

Thomas Schumacher

Warum ich
nein zur Organspende
gesagt habe

Fakten • Motive • Argumente

Thomas Schumacher

Warum ich nein zur Organspende gesagt habe
Fakten • Motive • Argumente

Bibliographische Information
der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im
Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten – All rights reserved
Hergestellt in der Europäischen Union – Printed in EU
© Pneuma Verlag - München 2013
ISBN 978-3-942013-17-8 (Print)
ISBN 978-3-942013-18-5 (ebook)

www.pneuma-verlag.de

Inhalt

Einleitung	5
<i>Kapitel 1</i>	
Was bedeutet Leben?	9
einfaches zelluläres Leben	11
komplexeres zelluläres Leben	16
Leben in Form fortgeschrittener Organisationsgrade	20
ineinander verschränkte Ebenen von Leben	24
komplex integrierte Viel-Einheit	28
was also bedeutet Leben?	30
Lebensbegriff zwischen Biologie und Philosophie	33
<i>Kapitel 2</i>	
Was bedeutet Tod?	41
biologische Bedeutung	43
Tod bezogen auf den Organismus als funktionell ganzen	46
<i>Kapitel 3</i>	
Wie vollzieht sich Sterben?	49
sukzessive Reduzierung der Stoffwechselfvorgänge	49
Sterben auf Zellebene	50
Sterben eines menschlichen Organismus	53
Sterben: vom lebensnah-alltäglichen Ereignis zum klinischen Faktum	58
<i>Kapitel 4</i>	
Das Hirntod-Konzept	65
Vorgeschichte: Vom natürlich-einheitlichen zum intensivmedizinisch-entkoppelten Sterbeprozess	65
Etablierung des Konzepts vom sog. Hirntod	68

Etablierung des Konzepts vom sog. Hirntod	68
Einführung des Hirntod-Konzepts als Todeskriterium	74
Lesarten des Hirntods	79
Kriterien für das Vorliegen des Hirntods	84

Kapitel 5

Auseinandersetzung um das Hirntod-Konzept	89
fehleranfällige Hirntod-Diagnostik	92
klinisch gestützte Argumente gegen Hirntod-Konzept	95
Fazit: nur begrenzte Rolle des Gehirns bei der Erhaltung des Organismus als integrierte Funktionseinheit	102
Konsequenzen aus der neu gewonnenen Evidenz	104

Kapitel 6

Anpassungen am Hirntod-Konzept von 2008	109
--	------------

Kapitel 7

Tod als Voraussetzung für Organentnahme?	121
Interpretation über Leben und Tod	123
Diskussion um Grenzziehung zwischen Leben und Tod	129
Forderungen nach Lockerung der dead donor rule	137
Ethik der Organentnahme	143

Kapitel 8

Praxis der Organentnahme	149
die Prozedur der Organentnahme	153
Segen oder Fluch?	158
das zugrunde liegende Menschenbild	167
man darf nicht alles, was man zu können meint	171
Epilog: Ich sage «nein zur Organspende», weil	173
Anmerkungen	177

Einleitung

Organtransplantationen sind infolge fortgeschrittener medizinischer Fertigkeiten innerhalb gewisser Grenzen technisch beherrschbar geworden und haben sich seit drei Jahrzehnten als Normalität in den Kliniken etabliert. Im Jahr 2012 wurden in Deutschland bei 1.024 Spendern «postmortal» Organe zu Transplantationszwecken entnommen. Bei jedem vierten aus der Gruppe jener Patienten mit einer Hirntod-Diagnose fand also eine Explantation statt. Dabei gibt es kaum einen anderen Bereich, der von einer ähnlich grundsätzlichen Kontroverse geprägt ist. In der Haltung zur Organentnahme scheiden sich die Geister.

Auf der einen Seite werben Politiker, «Überzeugte» und Interessenträger, allen voran die DSO, gezielt für mehr Organe. Das Aufkommen an Spenderorganen soll durch Vergrößerung des Pools an Organspendern erhöht werden. Zu diesem Zweck wurde 2012 das Transplantationsgesetz ergänzt und die Ausweitung der Organspende als Zielsetzung zum Ausdruck gebracht: «Ziel des Gesetzes ist es, die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern» (§1 Abs.1 TPG). Zu diesem Zweck wurde die «Entscheidungslösung» beschlossen, dass nunmehr alle Bürger durch die Krankenversicherungen regelmäßig zum Thema Organspende informiert und auf ihre Bereitschaft hin befragt werden, sich selbst zu Organspendern zu erklären.

Das Argumentationsmuster folgt einem abwägenden Kalkül: Kann man per Organtransplantation einem Kranken einen möglichst hohen Nutzen vermitteln, ohne dabei demjenigen, dem die Organe entnommen werden, einen Schaden zuzufügen? Viele Menschen bejahen dies. Auf dem mutmaßlich hohen Nutzen beruht die hohe grundsätzliche Akzeptanz für

Organtransplantationen in der Bevölkerung. Die Umfragen zeigen aber ebenso, dass die Menschen ihre Zustimmung davon abhängig machen, dass sie zum Zeitpunkt der Organentnahme definitiv tot sind, wie es das Gesetz vorschreibt.

Dass dies der Fall ist, bezweifeln jene, die das Hirntod-Konzept für nicht tragfähig halten, um auf dieser Basis einen Menschen für tot erklären zu können und ihm anschließend die Organe zu entnehmen. Für diese kritische Position gibt es seit der Jahrtausendwende zudem eine neue, stark gestützte Evidenz mit empirischer Grundlage.

Zudem hat die Beobachtung von überaus heftigen Stress-Symptomen beim Aufschneiden des Körpers und bei der Perfusion viele Ärzte nachdenklich gemacht: hochschießender Puls, massiver Anstieg des Blutdrucks, Ausschüttung von Stresshormonen, Bewegungen – Symptome wie sie bei heftigsten körperlichen Schmerzreaktionen auftreten. Wenn man die wahrnehmbaren Phänomene ernst nimmt, sind diese nicht auf die Ebene von automatischen «Reflexen» zu reduzieren, sondern stellen sehr wohl empirische Indizien dafür dar, die heftigen Reaktionen im Sinne zugefügten Schadens auszulegen.

Mit der fraglicher denn je gewordenen «Postmortalität» der Organentnahme und den Indizien dafür, dass dem Spender bei der Explantation tatsächlich ein erlittener Schaden zugefügt wird, kippt die ethische Abwägung: Einem Patienten auf der Warteliste einen Nutzen stiften, ohne dem Organspender einen Schaden zuzufügen – dieses Kalkül geht offenbar nicht auf.

Damit aber steht die ganze Praxis der Organentnahmen und Transplantationen in Frage, und die Kontroverse erhält eine massive Wucht.

Der nachfolgende Text will die Fakten und Argumente zeigen, die für eine tragfähige Beurteilung in biologisch-medizinischer und philosophischer Hinsicht erforderlich sind. Die ersten drei Kapitel stellen Grundlagen dar, was Leben, Tod, und Sterben bedeuten. In diese Grundlegung ist die Entwick-

lungsgeschichte des Lebens ebenso einbezogen wie die unterschiedlichen Ebenen des Lebendigen, von der einfachen Zelle bis zum komplexen höheren Organismus, in dem diese unterschiedlichen Ebenen verschränkt existieren. Im Ausgang von der Fülle an diversen Lebensformen wird deutlich, was Leben ausmacht. Auf dieser Basis wird problematisiert, wo die Grenzen zwischen Leben und Tod verlaufen.

Kapitel vier, fünf und sechs nehmen das Hirntod-Konzept in den Blick, zeigen die Hintergründe seiner Entstehung, seine Etablierung im Bereich der Medizin und der Rechtsordnung als Todeskriterium, die Auseinandersetzung um seine Tragfähigkeit und seine empirische Widerlegung, die Konsequenzen aus dieser neu erstarkten Evidenz und den verzweifelte Versuch von 2008 aus USA, das Hirntod-Kriterium zur Legitimation für die üblich gewordene Praxis der Organentnahme zu bewahren.

Vor dem Hintergrund des fraglicher denn je gewordenen Hirntod-Kriteriums und der geringen Zuverlässigkeit der konventionellen Tests zur Hirntod-Diagnose zeigt Kapitel 7 aktuelle Bestrebungen, den eingetretenen Tod als notwendige Bedingung für die Organentnahme fallen zu lassen, reflektiert die Todesauffassungen an der Schnittstelle von Biologie, Medizin und Philosophie und problematisiert die Grenzziehungen zwischen Leben und Tod.

Kapitel 8 beschreibt die heutige Praxis der Organentnahme, Mengengerüste und den Ablauf der Entnahme-Prozedur. Daran anschließend macht die Bewertung «Segen oder Fluch?» Vorbehalte, Einschränkungen und Kritik deutlich: Empfängerseitig unterstreicht die lebenslange Abstoßungsreaktion durch das Immunsystem die unaufhebbare Inkompatibilität zwischen einem transplantiertem Organ und dem Wirtsorganismus. Spenderseitig zielt die Kritik auf das Problem des bei der Organentnahme noch nicht hinreichend eingetretenen Todes, auf die Aporie eines dissoziierten Todesverständnisses und auf die ernstzunehmenden Anzeichen, dass der Spender

bei der Organentnahme einen zugefügten Schaden erleidet. Implikationen auf der Ebene des Menschenbildes runden die Darstellung ab.

Am Ende des Buches steht als zusammenfassendes Fazit ein klares «nein zur Organspende» in Form einer begründeten und hoffentlich überzeugenden Position, dass es aus Achtung vor dem Leben eines Menschen nicht legitim ist, die Organe aus seinem Leib zu entnehmen, der zu jenem Zeitpunkt noch immer ein Sterbender und kein Leichnam ist.

Praxis der Organentnahme

Transplantationen von Organen oder Geweben sind seit Anfang der 80er Jahre gängige Praxis und in allen Staaten mit westlicher, schulmedizinisch geprägter Medizin inzwischen fest etabliert. Zur Mitte des 20. Jhd. waren es in erster Linie spektakuläre Einzelfälle, die das Bild von den neuen chirurgischen Möglichkeiten prägten. Doch die körpereigenen Immunreaktionen sorgten für die Abstoßung der transplantierten Organe auf der Empfängerseite. Somit blieben mit den Überlebensraten auch die absoluten Fallzahlen zunächst gering. In den 70er Jahren konnten nur etwa 30% der Patienten mit einem transplantierten Herzen ein Jahr überleben. Bei transplantierten Geweben wie Haut und Knochen waren die Abstoßungseffekte geringer ausgeprägt und die Annahme im Empfängerorganismus verlief günstiger.

Die Abstoßungsreaktionen gegen transplantierte Organe wurden erst mit der Erfindung des immunsuppressiven Medikaments Ciclosporin A (CsA) 1976 durch Jean Francois Borel beherrschbar, welches stark und zugleich gezielt die Lymphozyten hemmt. Nach klinischen Studien und der Zulassung von CsA 1983 sind mit dem Anstieg der Ein-Jahr-Überlebensraten auf 80%, auch infolge verbesserter OP- und Konservierungstechniken, die Fallzahlen in der Transplantationsmedizin stark angestiegen, und das Transplantationswesen hat sich im Standardrepertoire der westlichen Medizin etabliert.

Transplantiert werden heute fast alle Organe, insbesondere Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse und Darm als ganze Organe sowie in Teilen (Herzklappen), darüber hinaus Gewebe der Haut, Augenhornhäute, Gefäße, Knochen- und Knorpelgewebe, Bänder und Sehnen. Aufsehen erregende Transplantationen wie etwa die eines Gesichts (erstmal 2005 in Frankreich und erstmal eines kompletten Gesichts 2010 in Spanien) oder zweier (eingeschränkt) funktionstüchtiger Arme wie bei Karl Merk 2008 in München Rechts der Isar stellen eher Einzelfälle dar. Nicht möglich dagegen ist nach wie vor die Transplantation neuronal komplexer Organe wie etwa des Auges als ganzes (lediglich Hornhaut und Netzhaut) oder des Gehirns (lediglich Hirnhäute). Nieren oder Teile der Leber können auch von lebenden Spendern entnommen werden.

Pro Jahr werden in Deutschland etwa 4.000 Patienten auf der Basis einer Hirntod-Diagnose für tot erklärt. Aus dieser Gruppe wurden in Deutschland im Jahr 2012 bei 1.024 Spendern Organe entnommen. Davon waren 151 Unfallopfer. Hinzu kamen 845 Lebendspender, davon 765 Nieren- und 79 Leberspender. Bei etwa 85% der hirntoten Spender wurden mehrere Organe entnommen. Für das Jahr 2012 umfasst die Menge an transplantierten Organen aus hirntoten Spendern 3.522 Organe, davon 345 Herzen, 356 Lungen (ein- und beidseitig), 935 Lebern, 163 Bauchspeicheldrüsen und 1.798 Nieren. Deutschland gehört zusammen mit Österreich, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Kroatien und Slowenien dem Eurotransplant-Verbund an mit insgesamt 120 Mio Einwohnern und 72 Transplantationszentren, davon 46 in Deutschland. Innerhalb dieser Staatengemeinschaft werden die verfügbaren Organe aufgrund Meldepflicht staatenübergreifend erfasst und vermittelt. Die grenzüberschreitende Quote der Organvermittlung beträgt etwa 20%. Die Anzahl jener Patienten, die auf ein Spenderorgan warten und auf der Warteliste stehen, liegt in Deutschland (Stand Dez 2012) bei 972 Herzen, 459 Lungen, 1.815 Lebern und 7.645 Nieren zuzüglich etwa 300

Patienten, die mehrere Organe (Bauchspeicheldrüse/Niere oder Leber/Niere) benötigen. Damit umfasst die Warteliste 11.233 Patienten aus Deutschland, von denen etwa 1.000 pro Jahr sterben, bevor eine Implantation bei ihnen durchgeführt wird.⁸⁴

Bisher hat nur jeder zehnte aus der Gruppe der für hirntot Erklärten seine persönliche Entscheidung in Form von einem ja oder nein zur Organspende für den Fall der Fälle tatsächlich dokumentiert, z.B. in Form eines Organspendeausweises. In neun von zehn Fällen mit einer gestellten Hirntod-Diagnose müssen daher die Angehörigen über den mündlich geäußerten (25%) oder mutmaßlichen (40%) Willen des für hirntot Erklärten befragt werden und ggf. anstelle des Betroffenen die Entscheidung übernehmen (25%). In jedem vierten Fall müssen also die Angehörigen anstelle des Betroffenen die Entscheidung fällen.⁸⁵

Bisher hat nur jeder zehnte aus der Gruppe der für hirntot Erklärten seine persönliche Entscheidung in Form von einem ja oder nein zur Organentnahme für den Fall der Fälle tatsächlich dokumentiert, z.B. in Form eines Organspendeausweises. In neun von zehn Fällen mit einer gestellten Hirntod-Diagnose müssen daher die Angehörigen über den mündlich geäußerten (25%) oder mutmaßlichen (40%) Willen des für hirntot Erklärten befragt werden und ggf. anstelle des Betroffenen die Entscheidung übernehmen (25%). In jedem vierten Fall müssen also die Angehörigen anstelle des Betroffenen die Entscheidung für oder gegen eine Organentnahme fällen.⁸⁶

Die Akzeptanz für die Durchführung von Organspenden im allgemeinen ist in der Bevölkerung hoch. Eine Studie aus dem Jahr 2010 im Auftrag der BZgA unter 4.000 Befragten zeichnet ein organspendefreundliches Stimmungsbild. 74% der Befragten zeigten sich im Grundsatz damit einverstanden, dass ihnen nach ihrem Tod Organe entnommen werden, 18% sind nicht damit einverstanden. Jeder vierte der Befragten gibt an, einen Organspendeausweis zu besitzen. De facto jedoch

hatte zu jener Zeit aus der Gruppe der für hirntot Erklärten nur jeder zehnte einen Organspendeausweis. Von jenen Befragten, die über einen Ausweis verfügen, geben 72% an, sie wollen die Angehörigen nicht mit dieser Entscheidung belasten. 95% sagen, sie wären selbst froh, ein Organ zu erhalten, wenn sie es brauchen würden. Aus der größeren Gruppe jener, die keinen Organspendeausweis besitzen, wollen 24% keine Organe spenden. 18% geben an, keine Organe erhalten zu wollen, auch wenn sie selbst in die Situation einer medizinischen Indikation kommen. 36% sagen, man soll der Natur ihren Lauf lassen. 33% meinen, dass von den Ärzten nicht alles für sie getan wird. 34% wollen sich nicht mit dem Thema Tod auseinandersetzen und 62 % wollen sich jetzt noch nicht entscheiden. 47% fürchten Missbrauch durch Organhandel – eine Einschätzung aus dem Jahr 2010, bevor die Unregelmäßigkeiten bei der Organvergabe in Göttingen, Regensburg und München bekannt wurden.⁸⁷

Unter dem Eindruck der Organspendeskandale hat das Meinungsforschungsinstitut YouGov im August 2012 Ergebnisse aus einer neuen Umfrage im Auftrag der Nachrichtenagentur dpa veröffentlicht. Demzufolge haben 45% der Befragten Bedenken, sich für Organspenden bereit zu erklären, 42% zeigen hingegen keine Bedenken. Von den Befragten geben 14% an, einen Organspendeausweis zu besitzen.⁸⁸

Trotz allen negativen Meldungen zeigt sich ein insgesamt positives Stimmungsbild in der Bevölkerung und weiterhin eine grundsätzlich hohe Bereitschaft, selbst einmal zum Organspender zu werden. Allerdings gehen die meisten Befürworter davon aus, dass die Organentnahme postmortal, also im Zustand des eingetretenen Todes entnommen würden. Zudem verfügen nur die wenigsten über vertiefte Informationen zur Problematik. Nur die wenigsten können differenziert beurteilen, was sie gegenwärtig im Grundsatz für gut erachten, und wissen nicht, worauf sie sich konkret einlassen.

die Prozedur der Organentnahme⁸⁹

Nach erfolgter Hirntod-Diagnose werden die Maßnahmen zur intensivmedizinischen Versorgung zunächst fortgesetzt, um zu klären, ob sowohl die medizinischen als auch die rechtlichen Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen oder nicht. Zur Klärung der medizinischen Voraussetzungen ist in jedem Fall, auch wenn einer Organspende widersprochen wurde, eine entsprechende Anamnese durchzuführen und zu dokumentieren, ob jemand aus medizinischer Sicht als potentieller Organspender in Frage kommen würde.⁹⁰ Die DSO bietet bei diesem Prozess konziliarische Unterstützung an. Fällt die Anamnese positiv aus, muss zu diesem Zeitpunkt eine Meldung an die zuständige Koordinierungsstelle (§11 TPG) bei der DSO erfolgen (§9a Abs.2 Nr.1 TPG). Falls die Anamnese negativ ausfällt, muss dies begründet und ebenso gemeldet werden, um die DSO in die Lage zu versetzen, dass potentiell mögliche Organspendeaufkommen in Deutschland beurteilen zu können. Es gehört zur Aufgabe des zuständigen Transplantationsbeauftragten des Krankenhauses, die Durchführung dieser Meldung sicherzustellen (§9b TPG).

Die Koordinierungsstelle bei der DSO klärt, ob die Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen. Die behandelnde Klinik ist verpflichtet, zu diesem Zweck alle erforderlichen personbezogenen Daten zu übermitteln (§11 Abs.4 TPG). Liegt keine schriftliche Entscheidung des Betroffenen selbst für oder gegen eine Organspende vor, müssen die Angehörigen über den mündlich geäußerten oder den mutmaßlichen Willen des für hirntot Erklärten befragt werden und anstelle des Betroffenen die Entscheidung übernehmen. Eine Entscheidung für oder gegen eine Organentnahme muss in jedem Fall getroffen werden. Das Angehörigengespräch ist ergebnisoffen zu führen. Gemäß Leitlinie sind die Angehörigen jedoch darauf hinzuweisen, dass durch eine Organspende einem Menschen auf der Warteliste möglicherweise das Leben gerettet werden

kann.⁹¹ Und auch die Klinik dürfte kaum ganz frei sein von einem eigenen wirtschaftlichen Interesse.⁹² Kritiker des Verfahrens bemängeln, dass die Angehörigen durch das in den Vordergrund gerückte utilitaristische Argument der Hilfeleistung in einen Gewissensdruck gebracht werden. Die Zustimmungsrate zur Organentnahme liegt bei Angehörigenentscheidungen höher als bei Eigenentscheidungen.

Liegt die Entscheidung gegen eine Organspende vor, wird die intensivmedizinische Versorgung beendet, so dass die Todessequenz nun alle Bereiche des Organismus erfasst und zum biologischen Tod führt. Liegt eine Entscheidung zugunsten einer Organentnahme vor, wird die Explantation daraufhin durch die Koordinierungsstelle (DSO) organisiert und erfolgt durch die von ihr beauftragten Ärzte (§11 Abs.4 TPG). Die Organentnahme wird als Gemeinschaftsaufgabe von Entnahmeklinik, empfängerseitigen Transplantationszentren und der DSO als Koordinierungsstelle wahrgenommen.

Beim hirntoten Organspender wird die intensivmedizinische Versorgung weiter fortgesetzt. Diese ist nun nicht mehr in erster Linie dem Patientenwohl verpflichtet, der in dieser Hinsicht bereits als Toter und nur noch in der Rolle des Organspenders behandelt wird. Die medizinische Versorgung dient nun der bestmöglichen Erhaltung der Organe mit Blick auf die späteren Organempfänger. Weitere Untersuchungen dienen der Klärung, den Zustand der potentiell entnehmbaren Organe im Hinblick auf die spätere Transplantation zu bestimmen. Der Organspender wird an Eurotransplant gemeldet. Dort erfolgt der Abgleich der Daten über die Spenderorgane mit den Daten der Patienten auf der Warteliste. Anhand der Kriterien Erfolgswahrscheinlichkeit und Dringlichkeit sowie einer möglichst ausgeglichenen Länderbilanz und der Wartezeit erfolgt über eine computererzeugte Matchlist die Zuordnung, welches Organ an welchen Empfänger angeboten wird. Die zuständigen Ärzte der ersten beiden ausgewählten potentiellen Empfänger werden informiert, um die Erfolgsaussicht

einer Transplantation zu beurteilen und die Maßnahmen für die Transplantation auf der Empfängerseite zu ergreifen. Der DSO-Koordinator stimmt das weitere Vorgehen mit den Ärzten auf der Empfängerseite ab, um den Zeitraum zwischen Explantation und Implantation mit Blick auf die Transportdauer so kurz wie möglich zu halten.

Mit Blick auf die Transplantationen bei den Organempfängern setzt der DSO-Koordinator den Termin für die Organentnahme an. Der Organspender wird nun für die Explantation vorbereitet und in einen OP der Entnahmeklinik gebracht. Die Explantation erfolgt unter denselben Bedingungen wie eine OP eines lebenden Patienten. Dabei steht die Explantation von der OP-Dringlichkeit her auf einer Stufe mit anderen Notfall Eingriffen in der Klinik. An der Explantation beteiligt sind ein Anästhesieteam und OP-Pflegekräfte aus der Entnahmeklinik, Chirurgen für die Öffnung des Körpers und das Freilegen der Organe, chirurgische Teams für die Entnahme der thorakalen und viszeralen Organe sowie der DSO-Koordinator und oftmals ein Perfusionsdienstmitarbeiter der DSO. Für die Explantation gilt die Maßgabe, die Würde des Spenders, der als Verstorbener bewertet wird, gemäß §6 TPG und gemäß Leitlinien entsprechend dem ärztlichen Ethos zu bewahren.

Die Aufgabe des Anästhesieteams besteht insbesondere darin, die Herz-Kreislauf-Funktion, die Homöostase und die Beatmung zur Sauerstoffversorgung der Organe bis zu deren Konservierung aufrecht zu halten. Das vegetative Nervensystem wird anästhesiert, um die Weiterleitung der durch die chirurgischen Schnitte verursachten Schmerzreize in das Rückenmark zu unterbrechen. Zudem kommen relaxierende Medikamente zum Einsatz. Ansonsten würden durch das Aufschneiden des ganzen Körpers und dessen Durchspülung mit einer kalten Lösung zur Konservierung der Organe heftige Stressreaktionen mit sprunghaftem Anstieg des Blutdrucks und der Pulsfrequenz sowie starke Bewegungen ausgelöst. Um dies zu verhindern, wird der Organspender zu Beginn der

OP an Armen und Beinen festgebunden. Zudem können stressbedingt Kreislaufprobleme bis hin zum vorzeitigen Herzstillstand die Folge sein, was die Anästhesisten vermeiden sollen. Ggf. wird das Herz des Organspenders reanimiert, damit die Sauerstoffversorgung der Organe bis zu deren Konservierung sichergestellt bleibt.

Die Beobachtungen der heftigen Stressreaktionen haben viele Ärzte nachdenklich gemacht. Auf Basis des Hirntod-Konzepts wird der Organspender für tot erklärt und wurde in der Vergangenheit von vielen auch für de facto tot gehalten. Noch immer betont der DSO-Leitfaden die Überflüssigkeit einer Narkotisierung, weil der Organspender ja tot sei.⁹³ Hochschießender Blutdruck, rasender Puls und muskelkontraktive Bewegungen werden als automatische Reflexe bewertet. Um die OP nicht zu behindern, sollten aus DSO-Sicht jedoch relaxierende Medikamente zum Einsatz kommen. In Studien wurde bei Patienten ein starker Anstieg von Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin beobachtet.⁹⁴ Angesichts der zu beobachtenden heftigen Stressreaktionen und infolge der gewachsenen Unsicherheit sowohl über die mangelnde Verlässlichkeit der Hirntod-Diagnose als auch über die Gleichsetzung des Hirntod-Kriteriums mit dem Tod des Menschen sind viele Ärzte in Deutschland inzwischen dazu übergegangen, analog einer Vollnarkose bei einer OP zu anästhesieren. Sie setzen das stark schmerzbetäubende und sedierende Fentanyl in hoher Dosierung ein, in Verbindung mit Pancuronium zur Muskelentspannung. Aus medizinethischer Sicht liegen Forderungen vor, die Anästhesierung als obligatorisch in die Leitlinien aufzunehmen, um eine mögliche Beeinträchtigung des Organspenders soweit nur möglich auszuschließen.

Nach Abschluss der Vorbereitungen durch das Anästhesieteam wird der Körper der Länge nach vom Hals bis zum Schambein aufgeschnitten. Bei ausbleibender Vollnarkose würden dabei die heftigen Stressreaktionen einsetzen. Blut strömt nun schlachthofähnlich überall aus dem Körper heraus. Mit

einer Säge wird das Brustbein zerschnitten, um durch den geöffneten Brustkorb Herz und Lunge freizulegen. Die Lappen der Bauchdecke werden nach außen geklappt und in dieser Position befestigt. Nun werden alle zu entnehmenden Organe unter frei schlagendem Herzen für die Entnahme freipräpariert.

Anschließend wird die Perfusion vorbereitet, die Durchspülung des gesamten Körpers mit einer 4°C kalten Perfusionslösung zur Konservierung der Organe. Dazu werden Katheter und diverse Schläuche gelegt, u.a. an der Aorta und an der Vena Cava am Becken. Um das möglichst vollständige Ausschwemmen des Blutes bei der Perfusion zu erleichtern, setzt das Anästhesieteam nun nochmals weitere Medikamente u.a. Heparin ein, welches dazu beiträgt, die Gerinnung des Blutes und Thrombosen so weit wie möglich zu vermeiden. Unmittelbar vor Durchführung der Perfusion beendet das Anästhesieteam die künstliche Beatmung. Nur bei geplanter Lungenentnahme wird die Lunge weiterhin aufgebläht. Der Einsatz des Anästhesieteams ist damit beendet. Der DSO-Leitfaden (7.2.4) empfiehlt, ab jetzt die Monitore auszuschalten, um durch die nachfolgenden Anzeigen des Herzstillstands Ärzte und Pfleger nicht zu beunruhigen.

Nun wird die kalte Perfusionslösung schlagartig in den noch immer funktionstüchtigen Organismus eingebracht, gleichzeitig an den verschiedenen präparierten Stellen. Dies erfolgt durch den Koordinator oder einen anderen speziellen DSO-Mitarbeiter. Je nach Sedierung sind nochmals und letztmals heftige Reaktionen des Organspenders zu beobachten. Sein Herz-Kreislauf-System bricht jetzt zusammen. Große Mengen kühlende Flüssigkeit werden zudem in den Körper von oben mehrfach hineingegossen und wieder abgesaugt, um die erforderliche Absenkung der Körpertemperatur bis auf Konservierungstemperatur zu erreichen und so den Stoffwechsel so weit wie möglich herunterzufahren. Ziel der Perfusion ist es, das Blut so vollständig wie möglich zu entfernen

und durch die Konservierungslösung zu ersetzen. Je vollständiger dies gelingt, um so geringer werden die Organe während der Transaktionszeit bis zur Implantation bei den Empfängern beeinträchtigt.

Nach erfolgter Perfusion entnehmen die chirurgischen Teams nacheinander die einzelnen Organe, die zur Explantation bestimmt sind. Man beginnt bei den thorakalen Organen Herz und Lunge, sofern diese entnommen werden sollen, und schließt die Explantation der abdominalen Organe Dünndarm, Leber (welche nach der Entnahme normalerweise gesplittet wird), Bauchspeicheldrüse und Nieren an. Die Ärzteteams überprüfen sogleich die Qualität der entnommenen Organe im Hinblick auf die geplante Transplantation. Meist werden auch Aorta und Vena Cava mit entnommen, um die Rekonstruktion der Gefäße im Empfänger bei der Transplantation zu unterstützen, ebenso Teile von Milz und Lymphknoten. Die Organe werden in spezielle Kühlboxen verpackt und auf den Weg in die Transplantationszentren gebracht, wo sie den Empfängern implantiert werden sollen.

Nach Abschluss der Explantation werden die präparierten Zugänge entfernt. Der Körper wird ggf. mit Füllmaterial aufgefüllt, wieder verschlossen und zugenäht. Die Prozedur erstreckt sich insgesamt je nach Umfang über zwei bis fünf Stunden.

Segen oder Fluch?

Die Organtransplantation beruht in ihren ethischen Grundlagen auf einem abwägenden Kalkül: Kann sie einem Kranken einen möglichst hohen Nutzen einbringen, ohne dabei demjenigen, dem die Organe entnommen werden, einen Schaden zuzufügen?

Viele Menschen bejahen dies. Auf den ersten Blick erscheint der Nutzen offenkundig: Kranke können auf diesem Weg eine

Möglichkeit erhalten, weiterzuleben. Etwa drei Menschen sterben pro Tag in Deutschland, weil Mediziner außer einer Organtransplantation nichts mehr für sie zu tun vermögen. Insofern erscheint in derartigen Fällen eine Organtransplantation als derzeit einziger Ausweg, um Leben zu retten. Drei Menschen pro Tag könnten gerettet werden, wenn ein Organ für sie zur Verfügung stehen würde. In dieser Erwartung standen sie über Monate oder sogar Jahre auf einer Warteliste. Aber ein geeignetes Organ war für sie nicht verfügbar. Bei nicht lebensbedrohlichen Fällen besteht der Nutzen einer Transplantation in der mutmaßlichen Verbesserung der Lebensqualität, wenn bisherige Einschränkungen aus dem Alltag wie z.B. regelmäßige Dialysegänge entfallen. Der Nutzen einer Organimplantation erscheint offenkundig. Erst bei näherer Betrachtung werden auch hier Einschränkungen deutlich. Auf dem jedoch mutmaßlich hohen Nutzen beruht die hohe grundsätzliche Akzeptanz für Organtransplantationen in der Bevölkerung.

Jede Organtransplantation hat jedoch unausweichlich zwei Seiten. Jedes implantierbare Organ muss zuvor aus jemand anderem explantiert worden sein. Die Frage nach der Herkunft dieser implantierten Organe stellt sich in der Bevölkerung durchaus, erscheint aber in der allgemeinen Wahrnehmung erst in zweiter Hinsicht von Bedeutung zu sein. Sonst wäre die hohe grundsätzliche Akzeptanz für Organtransplantationen nicht zu erklären. Die Befragten gehen in der Regel davon aus, dass der Organspender zum Zeitpunkt der Organentnahme tatsächlich tot ist. Unter dieser Bedingung erfolgt die Abwägung zugunsten von Organtransplantationen. Man geht davon aus, dass Organtransplantationen für den Empfänger einen durchaus hohen Nutzen haben, und dass man diesen Nutzen erreicht, ohne dem Spender einen Schaden zuzufügen, weil dieser ja mutmaßlich tot ist. Also tue man nichts ethisch bedenkliches, wenn man einem Spender unter der Voraussetzung des Todes die Organe entnimmt, sondern im Gegenteil:

Man kann sogar das Leben jener retten, die auf eine Organspende angewiesen sind.

Auf beiden Seiten, sowohl auf der Seite des Organspenders als auch beim Organempfänger sind jedoch gravierende Einschränkungen und Vorbehalte geltend zu machen. Auf **Empfängerseite** wird der Nutzen dadurch relativiert, dass (1) keineswegs alle Transplantationen erfolgreich verlaufen. Die transplantierten Organe können versagen, unmittelbar oder nach einiger Zeit. Auch Komplikationen bei der Transplantation selbst können auftreten. Diese Risiken sind jedem Betroffenen klar, werden aber meist alternativlos in Kauf genommen.

(2) Implantierte Organe werden durch den Empfängerorganismus als Fremdkörper abgestoßen. Das Immunsystem richtet sich gegen das implantierte Organ und geht aktiv gegen dieses vor. Daher waren Organtransplantationen noch in den 70er Jahren eher auf Einzelfälle beschränkt, an denen zwar deutlich wurde, was Chirurgen inzwischen zu leisten vermögen. Die Überlebensraten von wenigstens einem Jahr blieben jedoch in den meisten Fällen sehr gering, bei Herztransplantationen um 30%, weil heftige Abstoßungsreaktionen die Folge waren. Erst mit der verstärkten Unterdrückung des Immunsystems seit der Erfindung von Ciclosporin A durch Jean Francois Borel 1976 und der breiten Anwendung seit Beginn der 80er Jahre sind die Erfolgsraten und Fallzahlen in der Transplantationsmedizin stark gestiegen. Bei Herztransplantationen erhöhte sich die Ein-Jahres-Überlebensrate von 30 auf 80%. Die Fortführung der starken Immunsuppression bleibt in der Regel bei jedem Organempfänger lebenslang erforderlich, so dass Erkrankungen infolge verminderter Immunfähigkeit wie z.B. Krebserkrankungen eine erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeit erhalten. Bei Gewebetransplantationen ist die Kompatibilität in der Regel höher. Fremde Gewebekleinteile können offenbar eher akzeptiert, inkorporiert oder in den Empfängerorganismus integriert werden, während ganze Organe inkompatible Fremdkörper bleiben.

(3) Die Inkompatibilität fremder Organe mit dem Empfängerorganismus setzt sich zum Teil auf der psychischen Ebene fort. In einigen Fällen sind Persönlichkeitsveränderungen beim Organempfänger beobachtet worden. Einige Organempfänger haben mit dem Organ auch Verhaltensmuster des Spenders übernommen. Offenbar sind Organe Träger einer Ich-Prägung, so dass eine Inkompatibilität zwischen Spenderorgan und Zielorganismus resultiert. Bekannt wurde als einer der ersten derartigen Fälle Claire Sylvia, die nach einer Herz- und Lungentransplantation Veränderungen in ihrem Geschmacksempfinden sowie ihren Gewohnheiten und Ansichten erfahren hat: Heißhunger auf Nahrungsmittel, die sie zuvor überhaupt nicht mochte, neue Lieblingsfarben oder ein deutlich impulsiveres Betragen.⁹⁵ 74 weitere Fälle hat der Kardiologe Paul Pearsall 2002 dokumentiert, davon 10 Fallprofile in einem Artikel veröffentlicht.⁹⁶ Bei vielen dieser Verhaltens- oder Persönlichkeitsänderungen sind Merkmale der Spender auf die Empfänger übergegangen: Vom Klassik- zum Pop-Liebhaber, vom Antialkoholiker zum Biertrinker, intuitiver Zugang zur Familie der Spender, Gefühle der Verbundenheit mit dem Spender. Versuche, derartige Veränderungen durch Immunsuppression oder sonstige Medikation zu erklären, muten reduktionistisch an und reichen an das Phänomen nicht hin.

(4) Weitere Vorbehalte eher grundsätzlicher Art betreffen die philosophischen Implikationen wie z.B. das bei Transplantationen zugrunde liegende Menschenbild sowie die Grenzen einer utilitaristischen Ethik. Diese Einsprüche werden in den beiden nachfolgenden Abschnitten dieses Kapitels besprochen.

Insgesamt stellt sich auf der Empfängerseite der Nutzen keineswegs so ungeschmälert dar, dass man über diese Einschränkungen und Vorbehalte stillschweigend hinweg gehen könnte. Insofern ist die Anerkennung des mutmaßlichen Nutzens durchaus zu relativieren. Dies gilt insbesondere mit Blick auf mögliche Alternativen wie innovative chirurgische Verfahren in der Herzmedizin, durch welche inzwischen selbst einer

Herzinsuffizienz wirksam begegnet werden kann: Die Maßnahmen reichen von erweiterten Ansätzen für Bypass- und Herzklappen-OPs wie die Rekonstruktion der Mitralklappen bis hin zu vieltausendfach implantierten Pumpunterstützungssystemen, welche ursprünglich zur Überbrückung bis zu einer Transplantation gedacht waren, tatsächlich aber im Dauerbetrieb sich bewährt und entlastungsbedingt in einigen Fällen sogar zur Erholung des körpereigenen Herzens geführt haben. Eine weitere Alternative stellen etwa Zelltherapien dar, die auf die Wiederherstellung der Funktion des körpereigenen Organs abzielen.

Die schwergewichtigeren Argumente gegen die Praxis der Organtransplantationen liegen jedoch klar auf der Seite des **Spenders**:

(A) Der Dreh- und Angelpunkt in der Kontroverse um die Bewertung der Organentnahmen besteht in der Frage, inwiefern der Organspender zum Zeitpunkt der Entnahmeprozedur tatsächlich tot ist. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen setzen den Tod des Spenders vor einer möglichen Organentnahme voraus. Diese Bedingung gilt im kategorischen Sinn, keineswegs nur aus pragmatischen Gründen der Rechtssystematik oder des Verfassungsrechts. Die *dead donor rule* bedeutet, dass Organentnahmen ausschließlich *postmortal*, also *nach* Eintritt des Todeszustands erfolgen dürfen – nicht etwa *mortal*, d.h. lediglich in irgendeiner Weise bezogen auf den Tod, die Todessequenz oder den Sterbeprozess. Unter dieser Maßgabe sind die gesetzlichen Regelungen zur Organtransplantation überhaupt erlassen worden, wie die Erwägungsgründe zeigen.

Nur unter der Voraussetzung des spenderseitigen Todes besteht die breite Akzeptanz für Organspenden in der Öffentlichkeit. Oder umgekehrt: Ohne dass der Tod des Organspenders als Vorbedingung erfüllt ist, gibt es keine rechtliche Grundlage für Organtransplantationen, und kann es sowohl verfassungsrechtlich als auch naturrechtlich gar nicht geben.

Ohne den definitiven Tod des Spenders, gibt es auch keine Akzeptanz in der Öffentlichkeit. Ohne den definitiven Tod des Spenders ist die dem Transplantationswesen zugrunde liegende Nutzen-Schaden-Abwägung, Menschen helfen zu können, ohne den Spendern zu schaden, hinfällig. Ohne den definitiven Tod des Spenders ist auch aus kirchlicher Sicht eine Organentnahme definitiv unzulässig, wie sowohl Johannes Paul II. als auch Benedikt XVI. klargestellt⁹⁷ haben und wie es auch aus dem Tötungsverbot des Dekalogs hervorgeht. Bei fehlender definitiver Gewissheit müsse das Prinzip der Vorsicht vorherrschen. Ohne den definitiven Tod des Spenders sind Organentnahmen mit den Menschenrechten und mit dem Naturrecht nicht zu vereinbaren.

Nun aber sind evidentermaßen weder das überkommene Hirntod-Konzept noch die Herztod-Praxis gemäß den DCD-Protokollen, wie in den vorangegangenen Kapiteln dargelegt, mit dem real effektiv eingetretenen Tod gleichzusetzen. Auf Basis der angemeldeten und sowohl empirisch als auch konzeptionell dargelegten Zweifel ist die derzeitige Praxis der Organentnahme nicht als postmortale Entnahme anzusehen. Die Organe werden aus Sterbenden entnommen. Ein solches Vorgehen aber ist nicht akzeptabel – keineswegs nur weil dies einen Dammbbruch in Sachen Lebensrecht und Lebensschutz bedeuten würde: Es ist nicht akzeptabel für jeden konkreten Einzelfall.

(B) Es ist unklar, welche Innenerfahrungen für den Organspender mit der künstlichen Dissoziation seines Todeseintritts, mit der Prozedur der Organentnahme und insbesondere mit der Perfusion verbunden sind. Die mit Beginn der Explantations-OP und bei der Perfusion gezeigten Reaktionen stellen Symptome dar, wie sie vergleichbar bei heftigsten Schmerzreizen auftreten. Die Phänomene wie der sehr starke Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz sowie die Ausschüttung von Hormonen wie in extremen Stress-Situationen müssen als Indizien ernst genommen werden. Deren Relativierung, als

seien sie nicht mehr als automatische Reflexe, erfolgt lediglich theoriegetrieben vom Hirntod-Konzept her, ohne empirische Begründung oder Plausibilisierung der Phänomene.

Selbst die Tatsache, dass die Funktionen des Gehirns vollständig erloschen sein mögen – nicht einmal dies ist in vielen Fällen aufgrund unzureichender Tests und nachgewiesener signifikanter Fehlerquoten im Vergleich apparativer zu konventionellen Testergebnissen der Fall – ist nicht hinreichend dafür, eine wie auch immer geartete Wahrnehmung im Sinne eines Erleidens der zugefügten Geschehnisse auszuschließen. Lediglich ein empirisches Ich, ein Bewusstsein im Sinne cortexbasierender höherer Hirnfunktionen kann plausibel ausgeschlossen werden.

Doch sowenig der Organismus in seiner integrativen Funktion gänzlich oder auch nur überwiegend vom Gehirn abhängt, sowenig erscheint es plausibel, den Leib des Organspenders als beeinträchtigungsunfähigen Leichnam behaupten zu wollen. Die erhaltene Funktionsfähigkeit des Zentralen Nervensystems sowie weiterer dezentraler Nervenzentren und der Organe legen eine andere Bewertung nahe. Zufügung und Erleiden gelten mindestens in einem analogen Sinn. Wenn man also die wahrnehmbaren Phänomene ernst nimmt, stellen diese sehr wohl empirische Indizien dafür dar, die heftigen Reaktionen im Sinne zugefügten Schadens auszulegen. Die Evidenz dafür erscheint weitaus höher als für eine gegenteilige Annahme.

(C) Unklar bleibt ebenso, welche Bedeutung die zugefügte künstliche Dissoziierung des Todeseintritts, die Prozedur der Organentnahme und insbesondere die Perfusion für die Nahtoderfahrungen des Organspenders haben, deren physiologische Basis nicht abschließend geklärt ist. Keineswegs sind Nahtoderfahrungen auf den Zustand vorhandener Hirnfunktionen einzugrenzen. Vielmehr entziehen sich diese Erfahrungen, zumal im fortgeschrittenen Stadium, jeglichem empirischem Zugriff.

Es ist zu bedenken, dass bei Nahtoderfahrungen reanimierter Patienten auch negative Erlebnisse im Sinne von Höllen- oder bildlichen Feuererfahrungen berichtet worden sind. Die Nähe zur Schwelle des Todes ist von einigen Reanimierten als positives, von anderen als negatives Erlebnis wahrgenommen und berichtet worden. In jedem Fall stellten diese Nahtoderfahrungen Ich-Erfahrungen höchster Intensität dar.

Durch die Prozedur der Explantation, durch das Aufschneiden des Körpers und die übrigen präparativen Maßnahmen sowie insbesondere durch die Perfusion geschieht eine signifikante Zufügung (im negativsten Sinn) noch vor dem Zusammenbruch des Herz-Kreislauf-Systems und im Zustand weitgehender Funktionsfähigkeit des Zentralen Nervensystems und vieler dezentraler neuronaler Schaltstellen sowie funktionierender Organe. Es gibt also eine ernstzunehmende evidenzgestützte Basis für die Annahme, dass OP-Prozedur und Perfusion einen zugefügten Schaden für den Organspender bedeuten, dessen Ausmaß sogar erheblich sein kann.

(D) Eine Beeinträchtigung des Organspenders findet in der Praxis auch vor der Explantations-OP, sogar vor der Hirntod-Diagnose statt – auch wenn es diese von der Theorie her nicht geben dürfte. Diese Beeinträchtigung besteht in Maßnahmen zur Spenderdisponierung mit Blick auf die spätere Organverwertung und umfasst etwa die Verabreichung von Antibiotika, um mögliche Schädigungen von Organen fernzuhalten, oder etwa das Vorenthalten sedierender Medikamente, weil bei deren Verabreichung die Hirntod-Tests zu fehlerhaften Ergebnissen führen würden und nicht durchgeführt werden könnten. Auch die Typisierung eines Patienten als potentieller Organspender aus medizinischer Sicht im Rahmen der Anamnese zum obligatorischen meldeverfahren stellt einen wenn auch indirekten Übergriff dar.

Als Ergebnis aus diesen sowohl spenderseitigen als auch empfangerseitigen Erwägungen ist Festzuhalten: Für sog. postmor-

tale Organentnahmen fehlt jede Basis. Das Kalkül, durch die Maßnahme einer Organtransplantation den Nutzen eines Kranken zu mehren, ohne dem Organspender Schaden zuzufügen, geht nicht auf. Die ungeprüfte Voraussetzung, dass Organentnahmen zu Transplantationszwecken grundsätzlich gut und richtig sind, eine ehrenwerte Sache, ist in keiner Weise zu halten.

Die Worte von Hans Jonas haben nichts von ihrer Aktualität verloren: «Die Grenzlinie von Leben und Tod ist nicht mit Sicherheit bekannt und eine Definition kann Wissen nicht ersetzen. Der Verdacht ist nicht grundlos, dass der künstlich unterstützte Zustand des komatösen Patienten immer noch ein Restzustand von Leben ist [...] D.h., es besteht Grund zum Zweifel daran, dass selbst ohne Gehirnfunktion der atmende Patient vollständig tot ist. In dieser Lage unaufhebbaren Nichtwissens und vernünftigen Zweifels besteht die einzig richtige Maxime für das Handeln darin, nach der Seite vermutlichen Lebens hinüberzulehnen. Daraus folgt, dass Eingriffe, wie ich sie beschrieb, der Vivisektion gleichzuachten sind und unter keinen Umständen an einem menschlichen Körper stattfinden dürfen, der sich in diesem äquivoken oder Schwellen-Zustand befindet.»⁹⁸

Wie würden sich die Menschen wohl in der Frage der Organspende entscheiden, wenn ihnen die genannten Vorbehalte und Einsprüche vor Augen stehen würden, und sie diese Risiken miterwägen würden?

das zugrunde liegende Menschenbild

Wenn man Transplantationen vornimmt und zu diesem Zweck Organe aus Organismen entnimmt, dann geht damit eine bestimmte Sicht auf den Menschen einher. Ein Organ zu entnehmen und einem anderen Menschen einzupflanzen, setzt voraus, dass sowohl Spender- als auch Empfängerorganismus nach dem Modell Teil-Ganzes verstanden werden. Erst wenn

man den Menschen als Summe seiner Teile auffasst, ist es nachvollziehbar, einzelne Organe aus einem fremden Organismus in einen Empfängerorganismus einzusetzen.

Dabei wird vorausgesetzt, dass ein einzelnes Organ eine vom Organismus grundsätzlich separierbare Funktionseinheit darstellt. Nur in diesem Fall ließe sich überhaupt annehmen, dass ein implantiertes Organ fremder Herkunft wie ein Ersatzteil in einen Zielorganismus eingesetzt werden, dass dieses im Empfängerorganismus seine Funktion ausüben kann und dass es vom Wirtsorganismus toleriert oder sogar integriert wird. Dies ist jedoch nicht der Fall. Der Wirtsorganismus stößt das Organ fremder Herkunft regelmäßig ab und geht vermittels des Immunsystems gegen den Fremdkörper vor. Daher sind Transplantationen stets mit dem Einsatz starker Immunsuppressiva verbunden, um die natürlichen Abwehrreaktionen stets aufs neue auszuschalten und so eine zumindest gewisse scheinbare Toleranz künstlich zu erzwingen. Offenbar also sind körperfremde natürliche Organe nicht integrierbar und bleiben dauerhaft abzustoßende Fremdkörper.

Die Immunreaktion zeigt auf anschauliche Weise, dass das Modell Teil-Ganzes nicht auf die Wirklichkeit eines lebendigen Organismus angewendet werden kann, weil es diesem nicht gerecht wird. Das Modell einer im Prinzip mechanischen Vorstellung entstammt der postdecartischen Ära, deren Auswirkungen in Kombination mit einer de facto materialistischen Naturauffassung insbesondere im 19. Jhd. und darüber hinaus bis fast zum Ende des 20. Jhd. wirksam geblieben sind. Ein Organismus stellt hingegen eine Ordnung eigenen Typs dar, von wesentlich anderer Qualität, als dass das Modell Teil-Ganzes diesem gerecht werden könnte.

Der Organismus ist in erster Linie als eine Einheit konstituiert, die sich als biologisch-dynamisches System beschreiben lässt. Die höheren Komplexitätsebenen des lebendigen Organismus ruhen auf den zu integrierenden Stufen des Lebendigen (welche ihrerseits Lebendige sind) auf, ohne dass das Le-

ben auf diesen zugrunde liegenden, zu integrierenden Ebenen dadurch aufgehoben oder auch nur beschränkt würde. So ist Leben auf diesen unterschiedlichen Ebenen innerhalb eines einzigen Organismus sehr wohl zu unterscheiden, nicht aber real voneinander zu trennen, weil die unterschiedlichen Ebenen des Lebendigen vielfach ineinander verschränkt sind. Von dieser Einheit des Organismus her sind die Subsysteme reguliert. Die einzelnen biologischen Elemente sind auf ihren Beitrag für die Konstitution des Organismus ausgerichtet. Von unten nach oben wird Leben auf höherer Komplexitätsebene ermöglicht (Emergenz), von oben nach unten werden die vielen Teilsysteme und einzelnen Zellen integriert, ausgerichtet und reguliert. Auf dieser Basis besteht der anti-entropische Weenszug alles Lebendigen. Auf einen höheren Organismus wie den menschlichen trifft dies in hervorragender Weise zu.

Die Ganzheit des menschlichen Organismus ist weder das Resultat noch ein emergentes Epiphänomen von zusammengesetzten Teilen, sondern geht den Subsystemen integrierend und regulierend voraus. Der Organismus stellt ein biologisch-lebendiges System dar, in welchem auf verschiedenen Ebenen diverse Subsysteme unterschiedlicher Komplexitäts- und Organisationsgrade verschränkt existieren, ohne dass deren Eigensein als Lebendiges dadurch aufgehoben würde: Körperzellen als einzelne und in ihrem Zusammenwirken, Organe und Organsysteme, Symbionten. In einer derartigen Verschränkung existiert der Organismus als Organismus, der somit keine Summe von Teilen darstellt. Die Einheit eines Organismus, der in-über allem als eine eigene Form des Lebendigen konstituiert wird, ist vielmehr im Sinne einer Viel-Einheit, als eine Einheit in Mannigfaltigkeit zu bestimmen.

Einem derartigen Organismus-System einzelne Organe einoperieren zu wollen, mag zwar vordergründig chirurgisch-technisch funktionieren – allerdings nur um den Preis der Unterdrückung des Immunsystems, welches in biologischer Hinsicht die Inkompatibilität unterstreicht. Ein solches Vorge-

hen widerspricht dem Wesen des Menschen als höherem Organismus, dessen Existenzweise mit der seiner Organe verschränkt ist. Ein wenn auch funktionsverlustiges Organ durch ein natürliches Fremdorgan, das einem anderen Organismus entstammt, zu ersetzen, reicht bedeutend tiefer als der Einsatz einer Prothese, die nicht mehr als eine äußerlich bleibende Stütze darstellt. Ein solcher Ansatz erhebt den Anspruch, Organe vom Organismus zumindest im Prinzip trennen zu können. Insofern eignet einem derartigen Ansatz eine gewisse Tendenz zum Materialismus. Dieser aber ist Ausdruck einer Biologie auf der Stufe des 19. Jhd.

In einer gewissen Weise erscheint die Organtransplantation typisch für die westliche Schulmedizin konventioneller Art, die in erster Linie von einem primär univoken und monokausalen Fokus geprägt ist und von der biologisch gegebenen Ganzheit des organischen Systems weithin absieht – im Unterschied zu sog. ganzheitlichen Ansätzen und naturheilkundlichen Traditionen aller Kontinente. Auch die europäische Medizin verfügt über ganzheitliche Traditionsstränge. Ebenso zeichnen sich einige innovative Entwicklungen in der wissenschaftlichen Medizin durch ihren systemisch-ganzheitlichen Fokus aus. Die Zelltherapie etwa sucht nach Methoden, um Organe zu kurieren statt diese auszutauschen.

Der Ansatz, in einen Organismus aus einem anderen Organismus entnommene Organe als neue Teile einzusetzen, läuft der Disposition des Organismus in dem, was einen Organismus ausmacht, wesentlich zuwider. Insofern stellt dieser Ansatz einen Reduktionismus dar, der dem Wesen des Menschen auch auf der anthropologischen Ebene widerspricht. Der Leib ist Ausdruck der Person, die in ihm zur Darstellung kommt. Die Persongebundenheit des Leibes ist um so ausgeprägter, je höher die Integrationsebene im Organismus ist. Organe stellen derart höhere Integrationsebenen dar und sind gemäß der Ordnung der Natur somit nicht übertragbar.

Auch spenderseitig ist das mit der Organtransplantation einhergehende Menschenbild kritisch zu hinterfragen. Die Vorstellung von einem dissoziierten Tod, in mechanistischen Vorstellungen vom Aufbau des Lebendigen verwurzelt, widerspricht den assoziierten Abläufen in der Kausalkette beim Erlöschen des Lebens eines Lebendigen (Todessequenz). Die Grenzen vom Leben zum Tod können nicht dissoziiert überschritten werden, weil der Mensch selbst infolge der verschränkten Seinsweise des Organismus nicht dissoziiert aufgebaut ist. Funktionsverluste einzelner Organe, auch jener des Gehirns, bedeuten noch nicht selbst den Tod – sie führen lediglich zum Erlöschen des Lebens, wenn die finale Kausalkette der Todessequenz in der Endphase des Sterbeprozesses den gesamten Organismus erfasst.

Würde ein – künstlich dissoziierter – Funktionsverlust eines einzelnen Organs bereits den Tod des Menschen bedeuten, so müsste der Mensch mit diesem Organ identisch sein. Alle übrigen Körperteile wären auf die Ebene des Instrumentellen oder Akzidentellen reduziert. Tatsächlich aber existiert der Mensch in der Gestalt eines verschränkten Organismus. Der Tod des ganzen Menschen kann sich nicht beschränkt auf einen Teilbereich dieses Menschen ereignen, weil ein Mensch nicht dissoziiert aufgebaut ist, sondern organismisch. Daher kann es keinen Stockwerkstod geben, demzufolge der Mensch als solcher bereits tot wäre, wenn nur seine proprietären Gehirnfunktionen erloschen sind. Dies würde auf einen Dualismus zwischen Gehirn und Restkörper hinauslaufen.

Ein Zustand nahe am Beginn des finalen Sterbeprozesses, in dem das Leben in 3% des Organismus erloschen ist, 97% des Organismus aber durchaus funktionstüchtig und von der Todeskaskade noch nicht erfasst sind, kann nicht als Zustand des Todes angesehen werden, weil nicht nur gewisse Körperteile den Sitz des Lebens ausmachen, sondern der Organismus als System Ganzheit lebendig ist. Also muss, um sinnvoll vom Tod eines Organismus sprechen zu können, das Leben entlang des

gesamten Organismus erloschen sein. «Passing away» durch die erlöschende Sauerstoff-Versorgung der Zellen infolge des Herz-Kreislauf-Zusammenbruchs sowie «Deanimation» als entscheidender Wendepunkt, der den Verlust der anti-entropischen Fähigkeit bedeutet, zeigen kritische Bereiche an, welche die Grenzen zwischen Leben und Tod markieren. Der Funktionsverlust des Gehirns hingegen stellt keinen derartigen Einschnitt dar. Daher ist das Hirntod-Konzept als Todeskriterium inadäquat und kann nicht sinnvoll angewendet werden, weil die Annahmen der Realität nicht entsprechen.

man darf nicht alles, was man zu können meint

Die aufgezeigten Gegenargumente, Vorbehalte und Einschränkungen machen es erforderlich, die ethische Basis für Organtransplantationen neu zu bewerten: Das Kalkül, schwerkranken Menschen lebendfrische Organe einpflanzen zu können, die aus toten Spendern stammen würden, geht nicht auf. Entweder ist der betreffende Patient doch noch nicht tot im eigentlichen Sinn, dann ist es nicht legitim, die Organe aus seinem Leib zu entnehmen, der zu jenem Zeitpunkt noch immer ein Sterbender und kein Leichnam ist. Oder aber er ist tot, dann sind in diesem fortgeschrittenen Stadium die Organe für Transplantationszwecke unbrauchbar geworden. Auch auf Empfängerseite sind Vorbehalte und Einschränkungen sowohl praktischer als auch grundsätzlicher Art deutlich geworden.

Offenbar stellen Transplantationen von Organen natürlicher Herkunft keinen tragfähigen Ansatz dar, auch wenn sie von der chirurgischen und pharmazeutischen Seite her technisch möglich sind. Für die Behandlung von Patienten sind daher verstärkt Alternativen zu erschließen, wie sie sich in innovativen chirurgischen Verfahren, künstlichen Prothesen und Maßnahmen zur Wiedergewinnung der Funktionsfähigkeit versagender Organe in jüngster Zeit abzeichnen.

Der notwendige Paradigmenwechsel schließt (1) Behandlungsmuster in der medizinischen Praxis ebenso ein wie (2) eine konzeptionelle Anpassung unter Medizinern, was unter «tot» gemäß dem «Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft» (§3 Abs.1 TPG) zu verstehen ist, so dass das Hirntod-Konzept als Todeskriterium für nicht tragfähig erklärt wird. (3) Auch auf der Ebene der persönlichen Haltung und der gesellschaftlichen Werte ist der Paradigmenwechsel zu vollziehen, von einem mechanistischen zu einem konsequent organismischen Verständnis zu gelangen. Dabei gilt es, jedem Lebendigen Respekt entgegenzubringen statt Herrschaft über das Leben auszuüben.

Einen Paradigmenwechsel zu vollziehen, zumal auf gesellschaftlicher Ebene, umfasst komplexe Prozesse, die nur begrenzt gezielt herbeigeführt werden können. In der Praxis wird man sich auf Maßnahmen zur Information und Willensbildung konzentrieren müssen. Abseits von Maßnahmen im großen geht es insbesondere um die Umsetzung dessen, was jeder einzelne tun kann: (1) Zur Information und Aufklärung beizutragen und (2) sich nicht selbst als Organspender zur Verfügung zu stellen, was auch einschließt, im Fall der Fälle keine Fremdorgane für sich selbst anzunehmen.

Epilog: Ich sage «nein zur Organspende», weil

es aus Achtung vor dem Leben eines Menschen nicht legitim ist, die Organe aus seinem Leib zu entnehmen, der zu jenem Zeitpunkt noch immer ein Sterbender und kein Leichnam ist.

1. Das de facto falsifizierte Hirntod-Konzept bietet keine tragfähige Basis, um den Tod zu bestimmen. Die Vorstellung von einem dissoziiert eintretenden Tod widerspricht den assoziierten Abläufen in der Kausalkette, die zum Erlöschen des Lebens führt (Todessequenz). Die Grenzen vom Leben zum Tod aber können nicht dissoziiert überschritten werden, weil der Mensch in der Gestalt eines verschränkten Organismus existiert, nicht dissoziiert als Summe von separierbaren Teilen aufgebaut ist, sondern organismisch integriert. Daher kann sich der Tod eines Menschen nicht beschränkt auf einen Teilbereich ereignen. Es kann keinen Stockwerkstod geben, demzufolge der Mensch als solcher bereits tot wäre, wenn nur seine proprietären Gehirnfunktionen erloschen sind. Dies würde einen Dualismus zwischen Gehirn und Restkörper bedeuten. Der Mensch aber ist nicht auf sein Gehirn zu reduzieren, sein Leben nicht mit dem Vorhandensein von Gehirnfunktionen gleichzusetzen.

Die Eigenschaft «tot» bezeichnet keinen graduell verwirklichten Zustand, so dass ein Mensch irgendwann «tot genug» für eine Organentnahme sein könnte, bevor die Lebensvollzüge nicht vollends erloschen sind, und dieser Leib nicht mehr «sein Leib» ist.

2. Mag der betreffende Mensch auch kein cortexvermitteltes empirisches Ich mehr besitzen, so ist dennoch keineswegs

davon auszugehen, dass man ihm keinen Schaden zufügen würde.

Es ist unklar, welche Innenerfahrungen für den Organspender mit der künstlichen Dissoziation seines Todesübergangs, mit der Prozedur der Organentnahme und insbesondere mit der Perfusion verbunden sind. Die mit Beginn der Explantations-OP und bei der Perfusion gezeigten physiologischen Reaktionen stellen Symptome dar, wie sie normalerweise bei heftigsten Schmerzreizen auftreten. Die Phänomene wie der sehr starke Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz sowie die Ausschüttung von Hormonen wie in extremen Stress-Situationen müssen als Indizien ernst genommen werden.

Sowenig der Organismus in seiner integrativen Funktion gänzlich oder auch nur überwiegend vom Gehirn abhängt, sowenig erscheint es plausibel, den Leib des Organspenders als einen beeinträchtigungsunfähigen Leichnam ansehen zu können. Die erhaltene Funktionsfähigkeit des Zentralen Nervensystems sowie dezentraler Nervenzentren und der Organe legen eine andere Bewertung nahe. Die Reaktionen auf die Zufügungen lassen sich nicht auf die Ebene automatischer Reflexe reduzieren. Zufügung und Erleiden gelten mindestens in einem analogen Sinn. Wenn man also die wahrnehmbaren Phänomene ernst nimmt, stellen diese sehr wohl empirische Indizien dafür dar, die heftigen Reaktionen im Sinne zugefügten Schadens auszulegen. Die Evidenz dafür erscheint weitaus höher als für eine gegenteilige Annahme.

Unklar bleibt ebenso, welche Bedeutung die zugefügte künstliche Dissoziation des Todesübergangs, die Prozedur der Organentnahme und insbesondere die Perfusion für die Nahtoderfahrungen des Organspenders haben, deren physiologische Basis nicht abschließend geklärt ist. Keineswegs sind Nahtoderfahrungen auf den Zustand vorhandener Hirnfunktionen einzugrenzen. Vielmehr entziehen sich diese Erfahrungen, zumal im fortgeschrittenen Stadium, jeglichem empirischem Zugriff.

Durch die Prozedur der Explantation, durch das Aufschneiden des Körpers und die übrigen präparativen Maßnahmen sowie insbesondere durch die Perfusion geschieht eine signifikante Zufügung (im negativsten Sinn) noch vor dem Zusammenbruch des Herz-Kreislauf-Systems und im Zustand weitgehender Funktionsfähigkeit des Zentralen Nervensystems, vieler dezentraler neuronaler Schaltstellen sowie funktionierender Organe. Es gibt also eine ernstzunehmende evidenzgestützte Basis für die Annahme, dass OP-Prozedur und Perfusion einen zugefügten Schaden für den Organspender bedeuten, dessen Ausmaß sogar erheblich sein kann.

3. Der Organismus eines Menschen stellt eine verschränkte, integrierte organische Einheit dar, welche von wesentlich anderer Qualität ist, als es im quantitativ-partitiven Modell Teil-Ganzes erfasst werden kann. Je höher die Integrationsebene, desto ausgeprägter ist das Maß der Verschränkung. Organe sind in einer derart umfassenden Weise mehr als nur äußerlich-funktional mit dem Organismus verschränkt, dass ihr Personbezug prägend bleibt. Transplantierte Organe werden lebenslänglich durch den Empfängerorganismus als Fremdkörper abgestoßen. Körperfremde natürliche Organe sind in einem Empfängerorganismus nicht integrierbar, weil Empfängerorganismus und Organe zueinander inkompatibel sind.

Ein Organ fremder Herkunft kann nicht wie ein mechanisches Ersatzteil in einen Zielorganismus eingesetzt werden, so dass dieses im Empfängerorganismus einfach seine Funktion ausüben könnte und dass es dabei von diesem Wirtsorganismus toleriert oder sogar integriert würde. Das Immunsystem richtet sich gegen das implantierte Organ und geht aktiv gegen dieses vor. Nur um den Preis der Unterdrückung des Immunsystems wird eine gewisse scheinbare Toleranz künstlich erzwungen. Die Immunreaktion unterstreicht auf anschauliche Weise, dass das Modell Teil-Ganzes nicht auf die Wirklichkeit eines lebendigen Organismus angewendet werden kann.

Der Ansatz, in einen Organismus aus einem anderen Organismus entnommene Organe als neue Teile einzusetzen, läuft der Disposition des Organismus wesentlich zuwider. Insofern stellt dieser mechanistische Ansatz einen Reduktionismus dar, der dem Wesen des Menschen auch auf der anthropologischen Ebene widerspricht. Der Leib ist Ausdruck der Person, die in ihm zur Darstellung kommt. Die Persongebundenheit innerhalb des Leibes ist um so ausgeprägter, je höher die Integrationssebene im Organismus ist. Organe stellen derart höhere Integrationsebenen dar und sind gemäß der Ordnung der Natur an sich nicht übertragbar.

4. Das abwägende Kalkül, durch die Maßnahme einer Organtransplantation den Nutzen eines Kranken zu mehrten, ohne dem Organspender Schaden zuzufügen, geht nicht auf. Weder ist der Spender tot, noch der Empfänger mit dem eingepflanzten Organ biologisch kompatibel. Der Vorgang einer vorgeblich postmortalen Transplantation läuft der Ordnung der Dinge zuwider. Dem Übel der Krankheit des Empfängers darf nicht durch eine Methode begegnet werden, die auf Spenderseite ein Übel einschließt.

Vor die Entscheidung gestellt, für oder gegen die Organentnahme zu votieren, sei es den eigenen Leib betreffend oder jenen eines Angehörigen, an dessen Stelle man notgedrungen die Entscheidung treffen muss, kann es nur einen Weg geben. Die Verantwortung für das anvertraute eigene oder fremde Geschick ist zu groß ist, als den Leib unter den Bedingungen der Explantationsprozedur Ärzten zum Ausschachten zu überlassen.

In Verantwortung vor Gott, der Welt und den Menschen darf die Entscheidung der praktischen Vernunft nur lauten, «nein zur Organspende» zu sagen.