UNIVERSITÄT AUGSBURG
Universitätsbibliothek

OPEN ACCESS
OPUS AUGSBURG

Welche Medizin wollen wir? Zur Geschichte und zum strategischen Charakter des Hirntod-Konzepts - und warum waches Bewusstsein nicht das einzige Kriterium für menschliches Leben sein kann

Alexandra Manzei

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Manzei, Alexandra. 2010. “Welche Medizin wollen wir? Zur Geschichte und zum strategischen Charakter des Hirntod-Konzepts - und warum waches Bewusstsein nicht das einzige Kriterium für menschliches Leben sein kann.” *Frankfurter Rundschau - Feuilleton* 66 (250 (26.10.2010)): 30–31.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:
Deutsches Urheberrecht
Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:
https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/

Welche Medizin wollen wir?

Zur Geschichte und zum strategischen Charakter des Hirntod-Konzepts – und warum waches

Von Alexandra Manzei

Wenn in Deutschland über Transplantationsmedizin debattiert wird, dreht es sich zumeist um Fragen der Organspende. So auch in der morgen geplanten Sitzung des Deutschen Ethikrates. Dass jedoch auch das Hirntodkonzept ethisch umstritten ist, wird seit der Ratifizierung des Transplantationsgesetztes 1997 kaum noch öffentlich diskutiert. Als Hirntodkonzept wird die Übereinkunft bezeichnet, dass der irreversible Ausfall der Gehirnfunktionen mit dem Tod des Menschen identisch ist.

Medizinisch und rechtlich dient das Hirntodkonzept in Deutschland als unbedingte Voraussetzung zur Organentnahme bei hirntoten Patienten. Begründet wird es mit der Annahme, dass mit dem Ausfall des Gehirns als zentralem Steuerungsorgan die Integrationsfunktion des Körpers unwiederbringlich erloschen sei. Erst wenn zwei fachlich geeignete Mediziner, die nicht in den Prozess der Organspende involviert sind, den vollständigen und irreversiblen Ausfall der Gehirnfunktionen nach dem neuesten Stand medizinischer Erkenntnis diagnostiziert haben, darf der Patient zur Organspende freigegeben werden.

Diese, für die Transplantationsmedizin unbedingte Voraussetzung wird nun durch neue Möglichkeiten der bildgebenden Diagnostik und durch neue Studien zu Hirntoten in Frage gestellt. Der Hirntod, so heißt es dort, könne nicht mehr mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden. Sollte sich diese Erkenntnis als richtig erweisen, müssen die medizinischen und juristischen Voraussetzungen der Transplantationsmedizin nicht nur in Deutschland neu geregelt werden.

Wie aber entstand die Vorstellung, ein Mensch könne tot sein, obwohl sein Körper noch lebt? Bevor Mitte des 20. Jahrhunderts die moderne Beatmungstechnologie entwickelt wurde, gab es diese Unterscheidungen nicht. Wenn vereinzelt Ideen eines abgestuften Todes diskutiert wurden, waren diese medizinisch und juristisch ohne Belang. Menschen galten als tot, wenn ihr Herz stillstand und sie nicht mehr wiederbelebt werden konnten. Das sollte sich mit der Entwicklung der modernen Überdruck-Beatmungstechnologie ändern. Bei Patienten, deren Atemfunktion im Gehirn aus Krankheits- oder Unfallgründen ausgefallen war, konnte man mit der modernen Beatmungstechnologie die Atmung dauerhaft maschinell ersetzen. Damit entstand ein Krankheitszustand, „Coma depassé" genannt, der die Geschichte der Transplantationsmedizin revolutionierte. Menschen, die in diesem irreversiblen Koma lagen, starben nicht, wachten aber auch nicht mehr auf. Für die Medizin wurden damit zwei Probleme aufgeworfen.

Zum einen die Frage nach dem Behandlungsabbruch: Durfte man Patienten weiterbehandeln, die nie mehr erwachen, geschweige denn genesen würden, deren Sterben man vielmehr technisch unterbrochen hatte? Hier musste ein Kriterium gefunden werden, das den Medizinern den Abbruch der sinnlosen Beatmungstherapie gestattete, ohne dass sie dafür rechtlich belangt werden konnten. Zum anderen weckte das irreversible Koma neue Begehrlichkeiten der Transplantationsmedizin: 1967 gelang es dem südafrikanischen Herzchirurgen Christian Barnard erstmals ein menschliches Herz zu transplantieren. Der Patient überlebte 18 Tage. Mit diesem Erfolg der Transplantationsmedizin entstand überhaupt erst der Bedarf an gesunden, frischen Spenderorganen, über die man unabhängig von ihrem Träger verfügen wollte.

Es gilt nicht mehr, dass mit dem Bewusstsein auch der Mensch erlischt

Um beide Probleme zu lösen, formierte sich an der Harvard Medical School 1968 eine Ad-hoc-Kommission aus Theologen, Juristen und Medizinern, die pragmatisch formulierte, was die Transplantationsmedizin in ihrer heutigen Form erst ermöglichte: das Hirntodkonzept. Das irreversible Koma (coma depassé) sollte als neues Todeskriterium fungieren, damit zum einen die Patienten und ihre Angehörigen, wie es heißt, „von einer schweren Last befreit" würden, zum anderen aber auch die Beschaffung von Organen zur Transplantation eindeutig geregelt und erleichtert würde. Seither gilt nahezu weltweit der irreversible Ausfall der Gehirnfunktionen als der Tod des Menschen und bildet in vielen Ländern die rechtliche Voraussetzung zur Entnahme von Organen. Körper ohne Geist?

Schon 1970 jedoch wies der amerikanische Philosoph, Hans Jonas, in seinem Aufsatz „Gegen den Strom" auf den strategischen Charakter der neuen Todesdefinition hin und warnte vor der Bemächtigung komatöser Patienten zum Zwecke medizinischen Fortschritts. Zwei Jahre nach der Erklärung von Harvard wurde die Begründung daraufhin durch das Bewusstseins-Argument erweitert: Die Personalität des Individuums wurde an das Vorhandensein von Bewusstseinsfunktionen geknüpft, von denen man nach Stand der Wissenschaft annahm, dass sie vom Großhirn und von der Großhirnrinde ausgingen. Sei das Bewusstsein irreversibel erloschen, so das Argument, könne von einem Menschen nicht mehr als Person gesprochen werden – eine Deutung, die für die westliche Moderne typisch ist und ihren Ursprung letztlich in der Descartes'schen Trennung von res cogitans und res extensa hat. Diese anthropologische Begründung erwies sich jedoch als nicht ausreichend, da sie sich auch auf Patienten anwenden ließ, die keineswegs im Sterben lagen. Es gibt Komapatienten, sogenannte Apalliker, die jahrelang bewusstlos sein können, ohne von Maschinen abhängig zu sein und ohne zu sterben. Diese Patienten leben, ohne über Bewusstsein im oben genannten Sinne zu verfügen.

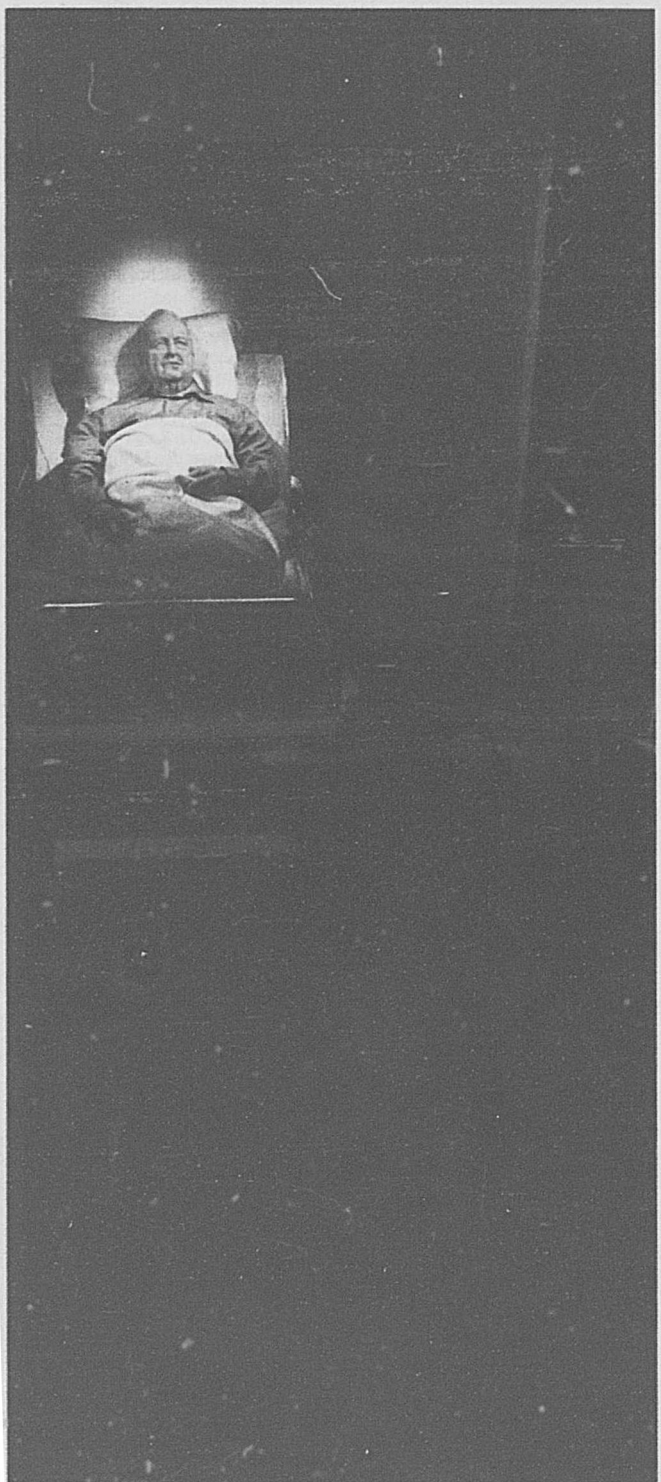
Ende der 1970er Jahre wurde daher versucht, das Bewusstseins-Argument durch ein biologisches Argument zu ersetzen. Auf der Basis neurophysiologischer Erkenntnisse wurde die These aufgestellt, dass der Ausfall der im Hirnstamm angesiedelten vegetativen Funktionen die Desintegration des Organismus zur Folge habe. Allein diese biologische Begründung würde eine Gleichsetzung von Hirntod und Tod jedoch auch nicht rechtfertigen, da es Patienten gibt, deren Stammhirnfunktionen zwar erloschen sind, deren Großhirn gleichwohl funktioniert. Anfang der 80er Jahre wurde infolgedessen vom Präsidenten der USA eine Kommission zur Klärung der Todesdefinition einberufen, die sich dazu entschloss, beide Argumente zu verknüpfen. Mehr als ein Jahrzehnt nach Aufkommen der Diskussion gelangte man so zur Begründung des Hirntodkonzepts, wie es heute auch in Deutschland offiziell gilt: „Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversiblen erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. (…) Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt."

Eben diese Gleichsetzung von Hirntod und Tod ist es nun, die durch neueste medizinische Erkenntnisse wieder in Frage gestellt wird. Während die anthropologische Begründung des Hirntodkonzeptes seit jeher umstritten war – fußt sie doch auf einem Menschenbild, das nur für moderne westliche Gesellschaften tragend ist – wird in den neuen Studien nun auch das biologische Integrationsargument widerlegt. Durch mindestens 175 allein bis 1998 dokumentierte Fälle ist wissenschaftlich belegt, dass nach dem Abstellen der Beatmung bei Hirntoten nicht sofort der Tod eintritt. Zwischen Hirntod und Herzstillstand lag vielmehr ein Zeitraum zwischen einer Woche und 14 Jahren. Möglicherweise jedoch liegt die Anzahl jener Hirntoten, die nicht tot sind, noch viel höher. Dokumentiert werden können ja nur Fälle, bei denen nach Feststellung des Hirntodes keine Organe entnommen werden. Ob also Organspender zum Zeitpunkt der Organentnahme lebendig oder tot gewesen seien, ließe sich rückwirkend gar nicht überprüfen, konstatiert auch das US-amerikanische President's Council on Bioethics, das, anders als die deutschen Kollegen vom Nationalen Ethikrat, schon 2008 auf die neuen Erkenntnisse reagierte.



Noam Braslavskys Wachs-Nachbildung

Bewusstsein nicht das einzige Kriterium für menschliches Leben sein kann



des im Koma liegenden Ariel Scharon ist in Israel umstritten. DAVID BUIMOVITCH/AFP

Mit Hilfe neuer technischer Verfahren der bildgebenden Diagnostik lässt sich außerdem zeigen, dass das Bewusstsein von hirntoten Patienten keineswegs vollständig erloschen sein muss. Im Bereich der Computertomografie beispielsweise wurden nuklearmedizinische Verfahren entwickelt, die nicht nur anatomische Strukturen, sondern auch physiologische Prozesse abbilden können. Bei Apallikern konnte so eine zumindest halb so große Hirnstoffwechselaktivität wie bei gesunden Patienten nachgewiesen werden. Mit der klinischen Diagnostik, die heute bei der Hirntoddiagnostik durchgeführt werden muss, werden solche Prozesse jedoch gar nicht erfasst. Entsprechend werden in der Fachliteratur etliche Fälle benannt, die klinisch zwar als hirntot diagnostiziert wurden, bei denen aber mit apparativer Diagnostik eine Durchblutung des Gehirns nachgewiesen werden konnte.

Für den renommierten deutschen Bioethiker Dieter Birnbacher sind die neuen Forschungen ein zwingender Grund, seine bisherige Befürwortung des Hirntodkonzeptes zu überdenken. Hatte Birnbacher die Gleichsetzung von Hirntod und Tod im Vorfeld der Transplantationsgesetzgebung 1997 noch offensiv verteidigt, so stellt er 10 Jahre später fest, dass es sich bei Hirntoten um lebende Individuen handele. Das Hirntodkriterium sei kein Kriterium für den Tod, sondern lediglich für den mentalen Tod, schreibt er.

Für Birnbacher als konsequentem Verfechter der Transplantationsmedizin ist das jedoch kein Grund, vom Hirntodkonzept als Voraussetzung der Organspende abzurücken. Statt Hirntote entgegen der „empirischen Evidenzen" für tot zu erklären, fordert er die Aufgabe der sogenannten dead donor rule. Womit in der Transplantationsmedizin die Vorschrift bezeichnet wird, dass nur toten Menschen lebenswichtige Organe entnommen werden dürfen. Man könne, so schlägt er vor, das Hirntodkonzept als Kriterium der Organentnahme beibehalten, weil das bewusste Leben in ethischer Hinsicht einen höheren Wert und eine höhere Schutzwürdigkeit habe als das unbewusste. Hirntote seien dann als unheilbar kranke, sterbende Menschen anzusehen, denen man, sofern sie zu Lebzeiten zugestimmt hätten, Organe entnehmen dürfe.

Eine solche Regelung würde jedoch nicht nur der in Deutschland verbotenen aktiven Sterbehilfe entgegenstehen. Mit der Abstufung der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens nach bestimmten Eigenschaften sind vielmehr weitreichende ethische Probleme verbunden. Ob Bewusstsein, Kognition oder Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit, jede Zuschreibung von Eigenschaften als genuin menschlich birgt die Gefahr, all jenen die menschliche Würde abzusprechen, die über diese Eigenschaften nicht verfügen.

Mit gutem Grund ist das Prinzip der Menschenwürde deshalb ja auch universell gedacht. Es gilt für alle Menschen, unabhängig von Herkunft, Hautfarbe oder Eigenschaften. So stark das Prinzip der Menschenwürde durch diesen Universalitätsgedanken ethisch auch ist, in Diskussionen wie dieser liefert es nur bedingt Orientierung. Durch die moderne Bio- und Transplantationsmedizin werden ja gerade die Grenzen des Menschlichen in Frage gestellt. Durch die Technik werden menschliche Lebensweisen geschaffen, die es zuvor nicht gab, wie tiefgefrorene Embryonen oder lebende Hirntote, und erschüttern unsere vermeintlichen anthropologischen Gewissheiten.

Was der Mensch ist und wer ein Mensch ist, versteht sich heute nicht mehr von selbst. In diesem Sinne erschüttert die Transplantationsmedizin nicht nur unser Verständnis vom Tod; sie stellt vielmehr unser alltagsweltliches Verständnis vom Leben und Sterben, von Krankheit und Gesundheit tiefgreifend in Frage. Hier liegen die eigentlichen ethischen Herausforderungen der Biomedizin, die über die Diskussion des Hirntodkonzeptes weit hinausführen und für die unsere Gesellschaft bisher keine geeigneten Formen der Thematisierung gefunden hat.

Wie sonst ließe sich erklären, dass die neuen medizinischen Erkenntnisse zum Hirntod vom Deutschen Ethikrat überhaupt nicht zur Kenntnis genommen werden? Handelt es sich doch beim Deutschen Ethikrat, ebenso wie bei dessen Vorgänger, dem Nationalen Ethikrat, um das einflussreichste Gremium ethischer Politikberatung in Deutschland. Will man eine Polarisierung der Hirntoddebatte, wie sie in den 90er Jahren stattfand, vermeiden, muss eine offene und öffentliche Diskussion geführt werden, die sich weder auf Expertengremien beschränkt noch unliebsame Argumente von vornherein ausgrenzt.

Nur so kann vermieden werden, dass der Eindruck entsteht, als sollten bestimmte Interessengruppen bedient oder demokratische Willensbildungsprozesse unterlaufen werden. Die jetzt wieder aufgeworfene Problematik des Hirntodkonzeptes unter der Decke zu halten, dient niemandem, schon gar nicht den schwerkranken Patienten und ihren Angehörigen.

Denn im Kern geht es in dieser Debatte nicht nur um die individuell zu beantwortende Frage, „Spenden, ja oder nein?" Es geht vielmehr um elementare Fragen des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Wie wollen wir mit kranken und sterbenden Menschen umgehen? Wie mit Gesunden? Dürfen wir Begehrlichkeiten wecken, die gesunde Menschen dem moralischen Anspruch aussetzen, Teile ihres Körpers spenden zu sollen? Welche Folgen hat das für Verwandtschaftsbeziehungen und Partnerschaften?

Welchen medizinischen Fortschritt wir wollen und wie er sich unter den gegebenen gesundheitspolitischen Bedingungen gestalten lässt, ist keine Frage, die in Expertengremien entschieden werden kann. Es wäre deshalb zu wünschen, dass der Ethikrat das Thema aufgreift und für eine neue öffentliche Debatte sorgt.

ZUR PERSON



PRIVAT

Alexandra Manzei ist Soziologin. Zurzeit lehrt sie an der Technischen Universität in Darmstadt, davor hatte sie unter anderem Gastprofessuren in Berlin und Wien. Sie arbeitet zusätzlich als Gutachterin und Beraterin im Gesundheitswesen. Zusammen mit Werner Schneider gab sie das Buch „Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis" heraus (Agenda Verlag, Münster). In der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften findet morgen eine Plenarsitzung des Deutschen Ethikrates statt, in der es unter anderem um das Thema der Organspende gehen wird. fr

FR-ONLINE.DE

Zur Scharon-Installation von Noam Braslavsky: fr-online.de/scharon