



Mittwoch, 19. Dezember 2018, 13:00 Uhr  
~23 Minuten Lesezeit

# Mein Körper gehört mir!

Das Leid von Organspendern und ihren Angehörigen wird vielfach verschwiegen.

von Doris Schultz  
Foto: Michail Petrov/Shutterstock.com

Mediziner schlagen wegen sinkender Spenderzahlen  
Alarm, und die Politik reagiert. Im Besonderen

Gesundheitsminister Spahn. Der plant eine Großoffensive, um die Binnennachfrage nach frischen Organen endlich zu befriedigen, so dass Deutschland im internationalen Vergleich nicht als Schmarotzer dasteht. Um dies zu erreichen, will er alle Bürgerinnen und Bürger zu potentiellen Spendern erklären, es sei denn, es wird Widerspruch eingelegt. Der Wunsch, Gutes zu tun und Organe nach seinem Tod anderen zur Verfügung zu stellen, genießt in der Bevölkerung hohes Ansehen. Trotz oder gerade wegen vielfältiger medialer Kampagnen sind die Informationen zu diesem Thema aber eher lückenhaft. Grundsätzliche ethische und auch sehr konkrete Fragen, die das Wohl des Sterbenden wie seiner Angehörigen betreffen, bleiben unbeantwortet. Wie einseitig über die Organspendenpraxis berichtet und wie viel Leid verschwiegen wird, fällt erst auf, wenn man genauer hinschaut.

## **Organe zu spenden soll selbstverständlich werden**

**Es sei das Ziel, die Organspende zu einer „Selbstverständlichkeit“ zu machen**, betont Bundesgesundheitsminister Jens Spahn.

Der medizinische Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Axel Rahmel, ergänzt, dass in Deutschland eine „Kultur der Organspende“ zu fördern sei, bei der das Denken an eine mögliche Organspende am Lebensende zu einer Selbstverständlichkeit wird.

Erreicht werden soll dies einerseits durch die Beförderung einer Diskussion unter den Parlamentariern auf Grundlage von Spahns Entwurf, dem sogenannten „Gemeinschaftlichen Initiativplan Organspende“, des Weiteren durch einen Gesetzesentwurf, der eine bessere Vergütung für Kliniken vorsieht, die Spenderorgane entnehmen, und nicht zuletzt durch die Umwandlung der seit dem 1. November 2012 gültigen „Informierten Entscheidungspflicht“ in eine „erweiterte Widerspruchspflicht“, die dann jeden Bürger zu einem potentiellen Organspender erklärt, es sei denn, er oder seine Angehörigen widersprechen.

Nötig seien diese Maßnahmen, da die Spendenbereitschaft in Deutschland merkbar zurückgegangen sei. Spahn macht dies deutlich, indem er beklagt: „Alle acht Stunden stirbt ein Mensch auf der Warteliste, weil kein passendes Spenderorgan gefunden wird“ (1).

## **Bin ich womöglich egoistisch?**

Mir ist unwohl bei dem Gedanken, staatlicherseits, quasi in Vertretung des sogenannten allgemeinen Interesses, per se zu einem Organreservoir erklärt zu werden. Ich bin, wenn meine Organe einmal gefragt sein werden, doch sowieso tot, sagt man mir. Was sollte es mich kümmern, was da noch mit meinem Körper geschieht? Gibt es denn über diesen Körper hinaus gar kein Interesse an mir als Individuum, an meinem Weltbild, an den Motiven, die mich zweifeln lassen, an dem Unentscheidbaren, das in mir wallt, an meinen Ängsten?

Wieso würde ich so egoistisch sein wollen, meinen Körper eher unter der Erde vergehen zu lassen, als mit der Hergabe meiner Organe anderen Menschen das Leben zu retten? Gerne würde ich einfach antworten: „Weil meine Organe mir gehören, weil ich

unsicher bin.“, aber ich trau mich nicht. Bin ich tatsächlich ein egoistischer Mensch?

Um mich genauer zu informieren, besuche ich die Seite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Fallbeispiele, die dort aufgeführt sind, bestätigen mir, dass Organspender tolle Menschen sind, die anderen Menschen das Leben retten.

Die FAQs vermitteln mir, die Organspende ist ein sicherer Vorgang, der nach strengen Leitlinien, mit großer Ärztekompetenz und in pietätvoller Haltung durchgeführt wird (2).

Nach wochenlanger Recherche, Sichtung von Texten und Dokumentationen und vielen geführten Gesprächen halte ich nun ein Heft des Vereins zur Kritischen Aufklärung zur Organspende (KAO) mit dem Titel „Organspende – die verschwiegene Seite“ in den Händen (3).

Der Titel weckt mein Interesse, weil in der Schrift Angehörige von Spendern zu Wort kommen sollen, die anscheinend von etwas wissen, das verschwiegen wird. Ich will wissen, was das ist. Entsetzt muss ich während des Lesens immer wieder feststellen, dass der Titel nicht zu viel versprochen hat. Wie oft denke ich betroffen: „Das habe ich so nicht gewusst!“

„Das habe ich so nicht gewusst!“ ist auch der Satz, den ich in allen folgenden Gesprächen über das Thema Organspende und Widerspruchslösung von meinen Gesprächspartnern am häufigsten gehört habe und an den sich dann direkt die Frage anschließt: „Warum wird uns das nicht gesagt?“

„Wenn wir die Gesellschaft über die Organspende aufklären, bekommen wir keine Organe mehr“, sagte der Transplantationsmediziner Professor Rudolf Pichlmayr 1987 (4).

# Wie tot ist tot?

Tot heißt die Transplantationsmedizin betreffend hirntot.

„Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten“ (5). Er kann beispielsweise als Folge einer Hirnblutung, einer schweren Hirnverletzung oder eines Hirntumors eintreten. Das Gehirn ist dann als übergeordnetes Steuerorgan der elementaren Lebensvorgänge unwiderruflich ausgefallen.

Bislang unterschied die Medizin zwei größere Stadien des Sterbeprozesses, den klinischen Tod und den biologischen Tod. Beim klinischen Tod stellt man das Fehlen von Atmung, einen Herz-Kreislauf-Stillstand, fehlenden Puls an der Halsschlagader, maximale Pupillenerweiterung, fehlende Pupillenreaktion, fehlende Reflexe, keinen Muskeltonus, Blässe bis Blaufärbung der Haut und Abnahme der Körpertemperatur fest.

Wer einen Toten sieht, erkennt also intuitiv, dass alle Anzeichen, die Leben signalisieren, wie Atmung, Wärme, Hautfärbung, Reaktion und Bewegung, nicht mehr wahrnehmbar sind.

Hirntote sehen aus, so beschreiben es deren Angehörige, wie schlafende Menschen und laufen in ihrer Erscheinung unserer Wahrnehmung von Toten zuwider. Sie können das Bild vom Tod nicht mit dem übereinbringen, was sie sinnlich wahrnehmen – eine Qual, wie sie berichten.

Der biologische Tod ist gekennzeichnet durch Totenflecken,

Totenstarre und Selbstauflösung. Beim klinischen Tod gibt es innerhalb einer bestimmten Zeitspanne noch die Möglichkeit der Reanimation, der biologische Tod ist nicht mehr reversibel.

Erst 1968 wurde an der Universität Harvard als eine neuartige Definition des Todes der Hirntod formuliert. Das Gehirn ist in drei große Areale aufgeteilt: Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm. Ist die Gesamtfunktion dieser Bereiche unumkehrbar erloschen, ist die Person tot.

Laut der Bundeszentrale zur gesundheitlichen Aufklärung (BZgA) ist mit dem Hirntod das Gehirn als übergeordnetes Steuerorgan unwiderruflich ausgefallen, der Tod des Menschen nach neurologischen Kriterien sicher festgestellt und eine Rückkehr ins Leben ausgeschlossen (6).

Dies ist, wie später im Text noch zu lesen sein wird, für etliche als hirntot Erklärte nicht zutreffend. Eine Rückkehr ist in viel mehr Fällen als angenommen möglich. Der Hirntod ist als Todesform in der breiten Öffentlichkeit wenig bekannt.

Als Spender eignen sich zum größten Teil nur Menschen, die eine Schädigung ihres Gehirns erlitten haben. 2017 wurde im Jahresbericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als die Haupttodesursache von Spendern mit 53,2 Prozent eine Gehirnblutung genannt (7).

Weitere Schädigungen können Schlaganfälle, Schädelhirntraumata, Schwellungen, Hydrocephalie und Schädigungen durch Sauerstoffmangel sein.

## **Zweimal sterben**

Viele Menschen stellen sich als den Zeitpunkt der Organentnahme ein Zeitfenster zwischen klinischem und biologischem Tod vor: Es ist nichts mehr zu machen, der Verstorbene hat kein Empfinden mehr, alle Lebenszeichen sind endgültig erloschen. In meiner Vorstellung begleite ich meinen sterbenden Angehörigen bis zu diesem Punkt – mit ihm sprechend, seine Hand haltend, ihn umsorgend. Für eine Organweitergabe eignet sich ein klinisch oder biologisch toter Mensch jedoch nicht mehr, da sich die Organe bereits in einem Zustand des beginnenden Zerfalls befinden.

Die Organentnahme und die Transplantation unterliegen einem extremen Zeitdruck und es beginnt ein Wettlauf gegen diesen Zerfall. Je mehr Zeit vergeht, desto geringer werden die Aussichten auf eine erfolgreiche Transplantation. Dieser Zeitdruck schließt dann aber in der Folge eine Sterbebegleitung eines hirntoten Spenders aus. Ich bin irritiert: Wir haben der Hospizbewegung und der Palliativmedizin viele Einsichten in die Wichtigkeit eines begleiteten und würdigen Sterbens zu verdanken – Segnungen, die aber einem Organspender niemals zu Teil werden können.

Den Angehörigen wird bei Eignung eines Patienten für eine Organentnahme der „Tod“ mitgeteilt. In den Hirntodprotokollen findet sich an dieser Stelle auch die Eintragung der offiziellen Sterbezeit. Die Einwilligung der Angehörigen muss schnell erfolgen. Unter Druck soll von ihnen eine Entscheidung getroffen werden, dabei sind sie selbst noch traumatisiert und meistens nicht in der Lage, die Situation voll zu begreifen.

Durch Maschinen in seinen ausgefallenen Lebensfunktionen unterstützt, wird der Patient dann weiter am Leben erhalten, obwohl schon für tot erklärt – Organspende bedeutet sogar schon vor dem Hirntod intensivmedizinische Maximaltherapie. Meistens wird der beatmete „Leichnam“ mit dem schlagenden Herzen zur Sicherheit narkotisiert, um Schmerzempfinden auszuschließen und plötzliche Bewegungen oder wider Erwarten einsetzende

Spontanatmung unter der Entnahme zu vermeiden.

Der Hirntote „wird gepflegt, sein Herz schlägt, er ist warm und kann Fieber haben. Er bewegt sich spontan und reagiert auf Berührung. Beim Einschnitt des Chirurgen in den Körper des Organspenders steigt in vielen Fällen der Blutdruck rasant an. Deshalb bekommen Spender bei der Organentnahme immer muskelentspannende Mittel und starke Opiate. Oft sogar eine Vollnarkose.“ (8) Eine Vollnarkose oder Schmerzmittel unter einer Explantation sind in Deutschland nicht vorgeschrieben, werden aber meistens verabreicht.

Der größte Teil der OP besteht nun darin, die einzelnen Organe sorgsam freizulegen. Zunächst wird der Körper vom Kinn bis zum Schambein geöffnet, die Organe in einer mehrstündigen Operation präpariert, wobei darauf geachtet werden muss, dass es nicht zu Bewegungen oder gar zu einem Herzstillstand beim Spender kommt. Im Falle eines eintretenden Herzstillstands wird der Spender reanimationspflichtig. Gegen Ende der OP werden mit einer Infusion circa 15 Liter eiskalte Perfusionsflüssigkeit in den Körper eingebracht, um die Organe zu konservieren. Jetzt erst steht das Herz still, die Aorta wird abgeklemmt und es wird als erstes Organ explantiert. Ein Vorgang, der in diesem gekühlten Zustand nur ungefähr 3 Minuten dauert.

Der Spender ist jetzt zum zweiten und letzten Mal gestorben.

Der explantierte Leichnam soll nach dem Vorgang in ordentlichem, zugenähtem Zustand der Familie zur Verabschiedung übergeben werden. Angehörige berichten oftmals von verzerrten, leidvollen Gesichtsausdrücken ihrer Verstorbenen, als sie sie nach der Explantation zum Verabschieden sehen durften. Ein Bild, dass diese Menschen ihr Leben lang nicht mehr loslässt, und oft zum Anlass für Schuldgefühle, Zerrissenheit, familiäre Belastungen und Zweifel wird. Ein Toter, der wiederbelebt wird? Auch ich spüre große Zweifel in mir aufsteigen: „Ob alles, was machbar ist, auch wirklich

gemacht werden muss?“

## **Der Hirntod als Freispruch für die Pioniere einer Medizin im Machbarkeitsrausch**

Für eine Weitergabe eignen sich also nur Organe, die bis zum Zeitpunkt der Entnahme intakt, gut durchblutet und somit optimal versorgt worden sind. Setzt der klinische Tod ein, sind sie unbrauchbar – Gewebespenden, wie die Hornhaut der Augen, Herzklappen, Haut, Blutgefäße, Knochen, Sehnen, Bänder, Bindegewebe und die Eihaut der Fruchtblase, sind allerdings auch nach dem klinischen Tod noch möglich.

***Das Dilemma besteht nun darin, intakte Organe von einem Spender gewinnen zu können, der genügend tot ist, um ihn als tot deklarieren zu können, aber eben doch nicht so tot, dass seine Organe für eine Weitergabe unbrauchbar werden.***

Bei diesem Dilemma hilft die Formulierung eines besonderen Todeskriteriums, nämlich die des Hirntods, aus. 1967 gelang in Südafrika die erste Herztransplantation der Welt. Der Patient überlebte 18 Tage. Heute wird sehr gerne darauf hingewiesen, dass dieses Ereignis in keinem Zusammenhang mit der Einführung des Hirntods im Jahr 1968 steht und es sich um zwei voneinander völlig unabhängige Vorgänge handelt. In der Begründung zur Neudefinition des Todes von 1968 ist allerdings zu lesen, dass einerseits „irreversible komatöse Patienten anderweitig benötigte Intensivbetten belegen“ und andererseits, „dass so Auseinandersetzungen bei der Beschaffung von Organen zur Transplantation vermieden werden könnten“ (9).

„Um nicht in den Tötungsverdacht zu geraten, bestanden daher Transplantationsmediziner und drei Expertenanhörungen vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages auf einer juridischen Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen. Andernfalls gelte ein Hirntoter noch als ein im Sterben begriffener Patient, also als ein lebender Mensch, und dann müssten sich Ärzte jeglicher Transplantation komplett verweigern. Dieser Forderung entsprach der Gesetzgeber, indem er im Transplantationsgesetz hirnsterbende Komapatienten als eindeutig verstorbene Menschen statuiert hat“ (10).

Der Hirntod ist kein prozessuales Merkmal, wie der klinische oder der biologische Tod, sondern seine Merkmale stellen zunächst ein neurologisches Krankheitsbild dar, das durch seine erfahrungsgemäß schlechte Heilungsprognose als unumkehrbar und zum Tode führend deklariert wird. Der Mensch mit dieser Schädigung wird vorwegnehmend als für „so gut wie tot“ befunden.

Man muss dabei aber im Kopf behalten, dass es sich hier tatsächlich nur um eine Prognose, keine Diagnose und letztendlich um eine Vermutung handelt, die nun aber mit Hilfe der Hirntodfeststellung zu einem Faktum erklärt wird. Tatsächlich erholen sich etliche Patienten, die anfänglich Merkmale eines Hirntodes zeigten, unter einer angemessenen fachlichen Behandlung.

Andreas Zieger, Neurologe und Neurochirurg, berichtet aus seiner Praxis, dass neben einer adäquaten medizinischen Behandlung auch die Kommunikation zum Komapatienten – Berührungen, Sprechen, Musik – eine wichtige Rolle für die Möglichkeit einer Erholung spielen (11). Doch die Zeit für Langzeitkontrollen, Kommunikation und Stimulation hat die Transplantationspraxis nicht. Jeder weitere beatmete Tag verringert die Qualität der potenziellen Transplantate.

Die Hirntod-Diagnose wurde in meinen Augen als ein Freispruch für die Pioniere einer Medizin im Machbarkeitsrausch geschaffen.

Deren vielschichtige Implikationen konnten wir bereits im Laufe der letzten 50 Jahre in der Praxis erfahren. Es wird aber weiter an einer Konstruktion festgehalten, die erhebliche Schwachstellen und Anfälligkeitkeiten aufweist und vielfaches Leid verursacht.

## Zu viele Fehler

Es unterlaufen zu viele Fehler bei der Hirntodfeststellung. Laut der Ärztezeitung vom 30. März 2016 sind 16 von 52 Hirntodprotokollen fehlerhaft. Bei 5 der 16 Patienten, also einem Drittel, konnten noch Spontanatmung oder Hirnaktivität im EEG nachgewiesen werden (12).

Der Neurologe und Neurochirurg Andreas Zieger beschreibt noch einen weiteren problematischen Aspekt. Er sagt, weil ein Hirntoter nicht mehr in der Lage ist zu kommunizieren, degradiert man ihn zu einem „Herz-Lungen-Paket“, zu einem Ding (13). Die Medizin kennt viele Möglichkeiten mit Geräten in den Körper eines Menschen hinein zu schauen, doch es fehlt ihr weitgehend an Ideen, in der Beziehung zu einem Komatösen nach Leben zu forschen.

Es hat noch niemand bewiesen, dass das Menschsein im Gehirn sitzt, so dass mit dem Tod dieses Organs gleichzeitig auch das Menschliche ausgelöscht wäre. Der Chirurg Reinhard Steinmann will selbst nichts mit der Transplantationsmedizin zu tun haben. Er formuliert es so:

*„Ich glaube, dass der Mensch in dem Moment, wenn er hirntot ist, irreversibel auf dem Weg zum Tode ist. Aber ich glaube nicht, dass er als Individuum im Moment des Hirntods schon tot ist“ (14).*

Mit seiner ersten Aussage, die Steinmann in Jahre 1999 gemacht hat, liegt er offenbar nicht so ganz richtig.

Wioletta Plisinska wurde als Patientin für hirntot erklärt. Nur durch den Einsatz ihres Vaters und des engagierten Arztes Professor Talar wurde das Mädchen einer fachgerechten Behandlung zugeführt, durch die sie heute ein völlig unbeeinträchtigtes Leben führen kann (15). Ein weiter Fall einer lebendigen Hirntoten aus Polen: Ein Vater berichtet von dem Gespräch, das die Chefärztin mit ihm führte, um seine Einwilligung in die Organentnahme bei seiner verunglückten Tochter zu erhalten.

Sie erklärte ihm, da sei kein echtes Leben mehr in seinem Kind, das sei doch nur noch „pflanzliches Leben“, sozusagen „Gemüse“. Nachdem das komatöse Mädchen fünf Wochen lang von Professor Talar intensiv behandelt wurde, wachte es auf und führt nach einer Rehabilitationsphase heute ein völlig normales Leben (16).

Handelt es sich um spektakuläre Einzelfälle? Wenn man im Netz sucht, so findet man nicht wenige solcher „Einzelfälle“. Jeder einzelne Fall hat bei der Betrachtung der Grenzen, an die die Transplantationsmedizin stößt, Relevanz, denn jeder für tot erklärte Lebende ist einer zu viel!

Es soll sich laut Professor Cicero Coimbra, Lehrbeauftragter für Neurologie und Neurowissenschaften an der Landesuniversität Sao Paulo, um etwa ein Drittel der Menschen, die mit einem Schädel-Hirn-Trauma in eine Klinik eingeliefert werden, handeln, die unter einer dem Krankheitsbild entsprechenden, adäquaten Behandlung vollständig ihren Weg zurück ins Leben finden könnten.

Auf internationaler Ebene wird die Kritik immer stärker. Der ehemals das Hirntodkonzept befürwortende Neurologe Professor Alan Shewmon wurde aufgrund seiner Beobachtungen zu einem entschiedenen Gegner, wie auch etliche andere Wissenschaftler. Am 19. Februar 2009 fand ein Kongress in Rom statt unter dem Titel „Zeichen des Lebens – Ist der ‚Hirntod‘ noch Leben?“. „Man kam damals zu dem Schluss: Der Hirntod ist erstens nicht mit dem Tod

gleichzusetzen, zweitens hat die Wissenschaft neue Erkenntnisse, setzt man die bei schwersten Schädelhirntraumen ein, kann man etwa 70 Prozent dieser Menschen retten und die meisten von ihnen in ein normales Leben zurückführen.

Der Vatikan veröffentlicht dieses Papier bis heute nicht. Stattdessen aber veröffentlichten diese Experten ihre Vorträge in einem Buch mit dem Titel „Finis Vitae“, so Renate Greinert, betroffene Mutter und Autorin des Buches „Konfliktfall Organspende – Unversehrt sterben! Der Kampf einer Mutter“, die 2009 den Kongress besucht hat (17).

## **Eine unmögliche Entscheidung wird erzwungen**

Es hängt also entscheidend davon ab, ob der Arzt seinem Eid gemäß den vor ihm liegenden Patienten als einen zu Heilenden betrachtet oder eher den potentiellen Spender in ihm sieht. Der Weg, für den er sich entscheidet, erfordert jeweils eine ganz andere Behandlung.

Bei dem Weg der Heilung eines Gehirngeschädigten sind neben medikamentöser Behandlung unter anderem Zeit, sensible Beobachtung, temporäre Überbrückung ausgefallener Organe sowie die Abschirmung des Systems vor Belastungen nötig. Dies erklärt auch Jobst Meyer, Facharzt für Chirurgie, in einem Interview mit der Journalistin Silvia Matthies. Meyers Bruder wurde im Alter von 15 Jahren für hirntot erklärt und explantiert. Bei der Durchsicht der Krankenhausakten fielen Meyer Unstimmigkeiten und Behandlungsfehler auf (18).

Bei dem Vorgang, einen hirngeschädigten Menschen als Spender vorzubereiten, ist Zeit ein knappes Gut. Alle am Transplantationsprozess Beteiligten stehen unter einem

ungeheuren Druck und müssen in einer solchen Situation korrekte Entscheidungen mit großer Tragweite treffen. Wenn Ärzte diese Art Belastung aus ihrem Arbeitsalltag auch grundsätzlich kennen, so entsteht sie dort in der Regel jedoch nicht im Konflikt mit ihrer Ethik und dem Auftrag, das Leben des Patienten, der vor ihnen liegt, zu retten. Stattdessen muss der Arzt eine Entscheidung treffen, welchem Leben der Vorrang zu geben ist: dem des Empfängers oder dem des potenziellen Spenders.

Hier kommt es unter Zeitdruck eindeutig zu einer Situation, in der eine Bewertung, über lebens- oder unlebenswertes Leben, erzwungen wird, die in die Nähe des Euthanasiedenkens führt. Etliche Krankenhäuser und Ärzte möchten diese Entscheidung deshalb auch nicht treffen müssen und stellen sich der Transplantationspraxis nicht zur Verfügung. Im Jahr 2009 gab es eine Befragung unter rund 500 niedergelassenen Ärzten.

Eines der Ergebnisse dieser Befragung war, dass nur jeder zweite Arzt einen Organspenderausweis besitzt. 95 Prozent aller Ärzte und Patienten gaben als Grund für die geringe Spendenbereitschaft mangelnde Aufklärung an, und die Angst, vorzeitig für tot erklärt zu werden (19). In der Offensive von Bundesgesundheitsminister Spahn ist vorgesehen, die kleinen und bisher nicht teilnehmenden Kliniken mit finanziellen Anreizen der Mitwirkung zugänglicher zu machen.

## **Der fatale Apnoe-Test**

Um den Hirntod festzustellen, führt man verschiedene Untersuchungen durch. Getestet werden Hirnstamm-Reflexe, wie zum Beispiel die Pupillenreaktion und die Spontan-Atmung. Dadurch werden unterschiedliche Funktionen in verschiedenen Gehirnarealen geprüft. Eine dieser Untersuchungen ist der obligatorische Apnoe-Test. Bei diesem Verfahren wird der Patient

bis zu 10 Minuten vom Beatmungsgerät getrennt, um die Spontanatmung zu überprüfen. Von einer fehlenden Spontanatmung wird dann auf eine Schädigung des die Atmung steuernden Hirnareals geschlossen.

Der Neurophysiologe Professor Cicero Coimbra stellt in einem Interview mit der Journalistin Silvia Matthies klar, dass eben dieser Apnoe-Test, der das wichtigste Kriterium für eine Hirntoddiagnostik ist, in einer nicht unerheblichen Anzahl der Fälle erst recht zum Tode der Patienten führte.

Die Patienten erleiden dabei Herzrhythmusstörungen, Herzjagen und weitere Symptome eines unter höchstem Stress stehenden und letztendlich kollabierenden Systems. In dem 2015 geführten Interview äußert er mehrfach deutlich, dass durch die Durchführung des Tests nicht wenige Patienten, die sich unter einer ordnungsgemäßen Behandlung vollständig, das heißt ohne Hirnschädigung, hätten erholen können, getötet würden.

Von diesem Test profitiert der Patient nicht, er stellt kein diagnostisches Mittel dar, um die Behandlung des Patienten zu bestimmen. Coimbra macht klar, dass dieser Test allein dem Zweck dient, dem Arzt den Hirntod des Patienten zu bestätigen. Für die Durchführung des Apnoe-Tests muss keine Einwilligung der Angehörigen eingeholt werden.

Coimbra erklärt dies und auch die Zusammenhänge zwischen Hirndruck, Hormonproduktion und dem Funktionieren des Atemzentrums. Unter einer zeit- und fachgerechten Behandlung ist ein Schädel-Hirn-Trauma in erster Linie eine Erkrankung, die zunächst als solche zu behandeln und deren Verlauf längerfristig zu beobachten ist. Es lohnt sich sehr, sich das Interview mit Professor Coimbra anzuschauen (20).

# „Willst du, dass ich sterbe?“

Ich halte die kleine Broschüre in den Händen. Wie gering ihr Gewicht ist und wie schwer das wiegt, was darin berichtet wird.

Ich sehe zwei Fremde vor meinem inneren Auge, sie schauen sich ins Gesicht. Einer fragt den anderen: „Willst du, dass ich sterbe?“ Der eine ist Organspender und der andere ist Organempfänger. Dies ist die unmögliche Frage, die im Raum steht, wenn ein Leben von dem Sterben eines anderen abhängig gemacht wird. Spender und Empfänger, auch deren Angehörige werden sich tatsächlich niemals begegnen, und sind doch beide durch das Paradox intimster Anonymität miteinander verbunden.

Während in dem einen Krankenzimmer um ein Leben gebangt wird, wird in dem anderen bis ins Unerträgliche hinein auf die Möglichkeit gewartet, durch das Spenderorgan eines Verstorbenen überleben zu können. Keiner wünscht dem anderen den Tod, doch der Wunsch nach Leben wird hier unweigerlich mit dem Sterben eines anderen verwoben.

Die Transplantationspraxis wirft einen tiefen Spalt auf, der die Gesellschaft und den Einzelnen vor eine unlösbare Aufgabe stellt, vor die Entscheidung „du oder ich“. Sterben möchte niemand, Gutes tun wollen viele. Doch wie das Gute tun, wenn durch das so gewollte Gute großes und vielfältiges Leid entsteht?

In Zeiten vor Beginn der Transplantationspraxis bedeute ein untergehendes Organ den sicheren Tod – durch Verpflanzung ist das Problem scheinbar in den Griff bekommen worden, doch gleichzeitig stellt uns diese Technik vor Herausforderungen, die nur unter der Zerteilung des Begriffs vom Menschsein, von Leben und Individualität handhabbar gemacht werden können.

So sehr sich die Transplantationsmedizin um eine Rationalisierung der Vorgänge bemüht, so sehr die gesellschaftliche Verpflichtung seinen Körper in einem Akt der Nächstenliebe freizugeben betont wird – am Ende der Geschichte geht es immer um zwei Leben, die einander gegenübergestellt werden: das lebenswerte und das für unlebenswert erklärte.

## **Das verschwiegene Leid**

Die Frage „Tot genug?“ ist eine Zumutung für alle am Prozess Beteiligten, für die Spender, die Empfänger, die Angehörigen, die Ärzte, die Pfleger. Die Antwort darauf wird immer mit Unsicherheiten behaftet bleiben. Das führt zu Zweifeln, Zerrissenheit und Fragmentierung von Gefühlen.

### **Ärzte**

Selbst explantierende Ärzte können zu einem großen Teil nur unter Aufwendung absoluter Rationalisierung des Vorgangs und großer innerer Distanz das tun, was sie tun. Sie müssen den Menschen vor sich und den Menschen in sich vergessen können. Wer fragt nach den möglichen psychischen Auswirkungen, die bei Ärzten und Pflegern entstehen? Unter dem Titel „Das war ein katastrophaler Ausbau von Ersatzteilen“ berichtet eine Neurologin davon, wie sie zum ersten Mal an einer Organentnahme teilgenommen hat. Die Operation missrät vollkommen und die Ärztin träumt bis heute davon (21).

Erschwerend für eine gesellschaftlich offene Diskussion kommt hinzu, dass hinter der offiziellen Erzählung von selbstlosen Spendern und glücklichen Empfängern, neben etlichen Auslassungen in der Information, auch massiv viele weggedrückte Emotionen liegen. Angst, Gutes tun zu wollen und Sinn zu geben sind Grundmotive des Menschseins. Um die Spendenbereitschaft

anzusprechen werden sie massiv getriggert, doch wenn es dann zu einer Explantation kommt, sollen und müssen sie wegklassifiziert werden, dann steht nur noch der gehirnlose, so betrachtet entseelte Körper im Fokus.

Die emotionalen Zumutungen, denen alle Beteiligten ausgesetzt sind, das empfundene Unbehagen, ins Gedächtnis eingebrennte Bilder, zerstörte Hoffnungen und die dabei entstandenen Verletzungen finden in der öffentlichen Diskussion gar keinen Raum, doch sie werden ein Leben lang für alle Betroffenen zum stetigen Begleiter und damit in ihrer Fülle zu einem bestehenden, doch verdrängten Teil des gesellschaftlichen Gedächtnisses.

## Angehörige

Auch das Leid, dem die Angehörigen ausgesetzt sind, muss genauer angeschaut werden. Renate Greinert berichtet in einem Vortrag: „Völlig unaufgeklärt haben wir uns, ohne die Tragweite unserer Entscheidung übersehen zu können, von Medizinern in eine Situation hineinführen lassen, in der es nicht mehr um ein friedvolles und behütetes Sterben unserer Kinder ging, sondern um das Überleben Dritter“.

Und weiter: „Es liegt mir fern, wartende Organempfänger oder bereits Transplantierte kränken zu wollen, aber sie verstehen sicher, dass ich zum Beispiel als Mutter eines sterbenden Kindes dafür Sorge tragen will, dass mein Kind in Ruhe und Frieden sterben darf, seinem Tempo gemäß, liebevoll begleitet, ohne dass irgendjemand an seinen sterbenden Körper schon Ansprüche anmeldet“ (22).

## Empfänger

Zu wenig Aufmerksamkeit erhält auch das Leid der Organempfänger. Diese Menschen führen ein Leben in Todesangst, in nervenzerreißendem Warten, in Angst vor der Abstoßung und fragiler Hoffnung. Sie werden ihr weiteres Leben als ewige

Patienten verbringen müssen, deren Immunsystem dauerhaft unterdrückt werden muss. Die Einnahme vieler Medikamente, deren massive Nebenwirkungen, strenge Verhaltensregeln, die Ungewissheit, ob sich aus der Unterdrückung des Immunsystems nicht weitere schwere Erkrankungen, wie zum Beispiel Krebs, ergeben können, sind der Preis für ein auf unbestimmte Dauer verlängertes Leben.

Auf der Webseite des Klinikums der Universität München werden die Erfolgsaussichten einer Lungentransplantation recht nüchtern beschrieben:

*„Lungentransplantierte haben gute Chancen, dieses neue Leben über einige Jahre zu genießen. Die Transplantationsmedizin hat im letzten Jahrzehnt enorme Fortschritte gemacht. Ziel der Forschung ist es vor allem, die Nebenwirkungen der Medikamente zu minimieren und die chronische Abstoßung (Bronchiolitis obliterans) zu reduzieren. Hier gibt es vielversprechende neue Ansätze, denn gerade letztere Erkrankung des transplantierten Organs führt über die Jahre gesehen häufig wieder zu einer langsamen Einschränkung der Lungenfunktion, die gegebenenfalls eine Re-Transplantation notwendig machen kann.“ (23)*

## **Die Angst vor der Endlichkeit**

Selbst unter Aufbietung schonungsloser Information – Übertreibungen sind gar nicht notwendig – bekomme ich in manchen meiner aufklärenden Gespräche zur Antwort: „Trotzdem!“.

„Trotzdem finde ich Organspende gut!“ – wer nach allen offengelegten Fakten eine Entscheidung für die Organspende trifft, hat dies wenigstens auf einer ehrlichen und vollständigen Grundlage getan. In der Stimme, die das „Trotzdem“ in den Raum

pflanzt, höre ich Bestimmtheit. In den Augen nehme ich aber etwas anderes wahr – flackernde Angst.

Die Transplantationsmedizin hat uns in den vergangenen 50 Jahren an die Nähe eines Mythos gewöhnt, der mit der fortschreitenden Transplantationstechnik vor seiner totalen Erfüllung zu stehen scheint, an den Mythos medizinisch machbarer Kontrolle über das Leben und an den entrinnbaren Tod. Nach der Logik des: „Wer nicht gibt, kann nicht bekommen“ wird die eine Angst, nämlich die vor dem Verlust des individuellen und würdigen Sterbens, gegen die andere Angst, nämlich die vor der Endlichkeit des Lebens, in den Ring geschickt.

Das eigene Leid wird Vorrang vor dem Leid des anderen haben müssen – ein Denken und Wirken, das in seiner Unerträglichkeit auf die Seele nur pathogen wirken kann. Wir werden alle in der Angst vor dem Tod miteinander verknüpft zu einer um Überleben und Würde konkurrierenden Masse.

Dies wird ein nach außen unauffälliger Kampf sein, da ihn jeder in sich selbst, gegen sich selbst und auch gegen die gespürte und verinnerlichte Erwartung der Gesellschaft ausfechten muss. Wenn alle Fehler, Implikationen und Unüberschaubarkeiten im System schon nicht schrecken können, so kann es aber die eine, die größte Angst in uns: nämlich sich in der Ablehnung der Transplantationsmedizin der eigenen Möglichkeit eines allerletzten Auswegs vor dem Tode zu berauben.

Diese Angst wird den Sieg davon tragen.

## Fazit

Zweifel und Fragen sind absolut berechtigt und können nicht mit

einem offiziell verordneten Denkbann moralisierend belegt oder mit grenzüberschreitenden Erwartungen zum Schweigen gebracht werden.

Umfassendere Informationen tun dringend Not, um eine individuelle, bewusste und klare Entscheidung für sich selbst und wirklich nur für sich selbst treffen zu können. Die unlösbare Frage des „Du oder ich?“ hinter der Organspende bleibt aber weiter bestehen. Durch die Transplantationstechnik haben wir uns mehr Verantwortung in die Hände gespielt, als wir als Gesellschaft jemals moralisch, ethisch und psychisch erfassen und handhaben können.

Verloren sind die Erkenntnisse der Hospizbewegung und der Palliativbehandlung für Menschen, die in einem Akt der Selbstlosigkeit einen Teil ihres Körpers hergeben. Gesellschaftlich gesehen kommt die Einführung der Transplantationsmedizin der geöffneten Büchse der Pandora gleich.

Muss alles, was machbar ist, um jeden Preis auch gemacht werden?

---

### **Quellen und Anmerkungen:**

(1)

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98851/Gemeinschaftliche-Initiative-soll-Organspendebereitschaft-erhöhen>  
(<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98851/Gemeinschaftliche-Initiative-soll-Organspendebereitschaft-erhöhen>)

(2) <https://www.organspende-info.de/infothek/faq-organspende>  
(<https://www.organspende-info.de/infothek/faq-organspende>)

(3) <https://initiative-kao.de/pdf-kao-infobroschuere/>  
(<https://initiative-kao.de/pdf-kao-infobroschuere/>)

(4) <https://initiative-kao.de> (<https://initiative-kao.de>)

(5)

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Hirntodpdf.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Hirntodpdf.pdf)

([https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Hirntodpdf.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Hirntodpdf.pdf))

(6) <https://www.organspende-info.de/organ-und-gewebespende/verlauf/hirntod> ([https://www.organspende-info.de/organ-und-gewebespnde/verlauf/hirntod](https://www.organspende-info.de/organ-und-gewebespende/verlauf/hirntod))

(7) <https://www.dso.de/dso-news-home/galerie-jahresbericht-2017.html> (<https://www.dso.de/dso-news-home/galerie-jahresbericht-2017.html>)

(8) <https://initiative-kao.de> (<https://initiative-kao.de>)

(9) <https://initiative-kao.de/lexikon/#lexikon-harvard-definition> (<https://initiative-kao.de/lexikon/#lexikon-harvard-definition>)

(10) Ulrike Baureithel und Anna Bergmann in „Herzloser Tod – Dilemma der Organspende“

(11) Ulrike Baureithel und Anna Bergmann in „Herzloser Tod – Dilemma der Organspende“

(12)

[https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/article/908050/hirntod-diagnostik-formfehler-keine-seltenheit.html](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/908050/hirntod-diagnostik-formfehler-keine-seltenheit.html)

([https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/article/908050/hirntod-diagnostik-formfehler-keine-seltenheit.html](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/908050/hirntod-diagnostik-formfehler-keine-seltenheit.html))

(13) Ulrike Baureithel und Anna Bergmann in „Herzloser Tod – Dilemma der Organspende“

(14) Dito

(15) <https://www.youtube.com/watch?v=C8geRhFdxs>  
(<https://www.youtube.com/watch?v=C8geRhFdxs>)

(16) <https://www.youtube.com/watch?v=gv32DUBPLpE>  
(<https://www.youtube.com/watch?v=gv32DUBPLpE>)

(17) <https://gesundheitsberater.de/organspende-nie-wieder-organtransplantation-aus-der-sicht-einer-betroffenen/>  
(<https://gesundheitsberater.de/organspende-nie-wieder-organtransplantation-aus-der-sicht-einer-betroffenen/>)

[organtransplantation-aus-der-sicht-einer-betroffenen/](#)

(18) <https://www.youtube.com/watch?v=krqX8rT3wrA>

<https://www.youtube.com/watch?v=krqX8rT3wrA>

(19) [https://www.focus.de/politik/deutschland/aerzte-nur-jeder-zweite-arzt-hat-organspendeausweis\\_aid\\_436556.html](https://www.focus.de/politik/deutschland/aerzte-nur-jeder-zweite-arzt-hat-organspendeausweis_aid_436556.html)

[https://www.focus.de/politik/deutschland/aerzte-nur-jeder-zweite-arzt-hat-organspendeausweis\\_aid\\_436556.html](https://www.focus.de/politik/deutschland/aerzte-nur-jeder-zweite-arzt-hat-organspendeausweis_aid_436556.html)

(20) <https://www.youtube.com/watch?v=r5WzwmbbkLA>

<https://www.youtube.com/watch?v=r5WzwmbbkLA>

(21) <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/organspende-das-war-ein-katastrophaler-ausbau-von-ersatzteilen-12536010.html>

[12536010.html](http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/organspende-das-war-ein-katastrophaler-ausbau-von-ersatzteilen-12536010.html)

<http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/organspende-das-war-ein-katastrophaler-ausbau-von-ersatzteilen-12536010.html>

(22) <https://gesundheitsberater.de/organspende-nie-wieder-organtransplantation-aus-der-sicht-einer-betroffenen/>

<https://gesundheitsberater.de/organspende-nie-wieder-organtransplantation-aus-der-sicht-einer-betroffenen/>

[\(https://gesundheitsberater.de/organspende-nie-wieder-organtransplantation-aus-der-sicht-einer-betroffenen/\)](https://gesundheitsberater.de/organspende-nie-wieder-organtransplantation-aus-der-sicht-einer-betroffenen/)

(23) [http://www.klinikum.uni-](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Transplantationszentrum/de/patienten/lungentransplantation/erfolgsaussichten/)

[muenchen.de/Transplantationszentrum/de/patienten/lungentransplantation/erfolgsaussichten/](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Transplantationszentrum/de/patienten/lungentransplantation/erfolgsaussichten/)

[\(http://www.klinikum.uni-](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Transplantationszentrum/de/patienten/lungentransplantation/erfolgsaussichten/)

[muenchen.de/Transplantationszentrum/de/patienten/lungentransplantation/erfolgsaussichten/](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Transplantationszentrum/de/patienten/lungentransplantation/erfolgsaussichten/)

[\)](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Transplantationszentrum/de/patienten/lungentransplantation/erfolgsaussichten/)

Dieser Artikel erschien bereits auf [www.rubikon.news](http://www.rubikon.news).



**Doris Schultz**, Jahrgang 1968, wurde zur Erzieherin ausgebildet, absolvierte etliche Fachweiterbildungen und arbeitet nun freiberuflich im pädagogisch-

therapeutischen Bereich und als Dozentin und Autorin für unterschiedliche Themen. Im Jahr 2019 begann sie eine Ausbildung zur Traumafachberaterin. Seit 2018 unternimmt sie spannende lyrische Versuche, aus denen in Zusammenarbeit mit einem Musiker/Komponisten eine Projekt-CD (Lyrik und Musik) hervorging. Sie wünscht sich, dass sich die Menschen in innerer Freiheit, ihrer wilden Schönheit und wahren Kraft wiederfinden.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International)** (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.