



ORGANSPENDE UND DER NEUE TOD

Peter Beck

Peter Beck
Organspende und der neue Tod

Peter Beck

Organspende und der neue Tod

Verein zur Stärkung des biblischen Glaubens e. V.

Herausgeber:
Verein zur Stärkung des biblischen Glaubens e. V.
(Trägerverein der Quartalsschrift „Aufblick und Ausblick“)
Pfarrer-Augenstein-Straße 25, 76534 Baden-Baden
© 2019 Dr. med. Peter Beck
1. Auflage 2019

Umschlagbild: www.welt.de
Umschlaggestaltung, Lektorat, Satz: Fritz Konrad, Lahr
Gesamtherstellung: Frick Onlinedruckerei, Krumbach

Inhalt

Vorwort	8
Einleitung	9
Die fortschrittliche Transplantationsmedizin	9
Meine Verantwortung als Chefarzt ...	10
... vor Gott und Menschen ...	11
... und die Aufklärung der Öffentlichkeit	12
Teil 1	15
Pro Organspende ...	15
Ein Blick auf unseren Organismus – Was heißt „Körperabwehr“?	15
Lebenspende	17
Organspende von „Hirntoten“	19
Herztod mit Hirntod gleichgesetzt	20
Ablauf bis zur Organentnahme	21
Zuteilung einer Organspende	22
Die Abläufe im Einzelnen:	23
Zerlegung des Organspenders	25
„Best Practice“ beim Hirntoten?	26
Dringlichkeit vor Erfolgsaussicht?	
Problematik der Allokationskriterien	27
Schwerwiegende Entscheidungen	28
Existenzielle Erwägungen	29
Bruch ärztlicher Normen	31
Suche nach geeigneten Medikamenten	31
Verlauf und Folgen von Abstoßungsreaktionen	33
Patientenverhalten in der Nachsorge	34
Organ-Transplantations-Psychiatrie	34
Wirkungen im Charakter durch Fremdorgane	35

Neuere Erkenntnisse zum Begriff „Hirntod“	36	... zur Transplantationsmedizin?	69
Warnungen vor vereinfachtem Denken	37	... über Leben und Organe?	70
„Gerechtfertigtes Töten“?	39	... zu Herz und Nieren?	70
Non-heart-beating donors	40	„Ich nehme meine Organe ja nicht mit in den Himmel“	71
Probleme mit dem Todeszeitpunkt	42	Die Bedeutung des Blutes in der Bibel	72
Vordergründige Richtlinie bei „hirntoten“ schwangeren Frauen	43	Wo wohnen Seele und Geist?	74
Vordergründige Definition des Todes	44	Lebenszeichen der „Hirntoten“	76
Wissenschaftliche Unkorrektheiten ...	45	Verhängnisvoller Bund mit dem Tod	78
Zwischenfazit zum „Hirntod“	47	Falsche Hirten?	79
Politik reagiert auf Bevölkerungsverhalten	47	Biblischer Ruf zur Wahrheit	80
Weisheit des Deutschen Ethikrates	48	Umkehr zu Gott	81
Statistik der „Organbedürftigen“	49	Folgerungen für Politik, Kirche und Gesellschaft	82
Zu 80 % nicht lebensrettende Transplantationen	50	Zusammenfassung	86
Krankheitsgründe für „Organbedarf“	52	Anhang	88
Transplantation und berufliche Reintegration	53	Fragen, die häufig gestellt werden:	88
Manipulationen und Organspendeskandal	54	Wie ist die Blutspende einzuordnen?	88
Organhandel	55	Wie ist die Knochenmarktransplantation zu beurteilen?	89
Kunstherz, „Herz aus dem 3 D-Drucker“		Wie hängen Patientenverfügung und Organspende	
und gentechnologische Ansätze	56	zusammen?	90
Aktuelle Trends	57	Widerspruchsmöglichkeiten im Ausland	91
Offener Rechtsbruch	58	Abkürzungsverzeichnis	93
Dammbruch: „Widerspruchslösung“	59		
Allgemeiner Trend zur „Organentnahmepflicht“	60		
Personale Identität des „hirntoten“ Patienten	61		
Teil 2	63		
Gedanken zur Organspende aus biblischer Sicht	63		
Schöpfungsordnung in uns Menschen	63		
Allgemeine biblische Sicht zur Organspende	64		
Ist Organspende eine echte Spende?	67		
Menschliches Empfinden für den Zustand des Todes	68		
Was sagt die Bibel zur Endlichkeit des Lebens?	69		

Vorwort

Nach vielen Vorträgen zum Thema „Organspende“ wurde ich wiederholt gefragt, ob es dazu schriftliche Unterlagen gäbe. Es fällt auf, dass das Thema in der Öffentlichkeit als sehr fortschrittlich-positiv dargestellt, ja, regelrecht beworben wird. Kritisch prüfende Darstellungen gibt es kaum oder sie spielen in den Medien keine Rolle. Probleme und negative Auswirkungen der Transplantation auf Leib und Seele werden eher in Fachkreisen besprochen – sie finden von da nur gelegentlich den Weg in die Fachliteratur.

Nun ist der Herausgeber dieser Schrift auf mich zugekommen und bat mich um eine Broschüre zu dem Thema. So danke ich für die Möglichkeit einer ausführlichen, auch kritischen Stellungnahme. Ich danke auch den vielen Fragenden nach meinen Vorträgen, die mir selbst manche Aspekte noch deutlicher machten. Und ich danke meiner Frau, die mich durch die Jahre meines Berufslebens intensiv begleitet hat und zu mir stand, gerade auch im Zusammenhang mit dem Thema „Organspende“. Besonders aber danke ich Gott, der mich in meiner früheren Sicht zu diesem Thema zur Rede gestellt und gestoppt hat. In der Einleitung werde ich näher darauf eingehen.

Auch die wichtigsten medizinischen und biologischen Erkenntnisse in den folgenden Jahren verdanke ich Jesus, der mir dazu die Bibel zu dem Thema öffnete. Wenn man alles nur aus einer Perspektive gesehen hat, wie das bei mir ausgeprägt der Fall war, kommt man auf neue Sichtweisen nicht von selbst; bei mir brauchte es schon die Hilfe von Jesus und dem heiligen Geist.

Auch für alle Fragen rund um die Transplantationsmedizin gilt mir der Satz von Jesus: „Was hülfte es dem Menschen, wenn er die ganze Welt gewönne und nähme doch Schaden an seiner Seele?“¹ (Mt 16,26).

¹ Lutherbibel erklärt, Deutsche Bibelgesellschaft Stuttgart, 1974,1982

Einleitung

Die fortschrittliche Transplantationsmedizin

An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) erhielt ich nach einer ausführlichen wissenschaftlichen Zeit mit immunologischen Themen den Facharzt für Innere Medizin, Nephrologie und Allergologie. Die MHH erlangte Weltruf in der Transplantationsmedizin, insbesondere mit den Arbeiten von Professor Dr. Pichlmayr. Der Begriff Transplantationsmedizin stammt von ihm. Wir alle an der Klinik wollten unbedingt unseren Teil zum Gelingen „unserer“ Transplantationen beitragen. Wir waren vollauf begeistert und keiner hinterfragte das gesamte Vorgehen. Organtransplantation war einfach gut und fortschrittlich. Gerade wir Internisten sahen ja täglich das Leid, etwa des jungen Mannes, der wenige Monate nach einem Virusinfekt eine rasch zunehmende Herzschwäche bekam, vor Luftnot nicht mehr die Treppen hochkam, plötzlich gepflegt werden musste und nach medizinischer Erfahrung nur noch wenige Wochen leben würde.

So hatten wir auch auf unserer Station die Russlanddeutsche, die wie gewohnt Pilze sammeln ging, diese aß und nach ein paar Tagen mit Lebersversagen zu uns kam, weil die Knollenblätterpilze nur ähnlich denen waren, die sie aus ihrer Heimat kannte. Ihre Haut war schon gelblich, sie hatte bereits einzelne Spontanblutungen. Ihr konnte nur noch eine Lebertransplantation helfen.

Zu uns kam auch das Mädchen mit massiver Luftnot aufgrund einer Mukoviszidose, einer angeborenen Erkrankung mit extrem zähem Schleim in der Lunge. Dieses Kind brauchte möglichst bald eine Lungentransplantation. Weltweit wurde erstmals in Hannover einem Kind ein Lungenflügel von der Mutter und einer vom Vater transplantiert. Also eine Lebendspende der Eltern, die beide, wenn auch eingeschränkt, weiterleben konnten.

Wir waren froh, dass durch die Harvard-Kommission² mit dem Begriff „Hirntod“ die Frage des Todes z. B. für verunfallte junge Motorradfahrer geklärt war und machten uns daher keine weiteren Gedanken. Wir waren nur stolz auf unsere Klinik und die Erfolge. Von Hannover aus besetzten viele Ärzte bedeutende Chefarztstellen und brachten so die Transplantationsmedizin immer mehr ins Rampenlicht des öffentlichen Interesses.

Immer mehr Ärzte, Theologen, und Juristen wurden für die Transplantationsmedizin gewonnen. Bei der Vorbereitung der Stellungnahme der gemeinsamen evangelischen und katholischen Bischofskonferenz von 1990 zum Thema „Organspende“³ waren mit Professor Pichlmayr mehrere Transplantationsmediziner beratend beteiligt, dem Thema evtl. kritisch gegenüberstehende Ärzte waren nicht zugegen.

So bestand auch für mich kein Zweifel an der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Transplantationsmedizin. Als Assistenzarzt in Hannover fragte ich meinen Oberarzt, wenn eine Organentnahme nach „Hirntod“ anstand. Als Oberarzt am nächsten Krankenhaus fragte ich bei dieser Thematik meinen Chef. Immer war alles klar, immer waren wir alle einer Meinung.

Meine Verantwortung als Chefarzt ...

Zwei Jahre nachdem ich selbst Chefarzt einer Abteilung für Innere Medizin geworden war, wurde ich abends von der Intensivstation angerufen, weil ein junger Mann, den wir als „hirntot“ einschätzten, Kreislaufprobleme hatte. Routinemäßig wurde ich gebeten, meine Erlaubnis zur Information der Angehörigen zu geben, um die Organentnahme auf

2 A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, August 5, 1968, JAMA. 1968; 205(6): 337–340

3 Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Gemeinsame Texte 1: Organtransplantationen, Bonn/Hannover 1990, S. 11

den Weg zu bringen. Da ich den Patienten kannte, gab ich wie üblich nach kurzer Überlegung mein Einverständnis.

Nach einigen Stunden wurde ich jedoch immer unruhiger. Bestürzt hatte ich den Eindruck, dass jemand – ja Gott selbst zu mir sprach. Zu diesem Zeitpunkt war ich schon seit 12 Jahren ein bewusst gläubiger Christ. „Du hast mich nicht gefragt“, hörte ich sehr deutlich. Ich verstand erst nicht, fragte nach, wozu und weswegen ich hätte fragen sollen. „Für mich ist der Mann nicht tot, den du für hirntot erklärt und dann für die Organentnahme freigegeben hast.“ Ich begann quasi eine Diskussion mit Gott, die immer furchtbarer wurde, angefangen mit: „Das haben wir immer so gemacht, das machen alle so, wir haben doch auch jetzt alles richtig gemacht.“

... vor Gott und Menschen ...

Ich merkte bald, dass ich mich so nicht herausreden konnte, denn als Chefarzt war ich vor Gott und Menschen letztverantwortlich. Früher hatte ich die Verantwortung immer an meine Vorgesetzten abgegeben, das war jetzt nicht mehr möglich. Die Stimme, die ich von Gott wahrnahm, blieb dabei – für ihn sei der „hirntote“ Mensch nicht wirklich tot, eben keine Leiche. Ich war entsetzt, als ich das erkannte und verstand.

Die üblichen klinischen Abläufe waren aber schon geschehen: Zwei voneinander unabhängige Neurologen hatten unsere Diagnose des „Hirntodes“ bestätigt, die Explantationsteams schon ihre Arbeit gemacht und vor dem deutschen Gesetz⁴ hatten wir, hatte auch ich alles richtig gemacht. Schrecklich aber war mir am nächsten Morgen auch die bohrende Frage des jungen Assistenzarztes, der den „hirntoten“ Patienten bis dahin behandelt hatte: „Als ich den Patienten nach der Explantation aus dem Operationsaal schob, war er tot, ja, was war er denn vorher?“ Ich konnte ihm in diesem Moment keine Antwort geben.

4 Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG), 05.11.1997

Bis dahin stand mir die Transplantation immer nur aus der Sicht des helfenden Arztes und des hilfeschuchenden Organempfängers vor Augen.

Kurzum: Von dem Zeitpunkt an erfolgten in der von mir geführten Abteilung keine Organentnahmen von Patienten mit „Hirntod“ mehr. Innerhalb der Abteilung wurde das erstaunlich ruhig angenommen, mit den Kolleginnen und Kollegen der anderen Abteilungen kam es aber zu häufigen und hitzigen Diskussionen.

Nach einem Vortrag zu einem anderen Thema wurde ich auch zu meiner Sicht zu „Hirntod“ und „Organspende“ gefragt und antwortete klar, dass beides für mich unvereinbar sei. Kurz darauf erschien nur diese Aussage in der Zeitung und nur wenig zum eigentlichen Vortragsthema. Umgehend forderte mich der ärztliche Direktor der Klinik auf, meine Aussage zu widerrufen. Nachdem ich mich weigerte, dies zu tun, forderte mich kurze Zeit später mein Dienstherr, der Landrat auf, zu widerrufen ansonsten drohe mir eine Abmahnung. Ich entgegnete, dass er mich abmahnen möge, wenn er mir beweisen könne, dass ein für „hirntot“ erklärter Patient auch wirklich eine Leiche sei. Der Landrat konnte mir das nicht beweisen und die angedrohte Abmahnung unterblieb.

... und die Aufklärung der Öffentlichkeit

Mir fällt seit Jahren auf, dass eine Aufklärung zum Thema „Organspende“, wie sie für weit einfachere Vorgänge in der Medizin selbstverständlich ist, selbst für den suchenden Laien kaum stattfindet. Weder die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), die Krankenkassen in ihren regelmäßigen Informationsbroschüren, noch die DSO (Deutsche Stiftung Organspende) berichten ausführlich und ausgewogen über die Problematik „Organentnahme beim hirntoten Menschen“, was für den, der einen Organspendeausweis ausfüllen soll, wichtig wäre.

Oft werden die verschiedenen Konsequenzen und insbesondere die Nebenwirkungen der Medikamente für den Organempfänger nur mit pauschalen Formulierungen abgetan. Hie und da fällt sogar den für die

Transplantation allgemein sehr positiv eingestellten Medien auf, dass zu „Organspende“ nicht umfassend aufgeklärt, sondern dass allenthalben für sie geworben wird. Professor Dr. Pichlmayr, der Vater des Begriffs „Transplantationsmedizin“, sagte bereits 1987 in einem Gespräch: „Wenn wir die Gesellschaft über die Organspende aufklären, bekommen wir keine Organe mehr.“⁵

Aufgrund vieler Einseitigkeiten in der öffentlichen Darstellung des Organspende-Themas und seiner Komplexität werden für den interessierten Leser manche Punkte wiederholt aufgegriffen und dabei aus verschiedener Sicht betrachtet.

5 KAO, Kritische Aufklärung über Organtransplantation e. V.: Organspende – die verschwiegene Seite

Teil 1

Pro Organspende ...

Viele Argumente sprechen für die Organspende und die Transplantationsmedizin. Da ist der altruistische Gedanke (lateinisch alter: der andere), mit einem Organ in Form einer Lebendspende einem geliebten Menschen oder im Falle des „Hirntodes“ anderen kranken Menschen zu helfen, weil man sich selbst für dann tot ansieht oder weil sowieso keine Chancen auf ein Weiterleben bestehen oder weil man die Organe ja auch nicht in die Ewigkeit mitnehmen kann und sie hier und dort offenbar selber nicht mehr braucht. Auch die Kirchen bezeichnen gerne die Lebendspende bzw. die Organspende nach dem „Hirntod“ als einen Akt der christlichen Nächstenliebe.

Es gibt viele Erkrankungen, die erfahrungsgemäß tödlich verlaufen, wenn man nicht ein Organ transplantiert. Dann wird auf den wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritt verwiesen, der diese Operationen möglich macht und den es doch zu nutzen gilt. So heißt es:

„Ein neues Organ erlaubt so viele Freiheiten“.

„Nur wer wagt, der gewinnt. Das gilt auch für die Probleme mit einem neuen Organ“.

„Es wird für so viel Unsinn Geld ausgegeben, und da sind die Kosten, die im Verlauf einer Transplantation entstehen, gut angelegt“.

„Alle unterstützen die Organspende, da muss es ja etwas Gutes sein“.

Ein Blick auf unseren Organismus – Was heißt „Körperabwehr“?

Um körperliche Zusammenhänge um die „Organtransplantation“ besser zu verstehen, ist ein kurzer Biologieunterricht hilfreich:

Jeder Mensch ist einmalig, das gilt nicht nur allgemein, sondern ganz besonders für die Körperabwehr, die Immunologie des Menschen, um ihn vor fremden Angriffen wie Viren, Bakterien oder Pilzen zu schützen.

Dazu gibt es in unserem Körper zum einen die sogenannten T-Lymphozyten. Das sind weiße Blutkörperchen, die ständig im Körper „herumschwimmen“ und darauf achten, dass alles, was im Körper ist, auch organisch zu diesem Körper gehört, also das Herz, die Hände, die Lunge, die Füße, das Gehirn, der Darm, einfach alles. Viren, Bakterien und Organe eines anderen Menschen gehören nicht zu dem betreffenden Körper, sie werden als körperfremd erkannt und abgewehrt.

Und wie erkennen meine T-Lymphozyten, dass die Organe eines anderen Menschen nicht zu mir gehören? Dazu gibt es das HLA-System, das histolymphozytäre Antigensystem, bzw. das Histokompatibilitäts-Antigensystem, zu Deutsch: das Gewebe-Verträglichkeits-Antigensystem, d. h.: Auf jeder Zelle befinden sich spezifische Eiweiße, die in ihrer individuellen Ausprägung nur zu mir gehören und sonst zu keinem anderen Menschen. Sie charakterisieren mich. Sie unterscheiden mich von allen Milliarden der anderen Menschen. Unglaublich, nicht wahr? Nur bei eineiigen Zwillingen sind diese Eiweiße gleich und eineiige Menschen gibt es nicht so oft.

Die Bildung dieser Eiweiße ist genetisch bestimmt, also vom Anfang meines Lebens bis zu meinem Ende. Diese Eiweiße, die mich immunologisch als Individuum charakterisieren, liegen auf der Zelloberfläche jeder Körperzelle und werden auch auf jede neue nachwachsende Zelle gesetzt, z. B. die Blutzellen. Die T-Lymphozyten „schwimmen“ im Blut auf ihren Kontrollgängen durch den Körper und prüfen ständig, ob die Zellen im Körper zu mir gehören oder nicht, sie prüfen, ob die Eiweiße an der Oberfläche der Zellen zu mir gehören – oder nicht! Das machen die T-Lymphozyten mein Leben lang.

Dieses System ist absolut genial. Jeder der obigen Sätze beschreibt Entdeckungen, für die es Nobelpreise gab. Und wir haben die Geheim-

nisse dieser Ordnungen der Immunologie noch lange nicht vollständig aufgedeckt.

Das System der Immunologie unseres Körpers ist das ganze Leben lang wach, es wird im Alter zwar etwas müder, aber es kann von Geburt an bis zum Lebensende genauestens unterscheiden, ob alle Organe, z. B. diese Nieren, zu mir gehören – oder nicht. Wenn sie zu mir gehören, werden sie gehegt und gepflegt und wenn sie nicht zu mir gehören – werden sie abgestoßen. Nach einer Transplantation erkennen meine T-Lymphozyten die Eiweiße auf den Zelloberflächen der fremden Niere als nicht zu mir gehörig, als fremd und also wird die fremde Niere abgestoßen.

Lebendspende

In der Transplantationsmedizin wird grundsätzlich zwischen Lebendspende und Organspende von „Hirntoten“ unterschieden.

Zunächst zur Lebendspende. Gemeint ist damit, dass der Organspender lebt und nach der Organspende weiter am Leben bleibt. Das Risiko, als Spender nach der Organspende zu versterben, beträgt statistisch 0,2 %, abhängig vom gespendeten Organ. Zu bedenken ist, dass es zu mehr oder weniger deutlichen Lebenseinschränkungen kommen kann, wieder abhängig vom gespendeten Organ. Die Lebenseinschränkung ist z. B. minimal nach einer Knochenmarkspende, aber deutlich nach der Spende eines Lungenflügels. Kürzlich gab der Bundesgerichtshof zwei Nierenspendern Recht, die geklagt hatten, dass sie vor der Spende nicht darüber aufgeklärt wurden, dass massive Müdigkeit die Folge einer Nierenspende sein kann.⁶ Ca. 80 % der Nierenspender leiden fünf bis zehn Jahre nach der Spende an Bluthochdruck.⁷

6 Süddeutsche Zeitung, 29.01.2019, Grundsatzurteil: BGH stärkt Rechte von Lebendorgan Spendern

7 www.saldo.ch, Nierenspende: „Gefährliches Verharmlosen“, Gesundheitstipp 04/2013 vom 17.04.2013

Aber es gibt auch die stille Frage: muss der Empfänger der Niere seinem Sohn ewig dankbar sein, wie geht das Ehepaar damit um, dass die Niere, die die Ehefrau ihrem Mann gespendet hat, abgestoßen worden ist? Lebendspenden von Frauen finden zwei- bis dreimal häufiger statt als von Männern.

Am häufigsten ist die Nierenspende, aber auch die Spende einer halben Leber ist möglich. Organspende in Form der Lebendspende soll in Deutschland nur in sehr nahen Verwandtschaftsverhältnissen erfolgen, um jeden finanziellen Gewinn mit der Spende eines Organs zu unterbinden. Es soll ein wirklicher Liebesdienst sein mit echter Freiwilligkeit. Moslems ist es übrigens nach islamischer Rechtsprechung erlaubt, Organe von anderen Menschen zu erhalten, aber keinesfalls Organe an Ungläubige zu spenden.⁸

Auch unter Verwandten können Motive zur Lebendspende bestehen, die nicht nur aus Nächstenliebe erwachsen. Beispielsweise gestand eine Mutter erst zwei Jahre nach der Lebendspende, dass sie der Tochter ihre Niere gespendet habe, weil diese mit Selbstmord gedroht habe.⁹ Oder ein Sohn bekannte, dass er dem Vater die Niere gespendet habe, weil dieser ihm drohte, dass er sonst den Hof nicht bekäme. Seit zahlreiche ähnliche Begebenheiten bekannt wurden, sind die Gespräche mit dem Spender und dem Empfänger vor der Lebendspende nochmal intensiviert worden.¹⁰

Dennoch ist auch folgender Fall möglich: Ein Arzt in den USA fordert nach der Scheidung seiner Ehefrau die an sie von ihm ge-

spendete Niere zurück oder eine Million Dollar.¹¹ Rein organisch und medizinisch erscheint die Lebendspende als das Beste, da diese Operation keine Notfallmaßnahme darstellt, sondern optimal geplant erfolgt und das Organ ohne vorherige körperliche Beeinträchtigung wie beim Spender nach „Hirntod“ in kürzester Zeit transplantiert werden kann.

So erfolgte auch die erste Nierentransplantation. 1954 transplantierte ein amerikanischer Chirurg eine Niere von einem Bruder in seinen anderen Bruder, das Besondere dabei war, dass die Brüder eineiige Zwillinge waren. So war keine Abstoßungsreaktion zu erwarten und der Chirurg konnte sich ganz auf die beste Operationstechnik konzentrieren. Der Chirurg erhielt einige Jahre später den Nobelpreis. Nach dem deutschen Transplantationsgesetz kann eine Lebendspende eines Organs allerdings erst erfolgen, wenn kein entsprechendes Organ von einem „Hirntoten“ zu erhalten ist.

Organspende von „Hirntoten“

Nun zur Organspende nach dem sogenannten „Hirntod“.

In Japan führte 1967 ein Chirurg eine Herztransplantation durch und wurde einige Monate später des Mordes angeklagt, weil er einem anderen Menschen das Herz entfernt hatte.¹² In Japan gilt bis heute die „Hirntod“-Definition nicht.

Im Dezember 1967 führte Christian Barnard in Kapstadt seine erste Herztransplantation durch, ohne dass jemand wie in Japan daran Anstoß nahm und wurde sehr berühmt.

Die amerikanischen Herzchirurgen wollten nicht tatenlos zusehen, wie ihnen dieser Chirurg aus Südafrika Ruhm und Ehre nahm. Sie wollten aber auch nicht strafrechtlich belangt werden und ins Gefäng-

¹¹ Stuttgarter Zeitung vom 09.01.2009, S.18

¹² Sabine Müller: Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten, APuZ, 20–21/2011, 16. Mai 2011, S. 3

⁸ Organspende – Wikipedia, 4 Politik, 4.1 Weltanschauliche Gruppierungen, 4.1.3 Islam, Zitat Nr. 48: Thomas Eich, Johannes Grundmann: Muslimische Rechtsmeinungen zu Hirntod, Organtransplantation und Leben

⁹ M.W. Strik: Lebendspende für die Organtransplantation, Eine legitime Aufforderung zum Altruismus? Dtsch Med Wochenschr 2003; 128: 682–685, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York

¹⁰ K. Sievers, G. Neitzke: Struktur, Arbeitsweise und Ethik von Lebendspendekommissionen, Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 1283–1287: „Die Studie zeigt, dass die Begutachtungspraxis durch Lebendspendekommissionen in Deutschland teilweise erheblich voneinander abweicht.“

nis kommen. So traf sich im August 1968 die Ad-hoc-Kommission der Universität Harvard in den USA, einer der weltweit führenden Universitäten. Der Begriff ad hoc kommt aus dem Lateinischen und bedeutet: Für diesen Anlass, sofort. Es musste sofort eine neue Definition des Todes geschaffen werden, zum einen für den Umgang mit den Langzeitkompatienten auf den Intensivstationen und zum zweiten, weil festgestellt wurde, dass „obsolete criteria for the definition of death can lead to controversy in obtaining organs for transplantation“, ins Deutsche übersetzt: „überholte Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen zur Transplantation führen“.¹³

Der englische Originaltext wurde hier wiedergegeben, um zu zeigen, dass sich diese Kommission traf, um die Beschaffung von Organen zur Transplantation möglich zu machen. Diese Absicht wird heute, 50 Jahre danach, von Transplantationsbefürwortern oft bestritten.

Die Kommission aus führenden Medizinern, Theologen, Ethikern und Juristen erklärte die bis dahin gültigen Kriterien für die Definition des Todes für überholt und entschied, dass der Mensch tot sei, wenn sein Gehirn tot ist. Der Begriff des „Hirntodes“ war geschaffen und wurde sehr rasch in der gesamten westlichen Welt als neue Definition des Todes angenommen.

Herztod mit Hirntod gleichgesetzt

Von diesem Zeitpunkt an konnten Patienten zum Zwecke der Organentnahme ohne Strafverfolgung für tot erklärt werden, wenn der Ausfall bestimmter Hirnreflexe und eine fehlende Spontanatmung festgestellt wird. Diese Patienten werden mit einer künstlichen Beatmung versorgt. Sämtliche Körperfunktionen lassen sich aufrechterhalten,

13 A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. Journal of the American Medical Association (JAMA), Aug. 1968, Bd. 205, Nr. 6, S. 337

bis man entscheidet, ob man diesen Menschen die Organe entnimmt oder die künstliche Beatmung abbricht, worauf der Tod erfolgt. Diese Vorgehensweise hat sich in den meisten Ländern der Erde durchgesetzt.

So auch in Deutschland. Hier haben die Bischofskonferenz der katholischen Kirche gemeinsam mit dem Rat der Evangelischen Kirche im Jahr 1990 sogar entschieden, „dass der Hirntod gleich dem Herztod der Tod des Menschen ist“¹⁴. Der „Hirntod“ ist aber nicht das Gleiche wie der Herztod. Beim Verlauf jeder erfolglosen Wiederbelebung auf der Straße ist zu sehen, dass das Ende der Hirntätigkeit früher als das Ende der Herzkreislauffähigkeit eintritt. Es ist also der Hirntod nicht gleich dem Herztod, auch wenn Theologen das beschließen.

Die Gleichsetzung von „Hirntod“ und Herztod erfolgt nur auf der Intensivstation zum Zwecke der Organentnahme. Würde ein Notarzt auf der Straße bei einer Reanimation schon mit den Wiederbelebungsmaßnahmen aufhören, wenn er keine Hirnreflexe und Atmung mehr sichern kann, aber noch ein Herzschlag oder gar einen Blutdruck feststellt, dann würde man diesen Arzt wegen unterlassener Hilfeleistung verklagen. Auf der Intensivstation zum Zwecke der Organentnahme ist diese Entscheidung aber legal.

Ablauf bis zur Organentnahme

Wie erfolgt der Ablauf bis zur Organentnahme beim „hirntoten“ Patienten? Zunächst wird auf der Intensivstation festgestellt, dass ein Patient dauerhaft nicht selbst atmet, bestimmte Hirnreflexe nicht mehr vorhanden und wesentliche Gründe für diesen Zustand ausgeschlossen sind.

Man schließt darüber hinaus aus, dass fehlende Spontanatmung und fehlende Hirnreflexe zeitnah wiederkehren können (wie z. B. bei Vergif-

14 Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz ..., 3.2.1 Sichere Feststellung des Todes

tung und Unterkühlung möglich). Dann geht der behandelnde Arzt auf die Angehörigen zu, klärt sie über die Situation auf und bespricht mit ihnen das weitere Vorgehen. Gibt es keinen Organspendeausweis des Patienten mit dem Einverständnis der Organentnahme, dann werden die Angehörigen um ihre Entscheidung gebeten. Sagen sie nein, wird die weitere Behandlung des Patienten beendet, die künstliche Beatmung wird abgestellt und der Patient kommt rasch zu Tode.

Zuteilung einer Organspende

Liegt ein Organspendeausweis mit Einverständnis des Patienten vor bzw. sind die Angehörigen bei Nichtvorliegen des Ausweises mit einer Organentnahme einverstanden (entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Patienten) so wird die Zentrale für die Verteilung von Organen „Eurotransplant“ in Leiden (Niederlande) informiert. Dort wird nach den sogenannten Allokationskriterien entschieden, welches Organ zur gemeldeten Bedarfsstelle geht. Der Begriff Allokation (lateinisch: ad locare = zu einem Ort bringen) bedeutet: Zuordnung, Zuteilung von begrenzt vorhandenen Ressourcen wie Güter und Geld und kommt aus der Wirtschaft. Hier in der Transplantationsmedizin geht es um die Zuteilung begrenzt vorhandener Organe für eine Transplantation. Es können von einem „Organspender“ ein oder mehrere Organe entnommen werden, die entsprechend verschiedenen Patienten zugeführt werden, z. B. das Herz einem Patienten in Oslo und die Leber des gleichen „Organspenders“ einem Patienten in Paris. Um eine medizinisch sinnvolle und möglichst gerechte Verteilung der verfügbaren Organe zu gewährleisten, hat man bestimmte Allokationskriterien entwickelt. Dabei sind Gewebeverträglichkeit von Spenderorgan und Empfänger, Dringlichkeit bzw. Erfolgswahrscheinlichkeit, Blutgruppen, Geschlecht, Alter, Häufigkeit, wie oft Organe aus diesem Land kommen bzw. angefragt werden etc. wichtig.

Die Abläufe im Einzelnen:

Auf der Intensivstation wird dem für „hirntot“ erklärten Patienten Blut entnommen, um seine Blutgruppe, vor allem aber um seinen HLA-Status¹⁵ zu bestimmen, denn jetzt ist es wichtig, festzustellen, mit welchem Menschen, der z. B. in Rom, Oslo oder Berlin auf ein Organ wartet, die Organe dieses „hirntoten“ Menschen am ehesten gewebemäßig übereinstimmen. So kann es sein, dass das Herz zu einem Empfänger transportiert wird und die Niere zu einem anderen. Es kann Stunden, gelegentlich auch Tage dauern, bis es zur Organentnahme kommt. So lange wird der „hirntote“ Patient weiter optimal behandelt. Die Kosten dafür werden dem Krankenhaus von der DSO und von den Krankenkassen erstattet, gestaffelt nach Entnahme von einzelnen Organen oder einer Mehrorganentnahme. Da der „hirntote“ Patient vor dem Gesetz als Toter gilt, zahlt hier also die Krankenkasse für die Behandlung eines Toten!

Um keine Fehler zu machen, werden nach Feststellung des „Hirntodes“ des Patienten durch die behandelnden Ärzte noch zwei unabhängige Neurologen, jeweils einzeln zur Bestätigung der Diagnose hinzugerufen. Sie legen mit ihrer Untersuchung den „Todeszeitpunkt“ des Patienten fest. Erst danach darf das chirurgische Team, das die Organentnahme(n) durchführt, gerufen werden. Die Organentnahme geschieht in der Regel abends, nachts. Als Begründung wird oft genannt, dass hierfür im normalen Operationsbetrieb keine Zeit sei.

Nach Abschluss aller Untersuchungen und logistischen Planungen wird der „hirntote“ Patient bei laufender Beatmung und Infusionstherapie in den Operationssaal geschoben und auf dem Operationstisch angebunden. In Deutschland wird eine Narkose nach Maßgabe des leitenden Anästhesisten durchgeführt, in der Schweiz erhält der „Hirntote“ generell eine Narkose für die Explantation. Es kann sein,

¹⁵ s. Abschnitt: Was heißt „Körperabwehr“?

dass der „Hirntote“ wie auch schon vorher auf der Intensivstation die Arme oder Beine bewegt oder sich gar aufsetzt. Das stört bei der zügigen Organentnahme. Medizinisch werden diese Bewegungen mit spinalen Reflexen erklärt, die geradezu Ausdruck der fehlenden Hemmung durch das „tote“ Gehirn seien. Auch wenn das neurologisch möglich ist, erschreckt es viele Ärzte und OP-Schwestern, die oftmals um Entbindung von der Versorgung bzw. Organentnahme bei diesen Patienten bitten.^{16 17} Es ist kaum zu vermitteln, dass ein für tot erklärter Mensch Arme und Beine bewegen kann. In der Medizin nennt man diese Bewegungen „Lazarus-Phänomen“.

Bei der Entscheidung der Harvard-Kommission für die Definition des „Hirntodes“ als dem neuen medizinischen Tod des Menschen war das Auftreten von Bewegungen und Reflexen noch unvereinbar mit der Definition „Hirntod“. An diese Vorgaben hält man sich heute nicht mehr. Vor allem aber sollte man erkennen, dass ein wirklich toter Mensch, eine Leiche, auch keine spinalen Reflexe mehr hat.

Im Verlauf der Entnahme von Organen und Gewebe überwacht der Anästhesist nicht nur die künstliche Beatmung des „Toten“, sondern greift auch bei den plötzlich auftretenden Blutdruck- und Pulsabfällen und -anstiegen medizinisch ein, damit die Organe bis zur Herausnahme keinen Schaden erleiden. Der Kreislauf des „Toten“ reagiert auf die Entfernung der Organe und Gewebe manchmal massiv. Gelegentlich steigt auch der Adrenalinspiegel auf das 50-fache,¹⁸ was generell Anzeichen einer massiven Angst- und Schreckreaktion ist.

16 Frankfurter Rundschau, 22.05.12: Interview Organ Spenderegulation: „Wer noch warm ist, ist nicht tot“ mit Frau Prof. Dr. Alexandra Manzei, früherer Krankenschwester, Zitat: „Und ich habe Hirntote gepflegt, die für eine Organtransplantation freigegeben waren. Das habe ich irgendwann einfach nicht mehr ausgehalten“.

17 Thomas Bein et al.: Hirntodbestimmung und Betreuung des Organspenders, eine Herausforderung für die Intensivmedizin DÄ Jg. 102, Heft 5, 4. Februar 2005, B226

18 Hans-Joachim Gramm et al., Hemodynamic responses to noxious stimuli in brain-dead organ donors, in: Intensive Care Medicine, 18 (1992) 8, S. 493ff.

Zerlegung des Organspenders

Im Operationssaal wird nach den Vorbereitungen der „hirntote“ Patient vom Hals bis zum Schambein aufgeschnitten, die beiden Körperhälften werden wannenartig auseinandergezogen und der geöffnete Körper mit Eiswasser gefüllt, damit die Organe für den Transport rasch abkühlen zwecks besserer und längerer Haltbarkeit. Dazu dient auch die kalte Perfusionslösung, die in die große Bauchschlagader eingebracht wird, um so die Zeit der fehlenden Durchblutung bis zur Implantation zu überbrücken (sog. kalte Ischämiezeit).

Durch die Entfernung der Organe kommt es zunehmend zu Blutungen, die sich mit dem Eiswasser vermischen. Diese und das zunehmende Ausweiden des „hirntoten“ Patienten, ggf. auch das Abschneiden und Abziehen der Haut wird gelegentlich auch vom Fachpersonal nicht ertragen.¹⁹ Das Beatmungsgerät, die Infusionen und die Monitore werden nach Abschluss der Organentnahmen abgestellt. Nun ist der Organspender „tot“, eine Leiche.

Viele Menschen beachten beim Organspendeausweis nicht, dass sie auch eine Entscheidung über eine Gewebespende treffen, was die Weitergabe von Hornhaut, Herzklappen, Blutgefäßen, Knochen, Sehnen, Haut einschließt und damit auch die Weiterverarbeitung der Gewebe zu Arzneimitteln.²⁰ Nicht umsonst hatte Professor Dr. Pichlmayr, der Nestor der Transplantationsmedizin hierzu gesagt: „Wenn wir die Gesellschaft über die Organspende aufklären, bekommen wir keine Organe mehr“.

Diese Gewebe kommen teils in Banken (z. B. „Hornhautbank“), teils werden sie industriell verarbeitet und vermarktet. Manchmal klagen die Bestattungsunternehmen über die Klinik, weil die zurückgebliebene

19 Ulrike Baureithel, Anna Bergmann: Herzloser Tod, Das Dilemma der Organspende, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1999, Zitat Prof. Margreiter: „Gegen die Hautentnahme wehre ich mich, außer sie wird in Ausnahmefällen nur an rückwärtigen Körperpartien entnommen“.

20 sueddeutsche.de Gesundheit, 31. Mai 2012 Christoph Schmidt-Petri, Franz Himpsl, Organspende: Tabuthema Gewebespende

Leiche nach der Organ- und Gewebeentfernung, z. B. nach der Entfernung der Knochen mit Stöcken in den Beinen stabilisiert werden muss oder es müssen für die Angehörigen aus Pietätsgründen Glasaugen wegen der entfernten Hornhäute in die Augenhöhlen eingesetzt werden. Angehörige haben sich schon furchtbar über die Glasaugen erschreckt, aber noch mehr, wenn selbst diese fehlten. Die Ausführungen sollen deutlich machen, dass der „hirntote“ Patient bei der Entfernung der Organe und Gewebe kein toter Mensch, keine Leiche ist. Denn der „Hirntote“ ist noch immer ein Patient, der zwar in den allermeisten Fällen nicht mehr wach und gesund wird, er steht kurz vor dem Tod, er ist ein Sterbender, aber er ist nicht tot. Er ist keine Leiche.

„Best Practice“ beim Hirntoten?

Beim „Hirntoten“ auf der Intensivstation arbeiten das Herz und alle Organe und Körpersysteme wie Blutgerinnung, Wundheilung, Körperabwehr, Hormone unter der künstlichen Beatmung völlig normal weiter. So ist es auch beabsichtigt, denn die Organe sollen ja möglichst intakt entnommen und weitergegeben werden. Insofern erübrigen sich die Befürchtungen vieler Laien, denn „45 % der Deutschen fürchten, dass Ärztinnen und Ärzte nicht mehr mit vollem Einsatz um ihr Leben kämpfen würden, wenn sie sich vorher zu einer Organspende bereit erklärt haben“.²¹

Von Seiten der Befürworter des „Hirntodkonzepts“ wird argumentiert, dass die Organe nur mit Hilfe der künstlichen Beatmung so gut arbeiten. Das ist richtig, aber auch die beste künstliche Beatmung könnte bei einer Leiche die Organe nicht am Funktionieren, nicht am Leben erhalten. Die behandelnden Ärzte wollen bis zur Organentnahme nichts dem Zufall überlassen.

²¹ Umfrage der Bertelsmann-Stiftung und der Barmer-GEK in: Deutsches Ärzteblatt (DÄ), Jg. 109, Heft 10, 9. März 2012, B393: Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann: Organspende, Eine Geste der Nächstenliebe

Der „hirntote“ Patient erhält weiter sozusagen „Best-Practice“-Behandlung mit Infusionen, optimaler Beatmung, Medikamenten, ggf. bis hin in die Organentnahme im Operationssaal, wenn der Patient plötzlich durch die Entfernung der Organe mit Blutdruckeinbruch, rasendem Puls oder Blutungen reagiert. In der Transplantationsmedizin nennt man das: „Organprotektive Maßnahmen“ treffen – d. h. die Organe sollen geschützt werden – oder „spenderkonditionierende Maßnahmen“ – d. h. der „hirntote Organspender“ soll konditioniert (= soll dahin gebracht werden), dass die Organe bestens weitergegeben werden.

Man will die Organe schützen und erhalten, nicht aber um dem Menschen, dem sie gehören, Gutes zu tun. Die Transplantationsmedizin bricht hier eine hohe medizinische Ordnung, dass nämlich die Therapiemaßnahmen dem Patienten selbst helfen sollen d. h. Behandlung zum Wohle des Patienten, was hier aber ausdrücklich nicht geschieht.

Dringlichkeit vor Erfolgsaussicht? Problematik der Allokationskriterien

Zwischenzeitlich zeigte sich, dass die Erfolgsergebnisse für die Transplantation von Organen in Deutschland schlechter waren als in anderen Ländern. Waren die deutschen Chirurgen und Immunologen schlechter als ihre ausländischen Kollegen? Die entsprechenden Daten offenbarten deutlich, dass in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern das Kriterium der Dringlichkeit bei der Entscheidung zur Transplantation starken Vorrang vor der Erfolgsaussicht hatte.²²

Das heißt z. B., dass ein Alkoholiker die aktuell zur Verfügung stehende Leber viel dringender benötigt als das 10-jährige Mädchen mit dem angeborenen Enzymdefekt in der Leber. Nach den Vorgaben für Lebertransplantationen sollte ein Alkoholiker mindestens ein halbes

²² welt.de Gesundheit, Transplantationen, Walter Willems: Wenn nur Dringlichkeit die Organvergabe bestimmt, 13.02.2014

Jahr „trocken“ sein. Dieses Kriterium gilt in Praxi bei vielen deutschen Transplantationszentren seit Jahren nicht mehr regelhaft. Nun hängt aber das weitere Überleben eines Alkoholikers nicht nur von einer erfolgreichen Lebertransplantation ab, sondern auch von seiner Alkoholabstinenz. Außerdem ist der Alkoholiker zum Zeitpunkt der Transplantation meist in deutlich schlechterem Allgemeinzustand als die 10-Jährige, bei der man schon länger vom Stand ihrer Erkrankung weiß und sie in weit besserem Zustand für die Transplantation einplanen kann. Die Erfolgswahrscheinlichkeit für eine lange Tätigkeit der empfangenen Leber ist bei dem Kind ungleich höher als bei einem Alkoholiker. Es ist und bleibt eine sehr schwere Entscheidung, wem man das eine Organ zuteilt.

Wie in anderen Ländern ist man inzwischen auch in Deutschland schweren Herzens vom Allokationskriterium der Dringlichkeit mehr zu dem der Erfolgsaussicht übergegangen. Es zeigte sich auch, dass Deutschland deutlich mehr Organe anfordert als es selbst bei Eurotransplant zur Verfügung stellt, was ebenfalls ein Allokationskriterium ist. Andere Länder mahnen Deutschland schon länger an, ein höheres Organspendeaufkommen zu erreichen. So schaut man auch aus diesem Grund in Deutschland mehr auf die Erfolgsaussicht als auf die Dringlichkeit einer Transplantation.

Schwerwiegende Entscheidungen

Genauso schwerwiegend wie bei der Lebertransplantation sind die Entscheidungen bei einer Lungen- oder Herztransplantation. Gibt man die eine zur Verfügung stehende Lunge einem Raucher mit einer chronischen Lungenkrankheit und das eine zur Verfügung stehende Herz einem Raucher bzw. uneinsichtigen übergewichtigen Patienten mit 2 Herzinfarkten oder die Lunge einem Patienten mit einer angeborenen Mukoviszidose und das Herz einem Sportler mit Herzschwäche nach einem Virusinfekt?

Die transplantierten Organe werden eine sehr verschieden lange Zeit in den jeweiligen Empfängern „wohnen“. Zum einen, weil die Organe in einen Körper kommen, der auch an vielen anderen Stellen durch die ungesunde Lebensweise geschädigt ist oder ansonsten im Wesentlichen gesund ist, zum zweiten weil die Therapietreue für die regelmäßige Einnahme der Immunsuppressiva im ersten Fall meist ebenfalls schlecht und im zweiten Fall meist gut ist. Mancher wird sicher denken, dass diese Beispiele vorurteilsbehaftet sind, sie sind aber leider allzu oft Realität.²³

Es ist verständlich, dass auch die Patienten, die mit ihrem Körper nicht gut umgehen, dennoch nach allen Therapiemöglichkeiten rufen, um nicht sterben zu müssen. Die Schwere der richtigen Entscheidung bleibt.

Existenzielle Erwägungen

Auch andere Entscheidungen sind nicht einfacher zu treffen, z. B. ob man die zur Verfügung stehende Niere eher einer 43-jährigen Mutter mit 4 Kindern gibt oder einem 21-jährigen Studenten. Und das Problem der Allokationskriterien verdeutlicht, dass die Menschheit sich mit der Transplantationsmedizin droht zu verrennen, weil man es nicht allen recht machen kann.

Wenn man die Transplantationsmedizin als eine Brücke sieht, dann sind wir Menschen auf einem anderen Ufer angekommen, quasi in einem anderen Land aber wir wissen nicht, wie wir uns da bewegen sollen, ständig schlagen uns Probleme entgegen. Gleichzeitig werden wir immer weiter gedrängt, über diese Brücke zu gehen. „Zunehmend wird ... gefragt: Muss alles gemacht und von der Gemeinschaft bezahlt werden, was medizinisch möglich ist?“ schrieb Professor Dr. Dietrich

²³ Medscape Freitag, 21. Juni 2019: Heike Dierbach: Organempfänger: Wenn mangelnde Therapietreue lebensgefährlich wird – psychosoziale Betreuung schützt, Interessenkonflikte, 2. April 2019

von Engelhardt, Medizinhistoriker und -ethiker.²⁴ Dieses ist auch in Deutschland angesichts der immensen Ausgaben im Gesundheitswesen ein zunehmend wichtiger Aspekt.

Darüber hinaus gilt aber: So verständlich der Wunsch nach einem Weiterleben ist und das Ausschauhalten nach allen Möglichkeiten, den drohenden Tod zu verhindern, so muss dennoch bedacht werden, dass die meisten Organe von „hirntoten“ Patienten kommen, Patienten, die durch die Entnahme der Organe zum Tod gebracht werden.

Das Allokationskriterium der Organzuteilung nach dem Alter des Empfängers ist in gewisser Weise einfacher. Generell gilt die Regel „Old to old and young to young“ d. h. das zur Verfügung stehende Organ eines älteren Spenders wird einem älteren Empfänger übertragen und Entsprechendes gilt für junge Menschen. Inzwischen erhalten Kleinkinder ein neues Herz und Menschen über 70 Jahren geben und empfangen Organe. Aufgrund der sich zunehmend verändernden Alterspyramide wird es immer schwieriger, Organe von jungen Menschen für junge Menschen zu finden. So ist man immer mehr gezwungen, Organe von vergleichsweise älteren Patienten weiterzugeben, die im jungen Empfänger schon auf Grund ihres Alters, ohne dass eine medizinische Schädigung eingetreten ist, rascher versagen.

Dazu kommt, dass sich die „Spendergruppen“ wesentlich verändert haben. Waren früher meist junge Motorradfahrer die „hirntoten“ Organspender, so sind es heute vorwiegend Patienten im „mittleren Alter“ mit Hirnblutungen oder akuten Hirndurchblutungsstörungen. Zu der Altersverschiebung der Spender trägt wesentlich die Einführung der Helm- und Anschnallpflicht bei, was italienische Transplantationsmediziner seinerzeit beklagten.²⁵ Es fällt auf, dass im deutschen Transplantationsgesetz festgelegt ist, dass Menschen ab dem 16. Lebensjahr ohne Rücksprache mit ihren Eltern einer Organentnahme nach dem „Hirn-

24 DÄ 2019; 116 (8): A-358, Allokation im Gesundheitswesen: Gesellschaft setzt den Rahmen

25 Thomas Brust: Organspende und -transplantation, Eine Analyse ethischer und christlicher Aspekte, Christliche Verlagsgesellschaft mbH, Dillenburg, 2013, S. 13

tod“ zustimmen können.²⁶ Unter diesem Aspekt sind auch die vielen Aufklärungskampagnen für Organspende in den Schulen mit Skepsis zu sehen.²⁷

Bruch ärztlicher Normen

Ärzte sind seit Menschengedenken dem Wohl und dem Willen des Patienten verpflichtet. Egal, wie wir den „hirntoten“ Menschen vor und bei der Organentnahme sehen, wir brechen allgemein anerkannte ethische Normen:

Sehen wir ihn als Toten, so ist es massive Verletzung der Totenwürde, der Totenruhe – indem wir ihm noch Infusionen, Medikamente, künstliche Beatmung geben und ihm dann Organe, Knochen und Haut entnehmen.

Sehen wir ihn als Sterbenden, ist es Quälerei, seinen Sterbeprozess mit den genannten Maßnahmen künstlich zu verlängern, die außerdem nicht ihm, sondern einer anderen Person helfen sollen, um ihm dann bei sterbendem Leib noch die Organe zu entnehmen. Der behandelnde Arzt hätte ihm, wie auch sonst, das Sterben so erträglich wie möglich zu machen.

Sehen wir ihn als Kranken, so handeln wir nicht zu seinem Wohl, denn die Behandlung dient nicht ihm, sondern denen, die seine Organe erhalten sollen.

Suche nach geeigneten Medikamenten

Das erste und bekannteste Medikament in der Transplantationsmedizin zur Verhinderung einer Abstoßungsreaktion ist Cortison. Die Neben-

26 Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung: Kritik an Organspende ab 16, 21. Mai 2017, S. 1

27 Marburger Bund Zeitung: Organspende, Im Fokus: Aufklärungsarbeit für ein möglichst umfassendes Bild, Arbeitskreis Organspende Heidelberg informiert unter anderem an Gymnasien, Nr. 7/26. Mai 2017, S. 14

wirkungen wie Diabetes (Zuckerkrankheit), Osteoporose (Knochenerweichung), psychische Störungen in verschiedenen Ausprägungen sind lange bekannt und so entwickelte man fieberhaft andere Medikamente, um Cortison zu ersetzen. Das gelang nur teilweise.

Die Transplantationsmedizin wurde erst mit der Entwicklung des „Ciclosporin A“, einem Medikament aus Pilzen, wirklich erfolgreich. Vorher gab es zu viele Abstoßungsreaktionen, auch wenn man schon sehr gut operieren konnte. Manche Ärzte und Wissenschaftler wollten die Transplantationsmedizin wieder aufgeben. Es zeigte sich mit den neuen Medikamenten, dass der Erfolg der Transplantation vielmehr von der effektiven Unterdrückung der Körperabwehr abhängt und nicht so sehr von der Brillanz der Operation.

Erst nach einigen Jahren stellte man aber fest, dass auch Ciclosporin A und alle anderen Medikamente ihre spezifischen und allgemeinen Nebenwirkungen haben. Ciclosporin A bewirkt eine Arteriosklerose aller Blutgefäße, von Kopf bis Fuß. Dadurch bekommen ca. 80 % aller Menschen mit einem Transplantat einen Bluthochdruck mit den entsprechenden Folgen. Diese Patienten benötigen Medikamente, und trotzdem erleiden einige Schlaganfall, Herzinfarkt, Niereninsuffizienz, und das wieder mit den entsprechenden Folgen.

Die Neigung zu Infektionen, Bluthochdruck, Diabetes, psychischen Nebenwirkungen sind auch bei Medikamenten, die nach Cortison als Immunsuppressiva kamen erheblich.^{28 29} Dazu kommt die Neigung zu bösartigen Erkrankungen. Da das Immunsystem anhaltend unterdrückt wird, werden sich entwickelnde bösartige Zellen nur sehr vermindert erkannt und beseitigt. Die Folge sind insbesondere bösartige Lymphdrüsenenerkrankungen (Non Hodgkin- und Hodgkinlymphome) und Hautkrebsarten (Basaliome, Plattenepithelkarzinome, Melanome,

28 Harald Schrem et al.: Nachsorge bei Organtransplantierten, DÄ, Jg. 106, Heft 9, 27, Februar 2009

29 M. Schiffer: Renale Ko-Morbidität nach Transplantation solider Organe, Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 2332-2335

Kaposisarkome). Die Wahrscheinlichkeit, nach der Transplantation eine bösartige Erkrankung zu bekommen, ist für die oben genannten Krebsarten bis zu 100-fach höher als für die Normalbevölkerung. Ca. 6 % aller Patienten mit transplantiertem Organ erleiden eine Krebserkrankung.^{30 31 32 33}

Schon vor über zwanzig Jahren haben Professor Dr. Hetzer und seine Kollegen in einer Veröffentlichung diese zahlreichen Nebenwirkungen der Immunsuppressiva, also der Medikamente zur Unterdrückung der Körperabwehr, aufgelistet.³⁴ Prof. Hetzer und seine Kollegen sind keine Gegner der Organspende, sondern waren und sind sehr erfolgreiche Transplantationschirurgen.

Verlauf und Folgen von Abstoßungsreaktionen

Die Abstoßung eines fremden Organs kann akut oder chronisch d. h. schleichend verlaufen. Durch die Unterdrückung der Abstoßungsreaktion kann eine akute Abstoßung in eine chronische übergehen. Die Ärzte stellen erst nach einigen Monaten fest, dass der Körper das fremde Organ trotz medikamentöser Unterdrückung der Körperabwehr nicht akzeptiert, das fremde Organ geht langsam zugrunde.

Bei der akuten Abstoßungsreaktion ist der Patient, der ein fremdes Organ erhalten hat, schwer krank. Bei der chronischen Abstoßungsreaktion fühlen sich die Patienten „mies, schlapp und komme nicht richtig auf die Beine“ – so ihre häufigen Aussagen. Diese Krankheitszustände können sich wiederum mischen mit den zunehmenden Ne-

30 Kasiske Bl et al.: Cancer after kidney transplantation in the United States. Am J Transplant 2004; 4: 905-913

31 Manuela Schütz, Klemens Bude: Immunsuppression nach Nierentransplantation, Dialyse aktuell 2008; 12(4): 226-234

32 Susanne Donner: Ein Leben, zweimal Krebs, Süddeutsche Zeitung, 6. September 2018, S. 1

33 Susanne Donner: Die Medikamente schwächen das Immunsystem derart, dass Tumore wuchern können, Süddeutsche Zeitung, 6. September 2018, S. 2

34 Jai-Wun Park et al.: Herztransplantations-Nachsorge: Probleme im Langzeitverlauf, DÄ 90, Heft 10, 12. März 1993 (35) B-525ff.

benwirkungen der Medikamente, die gegeben werden müssen, um die Körperabwehr zu unterdrücken. Dank der Medikamente sind die akute und chronische Abstoßungsreaktion inzwischen selten geworden.

Leider sind aber die Nebenwirkungen der Medikamente nicht selten, denn eigentlich sind sie ja die logische Folge der Unterdrückung der Körperabwehr. Das bedeutet, dass die T-Lymphozyten nicht mehr so scharf hinschauen, ob da Viren, Bakterien und Pilze in unserem Körper sind oder nicht. Im ersten Jahr nach einer Transplantation verlaufen teils banale Virus- und Bakterieninfektionen oft schwer und müssen mit starken antiviralen Medikamenten, Antibiotika und Antipilzmitteln behandelt werden, die wiederum erhebliche Nebenwirkungen haben. Die Unterdrückung der Körperabwehr hat somit einen hohen Preis, aber die Nebenwirkungen oder genauer: die Folgen der medikamentösen Unterdrückung der Körperabwehr gehen weiter.

Patientenverhalten in der Nachsorge

Compliance in der Medizin meint das kooperative Verhalten des Patienten während der Behandlung. Es hat sich auch der Begriff „Therapietreue“ eingebürgert, d. h. ob der Patient regelmäßig seine Medikamente einnimmt und auch zu den Untersuchungen geht. Es ist extrem wichtig, dass regelmäßige Blutuntersuchungen stattfinden, um z. B. den Blutspiegel des Medikaments „Cyclosporin A“ zu bestimmen: So zeigt ein zu hoher Spiegel die Gefahr einer Schädigung der transplantierten Niere durch dieses Medikament an, ein zu niedriger Spiegel die Gefahr einer sich entwickelnden Abstoßungsreaktion durch den Körper.

Organ-Transplantations-Psychiatrie

Viele Patienten mit transplantierten Organen werden sich erst im Laufe der Zeit dessen bewusst, dass sie ein Leben lang die Medikamente ein-

nehmen und Kontrolluntersuchungen über sich ergehen lassen müssen. Diese psychischen Belastungen und die Wirkungen der Medikamente auf die Psyche führten dazu, dass sich mit der „Organ-Transplantations-Psychiatrie“ ein eigener Zweig der Psychiatrie entwickelte.

Es zeigte sich, dass ca. ein Viertel aller Todesfolgen nach Transplantation auf sogenannte „Compliance-Störungen“ zurückzuführen ist. Es zeigte sich außerdem, dass sich transplantierte Patienten viel mehr mit dem Organ eines anderen Menschen in sich beschäftigen und besonders, wenn es von einem „Hirntoten“ kam. Die Transplantierten erinnern sich, wie sehr sie auf ein neues Organ gewartet haben, wie sehr sie es sich gewünscht haben. Ja, manche Patienten schauten vor ihrer Transplantation regelmäßig auf den Wetterbericht: „Morgen fahren sicher viele Motorradfahrer, da bekomme ich vielleicht ein neues Herz ...“. Jetzt, nach der Transplantation, nagen Schuldgedanken: Jemand starb, und von diesem Menschen hat man ein Organ erhalten und man hat sich das neue Organ so sehr gewünscht! Jetzt quält das Eingeständnis, dass man damit auch auf den Tod eines anderen Menschen gewartet hat.^{35 36}

Wirkungen im Charakter durch Fremdorgane

Durch viele Berichte aus Amerika, wo der Kontakt zwischen den Organempfängern und den Angehörigen der Spender möglich ist, wurde bekannt, dass Organempfänger auffallend oft Eigenarten bzw. Eigenschaften der Organspender entwickeln. Die Umgebung, besonders die nächsten Angehörigen stellen Wesens- und Verhaltensänderungen bei den Organempfängern fest. Diese Eigenverfremdung belastet die Patienten mit transplantierten Organen zunehmend.³⁷

35 Wellendorf, Elisabeth: Mit dem Herzen eines anderen leben. Die seelischen Folgen der Organtransplantation, Kreuz-Verlag Zürich, 1998

36 Ulrike Baureithel, Anna Bergmann: s. Fußnote 19

37 http://www.bild.de/BILD/news/vermishtes/2008/04/07/selbstmord/herz-starb-zweimal_geo=4204478.html: Mann bekam Herz eines Selbstmörders transplantiert – erst heiratete

Noch mehr belasten Empfindungen, dass man die ganze Zeit quasi von jemandem begleitet würde „oben in den Bäumen geht jemand mit mir“, „jemand liegt in meinem Bett“, dass eine Patientin nicht mehr weiß, ob sie noch wie eine Frau empfindet, wo sie jetzt das Herz eines Mannes in sich hat. Es entwickeln sich Körperbildstörungen und Identitätskrisen.

Ein Jugendlicher mit Transplantat sagte: „Ich habe meinen Tod annehmen wollen, aber ich hatte nicht genug Kraft, meinen Eltern klarzumachen, dass es für mich keinen anderen Weg gibt.“³⁸

Kinder klagen, dass ihre Eltern sie zur Transplantation gedrängt hatten: „Vorher hatte ich ein kleines Leben, aber es war mein eigenes Leben“.

Ärzten sind die Nebenwirkungen der Medikamente bekannt, dennoch werden die seelischen bzw. zwischenmenschlichen Nebenwirkungen, die Veränderungen in Charakter und Persönlichkeit, in keiner Informations-Broschüre zur Organspende erwähnt, wenn zum Ausfüllen des Organspendeausweises aufgerufen wird. Und erstaunlich, wenn sonst Patienten nach jeder möglichen Nebenwirkung fragen, so fragt in der Transplantationsmedizin kaum jemand nach den Nebenwirkungen, zu groß ist der Wunsch nach einem Organ, nach Befreiung von der Krankheit bzw. Todeserwartung.

Neuere Erkenntnisse zum Begriff „Hirntod“

Im Jahr 2008 wurde anlässlich des 40-jährigen Bestehens des „Hirntod“-Konzeptes der Harvard-Kommission ein Symposium abgehalten. Dabei stellte der „President’s Council on Bioethics“ (das entspricht dem Nationalen Ethikrat in Deutschland) fest, dass es „Controversies in the Determination of Death“ (Widersprüchliche Meinungen in der Bestimmung des Todes) gibt. Es sei eine neue De-

er dessen Frau, dann brachte auch er sich um

38 Ulrike Baureithel, Anna Bergmann: s. Fußnote 19

batte über den „Hirntod“ erforderlich. Der Rat stellte fest, dass „das integrierte Funktionieren des Körpers nicht unbedingt kurz nach Eintritt des Hirntodes aufhört“. Das war bisher das Hauptargument für die Gleichsetzung von „Hirntod“ und Tod des Menschen. Man könne auch nicht mehr das Gehirn als den Integrator der verschiedenen Körperfunktionen ansehen, denn die Integration sei eine Leistung des gesamten Körpers.³⁹ Die Arbeiten von Professor Dr. Alan Shewmon hätten in 175 dokumentierten Fällen gezeigt, dass zwischen „Hirntod“ und Herzstillstand bei adäquater Therapie und künstlicher Beatmung eine Woche bis zu 14 Jahre liegen könne.⁴⁰ Eine Fortsetzung der Behandlung geschieht üblicherweise nicht, da bei „Hirntoten“ entweder die Entscheidung zur Organentnahme fällt oder bei Ablehnung einer Organentnahme die künstliche Beatmung umgehend beendet wird, da die Krankenkassen für die weitere Behandlung nicht mehr aufkommen. Die Behauptung, kurz nach dem „Hirntod“ trete der Tod ein, wird somit nicht überprüft und ist eine Art selbsterfüllender Prophezeiung.⁴¹

Warnungen vor vereinfachtem Denken

Auch die inzwischen zahlreichen Fälle von sogenannten „hirntoten“ schwangeren Frauen, die gesunde Kinder zur Welt bringen, zeigen, dass die Annahme, dass der „Hirntote“ auch mit künstlicher Beatmung innerhalb weniger Stunden bis Tage stirbt, falsch ist. Auch die Amerikanische Akademie für Neurologie hält die Hirntoddiagnostik, die 1995 von ihr selbst eingeführt wurde, seit 2010 nicht mehr für wissenschaftlich

39 President’s Council on Bioethics, *Controversies in the determination of death. A White Paper*, Washington, D.C. 2008, S. 41f., S. 55

40 Alan Shewmon, *Chronic brain death*, in: *Neurology*, 51 (1998) 6, S.1538-1545

41 Sabine Müller: *Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten*, *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 20–21/2011, 16. Mai 2011, S. 7

fundiert.⁴² So halten auch nur 27 % der amerikanischen Neurologen den „Hirntod“ für den Tod des Menschen.⁴³

Schon 1974 stellte sich der Philosoph und Nobelpreisträger Hans Jonas entschieden gegen diese Gleichsetzung und warnte davor, mit dem Kriterium des „Hirntodes“ den Weg für die Organbeschaffung freizumachen und zu legalisieren.

Im Oktober 2016 wurden im Deutschen Ärzteblatt die Ergebnisse des Göttinger Organspende-Surveys wiedergegeben. Zusammenfassend wurde festgestellt: „Die Einstellung zur Organspende ist kulturell tief verwurzelt. Die Zurückhaltung gegenüber einer Organspende in Deutschland lässt sich eher auf kulturelle Einstellungen zum Hirntod und zur Körperlichkeit zurückführen als auf Misstrauen gegenüber dem System.“⁴⁴ Diese Untersuchung wurde durchgeführt, um zu erfahren, wie groß der Einfluss des Organspendeskandals von 2012 auf die starke Zurückhaltung der deutschen Bevölkerung gegenüber der Organspende ist. Es zeigte sich, dass die grundsätzliche Einstellung zu „Hirntod“ und Körperlichkeit des Patienten den Befragten viel bedeutsamer ist. Diese Einstellung zeigt sich also nicht erst bei den Angehörigen, die am Bett des „hirntoten“ Patienten sitzen und nicht wahrhaben wollen und können, wenn die Ärzte sagen, dass der Patient tot ist, obwohl das Herz schlägt und die Haut warm ist.

Die Untersuchung zeigt, dass uns mit der Festlegung, dass der „Hirntod“ gleich dem Tod des Menschen ist, entgegen unserer grundsätzlichen Einstellung eine neue Sichtweise aufgezwungen wird. Bei der Festlegung der „Hirntod“-Kriterien durch die Harvard-Kommission war auch der Befund der fehlenden spinalen Reflexe wesentlich. Seither dürfen aber „Hirntote“ bis zu 17 Reflexe zeigen und gelten dennoch als tot.

42 Eelco F.M. Wijdicks et al., Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults, in: *Neurology*, 74 (2010), S. 1911–1918

43 Joffe AR et al. (2012) A survey of American neurologists about brain death: understanding the conceptual basis and diagnostic tests for brain death. *ANN Intensive Care* 2(1):4

44 Schicktanz, Silke et al: Einstellung zur Organspende: Kulturell tief verwurzelt, DÄ 2016; 113(37): B-1337ff.

In Großbritannien gilt bereits der „Hirnstammtod“ als Tod des Menschen. Im Hirnstamm befindet sich das Atemzentrum. Wenn dieses ausfällt, kann der Mensch nicht mehr selbstständig atmen und benötigt eine künstliche Beatmung. Dennoch ist es dabei möglich, dass das Großhirn und Kleinhirn unabhängig vom Hirnstamm intakt sind. Ein Patient mit „locked-in Syndrom“ (d. h. mit einer Hirneinklemmung) kann bei Bewusstsein sein. So war es auch bei einem 17-jährigen jungen Mann, der nach einem Unfall in die Universitätsklinik von Coventry aufgenommen wurde und bei dem aufgrund eines „Hirnstammtodes“ eine Organentnahme durchgeführt werden sollte. Da die Eltern aber meinten, noch Reaktionen bei ihrem Kind erkennen zu können, zogen sie eine ihnen bekannte Ärztin hinzu. Der Junge wurde in ein anderes Krankenhaus verlegt und wachte nach wenigen Tagen auf. Inzwischen hat er ein Studium im Fach Rechnungswesen aufgenommen.⁴⁵

Wenn Ausländer in England lebensbedrohlich verunfallen, dann gelten für sie die „Hirn(stamm)tod“-Kriterien von England, nicht die ihres Heimatlandes.

„Gerechtfertigtes Töten“?

Die intensiven Diskussionen um das Jahr 2008 haben in Amerika zu verschiedenen Überlegungen geführt. Bioethiker wie Seema K. Shah bezeichneten die Gleichsetzung von Tod und „Hirntod“ als „legale Fiktion“.⁴⁶ Die Mediziner und Bioethiker Truog und Miller meinten, „die Begründung dafür, warum hirntote Menschen für tot gehalten werden sollen, war nie völlig überzeugend“.⁴⁷ Wie andere Mediziner

45 Brigitta Vom Lehn: Der Student, der jüngst noch „hirntot“ war, *Frankfurter Rundschau*, 9. Mai 2012

46 Seema K. Shah/Franklin G. Miller, Can We Handle the Truth? Legal Fictions in the Determination of Death, in: *American Journal of Law and Medicine*, 36 (2010)4, S. 1–56

47 Robert D. Truog/Franklin G. Miller, The Dead Donor Rule and Organ Transplantation, in: *The New England Journal of Medicine*, 359 (2008) 7, S. 674

meinen sie, dass der „Hirntote“ in jedem Fall stirbt, entweder durch das Abstellen der künstlichen Beatmung oder durch die Entnahme der Organe. Sie sprechen vom „justified killing“, dem „gerechtfertigten Töten.“⁴⁸ Diese Vorstellung hat sich noch nicht durchgesetzt, wird aber in verschiedenen Ländern, so auch in Deutschland, unter Medizinern diskutiert. Prof. Dr. Truog, Kinderarzt und Bioethiker an der Harvard Universität, hat im Übrigen 1997 vor Abfassung des Transplantationsgesetzes im deutschen Bundestag gesprochen.

Wenn auch das „justified killing“ noch keinen Eingang in die Praxis der Organtransplantation gefunden hat, so wird dennoch weiter versucht, auf verschiedene Weise die Zahl der Transplantationen zu erhöhen.

Non-heart-beating donors

Dazu hat man das Konzept des „non-heart-beating donors“ entwickelt, also des Spenders, dessen Herz nicht mehr schlägt. Zunächst denkt man, dass das die richtige Art und Weise ist, Organe von einem Toten zu entnehmen. Wie oben ausgeführt, sind aber die Organe bei einem Toten sehr schnell „unbrauchbar“.

So hat man 1992 mit dem Protokoll von Pittsburgh und den Maastricht-Kriterien von 1995 beschlossen, dass man Patienten, bei denen ein Herzstillstand eintritt, unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr wiederbelebt, sondern die Organe herausnimmt.⁴⁹ Dazu wartet man 2 bis 10 Minuten auf eine erneute Tätigkeit des Kreislaufs, dann aber werden die Organe so rasch wie möglich entnommen. Es wird dafür plädiert, mindestens bis 7 Minuten nach dem Herzstillstand zu warten, die Leberchirurgen tolerieren nur 2 Minuten, die Herzchirurgen nur 5

48 Robert D. Truog/Franklin G. Miller: Rethinking the Ethics of Vital Organ Donations, in: Hastings Center Report, 38 (2008)6, S. 42

49 W. Heide: „Non-heart-beating donors“ sind nicht geeignet, Nervenarzt 2016, 87: 161–168

Minuten.⁵⁰ Die Mediziner drängen auf möglichst rasche Entnahme der Organe, damit sie so wenig wie möglich durch den Kreislaufstillstand geschädigt werden.

Das erscheint wie ein Horrorszenario, aber es findet in vielen europäischen Ländern und den USA Anwendung. Dort ist in einigen Staaten geregelt, dass sich die Klinik schriftlich rechtfertigen muss, wenn sie die Organe von „non-heart-beating donors“ nicht entnehmen lässt. Deutschland hat durch die Bundesärztekammer seit 1995 wiederholt dieses Konzept abgelehnt, weil zu Recht darauf verwiesen wird, dass bei einem Patienten, dessen Herz nicht mehr schlägt, erst alle Wiederbelebensmaßnahmen so lange wie sinnvoll möglich, durchzuführen sind. Dann lassen sich von einem lange reanimierten Patienten aber auch keine gesunden Organe mehr entnehmen. Die Frage ist, wie lange Deutschland bei dieser Entscheidung bleibt.

In Deutschland haben schon lange verschiedene Ärzte, Theologen und Juristen die Gleichsetzung von „Hirntod“ und Tod des Menschen in Frage gestellt.⁵¹ Aber die gemeinsame Bischofskonferenz der evangelischen und katholischen Kirche Deutschlands beschloss 1990, dass „der Hirntod gleich dem Herztod der Tod des Menschen ist“.⁵²

1997 wurde das Transplantationsgesetz verabschiedet, wonach lebenswichtige Organe „nur von Toten entnommen“ werden dürfen. Die von der Bundesärztekammer erarbeiteten Richtlinien wurden dem Gesetz zugrunde gelegt.⁵³ Hierbei wurde übergangen, dass die Transplantation von Organen wirklich toter Menschen, d. h. von Leichen, in früheren Jahren versucht und rasch wieder eingestellt wurde, denn diese Organe waren alleine schon durch den Blutstillstand in der Leiche dermaßen geschädigt, dass sie beim Empfänger sofort abgestoßen wurden. Nur die Hornhaut der Augen kann auch bis 48 Stunden nach

50 Wolfram Höfling: TPG. Transplantationsgesetz. 2. Auflage. Berlin 2013, 244f.

51 Hans-U. Gallwas et al., zit. nach: Johannes Hoff/Jürgen in der Schmittgen „Wann ist der Mensch tot?“, Reinbek 1995

52 s. Fußnote 2

53 s. Fußnote 50

dem Tod von einer Leiche auf einen Empfänger verpflanzt werden, weil die Hornhaut schon zu gesunden Lebzeiten nur sehr wenig durchblutet ist und nur sehr wenige Zellen mit den spezifischen Eiweißen auf ihren Oberflächen hat. Daher erkennt die Körperabwehr kaum fremde Strukturen in einer gependeten Hornhaut.

Probleme mit dem Todeszeitpunkt

Die Transplantationsmedizin wurde auch in Deutschland sehr erfolgreich. Seit 1983 gibt es den „Tag der Organspende“. Dennoch ist in der Bevölkerung ein deutliches Ressentiment gegenüber einer Organspende nach dem „Hirntod“ im Gegensatz zur Lebendspende geblieben.

Dazu trug auch der Fall des „Erlanger Babys“ im Jahre 1992 bei.⁵⁴ Eine 18-jährige Frau erlitt einen Verkehrsunfall und wurde in die Universitätsklinik Erlangen eingeliefert. Dort stellte man neben verschiedenen schweren Verletzungen den „Hirntod“ fest, aber auch eine Schwangerschaft in der 15. Woche. In der Abwägung des postmortalen Persönlichkeitsrechts auf Abbruch der Behandlung und dem Lebensrecht des ungeborenen Kindes entschied man sich für das ungeborene Kind und setzte die Therapie fort. In der 19. Schwangerschaftswoche erlitt die junge Frau Fieber, das wegen fehlender Erfolgswahrscheinlichkeit nicht mehr behandelt wurde, worauf es rasch zu einem Abort kam. Als wirklich „hirntote“ Patientin konnte die junge Frau eigentlich kein Fieber entwickeln, denn zum „Hirntod“ gehört auch der Ausfall des Temperaturzentrums im Zwischenhirn, die Diagnose „Hirntod“ war somit falsch.

Im Jahr zuvor brach in der Nähe von Stuttgart eine junge Frau auf dem Spaziergang zusammen und wurde in eine Klinik eingeliefert. Es wurde bei ihr die Diagnose „Hirntod“ gestellt, dazu eine fortgeschrittene Schwangerschaft. Die Frau wurde bis zur erfolgreichen Entbindung

⁵⁴ Zwischen Recht auf Leben und Verletzung der Menschlichkeit, DÄ 89, Heft 46, 13. November 1992 (11) B-2443f.

behandelt. Danach wurden die Geräte bei der Patientin abgeschaltet und sie verstarb. Das entbundene Kind war gesund und ist jetzt 27 Jahre alt. Weltweit gibt es inzwischen zahlreiche erfolgreiche Entbindungen bei „hirntoten“ Frauen mit gesunden Kindern.

In den Medien zeigt sich oft eklatant der Widerspruch zwischen der Diagnose „Hirntod“ und tatsächlichem Ableben eines Menschen, sodass auch Journalisten Probleme mit der Definition des „Hirntodes“ haben. Beispielsweise berichten mehrere Medien wie die Stuttgarter Zeitung nach dem Terroranschlag in Straßburg, dass „zwei Menschen getötet worden seien, ein Opfer sei hirntot“.⁵⁵ Ist ein „Hirntoter“ also doch kein Toter? Auch die Stuttgarter Zeitung schreibt, dass die „hirntote Schwangere drei Monate nach ihrem Hirntod nach dem Abschalten der Geräte gestorben ist“. Wann ist nun die schwangere Frau gestorben?⁵⁶

Es wird wohl kaum jemand auf die Idee kommen, bei einer „hirntoten“, schwangeren Frau abzuwägen, ob man ihr das Herz oder ein anderes Organ für jemanden entnehmen kann. Wenn sie aber einen Organspendeausweis mit dem Einverständnis zur Organentnahme hat, muss eigentlich der Patientenwille umgesetzt werden. Dann kollidieren der aktuelle Zustand der Schwangeren und die Entscheidung dieser Frau zu einem früheren Zeitpunkt zu einem Thema, dessen Konsequenzen insbesondere ein Laie nicht wirklich überschaut.

Vordergründige Richtlinie bei „hirntoten“ schwangeren Frauen

In der Richtlinie der Bundesärztekammer zum Transplantationsgesetz vom 30.03.2015, genehmigt vom Bundesministerium für Gesundheit, heißt es: „Das Fortbestehen einer Schwangerschaft widerspricht nicht dem eingetretenen irreversiblen Hirnfunktionsausfall der Mut-

⁵⁵ Spur des Attentäters auch im Südwesten, StZ vom 13. Dezember 2018, S. 1

⁵⁶ Hirntote Schwangere gestorben, StZ Nr. 21, 27. Januar 2014, S. 6

ter. Eine Schwangerschaft wird endokrinologisch von der Placenta aufrechterhalten“.⁵⁷

Dieses ist die Stellungnahme und Begründung der Ärzteschaft zum Widerspruch „hirntot“ d. h. tot zu sein und dennoch schwanger sein zu können. Es ist zwar richtig, dass sich Hormone (das ist mit dem Begriff „endokrinologisch“ gemeint) im Laufe der Schwangerschaft in der Placenta (= Mutterkuchen) bilden. Sie erhalten die Schwangerschaft von Seiten der Mutter aufrecht. Aber dafür sind nicht nur die Hormone in der Plazenta erforderlich, sondern auch der Kreislauf der werdenden Mutter sowie alle anderen Körperfunktionen.

Wäre die Schwangere eine Leiche – dann gäbe es auch keine Blutversorgung durch den Blutkreislauf der Mutter für das werdende Kind. So gäbe es auch keine Hormone in der Placenta der Schwangeren. Erstaunlicherweise wird in der obigen Begründung der Bundesärztekammer nur von „der Schwangerschaft“ geschrieben und kein Wort vom werdenden Kind. Das werdende Kind wird nicht einfach „endokrinologisch von der Placenta aufrechterhalten“. Es entwickelt sich, weil zumindest biologisch alles in der schwangeren Frau intakt ist bis auf die existenziell schwere Hirnschädigung.

Vordergründige Definition des Todes

Es ist am Beispiel der „hirntoten“ schwangeren Frauen, die Babys austragen, kaum nachzuvollziehen, dass dennoch „hirntote“ Patienten von ärztlicher, theologischer und juristischer Seite für tot erklärt werden. Wissenschaft, Politik und Großkirchen haben die schwerst Hirngeschädigten einer Leiche gleichgesetzt. Man kann es nur verstehen, wenn man annehmen muss, dass hinter dem „Hirntod“-Konzept der Transplantationsmedizin „fortschrittsbestimmte“ Absichten und Interessen

⁵⁷ DÄ vom 30. März 2015, S.6, Anmerkung 4

stehen, die nur vordergründig das Wohl des Organempfängers bzw. seine Sehnsucht nach Gesundung im Auge haben.

Wissenschaftliche Unkorrektheiten ...

Schon die Definition des „Hirntodes“ ist wissenschaftlich nicht korrekt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) schreibt dazu seit Jahren und aktuell: „Das ist der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen“ und spricht weiter vom „Hirntod“ und nicht vom „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“.⁵⁸ Folglich schreiben auch die Medien regelmäßig vom „Ausfall der Funktionen des gesamten Gehirns“.

Bei Wikipedia heißt es unter dem Begriff „Transplantationsgesetz“: „Daher war vorzuschreiben, dass vor einer Organentnahme stets der Gesamthirntod, also der Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms ... festzustellen ist“. Wikipedia wird hier zitiert, weil sich immer mehr Menschen mit Hilfe dieses Portals informieren.

Zum Gehirn gehört aber auch das Zwischenhirn mit dem Zentrum für den Temperaturhaushalt, mit dem Schlaf-/Wachzentrum, mit dem Hormonzentrum etc. Das ist Lernstoff gleich zu Beginn des Medizinstudiums, aber in der anatomischen Beschreibung des „Hirntodes“ wird die Existenz des Zwischenhirns vernachlässigt bzw. übergangen.

Oft sind die Funktionen dieser Bereiche zumindest noch in Teilen erhalten, und dennoch wird vom Gesamthirntod gesprochen. Leider setzte auch die Bundesärztekammer (BÄK) seit der Übernahme der „Hirntod“-Definition der Harvard-Kommission in den 1970-er Jahren jahrzehntelang den „Hirntod“ mit dem „Gesamthirntod“ gleich, sodass sich dieser Begriff allgemein etablierte.⁵⁹ Erst im Jah-

⁵⁸ Internet: BZgA und Hirntod

⁵⁹ Bundesärztekammer: Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen. Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der BÄK, in: DÄ 90

re 2015 erfolgte eine Umdefinition seitens der medizinischen Fachschaften und der BÄK. Seitdem heißt „Hirntod“ nun „irreversibler Hirnfunktionsausfall“.⁶⁰

Kein Ausfall eines Organs, das im Körper versagt, wird in der Medizin und im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Tod des Organs bezeichnet. Wir sprechen von Leber-, Nieren- oder Herzversagen aber nicht von Lebertod, Nierentod und Herztod. Schon gar nicht spricht man von einem Arm- oder Beintod, sondern von einer Arm- oder Beinlähmung, auch wenn sie nicht mehr reversibel ist. Man kann sich bei dem Begriff „Hirntod“ nicht des Eindrucks erwehren, dass das Wort nicht nur einen Zustand beschreiben, sondern ihn werten, emotionell werten soll. Der Begriff „Irreversibler Hirnfunktionsausfall“ ist dagegen sachlich beschreibend.

Der Leser, der sich zum Thema informiert, muss den Eindruck bekommen, dass beim „Hirntod“ bzw. beim „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ das gesamte Gehirn nicht mehr aktiv, mithin „ausgefallen“ ist. Dem ist aber nicht so. Hierzu nochmals zum besseren Verständnis: Die Leistungen des Zwischenhirns und der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) sind dabei häufig oder zumindest in Teilen intakt. So zeigen die Fälle von erfolgreichen Entbindungen bei „hirntoten“ Frauen, dass es sich um zumindest teilintakte hormonelle Leistungen des Zwischenhirns (Hypothalamus) und Verbindungen zur Hypophyse und den peripheren Hormonzentren einschließlich deren Rückkopplung zu Hypophyse und Hypothalamus handeln muss. Selbst medikamentöse Behandlungen mit Hormonen können diese hochkomplexen Regelkreise nicht über die Wochen und Monate einer erfolgreichen Schwangerschaft einer „toten“ Frau mit „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ ersetzen.

Eine nicht nur „hirntote“ schwangere Frau, sondern wirklich tote Frau, eine Leiche, bringt kein gesundes Kind zur Welt. Man findet als Intensivmediziner zwar immer wieder Patienten mit komplettem Aus-

fall der Gehirnfunktionen d. h. einem „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“. Für zahlreiche Patienten mit „Hirntod“ im Zusammenhang mit der Organspende gilt aber die obige pauschale Aussage der BZgA „... Ausfall der gesamten Hirnfunktionen“ nicht, die Bevölkerung wird also nicht korrekt aufgeklärt. Die BZgA nennt sich „eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit“.

Zwischenfazit zum „Hirntod“

Es sind also nicht alle „hirntoten“ Patienten wirklich ganzhirntot, und kein „hirntoter“ Patient ist so tot wie eine Leiche. Die Vorbehalte in der Bevölkerung gegenüber der Organspende bei „Hirntod“ wurden nochmal durch den Organspendeskandal im Jahr 2012 verstärkt. Der behandelnde Arzt hatte die Patienten, die auf die Transplantation eines Organs warteten, durch die Fälschung von Blutwerten kränker gemacht als sie wirklich waren. Schon in den Jahren davor gab es immer wieder Einzelfälle von Manipulationen und Betrug in der Transplantationsmedizin in Deutschland, aber erst der Organspendeskandal deckte auf, dass viele Großkliniken mit Betrug arbeiteten.⁶¹

Politik reagiert auf Bevölkerungsverhalten

Seit Jahren versucht die Politik, die Bevölkerung zu einer verstärkten Organspendebereitschaft zu bewegen. Trotz des zunehmenden Bekanntwerdens des Organspendeskandals meinte der damalige Bundesaußenminister Steinmeier im Jahr 2012 zum Thema Organspende: „Wir wollen den Menschen tatsächlich – das darf man auch nicht bestreiten – etwas mehr auf die Pelle rücken, indem wir fragen und nachfragen.“⁶²

In der Folge wurde die bis dahin gültige erweiterte Zustimmungsg-

(1993), A 2933

60 Neuer Titel, präzisierte Regeln, DÄ Jahrgang 112, August 2015, S. 520

61 Organspende-Skandal an Uniklinik Göttingen weitet sich aus, aerzteblatt.de, Freitag, 20. Juli 2012

62 Nur mit dem neuen Herzen sieht man gut, Alard von Kittlitz, FAZ vom 31.10.2012

lösung von einer Entscheidungslösung abgelöst, d. h. jeder Bürger soll sich in der Frage der Organspende zu Lebzeiten entscheiden, damit nicht erst in der extrem belastenden Situation nach einem Unfall etc. die Angehörigen zur Entscheidung gebeten werden. So kann seither z. B. ein Kind ab dem vollendeten 14. Lebensjahr den Erhalt eines Organs ablehnen und ein Jugendlicher ab dem 16. Lebensjahr unabhängig von den Eltern einer späteren Organspende nach „Hirntod“ zustimmen. Diese Bestimmungen sind in den regelmäßigen Informationsblättern der Krankenkassen zum Thema Organspende zu finden.

Andererseits kann man über eine Blutspende erst mit 18 Jahren selbst entscheiden. Das Jugendstrafrecht behandelt einen jungen Menschen mindestens bis 18, meistens bis 21 Jahre als eine Person, die die Folgen ihres Handelns noch nicht in voller Tragweite absehen kann.

Die Organspende wird in Schulen massiv beworben und als sozial lebensentscheidende Mitverantwortung vor Augen gestellt. Aus transplantationsmedizinischer Sicht ist es wichtig, „junge“ Organe zu akquirieren, damit junge Menschen nicht nur Organe von meist deutlich älteren „hirntoten“ Organspendern erhalten. Neutrale oder gar kritische Stimmen kommen in den Schulen von offizieller Seite nicht zu Wort.

Weisheit des Deutschen Ethikrates

Erstmals im Jahr 2015 wurden von einer offiziellen Instanz, dem Deutschen Ethikrat, zum Thema „Hirntod“ Zweifel geäußert. Erstmals wurde eine geteilte Meinung abgegeben: 18 Mitglieder setzten den „Hirntod“ mit dem Tod des Menschen gleich, 7 Mitglieder nicht. Dennoch hielten es alle Mitglieder des Ethikrats für erlaubt, Patienten die Organe zu entnehmen, wenn sie sich irgendwann früher einmal damit einverstanden erklärt hatten.

Die 7 Mitglieder argumentierten paradoxerweise, dass man mit der Organentnahme den Patienten nicht töte, sondern man lasse ihn ster-

ben. Dem widersprach wiederum die Mehrheit des Ethikrats, „weil im Fall des Sterbenlassens aufgrund Therapieverzichts der Patient an seiner Krankheit und nicht durch einen Eingriff Dritter stirbt“.⁶³

Der Ethikrat setzt sich zusammen aus Ärzten, Theologen, Ethikern und Juristen mit anerkannt hoher Kompetenz, und selbst sie sind sich nicht mehr einig. Aber sie sind eingesetzt als sozial und politisch anerkanntes „Wächtergremium“, auch über die Definition von Leben und Tod.

Statistik der „Organbedürftigen“

Seit Jahren wird der Bevölkerung dargestellt, dass 12 000, seit 2014 nur noch ca. 10 000 Menschen auf ein Organ warten.⁶⁴ Die Zahl wurde um 2000 reduziert, weil man nach dem sog. Organspendeskandal im Jahr 2012 neue Kriterien für die Transplantation der verschiedenen Organe festlegte. Dabei nahm nach neuer Definition die Zahl der Patienten, die auf eine Lunge bzw. Leber warten, deutlich ab. Diese Patientengruppen waren bislang für kränker und dringlicher eingestuft worden.⁶⁵

Oftmals wurden und werden Patienten vorsichtshalber auf die Transplantationswarteliste gesetzt, wenn sie immer wieder Rückfälle mit ihrem erkrankten Herzen, Lunge, Leber etc. haben, denn es dauert bekanntermaßen lange, bis man ein neues Organ erhält. Das ist medizinisch und aus Sicht des Patienten verständlich. Aber es verfälscht die Aussage der Transplantationswartelisten und auch die Aussage, dass 10 000 Patienten pro Jahr auf ein neues, lebensrettendes Organ warten.

63 Alexander Mäder: Ethikrat präsentiert Zweifel am Hirntod, StZ Nr. 46 Mittwoch, 25. Februar 2015, S. 4

64 Organspende: Weniger Patienten auf der Warteliste, StZ Nr. 132, Mittwoch, 11. Juni 2014, S. 18

65 Jens Gottlieb et al.: Lungentransplantation in Deutschland nach Einführung des Lung Allocation Score, DÄ Jg. 114, April 2017, S. 272

Dazu kommen Verfälschungen in der Information der Öffentlichkeit über die „10000 Patienten auf der Warteliste“: In Politik und Medien wird oft pauschal für diese Patienten von „Wettlauf mit dem Tod“⁶⁶ oder „Leben retten durch Organe“⁶⁷ gesprochen. Wenn man die dann beigelegte Statistik genauer durchsieht, erkennt man, dass von den 10000 Patienten nur ca. 2000 auf ein Herz, eine Lunge oder eine Leber warten, also ein Organ, ohne das man nicht leben kann.

Zu 80 % nicht lebensrettende Transplantationen

Ca. 8000 Patienten auf der Warteliste hoffen auf eine neue Niere. Diese Patienten befinden sich in den allermeisten Fällen in stabilen Verhältnissen in einer Dialysebehandlung. Es hat sich zwar statistisch gezeigt, dass die Dialyse insgesamt teurer als eine Nierentransplantation ist und die Menschen mit einer transplantierten Niere auch länger leben. Ein wesentliches Kriterium für die Nierentransplantation ist aber die gewonnene Freiheit. Der Patient muss danach nicht mehr 3-mal in der Woche für 5 Stunden an die Dialyse angeschlossen werden und auch nicht mehr genau auf die Trinkmenge achten. Das sind wirkliche Einschränkungen.

Noch 1975 standen nur für wenige Menschen Dialyseplätze zur Verfügung, die anderen Nierenkranken starben furchtbar. Inzwischen kann man als Dialysepatient seinen Beruf voll ausüben, man kann LKW-Fahrer sein oder Bundeskanzler, wie in den 1970er-Jahren Bruno Kreisky von Österreich. Heute werden Patienten noch mit 90 Jahren dialysiert. Man kann in einem Skiurlaubsort und ebenso auf einem Kreuzfahrtschiff eine Dialyse erhalten. Dialyse bedeutet somit Lebenseinschränkung, aber nicht Siechtum oder akut drohender Tod. So wird auch in einer Fachzeitschrift festgestellt: „Aufgrund dieser strengen Kriterien

66 StZ Nr. 224, Dienstag, 27. September 2011, S. 1

67 Backnanger Kreiszeitung Nr. 42, Freitag, 20. Februar 2015, S. 4

werden HU-Transplantationen bei Nieren sehr selten gestellt“ (HU= High Urgency, dt.: hoch dringend).⁶⁸

Es wird also für ca. 80 %, d. h. 8000 Patienten auf der Warteliste für eine Nierentransplantation, nicht das Leben gerettet, sondern es soll ihnen im Alltag besser gehen als vorher. Dieser Wunsch ist selbstverständlich nicht verwerflich, aber die Behauptung „Leben retten durch Organe“ ist für diese große Patientengruppe mehrheitlich nicht zutreffend.

Selbst Bundesgesundheitsminister Spahn äußert sich missverständlich. Lt. Ärzte Zeitung online vom 31.10.2018 teilte er nach der Zustimmung des Kabinetts zum „Gesetzentwurf zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende (GZSO)“ mit: „Wir sollten das Gesetz zügig beraten und beschließen. Denn es wird Leben retten. Das sind wir den zehntausend Menschen schuldig, die auf ein Spenderorgan warten“. Diese Aussage assoziiert, dass man mit einem Spenderorgan den zehntausend wartenden Menschen das Leben rettet. Man denkt also, dass zehntausend Menschen auf ein Spenderorgan warten und sie sterben, wenn sie das Organ nicht bekommen.

Darüber hinaus benötigen von den insgesamt 10000 Wartelisten-Patienten ca. 20 % eine erneute Transplantation, weil das transplantierte Organ auch nach bester Behandlung nach einigen Jahren nicht mehr funktionsfähig ist. Es geht also nur sehr bedingt um „Leben retten“, einem in vielen Fällen künstlichen Erleichtern bzw. Verlängern bedauernder, natürlicher Krankheitsverläufe mit Aufwendung enormer medizinischer und finanzieller Mittel bis hin zum unausweichlichen Tod. Erfahrungsgemäß beträgt die Zehn-Jahres-Überlebensrate durchschnittlich bei

Nieren 100 %⁶⁹

68 J. Gottlieb et al.: Allokationssysteme in der Transplantationsmedizin, Der Internist Heft 1, Januar 2016, S. 18

69 Erfolgsaussichten nach einer Nierentransplantation, Internet: klinikum.uni-muenchen.de

Lebern 70 %⁷⁰

Lungen 30 %⁷¹

Herzen 60 %⁷²

Ein 50-jähriger Patient benötigt somit im Optimalfall nach ca. 10 Jahren mit 40%iger Wahrscheinlichkeit ein neues Herz, d. h. mit ca. 60 Jahren wird für ihn ein neues Herz erforderlich und niemand wird ihn von einer erneuten Transplantation ausschließen und sagen, dass er nun ein alter Mensch sei bzw. einmal eine Chance gehabt habe, sondern er wird wieder einer der 10 000 registrierten Patienten auf der Warteliste für ein neues Organ sein. Zahlreiche lungentransplantierte Patienten haben inzwischen die 2. oder 3. neue Lunge.

Krankheitsgründe für „Organbedarf“

Ein weiteres Problem in der Zusammensetzung der 10 000 wartenden Patienten liegt in den verschiedenen Krankheiten dieser Patienten. Es wird oft mit den jungen Menschen argumentiert, die eine Virusinfektion und in der Folge eine schwere Herzkrankheit erleiden, oder dem Kind mit einer Mukoviszidose und der nachfolgenden Lungenkrankheit, oder dem Kind mit angeborener Leberstoffwechselstörung und dem zunehmenden Leberversagen. Diese Krankheiten sind schrecklich, aber sie sind die Ausnahmen auf der Warteliste. Sehr viele Patienten warten auf ein neues Herz, weil sie durch Rauchen und zu viel Essen mehrere Herzinfarkte hatten, auf eine neue Leber, weil sie zu viel Alkohol getrunken (Leberzirrhose) haben oder eine chronische Leberentzündung (Hepatitis) haben auf Grund außerehelichen Geschlechtsverkehrs oder Drogenkonsums und nun nach mehreren Jahren einen Leberkrebs erleiden.

Viele Patienten brauchen eine neue Lunge, weil ihre eigene durch das

70 Erfolgsaussichten nach einer Lebertransplantation, Internet, a.a.O.

71 Erfolgsaussichten nach einer Lungentransplantation, Internet, a.a.O.

72 Erfolgsaussichten nach einer Herztransplantation, Internet, a.a.O.

Rauchen völlig versteift ist. Andere wollen eine neue Niere, nachdem sie durch zu viel Essen und Trinken einen Diabetes mellitus Typ II entwickelt haben, der nach einigen Jahren zu einer Arteriosklerose der Nierenblutgefäße führt. Auf diese Weise hat binnen weniger Jahre die Zahl der Patienten mit Nierenversagen auf Grund von Diabetes Typ II massiv zugenommen.⁷³

Es ist verständlich, dass auch diese Patienten mit teils selbst verschuldeten Erkrankungen nach medizinischer Hilfe suchen, aber es ist nicht aufrichtig, die Bevölkerung für die Organspende mit Beispielen von jungen kranken Menschen zu gewinnen, die die Ausnahmen auf der Warteliste darstellen.

Transplantation und berufliche Reintegration

Überraschend war das Ergebnis einer Untersuchung der Universität Heidelberg. Die Herztransplantationsmediziner wollten den Erfolg ihrer Operationen an der Wiederaufnahme des Berufs der Patienten vorweisen.⁷⁴

Nur knapp ein Viertel (24 %) waren durchschnittlich 7,6 Jahre nach erfolgreicher Transplantation voll oder auf Teilbasis berufstätig. 65 % der Patienten arbeiteten nach Transplantation nicht mehr. 10 % der Patienten gaben keine Rückmeldung. Erstaunlich war auch, dass 67 % derer, die nicht mehr arbeiteten, durch eine alters- oder krankheitsbedingte Rente finanziell abgesichert waren, wohingegen Befragte, die definitiv keine Rente oder andere finanzielle Absicherung hatten, in weitaus höherem Maß arbeitsfähig waren.

Berufsfähigkeit ist nach Auffassung der Heidelberger Chirurgen eine wichtige Komponente einer optimalen psychosozialen Wiedereingliederung. In den Medien werden bei den Aufforderungen zur Organspende

73 Indikationen für Herz-, Leber-, Lungen- und Nierentransplantationen, Internet, a.a.O.

74 Berufliche Re-Integration von Patienten: Nach Herzverpflanzung eher selten erreicht, Cardio News 04/2008, 11. Jg., S. 20

immer wieder Beispiele von Patienten vorgestellt, die nach Transplantation wieder regelmäßig Sport bis hin zu Hochleistungssport betreiben. Auffällig ist die Diskrepanz, dass die Transplantation zur persönlichen Verwirklichung verhilft, aber nicht so sehr zur beruflich-gesellschaftlichen Reintegration, obwohl diese Patienten massiv von der Gesellschaft unterstützt wurden, um ein neues Organ zu erhalten.

Manipulationen und Organspendeskandal

Im Jahr 2012 wurde bekannt, dass es in mehreren deutschen Kliniken im Rahmen von Transplantationen zu verschiedenen Betrügereien gekommen war. Insbesondere wurden bei Patienten auf der Warteliste für eine Transplantation die Blutwerte manipuliert, d. h. sie wurden schlechter gemacht, damit an den betreffenden Patienten früher eine Transplantation vorgenommen werden konnte. Dieses führte zu einem massiven Vertrauenseinbruch bei der Bevölkerung, sodass die Zahl der Organspender nachhaltig sank. Auch wenn es in der Folgezeit zu einer starken Verschärfung der Kontrollen in den Transplantationszentren kam, wurden und werden immer wieder neue Manipulationen und Betrugsfälle in der Fachpresse bekannt. Die Bevölkerung wird darüber teils nur regional informiert wie im Falle der Universität Essen.⁷⁵ Auch vor dem Organspendeskandal war es in verschiedenen deutschen Transplantationszentren immer wieder zu Betrügereien und Manipulationen gekommen. Dabei wollten sich Ärzte in keinem der bekannt gewordenen Fälle persönlich bereichern, sondern es ging ihnen um Bekanntheit der von ihnen geführten Abteilung.

Schon zwischen 2002 und 2007 mussten Patienten hohe Summen auf das Konto der Chirurgischen Klinik der Universitätsklinik Essen überweisen, bevor sie vom renommierten Chefarzt eine Transplantation erhielten.⁷⁶ Dieser war weltweit der erste Chirurg, der eine Lebendteil-

⁷⁵ Lebertransplantationen: Ermittlungen gegen weitere Ärzte, WAZ, 08.11.2018

⁷⁶ Gericht verurteilt Starchirurgen zu drei Jahren Haft, Spiegel online, 12.03.2010

transplantation einer Leber durchführte. Er war vielfach für seine Leistungen ausgezeichnet worden und bis zum Bekanntwerden der Straftaten der persönliche Arzt des damaligen Bundespräsidenten Johannes Rau.

Zurzeit laufen mehrere Verfahren gegen verschiedene Transplantationszentren, darunter auch gegen das Deutsche Herzzentrum Berlin, eine der weltweit besten Herztransplantationskliniken. Die Transplantationsmedizin hat offenbar ein erhebliches Versuchungspotenzial für Manipulationen. Patienten sehen Aussicht auf Hilfe nur in einer Transplantation, Ärzte sehen die persönlich dramatische Not und überschätzen sich bisweilen in ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten.

Pharmafirmen verdienen immense Summen mit den Immunsuppressiva (ca. eine Milliarde Schweizer Franken im Jahr 2011 für das Medikament Mykofenolatmofetil, Roche Pharma⁷⁷) und unterstützen die Transplantationsmedizin weltweit auf professionelle Weise, z. B. in Form von Seminaren für Gesprächsführung, um Angehörige davon zu überzeugen, dass es gut ist, wenn sie einer Organentnahme bei ihrem „hirntoten“ Verwandten zustimmen.

Organhandel

In Deutschland ist Organhandel streng verboten. Dennoch suchen deutsche wie Patienten aus anderen Ländern auf dem weltweiten illegalen Markt nach Möglichkeiten, ein neues Organ zu erhalten. So beschrieb ein Auslandskorrespondent der Stuttgarter Zeitung im Jahr 2015, wie er in Afrika von einem jungen Mann eine Niere kaufte und sich diese in einer Klinik in Mexiko einsetzen ließ.⁷⁸ Rechtfertigt wird dieses Vorgehen regelmäßig damit, dass der „Spender“ ja auch daran verdient. Große Untersuchungen, z. B. in den sogenannten „Kidney-Valleys“ („Nierentälern“) in Indien zeigen, dass diese Nieren-„Spender“ nach wenigen

⁷⁷ So teuer ist eine Transplantation, RP online, 8. August 2012

⁷⁸ Willi Germund: Die gekaufte Niere, StZ, Mittwoch, 28. Januar 2015, Nr. 22, S. 3

Jahren in der gleichen Armut wie vorher leben und inzwischen von ihren Nachbarn gemieden werden, weil sie als weniger leistungsfähig auf Grund ihrer fehlenden Niere angesehen werden. Bei vielen sind die Organentnahmen chirurgisch nicht einwandfrei erfolgt und sie leiden an chronischen Infektionen.

Vor Einführung der Transplantationsmedizin gab es keinen Organhandel. Inzwischen bedienen sich nicht nur reiche Patienten in der zweiten und dritten Welt der Organe der Ärmsten, sondern gleichermaßen die reichen Patienten der ersten Welt. In Deutschland und der gesamten westlichen Welt wird die Transplantationsmedizin auf jedwede Weise gefördert. Dieses erzeugt wie andere Errungenschaften der westlichen Welt Begehrlichkeiten und Neid. So ist zu fragen, ob nicht auch Deutschland trotz strenger Unterbindung von Organhandel diesen nicht indirekt weltweit fördert. Dies könnte man auch als postzivilisatorischen Kannibalismus bezeichnen.

Kunstherz, „Herz aus dem 3 D-Drucker“ und gentechnologische Ansätze

Eine medizinische Alternative zur Organtransplantation der lebenswichtigen Organe Herz, Lunge und Leber gibt es nur für das Herz in Form des Kunstherzens. Anfangs setzte man es nur als Überbrückung für eine geplante Herztransplantation ein. Durch ständige technische Weiterentwicklung gelang es, Patienten nicht nur aus der Dauerüberwachung im Krankenhaus zu entlassen, inzwischen tragen Patienten Kunstherzen schon über 10 Jahre im täglichen Leben. Eine Abstoßungsreaktion erfolgt nicht, da es sich um künstliches und nicht um lebendes Material handelt. So hat sich die Kunstherzimplantation zu einer echten Alternative zur Herztransplantation entwickelt. Patienten verzichten auf eine vergleichsweise „freier machende“ Herztransplantation, weil sie um die gefürchteten Spätfolgen der immunsuppressiven Medikamente wie Krebserkrankungen wissen. Im Jahre 2017 wurden in

Deutschland erstmals mehr als 1000 Kunstherzimplantationen (Herzunterstützungssysteme) durchgeführt, im gleichen Jahr erfolgten 291 Herztransplantationen.⁷⁹

Kürzlich wurde vom „Mini-Herzen aus dem 3-D-Drucker“ berichtet.⁸⁰ Dieses Herz hatte das Aussehen und die Größe einer Kirsche. Das Herz schlug aber nicht! Wie bei jedem funktionierenden Organ sind zum einen die spezifischen Organzellen erforderlich, dazu aber auch die zu- und abführenden Blutgefäße, die Nerven und weitere organspezifische Strukturen wie Herzklappen, und das alles optimal verbunden und ineinandergreifend. Ein für den Menschen wirklich funktionierendes Herz aus dem 3D-Drucker wird eine Utopie bleiben.

Gleiches gilt für die gentechnologische Züchtung menschlicher Herzen aus körpereigenen Stammzellen. Dadurch würde eine Abwehrreaktion nicht stattfinden. Unabhängig von der Kürze der Zeit, in der das gezüchtete Organ dem Patienten zur Verfügung stehen müsste und dem zu programmierenden genetischen Code, dass sich die gezüchteten Herzzellen in Form eines Herzens mit 4 Kammern aneinander lagern sollen, müssen auch hier die anderen wie für den 3D-Drucker beschriebenen Organteile gezüchtet, in optimaler Weise ineinander gefügt und dann das so zusammengesetzte Herz zum Schlagen gebracht werden.⁸¹

Aktuelle Trends

Aktuell wird wieder mit massiver Unterstützung der Medien und des Gesetzgebers versucht, die Transplantationszahlen zu erhöhen, indem man den Ablauf bis zur Organentnahme „optimieren“ will. Dieser Versuch ist in den letzten Jahren schon mehrfach gescheitert, weil

79 Vera Zylka-Menhorn: Es gibt keine wirkliche Alternative zum menschlichen Herzen, DÄ Jg. 115, Februar 2018, S. 109

80 Israelische Forscher drucken Herz aus menschlichem Gewebe, Zeit Online, 15. April 2019

81 Werner Ludwig: Hoffnung auf maßgeschneiderte Organe, StZ 26.01.2018, S. 18

ein „hirntoter“ Patient, der für eine Organentnahme „geeignet“ wäre, auch in großen Krankenhäusern sehr selten ist. Die behandelnden Ärzte müssen diesen Patienten erst einmal als einen „Hirntoten“ erkennen, wonach sie sofort wissen, dass der organisatorische und emotionelle Aufwand für diesen einen Patienten sehr groß sein wird.

Das Bundeskabinett brachte das „Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende“ (GZSO) auf den Weg. Es ist zum 1. April 2019 in Kraft getreten. Dieses Gesetz soll die Erkennung von „hirntoten“ Patienten in Krankenhäusern verbessern und die Organisation dieser Patienten zu Organspendern optimieren. Dabei ist besonders auch vorgesehen, dass die ärztlichen Transplantationsbeauftragten in die Akten aller Patienten auf der Intensivstation einsehen dürfen, die ihnen für eine Organentnahme geeignet erscheinen. Das bedeutet, dass sie in Patientenakten einsehen dürfen, obwohl sie nicht die behandelnden Ärzte dieser Patienten sind und obwohl der betreffende Patient ihnen nicht die Erlaubnis dazu gegeben hat.

Es ist also per Gesetz vorgesehen, dass für Patienten, die für eine Organentnahme geeignet erscheinen, das Patientengeheimnis und die ärztliche Schweigepflicht des behandelnden Arztes aufgehoben werden darf und soll, denn dieses Gesetz gründet auf der Annahme, dass behandelnde Ärzte bisher nicht so genau darauf achteten, ob unter den Patienten auf der Intensivstation nicht einer ist, der als „hirntoter“ Patient für eine Organentnahme in Frage kommen könnte.

Offener Rechtsbruch

Das bestehende Recht der ärztlichen Schweigepflicht und Wahrung des Patientengeheimnisses wird somit zu Gunsten der Optimierung der Organspende in Deutschland gebeugt. Das ist ungeheuerlich und wird es noch mehr, wenn man sich vorstellt, dass daraus auch die Rechtfertigung zur Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht aus anderen Gründen abgeleitet werden kann.

Dammbruch: „Widerspruchslösung“

Der Bundesgesundheitsminister, die Bundeskanzlerin⁸² und der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt⁸³ beabsichtigen, die Widerspruchslösung einzuführen, nachdem die bislang bestehende Entscheidungslösung und zuvor die Zustimmungslösung nicht die erhoffte Zunahme an Organspenden brachten, obwohl man „der Bevölkerung schon auf die Pelle gerückt“ war.

Bereits in 2012 war von der damaligen Bundesjustizministerin die Einführung der Widerspruchslösung gewünscht worden. Geplant ist jetzt eine doppelte Widerspruchslösung, d. h. neben dem Widerspruch jedes einzelnen sollte auch der Widerspruch der Angehörigen gelten, wenn keine Entscheidung der betreffenden Person zur Organspende bekannt ist.

Bei der Widerspruchslösung wird oft Spanien als Vorbild herangezogen. Spanien hat seit Jahren die höchste Zahl an Transplantationen pro Jahr. Dort gilt seit Jahren die Widerspruchslösung, zusätzlich aber auch das Konzept der „non-heart-beating donors“.⁸⁴

Widerspruchslösung heißt, dass jeder Bürger automatisch mit der Entnahme seiner Organe beim „Hirntod“ einverstanden ist, wenn er nicht ausdrücklich widersprochen hat. Die Widerspruchslösung greift in das Grundrecht (Selbstbestimmungsrecht der Bürger), was Bundesgesundheitsminister Spahn auch bestätigt. Dabei ist kaum anzunehmen, dass jeder, der nicht ausdrücklich widerspricht, mit einer Organentnahme letztendlich einverstanden ist. Schweigen bedeutet nicht Zustimmung. Betreffende könnten es nicht mitbekommen, dass man rechtzeitig widersprechen muss oder sehen keinen Handlungsbedarf, weil man sich zu alt oder zu jung fühlt oder weil momentan das The-

82 Philipp Neumann: Organspende-Debatte: Merkel unterstützt Minister Spahn, WAZ 26.06.2019

83 Organspende: Für die Widerspruchslösung, MBZ, Nr. 8/1. Juni 2018, Jg. 71, S. 1

84 s. Fußnote 49

ma nicht wirklich wichtig erscheint oder man sieht sich damit überfordert.

Eine kürzliche Umfrage ergab, dass 40 % von 1000 Befragten meinten, dass man keine Organe entnehmen dürfe, wenn das Herz noch schlage, genau das aber ist der Fall.⁸⁵ 32 % wussten nicht, dass der „Hirntod“ zwingendes Kriterium für die „Toten-Spende“ ist. Sie meinten, Organe könnten entnommen werden, wenn das Gehirn noch arbeitet, während das Herz stillsteht – es ist aber genau umgekehrt. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Besitzer eines Organspendeausweises nicht besser informiert waren als die Befragten ohne Ausweis, d. h. sie wussten nicht, womit sie einverstanden waren, als sie unterschrieben hatten. Es wurde gefordert, dass einer Widerspruchslösung eine wirkliche Aufklärung vorausgehen müsse, sodass jeder wisse, warum er widerspricht oder zustimmt.

Allgemeiner Trend zur „Organentnahmepflicht“

Eine Widerspruchslösung einzuführen bedeutet im Übrigen, dass die sog. „Organspende“ im Grunde nicht mehr freiwillig, keine Spende mehr ist. Darüber hinaus öffnet die Einführung einer Widerspruchslösung auf einem Gebiet der Gesellschaft die rechtliche Möglichkeit, quasi als Präzedenzfall, auch auf anderen Gebieten eine solche einzuführen, wenn man von staatlicher Seite unbedingt etwas durchsetzen will.

Stimmt Deutschland einer Widerspruchslösung zu, dann stimmt es für eine grundsätzliche Berechtigung des Staates zum Zugriff auf die Organe jedes einzelnen Bürgers und ihrer Enteignung im Falle eines „Hirntodes“ d. h. eines „irreversiblen Hirnfunktionsausfalles“.

Wehret den Anfängen!

85 Große Wissenslücken beim Thema Organspende, aertzblatt.de, Freitag, 15. Februar 2019

Personale Identität des „hirntoten“ Patienten

In Diskussionen nach zahlreichen Vorträgen zum Thema Organspende äußern Zuhörer häufig, wie völlig überrascht (bzw. entsetzt) sie seien, dass die Organe der „hirntoten“ Menschen funktionieren und dass dann diese Menschen doch nicht wirklich tot seien, wie man es bisher verstanden hatte. Plötzlich wird erkannt, dass die Organe unbedingt funktionieren müssen, weil man sie sonst nicht sinnvollerweise transplantieren kann. Im Verständnis bleibt aber zunächst die Blockade, dass der „Hirntote“ doch tot sei. Erst in Diskussionsbeiträgen beginnen die Zuhörer neu das Thema zu durchdenken. Oft wird dabei argumentiert:

1. Der „Hirntote“ habe keine personale Identität mehr. Die obigen Ausführungen zur intakten Wundheilung beim „hirntoten“ Patienten zeigen aber, dass dieser Patient noch eine Unterscheidungsfähigkeit zwischen „eigen“ und „fremd“ besitzt. Also besitzt dieser Patient noch ein „Ich“, eine personale Identität. Würde man diesem Patienten Blut mit einer falschen Blutgruppe verabreichen, so würde er mit einem anaphylaktischen Schock reagieren. Also hat der Patient noch eine personale Identität.

Fragt man, wo im „hirntoten“ Patienten das „Ich“ sein soll, wenn nicht im Gehirn, dann zeigt sich, dass wir Menschen in der westlichen Welt hier erkenntnismäßig an unsere Grenzen kommen, weil wir darauf fixiert sind, unser „Ich“ und die Person mit Verstand und Gehirn gleichzusetzen. Diese Sicht hatte leider auch die Bischofskonferenz. Sie stellte fest: „Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden“.⁸⁶ Ich verweise dazu auf meine Ausführungen im Abschnitt „Wo wohnen Seele und Geist?“.

2. Die Organe beim „hirntoten“ Patienten würden nur wegen der künstlichen Beatmung funktionieren, sonst wären sie tot. Diese Aus-

86 s. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz ..., Gemeinsame Texte 1

sage ist richtig. Die künstliche Beatmung verhindert, dass der Patient, dessen Atemzentrum nicht mehr oder vorübergehend nicht funktioniert, stirbt, d. h. durch die Beatmung bleiben die Organe und damit der Patient am Leben. Nun kommt die Widersprüchlichkeit: Im Fall des „hirntoten“ Patienten behaupten wir seit dem Beschluss der Harvard Kommission, dass der Patient unter der künstlichen Beatmung tot sei, obwohl die Organe, die Hormone, die Blutgerinnung, die Wundheilung etc. bestens funktionieren.

Wir vergessen in der Diskussion um die Bedeutung der künstlichen Beatmung beim „Hirntoten“, dass man eine Leiche so intensiv beatmen kann wie man will und trotzdem wird kein einziges Organ funktionieren. Der „Hirntote“ ist keine Leiche.

Wir haben uns ein völlig falsches Menschenbild aufoktroyieren lassen. Es ist aber ein einfaches und daher eingängiges Menschenbild: der Mensch ist sein Gehirn. Dieses Menschenbild wird bei jedem Aufruf zur Organspende von den Medien wieder und wieder kolportiert. Da niemand widerspricht, muss dieses Menschenbild anscheinend richtig sein.

Teil 2

Gedanken zur Organspende aus biblischer Sicht

Wie ich in der Einleitung beschrieben habe, bin ich durch Gottes Einschreiten zu einer neuen Sicht über die Organspende und insbesondere den „Hirntod“ gekommen. Mir ist bewusst, dass die von mir zitierten Bibelstellen für andere nicht relevant, nicht eindeutig genug oder auch nicht richtig interpretiert sein mögen. Für andere mögen die gleichen oder andere Bibelstellen zum Gegenteil meiner Auffassung führen. Ich erhebe nicht den Anspruch der Deutungshoheit zum Thema Organspende aus biblischer Sicht. Mir fällt auf, dass die biblische Interpretation der christlichen Kirchen zum Thema sehr pro Organspende ist.

Seit ich Christ bin, habe ich für meine ärztlichen Tätigkeiten in der Bibel Rat und Antworten gesucht und gefunden. So machte ich mich auch auf den Weg durch die Bibel, nachdem mich Gott dermaßen erschüttert und mein Weltbild über Organspende zerbrochen hatte.

Bei allen Vorträgen zu dem Thema schätzen es die Zuhörer, dass ich im ersten Teil das Thema sachlich beschreibe, die Fakten aufzeige und erst danach meine biblische Sicht darlege. Daher verfare ich hier ebenso.

Schöpfungsordnung in uns Menschen

Jeder Mensch ist einmalig, das gilt nicht nur allgemein, sondern ganz besonders für die Körperabwehr, die Immunologie des Menschen. Nicht die „Natur“ oder die vielzitierte Evolution hat die Körperabwehr hervorgebracht, sondern sie ist wie alle Ordnungen der Schöpfung ein Werk Gottes, um jeden Menschen einzigartig zu gestalten, auch um ihn vor fremden Angriffen wie Viren, Bakterien oder Pilzen zu schützen. Dazu hat Gott dieses absolut geniale HLA-System geschaffen, wie eingangs erklärt.

Die Ordnungen in der Immunologie sind wie alles in der gesamten Schöpfung hochdifferenziert und gleichzeitig extrem stabil. Es wäre daher auch völlig unlogisch, wenn sich das alles evolutionär entwickelt hätte: wir Menschen wären schon längst wieder verschwunden, weil uns alle Viren und Bakterien längst umgebracht hätten, weil sich die vielen einzelnen Teile unsere Körperabwehr leider nur evolutionär entwickelt hätten d. h. sehr langsam: eine Verbesserung in der Körperabwehr, dann nach langer Zeit wieder eine und wieder eine, und das Ganze nach dem Zufallsprinzip!

Würde nicht sofort mit Beginn der Menschheit z. B. im Blutgerinnungssystem ein Rädchen ins andere greifen, wären die Menschen schon längst verblutet. Da war keine Zeit für eine Evolution des Blutgerinnungssystems. Das musste gleich perfekt stimmen, und so machte es auch Gott der Schöpfer.

Gott freut sich, wenn wir uns mit seiner Schöpfung beschäftigen: Vielleicht denkt er: „Da haben die Menschen wieder einen Millimeter meiner Schöpfung verstanden und verliehen einen Nobelpreis (?)“

Die Unterdrückung der von Gott geschaffenen Ordnung zur Körperabwehr hat einen hohen Preis, der sich in den Nebenwirkungen oder genauer, den Folgen der medikamentösen Unterdrückung der Körperabwehr ausdrückt.

Allgemeine biblische Sicht zur Organspende

Zur Begründung für die Organspende als Ausdruck christlicher Nächstenliebe wird oft mit Bibelstellen argumentiert, insbesondere mit den Sätzen aus 3. Mose 19, 18: „Du sollst ... deinen Nächsten lieben wie dich selbst. Ich bin der Herr.“ Oder auch mit: „Größere Liebe hat niemand als die, dass er sein Leben hingibt für seine Freunde“ (Joh 15,10) und „... umsonst habt ihr empfangen, umsonst gebt!“ (Mt 10,8b).

Zur ersten Bibelstelle: Sie wird auch im neuen Testament zitiert. Die wahrhaftige, gottgewollte Liebe zum Nächsten entspringt aus der Liebe

Gottes zu uns und aus unserer Liebe zu ihm. Nach biblischer Darstellung ist der Mensch aus sich selbst heraus böse, nicht gut, zu keiner wahrhaftigen Liebe fähig (1Mo 8,21; Mt 7,11; 15,19; Röm 3,10f.; 7,18f.).

Ich betone diese Zusammenhänge, da es sich bei der Organspende nicht um das Verleihen meines Autos an meinen Nachbarn handelt, sondern um einen unumkehrbaren Eingriff beim Spender und Empfänger, verbunden mit der Hoffnung, dass das gespendete Organ beim geliebten Empfänger auch wirklich hilft. Diese Liebe in enger Beziehung zu Gott trägt den Spender und den Empfänger auch durch evtl. Enttäuschungen, wenn das Organ nicht richtig funktioniert oder gar abgestoßen wird. Diese Beschreibung gilt natürlich nur für die Lebendspende.

Bei der Organspende nach dem „Hirntod“ ist die vielzitierte Bibelstelle „... liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ grundsätzlich in Frage zu stellen, denn wer ist der Nächste des „Hirntoten“ nach seinem Tod? Niemand kennt ihn, am wenigsten der „Hirntote“, der zu Lebzeiten sein Einverständnis zur Entnahme seiner Organe gegeben hat, weil ihm das Gebot der christlichen Nächstenliebe wichtig ist und weil er „die Organe nicht in den Himmel mitnehmen kann und sie dort auch nicht braucht“, wie häufig gesagt wird. Man könnte argumentieren, dass der unbekannte Nächste der ist, dessen HLA-System am besten mit dem des „hirntoten“ Spenders übereinstimmt. Diesen soll der „hirntote“ Spender lieben wie sich selbst?

Zur Frage, ob man die Organe im Himmel nicht braucht, siehe meine Ausführungen im Abschnitt „... zu Herz und Nieren?“

In die Frage, ob bei der Organspende nach dem „Hirntod“ das Gebot der christlichen Nächstenliebe wirklich vor Gott gilt, greift ein anderes schwieriges Thema: Die Frage, ob für mich als Arzt jeder Wille eines Patienten bindend ist oder nicht. Hier geht es um den im Organspendeausweis geäußerten Willen. Da der „hirntote“ Organspender seit der Harvard-Kommission als tot angesehen wird, ist es für die meisten Ärzte kein Gewissenskonflikt, diesem Patienten die Organe zu entnehmen. Andererseits machte mir Gott in der Nacht nach meiner Entscheidung,

einen „hirntoten“ Patienten für die Organentnahme freizugeben, deutlich, dass für ihn der „Hirntote“ nicht tot war. Mir wurde bewusst, dass ich den leiblichen Tod eines mir anvertrauten Patienten, überhaupt eines Menschen veranlasst hatte. Vor Gott war das Tötung.

So kollidiert also der Wunsch des Spenders, ggf. nach seinem „Hirntod“ aus christlicher Nächstenliebe seine Organe an seinen Nächsten weiterzugeben, wer auch immer das ist, mit meiner Verantwortung als Arzt vor dem Gebot Gottes „Du sollst nicht töten“. Kein Arzt kann gezwungen werden, eine Organentnahme bei einem „Hirntoten“ vorzunehmen, wenn es seinem Gewissen widerspricht.

Wenn es nach diesem Einschreiten Gottes in meine ärztliche Entscheidung bei späteren gleich gelagerten Situationen auch zu gelegentlich sehr ernststen Auseinandersetzungen mit anderen ärztlichen Mitarbeitern und meinen Vorgesetzten kam, so schützte mich doch die in Artikel 4 des deutschen Grundgesetzes zugesicherte Gewissensfreiheit. Hier sehe ich eine weitere Gefahr in der geplanten Widerspruchslösung, sie hat einen gewissenseinschränkenden Charakter.

Grundsätzlich sollte jeder, der ernsthaft aus christlicher Nächstenliebe seine Organe nach seinem „Hirntod“ weitergeben will, dieses mit Gott absprechen. Gott wird ihm antworten.

Zur zweiten Bibelstelle „Größere Liebe ...“: Hier spricht Jesus von sich selbst. Diese Aussage von Jesus hat eine so große Bedeutung, dass man sie als Erstes in ihrem Zusammenhang sehen sollte, denn die Aussage zielt auf den Opfertod Jesu am Kreuz für uns Menschen, damit wir erlöst zu Gott kommen können.

Beim Gebrauch dieser Bibelstelle ist zu beachten, dass der „Hirntote“ per Definition als Toter gesehen wird und somit aus der Sicht der Befürworter nicht „sein Leben hingeben“ kann. Auch spricht Jesus von „seinen Freunden.“ Dabei ist zu bedenken, dass niemand, der der Weitergabe seiner Organe nach dem „Hirntod“ zustimmt, weiß, an wen die Organe weitergegeben werden, es ist extrem unwahrscheinlich, dass sie an die Freunde des „Hirntoten“ gelangen.

Der obige Satz Jesu gilt wohl kaum für Menschen, die nicht mehr im vollen Leben stehen und selbst lebenserhaltende Hilfe in Form der künstlichen Beatmung und Medikamente bzw. Infusionen benötigen. Jesus hat auch nicht den Rest seines Lebens am Kreuz dahingegeben, sondern sein volles Leben.

Dieser Satz Jesu würde in einer Interpretation zugunsten der Organspende nach dem „Hirntod“ mit anderen Aussagen der Bibel kollidieren (s. die weiteren Ausführungen). Am ehesten ist der Satz auf eine extreme Situation anzuwenden, in der sich z. B. ein Mensch in den Schuss auf eine andere Person wirft, um sie zu schützen und dabei stirbt.

Nun zur dritten, mir nach Vorträgen oft genannten Bibelstelle „Umsonst habt ihr empfangen ...“: Hier spricht Jesus wiederum zu seinen Jüngern. Im Satz davor fordert er sie auf „Heilt Kranke, weckt Tote auf, reinigt Aussätzige, treibt Dämonen aus“ (Mt 10, 8a). Um das zu können, haben die Jünger den Auftrag und die Fähigkeiten dazu von Jesus umsonst empfangen, daher sollen die Jünger diese umsonst geben, d. h. einsetzen. So sagt Jesus im nächsten Satz (V. 9): „Verschafft euch nicht Gold noch Silber noch Kupfer in eure Gürtel“. Die Jünger sollen sich also kein Geld für diese Einsätze geben lassen.

Wenn man diese Bibelstelle mit der Organspende nach „Hirntod“ verknüpfen will, ist zu bedenken, dass wir von Jesus teuer erkaufte wurden (1Kor 6,20). Jesus starb für uns am Kreuz für unsere Sünden, damit wir wieder Zugang zu Gott und ewiges Leben haben. Dieses Leben haben wir also gerade nicht umsonst empfangen, es hat Jesus alles gekostet! Die Gaben aber, die wir umsonst empfangen haben, sollen wir umsonst weitergeben.

Ist Organspende eine echte Spende?

Wie gerade zitiert, sind wir von Jesus teuer erkaufte und gehören nicht uns selbst, wie es zuvor in Vers 19 heißt. So verstanden gehören auch

nicht Teile des Körpers, die Organe, uns selbst. Man kann ehrlicherweise auch nicht etwas spenden, was einem nicht selbst gehört. Man kann nicht in den Geldbeutel eines anderen greifen, 100 Euro herausnehmen und sie für einen guten Zweck spenden. Das würde heftigen Protest des Besitzers hervorrufen. Das wäre keine eigene Spende.

So erscheint der Begriff der „Organspende“ nach der obigen Bibelstelle unangebracht bzw. nicht richtig: Denn da wir teuer erkaufte wurden, uns also nicht selbst gehören, sondern Gott, können wir auch nicht ein Organ spenden, das uns nicht selbst gehört. Wir sind zwar Nutzer unserer Organe, und sie sind uns als Besitz von Geburt bis zum Tode gegeben, aber wir sind nicht ihre Eigentümer!

Wenn überhaupt, müssten wir also den Herrn unseres Lebens, unseres Körpers, den Eigentümer unserer Organe, nämlich Jesus Christus fragen, ob er einverstanden ist, wenn wir z. B. eine Niere weitergeben möchten. Und der potentielle Empfänger der Niere müsste Jesus (als Herrn des Lebens) fragen, ob er einverstanden ist, dass in seinen Körper, der nicht ihm, sondern Gott dem Schöpfer gehört, ein fremdes Organ hineindarf. Wir stellen ja auch nicht einfach unser Auto in die Garage eines anderen, ohne ihn zu fragen.

Wir Menschen achten im Allgemeinen sehr genau darauf, was uns gehört und was nicht. Wir glauben aber, dass Gott, dem alles gehört und der von sich sagt, dass er ein eifernder, ein eifersüchtiger Gott ist (2Mo 20,5), den Begriff „Organspende“ mit unseren verkehrten Eigentumsvorstellungen übersieht oder überhört, weil es nach unserem Willen gehen soll.

Menschliches Empfinden für den Zustand des Todes

Für viele ist das Thema „Organspende und Hirntod“ gedanklich weit weg, viele möchten sich auch nicht damit beschäftigen, weil es mit dem Tod zu tun hat. Für viele ist es auch ein wenig unheimlich, weil man irgendwie, vielleicht instinktiv spürt, dass es eigentlich unmöglich ist, den

Tod neu zu erfinden. Normalerweise meint jeder erwachsene Mensch beurteilen zu können, wann jemand tot ist.

Was sagt die Bibel zur Endlichkeit des Lebens?

Auch wenn es viele Menschen nicht akzeptieren wollen: das irdische Leben ist endlich. Diese Gedanken bestimmen die Menschheit von Anfang an. So sagt schon Mose vor über 3000 Jahren in Psalm 90, 12: „Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden“ und König David in Psalm 39, 5 „Aber Herr, lehre doch mich, dass es ein Ende mit mir haben muss und mein Leben ein Ziel hat und ich davon muss“ (nach der Luther-Bibel).

... zur Transplantationsmedizin?

Kann sie überhaupt etwas dazu sagen, denn die Bibel ist uralt und die Transplantationsmedizin ist recht jung? Erstaunlicherweise findet sich eine sehr klare Aussage über göttliche Transplantation in Hesekiel 36,26: „Und ich will euch ein neues Herz und einen neuen Geist in euch geben und will das steinerne Herz aus eurem Fleisch wegnehmen und euch ein fleischernes Herz geben“. Diese verblüffende Transplantation geschieht immer auf der Welt, wenn ein Mensch Jesus sein Leben anvertraut und sein ichbezogenes Leben aufgibt. Sie ist völlig unblutig, frei von Nebenwirkungen, kein anderer Mensch außer Jesus musste dafür sterben und dieser Mensch lebt mit diesem neuen Herzen nicht nur ein paar Jahre länger, sondern in Ewigkeit.

Ansonsten kann man in der Bibel keine Aussagen über Transplantationen finden.

... über Leben und Organe?

Aber man findet Aussagen der Bibel zu bestimmten Begriffen wie Leben, Tod, Herz, und Nieren, mit Hilfe einer Konkordanz, einer Art Stichwortverzeichnis zur Bibel.

So findet man zum Begriff „Herz“ viele Bibelstellen, darunter Jeremia 4, 19: „Mein Herz pocht mir im Leibe“, in einer anderen Übersetzung heißt es: „Es tobt in mir mein Herz“. Der Prophet Jeremia konnte also schon vor 2600 Jahren das Pochen in seinem Körper seinem Herzen zuordnen und er verband auch richtig seine Aufregung mit dem heftigen Herzschlag. Das Herz wird oft in den „Sprüchen Salomos“ erwähnt und man findet erstaunliche Aussagen: „Das Herz des Verständigen sucht Erkenntnis“ und: „Das Herz des Menschen plant seinen Weg“ (Spr 15,14; 16,9). Es heißt hier nicht: „Der Kopf (oder gar „das Gehirn ...“) des Verständigen bzw. des Menschen ...“, sondern: „Das Herz ... sucht Erkenntnis bzw. plant seinen Weg“.

... zu Herz und Nieren?

„Auf Herz und Nieren prüfen“ ist ein geflügeltes Wort, das aus der Bibel stammt (Ps 7,10; Jer 11,20; Offb 2,23). Dabei ist es wichtig, die gelegentliche Überheblichkeit hinter sich zu lassen, indem man denkt, dass die Bibel nur aus alten Erzählungen bestünde oder, dass die Menschen zur Zeit der Bibel noch nicht wussten, dass man zwischen den Organen Herz und Nieren sowie einer gefühlsmäßigen oder geistlich-seelischen Bedeutung dieser Körperteile unterscheiden müsse.

Die Menschen hatten in der Antike sehr wohl sehr gute anatomische Kenntnisse durch die Tierschlachtungen und die oft furchtbaren, kriegsbedingten Körperverletzungen, sodass eine Aussage wie: „Ich bin es, der Nieren und Herzen erforscht ...“ (Offb 2,23) nicht eine vage Vorstellung der Menschen über diese Organe ist. Es ist eine Aussage von Jesus, dem Sohn Gottes, dem Schöpfer auch aller Nieren

und Herzen. Jesus bestätigt hier die Aussage von David in Psalm 7, 10: „... der du Herz und Nieren prüfst“ und Jeremia in Kapitel 11, 20: „Aber du, Herr der Heerscharen, der du gerecht richtest, Nieren und Herz prüfst ...“ und sagt auch, wer prüfen und erforschen wird – er selbst.

Liest man die vielen Bibelstellen, in denen das Herz und die Nieren vorkommen, durch, so erhält man für das Herz sowie für die Nieren den Eindruck, dass sie Sitz des Lebens sind, ja manchmal, dass hier der Geist des Menschen sei. Kein Organ wird in der Bibel neben dem Herzen so oft erwähnt wie die Nieren. Die Nieren sind die Organe, die am häufigsten transplantiert werden... Ist das im Willen Gottes?

Vielleicht sind ja die Nieren und das Herz bei Gott mit einem Datenspeicher, vergleichbar einer Festplatte, versehen, worin alle unsere Gedanken, Worte und Taten aufgezeichnet sind. Obiger Satz in Offenbarung 2, 23 geht nämlich weiter mit: „... und ich werde euch einem jeden nach euren Werken geben“. Natürlich ist Jesus Christus alles möglich, auch die Beurteilung eines Menschen mit fremden Organen, aber wenn man diese Aussage auf die Transplantation von Herzen und Nieren überträgt, dann muss man sich zumindest fragen, ob die Verpflanzung eines Herzens oder der Niere mit der gespeicherten Chronik des einen Menschen in einen anderen Menschen im Sinne Gottes ist und er dieses gut und richtig findet.

Man erhält vielleicht aus diesem Blickwinkel eine Ahnung davon, dass es zu offensichtlichen und häufigen Wesens- und Gewohnheitsänderungen beim Empfänger eines fremden Organs kommen kann (siehe Abschnitt über Organ-Transplantations-Psychiatrie).

„Ich nehme meine Organe ja nicht mit in den Himmel“

Dieser Satz ist eine häufige Begründung für Organspende nach dem „Hirntod“. Wir wissen nicht, wie wir im Himmel aussehen werden, aber Paulus macht im 1. Korintherbrief Andeutungen. In Kapitel 15,40 heißt

es: „Und es gibt himmlische Körper und irdische Körper“ und weiter in Vers 44: „Es wird gesät ein natürlicher Leib und wird auferstehen ein geistlicher Leib. Gibt es einen natürlichen Leib, so gibt es auch einen geistlichen Leib“. Es ist nicht anzunehmen, dass Gott sich eine ganz neue Anatomie für den geistlichen Leib ausgedacht hat. Man kann sich denken, dass er den irdischen Leib auf für uns nicht vorstellbare Weise unverweslich macht. Das kann man zumindest aus dem gleichen Kapitel 15 in Vers 42 herauslesen: „... es wird gesät verweslich und wird auferstehen unverweslich“.

Gott ist souverän. Er kann alles, weil er Gott ist. Er konnte überhaupt etwas so unglaublich Differenziertes wie den Menschen in Existenz bringen. Es wird oft eingewandt: Und wie geht Gott mit den im Krieg zerfetzten Leibern von Menschen um? Wenn ich glaube, dass Gott einfach Gott ist, so wird er auch für diese Problematik eine Lösung haben.

Paulus wünscht uns: „Er aber, der Gott des Friedens, heilige euch durch und durch; und euer Geist ganz samt Seele und Leib müsse bewahrt werden unversehrt, unsträflich auf die Ankunft unseres Herrn Jesus Christus“ (1Thess 5,23). Noch wichtiger als eine korrekte Anatomie ist Gott offenbar, dass unser Geist, unsere Seele und unser Leib untadelig bewahrt werden.

Die Bedeutung des Blutes in der Bibel

Wichtige Aufschlüsse über die Sicht der Bibel zu verschiedenen Aspekten in der Transplantationsmedizin gibt 3. Mose 17, 11. Dort steht: „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“.

Bezogen auf die Fragen, wann der Mensch tot ist, wann nicht und wann noch nicht, heißt das, dass der Mensch so lange lebt, wie das Blut in seinen Adern fließt. Das ist eine erstaunlich moderne Definition für die Unterscheidung von Leben und Tod: Solange das Herz schlägt, fließt das Blut, und so lange hat der Mensch einen Blut-

kreislauf mit Blutdruck und Puls. Wenn das Herz über eine gewisse Zeit stillsteht, fließt das Blut nicht mehr. Als Resultat gibt es keinen Blutdruck und Puls mehr. Wenn Ärzte diesen Menschen nicht mehr wiederbeleben können, d. h. das Herz nicht mehr so zum Schlagen bringen, dass das Blut wieder durch den Körper fließt, muss dieser Mensch für tot erklärt werden. Diese lange Ausführung ist in dem kurzen Bibelwort „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“ sehr prägnant zusammengefasst.

Die Bibel sieht also den Tod des Menschen damit definiert, dass das Herz als die „Blutpumpe“ nicht mehr schlägt.

In obiger Bibelstelle heißt es nicht „Des Fleisches Leben ist in seinem Gehirn“. Nun könnte man sagen, dass die Menschen zur Zeit der Bibel noch nicht das Gehirn bzw. seine Bedeutung kannten. Aber: Die Ärzte der Pharaonen saugten nach dem Tod eines Pharaos diesem das Gehirn im Rahmen der Einbalsamierung heraus. Menschen enthaupteten den Feind und aßen das Gehirn. In der Bibel findet man keine Stelle, in der es um das Gehirn als Lebenszentrum geht.

Wenn man in der Konkordanz unter dem Stichwort „Verstand“ sucht, findet man viele Bibelstellen. In einer heißt es „Verlass dich auf den Herrn von ganzem Herzen und verlass dich nicht auf deinen Verstand“ (Spr 3,5). Letztlich kennt Gott, der die Bibel hat schreiben lassen, exakt die Bedeutung des Gehirns, denn er hat dieses großartige Organ selbst geschaffen. Hätte er dem Gehirn die überragende Bedeutung gegeben, wie wir Menschen es ihm meist, und oft unbedingt, zuerkennen, so hätte er es in der Bibel auch so beschreiben lassen. Gott hat aber nicht dem Gehirn, sondern dem Herzen eine besondere Bedeutung gegeben, und zwar sowohl als Organ als auch in übertragener Bedeutung als geistiges Entscheidungszentrum in uns.

Je mehr man Bibelstellen über den Verstand, das Herz und die Nieren vergleicht, hat es den Anschein, als würde der Verstand, das Gehirn im optimalen Fall dem Herzen zuarbeiten und das Herz diese Informationen in seine Entscheidungen integrieren. Jedenfalls ist das Gehirn

aus der Sicht der Bibel nicht der „Gesamtintegrator aller Leistungen“, wie es das „Hirntod“-Konzept der Harvard-Kommission von 1968 beschreibt.⁸⁷

Nach der Bibel hat im Übrigen kein Körperteil eine größere Bedeutung als ein anderer. Das wird ausführlich in 1. Korinther 12 ab Vers 14 beschrieben. Und es wird ausdrücklich der Kopf erwähnt: „Es kann das Auge nicht sagen zu der Hand: Ich bedarf deiner nicht; oder wiederum das Haupt zu den Füßen: Ich bedarf euer nicht“ (V. 21). Nach der Bibel ist es sicher nicht richtig, dem Kopf, d. h. dem Gehirn, eine überragende Rolle in der Frage von Leben und Tod zuzuordnen.

Dieses spiegelt sich durchaus im allgemeinen gesellschaftlichen Empfinden wider, dass der Mensch mehr ist als sein Gehirn. Mit den Erklärungen zur Definition des „Hirntodes“ wird der Mensch existenziell auf sein Gehirn reduziert. Auch das mag ein Grund sein, weshalb so viele Menschen Vorbehalte gegenüber einer Organspende bei „Hirntod“ haben.

Wo wohnen Seele und Geist?

Wo sitzt die Seele des Menschen? Ist sie im Gehirn? Wo wohnt der Geist? Im Gehirn? Das sind hochgeistige Fragen, mit denen sich Ärzte nicht beschäftigen wollen. Sie wollen helfen und nicht philosophieren. Aber Ärzte haben die neue Definition des „Hirntodes“ als Tod des Menschen beschlossen, und so müssen sie sich diesen Fragen stellen. Denn wenn die Seele und insbesondere der Geist in das Gehirn verortet werden können, ist ein sehr starkes Argument für die Berechtigung gegeben, den Menschen als tot zu betrachten, wenn sein Gehirn tot ist. Ist aber der Ort von Geist und Seele nicht definitiv beweisbar im Gehirn, dann entfällt ein wesentlicher Grund zur Behauptung, der „Hirntod“ sei der Tod des Menschen.

⁸⁷ s. Fußnote 2

In einer gemeinsamen Erklärung zu „Organspende und Hirntod“ stellen die Bischofskonferenz der katholischen Kirche und der Rat der Evangelischen Kirche Deutschlands fest: „Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden“.⁸⁸

Woher wissen die Theologen, dass der Geist körperlich, also physisch an das Gehirn gebunden ist? In der gesamten Erklärung dieser führenden Theologen findet sich an keiner Stelle ein Beweis für diese Aussage. Neurochirurgen, die tagtäglich im Gehirn operieren, sagen, dass sie den Geist und die Seele dort nicht gefunden haben. Sind beide im Herzen? Herzchirurgen sagen, sie haben sie dort nicht gefunden. Abgesehen davon, dass die Kollegen recht haben, denn es gehört zur Charakteristik von Seele und Geist, dass sie nicht physisch greifbar sind, wird mit dem Beschluss der Kirchenführer in der „Hirntod“-Debatte allgemein so gesprochen, als sei der Sitz des Geistes und der Seele des Menschen im Gehirn lokalisiert.

In Berichten von Menschen mit Nahtoderlebnissen fällt immer wieder auf, dass sie nachträglich genau sagen können, was mit ihnen geschah.

Besonders eingehend haben sich Dr. Sam Pernia, ein Intensivmediziner an einem New Yorker Hospital und andere amerikanische Kollegen mit diesen Phänomenen befasst.⁸⁹ Man befragte Patienten, die „hirntot“ waren, die aber wiederbelebt werden konnten, was sie in dieser Zeit erlebten. Einzelne sagten, dass sie sahen, wie man sie behandelte. In dieser Zeit war bei ihnen auch im EEG (Elektroenzephalogramm) keine Gehirnaktivität nachweisbar. Wie ist das möglich?

Mit dem EEG werden nur Gehirnaktivitäten von Arealen, die in der Nähe zu den Ableitungsstellen liegen, aufgezeichnet, also Groß- und Kleinhirnrinde. Tiefliegende Hirnstrukturen werden damit kaum er-

⁸⁸ s. Fußnote 3

⁸⁹ Spiegel im Gespräch mit Sam Parnia: Der Tod ist umkehrbar, Der Spiegel Nr. 30/2013, 27.07.2013, S. 96–97

fasst. Dr. Pernia wollte zeigen, dass „Hirntote“ zumindest eine gewisse Zeit noch nicht ganz tot sind. Zieht man zur Erklärung der Nahtodberichte die Bibel zu Rate, was Sam Pernia nicht tat, dann stößt man auf die Aussage: „... da bildete Gott, der Herr, den Menschen ... und hauchte in seine Nase Atem des Lebens; so wurde der Mensch eine lebende Seele“ (1Mo 2,7). Hier steht, dass der Mensch eine lebende Seele wurde (hebräisch: nephesch = Leben des Individuums, die Seele). Nicht sein Gehirn, nicht sein Herz oder ein anderer Teil des Menschen wurde eine lebende Seele, sondern der ganze Mensch.

Die Seele ist demnach im Menschen von Kopf bis Fuß. Professor Dr. Thomas Fuchs, Psychiater und Philosoph, drückt es so aus: „Ich bin eine Person und kann denken und fühlen. Das sind Fähigkeiten des gesamten Organismus, nicht nur eines Teilorgans. Der Mensch denkt, nicht das Gehirn“.⁹⁰ Auf der Suche nach dem Wohnort der Seele im Menschen kommen wir wieder auf die Bibelstelle: „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“.

Lebenszeichen der „Hirntoten“

Wenn man bedenkt, dass die immunologischen Systeme im Wesentlichen im Blut lokalisiert sind und dass auch beim „hirntoten“ Patienten diese einwandfrei arbeiten, können wir auch durch folgende Gedanken dem Ort der Seele näherkommen:

Wenn man beim „hirntoten“ Patienten eine Infusionsnadel aus dem Arm zieht, bleibt nicht etwa ein Loch zurück wie bei einer Leiche, sondern diese Wunde schließt sich wieder. Also ist auch die Wundheilung intakt. Die Wundheilung wiederum ist eng mit der Körperabwehr, dem immunologischen System, verknüpft. Beim „hirntoten“ Patienten gibt es bis zum Schluss Reaktionen gegen fremde Eiweiße und fremde Blutgruppen. Diese Reaktionen sind Fähigkeiten der Körperabwehr. Der

⁹⁰ Thomas Fuchs: Freiheit, Hirnforschung, StZ Nr. 163, 17. Juli 2012, S. 28

Körper kann somit bis zu seinem Ende zwischen „fremd“ und „körperigen“ unterscheiden. Insoweit hat er bis zum Schluss erkennbar ein „Ich“ in sich, da er diese Unterscheidungsfähigkeit besitzt.

Wenn der Körper bis zu seinem Ende noch ein „Ich“ in sich hat, besitzt er also eine Individualität, eine lebende Persönlichkeit mit Geist und Seele und ist nicht tot. Der „hirntote“ Patient bzw. nach neuer Definition der Patient mit einem „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ ist somit eine, wenn auch reduziert, lebende Person.

Zum Wesen von Geist und Seele gehört, dass sie physisch, materiell nicht definierbar sind. Deshalb können sie mit naturwissenschaftlichen Methoden auch nicht zu einem Ort gehörig bestimmt werden. Da der Geist und die Seele nicht an das Gehirn gebunden sind, entfällt die wesentliche Begründung für die Behauptung, der „Hirntod“ sei der Tod des Menschen.

Biblisch gedeutet hat die Seele, „des Fleisches Leben“, im Blut einen Hauptwirkungsort. Vielleicht hat Gott auch deshalb dem immunologischen System einen so hohen Stellenwert gegeben. Es ist daher gut, daran zu erinnern, dass wir dieses System nach Möglichkeit nicht durch Immunsuppressiva in der Transplantationsmedizin unterdrücken sollten.

Auffallend oft werden neben dem Herzen gerade die Nieren in der Bibel so beschrieben, als wenn von der Persönlichkeit, dem Geist des Menschen gesprochen wird. So in Psalm 26, 2: „Prüfe mich, Herr, und erprobe mich, erforsche meine Nieren und mein Herz“.

So kann man mit biblischem Verständnis den Ort des Geistes am ehesten im Bereich des Herzens und der Nieren vermuten. Es ist jedenfalls vermessen zu behaupten, dass der menschliche Geist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden sei, noch dazu, ohne es zu beweisen, wie dies etliche geistliche Leiter deutscher Kirchen und Gemeinden taten.⁹¹

⁹¹ s. Fußnote 3

In Jesaja 37, 36b lesen wir: „Und als man früh am Morgen aufstand, siehe, da fand man sie alle tot, lauter Leichen“. Die Bibel sagt also sehr klar und schlicht, was sie unter tot versteht: Tot ist man, wenn man eine Leiche ist.

Zusammenfassend muss leider gesagt werden, auch wenn es einer weithin menschlich verbreiteten Vorstellung von christlicher Nächstenliebe widersprechen mag: Die Entnahme der lebensentscheidenden Organe, insbesondere des Herzens aus einem Patienten mit „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ ist finale Tötung des Patienten. Und Gott ist in seinem Wort, der Bibel, eindeutig: „Du sollst nicht töten“ (2Mo 20,13).

Verhängnisvoller Bund mit dem Tod

Beim Lesen in der Bibel stieß ich auf Jesaja 28, 15: „Denn ihr sagt: Wir haben einen Bund mit dem Tod geschlossen und mit dem Scheol einen Vertrag gemacht ..., denn wir haben Lüge zu unserer Zuflucht gemacht und in Trug uns geborgen.“ Entspricht diese Stelle nicht unserer Situation in Deutschland im Hinblick auf das Transplantationsgesetz mit dem „Hirntod“? Wir haben das Transplantationsgesetz geschaffen und darin neu definiert, wann ein Mensch tot ist, wir haben also einen Bund mit dem Tod geschlossen. Und dieser Bund gründet, wie in der Bibelstelle beschrieben, auf einer Lüge: Ein Mensch wird für tot erklärt, obwohl er nicht tot ist.

Dieser „Bund mit dem Tod“ ist wie gesagt von der evangelischen und katholischen Kirche in 1990 bestätigt worden mit den Worten: „Der Hirntod ist gleich dem Herztod der Tod des Menschen“. In der damals von der Glaubenskommission der Bischöfe unter Leitung des Mainzer Kardinals Karl Lehmann erstellten Handreichung „Hirntod und Organspende“ heißt es, dass der Hirntod im Sinne des Ganzhirntodes nach heutigen Erkenntnissen das beste und sicherste Kriterium für die Feststellung des Todes eines Menschen darstelle. Potenzielle Organspender könnten zu Recht davon ausgehen, „dass sie zum

Zeitpunkt der Organentnahme wirklich tot und nicht nur sterbend sind“. (Siehe Fußnote 3)

Diese Ausführungen wurden in einer neuerlichen Handreichung von der Deutschen Bischofskonferenz nochmals bekräftigt.⁹²

Falsche Hirten?

Die Kirchenführer haben in ihrer vermeintlichen Kenntnis des Wortes Gottes den Tod neu definiert, wohl übersehend, dass eine Entscheidung über Leben und Tod Gott allein zusteht. Dieses Vorgehen erinnert daran, dass in der Bibel oft vor falschen Hirten gewarnt wird. So z. B. in Jeremia 50, 6: „Mein Volk war eine verloren gehende Schafherde: Ihre Hirten leiteten sie irre auf verführerische Berge“.

Besonders Personen oder Personengruppen, denen Autorität gegeben ist, stehen in der Gefahr zu verführen, denn man glaubt und vertraut ihnen in besonderem Maße. Patienten vertrauen den Ärzten, Transplantationsmediziner vertrauen der Autorität der Kirche.⁹³ Jesus warnt uns mehrfach, z. B. im Matthäus-Evangelium Kap. 24, 4: „Seht zu, dass euch niemand verführe“. Und Jesus allein ist der gute Hirte (Joh 10,1).

Wir sind entsprechend 1. Timotheus 2, 2 aufgerufen, für unsere Obrigkeit zu beten. Möge Gott unserer Regierung und unseren Kirchenführern zeigen, dass sie mit der Neu-Definition des Todes einen Grundpfeiler der Schöpfungsordnung Gottes ablehnen und für nichtig erklären. Möge er ihnen helfen, diese neue Todesdefinition wieder rückgängig zu machen und den Bund mit dem Tod wieder für ungültig zu erklären. Gott sei ihnen gnädig und uns allen.

Paulus mahnt in 2. Timotheus 3, 13: „Böse Menschen und Betrüger aber werden zu Schlimmerem fortschreiten, indem sie verführen und

92 Hirntod und Organspende, Die deutschen Bischöfe, Glaubenskommission Nr. 41, 27. April 2015, S. 19

93 U. Baureithel, A. Bergmann: s. Fußnote 19

verführt werden“ und in 2. Timotheus 4, 3: „Denn es wird eine Zeit sein, da sie die gesunde Lehre nicht ertragen, sondern nach eigenen Lüsten sich selbst Lehrer aufhäufen werden, weil es ihnen in den Ohren kitzelt und sie werden die Ohren von der Wahrheit abkehren und sich zu den Fabeln hinwenden“.

Allgemein durch die öffentliche Transplantationseuphorie, beginnend mit der ersten Herzverpflanzung in Südafrika, und speziell durch die Harvard-Kommission, ist unsere Gesellschaft verführt worden, denn man kämpft gegen den Tod und meint, ihn durch Ersetzen kranker Organe zu besiegen. So findet ein Kampf gegen die von Gott gesetzte Lebensbefristung statt.

Biblicher Ruf zur Wahrheit

Die geistige und geistliche Verführung kann die Gefahr in sich bergen, dass Gott diesem Treiben nicht mehr zusieht, sondern handelt. Darauf weist uns Paulus in seinem 2. Brief an die Thessalonicher, Kap. 2, ab V. 10 hin: „... dafür, dass sie die Liebe der Wahrheit zu ihrer Errettung nicht angenommen haben, sendet ihnen Gott eine wirksame Kraft des Irrwahns, dass sie der Lüge glauben ...“.

Diese Aussage passt nicht mit der allgemeinen Vorstellung vom „lieben Gott“ zusammen. Was bedeutet in der obigen Bibelstelle der Begriff: „Liebe der Wahrheit“? In Johannes 14, 6 sagt Jesus von sich als Person, dass er „der Weg, die Wahrheit und das Leben“ ist. So kann man also für „Liebe der Wahrheit“ „Liebe von Jesus“ setzen. Fügen wir dieses in die obige Bibelstelle, so heißt es jetzt: „... sie haben die Liebe von Jesus zu ihrer Errettung nicht angenommen“.

Wenn diese Verdeutlichung des Wortes Wahrheit richtig ist, führt das Nichtannehmen der Liebe Jesu eines Tages faktisch zu „Irrwahn“, nämlich: „dass sie der Lüge glauben ...“.

Gottes Wort sagt uns auch, wie wir stattdessen Weisheit erlangen – in Johannes 14, 21–22 heißt es: „Wer meine Gebote hat und hält sie, der

ist es, der mich liebt. Wer mich aber liebt, der wird von meinem Vater geliebt werden, und ich werde ihn lieben und mich ihm offenbaren.“

Die betreffenden Weisen in anerkannten Gremien unserer Gesellschaft können daher z. B. auch der Lüge verfallen, dass ein „hirntoter“ Mensch schon tot wie eine Leiche sei – und das auch noch in vermeintlich bester menschlicher Absicht; und mit ihnen die Gesellschaft, die ihnen folgt und ihnen teils blind glaubt.

Die folgenden Gedanken erscheinen vielleicht sehr hoch, abstrakt oder fromm. Da es sich hier aber um eine Entscheidung über Leben und Tod und eine Fehlentwicklung in der Gesellschaft handelt, ergibt sich die Frage, wie wir aus den Konsequenzen dieser Entscheidung und Fehlentwicklung wieder herauskommen.

Umkehr zu Gott

Gehen wir noch einmal zurück: Dieser von Gott gesandten „Kraft des Irrwahns“ kann man mit menschlichen Möglichkeiten nicht mehr entkommen. Nur die persönliche Umkehr, die Bitte um Gnade bei Jesus, unserem Fürsprecher vor dem allmächtigen Gott kann uns vor seiner vernichtenden Kraft bewahren. „Lass mich umkehren, damit ich umkehre, denn du Herr, bist mein Gott“ sagt Ephraim in Jeremia 31, 18, worauf Gott in Vers 20 antwortet: „Ich muss mich über ihn erbarmen, spricht der Herr“.

Die Umkehr hin zu Gott wird in der Bibel wieder und wieder als die einzige aber auch als die grandiose Möglichkeit beschrieben, zurück unter den Schutz Gottes zu kommen. Dieses geistliche Grundprinzip der Heilsgeschichte Gottes mit uns Menschen kann man vom Anfang der Bibel bis zu ihrem Ende erkennen. Als Gläubige sind wir aufgerufen, für unsere Regierung, unsere Parlamente, die Bundesärztekammer, die Pharmaindustrie, auch für die Verantwortlichen und Betroffenen im Zusammenhang mit „Hirntod und Organspende“ zu beten, d. h. vor Gott einzutreten.

Offenbar sieht Gott in der Transplantationsmedizin erhebliche Gefahren für unsere moralische Integrität und will auch daher nicht, dass wir diesen Zweig der Medizin betreiben. Oft wird mir nach Vorträgen gesagt, dass die Transplantationsmedizin doch im Willen Gottes sein müsse, da er uns Menschen die Möglichkeiten und Fähigkeiten dazu gegeben habe. Darauf ist zu erwidern: Wir haben auch die Möglichkeit und Fähigkeit zu lügen, zu stehlen und zu töten.

Gott hat uns zu vielem die Möglichkeiten und Fähigkeiten gegeben, wir sollen sie aber in Verantwortung vor ihm bedenken und erst dann einsetzen. Er hat uns aber auch einen freien Willen gegeben, weil er uns liebt. Wenn sein Wille und unser Wille übereinstimmen, segnet Gott unser Handeln, meistens über die Maßen.

Der Vergleich mit einem anderen Gebiet der Medizin fällt auf: Gott hat uns die Möglichkeit und Fähigkeit gegeben, gentechnologische Veränderungen an seiner Schöpfung vorzunehmen. Es ist sehr die Frage, ob das im Willen Gottes ist. Bis zur Abfassung dieser Schrift waren sich Ärzte, Theologen, Ethiker und Juristen weltweit einig, gentechnologische Eingriffe an den menschlichen Keimzellen abzulehnen. Gleichermaßen sollten es die gleichen Berufsgruppen ablehnen, dass Organentnahmen am sterbenden Menschen durchgeführt werden.

Gott haut nicht gleich mit der Faust auf den Tisch, sondern entscheidet zu seiner Zeit.

Folgerungen für Politik, Kirche und Gesellschaft

Nach vielen Überlegungen zum geistlichen Hintergrund von Organspende und „Hirntod“ folgen nun einige Bemerkungen zu konkreten medizinischen Problemen. Zum einen beziehe ich mich auf die Ausführungen zum Abschnitt „Krankheitsgründe für „Organbedarf“. Dazu gibt es in 2. Mose 23, 25 eine auch für Gesundheitspolitiker interessante Aussage: „Und ihr sollt dem Herrn, eurem Gott dienen: so wird er dein Brot und dein Wasser segnen und ich werde alle Krankheit aus deiner

Mitte entfernen“. Offenbar bedeutet das: Wenn wir Gott dienen, uns an seine Ordnungen und Gebote halten, dann wird er alle Krankheit aus unserer Mitte nehmen. Eine großartige Zusage.

Das heißt umgekehrt auch: Soweit wir auf Gott nicht hören bzw. ihm dienen wollen, nicht so leben, wie er es für uns gedacht hat, werden wir leibliche und seelische Krankheiten in unserer Mitte haben und Gott wird sie nicht entfernen.

Kein Wunder, dass wir daher auch so viele Ärzte brauchen ... Gottes Wort kündigt uns an, dass wir alle Arten von Krankheiten bekommen können, also auch die im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin relevanten Erkrankungen – wie Geschlechtskrankheiten, Krebs durch Rauchen und Alkohol, Leberkrankheiten durch Alkohol, Herzkrankheiten durch Rauchen und „zu gut leben“ d. h. zu viel Essen und Trinken und aus diesen Gründen auch Nierenkrankheiten.

Natürlich haben Rauchen, zu hoher Alkoholkonsum, außerehelicher Verkehr, zu viel Essen und Trinken oft naheliegende menschliche Gründe. Bei alledem liegt es in der Verantwortung des Einzelnen, wie er mit seinem Körper umgeht, und dazu macht die Bibel vielfach klare Aussagen.

Zum Zweiten beziehe ich mich auf die Ausführungen zum Abschnitt: „Wirkungen im Charakter durch Fremdorgane“.

Die sehnsüchtigen Gedanken und Äußerungen von Patienten, die auf ein Organ hoffen, erinnern an 2. Mose 20, 17, wo es heißt: „Du sollst nicht das Haus deines Nächsten begehren. Du sollst nicht begehren die Frau deines Nächsten, noch seinen Knecht, noch seine Magd, ... noch irgendetwas, was deinem Nächsten gehört.“ Es ist das 10. Gebot. Wenn es heißt: „noch irgendetwas“, dann bedeutet das auch, dass man auch nicht Herz, Lunge, Leber etc. begehren soll. Offenbar haben die Schuldgedanken und die Identitätskrisen vieler Patienten nach einer Transplantation mit dem Konflikt mit diesem Gebot zu tun.

Noch deutlicher wird Habakuk 2, 6b. Dort heißt es: „Wehe dem, der sein Gut mehrt mit fremdem Gut – wie lang wird's währen?“ Diese Stelle versteht man zunächst als eine Warnung vor dem Stehlen, wir wissen aber nicht, ob Gott diese Stelle nicht auch als relevant für die Transplantationsmedizin ansieht. Jedenfalls währt die Lebensdauer der meisten Transplantate oft nicht mehr als 10 Jahre.

Das vielschichtige Auftreten diverser Nebenwirkungen erinnert an Gottes Wort in Römer 1,24: „Darum hat Gott sie dahingegeben ...“. Ist es keine Torheit von uns Ärzten zu meinen, wir könnten die Menschen neu zusammensetzen und die biologischen Ordnungen Gottes außer Kraft setzen? Gott hat uns einen freien Willen gegeben. Wenn dieser nicht mit seinem übereinstimmt, warnt Gott uns etliche Male, weil er weiter als wir sieht und es gut mit uns meint. Wenn wir dennoch weitermachen, muss Gott uns schlussendlich in die Konsequenzen dahingeben. Das gilt allgemein und hier wird es in den teils massiven Nebenwirkungen und Folgen der immunsuppressiven Medikamente deutlich.

Auch der weltweite Organhandel mit seinen schrecklichen Entwicklungen zeigt⁹⁴, dass Gott uns in die Folgen der Transplantationsmedizin, insbesondere seit Einführung des „Hirntodes“ dahingegeben hat. Die Geister, die wir damit riefen, werden wir nicht mehr los. Es hat den Anschein, als ob wir sie nicht nur nicht loswerden, sondern dass sie das Ruder der Transplantationsmedizin übernommen haben. Sie treiben uns zu immer neuen Auswüchsen. Diese Entwicklung zeigt sich mit der Einführung des „non-heart-beating donor“-Konzepts und der schon in den meisten Ländern gültigen Widerspruchslösung.

Immer wieder wird mir nach Vorträgen die Frage gestellt, wer daran interessiert ist, dass die Transplantationsmedizin mit dem wohlklingenden Stichwort „Organspende“ so regelmäßig, so intensiv in den Blickpunkt des gesellschaftlichen Interesses gebracht wird.

94 idea Spektrum Nr. 23, 5. Juni 2019, S. 12

Vordergründig scheint es, dass es die Politik, die Medien, die Pharmafirmen, die relativ wenigen Patienten und die Transplantationsmediziner sind, die dieses Thema hochhalten; langsam muss man sich aber fragen, ob es nicht dämonische Kräfte sind, die uns alle mit dem Thema „Hirntod“ und Organspende vor sich herjagen.

Mit diesen Überlegungen ist niemand der oben genannten Beteiligten entschuldigt – sie sollen aber einige Konsequenzen aufzeigen, wenn Menschen sich dafür entscheiden, einen Bund mit dem Tod einzugehen.

Im Wort Gottes gibt es somit Aussagen, die auf die Transplantationsmedizin angewendet werden können, auch wenn es diese zur Zeit der Abfassung der Bibel noch nicht gab.

Zusammenfassung

Diese Schrift soll zum einen aufzeigen, welche Vorstellungen hinter der Organspende allgemein und insbesondere hinter der Organspende nach dem „Hirntod“ stehen.

Diese Vorstellungen sind nicht Vorstellungen geblieben, sondern Feststellungen geworden. Im Jahr 1990 stellte die katholische Bischofskonferenz mit dem Rat der EKD in der gemeinsamen Erklärung zur Organspende fest: „Der Hirntod ist wie der Herztod der Tod des Menschen“ und „Der ... menschliche Geist ist körperlich an das Gehirn gebunden“.

In den Richtlinien zur Transplantationsmedizin stellte die BÄK fest: „Der Hirntod (Anm.: seit 2015 definiert als der irreversible Hirnfunktionsausfall) ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen“.⁹⁵ Die Richtlinien wiederum wurden Grundlage des Transplantationsgesetzes von 1997.

Die Feststellung der Ärzteschaft ist keine umfassende, sondern lediglich eine naturwissenschaftlich-medizinische Aussage zum Tod des Menschen. Sie spiegelt damit auch nur ein bestimmtes, materiell-physisch geprägtes Weltbild wider. Wie ich oben ausführte, ist sie darüber hinaus nicht in allen Teilen beweisbar und inkomplett, d. h. sie ist eine pseudonaturwissenschaftliche, pseudomedizinische Feststellung, eine Fiktion.

Die Feststellung der erwähnten geistlichen Leiter ist eine absolute Aussage mit entsprechend massivem Gewicht, geistlich fragwürdig – und medizinisch-biologisch falsch, zudem unbewiesen.

Sowohl die Ärzteschaft als auch die Theologen haben festgelegt, wie der Tod des Menschen zu sehen sei. Beide Gruppen sind berufsbedingt besonders autorisiert, Aussagen zu Leben und Tod abzugeben. Dieser Sicht haben sich die Politik, die Medien und weite Teile der Bevölkerung

angeschlossen, denn nach Umfragen sind über 80 % der Deutschen für eine Organspende nach ihrem Tod.

Gleichzeitig zeigen andere zitierte Umfragen, dass 40 % d. h. fast die Hälfte der Bevölkerung einschließlich derer, die einen Organspendeausweis ausgefüllt haben, völlig konträre Vorstellungen gegenüber den vorgegebenen Feststellungen der Ärzteschaft und der Kirchenführer zum „Hirntod“ haben.

Das zeigt auf, dass diese beiden Berufsgruppen kraft ihres Amtes und ihrer hohen Reputation in die Bevölkerung eine neue Sicht des Todes des Menschen eingepflanzt haben, sodass die Bevölkerung fast nur über das „Für“ der Organspende informiert wird und nicht auch über das „Wider“.

Wir haben uns in unserer Wissenschafts- und Autoritätsgläubigkeit eine Sicht über den Tod einimpfen lassen, die der Empfindung und Erfahrung der Menschen widerspricht, dass ein Mensch erst dann tot ist, wenn er eine Leiche ist. Das Verhalten der beiden Berufsgruppen kommt einer Verführung gleich.

Die Umdeutung in den „Hirntod“ als den Tod des Menschen trägt stark zweckgerichtete (utilitaristische) Züge, und dieses für ca. 10 000 Menschen von ca. 80 Millionen der deutschen Bevölkerung. Für die Wünsche dieser Patienten wurde eigens ein Gesetz, das Transplantationsgesetz, eingeführt. Die Maßnahmen für diese kleine Patientengruppe werden immer radikaler und finden ihren vorläufigen Höhepunkt in der geplanten Widerspruchslösung.

Ich hatte die Vorstellungen der Ärzteschaft und der Theologen über den neuen Tod des Menschen kritiklos übernommen, bis mir Gott alles in Frage stellte. Seither ist es mir wichtig, sowohl medizinisch als auch geistlich aufzuzeigen, dass die bisherige Definition weiter Gültigkeit hat, dass der Mensch tot ist, wenn er eine Leiche ist.

⁹⁵ s. Fußnote 59

Anhang

Fragen, die häufig gestellt werden:

Wie ist die Blutspende einzuordnen?

Rein medizinisch ist die Blutspende eine Lebendspende, d. h. der Spender stirbt nicht nach der Entnahme. Der Empfänger benötigt im Gegensatz zu Organspenden keine Medikamente, um die Abwehr des empfangenen Blutes zu unterdrücken. Die Blutzellen des Spenders bleiben nicht wie die Organzellen bestehen, sondern sie werden, wie auch im eigenen Körper nach Tagen und Wochen abgebaut und sind dann nicht mehr existent. Der Empfänger der Blutspende hat also nicht permanent eigene und fremde Blutzellen in sich.

Dennoch gilt auch hier der Satz: „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“ (3Mo 17,11). Mit der Blutspende wird somit Leben übertragen.

Die Blutspende ist bei den Zeugen Jehovas verboten. Eher stirbt der Patient, und das kann auch ein Kind sein, als dass eine Notfalltransfusion erfolgen darf. Genannte Glaubensgemeinschaft handhabt dieses Verbot streng.

Es ist zu fragen, ob hier nicht die obige Aussage der Bibel zum Gesetz erhoben wird. Jesus selbst sagt zu einem klaren Gebot wie dem dritten Gebot: „Denke an den Sabbattag, um ihn heilig zu halten ... du sollst an ihm keinerlei Arbeit tun“, daraufhin z. B. in Matthäus 12, 12: „... also ist es erlaubt, an den Sabbaten Gutes zu tun.“ Jesus hebt die Bedeutung des Sabbats nicht auf, sondern zeigt, als Herr über den Sabbat, in allen Beispielen, dass es nicht um die starre Einhaltung eines Gebotes geht. Ihm geht es um das Leben mit einem Gebot in der Verantwortung vor Gott. Eine Blutübertragung geschieht in einer Notlage. In dem Bewusstsein, dass „des Fleisches Leben im Blut ist“ und der Verantwortung vor Gott ist eine Blutübertragung grundsätzlich zu bejahen.

Wie ist die Knochenmarktransplantation zu beurteilen?

Bei der Knochenmarktransplantation wird dem Spender unter lokaler Betäubung Knochenmark z. B. aus dem Beckenkamm gesaugt. Es ist also eine Lebendspende. Im Knochenmark befinden sich die Stammzellen, aus denen sich die Blutzellen entwickeln. Über Reinigungsverfahren werden diese Stammzellen herausgefiltert und dem Empfänger wie bei einer Bluttransfusion weitergegeben. Heutzutage werden die Stammzellen meist direkt aus dem Blut des Spenders gewonnen, was für diesen noch weniger belastend ist. Die Stammzellen des Spenders wandern in das Knochenmark des Empfängers und beginnen dort, Blutzellen wie vorher im Spender zu bilden. Es breiten sich also Blutzellen des Spenders im Empfänger aus.

Beispielsweise wird ein Patient wegen einer bösartigen Blutkrankheit wie einer akuten Leukämie vor der Knochenmarktransplantation bewusst mit Chemotherapie und Bestrahlung so stark behandelt, dass sich im Knochenmark des Patienten keine bösartigen Blutzellen mehr bilden können. Dadurch bilden sich aber auch keine normalen Blutzellen mehr. Diese Situation wird mit der Knochenmarktransplantation überbrückt, und die Ärzte hoffen, dass sich als erstes die Blutzellen des Spenders im Patienten ausbreiten, danach die gesunden Blutzellen des Patienten langsam wiederkommen und sich dann vor allem keine bösartigen Zellen mehr entwickeln. Wenn sich die gesunden Blutzellen des Patienten wieder bilden, merken sie allmählich, dass unter ihnen auch fremde Blutzellen – die des Spenders – fließen.

Wie bei der Blutspende werden die fremden Blutzellen nach einiger Zeit abgebaut, aber da jetzt im Knochenmark auch fremde Stammzellen vorhanden sind, wird auch das fremde Blut ständig nachgebildet. Das bewirkt, dass sich das Blut des Empfängers gegen das fremde Blut wehrt. Diese Abwehr kann nur mit den oben genannten Immunsuppressiva unterdrückt werden.

Erstaunlicherweise muss diese Behandlung nicht wie bei der Trans-

plantation von Organen ein Leben lang durchgeführt werden, sondern irgendwann toleriert das Patientenblut das Spenderblut. Aber ein Leben lang wird dieser Patient zwei Blutgruppen haben: Seine eigene und die des Spenders. Der Fachausdruck hierfür heißt „Chimäre“, er kommt aus dem Griechischen und heißt Mischwesen.

Wenn die bösartige Krankheit nicht mehr wiederkommt, wird der Patient nach einigen Jahren auch keine erneute Knochenmarktransplantation wie bei den Organtransplantationen benötigen. So gesehen ist die Knochenmarktransplantation eine besondere Transplantation mit vielen positiven Aspekten. Gemessen an dem Satz aus der Bibel: „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“ sind im Blut des Patienten einmal das Leben des Patienten und gleichzeitig ein Teil des Lebens des Spenders. Auch für diese Situation gilt, als Spender und als Empfänger Gott zu fragen, ob er mit der Knochenmarktransplantation einverstanden ist.

Wie hängen Patientenverfügung und Organspende zusammen?

Mit einer Patientenverfügung will man normalerweise erreichen, dass (ab einem bestimmten Punkt einer Erkrankung) keine lebensverlängernden Maßnahmen (mehr) durchgeführt werden sollen. Diese Verfügung ist für Situationen gedacht, in denen der Patient bewusstlos ist, eine dauerhafte künstliche Ernährung und oft auch künstliche Beatmung benötigt und keine Aussicht auf ein positives Ende der Abhängigkeit von dieser medizinisch-technischen Behandlung besteht.

Diese gängige Patientenverfügung schließt damit eine Organspende nach festgestelltem „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ d. h. „Hirntod“ aus. Denn wie oben ausgeführt, würde bei „Hirntod“ die Behandlung vollständig fortgesetzt werden, d. h. die künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, Infusionen etc.

In letzter Zeit rückten bei der Suche nach geeigneten Organspendern nach „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ zunehmend Patienten mit Patientenverfügungen in den Fokus des Interesses, da unter ihnen durchaus Patienten sind, denen man die Organe entnehmen könnte, wenn nicht ihre Patientenverfügung dagegenstünde. Daher hat man besondere sprachliche Konstrukte in Vordrucke von Patientenverfügungen eingebracht, um lebensverlängernde Maßnahmen speziell zum Zwecke der Organentnahme zu ermöglichen.

Eigentlich wird mit dem Zusatz der Organspende nach dem „Hirntod“ die Patientenverfügung ihres Sinns und Zwecks entleert und zeigt die Begriffsverdrehung und -verwirrung und Skrupellosigkeit mancher Bereiche der Transplantationsmedizin. Formulierungsvorschläge im Internet behaupten: „Patientenverfügung und Organspende sind kein Widerspruch“, so Thomas Beck, kaufmännischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).⁹⁶ Dagegen spricht die BZgA im Abschnitt über „Patientenverfügung und Organspende“ von einem Widerspruch. Es erhebt sich die Frage, inwieweit der Unterzeichnende überhaupt die Bedeutung seiner Patientenverfügung überschaut.

Widerspruchsmöglichkeiten im Ausland

In den meisten europäischen Ländern um Deutschland herum und auch in den USA gilt bereits die Widerspruchslösung. Ein deutscher Urlauber muss sich also dessen bewusst sein, dass ihm z. B. im Falle eines Unfalles mit „Hirntod“ die Organe entnommen werden dürfen. Die Angehörigen können sich nicht darauf berufen, dass in Deutschland die Widerspruchslösung nicht gilt. Um einer solchen Situation vorzubeugen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. In deutschsprachigen Ländern gilt, wenn man im deutschen Organspendeausweis die Alternative „nein“ ankreuzt. Darüber hinaus gibt es für Österreich ein

⁹⁶ DSO: Patientenverfügung und Organspende kein Widerspruch, ÄrzteZeitung online, 04.07.2008

Widerspruchsregister in Wien.⁹⁷ Ferner gibt es die Möglichkeit, im Internet unter www.organspende-aufklaerung.de einen „Nichtorganspendeausweis“ zu bestellen, ebenso wird unter dem Stichwort „Nichtorganspendeausweis in mehreren Sprachen“ ein Organspendeausweis von der BZgA in 28 Sprachen angeboten, in dem man in der jeweiligen Sprache mit „nein“ ankreuzen kann.

⁹⁷ Adresse: Gesundheit Österreich, GmbH, Widerspruchsregister, Stubenring 6, A-1010 Wien,
E-Mail: wr@goeg.at

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Am J Transplant	American Journal of Transplantation
Am Intensive Care	American Journal of Intensive Care
APuZ	Aus Politik und Zeitgeschichte
BÄK	Bundesärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
d. h.	das heißt
DSO	Deutsche Stiftung Organspende
dt.	deutsch
Dtsch Med Wochenschr	Deutsche Medizinische Wochenschrift
et al.	und andere
etc.	et cetera (und so weiter)
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
GZSO	Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende
ggf.	gegebenenfalls
HLA	Histo-Lymphozytäres Antigenesystem
MBZ	Marburger Bund Zeitung
RP online	Rheinische Post online
sog.	sogenannt
StZ	Stuttgarter Zeitung
u. a.	unter anderem
WAZ	Westdeutsche Allgemeine Zeitung
z. B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

Heftreihe

Biblisch lehren · glauben · leben

- Heft 1: Georg Löb, „Eine Verheißung für das Alter“
(Großdruck, 48 Seiten)
- Heft 2: Georg Löb, „Getröstet im Leid“
(Großdruck, 64 Seiten)
- Heft 3: Richard Becker und Lienhard Pflaum,
„Der rettende Glaube“ (Großdruck, 48 Seiten)
- Heft 4: Georg Löb, „Das „Dennoch“ des Glaubens“
(Großdruck, 48 Seiten)
- Heft 5: Lienhard Pflaum, „Einer ist euer Meister“
(Großdruck, 48 Seiten)
- Heft 6: Joachim Ulmer,
„Beerdigung oder Kremation“ (12 Seiten)
- Heft 7: Thomas Zimmermanns,
„Christ und Politik“ (40 Seiten)
- Heft 8: Peter Beck
Organspende und der neue Tod (96 Seiten)

Bestellung bei:

Pfr. Willi Baumgärtner
Maulbronner Straße 19
76646 Bruchsal-Helmsheim
Telefon: 0 72 51/4 40 57 12
E-Mail: wb251256@web.de

oder:

Ortwin Blum
Hauffstraße 4
75391 Gechingen
Telefon: 0 70 56/9 20 90
Fax: 0 32 22/4 35 70 08

Spendenkonto bei Sparkasse Rastatt
Empfänger: Ausblick und Ausblick
IBAN: DE86 6655 0070 0000 0784 85
Verwendungszweck: Schriftendienst

Peter Beck
Organspende und der neue Tod

Peter Beck

Organspende und der neue Tod

Verein zur Stärkung des biblischen Glaubens e. V.

Herausgeber:
Verein zur Stärkung des biblischen Glaubens e. V.
(Trägerverein der Quartalsschrift „Aufblick und Ausblick“)
Pfarrer-Augenstein-Straße 25, 76534 Baden-Baden
© 2019 Dr. med. Peter Beck
1. Auflage 2019

Umschlagbild: www.welt.de
Umschlaggestaltung, Lektorat, Satz: Fritz Konrad, Lahr
Gesamtherstellung: Frick Onlinedruckerei, Krumbach

Inhalt

Vorwort	8
Einleitung	9
Die fortschrittliche Transplantationsmedizin	9
Meine Verantwortung als Chefarzt ...	10
... vor Gott und Menschen ...	11
... und die Aufklärung der Öffentlichkeit	12
Teil 1	15
Pro Organspende ...	15
Ein Blick auf unseren Organismus – Was heißt „Körperabwehr“?	15
Lebenspende	17
Organspende von „Hirntoten“	19
Herztod mit Hirntod gleichgesetzt	20
Ablauf bis zur Organentnahme	21
Zuteilung einer Organspende	22
Die Abläufe im Einzelnen:	23
Zerlegung des Organspenders	25
„Best Practice“ beim Hirntoten?	26
Dringlichkeit vor Erfolgsaussicht?	
Problematik der Allokationskriterien	27
Schwerwiegende Entscheidungen	28
Existenzielle Erwägungen	29
Bruch ärztlicher Normen	31
Suche nach geeigneten Medikamenten	31
Verlauf und Folgen von Abstoßungsreaktionen	33
Patientenverhalten in der Nachsorge	34
Organ-Transplantations-Psychiatrie	34
Wirkungen im Charakter durch Fremdorgane	35

Neuere Erkenntnisse zum Begriff „Hirntod“	36	... zur Transplantationsmedizin?	69
Warnungen vor vereinfachtem Denken	37	... über Leben und Organe?	70
„Gerechtfertigtes Töten“?	39	... zu Herz und Nieren?	70
Non-heart-beating donors	40	„Ich nehme meine Organe ja nicht mit in den Himmel“	71
Probleme mit dem Todeszeitpunkt	42	Die Bedeutung des Blutes in der Bibel	72
Vordergründige Richtlinie bei „hirntoten“ schwangeren Frauen	43	Wo wohnen Seele und Geist?	74
Vordergründige Definition des Todes	44	Lebenszeichen der „Hirntoten“	76
Wissenschaftliche Unkorrektheiten ...	45	Verhängnisvoller Bund mit dem Tod	78
Zwischenfazit zum „Hirntod“	47	Falsche Hirten?	79
Politik reagiert auf Bevölkerungsverhalten	47	Biblischer Ruf zur Wahrheit	80
Weisheit des Deutschen Ethikrates	48	Umkehr zu Gott	81
Statistik der „Organbedürftigen“	49	Folgerungen für Politik, Kirche und Gesellschaft	82
Zu 80 % nicht lebensrettende Transplantationen	50	Zusammenfassung	86
Krankheitsgründe für „Organbedarf“	52	Anhang	88
Transplantation und berufliche Reintegration	53	Fragen, die häufig gestellt werden:	88
Manipulationen und Organspendeskandal	54	Wie ist die Blutspende einzuordnen?	88
Organhandel	55	Wie ist die Knochenmarktransplantation zu beurteilen?	89
Kunstherz, „Herz aus dem 3 D-Drucker“		Wie hängen Patientenverfügung und Organspende	
und gentechnologische Ansätze	56	zusammen?	90
Aktuelle Trends	57	Widerspruchsmöglichkeiten im Ausland	91
Offener Rechtsbruch	58	Abkürzungsverzeichnis	93
Dammbruch: „Widerspruchslösung“	59		
Allgemeiner Trend zur „Organentnahmepflicht“	60		
Personale Identität des „hirntoten“ Patienten	61		
Teil 2	63		
Gedanken zur Organspende aus biblischer Sicht	63		
Schöpfungsordnung in uns Menschen	63		
Allgemeine biblische Sicht zur Organspende	64		
Ist Organspende eine echte Spende?	67		
Menschliches Empfinden für den Zustand des Todes	68		
Was sagt die Bibel zur Endlichkeit des Lebens?	69		

Vorwort

Nach vielen Vorträgen zum Thema „Organspende“ wurde ich wiederholt gefragt, ob es dazu schriftliche Unterlagen gäbe. Es fällt auf, dass das Thema in der Öffentlichkeit als sehr fortschrittlich-positiv dargestellt, ja, regelrecht beworben wird. Kritisch prüfende Darstellungen gibt es kaum oder sie spielen in den Medien keine Rolle. Probleme und negative Auswirkungen der Transplantation auf Leib und Seele werden eher in Fachkreisen besprochen – sie finden von da nur gelegentlich den Weg in die Fachliteratur.

Nun ist der Herausgeber dieser Schrift auf mich zugekommen und bat mich um eine Broschüre zu dem Thema. So danke ich für die Möglichkeit einer ausführlichen, auch kritischen Stellungnahme. Ich danke auch den vielen Fragenden nach meinen Vorträgen, die mir selbst manche Aspekte noch deutlicher machten. Und ich danke meiner Frau, die mich durch die Jahre meines Berufslebens intensiv begleitet hat und zu mir stand, gerade auch im Zusammenhang mit dem Thema „Organspende“. Besonders aber danke ich Gott, der mich in meiner früheren Sicht zu diesem Thema zur Rede gestellt und gestoppt hat. In der Einleitung werde ich näher darauf eingehen.

Auch die wichtigsten medizinischen und biologischen Erkenntnisse in den folgenden Jahren verdanke ich Jesus, der mir dazu die Bibel zu dem Thema öffnete. Wenn man alles nur aus einer Perspektive gesehen hat, wie das bei mir ausgeprägt der Fall war, kommt man auf neue Sichtweisen nicht von selbst; bei mir brauchte es schon die Hilfe von Jesus und dem heiligen Geist.

Auch für alle Fragen rund um die Transplantationsmedizin gilt mir der Satz von Jesus: „Was hülfte es dem Menschen, wenn er die ganze Welt gewönne und nähme doch Schaden an seiner Seele?“¹ (Mt 16,26).

¹ Lutherbibel erklärt, Deutsche Bibelgesellschaft Stuttgart, 1974,1982

Einleitung

Die fortschrittliche Transplantationsmedizin

An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) erhielt ich nach einer ausführlichen wissenschaftlichen Zeit mit immunologischen Themen den Facharzt für Innere Medizin, Nephrologie und Allergologie. Die MHH erlangte Weltruf in der Transplantationsmedizin, insbesondere mit den Arbeiten von Professor Dr. Pichlmayr. Der Begriff Transplantationsmedizin stammt von ihm. Wir alle an der Klinik wollten unbedingt unseren Teil zum Gelingen „unserer“ Transplantationen beitragen. Wir waren vollauf begeistert und keiner hinterfragte das gesamte Vorgehen. Organtransplantation war einfach gut und fortschrittlich. Gerade wir Internisten sahen ja täglich das Leid, etwa des jungen Mannes, der wenige Monate nach einem Virusinfekt eine rasch zunehmende Herzschwäche bekam, vor Luftnot nicht mehr die Treppen hochkam, plötzlich gepflegt werden musste und nach medizinischer Erfahrung nur noch wenige Wochen leben würde.

So hatten wir auch auf unserer Station die Russlanddeutsche, die wie gewohnt Pilze sammeln ging, diese aß und nach ein paar Tagen mit Lebersversagen zu uns kam, weil die Knollenblätterpilze nur ähnlich denen waren, die sie aus ihrer Heimat kannte. Ihre Haut war schon gelblich, sie hatte bereits einzelne Spontanblutungen. Ihr konnte nur noch eine Lebertransplantation helfen.

Zu uns kam auch das Mädchen mit massiver Luftnot aufgrund einer Mukoviszidose, einer angeborenen Erkrankung mit extrem zähem Schleim in der Lunge. Dieses Kind brauchte möglichst bald eine Lungentransplantation. Weltweit wurde erstmals in Hannover einem Kind ein Lungenflügel von der Mutter und einer vom Vater transplantiert. Also eine Lebendspende der Eltern, die beide, wenn auch eingeschränkt, weiterleben konnten.

Wir waren froh, dass durch die Harvard-Kommission² mit dem Begriff „Hirntod“ die Frage des Todes z. B. für verunfallte junge Motorradfahrer geklärt war und machten uns daher keine weiteren Gedanken. Wir waren nur stolz auf unsere Klinik und die Erfolge. Von Hannover aus besetzten viele Ärzte bedeutende Chefarztstellen und brachten so die Transplantationsmedizin immer mehr ins Rampenlicht des öffentlichen Interesses.

Immer mehr Ärzte, Theologen, und Juristen wurden für die Transplantationsmedizin gewonnen. Bei der Vorbereitung der Stellungnahme der gemeinsamen evangelischen und katholischen Bischofskonferenz von 1990 zum Thema „Organspende“³ waren mit Professor Pichlmayr mehrere Transplantationsmediziner beratend beteiligt, dem Thema evtl. kritisch gegenüberstehende Ärzte waren nicht zugegen.

So bestand auch für mich kein Zweifel an der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Transplantationsmedizin. Als Assistenzarzt in Hannover fragte ich meinen Oberarzt, wenn eine Organentnahme nach „Hirntod“ anstand. Als Oberarzt am nächsten Krankenhaus fragte ich bei dieser Thematik meinen Chef. Immer war alles klar, immer waren wir alle einer Meinung.

Meine Verantwortung als Chefarzt ...

Zwei Jahre nachdem ich selbst Chefarzt einer Abteilung für Innere Medizin geworden war, wurde ich abends von der Intensivstation angerufen, weil ein junger Mann, den wir als „hirntot“ einschätzten, Kreislaufprobleme hatte. Routinemäßig wurde ich gebeten, meine Erlaubnis zur Information der Angehörigen zu geben, um die Organentnahme auf

2 A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, August 5, 1968, JAMA. 1968; 205(6): 337–340

3 Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Gemeinsame Texte 1: Organtransplantationen, Bonn/Hannover 1990, S. 11

den Weg zu bringen. Da ich den Patienten kannte, gab ich wie üblich nach kurzer Überlegung mein Einverständnis.

Nach einigen Stunden wurde ich jedoch immer unruhiger. Bestürzt hatte ich den Eindruck, dass jemand – ja Gott selbst zu mir sprach. Zu diesem Zeitpunkt war ich schon seit 12 Jahren ein bewusst gläubiger Christ. „Du hast mich nicht gefragt“, hörte ich sehr deutlich. Ich verstand erst nicht, fragte nach, wozu und weswegen ich hätte fragen sollen. „Für mich ist der Mann nicht tot, den du für hirntot erklärt und dann für die Organentnahme freigegeben hast.“ Ich begann quasi eine Diskussion mit Gott, die immer furchtbarer wurde, angefangen mit: „Das haben wir immer so gemacht, das machen alle so, wir haben doch auch jetzt alles richtig gemacht.“

... vor Gott und Menschen ...

Ich merkte bald, dass ich mich so nicht herausreden konnte, denn als Chefarzt war ich vor Gott und Menschen letztverantwortlich. Früher hatte ich die Verantwortung immer an meine Vorgesetzten abgegeben, das war jetzt nicht mehr möglich. Die Stimme, die ich von Gott wahrnahm, blieb dabei – für ihn sei der „hirntote“ Mensch nicht wirklich tot, eben keine Leiche. Ich war entsetzt, als ich das erkannte und verstand.

Die üblichen klinischen Abläufe waren aber schon geschehen: Zwei voneinander unabhängige Neurologen hatten unsere Diagnose des „Hirntodes“ bestätigt, die Explantationsteams schon ihre Arbeit gemacht und vor dem deutschen Gesetz⁴ hatten wir, hatte auch ich alles richtig gemacht. Schrecklich aber war mir am nächsten Morgen auch die bohrende Frage des jungen Assistenzarztes, der den „hirntoten“ Patienten bis dahin behandelt hatte: „Als ich den Patienten nach der Explantation aus dem Operationsaal schob, war er tot, ja, was war er denn vorher?“ Ich konnte ihm in diesem Moment keine Antwort geben.

4 Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG), 05.11.1997

Bis dahin stand mir die Transplantation immer nur aus der Sicht des helfenden Arztes und des hilfeschuchenden Organempfängers vor Augen.

Kurzum: Von dem Zeitpunkt an erfolgten in der von mir geführten Abteilung keine Organentnahmen von Patienten mit „Hirntod“ mehr. Innerhalb der Abteilung wurde das erstaunlich ruhig angenommen, mit den Kolleginnen und Kollegen der anderen Abteilungen kam es aber zu häufigen und hitzigen Diskussionen.

Nach einem Vortrag zu einem anderen Thema wurde ich auch zu meiner Sicht zu „Hirntod“ und „Organspende“ gefragt und antwortete klar, dass beides für mich unvereinbar sei. Kurz darauf erschien nur diese Aussage in der Zeitung und nur wenig zum eigentlichen Vortragsthema. Umgehend forderte mich der ärztliche Direktor der Klinik auf, meine Aussage zu widerrufen. Nachdem ich mich weigerte, dies zu tun, forderte mich kurze Zeit später mein Dienstherr, der Landrat auf, zu widerrufen ansonsten drohe mir eine Abmahnung. Ich entgegnete, dass er mich abmahnen möge, wenn er mir beweisen könne, dass ein für „hirntot“ erklärter Patient auch wirklich eine Leiche sei. Der Landrat konnte mir das nicht beweisen und die angedrohte Abmahnung unterblieb.

... und die Aufklärung der Öffentlichkeit

Mir fällt seit Jahren auf, dass eine Aufklärung zum Thema „Organspende“, wie sie für weit einfachere Vorgänge in der Medizin selbstverständlich ist, selbst für den suchenden Laien kaum stattfindet. Weder die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), die Krankenkassen in ihren regelmäßigen Informationsbroschüren, noch die DSO (Deutsche Stiftung Organspende) berichten ausführlich und ausgewogen über die Problematik „Organentnahme beim hirntoten Menschen“, was für den, der einen Organspendeausweis ausfüllen soll, wichtig wäre.

Oft werden die verschiedenen Konsequenzen und insbesondere die Nebenwirkungen der Medikamente für den Organempfänger nur mit pauschalen Formulierungen abgetan. Hie und da fällt sogar den für die

Transplantation allgemein sehr positiv eingestellten Medien auf, dass zu „Organspende“ nicht umfassend aufgeklärt, sondern dass allenthalben für sie geworben wird. Professor Dr. Pichlmayr, der Vater des Begriffs „Transplantationsmedizin“, sagte bereits 1987 in einem Gespräch: „Wenn wir die Gesellschaft über die Organspende aufklären, bekommen wir keine Organe mehr.“⁵

Aufgrund vieler Einseitigkeiten in der öffentlichen Darstellung des Organspende-Themas und seiner Komplexität werden für den interessierten Leser manche Punkte wiederholt aufgegriffen und dabei aus verschiedener Sicht betrachtet.

5 KAO, Kritische Aufklärung über Organtransplantation e. V.: Organspende – die verschwiegene Seite

Teil 1

Pro Organspende ...

Viele Argumente sprechen für die Organspende und die Transplantationsmedizin. Da ist der altruistische Gedanke (lateinisch alter: der andere), mit einem Organ in Form einer Lebendspende einem geliebten Menschen oder im Falle des „Hirntodes“ anderen kranken Menschen zu helfen, weil man sich selbst für dann tot ansieht oder weil sowieso keine Chancen auf ein Weiterleben bestehen oder weil man die Organe ja auch nicht in die Ewigkeit mitnehmen kann und sie hier und dort offenbar selber nicht mehr braucht. Auch die Kirchen bezeichnen gerne die Lebendspende bzw. die Organspende nach dem „Hirntod“ als einen Akt der christlichen Nächstenliebe.

Es gibt viele Erkrankungen, die erfahrungsgemäß tödlich verlaufen, wenn man nicht ein Organ transplantiert. Dann wird auf den wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritt verwiesen, der diese Operationen möglich macht und den es doch zu nutzen gilt. So heißt es:

„Ein neues Organ erlaubt so viele Freiheiten“.

„Nur wer wagt, der gewinnt. Das gilt auch für die Probleme mit einem neuen Organ“.

„Es wird für so viel Unsinn Geld ausgegeben, und da sind die Kosten, die im Verlauf einer Transplantation entstehen, gut angelegt“.

„Alle unterstützen die Organspende, da muss es ja etwas Gutes sein“.

Ein Blick auf unseren Organismus – Was heißt „Körperabwehr“?

Um körperliche Zusammenhänge um die „Organtransplantation“ besser zu verstehen, ist ein kurzer Biologieunterricht hilfreich:

Jeder Mensch ist einmalig, das gilt nicht nur allgemein, sondern ganz besonders für die Körperabwehr, die Immunologie des Menschen, um ihn vor fremden Angriffen wie Viren, Bakterien oder Pilzen zu schützen.

Dazu gibt es in unserem Körper zum einen die sogenannten T-Lymphozyten. Das sind weiße Blutkörperchen, die ständig im Körper „herumschwimmen“ und darauf achten, dass alles, was im Körper ist, auch organisch zu diesem Körper gehört, also das Herz, die Hände, die Lunge, die Füße, das Gehirn, der Darm, einfach alles. Viren, Bakterien und Organe eines anderen Menschen gehören nicht zu dem betreffenden Körper, sie werden als körperfremd erkannt und abgewehrt.

Und wie erkennen meine T-Lymphozyten, dass die Organe eines anderen Menschen nicht zu mir gehören? Dazu gibt es das HLA-System, das histolymphozytäre Antigensystem, bzw. das Histokompatibilitäts-Antigensystem, zu Deutsch: das Gewebe-Verträglichkeits-Antigensystem, d. h.: Auf jeder Zelle befinden sich spezifische Eiweiße, die in ihrer individuellen Ausprägung nur zu mir gehören und sonst zu keinem anderen Menschen. Sie charakterisieren mich. Sie unterscheiden mich von allen Milliarden der anderen Menschen. Unglaublich, nicht wahr? Nur bei eineiigen Zwillingen sind diese Eiweiße gleich und eineiige Menschen gibt es nicht so oft.

Die Bildung dieser Eiweiße ist genetisch bestimmt, also vom Anfang meines Lebens bis zu meinem Ende. Diese Eiweiße, die mich immunologisch als Individuum charakterisieren, liegen auf der Zelloberfläche jeder Körperzelle und werden auch auf jede neue nachwachsende Zelle gesetzt, z. B. die Blutzellen. Die T-Lymphozyten „schwimmen“ im Blut auf ihren Kontrollgängen durch den Körper und prüfen ständig, ob die Zellen im Körper zu mir gehören oder nicht, sie prüfen, ob die Eiweiße an der Oberfläche der Zellen zu mir gehören – oder nicht! Das machen die T-Lymphozyten mein Leben lang.

Dieses System ist absolut genial. Jeder der obigen Sätze beschreibt Entdeckungen, für die es Nobelpreise gab. Und wir haben die Geheim-

nisse dieser Ordnungen der Immunologie noch lange nicht vollständig aufgedeckt.

Das System der Immunologie unseres Körpers ist das ganze Leben lang wach, es wird im Alter zwar etwas müder, aber es kann von Geburt an bis zum Lebensende genauestens unterscheiden, ob alle Organe, z. B. diese Nieren, zu mir gehören – oder nicht. Wenn sie zu mir gehören, werden sie gehegt und gepflegt und wenn sie nicht zu mir gehören – werden sie abgestoßen. Nach einer Transplantation erkennen meine T-Lymphozyten die Eiweiße auf den Zelloberflächen der fremden Niere als nicht zu mir gehörig, als fremd und also wird die fremde Niere abgestoßen.

Lebendspende

In der Transplantationsmedizin wird grundsätzlich zwischen Lebendspende und Organspende von „Hirntoten“ unterschieden.

Zunächst zur Lebendspende. Gemeint ist damit, dass der Organspender lebt und nach der Organspende weiter am Leben bleibt. Das Risiko, als Spender nach der Organspende zu versterben, beträgt statistisch 0,2 %, abhängig vom gespendeten Organ. Zu bedenken ist, dass es zu mehr oder weniger deutlichen Lebenseinschränkungen kommen kann, wieder abhängig vom gespendeten Organ. Die Lebenseinschränkung ist z. B. minimal nach einer Knochenmarkspende, aber deutlich nach der Spende eines Lungenflügels. Kürzlich gab der Bundesgerichtshof zwei Nierenspendern Recht, die geklagt hatten, dass sie vor der Spende nicht darüber aufgeklärt wurden, dass massive Müdigkeit die Folge einer Nierenspende sein kann.⁶ Ca. 80 % der Nierenspender leiden fünf bis zehn Jahre nach der Spende an Bluthochdruck.⁷

6 Süddeutsche Zeitung, 29.01.2019, Grundsatzurteil: BGH stärkt Rechte von Lebendorgan Spendern

7 www.saldo.ch, Nierenspende: „Gefährliches Verharmlosen“, Gesundheitstipp 04/2013 vom 17.04.2013

Aber es gibt auch die stille Frage: muss der Empfänger der Niere seinem Sohn ewig dankbar sein, wie geht das Ehepaar damit um, dass die Niere, die die Ehefrau ihrem Mann gespendet hat, abgestoßen worden ist? Lebendspenden von Frauen finden zwei- bis dreimal häufiger statt als von Männern.

Am häufigsten ist die Nierenspende, aber auch die Spende einer halben Leber ist möglich. Organspende in Form der Lebendspende soll in Deutschland nur in sehr nahen Verwandtschaftsverhältnissen erfolgen, um jeden finanziellen Gewinn mit der Spende eines Organs zu unterbinden. Es soll ein wirklicher Liebesdienst sein mit echter Freiwilligkeit. Moslems ist es übrigens nach islamischer Rechtsprechung erlaubt, Organe von anderen Menschen zu erhalten, aber keinesfalls Organe an Ungläubige zu spenden.⁸

Auch unter Verwandten können Motive zur Lebendspende bestehen, die nicht nur aus Nächstenliebe erwachsen. Beispielsweise gestand eine Mutter erst zwei Jahre nach der Lebendspende, dass sie der Tochter ihre Niere gespendet habe, weil diese mit Selbstmord gedroht habe.⁹ Oder ein Sohn bekannte, dass er dem Vater die Niere gespendet habe, weil dieser ihm drohte, dass er sonst den Hof nicht bekäme. Seit zahlreiche ähnliche Begebenheiten bekannt wurden, sind die Gespräche mit dem Spender und dem Empfänger vor der Lebendspende nochmal intensiviert worden.¹⁰

Dennoch ist auch folgender Fall möglich: Ein Arzt in den USA fordert nach der Scheidung seiner Ehefrau die an sie von ihm ge-

spendete Niere zurück oder eine Million Dollar.¹¹ Rein organisch und medizinisch erscheint die Lebendspende als das Beste, da diese Operation keine Notfallmaßnahme darstellt, sondern optimal geplant erfolgt und das Organ ohne vorherige körperliche Beeinträchtigung wie beim Spender nach „Hirntod“ in kürzester Zeit transplantiert werden kann.

So erfolgte auch die erste Nierentransplantation. 1954 transplantierte ein amerikanischer Chirurg eine Niere von einem Bruder in seinen anderen Bruder, das Besondere dabei war, dass die Brüder eineiige Zwillinge waren. So war keine Abstoßungsreaktion zu erwarten und der Chirurg konnte sich ganz auf die beste Operationstechnik konzentrieren. Der Chirurg erhielt einige Jahre später den Nobelpreis. Nach dem deutschen Transplantationsgesetz kann eine Lebendspende eines Organs allerdings erst erfolgen, wenn kein entsprechendes Organ von einem „Hirntoten“ zu erhalten ist.

Organspende von „Hirntoten“

Nun zur Organspende nach dem sogenannten „Hirntod“.

In Japan führte 1967 ein Chirurg eine Herztransplantation durch und wurde einige Monate später des Mordes angeklagt, weil er einem anderen Menschen das Herz entfernt hatte.¹² In Japan gilt bis heute die „Hirntod“-Definition nicht.

Im Dezember 1967 führte Christian Barnard in Kapstadt seine erste Herztransplantation durch, ohne dass jemand wie in Japan daran Anstoß nahm und wurde sehr berühmt.

Die amerikanischen Herzchirurgen wollten nicht tatenlos zusehen, wie ihnen dieser Chirurg aus Südafrika Ruhm und Ehre nahm. Sie wollten aber auch nicht strafrechtlich belangt werden und ins Gefäng-

¹¹ Stuttgarter Zeitung vom 09.01.2009, S.18

¹² Sabine Müller: Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten, APuZ, 20–21/2011, 16. Mai 2011, S. 3

⁸ Organspende – Wikipedia, 4 Politik, 4.1 Weltanschauliche Gruppierungen, 4.1.3 Islam, Zitat Nr. 48: Thomas Eich, Johannes Grundmann: Muslimische Rechtsmeinungen zu Hirntod, Organtransplantation und Leben

⁹ M.W. Strik: Lebendspende für die Organtransplantation, Eine legitime Aufforderung zum Altruismus? Dtsch Med Wochenschr 2003; 128: 682–685, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York

¹⁰ K. Sievers, G. Neitzke: Struktur, Arbeitsweise und Ethik von Lebendspendekommissionen, Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 1283–1287: „Die Studie zeigt, dass die Begutachtungspraxis durch Lebendspendekommissionen in Deutschland teilweise erheblich voneinander abweicht.“

nis kommen. So traf sich im August 1968 die Ad-hoc-Kommission der Universität Harvard in den USA, einer der weltweit führenden Universitäten. Der Begriff ad hoc kommt aus dem Lateinischen und bedeutet: Für diesen Anlass, sofort. Es musste sofort eine neue Definition des Todes geschaffen werden, zum einen für den Umgang mit den Langzeitkomapatienten auf den Intensivstationen und zum zweiten, weil festgestellt wurde, dass „obsolete criteria for the definition of death can lead to controversy in obtaining organs for transplantation“, ins Deutsche übersetzt: „überholte Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen zur Transplantation führen“.¹³

Der englische Originaltext wurde hier wiedergegeben, um zu zeigen, dass sich diese Kommission traf, um die Beschaffung von Organen zur Transplantation möglich zu machen. Diese Absicht wird heute, 50 Jahre danach, von Transplantationsbefürwortern oft bestritten.

Die Kommission aus führenden Medizinern, Theologen, Ethikern und Juristen erklärte die bis dahin gültigen Kriterien für die Definition des Todes für überholt und entschied, dass der Mensch tot sei, wenn sein Gehirn tot ist. Der Begriff des „Hirntodes“ war geschaffen und wurde sehr rasch in der gesamten westlichen Welt als neue Definition des Todes angenommen.

Herztod mit Hirntod gleichgesetzt

Von diesem Zeitpunkt an konnten Patienten zum Zwecke der Organentnahme ohne Strafverfolgung für tot erklärt werden, wenn der Ausfall bestimmter Hirnreflexe und eine fehlende Spontanatmung festgestellt wird. Diese Patienten werden mit einer künstlichen Beatmung versorgt. Sämtliche Körperfunktionen lassen sich aufrechterhalten,

13 A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. Journal of the American Medical Association (JAMA), Aug. 1968, Bd. 205, Nr. 6, S. 337

bis man entscheidet, ob man diesen Menschen die Organe entnimmt oder die künstliche Beatmung abbricht, worauf der Tod erfolgt. Diese Vorgehensweise hat sich in den meisten Ländern der Erde durchgesetzt.

So auch in Deutschland. Hier haben die Bischofskonferenz der katholischen Kirche gemeinsam mit dem Rat der Evangelischen Kirche im Jahr 1990 sogar entschieden, „dass der Hirntod gleich dem Herztod der Tod des Menschen ist“¹⁴. Der „Hirntod“ ist aber nicht das Gleiche wie der Herztod. Beim Verlauf jeder erfolglosen Wiederbelebung auf der Straße ist zu sehen, dass das Ende der Hirntätigkeit früher als das Ende der Herzkreislauffähigkeit eintritt. Es ist also der Hirntod nicht gleich dem Herztod, auch wenn Theologen das beschließen.

Die Gleichsetzung von „Hirntod“ und Herztod erfolgt nur auf der Intensivstation zum Zwecke der Organentnahme. Würde ein Notarzt auf der Straße bei einer Reanimation schon mit den Wiederbelebungsmaßnahmen aufhören, wenn er keine Hirnreflexe und Atmung mehr sichern kann, aber noch ein Herzschlag oder gar einen Blutdruck feststellt, dann würde man diesen Arzt wegen unterlassener Hilfeleistung verklagen. Auf der Intensivstation zum Zwecke der Organentnahme ist diese Entscheidung aber legal.

Ablauf bis zur Organentnahme

Wie erfolgt der Ablauf bis zur Organentnahme beim „hirntoten“ Patienten? Zunächst wird auf der Intensivstation festgestellt, dass ein Patient dauerhaft nicht selbst atmet, bestimmte Hirnreflexe nicht mehr vorhanden und wesentliche Gründe für diesen Zustand ausgeschlossen sind.

Man schließt darüber hinaus aus, dass fehlende Spontanatmung und fehlende Hirnreflexe zeitnah wiederkehren können (wie z. B. bei Vergif-

14 Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz ..., 3.2.1 Sichere Feststellung des Todes

tung und Unterkühlung möglich). Dann geht der behandelnde Arzt auf die Angehörigen zu, klärt sie über die Situation auf und bespricht mit ihnen das weitere Vorgehen. Gibt es keinen Organspendeausweis des Patienten mit dem Einverständnis der Organentnahme, dann werden die Angehörigen um ihre Entscheidung gebeten. Sagen sie nein, wird die weitere Behandlung des Patienten beendet, die künstliche Beatmung wird abgestellt und der Patient kommt rasch zu Tode.

Zuteilung einer Organspende

Liegt ein Organspendeausweis mit Einverständnis des Patienten vor bzw. sind die Angehörigen bei Nichtvorliegen des Ausweises mit einer Organentnahme einverstanden (entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Patienten) so wird die Zentrale für die Verteilung von Organen „Eurotransplant“ in Leiden (Niederlande) informiert. Dort wird nach den sogenannten Allokationskriterien entschieden, welches Organ zur gemeldeten Bedarfsstelle geht. Der Begriff Allokation (lateinisch: ad locare = zu einem Ort bringen) bedeutet: Zuordnung, Zuteilung von begrenzt vorhandenen Ressourcen wie Güter und Geld und kommt aus der Wirtschaft. Hier in der Transplantationsmedizin geht es um die Zuteilung begrenzt vorhandener Organe für eine Transplantation. Es können von einem „Organspender“ ein oder mehrere Organe entnommen werden, die entsprechend verschiedenen Patienten zugeführt werden, z. B. das Herz einem Patienten in Oslo und die Leber des gleichen „Organspenders“ einem Patienten in Paris. Um eine medizinisch sinnvolle und möglichst gerechte Verteilung der verfügbaren Organe zu gewährleisten, hat man bestimmte Allokationskriterien entwickelt. Dabei sind Gewebeverträglichkeit von Spenderorgan und Empfänger, Dringlichkeit bzw. Erfolgswahrscheinlichkeit, Blutgruppen, Geschlecht, Alter, Häufigkeit, wie oft Organe aus diesem Land kommen bzw. angefragt werden etc. wichtig.

Die Abläufe im Einzelnen:

Auf der Intensivstation wird dem für „hirntot“ erklärten Patienten Blut entnommen, um seine Blutgruppe, vor allem aber um seinen HLA-Status¹⁵ zu bestimmen, denn jetzt ist es wichtig, festzustellen, mit welchem Menschen, der z. B. in Rom, Oslo oder Berlin auf ein Organ wartet, die Organe dieses „hirntoten“ Menschen am ehesten gewebemäßig übereinstimmen. So kann es sein, dass das Herz zu einem Empfänger transportiert wird und die Niere zu einem anderen. Es kann Stunden, gelegentlich auch Tage dauern, bis es zur Organentnahme kommt. So lange wird der „hirntote“ Patient weiter optimal behandelt. Die Kosten dafür werden dem Krankenhaus von der DSO und von den Krankenkassen erstattet, gestaffelt nach Entnahme von einzelnen Organen oder einer Mehrorganentnahme. Da der „hirntote“ Patient vor dem Gesetz als Toter gilt, zahlt hier also die Krankenkasse für die Behandlung eines Toten!

Um keine Fehler zu machen, werden nach Feststellung des „Hirntodes“ des Patienten durch die behandelnden Ärzte noch zwei unabhängige Neurologen, jeweils einzeln zur Bestätigung der Diagnose hinzugerufen. Sie legen mit ihrer Untersuchung den „Todeszeitpunkt“ des Patienten fest. Erst danach darf das chirurgische Team, das die Organentnahme(n) durchführt, gerufen werden. Die Organentnahme geschieht in der Regel abends, nachts. Als Begründung wird oft genannt, dass hierfür im normalen Operationsbetrieb keine Zeit sei.

Nach Abschluss aller Untersuchungen und logistischen Planungen wird der „hirntote“ Patient bei laufender Beatmung und Infusionstherapie in den Operationssaal geschoben und auf dem Operationstisch angebunden. In Deutschland wird eine Narkose nach Maßgabe des leitenden Anästhesisten durchgeführt, in der Schweiz erhält der „Hirntote“ generell eine Narkose für die Explantation. Es kann sein,

¹⁵ s. Abschnitt: Was heißt „Körperabwehr“?

dass der „Hirntote“ wie auch schon vorher auf der Intensivstation die Arme oder Beine bewegt oder sich gar aufsetzt. Das stört bei der zügigen Organentnahme. Medizinisch werden diese Bewegungen mit spinalen Reflexen erklärt, die geradezu Ausdruck der fehlenden Hemmung durch das „tote“ Gehirn seien. Auch wenn das neurologisch möglich ist, erschreckt es viele Ärzte und OP-Schwestern, die oftmals um Entbindung von der Versorgung bzw. Organentnahme bei diesen Patienten bitten.^{16 17} Es ist kaum zu vermitteln, dass ein für tot erklärter Mensch Arme und Beine bewegen kann. In der Medizin nennt man diese Bewegungen „Lazarus-Phänomen“.

Bei der Entscheidung der Harvard-Kommission für die Definition des „Hirntodes“ als dem neuen medizinischen Tod des Menschen war das Auftreten von Bewegungen und Reflexen noch unvereinbar mit der Definition „Hirntod“. An diese Vorgaben hält man sich heute nicht mehr. Vor allem aber sollte man erkennen, dass ein wirklich toter Mensch, eine Leiche, auch keine spinalen Reflexe mehr hat.

Im Verlauf der Entnahme von Organen und Gewebe überwacht der Anästhesist nicht nur die künstliche Beatmung des „Toten“, sondern greift auch bei den plötzlich auftretenden Blutdruck- und Pulsabfällen und -anstiegen medizinisch ein, damit die Organe bis zur Herausnahme keinen Schaden erleiden. Der Kreislauf des „Toten“ reagiert auf die Entfernung der Organe und Gewebe manchmal massiv. Gelegentlich steigt auch der Adrenalinspiegel auf das 50-fache,¹⁸ was generell Anzeichen einer massiven Angst- und Schreckreaktion ist.

16 Frankfurter Rundschau, 22.05.12: Interview Organspenderegulung: „Wer noch warm ist, ist nicht tot“ mit Frau Prof. Dr. Alexandra Manzei, früherer Krankenschwester, Zitat: „Und ich habe Hirntote gepflegt, die für eine Organtransplantation freigegeben waren. Das habe ich irgendwann einfach nicht mehr ausgehalten“.

17 Thomas Bein et al.: Hirntodbestimmung und Betreuung des Organspenders, eine Herausforderung für die Intensivmedizin DÄ Jg. 102, Heft 5, 4. Februar 2005, B226

18 Hans-Joachim Gramm et al., Hemodynamic responses to noxious stimuli in brain-dead organ donors, in: Intensive Care Medicine, 18 (1992) 8, S. 493ff.

Zerlegung des Organspenders

Im Operationssaal wird nach den Vorbereitungen der „hirntote“ Patient vom Hals bis zum Schambein aufgeschnitten, die beiden Körperhälften werden wannenartig auseinandergezogen und der geöffnete Körper mit Eiswasser gefüllt, damit die Organe für den Transport rasch abkühlen zwecks besserer und längerer Haltbarkeit. Dazu dient auch die kalte Perfusionslösung, die in die große Bauchschlagader eingebracht wird, um so die Zeit der fehlenden Durchblutung bis zur Implantation zu überbrücken (sog. kalte Ischämiezeit).

Durch die Entfernung der Organe kommt es zunehmend zu Blutungen, die sich mit dem Eiswasser vermischen. Diese und das zunehmende Ausweiden des „hirntoten“ Patienten, ggf. auch das Abschneiden und Abziehen der Haut wird gelegentlich auch vom Fachpersonal nicht ertragen.¹⁹ Das Beatmungsgerät, die Infusionen und die Monitore werden nach Abschluss der Organentnahmen abgestellt. Nun ist der Organspender „tot“, eine Leiche.

Viele Menschen beachten beim Organspendeausweis nicht, dass sie auch eine Entscheidung über eine Gewebespende treffen, was die Weitergabe von Hornhaut, Herzklappen, Blutgefäßen, Knochen, Sehnen, Haut einschließt und damit auch die Weiterverarbeitung der Gewebe zu Arzneimitteln.²⁰ Nicht umsonst hatte Professor Dr. Pichlmayr, der Nestor der Transplantationsmedizin hierzu gesagt: „Wenn wir die Gesellschaft über die Organspende aufklären, bekommen wir keine Organe mehr“.

Diese Gewebe kommen teils in Banken (z. B. „Hornhautbank“), teils werden sie industriell verarbeitet und vermarktet. Manchmal klagen die Bestattungsunternehmen über die Klinik, weil die zurückgebliebene

19 Ulrike Baureithel, Anna Bergmann: Herzloser Tod, Das Dilemma der Organspende, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1999, Zitat Prof. Margreiter: „Gegen die Hautentnahme wehre ich mich, außer sie wird in Ausnahmefällen nur an rückwärtigen Körperpartien entnommen“.

20 sueddeutsche.de Gesundheit, 31. Mai 2012 Christoph Schmidt-Petri, Franz Himpsl, Organspende: Tabuthema Gewebespende

Leiche nach der Organ- und Gewebeentfernung, z. B. nach der Entfernung der Knochen mit Stöcken in den Beinen stabilisiert werden muss oder es müssen für die Angehörigen aus Pietätsgründen Glasaugen wegen der entfernten Hornhäute in die Augenhöhlen eingesetzt werden. Angehörige haben sich schon furchtbar über die Glasaugen erschreckt, aber noch mehr, wenn selbst diese fehlten. Die Ausführungen sollen deutlich machen, dass der „hirntote“ Patient bei der Entfernung der Organe und Gewebe kein toter Mensch, keine Leiche ist. Denn der „Hirntote“ ist noch immer ein Patient, der zwar in den allermeisten Fällen nicht mehr wach und gesund wird, er steht kurz vor dem Tod, er ist ein Sterbender, aber er ist nicht tot. Er ist keine Leiche.

„Best Practice“ beim Hirntoten?

Beim „Hirntoten“ auf der Intensivstation arbeiten das Herz und alle Organe und Körpersysteme wie Blutgerinnung, Wundheilung, Körperabwehr, Hormone unter der künstlichen Beatmung völlig normal weiter. So ist es auch beabsichtigt, denn die Organe sollen ja möglichst intakt entnommen und weitergegeben werden. Insofern erübrigen sich die Befürchtungen vieler Laien, denn „45 % der Deutschen fürchten, dass Ärztinnen und Ärzte nicht mehr mit vollem Einsatz um ihr Leben kämpfen würden, wenn sie sich vorher zu einer Organspende bereit erklärt haben“.²¹

Von Seiten der Befürworter des „Hirntodkonzepts“ wird argumentiert, dass die Organe nur mit Hilfe der künstlichen Beatmung so gut arbeiten. Das ist richtig, aber auch die beste künstliche Beatmung könnte bei einer Leiche die Organe nicht am Funktionieren, nicht am Leben erhalten. Die behandelnden Ärzte wollen bis zur Organentnahme nichts dem Zufall überlassen.

²¹ Umfrage der Bertelsmann-Stiftung und der Barmer-GEK in: Deutsches Ärzteblatt (DÄ), Jg. 109, Heft 10, 9. März 2012, B393: Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann: Organspende, Eine Geste der Nächstenliebe

Der „hirntote“ Patient erhält weiter sozusagen „Best-Practice“-Behandlung mit Infusionen, optimaler Beatmung, Medikamenten, ggf. bis hin in die Organentnahme im Operationssaal, wenn der Patient plötzlich durch die Entfernung der Organe mit Blutdruckeinbruch, rasendem Puls oder Blutungen reagiert. In der Transplantationsmedizin nennt man das: „Organprotektive Maßnahmen“ treffen – d. h. die Organe sollen geschützt werden – oder „spenderkonditionierende Maßnahmen“ – d. h. der „hirntote Organspender“ soll konditioniert (= soll dahin gebracht werden), dass die Organe bestens weitergegeben werden.

Man will die Organe schützen und erhalten, nicht aber um dem Menschen, dem sie gehören, Gutes zu tun. Die Transplantationsmedizin bricht hier eine hohe medizinische Ordnung, dass nämlich die Therapiemaßnahmen dem Patienten selbst helfen sollen d. h. Behandlung zum Wohle des Patienten, was hier aber ausdrücklich nicht geschieht.

Dringlichkeit vor Erfolgsaussicht? Problematik der Allokationskriterien

Zwischenzeitlich zeigte sich, dass die Erfolgsergebnisse für die Transplantation von Organen in Deutschland schlechter waren als in anderen Ländern. Waren die deutschen Chirurgen und Immunologen schlechter als ihre ausländischen Kollegen? Die entsprechenden Daten offenbarten deutlich, dass in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern das Kriterium der Dringlichkeit bei der Entscheidung zur Transplantation starken Vorrang vor der Erfolgsaussicht hatte.²²

Das heißt z. B., dass ein Alkoholiker die aktuell zur Verfügung stehende Leber viel dringender benötigt als das 10-jährige Mädchen mit dem angeborenen Enzymdefekt in der Leber. Nach den Vorgaben für Lebertransplantationen sollte ein Alkoholiker mindestens ein halbes

²² welt.de Gesundheit, Transplantationen, Walter Willems: Wenn nur Dringlichkeit die Organvergabe bestimmt, 13.02.2014

Jahr „trocken“ sein. Dieses Kriterium gilt in Praxi bei vielen deutschen Transplantationszentren seit Jahren nicht mehr regelhaft. Nun hängt aber das weitere Überleben eines Alkoholikers nicht nur von einer erfolgreichen Lebertransplantation ab, sondern auch von seiner Alkoholabstinenz. Außerdem ist der Alkoholiker zum Zeitpunkt der Transplantation meist in deutlich schlechterem Allgemeinzustand als die 10-Jährige, bei der man schon länger vom Stand ihrer Erkrankung weiß und sie in weit besserem Zustand für die Transplantation einplanen kann. Die Erfolgswahrscheinlichkeit für eine lange Tätigkeit der empfangenen Leber ist bei dem Kind ungleich höher als bei einem Alkoholiker. Es ist und bleibt eine sehr schwere Entscheidung, wem man das eine Organ zuteilt.

Wie in anderen Ländern ist man inzwischen auch in Deutschland schweren Herzens vom Allokationskriterium der Dringlichkeit mehr zu dem der Erfolgsaussicht übergegangen. Es zeigte sich auch, dass Deutschland deutlich mehr Organe anfordert als es selbst bei Eurotransplant zur Verfügung stellt, was ebenfalls ein Allokationskriterium ist. Andere Länder mahnen Deutschland schon länger an, ein höheres Organspendeaufkommen zu erreichen. So schaut man auch aus diesem Grund in Deutschland mehr auf die Erfolgsaussicht als auf die Dringlichkeit einer Transplantation.

Schwerwiegende Entscheidungen

Genauso schwerwiegend wie bei der Lebertransplantation sind die Entscheidungen bei einer Lungen- oder Herztransplantation. Gibt man die eine zur Verfügung stehende Lunge einem Raucher mit einer chronischen Lungenkrankheit und das eine zur Verfügung stehende Herz einem Raucher bzw. uneinsichtigen übergewichtigen Patienten mit 2 Herzinfarkten oder die Lunge einem Patienten mit einer angeborenen Mukoviszidose und das Herz einem Sportler mit Herzschwäche nach einem Virusinfekt?

Die transplantierten Organe werden eine sehr verschieden lange Zeit in den jeweiligen Empfängern „wohnen“. Zum einen, weil die Organe in einen Körper kommen, der auch an vielen anderen Stellen durch die ungesunde Lebensweise geschädigt ist oder ansonsten im Wesentlichen gesund ist, zum zweiten weil die Therapietreue für die regelmäßige Einnahme der Immunsuppressiva im ersten Fall meist ebenfalls schlecht und im zweiten Fall meist gut ist. Mancher wird sicher denken, dass diese Beispiele vorurteilsbehaftet sind, sie sind aber leider allzu oft Realität.²³

Es ist verständlich, dass auch die Patienten, die mit ihrem Körper nicht gut umgehen, dennoch nach allen Therapiemöglichkeiten rufen, um nicht sterben zu müssen. Die Schwere der richtigen Entscheidung bleibt.

Existenzielle Erwägungen

Auch andere Entscheidungen sind nicht einfacher zu treffen, z. B. ob man die zur Verfügung stehende Niere eher einer 43-jährigen Mutter mit 4 Kindern gibt oder einem 21-jährigen Studenten. Und das Problem der Allokationskriterien verdeutlicht, dass die Menschheit sich mit der Transplantationsmedizin droht zu verrennen, weil man es nicht allen recht machen kann.

Wenn man die Transplantationsmedizin als eine Brücke sieht, dann sind wir Menschen auf einem anderen Ufer angekommen, quasi in einem anderen Land aber wir wissen nicht, wie wir uns da bewegen sollen, ständig schlagen uns Probleme entgegen. Gleichzeitig werden wir immer weiter gedrängt, über diese Brücke zu gehen. „Zunehmend wird ... gefragt: Muss alles gemacht und von der Gemeinschaft bezahlt werden, was medizinisch möglich ist?“ schrieb Professor Dr. Dietrich

²³ Medscape Freitag, 21. Juni 2019: Heike Dierbach: Organempfänger: Wenn mangelnde Therapietreue lebensgefährlich wird – psychosoziale Betreuung schützt, Interessenkonflikte, 2. April 2019

von Engelhardt, Medizinhistoriker und -ethiker.²⁴ Dieses ist auch in Deutschland angesichts der immensen Ausgaben im Gesundheitswesen ein zunehmend wichtiger Aspekt.

Darüber hinaus gilt aber: So verständlich der Wunsch nach einem Weiterleben ist und das Ausschauhalten nach allen Möglichkeiten, den drohenden Tod zu verhindern, so muss dennoch bedacht werden, dass die meisten Organe von „hirntoten“ Patienten kommen, Patienten, die durch die Entnahme der Organe zum Tod gebracht werden.

Das Allokationskriterium der Organzuteilung nach dem Alter des Empfängers ist in gewisser Weise einfacher. Generell gilt die Regel „Old to old and young to young“ d. h. das zur Verfügung stehende Organ eines älteren Spenders wird einem älteren Empfänger übertragen und Entsprechendes gilt für junge Menschen. Inzwischen erhalten Kleinkinder ein neues Herz und Menschen über 70 Jahren geben und empfangen Organe. Aufgrund der sich zunehmend verändernden Alterspyramide wird es immer schwieriger, Organe von jungen Menschen für junge Menschen zu finden. So ist man immer mehr gezwungen, Organe von vergleichsweise älteren Patienten weiterzugeben, die im jungen Empfänger schon auf Grund ihres Alters, ohne dass eine medizinische Schädigung eingetreten ist, rascher versagen.

Dazu kommt, dass sich die „Spendergruppen“ wesentlich verändert haben. Waren früher meist junge Motorradfahrer die „hirntoten“ Organspender, so sind es heute vorwiegend Patienten im „mittleren Alter“ mit Hirnblutungen oder akuten Hirndurchblutungsstörungen. Zu der Altersverschiebung der Spender trägt wesentlich die Einführung der Helm- und Anschnallpflicht bei, was italienische Transplantationsmediziner seinerzeit beklagten.²⁵ Es fällt auf, dass im deutschen Transplantationsgesetz festgelegt ist, dass Menschen ab dem 16. Lebensjahr ohne Rücksprache mit ihren Eltern einer Organentnahme nach dem „Hirn-

24 DÄ 2019; 116 (8): A-358, Allokation im Gesundheitswesen: Gesellschaft setzt den Rahmen

25 Thomas Brust: Organspende und -transplantation, Eine Analyse ethischer und christlicher Aspekte, Christliche Verlagsgesellschaft mbH, Dillenburg, 2013, S. 13

tod“ zustimmen können.²⁶ Unter diesem Aspekt sind auch die vielen Aufklärungskampagnen für Organspende in den Schulen mit Skepsis zu sehen.²⁷

Bruch ärztlicher Normen

Ärzte sind seit Menschengedenken dem Wohl und dem Willen des Patienten verpflichtet. Egal, wie wir den „hirntoten“ Menschen vor und bei der Organentnahme sehen, wir brechen allgemein anerkannte ethische Normen:

Sehen wir ihn als Toten, so ist es massive Verletzung der Totenwürde, der Totenruhe – indem wir ihm noch Infusionen, Medikamente, künstliche Beatmung geben und ihm dann Organe, Knochen und Haut entnehmen.

Sehen wir ihn als Sterbenden, ist es Quälerei, seinen Sterbeprozess mit den genannten Maßnahmen künstlich zu verlängern, die außerdem nicht ihm, sondern einer anderen Person helfen sollen, um ihm dann bei sterbendem Leib noch die Organe zu entnehmen. Der behandelnde Arzt hätte ihm, wie auch sonst, das Sterben so erträglich wie möglich zu machen.

Sehen wir ihn als Kranken, so handeln wir nicht zu seinem Wohl, denn die Behandlung dient nicht ihm, sondern denen, die seine Organe erhalten sollen.

Suche nach geeigneten Medikamenten

Das erste und bekannteste Medikament in der Transplantationsmedizin zur Verhinderung einer Abstoßungsreaktion ist Cortison. Die Neben-

26 Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung: Kritik an Organspende ab 16, 21. Mai 2017, S. 1

27 Marburger Bund Zeitung: Organspende, Im Fokus: Aufklärungsarbeit für ein möglichst umfassendes Bild, Arbeitskreis Organspende Heidelberg informiert unter anderem an Gymnasien, Nr. 7/26. Mai 2017, S. 14

wirkungen wie Diabetes (Zuckerkrankheit), Osteoporose (Knochenerweichung), psychische Störungen in verschiedenen Ausprägungen sind lange bekannt und so entwickelte man fieberhaft andere Medikamente, um Cortison zu ersetzen. Das gelang nur teilweise.

Die Transplantationsmedizin wurde erst mit der Entwicklung des „Ciclosporin A“, einem Medikament aus Pilzen, wirklich erfolgreich. Vorher gab es zu viele Abstoßungsreaktionen, auch wenn man schon sehr gut operieren konnte. Manche Ärzte und Wissenschaftler wollten die Transplantationsmedizin wieder aufgeben. Es zeigte sich mit den neuen Medikamenten, dass der Erfolg der Transplantation vielmehr von der effektiven Unterdrückung der Körperabwehr abhängt und nicht so sehr von der Brillanz der Operation.

Erst nach einigen Jahren stellte man aber fest, dass auch Ciclosporin A und alle anderen Medikamente ihre spezifischen und allgemeinen Nebenwirkungen haben. Ciclosporin A bewirkt eine Arteriosklerose aller Blutgefäße, von Kopf bis Fuß. Dadurch bekommen ca. 80 % aller Menschen mit einem Transplantat einen Bluthochdruck mit den entsprechenden Folgen. Diese Patienten benötigen Medikamente, und trotzdem erleiden einige Schlaganfall, Herzinfarkt, Niereninsuffizienz, und das wieder mit den entsprechenden Folgen.

Die Neigung zu Infektionen, Bluthochdruck, Diabetes, psychischen Nebenwirkungen sind auch bei Medikamenten, die nach Cortison als Immunsuppressiva kamen erheblich.^{28 29} Dazu kommt die Neigung zu bösartigen Erkrankungen. Da das Immunsystem anhaltend unterdrückt wird, werden sich entwickelnde bösartige Zellen nur sehr vermindert erkannt und beseitigt. Die Folge sind insbesondere bösartige Lymphdrüsenenerkrankungen (Non Hodgkin- und Hodgkinlymphome) und Hautkrebsarten (Basaliome, Plattenepithelkarzinome, Melanome,

28 Harald Schrem et al.: Nachsorge bei Organtransplantierten, DÄ, Jg. 106, Heft 9, 27, Februar 2009

29 M. Schiffer: Renale Ko-Morbidität nach Transplantation solider Organe, Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 2332-2335

Kaposisarkome). Die Wahrscheinlichkeit, nach der Transplantation eine bösartige Erkrankung zu bekommen, ist für die oben genannten Krebsarten bis zu 100-fach höher als für die Normalbevölkerung. Ca. 6 % aller Patienten mit transplantiertem Organ erleiden eine Krebserkrankung.^{30 31 32 33}

Schon vor über zwanzig Jahren haben Professor Dr. Hetzer und seine Kollegen in einer Veröffentlichung diese zahlreichen Nebenwirkungen der Immunsuppressiva, also der Medikamente zur Unterdrückung der Körperabwehr, aufgelistet.³⁴ Prof. Hetzer und seine Kollegen sind keine Gegner der Organspende, sondern waren und sind sehr erfolgreiche Transplantationschirurgen.

Verlauf und Folgen von Abstoßungsreaktionen

Die Abstoßung eines fremden Organs kann akut oder chronisch d. h. schleichend verlaufen. Durch die Unterdrückung der Abstoßungsreaktion kann eine akute Abstoßung in eine chronische übergehen. Die Ärzte stellen erst nach einigen Monaten fest, dass der Körper das fremde Organ trotz medikamentöser Unterdrückung der Körperabwehr nicht akzeptiert, das fremde Organ geht langsam zugrunde.

Bei der akuten Abstoßungsreaktion ist der Patient, der ein fremdes Organ erhalten hat, schwer krank. Bei der chronischen Abstoßungsreaktion fühlen sich die Patienten „mies, schlapp und komme nicht richtig auf die Beine“ – so ihre häufigen Aussagen. Diese Krankheitszustände können sich wiederum mischen mit den zunehmenden Ne-

30 Kasiske Bl et al.: Cancer after kidney transplantation in the United States. Am J Transplant 2004; 4: 905-913

31 Manuela Schütz, Klemens Bude: Immunsuppression nach Nierentransplantation, Dialyse aktuell 2008; 12(4): 226-234

32 Susanne Donner: Ein Leben, zweimal Krebs, Süddeutsche Zeitung, 6. September 2018, S. 1

33 Susanne Donner: Die Medikamente schwächen das Immunsystem derart, dass Tumore wuchern können, Süddeutsche Zeitung, 6. September 2018, S. 2

34 Jai-Wun Park et al.: Herztransplantations-Nachsorge: Probleme im Langzeitverlauf, DÄ 90, Heft 10, 12. März 1993 (35) B-525ff.

benwirkungen der Medikamente, die gegeben werden müssen, um die Körperabwehr zu unterdrücken. Dank der Medikamente sind die akute und chronische Abstoßungsreaktion inzwischen selten geworden.

Leider sind aber die Nebenwirkungen der Medikamente nicht selten, denn eigentlich sind sie ja die logische Folge der Unterdrückung der Körperabwehr. Das bedeutet, dass die T-Lymphozyten nicht mehr so scharf hinschauen, ob da Viren, Bakterien und Pilze in unserem Körper sind oder nicht. Im ersten Jahr nach einer Transplantation verlaufen teils banale Virus- und Bakterieninfektionen oft schwer und müssen mit starken antiviralen Medikamenten, Antibiotika und Antipilzmitteln behandelt werden, die wiederum erhebliche Nebenwirkungen haben. Die Unterdrückung der Körperabwehr hat somit einen hohen Preis, aber die Nebenwirkungen oder genauer: die Folgen der medikamentösen Unterdrückung der Körperabwehr gehen weiter.

Patientenverhalten in der Nachsorge

Compliance in der Medizin meint das kooperative Verhalten des Patienten während der Behandlung. Es hat sich auch der Begriff „Therapietreue“ eingebürgert, d. h. ob der Patient regelmäßig seine Medikamente einnimmt und auch zu den Untersuchungen geht. Es ist extrem wichtig, dass regelmäßige Blutuntersuchungen stattfinden, um z. B. den Blutspiegel des Medikaments „Cyclosporin A“ zu bestimmen: So zeigt ein zu hoher Spiegel die Gefahr einer Schädigung der transplantierten Niere durch dieses Medikament an, ein zu niedriger Spiegel die Gefahr einer sich entwickelnden Abstoßungsreaktion durch den Körper.

Organ-Transplantations-Psychiatrie

Viele Patienten mit transplantierten Organen werden sich erst im Laufe der Zeit dessen bewusst, dass sie ein Leben lang die Medikamente ein-

nehmen und Kontrolluntersuchungen über sich ergehen lassen müssen. Diese psychischen Belastungen und die Wirkungen der Medikamente auf die Psyche führten dazu, dass sich mit der „Organ-Transplantations-Psychiatrie“ ein eigener Zweig der Psychiatrie entwickelte.

Es zeigte sich, dass ca. ein Viertel aller Todesfolgen nach Transplantation auf sogenannte „Compliance-Störungen“ zurückzuführen ist. Es zeigte sich außerdem, dass sich transplantierte Patienten viel mehr mit dem Organ eines anderen Menschen in sich beschäftigen und besonders, wenn es von einem „Hirntoten“ kam. Die Transplantierten erinnern sich, wie sehr sie auf ein neues Organ gewartet haben, wie sehr sie es sich gewünscht haben. Ja, manche Patienten schauten vor ihrer Transplantation regelmäßig auf den Wetterbericht: „Morgen fahren sicher viele Motorradfahrer, da bekomme ich vielleicht ein neues Herz ...“. Jetzt, nach der Transplantation, nagen Schuldgedanken: Jemand starb, und von diesem Menschen hat man ein Organ erhalten und man hat sich das neue Organ so sehr gewünscht! Jetzt quält das Eingeständnis, dass man damit auch auf den Tod eines anderen Menschen gewartet hat.^{35 36}

Wirkungen im Charakter durch Fremdorgane

Durch viele Berichte aus Amerika, wo der Kontakt zwischen den Organempfängern und den Angehörigen der Spender möglich ist, wurde bekannt, dass Organempfänger auffallend oft Eigenarten bzw. Eigenschaften der Organspender entwickeln. Die Umgebung, besonders die nächsten Angehörigen stellen Wesens- und Verhaltensänderungen bei den Organempfängern fest. Diese Eigenverfremdung belastet die Patienten mit transplantierten Organen zunehmend.³⁷

35 Wellendorf, Elisabeth: Mit dem Herzen eines anderen leben. Die seelischen Folgen der Organtransplantation, Kreuz-Verlag Zürich, 1998

36 Ulrike Baureithel, Anna Bergmann: s. Fußnote 19

37 http://www.bild.de/BILD/news/vermishtes/2008/04/07/selbstmord/herz-starb-zweimal_geo=4204478.html: Mann bekam Herz eines Selbstmörders transplantiert – erst heiratete

Noch mehr belasten Empfindungen, dass man die ganze Zeit quasi von jemandem begleitet würde „oben in den Bäumen geht jemand mit mir“, „jemand liegt in meinem Bett“, dass eine Patientin nicht mehr weiß, ob sie noch wie eine Frau empfindet, wo sie jetzt das Herz eines Mannes in sich hat. Es entwickeln sich Körperbildstörungen und Identitätskrisen.

Ein Jugendlicher mit Transplantat sagte: „Ich habe meinen Tod annehmen wollen, aber ich hatte nicht genug Kraft, meinen Eltern klarzumachen, dass es für mich keinen anderen Weg gibt.“³⁸

Kinder klagen, dass ihre Eltern sie zur Transplantation gedrängt hatten: „Vorher hatte ich ein kleines Leben, aber es war mein eigenes Leben“.

Ärzten sind die Nebenwirkungen der Medikamente bekannt, dennoch werden die seelischen bzw. zwischenmenschlichen Nebenwirkungen, die Veränderungen in Charakter und Persönlichkeit, in keiner Informations-Broschüre zur Organspende erwähnt, wenn zum Ausfüllen des Organspendeausweises aufgerufen wird. Und erstaunlich, wenn sonst Patienten nach jeder möglichen Nebenwirkung fragen, so fragt in der Transplantationsmedizin kaum jemand nach den Nebenwirkungen, zu groß ist der Wunsch nach einem Organ, nach Befreiung von der Krankheit bzw. Todeserwartung.

Neuere Erkenntnisse zum Begriff „Hirntod“

Im Jahr 2008 wurde anlässlich des 40-jährigen Bestehens des „Hirntod“-Konzeptes der Harvard-Kommission ein Symposium abgehalten. Dabei stellte der „President’s Council on Bioethics“ (das entspricht dem Nationalen Ethikrat in Deutschland) fest, dass es „Controversies in the Determination of Death“ (Widersprüchliche Meinungen in der Bestimmung des Todes) gibt. Es sei eine neue De-

er dessen Frau, dann brachte auch er sich um

38 Ulrike Baureithel, Anna Bergmann: s. Fußnote 19

batte über den „Hirntod“ erforderlich. Der Rat stellte fest, dass „das integrierte Funktionieren des Körpers nicht unbedingt kurz nach Eintritt des Hirntodes aufhört“. Das war bisher das Hauptargument für die Gleichsetzung von „Hirntod“ und Tod des Menschen. Man könne auch nicht mehr das Gehirn als den Integrator der verschiedenen Körperfunktionen ansehen, denn die Integration sei eine Leistung des gesamten Körpers.³⁹ Die Arbeiten von Professor Dr. Alan Shewmon hätten in 175 dokumentierten Fällen gezeigt, dass zwischen „Hirntod“ und Herzstillstand bei adäquater Therapie und künstlicher Beatmung eine Woche bis zu 14 Jahre liegen könne.⁴⁰ Eine Fortsetzung der Behandlung geschieht üblicherweise nicht, da bei „Hirntoten“ entweder die Entscheidung zur Organentnahme fällt oder bei Ablehnung einer Organentnahme die künstliche Beatmung umgehend beendet wird, da die Krankenkassen für die weitere Behandlung nicht mehr aufkommen. Die Behauptung, kurz nach dem „Hirntod“ trete der Tod ein, wird somit nicht überprüft und ist eine Art selbsterfüllender Prophezeiung.⁴¹

Warnungen vor vereinfachtem Denken

Auch die inzwischen zahlreichen Fälle von sogenannten „hirntoten“ schwangeren Frauen, die gesunde Kinder zur Welt bringen, zeigen, dass die Annahme, dass der „Hirntote“ auch mit künstlicher Beatmung innerhalb weniger Stunden bis Tage stirbt, falsch ist. Auch die Amerikanische Akademie für Neurologie hält die Hirntoddiagnostik, die 1995 von ihr selbst eingeführt wurde, seit 2010 nicht mehr für wissenschaftlich

39 President’s Council on Bioethics, *Controversies in the determination of death. A White Paper*, Washington, D.C. 2008, S. 41f., S. 55

40 Alan Shewmon, *Chronic brain death*, in: *Neurology*, 51 (1998) 6, S.1538-1545

41 Sabine Müller: *Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten*, *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 20–21/2011, 16. Mai 2011, S. 7

fundiert.⁴² So halten auch nur 27 % der amerikanischen Neurologen den „Hirntod“ für den Tod des Menschen.⁴³

Schon 1974 stellte sich der Philosoph und Nobelpreisträger Hans Jonas entschieden gegen diese Gleichsetzung und warnte davor, mit dem Kriterium des „Hirntodes“ den Weg für die Organbeschaffung freizumachen und zu legalisieren.

Im Oktober 2016 wurden im Deutschen Ärzteblatt die Ergebnisse des Göttinger Organspende-Surveys wiedergegeben. Zusammenfassend wurde festgestellt: „Die Einstellung zur Organspende ist kulturell tief verwurzelt. Die Zurückhaltung gegenüber einer Organspende in Deutschland lässt sich eher auf kulturelle Einstellungen zum Hirntod und zur Körperlichkeit zurückführen als auf Misstrauen gegenüber dem System.“⁴⁴ Diese Untersuchung wurde durchgeführt, um zu erfahren, wie groß der Einfluss des Organspendeskandals von 2012 auf die starke Zurückhaltung der deutschen Bevölkerung gegenüber der Organspende ist. Es zeigte sich, dass die grundsätzliche Einstellung zu „Hirntod“ und Körperlichkeit des Patienten den Befragten viel bedeutsamer ist. Diese Einstellung zeigt sich also nicht erst bei den Angehörigen, die am Bett des „hirntoten“ Patienten sitzen und nicht wahrhaben wollen und können, wenn die Ärzte sagen, dass der Patient tot ist, obwohl das Herz schlägt und die Haut warm ist.

Die Untersuchung zeigt, dass uns mit der Festlegung, dass der „Hirntod“ gleich dem Tod des Menschen ist, entgegen unserer grundsätzlichen Einstellung eine neue Sichtweise aufgezwungen wird. Bei der Festlegung der „Hirntod“-Kriterien durch die Harvard-Kommission war auch der Befund der fehlenden spinalen Reflexe wesentlich. Seither dürfen aber „Hirntote“ bis zu 17 Reflexe zeigen und gelten dennoch als tot.

42 Eelco F.M. Wijdicks et al., Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults, in: *Neurology*, 74 (2010), S. 1911–1918

43 Joffe AR et al. (2012) A survey of American neurologists about brain death: understanding the conceptual basis and diagnostic tests for brain death. *ANN Intensive Care* 2(1):4

44 Schicktanz, Silke et al: Einstellung zur Organspende: Kulturell tief verwurzelt, DÄ 2016; 113(37): B-1337ff.

In Großbritannien gilt bereits der „Hirnstammtod“ als Tod des Menschen. Im Hirnstamm befindet sich das Atemzentrum. Wenn dieses ausfällt, kann der Mensch nicht mehr selbstständig atmen und benötigt eine künstliche Beatmung. Dennoch ist es dabei möglich, dass das Großhirn und Kleinhirn unabhängig vom Hirnstamm intakt sind. Ein Patient mit „locked-in Syndrom“ (d. h. mit einer Hirneinklemmung) kann bei Bewusstsein sein. So war es auch bei einem 17-jährigen jungen Mann, der nach einem Unfall in die Universitätsklinik von Coventry aufgenommen wurde und bei dem aufgrund eines „Hirnstammtodes“ eine Organentnahme durchgeführt werden sollte. Da die Eltern aber meinten, noch Reaktionen bei ihrem Kind erkennen zu können, zogen sie eine ihnen bekannte Ärztin hinzu. Der Junge wurde in ein anderes Krankenhaus verlegt und wachte nach wenigen Tagen auf. Inzwischen hat er ein Studium im Fach Rechnungswesen aufgenommen.⁴⁵

Wenn Ausländer in England lebensbedrohlich verunfallen, dann gelten für sie die „Hirn(stamm)tod“-Kriterien von England, nicht die ihres Heimatlandes.

„Gerechtfertigtes Töten“?

Die intensiven Diskussionen um das Jahr 2008 haben in Amerika zu verschiedenen Überlegungen geführt. Bioethiker wie Seema K. Shah bezeichneten die Gleichsetzung von Tod und „Hirntod“ als „legale Fiktion“.⁴⁶ Die Mediziner und Bioethiker Truog und Miller meinten, „die Begründung dafür, warum hirntote Menschen für tot gehalten werden sollen, war nie völlig überzeugend“.⁴⁷ Wie andere Mediziner

45 Brigitta Vom Lehn: Der Student, der jüngst noch „hirntot“ war, *Frankfurter Rundschau*, 9. Mai 2012

46 Seema K. Shah/Franklin G. Miller, Can We Handle the Truth? Legal Fictions in the Determination of Death, in: *American Journal of Law and Medicine*, 36 (2010)4, S. 1–56

47 Robert D. Truog/Franklin G. Miller, The Dead Donor Rule and Organ Transplantation, in: *The New England Journal of Medicine*, 359 (2008) 7, S. 674

meinen sie, dass der „Hirntote“ in jedem Fall stirbt, entweder durch das Abstellen der künstlichen Beatmung oder durch die Entnahme der Organe. Sie sprechen vom „justified killing“, dem „gerechtfertigten Töten.“⁴⁸ Diese Vorstellung hat sich noch nicht durchgesetzt, wird aber in verschiedenen Ländern, so auch in Deutschland, unter Medizinern diskutiert. Prof. Dr. Truog, Kinderarzt und Bioethiker an der Harvard Universität, hat im Übrigen 1997 vor Abfassung des Transplantationsgesetzes im deutschen Bundestag gesprochen.

Wenn auch das „justified killing“ noch keinen Eingang in die Praxis der Organtransplantation gefunden hat, so wird dennoch weiter versucht, auf verschiedene Weise die Zahl der Transplantationen zu erhöhen.

Non-heart-beating donors

Dazu hat man das Konzept des „non-heart-beating donors“ entwickelt, also des Spenders, dessen Herz nicht mehr schlägt. Zunächst denkt man, dass das die richtige Art und Weise ist, Organe von einem Toten zu entnehmen. Wie oben ausgeführt, sind aber die Organe bei einem Toten sehr schnell „unbrauchbar“.

So hat man 1992 mit dem Protokoll von Pittsburgh und den Maastricht-Kriterien von 1995 beschlossen, dass man Patienten, bei denen ein Herzstillstand eintritt, unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr wiederbelebt, sondern die Organe herausnimmt.⁴⁹ Dazu wartet man 2 bis 10 Minuten auf eine erneute Tätigkeit des Kreislaufs, dann aber werden die Organe so rasch wie möglich entnommen. Es wird dafür plädiert, mindestens bis 7 Minuten nach dem Herzstillstand zu warten, die Leberchirurgen tolerieren nur 2 Minuten, die Herzchirurgen nur 5

48 Robert D. Truog/Franklin G. Miller: Rethinking the Ethics of Vital Organ Donations, in: Hastings Center Report, 38 (2008)6, S. 42

49 W. Heide: „Non-heart-beating donors“ sind nicht geeignet, Nervenarzt 2016, 87: 161–168

Minuten.⁵⁰ Die Mediziner drängen auf möglichst rasche Entnahme der Organe, damit sie so wenig wie möglich durch den Kreislaufstillstand geschädigt werden.

Das erscheint wie ein Horrorszenario, aber es findet in vielen europäischen Ländern und den USA Anwendung. Dort ist in einigen Staaten geregelt, dass sich die Klinik schriftlich rechtfertigen muss, wenn sie die Organe von „non-heart-beating donors“ nicht entnehmen lässt. Deutschland hat durch die Bundesärztekammer seit 1995 wiederholt dieses Konzept abgelehnt, weil zu Recht darauf verwiesen wird, dass bei einem Patienten, dessen Herz nicht mehr schlägt, erst alle Wiederbelebungsmaßnahmen so lange wie sinnvoll möglich, durchzuführen sind. Dann lassen sich von einem lange reanimierten Patienten aber auch keine gesunden Organe mehr entnehmen. Die Frage ist, wie lange Deutschland bei dieser Entscheidung bleibt.

In Deutschland haben schon lange verschiedene Ärzte, Theologen und Juristen die Gleichsetzung von „Hirntod“ und Tod des Menschen in Frage gestellt.⁵¹ Aber die gemeinsame Bischofskonferenz der evangelischen und katholischen Kirche Deutschlands beschloss 1990, dass „der Hirntod gleich dem Herztod der Tod des Menschen ist“.⁵²

1997 wurde das Transplantationsgesetz verabschiedet, wonach lebenswichtige Organe „nur von Toten entnommen“ werden dürfen. Die von der Bundesärztekammer erarbeiteten Richtlinien wurden dem Gesetz zugrunde gelegt.⁵³ Hierbei wurde übergangen, dass die Transplantation von Organen wirklich toter Menschen, d. h. von Leichen, in früheren Jahren versucht und rasch wieder eingestellt wurde, denn diese Organe waren alleine schon durch den Blutstillstand in der Leiche dermaßen geschädigt, dass sie beim Empfänger sofort abgestoßen wurden. Nur die Hornhaut der Augen kann auch bis 48 Stunden nach

50 Wolfram Höfling: TPG. Transplantationsgesetz. 2. Auflage. Berlin 2013, 244f.

51 Hans-U. Gallwas et al., zit. nach: Johannes Hoff/Jürgen in der Schmittgen „Wann ist der Mensch tot?“, Reinbek 1995

52 s. Fußnote 2

53 s. Fußnote 50

dem Tod von einer Leiche auf einen Empfänger verpflanzt werden, weil die Hornhaut schon zu gesunden Lebzeiten nur sehr wenig durchblutet ist und nur sehr wenige Zellen mit den spezifischen Eiweißen auf ihren Oberflächen hat. Daher erkennt die Körperabwehr kaum fremde Strukturen in einer gependeten Hornhaut.

Probleme mit dem Todeszeitpunkt

Die Transplantationsmedizin wurde auch in Deutschland sehr erfolgreich. Seit 1983 gibt es den „Tag der Organspende“. Dennoch ist in der Bevölkerung ein deutliches Ressentiment gegenüber einer Organspende nach dem „Hirntod“ im Gegensatz zur Lebendspende geblieben.

Dazu trug auch der Fall des „Erlanger Babys“ im Jahre 1992 bei.⁵⁴ Eine 18-jährige Frau erlitt einen Verkehrsunfall und wurde in die Universitätsklinik Erlangen eingeliefert. Dort stellte man neben verschiedenen schweren Verletzungen den „Hirntod“ fest, aber auch eine Schwangerschaft in der 15. Woche. In der Abwägung des postmortalen Persönlichkeitsrechts auf Abbruch der Behandlung und dem Lebensrecht des ungeborenen Kindes entschied man sich für das ungeborene Kind und setzte die Therapie fort. In der 19. Schwangerschaftswoche erlitt die junge Frau Fieber, das wegen fehlender Erfolgswahrscheinlichkeit nicht mehr behandelt wurde, worauf es rasch zu einem Abort kam. Als wirklich „hirntote“ Patientin konnte die junge Frau eigentlich kein Fieber entwickeln, denn zum „Hirntod“ gehört auch der Ausfall des Temperaturzentrums im Zwischenhirn, die Diagnose „Hirntod“ war somit falsch.

Im Jahr zuvor brach in der Nähe von Stuttgart eine junge Frau auf dem Spaziergang zusammen und wurde in eine Klinik eingeliefert. Es wurde bei ihr die Diagnose „Hirntod“ gestellt, dazu eine fortgeschrittene Schwangerschaft. Die Frau wurde bis zur erfolgreichen Entbindung

⁵⁴ Zwischen Recht auf Leben und Verletzung der Menschlichkeit, DÄ 89, Heft 46, 13. November 1992 (11) B-2443f.

behandelt. Danach wurden die Geräte bei der Patientin abgeschaltet und sie verstarb. Das entbundene Kind war gesund und ist jetzt 27 Jahre alt. Weltweit gibt es inzwischen zahlreiche erfolgreiche Entbindungen bei „hirntoten“ Frauen mit gesunden Kindern.

In den Medien zeigt sich oft eklatant der Widerspruch zwischen der Diagnose „Hirntod“ und tatsächlichem Ableben eines Menschen, sodass auch Journalisten Probleme mit der Definition des „Hirntodes“ haben. Beispielsweise berichten mehrere Medien wie die Stuttgarter Zeitung nach dem Terroranschlag in Straßburg, dass „zwei Menschen getötet worden seien, ein Opfer sei hirntot“.⁵⁵ Ist ein „Hirntoter“ also doch kein Toter? Auch die Stuttgarter Zeitung schreibt, dass die „hirntote Schwangere drei Monate nach ihrem Hirntod nach dem Abschalten der Geräte gestorben ist“. Wann ist nun die schwangere Frau gestorben?⁵⁶

Es wird wohl kaum jemand auf die Idee kommen, bei einer „hirntoten“, schwangeren Frau abzuwägen, ob man ihr das Herz oder ein anderes Organ für jemanden entnehmen kann. Wenn sie aber einen Organspendeausweis mit dem Einverständnis zur Organentnahme hat, muss eigentlich der Patientenwille umgesetzt werden. Dann kollidieren der aktuelle Zustand der Schwangeren und die Entscheidung dieser Frau zu einem früheren Zeitpunkt zu einem Thema, dessen Konsequenzen insbesondere ein Laie nicht wirklich überschaut.

Vordergründige Richtlinie bei „hirntoten“ schwangeren Frauen

In der Richtlinie der Bundesärztekammer zum Transplantationsgesetz vom 30.03.2015, genehmigt vom Bundesministerium für Gesundheit, heißt es: „Das Fortbestehen einer Schwangerschaft widerspricht nicht dem eingetretenen irreversiblen Hirnfunktionsausfall der Mut-

⁵⁵ Spur des Attentäters auch im Südwesten, StZ vom 13. Dezember 2018, S. 1

⁵⁶ Hirntote Schwangere gestorben, StZ Nr. 21, 27. Januar 2014, S. 6

ter. Eine Schwangerschaft wird endokrinologisch von der Placenta aufrechterhalten“.⁵⁷

Dieses ist die Stellungnahme und Begründung der Ärzteschaft zum Widerspruch „hirntot“ d. h. tot zu sein und dennoch schwanger sein zu können. Es ist zwar richtig, dass sich Hormone (das ist mit dem Begriff „endokrinologisch“ gemeint) im Laufe der Schwangerschaft in der Placenta (= Mutterkuchen) bilden. Sie erhalten die Schwangerschaft von Seiten der Mutter aufrecht. Aber dafür sind nicht nur die Hormone in der Plazenta erforderlich, sondern auch der Kreislauf der werdenden Mutter sowie alle anderen Körperfunktionen.

Wäre die Schwangere eine Leiche – dann gäbe es auch keine Blutversorgung durch den Blutkreislauf der Mutter für das werdende Kind. So gäbe es auch keine Hormone in der Placenta der Schwangeren. Erstaunlicherweise wird in der obigen Begründung der Bundesärztekammer nur von „der Schwangerschaft“ geschrieben und kein Wort vom werdenden Kind. Das werdende Kind wird nicht einfach „endokrinologisch von der Placenta aufrechterhalten“. Es entwickelt sich, weil zumindest biologisch alles in der schwangeren Frau intakt ist bis auf die existenziell schwere Hirnschädigung.

Vordergründige Definition des Todes

Es ist am Beispiel der „hirntoten“ schwangeren Frauen, die Babys austragen, kaum nachzuvollziehen, dass dennoch „hirntote“ Patienten von ärztlicher, theologischer und juristischer Seite für tot erklärt werden. Wissenschaft, Politik und Großkirchen haben die schwerst Hirngeschädigten einer Leiche gleichgesetzt. Man kann es nur verstehen, wenn man annehmen muss, dass hinter dem „Hirntod“-Konzept der Transplantationsmedizin „fortschrittsbestimmte“ Absichten und Interessen

⁵⁷ DÄ vom 30. März 2015, S.6, Anmerkung 4

stehen, die nur vordergründig das Wohl des Organempfängers bzw. seine Sehnsucht nach Gesundung im Auge haben.

Wissenschaftliche Unkorrektheiten ...

Schon die Definition des „Hirntodes“ ist wissenschaftlich nicht korrekt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) schreibt dazu seit Jahren und aktuell: „Das ist der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen“ und spricht weiter vom „Hirntod“ und nicht vom „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“.⁵⁸ Folglich schreiben auch die Medien regelmäßig vom „Ausfall der Funktionen des gesamten Gehirns“.

Bei Wikipedia heißt es unter dem Begriff „Transplantationsgesetz“: „Daher war vorzuschreiben, dass vor einer Organentnahme stets der Gesamthirntod, also der Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms ... festzustellen ist“. Wikipedia wird hier zitiert, weil sich immer mehr Menschen mit Hilfe dieses Portals informieren.

Zum Gehirn gehört aber auch das Zwischenhirn mit dem Zentrum für den Temperaturhaushalt, mit dem Schlaf-/Wachzentrum, mit dem Hormonzentrum etc. Das ist Lernstoff gleich zu Beginn des Medizinstudiums, aber in der anatomischen Beschreibung des „Hirntodes“ wird die Existenz des Zwischenhirns vernachlässigt bzw. übergangen.

Oft sind die Funktionen dieser Bereiche zumindest noch in Teilen erhalten, und dennoch wird vom Gesamthirntod gesprochen. Leider setzte auch die Bundesärztekammer (BÄK) seit der Übernahme der „Hirntod“-Definition der Harvard-Kommission in den 1970-er Jahren jahrzehntelang den „Hirntod“ mit dem „Gesamthirntod“ gleich, sodass sich dieser Begriff allgemein etablierte.⁵⁹ Erst im Jah-

⁵⁸ Internet: BZgA und Hirntod

⁵⁹ Bundesärztekammer: Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen. Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der BÄK, in: DÄ 90

re 2015 erfolgte eine Umdefinition seitens der medizinischen Fachschaften und der BÄK. Seitdem heißt „Hirntod“ nun „irreversibler Hirnfunktionsausfall“.⁶⁰

Kein Ausfall eines Organs, das im Körper versagt, wird in der Medizin und im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Tod des Organs bezeichnet. Wir sprechen von Leber-, Nieren- oder Herzversagen aber nicht von Lebertod, Nierentod und Herztod. Schon gar nicht spricht man von einem Arm- oder Beintod, sondern von einer Arm- oder Beinlähmung, auch wenn sie nicht mehr reversibel ist. Man kann sich bei dem Begriff „Hirntod“ nicht des Eindrucks erwehren, dass das Wort nicht nur einen Zustand beschreiben, sondern ihn werten, emotionell werten soll. Der Begriff „Irreversibler Hirnfunktionsausfall“ ist dagegen sachlich beschreibend.

Der Leser, der sich zum Thema informiert, muss den Eindruck bekommen, dass beim „Hirntod“ bzw. beim „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ das gesamte Gehirn nicht mehr aktiv, mithin „ausgefallen“ ist. Dem ist aber nicht so. Hierzu nochmals zum besseren Verständnis: Die Leistungen des Zwischenhirns und der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) sind dabei häufig oder zumindest in Teilen intakt. So zeigen die Fälle von erfolgreichen Entbindungen bei „hirntoten“ Frauen, dass es sich um zumindest teilintakte hormonelle Leistungen des Zwischenhirns (Hypothalamus) und Verbindungen zur Hypophyse und den peripheren Hormonzentren einschließlich deren Rückkopplung zu Hypophyse und Hypothalamus handeln muss. Selbst medikamentöse Behandlungen mit Hormonen können diese hochkomplexen Regelkreise nicht über die Wochen und Monate einer erfolgreichen Schwangerschaft einer „toten“ Frau mit „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ ersetzen.

Eine nicht nur „hirntote“ schwangere Frau, sondern wirklich tote Frau, eine Leiche, bringt kein gesundes Kind zur Welt. Man findet als Intensivmediziner zwar immer wieder Patienten mit komplettem Aus-

fall der Gehirnfunktionen d. h. einem „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“. Für zahlreiche Patienten mit „Hirntod“ im Zusammenhang mit der Organspende gilt aber die obige pauschale Aussage der BZgA „... Ausfall der gesamten Hirnfunktionen“ nicht, die Bevölkerung wird also nicht korrekt aufgeklärt. Die BZgA nennt sich „eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit“.

Zwischenfazit zum „Hirntod“

Es sind also nicht alle „hirntoten“ Patienten wirklich ganzhirntot, und kein „hirntoter“ Patient ist so tot wie eine Leiche. Die Vorbehalte in der Bevölkerung gegenüber der Organspende bei „Hirntod“ wurden nochmal durch den Organspendeskandal im Jahr 2012 verstärkt. Der behandelnde Arzt hatte die Patienten, die auf die Transplantation eines Organs warteten, durch die Fälschung von Blutwerten kränker gemacht als sie wirklich waren. Schon in den Jahren davor gab es immer wieder Einzelfälle von Manipulationen und Betrug in der Transplantationsmedizin in Deutschland, aber erst der Organspendeskandal deckte auf, dass viele Großkliniken mit Betrug arbeiteten.⁶¹

Politik reagiert auf Bevölkerungsverhalten

Seit Jahren versucht die Politik, die Bevölkerung zu einer verstärkten Organspendebereitschaft zu bewegen. Trotz des zunehmenden Bekanntwerdens des Organspendeskandals meinte der damalige Bundesaußenminister Steinmeier im Jahr 2012 zum Thema Organspende: „Wir wollen den Menschen tatsächlich – das darf man auch nicht bestreiten – etwas mehr auf die Pelle rücken, indem wir fragen und nachfragen.“⁶²

In der Folge wurde die bis dahin gültige erweiterte Zustimmungs-

(1993), A 2933

60 Neuer Titel, präzisierte Regeln, DÄ Jahrgang 112, August 2015, S. 520

61 Organspende-Skandal an Uniklinik Göttingen weitet sich aus, aerzteblatt.de, Freitag, 20. Juli 2012

62 Nur mit dem neuen Herzen sieht man gut, Alard von Kittlitz, FAZ vom 31.10.2012

lösung von einer Entscheidungslösung abgelöst, d. h. jeder Bürger soll sich in der Frage der Organspende zu Lebzeiten entscheiden, damit nicht erst in der extrem belastenden Situation nach einem Unfall etc. die Angehörigen zur Entscheidung gebeten werden. So kann seither z. B. ein Kind ab dem vollendeten 14. Lebensjahr den Erhalt eines Organs ablehnen und ein Jugendlicher ab dem 16. Lebensjahr unabhängig von den Eltern einer späteren Organspende nach „Hirntod“ zustimmen. Diese Bestimmungen sind in den regelmäßigen Informationsblättern der Krankenkassen zum Thema Organspende zu finden.

Andererseits kann man über eine Blutspende erst mit 18 Jahren selbst entscheiden. Das Jugendstrafrecht behandelt einen jungen Menschen mindestens bis 18, meistens bis 21 Jahre als eine Person, die die Folgen ihres Handelns noch nicht in voller Tragweite absehen kann.

Die Organspende wird in Schulen massiv beworben und als sozial lebensentscheidende Mitverantwortung vor Augen gestellt. Aus transplantationsmedizinischer Sicht ist es wichtig, „junge“ Organe zu akquirieren, damit junge Menschen nicht nur Organe von meist deutlich älteren „hirntoten“ Organspendern erhalten. Neutrale oder gar kritische Stimmen kommen in den Schulen von offizieller Seite nicht zu Wort.

Weisheit des Deutschen Ethikrates

Erstmals im Jahr 2015 wurden von einer offiziellen Instanz, dem Deutschen Ethikrat, zum Thema „Hirntod“ Zweifel geäußert. Erstmals wurde eine geteilte Meinung abgegeben: 18 Mitglieder setzten den „Hirntod“ mit dem Tod des Menschen gleich, 7 Mitglieder nicht. Dennoch hielten es alle Mitglieder des Ethikrats für erlaubt, Patienten die Organe zu entnehmen, wenn sie sich irgendwann früher einmal damit einverstanden erklärt hatten.

Die 7 Mitglieder argumentierten paradoxerweise, dass man mit der Organentnahme den Patienten nicht töte, sondern man lasse ihn ster-

ben. Dem widersprach wiederum die Mehrheit des Ethikrats, „weil im Fall des Sterbenlassens aufgrund Therapieverzichts der Patient an seiner Krankheit und nicht durch einen Eingriff Dritter stirbt“.⁶³

Der Ethikrat setzt sich zusammen aus Ärzten, Theologen, Ethikern und Juristen mit anerkannt hoher Kompetenz, und selbst sie sind sich nicht mehr einig. Aber sie sind eingesetzt als sozial und politisch anerkanntes „Wächtergremium“, auch über die Definition von Leben und Tod.

Statistik der „Organbedürftigen“

Seit Jahren wird der Bevölkerung dargestellt, dass 12 000, seit 2014 nur noch ca. 10 000 Menschen auf ein Organ warten.⁶⁴ Die Zahl wurde um 2000 reduziert, weil man nach dem sog. Organspendeskandal im Jahr 2012 neue Kriterien für die Transplantation der verschiedenen Organe festlegte. Dabei nahm nach neuer Definition die Zahl der Patienten, die auf eine Lunge bzw. Leber warten, deutlich ab. Diese Patientengruppen waren bislang für kränker und dringlicher eingestuft worden.⁶⁵

Oftmals wurden und werden Patienten vorsichtshalber auf die Transplantationswarteliste gesetzt, wenn sie immer wieder Rückfälle mit ihrem erkrankten Herzen, Lunge, Leber etc. haben, denn es dauert bekanntermaßen lange, bis man ein neues Organ erhält. Das ist medizinisch und aus Sicht des Patienten verständlich. Aber es verfälscht die Aussage der Transplantationswartelisten und auch die Aussage, dass 10 000 Patienten pro Jahr auf ein neues, lebensrettendes Organ warten.

63 Alexander Mäder: Ethikrat präsentiert Zweifel am Hirntod, StZ Nr. 46 Mittwoch, 25. Februar 2015, S. 4

64 Organspende: Weniger Patienten auf der Warteliste, StZ Nr. 132, Mittwoch, 11. Juni 2014, S. 18

65 Jens Gottlieb et al.: Lungentransplantation in Deutschland nach Einführung des Lung Allocation Score, DÄ Jg. 114, April 2017, S. 272

Dazu kommen Verfälschungen in der Information der Öffentlichkeit über die „10000 Patienten auf der Warteliste“: In Politik und Medien wird oft pauschal für diese Patienten von „Wettkampf mit dem Tod“⁶⁶ oder „Leben retten durch Organe“⁶⁷ gesprochen. Wenn man die dann beigelegte Statistik genauer durchsieht, erkennt man, dass von den 10000 Patienten nur ca. 2000 auf ein Herz, eine Lunge oder eine Leber warten, also ein Organ, ohne das man nicht leben kann.

Zu 80 % nicht lebensrettende Transplantationen

Ca. 8000 Patienten auf der Warteliste hoffen auf eine neue Niere. Diese Patienten befinden sich in den allermeisten Fällen in stabilen Verhältnissen in einer Dialysebehandlung. Es hat sich zwar statistisch gezeigt, dass die Dialyse insgesamt teurer als eine Nierentransplantation ist und die Menschen mit einer transplantierten Niere auch länger leben. Ein wesentliches Kriterium für die Nierentransplantation ist aber die gewonnene Freiheit. Der Patient muss danach nicht mehr 3-mal in der Woche für 5 Stunden an die Dialyse angeschlossen werden und auch nicht mehr genau auf die Trinkmenge achten. Das sind wirkliche Einschränkungen.

Noch 1975 standen nur für wenige Menschen Dialyseplätze zur Verfügung, die anderen Nierenkranken starben furchtbar. Inzwischen kann man als Dialysepatient seinen Beruf voll ausüben, man kann LKW-Fahrer sein oder Bundeskanzler, wie in den 1970er-Jahren Bruno Kreisky von Österreich. Heute werden Patienten noch mit 90 Jahren dialysiert. Man kann in einem Skiurlaubsort und ebenso auf einem Kreuzfahrtschiff eine Dialyse erhalten. Dialyse bedeutet somit Lebens Einschränkung, aber nicht Siechtum oder akut drohender Tod. So wird auch in einer Fachzeitschrift festgestellt: „Aufgrund dieser strengen Kriterien

66 StZ Nr. 224, Dienstag, 27. September 2011, S. 1

67 Backnanger Kreiszeitung Nr. 42, Freitag, 20. Februar 2015, S. 4

werden HU-Transplantationen bei Nieren sehr selten gestellt“ (HU= High Urgency, dt.: hoch dringend).⁶⁸

Es wird also für ca. 80 %, d. h. 8000 Patienten auf der Warteliste für eine Nierentransplantation, nicht das Leben gerettet, sondern es soll ihnen im Alltag besser gehen als vorher. Dieser Wunsch ist selbstverständlich nicht verwerflich, aber die Behauptung „Leben retten durch Organe“ ist für diese große Patientengruppe mehrheitlich nicht zutreffend.

Selbst Bundesgesundheitsminister Spahn äußert sich missverständlich. Lt. Ärzte Zeitung online vom 31.10.2018 teilte er nach der Zustimmung des Kabinetts zum „Gesetzentwurf zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende (GZSO)“ mit: „Wir sollten das Gesetz zügig beraten und beschließen. Denn es wird Leben retten. Das sind wir den zehntausend Menschen schuldig, die auf ein Spenderorgan warten“. Diese Aussage assoziiert, dass man mit einem Spenderorgan den zehntausend wartenden Menschen das Leben rettet. Man denkt also, dass zehntausend Menschen auf ein Spenderorgan warten und sie sterben, wenn sie das Organ nicht bekommen.

Darüber hinaus benötigen von den insgesamt 10000 Wartelisten-Patienten ca. 20 % eine erneute Transplantation, weil das transplantierte Organ auch nach bester Behandlung nach einigen Jahren nicht mehr funktionsfähig ist. Es geht also nur sehr bedingt um „Leben retten“, einem in vielen Fällen künstlichen Erleichtern bzw. Verlängern bedauernder, natürlicher Krankheitsverläufe mit Aufwendung enormer medizinischer und finanzieller Mittel bis hin zum unausweichlichen Tod. Erfahrungsgemäß beträgt die Zehn-Jahres-Überlebensrate durchschnittlich bei

Nieren 100 %⁶⁹

68 J. Gottlieb et al.: Allokationssysteme in der Transplantationsmedizin, Der Internist Heft 1, Januar 2016, S. 18

69 Erfolgsaussichten nach einer Nierentransplantation, Internet: klinikum.uni-muenchen.de

Lebern 70 %⁷⁰

Lungen 30 %⁷¹

Herzen 60 %⁷²

Ein 50-jähriger Patient benötigt somit im Optimalfall nach ca. 10 Jahren mit 40%iger Wahrscheinlichkeit ein neues Herz, d. h. mit ca. 60 Jahren wird für ihn ein neues Herz erforderlich und niemand wird ihn von einer erneuten Transplantation ausschließen und sagen, dass er nun ein alter Mensch sei bzw. einmal eine Chance gehabt habe, sondern er wird wieder einer der 10 000 registrierten Patienten auf der Warteliste für ein neues Organ sein. Zahlreiche lungentransplantierte Patienten haben inzwischen die 2. oder 3. neue Lunge.

Krankheitsgründe für „Organbedarf“

Ein weiteres Problem in der Zusammensetzung der 10 000 wartenden Patienten liegt in den verschiedenen Krankheiten dieser Patienten. Es wird oft mit den jungen Menschen argumentiert, die eine Virusinfektion und in der Folge eine schwere Herzkrankheit erleiden, oder dem Kind mit einer Mukoviszidose und der nachfolgenden Lungenkrankheit, oder dem Kind mit angeborener Leberstoffwechselstörung und dem zunehmenden Leberversagen. Diese Krankheiten sind schrecklich, aber sie sind die Ausnahmen auf der Warteliste. Sehr viele Patienten warten auf ein neues Herz, weil sie durch Rauchen und zu viel Essen mehrere Herzinfarkte hatten, auf eine neue Leber, weil sie zu viel Alkohol getrunken (Leberzirrhose) haben oder eine chronische Leberentzündung (Hepatitis) haben auf Grund außerehelichen Geschlechtsverkehrs oder Drogenkonsums und nun nach mehreren Jahren einen Leberkrebs erleiden.

Viele Patienten brauchen eine neue Lunge, weil ihre eigene durch das

70 Erfolgsaussichten nach einer Lebertransplantation, Internet, a.a.O.

71 Erfolgsaussichten nach einer Lungentransplantation, Internet, a.a.O.

72 Erfolgsaussichten nach einer Herztransplantation, Internet, a.a.O.

Rauchen völlig versteift ist. Andere wollen eine neue Niere, nachdem sie durch zu viel Essen und Trinken einen Diabetes mellitus Typ II entwickelt haben, der nach einigen Jahren zu einer Arteriosklerose der Nierenblutgefäße führt. Auf diese Weise hat binnen weniger Jahre die Zahl der Patienten mit Nierenversagen auf Grund von Diabetes Typ II massiv zugenommen.⁷³

Es ist verständlich, dass auch diese Patienten mit teils selbst verschuldeten Erkrankungen nach medizinischer Hilfe suchen, aber es ist nicht aufrichtig, die Bevölkerung für die Organspende mit Beispielen von jungen kranken Menschen zu gewinnen, die die Ausnahmen auf der Warteliste darstellen.

Transplantation und berufliche Reintegration

Überraschend war das Ergebnis einer Untersuchung der Universität Heidelberg. Die Herztransplantationsmediziner wollten den Erfolg ihrer Operationen an der Wiederaufnahme des Berufs der Patienten vorweisen.⁷⁴

Nur knapp ein Viertel (24 %) waren durchschnittlich 7,6 Jahre nach erfolgreicher Transplantation voll oder auf Teilbasis berufstätig. 65 % der Patienten arbeiteten nach Transplantation nicht mehr. 10 % der Patienten gaben keine Rückmeldung. Erstaunlich war auch, dass 67 % derer, die nicht mehr arbeiteten, durch eine alters- oder krankheitsbedingte Rente finanziell abgesichert waren, wohingegen Befragte, die definitiv keine Rente oder andere finanzielle Absicherung hatten, in weitaus höherem Maß arbeitsfähig waren.

Berufsfähigkeit ist nach Auffassung der Heidelberger Chirurgen eine wichtige Komponente einer optimalen psychosozialen Wiedereingliederung. In den Medien werden bei den Aufforderungen zur Organspende

73 Indikationen für Herz-, Leber-, Lungen- und Nierentransplantationen, Internet, a.a.O.

74 Berufliche Re-Integration von Patienten: Nach Herzverpflanzung eher selten erreicht, Cardio News 04/2008, 11. Jg., S. 20

immer wieder Beispiele von Patienten vorgestellt, die nach Transplantation wieder regelmäßig Sport bis hin zu Hochleistungssport betreiben. Auffällig ist die Diskrepanz, dass die Transplantation zur persönlichen Verwirklichung verhilft, aber nicht so sehr zur beruflich-gesellschaftlichen Reintegration, obwohl diese Patienten massiv von der Gesellschaft unterstützt wurden, um ein neues Organ zu erhalten.

Manipulationen und Organspendeskandal

Im Jahr 2012 wurde bekannt, dass es in mehreren deutschen Kliniken im Rahmen von Transplantationen zu verschiedenen Betrügereien gekommen war. Insbesondere wurden bei Patienten auf der Warteliste für eine Transplantation die Blutwerte manipuliert, d. h. sie wurden schlechter gemacht, damit an den betreffenden Patienten früher eine Transplantation vorgenommen werden konnte. Dieses führte zu einem massiven Vertrauenseinbruch bei der Bevölkerung, sodass die Zahl der Organspender nachhaltig sank. Auch wenn es in der Folgezeit zu einer starken Verschärfung der Kontrollen in den Transplantationszentren kam, wurden und werden immer wieder neue Manipulationen und Betrugsfälle in der Fachpresse bekannt. Die Bevölkerung wird darüber teils nur regional informiert wie im Falle der Universität Essen.⁷⁵ Auch vor dem Organspendeskandal war es in verschiedenen deutschen Transplantationszentren immer wieder zu Betrügereien und Manipulationen gekommen. Dabei wollten sich Ärzte in keinem der bekannt gewordenen Fälle persönlich bereichern, sondern es ging ihnen um Bekanntheit der von ihnen geführten Abteilung.

Schon zwischen 2002 und 2007 mussten Patienten hohe Summen auf das Konto der Chirurgischen Klinik der Universitätsklinik Essen überweisen, bevor sie vom renommierten Chefarzt eine Transplantation erhielten.⁷⁶ Dieser war weltweit der erste Chirurg, der eine Lebendteil-

⁷⁵ Lebertransplantationen: Ermittlungen gegen weitere Ärzte, WAZ, 08.11.2018

⁷⁶ Gericht verurteilt Starchirurgen zu drei Jahren Haft, Spiegel online, 12.03.2010

transplantation einer Leber durchführte. Er war vielfach für seine Leistungen ausgezeichnet worden und bis zum Bekanntwerden der Straftaten der persönliche Arzt des damaligen Bundespräsidenten Johannes Rau.

Zurzeit laufen mehrere Verfahren gegen verschiedene Transplantationszentren, darunter auch gegen das Deutsche Herzzentrum Berlin, eine der weltweit besten Herztransplantationskliniken. Die Transplantationsmedizin hat offenbar ein erhebliches Versuchungspotenzial für Manipulationen. Patienten sehen Aussicht auf Hilfe nur in einer Transplantation, Ärzte sehen die persönlich dramatische Not und überschätzen sich bisweilen in ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten.

Pharmafirmen verdienen immense Summen mit den Immunsuppressiva (ca. eine Milliarde Schweizer Franken im Jahr 2011 für das Medikament Mykofenolatmofetil, Roche Pharma⁷⁷) und unterstützen die Transplantationsmedizin weltweit auf professionelle Weise, z. B. in Form von Seminaren für Gesprächsführung, um Angehörige davon zu überzeugen, dass es gut ist, wenn sie einer Organentnahme bei ihrem „hirntoten“ Verwandten zustimmen.

Organhandel

In Deutschland ist Organhandel streng verboten. Dennoch suchen deutsche wie Patienten aus anderen Ländern auf dem weltweiten illegalen Markt nach Möglichkeiten, ein neues Organ zu erhalten. So beschrieb ein Auslandskorrespondent der Stuttgarter Zeitung im Jahr 2015, wie er in Afrika von einem jungen Mann eine Niere kaufte und sich diese in einer Klinik in Mexiko einsetzen ließ.⁷⁸ Rechtfertigt wird dieses Vorgehen regelmäßig damit, dass der „Spender“ ja auch daran verdient. Große Untersuchungen, z. B. in den sogenannten „Kidney-Valleys“ („Nieren-Tälern“) in Indien zeigen, dass diese Nieren-„Spender“ nach wenigen

⁷⁷ So teuer ist eine Transplantation, RP online, 8. August 2012

⁷⁸ Willi Germund: Die gekaufte Niere, StZ, Mittwoch, 28. Januar 2015, Nr. 22, S. 3

Jahren in der gleichen Armut wie vorher leben und inzwischen von ihren Nachbarn gemieden werden, weil sie als weniger leistungsfähig auf Grund ihrer fehlenden Niere angesehen werden. Bei vielen sind die Organentnahmen chirurgisch nicht einwandfrei erfolgt und sie leiden an chronischen Infektionen.

Vor Einführung der Transplantationsmedizin gab es keinen Organhandel. Inzwischen bedienen sich nicht nur reiche Patienten in der zweiten und dritten Welt der Organe der Ärmsten, sondern gleichermaßen die reichen Patienten der ersten Welt. In Deutschland und der gesamten westlichen Welt wird die Transplantationsmedizin auf jedwede Weise gefördert. Dieses erzeugt wie andere Errungenschaften der westlichen Welt Begehrlichkeiten und Neid. So ist zu fragen, ob nicht auch Deutschland trotz strenger Unterbindung von Organhandel diesen nicht indirekt weltweit fördert. Dies könnte man auch als postzivilisatorischen Kannibalismus bezeichnen.

Kunstherz, „Herz aus dem 3 D-Drucker“ und gentechnologische Ansätze

Eine medizinische Alternative zur Organtransplantation der lebenswichtigen Organe Herz, Lunge und Leber gibt es nur für das Herz in Form des Kunstherzens. Anfangs setzte man es nur als Überbrückung für eine geplante Herztransplantation ein. Durch ständige technische Weiterentwicklung gelang es, Patienten nicht nur aus der Dauerüberwachung im Krankenhaus zu entlassen, inzwischen tragen Patienten Kunstherzen schon über 10 Jahre im täglichen Leben. Eine Abstoßungsreaktion erfolgt nicht, da es sich um künstliches und nicht um lebendes Material handelt. So hat sich die Kunstherzimplantation zu einer echten Alternative zur Herztransplantation entwickelt. Patienten verzichten auf eine vergleichsweise „freier machende“ Herztransplantation, weil sie um die gefürchteten Spätfolgen der immunsuppressiven Medikamente wie Krebserkrankungen wissen. Im Jahre 2017 wurden in

Deutschland erstmals mehr als 1000 Kunstherzimplantationen (Herzunterstützungssysteme) durchgeführt, im gleichen Jahr erfolgten 291 Herztransplantationen.⁷⁹

Kürzlich wurde vom „Mini-Herzen aus dem 3-D-Drucker“ berichtet.⁸⁰ Dieses Herz hatte das Aussehen und die Größe einer Kirsche. Das Herz schlug aber nicht! Wie bei jedem funktionierenden Organ sind zum einen die spezifischen Organzellen erforderlich, dazu aber auch die zu- und abführenden Blutgefäße, die Nerven und weitere organspezifische Strukturen wie Herzklappen, und das alles optimal verbunden und ineinandergreifend. Ein für den Menschen wirklich funktionierendes Herz aus dem 3D-Drucker wird eine Utopie bleiben.

Gleiches gilt für die gentechnologische Züchtung menschlicher Herzen aus körpereigenen Stammzellen. Dadurch würde eine Abwehrreaktion nicht stattfinden. Unabhängig von der Kürze der Zeit, in der das gezüchtete Organ dem Patienten zur Verfügung stehen müsste und dem zu programmierenden genetischen Code, dass sich die gezüchteten Herzzellen in Form eines Herzens mit 4 Kammern aneinander lagern sollen, müssen auch hier die anderen wie für den 3D-Drucker beschriebenen Organteile gezüchtet, in optimaler Weise ineinander gefügt und dann das so zusammengesetzte Herz zum Schlagen gebracht werden.⁸¹

Aktuelle Trends

Aktuell wird wieder mit massiver Unterstützung der Medien und des Gesetzgebers versucht, die Transplantationszahlen zu erhöhen, indem man den Ablauf bis zur Organentnahme „optimieren“ will. Dieser Versuch ist in den letzten Jahren schon mehrfach gescheitert, weil

79 Vera Zylka-Menhorn: Es gibt keine wirkliche Alternative zum menschlichen Herzen, DÄ Jg. 115, Februar 2018, S. 109

80 Israelische Forscher drucken Herz aus menschlichem Gewebe, Zeit Online, 15. April 2019

81 Werner Ludwig: Hoffnung auf maßgeschneiderte Organe, StZ 26.01.2018, S. 18

ein „hirntoter“ Patient, der für eine Organentnahme „geeignet“ wäre, auch in großen Krankenhäusern sehr selten ist. Die behandelnden Ärzte müssen diesen Patienten erst einmal als einen „Hirntoten“ erkennen, wonach sie sofort wissen, dass der organisatorische und emotionelle Aufwand für diesen einen Patienten sehr groß sein wird.

Das Bundeskabinett brachte das „Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende“ (GZSO) auf den Weg. Es ist zum 1. April 2019 in Kraft getreten. Dieses Gesetz soll die Erkennung von „hirntoten“ Patienten in Krankenhäusern verbessern und die Organisation dieser Patienten zu Organspendern optimieren. Dabei ist besonders auch vorgesehen, dass die ärztlichen Transplantationsbeauftragten in die Akten aller Patienten auf der Intensivstation einsehen dürfen, die ihnen für eine Organentnahme geeignet erscheinen. Das bedeutet, dass sie in Patientenakten einsehen dürfen, obwohl sie nicht die behandelnden Ärzte dieser Patienten sind und obwohl der betreffende Patient ihnen nicht die Erlaubnis dazu gegeben hat.

Es ist also per Gesetz vorgesehen, dass für Patienten, die für eine Organentnahme geeignet erscheinen, das Patientengeheimnis und die ärztliche Schweigepflicht des behandelnden Arztes aufgehoben werden darf und soll, denn dieses Gesetz gründet auf der Annahme, dass behandelnde Ärzte bisher nicht so genau darauf achteten, ob unter den Patienten auf der Intensivstation nicht einer ist, der als „hirntoter“ Patient für eine Organentnahme in Frage kommen könnte.

Offener Rechtsbruch

Das bestehende Recht der ärztlichen Schweigepflicht und Wahrung des Patientengeheimnisses wird somit zu Gunsten der Optimierung der Organspende in Deutschland gebeugt. Das ist ungeheuerlich und wird es noch mehr, wenn man sich vorstellt, dass daraus auch die Rechtfertigung zur Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht aus anderen Gründen abgeleitet werden kann.

Dammbruch: „Widerspruchslösung“

Der Bundesgesundheitsminister, die Bundeskanzlerin⁸² und der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt⁸³ beabsichtigen, die Widerspruchslösung einzuführen, nachdem die bislang bestehende Entscheidungslösung und zuvor die Zustimmungslösung nicht die erhoffte Zunahme an Organspenden brachten, obwohl man „der Bevölkerung schon auf die Pelle gerückt“ war.

Bereits in 2012 war von der damaligen Bundesjustizministerin die Einführung der Widerspruchslösung gewünscht worden. Geplant ist jetzt eine doppelte Widerspruchslösung, d. h. neben dem Widerspruch jedes einzelnen sollte auch der Widerspruch der Angehörigen gelten, wenn keine Entscheidung der betreffenden Person zur Organspende bekannt ist.

Bei der Widerspruchslösung wird oft Spanien als Vorbild herangezogen. Spanien hat seit Jahren die höchste Zahl an Transplantationen pro Jahr. Dort gilt seit Jahren die Widerspruchslösung, zusätzlich aber auch das Konzept der „non-heart-beating donors“.⁸⁴

Widerspruchslösung heißt, dass jeder Bürger automatisch mit der Entnahme seiner Organe beim „Hirntod“ einverstanden ist, wenn er nicht ausdrücklich widersprochen hat. Die Widerspruchslösung greift in das Grundrecht (Selbstbestimmungsrecht der Bürger), was Bundesgesundheitsminister Spahn auch bestätigt. Dabei ist kaum anzunehmen, dass jeder, der nicht ausdrücklich widerspricht, mit einer Organentnahme letztendlich einverstanden ist. Schweigen bedeutet nicht Zustimmung. Betroffene könnten es nicht mitbekommen, dass man rechtzeitig widersprechen muss oder sehen keinen Handlungsbedarf, weil man sich zu alt oder zu jung fühlt oder weil momentan das The-

82 Philipp Neumann: Organspende-Debatte: Merkel unterstützt Minister Spahn, WAZ 26.06.2019

83 Organspende: Für die Widerspruchslösung, MBZ, Nr. 8/1. Juni 2018, Jg. 71, S. 1

84 s. Fußnote 49

ma nicht wirklich wichtig erscheint oder man sieht sich damit überfordert.

Eine kürzliche Umfrage ergab, dass 40 % von 1000 Befragten meinten, dass man keine Organe entnehmen dürfe, wenn das Herz noch schlage, genau das aber ist der Fall.⁸⁵ 32 % wussten nicht, dass der „Hirntod“ zwingendes Kriterium für die „Toten-Spende“ ist. Sie meinten, Organe könnten entnommen werden, wenn das Gehirn noch arbeitet, während das Herz stillsteht – es ist aber genau umgekehrt. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Besitzer eines Organspendeausweises nicht besser informiert waren als die Befragten ohne Ausweis, d. h. sie wussten nicht, womit sie einverstanden waren, als sie unterschrieben hatten. Es wurde gefordert, dass einer Widerspruchslösung eine wirkliche Aufklärung vorausgehen müsse, sodass jeder wisse, warum er widerspricht oder zustimmt.

Allgemeiner Trend zur „Organentnahmepflicht“

Eine Widerspruchslösung einzuführen bedeutet im Übrigen, dass die sog. „Organspende“ im Grunde nicht mehr freiwillig, keine Spende mehr ist. Darüber hinaus öffnet die Einführung einer Widerspruchslösung auf einem Gebiet der Gesellschaft die rechtliche Möglichkeit, quasi als Präzedenzfall, auch auf anderen Gebieten eine solche einzuführen, wenn man von staatlicher Seite unbedingt etwas durchsetzen will.

Stimmt Deutschland einer Widerspruchslösung zu, dann stimmt es für eine grundsätzliche Berechtigung des Staates zum Zugriff auf die Organe jedes einzelnen Bürgers und ihrer Enteignung im Falle eines „Hirntodes“ d. h. eines „irreversiblen Hirnfunktionsausfalles“.

Wehret den Anfängen!

85 Große Wissenslücken beim Thema Organspende, aertzblatt.de, Freitag, 15. Februar 2019

Personale Identität des „hirntoten“ Patienten

In Diskussionen nach zahlreichen Vorträgen zum Thema Organspende äußern Zuhörer häufig, wie völlig überrascht (bzw. entsetzt) sie seien, dass die Organe der „hirntoten“ Menschen funktionieren und dass dann diese Menschen doch nicht wirklich tot seien, wie man es bisher verstanden hatte. Plötzlich wird erkannt, dass die Organe unbedingt funktionieren müssen, weil man sie sonst nicht sinnvollerweise transplantieren kann. Im Verständnis bleibt aber zunächst die Blockade, dass der „Hirntote“ doch tot sei. Erst in Diskussionsbeiträgen beginnen die Zuhörer neu das Thema zu durchdenken. Oft wird dabei argumentiert:

1. Der „Hirntote“ habe keine personale Identität mehr. Die obigen Ausführungen zur intakten Wundheilung beim „hirntoten“ Patienten zeigen aber, dass dieser Patient noch eine Unterscheidungsfähigkeit zwischen „eigen“ und „fremd“ besitzt. Also besitzt dieser Patient noch ein „Ich“, eine personale Identität. Würde man diesem Patienten Blut mit einer falschen Blutgruppe verabreichen, so würde er mit einem anaphylaktischen Schock reagieren. Also hat der Patient noch eine personale Identität.

Fragt man, wo im „hirntoten“ Patienten das „Ich“ sein soll, wenn nicht im Gehirn, dann zeigt sich, dass wir Menschen in der westlichen Welt hier erkenntnismäßig an unsere Grenzen kommen, weil wir darauf fixiert sind, unser „Ich“ und die Person mit Verstand und Gehirn gleichzusetzen. Diese Sicht hatte leider auch die Bischofskonferenz. Sie stellte fest: „Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden“.⁸⁶ Ich verweise dazu auf meine Ausführungen im Abschnitt „Wo wohnen Seele und Geist?“.

2. Die Organe beim „hirntoten“ Patienten würden nur wegen der künstlichen Beatmung funktionieren, sonst wären sie tot. Diese Aus-

86 s. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz ..., Gemeinsame Texte 1

sage ist richtig. Die künstliche Beatmung verhindert, dass der Patient, dessen Atemzentrum nicht mehr oder vorübergehend nicht funktioniert, stirbt, d. h. durch die Beatmung bleiben die Organe und damit der Patient am Leben. Nun kommt die Widersprüchlichkeit: Im Fall des „hirntoten“ Patienten behaupten wir seit dem Beschluss der Harvard Kommission, dass der Patient unter der künstlichen Beatmung tot sei, obwohl die Organe, die Hormone, die Blutgerinnung, die Wundheilung etc. bestens funktionieren.

Wir vergessen in der Diskussion um die Bedeutung der künstlichen Beatmung beim „Hirntoten“, dass man eine Leiche so intensiv beatmen kann wie man will und trotzdem wird kein einziges Organ funktionieren. Der „Hirntote“ ist keine Leiche.

Wir haben uns ein völlig falsches Menschenbild aufoktroyieren lassen. Es ist aber ein einfaches und daher eingängiges Menschenbild: der Mensch ist sein Gehirn. Dieses Menschenbild wird bei jedem Aufruf zur Organspende von den Medien wieder und wieder kolportiert. Da niemand widerspricht, muss dieses Menschenbild anscheinend richtig sein.

Teil 2

Gedanken zur Organspende aus biblischer Sicht

Wie ich in der Einleitung beschrieben habe, bin ich durch Gottes Einschreiten zu einer neuen Sicht über die Organspende und insbesondere den „Hirntod“ gekommen. Mir ist bewusst, dass die von mir zitierten Bibelstellen für andere nicht relevant, nicht eindeutig genug oder auch nicht richtig interpretiert sein mögen. Für andere mögen die gleichen oder andere Bibelstellen zum Gegenteil meiner Auffassung führen. Ich erhebe nicht den Anspruch der Deutungshoheit zum Thema Organspende aus biblischer Sicht. Mir fällt auf, dass die biblische Interpretation der christlichen Kirchen zum Thema sehr pro Organspende ist.

Seit ich Christ bin, habe ich für meine ärztlichen Tätigkeiten in der Bibel Rat und Antworten gesucht und gefunden. So machte ich mich auch auf den Weg durch die Bibel, nachdem mich Gott dermaßen erschüttert und mein Weltbild über Organspende zerbrochen hatte.

Bei allen Vorträgen zu dem Thema schätzen es die Zuhörer, dass ich im ersten Teil das Thema sachlich beschreibe, die Fakten aufzeige und erst danach meine biblische Sicht darlege. Daher verfare ich hier ebenso.

Schöpfungsordnung in uns Menschen

Jeder Mensch ist einmalig, das gilt nicht nur allgemein, sondern ganz besonders für die Körperabwehr, die Immunologie des Menschen. Nicht die „Natur“ oder die vielzitierte Evolution hat die Körperabwehr hervorgebracht, sondern sie ist wie alle Ordnungen der Schöpfung ein Werk Gottes, um jeden Menschen einzigartig zu gestalten, auch um ihn vor fremden Angriffen wie Viren, Bakterien oder Pilzen zu schützen. Dazu hat Gott dieses absolut geniale HLA-System geschaffen, wie eingangs erklärt.

Die Ordnungen in der Immunologie sind wie alles in der gesamten Schöpfung hochdifferenziert und gleichzeitig extrem stabil. Es wäre daher auch völlig unlogisch, wenn sich das alles evolutionär entwickelt hätte: wir Menschen wären schon längst wieder verschwunden, weil uns alle Viren und Bakterien längst umgebracht hätten, weil sich die vielen einzelnen Teile unsere Körperabwehr leider nur evolutionär entwickelt hätten d. h. sehr langsam: eine Verbesserung in der Körperabwehr, dann nach langer Zeit wieder eine und wieder eine, und das Ganze nach dem Zufallsprinzip!

Würde nicht sofort mit Beginn der Menschheit z. B. im Blutgerinnungssystem ein Rädchen ins andere greifen, wären die Menschen schon längst verblutet. Da war keine Zeit für eine Evolution des Blutgerinnungssystems. Das musste gleich perfekt stimmen, und so machte es auch Gott der Schöpfer.

Gott freut sich, wenn wir uns mit seiner Schöpfung beschäftigen: Vielleicht denkt er: „Da haben die Menschen wieder einen Millimeter meiner Schöpfung verstanden und verliehen einen Nobelpreis (?)“

Die Unterdrückung der von Gott geschaffenen Ordnung zur Körperabwehr hat einen hohen Preis, der sich in den Nebenwirkungen oder genauer, den Folgen der medikamentösen Unterdrückung der Körperabwehr ausdrückt.

Allgemeine biblische Sicht zur Organspende

Zur Begründung für die Organspende als Ausdruck christlicher Nächstenliebe wird oft mit Bibelstellen argumentiert, insbesondere mit den Sätzen aus 3. Mose 19, 18: „Du sollst ... deinen Nächsten lieben wie dich selbst. Ich bin der Herr.“ Oder auch mit: „Größere Liebe hat niemand als die, dass er sein Leben hingibt für seine Freunde“ (Joh 15,10) und „... umsonst habt ihr empfangen, umsonst gebt!“ (Mt 10,8b).

Zur ersten Bibelstelle: Sie wird auch im neuen Testament zitiert. Die wahrhaftige, gottgewollte Liebe zum Nächsten entspringt aus der Liebe

Gottes zu uns und aus unserer Liebe zu ihm. Nach biblischer Darstellung ist der Mensch aus sich selbst heraus böse, nicht gut, zu keiner wahrhaftigen Liebe fähig (1Mo 8,21; Mt 7,11; 15,19; Röm 3,10f.; 7,18f.).

Ich betone diese Zusammenhänge, da es sich bei der Organspende nicht um das Verleihen meines Autos an meinen Nachbarn handelt, sondern um einen unumkehrbaren Eingriff beim Spender und Empfänger, verbunden mit der Hoffnung, dass das gespendete Organ beim geliebten Empfänger auch wirklich hilft. Diese Liebe in enger Beziehung zu Gott trägt den Spender und den Empfänger auch durch evtl. Enttäuschungen, wenn das Organ nicht richtig funktioniert oder gar abgestoßen wird. Diese Beschreibung gilt natürlich nur für die Lebendspende.

Bei der Organspende nach dem „Hirntod“ ist die vielzitierte Bibelstelle „... liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ grundsätzlich in Frage zu stellen, denn wer ist der Nächste des „Hirntoten“ nach seinem Tod? Niemand kennt ihn, am wenigsten der „Hirntote“, der zu Lebzeiten sein Einverständnis zur Entnahme seiner Organe gegeben hat, weil ihm das Gebot der christlichen Nächstenliebe wichtig ist und weil er „die Organe nicht in den Himmel mitnehmen kann und sie dort auch nicht braucht“, wie häufig gesagt wird. Man könnte argumentieren, dass der unbekannte Nächste der ist, dessen HLA-System am besten mit dem des „hirntoten“ Spenders übereinstimmt. Diesen soll der „hirntote“ Spender lieben wie sich selbst?

Zur Frage, ob man die Organe im Himmel nicht braucht, siehe meine Ausführungen im Abschnitt „... zu Herz und Nieren?“

In die Frage, ob bei der Organspende nach dem „Hirntod“ das Gebot der christlichen Nächstenliebe wirklich vor Gott gilt, greift ein anderes schwieriges Thema: Die Frage, ob für mich als Arzt jeder Wille eines Patienten bindend ist oder nicht. Hier geht es um den im Organspendeausweis geäußerten Willen. Da der „hirntote“ Organspender seit der Harvard-Kommission als tot angesehen wird, ist es für die meisten Ärzte kein Gewissenskonflikt, diesem Patienten die Organe zu entnehmen. Andererseits machte mir Gott in der Nacht nach meiner Entscheidung,

einen „hirntoten“ Patienten für die Organentnahme freizugeben, deutlich, dass für ihn der „Hirntote“ nicht tot war. Mir wurde bewusst, dass ich den leiblichen Tod eines mir anvertrauten Patienten, überhaupt eines Menschen veranlasst hatte. Vor Gott war das Tötung.

So kollidiert also der Wunsch des Spenders, ggf. nach seinem „Hirntod“ aus christlicher Nächstenliebe seine Organe an seinen Nächsten weiterzugeben, wer auch immer das ist, mit meiner Verantwortung als Arzt vor dem Gebot Gottes „Du sollst nicht töten“. Kein Arzt kann gezwungen werden, eine Organentnahme bei einem „Hirntoten“ vorzunehmen, wenn es seinem Gewissen widerspricht.

Wenn es nach diesem Einschreiten Gottes in meine ärztliche Entscheidung bei späteren gleich gelagerten Situationen auch zu gelegentlich sehr ernststen Auseinandersetzungen mit anderen ärztlichen Mitarbeitern und meinen Vorgesetzten kam, so schützte mich doch die in Artikel 4 des deutschen Grundgesetzes zugesicherte Gewissensfreiheit. Hier sehe ich eine weitere Gefahr in der geplanten Widerspruchslösung, sie hat einen gewissenseinschränkenden Charakter.

Grundsätzlich sollte jeder, der ernsthaft aus christlicher Nächstenliebe seine Organe nach seinem „Hirntod“ weitergeben will, dieses mit Gott absprechen. Gott wird ihm antworten.

Zur zweiten Bibelstelle „Größere Liebe ...“: Hier spricht Jesus von sich selbst. Diese Aussage von Jesus hat eine so große Bedeutung, dass man sie als Erstes in ihrem Zusammenhang sehen sollte, denn die Aussage zielt auf den Opfertod Jesu am Kreuz für uns Menschen, damit wir erlöst zu Gott kommen können.

Beim Gebrauch dieser Bibelstelle ist zu beachten, dass der „Hirntote“ per Definition als Toter gesehen wird und somit aus der Sicht der Befürworter nicht „sein Leben hingeben“ kann. Auch spricht Jesus von „seinen Freunden.“ Dabei ist zu bedenken, dass niemand, der der Weitergabe seiner Organe nach dem „Hirntod“ zustimmt, weiß, an wen die Organe weitergegeben werden, es ist extrem unwahrscheinlich, dass sie an die Freunde des „Hirntoten“ gelangen.

Der obige Satz Jesu gilt wohl kaum für Menschen, die nicht mehr im vollen Leben stehen und selbst lebenserhaltende Hilfe in Form der künstlichen Beatmung und Medikamente bzw. Infusionen benötigen. Jesus hat auch nicht den Rest seines Lebens am Kreuz dahingegeben, sondern sein volles Leben.

Dieser Satz Jesu würde in einer Interpretation zugunsten der Organspende nach dem „Hirntod“ mit anderen Aussagen der Bibel kollidieren (s. die weiteren Ausführungen). Am ehesten ist der Satz auf eine extreme Situation anzuwenden, in der sich z. B. ein Mensch in den Schuss auf eine andere Person wirft, um sie zu schützen und dabei stirbt.

Nun zur dritten, mir nach Vorträgen oft genannten Bibelstelle „Umsonst habt ihr empfangen ...“: Hier spricht Jesus wiederum zu seinen Jüngern. Im Satz davor fordert er sie auf „Heilt Kranke, weckt Tote auf, reinigt Aussätzige, treibt Dämonen aus“ (Mt 10, 8a). Um das zu können, haben die Jünger den Auftrag und die Fähigkeiten dazu von Jesus umsonst empfangen, daher sollen die Jünger diese umsonst geben, d. h. einsetzen. So sagt Jesus im nächsten Satz (V. 9): „Verschafft euch nicht Gold noch Silber noch Kupfer in eure Gürtel“. Die Jünger sollen sich also kein Geld für diese Einsätze geben lassen.

Wenn man diese Bibelstelle mit der Organspende nach „Hirntod“ verknüpfen will, ist zu bedenken, dass wir von Jesus teuer erkaufte wurden (1Kor 6,20). Jesus starb für uns am Kreuz für unsere Sünden, damit wir wieder Zugang zu Gott und ewiges Leben haben. Dieses Leben haben wir also gerade nicht umsonst empfangen, es hat Jesus alles gekostet! Die Gaben aber, die wir umsonst empfangen haben, sollen wir umsonst weitergeben.

Ist Organspende eine echte Spende?

Wie gerade zitiert, sind wir von Jesus teuer erkaufte und gehören nicht uns selbst, wie es zuvor in Vers 19 heißt. So verstanden gehören auch

nicht Teile des Körpers, die Organe, uns selbst. Man kann ehrlicherweise auch nicht etwas spenden, was einem nicht selbst gehört. Man kann nicht in den Geldbeutel eines anderen greifen, 100 Euro herausnehmen und sie für einen guten Zweck spenden. Das würde heftigen Protest des Besitzers hervorrufen. Das wäre keine eigene Spende.

So erscheint der Begriff der „Organspende“ nach der obigen Bibelstelle unangebracht bzw. nicht richtig: Denn da wir teuer erkaufte wurden, uns also nicht selbst gehören, sondern Gott, können wir auch nicht ein Organ spenden, das uns nicht selbst gehört. Wir sind zwar Nutzer unserer Organe, und sie sind uns als Besitz von Geburt bis zum Tode gegeben, aber wir sind nicht ihre Eigentümer!

Wenn überhaupt, müssten wir also den Herrn unseres Lebens, unseres Körpers, den Eigentümer unserer Organe, nämlich Jesus Christus fragen, ob er einverstanden ist, wenn wir z. B. eine Niere weitergeben möchten. Und der potentielle Empfänger der Niere müsste Jesus (als Herrn des Lebens) fragen, ob er einverstanden ist, dass in seinen Körper, der nicht ihm, sondern Gott dem Schöpfer gehört, ein fremdes Organ hineindarf. Wir stellen ja auch nicht einfach unser Auto in die Garage eines anderen, ohne ihn zu fragen.

Wir Menschen achten im Allgemeinen sehr genau darauf, was uns gehört und was nicht. Wir glauben aber, dass Gott, dem alles gehört und der von sich sagt, dass er ein eifernder, ein eifersüchtiger Gott ist (2Mo 20,5), den Begriff „Organspende“ mit unseren verkehrten Eigentumsvorstellungen übersieht oder überhört, weil es nach unserem Willen gehen soll.

Menschliches Empfinden für den Zustand des Todes

Für viele ist das Thema „Organspende und Hirntod“ gedanklich weit weg, viele möchten sich auch nicht damit beschäftigen, weil es mit dem Tod zu tun hat. Für viele ist es auch ein wenig unheimlich, weil man irgendwie, vielleicht instinktiv spürt, dass es eigentlich unmöglich ist, den

Tod neu zu erfinden. Normalerweise meint jeder erwachsene Mensch beurteilen zu können, wann jemand tot ist.

Was sagt die Bibel zur Endlichkeit des Lebens?

Auch wenn es viele Menschen nicht akzeptieren wollen: das irdische Leben ist endlich. Diese Gedanken bestimmen die Menschheit von Anfang an. So sagt schon Mose vor über 3000 Jahren in Psalm 90, 12: „Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden“ und König David in Psalm 39, 5 „Aber Herr, lehre doch mich, dass es ein Ende mit mir haben muss und mein Leben ein Ziel hat und ich davon muss“ (nach der Luther-Bibel).

... zur Transplantationsmedizin?

Kann sie überhaupt etwas dazu sagen, denn die Bibel ist uralt und die Transplantationsmedizin ist recht jung? Erstaunlicherweise findet sich eine sehr klare Aussage über göttliche Transplantation in Hesekiel 36,26: „Und ich will euch ein neues Herz und einen neuen Geist in euch geben und will das steinerne Herz aus eurem Fleisch wegnehmen und euch ein fleischernes Herz geben“. Diese verblüffende Transplantation geschieht immer auf der Welt, wenn ein Mensch Jesus sein Leben anvertraut und sein ichbezogenes Leben aufgibt. Sie ist völlig unblutig, frei von Nebenwirkungen, kein anderer Mensch außer Jesus musste dafür sterben und dieser Mensch lebt mit diesem neuen Herzen nicht nur ein paar Jahre länger, sondern in Ewigkeit.

Ansonsten kann man in der Bibel keine Aussagen über Transplantationen finden.

... über Leben und Organe?

Aber man findet Aussagen der Bibel zu bestimmten Begriffen wie Leben, Tod, Herz, und Nieren, mit Hilfe einer Konkordanz, einer Art Stichwortverzeichnis zur Bibel.

So findet man zum Begriff „Herz“ viele Bibelstellen, darunter Jeremia 4, 19: „Mein Herz pocht mir im Leibe“, in einer anderen Übersetzung heißt es: „Es tobt in mir mein Herz“. Der Prophet Jeremia konnte also schon vor 2600 Jahren das Pochen in seinem Körper seinem Herzen zuordnen und er verband auch richtig seine Aufregung mit dem heftigen Herzschlag. Das Herz wird oft in den „Sprüchen Salomos“ erwähnt und man findet erstaunliche Aussagen: „Das Herz des Verständigen sucht Erkenntnis“ und: „Das Herz des Menschen plant seinen Weg“ (Spr 15,14; 16,9). Es heißt hier nicht: „Der Kopf (oder gar „das Gehirn ...“) des Verständigen bzw. des Menschen ...“, sondern: „Das Herz ... sucht Erkenntnis bzw. plant seinen Weg“.

... zu Herz und Nieren?

„Auf Herz und Nieren prüfen“ ist ein geflügeltes Wort, das aus der Bibel stammt (Ps 7,10; Jer 11,20; Offb 2,23). Dabei ist es wichtig, die gelegentliche Überheblichkeit hinter sich zu lassen, indem man denkt, dass die Bibel nur aus alten Erzählungen bestünde oder, dass die Menschen zur Zeit der Bibel noch nicht wussten, dass man zwischen den Organen Herz und Nieren sowie einer gefühlsmäßigen oder geistlich-seelischen Bedeutung dieser Körperteile unterscheiden müsse.

Die Menschen hatten in der Antike sehr wohl sehr gute anatomische Kenntnisse durch die Tierschlachtungen und die oft furchtbaren, kriegsbedingten Körperverletzungen, sodass eine Aussage wie: „Ich bin es, der Nieren und Herzen erforscht ...“ (Offb 2,23) nicht eine vage Vorstellung der Menschen über diese Organe ist. Es ist eine Aussage von Jesus, dem Sohn Gottes, dem Schöpfer auch aller Nieren

und Herzen. Jesus bestätigt hier die Aussage von David in Psalm 7, 10: „... der du Herz und Nieren prüfst“ und Jeremia in Kapitel 11, 20: „Aber du, Herr der Heerscharen, der du gerecht richtest, Nieren und Herz prüfst ...“ und sagt auch, wer prüfen und erforschen wird – er selbst.

Liest man die vielen Bibelstellen, in denen das Herz und die Nieren vorkommen, durch, so erhält man für das Herz sowie für die Nieren den Eindruck, dass sie Sitz des Lebens sind, ja manchmal, dass hier der Geist des Menschen sei. Kein Organ wird in der Bibel neben dem Herzen so oft erwähnt wie die Nieren. Die Nieren sind die Organe, die am häufigsten transplantiert werden... Ist das im Willen Gottes?

Vielleicht sind ja die Nieren und das Herz bei Gott mit einem Datenspeicher, vergleichbar einer Festplatte, versehen, worin alle unsere Gedanken, Worte und Taten aufgezeichnet sind. Obiger Satz in Offenbarung 2, 23 geht nämlich weiter mit: „... und ich werde euch einem jeden nach euren Werken geben“. Natürlich ist Jesus Christus alles möglich, auch die Beurteilung eines Menschen mit fremden Organen, aber wenn man diese Aussage auf die Transplantation von Herzen und Nieren überträgt, dann muss man sich zumindest fragen, ob die Verpflanzung eines Herzens oder der Niere mit der gespeicherten Chronik des einen Menschen in einen anderen Menschen im Sinne Gottes ist und er dieses gut und richtig findet.

Man erhält vielleicht aus diesem Blickwinkel eine Ahnung davon, dass es zu offensichtlichen und häufigen Wesens- und Gewohnheitsänderungen beim Empfänger eines fremden Organs kommen kann (siehe Abschnitt über Organ-Transplantations-Psychiatrie).

„Ich nehme meine Organe ja nicht mit in den Himmel“

Dieser Satz ist eine häufige Begründung für Organspende nach dem „Hirntod“. Wir wissen nicht, wie wir im Himmel aussehen werden, aber Paulus macht im 1. Korintherbrief Andeutungen. In Kapitel 15,40 heißt

es: „Und es gibt himmlische Körper und irdische Körper“ und weiter in Vers 44: „Es wird gesät ein natürlicher Leib und wird auferstehen ein geistlicher Leib. Gibt es einen natürlichen Leib, so gibt es auch einen geistlichen Leib“. Es ist nicht anzunehmen, dass Gott sich eine ganz neue Anatomie für den geistlichen Leib ausgedacht hat. Man kann sich denken, dass er den irdischen Leib auf für uns nicht vorstellbare Weise unverweslich macht. Das kann man zumindest aus dem gleichen Kapitel 15 in Vers 42 herauslesen: „... es wird gesät verweslich und wird auferstehen unverweslich“.

Gott ist souverän. Er kann alles, weil er Gott ist. Er konnte überhaupt etwas so unglaublich Differenziertes wie den Menschen in Existenz bringen. Es wird oft eingewandt: Und wie geht Gott mit den im Krieg zerfetzten Leibern von Menschen um? Wenn ich glaube, dass Gott einfach Gott ist, so wird er auch für diese Problematik eine Lösung haben.

Paulus wünscht uns: „Er aber, der Gott des Friedens, heilige euch durch und durch; und euer Geist ganz samt Seele und Leib müsse bewahrt werden unversehrt, unsträflich auf die Ankunft unseres Herrn Jesus Christus“ (1Thess 5,23). Noch wichtiger als eine korrekte Anatomie ist Gott offenbar, dass unser Geist, unsere Seele und unser Leib untadelig bewahrt werden.

Die Bedeutung des Blutes in der Bibel

Wichtige Aufschlüsse über die Sicht der Bibel zu verschiedenen Aspekten in der Transplantationsmedizin gibt 3. Mose 17, 11. Dort steht: „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“.

Bezogen auf die Fragen, wann der Mensch tot ist, wann nicht und wann noch nicht, heißt das, dass der Mensch so lange lebt, wie das Blut in seinen Adern fließt. Das ist eine erstaunlich moderne Definition für die Unterscheidung von Leben und Tod: Solange das Herz schlägt, fließt das Blut, und so lange hat der Mensch einen Blut-

kreislauf mit Blutdruck und Puls. Wenn das Herz über eine gewisse Zeit stillsteht, fließt das Blut nicht mehr. Als Resultat gibt es keinen Blutdruck und Puls mehr. Wenn Ärzte diesen Menschen nicht mehr wiederbeleben können, d. h. das Herz nicht mehr so zum Schlagen bringen, dass das Blut wieder durch den Körper fließt, muss dieser Mensch für tot erklärt werden. Diese lange Ausführung ist in dem kurzen Bibelwort „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“ sehr prägnant zusammengefasst.

Die Bibel sieht also den Tod des Menschen damit definiert, dass das Herz als die „Blutpumpe“ nicht mehr schlägt.

In obiger Bibelstelle heißt es nicht „Des Fleisches Leben ist in seinem Gehirn“. Nun könnte man sagen, dass die Menschen zur Zeit der Bibel noch nicht das Gehirn bzw. seine Bedeutung kannten. Aber: Die Ärzte der Pharaonen saugten nach dem Tod eines Pharaos diesem das Gehirn im Rahmen der Einbalsamierung heraus. Menschen enthaupteten den Feind und aßen das Gehirn. In der Bibel findet man keine Stelle, in der es um das Gehirn als Lebenszentrum geht.

Wenn man in der Konkordanz unter dem Stichwort „Verstand“ sucht, findet man viele Bibelstellen. In einer heißt es „Verlass dich auf den Herrn von ganzem Herzen und verlass dich nicht auf deinen Verstand“ (Spr 3,5). Letztlich kennt Gott, der die Bibel hat schreiben lassen, exakt die Bedeutung des Gehirns, denn er hat dieses großartige Organ selbst geschaffen. Hätte er dem Gehirn die überragende Bedeutung gegeben, wie wir Menschen es ihm meist, und oft unbedingt, zuerkennen, so hätte er es in der Bibel auch so beschreiben lassen. Gott hat aber nicht dem Gehirn, sondern dem Herzen eine besondere Bedeutung gegeben, und zwar sowohl als Organ als auch in übertragener Bedeutung als geistiges Entscheidungszentrum in uns.

Je mehr man Bibelstellen über den Verstand, das Herz und die Nieren vergleicht, hat es den Anschein, als würde der Verstand, das Gehirn im optimalen Fall dem Herzen zuarbeiten und das Herz diese Informationen in seine Entscheidungen integrieren. Jedenfalls ist das Gehirn

aus der Sicht der Bibel nicht der „Gesamtintegrator aller Leistungen“, wie es das „Hirntod“-Konzept der Harvard-Kommission von 1968 beschreibt.⁸⁷

Nach der Bibel hat im Übrigen kein Körperteil eine größere Bedeutung als ein anderer. Das wird ausführlich in 1. Korinther 12 ab Vers 14 beschrieben. Und es wird ausdrücklich der Kopf erwähnt: „Es kann das Auge nicht sagen zu der Hand: Ich bedarf deiner nicht; oder wiederum das Haupt zu den Füßen: Ich bedarf euer nicht“ (V. 21). Nach der Bibel ist es sicher nicht richtig, dem Kopf, d. h. dem Gehirn, eine überragende Rolle in der Frage von Leben und Tod zuzuordnen.

Dieses spiegelt sich durchaus im allgemeinen gesellschaftlichen Empfinden wider, dass der Mensch mehr ist als sein Gehirn. Mit den Erklärungen zur Definition des „Hirntodes“ wird der Mensch existenziell auf sein Gehirn reduziert. Auch das mag ein Grund sein, weshalb so viele Menschen Vorbehalte gegenüber einer Organspende bei „Hirntod“ haben.

Wo wohnen Seele und Geist?

Wo sitzt die Seele des Menschen? Ist sie im Gehirn? Wo wohnt der Geist? Im Gehirn? Das sind hochgeistige Fragen, mit denen sich Ärzte nicht beschäftigen wollen. Sie wollen helfen und nicht philosophieren. Aber Ärzte haben die neue Definition des „Hirntodes“ als Tod des Menschen beschlossen, und so müssen sie sich diesen Fragen stellen. Denn wenn die Seele und insbesondere der Geist in das Gehirn verortet werden können, ist ein sehr starkes Argument für die Berechtigung gegeben, den Menschen als tot zu betrachten, wenn sein Gehirn tot ist. Ist aber der Ort von Geist und Seele nicht definitiv beweisbar im Gehirn, dann entfällt ein wesentlicher Grund zur Behauptung, der „Hirntod“ sei der Tod des Menschen.

⁸⁷ s. Fußnote 2

In einer gemeinsamen Erklärung zu „Organspende und Hirntod“ stellen die Bischofskonferenz der katholischen Kirche und der Rat der Evangelischen Kirche Deutschlands fest: „Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden“.⁸⁸

Woher wissen die Theologen, dass der Geist körperlich, also physisch an das Gehirn gebunden ist? In der gesamten Erklärung dieser führenden Theologen findet sich an keiner Stelle ein Beweis für diese Aussage. Neurochirurgen, die tagtäglich im Gehirn operieren, sagen, dass sie den Geist und die Seele dort nicht gefunden haben. Sind beide im Herzen? Herzchirurgen sagen, sie haben sie dort nicht gefunden. Abgesehen davon, dass die Kollegen recht haben, denn es gehört zur Charakteristik von Seele und Geist, dass sie nicht physisch greifbar sind, wird mit dem Beschluss der Kirchenführer in der „Hirntod“-Debatte allgemein so gesprochen, als sei der Sitz des Geistes und der Seele des Menschen im Gehirn lokalisiert.

In Berichten von Menschen mit Nahtoderlebnissen fällt immer wieder auf, dass sie nachträglich genau sagen können, was mit ihnen geschah.

Besonders eingehend haben sich Dr. Sam Pernia, ein Intensivmediziner an einem New Yorker Hospital und andere amerikanische Kollegen mit diesen Phänomenen befasst.⁸⁹ Man befragte Patienten, die „hirntot“ waren, die aber wiederbelebt werden konnten, was sie in dieser Zeit erlebten. Einzelne sagten, dass sie sahen, wie man sie behandelte. In dieser Zeit war bei ihnen auch im EEG (Elektroenzephalogramm) keine Gehirnaktivität nachweisbar. Wie ist das möglich?

Mit dem EEG werden nur Gehirnaktivitäten von Arealen, die in der Nähe zu den Ableitungsstellen liegen, aufgezeichnet, also Groß- und Kleinhirnrinde. Tiefliegende Hirnstrukturen werden damit kaum er-

⁸⁸ s. Fußnote 3

⁸⁹ Spiegel im Gespräch mit Sam Parnia: Der Tod ist umkehrbar, Der Spiegel Nr. 30/2013, 27.07.2013, S. 96–97

fasst. Dr. Pernia wollte zeigen, dass „Hirntote“ zumindest eine gewisse Zeit noch nicht ganz tot sind. Zieht man zur Erklärung der Nahtodberichte die Bibel zu Rate, was Sam Pernia nicht tat, dann stößt man auf die Aussage: „... da bildete Gott, der Herr, den Menschen ... und hauchte in seine Nase Atem des Lebens; so wurde der Mensch eine lebende Seele“ (1Mo 2,7). Hier steht, dass der Mensch eine lebende Seele wurde (hebräisch: nephesch = Leben des Individuums, die Seele). Nicht sein Gehirn, nicht sein Herz oder ein anderer Teil des Menschen wurde eine lebende Seele, sondern der ganze Mensch.

Die Seele ist demnach im Menschen von Kopf bis Fuß. Professor Dr. Thomas Fuchs, Psychiater und Philosoph, drückt es so aus: „Ich bin eine Person und kann denken und fühlen. Das sind Fähigkeiten des gesamten Organismus, nicht nur eines Teilorgans. Der Mensch denkt, nicht das Gehirn“.⁹⁰ Auf der Suche nach dem Wohnort der Seele im Menschen kommen wir wieder auf die Bibelstelle: „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“.

Lebenszeichen der „Hirntoten“

Wenn man bedenkt, dass die immunologischen Systeme im Wesentlichen im Blut lokalisiert sind und dass auch beim „hirntoten“ Patienten diese einwandfrei arbeiten, können wir auch durch folgende Gedanken dem Ort der Seele näherkommen:

Wenn man beim „hirntoten“ Patienten eine Infusionsnadel aus dem Arm zieht, bleibt nicht etwa ein Loch zurück wie bei einer Leiche, sondern diese Wunde schließt sich wieder. Also ist auch die Wundheilung intakt. Die Wundheilung wiederum ist eng mit der Körperabwehr, dem immunologischen System, verknüpft. Beim „hirntoten“ Patienten gibt es bis zum Schluss Reaktionen gegen fremde Eiweiße und fremde Blutgruppen. Diese Reaktionen sind Fähigkeiten der Körperabwehr. Der

⁹⁰ Thomas Fuchs: Freiheit, Hirnforschung, StZ Nr. 163, 17. Juli 2012, S. 28

Körper kann somit bis zu seinem Ende zwischen „fremd“ und „körperigen“ unterscheiden. Insoweit hat er bis zum Schluss erkennbar ein „Ich“ in sich, da er diese Unterscheidungsfähigkeit besitzt.

Wenn der Körper bis zu seinem Ende noch ein „Ich“ in sich hat, besitzt er also eine Individualität, eine lebende Persönlichkeit mit Geist und Seele und ist nicht tot. Der „hirntote“ Patient bzw. nach neuer Definition der Patient mit einem „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ ist somit eine, wenn auch reduziert, lebende Person.

Zum Wesen von Geist und Seele gehört, dass sie physisch, materiell nicht definierbar sind. Deshalb können sie mit naturwissenschaftlichen Methoden auch nicht zu einem Ort gehörig bestimmt werden. Da der Geist und die Seele nicht an das Gehirn gebunden sind, entfällt die wesentliche Begründung für die Behauptung, der „Hirntod“ sei der Tod des Menschen.

Biblich gedeutet hat die Seele, „des Fleisches Leben“, im Blut einen Hauptwirkungsort. Vielleicht hat Gott auch deshalb dem immunologischen System einen so hohen Stellenwert gegeben. Es ist daher gut, daran zu erinnern, dass wir dieses System nach Möglichkeit nicht durch Immunsuppressiva in der Transplantationsmedizin unterdrücken sollten.

Auffallend oft werden neben dem Herzen gerade die Nieren in der Bibel so beschrieben, als wenn von der Persönlichkeit, dem Geist des Menschen gesprochen wird. So in Psalm 26, 2: „Prüfe mich, Herr, und erprobe mich, erforsche meine Nieren und mein Herz“.

So kann man mit biblischem Verständnis den Ort des Geistes am ehesten im Bereich des Herzens und der Nieren vermuten. Es ist jedenfalls vermessen zu behaupten, dass der menschliche Geist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden sei, noch dazu, ohne es zu beweisen, wie dies etliche geistliche Leiter deutscher Kirchen und Gemeinden taten.⁹¹

⁹¹ s. Fußnote 3

In Jesaja 37, 36b lesen wir: „Und als man früh am Morgen aufstand, siehe, da fand man sie alle tot, lauter Leichen“. Die Bibel sagt also sehr klar und schlicht, was sie unter tot versteht: Tot ist man, wenn man eine Leiche ist.

Zusammenfassend muss leider gesagt werden, auch wenn es einer weithin menschlich verbreiteten Vorstellung von christlicher Nächstenliebe widersprechen mag: Die Entnahme der lebensentscheidenden Organe, insbesondere des Herzens aus einem Patienten mit „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ ist finale Tötung des Patienten. Und Gott ist in seinem Wort, der Bibel, eindeutig: „Du sollst nicht töten“ (2Mo 20,13).

Verhängnisvoller Bund mit dem Tod

Beim Lesen in der Bibel stieß ich auf Jesaja 28, 15: „Denn ihr sagt: Wir haben einen Bund mit dem Tod geschlossen und mit dem Scheol einen Vertrag gemacht ..., denn wir haben Lüge zu unserer Zuflucht gemacht und in Trug uns geborgen.“ Entspricht diese Stelle nicht unserer Situation in Deutschland im Hinblick auf das Transplantationsgesetz mit dem „Hirntod“? Wir haben das Transplantationsgesetz geschaffen und darin neu definiert, wann ein Mensch tot ist, wir haben also einen Bund mit dem Tod geschlossen. Und dieser Bund gründet, wie in der Bibelstelle beschrieben, auf einer Lüge: Ein Mensch wird für tot erklärt, obwohl er nicht tot ist.

Dieser „Bund mit dem Tod“ ist wie gesagt von der evangelischen und katholischen Kirche in 1990 bestätigt worden mit den Worten: „Der Hirntod ist gleich dem Herztod der Tod des Menschen“. In der damals von der Glaubenskommission der Bischöfe unter Leitung des Mainzer Kardinals Karl Lehmann erstellten Handreichung „Hirntod und Organspende“ heißt es, dass der Hirntod im Sinne des Ganzhirntodes nach heutigen Erkenntnissen das beste und sicherste Kriterium für die Feststellung des Todes eines Menschen darstelle. Potenzielle Organspender könnten zu Recht davon ausgehen, „dass sie zum

Zeitpunkt der Organentnahme wirklich tot und nicht nur sterbend sind“. (Siehe Fußnote 3)

Diese Ausführungen wurden in einer neuerlichen Handreichung von der Deutschen Bischofskonferenz nochmals bekräftigt.⁹²

Falsche Hirten?

Die Kirchenführer haben in ihrer vermeintlichen Kenntnis des Wortes Gottes den Tod neu definiert, wohl übersehend, dass eine Entscheidung über Leben und Tod Gott allein zusteht. Dieses Vorgehen erinnert daran, dass in der Bibel oft vor falschen Hirten gewarnt wird. So z. B. in Jeremia 50, 6: „Mein Volk war eine verloren gehende Schafherde: Ihre Hirten leiteten sie irre auf verführerische Berge“.

Besonders Personen oder Personengruppen, denen Autorität gegeben ist, stehen in der Gefahr zu verführen, denn man glaubt und vertraut ihnen in besonderem Maße. Patienten vertrauen den Ärzten, Transplantationsmediziner vertrauen der Autorität der Kirche.⁹³ Jesus warnt uns mehrfach, z. B. im Matthäus-Evangelium Kap. 24, 4: „Seht zu, dass euch niemand verführe“. Und Jesus allein ist der gute Hirte (Joh 10,1).

Wir sind entsprechend 1. Timotheus 2, 2 aufgerufen, für unsere Obrigkeit zu beten. Möge Gott unserer Regierung und unseren Kirchenführern zeigen, dass sie mit der Neu-Definition des Todes einen Grundpfeiler der Schöpfungsordnung Gottes ablehnen und für nichtig erklären. Möge er ihnen helfen, diese neue Todesdefinition wieder rückgängig zu machen und den Bund mit dem Tod wieder für ungültig zu erklären. Gott sei ihnen gnädig und uns allen.

Paulus mahnt in 2. Timotheus 3, 13: „Böse Menschen und Betrüger aber werden zu Schlimmerem fortschreiten, indem sie verführen und

92 Hirntod und Organspende, Die deutschen Bischöfe, Glaubenskommission Nr. 41, 27. April 2015, S. 19

93 U. Baureithel, A. Bergmann: s. Fußnote 19

verführt werden“ und in 2. Timotheus 4, 3: „Denn es wird eine Zeit sein, da sie die gesunde Lehre nicht ertragen, sondern nach eigenen Lüsten sich selbst Lehrer aufhäufen werden, weil es ihnen in den Ohren kitzelt und sie werden die Ohren von der Wahrheit abkehren und sich zu den Fabeln hinwenden“.

Allgemein durch die öffentliche Transplantationseuphorie, beginnend mit der ersten Herzverpflanzung in Südafrika, und speziell durch die Harvard-Kommission, ist unsere Gesellschaft verführt worden, denn man kämpft gegen den Tod und meint, ihn durch Ersetzen kranker Organe zu besiegen. So findet ein Kampf gegen die von Gott gesetzte Lebensbefristung statt.

Biblicher Ruf zur Wahrheit

Die geistige und geistliche Verführung kann die Gefahr in sich bergen, dass Gott diesem Treiben nicht mehr zusieht, sondern handelt. Darauf weist uns Paulus in seinem 2. Brief an die Thessalonicher, Kap. 2, ab V. 10 hin: „... dafür, dass sie die Liebe der Wahrheit zu ihrer Errettung nicht angenommen haben, sendet ihnen Gott eine wirksame Kraft des Irrwahns, dass sie der Lüge glauben ...“.

Diese Aussage passt nicht mit der allgemeinen Vorstellung vom „lieben Gott“ zusammen. Was bedeutet in der obigen Bibelstelle der Begriff: „Liebe der Wahrheit“? In Johannes 14, 6 sagt Jesus von sich als Person, dass er „der Weg, die Wahrheit und das Leben“ ist. So kann man also für „Liebe der Wahrheit“ „Liebe von Jesus“ setzen. Fügen wir dieses in die obige Bibelstelle, so heißt es jetzt: „... sie haben die Liebe von Jesus zu ihrer Errettung nicht angenommen“.

Wenn diese Verdeutlichung des Wortes Wahrheit richtig ist, führt das Nichtannehmen der Liebe Jesu eines Tages faktisch zu „Irrwahn“, nämlich: „dass sie der Lüge glauben ...“.

Gottes Wort sagt uns auch, wie wir stattdessen Weisheit erlangen – in Johannes 14, 21–22 heißt es: „Wer meine Gebote hat und hält sie, der

ist es, der mich liebt. Wer mich aber liebt, der wird von meinem Vater geliebt werden, und ich werde ihn lieben und mich ihm offenbaren.“

Die betreffenden Weisen in anerkannten Gremien unserer Gesellschaft können daher z. B. auch der Lüge verfallen, dass ein „hirntoter“ Mensch schon tot wie eine Leiche sei – und das auch noch in vermeintlich bester menschlicher Absicht; und mit ihnen die Gesellschaft, die ihnen folgt und ihnen teils blind glaubt.

Die folgenden Gedanken erscheinen vielleicht sehr hoch, abstrakt oder fromm. Da es sich hier aber um eine Entscheidung über Leben und Tod und eine Fehlentwicklung in der Gesellschaft handelt, ergibt sich die Frage, wie wir aus den Konsequenzen dieser Entscheidung und Fehlentwicklung wieder herauskommen.

Umkehr zu Gott

Gehen wir noch einmal zurück: Dieser von Gott gesandten „Kraft des Irrwahns“ kann man mit menschlichen Möglichkeiten nicht mehr entkommen. Nur die persönliche Umkehr, die Bitte um Gnade bei Jesus, unserem Fürsprecher vor dem allmächtigen Gott kann uns vor seiner vernichtenden Kraft bewahren. „Lass mich umkehren, damit ich umkehre, denn du Herr, bist mein Gott“ sagt Ephraim in Jeremia 31, 18, worauf Gott in Vers 20 antwortet: „Ich muss mich über ihn erbarmen, spricht der Herr“.

Die Umkehr hin zu Gott wird in der Bibel wieder und wieder als die einzige aber auch als die grandiose Möglichkeit beschrieben, zurück unter den Schutz Gottes zu kommen. Dieses geistliche Grundprinzip der Heilsgeschichte Gottes mit uns Menschen kann man vom Anfang der Bibel bis zu ihrem Ende erkennen. Als Gläubige sind wir aufgerufen, für unsere Regierung, unsere Parlamente, die Bundesärztekammer, die Pharmaindustrie, auch für die Verantwortlichen und Betroffenen im Zusammenhang mit „Hirntod und Organspende“ zu beten, d. h. vor Gott einzutreten.

Offenbar sieht Gott in der Transplantationsmedizin erhebliche Gefahren für unsere moralische Integrität und will auch daher nicht, dass wir diesen Zweig der Medizin betreiben. Oft wird mir nach Vorträgen gesagt, dass die Transplantationsmedizin doch im Willen Gottes sein müsse, da er uns Menschen die Möglichkeiten und Fähigkeiten dazu gegeben habe. Darauf ist zu erwidern: Wir haben auch die Möglichkeit und Fähigkeit zu lügen, zu stehlen und zu töten.

Gott hat uns zu vielem die Möglichkeiten und Fähigkeiten gegeben, wir sollen sie aber in Verantwortung vor ihm bedenken und erst dann einsetzen. Er hat uns aber auch einen freien Willen gegeben, weil er uns liebt. Wenn sein Wille und unser Wille übereinstimmen, segnet Gott unser Handeln, meistens über die Maßen.

Der Vergleich mit einem anderen Gebiet der Medizin fällt auf: Gott hat uns die Möglichkeit und Fähigkeit gegeben, gentechnologische Veränderungen an seiner Schöpfung vorzunehmen. Es ist sehr die Frage, ob das im Willen Gottes ist. Bis zur Abfassung dieser Schrift waren sich Ärzte, Theologen, Ethiker und Juristen weltweit einig, gentechnologische Eingriffe an den menschlichen Keimzellen abzulehnen. Gleichermaßen sollten es die gleichen Berufsgruppen ablehnen, dass Organentnahmen am sterbenden Menschen durchgeführt werden.

Gott haut nicht gleich mit der Faust auf den Tisch, sondern entscheidet zu seiner Zeit.

Folgerungen für Politik, Kirche und Gesellschaft

Nach vielen Überlegungen zum geistlichen Hintergrund von Organspende und „Hirntod“ folgen nun einige Bemerkungen zu konkreten medizinischen Problemen. Zum einen beziehe ich mich auf die Ausführungen zum Abschnitt „Krankheitsgründe für „Organbedarf“. Dazu gibt es in 2. Mose 23, 25 eine auch für Gesundheitspolitiker interessante Aussage: „Und ihr sollt dem Herrn, eurem Gott dienen: so wird er dein Brot und dein Wasser segnen und ich werde alle Krankheit aus deiner

Mitte entfernen“. Offenbar bedeutet das: Wenn wir Gott dienen, uns an seine Ordnungen und Gebote halten, dann wird er alle Krankheit aus unserer Mitte nehmen. Eine großartige Zusage.

Das heißt umgekehrt auch: Soweit wir auf Gott nicht hören bzw. ihm dienen wollen, nicht so leben, wie er es für uns gedacht hat, werden wir leibliche und seelische Krankheiten in unserer Mitte haben und Gott wird sie nicht entfernen.

Kein Wunder, dass wir daher auch so viele Ärzte brauchen ... Gottes Wort kündigt uns an, dass wir alle Arten von Krankheiten bekommen können, also auch die im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin relevanten Erkrankungen – wie Geschlechtskrankheiten, Krebs durch Rauchen und Alkohol, Leberkrankheiten durch Alkohol, Herzkrankheiten durch Rauchen und „zu gut leben“ d. h. zu viel Essen und Trinken und aus diesen Gründen auch Nierenkrankheiten.

Natürlich haben Rauchen, zu hoher Alkoholkonsum, außerehelicher Verkehr, zu viel Essen und Trinken oft naheliegende menschliche Gründe. Bei alledem liegt es in der Verantwortung des Einzelnen, wie er mit seinem Körper umgeht, und dazu macht die Bibel vielfach klare Aussagen.

Zum Zweiten beziehe ich mich auf die Ausführungen zum Abschnitt: „Wirkungen im Charakter durch Fremdorgane“.

Die sehnsüchtigen Gedanken und Äußerungen von Patienten, die auf ein Organ hoffen, erinnern an 2. Mose 20, 17, wo es heißt: „Du sollst nicht das Haus deines Nächsten begehren. Du sollst nicht begehren die Frau deines Nächsten, noch seinen Knecht, noch seine Magd, ... noch irgendetwas, was deinem Nächsten gehört.“ Es ist das 10. Gebot. Wenn es heißt: „noch irgendetwas“, dann bedeutet das auch, dass man auch nicht Herz, Lunge, Leber etc. begehren soll. Offenbar haben die Schuldgedanken und die Identitätskrisen vieler Patienten nach einer Transplantation mit dem Konflikt mit diesem Gebot zu tun.

Noch deutlicher wird Habakuk 2, 6b. Dort heißt es: „Wehe dem, der sein Gut mehrt mit fremdem Gut – wie lang wird’s währen?“ Diese Stelle versteht man zunächst als eine Warnung vor dem Stehlen, wir wissen aber nicht, ob Gott diese Stelle nicht auch als relevant für die Transplantationsmedizin ansieht. Jedenfalls währt die Lebensdauer der meisten Transplantate oft nicht mehr als 10 Jahre.

Das vielschichtige Auftreten diverser Nebenwirkungen erinnert an Gottes Wort in Römer 1,24: „Darum hat Gott sie dahingegeben ...“. Ist es keine Torheit von uns Ärzten zu meinen, wir könnten die Menschen neu zusammensetzen und die biologischen Ordnungen Gottes außer Kraft setzen? Gott hat uns einen freien Willen gegeben. Wenn dieser nicht mit seinem übereinstimmt, warnt Gott uns etliche Male, weil er weiter als wir sieht und es gut mit uns meint. Wenn wir dennoch weitermachen, muss Gott uns schlussendlich in die Konsequenzen dahingeben. Das gilt allgemein und hier wird es in den teils massiven Nebenwirkungen und Folgen der immunsuppressiven Medikamente deutlich.

Auch der weltweite Organhandel mit seinen schrecklichen Entwicklungen zeigt⁹⁴, dass Gott uns in die Folgen der Transplantationsmedizin, insbesondere seit Einführung des „Hirntodes“ dahingegeben hat. Die Geister, die wir damit riefen, werden wir nicht mehr los. Es hat den Anschein, als ob wir sie nicht nur nicht loswerden, sondern dass sie das Ruder der Transplantationsmedizin übernommen haben. Sie treiben uns zu immer neuen Auswüchsen. Diese Entwicklung zeigt sich mit der Einführung des „non-heart-beating donor“-Konzepts und der schon in den meisten Ländern gültigen Widerspruchslösung.

Immer wieder wird mir nach Vorträgen die Frage gestellt, wer daran interessiert ist, dass die Transplantationsmedizin mit dem wohlklingenden Stichwort „Organspende“ so regelmäßig, so intensiv in den Blickpunkt des gesellschaftlichen Interesses gebracht wird.

94 idea Spektrum Nr. 23, 5. Juni 2019, S. 12

Vordergründig scheint es, dass es die Politik, die Medien, die Pharmafirmen, die relativ wenigen Patienten und die Transplantationsmediziner sind, die dieses Thema hochhalten; langsam muss man sich aber fragen, ob es nicht dämonische Kräfte sind, die uns alle mit dem Thema „Hirntod“ und Organspende vor sich herjagen.

Mit diesen Überlegungen ist niemand der oben genannten Beteiligten entschuldigt – sie sollen aber einige Konsequenzen aufzeigen, wenn Menschen sich dafür entscheiden, einen Bund mit dem Tod einzugehen.

Im Wort Gottes gibt es somit Aussagen, die auf die Transplantationsmedizin angewendet werden können, auch wenn es diese zur Zeit der Abfassung der Bibel noch nicht gab.

Zusammenfassung

Diese Schrift soll zum einen aufzeigen, welche Vorstellungen hinter der Organspende allgemein und insbesondere hinter der Organspende nach dem „Hirntod“ stehen.

Diese Vorstellungen sind nicht Vorstellungen geblieben, sondern Feststellungen geworden. Im Jahr 1990 stellte die katholische Bischofskonferenz mit dem Rat der EKD in der gemeinsamen Erklärung zur Organspende fest: „Der Hirntod ist wie der Herztod der Tod des Menschen“ und „Der ... menschliche Geist ist körperlich an das Gehirn gebunden“.

In den Richtlinien zur Transplantationsmedizin stellte die BÄK fest: „Der Hirntod (Anm.: seit 2015 definiert als der irreversible Hirnfunktionsausfall) ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen“.⁹⁵ Die Richtlinien wiederum wurden Grundlage des Transplantationsgesetzes von 1997.

Die Feststellung der Ärzteschaft ist keine umfassende, sondern lediglich eine naturwissenschaftlich-medizinische Aussage zum Tod des Menschen. Sie spiegelt damit auch nur ein bestimmtes, materiell-physisch geprägtes Weltbild wider. Wie ich oben ausführte, ist sie darüber hinaus nicht in allen Teilen beweisbar und inkomplett, d. h. sie ist eine pseudonaturwissenschaftliche, pseudomedizinische Feststellung, eine Fiktion.

Die Feststellung der erwähnten geistlichen Leiter ist eine absolute Aussage mit entsprechend massivem Gewicht, geistlich fragwürdig – und medizinisch-biologisch falsch, zudem unbewiesen.

Sowohl die Ärzteschaft als auch die Theologen haben festgelegt, wie der Tod des Menschen zu sehen sei. Beide Gruppen sind berufsbedingt besonders autorisiert, Aussagen zu Leben und Tod abzugeben. Dieser Sicht haben sich die Politik, die Medien und weite Teile der Bevölkerung

angeschlossen, denn nach Umfragen sind über 80 % der Deutschen für eine Organspende nach ihrem Tod.

Gleichzeitig zeigen andere zitierte Umfragen, dass 40 % d. h. fast die Hälfte der Bevölkerung einschließlich derer, die einen Organspendeausweis ausgefüllt haben, völlig konträre Vorstellungen gegenüber den vorgegebenen Feststellungen der Ärzteschaft und der Kirchenführer zum „Hirntod“ haben.

Das zeigt auf, dass diese beiden Berufsgruppen kraft ihres Amtes und ihrer hohen Reputation in die Bevölkerung eine neue Sicht des Todes des Menschen eingepflanzt haben, sodass die Bevölkerung fast nur über das „Für“ der Organspende informiert wird und nicht auch über das „Wider“.

Wir haben uns in unserer Wissenschafts- und Autoritätsgläubigkeit eine Sicht über den Tod einimpfen lassen, die der Empfindung und Erfahrung der Menschen widerspricht, dass ein Mensch erst dann tot ist, wenn er eine Leiche ist. Das Verhalten der beiden Berufsgruppen kommt einer Verführung gleich.

Die Umdeutung in den „Hirntod“ als den Tod des Menschen trägt stark zweckgerichtete (utilitaristische) Züge, und dieses für ca. 10 000 Menschen von ca. 80 Millionen der deutschen Bevölkerung. Für die Wünsche dieser Patienten wurde eigens ein Gesetz, das Transplantationsgesetz, eingeführt. Die Maßnahmen für diese kleine Patientengruppe werden immer radikaler und finden ihren vorläufigen Höhepunkt in der geplanten Widerspruchslösung.

Ich hatte die Vorstellungen der Ärzteschaft und der Theologen über den neuen Tod des Menschen kritiklos übernommen, bis mir Gott alles in Frage stellte. Seither ist es mir wichtig, sowohl medizinisch als auch geistlich aufzuzeigen, dass die bisherige Definition weiter Gültigkeit hat, dass der Mensch tot ist, wenn er eine Leiche ist.

⁹⁵ s. Fußnote 59

Anhang

Fragen, die häufig gestellt werden:

Wie ist die Blutspende einzuordnen?

Rein medizinisch ist die Blutspende eine Lebendspende, d. h. der Spender stirbt nicht nach der Entnahme. Der Empfänger benötigt im Gegensatz zu Organspenden keine Medikamente, um die Abwehr des empfangenen Blutes zu unterdrücken. Die Blutzellen des Spenders bleiben nicht wie die Organzellen bestehen, sondern sie werden, wie auch im eigenen Körper nach Tagen und Wochen abgebaut und sind dann nicht mehr existent. Der Empfänger der Blutspende hat also nicht permanent eigene und fremde Blutzellen in sich.

Dennoch gilt auch hier der Satz: „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“ (3Mo 17,11). Mit der Blutspende wird somit Leben übertragen.

Die Blutspende ist bei den Zeugen Jehovas verboten. Eher stirbt der Patient, und das kann auch ein Kind sein, als dass eine Notfalltransfusion erfolgen darf. Genannte Glaubensgemeinschaft handhabt dieses Verbot streng.

Es ist zu fragen, ob hier nicht die obige Aussage der Bibel zum Gesetz erhoben wird. Jesus selbst sagt zu einem klaren Gebot wie dem dritten Gebot: „Denke an den Sabbattag, um ihn heilig zu halten ... du sollst an ihm keinerlei Arbeit tun“, daraufhin z. B. in Matthäus 12, 12: „... also ist es erlaubt, an den Sabbaten Gutes zu tun.“ Jesus hebt die Bedeutung des Sabbats nicht auf, sondern zeigt, als Herr über den Sabbat, in allen Beispielen, dass es nicht um die starre Einhaltung eines Gebotes geht. Ihm geht es um das Leben mit einem Gebot in der Verantwortung vor Gott. Eine Blutübertragung geschieht in einer Notlage. In dem Bewusstsein, dass „des Fleisches Leben im Blut ist“ und der Verantwortung vor Gott ist eine Blutübertragung grundsätzlich zu bejahen.

Wie ist die Knochenmarktransplantation zu beurteilen?

Bei der Knochenmarktransplantation wird dem Spender unter lokaler Betäubung Knochenmark z. B. aus dem Beckenkamm gesaugt. Es ist also eine Lebendspende. Im Knochenmark befinden sich die Stammzellen, aus denen sich die Blutzellen entwickeln. Über Reinigungsverfahren werden diese Stammzellen herausgefiltert und dem Empfänger wie bei einer Bluttransfusion weitergegeben. Heutzutage werden die Stammzellen meist direkt aus dem Blut des Spenders gewonnen, was für diesen noch weniger belastend ist. Die Stammzellen des Spenders wandern in das Knochenmark des Empfängers und beginnen dort, Blutzellen wie vorher im Spender zu bilden. Es breiten sich also Blutzellen des Spenders im Empfänger aus.

Beispielsweise wird ein Patient wegen einer bösartigen Blutkrankheit wie einer akuten Leukämie vor der Knochenmarktransplantation bewusst mit Chemotherapie und Bestrahlung so stark behandelt, dass sich im Knochenmark des Patienten keine bösartigen Blutzellen mehr bilden können. Dadurch bilden sich aber auch keine normalen Blutzellen mehr. Diese Situation wird mit der Knochenmarktransplantation überbrückt, und die Ärzte hoffen, dass sich als erstes die Blutzellen des Spenders im Patienten ausbreiten, danach die gesunden Blutzellen des Patienten langsam wiederkommen und sich dann vor allem keine bösartigen Zellen mehr entwickeln. Wenn sich die gesunden Blutzellen des Patienten wieder bilden, merken sie allmählich, dass unter ihnen auch fremde Blutzellen – die des Spenders – fließen.

Wie bei der Blutspende werden die fremden Blutzellen nach einiger Zeit abgebaut, aber da jetzt im Knochenmark auch fremde Stammzellen vorhanden sind, wird auch das fremde Blut ständig nachgebildet. Das bewirkt, dass sich das Blut des Empfängers gegen das fremde Blut wehrt. Diese Abwehr kann nur mit den oben genannten Immunsuppressiva unterdrückt werden.

Erstaunlicherweise muss diese Behandlung nicht wie bei der Trans-

plantation von Organen ein Leben lang durchgeführt werden, sondern irgendwann toleriert das Patientenblut das Spenderblut. Aber ein Leben lang wird dieser Patient zwei Blutgruppen haben: Seine eigene und die des Spenders. Der Fachausdruck hierfür heißt „Chimäre“, er kommt aus dem Griechischen und heißt Mischwesen.

Wenn die bösartige Krankheit nicht mehr wiederkommt, wird der Patient nach einigen Jahren auch keine erneute Knochenmarktransplantation wie bei den Organtransplantationen benötigen. So gesehen ist die Knochenmarktransplantation eine besondere Transplantation mit vielen positiven Aspekten. Gemessen an dem Satz aus der Bibel: „Des Fleisches Leben ist in seinem Blut“ sind im Blut des Patienten einmal das Leben des Patienten und gleichzeitig ein Teil des Lebens des Spenders. Auch für diese Situation gilt, als Spender und als Empfänger Gott zu fragen, ob er mit der Knochenmarktransplantation einverstanden ist.

Wie hängen Patientenverfügung und Organspende zusammen?

Mit einer Patientenverfügung will man normalerweise erreichen, dass (ab einem bestimmten Punkt einer Erkrankung) keine lebensverlängernden Maßnahmen (mehr) durchgeführt werden sollen. Diese Verfügung ist für Situationen gedacht, in denen der Patient bewusstlos ist, eine dauerhafte künstliche Ernährung und oft auch künstliche Beatmung benötigt und keine Aussicht auf ein positives Ende der Abhängigkeit von dieser medizinisch-technischen Behandlung besteht.

Diese gängige Patientenverfügung schließt damit eine Organspende nach festgestelltem „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ d. h. „Hirntod“ aus. Denn wie oben ausgeführt, würde bei „Hirntod“ die Behandlung vollständig fortgesetzt werden, d. h. die künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, Infusionen etc.

In letzter Zeit rückten bei der Suche nach geeigneten Organspendern nach „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ zunehmend Patienten mit Patientenverfügungen in den Fokus des Interesses, da unter ihnen durchaus Patienten sind, denen man die Organe entnehmen könnte, wenn nicht ihre Patientenverfügung dagegenstünde. Daher hat man besondere sprachliche Konstrukte in Vordrucke von Patientenverfügungen eingebracht, um lebensverlängernde Maßnahmen speziell zum Zwecke der Organentnahme zu ermöglichen.

Eigentlich wird mit dem Zusatz der Organspende nach dem „Hirntod“ die Patientenverfügung ihres Sinns und Zwecks entleert und zeigt die Begriffsverdrehung und -verwirrung und Skrupellosigkeit mancher Bereiche der Transplantationsmedizin. Formulierungsvorschläge im Internet behaupten: „Patientenverfügung und Organspende sind kein Widerspruch“, so Thomas Beck, kaufmännischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).⁹⁶ Dagegen spricht die BZgA im Abschnitt über „Patientenverfügung und Organspende“ von einem Widerspruch. Es erhebt sich die Frage, inwieweit der Unterzeichnende überhaupt die Bedeutung seiner Patientenverfügung überschaut.

Widerspruchsmöglichkeiten im Ausland

In den meisten europäischen Ländern um Deutschland herum und auch in den USA gilt bereits die Widerspruchslösung. Ein deutscher Urlauber muss sich also dessen bewusst sein, dass ihm z. B. im Falle eines Unfalles mit „Hirntod“ die Organe entnommen werden dürfen. Die Angehörigen können sich nicht darauf berufen, dass in Deutschland die Widerspruchslösung nicht gilt. Um einer solchen Situation vorzubeugen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. In deutschsprachigen Ländern gilt, wenn man im deutschen Organspendeausweis die Alternative „nein“ ankreuzt. Darüber hinaus gibt es für Österreich ein

⁹⁶ DSO: Patientenverfügung und Organspende kein Widerspruch, ÄrzteZeitung online, 04.07.2008

Widerspruchsregister in Wien.⁹⁷ Ferner gibt es die Möglichkeit, im Internet unter www.organspende-aufklaerung.de einen „Nichtorganspendeausweis“ zu bestellen, ebenso wird unter dem Stichwort „Nichtorganspendeausweis in mehreren Sprachen“ ein Organspendeausweis von der BZgA in 28 Sprachen angeboten, in dem man in der jeweiligen Sprache mit „nein“ ankreuzen kann.

⁹⁷ Adresse: Gesundheit Österreich, GmbH, Widerspruchsregister, Stubenring 6, A-1010 Wien,
E-Mail: wr@goeg.at

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Am J Transplant	American Journal of Transplantation
Am Intensive Care	American Journal of Intensive Care
APuZ	Aus Politik und Zeitgeschichte
BÄK	Bundesärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
d. h.	das heißt
DSO	Deutsche Stiftung Organspende
dt.	deutsch
Dtsch Med Wochenschr	Deutsche Medizinische Wochenschrift
et al.	und andere
etc.	et cetera (und so weiter)
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
GZSO	Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende
ggf.	gegebenenfalls
HLA	Histo-Lymphozytäres Antigenesystem
MBZ	Marburger Bund Zeitung
RP online	Rheinische Post online
sog.	sogenannt
StZ	Stuttgarter Zeitung
u. a.	unter anderem
WAZ	Westdeutsche Allgemeine Zeitung
z. B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

Heftreihe

Biblisch lehren · glauben · leben

- Heft 1: Georg Löb, „Eine Verheißung für das Alter“
(Großdruck, 48 Seiten)
- Heft 2: Georg Löb, „Getröstet im Leid“
(Großdruck, 64 Seiten)
- Heft 3: Richard Becker und Lienhard Pflaum,
„Der rettende Glaube“ (Großdruck, 48 Seiten)
- Heft 4: Georg Löb, „Das „Dennoch“ des Glaubens“
(Großdruck, 48 Seiten)
- Heft 5: Lienhard Pflaum, „Einer ist euer Meister“
(Großdruck, 48 Seiten)
- Heft 6: Joachim Ulmer,
„Beerdigung oder Kremation“ (12 Seiten)
- Heft 7: Thomas Zimmermanns,
„Christ und Politik“ (40 Seiten)
- Heft 8: Peter Beck
Organspende und der neue Tod (96 Seiten)

Bestellung bei:

Pfr. Willi Baumgärtner
Maulbronner Straße 19
76646 Bruchsal-Helmsheim
Telefon: 0 72 51/4 40 57 12
E-Mail: wb251256@web.de

oder:

Ortwin Blum
Hauffstraße 4
75391 Gechingen
Telefon: 0 70 56/9 20 90
Fax: 0 32 22/4 35 70 08

Spendenkonto bei Sparkasse Rastatt
Empfänger: Ausblick und Ausblick
IBAN: DE86 6655 0070 0000 0784 85
Verwendungszweck: Schriftendienst

Spätestens seit der ersten Herzverpflanzung 1967 in Kapstadt wurde die Transplantationsmedizin zu einem weltweit vorrangigen Anliegen „gesellschaftlichen Fortschritts“. Verschiedene Politiker und Medien betreiben dies aktiv, gilt es doch, „kostbares Leben zu retten“, wie es heißt, quasi als moralische Verpflichtung. Wenn schon ein Mensch ohnehin „hirntot“ sei, sollten doch wenigstens seine sonstigen Organe dazu dienen, Leben zu erhalten. Durch eine solche „Organspende“ würde ja auch „Schöpfung bewahrt“... Doch was will unser Schöpfer? Und ist ein hirntoter Mensch wirklich tot?

Damit zusammenhängende Fragen medizinisch und geistlich zu beleuchten, ist Anliegen dieser Schrift. Der Autor hält seit etlichen Jahren entsprechende Fachvorträge. Er ist Facharzt für Innere Medizin, Nephrologie und Immunologie, war Transplantationsmediziner und über 20 Jahre Chefarzt einer Medizinischen Klinik und Intensivstation. Als Mediziner und Christ stellt er uns in allgemeinverständlicher Form wesentliche Fakten und Erfahrungen vor, ohne unsere ganz persönliche Entscheidung vorwegzunehmen. Möge dieses Heft vielen zum Segen werden!

Dr. theol. Lothar Gassmann