

Leben machen – und Sterben nicht mehr
(zu)lassen?

Todeskonzepte und Todespolitik der modernen Medizin in einer alternden Gesellschaft

Andreas Zieger

www.a-zieger.de



Evangelische Stiftung Ambulanter Hospizdienst
20. Januar 2012

Übersicht

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

I Existenzielle Grundlagen

Anfang und Ende

Geburt, Altern und Sterben

Werden, Altern 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**

Abwehr von Todesgefahren durch Schutz der Gemeinschaft, Hygiene 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“)

Reifer Umgang mit der Endlichkeit?

- Verdrängung von Sterben und Tod
- Sehnsucht nach Unsterblichkeit

Lebensende (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		42-43
Zu Hause	> 90	25-30
Heim		15-25 (steigend)
Hospiz		1-2
Palliativstation		1-2
Andere Orte		2-5

II Moderne Medizin ...

Seit Mitte des 19. Jhdts:

- Abschaffung des Philosophikums durch Virchow im Preußischen Landtag
- Schwur der „Physikalisten“: „Medizin wird naturwissenschaftlich, oder sie wird nicht sein!“
- „Biotechnische Medizin/Biomedizin“
- Vertreibung alles Subjektiven/Seelischen
- Experimente mit Körper/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 und Tod bekämpfen
(verdrängen)

... 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)

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 aktuelle Entwicklungen

Um 1997:

- Etablierung des **Hirntod-Konzepts** in D

Seit 1960/2007 in der Diskussion:

- „**Neues**“ **Herztod-Konzept**
(Non-Heart- Beating-Donation, NHBD)
- **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**

Forschritte der Chirurgie und Anästhesie,
Operationstechnik:

- 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

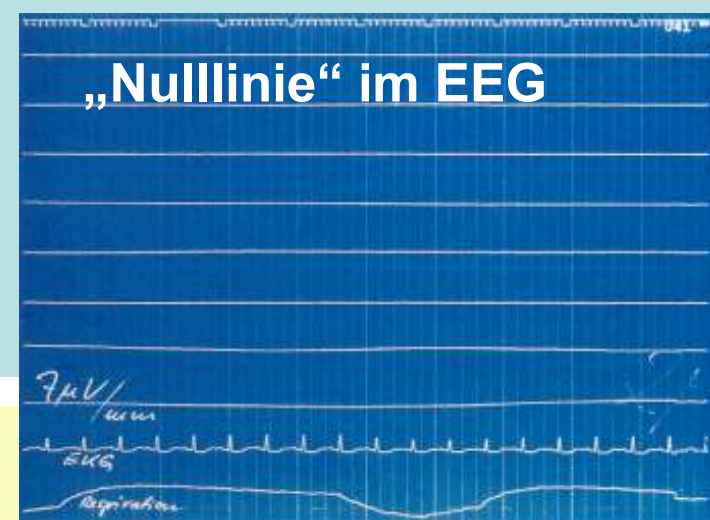
- Zustand des irreversiblen Erlöschens der Gesamtfunktion des gesamten Gehirns innerhalb des Schädels bei einem durch kontrollierte Beatmung aufrechterhaltenen Herz-Kreislauf (Durchblutung der Organe).
- „Der Hirntod ist der Tod des Menschen“
- Tote-Spender-Regel

(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**
- Erloschensein der Hirnstammreflexe
- Atemstillstand (Apnoe-Test)



bei **gleichzeitig existenten Lebenszeichen**:

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

Lebenszeichen bei chronisch “Hirntoten“

Autonome Funktionen

- Reguläre Darmfunktionen
- Hormonproduktion (Hirnanhangsdrüse)
- Haar- und Nägelwachstum
- Kinder entwickeln Zeichen von Pubertät
- Schwangerschaft und Geburt

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“**
- Erstes Dilemma des Hirntodkonzepts

Wissenschaftliche Widerlegung

- Das Gehirn integriert und steuert nicht alle Lebensvorgänge im Organismus

(Shewmon 1999/2007)

- Neuroendokrine Funktionen, Wachstum
- Vegetative Schmerzreaktionen bleiben erhalten (Narkose!)
- Restfunktion von Neuronen im Hirnstamm!
- **Viele neokortikale Hirnzonen** bei Obduktion nicht abgestorben

(Verheijde et al 2009; Ethikrat des US-Präsidenten 2008)

Aktuell: Paradigmawandel

Neues „Herztod“-Konzept (Non Heart-Beating Organ Donation)

Martina Keller in GEO (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: Wandel vom Unfallopfer zum Reanimationsbedürftigen zum Explantierten

Zeit für Sterben? Welche 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 und Nützlichkeit?

Seit 2005 praktiziert in Ländern mit
Widerspruchslösung: A, ES, B, NL, in
Teilen der USA ... („Biopolitik“)

Aktuelles Gesetzänderungsverfahren in D:

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

Persönliche Zustimmung/Ablehnung:

- Nur der Einzelne sollte über eine
Organentnahme bei sich entscheiden!

Votum für enge Zustimmungsregelung

IV Ausblick

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
„Organspende“ **ins „Jenseits“** **eingehen**
wollen:

- Bewusste **palliative** und **hospizliche** Begleitung und Hinwendung zum Schwerkranken, Schwachen und Sterbenden.
- Symptomlinderung
- 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:**

- Nulllinien-EKG als **Entnahmezeitpunkt**

Aktuelle Grenzverschiebung:

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

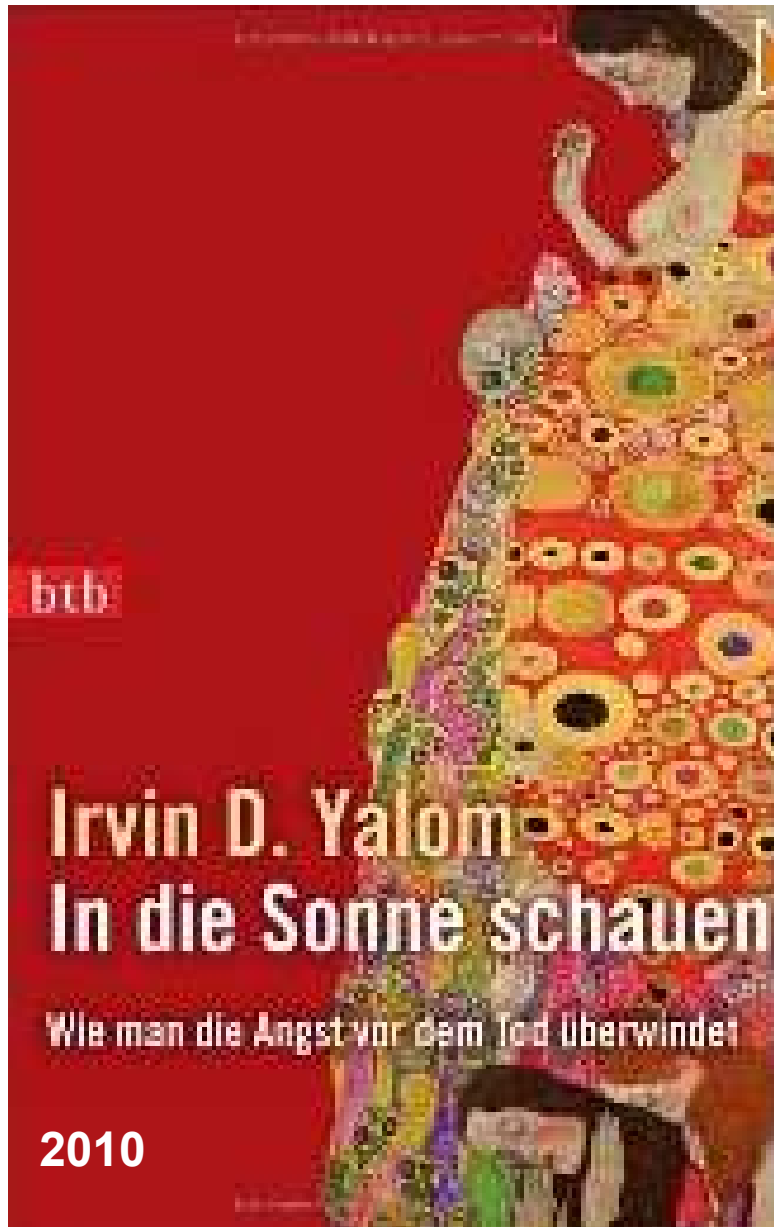
Bemächtigung von Sterben und Tod?

Todespolitik (Agamben 2002)

„Eine institutionalisierte, sich des Sterbens und Todes bemächtigend Politik ...“

- Aufhebung der bisherigen Kultur des Sterbens (ars moriendi)
- Inhumaner Umgang mit Kranken, Schwachen und Sterbenden in Gesellschaft und Medizin! (Biomedizin, Bioethik)

Jede Gesellschaft hat die Medizin, die sie verdient! (Geisler 1996)



„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.«