

Sehr kritische Bemerkungen zur Organtransplantation; **LANGFASSUNG**¹

von Joachim Felix Hornung

CHRISTIAAN BARNARD, weltweit erste Herztransplantation 1967 in Kapstadt:

»Auf beinahe heimtückische Art wird dem Arzt eingeflößt, dass er sein Können exklusive dazu einsetzen muss, den Tod zu verhindern. «

»Die ärztliche Wissenschaft hat eine Krise heraufbeschworen, die unsere konventionellen Vorstellungen von Gut und Böse übersteigt. «²⁾

Einführung und Motivation

Jede/r von uns kann plötzlich und unvorbereitet mit dem Thema Organtransplantation konfrontiert sein:

- a) als möglicher Organempfänger, oder
- b) als Angehöriger, der entscheiden soll, ob dem für ‚hirntot‘ Erklärten Organe entnommen werden dürfen, gemäß der in Deutschland gültigen sog. ‚Entscheidungslösung‘.

H2,
H11 -
H15

Der potentielle Organspender selbst kann in seinem komatösen Zustand keine Entscheidung mehr treffen. Er konnte aber zu früheren Zeiten, als er noch entscheidungsfähig war, einen positiven oder negativen Organspende-Ausweis ausstellen und/oder seinen Willen in seiner Patientenverfügung erklären.

Thema K
Thema J
K8, G3

In jedem Falle handelt es sich um Entscheidungen von großer Tragweite, auch im spirituellen Sinne, die wir, in diesen Dingen gänzlich unerfahren, kurzfristig treffen müssen.

H14
H15
H13

Angesichts der erdrückenden Werbung *für* die Organspende sollen hier seriöse Stimmen und Quellen und sehr ernste Argumente zusammengetragen werden, die die Organtransplantation als äußerst problematisch erscheinen lassen.

Die offizielle ‚Aufklärung‘ über die Organspende hilft uns überhaupt nicht, denn sie ist extrem einseitig und keineswegs objektiv.

A1, A2,
B14

Daher sollen hier seriöse Stimmen mit sehr ernsten Argumente zusammengetragen werden, die die Organtransplantation als äußerst problematisch erscheinen lassen. Wir zitieren vertrauenswürdige Ärzte und Wissenschaftler, die sich dezidiert *gegen* die Organspende ausgesprochen haben. Darunter sind auch AutorInnen, die selbst in der Transplantations-Medizin gearbeitet haben,

Im Volltext nennen wir eine große Zahl von kritischen Arbeiten. Aber auch die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen und offiziellen Richtlinien werden aufgeführt.

Der Zusammenhang von Organspende-Ausweis und Patientenverfügung wird besprochen.

¹ Diese Langfassung enthält alle internen und externen Links, Zitate und Quellenangaben.

Alle Links in **Blau**. Sprung per *Click* oder *Strg + Click*.

Bei internen Links führen die Tasten *Alt + Zurück* zum Ausgangspunkt des Sprungs zurück.

² CHRISTIAAN BARNARD: „Glückliches Leben, würdiger Tod“, Bayreuth 1981, zitiert nach [Lc2](#).

Die wichtigsten Argumente der Kritiker der Organtransplantation sind:

„Hirntote“ sind Lebende; sie sind nicht tot.

1. Es gibt immer wieder Fälle, in denen ein ‚Hirntoter‘³ erwacht und weiterlebt.
2. Ein ‚Hirntoter‘ ist *offensichtlich* nicht tot.
3. Ein Patient im Koma kann durch die ‚Hirntod‘-Diagnostik getötet werden.
4. Es wird empfohlen, einer ‚Hirntod‘-Diagnostik zu widersprechen.⁴
5. ‚Hirntote‘ können bei der Organentnahme größte Schmerzen empfinden.

1. Überlebende ‚Hirntote‘

Es wird zunehmend von Fällen berichtet, in denen für ‚hirntot‘ erklärte Menschen aus dem Koma wieder erwacht sind und weiterleben. Die Kliniken werden von solchen Fällen nicht berichten, da so etwas nicht sein kann, denn ein ‚Hirntoter‘ ist ja (nach heutiger offizieller Auffassung) tot.

B14,
H4, H1
Jb3

Daher sind wir auf die Berichte von Betroffenen angewiesen, die für ‚hirntot‘ erklärt wurden und überlebten, und deren Familien. Die uns bekannt gewordenen 28 Fälle sind in Tabelle 1 zusammengestellt, siehe weiter unten.

Tab. 1

Die Chance, dass ein für ‚hirntot‘ Erklärter überlebt, ist äußerst gering, denn für gewöhnlich wird er entweder zum Organspender oder man stellt die Beatmung ab.

B14, C1

Siehe die ausführlichen Anmerkungen zur Definition und Diagnostik des ‚Hirntodes‘.

H4, H6

Der ‚Hirntod‘ gilt heute als Voraussetzung für die Organentnahme.

H4, H1

Die klassischen ‚sicheren Todeszeichen‘ sind Totenstarre und Totenflecken.

A92

Dem entgegen hat sich heute als Folge der Transplantationsmedizin auch der ‚Hirntod‘ als sicheres Todeszeichen – sogar per Gesetz! – durchgesetzt, was nach dem hier und im Folgenden Gesagten für die Kritiker nicht akzeptabel ist.

B90

2. Ein ‚Hirntoter‘ ist *offensichtlich* nicht tot.

Es ist wohl eine der härtesten Erfahrungen, denen die Eltern eines Kindes machen können: Sie werden an das Krankenbett ihres verunglückten Kindes gerufen und es wird ihnen erklärt, das Kind sei tot, obwohl es *offensichtlich* nicht tot ist. Es wirkt auf die Angehörigen absolut lebendig. Es hat zwar einen Verband um den Kopf und wird künstlich beatmet, ansonsten aber sieht es rosig aus, ist warm, die Brust geht auf und nieder, das Herz schlägt von selbst(!), es schwitzt ein wenig, auf Berührung reagiert es mit einem leichten Reflex, es scheint, als könne es jeden Moment aufwachen.

B7

‚Hirntote‘ regulieren ihre Körpertemperatur, heilen Infektionen und Verletzungen, sie zeigen zahlreiche Reflexe, reagieren auf Schmerzreize, verdauen und scheiden aus.

B14
B90

Als Kinder können sie wachsen und reifen, als Schwangere können sie über

B5

³ Ein als ‚hirntot‘ Diagnostizierter. Siehe „Definition und Feststellung des ‚Hirntodes‘“

Ha

⁴ Sorgfältig ausformulierte negative Organspende-Ausweise in 3 Sprachen, de, en, es, sind hier:

K8a

Wochen und Monate ein Kind austragen und schließlich lebend gebären, wie z.B. das Filderstädter Baby (1991), welches heute ein junger Mann von 26 Jahren ist:

B3

Es gab weltweit von 1982 bis 2010 dreißig solcher Fälle, in denen ein Kind von einer ‚Hirntoten‘ über Wochen und Monate ausgetragen wurde; zwölf der Kinder wurden lebend geboren und überlebten die neonatale Phase.

B4

Sebastian T. Vogel schätzt, dass jährlich weltweit an 1300 Schwangeren der ‚Hirntod‘ diagnostiziert wird.

B6

Es gehört schon ein gewaltiger Zynismus dazu, einen Menschen mit solchen Lebenszeichen als „Leiche“ (auf englisch/amerikanisch als ‚cadaver‘, auf spanisch als ‚cadáver‘) zu bezeichnen, wie es in Transplantationskreisen üblich ist.

F2e, K1
B2, B9,
Jc6

Gänzlich unerträglich ist der Titel : „Aus einer Leiche geboren“, mit Bezug auf eine ‚hirntote‘ Schwangere, die ein heute noch lebendes Kind gebar. Wohin sind wir mit unserer Sprache gekommen?? Man bedenke, dass Sprache auch Meinung bildet, so dass, wenn es so geht, am Ende keiner mehr klar denken kann. –

B5

Nicht lange nach der erschütternden Mitteilung, ihr Kind sei tot (was offensichtlich nicht stimmt!) kommen die Ärzte und ‚Transplantations-Koordinatoren‘ auf die Eltern zu und bitten um Hergabe der Organe. Die Eltern befinden sich in einer Schock-Situation, der schlimmsten ihres Lebens. Sie sind emotional und auch von ihren Kenntnissen her über das, was da von ihnen verlangt wird, völlig überfordert, während die „Transplantations-Koordinatoren“ in der Überredungskunst professionell geschult sind und nur das eine Ziel haben: Die Zustimmung zur Organentnahme.

H13

Die Deutsche Bundesregierung weigert sich, ein Gesetz zu verabschieden, welches die Rechte der Angehörigen in solchen Fällen regelt.

H14,
H15

RENATE GREINERT, RENATE FOCKE, GISELA und JÜRGEN MEYER und manche andere gaben unter solchen Umständen ihre Kinder zur Organentnahme frei und haben dies später ein Leben lang zutiefst bereut: Siehe hierzu die vorzügliche Webseite KAO.

G1

3. Ein Patient im Koma kann durch die ‚Hirntod‘-Diagnostik getötet werden.

Ein Koma-Patient, bei dem eine ‚Hirntod‘-Diagnostik durchgeführt wird, ist ja nicht sicher bereits ‚hirntot‘ oder gar tot. Er ist möglicherweise bei Bewusstsein, er empfindet möglicherweise Schmerzen. Die ‚Hirntod‘-Diagnostik wäre in diesem Falle sehr schmerzhaft. Zu den Einzelheiten der ‚Hirntod‘-Diagnostik siehe

H4, H6

Zum Abschluss der ‚Hirntod‘-Diagnostik wird die künstliche Beatmung abgestellt, um festzustellen, ob sie von selbst wieder anspringt.

D1, D2

Prof. CICERO COIMBRA sagt hierzu: »Der immer angewandte Apnoe-Test – Aussetzung der künstlichen Beatmung – führt in 50% der Fälle zu dem Tod, der erst mittels des Tests festgestellt werden soll. «

C1, C1a

DR. REGINA BREUL sagt: »Der Apnoe-Test ist völlig unsinnig, ... «

C2

Seltsam ist auch die Stelle im Leitfaden der DSO »Der Apnoe-Test wird wegen der möglichen Gefährdung des Patienten und der physiologischen Wirkung der Hyperkapnie zuviel CO₂ im Blut als letzte klinische Untersuchung des Hirnfunktionsausfalls durchgeführt. «

D2

Es steht zu befürchten, dass bei der Feststellung des ‚Hirntodes‘ die Organgewinnung ein wichtiges Motiv sein kann. Das deutsche Transplantations-Gesetz schreibt vor, dass die beiden Ärzte, die den ‚Hirntod‘ feststellen, nicht Mitglieder des Transplantations-Teams sein dürfen. Warum wohl nicht? Und ist so ein Interesse an der Organgewinnung bei der ‚Hirntod‘-Diagnostik ausgeschlossen? Für gewöhnlich ist heute einer der beiden Ärzte, die den ‚Hirntod‘ feststellen, ein Mitglied der DSO, die von sich selber sagt: „Ihre Aufgabe [die der DSO] ist die umfassende Förderung der Organspende und -Transplantation in Deutschland.“

H2,
H7

4. Es wird empfohlen, einer ‚Hirntod‘-Diagnostik zu widersprechen.

K1

Die Gründe ergeben sich aus dem vorher Gesagten. Der Widerspruch kann in die Patientenverfügung aufgenommen werden, welche man immer (!!) mit sich führen sollte.

K8

In den üblichen Organspende-Ausweisen kann man nur der Organspende selbst widersprechen, nicht aber der ‚Hirntod‘-Diagnostik. Sorgfältig ausformulierte negative Organspende-Ausweise finden Sie unter www.mutual-mente.com/organ-transplant/

5. ‚Hirntote‘ können bei der Organentnahme größte Schmerzen empfinden.

Prof. LAUCHERT, ehem. geschäftsführende Arzt der DSO, schrieb 2000 in einem Brief an Frau Pastorin ODAISCHI: »Es ist in der Tat nicht zu belegen, dass eine für hirntot erklärte Person tatsächlich über keinerlei Wahrnehmungsvermögen, insbesondere Schmerzempfindlichkeit, verfügt.«

H7, G1a

In vielen Fällen bekommt der ‚Organspender‘ eine Vollnarkose; z.B. ist dies in der Schweiz vorgeschrieben, in Deutschland ist es jedoch nicht vorgeschrieben.

A1, B7,
B14, H3

In Deutschland empfiehlt die DSO in ihren Richtlinien die Gabe von Fentanyl, einem Schmerzmittel, welches 100 mal stärker ist als Morphin.

Fentanyl
H8, B7

Das Lazarus-Phänomen besteht darin, dass der „Organspender“ sich während der Öffnung des Brustkorps und des Bauches aufbäumt und mit den Armen eine heftige Abwehrbewegung macht.

B17,
B18, M1

Diese Reaktion des ‚Toten‘ wird heutzutage selten beobachtet, da der ‚Organspender‘ Medikamente zur Muskelentspannung, z.B. PANCURONIUM, und in Deutschland als sehr starkes Schmerzmittel FENTANYL, bekommt und an Armen und Beinen am Operationstisch festgeschnallt wird.

H8,
H8

Über das oft schwere Schicksal der Organempfänger werden wir in der offiziellen Werbung unzureichend informiert; es werden uns nur die besten Ergebnisse gezeigt, die es zweifellos gibt, aber nicht nur diese! Näheres zum Überleben und zur Lebensqualität der Organ-Empfänger.

La – Ld

Hier ist das Ende der kurzen Einführung und Übersicht

Markierungen im folgenden Text:

Text spricht über Überlebende nach Hirntod-Diagnose: rechts am Rand = **Überlebende**
Text spricht über Schmerzen des Spenders bei der Organentnahme: rechts am Rand = **SCHMERZ**
Text in » ... « = wörtliches Zitat aus dem jeweiligen Original-Text.
Blau = interne und externe Links zum Anklicken! Sprung zurück = Alt + Pfeil nach links;
Grün unterlegt = interne Links
Blau unterlegt = externe Links ins Internet
Grau unterlegt = Bücher, deren Inhalt im Internet nicht verfügbar ist

A. Ein paar Zitate zu Beginn

DAVID RODRÍGUEZ-ARIAS (Universität des Baskenlandes, Spanien), **MAXWELL J., SMITH & NEIL M. LAZAR** (beide University Toronto): *The American Journal of Bioethics*, 11(8), 2011, 36-43:

“Donation after Circulatory Death: Burying the Dead Donor Rule”. Die Autoren erklären, dass Organspender während der Organentnahme nicht tot sind und dass man dieses anerkennen müsse, um zu erreichen, dass sie genügend Schmerzmittel bekommen. Die Schmerzfreiheit der Organspender müsse an erster Stelle stehen, und hierüber müsse offen diskutiert werden. **A1, A1a**

PROF. DR. BETTINA SCHÖNE-SEIFERT, et al., Universitätsklinikum Münster, 2011:

„Medizin-Ethik: Behandlung potenzieller Organspender im Präfinalstadium“

»Die Transplantationsmedizin, der so viele Menschen ein ‚neues Leben‘ verdanken, wirft eine Reihe ethischer und rechtlicher Fragen auf. Diese offen zu diskutieren und gut begründete, gesellschaftlich akzeptable Antworten zu finden, ist unumgänglich. « **A2, E7**

DR. ANNA BERGMANN: „Tabuverletzungen und Schuldkonflikte in der Transplantationsmedizin“ **A10**
Schildert eindrucksvoll die Gewissenskonflikte der Organempfänger vor und nach der der Transplantation, die Unmöglichkeit, besonders beim Pflegepersonal, den ‚hirntoten‘ Spender als tot zu erkennen, die lebenslänglichen medizinischen und psychischen Probleme der Organempfänger. Sehr lesenswert!

SILVIA MATTHIES: „Hirntod – Zweifel an der Qualität der Diagnostik“ Die Ärzte, die die Hirntod-Diagnostik durchführen, sind hierzu oft gar nicht qualifiziert. Angesichts der Komplexität der Hirntod-Diagnostik und der schwerwiegenden Folgen ein unhaltbarer Zustand. **H4, H6**

Video ARD Report München 20.11.2012. **A11**

DR. DAVID EVANS, Queens College, Cambridge, England, Historie des Begriffes ‚Hirntod‘, Beitrag zur Vatikanischen Konferenz im Februar 2005 **A12**

DAVID W. EVANS: “The Demise Of “Brain Death” In Britain”. » To say that a brain is dead, when only a very small part of it has been tested, is not to make a scientific statement. « **A12a**

DAVID ALBERT JONES: „Nagging Doubts About Brain-Death” » It seems increasingly apparent that the brain-dead beating-heart cadavers who are used as organ donors are in fact living patients. A strong plea is made for a re-examination of the system. « **A12b**

DR. DAVID HILL, Ärztlicher Gutachter für Anaesthesie, King's College Hospital, 2. Minderheitsbericht auf der Konferenz „Dignity in Donation“ 27.4.2012: »Als Senior Registrar hatte ich mit einigen der ersten Transplantationen zu tun und später als beratender Anästhesist und war Zeuge von einigen schrecklichen Vorgängen. Dazu gehörte ein Kind, das für tot erklärt

worden war und seine Leber einem "Empfänger"-Kind spendete, wobei das "Spender"-Kind das "Empfänger"-Kind überlebte; ein erwachsener "Spender", der vor der Organentnahme zu atmen begann und noch lebte und wieder auf der Intensivstation lag, als seine Angehörigen am nächsten Tag kamen, um den Totenschein abzuholen; und noch etwa ein Dutzend anderer Fälle, ...

A13 **Überlebende**

»Lebende Organe können nur von Lebenden entnommen werden. Der Tod wird normalerweise mit einer Leiche assoziiert, ohne Atem, kalt, grau, ohne Puls, steif – und nicht mit einem warmen, rosigen, atmenden (wenn auch künstlich beatmeten), reagierenden "Spender" mit Herzschlag, und dennoch ist es nicht verpflichtend, diesen anderen Zustand den Menschen zu erklären, wenn sie auf dem Formular ankreuzen sollen, dass ihre Organe "nach dem Tod" entnommen werden. Zunehmender Druck wird weiterhin ausgeübt, um eine "Zustimmung" zu erhalten, die man keineswegs als "informierte Zustimmung" bezeichnen kann, oder, wenn dieser Weg nicht zum Erfolg führt, wird jeder Anschein fallengelassen und mehr Zwang ausgeübt. «

»Es ist zweifelsfrei dokumentiert, dass Patienten, die als hirnstammtot diagnostiziert worden sind (BSD), auf das Trauma des chirurgischen Eingriffs wie bei jeder anderen Operation mit erhöhtem Blutdruck, mit Herzrasen und Bewegungen reagieren, paralysiert werden und mit einer Art Anästhesie zur Sicherheit ruhiggestellt werden. Weder die ‚Spender‘ noch ihre Angehörigen brauchen darüber informiert zu werden, noch wird auf der Organspende-Karte oder im Organspende-Register Anästhesie angeboten oder garantiert. «

DR. DAVID HILL: "Transplants – Are the Donors Really Dead?"

Interview by Triple Helix, Frühjahr 1999:

A14, A14a

Question: »Please take us through the transplant procedure. The donor is taken down to theatre, the ventilator is turned off, respiration stops, the heartbeat stops, circulation stops, they're dead by anybody's criteria, and the operation begins. Is that right? «

Answer: »That's completely wrong. That is certainly the impression which is given, whether deliberately or not, but that is not the situation. It used to be the situation when we were transplanting only kidneys because the kidneys will survive a period after the person has died. Other organs – heart, lung, liver, pancreas – will not function under those circumstances. The earliest liver transplants were from patients who were treated in the way you describe but they failed, so it became necessary – it was seen to be necessary – to take organs at an earlier stage. It was at that time that the Royal Colleges changed their opinion so that fulfilment of the brainstem tests would diagnose death rather than say that it will happen eventually. «

Question: »Let's be quite clear. At what point is the ventilator turned off? «

Answer: »The ventilator is not turned off until all the organs that are needed have been removed. The patient comes to the operating theatre with sometimes even more intensive treatment going on than they were receiving in the ICU, they may need blood transfusion, they are treated intensively and they look like any other patient. As I've said, at the beginning of surgery they respond physiologically like any other patient. «

PROF. DR. JUR. HANS LILIE, Geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Zentrums Medizin–Ethik–Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 110. Dt. Ärztetag in Münster am 16. Mai 2007: »Anders als bei herkömmlichen Heileingriffen erfordert die

freiwillige Erklärung zur Organspende keinerlei ärztliche Aufklärung. (So) bleibt es den Einzelnen überlassen, sich selber die notwendigen Informationen zu besorgen, sodass eine Organspende auch dann zulässig ist, wenn der Betreffende sich für die Spende ausgesprochen hat, ohne über die Einzelheiten zuvor aufgeklärt worden zu sein. Dogmatisch erklärt sich das aus der Tatsache, dass es – anders als beim ärztlichen Heileingriff – bei der Organspende nicht um die Verletzung der körperlichen Integrität eines Lebenden geht. « [A15, A15a, A15b, A15c](#)

PROF. WERNER FORBMANN, Kardiologe, Nobelpreisträger: »Die Chancen sind am allergrößten, wenn das Organ einem gesunden und in voller Lebenskraft stehenden Menschen entnommen wird. Deshalb liegt es im Interesse des Empfängers und des Operateurs, den sterbenden Spender so früh wie möglich für tot zu erklären, um über ihn verfügen zu können. « [A16](#)

SABINE MÜLLER, Physikerin und Medizinethikerin am Berliner Universitätsklinikum Charité; Bundeszentrale für politische Bildung, 9.5.2011: „Wie tot sind Hirntote? « [A17](#)
 »Wie häufig Fehldiagnosen des Todes sind, ist unbekannt; sie werden selbstverständlich nicht in Fachzeitschriften publiziert.«

ANDREA VON WILMOWSKY hat in der Intensivmedizin und in der Transplantationschirurgie gearbeitet „Offener Brief über die dunkle Seite der Organspende“ [A18](#)

MICHAEL DE RIDDER: „Wie wollen wir sterben? – Ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur“ Deutsche Verlags-Anstalt 2010. Der Titel spricht für sich. [A90](#)

Seite 48.3: »Das klassische Todeskriterium „Herztod“ („kardiozentrische Todesdefinition“) wurde Mitte des 20. Jh. durch die Einführung der Defibrillation (Elektroschock auf’s Herz) und die künstliche Beatmung (Überdruck-Beatmung) untauglich, da dieser Zustand manipulierbar wurde. «

Seite 45.3: »Nur jede 20. Wiederbelebung verläuft heute in dem Sinne erfolgreich, dass eine wenigstens erträgliche Lebensqualität erreicht wird. Die meisten, die überhaupt die ersten Wochen nach der Reanimation überleben, überleben mit mehr oder weniger schweren geistigen Behinderungen und Lähmungen sowie lebenslanger Pflegebedürftigkeit. Viele von ihnen enden im vegetativen Status („Wachkoma“). «

Anmerkung JFH: Die Gleichsetzung von ‚vegetativer Status‘, ‚apallisches Syndrom‘, ‚Wachkoma‘ und ‚Bewusstlosigkeit‘ erscheint mir fragwürdig, vergleiche [B95, B96, H8, K4](#)

Seite 35.4: »So konnte es nicht ausbleiben, dass der starre Blick auf Organe und Teilsystem des menschlichen Körpers den ärztlichen Auftrag, auch für ein friedliches Lebensende zu sorgen, sich ins Gegenteil verkehrte: Ein für viele Patienten grausames und qualvolles Sterben. «

Die traditionellen sicheren Todes-Zeichen, Wikipedia [A92](#)

| Tabelle 1 ‚Hirntod‘ = tot? 28 überlebende ‚Hirntote‘ Blau = Quellen = click! | | | | | | |
|--|-------------------|---|-------|-------------|-----------|------------------|
| Ba | Name | Quellen | Alter | Land | Datum | Dauer des Kommas |
| 6 | Angèle Lieby | 6a | 57 J. | Straßburg | 2013 | 10 Tage |
| 1 | Canadian (anonym) | 1a , 1b , | | | | |
| 2 | Caleb Teodorescu | 2a | 2 J. | Arizona/USA | Dez. 2011 | 40 Minuten |

| | | | | | | |
|----|------------------------------------|--------------------|-------|----------------|------------|--------------------|
| 3 | Carina Melchior | 3a, 3b, 3c, 3d | 19 J. | Dänemark | Aug. 2012 | 10 Tage |
| 15 | Christina Nichole | 15a | | Washington/USA | July 2004 | 6 Tage |
| 4 | Colleen S. Burns | 4b, 4c, 4d, 4d, 4e | 41 J. | Syracuse/USA | Juli 2013 | |
| 11 | Don Vittorio | 11a | | | | |
| 17 | Ehemann von Rosemarie Körner | 17a, 17b | 38 J. | Deutschland | Mai 1995 | ein paar Tage |
| 12 | George Pickering | 12a, | | | Jan.2015 | |
| 7 | Gloria Cruz | 7a, 7b | 56 J. | Australien | Mai 2011 | 2 Wochen |
| 9 | Irek | 9a, 9b | | Polen | | |
| 10 | Jan Kerkhoff | 10a | ? | Niederlande | Aug. 1992 | |
| 13 | Jahi McMath | 13a, 13b | 13 J. | | Dec. 2013 | |
| 20 | Jimmi Fritze | 20a | 43 J. | Sweden | Apr. 2014 | |
| 23 | Jonathan Fisher | 23a | | Nord Irland | 2011 | |
| 16 | Madeleine Gauron | 16a, 16b | 76 J. | Kanada | Juli 2011 | ein paar Tage |
| 18 | Melissa Gallaher | 18a, | | | | |
| 14 | Parisian (anonym) | 14a | 45 j. | Paris, France | June 2008 | |
| 19 | Rae Kupferschmidt | 19a, 19b | 65 J. | USA | Jan. 2008 | |
| 21 | Sam Hemming | 21a, | | | | |
| 22 | Sam Schmid | 22a, 22b, | 21 J. | Arizona/USA | Dez. 2011 | |
| 8 | Steven Thorpe | 8d, 8a, 8b, 8c, 8d | 17 J. | Coventry, UK | April 2012 | |
| 24 | Susan Torres | 24a | 26 J. | USA | Aug. 2005 | †, Tochter geboren |
| 25 | Suzanne Chin | 25a | ? | Hong Kong | März 2013 | 4 Tage |
| 5 | Taylor Hale | 5a, 5b, 5c, 5d | 14 J. | Iowa, USA | Sept. 2011 | |
| 26 | Zack Dunlap | 26a, 26b, 26c | 21 J. | Oklahoma/USA | März /2008 | 4 Monate |
| 27 | Val Thomas | 27a, 27b | 59 J. | USA | Mai 2008 | 17 Stunden |
| 28 | Wioletta | 28a, 28b | 19 J. | Polen | ? | |
| 29 | | | | | | |

Anmerkungen zu Tabelle 1: Es ist äußerst unwahrscheinlich, dass ein als ‚hirntot‘ Diagnostizierter wieder aufwacht, und dass dies auch noch bekannt wird. Dagegen spricht:

1. ‚Hirntote‘ werden entweder Organspender oder die Beatmung wird abgestellt. **B14, B15, C1**
2. Die beteiligten Ärzte und Kliniken werden darüber nicht berichten. **B14**
3. In den wenigsten Fällen werden die Vorfälle durch die Betroffenen und ihre Angehörigen in die Öffentlichkeit gelangen, von den Medien aufgegriffen und in obige Tabelle geraten.

Im Umkehrschluss heißt das: Die Anzahl derer, die nach ‚Hirntod‘-Diagnose wieder zu sich kommen, und die Anzahl derer, die nach ‚Hirntod‘-Diagnose wieder zu sich kämen, wenn man sie denn ließe, ist um ein Vielfaches höher als die Anzahl der bekannt gewordenen Fälle. **B14**

Gut lesbare Kurz-Beschreibungen von 14 Einzelfällen (in obiger Tabelle enthalten) findet man unter **ORGANFACTS: "NOT DEAD YET"**, im Internet: **B12** **14 Überlebende**

»The very definition of 'brain death' is vague and inconsistent: There is no consensus on diagnostic criteria for brain death. They are the subject of intense international debate. Various sets of neurological criteria for the diagnosis of brain death are used. «

»A diagnosis of death by neurological criteria is theory, not scientific fact. Also, irreversibility of neurological function is a prognosis, not a medically observable fact. «

4. Die Tabelle soll keine Patienten enthalten, die nach einem Wachkoma, einem vegetativen Status, einem apallischen Syndrom oder einem Locked-in-Syndrom wieder aufgewacht sind, sondern nur solche, bei denen der Hirntod von den Ärzten definitiv festgestellt wurde. Auch gehören solche Patienten hier nicht hin, die anderweitig für tot erklärt wurden, aber wieder aufgewacht sind.

5. Google-Suche: "Falsche Hirntod-Diagnosen", "Hirntote wacht auf", „brain dead alive“, o.ä.

Bb. Literatur-Zitate zum Thema: ‚Hirntod‘ = tot?

PROF. DR. FRANCO REST, Ethikforscher Dortmund/Berlin, Landesverdienstorden NRW: **Bb0**

"Tod als Konstrukt des lebenden Menschen“, in: Michael Schlagheck (Hg.):

„Theologie und Psychologie über Sterben und Tod.“ Bonifatius, Paderborn 2001, Seiten 103-144.

»Den Tod, zumal den Hirntod als Tod der sich selbst bewussten Existenz des Menschen, gibt es überhaupt nicht; er ist eine nur zu bestimmten Zwecken aufgestellte Behauptung. «

»Die Hirntoddefinition besagt nichts zur Frage nach dem Tod des Menschen, da sie sich nicht mit dem Menschen, sondern mit dem Gehirn befasst und dies auf der Grundlage nur kurzzeitig (heute) geltender Methoden, Messverfahren, Vorannahmen, Hypothesen. «

Anmerkung JFH: Die Aussage Prof. Rest's wird in den populären Medien zwar griffig, aber ungenau zitiert als: »Den Hirntod gibt es überhaupt nicht; er ist eine Erfindung der Transplantationsmedizin. « Dieses nicht ganz korrekte Zitat erscheint allerdings stets ohne Quellenangabe. (siehe **Google**)

PROF. DR. ALEXANDRA MANZEI, Berliner Zeitg 22.5.2012 „Wer noch warm ist, ist nicht tot.“

»Alexandra Manzei weiß, wovon sie spricht, wenn sie als Soziologieprofessorin über das Thema Organspende redet. Vor ihrer akademischen Laufbahn hat sie viele Jahre auf der Intensivstation einer Unfallklinik in Frankfurt am Main gearbeitet und dort hirntote Patienten auf die Entnahme ihrer Organe vorbereitet. Diese Erfahrung floss in ihre wissenschaftliche Arbeit ein, als sie an der TU Darmstadt über Transplantationsmedizin promovierte. «

B1 B1a, B1b **SCHMERZ**

PROF. DR. ALEXANDRA MANZEI: »Interview zum Thema Hirntod und Organspende. « **B2**

»Man möchte eben nicht hören, dass diese Spender nicht so tot sind wie andere Leichen auch, weil man dann die Ambivalenz, die damit drin steckt, eigentlich als unerträglich empfinden müsste... «

Prof. Dr. ALEXANDRA MANZEI, Westd. Zeitung 8.2.2013: »Für mich sind Hirntote Sterbende.« **B2a**

- Süddeutsche:** „Ärzte erklären Patienten oft fälschlich für hirntot“ Bb1
- Tagesspiegel:** „Hirntod Folgeschwere Fehler“ Bb2
- Süddeutsche:** „Wie tot sind Hirntote?“ 2012 Bb3
- Uwe Müller:** „Die Rechte eines Vaters“ Bb4
- Dieter Emmerling:** „Die Grauzone des Hirntodes“ Bb5
- Patrick McMahon:** „They are playing God.“ Patienten werden für ‘hirntot’ erklärt, obwohl sie noch Lebenszeichen zeigen. Bb6
- Pfarrei St. Marien Oschersleben:** „Hirntod und Zwecklüge“ Bb7
- derStandard.at:** "Wachkoma" suggeriert fälschlicherweise Hirntod Bb8
- The Sun: „Scientists set to trial new stem cell therapy to ‘reawaken’ the brain after death” Bb9
- Google-Suche:** "Falsche Hirntod-Diagnosen", „Hirntote wacht auf“, „brain dead alive“, o.ä.

Bc. ‚Hirntote‘ Schwangere. Englisch: „pregnant brain-dead women“

MELISSA CAULK, 14.5.2013: “Brain dead woman delivers a baby and then wakes up” B3 I Überlebende

BMC MEDICINE 8:74, 18.11.2010: One life ends, another begins: Management of a brain-dead pregnant mother – Für die Zeit von 1982-2010 wurden 30 Fälle von ‚hirntoten‘ Schwangeren gefunden, von denen zwölf Kinder zur Welt brachten, die die neonatale Phase überlebten. Alle Kinder wurden durch Kaiserschnitt zur Welt gebracht, häufig wegen eines schlechten Zustands der Mutter. B4

DER SPIEGEL 20.6.2011: „Aus einer Leiche geboren“ (Ich kann es hier kaum hinschreiben! JFH) B5

FOCUS ONLINE 9.10.2009: „Hirntote bringt Kind zur Welt“ B5a

SEBASTIAN T. VOGEL: „Organentnahme bei hirntoten Schwangeren“ B6
Weltweit wird jährlich an ca. 1300 Schwangeren der ‚Hirntod‘ diagnostiziert.

ANJA LUBITZSCH / HEIKE SCHWELM: „Anästhesie zur Multiorganentnahme“ B7
»Wir stehen im Operationsaal. Ein Patient liegt intubiert auf dem OP-Tisch, sein Herz schlägt, der Brustkorb hebt und senkt sich regelmässig, er hat rosige Haut, Isofluran läuft, Fentanyl wird verabreicht, der Chirurg setzt das Skalpell an, der Patient reagiert auf Schnitt, er wird tachykard schneller Puls, sein Blutdruck steigt, er schwitzt, seine Augen tränen. Es scheint wie immer. – Nein, es ist anders: Der Patient ist hirntot und seine Organe werden zur Transplantation entnommen. «

HIRNTOD-DEBATTE: “Fehldiagnosen – Einzelfälle“ B9 6 Überlebende SCHMERZ

D. A. SHEWMON, Neurology Dec.1998: “Chronic brain death - Meta-analysis and conceptual consequences” Überleben von ‚Hirntoten‘: 170 von 12.000 ‚Hirntoten‘ überlebten mdst. 1 Woche und bis zu 14 Jahren. Zur Des-Integration der Körperfunktionen: »The tendency to asystole in Brain Death can be transient and is attributable more to systemic factors than to absence of brain function per se. If Brain Death is to be equated with death, it must be on some basis more plausible than loss of somatic integrative unity. « Der Artikel wird besprochen in B15. B10

D. ALAN SHEWMON, MD, Journal of Medicine and Philosophy 2001, Vol. 26, No. 5, pp. 457-478:
“The Brain and Somatic Integration – Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating ‚Brain Death’ With Death” B10a

THE PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, Washington, D.C., December 2008: “Controversies in the Determination of Death, A White Paper” B13
‚Hirntod’ bedeutet nicht die Desintegration der Körperfunktionen. »If being alive as a biological organism requires being a whole that is more than the mere sum of its parts, then it would be difficult to deny that the body of a patient with total brain failure can still be alive, at least in some cases. «

SABINE MÜLLER, Physikerin und Medizinethikerin am Berliner Universitätsklinikum Charité, Bundeszentrale für politische Bildung, 9.5.2011:
„Wie tot sind Hirntote? Alte Frage - neue Antworten“ B14 SCHMERZ

»Einige künstlich beatmete Hirntote zeigen noch eine körperliche Integration: Sie halten ihre Homöostase (Selbstregulierung) durch zahlreiche (endokrine und kardiovaskuläre) Funktionen aufrecht, regulieren selbstständig ihre Körpertemperatur, bekämpfen Infektionen (etwa durch Fieber) und Verletzungen, reagieren auf Schmerzreize mit Blutdruckanstieg, produzieren Exkremente und scheiden diese aus. Hirntote Kinder wachsen und können sogar ihre Geschlechtsentwicklung fortsetzen. Hirntote Schwangere können die Schwangerschaft über Monate aufrechterhalten und von gesunden Kindern entbunden werden; so wurden bis 2003 zehn erfolgreiche Schwangerschaften von Hirntoten dokumentiert. Die Annahme, dass nach dem Hirntod unmittelbar und notwendig der Herzstillstand und die körperliche Desintegration eintreten, ist durch etwa 175 dokumentierte Fälle (bis 1998) widerlegt worden, in denen zwischen Hirntod und Herzstillstand mindestens eine Woche und bis zu 14 Jahre lagen. Durch die Fälle "chronischen Hirntods" wird die Hypothese der engen kausalen und zeitlichen Relation von Hirntod und Tod des gesamten Organismus widerlegt. «

»Die klinische und die apparative Hirntoddiagnostik führen häufig zu unterschiedlichen Ergebnissen; nach einer Studie der Universitätsklinik Newark sogar in elf Prozent der Fälle. Denn zum einen sind die Methoden unterschiedlich empfindlich, zum anderen können klinisch nur Hirnstammfunktionen erfasst werden, während einige apparative Diagnosemethoden das ganze Gehirn untersuchen können. Die American Academy of Neurology hat 2010 der von ihr selbst 1995 vorgeschriebenen Hirntoddiagnostik eine fehlende wissenschaftliche Fundierung bescheinigt: Es gebe weder ausreichende wissenschaftliche Nachweise für die richtige Beobachtungszeit, um die Unumkehrbarkeit des Hirntodes festzustellen, noch für die Zuverlässigkeit der verschiedenen Atemstillstandstests und der verschiedenen apparativen Verfahren. Weitere Forschung sei notwendig. «

Trilemma in der aktuellen Debatte über den Hirntod: »Die aktuelle Debatte über den Hirntod wird in renommierten medizinischen, ethischen und juristischen Fachzeitschriften geführt. Der President's Council on Bioethics (das US-amerikanische Pendant zum Deutschen Ethikrat) hat im Dezember 2008 das Grundlagenpapier „Controversies in the Determination of Death“ B13 publiziert. Darin konstatiert er, dass der anhaltende Dissens zum Hirntodkriterium sowie neue empirische Ergebnisse zum integrierten Funktionieren des Körpers von Hirntoten eine erneute Debatte über den Hirntod erforderten. Der Rat räumt ein, dass das integrierte Funktionieren des Körpers nicht unbedingt kurz nach Eintritt des Hirntodes aufhört – die Annahme des engen

zeitlichen und kausalen Zusammenhangs war bisher das Hauptargument für die Gleichsetzung von Hirntod und Tod. «

»Dieses Argument ist nach Auffassung des Rates nicht mehr aufrechtzuerhalten. Das Gehirn sei nicht der Integrator der verschiedenen Körperfunktionen; vielmehr sei die Integration eine emergente Eigenschaft des ganzen Organismus. Der Rat räumt auch ein, dass die Behauptung, kurz nach dem Hirntod trete unweigerlich der Tod ein, kaum überprüft und sogar eine selbsterfüllende Prophezeiung sei: Patienten mit der Diagnose Hirntod würden entweder Organspender oder ihre künstliche Beatmung würde abgestellt. «

»Wie häufig Fehldiagnosen des Todes sind, ist unbekannt; sie werden selbstverständlich nicht in Fachzeitschriften publiziert. Allerdings wurden einige Fälle von "Hirntod-Mimikry" hochrangig publiziert. Deren Ursachen waren Pestizidvergiftung, eine Baclofen-Überdosis (Wirkstoff zur Muskelentspannung) beziehungsweise ein fulminantes Guillain-Barré-Syndrom (neurologische Erkrankung mit vollständiger Lähmung). Letzteres ist vor allem bei vorangehender Kopfverletzung mit dem Hirntod zu verwechseln, weil diese irrtümlicherweise für die Ursache der hirntodartigen Symptome gehalten werden kann 26. In diesen Fällen hatten die Ärzte die lebenserhaltenden Maßnahmen fortgesetzt, obwohl die klinische Diagnostik für den Hirntod sprach. Alle beschriebenen Patienten wurden wieder gesund. Die Autoren dieser Studien warnen vor Fehldiagnosen des Hirntodes in ähnlichen Fällen. «

»Heute gilt in den meisten europäischen Ländern der Hirntod als Kriterium für die legale Organentnahme - mit Ausnahme von Großbritannien: Dort gilt die Hirnstammtod-Definition. Ein Patient mit Super-Locked-in-Syndrom gilt dort also als tot, obwohl er noch bei Bewusstsein sein kann. «

Jb.

SABINE MÜLLER in der TAZ vom 5.11.2010: „Neue Zweifel am Hirntod“

B15

»Organentnahmen von Hirntoten sehe ich als Tötung an. «

»Der US-Ethikrat verweist auf Veröffentlichungen von ALAN SHEWMON B13, B10
Der Neurologe hatte bis 1998 über 170 dokumentierte Fälle gefunden, in denen zwischen Feststellung des Hirntodes und Eintritt des Herzstillstands viel Zeit vergangen war: Die Spannen reichten von mindestens einer Woche bis zu 14 Jahren. «

»Die durchschnittlichen Überlebenszeiten, so Müller, wären noch höher, wenn nicht der Tod der künstlich beatmeten Patienten durch Entnehmen von Organen oder Abbrechen lebenserhaltender Maßnahmen eingetreten wäre; die Behauptung, kurz nach dem Hirntod trete unweigerlich der Tod ein, schreibt die Berliner Ethikerin mit Verweis auf den US-Ethikrat, sei "kaum überprüft und sogar eine selbsterfüllende Prophezeiung. «

»Die seit Jahrzehnten vertretene, biologische Begründung für das Konzept vom Hirntod sei "empirisch widerlegt". Müller beruft sich vor allem auf ein 2008 veröffentlichtes "White Paper" (Weißbuch) des US-amerikanischen President's Council on Bioethics. «

»Dieses Politikberatungsgremium, eine Art Pendant zum Deutschen Ethikrat, habe eingeräumt, dass das integrierte Funktionieren des Körpers "nicht unbedingt kurz nach Eintritt des Hirntodes aufhöre". Also sei das Hauptargument derjenigen entkräftet, die den Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichsetzen, folgert Müller. «

SABINE MÜLLER, Ethik in der Medizin 22/2010: "Revival der Hirntod-Debatte" **B16**

»Der PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS **B13** hat im Dezember 2008 eingestanden, dass die bisher vertretene Begründung für das Hirntodkriterium, nämlich die Annahme des engen zeitlichen und kausalen Zusammenhangs des Hirntodes und der Desintegration der körperlichen Funktionen, empirisch widerlegt sei. Trotzdem hält der Council am Hirntodkriterium fest, stützt es aber nun auf eine neue naturphilosophische statt empirische Begründung, die den lebenden Organismus über die aktive Auseinandersetzung mit der Welt als notwendiges Kriterium für Leben bestimmt. Diese naturphilosophische Begründung ist nicht falsifizierbar und scheint den Interessen der Transplantationsmedizin geschuldet. «

ADHIYAMAN V. et.al.: J R Soc Med. Dec. 2007; 100(12): 552–557: "The Lazarus Phenomenon" **B17**

HIRNTODDEBATTE: „Das Lazarus-Phänomen“ **B18**

HIRNTOD-DEBATTE: „Penumbra“ Falsche Hirntod-Diagnosen: »Von den Befürwortern der Transplantationsmedizin wird immer wieder behauptet, die Hirntoddiagnose sei die sicherste Diagnose der Welt.

Dies ist leider nicht wahr. Das Gehirn kann bei entsprechender Behandlung eine Minderdurchblutung bis 20% schadlos überstehen.

Ab einer Minderdurchblutung von 50% lassen sich die Reflexe, die zur Diagnose des Hirntodes überprüft werden, nicht mehr auslösen. Der Zustand zwischen 50% und 20% Minderdurchblutung wird als „**ischämische Penumbra**“ bezeichnet. In diesem Zustand ist auch der für die Hirntoddiagnose zwingend vorgeschriebene ‚Apnoetest‘ sinnlos, da das Gehirn auf die Erhöhung des Kohlendioxidgehaltes im Blut nicht reagieren kann. Normalerweise stellt die Kohlendioxidhöhung im Blut einen starken Atemreiz dar, was jeder, der schon einmal längere Zeit mit dem Kopf unter Wasser war, bestätigen kann.

Der Apnoetest ist in diesem Zustand nicht nur sinnlos, sondern auch schädlich. In einer Kompaktinformation der DSO (Deutsche Stiftung Organtransplantation) zum Hirntod und der Hirntoddiagnostik heißt es: „Der Apnoe-Test wird wegen der möglichen Gefährdung des Patienten ... als letzte klinische Untersuchung des Hirnfunktionsausfalls durchgeführt.“

Tatsache ist es außerdem, dass es immer wieder Fehldiagnosen gibt. **B19**

DER THEOLOGE NR.17: „Die verschwiegenen Leiden von Organspender und Organempfänger“, Langes Kapitel „Der grausame Schmerz der Organspender“ **B20** **4 Überlebende** **SCHMERZ**

YAHOO-NACHRICHTEN: "Tote" erwacht im Krankenhaus zum Leben **B22** **1 Überlebende**

ZEITENSCHRIFT Nr. 74, 2013: „Organspenden-moderner Kannibalismus?“ **B23** **SCHMERZ** **6 Überlebende**

Bd. Zur Behandlung von (Wach-) Koma-Patienten

ANDREAS ZIEGER, Prof. Dr. med., Vortrag 4. Mai 2013: „Todeskonzepte und Todespolitik der modernen Medizin“ nennt Lebenszeichen bei ‚Hirntoten‘: Reguläre Darm- und Nierenfunktionen, Hormonproduktion, Haar-, Nägel- und Körperwachstum, Infektabwehr und Wundheilung, Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale, Schwangerschaft, Bei äußeren Reizen: Aufrichten, Ausstoßen gurgelnder Laute, Bewegungen der Arme (Lazaruszeichen),

Schreitbewegungen der Beine» »Transplantierte sind/bleiben chronisch Schwerkranke! « B90

ANDREAS ZIEGER, Prof. Dr., Neurochirurg, Vorträge: Therapie und Pflege von Koma-Patienten. B92

ANDREAS ZIEGER, Prof. Dr.: „Wir brauchen eine Kultur des Sterbens“ „Wie tot ist ein Hirntoter?“ „Oldenburger Mediziner fordert bessere Aufklärung“ B91

SCHÄDEL-HIRNPATIENTEN IN NOT e.V.: „Im Wachkoma – Recht auf Leben und auf Rehabilitation“ „Pflege von Menschen mit schweren Hirnschädigungen im Koma/Wachkoma“ B94

„Das Apallische Durchgangssyndrom/Wachkoma“ B94a

BRIGITTE TEIGELER: „Apallisches Syndrom - Leben im Wachkoma“ B95

»Es ist eine Welt der leisen Zeichen. Eine Welt, in der Langsamkeit und Geduld dominieren und wo kaum vorhersehbar ist, wie der weitere Verlauf aussehen wird. Menschen im Wachkoma haben ihren eigenen Rhythmus und zeigen ganz unterschiedliche Entwicklungen. «

DIE WELT 2.8.2013: „Hirnforscher entwickeln Test für Wachkoma-Patienten“ »Die Bielefelder Studie zeigt nach Ansicht von STEPPACHER auch, dass selbst nach mehreren Jahren eine Chance auf die Rückkehr aus dem Wachkoma gibt. « und »Wir haben gesehen, dass von den Patienten, die sich erholt haben, fast die Hälfte erst nach drei bis fünf Jahren aufgewacht ist. « B96

Be. Aus der Politik

JAN KERKHOFFS: „Stellungnahme zum Thema Hirntod“. Bundestagsdrucksache 1995 B101
autobiographisch: **I Überlebender**

DT. BUNDESTAG: „Auf Leben und Tod“ HomePage „Das Parlament“, 2012, Nr.13, B102

DT. BUNDESTAG: „Die Todesfrage“. „Das Parlament“, 2013, Nr.8, B103

DT. BUNDESTAG: „Leben mit Hindernissen“. „Das Parlament“, 2013, Nr.8, B104

DR. DR. GERHARD DETER, Leiter des Fachbereichs Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der Verwaltung des Deutschen Bundestag, Lehrbeauftragter der juristischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, 01.10.2012: „Hirntod – Eine kritische Betrachtung des Konzeptes unter Berücksichtigung medizinischer, juristischer und ethischer Aspekte“ in: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 01. Oktober 2012 B105

3.3. Kritik aus medizinischer Sicht an der Hirntoddiagnose: »Aus medizinischer Sicht wird an der Hirntodkonzeption zunächst kritisiert, dass diese die integrative Funktion des Gehirns für den Gesamtorganismus überbetone. Es könne wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass Hirntote zu verschiedenen körperlich-integrativen Leistungen wie dem Ausgleich der Körpertemperatur, der Bekämpfung von Infektionen durch ein Zusammenspiel verschiedener Bestandteile des Immunsystems oder hormonellen Stressreaktionen bei einer Organentnahme ohne Narkotisierung fähig sind. Daraus müsse geschlossen werden, dass die integrativen Funktionen des Gehirns für den Gesamtorganismus nicht zwingend nötig und erst recht nicht konstitutiv seien. Außerdem sind aus der Sicht von Kritikern die Diagnosekriterien der Bundesärztekammer nicht in ausreichendem Maße geeignet, um den Hirntod zweifelsfrei feststellen zu können. Die in den Richtlinien der Bundesärztekammer vorgesehenen

Untersuchungen erfassten nur Teilbereiche des Gehirns, da bei Patienten, für die keine apparative Diagnostik vorgesehen sei, nur Hirnstammfunktionen untersucht werden müssten und keine Untersuchung der Funktionen der Großhirnrinde sowie des Klein- und Mittelhirns stattfinde. «

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 29.6.2012: »In der Diskussion um eine Neuregelung der Organspende verlangt Unions-Fraktionsvize Johannes Singhammer eine grundsätzliche Debatte darüber, wann ein Mensch tatsächlich tot ist. „Aus der Wissenschaft kommen Zweifel, ob der Hirntod noch als Definition des Todes gelten kann“ « **B106**

KRITISCHE BIOETHIK Deutschland 30.07.13: „Wachsende Zweifel am Hirntodkonzept: Kritische Fragen der Linksfraktion im Bundestag an die Bundesregierung zu Hirntod und Organspende“ **B107**

ÄRZTE ZEITUNG online, 05.08.2013: „Linke haben Fragen zum Hirntod“ **B108**

STEPHAN SAHM, FAZ, 14.9.2010: „Ist die Organspende noch zu retten?“ »Die längst überfällige neue Debatte um den Hirntod meiden die Regierung und ihr Ethikrat wie der Teufel das Weihwasser.« **B109**

C. Kritisches zum Apnoe-Test

PROF. CICERO COIMBRA: »Die Behandlung von Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma sei meist falsch, weil auf Explantation Organ-Entnahme gerichtet. Unterkühlung und die Gabe lebenswichtiger Hormone wären oft lebensrettend, werden aber mit Rücksicht auf die Explantation unterlassen. Der immer angewandte Apnoe-Test – Aussetzung der künstlichen Beatmung – führt in 50% der Fälle zu dem Tod, der erst mittels des Tests festgestellt werden soll. « **C1**

»Ein als hirntot Erklärter darf nicht wieder aufwachen, weil die Ärzte sonst verklagt werden. «

CICERO COIMBRA, MD, PHD, Professor für Neurologie und Neurowissenschaften, **2 Überlebende** Landesuniversität Sao Paulo, Brasilien, 9.11.2012: »Wie das Leben von hirnverletzten Patienten gerettet werden kann. Warum man hirntoten Patienten bislang eine angemessene Behandlung vorenthält und die Hirnschädigungen eher verschlimmert, anstatt sie zu diagnostizieren.« **C1a**

DR. MED. REGINA BREUL: »Der Apnoetest ist also völlig unsinnig, da das Gehirn auf den Kohlendioxidanstieg überhaupt nicht reagieren kann. Bis zu diesem Zeitpunkt hätte das Gehirn sich in vielen Fällen noch erholen können. Durch den Apnoetest sinkt die Durchblutung schließlich unter 20%. Jetzt beginnt die irreversible Zerstörung des Gehirns, d.h. durch den Apnoetest werden die Patienten getötet. Senkt man die Körpertemperatur um 3-4 Grad Celsius und gibt man den Patienten ausreichend Schilddrüsenhormon, können 70% der „Hirntoten“ wieder völlig gesund werden. « **C2**

DR. MED. REGINA BREUL: „Der tödliche Apnoetest“ Video Teile I + II: **C3**

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 2006; 103(19): „Organspenden: Stiftung in der Kritik“ »Ein Niedergelassener, der seit Jahren kein Beatmungsgerät mehr gesehen hat, kann nicht einfach Apnoetests durchführen oder den Hirntod diagnostizieren.“ **C4**

»Die Untersucher bescheinigen sich die Qualität jetzt selbst und machen sich so zu Experten. «

PROF. ALEXANDRA MANZEI in „Wer noch warm ist, ist nicht tot“, 22.5.2012, Seite 2: »Sie prüfen den Atemreflex, dazu wird das Beatmungsgerät abgestellt, was heute nur mit Zustimmung der Angehörigen gestattet ist. «

C6, B1

D. Rechtliches zum Apnoe-Test

BUNDESÄRZTEKAMMER: „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“, 1997/2007.

D1

Auszug: Prüfung des Atemstillstandes (Apnoe-Test)

»Der Apnoe-Test ist für die Feststellung des Hirntodes obligatorisch. Er kann wegen der physiologischen Wirkungen der Hyperkapnie erhöhter CO₂-Gehalt im Blut erst als letzte klinische Untersuchung des Hirnfunktionsausfalls durchgeführt werden. Ein zentraler Atemstillstand liegt vor, wenn bei bisher gesunden Menschen bei einem pa CO₂ von 60 mmHg keine Eigenatmung einsetzt. «

»Die Hyperkapnie von mindestens 60 mmHg kann je nach einer O₂-Gaswechselstörung entweder durch Diskonnektion vom Respirator oder durch Hypoventilation herbeigeführt werden. Hinreichende Oxygenation ist durch intratracheale O₂-Insufflation oder Beatmung mit reinem O₂ zu gewährleisten. «

»Für Patienten, deren Eigenatmung aufgrund kardio-pulmonaler Vorerkrankungen an einen CO₂-Partialdruck von mehr als 45 mmHg adaptiert ist, gibt es keine allgemein anerkannten Werte des pa CO₂ für den Apnoe-Test. In diesen Fällen ist der Funktionsausfall des Hirnstamms zusätzlich durch apparative Untersuchungen zu belegen. Dies gilt auch, wenn ein Apnoe-Test wegen Thorax-Verletzungen oder ähnlicher Traumata nicht durchführbar ist. «

DSO „Leitfaden für die Organspende“: 3.3.2 Prüfung der klinischen Symptome (Apnoe-Test)

D2

»Ein zentralbedingter Ausfall der Spontanatmung liegt vor, wenn bei bisher gesunden Menschen bei einem paCO₂ > 60 mmHg keine Eigenatmung einsetzt. Der Apnoe-Test wird wegen der möglichen Gefährdung des Patienten und der physiologischen Wirkung der Hyperkapnie als letzte klinische Untersuchung des Hirnfunktionsausfalls durchgeführt. «

»Praktische Durchführung: Zunächst Beatmung mit einer inspiratorischen Sauerstoffkonzentration von 100 % (fiO₂=1) unter kontinuierlicher SaO₂-Messung. Der PEEP bleibt unverändert. Das Atemminutenvolumen wird reduziert, bis der paCo₂ ~ 45 mmHg erreicht hat. Anschließend erfolgt die Diskonnektion vom Beatmungsgerät. Dies erfolgt unter tief endotrachealer Sauerstoffinsufflation mit ca. 8 l/min (apnoeische Oxygenierung) zur Aufrechterhaltung einer ausreichenden Sauerstoffversorgung. «

»Beim Hirntoten setzt trotz Hyperkapnie (paCo₂ ≥ 60 mmHg) der zentrale Atemtrieb nicht ein. Die Dokumentation des paCO₂ und paO₂/SaO₂ erfolgt mittels arterieller Blutgasanalyse. Nach Wiederaufnahme der maschinellen Beatmung sind Recruitmentmanöver durchzuführen, um die Bildung von Atelektasen zu verhindern. Alternativ zur Diskonnektion kann das Beatmungsgerät bei Erreichen eines paCo₂ von ~ 45 mmHg auf ASB/CPAP umgestellt werden (Triggerschwelle beachten). «

»Erfolgt bei einem paCo₂ ≥ 60 mm Hg keine Eigenatmungsaktivität, ist die Apnoe auch mit dieser Methode bewiesen. Die Dokumentation des paCo₂ und paO₂/SaO₂ erfolgt mittels

arterieller Blutgasanalyse. Anschließend werden die Beatmungsparameter wieder neu justiert, um eine optimale Oxigenierung zu gewährleisten. «

»Bei Patienten, deren Eigenatmung aufgrund kardiopulmonaler Vorerkrankungen an einen Kohlendioxidpartialdruck von mehr als 45 mmHg adaptiert ist, gibt es keine allgemein anerkannten Werte des paCo_2 für den Apnoe-Test. In diesen Fällen muss der Funktionsausfall des Hirnstamms zusätzlich durch apparative Untersuchungen belegt werden. Dies gilt auch für Patienten mit schwerer Lungenschädigung (Thoraxtrauma, Pneumonie, etc.), bei denen eine ausreichende Sauerstoffversorgung während der Durchführung des Apnoe-Tests nicht aufrechterhalten werden kann. «

E. Aufweichung der geltenden Regeln: Abschaffung der Tote-Spender-Regel

BERNARD FARRELL-ROBERTS, Member Joint Bioethics Committee of the Catholic Bishops of England and Wales: FAITH Magazine, July-August 2008: "Should we Donate Organs?" Es geht darum, ob die Einwilligung eines möglichen Spenders ohne weiteres vorausgesetzt werden kann.

»Assumed consent would have the effect of making our bodies a commodity for the use of the state and others, and would therefore compromise the dignity of the human person. « E1

VERA ZYLKA-MENHORN & NICOLA SIEGMUND-SCHULTZE, Deutsches Ärzteblatt 2008, 105(16) „NHBD – ‚Herztote‘ Organspender“ »Auch Schwerkranke, deren Tod zwar nicht unmittelbar bevorsteht, die ihre Lebensqualität aber nicht mehr akzeptabel finden, könnten als NHBD Non-Heart-Beating Donors = Spender bei Herzstillstand, in Betracht kommen. (siehe Abschnitt F)

Voraussetzung für die planmäßige Organspende ist, dass der Betroffene oder seine Angehörigen dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ausdrücklich zustimmen. Ist dies der Fall, kann der Herzstillstand provoziert werden. « E2, E2a

DIETER BIRNBACHER, PROF. DR., Düsseldorfer Bioethiker, Ethikkommission der Bundesärztekammer (BÄK): »Wir müssen anerkennen, dass hirntote Menschen eben noch nicht tot sind, dass wir sie aber dennoch als Organspender heranziehen können. « TAZ vom 5.11.2010 E3

SABINE MÜLLER, Physikerin und Medizinethikerin am Berliner Universitätsklinikum Charité, 5.11.2010, »Organentnahmen von Hirntoten«, folgert Müller aus den empirischen Befunden, »sehe ich als Tötung an. « Würden Ärzte dies eingestehen, müsse dies aber nicht das Ende der Transplantationsmedizin bedeuten. »Man könnte darüber nachdenken«, so Müller, »ob man eine solche Tötung bei informierter Zustimmung des Organspenders aufgrund altruistischer Motive legalisieren sollte. « Für Mediziner solle die Explantation straffrei bleiben, »auch wenn sie dadurch Leben beenden.« E4, E4a

TRUOG RD, FG MILLER: "The Dead Donor Rule and Organ Transplantation. New England Journal of Medicine 359, 7, August 14, 2008 E5

»Whether death occurs as the result of ventilator withdrawal or organ procurement, the ethically relevant precondition is valid consent by the patient or surrogate. With such consent, there is no harm or wrong done in retrieving vital organs before death, provided that anaesthesia is administered. With proper safeguards, no patient will die from vital organ donation who would not otherwise die as a result of the withdrawal of life support. «

DOMINIC WILKINSON and JULIAN SAVULESCU: “Should We Allow Organ Donation Euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation” »We argue that one alternative, Organ Donation Euthanasia, would be a rational improvement over current practice regarding withdrawal of life support. It would give individuals the greatest chance of being able to help others with their organs after death. It would increase patient autonomy. It would reduce the chance of suffering during the dying process. We argue that patients should be given the choice of whether and how they would like to donate their organs in the event of withdrawal of life support in intensive care. « E6

PROF. DR. BETTINA SCHÖNE-SEIFERT et al.: »Entweder muss man das herkömmliche Todesverständnis revidieren, so dass auch NHB-Patienten nach eingetretenem und akzeptiertem, aber rein potentiell noch reversiblen Herzstillstand als Tote gelten. Oder man muss die Unverbrüchlichkeit der Regel in Frage stellen, dass eine Organspende am Lebenden ausschließlich bei Toten, nicht aber bei Sterbenden erfolgen darf. « E7, A2

DR. DR. GERHARD DETER, Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 1.10.2012: Teilhirntodkonzepte: »Andere Wissenschaftler gehen mit ihrer Einschätzung noch weiter als die Ganzhirntodbefürworter und vertreten die These, der Mensch sei bereits tot, wenn die für bestimmte höhere Funktionen wie etwa bewusstes Erleben verantwortlichen Hirnstrukturen irreversibel ausgefallen seien. Da dieser Funktionsverlust jedoch nicht erst bei einem Ausfall aller Gehirnfunktionen, sondern bereits mit dem Ausfall einiger bestimmter Hirnareale eintrete, seien Teilhirntodkonzepte im Vergleich zum etablierten Ganzhirntodkonzept letztlich konsequenter. Gegen eine solche Konzeption wird vorgebracht, dass diese medizinischen Erkenntnissen widerspreche, da menschliche Bewusstseinsleistungen nicht nachweisbar auf einen einzigen Teil des Gehirns zurückgeführt werden könnten. Außerdem stelle der Bewusstseinsverlust mitnichten das Ende des Organismus in seiner selbstregulierten Gesamtheit dar, da man anderenfalls auch Anenzephalen, Apallikern und hochgradig dementen Personen die Lebendigkeit absprechen müsse. « B105

BÜNDNIS gegen die Widerspruchs- und Erklärungsregelung bei Organspenden: »Die Abschaffung der derzeit geltenden erweiterten Zustimmungslösung und Einführung einer Widerspruchslösung, d.h. jeder Mensch in Deutschland, bei dem der Hirntod festgestellt wird, wird automatisch zum Organspender erklärt, sofern er zuvor nicht ausdrücklich widersprochen hat. Die Widerspruchslösung wird insbesondere von Gesundheitsministern aus Bayern, Hessen, Sachsen-Anhalt und Saarland angestrebt. « E9

ÄRZTEBLATT 6.5.2013: „Ethikrat will Änderungen für Todesfeststellung diskutieren“ E10

ÄRZTEBLATT 8.5.2013: „Deutscher Ethikrat: Keine Prüfung neuer Todeskriterien“ E11

F. ‚Herztod‘

Während der ‚**Hirntod**‘ als Todes-Kennzeichen weltweit akzeptiert ist, wenden einige Länder auch den ‚**Herztod**‘ als ausreichendes Merkmal an, um den Tod eines möglichen Organspenders festzustellen.

Dass es sich hierbei um eine äußerst zweifelhafte Konstruktion handelt, geht schon daraus hervor, dass die dt. Bundes-Ärztelkammer diese strikt ablehnt F1. In Deutschland wird das

Herztod-Kriterium also nicht angewandt. Für Deutsche kann das Thema trotzdem wichtig werden, wenn sie sich in einem jener Länder aufhalten, welche alternativ zum ‚Hirntod‘ auch das ‚Herztod‘-Kriterium anwenden: BE, UK, FR, IT, Lx, NL, AT, CH, ES, USA.

organspende-wiki.de: „DCD“. Eine detaillierte Übersicht über die Länder, in denen NHBD praktiziert wird und über die verschiedenen Regeln im Einzelnen, wie der ‚Herztod‘ festgestellt und wie dann weiter verfahren wird. [Dez. 2016] Fla

Wikipedia: „Non-heart-beating donation“ Sehr gute Übersicht! [April 2017] Flb

Wann ist der ‚Herztod‘ eingetreten? Wenn Herzschlag und Atmung eines Menschen aussetzen, versuchen anwesende Ärzte, evtl. auch Laien, eine **Reanimation** eine Wiederbelebung, siehe **A90, Flc**. Sie können frei bestimmen, wann sie die Bemühungen abbrechen, wenn Herzschlag und Atmung nicht wieder einsetzen. Ist diese Entscheidung getroffen, kann in den genannten Ländern nach einer Wartezeit von 2 oder 5 oder 10 min (in verschiedenen Ländern und Kliniken unterschiedlich) der ‚Herztod‘ festgestellt werden. Danach gilt dort der Mensch als tot, und es können ihm Organe entnommen werden.

Wikipedia: „DCD“ Sehr gute Übersicht! Dez. 2016 Flc

Näheres und verschiedene Regeln und Vorgehensweisen im Folgenden:

Nach Auffassung der dt. Bundesärztekammer ist mit dem ‚Herztod‘ ein Ausfall aller Hirnfunktionen nicht garantiert:

BUNDESÄRZTEKAMMER: „Organentnahme / Herzstillstand („Non heart-beating donor“ = NHBD)“, 1998. Der Wissenschaftliche Beirat der BÄK untersagt die NHBD-Spende! Fl

»Für Deutschland gilt seit 1. Dezember 1997 das deutsche Transplantationsgesetz. Es unterscheidet klar die Organ- und Gewebeentnahme beim toten und beim lebenden Spender. Eingriffe zur Organ- und Gewebeentnahme beim toten Spender setzen u.a. die Feststellung seines Todes nach Regeln gemäß dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft voraus. Diese Voraussetzung erfüllt ein Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Min. bei normaler Körpertemperatur als mögliches, aber unsicheres Todeszeichen nicht. Ein im Ausland nicht gemäß den deutschen Gesetzesvorschriften entnommenes Organ darf in Deutschland nicht transplantiert werden. «

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 2008, 105(16): VERA ZYLKA-MENHORN & NICOLA SIEGMUND-SCHULTZE:

„NHBD – ‚Herztote‘ Organspender“. Erläutern die Maastricht-Kriterien von 1995: Flc

NHBD = Non-Heart-Beating Donors = **DCD** = Donation after Circulatory Death
= Donation after Circulatory-Respiratory Death
= Donation after Cardiac Arrest = Donation after Circulatory Death

Gegensatz: **HBD** = Heart Beating Donors = **DBD** = Donation after Brain Death

NHBD (hauptsächlich bei Nieren-Transplantationen) üblich in:
England = 35%, Niederlande = 30%, Spanien, Italien, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Belgien (in Belgien auch nach ärztlich assistiertem Suizid), Schweiz, USA = 20% (Herztod kann in den USA diagnostiziert werden nach 5 Minuten, teilw. schon nach 2 Minuten)

Herzstillstand), Maastricht-Protokoll: nach 10 min; Deutschland mindestens 30 min > kommt also nicht vor.

Was das Herztod-Kriterium bedeutet und wie der ‚Spender‘ auf die Organ-Entnahme vorbereitet wird, ersehen Sie aus dem erschreckenden Artikel von Petra Augustin: „Das Herztod-Kriterium in Spanien“ vom 28.11.2013, F13 Was dort geschildert wird, gilt ähnlich in den anderen Ländern, die das Herztod-Kriterium anwenden.

DT. BUNDESÄRZTEKAMMER: „Eckpunkte der Bundesärztekammer für die Reanimation 2010“ F1d

Um Näheres über die Praxis des ‚Herztod‘-Kriteriums in deutscher Sprache zu erfahren, nennen wir folgende 7 Publikationen aus der SCHWEIZ, da die NHBD in Deutschland verboten ist, (s.

F1e

Bundesamt für Gesundheit, CH: „Revision der Transplantationsverordnung“ zum 15.11.2017 F2a

Bundesamt für Gesundheit, CH: „Vorbereitende medizinische Massnahmen“ 17.02.2017 F2b

SAMW = Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: „Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantation und Vorbereitung der Organentnahme“ Feb.2017

F2c

Dialog Ethik News, CH: „Zwei Formen der Organentnahme“ Okt. 2017

F2d

Bundesamt für Gesundheit, CH: „Vergleich des Organspende-Wesens in der Schweiz und Spanien“ Jan.2011

F2e

OLIVIER GUILLOD und MÉLANIE MADER: „Vorbereitende medizinische Maßnahmen im Hinblick auf eine Organentnahme“ Rechtsgutachten zu verschiedenen Fragen im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz.“ März 2010

F2f

Franziska Beyeler ea.: „Wiedereinführung des Non-Heart-Beating-Donor-Programms in der Schweiz?“

Réintroduction du «Non-HeartBeating-Donor-Programm» en Suisse? 2009

F2g

BIRGIT CHRISTENSEN, MARGOT MICHEL: „Die Wiedereinführung des Non-Heart-Beating-Donor-Programms in der Schweiz aus rechtlicher Perspektive“ 2012

F2h

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE: “Organ Donation after Cardiac Death”

Sehr ausführliche Darstellung, Jul. 2007

F7

BRITISH TRANSPLANTATION SOCIETY: “Transplantation from deceased donors after circulatory death”

Download 06.Nov. 2017

F8

BRITISH JOURNAL OF ANAESTHESIA: “Donation after Circulatory Death” Jan.2012

F9

PARADISL.DE 24.7.2013 „Kleiner Junge überlebt 39 Minuten Herzstillstand“

F10

nach ‚Herztod‘: **1 Überlebender**

NICOLA SIEGMUND-SCHULTZE, Ärzte Zeitung: „Organe von Herztoten werden transplantiert - aber ohne Konsens über das Vorgehen“ 08.10.2009 »Auch in vielen europäischen Ländern werden Organe von Herztoten verwendet, zum Beispiel in Spanien, Italien, der Schweiz und Frankreich, im

Eurotransplant-Bereich in den Benelux-Staaten und in Österreich. Aber es scheint Unsicherheiten zu geben, auch bei den Ärzten. "Das Vorgehen ist uneinheitlich", bestätigt Dr. Axel Rahmel von Eurotransplant (ET). "Die so genannte "no-touch-Phase" - also die Zeit zwischen dem letzten Herzschlag und dem Beginn der Perfusion des Organspenders mit einer konservierenden Lösung und der Gabe von Medikamenten - schwankt in den europäischen Ländern zwischen 2 und 20 Minuten." Auch die Methoden, den Herzkreislaufstillstand festzustellen, differierten, ebenso die Auffassung darüber, welche der nach den Maastricht-Kriterien kategorisierten Spender überhaupt in Frage kämen. « F12

PETRA AUGUSTIN: „Das Herztod-Kriterium in Spanien“ Nov.2013 F13

G. Kritische Webseiten zum Thema Organtransplantation

KAO „Kritische Aufklärung über Organtransplantation“, sehr umfangreich SCHMERZ
Schilderung einer Organentnahme. Die Webseite wurde von Müttern und Eltern gegründet, die eines ihrer Kinder zur Organentnahme freigegeben haben und dies später bei zunehmender Kenntnis, was dabei eigentlich geschieht, ein Leben lang zutiefst bereut haben. G1
»Diese Behandlung eines tief komatösen Patienten als potenziellen Organspender schon vor der Hirntodfeststellung verstößt gegen das Transplantationsgesetz! «

KAO „Operation Explantation : ein unbarmherziger Tod“ Angehörige berichten G1a

NORMAN BARBER: “The Nasty Side of Organ Transplanting” sehr umfangreich! Behandelt eine große Zahl medizinischer, rechtlicher, sozialer, ethischer und menschlicher Fragen zur Organtransplantation. Behandelt alle Themen unseres Texts und noch viel mehr ausführlich und kompetent. G2, G2a, G2b

KRITISCHE BIOETHIK DEUTSCHLAND sehr umfangreich! u.a. zahlreiche Dokumente unter G3a
»94,5 Prozent aller Organentnahmen finden bei Menschen statt, die niemals ihre Einwilligung zu dieser ‚Spende‘ gegeben haben, sondern wo die Angehörigen aufgrund des ‚mutmaßlichen‘ Willens entschieden haben, die Organe freizugeben. « G3
Die Website bietet einen „Nicht-Organspende-Ausweis“ zum downloaden, der weniger leicht missverstanden werden kann als ein gewöhnlicher Organspende-Ausweis, der nur ablehnend angekreuzt ist.

HIRNTODDEBATTE: Menschenwürde - Hirntod - Organspende. Inhaltsreich und engagiert. Stets aktueller Newsletter! G4

ROBERTO ROTONDO: www.transplantation-information.de. sehr umfassend und inhaltsreich. G5

KRITISCHE BIOETHIK DEUTSCHLAND: „Pressemeldungen zu Organspende, Transplantation, Hirntod, Organhandel, ...“ Listet regelmäßig die neuesten Pressemeldungen auf. G6

H. Gesetze und Richtlinien: Ha. Definition und Feststellung des ‚Hirntodes‘

AD HOC COMMITTEE of the Harvard Medical School: “A Definition of Irreversible Coma”, Journal of the American Medical Association, 205, 6, S. 337ff., 1968 H1, H1a

Hier wurde 1968 festgeschrieben, ein 'Hirntoter' sei tot, heute ein weltweit gültiges Credo:
»Our primary purpose is to define irreversible coma as a new criterion for death. « (Unser primäres Anliegen ist es, das irreversible Koma als neues Todeskriterium zu definieren.) und:
»Obsolete criteria for the definition of death can lead to controversy in obtaining organs for transplantation. «

DEUTSCHER BUNDESTAG: „Transplantationsgesetz“ 1997, nachgebessert 2007, 2016, 2017.

Hier wurden die Kompetenzen (Definition des ‚Hirntodes‘ und die Art seiner Feststellung) an die Bundesärztekammer übertragen. Weiterhin wurde bestimmt, wer, wann und wie der ‚Organspende‘ zustimmen oder widersprechen kann. In Deutschland hatten wir bis 2012 die erweiterte Zustimmungsregelung, ab der Änderung von 2007 haben wir die sog. Entscheidungslösung, die aber nichts anderes ist als die erweiterte Zustimmungsregelung, außer, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, massiv Reklame für die Organspende zu machen.

H2, H2a, H11

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 2001; 98 (21): „Erklärung zum Hirntod“

H3

»Nach dem Hirntod gibt es keine Schmerzempfindung mehr. Deshalb sind nach dem Hirntod bei Organentnahmen keine Massnahmen zur Schmerzverhütung (zum Beispiel Narkose) nötig. Die Tätigkeit eines Anästhesisten bei der Organentnahme – zu Massnahmen wie zum Beispiel der künstlichen Beatmung, der Kontrolle der Herztätigkeit und des Kreislaufs sowie der notwendigen Ruhigstellung der Muskulatur – dient ausschliesslich der Erhaltung der Funktionsfähigkeit der zu entnehmenden Organe. «

BUNDESÄRZTEKAMMER 1997/2007, Wiss. Beirat: „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“

»Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt. «

Die Bundesärztekammer handelt bei der Definition des Hirntodes und bei der Abfassung der „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ im Auftrage des dt. Bundestages.

H2, H4

Dabei ergibt sich eine unauflösbare Diskrepanz zwischen der Definition des ‚Hirntodes‘:

»Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms «, und den Richtlinien zur Feststellung des ‚Hirntodes‘, welche aus der Überprüfung von 7 Reflexen am Kopf und im Rachen bestehen, sowie dem abschließenden Apnoe-Test: [Thema D](#), [Thema C](#).

JFH.: Es gibt keine Möglichkeit, die „irreversibel erloschene Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ mit Sicherheit festzustellen.

EEG-Null-Linie. Die weit verbreitete Ansicht, dass die EEG-Null-Linie das entscheidende Kriterium zur Feststellung des ‚Hirntodes‘ sei, ist falsch. Daher hier ein Auszug aus den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Feststellung des ‚Hirntodes‘ zur Bedeutung des Elektro-Enzephalogramms (EEG) bei der ‚Hirntod‘-Diagnostik:

H4

3. Nachweis der Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome:

»Bei primären supratentoriellen oder bei sekundären Hirnschädigungen muss die Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome nachgewiesen werden

entweder durch weitere klinische Beobachtungen während angemessener Zeit (siehe 3.1)
oder durch ergänzende Untersuchungen (siehe 3.2). «

»Bei primären infratentoriellen Hirnschädigungen kann der Hirntod erst beim Vorliegen eines Null-Linien-EEGs oder beim Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes festgestellt werden. «

3.2. Ergänzende Untersuchungen

- a »Sie können nicht allein den irreversiblen Hirnfunktionsausfall nachweisen. «
- b »Die Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome kann außer durch die Verlaufsbeobachtung alternativ nachgewiesen werden durch:
- Null-Linien-EEG oder
 - Erlöschen evozierter Potentiale oder
 - zerebralen Zirkulationsstillstand. «
- c »Ergibt eine standardisierte EEG-Ableitung eine hirnelektrische Stille (Null-Linien-EEG) so kann die Irreversibilität des Hirnfunktionsausfalls ohne weitere Beobachtungszeit festgestellt werden. «

Zwischen dem Satz a einerseits und den Sätzen b und c andererseits, die so wie hier auch im Original unmittelbar aufeinander folgen, besteht ein direkter Widerspruch! Ich kann der Bundesärztekammer bescheinigen, dass diese Richtlinien ziemlich unverständlich, unübersichtlich und widersprüchlich sind JFH. –

Abgesehen davon ist die Diagnostik des ‚Hirntodes‘ offenbar komplex und fehleranfällig!

Man beachte, dass die Eindringtiefe des EEG nur etwa 30 mm beträgt, nachzulesen in:

NeuroPsychE 2009: „Elektroencephalografie (EEG)“ Eindringtiefe des EEG nur etwa 30 mm!

H5a

DSO: „Leitfaden für die Organspende“ _ Sehr umfangreich! Weitere Fachinformationen! H6

Stellt die Voraussetzungen und die Durchführung der Organ-Entnahme in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Bundesärztekammer H4 sehr ausführlich dar. Zum Apnoe-Test siehe Abschnitte C. und D.

Der unter älteren Menschen weit verbreiteten Ansicht, dass ihre Organe nicht mehr brauchbar seien, widerspricht die DSO im Leitfaden für die Organspende: »Eine Altersgrenze für die Organspende gibt es nicht. Entscheidend sind die aktuellen Organfunktionen bzw. Funktionsreserven. «

DSO: Selbstdarstellung auf ihrer Homepage

H7

»Die Deutsche Stiftung Organtransplantation nimmt die Meldungen möglicher Organspender entgegen, koordiniert die »Gemeinschaftsaufgabe Organspende« und sorgt dafür, dass alle notwendigen medizinischen und organisatorischen Schritte vollzogen werden, damit Organe entnommen, an geeignete Patienten vermittelt und transplantiert werden können. «

H7a »Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist die bundesweite Koordinierungsstelle für Organspende. Ihre Aufgabe ist die umfassende Förderung der Organspende und -transplantation in Deutschland. Die DSO hat sich zum Ziel gesetzt, allen Patientinnen und Patienten so schnell wie möglich die notwendige Transplantation zu ermöglichen. Die DSO ist ausschließlich für die Koordinierung der postmortalen Organspende verantwortlich. Zurzeit können Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas und Dünndarm nach dem Tod gespendet werden. Diese Organe gehören zu den vermittlungspflichtigen Organen. Ihre Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung unterliegt den Regelungen des deutschen Transplantationsgesetzes. «

DSO: „Leitfaden für die Organspende“: 7.2.1 „Optimierung des chirurgischen Eingriffs.“

Vermeidung unerwünschter Körper-Reaktionen des Spenders bei der Organ-Entnahme: **H8**

»Während der Organentnahme ist die Durchführung einer Narkose zur Ausschaltung des Bewusstseins und der Schmerzreaktionen überflüssig, weil das primäre Zielorgan – das Gehirn und die betroffenen zentralen Rezeptoren – nachgewiesenermaßen irreversibel ausgefallen sind. Unabhängig vom vollständigen und irreversiblen Ausfall aller Hirnfunktionen bleiben Funktionen des vegetativen Nervensystems im Rückenmark (Sympathikus Th1-L3) erhalten, die zu Hypertonie, Tachykardie, (Hyper-)hidrose oder spinalen Automatismen (Beugekontraktionen) führen können. Deshalb wird der Organspender zur Optimierung der chirurgischen Tätigkeit sowie zur Vermeidung dieser autonomen Reaktionen relaxiert (z.B. **Pancuronium** 0,15 –0,20 mg/kg/KG).

Ein vegetativ induzierter Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg kann durch Opiate (z.B. **Fentanyl** 0,1–0,3 mg/70 kg KG) vermieden werden. «

Hb. Zustimmung und Widerspruch zur Organentnahme

Bundesgesundheitsministerium Jul.2012: „Gesetz zur Neuregelung der Organspende tritt in Kraft“ **H9**

Bundesgesundheitsministerium Oct.2012: „Entscheidungslösung bei der Organspende tritt in Kraft“ **H10**

Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz **H11, H11a**

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I, Nr. 33, Bonn 18. Juli 2012. Die Bestimmungen dieses Gesetzes wurden in das umfassende Transplantationsgesetz in §2 eingearbeitet. **H2, H11b**

Das Gesetz schreibt die Befragung aller Bundesbürger/innen ab 16 Jahren darüber vor, ob sie Organspender sein wollen oder nicht. Allerdings muss man die Frage nicht beantworten. Die Befragung wird schon im Gesetz „Entscheidungslösung“ genannt, was aber irreführend ist, da wir nach wie vor in Deutschland die erweiterte Zustimmungsregelung haben **H2**. Man *muss* sich also *nicht* entscheiden!

In verschiedenen Ländern gibt es unterschiedliche Regeln darüber, wann einem ‚Hirntoten‘ Organe entnommen werden dürfen. Übersichten finden Sie unter **1. Ausland**. Die erweiterte Zustimmungsregelung, wie wir sie in Deutschland haben **H2**, besagt, dass einem ‚Hirntoten‘ nur dann Organe entnommen werden dürfen, wenn er selbst, als er noch bei Bewusstsein war, dem

zugestimmt hat (Organspende-Ausweis, Patientenverfügung), oder, falls keine Zustimmung oder Ablehnung des ‚Hirntoten‘ vorliegt, wenn seine Angehörigen dem zustimmen. Diese Regel hat sich auch durch die eingeführte sogenannte „Entscheidungslösung“ nicht verändert.

Man kann befürchten, dass durch diese falsche Bezeichnung auf eine echten Entscheidungslösung hingearbeitet werden soll, in der jede/r Bundesbürger/in sich entscheiden *muss*, ob er oder sie Organspender/in sein will oder nicht, siehe [H12](#). Schon in der Definition der Entscheidungslösung in [Jat.](#)

»Jede Bürgerin und jeder Bürger soll die eigene Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende auf Grundlage fundierter Informationen prüfen und schriftlich festhalten. In Deutschland stellen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen ihren Versicherten alle zwei Jahre einen Organspendeausweis zur Verfügung, verbunden mit der Aufforderung, seine persönliche Entscheidung in diesem Dokument schriftlich festzuhalten. «

ist nicht eindeutig klar, dass die „Entscheidung“ noch (!) freiwillig ist und gar nicht getroffen werden muss. Zur vielleicht nachlässigen oder womöglich absichtlichen Sprachverwirrung siehe [A100](#).

Die Informationen von Seiten der Krankenkassen scheinen missverständlich zu sein, denn ich JFH habe Leute getroffen, die glaubten, dass sie als Organspender nicht mehr infrage kommen, wenn sie die Anfrage einfach nicht beantworten.

Neutrale Aufklärung. Im „Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz“ steht: »Die Aufklärung (der Bürgerinnen und Bürger über die Organspende) hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss *ergebnisoffen* sein « [H11](#)

In der Drucksache 17/11308 des Deutschen Bundestages vom 6.11.2012 lesen wir:

»Auch erklärte der medizinische Vorstand der DSO, Prof. Dr. Günter Kirste, dass Gespräche mit Angehörigen von Seiten der DSO *nicht* ergebnisoffen geführt würden, obwohl der Deutsche Bundestag dies zuvor ausdrücklich gesetzlich vorgeschrieben hatte. « [H11c](#) [H11d](#)

Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Deutscher Ethikrat: Forum Bioethik Oktober 2010: Äußerungspflicht zur Organspende:
„Sollte der Staat verlangen, dass sich jeder erklärt?“ [H12](#)

Roberto Rotondo: WebSite [transplantation-information](#): „Einwilligung in die Organspende“ [H13](#)

FAZ 18.8.2012: „Hirntod _ Was passiert mit Patienten, die potentielle Organspender sind?
Kein Gesetz schützt sie oder ihre Angehörigen.“ [H14](#)

Kritische Bioethik: „Nichts hören, nichts sehen, nichts ändern - Regierung gegen verbindliche Richtlinien für Angehörigengespräche bei Organspende“ [H15](#)

J. Deutsche im Ausland: Ja. Alle Länder

Siehe zum Thema „Deutsche im Ausland“ auch das gesamte [Thema F](#), ‚Herztod‘.

Es dürfte sehr schwer sein, verbindlich herauszufinden, wie es Deutschen als möglichen Organspendern im Ausland ergehen wird, wenn sie einen oder keinen positiven oder negativen Organspende-Ausweis bei sich tragen. Und in welcher Sprache? Denn die gesetzlichen Regelungen gelten in erster Linie für Staatsbürger der betreffenden Länder. Im Notfall wende man sich an das zuständige Deutsche Konsulat, die Deutsche Botschaft in der Hauptstadt des betr. Landes, oder notfalls an das [Auswärtige Amt in Berlin](#).

Hinzu kommt die Frage, ob die Reisenden eine Patientenverfügung mit sich führen, und in welcher Sprache? Werden solche Patientenverfügungen gefunden und beachtet?

In etlichen Ländern gibt es staatliche Zentralregister zur Hinterlegung von Patienten-Verfügungen. Dort können die Bürger im Rahmen ihrer Patienten-Verfügung die Ablehnung der Organspende dokumentieren. In Spanien gibt es ein virtuelles Zentralregister für ganz Spanien, in dem nicht nur die Metadaten gespeichert werden, sondern auch die Inhalte der Patienten-Verfügungen. [Ja7](#)

In Österreich gibt es ein [Widerspruchsregister](#) zur Hinterlegung des Widerspruchs zur Organspende, siehe auch [Ja2, Ja6](#). In Zweifelsfragen hilft die [Konsular-Abteilung der Deutschen Botschaft in Wien](#).

Bei Patienten mit Hirntod-Diagnose besteht für die Feststellung seiner womöglich erklärten Bereitschaft oder Ablehnung der Organspende keine so große Eile, da er über viele Stunden bis zur Organentnahme „am Leben“ gehalten werden kann. Anders ist es bei Patienten mit ‚Herztod‘-Diagnose in BE, UK, FR, IT, LX, NL, AT, CH, ES und USA wobei die Organe in kürzester Zeit entnommen werden müssen, siehe das gesamte [Kapitel F: ‚Herztod‘](#). Wie in diesen Ländern beim sog. ‚Herztod‘ hinsichtlich der Zustimmung oder Ablehnung ganz allgemein und erst recht bei Ausländern umgegangen wird, dürfte wohl sehr schwer zutreffend und allgemeingültig aufzuklären sein.

Auf jeden Fall wird dringend angeraten, den positiven oder negativen Organspende-Ausweis und die Patienten-Verfügung in verschiedenen Sprachen (in der betr. Landessprache) zusammen mit Personal-Ausweis und Führerschein immer (!) bei sich zu tragen. In Spanien z.B. sind die Ärzte gesetzlich verpflichtet, bei einem Patienten im Koma nachzuschauen, welche Papiere er bei sich trägt, nicht aber, welche Papiere er bei sich zu Hause vergraben hat. –

Über mögliche Widersprüche zwischen Organspende-Ausweis und Patientenverfügung informiert für deutsche Verhältnisse [K3](#). In erster Linie handelt es dabei um eine Meinungs-Äußerung der Bundes-Ärztekammer, deren Rechtsverbindlichkeit wohl noch dahinsteht. Gänzlich offen ist, wie mit solchen Widersprüchen in anderen Ländern umgegangen wird.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

„Beiblatt zum Organspendeausweis in 23 Sprachen“ [Ja0](#)

Stiftung Eurotransplant, Februar 2011: „Gesetzliche Regelungen für die Entnahme von Organen zur Transplantation in Europa“ [Ja1](#)

Widerspruchslösung in Österreich [Ja2](#)

Eurotransplant: “Legislation within the Eurotransplant Region” [Ja3](#)

Wikipedia: „**Organspende**“, enthält Zustimmungs- und Widerspruchsregelungen weltweit. [Ja4](#)

transplantation-information: „Gesetzliche Regelungen der europäischen Staaten, den USA, Japan und den Vereinigten Arabischen Emiraten zur Organtransplantation“ [Ja5](#)
[Ja5a](#)

Der Theologe Nr. 17: „Auch tödlich verunglückten Touristen werden im Urlaubsland die Organe entnommen“, Für Europa ausführlicher als Wikipedia [Ja4](#) [Ja6](#)

Focus 5.7.2013: „So entgehen Urlauber einer unfreiwilligen Organspende“ Juli 2013 [Ja7](#)

OrganosProtection: „Der Organ-Opfer-Ausweis“ »Die Informationen seitens der BZgA, dass der deutsche Organspendeausweis (bzw. deren Übersetzungen) auch in anderen Ländern Gültigkeit hat, sind FALSCH! Der deutsche Organspendeausweis ist nur in Deutschland gültig. Deutschland ist eines der wenigen Länder in Europa mit Zustimmungsregelung – in den meisten Ländern gilt Widerspruchsregelung d.h. wenn Sie nicht zu Lebzeiten schriftlich widersprochen haben, werden Sie ungefragt automatisch zum Organspender – egal welcher Nationalität Sie angehören, denn es zählt immer das Landesrecht, wo Sie verunglücken. Um dies zu verhindern sind aber landesspezifische Rechtsdokumente in der jeweiligen Landessprache oft zwingend vorgeschrieben. Der deutsche Ausweis mit einem angekreuzten NEIN schützt Sie außerhalb Deutschland nicht. «
Genauere Infos für Deutsche, Österreicher, Schweizer. [Ja8](#)

Deutsche im Ausland: Jb. Großbritannien

In Großbritannien gilt die Hirnstammtod-Definition: [Jb1, Jb2, N2](#) »Heute gilt in den meisten europäischen Ländern der Hirntod als Kriterium für die legale Organentnahme – mit Ausnahme von Großbritannien: Dort gilt die Hirnstammtod-Definition. Ein Patient mit Super-Locked-in-Syndrom gilt dort also als tot, obwohl er noch bei Bewusstsein sein kann. « zitiert nach [B14](#)

Wikipedia: „Brainstem death“ »In the United Kingdom, the formal diagnosis of brain stem death by the procedure laid down in the official Code of Practice permits the diagnosis and certification of death on the premise that a person is dead when consciousness and the ability to breathe are permanently lost, regardless of continuing life in the body and parts of the brain, and that death of the brain stem alone is sufficient to produce this state. « [Jb1](#)

Academy of Medical Royal Colleges: A Code of Practice for the Diagnosis and Confirmation of Death. London, 2010 [Jb2](#)

RADY, M.Y. & VERHEIJDE, J.L.: “General Anesthesia for Surgical Procurement in Non-Heart-Beating Organ Donation: Why We Should Care”. »General anesthesia is not administered to donors because they are assumed dead with no discernable brain functions. « [Jb3](#)
Die Autoren sind diesbezüglich besorgt.

VERHEIJDE & RADY, 2010: “Pediatric Organ Donation and Transplantation Policy Statement: More Questions, not Answers”, [Jb4](#)

Huffington Post, 29.7.2013: “Presumed Consent Organ Donation” [Jb5](#)
»The Government Has Just Nationalised Your Body. «

Britische Studie zur Diagnose des BSD (BrainStemDeath) »Das verdeutlicht, dass es große Unterschiede in der Vorbereitung und Durchführung der (Stamm-) Hirntod-Diagnostik gibt und eine einheitliche Vorgehensweise angestrebt werden sollte. « Derzeit nicht zu erreichen Nov.2017 [Jb6](#)

National Health Service UK: “Brain Stem Death” 2017 Ib7

New England Journal of Medicine 14. 8. 2008: “Cardiac Transplantation in Infants”, Ib8

Deutsche im Ausland: **Jc. Spanien**

Testamento Vital, Recomendaciones Ic0

Spanien ist, jeder sagt es so, Weltmeister in der Organtransplantation, gerechnet pro Million der Einwohner. Siehe [Tabelle 2](#). Die meisten Spanier selbst wissen darüber sehr wenig und stehen dem Thema desinteressiert und unkritisch gegenüber.

In Spanien wird *auch* das Herztod-Kriterium als Todes-Zeichen gewertet. Was das bedeutet, ersehen Sie aus dem erschreckenden Artikel von Petra Augustin: „Das Herztod-Kriterium in Spanien“ vom 28.11.2013: [F13](#). Was dort geschildert wird, gilt ähnlich in den anderen Ländern, die das Herztod-Kriterium anwenden, nämlich in UK, NL, IT, FR, LX., BE, CH, USA, (in Belgien auch nach ärztlich assistiertem Suizid). Näheres zum ‚Herztod‘-Kriterium siehe im Kapitel [F](#)

Bundesamt für Gesundheit (Schweiz): „Vergleich des Organspende-Wesens in der Schweiz und Spanien“ [2011] F2e

dt. Ärzteblatt 9.7.2013 „Warum in Spanien mehr Organe gespendet werden“ Ic1

Antonio Suárez Varela, swissinfo.ch: „Was Spanien zur Nr.1 in Sachen Organspenden macht“ Ic3

Rafael Matesanz, Director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), 20-10-2006. Ic4
Gewöhnlich wird die hohe Zahl der Transplantationen in Spanien der perfekten Organisation, der umfassenden Aufklärung und dem Altruismus der Spanier zugeschrieben. Der Chef der ONT, (vergleichbar unserer DSO: [H7](#)) ist da völlig anderer Auffassung: Es sind die Prämien, die die beteiligten Ärzte, Krankenschwestern und Transplantations-Koordinatoren bekommen:

Enrique Costas Lombardía, „España, Suiza y los trasplantes! »Basta leer por encima la crónica Suiza adopta una ley calcada del sistema español de trasplantes, considerado modélico (EL PAÍS, 16-10-06) para darse cuenta de que su patriótico titular es engañoso. Los suizos no han copiado nuestro sistema. Ni siquiera conocen su funcionamiento real: atribuyen el alto índice de donaciones en España a la "extraordinaria concienciación de los españoles", o sea al altruismo, cuando es el dinero el que lo impulsa. Los coordinadores, médicos y enfermeras de los equipos de trasplantes españoles reciben, más o menos disfrazada y aparte de sus sueldos, una retribución especial por trasplante hecho, retribución sustanciosa que los mantiene en alerta continua, diligentes en identificar y seguir a todos los enfermos potenciales donantes que entran en el hospital y en persuadir a los familiares para que autoricen la extracción de los órganos. Porque cuantas más donaciones, más trasplantes, y cuantos más trasplantes, más retribución especial. El sistema español paga dinero por los órganos, los compra, de hecho, no a los familiares, pero sí a los cuidadores del donante. Si esa retribución especial, que no existe en ningún otro país, se suprimiera, el índice de donaciones caería seguramente en picado. España es la primera en trasplantes porque emplea un medio no ético, el dinero, que el fin no puede justificar y las restantes naciones civilizadas rechazan. En la donación de sangre, que no tiene premios financieros, España está entre las últimas de Europa. «

Königliches Dekret 2070/1999 „Organtransplantation in Spanien“: „Diagnostik des Todes bei Stillstand von Herz und Atmung“ Übersetzung ins Deutsche. Jc5

Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos” = Spanisches Original des gesamten Transplantationsgesetzes: Jc6

Ley estatal 41/2002 Regelt den Umgang mit Patientenverfügungen für alle Regionen in Spanien. Die einzelnen autonomen Regionen haben dann ihre eigenen Gesetze, die Genaueres festlegen, auch die Einrichtung von Zentralregistern. Jc7

The Epoch Times, 2.8.2013: „Gesetz in Spanien: Transplantationstourismus nach China ist verboten“ Jc9

Tabelle 2. Jd. Anzahl Organspender nach Ländern

| | im Jahre 2012 | Spanien | Belgien | Kroatien | Österr. | Niederl. | Deutschl. | USA |
|---|--|---------|---------|----------|---------|----------|-----------|---------|
| A | Einwohner | 47 Mio | 11 Mio | 4 Mio | 8 Mio | 17 Mio | 82 Mio | 314 Mio |
| B | Spender/Mio Einw. = C/A | 30 | 29 | 34 | 23 | 15 | 13 | 13 |
| C | Anzahl Spender*) | 1424 | 320 | 147 | 191 | 252 | 1024 | 4072 |
| D | davon NHBD E | 139 | 70 | – | 4 | 124 | – | ? |

*) Ohne Lebend-Spender! Nur sog. ‚tote‘ Spender, also nach festgestelltem ‚Hirntod‘ oder ‚Herztod‘. Nur solide Organe = Herz, Lunge, Leber, Niere, Pankreas. Gezählt sind diejenigen Spender, deren Organe tatsächlich transplantiert wurden. Für Spanien gab es zwar im Jahre 2012 zunächst 1643 Spender, jedoch konnten letztlich nur von 1424 Spendern wirklich Organe übertragen, d.h., dem Empfänger implantiert werden. Dies ist in der spanischen Statistik ausdrücklich vermerkt. Wenn man davon ausgeht, dass die anderen Länder auch diejenigen Spender zählen, von denen tatsächlich Organe transplantiert wurden – und die Tabellen von Eurotransplant legen dies nahe – so ist für Spanien zum richtigen Vergleich für 2012 eine Quote von 30 Spendern pro Million der Einwohner einzusetzen, und nicht, wie oft angegeben, 35. Spanien rückt damit an die 2. Stelle der Weltrangliste, jedenfalls für 2012.

Das Herausfallen von Spendern aus der Statistik ist hauptsächlich dadurch begründet, dass nicht selten bereits explantierte Organe sich als unbrauchbar erweisen. In Spanien waren dies 1188 von 4888 Organen im Jahre 2012, wonach also letztendlich 3700 Organe transplantiert, d.h., auch beim Empfänger implantiert wurden. Das sind durchschnittlich 2,6 Organe pro Spender (in USA 2,8). Werden einem Spender mehrere Organe entnommen (Multi-Organentnahme), so können diese durchaus an verschiedene Empfänger gehen.

Eurotransplant-Gruppe = 7 Länder insges. = obige 5 + Lx + Slo

Quellen: Eurotransplant, Spanien, USA.

K. Organspende-Ausweis und Patientenverfügung

KAO: 27.3.2013: „Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V. rät zum Widerspruch gegen Hirntoduntersuchung.“ K1

»Man sollte eine Hirntoduntersuchung in der Patientenverfügung ablehnen und einen Bevollmächtigten beauftragen, dieses auch durchzusetzen. Vorteile: „Die Patienten können nicht der Qual dieser Untersuchung ausgesetzt werden, die nicht mehr ihnen, sondern nur noch einer möglichen Organentnahme dient. Sie können zudem nicht zu einer juristischen Leiche erklärt werden, was bedeutet, dass die Krankenkasse dann von ihrer Leistungspflicht befreit wäre. Eine Weigerung von Angehörigen, nach der Feststellung des Hirntodes einer Organentnahme zuzustimmen, würde bedeuten, dass das Krankenhaus die Kosten von diesen einfordert – für die Behandlung einer "Leiche". Gerichtsprozesse zu derartigen Fällen hat es bereits gegeben. Schließlich können die Patienten, wenn es keine Aussicht auf Erholung gibt, im Kreise ihrer Angehörigen sterben, nachdem die Beatmung abgestellt worden ist. «

dt. Bundesärztekammer, 19.8.2013: „Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“ Sehr interessanter Text über Patienten-Verfügung, Betreuungs-Verfügung und Vorsorge-Vollmacht (PV, BV, VV). Die Ausführungen haben jedoch keinen Gesetzes-Rang, obwohl vielfach und zu Recht auf gesetzliche Bestimmungen Bezug genommen wird. K2

Die Bundesärztekammer empfiehlt wortreich, bei der Abfassung von PV, BV und VV einen Arzt / eine Ärztin zu Rate zu ziehen. Kompetenz und Vertrauenswürdigkeit des Arztes / der Ärztin werden von der Ärztekammer stillschweigend vorausgesetzt, sind aber m.E. JFH nicht immer und nicht ohne Weiteres gegeben. Woher kann man wissen, dass die ärztliche Beratung kenntnisreich, ausgewogen, wirklich auf die Bedürfnisse des Patienten bezogen, und ergebnis-offen ist? Und: Haben Ärzte und Ärztinnen bei dem heutigen Kostendruck überhaupt die Zeit, sich so ausführlich wie beschrieben mit jedem einzelnen Patienten zu befassen, da sie diesen Aufwand nicht mit der Kasse abrechnen können? –

Zu einem möglichen Widerspruch zwischen Patienten-Verfügung und Organspende-Ausweis:

dt. Bundesärztekammer, 19.8.2013: „Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung“. = Anlage zu K2 Patienten-Verfügung und Organspende-Ausweis können sich, scheinbar oder tatsächlich, widersprechen. In dem Arbeitspapier werden verschiedene mögliche Konflikt-Situationen diskutiert, die durchaus realistisch sind und heute eher als früher von den Ärzten ernst genommen werden. Hier als Beispiel der erste im Arbeitspapier besprochene Fall:

Der Patient liegt beatmet auf der Intensivstation und die Ärzte vermuten (!), dass der Hirntod bereits eingetreten ist, ohne dass dieser schon diagnostiziert wurde. Es stellt sich die Frage, ob es zulässig ist, die intensivmedizinischen Maßnahmen fortzuführen, um eine Hirntoddiagnostik und ggf. anschließend eine Organspende zu ermöglichen, anstatt die lebenserhaltenden Maßnahmen zu beenden, wie in der Patientenverfügung für die aktuelle Situation gefordert. Die Spendebereitschaft des Patienten ist in Form eines Organspendeausweises dokumentiert. Das Arbeitspapier formuliert: K3

»Rechtlich und ethisch ist der Wille des Patienten maßgeblich. Patientenverfügung und Organspende-Erklärung sind Mittel, den Patientenwillen festzustellen. Der Patient hat beide Erklärungen verfasst. Daher müssen beide bei der Feststellung des Patientenwillens berücksichtigt werden. Der in der Patientenverfügung ausgedrückte Wunsch nach Therapiebegrenzung ist mit der Bereitschaft zur Organspende und der dafür erforderlichen kurzzeitigen Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen vereinbar. ?? Die Feststellung des Hirntods stellt eine notwendige Voraussetzung für eine postmortale Organspende dar. Die Fortsetzung der intensivmedizinischen Maßnahmen zur Ermöglichung der Hirntodfeststellung und einer ggf. sich anschließenden Organspende ist zeitlich eng begrenzt. Aufgrund der Organspendeerklärung ist davon auszugehen, dass der Patient damit einverstanden ist. Dieses Vorgehen beachtet auch den in der Patientenverfügung ausgedrückten Willen, sterben zu dürfen, weil die intensivmedizinischen Maßnahmen nur für den Zeitraum fortgesetzt werden, der für die Realisierung der vom Patienten gewünschten Organspende erforderlich ist. « ... »Die Organspendeerklärung kann nicht durch die hypothetische Annahme entkräftet werden, dass sich der Patient über die Notwendigkeit der Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen nicht im Klaren gewesen sei. «

Dies ist die (zweckgerichtete?) Meinung der Bundesärztekammer. Ob sie vor Gericht standhält, steht dahin, da sie nicht durch Gesetze oder Gerichts-Urteile begründet ist. Der drei oben fettgedruckten Sätze sind zunächst einmal nur apodiktische Behauptungen der Bundesärztekammer.

dt. Bundesärztekammer, 19.8.2013: In **K3** wird weiterhin empfohlen, die nach Ansicht der Ärztekammer nicht existenten möglichen Konflikte zwischen Patienten-Verfügung und Vorsorge-Vollmacht **K3** durch Ergänzungen zu diesen Dokumenten auszuräumen: »Die Bevölkerung soll darüber aufgeklärt werden, dass es ratsam ist, den **Wunsch nach Therapiebegrenzung mit der Bereitschaft zur Organspende abzustimmen. Die Formulierungen in den Mustern für Patientenverfügungen und Organspendeausweise sind zu ergänzen und zu präzisieren.** « Entsprechende Textbausteine werden angeboten. Im Falle der Ablehnung einer Organspende erübrigt sich das aber. **K3a**

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert, et al.: »Grundsätzlich geht es darum, ob man Patienten mit infauster Prognose keine Heilungs-Aussichten; mit baldigem Tode ist zu rechnen mit Blick auf eine mögliche Organspende anders behandeln darf, als man es ohne diese Perspektive täte. « und: »Ein gravierendes Problem der spendezentrierten Lebensverlängerung liegt aber darin, dass sie in seltenen Fällen zur Ausbildung eines PVS = persistierender vegetativer Status, siehe **A90, A91, K3b**, führen kann, in dem der Patient erneut selbstständig atmen und schlucken kann, ohne sein Bewusstsein zurück zu erlangen. Diesen Zustand schwerster neurologischer Schädigung und vollständiger Pflegebedürftigkeit wollen gewiss etliche Patienten und Angehörige keinesfalls akzeptieren und ein entsprechendes Risiko nicht eingehen. Patienten, Betreuer und Bevollmächtigte müssten wissen, welche Risiken bestehen, um diese ablehnen oder ihnen begegnen zu können. « **K4**

dt. Bundesärztekammer, 19.8.2013: In der Anlage **K3** zu **K3** wird auch darauf aufmerksam gemacht, dass es zu Meinungs-Verschiedenheiten zwischen Betreuer und nächstem Angehörigen kommen kann, wenn diese nicht dieselbe Person sind: »Liegt keine Organspendeerklärung vor, ist der nächste Angehörige befugt, über die Organspende zu

entscheiden. Die Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen hat der Arzt mit dem Patientenvertreter zu besprechen und dessen Einwilligung einzuholen. Sind der Patientenvertreter und der nächste Angehörige verschiedene Personen, so kann dies zu Konflikten führen. Im Falle solcher Konflikte kann eine Ethikberatung hilfreich sein. Wird kein Konsens darüber erzielt, ob die intensivmedizinischen Maßnahmen dem Willen des Patienten entsprechen, ist letztlich das Betreuungsgericht zur Entscheidung berufen (§ 1904 BGB). Bis zur Entscheidung des Gerichts können diese intensivmedizinischen Maßnahmen fortgeführt werden. «

K5

Bundesministerin der Justiz, 2017, Broschüre „Patientenverfügung“

K6

Humanistischer Verband. Sehr gute Website und Newsletter zum Thema Patientenverfügung! Zurückliegende Newsletter!

K7, K7a

Joachim Felix Hornung: „Patienten-Verfügung: PV + BV + VV“

K8

Joachim Felix Hornung: „Organtransplantation“ + neg. Organspende-Ausweise in 3 Sprachen.

K8a

Der Tagespiegel, 3.6.2013: „Organspende trotz Therapiebegrenzung“

K9

L. Das Schicksal der Organ-Empfänger: La. Überlebens-Statistik

Angesichts der Tatsachen, dass die Organ-Empfänger auf den Tod erkrankt waren und eine sehr schwere Operation hinter sich haben, sind die Überlebenszahlen beachtlich gut:

Tabelle 3: Überlebende Transplantierte 2012 in Deutschland,

| Überlebensdaten für Organ-Empfänger 2012 in Deutschland | Summe 2012 | bei Hospit tal Entlas sg. | nach 1 Ja hr | nach 2 Jahre n | nach 3 Jahre n |
|---|---------------|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Organ | A) | B) | C) | D) | E) |
| Herz | 319 | 82 % | 80 % | 77 % | 73 % |
| Leber | 987 | 85 % | 77 % | 69 % | 68 % |
| Lunge | 340 | 91 % | 81 % | 65 % | 59 % |
| Niere F) ‚Lebend-Spende‘ | 759 | 99 % | 96 % | 94 % | 91 % |
| Niere: Spende von ‚Hirntoten‘ | 1633 | | | | |

A) Dies ist die Anzahl der Patienten, die 2012 transplantiert wurden. Es ist zu bedenken, dass die nach einem Jahr noch Lebenden C) bereits im Jahre 2011 transplantiert wurden, die nach 2 Jahren noch Lebenden D) bereits im Jahre 2010, die nach 3 Jahren noch Lebenden E) bereits im Jahre 2009; dass es sich also, waagerecht gelesen, um unterschiedliche Patientengruppen handelt.

B) Dies ist die Zahl der Patienten, die das Hospital, in welchem sie das ‚neue‘ Organ empfangen, lebend verlassen haben.

F) Bei den Überlebenszahlen der Nieren-Transplantation wurde bei AQUA nicht zwischen ‚Lebendspende‘ und Spende von Hirntoten unterschieden. –

Ein Versagen des Nieren-Transplantats kann ggf. durch eine weitere Transplantation oder durch eine erneute Dialyse aufgefangen werden, während bei Herz, Leber und Lunge allenfalls eine erneute Transplantation infrage kommt. Das Besondere bei der Nierentransplantation sind nicht nur die guten Überlebensraten, sondern auch der Umstand, dass nicht das Leben der Organ-Empfänger gerettet wird, sondern dass sie von der Dialyse befreit werden.

Die tatsächlichen Überlebenszahlen sind etwas schlechter als hier angegeben, da einige, aber wenige Patienten mit unbekanntem Schicksal aus der Statistik herausgefallen sind, sog. verlorene Fälle. Diese wurden von AQUA in einer worst-case-Analyse als verstorben gezählt, wonach sich etwas schlechtere Resultat ergaben. –

Die Niere übersteht von allen Organen die längste Ischämie-Zeit (die Zeit, in der sie nicht vom Herzen mit Blut versorgt wird) und ist daher das Organ, welches beim sog. ‚Herztod‘ hauptsächlich zur Transplantation kommt, siehe Thema F

Die Statistik von AQUA sagt nichts über die Lebensqualität der Organ-Empfänger: Lb und Lc

Die Daten wurden entnommen aus: AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 30.5.2013: „Überlebensstatistiken für Herz-, Leber-, Lungen-, Nieren- und Pankreas-Transplantationen 2012“ Grundlage: § 137a des Sozialgesetzbuches V zur "Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität" im deutschen Gesundheitswesen. Dieses Dokument ist in dieser Form im Internet nicht mehr verfügbar. Neuere Statistiken müssten erst noch in einfacher Form (wie oben) dargestellt werden. Sie finden sich unter: La

Das Schicksal der Organempfänger: Lb. Medizinische Folgen

Außer der vorangehend genannten Überlebens-Statistik gibt es wohl keine Statistiken über das körperliche und seelische Befinden der Organ-Empfänger. Wir sind daher auf Berichte über Einzelschicksale und auf die Zusammenfassungen entsprechender Erfahrungen angewiesen:

Wellendorf, Elisabeth: „Mit dem Herzen eines anderen leben – Die seelischen Folgen der Organtransplantation“. Kreuz-Verlag 1993. Die Autorin schildert u.a. die sehr schwere Zeit der Organempfänger kurz nach dem Erhalt eines ‚neuen‘ Herzens (oft zusammen mit eine ‚neuen‘ Lunge). Seiten 187 - 191: Auflistung der Probleme und Risiken, denen ein Organempfänger kurz nach der Implantation, aber auch ein Leben lang ausgesetzt ist. Lb1, siehe auch Lc2, Ld3

Risiken einer Organtransplantation, Onmedia: » Jede Transplantation fremder Organe löst im Körper des Empfängers spezielle Abwehrreaktionen aus, die dazu führen können, dass das Spenderorgan abstirbt. Man unterscheidet hier die **akute Abstoßungsreaktion**, die unterschiedlich stark ausgeprägt in der ersten Zeit nach der Transplantation auftritt, und die **chronische Abstoßung**, bei der das Transplantat nach und nach versagt. «

»Um die Funktionsfähigkeit des transplantierten Organs zu erhalten, müssen Ärzte die Abstoßungsreaktion des Körpers medikamentös unterdrücken. Hierfür stehen verschiedene Medikamente wie Ciclosporin zur Verfügung. Dieser Wirkstoff schwächt die Reaktionen des Immunsystems ab. Dadurch sind die Patienten aber auch anfälliger für Infektionen. Auch andere Nebenwirkungen können auftreten, zum Beispiel: ... « **Lb2**

Planet Wissen WDR / SWR / BR-alpha 2013: »Eine geglückte Herztransplantation ermöglicht es dem Patienten, dass er sich wieder bewegen und sogar Sport treiben kann. Lungentransplantierte können atmen, ohne nach Luft zu ringen. Eine neue Niere befreit von der Dialyse. Etwa neun von zehn Organempfängern überleben die Operation mindestens ein Jahr. Das klingt nach wenig Zeit, doch fast alle Betroffenen sind für die zusätzlich geschenkte Zeit dankbar. Dennoch dürfen die Risiken und Begleiterscheinungen eines derart schwerwiegenden Eingriffs nicht unterschätzt werden. Im schlimmsten Fall stößt der Körper das neue Organ sofort ab und zerstört es innerhalb weniger Stunden. « **Lb3**

»Auch wenn das nicht geschieht, sind die Betroffenen auf spezielle Medikamente angewiesen. Immunsuppressiva verhindern, dass körpereigene Zellen das fremde Gewebe angreifen. Die Nebenwirkungen reichen von Gewichtszunahme und Haarausfall über Magen-Darm-Problemen und Infekten bis hin zu Krebs. Viele Patienten können nach der Transplantation wieder ein einigermaßen normales Leben führen, andere bleiben in ihrer Leistungsfähigkeit dauerhaft eingeschränkt. «

Deutsches Ärzteblatt 2012: Hauttumoren nach Nierentransplantation

»Mehr als die Hälfte der Organempfänger entwickeln im Langzeitverlauf Hauttumoren, vor allem nicht-melanozytäre wie Basalzell- und Plattenepithelkarzinome (SCC). Das Risiko ist bis zu 65-mal höher als in der Normalbevölkerung. « **Lb5**

Das Schicksal der Organempfänger: Lc. Seelische Folgen

Anna Bergmann: „Tabuverletzungen und Schuldkonflikte in der Transplantationsmedizin“ **Lc1**
Schildert eindrucksvoll die Gewissenskonflikte der Organempfänger vor und nach der Transplantation, die Unmöglichkeit, besonders beim Pflegepersonal, den ‚hirntoten‘ Spender als tot zu erkennen, die lebenslänglichen medizinischen und psychischen Probleme der Organempfänger. Sehr lesenswert!

Wellendorf, Elisabeth: „Mit dem Herzen eines anderen leben – Die seelischen Folgen der Organtransplantation“. Kreuz-Verlag 1993. Die Autorin beschreibt u.a. ausführlich die großen Zweifel der Patienten vor der Transplantation: Die Schwierigkeiten, sich für oder gegen eine Transplantation zu entscheiden. Dann aber auch nach der Transplantation die Probleme, mit dem neuen Organ fertig zu werden. Z.B. sagt Susan (Seite 121): »Sie die Ärzte interessieren sich hauptsächlich für mein Herz und meine Lunge. Aber das sind ja gar nicht meine Organe. Das bin ich nicht. Mich gibt es nicht mehr.« Die Autorin schreibt (Seite 122): »Eines Tages erzählte sie Susan mir in panikartiger Angst von Entfremdungserscheinungen, die sie Innen und Außen, die Dinge und sich selbst, nicht mehr auseinanderhalten ließen. « Als Susan eines Tages in den Spiegel schaut, sieht sie sich selbst nicht mehr: Kein Abbild zeigt sich in dem Spiegel (Seite 125). Die Autorin (EW) schreibt von sich selbst (Seite 161): »Es liegt mir am

Herzen, das Sterben wirklich als Alternative zur Transplantation zu sehen. « Und (Seite 168):
»Bei einem Treffen der Transplantierten war ich erstaunt zu hören, dass eigentlich jeder von ihnen versteckte Todesphantasien hatte. «

Lc2, siehe auch

Lb1, Ld3

Der Theologe Nr.17: „Die verschwiegenen Leiden von Organspender und Organempfänger“, Lc3
Zahlreiche Beispiele von unglücklichen oder früh verstorbenen Organempfängern im Kapitel „Das seelische Leiden der Organempfänger“. Die WOT-Bewertung dieser Site ist m.E. inakzeptabel [JFH].

„**Schuldgefühle** von OrganempfängerInnen“ Aussagen von Fachleuten und von Betroffenen zu den Schuldgefühlen der Organ-Empfänger schon vor und auch nach der Transplantation, da ja für sie jemand sterben muss/musste. Lc4

aerzteblatt.de: „Die Psyche muss mitspielen.“ » ... Mit solchen Erlebnissen, Gefühlen und Herausforderungen werden viele Patienten allerdings nicht selten alleingelassen, denn der medizinische Betrieb konzentriert sich in der Regel fast ausschließlich auf den bevorstehenden Eingriff und befasst sich nur am Rande mit dem psychischen Zustand der Patienten. „Vor allem Patienten, die mit Stress nicht gut umgehen und ihre Emotionen nicht regulieren können, sind anfällig dafür, psychische Komplikationen zu entwickeln, wie zum Beispiel Angststörungen und Depressionen“, so Rainer. Kommen vor und während der Transplantation traumatisierende Ereignisse hinzu, entwickeln vulnerable Patienten manchmal auch posttraumatische Belastungsstörungen und Suizidabsichten. « Lc5

Ld. Übertragungen von Kenntnissen und Verhaltensweisen vom Spender auf den Empfänger

Eines der verblüffendsten Phänomene der Organtransplantation, welches eines tieferen Verständnisses harret. Die besten Beispiele findet man bei PEARSALL, SCHWARTZ und RUSSEK, Ld1 und autobiographisch bei CLAIRE SYLVIA Ld2. Der dummen Theorie vom Zellgedächtnis zur Erklärung der Übertragungen widerspreche ich (JFH) entschieden und setze ein tiefer greifendes Modell dagegen Ld4.

PEARSALL, P., SCHWARTZ, G., RUSSEK, L.: „Changes in Heart Transplant Recipients that Parallel the Personalities of their Donors“ Die Beispiele 1 und 2 findet man in Ld4 ins Deutsche übersetzt. Ld1

SYLVIA, CLAIRE: „A Change of Heart“, Little Brown 1997. Ld2

„Herzensfremd“ Hoffmann & Campe, 1998.

Ausführliche Besprechung in Ld4

Wellendorf, Elisabeth: „Mit dem Herzen eines anderen leben – Die seelischen Folgen der Organtransplantation“. Kreuz-Verlag 1993. Susan sagt nach 2 Jahren: »Ich habe mir die neuen Organe in diesen Jahren vertraut gemacht und auch den Spender. Er ist für mich gestorben, und ich fühle mich an ihn gebunden wie an einen Zwillingbruder. Er begleitet mich ständig. Ich lebe mit seinen Organen und für seine Organe. Wir sind einander verpflichtet. Manchmal habe ich das Gefühl, ich spüre ihn genau, als hörte ich ihn atmen. « Ld3

Joachim Felix Hornung: „Spirituelle Aspekte der Organtransplantation – Übertragung von Kenntnissen und Verhaltensweisen vom Organ-Spender auf den Organ-Empfänger“ Ld4

Das Weiße Pferd 2000: „Nehmt mir die fremde Hand wieder ab!“ Beispiele für Übertragungen **Ld5**
ZeitenSchrift Nr. 48, 2005: „Zwei Seelen wohnen, ach, in meiner Brust!“ **Ld6**

M. Videos

von/mit *SILVIA MATTHIES, REGINA BREUL, CICERO GALLI COIMBRA, ANNA BERGMANN, u.a.:*

- „Krass – Wie lebendig sind Hirntote bei der Organentnahme?“ **M1**
„Wioletta, eine Hirntodfehldiagnose?“ **M2**
„Nierenlebenspende – ist sie wirklich so harmlos?“ **M3**
„Tabu Hirntod und Organspende“ **M4**
„Organspende – Ein Mordsgeschäft“ **M5**
„Hirntot? Tot oder doch lebendig?“ Teile I + II **M6**
„Organentnahme statt lebenserhaltender Therapie?“ Teile I + II. **M7**
„Der tödliche Apnoetest“ Teile I + II: **M8**
„Anna Bergmann über ihr Buch ‚Herzloser Tod‘“ Video nicht mehr verfügbar.
Arte: „Organopoly -- Das Geschäft mit menschlichen Ersatzteilen“ **M9**

N. Kritische Artikel in Zeitungen und Zeitschriften

Unsere Zeitungen scheuen einen kritischen Umgang mit dem Thema Organtransplantation offenbar nicht.

- N2 Berliner Zeitung** 9.5.2012: „Der Student, der jüngst noch ‚hirntot‘ war“,
nach „Hirnstamm-Tod“: **1 Überlebender**
- N3 Katholische Nachrichten** 03 Sept. 2012: „19-Jährige CARINA war zur Organspende
vorgesehen, sie ist wieder aufgewacht“ **1 Überlebende** **SCHMERZ**
- N4 FAZ** 14.09.2010: „Ist die Organspende noch zu retten?“ (chaotischer Artikel) **SCHMERZ**
- N5 Nexus Magazin** 2013: „Was es wirklich bedeutet, Organe zu spenden“ **SCHMERZ**
- N6 Spiegel Online** 12.4.2007: „Organspende – Patient zu früh für tot erklärt“ **1 Überlebender**
- N7 Spiegel Online** 16.6.2008: „Schon Herzstillstand reicht Ärzten für Organentnahme“
nach ‚Herztod‘: **1 Überlebender**
- N8 Spiegel Online:** „Patient zu früh für tot erklärt“ **1 Überlebender**
- N9 Süddeutsche** 3. März 2012: „Hirntote reagieren möglicherweise auf Schmer **SCHMERZ**
- N10 tagesanzeiger.ch** 16.02.2013 „Warten, bis das Herz stillsteht (NHBD-Spenden) **SCHMERZ**
- N11 TAZ** 6.11.2010: „Neue Zweifel am Hirntod“ **SCHMERZ**
- N12 Focus** 10.7.2013: „Für tot erklärte Frau erwachte bei Organentnahme“ **1 Überlebende**

- N13 Berliner Morgenpost** 22.3.2012: „Wann sind Menschen tot genug für die Organspende?“
- N14 Die Welt** 6.12.2012: „Ärzte debattieren über Hirntoddiagnostik“
- N16 Berliner Zeitung** 1.9.2012: „Organversagen“ u.a. Bonuszahlungen für Transplantationen
- N17 Berliner Zeitung** 12.5.2012: „Der Hirntod - eine gefährliche Definition“
- N18 Das Weiße Pferd** Nr.22/2000: „Nehmt mir die fremde Hand wieder ab!“ Beispiele Übertragungen
- N19 Die Welt** 13.1.2013: „Trotz aller Skandale wird weiter für Organspenden geworben.“
- N20 Die Welt** 24.4.2013: „Die Frage nach dem eindeutigen Tod macht Angst“
- N21 Die Zeit** 20.10.2011: „Carine, 43, lässt sich töten“
- N21 Spiegel Online** 6.6.2012: „Neues Organspende-Gesetz – Was sich künftig ändert“
- N22 Spiegel Online:** „Organhandel in Indien – Eine Niere für 500 Euro“
- N23 Stern.de** 42/2008: „Gewebespende – Lukrativer Leichenhandel,
- N24 Süddeutsche** 9. Juli 2012: „Hirntote reagieren möglicherweise auf Schmerz.“
- N25 Süddeutsche.de** 29.12.2011: „Vorwürfe gegen Stiftung Organtransplantation“
»Man kam sich vor wie bei Scientology. «
- N26 Welt am Sonntag** 13.01.13: „Alles gegeben“ Angehörige, Hirntod, wirtschaftl. Interessen.
- N27 ZeitenSchrift** 4.01.2008: „Erstmals veränderte Blutgruppe nach Organspende festgestellt.“
- N28 ZeitenSchrift** Nr.74, 2013: „Organhandel – Kaufe Niere, zahle bar“

Anmerkung: Die Skandale um die Vergabe der verfügbaren Organe in den letzten 2 Jahren in Deutschland sind *nicht* Thema dieses Aufsatzes, da sie zwar Beispiele der allgegenwärtigen Korruption sind, aber nicht grundsätzlich gegen die Organtransplantation sprechen. Die Skandale fanden ein breites Echo in den Medien und führten zu einem deutlichen Absinken der Spendebereitschaft. Daraufhin wird jetzt die Werbung für die Organspende enorm intensiviert, und durch ein neues Gesetz **H11** müssen alle Bundesbürger/innen regelmäßig von ihren Krankenkassen gefragt werden, ob sie ihre Organe spenden wollen.

Organhandel und Organ-Raub in fremden Ländern waren auch nicht unser Gegenstand. –

Um uns auf das gewählte Thema zu konzentrieren, welches schon umfangreich genug ist, haben wir uns auch nicht näher mit der nicht unwichtigen Lebend-Spende befasst. –

P. Kritische Bücher aus der Zeit der Verabschiedung des dt. Transplantationsgesetzes, ca. 1997

Baureithel, Ulrike und Bergmann, Anna: Herzloser Tod – Das Dilemma der Organspende. Klett-Cotta, Stuttgart 1999. Ausgezeichnet als Wissenschaftsbuch des Jahres 2000.

Bavastro, P. (Hrsg.): Organspende – Der umkämpfte Tod. Urachhaus 1995

Bavastro, P., Betz, G., Paolini, N., Streit, W.: Organtransplantation – Fakten und Fragen – Gesichtspunkte aus der Anthroposophie. Verein für anthroposophisches Heilwesen, Bad Liebenzell 1995

- Fuchs, Richard: Tod bei Bedarf. Ullstein 1996
- Fuchs, Richard und Schachtschneider, Karl A.: Spenden was uns nicht gehört – Das Transplantationsgesetz und die Verfassungsklage. Rotbuch 1999
- Fuchs, Richard: Das Geschäft mit dem Tod – Plädoyer für ein Sterben in Würde. Patmos, Düsseldorf, 2001
- Greinert, Renate und G. Wuttke: Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, Lamuv 1993
- Gutjahr, Ilse und Jung, Mathias (Hrsg.): Sterben auf Bestellung – Fakten zur Organentnahme. emu-Verlag, Lahnstein 1997
- Hoff, J. und J. in der Schmitt: Wann ist der Mensch tot? Rowohlt 1994
- Lermann, G. (Hrsg.): Ungeteilt sterben. Lermann-Verlag 1995
- Manzei, Alexandra: Hirntod, Herztod, ganz tot? Mabuse 1997
- Meyer, Gabriele: Der andere Tod – Die Kontroverse um den Hirntod. Mabuse-Verlag 1998
- Schlich, Thomas: Transplantation – Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung. C.H. Beck 1998
- Schlich, Thomas und Claudia Wiesemann (Hrsg.): Hirntod – Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung. Suhrkamp 2001
- Spirgatis, Martina: Leben im Fadenkreuz. Konkret-Verlag 1997
- Stapenhorst, Kurd: Unliebsame Betrachtungen zur Transplantationsmedizin. Vandenhoeck 1999
- Vollmann, Jochen: Ethische Probleme des Hirntods in der Transplantationsmedizin. Gustav Fischer 1998
- Wellendorf, Elisabeth: Mit dem Herzen eines anderen leben – Die seelischen Folgen der Organtransplantation. Kreuz-Verlag 1993

Ende der Literaturzitate zu „Sehr kritische Bemerkungen zur Organtransplantation“

11.12.2017

Q. Nachwort

Es war uns ein Anliegen, nicht in erster Linie meine eigene Meinung zu verbreiten, sondern vertrauenswürdige Persönlichkeiten zu Worte kommen zu lassen. Allerdings sollten dies kritische Stimmen sein, denn Positiv-Werbung bekommen wir genug. Dabei legen wir Wert auf korrektes Zitieren mit genauer Quellen-Angabe.

Fast alle Quellen, mit Ausnahme der Bücher von Prof. Rest [Bb0](#) Dr. Michael de Ridder [A90](#) und von Elisabeth Wellendorf [Lc2](#), sind im Internet frei zugänglich und werden mit den entsprechenden Internet-Adressen zitiert. Das hat allerdings die Schwierigkeit, dass sich Inhalte und ihre Adressen ändern können. Wir werden daher von Zeit zu Zeit die Quellen überprüfen, wir bitten aber auch unsere geneigten Leserinnen und Leser, uns allfällige Änderungen bekanntzugeben. Da wir fast alle Quellen abgespeichert haben, können wir gerne nicht mehr auffindbare Dokumente zur Verfügung stellen: joachimhornung(...)gmx(...)de

Um dem ganzen eine solide Basis zu geben, haben wir in den Kapiteln **D, F, H, J, K** einschlägige Gesetze und Richtlinien aufgeführt, z.B. zur Definition und Feststellung des Hirntodes. In den Kapiteln **Ia** und **La** finden sich auch statistische Angaben über Anzahlen von Organspendern und Überlebenszeiten von Organempfängern. Im Kapitel **Ha** kann man sich über die Bedeutung des EEG (EEG-Null-Linie, flat-line) belesen. In **C** und **D** geht es zum Apnoe-Test zur Sache. All dies und manches mehr soll den Leserinnen und Lesern die Möglichkeit geben, sich, so weit gewünscht, tiefer in das Thema einzuarbeiten. Denn oberflächliches Halb- oder Falsch-Wissen ist nicht gerade das, was einem so wichtigen Gegenstand gut tut.

Leider bekommen wir von den Transplantations-Medizinern keine kritischen Berichte. Nur sehr wenige in der Sache ganz persönlich Erfahrene, also Menschen, die bei der Pflege von potentiellen Organspendern im Koma, bei der Explantation von Organen, bei der Ausräumung der verbrauchten Organe beim Empfänger, bei der Implantation der ‚neuen‘ Organe, und bei der Nachsorge für die Organempfänger selbst dabei waren, äußern sich öffentlich kritisch über das Erlebte.

Zu diesen wenigen gehören

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Christiaan Barnard | A0, |
| Dr. Anna Bergmann | A10, Lc1, M, |
| Dr. David Evans | A12, A12n, |
| Dr. David Hill | A13, A14, |
| Prof. Alexandra Manzei | B1, B2, B2a, |
| Anja Lubitzsch und Heike Schwelm | B7, |
| Roberto Rotondo | GS, |
| Elisabeth Wellendorf | Lb1, Lc2, Ld3, |
| Andrea von Wilmowsky | A18 |

und sicher noch manche andere. Diesen gelte unser ganz besonderer Dank für ihren Mut, gegen den Strom zu schwimmen!

Weiterhin sind als sachkundig zu nennen herausragenden Ethik-ForscherInnen, die sich beruflich mit dem Thema befasst haben, wie u.a.:

| | |
|------------------------------|----------------------|
| Prof. Bettina Schöne-Seifert | A2, E7, K4, |
| Prof. Franco Rest | B0, |
| Prof. Alexandra Manzei, | B1, B2, B2a, |
| Sabine Müller | B14, B15, B16 |

Schließlich seien die besonderen Verdienste von SILVIA MATTHIES A11 hervorgehoben, die seit vielen Jahren mit eindrucksvollen Video-Dokumentationen ein breites Publikum erreicht.

So, jetzt müssen wir uns bei all denen entschuldigen, die, obwohl hierher gehörend, nicht aufgeführt sind. Es soll aber betont werden, dass alle zusammen doch wenige Mutige sind, die die einschlägigen Erfahrungen selbst gemacht haben oder sich von Berufs wegen mit dem Thema auseinandersetzen, sich kritisch, ja konsequent kritisch äußern und dabei Karriere und Reputation aufs Spiel setzen.

Die meisten Fachleute sind ganz still und verhalten sich system-konform. Wir Laien müssen uns einmischen! Wenn wir uns auf die Fachleute verlassen; dann sind wir verlassen. Durch das Engagement von Laien sind viele der zitierten Artikel und ganze Webseiten entstanden. Manchmal muss man auch daran erinnern, dass wir eine Demokratie haben und keine Expertokratie. Manchmal muss man auch daran erinnern, dass wir in Deutschland und in anderen europäischen Ländern ein nicht vollständiges, aber ein hohes Maß an demokratischen Freiheiten haben, welche in den meisten Ländern dieser Welt nicht gegeben sind.

Berlin, Montag, 11. Dezember 2017 JFH

Anmerkung: Wir setzen ‚Hirntod‘, ‚hirntot‘, ‚Herztod‘ und ‚Organspender‘ in Anführungszeichen, da diese Worte ansonsten missverständlich sind und eine falsche Bedeutung transportieren. Die Formulierung auf den Organspende-Ausweisen: „Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, ...“ ist nach dem Gesagten eine dreiste und bewusste Irreführung. Auch ist es sehr bedauerlich, dass die Organspende von ‚Hirntoten‘ in der Fachliteratur heutzutage durchgängig „Postmortale Spende“ genannt wird (im Gegensatz zur Lebend-Spende).

– Diesbezüglich können wir hier noch einmal den großen Weisen zu Worte kommen lassen:

Konfuzius (551 - 479 v. Chr.)

A100

»Wenn die Sprache nicht stimmt, so ist das, was gesagt wird, nicht das, was gemeint ist.
Ist das, was gesagt wird, nicht das was gemeint ist, so kommen die Werke nicht zustande.
Kommen die Werke nicht zustande, so gedeihen Moral und Kunst nicht.
Gedeihen Moral und Kunst nicht, so trifft das Recht nicht.
Trifft das Recht nicht, so weiß die Nation nicht, wohin Hand und Fuß setzen.
Also dulde man keine Willkür in den Worten, –
Das ist es, worauf es ankommt. «

Anmerkung: Wer alles setzt sich so massiv für die Organspende ein?

- die WHO, ganz stark! Die WHO will das spanische Modell, siehe [Jc](#) zum Weltstandard erheben!
- der dt. Bundestag = Gesetzgeber,
- die Bundesregierung; die betreffenden Ministerien, der Ethik-Rat der Bundesregierung [H12](#)
- das Bundesverfassungsgericht und alle nachfolgenden Gerichte,
- die Ärzteschaft, allen voran die Bundesärztekammer,
- fast alle politischen Parteien des dt. Bundestages; nur die Linken sind skeptisch: [B107](#), [B108](#)
- die Kirchen: Die deutsche Bischofskonferenz und die Evangelische Kirche in Deutschland schon 1990 (mit Ausnahme einiger weniger Theologen),
- die DSO = Deutsche Stiftung Organtransplantation, welche das gesamte Transplantationsgeschehen in Deutschland plant und koordiniert [H7](#)

- die Krankenkassen (trotz der enormen Kosten!) (Mit Ausnahme der Nieren-Transplantation, da hier die Kosten für langjährige Dialyse erspart bleiben). die Krankenkassen sind durch das dt. Transplantationsgesetz verpflichtet, bei ihren Versicherten massiv Werbung *pro* Organspende zu machen.
- die Krankenhausträger wegen der sehr guten Bezahlung durch die Krankenkassen,
- die Spanier: Kapitel **Jc**, insbesondere **Jc1, Jc3, Jc4**

Es geht dabei nicht nur ums Geld! Prof. Dr. Dr. JOCHEN VOLLMANN (Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum) nennt in seinem Beitrag „Tote Helden“ folgende Motive der Transplantationschirurgen: **A101**

»Sehr gute Ausstattung der Transplantationszentren, hohes Ansehen der Ärzte in diesem Elitebereich der modernen Medizin, Macht und Karriere-Möglichkeiten, Geschichte durch Heldenmythen und Grenzüberschreitungen geprägt (erste Herztransplantation durch Christiaan Barnard 1967), ökonomisch sehr attraktiv und erfolgreich, als Prototyp der Hightech-Medizin über Jahrzehnte hinweg bevorzugt, großes Ansehen und öffentliche Bewunderung, ethisch brisante Anreiz-Strukturen. «

Ende des Textes „Sehr kritische Bemerkungen zur Organtransplantation“

11.12.2017

Joachim Felix Hornung www.mutual-mente.com joachimhornung(...)gmx(...)de

Disclaimer: Für die Inhalte der externen Links übernehme ich keine Verantwortung. JFH

Dieser Text ersetzt keinen ärztlichen oder juristischen Rat. JFH

Es folgt das Inhaltsverzeichnis.

Inhalt der Langfassung von „Sehr kritische Bemerkungen zur Organtransplantation“

Einführung und Motivation

Hirntote sind Lebende, sie sind nicht tot.

A. Ein paar Zitate am Anfang

B. ‚Hirntod‘ = tot?

Ba. Tabelle 1: Überlebende nach ‚Hirntod‘-Diagnose

Bb. Literatur-Zitate zum Thema: ‚Hirntod‘ = tot?

Bc. ‚Hirntote‘ Schwangere. Englisch: „pregnant brain-dead women“

Bd. Zur Behandlung von (Wach-) Koma-Patienten

Be. Aus der Politik

C. Kritisches zum Apnoe-Test

D. Rechtliches zum Apnoe-Test

E. Aufweichung der geltenden Regeln zur Feststellung des (‚Hirn‘-)Todes

F. ‚Herztod‘

G. Webseiten

H. Gesetze und Richtlinien

Ha. Definition und Feststellung des ‚Hirntodes‘

Hb. Zustimmung und Widerspruch zur Organentnahme, ‚Entscheidungslösung‘

J. Deutsche im Ausland

Ja. Alle Länder

Jb. Großbritannien

Jc. Spanien

Jd. Tabelle 2: Anzahl Organspender nach Ländern

K. Organspende-Ausweis & Patientenverfügung

L. Das Schicksal der Organ-Empfänger

La. Tabelle 3: Überlebens-Statistik

Lb. Medizinische Folgen

Lc. Seelische Folgen

Ld. Übertragungen von Kenntnissen und Verhaltensweisen vom Spender auf den Empfänger

M. Videos

N. Kritische Artikel in Zeitungen und Zeitschriften

P. Kritische Bücher aus der Zeit der Verabschiedung des dt. Transplantationsgesetzes ca.1997

Q. Nachwort und Anmerkungen
