

## „Alle Jahre wieder...“

Veröffentlicht am [28. November 2013](#) in <http://projektlebenretten.de/WordPress/?p=357>,  
und auf facebook in der Gruppe „Hirntoddebatte“ am selben Tage von Petra Augustin

– Mit freundlicher Genehmigung der Autorin hier wiedergegeben –

... hält uns die DSO ihr “Lieblingskind” Spanien vor Augen, und welche guten Zahlen dort in Sachen “Organspende” erzielt werden. Dass dort ein völlig anderes System herrscht, wird wie so vieles und so oft wohlweislich verschwiegen. Für mich ist das immer ein Vergleich Äpfel mit Birnen. Fakt ist, das man Spanien absolut nicht mit Deutschland vergleichen kann, ja darf. Ich sage Ihnen auch gerne warum.

Aber zuerst ein Vergleich.

<b>Deutschland</b>	81,89 Millionen Einwohner.
Warteliste	12 Tausend = 0,02 % der Gesamtbevölkerung
Spender	14,6 pro Mill. Einwohner
<b>Spanien</b>	47,27 Millionen Einwohner.
Warteliste	5600 = 0,02 % der Gesamtbevölkerung
Spender	32 pro Mill. Einwohner

Das spanische Modell wurde 1989 eingeführt. Nach nur drei Jahren stand Spanien an der Weltspitze, wo es sich noch immer befindet. Deshalb empfiehlt die WHO das Modell zur Erhöhung der Organspenden für alle Länder.

In Spanien sind alle Faktoren, die hier als das Nonplusultra gefordert werden, Gesetz;

Die geliebte Widerspruchslösung, (einem Nein der Angehörigen, wird aber in jedem Fall entsprochen) weniger Transplantationszentren, professionelle Koordinatoren, alles in Bezug Organspende, also vom Melden eines potentiellen Spenders, über die Explantation, die Verteilung, alles ist dort in einer Hand, dem Gegenstück der DSO, der ONT. Koordinatoren sind dort mit größtmöglicher Kompetenz ausgestattet. Sie haben fast uneingeschränkten Zugang zu den Stationen und können bei Verdacht auf Hirntod eine Verlegung auf die Intensivstation anordnen.

Die Koordinationsteams bestehen aus Ärzten und Pflegekräften, wobei der Anteil der Ärzte größer ist. Bei den Ärzten handelt es sich überwiegend um Intensivmediziner. Beim beteiligten Pflegepersonal handelt es sich um Schwestern und Pfleger chirurgischer Stationen. Alle Mitglieder der Koordinationsteams haben Fortbildungen als Koordinatoren sowie Kommunikationskurse absolviert. Wenigstens ein Mitglied hat eine leitende Position in der Klinik.

Die meisten Koordinationsteams haben auch mindestens ein Mitglied mit über zehnjähriger Erfahrung in der Koordination von Organspenden. Erfahrung spielt in allen Phasen eine große Rolle, insbesondere bei der Einholung der Zustimmung der Angehörigen. Diese wird, im gegensatz zu hier, absolut ergebnisorientiert geführt. Ziel ist es, die Angehörigen zur Organspende zu bewegen.

Daneben gibt es aber auch noch andere Praktiken, die ethische Bedenken aufwerfen. So bekommen die Mediziner einiger Kliniken Prämien für Organspenden. In praktisch allen Zentren wurden die Koordinationsteams auf die eine oder andere Weise für die zusätzliche erhebliche Arbeitsbelastung durch die Koordinationstätigkeit honoriert. Meistens wurde diese Tätigkeit sowohl finanziell als auch bei Aufstiegsmöglichkeiten berücksichtigt. Es mutet auch seltsam an, das die Spenden-Koordinatoren gleichzeitig als Ärzte Kranke behandeln. Im Extremfall kann es

vorkommen, dass ein Intensivmediziner einen Kranken betreut, ihn gleichzeitig als potenziellen Organspender identifiziert, den Ablauf der Spende koordiniert – und dafür einen Bonus erhält. Bedeutende weitere Quoten in Spanien sind Lebendspenden, und Organentnahmen von Koma-Patienten nach einem Hirnschlag.

Trotz erheblicher Rückgänge bei Todesopfern im Straßenverkehr, die bis vor kurzem eine der wichtigsten Quellen für Organspenden waren, ist es nach Angaben der ONT gelungen, im ersten Quartal dieses Jahres im Vergleich zum Vorjahr zehn Prozent Zuwachs zu erreichen. Wie das?

Nun, Grund ist wahrscheinlich die Tatsache, dass dort Menschen Organe entnommen werden, die gerade mal einen 10 minütigen Herzstillstand erlitten haben !! Selbst das Rettungswesen ist auf die Sichtung und Erkennung dieser potentiellen Spender geschult. Wird in Spanien zum Beispiel ein tödlicher Herzinfarkt gemeldet, setzen sich die Retter sofort mit der Klinik über einen Pager und dem Code 9 in Verbindung. Sofort begibt sich Sicherheitspersonal zum Einsatzort. Es eskortiert den Krankenwagen schnellst möglich zur Klinik. Dort laufen von Seiten des Koordinationsteams alle erforderlichen Maßnahmen auf Hochtouren. Kliniken reagieren in solchen Fällen schnell, setzen sich mit Angehörigen in Verbindung und fragen nach deren Zustimmung. Ein Explantations-Team bereitet den Operationssaal für erste Maßnahmen vor. Sobald der potentielle Spender in der Notaufnahme angekommen ist, wird der Tod durch EKG diagnostiziert. Der Tod wird durch den irreversiblen Ausfall von Herzschlag und Puls, sowie Fehlen der Spontanatmung, alle für einen Zeitraum von nicht weniger als fünf Minuten !!! bestätigt.

Dann wird er Reanimiert, und unter Herzmassagen zu einem OP gebracht. Um die Zeit von der Diagnose bis zur Explantation, und bis alle gesetzlichen Anforderungen erfüllt sind, zu überbrücken (alles vor Einwilligung der Angehörigen und des Gerichts), wird durch mehrere Katheter ein extrakorporaler Herz-Lungen-Kreislauf, tiefe Hypothermie (Kühlung mittels kalter Perfusion), und künstliche Beatmung durchgeführt. Auch die Brusthöhle wird durch zwei Drainagen abgekühlt, um die Lungen vor dem kollabieren zu bewahren. Die Blutzufuhr zum Gehirn, wie Sie auf der Grafik sehen können, wird unterbrochen. Sicher ist Sicher !!

Das passiert alles innerhalb von 30 Minuten nach Feststellung des Todes. Sind alle Formalitäten geklärt, wird sofort mit der Explantation begonnen. Dieses unmögliche Prozedere ist in Deutschland, Gott sei Dank, verboten. Das sind Menschen, die durchaus zu retten sind. Im Erste-Hilfe-Kurs lernen die Menschen, wie empfindlich das Gehirn ist. Drei bis fünf Minuten ohne Sauerstoff, so der dort verbreitete Lehrsatz, und schon kann es dauerhaften Schaden davontragen. Sam Parnia, ist Leiter der Wiederbelebungs-forschung am Universitätskrankenhaus von Stony Brook nahe New York. Er sagt dazu:

Das ist ein weitverbreiteter Mythos, sogar unter Ärzten. Der Irrtum geht zurück auf Forschungen Mitte des vorigen Jahrhunderts. Aus den damaligen Experimenten folgerten Mediziner, dass Hirnzellen sehr schnell absterben. Heute wissen wir: Richtig behandelt, dauert es Stunden, bis das Gehirn irreversibel geschädigt ist. Natürlich kommt es darauf an, das Gehirn zu schützen. Eine schnell einsetzende Herzdruckmassage ist unerlässlich, damit Blut ins Gehirn gelangt. Aber kritisch sind auch die ersten Stunden, nachdem wir das Herz wieder in Gang gebracht haben. In einem Hirn, das vorübergehend nicht richtig durchblutet war, wirkt der Sauerstoff toxisch. Das Organ schwillt an und entzündet sich, die Durchblutung nimmt weiter ab. Die gefürchteten Hirnschäden entstehen darum meist nicht während der ersten Minuten der Wiederbelebung, sondern innerhalb der ersten 72 Stunden danach. Aber mit der richtigen Therapie lassen sich die Schäden gänzlich verhindern. Wir wissen heute nicht, wann genau die Phase des reversiblen Todes in den irreversiblen Tod übergeht. Alle medizinischen Tests, die zur Diagnose des Hirntods angewandt werden, prüfen ja nur, ob die Gehirnfunktion erloschen ist. Sie prüfen

nicht, ob die Hirnzellen tatsächlich abgestorben sind. Niemand weiß, wann der Hirntod nach dem Ausfall jeglicher Hirnfunktion eintritt.

Aber trotz all dieser Maßnahmen, auch dort gibt es eine Warteliste. Diese umfasst seit Jahren immer etwa 5500 Wartende. Die Mortalität beträgt zwischen 5-6%. Bei uns 9,17% bei vielfach längerer Wartezeit. Die Warteliste ist im Verhältnis genau so groß wie bei uns. Und das ist genau das, was Kritiker hier zu Lande schon immer sagen. Es wird immer eine Warteliste geben !! Die Gründe sind schnell erklärt. Je mehr Organe vorhanden sind, desto mehr kommen auf die Warteliste. Richtig ist, dass sich die Wartezeit verringert, aber nicht die Zahl der Wartenden. Eins zieht das andere nach sich. Es werden noch mehr Kränkere auf die Warteliste gesetzt, die jetzt wegen ihres Gesundheitszustandes keine Chance hätten. Werden mehr Transplantationen ausgeführt, gibt es auch mehr Folgetransplantationen usw. Es wird zum Schneeball. Im Endeffekt bleibt alles gleich. Das Geschrei nach noch mehr Organen wird nicht verstummen.

Aber wie gesagt, das wäre nur möglich, könnten bei uns Herztote Spender werden. Aber bei aller Liebe, das ist das Letzte, was ich mir vorstellen möchte, dass Menschen, die bei uns die Klinik bald wieder gesund, oder vielleicht auch mit kleineren gesundheitlichen Einschränkungen, aber LEBEND verlassen könnten, dort auf dem OP-Tisch ihr Leben lassen, damit ein paar anderen Todkranken eine kurze Zeit der Besserung erlangen.

Für mich ist das ein unvorstellbarer Gedanke !!

...oder wie sehen Sie das...?

Frage und Antwort:

Joachim Hornung: „Unglaublich detailliert und genau! Petra, woher bekommt man/bekommst Du so präzise Informationen? - Gelten in Spanien 5 oder 10 Minuten Herzstillstand, oder gilt da überhaupt eine Zeitbegrenzung?“ 1. Dezember 2013 um 11:26

Petra Augustin: „Ich habe mehrere Berichte gelesen, offiziell, heißt es mindestens 5 Minuten !, aber in den Berichten, gab es bis auf die Zeit, in der geröntgt wurde, keine wirkliche Wartezeit. Sterben werden die wahrscheinlich in dem Moment, wo der extrakorporale Kreislauf hergestellt wird, da ab diesem Zeitpunkt jede Blutzufuhr zum Gehirn gekappt wird.“  
1. Dezember 2013 um 11:33

Quelle: [Sistema de preservación de órganos para trasplante](http://donacion.organos.ua.es/submenu5/sistema_preservacion.asp)

[http://donacion.organos.ua.es/submenu5/sistema\\_preservacion.asp](http://donacion.organos.ua.es/submenu5/sistema_preservacion.asp).

Palabras claves: Donación de órganos. Trasplante de riñón. Trasplante de hígado. Trasplante de pulmón. Trasplante de corazón. Trasplante de órganos. Donación y trasplante de órganos y tejidos. Donation and transplantation of organs and tissues.