

Ist Hirntod tot genug?

Von Andreas Fröhlich

Was für eine Frage! Gilt doch der sorgfältig, nach wissenschaftlich-medizinischen Richtlinien festgestellte Hirntod als klares und eindeutiges Zeichen für das Ende des Lebens. Menschen, deren Hirntod festgestellt wurde, gelten nicht mehr als Personen, ihre bisherigen Rechte erlöschen. Das so genannte Hirntod-Kriterium ist maßgebend für eine Organentnahme zur Transplantation und aber auch zur Einstellung weiterer lebenserhaltender Maßnahmen. Hirntod heißt, der Tod ist eingetreten. Dieser Mensch lebt nicht mehr.

Was gibt es da zu fragen? Im November 2014 diskutierte der Bundestag über die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung. Mit großem Ernst und ohne parteipolitische Taktik wurde dort von vielen Politiker/inne/n Ratlosigkeit angesichts eines intensiven Todeswunschs geäußert. Dort spielte zunächst Hirntod keine eigentliche Rolle; es ging auch nicht um Transplantation, Organspende und dergleichen. Dennoch war festzustellen, dass seit Langem einmal wieder offen und mit wirklichem Bemühen um den Tod geredet wurde. Im Februar 2015 stellte dann der deutsche Ethikrat seine Stellungnahme **Hirntod und Entscheidung zur Organspende** der Öffentlichkeit vor. (www.ethikrat.org/.../stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organ...)

Dieser Ethikrat setzt sich aus ganz unterschiedlichen Fachpersonen, Frauen und Männern aus verschiedenen Wissenschaftsgebieten zusammen. Der Ethikrat hat beratende Funktion. Er erlässt keine Gesetze und Regelungen. Der Ethikrat hat nun mehrheitlich dafür votiert, dass mit dem medizinisch sorgfältig festgestellten Hirntod (Irreversibler Ausfall der Funktionen des Groß-, Klein- und Stammhirns) das Leben dieses individuellen Menschen beendet ist. Was hat dies nun alles mit basaler Stimulation zu tun, oder sogar mit der Frage dieses Rundbriefs „Die Welt entdecken und sich entwickeln!“? Ich meine, sehr viel. Die Welt entdecken und sich entwickeln, dies ist ein Lebensthema, das sich bis zum Tod stellt. Und damit taucht natürlich auch die Frage auf, wann ist dieser Punkt, der Schlusspunkt, der Tod denn tatsächlich erreicht?

1992 veranstalteten Christel Bienstein und ich die erste „Essener Akademietagung“ und wir brachten Fachleute aus verschiedenen Disziplinen zu dem Thema „Bewusst-

los: Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte“ zusammen. Schon damals, bei diesem wesentlich „harmloseren“ Thema wurde deutlich, wie abhängig von Definitionen, von Sichtweisen, von gar nicht reflektierten Hintergrund-Annahmen eine solche Diagnose „bewusstlos“ ist. Auch die damals durchaus gebräuchliche Glasgow-Koma-Scale wurde zunächst nicht weiter hinterfragt, sie war ein wissenschaftlich exaktes Instrument zur Messung von Bewusstseinszuständen. Erst im Laufe der unterschiedlichen Darstellungen und Diskussionen wurde deutlich, wie fragwürdig eigentlich solche Annahmen sein können, auch wenn innerhalb einer Wissenschaft Übereinkunft darüber besteht, dass es so ist, wie es definiert wurde. Wir schaffen uns, bei aller Ernsthaftigkeit des Bemühens, unsere Wirklichkeit oft selbst. Wir tun dies durch unser Denken, durch unsere Traditionen und durch unsere Übereinkünfte. Wir konnten damals andeuten und an einzelnen Beispielen zumindest plausibel machen, dass das, was man bislang als Bewusstlosigkeit bezeichnete, keineswegs ein Zustand ohne jedes Bewusstsein, ohne jede Wahrnehmung, ohne jede emotionale Beteiligung des Individuums ist. Für die Gruppe der basal Arbeitenden war ab diesem Punkt klar, der Umgang mit bewusstlosen Menschen muss sich ändern, sie sind keine empfindungslosen Wesen, sie bekommen sehr wohl etwas mit, sie leiden, sie erinnern sich.

Bei dieser Tagung war es sehr eindrücklich wie Fred Salomon Bewusstsein und Bewusstlosigkeit aus anaesthetischer und intensivmedizinischer Sicht darstellte. Vieles an bislang „gesichertem Wissen“ bekam Risse. (Zu Salomons sehr interessanten weiteren Entwicklung sei auf seine Website www.ethik-salomon.de verwiesen.) Auch die Darstellung von Hans-Joachim Hannich „Beziehung und Interaktion mit Bewusstlosen“ war prägend und hat im weiteren Verlauf das Konzept der „Basalen Stimulation in der Pflege“ nicht unwesentlich beeinflusst.

Nun ist Bewusstlosigkeit keineswegs vergleichbar mit dem, was man Hirntod nennt. Bewusstlosigkeit ist nicht „der kleine Bruder“ des Hirntodes so wie man den Schlaf früher als „den kleinen Bruder“ des Todes bezeichnete. Aber etwas haben sie schon gemeinsam. Auch der Hirntod ist ein Konstrukt. Fachleute haben sich, auf der Basis ihres differenzierten Wissens, entschieden einen bestimmten

Zustand als Hirntod zu bezeichnen und daraus Konsequenzen abzuleiten. Im Rahmen der Medizin und der Pflege ist sicherlich die wichtigste Konsequenz, dass ab diesem Zeitpunkt Organe entnommen werden können, dass das, was vom Menschen übrig ist, „genutzt“ werden kann. Wie früher bei Bewusstlosigkeit, wird als Hypothese angenommen, dass dieses Wesen keinen Schmerz empfindet und auch keine negativen Emotionen und vergleichbares, wenn sein Körper auseinander genommen wird.

Der deutsche Ethikrat hat allerdings ein Minderheiten-votum angehängt und veröffentlicht. Einige der im Rat vertretenen Fachleute sehen die Sache ein wenig anders. Nicht nur, dass es fachlich recht schwierig sein kann, die offiziellen Hirntod-Kriterien exakt festzustellen. Das ist eine eher technische Frage. Claudia Wiesemann, Professorin für Medizinethik an der Universität Göttingen weist in einem Beitrag in der Süddeutschen Zeitung vom 05.06.2015 noch einmal genau auf die diagnostisch problematischen Fragestellungen hin.

Die Grundidee des Minderheitenvotums ist die, dass auch nach dem diagnostizierten Hirntod das biologische System Mensch durchaus weiter „lebt“. Physiologische Prozesse wie Wachstum, Verdauung, Wundheilung oder sogar das Austragen eines ungeborenen Kindes sind möglich, wurden beobachtet und beschrieben. Die ausschließliche Fixierung auf das Gehirn als zentrale und übergeordnete Instanz scheint diesen Vertretern zumindest zweifelhaft. Sie sprechen sich nicht gegen eine Organentnahme aus, wohl aber für einen wesentlich „humaneren“ Umgang mit den Organspendern in dieser absoluten Endphase ihres Lebens.

Ich erinnere mich daran, dass beim so genannten Erlanger Baby ein recht enger Kontakt zu einem der verantwortlichen Pfleger bestand. Er und sein Team kümmerten sich um die hirntote, schwangere Frau. Es ging natürlich vor allem um das Kind, um seine „unnatürliche“ Situation, die Mutter gewissermaßen künstlich am Leben gehalten und das Kind vermutlich ohne das Leben von pränataler Interaktion, die für die Entwicklung eines Kindes sehr wohl bedeutsam ist. Dieses Kind, hat die Schwangerschaft nicht überlebt, ein Infekt hat seinem Leben ein Ende gesetzt. Die Mutter wurde dann „abgeschaltet“.

Die Welt entdecken und sich entwickeln. Wann fängt es an, wie geht es weiter und wie endet es?

Können wir das Sterben als eine „Entdeckungsreise ins Unbekannte“ verstehen?

Heike Walper hat im letzten Rundbrief versucht zu zeigen, wie man das Leben bis zuletzt schmecken kann. Die Frage ist für mich immer wieder: Was ist dieses „Zuletzt“? Gehe ich von einem ganzheitlichen Menschen – und Lebensverständnis aus, so gerate ich für mich jedenfalls zwangsläufig in Distanz zum Hirntod-Konzept.

Wir wissen zwar, dass unser Gehirn, mit dem was wir Bewusstsein nennen, gewissermaßen den Bildschirm darstellt, auf dem wir unsere Welt sehen und erleben. Aber das ist nur die Oberfläche, das hat die neuropsychologische Forschung der letzten Jahrzehnte gezeigt. Der gesamte Organismus organisiert sich selbst, es bestehen sehr unterschiedliche, recht selbständig arbeitende Systeme, die in ihrem Zusammenwirken das ermöglichen, was wir Entwicklung, Wachstum, Werden und Vergehen nennen.

Seit Jahren schon setzen wir Geräte ein, um bestimmte Funktionen, die durch Krankheit, Unfall, zerstört worden sind zu ersetzen. Für welche sollen welche Kriterien gelten? Wir finden nichts mehr dabei, eine Schädigung des Auges durch eine Brille zu ersetzen; einen Hörschaden durch ein Hörgerät, sogar durch ein Cochlea-Implant, eine abgenutzte Hüfte durch eine Prothese. Wir schaffen künstliche Ein- und Ausgänge für Nahrung und Verdautes, für Luft, für Medikamente; kurzum: Wir ersetzen körpereigene Funktionen durch technische Funktionen. Mein eigenes Herz z. B. findet keinen passenden Rhythmus, also hilft ihm ein in den Körper eingebautes digitales Gerät, mich einigermaßen durch den Tag und die Nacht zu bringen. Zuverlässig, über viele Jahre hin.

Ab welchem Geräteeinsatz wollen wir sagen: „Das geht nicht mehr.“? Wann getrauen wir uns zu sagen, dieser Mensch ist kein Mensch mehr, er ist eine Leiche?

Gerade Menschen, die zur Organspende freigegeben sind, müssen besonders sorgfältig versorgt und gepflegt werden. Aus manchen Gesprächen weiß ich, dass dies für die damit

befassten Pflegenden keine einfache Aufgabe ist. Halten sie da etwas frisch und optimal verwertbar oder kümmern sie sich um einen Menschen an der Schwelle zu seinem endgültigen Tod?

Gelten Initialberührung, Berührungskonstanz, Anrede, die Suche nach einem angemessenen Tempo in den pflegerischen Verrichtungen auch hier?. Auch bei diesem Wesen? Oder brauchen Sie dann nicht mehr gelten?

Basale Stimulation in der Pflege hat die Wertschätzung des Menschen in den alltäglichen Handlungen zu einem unverzichtbaren Kernstück des Konzeptes erklärt. Auch in extremen, in aussichtslosen, irreversiblen (d. h. nicht mehr umkehrbaren) Entwicklungsphasen eines Menschen soll dieser Wertschätzung Ausdruck gegeben werden. Die Qualität der Berührung, die Qualität des Kontaktes, die Zuwendung, die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit dessen, was mit einem Menschen in der Endphase seines Lebens geschieht, dies alles ist basal zu gestalten.

Wenn wir akzeptieren, dass der Mensch und seine unterschiedlichen Organsysteme ständig in Austauschprozessen begriffen sind, sich ständig verändern und somit entwickeln, können wir vielleicht auch akzeptieren, dass eben die Organsysteme und ihre Subsysteme miteinander „kooperieren“. Das würde bedeuten, dass nicht eine zentrale Instanz all dies steuert, sondern wir es mit einem „System“ zu tun haben, indem unterschiedliche Bereiche mit einer gewissen Autonomie agieren und interagieren. Wenn wir auf der mikroskopischen und submikroskopischen Ebene sehen, wie auch Zellverbände, einzelne Zellen und kleinere Bausteine durchaus aufeinander Bezug nehmen und miteinander interagieren und so Leben organisieren, so tauchen auch immer wieder neue Fragen nach dem Tod, nach dem vollständigen Stillstand jeglicher Entwicklung auf.

Der Philosoph David Chalmers wagt kühne Thesen: „Ja, ich sympathisiere mit der Möglichkeit, dass es Bewusstsein auf der fundamentalen Ebene der Wirklichkeit gibt. Im Wesentlichen gibt es zwei Optionen zur Lösung des Leib-Seele-Problems. Beide gehen davon aus, dass Bewusstsein ein fundamentales Merkmal unserer Welt ist. Bei der einen Option sind physikalische Welt und Bewusstsein vonein-

ander getrennt, aber korreliert durch Gesetze, die beide Bereiche verbinden. Das war die Position von Descartes. Die andere Position besagt, dass Bewusstsein schon in die unterste Ebene der Physik eingebaut ist – dass die physikalische Welt aus Bewusstseins-Bits besteht. Der Panpsychismus. Ihm zufolge haben Elementarteile selbst Elemente von Bewusstsein. Das klingt ziemlich verwegen, wird aber von vielen Philosophen ernst genommen“.



Dr. Andreas Fröhlich, Professor für allgemeine Sonderpädagogik – bis 2006 an der Universität Koblenz – Landau, Campus Landau

polyhandicap@aol.com

Literatur

David Chalmers, in:
Hohe Luft kompakt, Sonderheft 1/2015;
Die großen Philosophen unserer Zeit im Gespräch,
Seite 56.

Hannich und Samolon in:
Christel Bienstein, Andreas Fröhlich:
Bewusstlos – Eine Herausforderung für Angehörige,
Pflegende und Ärzte;
Düsseldorf, 1993
(Das Büchlein ist noch beim Verlag „Selbstbestimmtes Leben“ erhältlich.)