

Todeskonzepte und Todespolitik – Umgang mit dem Tod in der modernen Medizin

Andreas Zieger
www.a-zieger.de



„Der besondere Abend“
Evangelische Stiftung Ambulanter Hospizdienst
10. Oktober 2012

Die Menschen rechnen mit der Unsterblichkeit und vergessen ganz, mit dem Tod zu rechnen.

Milan Kundera

Es sind die Lebenden, die den Toten die Augen schließen.

Es sind die Toten, die den Lebenden die Augen öffnen.

Slawisches Sprichwort

Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf das wir klug werden!

Psalms 90

Übersicht

- I Existenzielle Grundlagen
- II Medizin im Zeitalter der Biomacht
- III Todeskonzepte, aktuelle Entwicklungen und Todespolitik
- IV Ausblick – aktuelle Situation

I Existenzielle Grundlagen

Anfang und Ende
Geburt und Sterben
Werden, Altern und Vergehen
Leben und Tod
Diesseits und Jenseits



Der **einzelne** Mensch ist **Subjekt** von Sterben und Tod als Erfüllung des Lebens

- **Angst** vor Schmerzen und Abhängigkeit
- **Todesfurcht, Verdrängung des Todes**

Abwehr von Todesgefahren durch Schutz der Gemeinschaft, Technik und Medizin

„Tod“ als kulturelle Vereinbarung

- Religiöse Einstellungen
- Kultureller Hintergrund, „Zeitgeist“
- Wissenschaftliches Verständnis
- Menschenbild, Leib-Seele-Verhältnis
- Stand der Technikentwicklung/Medizin
- Ökonomische Verhältnisse
- Herrschafts- und Machtverhältnisse
- Gesellschaftspolitische Ordnung/Souverän
(Agamben 2002, 2004)

Tod im Alter



Natürlicher Alterstod

- Tod im hohen Alter nach einem „gelebten Leben“
- Reife Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben im Angesicht des herannahenden Todes
- Prägt Todesverständnis der Nachkommen

Verfrühter plötzlicher Tod im Alter

- Unerwartet, noch nicht „des Lebens satt“

Schwere Krankheit im Alter

- Verleugnung der Sterblichkeit kaum mehr möglich - Todesfurcht
- Einstellung auf das Lebensende, letzte Dinge regeln

Ambivalenz der Moderne Kaufman 2004

Einerseits: Kampf gegen Altern, Alterskrankheiten und Tod für mehr Lebenszeit (Lebensgewinn, „added time“)

Andererseits: Kampf angesichts einer tödlichen Erkrankung für ein möglichst „aufgefülltes“ Leben in der noch **verbleibenden Lebenszeit** („left time“)

Unreifer Umgang mit der Endlichkeit:

- Verdrängung von Sterben und Tod
- Sehnsucht nach Unsterblichkeit

Lebensende (nach Borasio 2011)

Todesform	Wunsch %	Wirklichkeit %
Plötzlich, unerwartet, in Sek.	75	< 5
Mittelschnell, 2-3 J. durch schwere Krankheit, Krebs	25	50-60
Langsam, 8-10 J. Demenz	nur vereinzelt	30-40

Sterbeort	Wunsch %	Wirklichkeit %
Krankenhaus		42-45
Zu Hause	> 90	25-30
Heim		15-25 (steigend)
Hospiz		1-2
Palliativstation		1-2
Andere Orte		2-5

Todesanzeige vom 23.5.2011

*Aus dem Leben bist Du zwar geschieden,
aber nicht aus unseren Herzen,
denn in unserer Liebe
lebst Du fort.*

II Moderne Medizin ...

Seit Mitte des 19. Jhdts:

- Abschaffung des Philosophikums durch den Preußischen Landtag (Virchow)
- Schwur der „Physikalisten“: „Medizin wird naturwissenschaftlich, oder sie wird nicht sein!“
- „Biotechnische Medizin/Biomedizin“
- Vertreibung alles Subjektiven/Seelischen
- Experimente mit Körpern/Organen (Objekt)

Biotechnische Entwicklungen in der modernen Medizin (seit ca. 1950):

- Reanimation, Beatmung, Narkose, Chirurgie, Anästhesie, Intensivmedizin, Pharmaka, chirurgische Verfahren, Diagnosetechniken

„Kampf ums Überleben“ und Kuration:

- Körper/Organe funktionstüchtig machen, reparieren, manipulieren, experimentieren und verfügbar machen

Leben machen, Sterben nicht mehr (zu)lassen, den Tod bekämpfen („Biopolitik“) (Foucault 1976)

Umgang mit schwerer Behinderung/Krankheit?

... im Zeitalter der „Biomacht“

- „Eine Macht, die den Körper und das Leben vereinnahmt.“ (Foucault 1975/1999, 293)
- „Die sorgfältige Verwaltung des Körpers und die verrechnende Planung des Lebens.“ (Foucault 1976, 166)
- Dimensionen des Lebens wie Geburt, Fruchtbarkeit, Alter, Krankheit, Sterben und Tod werden zu **Faktoren einer gesundheitsökonomischen Steuerung.** (Gehring 2006)

Adäquates Menschenbild ...

Es gibt nicht ein Menschenbild in der Medizin, sondern mehrere (Maio 2008):

1. Mechanistisches Menschenbild
2. Mensch als souveränes Wesen
3. Mensch als Einzelwesen
4. Der gemachte/machbare Mensch
5. **Der verletzliche/angewiesene Mensch**

Leibbezogenheit von Person, Beziehung und „Bewusstsein“ (Fuchs 2008)

Ethik des Lebendigen List 2009

Dimensionen des Lebendigseins des Menschen

- Leiblichkeit
- Selbstorganisation
- Resonanz und Synchronizität
- Plastizität
- Potenzialität
- Widerständigkeit und Subversivität
- Autonomie (z.B. Herz-Hirn-Beziehung)

Relative Autonomie des Herzens

- Das Gehirn braucht das Herz mit einem Blutkreislauf/Zirkulation (z.B. Reanimation)
 - Schrittmacherfunktion, „Pumpe“
 - Fähigkeit des Herzens zur spontanen **Selbstwiederbelebung** bis zu **20 Minuten** nach Herzstillstand!
 - **Das Herz braucht das Gehirn nicht!**
- „Dissoziation“ zwischen Hirn und Herz:
- **Grundlage für das Hirntodkonzept!**

III Todeskonzepte ...

Altes Herztodkonzept (seit 2000 J.)

- Scheintod als Problem unsicherer Grenze zwischen „Lebendig sein“ und „Tot sein“
- Entwicklung technischer Hilfen für Scheintote (z.B. Klingelglocke aus dem Sarg)
- Einführung **sicherer Todeszeichen**:
erloschener Herzschlag, erloschene Atmung, Blässe, Totenflecken, Leichenstarre ...
- Todesfeststellung durch den Arzt!

... und neuere Entwicklungen

TPG 1997:

- Etablierung des **Hirntod-Konzepts** in D
- Tote-Spender-Regel als Grundlage

Seit 1960/2007 in der Diskussion:

- „**Neues**“ Herztod-Konzept
Non-Heart-Beating-Organ-Donation (NHBOD)
- **Abkehr von der Tote-Spender-Regel**
Dead Donor Rule (DDR)

Voraussetzungen für Hirntod-Konzept

Um 1900

- Entdeckung des **Weiterschlagen des Herzens** nach Atemstillstand durch Hirnversagen
- **„Dissoziierter Tod“**

bis 1960

- „Coma dépassé“ als „Ultrakoma“ oder „irreversibles Koma“ (Molaret & Guillon 1959)
- Erlöschen der EEG-Aktivität bei Hirnversagen
- Nachweis des Hirnkreislaufstillstandes durch Hirngefäßdarstellung (Angiographie)
- Anästhesie/Beatmungstechnik/Intensivstation

Anfänge der Transplantationsmedizin

Fortschritte der Chirurgie, Anästhesie und Operationstechnik, Immunsuppression:

- Tierexperimentelle Hinweise / Versuche
- 1950 erste Nierentransplantation
- **1967 erste Herztransplantation**
- 1968 Ad Hoc Committee on Brain Death

Transplantationsmedizin und Hirntodkonzept und wurden **erst in den 60er J.** verknüpft!

(Machado et al 2007)

1968 Einführung des „Hirntodes“:

- Adhoc-Kommission der Harvard Medical School: Theologen, Juristen und Mediziner
- *„Unser primäres Anliegen ist, das irreversible Koma (Coma dépassé) als **neues Todeskriterium** zu definieren...“*
- „Hirntod“ = „Point of no return“, Zeitpunkt der Unumkehrbarkeit **im Sterben** (Irreversibilität)

Hirntod-Definition und Hirntodkonzept

- **Zustand des irreversiblen Erlöschens der Gesamtfunktion des gesamten Gehirns** innerhalb des Schädels bei einem durch kontrollierte Beatmung aufrechterhaltenen Herz-Kreislauf (Durchblutung der Organe).
- **„Der Hirntod ist der Tod des Menschen“**
- **Tote-Spender-Regel**

(Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer vom 1982,1991,1997/1998; **Grundlage für das TPG 1997**)

Hirntod-Syndrom

Auftreten bestimmter **Todeszeichen** im **Sterbeprozess** einer Person ...

- Tiefstes **Koma**
- Erlöschensein der Hirnstammreflexe
- Atemstillstand (Apnoe-Test)



... bei gleichzeitig existenten **Lebenszeichen**:

- Atembewegungen (Beatmung)
- Herzschlag, Blutdruck
- warme rosige Haut, Schwitzen, Ausscheidungen ...

Lebenszeichen bei chronisch "Hirntoten"

Autonome Funktionen:

- Reguläre Darmfunktionen
- Hormonproduktion (Hirnanhangsdrüse)
- Haar-, Nägel- und Körperwachstum
- Kinder entwickeln Zeichen von Pubertät
- Schwangerschaft und Geburten

Bei äußeren Reizen (30-70%):

- Aufrichten, Ausstoßen gurgelnder Laute
- Bewegungen der Arme (Lazaruszeichen)
- Schreitbewegungen der Beine

Armbewegungen eines „Hirntoten“



Turmel et al 1991

Begründung für das Hirntodkonzept

- Das Gehirn integriert und steuert alle Lebensvorgänge des Organismus
 - „Hirntod“ = Zusammenbruch aller Lebensvorgänge
 - Hirntod = Zeitpunkt der Unumkehrbarkeit im Absterbeprozess
 - Intensivmedizinische Weiterversorgung
 - **Gewinnung „lebensfrischer Organe“**
- Das Dilemma des Hirntodkonzepts

Wissenschaftliche Widerlegung

- **Das Gehirn integriert und steuert nicht alle Lebensvorgänge im Organismus**
(Shewmon 1999/2007, Verheijde et al 1999, Müller 2010)
 - Neuroendokrine Funktionen, Wachstum
 - Vegetative Schmerzreaktionen bleiben erhalten (Narkose!)
 - Restfunktion von Neuronen im Hirnstamm!
 - **Obduktionsergebnisse: viele Hirnzonen nicht abgestorben!**
- Anerkennung der Kritik** durch Ethikrat des US-Präsidenten (2008) und durch den Papst

Aktuell: Paradigmawandel

Neues „Herztod“-Konzept

(Non-Heart-Beating-Organ-Donation)

Martina Keller in GEO (2/2011):

- Volle Reanimation nach Unfall/Herzattacke
- Reanimationspause in der Klinik: Herzstillstand (EKG-Nulllinie) von 2 bis 5 Minuten, dann Entscheidung der Ärzte zur
- Explantation und „Reanimation“ bis zum Anschluss des Patienten an die Herzlungenmaschine

Innerhalb von Stunden: vom Unfallopfer zum Reanimationsbedürftigen zum Explantierten

Zeit für Sterben in Würde? Was für ein Tod?

Konsequenzen

- Dauer der Nulllinie im EKG = neues Kriterium für Zeitpunkt der Einleitung Organentnahme
- Verzicht auf (Hirn-)Todfeststellung
- Verlassen der Tote-Spender-Regel
- Reanimation („Wiederbelebung“) nur noch zur Aufrechterhaltung eines intakten Herzkreislaufes: „lebensfrische Organe“
- „Organspende“?
- Gebot von „Organmangel“ (Nützlichkeit)?

Seit 2005 in Ländern mit
Widerspruchslösung praktiziert:
A, B, ES, NL, in Teilen der USA ...

Aktuelles Gesetzänderungsverfahren in D:

- Erklärungsregelung? Widerspruchslösung?
- Informierte Zustimmung: eng, erweitert?
- Recht auf Nicht-Erklärung/-Zustimmung?

Persönliche Zustimmung/Ablehnung über
eine solche Organentnahme!

- Votum für enge Zustimmungsregelung

IV Ausblick - aktuelle Entwicklungen

In unserer modernen und alternden Gesellschaft, die an „Organmangel“ leidet (?), bestehen **mehrere Todeskonzepte!**

„Es gibt nicht nur einen Tod:

- *Der **Tod**, der mich ins **Jenseits** führt, ist ein anderer als der **Tod**, der erlaubt, meine **Organe zu entnehmen**.“*

(Wiesemann 2006)

(1) „Altes“ (Herz-)Tod-Konzept

Für Kranke und Sterbliche, die ohne Organentnahme **ins „Jenseits“ eingehen** wollen:

- Bewusste **palliative** und **hospizliche** Hinwendung und Begleitung von Schwerkranken, Schwachen und Sterbenden.
- Symptomlinderung, Schmerzfreiheit ...
- Ermöglichung **eines Sterbens in Würde** ohne technische oder invasive Eingriffe

Ethik des lebendigen Seins (List 2009)

(2) „Neues“ Herz-Tod-Konzept

Bei Schwerstkranken und Sterbenden **zum Zwecke der (gewerblichen) Explantation:**

- Verlassen der Tode-Spender-Regel
- Nulllinien-EKG als **Entnahmezeitpunkt**

Aktuelle Grenzverschiebungen:

- „Präfinale Organentnahme“ bei Wachkoma-, Demenz- und Krebskranken? (Schöne-Seifert 2011)
- Ärztliche Assistenz (beim Suizid, Töten)?
- Rechtsgrundlage: Informierte Zustimmung?

Bemächtigung von Sterben und Tod?

Gesetz zur Regelung der Entscheidungs- lösung im Transplantationsgesetz

(tritt am 1.11.2012 in Kraft)

Kritik von Maio (6/2012):

- Öffentliche Debatte in einseitiger Weise geführt worden:
- Es geht nicht nur um „mehr Organe beschaffen“.
- Der Tod wird nicht als Folge einer schweren Erkrankung, sondern nur noch als Folge einer zu niedrigen Spendenbereitschaft begriffen.
- Todesdefinition wird der praktischen Notwendigkeit untergeordnet.

Von der Gabe zur Bürgerpflicht?

Aktuell zwei (öffentliche) Diskursstränge

(1) Reaktionen auf den „Organspendeskandal“ (Göttingen, Regensburg, München ...)

Aufklärung

- Anreizsystem? Bestechlichkeit
- Bevorzugung mit Todesfolgen?
- Rolle der Selbstverwaltung? Politische Kontrolle?

Konsequenzen

- AOK: Versandstopp von 24 Mio. Briefe an die Versicherten mit Informationen über Organspende (neues Gesetz)
- Rückgang der Spendebereitschaft ...

Bekämpfung von Image-/Vertrauensverlust

- Offener Brief der MHH zur Transplantationsmedizin (9/12)

Offener Brief eines Mitbürgers an einen Anwalt vom 24.09. 2012:

Sehr geehrter Herr Dr. RA,

ich bin heute im Internet auf Ihr ausgezeichnetes Merkblatt "aufgeklärte (!) Organspende" gestoßen. Ich bin sehr froh, etwas zu lesen, das sehr genau meinen Standpunkt widerspiegelt. Ich muss dazu sagen, dass ich Betroffener, bin, seit ... Jahren dialysepflichtig, davon ... Jahre auf der Transplantationsliste. Dann bin ich durch den Artikel von Sabine Müller auf die Wirklichkeit gestoßen worden und habe mich daraufhin auf der Liste "passiv" gemeldet. **Der Gedanke, dass ich von einem arglistig getäuschten Menschen ein Organ bekommen könnte, ist völlig unerträglich.**

... auch die Empfänger werden getäuscht. Die Ärzte erklären uns, dass wir entweder (vorzugsweise) eine Lebendspende bekommen können, oder aber auf eine "Leichenspende" warten sollen. "Leiche", auch hier wieder diese Täuschung ! Man kann auch 30 Jahre oder länger Dialyse machen! **Zugeben muss ich, dass ich nicht sicher wäre, ob ich auch so denken könnte, wenn ich eine Krankheit hätte, für die es eben keine Ersatztherapie gäbe.**

Herzliche Grüße ...

(2) „Hirntot“ bei Herztod?

<http://hirntoddebatte.wordpress.com/2012/10/07/hirntot-bei-herztod/>



Gerd Altmann, Pixelio

In Deutschland ist die Organentnahme bisher nur nach festgestelltem Hirntod erlaubt.

Es gibt zu wenig Organspender, die Wartelisten sind lang. Warum sollten wir es nicht den Nachbarländern gleich tun und auch den Herztod einführen?

1985 Studie, dass 50% der Patienten, die zwischen 5-20 Min. nach dem Herzstillstand reanimiert wurden, mit **voller Hirnfunktion erwachten!**

“New England Journal Medicine”: Bei Herzen, die 3 Babies mit Herzstillstand entnommen, warteten die Ärzte **3 Min.** bis zur Entnahme bzw. nur noch jeweils **75 Sek.!**

Bereits 2011 forderte die Deutsche Transplantations-Gesellschaft (DTG) vom Gesundheitsministerium die **Debatte über Herztod-Entnahme:**

Deutsche Transplantationsgesellschaft e.v.



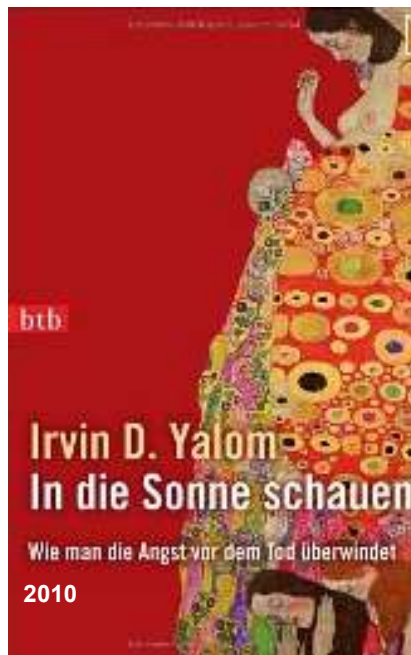
Schreiben an Bundesministerium für Gesundheit vom 6. Mai 2011

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) und zum Verordnungsentwurf

Seite 2:

ii) Prüfung der Optionen sog. Non-heart-beating Organspenden unter Einhaltung strikter Kriterien

ad ii) Die Erweiterung der Organspende zusätzlich auch nach Herztod sollte in einem Expertengremium mit internationaler Besetzung diskutiert werden, mit dem Ziel Regularien zu prüfen und ggf. in einer z.B. fünfjährigen Evaluationsphase mit wissenschaftlicher Begleitung umzusetzen. Angesichts der Änderungen im Betreuungsgesetz und in den Entscheidungen am Lebensende, sowie in Anbetracht der Erfahrungen anderer Länder, sollte die Haltung zur Organspende nach Kreislaufstillstand überdacht und geändert werden.



„Der **Tod** ist der große Unbekannte. Gerne verdrängt, vielfach besungen, meistens gefürchtet, manchmal herbei geseht ...

Er ist unser düsterer Schatten, der sich nicht abschütteln lässt ...

Meine **Hoffnung** ist vielmehr, dass wir begreifen, wie kostbar jeder Moment ist und wie tröstlich unser Miteinander, wenn wir unserer Endlichkeit, unserer kurzen **Zeit im Licht**, wirklich ins Auge sehen.«