als vielmehr die Frage, ob der eingetretene Tod gewaltsam herbeigeführt worden war. Daher durfte ein aufgefundener Toter erst berührt werden, wenn jemand von der Gerichtsbarkeit ihn inspiziert hatte. Daß damit jede Chance zur Wiederbelebung aus Zeitgründen vertan war, liegt auf der Hand. Erst mit den Gedanken der Aufklärung und der damit verbundenen Bedeutung des Individuums setzten sich Bemühungen durch, dem Tod aktiv durch Wiederbelebungsversuche entgegenzutreten¹⁴.

Neue Situationen

Die Versuche wurden immer erfolgreicher. In immer mehr lebensbedrohlichen Situationen gelang es, dem Tod zu widerstehen. Das war zunächst einmal ein Grund, auf die medizinischen Entwicklungen stolz zu sein. Die Lebenserwartung der Menschen konnte gesteigert, der sichere Tod abgewendet werden. Das Beispiel des 60jährigen mit dem schweren Unfall (Fall 1) ist nur eines von vielen. Unsere Intensivmedizin ist aus dem Repertoire unserer Therapiemöglichkeiten nicht mehr wegzudenken. Doch ist die Intensivmedizin kein Patentrezept gegen den Tod, wie der 2. Fall des Herztransplantierten zeigt. Auch das ist kein Einzelbeispiel.

In der Vielzahl der Fälle, die auf einer Intensivstation behandelt werden,

tauchte dann aber ein Phänomen auf, das uns neu über den Tod nachdenken ließ und die derzeitige Debatte über den Tod beherrscht.

Fall 3: Eine 36jährige Frau bricht zu Hause bewußtlos zusammen. Außer einem erhöhten Blutdruck war sie bis dahin gesund. Drei Tage vor diesem Ereignis hatte sie vorübergehend starke Kopfschmerzen. Beim Eintreffen der Notärztin ist sie nicht ansprechbar und atmet unzureichend. Sie wird intubiert und beatmet in die Klinik gebracht. Eine computertomographische Untersuchung des Kopfes ergibt eine Hirnmassenblutung aus einem an ungünstiger Stelle liegenden Aneurysma. Der Neurologe demonstriert über ein Röntgenfaxgerät einem Neurochirurgen in der nächsten neurochirurgischen Klinik die Befunde. Beide kommen zum Beschluß, daß keine operative Therapie möglich ist. Unter hirndrucksenkender Therapie kommt die junge Frau beatmet auf die Intensivstation.

Dort bleibt sie bewußtlos, ohne daß sie Medikamente bekommt, die das bewirken. Im Lauf des folgenden Tages werden die schon anfangs weiteren Pupillen entrundet und reagieren nicht mehr auf Licht. Die Körpertemperatur der Frau sinkt langsam, die Urinausscheidung nimmt stark zu. Der EKG-Monitor zeigt eine gleichmäßige Herzrhythmickeit, der Puls ist zu tasten, die Haut ist rosig. Der Brustkorb hebt und senkt sich unter der maschinellen Beatmung.

Den Schwestern fällt auf, daß die Frau beim endotrachealen Absaugen keine Hustenreaktionen mehr zeigt, die kurz nach Aufnahme noch vorhanden waren. Es besteht der Verdacht auf Hirntod. Die entsprechenden Untersuchungen werden vorgenommen und bestätigen diesen Verdacht.

Dieses Phänomen ist Konsequenz unserer Intensivmedizin. Es ist Folge des Kampfes gegen den Tod, eines letztlich verlorenen Kampfes. Ohne medizinische Hilfe wäre die junge Frau mit der Hirnmassenblutung wahrscheinlich nicht mehr lebend in die Klinik gekommen, nachdem sie daheim bewußtlos zusammengebrochen war. Ohne maschinelle Beatmung hätte sie auch die Eingangsuntersuchungen nicht lange überstanden. So aber wurden wesentliche Vitalfunktionen aufrechterhalten, während andere aufhörten. Das Lungenversagen konnte maschinell kompensiert und das Herzversagen damit verhindert werden. Das Gehirn aber hat seine in sorgfältigen Untersuchungen erhebbaren Leistungen eingestellt. Es war die Situation eingetreten, die man als Hirnversagen bezeichnen könnte, üblicherweise aber in der Medizin Hirntod nennt.

Wir haben den bangenden Angehörigen nach Abschluß der Diagnostik diese traurige Mitteilung gemacht. Sie waren schon nach der ersten Computertomographie auf das Schlimmste gefaßt, wie sie es ausdrückten. Dennoch brach mit dieser Mitteilung die Welt des Ehemanns zusammen.

Die Intensivmedizin als Hilfsmittel gegen den Tod hatte uns in diese Situation gebracht. Sie verlangte eine Entscheidung. Wir standen vor der Frage, wie wir weiter vorgehen sollten. Die junge Frau sah lebendiger aus als andere schwerkranke Patienten auf der Intensivstation. Ihre Haut war rosig, das Herz schlug. Dem jungen Ehemann war zwar einsehbar, daß der Befund im Kopf keine Besserung zuließ. Doch diese Situation als Tod zu verstehen, fiel schwer.

Der Tod ist uns letztlich nie begreifbar. Wahrscheinlich war er es auch für unsere Vorfahren nicht. Doch hat sich die Konfrontation mit dem Unbegreiflichen über die Jahrhunderte hinweg gewandelt. Früher standen wir vor der Frage, ob ein Mensch noch lebendig ist, von dem man auf den ersten Blick den Eindruck hat, daß er tot sei. Heute stehen wir – wie der junge Mann – vor der Frage, ob ein

Mensch schon tot ist, von dem wir auf den ersten Blick den Eindruck haben, er sei noch lebendig.

Wir haben uns in der Medizin in Übereinstimmung mit Vertretern anderer Fachgebiete darauf verständigt, daß wir in der Situation des irreversiblen Hirnversagens, die wir als „Hirntod“ bezeichnen, die Therapie einstellen können oder Organe zum Zweck der Transplantation entnehmen können.

Wir haben das mit dem Ehemann besprochen. Und er war einverstanden, weil so der überraschende Tod seiner Frau wenigstens den positiven Aspekt für ihn hatte, nämlich, daß anderen Menschen mit ihren Organen geholfen werden konnte. Die Intensivmedizin wurde mit diesem Ziel weitergeführt, bis alle Operationsvorbereitungen und Voruntersuchungen abgeschlossen waren. Dann wurden Herz, Lunge, Leber und beide Nieren entnommen. Fünf Menschen wurden in der folgenden Nacht an verschiedenen Orten operiert. Alle Organe nahmen innerhalb weniger Tage ihre volle Funktion auf. Das Nachdenken über die Ereignisse und die Fragen, die sich an den Hirntod knüpfen, werden den Ehemann erfahrungsgemäß noch lange bei seiner Trauerarbeit beschäftigen.

Was ist der Hirntod?

Es ist eine medizinische Erkenntnis, daß man an vielem erkranken kann. Die unmittelbaren Ursachen des Todes reduzieren sich jedoch auf nur wenige. Nach früherem Verständnis gab es für den Tod beim Menschen drei Eintrittspforten: das Herz, die Lunge und das Gehirn. Gelange er durch eine dieser Pforten in den Menschen hinein, ergriff er rasch den gesamten Menschen, der dann starb. Der Eintritt des Todes, wie er den Menschen vor unserer Zeit begegnete, war ein einziges Ereignis, das in kurzer Zeit ablief.

Die Intensivmedizin versetzt uns nun in die Lage, den Tod daran zu hindern, den Menschen als ganzen zu ergreifen, wenn er ein Organsystem ergriffen hat. Wir wurden dazu fähig, den Tod an den Eintrittspforten Herz und Lunge wieder „hinauszuwerfen“, durch Medikamente, durch Reanimation, Beatmung oder auch Austausch des geschädigten Organs. Doch lernten wir, daß wir den Tod nicht mehr aufhalten können, wenn er das Gehirn ergriffen hat, sei es gleich zu Beginn als Eintrittspforte, wie bei der jungen Frau mit der Hirnmassenblutung, oder sekundär im Verlauf einer Krankheit an anderen Organen. Unsere intensivmedizinischen Mühen sind vergebens, wenn das Gehirn unwiederbringlich zerstört ist. Bei einem irreversiblen Hirnversagen können wir dem Tod das Feld nicht mehr streitig machen. Diese Erfahrung ist möglich geworden, weil uns die Intensivmedizin eine Zeitlupe des Sterbens beschert hat. Der früher als *ein* Ereignis erfahrene Eintritt des Todes kann hinausgezögert werden. Dabei sehen wir, wo der eigentliche Punkt ist, hinter dem keine Umkehr mehr möglich ist¹⁵.

So haben wir uns darauf verständigt, daß wir unsere Therapie bei irreversiblen Ausfall der meßbaren Hirnfunktionen einstellen können. Sie hat keinen Sinn mehr für den behandelten Menschen. Und es gibt keine Belege dafür, daß bei

sorgfältiger Feststellung dieses Zustands eine Erholung oder auch nur ein längeres Überdauern in dieser begrenzten Funktionalität möglich ist. Aber ist der Mensch, so wie er vor uns liegt, deshalb tot?

Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten. Es gibt viele, die den Tod des Menschen mit dem eingetretenen Hirntod gleichsetzen¹⁶. Die Anzahl der Autoritäten, die das als Juristen, Mediziner, Theologen oder Politiker tun, ist jedoch nur begrenzt in der Lage, mit ihren intellektuellen Argumenten die emotionalen Zweifel zu beseitigen, die angesichts eines Hirntoten bei jedem aufkommen, der damit zu tun hat. Der Anblick eines hirntoten Menschen vermittelt nicht die Vorstellung eines Toten¹⁷. Es ist auch unbestreitbar, daß nach dem Ausfall der Hirnfunktionen noch wesentliche Funktionen des Menschen vorhanden sind, wenn diese manchmal auch mit dem Hinweis auf reflektorische Reaktionen tendenziell abwertend in einen untermenschlichen Bereich eingruppiert werden¹⁸. Außerdem ist mit der Feststellung des Hirntods ja nur der mit unseren Untersuchungsmethoden erfaßbare Anteil der Hirnfunktionen als erloschen festgestellt. Es können durchaus noch einzelne Zellfunktionen vorliegen¹⁹.

Die hirntote Schwangere

Ein Ereignis im Herbst 1992 hat in unserem Land die Diskussion neu entfacht und zu der augenblicklichen Kontroverse maßgeblich beigetragen.

*Fall 4*²⁰: Am 5. Oktober 1992 verunglückte eine 18jährige Frau. Sie kam polytraumatisiert, komatös in die Erlanger Klinik, wo unter anderem eine massive, nicht operable Hirnverletzung festgestellt wurde. Die Eltern der jungen Frau teilten mit, daß ihre Tochter zu Beginn des 4. Monats schwanger sei, was durch einen routinemäßigen Schwangerschaftstest bestätigt wurde. In den folgenden Tagen ergaben neurologische Untersuchungen Hinweise auf fortbestehende Hirnfunktionen. Am 8. Oktober waren diese Funktionen nicht mehr nachweisbar. Nach den üblichen Richtlinien wurde der Hirntod diagnostiziert.

Angesichts der intakten Schwangerschaft wurde die Therapie weitergeführt, um das Kind lebensfähig zur Welt bringen zu können. Eine Organentnahme zu Transplantationszwecken stand nicht an, weil das bereits vor Eintritt des Hirntods von den Eltern im Sinn einer früher geäußerten Meinung der jungen Frau abgelehnt worden war. Fünf Wochen lang traten keine nennenswerten Kreislauf- und Beatmungsprobleme auf. Das Kind wuchs zeitgerecht heran. In den ersten Novembertagen wurde der Gips am Oberarm der jungen Frau entfernt, weil der Knochenbruch bei der Hirntoten inzwischen verheilt war.

Am 15./16. November 1992 trat Fieber auf. In derselben Nacht kam es zum Spontanabort. Das Kind war tot. Die Therapie wurde daraufhin bei der jungen Frau ebenfalls eingestellt.

Hieran knüpften sich Fragen, die bis heute weder befriedigend geklärt noch verstummt sind. Ist die mehrwöchige Funktion eines Körpers bei Ausfall der Hirnfunktionen als Tod zu begreifen? Kann bei einer Toten ein Knochen heilen? Handelt es sich vielleicht nicht eher um eine Sterbende oder eine „Nicht-zu-Ende-Gestorbene“²¹?

Das Todesverständnis

Die Diskussion hat gezeigt, daß wir sorgfältig zwischen der Beschreibung von Zuständen und deren Interpretation oder Bewertung unterscheiden müssen. Es geht beim Tod des Menschen nicht nur um beschreibbare Daten und Fakten, wie wir es von unserem naturwissenschaftlichen Denken her gerne hätten, sondern auch um deren anthropologische Einordnung. Die in vielen Stellungnahmen gemachte Aussage: „Der Hirntod ist der Tod des Menschen“ ist unter Beachtung dieser Mehrschichtigkeit empirisch-naturwissenschaftlich nicht beweisbar. Denn sie übersteigt den naturwissenschaftlichen Arbeitsrahmen. Die Definition ist nur innerhalb eines Menschenbilds gültig, das selbst nicht logisch begründet werden kann. Dieses Menschenbild ist wie jedes andere Menschenbild Teil einer Weltanschauung, die wie jede Weltanschauung nicht als Wahrheit bewiesen, sondern nur geglaubt werden kann.

Der Hirntod ist nicht nur in der naturwissenschaftlichen Welt- und Menschen-sicht als Tod des Menschen verstehbar. Man kann auch aus anderen philosophischen oder religiösen Ansätzen heraus die genannte Todesdefinition bejahen. Man muß sich nur bewußtmachen, daß es daneben auch Weltanschauungen und Gedankengebäude gibt, in der eine solche Sicht menschlichen Lebens und Sterbens nicht akzeptabel ist. Keine Überzeugung, die sich auf die Gesamtheit des Lebens und Sterbens bezieht, kann letztlich naturwissenschaftlich beweisbar sein. Denn Naturwissenschaft ist eine begrenzte und bewußt sich selbst einschränkende Methode, eine unter vielen anderen, die sich in ihrer Vielfalt in unserer Kultur- und Geistesgeschichte dargestellt haben und im interkulturellen Bereich heute noch darstellen²².

Das Verständnis von Tod hängt davon ab, wie das Leben verstanden wird. Wer das Leben als Beziehung zu anderen oder zu seinem Gott versteht, wie es im Alten Testament der Fall ist, muß die Beziehungslosigkeit als Tod verstehen, wie wir es in vielen biblischen Schriften kennen. Wer sein Leben heutzutage aus der Funktion für eine Gemeinschaft oder einen Arbeitsprozeß bewertet, wird bei Verlust dieses Inhalts nach der Berentung oder Pensionierung den „Pensionierungstod“ erleiden und in Hoffnungslosigkeit verfallen²³. Wer Leben als Funktionieren von Atmung und Kreislauf begreift, muß den Atem- und Kreislaufstillstand mit dem Tod gleichsetzen. Wer Leben als Zusammenspiel in einem System begreift, muß den Zusammenbruch des Systems als Tod definieren²⁴. Wer in der Koordination und der Steuerung von Funktionen Leben versteht, muß den Tod als Ende der Koordination definieren, auch wenn noch einzelne Funktionen des gewesenen Ganzen vorhanden sind.

Wie immer man auch den Tod versteht: Er ist das Zeichen, daß Leben einen Abschluß findet. Es geht immer nur um den Hinweis auf das letztlich unfäßbare Phänomen des Todes. Das Kriterium, an dem der Tod erkennbar wird, ist immer

nur ein Symbol²⁵. Jede Kultur hat ihr Symbol für den Abschluß des Lebens. Es zeigt etwas für die jeweilige Lebens- und Denkweise Wesentliches, aber es muß immer noch Perspektiven offen lassen. Hirntod ist unser heutiges Symbol für das Ende des Lebens. Hirntod beschreibt, was wir erfassen können, ohne daß wir den Gehalt, für den dieses Symbol steht, im tiefsten Sinn begreifen können. Menschen standen zu allen Zeiten vor den äußeren Zeichen. Die Verständigung auf den Atem- und Herzstillstand als Eintritt des Todes sagt nichts über das aus, was danach kommt und was es darüber hinaus noch geben könnte. Der Hirntod sagt das ebensowenig aus. Wir haben uns derzeit mit vielen auf das irreversible Hirnversagen als Tod des Menschen verständigt, weil es mit seinem Eintritt kein Zurück mehr auf dem Weg gibt. Wir müssen uns nur bewußtmachen, daß diese Setzung eine Konvention unseres Denkens ist, die angesichts der vielen Denkbarkheiten einseitig bleiben muß.

Eine Medizin, die sich nur naturwissenschaftlich begreift, ist durch diese selbstgewählte Beschränkung einseitig innerhalb der Vielfalt der Denkbarkheiten. Eine solche Medizin muß somit zwangsläufig ein eingeschränktes Todesverständnis haben. Das ist kein Mangel, solange man die methodischen Grenzen sieht und anerkennt.

Daher dürfen wir auch nicht per Gesetz eine der verschiedenen Denkweisen als verbindlich festschreiben. Für die Organentnahme bietet sich somit nur eine Lösung an, die auf der Zustimmung des Betroffenen beruht. Die Widerspruchslösungen bauen auf die Gleichgültigkeit und Uninformiertheit der Menschen, auch wenn in der Diskussion betont wird, daß ja jeder Andersdenkende seinen Widerspruch niederschreiben könne. Nur die Zustimmungslösung nimmt den Menschen mit seinen Ängsten, Zweifeln und auch in seiner unentschlossenen Ratlosigkeit ernst. Dabei kann auch die Aussage von nahen Angehörigen herangezogen werden, weil sie aufgrund ihrer Beziehung wissen können, was der Betroffene zu dem Problem dachte, als er sich noch äußern konnte²⁶.

Todesdefinition als Mittel zum Zweck

Der Medizin wird oftmals vorgeworfen, daß die Hirntodkonzeption zweckorientiert sei, um damit Transplantationsmöglichkeiten zu schaffen. Es kann nicht bestritten werden, daß uns die Erfolge der Intensivmedizin gezwungen haben, uns auch der Situation des isolierten Hirnversagens zu stellen. Die Hirntoddefinition ist auf diesem Hintergrund zweckbezogen geschaffen worden, um sinnlose Therapiemaßnahmen beenden und auch Organe zu Transplantationszwecken entnehmen zu können. Doch spricht nicht die Zweckorientierung gegen die Berechtigung einer Vereinbarung. Jede Todesdefinition hat ihren Zweck, sei es um den Beginn der Todesriten festzulegen, sei es um erbrechtliche Regelungen treffen zu

können. Der Vorwurf, die Festlegung des Hirntods als Tod des Menschen sei zweckorientiert, meint nicht diese spezielle Definition, sondern will den einen Zweck Organentnahme kritisieren, in der Regel jedoch nicht den anderen, damit auch die Intensivmedizin beenden zu können.

Das Spannungsfeld zwischen Tod und Leben

Unsere heutige Medizin ist auf das Leben ausgerichtet. Sie läßt dem Tod keinen Raum. Mit immer neuen Therapieverfahren versuchen wir Ärzte, den Tod zu verhindern und vergessen zu lassen. Weil wir so viel gegen den Tod tun können, wie keine Epoche vor uns, müssen wir uns andererseits so viel mit ihm auseinandersetzen. Und die Konfrontation mit dem Phänomen des Hirntods, wie immer man es deuten mag, ist ebenso Konsequenz unserer Leistungsfähigkeit und unserer Absicht, den Tod nicht zuzulassen.

Uns offenbart sich dabei ein Dilemma. Mit unserer Transplantationsmedizin versuchen wir, das Leben zu verlängern und den Gedanken an den Tod in den Hintergrund zu schieben. Doch um das zu können, müssen wir an anderer Stelle von Menschen verlangen, daß sie den Tod in seiner Unbegreiflichkeit akzeptieren. Wir können das Leben durch unsere Transplantationsmedizin nur verlängern, wenn wir an anderer Stelle den Tod nicht verhindern konnten. Die Erfolge unserer Medizin erwachsen in diesem Bereich aus unseren Niederlagen.

Vielleicht hilft uns das, zu begreifen, daß der Tod nicht abgeschafft werden kann, wenn wir das Leben fördern wollen. Wir verstehen unsere Medizin heute als vollen Einsatz für die Erhaltung oder Wiederherstellung eines ganzheitlichen menschlichen Lebens. Wenn wir die Bedingungen erhalten oder wiederherstellen können, in denen der Mensch mit seinen körperlichen, seelischen und psychischen Dimensionen ein tragbares Leben führen kann, so ist es gerechtfertigt, dem Tod keinen Raum zu geben. Wo dieses Ziel aber nicht mehr erreicht werden kann, da müssen wir den Tod zulassen. Wir dürfen ihn nicht totschrweigen, denn wir leben immer im Angesicht des Todes, auch in unserer Medizin.

ANMERKUNGEN

¹ F. Salomon, Leben u. Sterben in d. Intensivmedizin. Eine Herausforderung an d. ärztl. Ethik (Lengerich 1991) 25 ff.

² G. Heidtmann, Der Treffer aus d. Absoluten. Informationen zu einer Theol. d. Todes, in: EK 2 (1969) 625–630; G. Baust, Sterben u. Tod, Medizin. Aspekte (Berlin 1992) 241 f.; G. Condrau, Der Mensch u. sein Tod. Certa moriendi condicio (Zürich 1991) 62.

³ S. Schattenfroh, Organe vom Tier, in: Die Zeit 33 (11. 8. 1995) 23.

- ⁴ M. Emmrich, Der zerstörte Traum von d. Einzigartigkeit d. Menschen, in: FR 250 (27. 10. 1993) 3.
- ⁵ G. Scherer, Das Problem d. Todes in d. Philos. (Darmstadt 1979) 125; R. Descartes, Meditationen über die Erste Philosophie (1637; Stuttgart 1985).
- ⁶ K. Jaspers, Philosophie (Berlin 1932).
- ⁷ D. v. Engelhardt, H. Schipperges, Die inneren Verbindungen zw. Philos. u. Medizin im 20. Jh. (Darmstadt 1980) 1–16.
- ⁸ E. Roth, Ersatz, in: Neue Rezepte vom Wunderdoktor (München 1959) 23.
- ⁹ F. Salomon, Wann ist der Mensch tot?, in: Organspende. Aber: Wann ist ein Mensch tot? (Karlsruhe 1994) 9–21.
- ¹⁰ L. Brandt, Wiederbelebung im Altertum und im MA, in: Notfallmedizin 15 (1989) 290–295. ¹¹ Ebd.
- ¹² Plinius, Naturgesch., zit. ebd.
- ¹³ Ph. Aries, Gesch. d. Todes (München ²1982); Baust. (A. 1); Brandt (A. 10).
- ¹⁴ L. Brandt, Die Entstehung d. modernen Notfallmedizin im 17. u. 18. Jh., in: Notfallmedizin 15 (1989) 357–365; ders., Die Verbreitung d. Gedankens d. Wiederbelebung im 18. Jh., ebd. 554–559, 631–636.
- ¹⁵ F. Salomon, Wann ist ein Mensch tot? (A. 9) 17.
- ¹⁶ Organtransplantationen. Erkl. d. DBK u. d. Rates d. EKD (Würzburg 1990); Dt. Ges. für Anästhesiologie u. Intensivmedizin, Dt. Ges. f. Neurochirurgie, Dt. Ges. f. Neurologie, Dt. Physiolog. Ges., Hirntod. Erkl. dt. wiss. Ges. zum Tod durch völligen u. endgültigen Hirnausfall (1994); Päpstl. Rat für d. Seelsorge im Krankendienst: Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen (Vatikanstadt 1995) 87.
- ¹⁷ H. W. Striebel, J. Link, Ich pflege Tote. Die andere Seite d. Transplantationsmedizin (Basel 1991); D. Windels-Buhr, Organspende u. Krankenpflege. Ein Widerspruch?, in: R. Greinert, G. Wuttke, Organspende. Krit. Ansichten zur Transplantationsmedizin (Göttingen 1991) 76–83.
- ¹⁸ G. Schwarz, Dissoziierter Hirntod. Computergestützte Verfahren in Diagnostik u. Dokumentation (Berlin 1990).
- ¹⁹ M. Klein, Hirntod: Vollständiger und irreversibler Verlust aller Hirnfunktionen? in: Ethik Med 7 (1995) 6–15; C. Wiesemann, Hirntod u. Ges. Argumente für einen pragmat. Skeptizismus, ebd. 16–28.
- ²⁰ Zusammengest. nach eigenen Gesprächen mit Mitgliedern des behandelnden Teams bei einem Besuch während der Versorgung der jungen Frau sowie der „Abschließenden Pressemitteilung der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik und des Instituts für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg“ v. 19. 11. 1992.
- ²¹ G. Wuttke, Körperkolonie Mensch. Über d. Mangel, d. Nächstenliebe u. d. Tod. Eine krit. Bestandsaufnahme, in: Greinert, Wuttke (A. 17).
- ²² Aries (A. 13); Condrau (A. 2).
- ²³ B. Bron, Tod u. Sterben in unserer Zeit, in: Fortschritte d. Medizin 96 (1978) 2150–2154.
- ²⁴ J. Hoff, J. In der Schmitzen, Kritik d. „Hirntod“-Konzeption. Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium, in: Wann ist d. Mensch tot? Organverpflanzung u. Hirntodkriterium, hg. v. dens. (Reinbek 1994) 153–252, bes. 225.
- ²⁵ F. Böckle, Probleme d. Organtransplantation in theol.-eth. Sicht, in: Organtransplantation. Beitr. zu eth. u. jurist. Fragen, hg. v. R. Toellner (Stuttgart 1991) 89–96.
- ²⁶ F. Salomon, Den Tod bejahren, um leben zu können. Eth. Dimensionen d. Organtransplantation, intensiv 3 (1995) 25–29.