

## SCHWERPUNKT MACHBARKEIT UND MENSCHENWÜRDE

---

# Gebärmachine oder Lebensschutz

Dr. Alexandra SCHWARZ

### ZUSAMMENFASSUNG

*Wenn bei einer Schwangeren ein Hirntod eintritt, ergeben sich drei große Fragestellungen: einerseits steht der Behandlungsabbruch zur Diskussion, andererseits aber auch das Lebensrecht des Ungeborenen. Zusätzlich fragt man sich aber auch, ob es gerechtfertigt ist und der Würde der Frau und auch des Kindes entspricht, wenn man diese Mutter, die bereits hirntot ist, über längere Zeit künstlich am Leben erhält, um so das Leben des Kindes zu retten. Die Problematik wird aus der Sicht des Kindes und aus der Sicht der Mutter behandelt.*

*Eine intensivmedizinische Behandlung, die ausschließlich in der künstlichen Beatmung besteht, solange der Zustand von Mutter und Kind stabil ist, läßt die Würde der Frau als auch des Ungeborenen gewahrt bleiben.*

**Schlüsselwörter:** Schwangerschaft, Hirntod, Lebensrecht des Embryos, Aufrechterhaltung der Kreislauffunktion, Würde von Mutter und Kind.

### ABSTRACT

*Three questions arise when a pregnant woman suffers brain death: first of all the possibility of ceasing further vivification, secondly the right of life of the unborn child must be taken into consideration, The third results from the first two. The unborn child is sufficiently respected when the mother who is brain dead is kept artificialy vivificated for a long period of time in order to save the life of the child. This problem must be considered from both points of view: mother and child.*

*As long as the condition of the brain dead mother and the unborn child is stable, an intensive treatment of the mother consisting of artificial respiration only, is in keeping with the dignity of both persons.*

**Keywords:** Pregnancy, brain death, right of life of the embryo, maintainance of blood circulation, the human dignity of the mother and unborn child

**D**ER Fall einer hirntoten Schwangeren, bei der versucht wird, die Herz-Kreislauf-Funktion durch künstliche Beatmung aufrecht zu erhalten, um das Leben des Kindes zu retten, schneidet im wesentlichen drei Problemkreise an.

Zunächst stellt sich die Frage des Behandlungsabbruchs bei schwerem Hirntrauma. Bei einer hirntoten Schwangeren tritt außerdem die Frage nach dem Lebensrecht des Ungeborenen hinzu. Die besondere Schwierigkeit des Falles liegt zuerst darin, daß, solange die Mutter noch lebt, zwei Personen, die sich in Lebensgefahr befinden, körperlich miteinander verbunden sind, was bei einer normalen Schwangerschaft ja meist nicht gegeben ist und daher auch keine Probleme schafft. Dann stellt sich aber auch die Frage, ob es gerechtfertigt ist, eine Frau, die bereits hirntot ist, über längere Zeit quasi „künstlich“ am Leben zu erhalten, um das Leben ihres Kindes zu retten – also die Frage, durch welche Vorgangsweise sowohl die Würde der Frau als auch die des Kindes gewahrt wird.

Vielleicht ist es für die Diskussion von Nutzen, Mutter und Kind vorerst gedanklich getrennt voneinander zu betrachten und für beide jeweils drei Fragen zu beantworten:

- 1) darf man es (aber muß es nicht) tun?
- 2) muß man es tun?
- 3) darf man es keinesfalls tun?

### Aus der Sicht des Kindes

Beginnen wir mit dem Kind. Da es sich bei einem Embryo um einen vollwertigen – wenn auch nicht vollständig entwickelten – Menschen handelt, müssen ihm prinzipiell die gleichen Lebensrechte zugestanden werden wie einem Neugeborenen bzw. einem Erwachsenen. Danach hat auch ein Embryo ein Recht auf Lebensrettung. Muß sein Leben aber um jeden Preis gerettet werden? Ist es nicht vielmehr so, daß die konkrete medizinische Behandlung –

also Aufrechterhaltung des Kreislaufs der hirntoten Mutter durch künstliche Beatmung über Wochen – keine etablierte Methode ist, deren Ausgang im Gegenteil sehr ungewiß ist? Leitet sich daraus nicht eher ein „Darf, aber muß nicht“ oder sogar ein „Darf nicht“ ab, da man nicht einfach am Menschen experimentieren darf?

Ein Experiment läuft allerdings definitionsgemäß unter kontrollierten, vorher festgesetzten Bedingungen ab. Hier handelt es sich um eine zufällig gegebene Situation: die Mutter ist tot, das Kind in ihrem Leib lebt. Der Arzt wird unfreiwillig mit diesen Tatsachen konfrontiert und muß entscheiden. Für den Embryo besteht die einzige Überlebenschance in eben diesem Experiment – d.h. besser gesagt – in diesem Behandlungsversuch.

Ich setze bei diesen und folgenden Überlegungen natürlich voraus, daß eine echte Überlebenschance besteht und daß die medizinische Neugier und der wissenschaftliche Ehrgeiz nicht die einzige Motivation des Arztes sind.

Allerdings gilt auch bei einem Embryo, wie bei jedem anderen Patienten, daß ein Behandlungs-Muß nur solange besteht, als zur Abwendung des Todes nicht dauerhaft außergewöhnliche Mittel angewendet werden müssen. Da es sich in diesem Fall nicht um eine etablierte Methode mit hoher Erfolgsquote handelt, besteht aus dieser Sicht kein Muß von seiten des behandelnden Arztes.

Wie ändert sich die Situation, wenn feststeht, daß das Kind behindert ist? Hier kommt der nicht behandelnde Arzt sehr schnell in den Verdacht der Eugenik. Zu unterscheiden sind vorerst zwei verschiedene Gegebenheiten: Erstens, der Embryo ist von vornherein schwer behindert, zweitens, ich als behandelnder Arzt verursache erst die Schädigung. Da es sich – wie eben erwähnt – um einen Behandlungsversuch mit ungewissem Ausgang handelt, ist es gerechtfertigt, die Behandlung auch bei einem primär geschädigten Kind nicht zu beginnen. Allerdings sind hier die Art der

Behinderung und die Motivation des Arztes entscheidend. Hat die Behinderung einen wesentlichen negativen Einfluß auf die Überlebenschance des Embryos, so muß sie in den oben erwähnten Überlegungen Berücksichtigung finden. Dasselbe gilt, wenn die Schädigung des Kindes durch den Unfall oder die Krankheit der Mutter (etwa durch zu langen Sauerstoffmangel) bedingt ist. Man würde ja auch einem erwachsenen Unfallopfer nicht unbedingt eine außergewöhnliche Behandlung zukommen lassen, wenn es bereits schwer hirngeschädigt oder ähnliches ist.

Verwerflich wäre – im Gegensatz dazu – die Einstellung, daß sich der Aufwand und der Einsatz für „so“ einen Menschen nicht lohne, obwohl die Überlebenschancen genauso groß wie bei einem völlig gesunden Embryo wären. Dadurch würde der behinderte Mensch zu einem Menschen zweiter Klasse entwürdigt.

Stellt man hingegen fest, daß erst durch die Behandlung selbst sekundäre Schädigungen am kleinen Patienten gesetzt werden, deren weiteres Ausmaß womöglich nicht absehbar ist, kann die Behandlung abgebrochen werden – wie etwa auch bei unerwarteten schweren Nebenwirkungen bei einem Therapieversuch eines terminal Krebskranken mit einem noch nicht zugelassenen Pharmakon.

Kann die Einstellung der Mutter zum Kind in der Entscheidungsfindung weiterhelfen? Ob das Kind von der Mutter gewollt war oder nicht, darf die Vorgangsweise nicht beeinflussen, da das Lebensrecht eines Menschen auch in diesem Fall nicht von der Erwünscht- oder Unerwünschtheit von anderen abhängt. Allein von der Einstellung der Mutter zum Kind kann also weder ein „Muß“ noch ein „Darf nicht“ abgeleitet werden. Auch die Ungewißheit seiner späteren Zukunft, wie z.B. die Vermutung, daß es unter Umständen unglücklich sein könnte, kann kein Grund für ein „Darf nicht“ sein. Natürlich muß unabhängig davon rechtzeitig dafür gesorgt werden, daß das Kind nach der Geburt gut aufgehoben ist.

Was für eine Rolle soll die Meinung der Anverwandten spielen? Nehmen wir an, die Großeltern bzw. der Vater wären absolut gegen einen Versuch, das Leben des Kindes zu retten. Solange die dazu notwendige intensivmedizinische Behandlung z.B. ausschließlich in der Beatmung der hirntoten Mutter besteht – also relativ „einfach“ ist – kann die negative Einstellung der Großeltern oder auch des Vaters nicht ausschlaggebend für das Unterlassen des Behandlungsversuchs sein. Sind die Erfolgchancen gering, der Aufwand sehr hoch, oder der Ausgang der Behandlung sehr ungewiß, so hat das Urteil der Verwandten mehr Gewicht. Je komplizierter, aufwendiger und sozusagen „experimenteller“ die Maßnahmen sind, die zur Rettung des Lebens des Kindes als notwendig erachtet werden, desto mehr Faktoren dürfen und sollen im Entscheidungsfindungsprozeß berücksichtigt werden. So eben auch die Meinung der engsten Angehörigen. Je „einfacher“ jedoch die notwendigen lebensrettenden Maßnahmen sind, desto mehr rückt das Lebensrecht des Embryos an die Spitze der „Prioritätenliste“. Das „Darf“ wird immer mehr zum „Muß“.

#### Aus der Sicht der Mutter

Betrachten wir den Fall nun aus der Sicht der Mutter. Zunächst drängt sich die Frage auf, ob der Hirntod tatsächlich den Tod des Individuums bedeutet. Die Erörterung dieses Problems würde jetzt allerdings zu weit führen, insbesondere deshalb, weil die Beantwortung dieser Frage für die Beurteilung dieses Falles gar nicht so grundlegend ist, wie es vordergründig erscheint.

Eines ist sicher – solange die Frau noch lebt, müssen alle menschenmöglichen medizinischen Maßnahmen getroffen werden, sie am Leben zu erhalten – auch wenn dadurch möglicherweise ungünstige Einflüsse auf die Überlebenschancen des Kindes in Kauf genommen werden müssen. Keinesfalls dürfen der Mutter

notwendige Behandlungsmethoden vorenthalten werden, um das Kind zu retten, denn die Mutter hat ein Recht auf Behandlung, während das Kind kein Recht darauf hat, daß das Leben der Mutter gefährdet wird. Natürlich gilt auch hier – ebenso wie vorher beim Embryo – daß nicht dauerhaft außergewöhnliche Mittel eingesetzt werden müssen. Ist die Mutter jedoch tot und funktionieren mit technischer Hilfe noch ihr Kreislauf und einige ihrer Organe, so richtet sich die Aufmerksamkeit und Priorität der Behandlung auf die Rettung des Embryos. Insofern spielt also die Hirntodfrage eine Rolle.

Die zweite Frage betrifft die Würde der Frau. Wird die tote Frau durch Aufrechterhaltung ihrer Kreislauffunktion, die die Lebenserhaltung ihres Kindes zum Ziel hat, zur Gebärmaschine degradiert?

Nun, da das Heranwachsen und später die Geburt eines Kindes schon für eine gesunde, lebende Frau keineswegs eine Entwürdigung darstellt – im Gegenteil –, kann das bei einer toten Frau ebenso wenig der Fall sein. Das Leben der Frau endet mit dem Tod – nicht aber ihr Muttersein. Man könnte sich vorstellen, daß eine tote Schwangere vielleicht glücklich darüber wäre, wenn sie wüßte, daß sie, obwohl ihr eigenes Leben bereits erloschen ist, ihrem Kind wenigstens noch mit ihrem Körper quasi „ins Leben“ helfen kann.

Auch verstehen wir unter „Leichenschändung“ und „Störung der Totenruhe“ gewöhnlich etwas anderes als die sorgsame und liebevolle Pflege eines toten Körpers zur Rettung des Lebens eines ungeborenen Kindes.

## Konklusion

Verbinden wir nun die beiden Blickwinkel und betrachten wir wieder die gegebene körperliche Einheit – hirntote Frau und noch lebender Embryo! Festzuhalten ist folgendes: Es gibt nicht sehr viele Erfahrungen mit hirntoten Schwangeren. Wenn die Schwangerschaft noch nicht sehr weit fortgeschritten ist, müßten bis zur Lebensfähigkeit noch einige Wochen durchgestanden werden, wobei normalerweise Hirntote nur über wenige Tage stabil gehalten werden können. Da es sich also insgesamt um eine außergewöhnliche, nicht etablierte Behandlung handelt, durch die aber zugleich die Würde und die Rechte der Mutter nicht verletzt werden, darf die Behandlung – muß jedoch nicht – begonnen werden.

Es würde durch solch eine Vorgangsweise sowohl die Würde der Frau als auch das Lebensrecht des Ungeborenen gewahrt bleiben.

Gesetzt den Fall, daß der Zustand von Mutter und Kind sehr stabil ist und die intensivmedizinische Behandlung ausschließlich in der künstlichen Beatmung besteht, würde ich darin für mich als behandelnde Ärztin ein „Muß“ für den Versuch, das Leben des Kindes zu retten, sehen.

*Dr. Alexandra SCHWARZ ist Ärztin, Mutter von zwei Kindern und als Mitarbeiterin am IMABE-Institut tätig.*