

WALTER RAMM

Hirntod und Organtransplantation

(Niederschrift eines Vortrages)

Informierte Zustimmung ?

Schriftenreihe der Aktion Leben e.V.

Postfach 61 - D-69518 Abtsteinach/Odw.

I. Auflage 2001

Nr. 12

INHALT

Hirntod - Problematik	1
Organspendeausweis: Ja oder nein?	14
Probleme für Organempfänger	18
Regelungen der Organentnahme	22
Was wollen wir für die Zukunft?	24

HIRNTOD - PROBLEMATIK

Als Fernseh-Spot und als Kino-Vorspann lief ein Aufklärungsfilm zur Organspende von 60 Sekunden. Der Film sollte Menschen animieren, einen „Organspender-Ausweis“ auszustellen.

Ist es das, was der Gesetzgeber mit „informierter Zustimmung“ meint? Meine Information wird etwas länger dauern! Richtig aufmerksam auf dieses Thema wurde ich, als im Jahre 1993 bei einem Symposium im Straßburger Europa-Parlament ein junger Arzt folgendes berichtete:

„Als Assistent an einer Universitätsklinik war ich mehrmals, quasi dazu verdonnert, bei der Organentnahme mitzumachen. Wenn man das einmal mitgemacht hat, dann stellt man die gesamte Transplantationschirurgie in Frage, weil das, was ich da miterlebt habe, an Leichenfledderei grenzte. Bei einigen Patienten war es so: Es lag die Zustimmung vor, eine Niere zu entnehmen. Dann kam aber plötzlich der Internist und sagte: ‘Ich brauche für meine Forschung noch schnell ein Stück Bauchspeicheldrüse.’ Der Orthopäde kam an und sagte: ‘Ich brauche noch ein Stück aus dem Knie und ein Stück aus dem Unterschenkel’, der Augenarzt kam an und sagte: ‘Ich brauche die beiden Hornhäute.’ Ich kam mir vor wie auf einem menschlichen Autofriedhof.“¹

Von einem Aidskranken wurde berichtet, daß 55 Empfänger Teile von ihm bekommen hätten.² Wie ist so etwas möglich?

Man möchte annehmen, daß der geschilderte Fall noch nicht die Alltagspraxis in deutschen Kliniken ist. Tatsache aber ist, daß die Organtransplantation weit verbreitet ist und viele Organe demzufolge gebraucht werden. Natürlich ist auch hier das Geschäft im Spiel bis hin zur Beschaffungskriminalität.

Am Beginn meines Vortrages möchte ich ausdrücklich erklären, daß mein ganzes Mitgefühl jenen Patienten gilt, die schwer organisch krank sind und darunter unsagbar zu leiden haben. Aber wir dürfen gewisse Fakten nicht unter den Teppich kehren.

Tatsache ist, daß die Transplantation von Organen, mit Ausnahme der Übertragung paariger Organe, erst durch eine Änderung der Todesdefinition möglich wurde. Grundlage für die Neudefinition des Todes waren

1 Dr. med. Siegfried Ernst jun., wörtliche Wiedergabe eines Redebeitrages, Straßburg 1993

2 Der Spiegel, 43/94

die von einem Ad-Hoc-Komitee der Harvard-Medical-School erstellten Kriterien für die Feststellung des „irreversiblen Komas“. Sie wurden 1968 publiziert. Seitdem wird der sog. „Hirntod“ als „Tod des Menschen“ weitgehend akzeptiert. Man nennt seitdem das Versagen des Organs Gehirn „Hirntod“ und den Leib „Restkörper“.

Zur Erinnerung: Am 3. Dez. 1967 gelang es Prof. Barnard in Kapstadt erstmals, ein Herz zu transplantieren. Die Welt jubelte angesichts dieser modernen medizinischen Errungenschaft. In diese Euphorie paßte natürlich nicht die Frage, woher Prof. Barnard dieses schlagende Herz hatte. Aber diese Frage war der Ausgangspunkt für eine neue Todesdefinition. **Umdefinition** hieß das Zauberwort, um aus dem Dilemma herauszukommen.

Auch in anderen Fällen half dieses Zauberwort. So legte man Anfang der siebziger Jahre in Deutschland im § 219 StGB per Definition den Beginn des menschlichen Lebens mit vollendeter Einnistung des jungen Menschen in der Gebärmutter fest, und man war die Sorge um die abtreibende Haupt- oder Teilwirkung verschiedener sog. Verhütungsmittel los.

Das höchste deutsche Gericht definierte in seinem Urteil vom 28.5.1993 die sog. eugenische Indikation des § 218 StGB schlicht und einfach in embryopathische Indikation um und entledigte sich so einer gedanklichen Nähe zu NS-Verbrechen ähnlicher Art.

Die entscheidende Frage aber bleibt: **Sind Organspender tot?**

Die Mutter eines zur Organspende freigegebenen Kindes fragt: *„Welcher Tod wird da gestorben, damit die entnommenen Organe pulsierenden Lebens erfolgreich übertragen werden können?“* und führt weiter aus: *„Der Mensch hat sein Sterben angefangen und kann es - angeschlossen an eine Vielzahl von Schläuchen und Maschinen - nicht vollenden ...“*³

Und „Der Spiegel“ erklärt: *„Jetzt gibt es Hirntote und Herztote, Ganzhirntote und Teilhirntote ... Alle sind tot, zumindest ein bißchen ...“*⁴

Man könnte auch sagen: Ganztot, halbtot, scheintot oder tot, töter, am tötesten.

Tatsache ist, daß bis 1968 weltweit anerkannt war, daß der Mensch dann tot ist, nachdem sein Herz-Kreislauf-System unwiderruflich still-

3 Renate Greinert, Gisela Wuttke, in: Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, Lamuv-Verlag, Göttingen 1993, S. 7 f.

4 Im Vorzimmer des Todes, Der Spiegel, 24/1994

steht. Bis dato war also klar: Eine Leiche ist ohne Herzschlag, ohne Reflexe, starr, kalt und weist alsbald Leichenflecke unter der Haut auf.

Seit die Harvard Universität 1968 die neue Todesdefinition eingeführt hat, gibt es **weltweit viele verschiedene Todesdefinitionen**.

Jene Menschen, die sich in einem irreversiblen (unumkehrbaren) Koma befinden (deren Gehirn nicht mehr arbeitet) und die man heute für hirntot, ja für tot erklärt, galten vor 1968 als lebend. Seit der Umdefinierung des Todesbegriffes gelten diese Menschen - in vielen, wenn auch nicht in allen Ländern - aber als tot.

Seitdem gibt es - per Neudefinition - „Leichen“,

- die atmen, schwitzen oder frieren, Fieber haben können, mit den Zähnen knirschen, sich im Bett aufrichten, um sich schlagen oder treten, das Pflegepersonal umarmen (= komplexe Spinalreflexe), deren Haut rosig schimmert und im Sommer vielleicht von der Sonne gebräunt ist.
- bei denen das Herz schlägt und die ein intaktes Stoffwechselsystem aufweisen, die sich warm anfühlen.
- deren Glieder beweglich sind und deren Brustkorb sich hebt und senkt.
- die Ausscheidungen haben und bei denen Tränen fließen können. deren Wunden, wenn man ihre Haut aufritzt oder aufschneidet, wieder heilen würden.
- die von den Schwestern und Pflegern mit ihrem Namen angesprochen werden und sich in nichts von anderen Patienten unterscheiden, die künstlich beatmet werden.
- Männliche „Leichen“, die noch Kinder zeugen könnten und
- weibliche „Leichen“, die noch bis zu 3 - 4 Monaten Kinder austragen und gebären könnten.

Dennoch erklärt man diese Menschen für tot. Aber an einer Todeserklärung ist noch niemand gestorben. Weder Geburt noch Tod sind ein Zeitpunkt. Der Arzt muß gebührend abwarten und kann nicht selbstherrlich das Wesen des Menschen auf Teile des Gehirns reduzieren.

Das Ich und die Seele sind philosophische Begriffe, deren Inhalt wir naturwissenschaftlich gar nicht fassen können. Alle Glieder ergeben zusammen unser Ganzes und wir leben in allen. **Aber wir sterben auch in**

allen, und unser Tod ist deshalb nicht durch einen irreversiblen Organ-ausfall gegeben.

„Was ‘nur noch’ biologische Verhaltensweisen zeigt, lebt. Denn ‘Bios’ heißt Leben, und mehr haben wir allesamt auch nicht!“⁵

Manche sagen, an der Beatmung hänge nur noch der „vegetative Rest“. Vegetation ist Leben!

Es ist makaber: In Deutschland wird nach den Richtlinien der Bundesärztekammer (die übrigens mehrfach geändert wurden, so 1982, 1986, 1991) jeder Organspender - der doch angeblich tot ist - vor der Organentnahme narkotisiert, bzw. werden ihm muskelentspannende Mittel verabreicht. Damit sollen unter anderem Rückenmarkreflexe, wie z. B. das Um-sich-Schlagen oder Zucken, unterdrückt werden.

Eine einheitliche „Hirntod“-Definition gibt es, wie gesagt, weltweit in der Medizin nicht. In Deutschland gibt es derzeit nach den Richtlinien der Bundesärztekammer die sogenannte Ganzhirntod-Definition.

Das Dilemma ist, daß man als potentieller Spender so tot wie möglich sein möchte und als Organ-Empfänger diese Organe so frisch und lebendig wie möglich erhalten möchte.

Prof. Dr. Linke, Neurophysiologe und -chirurg, Bonn, fragt: *„Kann ein Mensch für tot angesehen werden, wenn 97 % seiner Körperzellen noch funktionieren, aber nur 3 %, die sein Gehirn ausmachen, ausgefallen sind?“⁶*

Wollte man sich also nicht dem Vorwurf des Totschlags oder gar Mordes aussetzen und dennoch Organe zur Transplantation gewinnen, so mußte schlicht und einfach der Todeszeitpunkt vorverlegt werden. Das hat man 1968 getan.

Prof. Dr. Linke führt hierzu aus: *„Der Organismus stirbt während der Operation (Explantation) im Rahmen der Kochsalzdurchspülung des Kreislaufsystems ab. Es gibt Philosophen, die dies als Mord bezeichnet haben ... Einige liberal-progressive Denker bezeichnen die Organentnahme beim Hirntoten als Gestattung einer Ausnahme vom Euthanasieverbot.“⁷*

Hierzu erklärt der evangelische Theologe Prof. Dr. Jörns: *„Der Hirntod markiert einen - entscheidenden - Punkt im Sterbeprozess des Menschen.“⁸*

5 Dr. Dinkel, Leserbrief, in: Ärzteblatt, 7.7.1995

6 Prof. Dr. Detlef B. Linke, Hirnverpflanzung - Die erste Unsterblichkeit auf Erden, Rowohlt Verlag, Hamburg 1993

7 Ebd.

Das Sterben aber gehört noch zum Leben. Diese Erkenntnis hat auch die Euphorie gegenüber der Organspende in der Evang. Kirche Deutschlands (EKD) und der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) gedämpft und zunächst - aber auch nur zunächst - zu einem Umdenken geführt.⁹

Das Problem des „Hirntodes“ betrifft zumeist Menschen - es gibt übrigens kaum eine Altersgrenze - nach Unfällen mit massiven Schädelverletzungen oder Vergiftungen. Zu ihnen zählen aber auch Selbstmörder und Hirntumorkranke. Es sind Patienten, bei denen eine Reanimation, also eine Wiederbelebung, durchgeführt wurde, deren Herz-Kreislauf-Funktionen wiederhergestellt, aber deren Gehirnfunktionen nicht wieder aktiviert werden konnten. So entsteht die eigentlich ungewöhnliche Situation, daß das Organ Gehirn seine Funktionen vor dem Herz-Kreislauf-Ausfall aufgegeben hat.

Mit dem Ausfall der Hirnfunktion, genauer der Hirnstammfunktion (wobei Temperatur- und Blutdruckkontrolle, Salz- und Wasserspiegelausgleich sowie Herzfrequenzsteuerung noch vorhanden sein können) fällt auch die zentrale Steuerung der Atmung aus. Der Patient wird künstlich beatmet. Alle hirnbezogenen Reflexe sind erloschen bzw. nicht mehr nachweisbar. Nicht so die Rückenmarkreflexe, von denen niemand zu sagen vermag, ob sie nicht doch vom Hirn gesteuert sind, wie Zucken der Beine und Arme oder gar Aufrichten im Bett.

Mit der Zeit können auch die hormonelle Steuerung und die Herz-Kreislauf-Funktionen nachlassen, so daß diese von außen mehr oder minder reguliert und unterstützt werden müssen, wenn der Patient **nicht sterben soll**.

Der Herztod fällt in der Regel - wegen des Ausfalls der Spontanatmung - zeitlich eng mit dem „Hirntod“ zusammen. Bei guter „Intensivpflege“ und „gutem Allgemeinzustand“ des Sterbenden kann der Herztod aber auch erst bis zu 6 Stunden nach dem Abschalten des Beatmungsgerätes eintreten.

Wird der Patient nach Eintritt des sog. „Hirntodes“ weiter beatmet, kann seine erwartete Lebensspanne noch 2 bis 4 Wochen, bei einer

8 Prof. Klaus-Peter Jörns, Organtransplantation: Eine Frage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung, Berliner Theologische Zeitschrift, 9. Jahrgang, Heft 1, 1992

9 Reportage des Bayerischen Rundfunks, Organspende - Der umkämpfte Tod, 7.4.1994, Fernsehbeitrag von Silvia Trümmer

Schwangeren bis zu 4 Monaten betragen. Danach ist der Sterbeprozess auch durch künstliche Beatmung nicht mehr aufzuhalten, denn man kann keinen Toten beatmen!¹⁰

Aber ist es nicht gerade das, was die meisten Menschen so sehr fürchten, nämlich an Maschinen zu zappeln und nicht sterben zu dürfen? Genau das geschieht - künstlich verlängert -, wenn Organe entnommen werden sollen. Die Beatmungsgeräte werden erst nach der Organentnahme abgeschaltet!

In dem Buch „Ungeteilt sterben“¹¹ schreibt Gisela Wuttke: *„Es ist auch nicht der uns vertraute Tod, der da - auf der anderen Seite der Transplantationsmedizin - gestorben wird, sondern der Hirntod. Der Hirntod ist ein Schwebezustand zwischen Leben und Tod, ein Zustand, den wir Sterben nennen, ein Sterben jedoch, das unter der sorgfältigen Beobachtung von Monitoren, Schwestern und Pflegern 'künstlich' aufrechterhalten wird, um Zeit für die Organentnahme zu 'gewinnen'. Tod und Leben liegen im Hirntod so nah beieinander, daß die Pflege von 'toten Patienten' zu den schwierigsten Aufgaben gehört, denen sich die Schwestern und Pfleger auf den Intensivstationen ausgesetzt sehen. 'Lebt er noch?' ist eine häufig gestellte Frage, wenn die Schicht wechselt. Lebt er noch, kann er transplantiert werden.“*

Im gleichen Buch wird auf den Philosophen Hans Jonas verwiesen, der auf den Widerspruch hinwies: **„Ein 'hirntoter' Mensch ist zugleich im Sterben begriffen wie gestorben, zugleich lebend wie tot, zugleich Person wie Sache.“**

Übrigens, bezüglich der Seelsorger und des Problems der „hirntoten“ Patienten schreibt eine Intensiv-Krankenschwester,¹² daß *„einige Klinikchefs von Seelsorgern erwarten, die Angehörigen zu Organspende/Organopfer zu überreden, da sie sonst in der entsprechenden Klinik nicht seelsorgerisch tätig sein dürften.“*

Zumeist wird diese Aufgabe von Ärzten übernommen, die eigens für die Überredung von Angehörigen von dem Pharmaunternehmen „Nor-

10 Gespräch mit Fachleuten, deren Namen wir zu deren eigenem Schutz nicht preisgeben können.

11 Gisela Lermann (Hrsg.), Ungeteilt sterben, Dr. Gisela Lermann Verlag, Mainz, S. 15 f.

12 Ebd., S. 62

13 Jürgen und Gisela Meyer, Kritische Aufklärung über Organtransplantation (KAO)

vatis“ - Hersteller von Medikamenten für Organempfänger - geschult wurden.¹³

Eine gewisse Hektik kommt in den Krankenhäusern und bei den Explantationsteams schon deshalb auf, weil die Lungen z. B. nach mehrtägiger Beatmung unbrauchbar sind. Für die anderen Organe gilt: je früher - je besser für den Empfänger.

1992 heißt es in einer Erklärung der Bundesärztekammer: Der Tod ist ein Geheimnis. Er muß Angehörigen erklärt werden, damit sie in eine Organentnahme einwilligen.

Auch Krankenschwestern müssen offenbar in dieses „Geheimnis“ eingeführt werden. Eine Krankenschwester berichtet von einer solchen Unterweisung durch eine Kollegin, wie sie „hirntote“ Patienten bis zur Explantation zu pflegen habe. Da „Hirntote“ unkontrollierte Bewegungen machten, die bei den Angehörigen den Anschein erweckten, daß sie noch lebten, sollte man, bevor die Angehörigen kommen, ein muskelrelaxierendes Medikament spritzen.

Die Diagnosekriterien sind fast überall unterschiedlich. So verlangt man in England und Deutschland kein Elektroenzephalogramm (EEG). In Deutschland kann es aber eingesetzt werden, um die Wartezeit zu verkürzen.

Auf diese Weise könnte, so sagt Dr. med. Byrne aus den USA, *„ein Patient an einem bestimmten Ort kraft einer Kriteriengruppe für tot befunden werden, nicht aber an einem anderen Ort, wo eine andere Kriteriengruppe angewendet wird“*.¹⁴

Aber auch die Festlegung bestimmter Kriterien zur Bestimmung des „Hirntodes“ ist natürlich keine Garantie für die Praxis.

DIE ZEIT veröffentlichte in einem Beitrag (Nr. 41, 3.10.97) das „Protokoll eines Hirntodes“.

„Die Untersuchung eines Hirntoten geht nach detaillierten Richtlinien der Bundesärztekammer vor sich: Zwei Mediziner, die nichts mit einer möglichen Organentnahme zu tun haben dürfen - und in der Behandlung von Komapatienten erfahren sind - protokollieren die Symptome und stellen die Diagnose. ... (Es folgt die Begutachtung der Röntgenaufnahmen.) In medizinischen Kürzeln berät der Neurologe sich mit der Oberärztin. Dann schreibt er den exakten Befund des

14 Dr. med. Paul A. Byrne, Braindeath - still a controversy, in: The Pharos of Alpha Omega Honor Medical Society, Bd. 53, Nr. 4, Herbst 1990, S. 10-12

Schädel-Hirn-Traumas ins Protokoll. ... Die beiden Ärzte prüfen bei Jan (Unfallopfer) nun die klinischen Symptome des Hirnversagens, zunächst die Tiefe der Bewußtlosigkeit. Dazu versuchen sie eine **Schmerzreaktion** auszulösen. Spittler (Arzt) **preßt den Griff seines metallenen Reflexhammers rechts und links auf die Nagelbetten. Er kneift so stark wie möglich an beiden Seiten in die Haut unter den Achseln und unterhalb der Ohren - Stellen, die empfindlich sind. Dann sticht er, 'das ist das unangenehmste', mit einer Kanüle rechts und links in die Nasenscheidewand - ein starker Schmerzreiz im Bereich des Trigemminusnervs. Aus der Nase sickert Blut. Aber Pulsschlag und Blutdruck, deren Werte in digitalen Ziffern auf dem Monitor am Kopfende blinken, bleiben unverändert. Der Mann regt sich nicht. Behutsam zieht Spittler erst das eine, dann das andere Lid des Patienten auf und leuchtet in die Pupillen. Sie reagieren nicht mehr auf Licht, bleiben 'reichlich mittelweit'. Ein Pfleger löst die steife Halskrawatte. Jetzt drehen die Hände des Arztes den Kopf mit den stoppelkurzen dunklen Haaren erst nach rechts, dann nach links, kippen ihn nach vorn. Bei diesen plötzlichen passiven Bewegungen müßten Jans Augen gegensteuern: das sogenannte Puppenkopphänomen. ... Mit der Ecke eines Papiertuchs tupft Spittler in die Augen hinein. Sie blinzeln nicht. Die Augen sind tot.**

Nein, sagt der Arzt, bei einer solchen Untersuchung habe der Patient, den er nur während der Diagnose zu Gesicht bekomme, **fast niemals mehr individuelle Züge für ihn**. Aber es gebe Ausnahmen. Zum Beispiel den Jahre zurückliegenden Fall eines kleinen Kindes, das er wegen seiner 'völlig verrückten Reflexe' zunächst nicht für hirntot erklärt hatte. Gerade bei Kindern gebe es sehr irritierende Erscheinungen: 'Sie streicheln es an der Seite, und plötzlich geht der Arm hoch.' Das seien vom Rückenmark ausgehende Reflexe, die man dann mit großer Regelmäßigkeit wieder und wieder auslösen könne, erklärte der Neurologe. Solche Bewegungen seien eben keine letzten Lebenszeichen, sondern träten im Gegenteil erst dann auf, 'wenn das Großhirn nichts mehr steuert'. ...

Zwischen Magensonde und Beatmungstubus, die beide aus dem Mund ragen, schiebt Spittler **einen Holzspachtel tief in den Rachen**. Es kommt kein Würgen. Die Bauchmuskeln bleiben völlig schlaff, auch, als nun nochmals der Hustenreflex getestet wird. ... Bevor die Ärzte das Protokoll unterschreiben können, müssen sie nachweisen, daß sich der Zustand Jans nicht mehr umkehren wird. Dazu müßten sie die Untersuchung nach einer Beobachtungszeit von zwölf Stunden wiederholen. Oder sie können, was nun geschehen wird, ein Elektroenzephalogramm ableiten, das eine Nulllinie zeigen muß. ...“ (Hervorhebungen alle vom Verf.)

Was bei dieser Diagnose nicht gemacht wurde, aber zur Verkürzung der Wartezeit häufig angewendet wird, ist der sog. akustisch evozierte Hirnstammpotential-Test. Das geschieht mittels Schallwellen auf die Ohren.

Diese ganze **Hirntod-Diagnose** ist bereits eine **Folter**, gegen die man sich wehren sollte. Normalerweise brauchte der Arzt für eine solche Diagnose - der Patient ist ja (auch nach deren Verständnis) noch nicht tot und auch nicht für tot erklärt - das schriftliche Einverständnis des Patienten.

Eine Intensiv-Krankenschwester berichtete mir von einem Patienten, der bereits für „hirntot“ erklärt worden war, daß sie den jungen Mann, der Vater von zwei kleinen Kindern war, ansprach, daß auch sie Mutter von 2 Kindern sei und er kämpfen müsse, daß es sich lohne und er das schon noch schaffe usw. ... Der Mann reagierte mit den Augen. Ein Kollege meinte, wenn er es wirklich schaffen würde, was das denn für ein Leben wäre und ob sie denn nicht an die vielen Menschen denken würde, denen man mit den Organen helfen könne?

Der amerikanische Arzt Dr. Byrne berichtet: *„In einer Umfrage unter Ärzten und Krankenschwestern, die möglicherweise mit der Organbeschaffung zwecks Transplantation zu tun bekommen könnten, verstanden lediglich 35 % das zugrunde liegende medizinische und juristische Konzept des Hirntods.“*¹⁵

Das Leben von Menschen auf meßbare Hirnströme zu reduzieren ist äußerst fragwürdig, weil der ganze Mensch als Geist-Seele-Leib-Einheit von der Medizin dann überhaupt nicht mehr wahrgenommen wird.

Das EEG geht ohnehin maximal nur 3 mm in die Hirnrinde, und die Hirntod-Diagnose ist wie alle medizinischen Diagnosen und Prognosen nie hundertprozentig. Es kann z. B. niemand nachweisen, ob ein „Hirntoter“ noch Angst empfindet und Schmerzen hat. Das ist eben nicht meßbar. Aber man kann es vermuten, weil Angehörige von Explantierten berichteten, daß ihre Toten verzerrte Gesichter hatten, wenn sie den verplombten Sarg öffneten.

Außerdem sind die Apparate, welche die Hirnströme messen (EEG), nicht von Medizinern, sondern von Elektronikern hergestellt worden. Die Mediziner, die mit dieser Technik umgehen, müssen sich auf all das verlassen, was die Techniker vorgeben. Elektroniker aber sind es heute u. a., welche auf die grundsätzliche Unzuverlässigkeit von Apparaten aufmerksam machen.

15 Dr. med. Paul A. Byrne, Braindeath - still a controversy, in: The Pharos of Alpha Omega Honor Medical Society, Bd. 53, Nr. 4, Herbst 1990

So schrieb Prof. Sylvius Hartwig, der Sicherheitstechnik an der Universität Wuppertal lehrt, im Juli 1997: *„Da, wie gesagt, jede Technologie versagen kann, dann natürlich auch die der Bestimmung des Todeszeitpunktes. Daran ändert auch nichts die Tatsache, daß zwei Gutachter zustimmen müssen. Im Gegenteil, der Zwang, möglichst frische Organe für eine erfolgreiche Transplantation zu haben, wird die Versagenschance der Technologie durchaus beeinflussen. In diesem Zusammenhang ist es für mich aus sicherheitswissenschaftlicher Sicht wichtig, daß es kaum einen akademischen Berufsstand mit derart gebrochener Selbstkritik in Sicherheitsfragen wie den des Arztes gibt.“*

Er spricht auch davon, daß sich die Seele des Sterbenden kaum durch ein Enzephalogramm orten läßt und meint, *„der Sterbende ist hilflos der technischen Manipulation ausgesetzt“*. An dieser Stelle einige Aussagen von einer Expertenanhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 27.6.1995 in Bonn.¹⁶ Aus der Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth, Institut für Hirnforschung, Universität Bremen:

- *„Die Aussage, der Tod eines Menschen sei dann eingetreten, wenn seine gesamten Hirnfunktionen irreversibel ausgefallen sind, ist aus physiologischer Sicht nicht haltbar.“*
- *„... nach naturwissenschaftlich gesicherten Kriterien ist dieser Körper lebendig. Er kann und darf daher nicht als Leiche bezeichnet werden. Dies gilt selbst für den tierischen Organismus und die gesetzlichen Bestimmungen für Tierversuche!“*
- *„Der Hirnstamm ist in Hinblick auf die Aufrechterhaltung des Lebens ein Organ wie andere Organe und kann wie diese zumindest teilweise ersetzt werden. Das Versagen der Nieren führt genauso unweigerlich zum Tod eines Menschen wie der Ausfall des Hirnstamms, sofern nicht ihre Funktion ersetzt wird. Niemand wird aber beim Ausfall der Nierenfunktion von einem toten Menschen sprechen. Die Gleichsetzung von Hirntod und Gesamttod des Menschen ist daher abzulehnen.“*
- *„Der Ausfall der gesamten Hirnfunktionen kann mit den heute angewandten Verfahren nicht zweifelsfrei festgestellt werden.“*
- *„Eine wirkliche Leiche ist für eine Organentnahme ungeeignet. Will man Organtransplantation, dann muß man akzeptieren, daß man die Organe einem lebenden Menschen entnimmt, dessen Hirn irreversibel geschädigt ist.“*

16 Ausschußdrucksache 13/116, 136-140

- **„Nur der irreversible Eintritt des Stillstandes von Herz und Kreislauf und Atmung ist der unumkehrbare Beginn des Sterbens.“**

(Hervorhebungen alle vom Verf.)

Ein Befürworter des „Hirntodes“ und der Organtransplantation, Prof. Dr. Gundolf Gubernatis, Medizinischen Hochschule Hannover, Deutsche Stiftung Organtransplantation, sagt in seiner Stellungnahme:

„Der Hirntod ist der Tod des Menschen. ... Der Sterbeprozess wird niemals endgültig erforscht sein, denn er ist nicht ausschließlich wissenschaftlich erfaßbar. Todesdefinition und Todesfeststellung sind letztlich Verabredungen.“ Er meint, deshalb ... **„sollte die Gesellschaft die am wahrscheinlichsten richtige Lösung, d. h. die Wissensbasis als Entscheidungsgrundlage für die ‚Verabredung‘ heranziehen, da sie am ehesten mehrheitsfähig ist“.**

Prof. Dr. Uwe Körner, Berlin, sagt in seiner Stellungnahme:

- **„Voraussetzung ist bei allen Aussagen über Sterben und Tod die Unterscheidung der drei Phasen: Sterben, Todeseintritt und Totsein.“**
- **„Daß der beobachtete letzte Atemzug der letzte war, läßt sich in der Regel erst nach einer gewissen Dauer des Nichtatmens und der Prüfung einiger weiterer Umstände mit Sicherheit sagen.“**
- **„Wenn man die Auffassung teilt, die Hirntodfeststellung sei keine Todesfeststellung sondern der sichere Nachweis für eine Unumkehrbarkeit des Sterbeprozesses, so heißt das in anderen Worten auch, der Hirntote ist ein Sterbender, er gehört noch zu den Lebenden.“**

(Hervorhebungen alle vom Verf.)

Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen, Theologe:

„In der Frage der Todesfeststellung, dürfen wir uns ebensowenig eine Dispensation vom Zweifel gestatten wie in der Frage des Lebensbeginns. Insofern besteht bei der ‚Hirntod‘-Frage eine Analogie zur Frage des Schutzes früher Embryonen, der ja auch darauf beruht, daß man vom Zweifel nicht dispensieren kann, inwieweit hier menschliches, potentiell personales Leben vorliegt.“(Hervorhebungen alle vom Verf.)

Er spricht auch noch vom **„slipery slope zum Teilhirntod“**, und sagt weiter: **„Daher ist der ‚moralische Status‘ der ‚hirntoten‘ sterbenden Menschen ein Status der Menschenwürde.“**

Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg, Theologe und Vertreter der katholischen Kirche: **„Der Tod des Menschen ereignet sich in diesem gesamten**

*Prozeß der körperlichen **Desintegration und Devitalisation**, ohne daß sein Zeitpunkt im Nachhinein exakt feststellbar wäre.*“(Hervorh. alle v. Verf.)

Dann aber kommt er zu dem Schluß: „Gerade weil der Mensch nicht dualistisch als nachträgliche Zusammenfügung von Leib und Seele aufgefaßt werden kann, sondern immer als eine ursprüngliche leib-seelische Einheit, die mehr ist als die Summe ihrer Teile, **ergibt die Hirntod-Definition auf dem Hintergrund der philosophischen Anthropologie einen guten Sinn.**“ (Hervorhebungen alle vom Verf.)

Prof. Dr. Johannes Gründel, München, Theologe und ebenfalls Vertreter der katholischen Kirche meint:

- „Den genauen Zeitpunkt des Eintritts des Todes bei einem Menschen anzugeben, wird wohl niemals unmittelbar möglich sein. Insofern wird die Todesfeststellung letztlich immer **eine menschliche Setzung - positivistischer Art** - bleiben. Das ist nicht negativ zu werten; nur bedürfen diese Setzungen einer entsprechenden Begründung, die als solche selbst wiederum nicht zwingend, sondern nur konvergent (zusammenstrebend) möglich ist. Für die Setzung sind verschiedene Plausibilitätsgründe anzugeben, die als solche nur Wahrscheinlichkeitscharakter tragen, zusammengenommen jedoch eine entsprechend größere - **keineswegs aber absolute Sicherheit** - ergeben müssen.“
- „Unser Erkennen wie auch unser Handeln ist weithin interessegeleitet. Dies ist nicht von vornherein negativ zu werten. Doch bedarf es einer entsprechenden Absicherung ...“
- „Wenn trotz des endgültigen Ausfalls sämtlicher Hirnfunktionen durch Intensivmaßnahmen das Herz-Kreislaufsystem noch künstlich aufrechterhalten wird, um Organe für eine Transplantation **lebensfrisch** zu erhalten, so läßt sich dies rechtfertigen aus solidarischer Hilfsbereitschaft für jene Patienten, die auf eine Organspende warten ...“ (Dieser Aspekt wird später noch behandelt. - Hervorhebungen alle vom Verf.)

Den Gegnern der „Hirntod“-Theorie, die aber in inkonsequenter Weise die sog. „enge Zustimmungsregelung“ befürworteten, schrieb er mit recht ins Stammbuch: „Für die **Gegner der Hirntod-Diagnose aber ergibt sich, daß sie entweder auf eine Organentnahme für eine Transplantation gänzlich verzichten müssen - oder daß sie im Rahmen einer engen Zustimmungslösung für jene, die ihre Bereitschaft für eine Organspende nach irreversiblen Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen erklärt haben, eine solche Möglichkeit einräumen. Sie muten damit aber dem Arzt einen Eingriff zu, der ihrer Meinung nach an einem ‚Sterbenden‘ geschieht und den Tod die-**

ses Patienten herbeiführt, also aktive Euthanasie beinhaltet. Um nicht mit dem Grundgesetz in Konflikt zugeraten, soll dann ein solcher Eingriff straffrei bleiben. Wer jedoch aktive Euthanasie ablehnt, dürfte eine solche Position nicht vertreten.“ (...) (Hervorhebungen alle vom Verf.)

Prof. Dr. Wolfram Höfling, Jurist, Universität Giessen: **„Schließlich begründen auch die mehrfach beobachteten Hirntod-Schwangerschaften erhebliche Zweifel an der Annahme, der hirntote Organismus befinde sich in einem Zustand vollständiger Desorganisation.“**

Anmerkung: Es ist eine völlig absurde Vorstellung, zu glauben, der Körper der Schwangeren, inklusive des Uterus, sei tot und das Kind innerhalb dieser Gebärmutter sei eigenständig und lebendig. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß das Kind nun analog zum „Hirntod“-Konzept auch als tot gelten müsse. Vielmehr wird hier deutlich, daß „Hirntote“ Sterbende sind und damit allenfalls am Ende ihres Lebens stehen und keineswegs bereits tot sind, wie das „Hirntod“-Konzept unterstellt.¹⁷

*„Der Sterbeprozess selbst aber ist dem Leben zuzurechnen. Das Mindeste jedenfalls, was sich im Blick auf einen ‚Hirntoten‘ feststellen läßt, ist, daß **prinzipielles Nichtwissen** darüber besteht, ob er den Sterbeprozess bereits abgeschlossen hat. Dann aber gilt als verfassungsrechtliches Gebot: **In dubio pro vita.**“* (Hervorhebungen alle vom Verf.)

Prof. Dr. Rudolf Pichlmayr, Hannover (1997 verstorbener Nestor der Transplanteure), muß selbst zugeben, daß die „Hirntod“-Definition nicht eindeutig ist: *„Was Sterben und Tod wirklich für den Menschen bedeutet und ist, wird keine der Wissenschaften eruieren können.“*

Passend hierzu ist die Aussage eines österreichischen Mediziners im Fernsehen: **„Der hirntote Mensch ist tot - er wird sterben!“**

17 Alexandra Manzei, Hirntod, Herztod, ganz tot?, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1997, S. 13

ORGANSPENDEAUSWEIS: JA ODER NEIN?

Seit Jahren sehen wir uns einer groß angelegten und aufwendig betriebenen Werbung für Organspende ausgesetzt. Eine außergewöhnliche Werbeaktion ist vor Jahren schon in Berlin angelaufen. Sog. Streetworker sprechen die Leute auf der Straße an und werben für die Bereitschaft, Organe zu spenden. (Man sagt, sie hielten sich vorwiegend in Motorradfahrer-Kreisen auf.)¹⁸

So bieten Krankenkassen, u. a. die Barmer Ersatzkasse, einen Gesundheitspaß mit Organspendeausweis an.¹⁹

Sportler, wie Franz Beckenbauer, Jürgen Kliensmann, Steffi Graf, Franziska v. Almsik, Reinhold Messner, Jens Weißflog und ganze Nationalmannschaften werben mit einer Initiative „Sportler für Organspende“. ²⁰

Da gehen CDU-Politiker auf die Straße und werben für sich und für Organspenderausweise. ²¹

Bürger erhalten auf den Gemeinden mit ihren Ausweispapieren einen Organspenderausweis. ²²

Aber wer weiß schon, was er da wirklich tut, was er da unterschreibt?

Mit Appellen wie: „Lebensrettung für viele Menschen“, „Organspende bewahrt Leben“, „Organspende - ein Akt der Nächstenliebe“ wird für Organspende geworben.

Eine Broschüre „Organspende bewahrt Leben“, herausgegeben vom „Arbeitskreis Organspende“, zeigt auf der Titelseite das Profil eines Puzzlemenschen, dem ein Puzzleteil in Herznähe entnommen ist. (Wurde zwischenzeitlich geändert.) Am Ende des Heftes findet der Leser einen Organspendeausweis.

Aber worin hat jemand eingewilligt, der einen solchen Ausweis bei sich trägt, oder als Verwandter eines Unfallopfers seine Zustimmung zur Organspende gibt?

18 Nachrichten, 26.4.1995

19 Die Rheinpfalz, 14.3.1997

20 KKH-Journal, 1997

21 Wochenkurier HD, 30.7.1997

22 Sauerland Kurier, 28.8.1997

Bei Zustimmung zur Organentnahme gilt in der Regel, daß man einer **Multiorganentnahme** zustimmt. Das heißt, es werden gleichzeitig **alle** „verwertbaren Organe“, Nieren, Lunge, Herz, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz, Magen, Dünndarm (nicht so häufig), Gehörknöchelchen, Augenhornhäute, Knochenmark, Bänder, evtl. auch Hirnhaut und Haut entnommen. Der Mensch wird fast komplett „recycelt“!

Bei einer Multiorganentnahme können bis zu 20 Ärzte an dem beatmeten, narkotisierten Patienten tätig werden.

„Die Hautlappen werden so gehalten, daß eine ‚Wanne‘ entsteht, die mit bis zu 15 Liter eiskaltem Wasser gefüllt wird. Die Organe werden mit eiskalter Perfusionslösung durchspült, das Blut wird abgesaugt. Erst wenn das Herz mit Kühlflüssigkeit durchspült wird, tritt der Herzstillstand ein.“²³ Der sog. „hirntote“ Patient stirbt also an der Perfusionslösung!

Über den Vorgang im OP bei der Organentnahme äußern OP-Pleger: *„Wie die Sau am Trog.“* *„Für einige Beteiligte schien er nicht mehr als ein Ersatzteillager zu sein.“²⁴ Man spricht auch vom „Abernten“ von Organen, im englischsprachigen Raum heißt es meist „to harvest“. Für das OP-Personal ist diese Situation oft sehr belastend. Sie fühlen sich, als hätten sie den Patienten im Stich gelassen. So verwundert es auch nicht, daß nach einer Umfrage von Putz²⁵ sich zirka 60 % des Pflege- und OP-Personals eher ablehnend gegenüber der Organentnahme geäußert haben.*

Eine Schweizer Pharmafirma, die mit einem Medikament zur Unterdrückung der Abstoßreaktion jährlich 1,4 Milliarden Umsatz macht, veranstaltet PR-Maßnahmen, um die Bereitschaft des Personals zu steigern.

M. Grosser beschreibt im oben erwähnten Buch seine Gefühle als OP-Pfleger wie folgt: *„Ich werde nach Hause gehen, mich schlafen legen, und dann werde ich im Traum noch einmal das Ganze erleben. Ich werde diesen Toten sehen, der erst sein eigenes, dann das Gesicht eines mir nahestehenden Menschen und schließlich mein Gesicht tragen wird. Alles Verdrängte, Verschluckte, ein Hexenkessel voller Gefühle wird aufbrechen. Sie werden ihr grausames Spiel mit mir treiben - ungehindert, ungebremst, sich austoben bis zum Exzeß. Erst dann wird diese Entnahme für mich vorbei sein.“²⁶*

23 Jürgen und Gisela Meyer, Verwaiste Eltern, Kritische Aufklärung Organtransplantation (KAO)

24 Volker Pache, Ebd.

25 Nach Volker Pache

26 M. Grosser, nach Volker Pache

Die Mutter eines „Organspenders“ erklärt: *„Unsere Kinder sind mit nicht mehr funktionierendem Gehirn, aber doch bei lebendigem Leib auseinander-genommen und verteilt worden. Diese Vorstellung, daß der noch lebende Leib ihrer Kinder zerteilt wird, im hilflosesten Zustand, zu einem Zeitpunkt, als sie hätten beschützt werden müssen, macht Mütter krank, so krank, daß sich viele von ihnen in psychiatrische Behandlung begeben müssen.“*²⁷

Und weiter: *„Keiner, der die Organspende befürwortet, denkt daran, daß ein Mensch sterbend auf einen Operationstisch geschnallt wurde, damit er Spender von lebenden Organen sein konnte“.*²⁸

So ergibt sich aus vielen Berichten einer Initiative „Verwaister Eltern“, *„wie ungeheuer heilsam es ist, wenn sie ihr Kind wenigstens im Sterben begleiten konnten und genügend Zeit zum Abschied vom toten Kind hatten. Viele kennen den un guten ‘Rat’, daß sie doch das Kind so in Erinnerung behalten sollten, wie es gelebt habe. Statt dessen wäre es dringend notwendig gewesen, den Eltern den Abschied von ihrem verstorbenen Kind zu ermöglichen, sie zu ermutigen, es noch einmal zu sehen, es zu waschen und anzuziehen, es nach Hause zu holen und es dort aufzubahren. Andernfalls leiden die Eltern ein Leben lang unter dem fehlenden Abschied und dem versäumten letzten Liebesdienst.*

... Statt auf die Bedürfnisse des Sterbenden und seiner Angehörigen, die ihr Kind als lebenden Menschen wahrnehmen, Rücksicht zu nehmen, werden Eltern mit der Verantwortung für einen kranken, völlig unbekanntem Dritten belastet.

... Eltern leben schlecht mit dem Wissen, daß die Organe nicht nach dem Abstellen der Apparate entnommen werden, wie sie vielleicht ursprünglich gedacht hatten, sondern daß dies bei Aufrechterhaltung der Beatmung geschieht.

*... Wie wichtig ist es dann, daß wir ermutigt werden, ein sterbendes Kind nicht zu verlassen, ihm die Hand zu halten, einfach da zu sein bis zum letzten Atemzug und darüber hinaus.“*²⁹

Und aus christlicher Sicht wäre hinzuzufügen: Auch mit dem Sterbenden zu beten und ihm durch einen Priester die „Letzte Ölung“ spenden zu lassen.

27 Renate Greinert, Gisela Wuttke, in: Organspende - nie wieder, in: Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, Lamuv-Verlag, Göttingen 1993

28 M. Grosser, nach Volker Pache.

29 Jürgen und Gisela Meyer, Verwaiste Eltern, Kritische Aufklärung Organtransplantation (KAO)

Der OP-Pfleger Volker Pache schreibt in dem Buch: „Organspende - Kritische Ansichten zur Organtransplantation“, daß bei der Multiorganentnahme ein Schnitt von der Kehle bis zum Schambein durchgeführt wird - und wörtlich - „*der Vergleich zum Ausweiden drängt sich auf*“.³⁰

Nicht wenige Hinterbliebene, die im ersten Schock in der Klinik einer Organentnahme zustimmten, sind hernach im Zweifel und werden von Schuldgefühlen geplagt.

So fragt eine betroffene Mutter: „*Mit welchem Recht entscheidet die Transplantationsmedizin darüber, einerseits das Leben von einigen Menschen zu erhalten oder zu verbessern - nämlich das der Organempfänger - und andererseits das Leben von unwissenden, uninformierten, aber beteiligten Menschen, nämlich das der Hinterbliebenen, so zu belasten, daß langwährende seelische Krankheit und Trauer folgen?*“³¹

30 Volker Pache, Wir pflegen Lebende, die aussehen wie Tote, und Tote, die aussehen wie Lebende, in: *Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin*, Lamuv Taschenbuch 138, Göttingen 1993

31 Renate Greinert, *Organspende - nie wieder*, in: *Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin*, Lamuv-Verlag, Göttingen 1993

PROBLEME FÜR ORGANEMPFÄNGER

Der Organempfänger ist häufig ein chronisch Kranker, dessen Leben durch die Krankheit stark eingeschränkt oder bedroht ist. Doch auch nach einer erfolgreichen Organtransplantation wird er nie mehr ein ganz normales Leben führen können.

Der Hamburger Herzspezialist Prof. Rödiger schreibt: *„Die den Transplantationschirurgen eigene und von der Laienpresse dankbar aufgegriffene Euphorie in bezug auf Herztransplantationen ... kann nur teilen, wer nicht mit den täglichen Problemen in der Nachsorge dieser Patienten konfrontiert ist.“*³²

In einem Werbebeitrag in „Bella Report“ schreibt eine Frau (41) unter der Überschrift „In meiner Brust schlägt ein fremdes Herz“: *„Ich denke manchmal, das fremde Herz hat mich zu einem anderen Menschen gemacht.“* Wie alt ihr neues Herz ist, weiß sie nicht. Es wurde vor einem halben Jahr „erfolgreich“ transplantiert. Die Ärzte sagten zu ihr: *„Jetzt müssen Sie beginnen, das Spenderherz als Ihr eigenes zu betrachten.“* Aber angesichts der Medikamente, die sie regelmäßig nehmen muß, fällt das nicht leicht: „Keine Belastung, weder körperlich noch seelisch“, viel frische Luft, keine Anstrengung usw. Erst hinterher erklärten ihr die Ärzte, daß **fast 50 % aller Herzoperierten postoperative Psychosen durchmachen, Wahn- und Schreckensvisionen.** Eine psychologische Betreuung ist obligatorisch!

Gerade eine Herzverpflanzung bewirkt, wie immer wieder zu hören ist, eine **Wesensveränderung.**

In diesem Beitrag heißt es, daß die Empfängerin oft über den Spender nachdenkt. Doch eigentlich wolle sie ja gar nichts über den Spender wissen. **„Ich lebe, das zählt.“** Sie versuche das umzusetzen, was die Ärzte ihr „einimpften“. **Das Herz sei lediglich ein Muskel** - nicht mehr, nicht weniger. Einen fremden Muskel könne man eben leichter akzeptieren als ein fremdes Herz. Wie gesagt, dieser Bericht soll ein Werbebeitrag für Organ-spende sein. Ein Vordruck für einen Spenderausweis inklusive.³³

In „Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin“ schreibt Elisabeth Wellendorf von einer 15-jährigen Organempfängerin,

32 Prof. Rödiger, nach Gisela Wuttke, Körperkolonie Mensch, in: Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, Lamuv-Verlag, Göttingen 1993

33 Bella Report, 26.6.1997

die angesichts einer bevorstehenden Operation fragt: „Was werden sie mit meinem herausgeschnittenen Herzen machen, werden sie es mit blutigen Binden und Krebsgeschwüren in den Müll werfen? Wenn ich es herausschneiden lasse, wenn es vor mir stirbt, will ich ein Grab dafür, in das man mich später hineinlegen soll.“³⁴

Betroffene berichten von Schuldgefühlen, dennoch reden die meisten Patienten nicht gerne über diese Themen.

„Schon gar nicht sprechen sie gerne von jener zurückliegenden Hoffnung auf den tödlichen Verkehrsunfall, der ihnen das ersehnte Organ beschert hat.“³⁵ So berichtete mir ein Medizin-Professor, daß er persönlich dabei war, als ein Kollege einen sterbenskranken Patienten damit trösten wollte, indem er sagte: „Haben Sie noch ein paar Wochen Geduld, dann kommt das Frühjahr, und wir bekommen wieder Motorradfahrer rein.“

Eine Frau erzählte, daß man ihren Mann damit tröstete, daß man ihm in Aussicht stellte, in der Weihnachtszeit gäbe es erfahrungsgemäß viele Selbstmörder, die als Organspender auch in Frage kämen.

In dem Buch „Ungeteilt sterben“³⁶ von Gisela Lermann heißt es: „So kommt es dann, daß in der Transplantationsmedizin, wie immer gesagt wird, ‚auf der Warteliste gestorben‘ wird. Wer also vergeblich auf ein Spenderorgan wartet, stirbt nicht infolge einer Krankheit - wie andere Menschen auch -, sondern weil ein passendes Organ nicht rechtzeitig gefunden wurde. Es entsteht ein Gefühl der Schuld, weil man selbst (noch) lebt, bzw. seine Organspendebereitschaft noch nicht ausgesprochen hat. Tatsächlich begegnen sich in der Transplantationsmedizin Menschen als Konkurrenten um Leben und Tod.“

Da gibt es noch ein weiteres Problem. **Die Warteliste!**

Gerda Esser, die Frau eines verstorbenen Lebertransplantierten, schreibt in: „Ungeteilt sterben“,³⁷ daß die Wartezeit für ihre Familie eine extreme Belastung war. Jederzeit konnte der Ruf zur Operation erfolgen,

34 Elisabeth Wellendorf, Was kann man einem Menschen zumuten, ohne ihn zu zerstören? in: Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, Lamuv-Verlag, Göttingen 1993

35 Gerhard Hoffman, Das Leben danach, in: Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, Lamuv-Verlag, Göttingen 1993

36 Gisela Lermann (Hrsg.), Ungeteilt sterben, Dr. Gisela Lermann Verlag, Mainz, S. 26

37 Ebd., S. 97 f.

mit all den Ängsten: Wird rechtzeitig ein passendes Organ gefunden? Wird die Operation gelingen? usw.

Der Psychologe der Uni-Klinik in Hamburg hatte ihr geraten, unbedingt sofort in psychische Behandlung zu gehen, „*da kein Angehöriger diese Zeit ohne fachmännische Unterstützung überstehen würde*“. Auch würden in dieser Wartezeit erfahrungsgemäß viele Partnerschaften zerbrechen. Interessant ist, daß dieser Klinikpsychologe außerdem sagte, daß keine Alleinstehenden transplantiert würden, da diese erfahrungsgemäß schnell verstürben und man wisse nicht warum.

Frau Esser schreibt, daß ihr Mann von seiten der Ärzte so gut wie keine Aufklärung erfahren und keine Ahnung hatte, durch welche Hölle er und seine Familie geschickt würden.

Es bleiben Fragen und Zweifel, und es ist nicht leicht, das fremde Organ als das eigene anzunehmen.

Ist es mein Herz oder sein Herz, das in mir schlägt?

Wer war dieser Organspender?

Ist es richtig, mit dem Organ eines Toten zu leben?

Und bei manchem erwacht das Bewußtsein, daß Organe stets lebend entnommen werden.

Damit das fremde Organ nach Möglichkeit nicht abgestoßen wird, muß der Patient ein Leben lang Medikamente nehmen und medizinisch überwacht werden. Bei einigen Patienten kommt es nach Tagen, Monaten oder Jahren zur Abstoßung oder zum Organversagen, was eine erneute Transplantation oder aber den Tod für den Patienten bedeuten kann.

Die gesundheitsbeeinträchtigende, lebenslanger Medikamentierung ist ein weiterer Faktor zur Verschlechterung des Allgemeinzustandes nach Transplantation. Die Nieren oder andere Organe können z. B. durch ebendiese Immunsuppressiva geschädigt werden usw.

Martin F., herztransplantiert: *„Lebenslang notwendige Immunsuppressionen und andere Medikamente sowie die regelmäßig stattfindenden Kontrolluntersuchungen - zum Beispiel der jährliche Herzkatheter, wöchentliche Blutabnahme - sorgen dafür, daß der Patient immer wieder an seinen Zustand erinnert wird. Es bedarf schon einer robusten Psyche, um all das einigermaßen schadlos zu verkraften.“*³⁸

38 Renate Greinert, Gisela Wuttke, in: *Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin*, Lamuv-Verlag, Göttingen 1993

Die erschütternde Klage einer Patientin: Seit zwei Jahren muß sie wöchentlich einmal nach Berlin, von Süddeutschland aus, weil sie in Berlin transplantiert wurde. Ihr Körper will das fremde Herz nicht annehmen, ständig trägt sie Mundschutz, auch nachts. Ihre Kinder dürfen sie nicht küssen, die Erde ihres Gartens darf sie nicht berühren, kein Tier in der Wohnung halten. Sie hat eine eigene Toilette, ein eigenes Waschbecken, ein eigenes Schlafzimmer in dem für sie umgebauten Haus. Diese verordnete Absonderung ist nahezu unerträglich.³⁹

Sicher ein Extremfall, aber kein Einzelfall!

Gerhard Hoffman, Seelsorger in einer Reha-Klinik: *„Der Patient weiß, daß er mit einer unsichtbaren Kette an seine Klinik gebunden ist. Er weiß, daß er äußerlich nie wieder ein freier Mensch sein wird. Freiheit wäre gleichbedeutend mit Tod.“*

Hella Frien-Schulz, die Ehefrau eines 18 Monate nach der Herztransplantation Verstorbenen, bekennt: *„Zurückblickend glaube ich sagen zu können, daß ich eine Entscheidung zur Transplantation nicht mehr treffen oder unterstützen würde. ... Wenn ich ganz ehrlich bin - wir sind ja beide fast verrückt geworden daran.“*⁴⁰

In der Öffentlichkeit ist nicht bekannt, daß zur Transplantation freigegebene Organe auch nicht auf AIDS untersucht werden. Ebenfalls werden krebsverseuchte Organe oftmals nicht erkannt, die Organempfänger sterben dann relativ schnell an Aids oder Krebs, da der Körper durch die Immunsuppression dem Krebs völlig ausgeliefert ist.⁴¹

39 Renate Greinert, Gisela Wuttke, in: *Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin*, Lamuv-Verlag, Göttingen 1993

40 Hella Frien-Schulz, *Mein Mit-Leben eines Herzempfängers*, in: *Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin*, Lamuv-Verlag, Göttingen 1993

41 Wir beziehen uns hier auf Gespräche mit Fachleuten, deren Namen wir zu deren eigenem Schutz nicht preisgeben können.

REGELUNGEN DER ORGANENTNAHME

Wie in verschiedenen Ländern **verschiedene Todesdefinitionen** gelten, so gelten auch verschiedene rechtliche Regelungen bezüglich der Organentnahme. In einigen Ländern bedarf es zur Organentnahme einer Einwilligung des Betroffenen bzw. dessen Verwandter, in anderen Ländern entnimmt man Organe ohne Einwilligung und informiert die Angehörigen erst im nachhinein.

Dies gilt auch für Ausländer, wie z. B. Touristen, die sich in einem solchen Land - z. B. Österreich und Belgien - **aufhalten** und in deren Heimatland eine andere rechtliche Regelung gilt.

So könnte es sein, daß man den Verwandten mit der Nachricht, daß ihr Angehöriger einen schweren Unfall hatte, gleichzeitig mitteilt, daß er verstorben sei und ihm die verwertbaren Organe entnommen wurden und nun der Restkörper abgeholt werden könne.

In Deutschland haben wir seit 1. Dez. 1997 ein jahrelang heftig diskutiertes **Transplantationsgesetz**. Die sog. „Erweiterte Zustimmungsregelung“, ein **Organbeschaffungsgesetz**, wie Politiker selbst sagten. Eigentlich ist das jetzt legitimiert worden, was bereits jahrelang in einer rechtlichen Grauzone praktiziert wurde.

Jeder Bürger soll möglichst - durch einen Organspenderausweis - erklären, daß er bereit ist, seine Organe zu spenden. Wenn er das nicht getan hat, sollen die Angehörigen entscheiden können.

Sie sollen den sog. „**mutmaßlichen Willen**“ des für „hirntot“ Deklarieren berücksichtigen, mit allen Schwierigkeiten, die das mit sich bringt: Wer ist Angehöriger? Die Eltern, der Bruder oder der Lebenspartner? Und was ist, wenn diese sich nicht einigen können? Was, wenn sie der Pression der „guten Tat“ unterliegen?

Im übrigen wird in diesem Gesetz davon gesprochen, daß der Tod des Spenders nach den Regeln, die „dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften entsprechen, festgestellt wird“.

Wissen wir, wie morgen der „Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis“ sein wird?

Um mehr Organe und frischere Organe zu bekommen, könnte die sog. „Ethikkommission der Bundesärztekammer“ entscheiden, zum „**Teilhirtod**“ oder zum „**Persönlichkeitstod**“ überzugehen, um, wie bereits

diskutiert wird, die jährlich ca. 40.000 Wachkomapatienten für tot zu erklären.

Wenn Sie nicht wollen, daß Ihnen Organe entnommen werden, wenn Sie ungeteilt sterben wollen, sollten Sie dies klar und unmißverständlich zum Ausdruck bringen. Legen Sie eine Erklärung zu Ihrem Personalausweis, in der steht, daß Sie kein Organspender sind, und sprechen Sie mit Ihren Verwandten darüber.

WAS WOLLEN WIR FÜR DIE ZUKUNFT?

Eine **christlich-humane Ethik**, die die **inhärente**, d. h. die dem Menschen innewohnende Würde, die unlösbar mit dem Menschsein verbunden ist, anerkennt und unveräußerliches Recht ist, ein Recht, das von niemandem beseitigt werden kann, nicht einmal von der betreffenden Person selbst? Oder werden wir zunehmend eine **utilitäre Ethik** schaffen, die vom **Nützlichkeitsdenken** geprägt ist und nach der der Mensch nur noch ein Organcontainer ist, dessen Ersatzteile von Interesse sind?

Um das zu verdeutlichen ein Beispiel: 1940 hieß es in einer Dienstweisung für Stationsschwestern eines schwedischen Krankenhauses: *„Es ist die Pflicht der Stationsschwester selbst, den Fürsorgebedürftigen mit Liebe und Menschlichkeit zu begegnen und das Personal, das sie leitet, anzutreiben, seine Pflicht mit zarter Rücksicht zu erfüllen.“*

1972 heißt es in der Dienstweisung an Stationsschwestern im selben Krankenhaus: *„Es ist die Pflicht der Stationsschwester, verantwortlich zu sein für die Verwendung der Betten, des Personals und die Ausrüstung der Station, nachprüfend, daß die Anstalt möglichst sparsam betrieben wird.“* 1940 steht der Patient noch in der Mitte. 1972 wird der Patient gar nicht mehr erwähnt.⁴²

In Zukunft könnte es heißen: *„Es ist Pflicht, dafür Sorge zu tragen, daß alle noch verwertbaren Organe an die Eurozentrale in Leiden verkauft werden, um das Budget des Krankenhauses aufzubessern.“*

Nochmals zur Erinnerung: Der „Hirntod“ markiert einen entscheidenden Punkt im Sterbeprozess des Menschen. Es ist aber ein **Sterbeprozess** und das Sterben gehört noch zum Leben. **Der Katechismus der katholischen Kirche (KKK) lehrt:**

*„Organverpflanzung ist sittlich unannehmbar, wenn der Spender oder die für ihn Verantwortlichen nicht im vollen Wissen ihre Zustimmung gegeben haben. Sie entspricht hingegen dem sittlichen Gesetz und kann sogar verdienstvoll sein, wenn die physischen und psychischen Gefahren und Risiken, die der Spender eingeht, dem Nutzen, der beim Empfänger zu erwarten ist, entsprechen. Die Invalidität oder den Tod eines Menschen direkt herbeizuführen, ist selbst dann sittlich unzulässig, wenn es dazu dient, den Tod anderer Menschen hinauszuzögern.“*⁴³

42 Nach Dr. med. Karl Gunnig

43 Katechismus der kath. Kirche, Kap. 2296, Oldenburg 1993

Dies bezieht sich ganz eindeutig auf die Spende eines paarigen Organs bei weiterlebenden Personen. Leider bezieht der sog. „Katholischer Erwachsenen Katechismus - Leben aus dem Glauben“ der Deutschen Bischofskonferenz mit Berufung auf KKK, Kap. 2296, diese Kriterien, daß Organspende verdienstvoll sein kann, wahrheitswidrig auf den sog. „Hirntod“. ⁴⁴

Vielmehr gilt: Sterbende dürfen, auch um eines noch so guten Zweckes willen, nicht getötet werden!

Wie verhält es sich mit dem Argument, das man oft in Diskussionen hört und mit dem bisweilen Angehörige moralisch unter Druck gesetzt werden: „*Eine größere Liebe hat niemand als die, daß er sein Leben hingibt für seine Freunde.*“? (Joh. 15,13) Der heilige Pater Maximilian Kolbe, der in Auschwitz für einen Familienvater in den Hungerbunker ging, wurde einmal als größter Organspender bezeichnet.

Moraltheologisch gilt: **Es ist nie und unter keinen Umständen erlaubt, etwas, was in sich schlecht ist, zu tun oder zu wollen.**

In der Instruktion „Donum Vitae“ heißt es: „*Nur Gott ist der Herr des Lebens von seinem Anfang bis zu seinem Ende. Niemand (auch der Mensch sich selbst nicht) darf sich, unter keinen Umständen das Recht anmaßen, ein unschuldig menschliches Wesen direkt zu zerstören.*“ ⁴⁵ (Hervorhebungen alle vom Verf.)

Oder wie es der Römerbrief Kapitel 3,8 sagt: „*Und sollen wir nicht - wie uns verleumderisch nachgesagt und uns von gewissen Leuten in den Mund gelegt wird - das Böse tun, damit das Gute komme? Die so reden, trifft mit Recht das Gericht.*“

Oder die Enzyklika „Veritatis Splendor“, S. 80: „*Es ist niemals erlaubt, auch bei den schwerwiegendsten Gründen, Böses zu tun, damit Gutes dabei herauskommen soll.*“

Das gilt auch für das angeführte Bibelwort. Der Mensch hat über sein Leben und seine Gesundheit und seine seelischen und körperlichen Vermögen kein vollkommenes Eigentumsrecht, sondern **nur** das sog. „dominium utile“, ein **Nutzungsrecht**.

44 Katholischer Erwachsenen Katechismus, „Leben aus dem Glauben“, Herausgeber Deutsche Bischofskonferenz, Bd. 2/1995

45 Pius XII., Ansprache an die med.-biol.-Vereinigung „St. Lukas“, 12.11.1944

Die Juden haben nichts Gutes getan, als sie Jesus gekreuzigt haben. - Es war Mord! - **Es geschah unter Gewaltanwendung!** Obschon der Kreuzestod der „Erlösungstod“ für uns alle war. Die NS-Schergen haben nichts Gutes getan, als sie Pater Maximilian Kolbe getötet haben. - Es war Mord! - **Es geschah unter Gewaltanwendung!** Wenn auch ein Familienvater dadurch gerettet wurde.

Ein anderer Einwand lautet, der Organspender stimme bei der Organentnahme doch selbst zu. Auch hier gilt: Der Mensch hat kein Verfügungsrecht über das Leben, auch nicht über sein eigenes! Ein anderer, der explantierende Arzt, tötet! Auch wenn der Organentnahme zugestimmt wird, ist dies Tötung eines sterbenden, aber noch lebenden Menschen und sittlich zu verwerfen. Wir könnten im Falle der Organspende vielleicht Leben retten, aber nur, indem wir etwas in sich schlechtes als Mittel wählen. Der Mord durch die Explanteure ist keineswegs unabwendbar - wie der beschlossene und **mit Gewalt herbeigeführte Tod** im Falle von Pater Maximilian Kolbe. Indem ich mich den Explantationsärzten freiwillig stelle, gebe ich selbst eine gewisse Zustimmung zu einer in sich schlechten Tat. **Dieses Recht habe ich nicht!**

Papst Pius XII. sagte bereits 1952 in einer Ansprache an Neurologen (Hirnforscher):

*„Zunächst muß vorausgesetzt werden, daß der Arzt gegen den Willen des Patienten keine Anordnung treffen und keinen Eingriff vornehmen darf. Denn der Arzt hat über den Patienten nur soviel Vollmacht und Verfügungsrecht, als der Patient ihm gibt, sei es ausdrücklich, sei es einschließlic und stillschweigend. **Der Patient aber kann nicht mehr Verfügungsrecht geben, als er selbst besitzt.** ... Was aber den Patienten betrifft, so ist er nicht unbeschränkter Herr über sich, über seinen Leib und seinen Geist. Er kann also erlaubterweise nicht verfügen, wie ihm beliebt. Auch das Motiv, aus dem er handelt, ist für sich allein nicht genügend und bestimmend.“⁴⁶ (Hervorhebungen alle vom Verf.)*

Und Papst Johannes Paul II. sagte 1989 vor den Teilnehmern der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften u. a.:

46 Ansprache Papst Pius XII. am 14.9.1952 an die Teilnehmer des 1. Internationalen Kongresses für Histopathologie des Nervensystems in Rom, Kap. 11 und 12, „Sittliche Grenzen der ärztlichen Forschungs- und Behandlungsmethoden“, herausgegeben vom St. Lukas-Institut für ärztliche Anthropologie e.V. Münster (Westf.), Verlag Wort und Werk GmbH, Köln

„... wogegen die Achtung des menschlichen Lebens absolut das direkte und positive Opfer des Lebens verbietet, auch wenn es für das Wohl eines anderen Menschen ist, für den man einen Vorzug als berechtigt ansehen mag.“

Erzbischof Roger Mahony schrieb: *„Als Christen wissen wir, daß das Leiden in das Mysterium unseres Lebens hineinverwoben ist; wir tun alles, um es zu überwinden, aber wir wissen auch, daß wir es wie Jesus Christus akzeptieren müssen und nicht davor fliehen dürfen. Wir müssen es vielmehr mit Geduld und unendlichem Vertrauen auf Gottes Güte umfassen“*, d. h. auch wenn wir organisch schwer krank sind.

Ja, wie fremd ist uns dieser Gedanke geworden! Wir haben vergessen, daß Gott uns in Liebe erschaffen und **durch Leiden erlöst** hat. Wir aber suchen ständig, Leid und Schmerzen, ja schon Unannehmlichkeiten zu fliehen. Gebe Gott, daß wir das, wenn wir selbst einmal betroffen sein sollten, erkennen und danach handeln!

Die Medizin glaubt, nur durch ihre Kunst des Heilens den Menschen mehr **„Lebensqualität“** zu verschaffen, und durch Manipulation am Erbgut und durch den Ersatz von allen möglichen Organen „Lebensqualität“, ja sogar „Unsterblichkeit“ zu ermöglichen. Dafür ist man bereit, jeden „Preis“ zu zahlen.

Die Voraussetzung dazu wird in der **Überwindung des „Hirntodes“** gesehen, was durch Hirnverpflanzung oder Hirngewebeverpflanzung bei „Teilhirtod“ möglich werden soll. In den Niederlanden (sowie auch einigen Staaten der USA) ermöglicht bereits die Definition des „Teilhirtodes“ oder des **„kontrollierten Todes“**, von Medizinern kontrolliert verursachten Herztods die Organentnahme in einer Phase des Sterbens, die in Deutschland noch eine Reanimation zur Folge hätte.⁴⁷

Man setzt auf weitere Grenzüberschreitungen wie die Xenotransplantation, indem man Tieren menschliche Gene einimpft, sog. transgene Tiere „schafft“, oder transgene Menschen „schafft“, indem man ungeborenen Kindern vor der 16. Schwangerschaftswoche tierische Zellen einimpft, die das Immunsystem des Kindes dann als die eigenen erkennen soll. Man versucht durch **genetische Manipulation** Organe zu züchten, wie 1997 im Fall des Frosches ohne Kopf, aber mit Organen.⁴⁸

47 Alexandra Manzei, Hirntod, Herztod, ganz tot?, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1997, S. 16 und 28

48 FAZ, 22.10.1997

Denken wir an die **Zeugung von Menschen in-vitro**, wobei beabsichtigt ist, identische Embryonen als Zell- und Organlieferanten in der Kühltruhe auf Vorrat anzulegen.

Tissue Engineering ist ein modernes biotechnologisches Verfahren, bei welchem aus Patientengewebe in-vitro Implantate hergestellt und anschließend reimplantiert werden.

Das **Kloning** von embryonalen Stammzellen dient dazu, Ersatzorgane zu züchten usw.

So stellt sich am Ende die Frage: Wohin soll das führen?

Die UNESCO erwartet, daß schon in wenigen Jahren 50 % aller Operationen in den Krankenhäusern Transplantationen sein werden. Das ist sicherlich zu euphorisch, aber es zeigt dennoch die Richtung an.

Der Bonner Neurologe Prof. Dr. Linke sagt in seinem Buch „Hirnverpflanzung - Die erste Unsterblichkeit auf Erden“,⁴⁹ daß es schon längst nicht mehr nur um „mehr Lebensqualität“, sondern um „Unsterblichkeit“ geht. Es geht um den „schönen neuen Menschen“, nicht einmal mehr darum, sein zu wollen **wie Gott**, sondern **besser als Gott!** Dazu muß der „Hirntod“ durch den „Teilhirntod“ und dieser dann durch den „Persönlichkeitstod“ überwunden werden, weil man die Menschen, die bestimmte Fähigkeiten oder Eigenschaften nicht oder nicht mehr haben, als tot erklären lassen werden will. Man diskutiert in wissenschaftlichen Zirkeln und auch ganz öffentlich, z. B. in der Bioethik-Konvention darüber, die jährlich „anfallenden“ ca. 40.000 Wachkoma-Patienten als Organcontainer zu nutzen.

Als ideologischen Unterbau braucht man die **Evolutionstheorie** und die Leugnung des Schöpfergottes. Den Sündenfall und die Erlösungsbedürftigkeit des in seiner Natur geschwächten Menschen muß man dann verneinen. Folgerichtig muß der Mensch mit seinen Krankheiten und Leiden als eine Fehlproduktion gelten, muß man in den evolutionären Prozeß - um jeden Preis - eingreifen. Man glaubt dies zu dürfen, weil man es kann.

„*Mit Göttern sollten sich nicht messen Menschen*“, sagt Goethe. Den die Weltgeschichte zeigt, daß die menschliche Hybris, sein Hochmut, immer

49 Detlef B. Linke, *Hirnverpflanzung - Die erste Unsterblichkeit auf Erden*, Rowohlt Verlag 1993

wieder bestraft wurde, **daß Gott „keine Bäume in den Himmel wachsen läßt“.**

Für Christen sind Sterben und Tod der Übergang in das Reich Gottes. Der heilige Apostel Paulus sagt: „Sterben ist mir Gewinn.“ Der Zeitpunkt des Todes liegt in Gottes Ratschluß. Der Mensch hat nicht darüber zu entscheiden!

Aus der Schriftenreihe der Aktion Leben e.V.

Elasah Drogin

Margaret Sanger - Gründerin der modernen Gesellschaft

Carol Everett / Valerie Riches

Die Drahtzieher hinter der Schulsexualerziehung

Prof. Dr. Manfred Balkenohl

Reflexionen zu den Entwürfen einer Bioethik-Konvention - Ihre Inhalte und Mängel

P. Martin Ramm FSSP

Den Stimmlosen Stimme sein - Zum Kampf für das Lebensrecht der ungeborenen Kinder

Papst Pius XII. / Papst Johannes Paul II.

Die sittlichen Grenzen der ärztlichen Forschungs- und Behandlungsmethoden / Humanae vitae - ethische Norm und autonome Moral

Dr. Bruno Hügel

Künstliche Befruchtung - ein Ausweg bei Unfruchtbarkeit?

Renate Boel

Die Wirkung der Anti-Baby-Pille vor und nach der Empfängnis

Dr. Trautemaria Blechschmidt

Evolutionstheorie - mehr als eine Hypothese?

Roland Rösler

Der patentierte Hugo - eine Betrachtung zur Verwertung des Menschen

Rudolf Willeke

Hintergründe der 68er-Kulturrevolution - Frankfurter Schule und Kritische Theorie

Walter Ramm

„Hauptsache: gesund!“ - Problemkreis der pränatalen Diagnostik und Abtreibungstötung bis zur Geburt

Walter Ramm

Die Patientenverfügung

Walter Ramm

Bioethik im Dilemma mit den Menschenrechten - Wo liegen die Grenzen?

Gabriele Kuby

Vergiftung durch Bilder

Bezugsanschrift:

Aktion Leben e.V.
Postfach 61, D-69518 Abtsteinach
E-Mail: post@aktion-leben.de
Internet: www.aktion-leben.de