

Die Todespolitik der modernen Medizin

Prof. Dr. med. Andreas Zieger
Oldenburg

„Die Untoten“ – Kampnagel Hamburg
12.05.2011, 21-22 Uhr

Übersicht

- I Existenzielle Grundlagen
- II Geschichte des Todes in der
Moderne / Medizin
- III Todeskonzepte und aktuelle
Entwicklung
- IV Ausblick

I Existenzielle Grundlagen

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



Der **einzelne** Mensch ist **Subjekt** von Sterben und Tod

- Angst vor Schmerzen und Abhängigkeit
 - Todesfurcht, Verdrängung des Todes
- Überleben/Todesabwehr durch Schutz der Gemeinschaft/Staat, Hygiene und Medizin

Was ist „Sterben“?

- Das Nachlassen von **Lebenszeichen**, die den Sterbeprozess anzeigen (Zusammenbruch der Organfunktionen):
- Nachlassen von Kraft, Bewegung, Wahrnehmung, Wachheit, Kommunikation, Ausscheidung, Atmung und Herzschlag bis zum Atem- und Herzstillstand
- Phasenhafter Prozess: akut, über Stunden, Tage und Wochen.
- Der Mensch liegt **im Sterben**.

Was ist „Totsein“ bzw. „Tod“ ?

- Wenn eine Konstellation von **Todeszeichen** das **Ende des Absterbeprozesses bzw. des Lebens** und den **eingetretenen Tod** anzeigen.
- Atemstillstand, Herzstillstand
- Wenn alle Lebensfunktionen eines Organismus **endgültig still stehen**, ist der Mensch gestorben.
- Der Tod ist eingetreten.

Sichere Todeszeichen

Die **klassischen Todeszeichen** werden nach kurzer Zeit durch

- **Blässe, Leichenfleck, Leichenstarre** und
- **andere Todeszeichen**, die **niemals zusammen mit Lebenszeichen** auftreten, ergänzt.

Der Mensch gilt dann als „gestorben“, „tot.“

„Tod“ als kulturelle Vereinbarung

- Religiöse Einstellungen
- Kultureller Hintergrund
- Gesellschaftspolitische Ordnung
- Herrschafts- und Machtverhältnisse
- Wissenschaftliches Verständnis
- Menschenbild, Leib-Seele-Verhältnis
- Stand der Technikentwicklung/Medizin
- Ökonomische Verhältnisse
- Zeitgeist

II Geschichte des Todes in der Moderne / Medizin - Umbrüche

Mittelalter

Erfahrungen mit dem „Schwarzen Tod“ (Pest)

1347-1353

- 25 Mio Tote
- Europaweit

Veränderte
Einstellung
gegenüber
Sterben und Tod



Übergang zur Neuzeit

- Trennung des weltlichen vom religiösen Weltbild
- Schutz des Einzelnen durch Familie, aufkommende Städtegemeinschaft
- Entstehung vor wissenschaftlichen Denkens (Sir Francis Bacon)
- **Der Körper wird zum Objekt** von Malerei, Kunst, Wissenschaft, Medizin

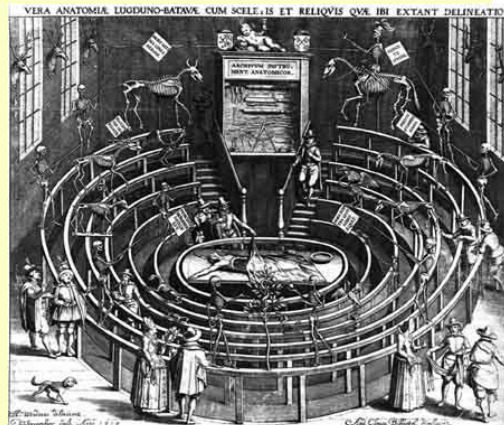


Rembrandt, 1632, Den Haag

- Anatomisches Theater mit Sezierung von Hingerichteten:

- **Zergliederung von Körper/Leiche durch Zerstörung des (Rest)Lebens (ohne eine „Seele zu finden“**

- Rationale Analyse = Grundfigur „aufgeklärten“ Denkens



Leiden, ca. 1700

Menschenbild der rationalen Neuzeit/Aufklärung

Trennung von Körper und Geist
Leib und Seele/Bewusstsein:

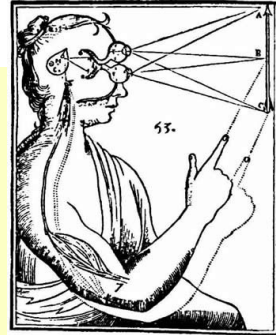
Descartes (1596-1650)

- res extensa – res cogitans

Mechanistisches Menschenbild

„Leben“ (Körper) kann durch Anwendung
von Naturgesetzen repariert und geheilt,
aber auch manipuliert/beherrscht werden.

Grundfigur einer späteren „Biopolitik“



Moderne Medizin

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts:

Abschaffung des Philosophikums durch
Virchow im Preußischen Landtag

- Schwur der „Physikalisten“: „Medizin wird naturwissenschaftlich, oder sie wird nicht sein!“
- Vertreibung alles Subjektiven/Seelischen
- Krankheitskunde und deren Klassifikation
- Experimente, (Menschen-)Versuche

Sicherung des Überlebens und Nutzbarmachen des Lebens/Körper

Seit 1950: Technische Entwicklungen auf
naturwissenschaftlicher Grundlage:

- **Beatmung, Reanimation, Intensivmedizin, Narkose, Anästhesie, moderne Chirurgie, Rettungswesen („Medizinsystem“)**
- **Medikamente/chirurgische Verfahren**
„Kampf ums Überleben“

Leben/Körper verfügbar machen/verbessern
manipulieren/experimentieren: „Biopolitik“
(Foucault, 1978)

III Todeskonzepte

Herztodkonzept (seit 2000 Jahren)

- Scheintod als Problem unsicherer Grenze zwischen am Lebendigsein und Totsein
- Entwicklung technischer Hilfen für Scheintote
- Einführung **sicherer Todeszeichen: erloschene Atmung, erloschener Herzschlag, Blässe, Totenflecken, Leichenstarre ...**
- Todesfeststellung durch den Arzt!

Entstehung neuer Tode

Durch kontrollierte Beatmung und

Intensivmedizin können seit 50-60er Jahren

- reanimierte Menschen, deren Herzfunktion wiedergekehrt ist, selbst nach schwerster Hirnschädigung, weiterleben:
 - „Coma dépassé“, „Ultrakoma“ (Mollaret & Goulon 1959)
 - „Falsch Lebende“ (faux vivans), „Untote“
 - „Dissoziierter Hirntod“
- „Ganzhirntod“, „Teilhirtod“, „kortikaler Tod“

1968 Einführung des „Hirntodkonzepts“
welches von einer **Adhoc-Kommission**
aus Theologen, Juristen und Medizinern
der Harvard Medical School zum Zweck der
Erarbeitung eines neuen Todeskriteriums
formuliert wurde:

*„Unser primäres Anliegen ist, **das irreversible Koma (Coma dépassé) als neues Todeskriterium** zu definieren...“*

„Hirntod“ = Zeitpunkt der Unumkehrbarkeit des Sterbeprozesses

Gründe für neues Todeskriterium

- 1.) *Eine schwere Last ruht auf den Patienten... auf ihren Familien, auf den Krankenhäusern und auf solchen **Patienten, die auf von diesen komatösen Patienten belegte Krankenhausbetten angewiesen sind.***
- 2.) *Überholte Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der **Beschaffung von Organen** zur Transplantation führen.“*

Beecher et al 1968

Gründe für Hirntodkonzept:

- Das Gehirn steuert alle Lebensfunktionen
- „Hirntod“: Zusammenbruch aller Lebensvorgänge,
- „Hirntod“: Zeitpunkt der Unumkehrbarkeit
- Transplantationen sind nur mit **lebendfrischen** Organen erfolgreich.
- Intensivmedizinische Weiterversorgung des „Hirntoten“ bis zur Explantation
- Rechtsgrundlage (Zustimmungslösung)

Hirntodkonzept

- "Hirntod" wird definiert als Zustand des **irreversiblen** Erlöschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei einer durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltenen Herz-Kreislauffunktion. **Der Hirntod ist der Tod des Menschen.**

(Kriterien des Hirntodes, Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer vom 1982,1991,1997/1998)

Hirntodsyndrom („Dissoziierter Hirntod“)

Vorliegen einer bestimmten Konstellation von **Todeszeichen** beim **Absterben des Gehirns**:

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



bei **gleichzeitig existenten Lebenszeichen** (des autonomen Körperselbst): Herzschlag, Blutdruck, warme Haut Hormonausschüttung, Schwangerschaftstätigkeit, (künstliche) Atembewegungen, Ausscheidung ...

Phänomenale „Lebendigkeit“

- Schwangerschaft bei „hirntoten“ Frauen
- Erektionen bei „hirntoten“ Männern
- Hormonproduktion der Hirnanhangsdrüse bei „Hirntoten“ ist nachgewiesen
- „Hirntote“ können sich aufrichten und gurgelnde Laute ausstoßen.
- „Hirntote“ zeigen (durch das Rückenmark vermittelte) Bewegungen auf äußere Reize:
 - bei bis zu 70% der „Hirntoten“
 - Bewegungen der Arme („Lazarus“)
 - Schreitbewegungen der Beine

Spontanbewegungen eines „Hirntoten“



Turmel et al 1991

Wahrnehmungsspaltung

- Wahrnehmung von **Lebenszeichen** bei **gleichzeitig** vorliegenden **Todeszeichen**: Pflegepersonal, Ärzte, Transplanteure
- Vernunftbestimmte, **rationale Kontrolle**:
- **Wahrnehmungen und Gefühle** müssen **unterdrückt** oder **verdrängt** werden.
- (Eine **psychopathologische Gefühllosigkeit**, die krank machen kann und ggf. psychiatrisch behandelt werden muss.)

Aktuelle Entwicklung (USA)

Widerlegung der wissenschaftlichen Grundlagen der Begründung des Hirntodkonzepts (Verheijde et al 2009):

- Das Gehirn steuert und integriert nicht alle Lebensvorgänge im Organismus.
- Neuroendokrine Funktionen, Wachstum von Haaren, Nägeln etc., Schmerzreaktionen bleiben erhalten (Narkose!)
- Restfunktion von Zellen im Hirnstamm mit Erholungsfähigkeit unter Therapie!

Neues „Todes“konzept

Non Heart-Beating Organ Donation bzw. Organspende nach „Herztod“ (USA, Spanien):

- Reanimation bei Herzattacke oder Unfall
- Unter Reanimationspause: **Herzstillstand** (EKG-Nulllinie) von **2 bis 5 Minuten**, dann
- **„Reanimation“** bis zum Anschluss des Patienten an die Herzlungenmaschine ...
(Martina Keller, in: GEO 2011)

Rascher Wandel vom „Unfallopfer“ zum „Reanimationsbedürftigen“ zum „Explantierten“

Verabschiedung vom Hirntodkonzept!

**Verabschiedung von der „Tote-
Spender“-Regel!**

Konsequenzen:

- Erlaubter Zeitpunkt zur Organentnahme als **„Leben machender Tod“**?
- Tötung von Sterbenden?
- Ausweitung der Organentnahme?
- Änderung der gesetzlichen Grundlagen?

IV Ausblick

„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**.“

Claudia Wiesemann (2006)

„Todeskonzept“ (1)

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

- Bewusste **palliative** und **hospizliche** Begleitung und Hinwendung zum Schwerkranken, Schwachen und Sterbenden
- Ermöglichung **eines Sterbens in Würde** ohne technische Eingriffe.

„Todeskonzept“ (2)

Für Kranke und Sterbliche **zum Zwecke der Explantation:**

- Verabredung eines definierten Entnahmezeitpunktes
- Informierte Zustimmung?
- Ärztliche Assistenz?
- Rechtliche Grundlagen?

Kultur des Sterbens durch Organentnahme (Todespolitik?)

Stöcker: Der Hirntod (1999/2010, S. 340)

„Richtig wäre ... ein anderer Weg gewesen, die **strikte Abkoppelung der Zulässigkeit von Explantationen von der Frage, wann ein Mensch tot ist** ... keine Festlegung des Todeszeitpunktes, sondern eine **echte Ethik der Organverpflanzungen** ... eine philosophische **Forschung ... , die genuin ethische Fragen in den Mittelpunkt rückt.**“

„Plädoyer für eine Reanimation der Hirntoddebatte“ (Stöcker 2009)

Anhang/Rest

Organentnahme bei Wachkoma-Patienten (als „Teilhirntote“)?

- Wachkoma-Patienten leben in einer Welt „zwischen Leben und Tod“?
- Sind „sterbend“ und „hirntot“? (totgesagt)
- sind „nutzlose Mitesser“ und „leblose Hüllen“?, „Fallen anderen zur Last“?
- Könnten für andere Menschen nützlich sein, wenn man ihnen Organe entnimmt?
- Lebende „Organbanken“ ohne „Bewusstsein“...

Koma und Remissionsstufen

- **Hirntodsyndrom:** keine Remission möglich!?

- **Koma** (ca. 3 Wo) (Intensivstation) vegetativ

Wachkoma-Vollbild vegetativer Status

Apallisches Syndrom, UWS, DD: LIS

Remissionsstadien I und II emotional

Minimales Antwortverhalten: MRS, MCS

Remissionsstadium III-IV

HOPS, cognitive impaired state

Remissionsstadium V

Erholt, Integration kognitiv



Transplantierte bleiben chronisch Schwerkranke!

- Lebenslange Immunsuppression (Abstoßung)
- Engmaschige medizinische Nachsorge
- Persönlichkeitsveränderungen, Angst und Depression, Identitätsstörungen (50-70%): „Organ Transplantation Psychiatry“ (OTP)
- Krebsrisiko zwischen 3,4- bis 250-fach erhöht!
- Lebensqualität häufig vermindert!
- Verbleibende Überlebenszeit häufig verkürzt!
- Zweit- oder Mehrfachtransplantation!

2.) Zweifel an der „Sicherheit“ der Hirntodfeststellung



Val Thomas after her revival

Woman's Waking After Brain Death Raises Many Questions About Organ Donation

- Reanimation von 10-20 Min Dauer nach Herzstillstand
- 17 Stunden Nulllinien-EEG
- Erwachen während Vorbereitung zur Explantation

LifeSiteNews.com (May 27, 2008) zit. Verheijde et al 2009

„Todeskonzept“ (2)

Für Kranke und Sterbliche, die ihr **Leben vorzeitig beenden** (lassen) wollen:

- Suizid bzw. Beihilfe zum Suizid
- Technische/medikamentöse Hilfen
- Ärztliche Assistenz?

In „Homo sacer“ bezeichnet Agamben 2002: das **Coma dépassé** als ein „Niemandland“ zwischen Sterben und Tod, in dem ein Mensch

- im Sterben aufgehalten, durch **Abstellen des Beatmungsgerätes** oder durch **Organentnahme getötet** wird, „ohne dass ein Mord begangen wird“ = **Leben machender Tod** (Todespolitik, Agamben 2002)

Für eine Organentnahme in diesem Zustand ist es aus Sicht der Transplantationsmedizin notwendig gewesen, Rechtsklarheit zu schaffen (TPG 2007).

Totale Nutzbarmachung von Leben, Sterben und Tod (Körper)

- Vorrang der Nützlichkeitsphilosophie
- Priorität des technisch Machbaren
- Bewertung nach „lebenswert“ oder „lebensunwert“ mit Selektion
- Beliebige ökonomische Verkürzung und Verlängerung des Lebens
- Deregulierung des Todes: „Leben-machender Tod“ (Bergmann 2004)
- Tod als Ausnahmezustand (Souverän)!

Totale Nutzbarmachung von Leben, Sterben und Tod (Körper) **zum Zwecke** der Transplantationsmedizin und ca. 12.000 Organbedürftiger in D?

- Beurteilung und Selektion menschlichen Lebens nach „transplantationswert“ oder „unwert“?
- Beliebige „medizinische“ Verkürzung oder Verlängerung des Lebens
- Vorrang des technisch Machbaren
- Vorrang von Nützlichkeit?

„Spinalwesen“?

- Der Hirntod ist **definitionsgemäß** eingetreten, wenn das Gehirn **innerhalb der Schädelkapsel** abgestorben ist:
- „Hirntote“ weisen Bewegungsmuster auf, die auf Schmerzreiz, laute Geräusche oder Erschütterungen in bis zu 75% der Fälle auftreten können und durch das Rückenmark vermittelt werden.
- **Hört das Menschsein und das Sterben am Hinterhauptsloch auf?**
- **Welche Bedeutung hat das Rückenmark für das Menschsein? („Rückenmarkseele“)**

Inhumane Umbewertung des sterbenden Menschen

Das Ende des menschlichen Lebens wird mit dem Hirntod gleichgesetzt:

- „Denn ist das Gehirn erst tot, können die verbleibenden Lebenszeichen nur noch als Teil eines **tierähnlichen Lebens** betrachtet werden.“

Die Bewältigung des Definitionsdilemmas erfolgt durch Herabwürdigung des menschlichen Lebens selbst = Inhumanität