

Thema: „Organspende“



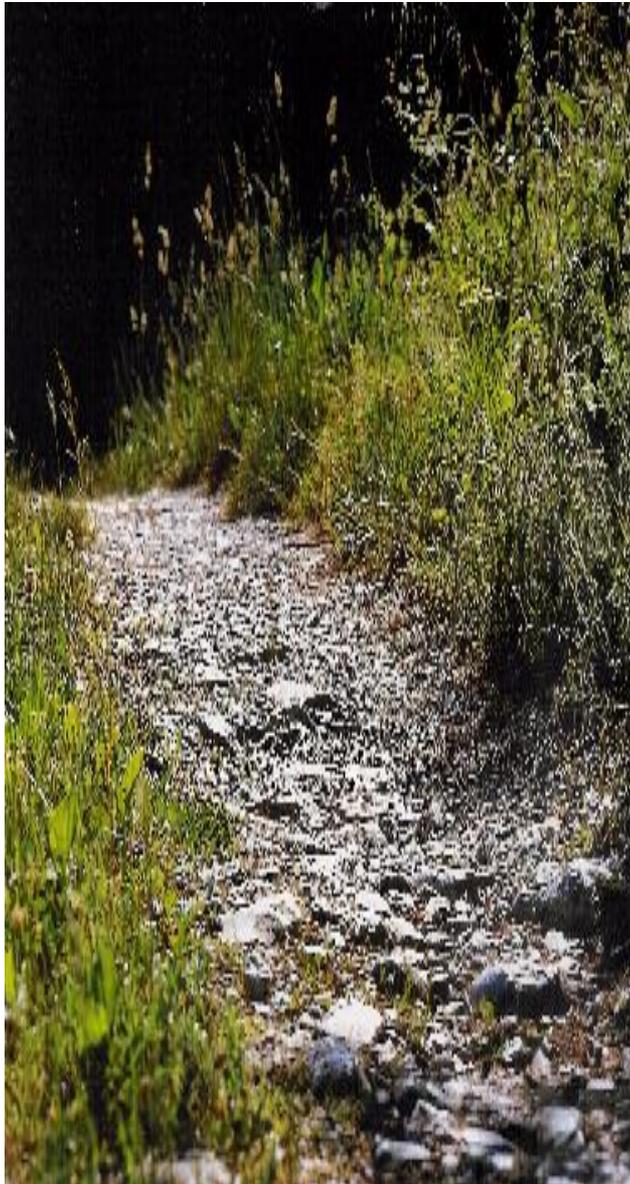
1

Zum Transport
,Mausklick' oder ,Scrollen'

Jedem Tod geht ein Sterben voraus

Diese Präsentation möchte sich dem Thema „Organspende“ in einer zwar kritischen, aber dennoch objektiven Haltung annähern und den Blick ganz bewusst auch auf jene ethischen Grauzonen lenken, die zwischen der Diagnose „Hirntod“ und dem tatsächlichen Todesereignis liegen.



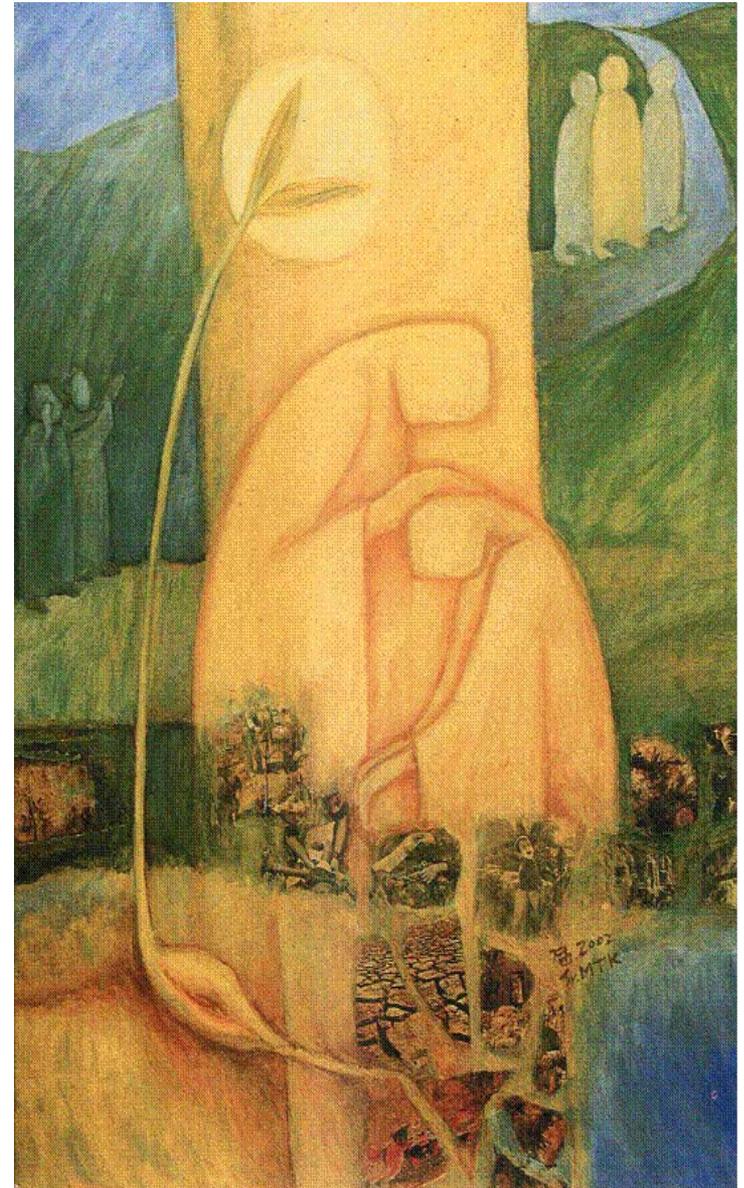


Verlauf

- 1 Einführung in das Thema
(PowerPoint-Präsentation)
- 2 Gruppengespräche (je 3 Personen)
- 3 Reflexion in gemeinsamer Runde

Einführung

- 1 Begriffe
- 2 Definitionen
- 3 Verlautbarungen der DSO
(Deutsche Stiftung für Organtransplantation)
- 4 Veröffentlichungen der KAO
(Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.)
- 5 Auszüge aus Recherchen und Betrachtungen zur „Hirntodproblematik“
(Anton Graf von Wengersky)
- 6 Organspendeausweis und LIFECARD (= Nichtspendeausweis)



1 Begriffe

Organspende

- Lebendspende
- Totspende / Postmortale Organspende

Transplantation

- Organexplantation
- Organimplantation

Transplantations- gesetz

- Zustimmungslösung
- Entscheidungslösung
- Widerspruchslösung

1 Begriffe

Todes- definitionen

- Klinischer Tod
- Hirntod / Individualtod
- Biologischer Tod

Todes- zeichen

- Sichere Todeszeichen
- Unsichere Todeszeichen

Todes- wahrnehmung

- Todesereignis (Außenansicht)
- Todeserlebnis (Innenansicht)
- Todesgrenze
- Nahtod

1 Begriffe

Homo Sapiens

- Individuum
- Mensch
- Person

Ganzheitlichkeit/ Holismus

- Anthropologischer Holismus
- Ganzheitliche Pflege

Utilitarismus

- Ethik vom größtmöglichen Nutzen

Zustimmungslösung (1997 – 31.10.2012)

2 Definitionen

Das **Transplantationsgesetz (TPG)** regelt seit 1997 in der BRD die Zulässigkeit von Organspenden, sowohl beim Lebenden als auch beim Verstorbenen. Es gilt die **erweiterte Zustimmungslösung**, d. h. ohne Zustimmung des Spenders oder der nächsten Familienangehörigen (im Falle des Hirntodes) ist eine Organentnahme nicht zulässig.

Entscheidungslösung (seit 01.11.2012)

Die Organspende-Reform ist seit 1. November 2012 in Kraft: Von diesem Jahr an werden Krankenkassen und andere Stellen alle Bürger ab 16 Jahren regelmäßig zu Fragen der Organ beziehungsweise Gewebespende und Transplantation aufklären und sie schriftlich dazu befragen, ob sie Organspender sein wollen.

Die **Entscheidungslösung** modifiziert die bisherige erweiterte Zustimmungslösung. Danach muss der Verstorbene zu Lebzeiten einer Organentnahme zugestimmt haben, zum Beispiel per Organspendeausweis. Liegt keine Zustimmung vor, können Angehörigen an seiner Stelle über die Entnahme entscheiden.

Widerspruchslösung

Umstrittener Begriff in der politischen Debatte, da er dem Staat quasi ein legales Zugriffsrecht auf die Organe seiner Bürger einräumt, wenn diese sich nicht explizit dagegen entschieden haben.

Der klinische Tod ist gekennzeichnet von einem völligen Kreislaufstillstand.

Folgende „**unsichere Todeszeichen**“ sind charakteristisch:

- Fehlen von Atmung,
- Herz-Kreislauf-Stillstand,
- kein Carotispuls (Carotis = Halsschlagader),
- maximale Pupillenerweiterung, fehlende Pupillenreaktion,
- fehlende Reflexe,
- Muskelatonie,
- Blässe bis Blaufärbung der Haut und der Schleimhäute,
- Abnahme der Körpertemperatur.

Entscheidend ist, dass innerhalb der Wiederbelebungszeit eine Reanimation noch gelingen kann. Mit Wiederbelebungszeit meint man das Zeitintervall zwischen dem Herz-Kreislauf-Stillstand und dem Eintritt irreversibler Organschädigung infolge des Sauerstoffmangels. Von allen Organen weist das Gehirn mit drei bis fünf Minuten die kürzeste Wiederbelebungszeit auf.

Mithilfe intensivmedizinischer Maßnahmen kann die Lungen- und Kreislauffunktion noch lange aufrecht erhalten werden. Aus diesem Grund wurde der Begriff „Hirntod“ eingeführt. Dabei wird das Eintreten des Todes als irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen definiert.

Die klinischen Zeichen des Hirntods sind:

- Koma,
- Ausfall der Spontanatmung,
- Lichtstarre beider Pupillen,
- Fehlen der Hirnstammreflexe.

Der Hirntod darf bescheinigt werden, wenn zwei unabhängige Untersucher die Befunde bestätigt haben und die Zeichen mindestens 12 Stunden vorhanden sind. In der Regel werden Zusatzuntersuchungen wie das EEG (Elektroenzephalogramm = misst die Hirnströme) eingesetzt. Ist der Hirntod festgestellt, so darf die Intensivtherapie abgebrochen werden (↪ um den Sterbeprozess palliativ begleiten zu können)

Individualtod (nach DocCheck[®] Flexikon)

Hirntod bzw. **Individualtod**: Er tritt ein, wenn alle Hirnfunktionen irreversibel ausgefallen sind. Mittels medizinischen Apparaten gelingt es noch, Herz-, Kreislauf- und Lungenfunktion langfristig aufrechtzuerhalten. Er wird durch den Organtod des Gehirns terminiert und ist damit identisch mit dem Tod des Individuums (Individualtod).

Auf den klinischen Tod folgt in der Regel der biologische Tod.

Alle Organ- und Zellfunktionen sind nun irreversibel erloschen.

Der biologische Tod ist durch die **sicheren Todeszeichen** gekennzeichnet, die in folgender Reihenfolge auftreten:

Totenflecke, die auch als Leichenflecke oder Livores bezeichnet werden:

Sie treten nach ca. 20 – 30 Minuten durch Absinken des Blutes auf. Sie bilden sich in den tiefer liegenden Körperregionen (Hände, Füße, Rücken).

Totenstarre, die auch als Leichenstarre oder Rigor mortis bezeichnet wird:

Sie beginnt etwa nach zwei bis vier Stunden, ist nach sechs bis acht Stunden vollständig ausgeprägt und löst sich nach zwei bis drei Tagen von selbst. Sie wird durch den Zerfall von ATP (Adenosintriphosphat; universelle Energieeinheit des Körpers) erklärt. Die Aktin- und Myosinfilamente (Bestandteile der Muskeln) können nicht mehr getrennt werden.

Autolyse (= Selbstauflösung): Der Körper zersetzt sich durch körpereigene Enzyme und die Tätigkeit von Bakterien. (☞ Leichengeruch)

Sichere Todeszeichen (nach WIKIPEDIA)

Im Allgemeinen reichen die *sicheren Todeszeichen* zur Feststellung des eingetretenen Todes aus. Diese können in frühe und späte Zeichen unterteilt werden.

Frühe Veränderungen

Totenflecke (Livores) mit Auftreten etwa 20–60 Minuten p.m. (post mortem, das heißt nach Eintritt des Todes)

Totenstarre (Rigor mortis, Leichenstarre), beginnend mit der Kaumuskulatur und in der weiteren Folge zu den unteren Gliedmaßen absteigend. Wichtig ist die chronologische Reihenfolge, da gleichzeitiges Erstarren der Muskulatur bspw. auch bei Unterkühlungen auftreten kann.

Späte Veränderungen

Zersetzung, meist zusammen mit chemischer Verwesung, bakterieller Fäulnis und Autolyse durch körpereigene Enzyme der Leiche.

Besiedelung durch Fliegen - und Käfermaden, Ameisen oder Leichenfraß durch Ratten, Füchse oder Fische. Dies kann zusammen mit der Zersetzung bis zur Skelettierung führen.

Unsichere Todeszeichen (nach WIKIPEDIA)

Unsichere Todeszeichen sind all diejenigen Erscheinungen, die auch bei lebenden Individuen angetroffen werden können, andererseits zwangsläufig p.m. auftreten.

- fehlende Atmung
- fehlender Puls
- Bewusstlosigkeit
- Abkühlung des Körpers (bei entsprechender Umgebungstemperatur),
- Hautblässe
- komplette Lähmung aller Muskeln mit fehlenden Pupillenreflexen und sonstiger
- Areflexie
- Hornhauttrübung

Individuum (nach WIKIPEDIA)

Ein **Individuum** (lateinisch individuum = ‚Un teilbares‘, ‚Einzelding‘) ist ein Ding, eine Entität oder einzelnes Seiendes, insofern es von Gegenständen klar unterschieden werden kann, d. h. insofern Identitätskriterien angegeben werden können.

Der Ausdruck „Individuum“ wird insbesondere auf Menschen angewendet, um sie als moralische Subjekte, d. h. als Träger von Rechten, Verantwortungen und Pflichten zu kennzeichnen. In diesem Sinn wird statt von „Individuen“ auch von „Personen“ geredet. Bei Personen werden zudem *individuelle Eigenschaften*, Interessen und Besonderheiten von denen der Bevölkerungsgruppe (Gemeinschaft, Gesellschaft, Kollektiv) der sie entstammen, abgegrenzt und als subjektive Elemente der Persönlichkeit der Individualität zugerechnet.

Mensch (nach WIKIPEDIA)

Der **Mensch** (*Homo sapiens*) ist innerhalb der biologischen Systematik ein höheres Säugetier aus der Ordnung der Primaten (Primates). Er gehört zur Unterordnung der Trockennasenaffen (Haplorrhini) und dort zur Familie der Menschenaffen (Hominidae).

Von maßgeblicher Bedeutung für die Menschwerdung sind Wechselwirkungen zwischen genetischen, zerebralen, ökologischen, sozialen und kulturellen Faktoren. Zu den charakteristischen Merkmalen menschlichen Daseins gehören das Angewiesen sein auf mitmenschliche Zuwendung und Versorgung in einer lang andauernden Kindheit, der Spracherwerb, geistige Anlagen sowie kulturelle und soziale Bindungen. Sein Bewusstsein erschließt dem Menschen unter anderem eine zeitliche und geschichtliche Dimension sowie ein reflektiertes Verhältnis zu sich selbst, zu den eigenen Antrieben, Handlungen und ihren möglichen Folgewirkungen. So können sich Menschen auch Fragen stellen, die in grundlegender Weise die eigene Existenz und Zukunft betreffen, etwa nach ihrer persönlichen Freiheit, nach ihrer Stellung in der Natur und ihrem Umgang damit, nach ethischen Grundsätzen menschlichen Zusammenlebens und nach einem Sinn des Lebens überhaupt.

Der Begriff **Person** hat mehrere Bedeutungen:

Person im *soziologischen Sinn* bezeichnet ein Individuum, einen Menschen, der soziologisch verschiedene Rollen einnimmt.

Person im *philosophischen Sinn* wird von manchen als das Wesen des Menschseins vor dem Hintergrund des abendländischen Denkhorizonts gesehen: Dem Menschen als Person wird eine gewisse Freiheit der Entscheidung und Verantwortlichkeit für sein Handeln zugeschrieben. Mit dieser Zuschreibung sind gewisse Rechte (Menschenrechte) und Pflichten verbunden. Andere philosophische Strömungen sehen den Personenbegriff nicht beschränkt auf Menschen.

„Person“ in diesem Sinne wurde in der mittelalterlichen Philosophie dann öfter mit dem Begriff „unsterbliche Seele“ identifiziert. In der christlichen Religion beispielsweise steht der Begriff der Person sogar für eines der zentralen Wesensmerkmale Gottes. In der Philosophie der Neuzeit (Aufklärung) wurde der Begriff Person als eine substantielle Realität vielfältig kritisiert und seine metaphysische Dimension argumentativ bestritten. Seit dem 20. Jahrhundert ist nicht mehr von einer Substanz die Rede, sondern von Personalität im Sinne eines Existenzials.

In modernen philosophischen Strömungen sind Personen die Subjekte der Ethik. Manche Ethiker, so Peter Singer, unterscheiden zwischen Mensch und Person. Diskursethisch lasse sich dies so begründen, dass nur der Mensch als Person gelten kann, der in der Lage ist, sich im Diskurs zu äußern. Kritiker wie Robert Spaemann stellen Singers Unterscheidung zwischen Mensch und Person in Frage, besonders wegen der Graduierungsunmöglichkeit zwischen ‚etwas‘ und ‚jemandem‘; da ihnen die biologische Zugehörigkeit zur Gattung Mensch als alleiniges Kriterium für Personalität gilt. Auch Vertreter des Naturrechts argumentieren, dass dem Menschen – durch seinen Geist – von Anfang an und in allen Situationen (also etwa auch im Koma) das Personsein und damit seine besondere Würde zukomme.

Person im *juristischen Sinn* ist der Oberbegriff für natürliche Personen und juristische Personen. Beide Rechtssubjekte sind Träger von Rechten und Pflichten; ihnen ist kraft Gesetzes Rechtsfähigkeit verliehen. Außerdem wird die Person als (Staats-)Bürger oder Staatsangehöriger, dem juristisch ein bestimmtes verfassungsrechtlich festgelegtes Subjektsein zugeordnet wird, verstanden.

Person darf in diesem Sinn weder mit Persönlichkeit noch mit Individualität verwechselt werden.

Ganzheitlichkeit bzw. Holismus (nach WIKIPEDIA)

Ganzheitliche Medizin oder **Ganzheitsmedizin** bezeichnet Konzepte und Methoden im Bereich der Medizin, die die Natur und den kranken Menschen in umfassenden Zusammenhängen betrachten und behandeln.

Die neueren Konzepte sehen (etwas verallgemeinert) den Menschen als ein strukturiertes, nach außen offenes System, dessen Teile in wechselseitiger Beziehung zueinander, zur Gesamtheit und zur Außenwelt stehen. Faktoren, die hier einwirken, seien die eigene Person (verstanden als Einheit von Körper, Seele und Geist), die soziale Umwelt (Mitmenschen, Gesellschaft), die natürliche Umwelt (Wasser, Boden, Luft, Klima), die künstliche Umwelt (Technik und Wissenschaften) und Übersinnliches (Religion, Glaube).

Holistische Theorien, vertreten die Auffassung, dass die Eigenschaften des Ganzen nicht durch die Eigenschaften der isolierten Teile erklärt werden können und deshalb Ganzheiten zur Erklärung komplexer Systemen herangezogen werden müssen – hier wird der Mensch als „bio-psycho-soziales Wesen“ mit den weiteren „Systembestandteilen (...) Umwelt, Geist / Spiritualität und kosmische Energien sowie (...) entwicklungspezifischen Variablen“ angesehen.

Pragmatischere Betrachtungsweisen versuchen, mehrere Problembereiche mit ihren Verknüpfungen zu sehen und eine einseitige Betonung einzelner Aspekte zu vermeiden.

Utilitarismus (nach WIKIPEDIA)

Der **Utilitarismus** (lat. utilitas, Nutzen, Vorteil) ist eine wertende Form der zweck-orientierten Ethik, die in verschiedenen Varianten auftritt. Neben der Ethik ist er auch in der Sozialphilosophie und den Wirtschaftswissenschaften von Bedeutung. Grundlage für die ethische Bewertung einer Handlung ist das Nützlichkeitsprinzip, die utilitaristische Grundformel und Maxime: „Diejenige Handlung bzw. Handlungsregel (Norm) ist im sittlichen bzw. moralischen Sinne gut bzw. richtig, deren Folgen für das Wohlergehen aller von der Handlung Betroffenen optimal sind.“

“Utilitarismus und allgemeines Moralverständnis“

Vom Standpunkt des Utilitarismus ist Glück das höchste und alleinige Gut. Insofern ist der Utilitarismus eine hedonistische Ethik. Da mögliche Folgen und reale Wirkungen eine zentrale Stelle in der Beurteilung von Handlungen einnehmen, ist der Utilitarismus auch eine konsequentialistische Ethik. Andere ethische Güter wie beispielsweise Gleichheit, Gerechtigkeit, Freiheit oder Tugendhaftigkeit und intuitive Moralvorstellungen haben aus utilitaristischer Sicht keinen Wert an sich. ***Dadurch kann es jedoch zu Situationen kommen, in welcher eine utilitaristische Ethik zu einer Handlung rät, welche von anderen Ethiken als absolut unmoralisch bewertet würden. Die meisten Zurückweisungen des Utilitarismus fußen auf diesem Konflikt. Beispielsweise könnte man für die Folterung oder Tötung eines Individuums argumentieren, wenn sich dadurch Leben retten ließen.***



Aufgaben und Ziele

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) mit Hauptsitz in Frankfurt am Main ist eine gemeinnützige Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist die nach dem Transplantationsgesetz beauftragte Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende in Deutschland. Die DSO ist in sieben Regionen organisiert und beschäftigt mehr als 200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie ist eine der größten nationalen Organspendeorganisationen weltweit.

Ziele der DSO

Unser Ziel ist es, allen Patienten auf der Warteliste die notwendige Transplantation zu ermöglichen.

Wir fördern mit unserer Arbeit die Organspende und setzen uns dafür ein, dass den Patienten möglichst schnell ein passendes Transplantat zur Verfügung steht.

Jedes gespendete Organ bedeutet für einen von derzeit etwa 11.000 Menschen auf der Warteliste die Chance auf ein neues Leben.

Wir vertreten die Interessen der Menschen, die nach ihrem Tod Organe spenden wollen. Wir achten die Würde des Organspenders und begleiten Angehörige bei ihrer Entscheidung zur Organspende.

Die Organspende ermöglicht die Organtransplantation. Niere, Leber, Herz, Lunge, Pankreas und Dünndarm können von einem verstorbenen Spender auf einen Empfänger übertragen werden. Außerdem lassen sich Gewebe wie z.B. Hornhaut oder Knochen verpflanzen. Damit Organe nach dem Tod entnommen werden können, müssen gemäß dem Transplantationsgesetz zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Es muss eine Zustimmung vorliegen und der Hirntod muss eindeutig festgestellt worden sein.

Durch die Organspende gelingt es, schwer kranken Menschen zu helfen, deren eigene Organe versagen – etwa durch einen Unfall oder eine Krankheit. Die Transplantation ist häufig die einzige Therapie, die das Leben dieser Menschen noch retten kann oder deren Lebensqualität deutlich verbessert. Bundesweit stehen etwa 11.000 Patienten auf der Warteliste für eine Transplantation. Doch viele warten vergebens. Täglich sterben statistisch gesehen drei von ihnen, weil für sie nicht rechtzeitig ein passendes Organ verfügbar ist. In Deutschland gibt es einen akuten Organmangel. Laut Umfragen stehen die meisten Bundesbürger der Organspende positiv gegenüber. Aber nur etwa 20 Prozent haben ihre Entscheidung in einem Organspendeausweis festgehalten. In den Krankenhäusern entscheiden in neun von zehn Fällen die Angehörigen über eine Organspende, weil der Verstorbene seine Entscheidung nicht mitgeteilt oder dokumentiert hat. Dies ist für viele Angehörige sehr belastend in einer ohnehin schon schwierigen Situation.

Neben der Spende nach dem Tod ist es möglich, eine Niere oder einen Teil der Leber bereits zu Lebzeiten zu spenden. Nach dem Transplantationsgesetz sind Lebendspenden nur unter nahen Verwandten und einander persönlich eng verbundenen Personen zulässig.

Jeden Tag werden bundesweit etwa elf Transplantationen durchgeführt. Für Patienten, bei denen ein Organ versagt, bedeutet die Transplantation häufig die einzige Chance auf Lebensrettung. Die Behandlungsmethode ist heute ein etabliertes und erfolgreiches Verfahren, so dass die meisten Patienten nach der Organübertragung wieder ein nahezu normales Leben führen können.

Die regelmäßige Einnahme von Medikamenten hilft, die Funktion der Spenderorgane zu erhalten und sie vor körpereigenen Immunreaktionen zu schützen. Die Transplantate, vor allem Nieren und Herzen, bleiben häufig über Jahrzehnte hinweg funktionstüchtig und schenken den Empfängern viele neue Lebensjahre.

Sobald die Transplantationszentren die Spenderorgane in Empfang genommen haben, endet die Aufgabe der DSO im Organspendeprozess. Die DSO wird kurze Zeit später über den Erfolg der Transplantation informiert.

Die Organempfänger haben die Möglichkeit, den Angehörigen des Spenders in einem anonymen Brief über die DSO zu danken.

Das deutsche Transplantationsgesetz (TPG) ist seit 1. Dezember 1997 in Kraft. Im Juli 1997 war es vom Deutschen Bundestag mit einer großen Mehrheit verabschiedet worden.

Es regelt die Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, die nach dem Tod oder zu Lebzeiten gespendet werden.

Das TPG schließt jeden Missbrauch aus und schafft Rechtssicherheit für Spender, Empfänger und alle an der Organentnahme Beteiligten. Es sorgt für Transparenz und Chancengleichheit unter allen Organempfängern, da die Verteilung streng nach bundesweit einheitlichen Richtlinien erfolgt.

Zum 1. November 2012 wurde die bisherige erweiterte Zustimmungslösung durch die Entscheidungslösung ersetzt. Alle Bundesbürger sollen ihre eigene Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende auf Grundlage fundierter Informationen prüfen und schriftlich festhalten. Die Krankenkassen stellen ihren Versicherten dazu alle zwei Jahre einen Organspendeausweis und Informationsmaterial zur Verfügung, verbunden mit der Aufforderung, ihre persönliche Entscheidung schriftlich festzuhalten. Niemand ist jedoch verpflichtet, sich zu entscheiden.

Der Wille des Verstorbenen zu Lebzeiten hat Vorrang. Ist er nicht dokumentiert oder bekannt, entscheiden die nächsten Angehörigen auf der Grundlage des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen.

Bestimmte Organe oder Organteile können bereits zu Lebzeiten gespendet werden. So kann ein gesunder Mensch mit guter Nierenfunktion eine Niere spenden.

Die verbleibende Niere kompensiert den Ausfall. Ebenso kann ein Teil der Leber zur Transplantation entnommen werden.

Das Transplantationsgesetz (TPG) schreibt vor, dass die Transplantation von Organen lebender Spender nur zulässig ist, wenn kein postmortal gespendetes Organ für den Empfänger zur Verfügung steht. ( **Totspende hat somit Vorrang vor Lebendspende**)

Eine Lebendspende muss sorgfältig überdacht werden, da es sich um einen chirurgischen Eingriff an einem gesunden Menschen ausschließlich zum Wohle eines anderen handelt.

Der Eingriff stellt für den Spender ein medizinisches Risiko dar, wenn auch - insbesondere bei der Niere - ein geringes. Eine entsprechende Aufklärung darüber hat zu erfolgen. Auch dürfen Zwang, psychische Abhängigkeit oder finanzielle Anreize keine Rolle spielen.

Der Gesetzesgeber hat mit dem Transplantationsgesetz den rechtlichen Rahmen für die Lebendspende geschaffen. Dadurch wird sichergestellt, dass sie nur auf freiwilliger Basis und mit möglichst geringem medizinischem Risiko für den Spender erfolgt.

Lebendspenden sind nur unter nahen Verwandten und einander persönlich eng verbundenen Personen zulässig.

Die Spende von Organen nach dem Tod ist durch das Transplantationsgesetz (TPG) genau geregelt.

Damit bei einem Verstorbenen Organe entnommen werden dürfen, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

Der Verstorbene oder – stellvertretend – seine Angehörigen müssen in die Organentnahme eingewilligt haben.

Der Hirntod muss nach den Richtlinien der Bundesärztekammer eindeutig festgestellt worden sein.

Als potenzielle Organspender kommen nur diejenigen Verstorbenen infrage, bei denen der Hirntod vor dem Herzstillstand eintritt. Jährlich sterben in deutschen Krankenhäusern rund 400.000 Menschen, davon etwa ein Prozent am Hirntod.

Als beauftragte Koordinierungsstelle für die Organspende organisiert die DSO alle Schritte des Organspendeablaufes von der Mitteilung eines möglichen Spenders im Krankenhaus bis zur Übergabe der Organe an die Transplantationszentren.

Das Transplantationsgesetz (TPG) schreibt in § 3 Absatz 1 die Feststellung des Todes als Voraussetzung für die Organentnahme vor nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Die Bundesärztekammer erstellt Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, die Verfahren und Ablauf genau festlegen (§ 16 Absatz 1).

Als Hirntod wird der Zustand der irreversibel erloschenen Funktionen des gesamten Gehirns, also des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, bezeichnet. Dabei wird durch Beatmung und Medikamente Herz- und Kreislauffunktion des Verstorbenen künstlich aufrechterhalten.

Das Gehirn ist übergeordnetes Steuerorgan aller elementaren Lebensvorgänge. Mit seinem Tod ist auch der Mensch in seiner Ganzheit gestorben.

Der Hirntod des Organspenders muss gemäß § 5 TPG von zwei dafür qualifizierten Ärzten unabhängig voneinander festgestellt werden. Sie dürfen weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe des Organspenders beteiligt sein, noch der Weisung eines beteiligten Arztes unterstehen.

Die Hirntod-Feststellung erfolgt nach einem dreistufigen Diagnoseschema.

Derzeit warten in Deutschland rund 11.000 Patientinnen und Patienten auf ein Spenderorgan, etwa 8.000 auf eine Niere. Es warten etwa dreimal so viele Menschen auf eine neue Niere, wie Transplantate vermittelt werden können. Für Herz und Leber gilt: Einige Patienten müssen wegen schlechten Allgemeinzustandes von der Warteliste genommen werden, andere sterben, weil kein Organ rechtzeitig zur Verfügung steht.

In den deutschen Transplantationszentren werden folgende Organe transplantiert: Niere, Leber, Herz, Lunge, Pankreas und Dünndarm. Dafür werden Wartelisten geführt. Sie registrieren alle Patienten, die ein Organ benötigen und transplantiert werden können. In den Richtlinien der Bundesärztekammer sind für jedes Organ Gründe für die Ablehnung der Aufnahme auf die Warteliste aufgelistet. Wenn gleichzeitig die Indikation zur Durchführung einer zweiten Transplantation vorliegt, gelten die genannten Kontraindikationen nur eingeschränkt.

Die Transplantationszentren geben die erforderlichen Patientendaten weiter an die Vermittlungsstelle Eurotransplant (ET) in Leiden, Niederlande. Die länderübergreifende Kooperation ermöglicht es, in dringenden Fällen möglichst rasch ein lebensrettendes Organ zu finden. Außerdem werden mehr immunologisch „passende“ Organe (Nieren) vermittelt und damit die Erfolgsaussicht erhöht.

Die Vermittlung an deutsche Patienten erfolgt nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. Hierbei stehen Erfolgsaussicht und Dringlichkeit im Vordergrund.

Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V. (KAO) ist eine Initiative, gegründet von Eltern, die ihre verunglückten Kinder zur Organspende freigegeben haben, ohne die Hintergründe zu diesem Zeitpunkt genau genug zu kennen. Erst nachdem unsere Kinder beerdigt waren, haben wir begriffen, wozu wir ja gesagt hatten. Wir haben begriffen, dass lebende Organe nicht von Menschen entnommen werden können, die so tot sind, wie wir es uns vorgestellt hatten. Wir haben unsere Entscheidung daher bitter bereut. Durch unsere Zustimmung waren unsere Kinder in ihrem Sterbeprozess, in dem sie unserer besonderen Liebe bedurften, ungeschützt alleingelassen und einer Organentnahme überantwortet, die uns hinterher wie das Ausschlachten eines Autowracks erschien.

Kritische Informationen über Organtransplantation, Organspende und Hirntod

Ist ein Organspender unmittelbar vor der Organentnahme eine Leiche oder ein Lebender ohne messbare Hirnfunktion? In dieser Frage nehmen Fachleute aus Medizin, Rechtswesen und Theologie gegensätzliche Positionen ein. Das deutsche Transplantationsgesetz hat diesen Konflikt nicht gelöst. Schließlich leben 97% des Organismus zu diesem Zeitpunkt noch. Dieser Tatsache muss sich jeder bewusst sein und sich vor diesem Hintergrund eine eigene Meinung bilden.

Was wir fordern:

Von der Transplantationsmedizin:

anzuerkennen, dass der "Hirntod" keine wissenschaftliche, sondern eine juristische Definition ist, um straffrei Organe entnehmen zu können; offen den Erfolg oder Misserfolg der Transplantationen darzulegen

Von den Kirchen:

den Patienten im Hirnversagen die gleiche Zuwendung zu geben wie anderen Sterbenden; keine Nützlichkeitsabwägungen zu unterstützen

Von der Politik:

die enge Zustimmungslösung einzuführen; jeden Versuch zu bekämpfen, menschliches Leben als Verfügungsmasse zu behandeln

Von uns allen:

die eigene Sterblichkeit zu akzeptieren; sich abzuwenden von einer Medizin, die das Sterben des einen Patienten zur Behandlung eines anderen benutzt.

Was wir erreichen wollen:

Wir wollen der einseitigen Werbung für die Organspende kritische Informationen entgegensetzen. Wir wollen dadurch eine Diskussion in der Gesellschaft vorantreiben, mit Medizinern, Vertretern der Kirchen und der politischen Parteien. Die Menschen benötigen umfassende Informationen, die sie fähig machen, sich eine eigene Meinung zu bilden.

Auf dem Hintergrund der heutigen Praxis der Organtransplantation geht der Autor Anton Graf von Wengersky in drei Schritten zunächst der Frage nach, was wir eigentlich über den Tod und seine Grenzbereiche wissen.

①



②



③





**Unser
Erfahrungswissen
über den Tod**

VON ANTON GRAF
VON WENGERSKY

Die Naturwissenschaft gewinnt ihre Erkenntnis aus der Beobachtung der Fakten. Daraus leitet sie die Naturgesetze ab. Unser Wissen vom Tod des Menschen lässt sich streng naturwissenschaftlich nur unzureichend beschrei-

KIRCHE heute 12/2011

ben. Dennoch müssen wir uns auch hier, wenn wir wissen wollen, was ist, als erstes der Empirie zuwenden, also dem uns Menschen aus dem Umgang mit Sterben und Tod zugewachsenen Erfahrungswissen.

Alle Menschen sterben. Seit es den Menschen gibt. Unser Erfahrungswissen um Sterben und Tod des Menschen basiert also auf einer ungeheuren Faktenfülle und ist darin empirisch bestens abgesichert. Im Fol-

genden möchte ich versuchen, unser Faktenwissen, wie es uns viele Menschen nach ihren Erfahrungen mit Sterbenden und dem eigenen Sterben berichtet haben, unter drei Gesichtspunkten zusammenzufassen: das Todesereignis (Außenansicht), das Todeserlebnis (Innenansicht), die Todesgrenze.

1. Das Todesereignis – Außenansicht des Zuschauers

Es gibt unzählige unterschiedliche Arten des Sterbens, des Todes. Einige Merkmale lassen sich dennoch als allgemein herausdestillieren: Der Leib verliert seinen Halt, der unabgestützte Kopf fällt zur Seite („und er neigte das Haupt und gab seinen Geist auf“ – Joh 19,30), der Atem des Sterbenden erlischt, eine Kommunikation mit dem, der vielleicht gerade noch gesprochen hat, ist nicht mehr möglich. Wo eben noch *Zeichen des Lebens*¹ waren, sind jetzt keine mehr: Der Tod ist eingetreten.

Wichtigste Erfahrung aus der Begleitung Sterbender bis zum Tod ist, dass letztendlich der Schlusspunkt, der Eintritt des Todes des Menschen ein Augenblicksereignis ist, ein Punkt auf der Zeitachse. Wir vermögen für den Tod eine genaue Uhrzeit anzugeben: „Meine liebe Mutter ist in ihrem Lehnstuhl um 15 Uhr 15 gestorben“, so konnte ich es dem Arzt sagen. „Papst Johannes Paul II. ist am 02.04.2005 genau um 21 Uhr 37 gestorben.“ Also: Unser Sterben ist meist ein Prozess, der sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, unser Tod ist im Gegensatz dazu ein Kurzzeitereignis. Dieser Charakter des Todes als nach der Erfahrung der Menschheit zeitlich auf einen Moment komprimiertes Todesereignis ist entscheidend für den korrekten Umgang mit Noch-Lebenden bzw. Schon-Toten und die richtige Einordnung von Aussagen wie: „nach dem Tode“.

2. Das Todeserlebnis – Innenansicht des Sterbenden

Wir verfügen heute über eine Fülle von ärztlich dokumentierten Berichten Sterbender, die schildern, was sie im Tod erlebt haben. Eine der Ursachen dafür ist die Tatsache, dass in den zurückliegenden Jahrzehnten die ärztliche Technik der Wiederbelebung (Reanimation) große Fortschritte gemacht hat. „Wiederbelebung“ bedeutet, das Leben wieder in Gang zu bringen, das Leben in den Körper zurückzubringen. Was berichten uns die von einem solchen Erlebnis Betroffenen?

3. Beidseits der Todesgrenze

Vom Todesereignis wissen wir um dessen Augenblicks-Charakter im Unterschied zu dem meist über einen längeren Zeitraum ausgedehnten Sterbevorgang. Der Tod ist insoweit einem Grenzstein vergleichbar, der das Ende eines Besitzes angibt: Die von Grenzstein zu Grenzstein gezogene Linie ohne geometrische Breite trennt zwei Ländereien oder Länder voneinander, die in der Grenzlinie bruchlos aneinander anschließen. Ebenso gibt es die Todesgrenze, die wir als Lebende nur von ihrer einen Seite kennen, der Seite des Lebens. Aber gibt es überhaupt jenseits der Todesgrenze noch etwas? Gibt es ein „Totenreich“, ein Jenseits und ein Leben im Jenseits? Hat die Menschheit damit Erfahrungen, die wir zur Empirie über den Tod einordnen müssen?

Tatsächlich gehört die Existenz von Geistern zu den uralten Menschheitserfahrungen. Als Geist wird ein Teil eines vordem irdisch existierenden Menschen angesehen, der dessen Tod überdauert hat. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Kontaktaufnahmen von Geistern mit lebenden Menschen ohne deren Zutun und der von lebenden Menschen ausgehenden Totenbeschwörung, die meist der individuellen Kontaktaufnahme mit einem bestimmten Toten dienen soll.

2.1. „Nahtod-Erfahrungen“ (Near Death Experiences = NDE)

Die so genannten „Nahtod-Erfahrungen“ (Near Death Experiences = NDE) sind Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen. Gegenwärtig läuft bei der britischen Universität Southampton die bisher größte internationale Untersuchung zu diesem Thema. Mit ersten Ergebnissen wird für 2012 gerechnet.

- Pamela Reynolds war 35 Jahre alt, als die Ärzte bei ihr ein großes Aneurysma tief im Gehirn entdeckten. Für die notwendige Operation wurde ihr Körper heruntergekühlt, bis das Herz zu schlagen aufhörte und das Gehirn blutleer war. Nach der Operation ins Leben zurückgekehrt konnte sie zutreffend Einzelheiten der Operation und zum Aussehen der zur Schädelöffnung verwendeten Säge („wie eine elektrische Zahnbürste“) sowie Gespräche des Operationsteams wiedergeben. Sie habe auf der Schulter des Chirurgen sitzend der Operation an ihrem leblosen Körper zugeschaut.²



Das Wissen der Ärzte über den Tod

2.1 Der biologische Tod

Die Wissenschaftler weisen uns darauf hin, dass einige Lebensvorgänge durchaus das Todesereignis (oben 1.) überdauern. Erst das Ende aller noch fortdauernder Lebensvorgänge, grob gesagt: das Absterben aller Organe und Zellen des menschlichen Körpers, wird von den Ärzten als der absolute Tod angesehen und von der Wissenschaft als der „biologische Tod“ des Menschen bezeichnet. Von Lebensvorgängen zu unterscheiden sind einzelne Zellfunktionen.

Die Feststellung des eingetretenen biologischen Todes erfolgt aufgrund des Vorliegens der sog. „sicheren Todeszeichen“, wie Totenstarre, Totenflecken, Beginn der Leichenfäulnis. Der Zeitpunkt des Eintretens der sicheren Todeszeichen kann dabei von äußeren Bedingungen abhängig sein, etwa der Umgebungstemperatur.

Von erheblicher Bedeutung ist die Tatsache, dass durch die sicheren Todeszeichen nicht der Eintritt des biologischen Todes als beobachtbares Ereignis festgestellt wird, sondern nur die Tatsache, dass der biologische Tod zu einem bereits zurückliegenden, nur näherungsweise, aber nicht exakt bestimmbareren Zeitpunkt eingetreten sein muss. Es handelt sich also bei der Feststellung des biologischen Todes um eine Todesfeststellung *ex post*, eine Todesfeststellung im Nachhinein.

2.2 Der klinische Tod

Tut ein Sterbender seinen letzten Atemzug, das Herz seinen letzten Schlag, kommt sein Blutkreislauf zum Stillstand, so ist der Tod des Menschen eingetreten. Dabei liegen alle diese Erscheinungen zeitlich eng, innerhalb einer einzigen Minute, beisammen. Diesen Kreislaufstillstand nach Herzstillstand und Ende der Atemtätigkeit bezeichnen die Ärzte als „klinischen Tod“.

Wegen der mit dem klinischen Tod einhergehenden beobachtbaren Erscheinungen wird er gelegentlich auch als „kardiorespiratorischer Tod“ bezeichnet. Diese Bezeichnung des klinischen Todes kann jedoch in die Irre führen. So wird bei einer kombinierten Herz-Lungen-Transplantation nach Entnahme der alten Organe der Kreislauf aufrechterhalten, so dass der Patient auch ohne Herz und Atmung nicht tot ist. Es ist also nicht der Herztod, sondern der Kreislaufstillstand das entscheidende Kennzeichen des „klinischen Todes“.

Im Begriff „klinischer Tod“ wird das Adjektiv „klinisch“ vorangesetzt, um die dem Wort „Tod“ innewohnende Endgültigkeit zu relativieren.

Endgültig ist nach der Erfahrung der Mediziner der im vorigen Abschnitt abgehandelte biologische Tod. Er folgt dem klinischen Tod im Abstand von einigen Stunden nach. Auch der im nächsten Abschnitt 2.3 behandelte Hirntod folgt dem klinischen Tod im Normalfall zeitlich nach und zwar in geringerem zeitlichen Abstand als der biologische Tod. Die zeitliche Erstreckung dieses Nachlaufs des Hirntods nach dem klinischen Tod ist von verschiedenen Umständen abhängig. So kann etwa bei einem Lawinenverschütteten der Hirntod durch Hypothermie zeitverzögert eintreten.

Die Einschätzung des klinischen Todes als nicht endgültig beruht auf den Erfahrungen der Ärzte mit den Möglichkeiten der Reanimation. Die heute ausgefeilten ärztlichen Techniken zur Wiederbelebung können innerhalb einer gewissen Zeitspanne nach dem Eintritt des klinischen Todes Herzschlag, Atmung und Kreislauf wieder in Gang bringen.

Aus diesem Grunde bezeichnen die Ärzte die Kennzeichen des klinischen Todes – also Herzstillstand, Pulslosigkeit, Atemstillstand, Areflexie, Bewusstlosigkeit, Hautblässe und Temperaturabfall – als „unsichere Todeszeichen“. Dieser Bezeichnung liegt die Annahme zugrunde, dass der durch die unsicheren Todeszeichen angezeigte Zustand, also der klinische Tod, deshalb nicht des Menschen Tod sein könne, weil es immer wieder gelingt, einen diese Todeszeichen aufweisenden menschlichen Leib durch Reanimation wieder in seinen Zustand vor Eintritt des klinischen Todes zurückzuholen also ins Leben. Gelegentlich springen in Zustand des klinischen Todes Herz, Kreislauf und Atmung sogar selbsttätig, also ohne ärztliche Reanimationsbemühungen wieder an und der Patient kehrt ins Leben zurück.

Der ärztlichen Definition der „unsicheren Todeszeichen“ liegt die auf den ersten Blick einleuchtende, bei genauerem Hinschauen aber un schlüssige Annahme zugrunde, dass, wer ins Leben zurückkehrt, nicht tot gewesen sein kann.

Ihre These von den „unsicheren Todeszeichen“ wird überdies von den Ärzten selbst *ad absurdum* geführt, und zwar von den Transplantationsmedizinerinnen. Denn die Organentnahme erfolgt heute vielfach nicht nach nachgewiesenem „Hirntod“ (unten 2.3) des Organspenders, sondern auch bei nicht Hirntoten bereits nach Eintritt des „Herztodes“, der überdies bei Bedarf vom Arzt herbeigeführt werden soll (Dt. Ärztebl., 2008, artdr. 59810). Nun ist der Herztod (Herzstillstand) gerade eines der sog. „unsicheren Todeszeichen“. Dennoch wird heute ein potentieller Organspender nach Eintritt des Herztodes unter Verzicht auf jede Reanimationsbemühung für tot erklärt und sogleich (innerhalb der ersten Minuten nach dem Herztod) mit der Organentnahme begonnen. Für herztote Organspender hat sich die Bezeichnung „Non Heart Beating Donor“ (NHBD) eingeführt. Ist bei Eintritt

des Herztodes des NHBD kein Explantationsteam zur Hand, so wird überdies der herztote Patient nach Ausstellen des Totenscheins wiederbelebt, um den Patient und damit seine Organe bis zum Eintreffen des Explantationsteams lebendig zu erhalten, gegebenenfalls auch über Tage. Dieses ärztliche Vorgehen relativiert die Bezeichnung der angeführten Todeszeichen für den klinischen Tod als „unsicher“, da ja Organe nur einem sicher Toten entnommen werden dürfen. Jedenfalls werden bei beabsichtigter Organentnahme die von den Ärzten so bezeichneten „unsicheren Todeszeichen“ von ihnen selbst zu „sicheren Todeszeichen“ umqualifiziert, um mit der Organentnahme beginnen zu können.

Wie steht es nun mit der Feststellbarkeit des klinischen Todes? Der klinische Tod ist Bestandteil jedes Sterbevorgangs, wo immer er stattfindet. Am besten in seinem Ablauf zu beobachten ist der klinische Tod unter den Bedingungen der Apparatemedizin in der Klinik. In der Klinik, etwa bei einem auf der Intensivstation liegenden, apparativ versorgten und kontrollierten Patienten, beginnen bei Eintritt des klinischen Todes augenblicklich die Warnlichter zu blinken und akustische Signale machen auf die eingetretene Situation aufmerksam, die sofortiges Handeln erfordert. Diese Tatsache kennzeichnet den klinischen Tod, und das ist hier wichtig als ein zeitlich punktuelles, ein Augenblicksereignis.

Wichtig für unser Wissen über den Tod des Menschen ist weiter die Erkenntnis, dass der „klinische Tod“ (zumindest auf der Intensivstation eines Krankenhauses) nicht nachträglich, also nicht *ex post* festgestellt wird, sondern im Augenblick des Todes selbst. Beim klinischen Tod fallen also Eintritt des Todesereignisses und die Feststellung des Eintritts in eins.

2.3 Der Hirntod

Von einem klinisch Toten könnte ein reanimationserfahrener Arzt überspitzt sagen: „Sein Körper ist tot, aber der Mensch lebt noch, falls ich ihn reanimieren kann.“ Beim Hirntoten sagen es uns die Ärzte genau anders herum: „Sein Körper lebt noch, aber der Mensch ist tot.“ Das Herz des sog. „Hirntoten“ schlägt, Atmung, Kreislauf und Stoffwechsel sind in Funktion, das Gehirn jedoch ist abgestorben und damit der Mensch, so sagen die Ärzte und bezeichnen diese von ihnen definierte Todesform deshalb auch als „neuronalen“ Tod.

Die deutsche Bundesärztekammer definiert den „Hirntod“ in zwei Sätzen als „irreversibles Erlöschensein der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei einer durch kontrollierte Beatmung künstlich noch aufrechterhaltenen Herz-Kreislauf-Funktion. Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“.

Dem Satz 1 der vorstehenden „Hirntod“-Definition der deutschen Ärzte ähnliche Hirntod-Definitionen existieren heute in mehr als 30 Ländern der Erde. Im Detail unterscheiden sich aber die von Land zu Land unterschiedlich ausformulierten Hirntod-Definitionen doch so stark, dass beispielsweise ein nach der Definition in einem Land Hirntoter, wie uns zahlreiche Wissenschaftler aufgezeigt haben, nach der Definition eines anderen Landes durchaus noch am Leben sein kann. In Hinblick auf diese Tatsache erstaunt der oben zitierte Satz 2 der „Hirntod“-Definition der deutschen Ärzte: Denn der Eintritt des „naturwissenschaftlich-medizinisch“ festgestellten Todes, wie das die Bundesärztekammer ausdrückt, kann nicht von der zufälligen geographischen Befindlichkeit des Sterbenden abhängen.

Eine wissenschaftlich begründete, damit weltweit gültige und einheitliche Definition des Hirntodes, wie sie oben (unter 2.1 und 2.2) für den biologischen bzw. den klinischen Tod selbstverständlich ist, steht jedenfalls für den „Hirntod“ nicht zur Verfügung.

Es erscheint mir deshalb wichtig, sich die gemeinsame Herkunft aller Hirntod-Definitionen vor Augen zu führen:

Als Professor Christiaan Barnard am 3. Dezember 1967 die erste Herztransplantation durchführte, verstieß sein Handeln sowohl gegen südafrikanisches Recht, wie gegen die von ihm beschworenen ärztlichen Standesregeln. In Japan wurde wenig später

ein Chirurg nach einer Herztransplantation wegen Mordes am Organspender vor Gericht gestellt.

Den dringlichen Handlungsbedarf zum Schutz der Transplantationsärzte vor Strafverfolgung erkannte die Ärzteschaft sofort. So trat 1968 nur wenige Monate nach Prof. Barnards Ersttransplantation an der angesehenen Universität von Harvard ein *Ad hoc Committee* zusammen, um eine neue Todesdefinition zu verabschieden. Diese Neudefinition des Todes des Menschen hatte einen doppelten Zweck: sie sollte zum einen die Organentnahme entkriminalisieren und zum anderen den Zugriff auf transplantierbare Organe erleichtern. Unter dieser Zielsetzung wurde damals vom Harvard-Komitee das sog. „irreversible Koma“ als neues sicheres Todeszeichen definiert.

Dem Transplantationschirurgen Joseph Murray und dem Neurochirurgen William Sweet ging es dagegen um die Rechtssicherheit bei der Organbeschaffung. So wurde aus dem „gehirngeschädigten Patienten“ der „Hirntote“ bzw. „Heart Beating Cadaver Donor“ (HBCD) oder, wie es mir, dem Laien, gegenüber ein Professor und Arzt an einem großen deutschen Krankenhaus ausgedrückt hat: die „beatmete Leiche“. Allerdings setzt die Beatmung einen lebenden Körper voraus. Der lebende Körper eines Hirntoten wird auch, eben weil er lebt, nicht zur Beerdigung oder Einäscherung freigegeben. Für die Einäscherung ist er nicht tot genug. Freigegeben wird der nach der Hirntod-Definition tote HBCD nur zur Organentnahme.

Auf dieser Grundlage sind rund um die Welt die unterschiedlichen Hirntod-Definitionen und die Organentnahme bei Hirntoten legitimierenden Transplantationsgesetze ergangen, auf die gestützt heute die Organtransplantationen durchgeführt werden. Der Rechtsschutz für die involvierten Ärzte gegen Strafverfolgung ist erreicht. An der weiteren Erleichterung der Organbeschaffung wird gearbeitet.

Das der „Hirntod“-Definition zugrundegelegte Gedankenkonstrukt (die Integration der Körperfunktionen durch das Gehirn) musste 2008 vom *US-President's Council on Bioethics* als unwissenschaftlich und nicht in Übereinstimmung mit den Fakten verworfen werden. Zahlreiche Wissenschaftler – wie D. Alan Shewmon, Franklin G. Miller, Robert D. Truog, Seema K. Shah – sind in ihren Veröffentlichungen der letzten Jahre zu dem Ergebnis gekommen, die „Hirntod“-Definition sei eine die Fakten verschleiende Fiktion.

Wir müssen, wenn es darum geht, was wir heute über den Tod wissen, das Wissen auch derjenigen Ärzte zur Kenntnis nehmen, die uns sagen, dass „Hirntote“ lebende Menschen sind, die im Falle einer Organentnahme durch die Organentnahme selbst zu Tode gebracht werden. Der bestehende breite Dissens innerhalb der wissenschaftlich tätigen Ärzteschaft legt jedenfalls eines klar: Aus naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht besteht keineswegs Sicherheit, dass der sog. „Hirntod“ mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen ist.

Ein zweites, ebenso gravierendes Problem der Hirntod-Definition besteht in der Hirntod-Diagnostik. Wie oben beim „biologischen Tod“ und „klinischen Tod“ ist auch hier zu prüfen, inwieweit der „Hirntod“ und (vgl. oben die Hirntod-Definition der Bundesärztekammer) seine „Irreversibilität“ überhaupt ärztlich feststellbar sind. Gibt es das überhaupt: eine zuverlässige Hirntod-Diagnose?

Der Apnoe-Test, zur Feststellung des Atemstillstands nach den genannten Richtlinien obligatorisch, ist nicht nur eine Qual für den dadurch an den Erstickungstod herangeführten Patienten, sondern nach Aussage vieler Ärzte, wie etwa des Neurologen Prof. Dr. Cicero Galli Coimbra, ohne Aussagekraft, da der komatöse Patient auf diesen Test gar nicht reagieren könne. Es kommt hinzu, dass der Apnoe-Test schwerste Schädigungen des Patienten bis hin zum Hirntod erst auslöst. Der Apnoe-Test kann deshalb nie im Interesse des auf Hirntod zu diagnostizierenden Patienten sein, auch und gerade wenn dieser sterbend sein sollte.

Bleibt die „Irreversibilität“, die nach dem Transplantationsgesetz und den Richtlinien der Bundesärztekammer Grundvoraussetzung der Diagnose „Hirntod“ ist. Hierzu hat mir ein deutscher Arzt und Professor vor kurzem gesagt, verlässliche Aussagen über die Irreversibilität klinischer Ausfallsymptome seien nicht möglich: Zu oft stellten sich vorgeblich irreversible Symptome im medizinischen Alltag als reversibel heraus. Diese Aussage zur Nichtfeststellbarkeit der Irreversibilität wird durch die Tatsache unterstrichen, dass etwa der polnische Arzt Jan Talar, ein Koma-Rehabilitations-Spezialist, eine eigene Therapiemethode zur Rückführung vorgeblich irreversibel Hirntoter ins Leben erfolgreich anwendet.

Für die Tatsache der häufigen Reversibilität des Hirntods gibt es zahlreiche Nachweise durch die Krankengeschichten derjenigen Patienten, die nach allen Regeln ärztlicher Kunst korrekt als „hirntot“ diagnostiziert wurden, bei denen aber die Angehörigen dem Vorschlag der Ärzte zur Organspende nicht zugestimmt haben. Auch in solchen Fällen sind Patienten selbst ohne Organentnahme verstorben. Zahlreiche der als „hirntot“ diagnostizierten und ärztlich zur Organentnahme vorgeschlagenen Patienten sind aber nach Verweigerung der Organentnahme aus dem hirntoten Zustand ins Leben zurückgekehrt und leben gesund unter uns.

Bei den vielen Menschen, die nach der Diagnose „Hirntod“ aufgrund der Verweigerung der Organentnahme gesund ins Leben zurückgekehrt sind, handelt es sich nicht – wie immer wieder behauptet wird – um Fehldiagnosen, sondern im Gegenteil um den Nachweis für die systemische Fehlerhaftigkeit der Hirntod-Diagnose selbst. Nicht umsonst hat kürzlich die Neurologische Gesellschaft der USA erneut angemahnt, dass die heute ärztlich praktizierte Hirntod-Diagnose bisher wissenschaftlich nicht untermauert sei.

Im Hinblick auf die oben herausgestellten systemischen Unzuverlässigkeiten der Hirntod-Diagnose ist jedoch die Schmerzlosigkeit nicht gesichert. Praktische Erfahrungen bei der Organentnahme bestätigen dieses Problem: Organspender sterben, wenn ihr zu Beginn der Prozedur zunächst noch lebender Leib mit dem Skalpell aufgeschnitten wird, oft unter entsetzlichen Schmerzen.

Zum zweiten ist die „Organspende“ Hirntoter keinesfalls eine bloße Zweierbeziehung zwischen Organspender und Organempfänger. Wie der Sterbewillige, der nicht Selbstmord begehen will, der Mitwirkung des Euthanasie-Arztes bedarf, so benötigt auch der großzügige Organspender, um sein Ziel zu erreichen, der Mitwirkung Dritter, der Ärzte. Sie sind es, die beim hirntoten Organspender den Zeitpunkt der Organentnahme und den mit diesem zusammenfallenden Todeszeitpunkt bestimmen. ■

Die „Singer’sche Ethik“ lässt grüßen:

**Verhängnisvolles
Argumentieren mit dem
„Individualtod“**



Mit dem sog. „Hirntod“ eng verknüpft ist der sog. „Individualtod“ oder Tod der Person, verstanden als Untergang des Subjekts, des „Ich“. Hier geht es, wie auch beim „Hirntod“, nicht um den Tod des Körpers. Denn bei „Individualtod“ wie „Hirntod“ zeigt der Körper der betroffenen menschlichen Person noch nicht die „sicheren Todeszeichen“:

Herzschlag, Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel usw. sind vorhanden. Der Körper ist biologisch am Leben. Aufgrund körperlicher Defekte fehlen dem „Individualtoten“ allerdings Fähigkeiten, wie Ichbewusstsein, Zukunftssinn und Kommunikationsfähigkeit, die nach Ansicht mancher das Individuum erst ausmachen. Beim Individualtod geht es also weniger um Leben und Tod als um das Menschsein und sein Ende. Oder kann der Verlust von Fähigkeiten doch bereits der Tod des „Ich-Subjekts“ sein, der Tod der Person?

Die Frage nach Beginn und Ende des Menschseins gründet in der Ethik des Cambridge-Professors Peter Singer, niedergelegt in seinem Buch „*Practical Ethics*“. Prof. Singer geht es in seinem Werk zunächst überhaupt nicht um den Tod. Er beschäftigt sich vielmehr, freilich mit weitreichenden Folgen, mit der Eingrenzung der Begriffe „Mensch“ und „Person“, wofür er den Ausdruck „menschliches Wesen“ verwendet. Wichtig ist Singer vor allem die Abgrenzung dieses „menschlichen Wesens“, also der Person, vom bloßen „menschlichen Leben“.

Für Singer sind wir dabei ganz selbstverständlich von der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle bis zum letzten Atemzug Mitglieder der Spezies *homo sapiens*. Nach Ansicht von Prof. Singer ist aber der *homo sapiens* „menschliches Wesen“, „Person“, „Individuum“, „Mensch“ eben nur mit Bewusstsein, Zukunftssinn und Kommunikationsfähigkeit. Hat er diese Eigenschaften noch nicht oder nicht mehr, so ist er – immer nach Singer – nicht „Mensch“, sondern nur „menschliches Leben“.

Peter Singer meint etwa (zit. aus *Reclam* 8033, S. 119): „Der Fötus, das schwerst geistig behinderte Kind, selbst das neugeborene Kind sind alle Mitglieder der Spezies *Homo sapiens*, aber niemand von ihnen besitzt ein Selbstbewusstsein oder hat einen Sinn für die Zukunft oder die Fähigkeit, mit anderen Beziehungen zu knüpfen.“ Für Singer ist also der Slogan „Mensch von Anfang an“ schlicht falsch. Nur „Menschliches Leben von Anfang an“ könnte er akzeptieren. Der „Mensch“ beginnt für ihn erst mit Eintritt von Selbstbewusstheit, Zukunftssinn und Kommunikationsfähigkeit und endet mit dem Verlust dieser Fähigkeiten. „Mensch“ wurden wir nach Singer erst lange nach unserer Geburt und unser „Mensch“-Sein endet oft schon lange vor dem natürlichen Tod mit dem Verlust der Fähigkeiten, die nach Singer den Mensch erst ausmachen.

Aus der sprachlichen Neudefinition von Peter Singer stammt also der entscheidende Unterschied zwischen den Begriffen „Person“ oder „Mensch“ auf der einen und auf der anderen Seite dem „menschlichen Leben“. Nach Singer genießt der „Mensch“ den „Würdeschutz“ nach Art. 1 GG und das „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ nach Art. 2 (2) GG nur mit Bewusstsein, Zukunftssinn und Kommunikationsfähigkeit. Ohne diese Eigenschaften ist der *homo sapiens* bloß „menschliches Leben“, über das der Mitmensch frei und nach Gutdünken utilitaristisch verfügen kann.

Derartige Sprachmanipulationen sind üblich, wenn es um die Durchsetzung von Taten geht, gegen die sich das menschliche Gewissen von Natur aus sträubt.

„Wenn die Worte nicht mehr stimmen, dann stimmen auch die Taten nicht mehr“ (Laotse). Lieschen Müller sträuben sich schon die Haare bei Singer's Vorschlag, ein neugeborenes Kind bei Behinderung, falschem Geschlecht, fehlender Eignung als Organspender für ein krankes Geschwisterchen oder bloßem Nichtgefallen einfach zu töten. Für Singer's Schüler hingegen gehört die Euthanasie schon zum selbstverständlichen Instrumentarium. So schlägt etwa der Oxford-Professor Julian Savulescu ganz unabhängig vom Hirntod zur Gewinnung transplantierbarer Organe die „Organspende-Euthanasie“ (Organ Donation Euthanasia, kurz ODE) vor. ODE ist, wie die Euthanasie selbst, in Holland und Belgien heute schon der Schrecken der Krankenhauspatienten und insbesondere unserer altgewordenen Mitmenschen.

Prof. Singer und seine Schüler beschäftigen sich dabei nicht mit einer neuen Definition des Todes, sondern mit einer Neudefinition des „Menschseins“, die an das Vorliegen menschlicher Fähigkeiten geknüpft ist. Der Verlust dieser Fähigkeiten bedeutet in der Singer'schen Ethik keinesfalls das Überschreiten der Todesgrenze oder gar den Individualtod, stuft aber das Individuum für seine Mitmenschen zur freien Verfügungsmasse herab, gegebenenfalls auch zur Tötung.

„Tötung“ wird hier zutreffend als Beendigung des biologischen Lebens angesehen. Mit diesem Tötungszugriff auf Menschen durch Mitmenschen gehen andere Denker skrupulöser um als Singer und seine Schüler. Speziell im Zusammenhang mit dem Hirntod-Kriterium sind hier in den letzten Jahren umfangreiche Überlegungen zu den Möglichkeiten einer Neudefinition des Todes des Menschen angestellt worden, die im Begriff „Individualtod“ oder Tod der Person münden.

Karim Akerma erklärt in seinen Überlegungen zu „Lebensende und Lebensbeginn“ den Tod rein „mentalistisch“: Der Tod wird definiert als das Ende des geistigen Lebens. Konsequenterweise müsste er dann freilich wie den Tod auch das Leben mentalistisch definieren. Logische Folge: Allen nicht geistigen Lebewesen wäre abzusprechen, dass sie überhaupt leben. Eine *contradictio in se*. Der mentalistische Denkansatz widerlegt sich damit selbst.

Dieter Birnbacher sieht dagegen die Begriffe „Tod“ und „Leben“ primär als biologische Begriffe und nicht an geistige Fähigkeiten geknüpft. Er verweist zur Begründung auf den entscheidenden Unterschied zwischen einem totgeborenen Kind und einem solchen, das zwar schwerst behindert und ohne die Fähigkeit zu bewusstem Leben (etwa anenzephal), aber doch biologisch lebendig geboren wird. Birnbacher folgt dennoch Singer darin, dass er ethisch nicht die biologische Lebendigkeit des Körpers, sondern den „Bewusstseinstod“ für relevant hält. Seine Schlussfolgerung (zitiert aus Birnbacher „*Der Hirntod – eine pragmatische Verteidigung*“): „Das Hirntodkriterium ist kein adäquates Kriterium für den Tod, sondern ein Kriterium für den unter ethischen Gesichtspunkten primär relevanten, aber mit dem Tod *simpliciter* nicht zusammenfallenden mentalen Tod“ des Individuums.

Andere Stimmen betonen noch deutlicher, dass „Leben und Tod eine Sache unserer Biologie sind, nicht unseres Personseins“, so Ralf Stoecker in „*Ein Plädoyer für die Reanimation der Hirntoddebatte*“. Stoecker stellt darin die Frage: „Ist das Ende des personalen Lebens wirklich schon der Tod des Menschen?“ Er verweist dazu darauf, dass auch manche nicht hirntote Menschen, wie anenzephele Säuglinge, keine mentalen Eigenschaften haben, so dass man sie ebenfalls als tot ansehen müsste, was, so wörtlich, „absurd wäre“. Stoecker weist uns weiter darauf hin, „dass Leben und Tod zu unseren natürlichen Eigenschaften zählen, die wir mit der restlichen belebten Natur teilen, während der Personenbegriff normalerweise gerade dazu dient, dasjenige zu betonen, was an uns Menschen besonders ist und uns von allen anderen Lebewesen unterscheidet“.

Ich fasse zusammen: Der Individualtod, Bewusstseinstod oder Tod der Person wurde aus Respekt vor der Menschenwürde in die Diskussion eingeführt. Vom Hirntod-Kriterium unterscheidet sich seine Definition darin entscheidend, dass beim Individualtod das biologische Fortleben des menschlichen Leibes über den Individualtod hinaus auch von den Individualtodbefürwortern anerkannt wird. So schreibt etwa Stoecker: „Das Problem ist also nicht, ob hirntote Menschen tot sind, sondern wie man sie behandeln darf, obwohl sie noch nicht tot sind.“ Im Gegensatz dazu meinen die Hirntod-Befürworter, nach Eintritt des Hirntodes sei der Körper biologisch nicht mehr am Leben, sondern nur noch eine maschinell „beatmete Leiche“. Gemeinsam ist beiden Positionen jedoch die den jeweiligen Kriterien von ihren Urhebern zugesprochene ethische Relevanz für Entscheidungen, die im Umgang mit Mitmenschen zu treffen sind, auch für utilitaristische Entscheidungen über Leben und Tod.



Todesdefinitionen unter der Lupe:
Kritik und Synthese

Der natürliche Tod
und die
„Heilige Viertelstunde“

Tod als eindeutiger Punkt auf der Zeitachse

Legt man nun die Aussagen der Medizin (Todesdefinitionen) und das Erfahrungswissen vom Tod des Menschen übereinander, so sticht zunächst eine Diskrepanz ins Auge. Denn die Empirie weiß (im Gegensatz zu dem sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Sterbevorgang) um den Tod als auf einen Punkt der Zeitachse – den Moment des Todes – komprimiertes Kurzzeitereignis: „Er neigte das Haupt und gab seinen Geist auf“ (Joh 19,30). Im Gegensatz dazu kennen und haben die meisten Todesdefinitionen keinen Todeszeitpunkt. Der von ihnen definierte Tod wird nur *ex post* als eingetreten festgestellt.

Wie wir im Abschnitt 2 gesehen haben, gibt es nur eine einzige Todesdefinition, bei der der Tod nicht nur in Übereinstimmung mit unserem Erfahrungswissen als Todesmoment erfahren wird, sondern darüber hinaus (wenn die Vorraussetzungen gegeben sind) auch apparativ wissenschaftlich exakt als Augenblicksereignis im Moment seines Eintritts selbst festgestellt und gemeldet werden kann. Es handelt sich dabei um den sog. „klinischen Tod“.

Der Hirntod, also das vollständige Absterben des Gehirns, wird bei jedem Sterbevorgang zwischen dem klinischen und biologischen Tod durchlaufen. Der dem klinischen Tod zeitlich vorhergehende, lediglich ärztlich definierte „Hirntod“ hingegen kann wegen der fehlenden Kongruenz mit den Fakten nicht der Tod des Menschen sein und trägt daher die Bezeichnung „Tod“ überhaupt zu Unrecht. Auch die von vielen Wissenschaftlern geforderte Präzisionserhöhung der systematisch fehlerbehafteten Hirntod-Diagnose kann an diesem grundsätzlichen Mangel der Hirntod-Definition nichts ändern. Ebenso hat der Bewusstseinstod mit des Menschen Tod, der ja der Tod des Leibes ist, nach der vorstehenden Analyse nichts zu tun. Biologischer Tod, Hirntod und Bewusstseinstod sind mit unserem Erfahrungswissen über den Tod des Menschen nicht in Übereinstimmung zu bringen. Von allen ärztlichen Todesdefinitionen ist die Kongruenz mit der Empirie allein für den klinischen Tod gegeben.

Nahtod-Erlebnisse jenseits der Todesgrenze

Zunächst fällt bei der Wahl des Terminus „Nahtod-Erlebnisse“ sogleich auf, dass darin eine Vorab-Festlegung verpackt ist: Diese Erlebnisse sollen aus einem Bereich stammen, bei dem der Betroffene „dem Tode nahe“ war, aber eben noch nicht tot, nicht jenseits der Todesgrenze. Denn von ihren Nahtod-Erlebnissen berichten uns lebende Menschen, die eben weil sie leben – so die Annahme – noch nicht tot gewesen sein können. Hält diese Vorab-Festlegung einer Nachprüfung stand? Als gedanklichen Einstieg in diese Nachprüfung will ich mich zunächst um die etymologische Analyse der möglichen Bedeutungsinhalte des Begriffs „Nahtod“ bemühen. „Dem Tode nahe“ enthält zunächst keine Angabe darüber, auf welcher Seite der Todesgrenze man sich befindet. Die auf den ersten Blick selbstverständlich erscheinende Voraussetzung, dass nur ein Lebender dem Tode nahe sein kann, ist bei näherer Betrachtung so selbstverständlich nicht. Denn auch ein soeben erst Verstorbener ist, falls er überhaupt noch ist, also existiert, seinem Tode noch ganz nahe.

Es ist mit der Todesgrenze ähnlich wie mit dem, was wir allgemein als „Grenze“ bezeichnen, zum Beispiel geographisch.

Zunächst macht aber das geografische Beispiel unmissverständlich klar, dass man beidseits einer Grenze eben dieser Grenze „nahe“ sein kann. Die beabsichtigte begriffliche Einschränkung des Terminus „Nahtod“ auf den Bedeutungsinhalt „vor dem Tod“ ist jedenfalls erst einmal etymologisch un schlüssig. Sprachlich gesehen kann ein „Nahtod-Erlebnis“ ebenso vor wie nach dem Todesereignis angesiedelt sein, solange es nur in dessen zeitlicher Nähe verbleibt. Kann es sein, dass diejenigen, die den Begriff „Nahtod“ mit der Absicht der Abgrenzung gegen das Totsein geschaffen haben, gerade in der oben herausgearbeiteten grenzüberschreitenden Doppeldeutigkeit des Begriffs der Wirklichkeit nähergekommen sind, als sie wussten?

Nahtod-Fakt 1: Das „Ich-Subjekt“ sieht seinen eigenen Körper von außerhalb, häufig aus einem gewissen Abstand. Der lebende Mensch kann nur mit den Augen seines Körpers sehen. Es ist ihm bereits unmöglich, sich selbst auf den Hinterkopf zu schauen.

Das „sich selbst par distance Daliegensehen“ ist einem lebenden Menschen schlicht nicht möglich.

Nahtod-Fakt 2: Im Nahtod-Erlebnis sind alle Hinfälligkeiten seines verlassenen Leibes vom „Ich-Subjekt“ abgefallen. Blinde, deren leibliche Augen das Sehvermögen eingebüßt hatten, konnten während des NDE wieder sehen. Ein für Lebende unerklärliches Faktum. Auch waren die betroffenen Personen nach der Reanimation wieder blind.

Nahtod-Fakt 3: Das „Ich-Subjekt“ des Nahtoten unterliegt nicht mehr der Gravitation oder anderen irdischen Naturgesetzen. Nahtote beobachten die Bemühungen um ihren Körper häufig von oben, im Krankenhaus von der Zimmerdecke. Ein Bergsteiger, der sich – von einem Wettersturz überrascht – in ein zwischen zwei in den Fels geschlagene Haken gesichertes Biwak gerettet hatte, befand sich bei seinem Nahtod-Erlebnis auf einmal einige Meter von seinem im Biwak verbliebenen Körper entfernt außerhalb der Felswand, jedoch ohne abzustürzen, schwerelos.

Nahtod-Fakt 4: Alle diese extrakorporalen und außerhalb der Naturgesetze liegenden Fakten enden abrupt mit dem Erfolg der Reanimation oder dem selbsttätigen Wiederanspringen des Herzschlags (dieser Nahtod-Fakt entfällt natürlich bei allen, die nach dem Überschreiten der Todesgrenze jenseits derselben verbleiben). ▷

▷ Diese uns vielfach berichteten Nahtod-Fakten stehen im direkten Widerspruch zur Annahme, Nahtod-Erlebnisse seien Erlebnisse eines Sterbenden vor seinem Tod. „Nahtod“ als eine Annäherung an den Tod vom Leben her und noch im Leben ist demnach mit den berichteten Nahtod-Fakten schlicht unvereinbar.

Offizieller **Organspendeausweis** der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Erklärung zur Organspende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname _____ Telefon _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise _____

DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____

Organspendeausweis 

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Organspende schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.

Sog. „LIFECARD“ zum Nachweis **KEIN ORGANSPENDER** zu sein
(von CDL = Christdemokraten für das Leben e.V.)

KEIN ORGANSPENDER		ABLEHNUNG von Organ- und Gewebespende
Ich bin kein Organspender und widerspreche hiermit einer Entnahme meiner Organe und Gewebe.		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße	PLZ, Wohnort	
Datum	Unterschrift	
LIFECARD Für natürliches Sterben WWW.CDL-ONLINE.DE	NO ORGAN DONATION	

KEIN ORGANSPENDER		ABLEHNUNG von Organ- und Gewebespende
No, I do not wish organs or tissue to be taken from my body. Non, je m'oppose au prélèvement d'organes ou de tissus. No, mi oppongo al prelievo di organi/tessuti. No, protesto contra una tomada de órganos o tejido de mi cuerpo. Nie, nie wyrażam zgody na pobranie organów lub tkanek. Organ bağışçısı değilim, bu nedenle iznim olmadan organ ve dokularımın kullanılması yasaktır.		
LIFECARD Für natürliches Sterben WWW.CDL-ONLINE.DE	NO ORGAN DONATION	

**Vielen Dank
für das
Interesse...**

**Idee + neu bearbeitete
Gestaltung (12-2022):
Wolfgang Seitz OFS
Tannstr. 4
78658 Zimmern o.R.
franz-leserbriefe.de**

**Hintergrund-Musik:
Salamisound
,Vögel im Wald'**



**...und ein
unbeschwertes
Gelingen bei
der gewichtigen
Entscheidung
„pro/kontra
Organspende“**