

DEUTSCHES

ERWACHSENEN - BILDUNGSWERK e. V. (DEB)

MICHAEL - HENKEL - STR. 4 - 6

36043 FULDA

WEITERBILDUNGSLEHRGANG: PFLEGEDIENSTLEITUNG

04. Oktober 1994 - 30. September 1996

Facharbeit:

TRANSPLANTATIONSMEDIZIN -

FLUCH ODER SEGEN FÜR DIE MENSCHHEIT?

CHANCEN UND RISIKEN EINER UMSTRITTENEN

MEDIZIN - TECHNOLOGIE

EINE BESTANDSAUFNAHME AUS ETHISCHER SICHT

Verfasser: KLAUS KRENBERGER

Betreuender Dozent: HEINRICH E. WEPLER (ev. Pfarrer)

Datum: Februar / März 1996

Die Geschichte des alten Wolfs.

Wäre ich nicht so alt! knirschte der Wolf.
Aber ich muss mich leider in die Zeit
schicken. Und so kam er zu dem fünften
Schäfer.

Kennst du mich, Schäfer? fragte der Wolf.
Deines gleichen wenigstens kenne ich,
versetzte der Schäfer.

„Meines gleichen? Daran zweifle ich sehr.
Ich bin ein so sonderbarer Wolf, daß ich
deiner und aller Schäfer Freundschaft
wohl werth bin.“

Und wie sonderbar bist du denn?

„Ich könnte kein lebendiges Schaf würgen
und fressen, und wenn es mir das Leben
kosten sollte. Ich nähre mich bloß mit
todten Schafen. Ist das nicht löblich?
Erlaube mir also immer, daß ich mich dann
und wann bei deiner Heerde einfinden und
nachfragen darf, ob dir nicht - ”

Spare der Worte, sagte der Schäfer. Du
müßtest gar keine Schafe fressen, auch
nicht einmal todte, wenn ich dein Feind
nicht seyn sollte. Ein Thier, das mir
schon todte Schafe frißt, lernt leicht
aus Hunger kranke Schafe für todte, und
gesunde für krank ansehen. Mache auf
meine Freundschaft also keine Rechnung
und geh!

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|----|---|----------|
| 1. | VORWORT | 4 |
| 2. | EINLEITUNG: Zur Geschichte der Transplantationsmedizin | 5 5 |
| 3. | HAUPTTEIL: | 6 |
| | ➤ Das Hirntod - Konzept: | 6 |
| | a) Zur Geschichte des Hirntod - Kriteriums | 6 |
| | b) Befürwortung des Hirntod - Konzepts | 8 |
| | c) Zur Kritik an der Hirntod - Konzeption | 9 |
| | ➤ Die andere Seite der Transplantationsmedizin: | 16 |
| | a) Die Betreuung hirntoter Patienten aus der Sicht des Pflegepersonals | 16 |
| | b) Über die Empfindungen von Mitarbeitern auf Intensivstationen und im OP - Bereich | 17 |
| | ➤ Die Organempfänger: | 25 |
| | a) Medizinische Aspekte | 25 |
| | b) Psychologische Aspekte | 25 |
| | ➤ Juristische Aspekte der Transplantationsmedizin | 29 |
| | ➤ Organhandel - Das Geschäft mit dem Ersatzteillager Mensch - Die Vermarktung des menschlichen Körpers | 37 37 |
| | ➤ Zur Kritik an der Position der beiden großen Kirchen in Deutschland zum Thema Organtransplantation | 42 |
| 4. | SCHLUSS: Plädoyer für eine humane Transplantationsmedizin | 44 44 |
| 5. | ANMERKUNGEN | 48 |
| 6. | LITERATURVERZEICHNIS | 50 |

1. VORWORT

Im Rahmen meiner Weiterbildung zur Pflegedienstleitung beim Deutschen Erwachsenen - Bildungswerk in Fulda besteht eine Aufgabe darin, eine Jahres- bzw. Diplomarbeit zu erstellen.

Ich habe das Thema „Transplantationsmedizin“ gewählt, wobei ich den Schwerpunkt auf die ethischen Aspekte legen will.

Ich bin selbst in meiner Tätigkeit als Krankenpfleger im Bereich der Intensivmedizin tätig und betreue z.T. sowohl transplantierte Patienten als auch sog. hirntote Patienten, die zur Organentnahme freigegeben sind.

Ich weiß also aus eigener Erfahrung, wie schwierig in diesem Grenzbereich der Medizin der Umgang mit diesen Patienten ist und welchen psychischen bzw. emotionalen Belastungen das Pflegepersonal ausgesetzt ist.

Ich möchte mit dieser Arbeit sensibilisieren für die Problematiken, die mit der Transplantationsmedizin in Zusammenhang stehen.

Auf der einen Seite hat die Transplantationsmedizin zweifellos sehr große Erfolge aufzuweisen und hat vielen Menschen ein Überleben erst ermöglicht und wird dies auch weiterhin tun, andererseits sollte aber auch die Frage nach den Grenzen und Gefahren dieser Medizintechnik erlaubt sein. Wie weit darf Medizin gehen? Darf die Medizin alles, was sie kann?

Die Beantwortung dieser Fragen sollte nicht allein den Transplantationschirurgen überlassen werden, sondern es sollten auch ethisch - humanistische und religiöse Aspekte Berücksichtigung finden.

Ich möchte mit dieser Arbeit den Leser dazu anregen, sich kritisch mit der Transplantationsmedizin auseinanderzusetzen.

Vor allem spreche ich dabei das betroffene Personal in den Bereichen der Intensivmedizin, der Anästhesie sowie des Operationsdienstes an, die diesen Zweig der Medizin täglich hautnah miterleben.

2. EINLEITUNG

Zur Geschichte der Transplantationsmedizin

Seit jeher waren die Menschen fasziniert von der Idee, Teile des menschlichen Körpers - Glieder, Knochen oder Gewebe - zu verpflanzen.

Der Wunsch, das Leben des Menschen zu verlängern, seine Krankheiten zu heilen und ihm eine bessere Lebensqualität zu geben, ist so alt wie die Menschheit selbst. Doch erst in der Mitte des letzten Jahrhunderts gelang es den Ärzten, Hautteile zu übertragen. Ihnen glückte auch ein plastischer Nasenersatz.

Der Weg bis zur Organübertragung sollte allerdings noch lange und mühsam werden. Erst am Vorweihnachtsabend 1954 begann das Zeitalter der Organübertragung wirklich. Damals wurde am Peter-Brent-Brigham-Hospital in Boston die Operation durchgeführt, die allgemein als die erste erfolgreiche Transplantation einer Niere gilt. Der Patient erhielt eine Niere von seinem eineiigen Zwillingenbruder und überlebte acht Jahre, ehe er an einer Herzattacke starb.

Die Wissenschaftler arbeiteten nun wie besessen an der Entwicklung der Organübertragung weiter. Die größte Schwierigkeit bestand darin, dass das transplantierte Organ immer wieder abgestoßen wurde. Es mussten Medikamente gefunden werden, um diese Abstoßungsreaktionen zu überwinden.

Ende der 50er Jahre kam es zur ersten Knochenmarktransplantation. Die erste Lebertransplantation fand 1963 statt, und 1967 erfolgte die erste Herztransplantation.

In den 80er Jahren schließlich wurden Organtransplantationen zur Routineangelegenheit. Dank besserer Operationstechniken, einer besseren Kenntnis des menschlichen Immunsystems und der Entwicklung wirksamer Medikamente, die die Abstoßungsreaktion vermindern, erhöhten sich die Überlebenschancen nach einer Verpflanzung dramatisch. Ein exponentielles Wachstum der Operationszahlen war die Folge: seit 1982 hat sich die Zahl der jährlich übertragenen Herzen verzwanzigfacht, die der Lebern vervierzigfacht und die der Nieren verdoppelt. (1)

3. HAUPTTEIL

➤ Das Hirntod - Konzept

a) Zur Geschichte des Hirntod - Kriteriums

Ist der Mensch tot, wenn seine Hirnfunktionen erloschen sind? Jahrtausendlang wurde ein Mensch frühestens dann für tot erklärt, wenn er kalt und steif, eben „leiblos“ war. Einen Menschen, dem das Blut noch warm durch die Adern rinnt, für tot zu erachten, blieb unserem fortschrittlichen Zeitalter vorbehalten. Bis nach dem Zweiten Weltkrieg hatte noch niemand einen „Hirntoten“ gesehen. Die künstliche Beatmung war noch nicht erfunden, ebenso wenig die Herzmassage.

Im Jahre 1959, die künstliche Beatmung wurde bereits seit einiger Zeit praktiziert, beschrieben die französischen Ärzte Mollaret und Goulon einen neuen medizinischen Zustand. Sie hatten Patienten beobachtet, deren Gehirn nach einem längeren Atemstillstand durch Sauerstoffmangel irreversibel zerstört war, während ihr Organismus durch künstliche Beatmung am Leben erhalten werden konnte. Diesen Zustand bezeichneten Mollaret und Goulon als „Coma dépassé“, also „jenseits des Komas“ oder „endgültiges Koma“.

Mit der Verbreitung der cardio-pulmonalen Reanimation nach Einführung der externen Herzmassage im Jahre 1960 stieg die Zahl der Patienten an, die nach einem vorübergehendem Kreislauf- und Herzstillstand mit irreversibel zerstörtem Gehirn - also im Coma dépassé - weiterlebten. Die Begegnung mit irreversibel komatösen Patienten gehört seither zum intensivmedizinischen Alltag.

Nach dem damals noch gültigen Todesverständnis galten diese Patienten aber nicht etwa als tot. Für tot erklärt wurde ein Mensch erst dann, wenn mit dem Stillstand von Kreislauf und Atmung alle seine vitalen Funktionen für immer erloschen waren.

Die Verfahren der Todesfeststellung, auf die sich Ärzte 1951 noch hatten verlassen können, mussten zwangsläufig nach Einführung der Herz - Lungen - Wiederbelebung als unzulänglich empfunden werden. Seit ein kurzer Stillstand von Herzschlag und Atmung

grundsätzlich wieder rückgängig gemacht werden konnte, war seine einmalige Feststellung nicht mehr ausreichend für die Diagnose eines „völligen“ (im Sinne von irreversiblen) Ausfalls der vitalen Lebensfunktionen.

So entschloss man sich zur Abkehr von dem damals gültigen, an dem völligen Zusammenbruch der Lebensfunktionen orientierten Todesverständnis, mit der Folge, dass Patienten im irreversiblen Koma schon vor Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen für tot erklärt wurden.

Der entscheidende Schritt zur Etablierung des „Hirntod“ - Konzepts wurde in dem Augenblick vollzogen, als man das Coma dépassé als Kriterium der „Für - tot - Erklärung“ eines Menschen zu werten begann. Die Forderung und Einführung eines derartigen „Hirntodkriteriums“ wurde erstmals in einem Papier aus dem Jahre 1968 wirksam erhoben. Bei den Autoren handelte es sich um eine Adhoc - Kommission aus Theologen, Juristen und Medizinern der Harvard Medical School, die zum Zweck der Erarbeitung eines neuen Todeskriteriums formiert worden war.

Der erste Satz nennt als Ziel des Artikels die Etablierung des Hirntodes als Todeskriterium. Nach Ansicht der Harvard - Kommission wird das irreversible Koma von allen Beteiligten - den irreversibel Komatösen eingeschlossen - als eine schwere Belastung empfunden. Zugleich bedeutete die Am - Leben - Erhaltung dieser Patienten eine Inanspruchnahme knapper Ressourcen, der man ratlos gegenüberstand. Denn die Ärzteschaft schreckte damals davor zurück, die künstliche Beatmung eines irreversibel komatösen Patienten abzustellen, da sie der Meinung war, den durch den Beatmungsabbruch mittelbar eintretenden Tod im Sinne einer „aktiven Tötung“ verantworten zu müssen.

Als zweiten Grund für den Bedarf an einer neuen Todesdefinition wurde damals die Notwendigkeit der Beschaffung von Organen zu Transplantationszwecken angegeben. Das geltende Todeskriterium sei obsolet, weil es den Fortschritt der Transplantationsmedizin behindere.

Der Vorschlag der Harvard - Kommission war ein voller Erfolg. Er setzte sich in den USA schnell durch und wurde innerhalb weniger Jahre von den medizinischen Standesorganisationen der meisten Industrienationen übernommen, so auch in der BRD.

Die Bundesärztekammer formulierte 1982:“... Die Feststellung des Hirntodes bedeutet damit die Feststellung des Todes des Menschen.“ (2)

b) Befürwortung des Hirntod – Konzepts

„Hirntod“ besagt: Das gesamte Gehirn ist trotz einer Intensivbehandlung einschließlich maschineller Beatmung abgestorben. Dieses Ereignis bedeutet für den betroffenen Menschen ein sicheres Todeszeichen: Er hat mit dem vollständigen und endgültigen Verlust seiner gesamten Hirntätigkeit zugleich aufgehört, biologisch ein selbständiges, selbsttätiges und aus eigenen inneren Gründen selbstbestimmendes Lebewesen, anthropologisch eine leiblich – seelische Einheit, zu sein. (3)

Alle Lebensmerkmale, die ein höheres Lebewesen kennzeichnen, entstehen durch die Tätigkeit seines Gehirns. Es bewirkt bei den entsprechend entwickelten Lebewesen, also nicht allein beim Menschen:

- Das gesamte angeborene und erlernte, von inneren Antrieben ausgelöste und von außen veranlasste Verhalten mit zielgerichteten Handlungen,
- die Fähigkeit zur Anpassung des Verhaltens an wechselnde Umweltbedingungen,
- die Steuerung und die Abstimmung der Tätigkeiten einzelner Körperteile und ihrer Wechselbeziehungen.

Beim Menschen ist das Gehirn zudem die notwendige und unersetzliche körperliche Grundlage für das stofflich nicht fassbare Geistige. Wie auch immer der menschliche Geist, die menschliche Seele und die menschliche Person verstanden werden: Ein Mensch, dessen Gehirn abgestorben ist, kann nichts mehr aus seinem

Inneren und aus seiner Umgebung empfinden, wahrnehmen, beobachten und beantworten, nichts mehr denken, nichts mehr entscheiden. Mit dem völligen und endgültigen Ausfall der Tätigkeit seines Gehirns hat der betroffene Mensch aufgehört, ein Lebewesen in körperlich – geistiger oder in leiblich – seelischer Einheit zu sein. Deshalb ist ein Mensch tot, dessen Gehirn völlig und endgültig ausgefallen ist. (4)

c) Zur Kritik an der „Hirntod“ – Konzeption

Dem Papier der Harvard – Kommission aus dem Jahre 1968 (s.o.) kommt besondere Bedeutung zu, weil hier die Forderung nach Einführung des „Hirntod“ – Kriteriums erstmals offiziell zum Ausdruck gebracht wurde und man damit international Erfolg hatte.

Dieser Erfolg ist umso bemerkenswerter, als die Forderung der Harvard – Kommission durch keine inhaltliche Begründung gestützt wurde. Es werden lediglich die zwei Gründe für den Bedarf an einer neuen Definition des Todes genannt, die ich bereits weiter oben ausgeführt habe (siehe dort).

Wer aber eine Begründung erwartet, warum die Zerstörung des Gehirns als Kriterium für den Tod des Menschen geeignet sein soll, wird enttäuscht.

Die Veröffentlichung des Harvard – Komitees ist als Versuch zu werten, ethischen Konflikten durch die pragmatische Umbenennung von Sachverhalten aus dem Wege zu gehen.

Der medizinische Fortschritt in Gestalt der Wiederbelebung und künstlichen Beatmung hatte begonnen, Opfer zu fordern: Opfer, die weiterlebten, nachdem ihr Gehirn durch Sauerstoffmangel irreversibel geschädigt worden war, und die erhebliche Ressourcen in Anspruch zu nehmen drohten. Die Frage lautete: Ist es ethisch zu rechtfertigen, dass der Arzt auf dem Boden einer unbestreitbar aussichtslosen (infausten) Prognose die künstliche Beatmung abbricht mit der unmittelbaren Folge, dass der Patient stirbt? Die äußerliche Ähnlichkeit eines solchen Behandlungsabbruchs mit

einer Tötung ließ die Gesellschaft davor zurückschrecken, die Verantwortung für diese ethische Entscheidung zu übernehmen. Sie scheute den Konflikt, scheute sich auch, den Konflikt für alle sichtbar bleiben zu lassen. Die Opfer des medizinischen Fortschritts waren aber nicht nur eine Bedrohung, sie führte auch in Versuchung: ihre Prognose war aussichtslos, ihre Fähigkeit, Bewusstseinszustände zu bekunden, für immer dahin, ihre Organe bis auf das Gehirn dagegen lebensfrisch – und daneben stand eine Transplantationsmedizin mit atemberaubenden Möglichkeiten, deren Etablierung und Weiterentwicklung durch nichts weiter gehindert wurde als durch einen Mangel an lebensfrischen Organen. Der daraus entstehende ethische Konflikt hätte einer ethischen Entscheidung bedurft: den Schritt zu verantworten, im Dienste der Transplantationsmedizin und der durch sie profitierenden Patienten die Ausschlichtung und aktive Tötung der ins irreversible Koma gefallenen und dem baldigen Tod unrettbar preisgegebenen Menschen in Kauf zunehmen.

Beide Entscheidungskonflikte wurden 1968 durch eine Manipulation des Sprachgebrauchs zum Verschwinden gebracht. Aus dem gefürchteten Behandlungsabbruch mit unmittelbarer Todesfolge, aus der Ausschlichtung bei lebendem Leib (Vivisektion) und Tötung durch Organentnahme wurde über Nacht ein durch Güterabwägung „gerechtfertigter“ Umgang mit Leichen.

Die Akzeptanz der „Hirntod“ – Konzeption auf einer derart pragmatischen Grundlage öffnet Tür und Tor für Forderungen, auch gegenwärtige und zukünftige ethische Konflikte durch eine opportunistische Neudefinition der Begriffe zu maskieren. Man denke etwa an die Forderung, apallische Patienten und anenzephal, also ohne Großhirn geborene Kinder für tot zu erklären, um sich guten Gewissens ihrer vitalen Organe bemächtigen zu können, die längst nicht mehr nur in den USA, sondern auch in Deutschland von namhaften Ethikern erhoben wird. (5)

Dass sich der „Hirntote“ in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit befindet, steht außer Zweifel. Aber wissen wir wirklich, dass ein

Mensch im so genannten Zustand tiefer Bewusstlosigkeit überhaupt nichts mehr empfindet? (6)

„Wer kann wissen“ – so der 1993 verstorbene Philosoph Hans Jonas über den Zustand eines „Hirntoten“ – „wenn jetzt das Seziermesser zu schneiden beginnt, ob nicht ein Schock, ein letztes Trauma einem nichtzerebralen, diffus ausgebreiteten Empfinden zugefügt wird, das noch leidensfähig ist?“ (7)

Die Fragwürdigkeit von Organtransplantationen betrifft weniger die Menschen, deren Lebensrettung oder Lebensqualitätsverbesserung durch die Implantation von Organen eines anderen Menschen bewirkt werden sollen, als vielmehr die Menschen, von denen die Organe entnommen werden. Denn ein hirntoter Mensch ist nicht tot. Die Behauptung, hier würden Verstorbenen Organe entnommen, ist falsch. Gewiss wird ein hirntoter Mensch nie mehr selbstständig leben können. Aber er ist noch nicht u Ende gestorben, hat sein Sterben noch nicht vollendet. Insofern markiert der Gehirn-„Tod“ die Grenze, an der spätestens die Ärzte einen sterbenden Menschen seinem Sterben, in dem er durch den Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen aufgehalten worden ist, überlassen müssen, weil für weitere Eingriffe in dieses Sterben keine Indikation mehr vorliegt. (8)

Ein weit verbreiteter und tief verwurzelter Einwand gegen die Notwendigkeit einer Abkehr vom „Hirntod“ – Kriterium betrifft die Frage des Abbruchs der künstlichen Beatmung bei „hirntoten“ Patienten, wenn diese als lebend (irreversibel komatös) anzusehen sind. Viele sähen sich durch den Verzicht auf das „Hirntod“ – Kriterium vor ein unlösbares Dilemma gestellt: einerseits sei der Abbruch der Beatmung nicht zu rechtfertigen, wenn dies zum Tod des Patienten führt. Andererseits sei es aber auch nicht zu verantworten, den aussichtslosen Zustand irreversibel komatöser Patienten durch lebensverlängernde Maßnahmen weiter aufrechtzuerhalten.

Schon 1968 wurde die Forderung nach dem „Hirntod“ – Kriterium damit gerechtfertigt, es ermögliche einen Ausweg aus diesem

Dilemma (s.o.). Die Vorstellung, der Eintritt des „Hirntodes“ sei notwendige Voraussetzung für den Abbruch künstlicher Beatmung, ist heute unter den Medizinern weit verbreitet.

Tatsächlich haben die Feststellung des Todes und die Entscheidung, eine (lebensverlängernde) Behandlung abubrechen, aber nichts miteinander zu tun. Dazu muss man sich klarmachen, dass es in erster Linie die Durchführung einer – auch lebensverlängernden – Behandlung ist, die nach den traditionellen Normen ärztlichen Handelns der Rechtfertigung bedarf. Der Arzt hat jeden Schritt seiner Behandlung vor dem vornehmsten Grundsatz zu verantworten, „mehr zu nützen als zu schaden“. Was dem Patienten nützt, bemisst sich aber nach seinem Wohl, nicht etwa nach seinem nackten Überleben.

Die Tatsache, dass eine Behandlung das bloße Überleben des Patienten verlängern würde, reicht also noch nicht aus, ihre (weitere) Durchführung ethisch zu rechtfertigen. Sobald eine Behandlung nicht mehr dem Wohl des Patienten dient, verliert ihre (weitere) Durchführung ihre Legitimation: sie zu unterlassen beziehungsweise abubrechen ist dann nicht nur das Recht, sondern auch die moralische Pflicht des Arztes.

So würde niemand darauf bestehen, Patienten im Endstadium eines chronischen Krebsleidens mit allen verfügbaren Mitteln bis zur Intensivtherapie zu behandeln oder sie beim Eintritt eines Herzstillstands zu reanimieren, bis sie unwiderruflich gestorben sind – selbst wenn ein solches Vorgehen ihr bloßes Überleben um eine gewisse Zeit verlängern würde. Vielmehr beruht die Entscheidung, eine Therapie fortzuführen, auf einer Abwägung ihres wahrscheinlichen Nutzens gegenüber den Belastungen, die die Therapie wahrscheinlich mit sich bringt. In der Praxis bedeutet dies, dass mit Rücksicht auf das Wohl des Patienten oft schon Monate vor dem Eintritt seines Todes von weiterer intensiver Behandlung abgesehen wird, obwohl sie unter Umständen lebensverlängernd wirken würde.

Dieses Selbstverständnis der ärztlichen Profession findet seine Entsprechung in der gesetzlichen Regelung, dass eine ärztliche Behandlung so lange als strafbare Handlung, sprich:

„Körperverletzung“, anzusehen ist, wie sie nicht durch das Wohl des Patienten (ausgewiesen durch seine ausdrückliche oder mutmaßliche Zustimmung) legitimiert ist.

Der Beginn einer künstlichen Beatmung rechtfertigt sich in der Regel dann, wenn die begründete Hoffnung besteht, dass der Patient ein gegebenes Therapieziel erreichen wird – im Idealfall, dass er sein Bewusstsein und seine Gesundheit wiedererlangen kann. Jede Veränderung der Besserungsaussichten (Prognose) des Patienten zwingt dazu, die Rechtfertigung (Indikation) für eine Fortsetzung der Therapie zu überprüfen. Je schlechter die Aussichten werden, das Therapieziel zu erreichen, desto fraglicher wird die Rechtfertigung der Belastung, die die Fortsetzung der intensivmedizinischen Behandlung für den Patienten mit sich bringt.

Es gibt dann eine Grauzone, in der es schwierig sein kann zu entscheiden, ob die Fortführung der künstlichen Beatmung noch zu rechtfertigen ist oder nicht. Die Abwägung der schwindenden Aussicht auf Besserung gegenüber den Belastungen durch die Fortführung der Behandlung wird außerdem dann erschwert, wenn der Patient die Entscheidung nicht mehr selbst treffen kann. Liegt keine Vorausverfügung vor, so muss dies der Arzt unter Berücksichtigung früherer Äußerungen und der Stimme der Angehörigen leisten.

Die Entscheidung über den Abbruch künstlicher Beatmung nach Eintritt eines irreversiblen kompletten Hirnschadens befindet sich aber jenseits dieser Grauzone: Da die „Hirntod“ – Diagnose Sicherheit darüber gibt, dass überhaupt keine Aussicht auf Besserung mehr besteht, ist eine Fortsetzung der Behandlung nicht mehr gerechtfertigt, der Abbruch der künstlichen Beatmung daher ärztliche Pflicht. Die „Hirntod“ – Diagnose leistet insofern die objektive Feststellung einer Nullprognose, das heißt einer Situation,

die mit Sicherheit ohne jede Aussicht auf Besserung ist. Dadurch ist der Patient aber noch nicht für tot erklärt.

Dass er unmittelbar nach Abschalten der künstlichen Beatmung sterben wird, ist eine Folge seines medizinisch nicht zu bessernden Zustands und hat entgegen einer verbreiteten Vorstellung nichts mit „Tötung“ zu tun. Die hippokratische Tradition berechtigt nicht nur, sondern verpflichtet den Arzt, im Fall einer aussichtslosen Prognose das Sterben seines Patienten zu achten, indem er alle Maßnahmen unterlässt beziehungsweise abbricht, die dem Nahen des Todes entgegenwirken. (9)

Für eine Explantation seiner Organe gibt es da keine Berechtigung! Um dennoch explantieren zu können, ist dem Hirntodkriterium ein Satz beigefügt worden, der den messbaren Befund als „Tod des Menschen“ bewertet, also den durch die Beatmungsmaschine am Leben erhaltenen Menschen für tot erklärt. Was bleibt, sei eine Sache – „belebte Materie“ oder eine „in-vivo-Konserve“, im angelsächsischen Sprachraum „human vegetable“.

Durch diesen definitiven Kunstgriff markiert das Hirntodkriterium nicht mehr die Behandlungsgrenze für einen sterbenden Menschen, sondern den Zeitpunkt, an dem über den Körper dieses Nicht-mehr-Menschen zur weiteren Verwendung verfügt wird.

Die Medizin weiß jedoch viel zu wenig über das Sterben eines Menschen, um in dieser Weise dabei eingreifen zu dürfen. Nach den Erfahrungen der Sterbebegleitung sowie der Sterbeforschung wird man jedenfalls vorsichtig sein müssen mit der Behauptung, dass ein hirntoter Mensch nichts mehr empfinden könne – bloß weil wir die Existenz von Empfindungen mit der Messbarkeit von Hirnströmen in eins gesetzt haben. Und woher nehmen Mediziner und Theologen die Sicherheit, dass mit dem Erlöschen der Gehirntätigkeit „der Mensch“ sich verabschiedet habe, so dass, was da liegt und atmet (wenn auch mit Unterstützung der Maschine), „nur noch“ Körper sei? (10)

Meiner Meinung nach wurde das „Hirntod“ – Konzept nur eingeführt, um den Transplantations-Chirurgen die Möglichkeiten zu geben, lebensfrische Organe zur Verfügung zu haben. Denn nur solche Organe sind für eine Übertragung verwendbar. Die Transplantationsmedizin hätte nicht solche Fortschritte und Erfolge aufweisen können, wenn man nicht den Tod des Menschen mit dem „Hirntod“ gleichgesetzt hätte und sich dadurch die Legitimation verschafft hätte, sich diese Patienten als Organspender verfügbar zu machen. Dieser Auffassung wird natürlich, verständlicherweise, von den Transplantations-Medizinern entschieden widersprochen.

Ich halte das „Hirntod“ – Konzept ethisch für überaus gefährlich, weil es den Menschen auf ein System von Gehirn- und Organfunktionen reduziert und weil die Quantifizierung des menschlichen Lebens in eine menschliche und eine nachmenschliche Lebensphase ein mechanistisches Menschenbild voraussetzt, das den Wert eines Menschen nach seiner Funktions- und Leistungsfähigkeit bemisst, so dass ein Mensch selbst im Sterben noch zu etwas nützlich sein muss. Der menschliche Körper wird nur noch als bloßes Vorratslager für seltene Organe und anderes biologisches Material angesehen. (11) Hier wird einer Reparatur- und Ersatzteimentalität das Wort geredet. (12)

➤ Die andere Seite der Transplantationsmedizin

a) Die Betreuung hirntoter Patienten aus der Sicht des Pflegepersonals

Die Krankenschwestern und Pfleger, die in der Intensivmedizin beschäftigt sind, wenn sie einen Hirntoten bis zur Organexplantation pflegen müssen, denn die Hirntoten unterscheiden sich rein äußerlich in nichts von den anderen Patienten der Intensivstation. Auch sie sind an ein Beatmungsgerät angeschlossen, ihr Blutdruck, ihre Herzfrequenz und ihre Körpertemperatur werden über einen Monitor überwacht. Ihre Urinausscheidung wird über einen Blasenkatheter kontrolliert und der Kreislauf wird durch entsprechende Medikamente unterstützt. Der einzige, aber wesentliche Unterschied bringt schwere seelische Belastungen mit sich: dieser Patient (im Folgenden immer auch im Sinne von Patientin gemeint) ist hirntot. Seine Organe werden nur noch deshalb intensiv gepflegt und künstlich am Leben erhalten, um einen anderen lebensgefährlich Erkrankten zu retten. Bis zur Explantation müssen sich Schwestern und Pfleger weiterhin um den Hirntoten kümmern. Denn seinen Organen darf auf keinen Fall etwas passieren. Sie müssen besonders intensiv behandelt werden. Das fällt einem Großteil des Pflegepersonals sehr schwer. Zumal bei einem Hirntoten durch Rückenmarksaktivierung Phänomene auftreten können, wie beispielsweise Streck- oder Innenrotationsbewegungen der oberen Extremitäten. Diese so genannten spinalen Reflexe widersprechen zwar dem Hirntod nicht, belasten aber die Psyche des Pflegepersonals extrem. Das kann jeder nachempfinden, der darüber nachdenkt, was in ihm vorgeht, wenn der Tote, den er gerade bewacht, seine Arme bewegt. Die meisten Schwestern und Pfleger verdrängen den Gedanken, dass der Patient, den sie gerade betreuen, hirntot ist, um besser mit ihrer verzwickten Situation fertig zu werden. So sprechen einige von ihnen mit dem Hirntoten, während sie ihn pflegen. Andere wiederum trösten sich damit, dass der hirntote Patient ja nur bis zur Explantation bei ihnen bleibt, und die geschieht in den

allermeisten Fällen sehr schnell. Es gibt auch andere, die beklagen, dass sie nicht erfahren, ob der Patient, der die Organe des Hirntoten erhält, überlebt hat. Ihnen fehlt das Ende der Straße. Schwierig empfinden auch alle das Zusammentreffen mit den Angehörigen des Hirntoten, die fast alle fragen: „Ist er wirklich tot?“ Die Situation des Pflegepersonals auf Intensivstationen bei Hirntoten war und ist schwierig. Dieses Personal benötigt eine besondere psychische Betreuung, um seine Arbeit besser verkraften zu können. (13)

b) Über die Empfindungen von Mitarbeitern auf Intensivstationen und im OP – Bereich

Ethik in der Medizin wird häufig dann zum Thema, wenn es um Hochleistungsmedizin geht. In einigen wenigen Fällen dringt die Debatte darüber an die Öffentlichkeit, wie beispielsweise in dem so genannten „Erlanger Fall“. Hier wurde deutlich, dass Ethik niemals losgelöst von den Menschen diskutiert werden kann, die mit solchen Grenzfällen konfrontiert werden: die Patienten, die Angehörigen eines Menschen, der in medizinischer Behandlung ist und sich selbst nicht mehr äußern kann und schließlich das medizinische und pflegerische Personal.

Ärzte und Pflegepersonal sind gerade in Bereichen der Hochleistungsmedizin immer wieder mit der Frage konfrontiert, ob der Mensch tun darf, was er tun kann. In Gesprächen mit Pflegepersonal und Ärzten stellt sich immer wieder heraus, dass vieles von dem, was heute medizinischer Alltag ist, den Betroffenen große Schwierigkeiten bereitet. Ganz deutlich kristallisiert sich dies am Beispiel der Transplantationsmedizin heraus.

Da stehen beispielsweise Pflegekräfte am Bett eines komatösen Patienten, den sie gestern noch versorgt haben wie jeden anderen Schwerkranken auch und der heute für hirntot erklärt worden ist und nun eine Leiche sein soll. Äußerlich hat sich absolut nichts

verändert. Dieser Mensch ist warm, hat Körperrausscheidungen und es fehlen alle typischen Anzeichen eines Toten. Er hat mit anderen Worten die gleichen körperlichen Merkmale wie ein beliebiger anderer Patient, der sediert ist und beatmet werden muss. Die Hirntoddiagnose aber bedeutet, dass dieser Patient in absehbarer Zeit abgeholt und zur Explantation vorbereitet werden kann. Ärzte und Pflegepersonal müssen sich bei der Hirntoddiagnostik neben neurologischen Tests auf technische Messapparaturen verlassen. Unser Vertrauen in die Technik ist aber – aus guten Gründen – nicht grenzenlos. Es bleibt ein Rest Unsicherheit. Viele fragen sich, ob der Patient wirklich tot ist, ob er von der Explantation tatsächlich nichts spüren wird, denn sinnlich erfahrbar ist der Tod in diesem Fall für sie nicht.

Komatöse und hirntote Patienten sind sehr pflegeaufwendig. Pflegekräfte verbringen also viel Zeit am Bett eines solchen Kranken, häufig mit lang andauerndem Kontakt zu den Angehörigen. Sie versuchen, ihnen den Umgang mit dem Schwerkranken zu erleichtern, zeigen ihnen, wie man ihn berühren kann, und erleben, wie sie mit ihm sprechen. Häufig erzählen die Angehörigen den Pflegekräften von dem Patienten und von ihren eigenen Ängsten und Sorgen. So entsteht zwangsläufig auch eine Beziehung zu den Patienten.

Eine Krankenschwester schilderte eine solche Situation sehr eindrucksvoll:

„Eigentlich kenne ich die Patientin ja gar nicht. Sie kam bewusstlos auf die Station. Und jetzt sitzt da ihr Mann am Bett und erzählt ihr dauernd von dem kleinen Sohn. Der darf ja nicht mitkommen. Das lässt einen doch nicht kalt. Man versetzt sich dann in die Lage der Leute. Irgendwie lernt man sie dann doch kennen. Ihr Mann begreift einfach nicht, dass sie tot sein soll, und ich begreife es ehrlich gesagt auch nicht. Man kriegt dann doch zu viel mit von den Leuten, und manchmal mag man schon gar nicht mehr in das Zimmer gehen. Ich finde es unmöglich, jetzt den Mann zu fragen, ob er einwilligt, dass ihr Organe entnommen werden.“ (14)

Einige Ärzte flüchten in solchen Fällen regelrecht. Diese Situationen scheinen für sie unerträglich, insbesondere, wenn es um den Kontakt mit den Angehörigen geht. In Gesprächen sollen sie Sicherheit ausstrahlen und Zweifel möglichst ausräumen. Dabei sollen sie sensibel und verständnisvoll sein – ein Balanceakt, der für viele eine Überforderung darstellt. Der Impuls, in solchen Fällen den Kontakt mit den Angehörigen zu vermeiden, wo es nur geht, ist schlichter Selbstschutz.

In einem Fall wie dem oben geschilderten ist es generell schwer, den Tod hinzunehmen. Die Patientin war jung und hatte außerdem noch ein kleines Kind. Der ebenfalls junge Partner wäre allein zurückgeblieben. Da bieten sich mehrere Ansatzpunkte für Identifikationen.

Manch einer ist da schnell mit dem Urteil bei der Hand, das sei eben unprofessionelles Verhalten. Und zum Teil stimmt das auch. Der Umgang mit Menschen in professionellen Zusammenhängen darf nicht ausschließlich vom Sich-Identifizieren mit dem „Opfer“ bestimmt sein. Die dafür notwendige innerliche Distanzierung aber setzt einen Verarbeitungsprozess voraus. Der Prozess des Begreifens in der Spannung zwischen Leben und Tod, der seine Zeit braucht, kann jedoch gar nicht stattfinden, wenn die Patientin in ihrem äußerlich unveränderten Zustand, in dem sie sich seit Tagen befindet, zur Organentnahme in den OP gerollt wird. Erst dort wird ihr endgültiger Tod für alle Anwesenden sinnlich erfahrbar eintreten. Für die Pflegekräfte auf der Intensivstation ist die Betreffende dann einfach weg, aber eben nicht, wie bei einem positiven Krankheitsverlauf, verlegt auf eine periphere Station. Viele Intensivpflegekräfte geben an, froh darüber zu sein, wenigstens das „Ausweiden“ nicht miterleben zu müssen. Wieder andere trösten sich damit, dass die Pflege der hirntoten Patienten ja wenigstens noch einen Sinn habe, wenn deren Organe anderen Schwerkranken zugute kämen. Beide Äußerungen – so grundverschieden sie auf den ersten Blick wirken mögen – lassen auf erhebliche Zweifel an der Richtigkeit und dem Sinn des

medizinischen Handelns schließen. Richtigkeit und Sinn ergeben sich in diesen Schlussfolgerungen nicht aus der direkten Handlung, sondern lediglich indirekt. Das eine Mal bin ich bei dem Eigentlichen – der Organentnahme – nicht dabei und damit entlastet, das andere Mal ergibt mein Handeln erst durch das Nachfolgende, nämlich die Implantation der Organe bei den Empfängern, einen Sinn.

Viele Pflegekräfte berichten, dass die Pflege Hirntoter für sie sinnlos sei. Andere Patienten müssten vernachlässigt werden. Nur eine gedankliche Anstrengung, die Vorstellung irgendeines Empfängers, lässt sie dieses Dilemma – zumindest vorübergehend – bewältigen. Die Pflege hirntoter Patienten ist für diejenigen Pflegekräfte am einfachsten, die davon ausgehen, dass selbst komatöse oder sedierte Patienten nichts von ihrer Umgebung mitbekommen, die auch nicht mit ihnen sprechen, sondern ihre Hauptaufgabe darin sehen, das einwandfreie Funktionieren der Apparate zu überwachen, Medikamente zu verabreichen und für einen äußerlich guten Zustand der Betroffenen zu sorgen.

Häufig kommt es jedoch im Stationsalltag zu Konflikten im Umgang mit diesen Grenzfällen der Intensivmedizin. In Supervisionen beklagen einige Pflegekräfte immer wieder, dass Kollegen Äußerungen von sich geben wie: „Was willst Du denn! Das Gehirn von dem ist doch nur noch ein Klumpen Matsch.“ Selbst wenn dem so sein sollte, so bleiben eben doch die eigenen Gefühle, das Sich-Identifizieren mit den Betroffenen und die Frage: „Was wäre, wenn es mich beträfe?“ Diejenigen Pflegekräfte, die Beziehungen zu ihren Patienten aufbauen, egal in welchem Zustand diese sich befinden, fühlen sich angesichts solcher Bemerkungen brüskiert und ziehen sich daraufhin sofort zurück.

Noch extremer scheinen diese Widersprüche im OP-Bereich zu sein. Hier wird, gerade wenn es um Transplantationen geht, unter Hochdruck gearbeitet. Die Zeit ist knapp und die Konzentration auf das Höchste gespannt. Der Umgangston ist oft dementsprechend rau. Das assistierende Pflegepersonal fühlt sich häufig zu

„Fußabtreter“ degradiert. In einer solchen Atmosphäre ist kein Platz für Gefühlsäußerungen. Um so mehr stellt sich für das OP-Personal die Sinnfrage.

„Die Patienten sind für die doch nur Versuchskaninchen. Wenn's klappt, geht es voran auf der Karriereleiter, wenn nicht, dann eben Pech gehabt. Und wir sind die Handlanger für die.“

Diese Aussage einer OP-Pflegekraft über Ärzte steht stellvertretend für viele. Sie mag extrem klingen, erklärt sich aber aus der speziellen Situation im OP-Bereich, wo von den Pflegekräften ein größtmögliches Eingehen auf die Ansprüche und Eigenheiten der Operateure erwartet wird, die Kommunikation aber auf ein Minimum reduziert ist. Die OP-Kräfte sind diejenigen, die die Patienten zur Explantation vorbereiten. Die Ärzte kommen erst, wenn alles bereit ist und gehen, wenn die Organe entnommen sind.

(15)

Dann kehren die Ereignisse der vergangenen Stunden in Gedanken wieder und in der Regel bleiben eine Menge Fragen: warum werden Organspender für die Organentnahme häufig narkotisiert, wo sie doch tot sein sollen? Warum werden Schmerzmittel verabreicht? Hätte er, selbst noch bei vollem Bewusstsein, in die Explantation eingewilligt? Ist bei der Hirntoddiagnostik alles korrekt gelaufen? Ab dem Moment des ersten Einschnitts beim Patienten kann extrem erhöhter Blutdruck registriert werden. Merkt der Patient wirklich nichts von dem Eingriff? Patienten, denen Organe entnommen wurden, haben in der Vergangenheit bei den Organentnahmen mitunter heftige Bewegungen vollführt, die heute durch Gabe von Relaxantien und Festschnallen unterbunden werden. (16)

Unerschütterliche Mediziner erklären dies mit spinalen Reflexen. OP-Pflegekraft und Anästhesist, die so etwas mit angesehen haben, waren durch die Erklärungen ihrer Kollegen keineswegs beruhigt. Dieses Erlebnis hat sie tief schockiert. Bemerkenswert, dass Transplantationsmediziner immer wieder versichern, das seien ja

nur Übertreibungen von mit der Materie tatsächlich gar nicht Vertrauten. (17)

Teilweise sehen Pflegekräfte und Mediziner sich sogar repressiven und demagogischen Reaktionen ausgesetzt, wenn sie ihre Zweifel offen zu äußern wagen. Auf einer interdisziplinären Tagung zum Thema Organtransplantation wurde ein Referent, der die Probleme der Transplantationsmedizin im Zusammenhang mit der Pflege Hirntoter beschrieb, mit dem Vorhalt „Goebbelssche Propaganda“ abqualifiziert. In einem anderen Fall wurde eine Pflegekraft persönlichem Druck ausgesetzt, nachdem ihre Kritik an der Verfahrensweise bei Transplantationen bekannt geworden war. In der Regel werden derartige Personalprobleme dadurch „gelöst“, dass die Betroffenen dem Druck auf Dauer nicht standhalten können und von sich aus gehen.

Die Kritiker der Transplantationsmedizin, zu denen auch ich mich zähle, lehnen übrigens die Organtransplantationen nicht strikt ab. Sie alle sind realistisch genug zu wissen, dass diese medizinische Technik, einmal begonnen, nicht mehr gestoppt werden kann. Das würde auch den Bedürfnissen vieler Patienten und den Erwartungen an die moderne Medizin widersprechen. Und ebenso wenig, wie sie sich den Gedanken an den nicht auszuschließenden Schmerz der Organspender und an deren Angehörigen entziehen können, vermögen sie sich von dem Leid der Patienten zu distanzieren, deren Organe versagen und die nur mit einem oder mehreren Spenderorganen weiterleben können.

Der Aspekt der umfassenden Aufklärung scheint vielen in der medizinischen Behandlung, aber insbesondere im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin sehr wichtig zu sein. Die Betonung muss hier auf dem kleinen Wörtchen „umfassend“ gesehen werden. Man gesteht ja auch mittlerweile in Kreisen der Transplantationsmediziner und –koordinatoren ein, dass umfassende Fortbildungsmaßnahmen unerlässlich für die Arbeit in diesem speziellen Zweig der Medizin sind. Dem ist jedoch noch einiges hinzuzufügen: Die Toleranz und Förderung einer

kontroversen Debatte – auch in der Öffentlichkeit und Ehrlichkeit in der Darstellung der Ergebnisse – auch gegenüber Betroffenen. Wenn Eltern über die Erfolgsquote bei mancher Transplantation Bescheid wüssten und darüber informiert wären, dass eine OP bei ihrem Kind lediglich eine Lebensverlängerung um ein paar Wochen bringt, wobei sie sich unendlich quälen, dann würden sie einer Transplantation vielleicht nicht zustimmen.

„Ich habe selbst Kinder (...), aber wenn ich das hier sehe, die Kinder und die Eltern, wie die leiden – grausam.“

Diese Schilderung einer Kinderintensivpflegekraft verdeutlicht, wie bitter sich das Schönreden der Möglichkeiten und Folgen einer Transplantation im konkreten Fall rächen kann.

Aus all dem ergibt sich, dass offener und ehrlicher Umgang bei aller gebotenen Behutsamkeit mit allen Betroffenen unumgängliche Voraussetzung ist für die Bewältigung der Arbeit in allen Bereichen, die mit der Transplantationsmedizin im Zusammenhang stehen. Es würde alle Beteiligten entlasten, wenn sie sich sicher sein könnten, dass Entscheidungen, welcher Art auch immer, von Aufklärung und freiem Willen getragen werden, wenn sie wüssten, dass die Spender selbst noch zu Zeiten vollen Bewusstseins in ihre Organspende eingewilligt haben, dass Empfängern und deren Angehörigen ebenfalls die nötige Zeit, Aufmerksamkeit und Information zur Verarbeitung ihrer Situation zuteil wird.

Auch ist es nicht akzeptabel, dass Mitarbeiter in Abteilungen, die mit dieser Medizintechnik konfrontiert sind und sich dem Mainstream der Transplantationsorganisationen nicht anschließen können, als „Sensibelchen“ abgetan werden, die „wohl am falschen Platz“ seien. Die High-Tech-Medizin wird es sich wohl gefallen lassen müssen, dass nicht sie allein die Marschrichtung angeben kann. Sie droht ansonsten zu einer grauenvollen Lebensverlängerungsmaschinerie zu verkommen. (18)

Das setzt allerdings auch ein grundlegendes Umdenken auf allen Ebenen voraus. Solange Hierarchien und daraus resultierende Abhängigkeiten im Krankenhaus im Interesse der „Hauspolitik“

oder im eigenen Karriereinteresse missbraucht werden, bleibt Patienten nicht viel mehr als der Status des entmündigten Opfers und den Mitarbeitern die eher wenig gelungene Bewältigung ihrer berufsbezogenen Probleme in Form von Abwehr, Sich-Entziehen, Verdrängung, Zynismus und dergleichen mehr. Die vielzitierten Möglichkeiten von Supervision für das Personal und psychologischer Betreuung für die Patienten laufen leider nur allzu oft ins Leere angesichts eines Medizinbetriebs, der Gefühle partout nicht zulassen will und für unerwünscht erklärt. Allerdings scheint ein Gesamtkonzept aufeinander abgestimmter Maßnahmen von Kriseninterventionen am Krankenbett über themenbezogene, interdisziplinäre Fortbildungen und professioneller Beratung für das Personal gleichzeitig die einzige Chance zu sein, festgefahrene Denk- und Handlungsmuster zu durchbrechen. (19)

➤ Die Organempfänger

a) Medizinische Aspekte

Die Transplantationsmedizin hat in den letzten Jahren enorme Fortschritte erzielt. Übertragen werden können Augenhornhaut, Gehörknöchelchen und Knochenmark. 1993 wurden in der Bundesrepublik 2164 Nieren, 50 Lebern, 505 Herzen, 71 Lungen und 45 Bauchspeicheldrüsen transplantiert. 13 kombinierte Herz-Lungen-Transplantationen wurden durchgeführt. (20)

Die Ergebnisse der Organtransplantationen haben sich in den letzten Jahren durch mehr Erfahrung und vor allem durch neu eingeführte wirksamere und nebenwirkungsärmere Medikamente zur Unterdrückung der Abstoßungsreaktion (Immunsuppressiva) deutlich verbessert. Diese vermögen besser als früher die akute Abstoßungsreaktion zu unterdrücken, die früher häufiger zum Organverlust geführt hat. Wenig wirksame Maßnahmen aber gibt es bis heute gegen die chronische Abstoßungsreaktion, eine über Jahre hin schleichende Entzündungsreaktion ganz geringen Ausmaßes, die allmählich zur Einschränkung der Organfunktion und schließlich zum Verlust des Organs führt und damit zur Notwendigkeit einer Re-Transplantation oder bei der Niere zum Wiedereintreten der Dialysepflichtigkeit.

Die Immunsuppression bedeutet aber auch eine erhebliche Beeinträchtigung der allgemeinen Abwehr, insbesondere gegen Virusinfekte, die besonders bei älteren Menschen lebensbedrohlich werden können. (21)

b) Psychologische Aspekte

Neben diesen medizinischen Problemen gibt es bei einer Transplantation aber auch psychologische. Der Patient, dem ein Organ transplantiert werden soll, muss auch bereit sein, dieses neue Organ in sich aufzunehmen. Das neue Organ ist ein riesiges Geschenk, für das viele Voraussetzungen erfüllt werden mussten: ein Mensch musste sein Leben lassen und bereit sein zu spenden. Das gesamte Know-how einer über Jahrzehnte entwickelten High-

Tech-Medizin ist notwendig. Die Gesellschaft muss viel Geld bezahlen, denn es geht nicht nur um die Transplantation, sondern auch um die sehr hohen Folgekosten. Es handelt sich also um ein sehr großes Geschenk: vielleicht gibt es kein größeres. Ein solches Geschenk fordert aber auch einen Empfänger, der es in entsprechender Weise annehmen kann als eine Gabe, die ihm nicht nur körperliches, sondern auch seelisch-geistiges Weiterleben ermöglicht. Immerhin ist der Empfänger durch einen Todesstreifen gegangen. Die Möglichkeit zu sterben hat ihm während des Wartens auf Organe vor Augen gestanden, und ein Teil seines Körpers hat einen partiellen Tod erlitten. Mit den neuen Organen ist er auch ein anderer Mensch geworden, der eine neue Identität entwickeln muss oder besser: kann.

Das ist eine Chance und macht doch zugleich Angst.

Die meisten transplantierten Patienten feiern einen zweiten Geburtstag und zeigen, dass sie das Erwachen aus der Transplantationsoperation in gewisser Weise als Neuanfang erleben. Bei vielen sind die ersten Worte: „Ich bin immer noch derselbe oder dieselbe“. Das macht ihre Angst vor Identitätsverlust deutlich. Da, wo die Transplantation als ein beglückendes Geschenk erlebt werden kann, erlebt man Glück und Dankbarkeit, die in einem bewussten verantwortungsvollen Leben ihren Niederschlag findet. Ein Geschenk kann aber auch bedrücken, kann die Annahme schwer machen. Dieses Geschenk kann auch so sehr belasten, weil der Beschenkte nicht weiß, was er zurückgeben könnte und wem. Abstoßungsreaktionen können nicht ausschließlich einen immunologischen Hintergrund haben, sondern sind eventuell auch als eine psychosomatische Reaktion zu verstehen.

Ein großes Problem für transplantierte Patienten ist die Tatsache, dass Menschen sterben müssen, damit sie leben können. Das Warten auf ein Spenderorgan bedeutet auch das Warten auf den Tod eines anderen Menschen. Dies kann unerträgliche Schuldgefühle verursachen, so dass ein Weiterleben mit diesen fremden Organen unmöglich wird und diese dann abgestoßen werden.

Natürlich verursachen die Menschen, denen Organe transplantiert werden, nicht den Tod derer, deren Organe sie erhalten. Aber auf einer tieferen Ebene liegen Wünsche und Wunscherfüllung eng beieinander. Da helfen auch keine rationalen Erklärungen, dass der Tod des Spenders unabhängig von der Transplantation des Empfängers ist. Es dauert lange, bis der Empfänger der Organe die Hoffnung entwickelt, sein Spender habe freiwillig und aus vollem Wissen um das, was ihm geschehen würde, seine Organe wie ein Opfer gespendet. So kann eine tiefe, dankbare Verbundenheit zum Spender entstehen.

Aber es gibt auch transplantierte Patienten, bei denen die Saat der nüchternen Machbarkeit aufgegangen ist. Sie meinen, allein ihre Bedürftigkeit verpflichte die Gesellschaft zur Organgabe, die von denen verlangt werden müsse, die keine nützlichen Mitglieder mehr sind und deren Erhaltung nur Geld koste, wie zum Beispiel die, deren Gehirn zerstört ist. Sie nehmen das Organgeschenk wie etwas Selbstverständliches in Anspruch, das ihnen zusteht und führen ihr Leben weiter wie bisher, auch wenn diese Lebensweise die Ursache dafür war, dass sie nur vor dem Tod bewahrt werden konnten, wenn sie ein neues Organ erhielten. (22)

Man kann natürlich die Transplantationsmedizin mit dem Auswechseln eines Ersatzteils beim Auto gleichsetzen. In diesem Sinne wird die Transplantationsmedizin von den Ärzten betrieben, aber die Patienten brauchen viel Zeit und Aufmerksamkeit, um die vielen seelischen Prozesse zu durchlaufen und zu bewältigen, die die Transplantation in ihnen auslöst.

Wenn man die Transplantationsmedizin nicht banalisiert, ist sie ein Prozess, an dem der Transplantierte wachsen kann und die Behandelnden nicht minder. Vorausgesetzt, dass sie zu einem Bewusstseinsprozess wird, der die Behandelnden dazu bringt, sich über die Machbarkeit hinaus mit den grundsätzlichen Fragen, die sowohl das Leben als auch den Tod betreffen, zu beschäftigen, der das Mitgefühl zur Voraussetzung des medizinischen Handelns macht. Mitgefühl bedeutet in diesem Fall vor allem Mitleid im Sinne

von Mit-Leiden. Wenn wir aber mit erleiden müssten, was die Menschen erleiden, denen wir das Procedere einer Transplantation zumuten, fürchte ich, wir würden handlungsunfähig werden. Die Fähigkeit, Organe zu transplantieren, könnte eine großartige Sache sein, wenn wir bereit wären, uns den zentralen Lebensfragen zu stellen, die sie aufwirft. Aber die Transplantationsgeschichte wurde auf einem höchst wackeligen Fundament gebaut, auf der Zwecklüge der Hirntoddefinition! Damit man an „lebensfrische“ Organe kommen konnte, wurde der Tod vorverlegt, in der Hoffnung, den Tod von zu Tode Erkrankten hinauszuschieben.

Dabei könnten Mediziner im Krankenhaus, wenn sie sich etwas Zeit nähmen und unter Heilen nicht nur Lebensverlängerung verständen, durchaus immer wieder erfahren, dass auch ein kurzes Leben durchaus Ausdruck vollendeter Biographie sein kann.

Die Transplantationsmedizin suggeriert den Kranken, dass jeder Mensch ein Recht auf Organe hat und dass Organe zu spenden eine Pflicht aus Nächstenliebe ist. (Im übrigen der einzige Ort, wo in der High-Tech-Medizin die Nächstenliebe zitiert wird!) Damit wird die Transplantationsmedizin banalisiert. Sie ist geschenktes Leben, an dem ein Mensch wachsen kann, weil er zuvor die Endlichkeit erfahren hat und Lebenszeit als etwas Kostbares begreift, für die man volle Verantwortung übernehmen muss.

Der Stress und das Behandlungsprocedere vor dem Hintergrund eines fragmentierten Menschenbildes machen solche Entwicklungen nur schwer möglich. Noch fallen High-Tech-Medizin und Psychologie - Körper und Seele - auseinander.

Wo sind die Werte geblieben: die Gerechtigkeit, die Tugend, das Mitgefühl, die Verantwortung und die Liebe? Ich glaube, dass sie nur wieder Einkehr halten können, wenn die Unsicherheit, die Ohnmacht, die Trauer, der seelische Schmerz und die Angst im Haus der Machbarkeit wieder leben dürfen und wenn es Raum gibt für die im jetzigen Medizinsystem abgespaltenen Wirklichkeiten und Fragen. (23)

➤ Juristische Aspekte der Transplantationsmedizin

Derzeit operiert die Transplantationsmedizin buchstäblich im rechtsfreien Raum. Es gibt, im Gegensatz zu den meisten europäischen Staaten, noch immer keine gesetzlichen Regelungen, die die Kriterien der Organspende und der Transplantation festlegen. Die Transplantationschirurgen arbeiten noch immer ohne rechtliche Absicherung. Die Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren behilft sich mit einem selbstverpflichtenden Transplantations-Kodex, der die näheren Umstände einer Transplantation, das heißt die Voraussetzungen und Bedingungen von Organentnahmen regelt. Mit diesem Kodex sollte verhindert werden, dass die einzelnen Transplantationszentren ihre jeweils eigenen Konditionen zur Hausordnung erheben. Der Kodex ersetzt die Entscheidung der betroffenen Person durch die Entscheidung der Angehörigen. Nach geltender Rechtslage müssen die Angehörigen selbst dann um Einwilligung gebeten werden, wenn das Unfallopfer einen Organspendeausweis mit sich führt. Der Organspendeausweis mag die Bereitschaft zur Organspende dokumentieren, rechtlich ist er irrelevant. So sind es die Angehörigen, die im Moment tiefster Trauer eine Entscheidung großer Tragweite zu treffen haben – eine Entscheidung im Übrigen, die sie nicht für sich, sondern für einen Menschen treffen, der selbst nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken. Konkret bedeutet dies, dass die Angehörigen nicht nach eigenem Gutdünken entscheiden, sondern den mutmaßlichen Willen des als „hirntot“ diagnostizierten Anverwandten zum Ausdruck bringen sollen.

Nachdem der damalige Justizminister Jochen Vogel (SPD) am 26. April 1979 mit seinem Gesetzentwurf zur Regelung der Organspende im Bundestag scheiterte und auch ein Vermittlungsvorschlag des Bundesrates keine Mehrheit fand, trat der „Interessenverband der Dialysepatienten und Nierentransplantierten“ mit einem Entwurf an eine wenig interessierte Öffentlichkeit, die auf die „Widerspruchslösung“ setzte, nach der eine Organentnahme immer dann zulässig sein sollte, wenn die Person zu Lebzeiten nicht ausdrücklich dagegen

Widerspruch eingelegt hatte. Von der Idee her wird nach diesem Entwurf jeder Mensch als potenzieller Organspender definiert, wobei Schweigen als Zustimmung gewertet wird. Unterstützung fand dieser Entwurf allein beim Bayerischen Landtag, der eine EntschlieÙung zugunsten dieser „Widerspruchslösung“ verabschiedete.

Dies rief nun die Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren auf den Plan. Sie legte im Mai 1991 einen Entwurf vor, den sie als „Informationslösung“ verstanden wissen wollte. Kernstück dieses Entwurfs ist eine Kombination von Einwilligungsmöglichkeiten, die eine Verweigerung der Organspende schon theoretisch gar nicht mehr in Betracht zieht. So soll eine Organentnahme immer dann möglich sein, wenn a) die Person zu Lebzeiten darin eingewilligt hat, oder b) wenn sie sich nicht dazu entschließen konnte, die Angehörigen gegen die beabsichtigte Organentnahme keinen Widerspruch einlegen, oder c) wenn diese in einem „angemessenen“, nicht näher definierten Zeitraum, nicht erreichbar sind, der zuständige Richter oder Staatsanwalt den Eingriff in den Körper verfügt. Kurzum: Eine allein stehende Person, die zu Lebzeiten nicht in eine Organspende eingewilligt hat, gerät in Gefahr, explantiert zu werden, gerade weil die Einwilligung nicht vorliegt. Jeder beliebige Richter oder Staatsanwalt kann zudem eine Organspende veranlassen, wenn ein Arzt dies verlangt.

Wider Erwarten fand diese rechtspolitisch äußerst problematische Konstruktion ihre Fürsprecher, nämlich in der niedersächsischen SPD-Fraktion, die im Januar 1992 einen Entwurf vorlegte, der exakt dem Entwurf der Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren gleicht. Allerdings gab die SPD-Fraktion „ihren“ Entwurf als „Widerspruchslösung“ aus.

Die Verwirrung war perfekt, als die gesundheits- und rechtspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Fraktion im September 1992 einen Entwurf vorlegten, der sich weitgehend an dem früheren Bundesratsentwurf orientierte und als „Zustimmungslösung“ bekannt ist. Nach diesem Entwurf sollte eine Organentnahme nur dann statthaft sein, wenn die Person selbst zu Lebzeiten ihre Zustimmung gegeben hat (=“enge

Zustimmungslösung“) oder die Angehörigen in die Organentnahme eingewilligt haben (=“erweiterte Zustimmungslösung“). Obwohl auch hier die Voraussetzungen für eine Erhöhung der Transplantationsfrequenz verbessert werden sollten, wurde einschränkend vermerkt, dass potenzielle Organempfänger „allenfalls auf eine Regelung überhaupt, nicht jedoch auf eine bestimmte, ihre Interessen in den Vordergrund stellende Lösung“ Anspruch haben. Auch müsse „so weit als möglich ausgeschlossen werden“, dass eine gesetzliche Regelung die „Interessenkollision“ zwischen den potenziellen Organspendern und den potenziellen Organempfängern heraufbeschwöre. Die mit diesem Entwurf gebotene Chance, den tatsächlich vorgegebenen „Zielkonflikt“ (vgl. „taz“ vom 10.09.1992) einer genaueren Prüfung zu unterziehen, blieb ungenutzt. Die feinen Differenzen zwischen den Entwürfen wurden kaum gesehen, noch weniger verstanden, doch war man allgemein der Ansicht, der Bereich bedürfe einer gesetzlichen Regelung.

Blieb jedoch die Frage, wie diese Regelung nun konkret aussehen sollte. Die Entscheidung hierüber überließ man letztlich den regen Aktivitäten derer, die mit der Transplantationsmedizin noch große Pläne verfolgen – den Transplantationsmedizinern selbst. Deren Entwurf bestimmte fortan die Debatte, und die Politik schickte sich an, seinen Buchstaben zu folgen. Eine vergleichbare gesellschaftliche Debatte wie bei der Problematik der Abtreibung, der Gentechnik oder der Sterbehilfe fand nicht statt. (24)

Als Rudolf Scharping (SPD) noch Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz war, versuchte seine Landesregierung einen Alleingang (1992). Der Landtag preschte vor mit einem Entwurf zu einem Organspende-Gesetz, das die so genannte „Widerspruchslösung“ vorsah. Nach breiten Protesten wurde die Vorlage schließlich zurückgezogen. Zu diesem Zeitpunkt hatten bereits die Länder Hessen und Bremen im Bundesrat einen Entwurf eingebracht, der die „Informationslösung“ bevorzugte. Aber erst durch eine Grundgesetzänderung im Herbst 1994, die auf einen Vorschlag der Verfassungskommission von Bund und Ländern hin erfolgte, wurde entschieden, dass die

Gesetzgebungskompetenz in diesem Bereich dem Bund obliegt. In der Folge wurde der Entwurf bedeutend, den das Ministerium von Bundesgesundheitsminister Seehofer erarbeitet hatte. Mit diesem soll die „erweiterte Zustimmungslösung“ (siehe oben) konsensfähig gemacht werden. Aber auch diese Lösung ist nicht unumstritten. In der evangelischen Kirche, bei Teilen der SPD, beim Bündnis 90 / Die Grünen, bei Pflegeverbänden sowie bei Verfassungsrechtlern regt sich dagegen Opposition. Sie alle sähen lieber die juristische Festschreibung der „engen Zustimmungslösung“ (siehe oben). Die „Widerspruchs-“ und die „Informationslösung“ werden allgemein als nicht konsensfähig angesehen. Zwischen den Befürwortern der „engen“ und den Verfechtern der „erweiterten Zustimmungslösung“ tobt jedoch weiterhin ein erbitterter Streit. (25)

Alle bisherigen bekannten Entwürfe für ein Transplantationsgesetz, politische Erklärungen und auch die öffentliche Diskussion gingen von der falschen Voraussetzung aus, Verfahren und Ideologie der Organtransplantation seien selbst völlig unstrittig, man müsse nur noch darüber nachdenken, wie sich das Aufkommen an Spenderorganen verbessern ließe.

So hieß es zum Beispiel im Gesetzentwurf der rheinland-pfälzischen Landesregierung 1992: „Durch die gesetzliche Regelung soll die Bereitschaft zur Organspende und Organentnahme gefördert werden.“ Dieser Gesetzentwurf, der ja schnell wieder zurückgezogen wurde, sah sogar vor, dass eine Entnahme sogar ohne Zustimmung oder überhaupt einer Erklärung der Angehörigen zulässig sei, „wenn die Übertragung im Sinne des §34 StGB erforderlich ist, um unmittelbar von einem Kranken Lebensgefahr oder eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Gesundheit abzuwenden.“ §34 StGB regelt den „rechtfertigenden Notstand“. Er wird hier so angewendet, dass ein Recht kranker Menschen auf Überlebensrettung oder auch nur auf Lebensqualitätsverbesserung um jeden Preis postuliert und in jedem Falle höher gewichtet wird als das Recht eines sterbenden Menschen auf die Integrität und die gegen den Zugriff von Fremdinteressen geschützte Vollendung seines Sterbens.

Gerade dieser Hinweis auf den §34 StGB zeigt überdeutlich, was mit diesem Transplantationsgesetz erreicht werden sollte: die Ermöglichung der Organtransplantation in jedem Fall und mit allen Mitteln. Den explantierenden Ärzten wäre damit ein Freibrief ausgestellt, der sie unter allen Umständen gegen Klagen von Angehörigen wegen unerlaubter Organentnahme schützt. Dabei ist die Anwendung des §34 StGB auf diesen Zusammenhang juristisch völlig unhaltbar. Denn das würde für die entscheidenden Ärzte eine unmittelbare Abwägung zwischen der Lebensrettung für den einen Menschen und dem ungestörten Sterbenlassen eines anderen voraussetzen. Dieser Zusammenhang ist aber bei den Organentnahmen in der Regel gerade nicht gegeben. Vielmehr wird in einem Krankenhaus, in dem zufällig ein Verkehrsoffer mit Schädel-Hirn-Trauma nicht gerettet werden kann und infolge des intensivmedizinischen Eingreifens „hirntot“ daliegt, eine Entscheidung für eine Organentnahme getroffen für einen Organempfänger, der zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht bekannt sein kann, der vielmehr erst durch die Meldung an ein Transplantationszentrum oder an eine entsprechende Zentralstelle gefunden werden wird. Erst durch diese Meldung wird der Zusammenhang hergestellt, den der §34 StGB voraussetzt.

Der gleiche Denkfehler zeigt sich übrigens auch in der Kausalität, dass „jährlich mehr als 500 Menschen in der Bundesrepublik Deutschland sterben, weil ihnen nicht rechtzeitig ein Spenderorgan für eine Transplantation zur Verfügung steht.“ (Gesetzentwurf der Fraktion der SPD: Transplantationsgesetz für das Land Rheinland-Pfalz 1992)

Sterben sie wirklich, weil sie nicht rechtzeitig ein Ersatzteil bekommen? Sterben sie nicht deshalb, weil sich ihr Lebensbogen geschlossen hat, vielleicht zu einem Zeitpunkt, den sie nicht akzeptieren wollen oder können? Sterben sie nicht deshalb, weil ihr Körper ihnen den Dienst versagt oder weil eine vergiftete Umwelt oder ungesunde Lebensweise sie so schwer geschädigt hat, dass sie nicht weiterleben können? Können sie denn einen Anspruch geltend machen auf die Organe anderer Menschen? Wie sollte sich ein solches „Recht

auf fremde Organe“ begründen lassen? So verständlich der Wunsch und die Hoffnung schwerkranker Menschen auch sind, mit der Hilfe der Organe anderer Menschen weiterzuleben oder auch nur besser zu leben – ein Zusammenhang, der uns, die wir nicht bereit sind zur Organspende, für schuldig erklärt an ihrem Tod, ist nicht gegeben. Ihn zu unterstellen ist eine Ungeheuerlichkeit, die wohl verständlich ist aus der Parteinahme für die potenziellen Organempfänger, die aber die eigentliche Zielsetzung dieses Gesetzentwurfs klar zutage treten lässt: es geht darum, das Aufkommen an Spenderorganen zu erhöhen – gewissermaßen das Ersatzteillager zu vergrößern.

Am deutlichsten hat der Bayerische Senat in einem Beschluss vom 04.06.1992 diese Zielsetzung formuliert: „Durch das geforderte Gesetz sollen der ständige Bedarf an Spenderorganen besser erfüllt, die heute schon unerträglichen Wartezeiten für betroffene Patienten verkürzt und die für die Ärzte notwendige Rechtssicherheit geschaffen werden.“ Es liegt gar nicht in der Absicht solcher Erklärungen, das elementare Menschenrecht auf Schutz des Lebens auch im Sterben, das Recht darauf, dass wir auch im Sterben vor dem Zugriff von Fremdinteressen geschützt werden, zu sichern. Es geht auch nicht darum, die Freiwilligkeit und damit Menschenwürdigkeit von Organspendern nach Möglichkeit zu sichern. Das Transplantationsgesetz ist ein Organbeschaffungsgesetz. (26)

Da die Gesetzentwürfe, die eine „Widerspruchs-“ beziehungsweise „Informationslösung“ favorisierten, mittlerweile vom Tisch sind, geht es heute um die Frage: „Enge oder erweiterte Zustimmungslösung?“ Am 28. Juni 1995 fand vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eine Expertenanhörung zur Vorbereitung eines Transplantationsgesetzes statt. Zentrales Thema war die Bewertung des Hirntodes sowie der „engen“ oder „erweiterten Zustimmungslösung“.

- Die Vertreter einer „engen Zustimmungslösung“ gehen davon aus, dass der Hirntod nicht identisch ist mit dem Tod des ganzen Menschen. Der Hirntod ist für sie Teil des Sterbeprozesses. Ist der Hirntod eingetreten, geht das Leben des Menschen irreversibel zu

Ende. Das Sterben ist aus dieser Sicht ein Teil des Lebens und untersteht so den grundgesetzlich verankerten Grundrechten auf Schutz des Lebens und der Unversehrtheit der Person. (Art.2 Abs.2 Satz1 GG)

Vor diesem Hintergrund bedeutet die Einwilligung zur Organspende, dass der oder die Betreffende einer kurzzeitigen Verlängerung seines / ihres Sterbeprozesses im Interesse einer Lebensrettung beziehungsweise Leidensminderung Dritter zustimmt. Diese Entscheidungsfreiheit der potenziellen Organspender ergibt sich aus dem Recht auf Selbstbestimmung gemäß Art.2 Abs.1 GG. Daraus ergibt sich auch, dass kein anderer, auch kein Angehöriger, diese Entscheidung stellvertretend treffen darf. Denn es kann nicht sein, dass, wenn ich selber mich nicht zum Opfer der Organspende habe entschließen können, irgendein anderer meine Organe und damit mein Sterben als Opfer darbringt und dazu noch unterstellt, damit meinen Willen zu erfüllen.

- Die Vertreter der „erweiterten Zustimmungslösung“ lehnen diese Auffassung des Hirntodes ab. Für sie ist der Tod des Gehirns identisch mit dem Tod des ganzen Menschen. Nach dem Hirntod ist ein Mensch kein Sterbender mehr, sondern ein Leichnam. Daher greifen nach dieser Auffassung die Grundrechte auf Schutz des Lebens und Unversehrtheit des Leibes nicht mehr. Die Interessen von Menschen, die der Organe bedürfen, sind für sie höher zu werten als der postmortale Persönlichkeitsschutz. Daher ist eine „erweiterte Zustimmungslösung“ legitim. Nicht zuletzt sind sie der Ansicht, dass allein diese Lösung die Voraussetzungen schafft, um langfristig genügend transplantierbare Organe zur Verfügung zu stellen. (27)

Die Absage an die Gleichsetzung des „Hirntodes“ mit dem Tod des Menschen wird häufig – insbesondere von Transplantationschirurgen – als fundamentaler Angriff auf die Organtransplantation empfunden. So formulierte der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, dass es künftig keine Transplantationen mehr geben wird, wenn der Hirntod nicht der Tod des ganzen Menschen ist. Die Befürworter des Hirntod-Konzepts gehen sogar noch weiter und machen geltend, dass

bei Ablehnung der Hirntod-Konzeption die Organentnahme gegen das Verbot der „Tötung auf Verlangen“ (§216 StGB) verstoße und die Tür zur aktiven Euthanasie öffne. Beide Einwände greifen jedoch nicht: wer in eine Organentnahme einwilligt, stimmt nicht einer Lebensverkürzung zu, sondern erlaubt damit eine Verlängerung seines Sterbens zugunsten Dritter. Es handelt sich also weder um einen Akt der Tötung auf Verlangen noch um aktive Sterbehilfe.

Für die „erweiterte Zustimmungslösung“ treten verstärkt Mediziner aus dem Transplantationsbereich, das Kuratorium für Heimdialyse und Nierentransplantation (KfH) und der Ärztenbund ein. Bei den enormen Gewinnspannen durch die Organtransplantationen liegt die Vermutung nahe, dass hier nicht reine Selbstlosigkeit im Spiel ist. Auf der anderen Seite sind es vornehmlich kritische Ärzte, Pflegeverbände oder alternative Organisationen, die für eine „enge Zustimmungslösung“ plädieren. Sie sind nicht grundsätzlich gegen die Organtransplantation. Sie wollen aber im Sinne der Patienten handeln und dafür sorgen, dass die Organentnahme unter humanen Bedingungen geschieht, die die Würde des Sterbenden achtet. Dies kann aber nur die „enge Zustimmungslösung“ gewährleisten. (28)

➤ Organhandel – Das Geschäft mit dem Ersatzteillager Mensch
- Die Vermarktung des menschlichen Körpers -

Die Transplantationsmedizin der letzten zehn Jahre hat aus unserem Körper ein Ersatzteillager gemacht. Innere Organe, die Haut und eine ganze Reihe anderer Körperbestandteile und -stoffe sind allesamt zu vermarktbareren Waren geworden.

In den frühen 80er Jahren bot ein Amerikaner aus Georgia, der einen Schnellimbiss kaufen wollte, eine seiner Nieren für 25.000 \$ zum Verkauf an. Andere Leute aus demselben Bundesstaat hatten wesentlich niedrigere Summen verlangt, in einem Fall nur 5.000 \$. In Kalifornien lag der Marktwert für Nieren wesentlich höher - einige Anbieter verlangten bis zu 160.000 \$. Einer der aufsehenerregendsten Fälle der Vermarktung von Organen war der Versuch, eine internationale Nierenbörse zu gründen, den Dr. H. Barry Jacobs im Jahre 1983 unternahm. Hier sollten Organe aus aller Welt angekauft und mit Profit an zahlungskräftige Kunden weiterverkauft werden. Jacobs' Plan rief in der Öffentlichkeit heftige Aufregung hervor, die mit dazu beitrug, dass der US-amerikanische Kongress den National Organ Transplant Act (NOTA) erließ, ein Verbot jeglichen Verkaufs von Transplantationsorganen.

1989 wurde ein weiterer Versuch unternommen, einen internationalen Organhandel aufzuziehen, dieses Mal durch einen westdeutschen Geschäftsmann, der von Großbritannien aus einen europäischen Nierenmarkt etablieren wollte. Im selben Jahr untersagte die britische Regierung den Verkauf von Organen, nachdem ein Türke in der Presse behauptet hatte, durch ein Stellenangebot nach Großbritannien gelockt worden zu sein, wo man ihn in ein Krankenhaus entführt und ihm eine Niere entnommen habe, die auf einen wohlhabenden Kunden übertragen worden sei. (Time 17.06.1991)

Trotz aller Auseinandersetzungen und Verbote werden weltweit jährlich Zehntausende von Organen gehandelt. Die Spender kommen aus Indien, Afrika, Lateinamerika und Osteuropa. Sie verkaufen ihre Organe, um ihren Lebensunterhalt zu sichern, Schulden zu tilgen oder um ihre Ausbildung zu finanzieren. In Ägypten kostet eine Niere

heutzutage zwischen 10.000 und 15.000 \$ oder den entsprechenden Gegenwert in Fernsehapparaten oder anderen elektronischen Geräten (New York Times 23.12.1991). In Indien kostet die Niere eines Lebendspenders 1.500, eine Netzhaut 4.000 und ein Stück Haut 50 \$. Indische und pakistanische Patienten, die unter ihrer Verwandtschaft keine Organspender finden, bieten in Zeitungsanzeigen bis zu 4.300 \$ für eine Niere. (Time 17.06.1991)

Nach neueren Untersuchungen sind die indischen Anbieter in der Mehrzahl arme Arbeiter, für die der Erlös eines Organverkaufs mehr Geld bringt, als sie in ihrem ganzen Leben zusammensparen können. Der indische Organbasar hat sich als sehr profitabel erwiesen. So wird berichtet, dass in Bombay „reiche Araber in Massen auftauchen, die Nieren zu jedem Preis kaufen und sie sich in teuren Kliniken einpflanzen lassen“ (World Press Review 38, Februar 1991). Madras ist ein beliebter Handelsplatz für Organkäufer aus Singapur oder Thailand. Trotz des Unbehagens der indischen Mediziner hat sich die dortige Regierung bislang nicht zu einem Verbot des Organhandels durchringen können.

Aus der ganzen Welt wird Skandalöses über den Handel mit Organen berichtet. Ein besonders abstoßender Fall ereignete sich, dem British Medical Journal zufolge, in Argentinien, wo ein staatliches psychiatrisches Krankenhaus in der Nähe von Buenos Aires Blut, Hornhäute und andere Organe von ermordeten Patienten verkaufte. Den Angehörigen teilte man mit, ihre Verwandten seien gestorben oder entflohen. Von 1976 bis 1991 gab es über 1.400 Fälle von „Flucht“ und ebenso viele Todesfälle. Nach Beschwerden von Angehörigen wurde das Krankenhaus durchsucht, und die Behörden fanden die Überreste einiger angeblich Entflohener, darunter die Leiche eines 16jährigen Jungen, dem die Augen fehlten. Der Chef der Anstalt und elf weitere Angestellte wurden in Haft genommen. (Parade 23.09.1992)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellte in einem Bericht von 1991 fest, dass der Verkauf von Organen aus der Dritten Welt „alarmierende Ausmaße“ angenommen habe, und forderte die Mitgliedsländer auf, den Organhandel zu unterbinden. Auch die

europäischen Gesundheitsminister legten 1987 einen alarmierenden Bericht vor, in dem es heißt: „Seine Organe zu spenden ist unzweifelhaft eine zutiefst menschliche Geste. Ohne eine rechtliche und praktische Regulierung aber lauert hier eines der größten Risiken, das der Mensch jemals eingegangen ist, wenn er nämlich bereit ist, seinen Körper und sein Leben für einen Marktpreis zu verkaufen. Viele arme oder reiche Länder haben es ... mit einem sich ausweitenden Organmarkt zu tun.“ (Zit. n. Lamb 1990: 134f.)

Aber dieser Markt findet auch seine Verfechter. So verspricht sich der amerikanische Jurist Lloyd R. Cohen sehr viel von einem marktwirtschaftlichen Ansatz:

„Märkte sind höchst effektiv, wenn es darum geht, Güter einer möglichst viel Nutzen bringenden Verwendung zuzuführen. Und für kein Gut gilt dies mehr als für die Organe eines Leichnams. Der Unterschied zwischen dem Nutzen, den eine Niere für einen Toten hat, und dem Nutzen, den sie für einen Lebenden hat, bringt einen erheblichen Preisunterschied mit sich, der zu einem alle Seiten befriedigenden Austausch führen kann.“ (UNOS Update, Nov. 1992)

Allen Rufen nach einem freien Markt liegt der moderne Glaube zugrunde, dass das Gesetz von Angebot und Nachfrage zu einer gerechten Lösung des Dilemmas des Organhandels führe, „der Glaube an die vermeintlich effizienten Marktmechanismen“ (Lamb 1990).

Und doch sind - den Sirenenrufen des Marktes zum Trotz - die seit langem vorgetragenen Argumente gegen den Organhandel zwingend. Ohne Zweifel würden Profitanreize das Angebot an Organen erhöhen, aber zugleich bedeutet der Handel mit Organen einen entscheidenden Rückschritt für unsere gesellschaftliche Haltung dem Körper gegenüber. Dr. Renee C. Fox von der University of Pennsylvania äußert sich besorgt über die massive „Ökonomisierung“ unserer Sprache, wenn es um Organspenden und den Körper geht. „Die Rede vom ‚Geschenk des Lebens‘ und vom Altruismus, zu dem es verpflichtet, ist verschwunden zugunsten einer Diskussion über die Transplantations- ‚Industrie‘, über ‚Angebot‘, ‚Nachfrage‘ und ‚Knappheit‘ von Organen und menschlichen Körperteilen - die im Amerikanischen oft einfach

nur mit der Abkürzung ‚HBPs‘ (Human Body Parts) bezeichnet werden.“ Nach Fox’ Meinung ist es für die Gesellschaft wie für die praktische Medizin von größter Bedeutung, sich der Vermarktung von Organen zu widersetzen:

„Es ist weder zufällig noch grundlos, dass sich mit der Organtransplantation seit ihren Anfängen die Vorstellung verbindet, dass der menschliche Körper und die außerordentliche Freigebigkeit eines Organspenders viel zu wertvoll seien, als dass man sie zu einer Ware machen dürfte ... Die Übertragung von Organen beruht auf der Idee, dass mit der Spende Leben geschenkt wird, auch wenn der Vorgang selbst verlangt, dass wir in den Körper eindringen und in einer Weise mit ihm umgehen, die wichtige Tabus verletzt. Daher besitzt die Organspende einen hohen moralischen Stellenwert und eine transzendente Bedeutung. Sie gewinnt ihre Berechtigung aus ihrer Verbindung mit den Werten des Altruismus, der Solidarität und der Gemeinschaft. Dies sind nicht nur zentrale Werte der Medizin, sondern wir alle richten uns nach ihnen, wenn wir uns als Mitglieder einer Gesellschaft verstehen und einen Beitrag zu ihr leisten, der über uns selbst hinausweist.“ (UNOS Update, Nov. 1992)

Außerdem ist der Ruf nach einem freien Markt, wie die sich mehrenden Berichte aus der Dritten Welt zeigen, oft nur ein Euphemismus für die Ausbeutung der Armen durch die Reichen. Mittlerweile wird auch schon überlegt, ob wir nicht das Angebot an Organen erhöhen können, indem wir auch anderen machtlosen und unterdrückten Menschen einen solchen „Ausweg“ anbieten. So wurde schon vorgeschlagen, Langzeithäftlingen gegen die Spende eines Organs einen Teil der Strafe zu erlassen. Solche Pläne sollten in einer zivilisierten Gesellschaft nicht zur Grundlage staatlicher Politik gemacht werden. Der Zweck heiligt hier nicht die Mittel.

So gibt es bestimmte Formen der Ausbeutung, die auch in einem marktwirtschaftlichen System nicht geduldet werden. Wir untersagen es den Menschen, sich selbst in die Sklaverei zu verkaufen. Wir verbieten Prostitution. Wir verweigern den Menschen das „Recht“, ihre Arbeitskraft für weniger als einen bestimmten Mindestlohn zu

verkaufen. Wir schränken die Freiheit der Arbeitgeber ein, wenn wir Benachteiligungen aufgrund von Hautfarbe, Religion, Geschlecht oder Behinderung verbieten. Und die Vermarktung von Organen fällt eben genau in diese Kategorie ausbeuterischer Praktiken, die zu Recht verboten sind. (29)

In Deutschland gibt es zwar keinen Organhandel, wohl aber offenbar Vermittlungen für Patienten, die sich etwa in Indien transplantieren lassen. Das Bundesjustizministerium hat einen Gesetzentwurf erarbeitet, der nicht nur den Handel selbst, sondern auch die Vermittlung dafür unter Strafe stellen wird. Dies wird einen gewissen Schutz bieten, ganz wird man den Organhandel jedoch nicht mehr in den Griff bekommen, da bundesdeutsche Gesetze keinen Einfluss auf den Organhandel im Ausland haben können. (30)

➤ Zur Kritik an der Position der beiden großen Kirchen in Deutschland zum Thema Organtransplantation

Ich möchte an dieser Stelle die Stellungnahme der beiden großen Kirchen in Deutschland kritisieren, die in einer gemeinsamen Erklärung vom 02. Juli 1990 die Organtransplantation und die Voraussetzung ihrer Durchführung - das Hirntod-Kriterium - offiziell befürworteten. Ich kann nicht verstehen, dass sowohl die Deutsche Bischofskonferenz als auch der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland sich so leichtfertig auf die Gleichsetzung von „Hirntod“ mit dem Tod des Menschen eingelassen haben und damit die alte dualistische Anthropologie erneuert haben, nach der der Mensch eine zeitweilige Verbindung von Soma und Psyche ist, die sich im Tode löst. Es war die Vorstellung einer unsterblichen Seele in einem sterblichen Leib. Das Hirntod-Konzept stellt eine ganz andere Zerteilung dar: nämlich zwischen dem Gehirn als biologischer Grundlage für die menschliche Geistestätigkeit und für die Integration „des selbständigen und aus sich selbsttätigen Organismus“ und einem „Restkörper“, der ohne die integrierende Leistung des Gehirns nur noch eine „Teilsomme von Organen“ darstellt. (31)

Die Tatsache, dass kirchliche Gremien diesen Dualismus akzeptiert haben, erscheint um so befremdlicher, als sich in der protestantischen und römisch-katholischen Theologie ganz überwiegend die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass der Mensch als unteilbare Einheit von Leib und Seele anzusehen ist, und zwar von seiner Geburt an und auch im Sterben. Der Körper gehört untrennbar zur Person des einzelnen Menschen dazu und ist keine Hülle um eine unsterbliche Seele, die im Sterben und im Tod plötzlich als bedeutungslos wegfällt. Das Personsein des Menschen endet nicht im Sterben. Aufgrund dieser ganzheitlichen Sicht des Menschen ist eine Explantation von „Hirntoten“ nicht zu rechtfertigen, weil dies eine unerträgliche Verletzung der Integrität der sterbenden Person darstellt, es sei denn, der Patient hat ausdrücklich und persönlich die Erlaubnis zu diesem Eingriff erteilt, und zwar in schriftlicher Form.

Konsequenterweise müsste dann auch der Beginn des eigentlich menschlichen Lebens an den Nachweis von Gehirntätigkeit oder funktionsfähigem Hirngewebe gebunden werden. Es wäre dann auch statthaft, in dieser vor-menschlichen Phase die Embryonen abzutreiben und an ihnen zum Beispiel gentechnologische oder pharmakologische Experimente durchzuführen. Aber das ungeborene Leben halten die Kirchen ja bekanntermaßen für besonders schutzwürdig, warum nicht auch das sterbende Leben?

Die von den beiden großen Kirchen herausgegebene Schrift hat die Bereitschaft von Christen zur Explantation von Organen als „Zeichen der Nächstenliebe“ bezeichnet und zugleich von einer „Notwendigkeit der Organspende“ gesprochen. (32)

Dabei wird unterstellt, dass die lebensbedrohliche Erkrankung eines Menschen bereits den zureichenden Grund dafür abgibt, dass er einen Anspruch auf Ersatzorgane von einem hirntoten Menschen geltend machen und geradezu die Pflicht des Organspenders zur Weitergabe seiner Organe postulieren kann.

Aber Organspende ist keine Bringschuld. Ich halte es für unerträglich, moralischen Druck auf die Bevölkerung auszuüben, um die Organspende-Bereitschaft zu erhöhen. Das gipfelt sogar in der Forderung, dass nur derjenige einen Anspruch auf Spenderorgane hat, der auch selbst bereit ist im Falle seines Hirntodes Organe zu spenden. Nach dieser Logik dürfte auch nur der Patient eine Bluttransfusion erhalten, der selbst Blutspender ist.

4. SCHLUSS

Plädoyer für eine humane Transplantationsmedizin

Ich möchte abschließend eine ethische Beurteilung der Transplantationsmedizin und der damit in Zusammenhang stehenden Problematiken abgeben.

Ich bin nicht grundsätzlich gegen die Transplantationsmedizin. Es wäre auch völlig unrealistisch ein Ende dieser Medizintechnik zu fordern. Dies wäre ebenso ein Affront gegen die vielen potenziellen Organempfänger, deren Leben am seidenen Faden hängt und deren Überleben von einem passenden Spenderorgan abhängt. Man kann die rasante Entwicklung dieses Medizin-Zweiges nicht stoppen oder gar rückgängig machen. Aber je weiter die Medizin sich vorwagt in Grenzbereiche des menschlichen Lebens, desto wichtiger ist es, dass sie auch von Nicht-Medizinern, vor allem Juristen und Ethikern beziehungsweise Theologen, kontrolliert wird. Es darf nicht sein, dass allein die Transplantationschirurgen in diesem Bereich den Kurs bestimmen.

Meine Kritik an der gängigen Praxis der Organübertragung setzt an der Hirntod-Verabredung an. Erst die Gleichsetzung des „Hirntodes“ mit dem Tod des Menschen ermöglichte eine Transplantationsmedizin im großen Stil. Denn die Organe müssen lebensfrisch entnommen werden, können nur kurze Zeit konserviert werden, um dann dem Empfänger implantiert zu werden. Also wurden die Patienten mit irreversibel zerstörtem Gehirn für tot erklärt, so dass die Transplanteure ihnen getrost die Organe entnehmen konnten, ohne ein schlechtes Gewissen zu heben und ohne sich dem Vorwurf der Körperverletzung oder gar Tötung aussetzen zu müssen.

Aber ein hirntoter Mensch ist nicht tot, sondern er liegt im Sterben. Spätestens an diesem Punkt sollten die Ärzte ihn seinem Sterben überlassen, weil sein Leben nicht mehr gerettet werden kann und jedes weitere Eingreifen keinen Sinn mehr machen würde, da die Prognose infaust ist. Wenn dieser Patient nun doch durch intensivmedizinische Maßnahmen am Sterben gehindert wird, weil seine Organe für einen Empfänger benötigt werden, so wird hier nicht

im Interesse des Sterbenden gehandelt, sondern es liegen fremdbestimmte Zwecke vor. Dieses Eingreifen in den Sterbevorgang eines Menschen kann nur durch den Patienten selbst legitimiert werden, wenn er ausdrücklich und bei vollem Bewusstsein seinen Willen bekundet hat, dass er seine Organe spenden will, und wenn er dies auch in schriftlicher Form zum Ausdruck gebracht hat. Nur in diesem Fall kann man auch von einer „Organspende“ im wahrsten Sinne des Wortes sprechen. Dieser erklärte Wille kann auch von keinem anderen Menschen stellvertretend ersetzt werden. Deshalb kommt für mich als gesetzliche Regelung der Transplantationsmedizin nur die „enge Zustimmungslösung“ in Frage. Eine weitere Gefahr der Hirntod-Konzeption sehe ich in der Ausweitung der Definition vom „Ganzhirntod“ zum „Teilhirtod“, wie es ja bereits in den USA gefordert wird. Das würde bedeuten, dass zum Beispiel anenzephalie Säuglinge, also solche ohne Großhirn geborenen, einfach für tot erklärt werden und als Ersatzteillager für Spenderorgane ausgeschlachtet werden können. Ebenso könnte man mit Apallikern verfahren, mit Patienten im vegetativen Zustand, deren „höhere“ Gehirnfunktionen ausgesetzt haben. Wie weit ist es dann noch, bis auch die Alzheimer-Kranken für tot erklärt werden? Schließlich sollte auch die Gefahr der Kommerzialisierung der Transplantationsmedizin in Form des Organhandels nicht unterschätzt werden. Denn die Vervollkommnung der Operations-Technik eröffnet Möglichkeiten für ein Geschäft, das noch mehr Profit verspricht als der Drogenhandel, denn es wird das Geschäft mit dem Leben selbst sein. Wenn das Leben aber zur Ware wird, ist jeder Mensch potenziell im höchsten Maße bedroht. Meine kritischen Anfragen an die Organtransplantation richten sich also an die Medizin im Ganzen: will sie Heilung und Lebensrettung fördern, soweit dies mit verantwortlichen Mitteln möglich ist, oder betreibt sie das Überleben um jeden Preis? Kann sie zulassen, dass gestorben werden muss und kann, wenn es an der Zeit ist, oder dringt sie auf die Verwertung sogar noch des sterbenden Menschen für die Überlebensrettung anderer? Und sie richten sich an die politische

Kultur in unserer Gesellschaft: können diese Fragen nach politischen, ethischen und anthropologischen Gesichtspunkten in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung entschieden werden, möglicherweise auch gegen die herrschenden Trends in den meisten unserer Nachbarländer? Oder überlassen wir sie den jeweiligen Spezialisten und befördern somit eine Technokratie mit für die Gesellschaft totalitären Konsequenzen?

Zu fordern ist daher:

- von der Medizin insgesamt eine grundlegende Besinnung auf die Grenzen des ärztlichen Heilauftrags;
- von den Ärztekammern die Beschränkung ihrer Hirntodrichtlinien auf die für die Feststellung der äußeren Behandlungsgrenze bei einem sterbenden Menschen erforderlichen Kriterien. Die Bewertung dieses Befundes als „Tod des Menschen“ ist ein unverantwortlicher Übergriff, in dessen Folge am Ende hirntote Menschen zu allem herhalten müssen, was Medizintechnologie möglich macht: als Ersatzteillager für transplantierfähige Organe, als Gebärd-Apparat für Kinder, als Testkörper für pharmazeutische Experimente, womöglich als Übungsfeld für den chirurgischen Nachwuchs;
- von den Politikern eine klare Parteinahme für das elementare Menschenrecht auf Schutz des Lebens (auch im Sterben) und eine klare Absage an jede Form eines Transplantationsgesetzes, das Organentnahmen ohne oder gar gegen die erklärte schriftliche Zustimmung des Spenders ermöglichen soll;
- von den christlichen Kirchen, dass sie die skandalöse einseitige und die Problematik verharmlosende Parteinahme für Organspende als Christenpflicht in der Gemeinsamen Stellungnahme „Organtransplantationen“ der römisch-katholischen Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland widerrufen und eine gründlichere Stellungnahme erarbeiten lassen;
- von den Organspende-Organisationen, dass sie die Bevölkerung umfassend informieren und aufklären. Denn die allgemeine Propaganda für die Organspende bietet nicht wirklich Information. In

der „Aufklärung“ der Bevölkerung nimmt die Statistik des Organmangels größeren Raum ein als die verantwortliche Information über Bedingungen und Problematik der Explantation sowie des Lebens mit fremden Organen. Diese Augenwischerei erweckt in mir ein tiefes Misstrauen. Es wird in der Transplantationsmedizin zu viel gelogen - jedenfalls, wenn das gezielte Verschweigen wichtiger Informationen Lüge genannt werden darf. Und selbst wenn jemand einen Organspendeausweis ausfüllt und bei sich trägt, kann kein Arzt ermessen, welches Maß an Informationen dieser Entscheidung zugrunde liegt. Überall sonst in der Medizin, besonders in der Chirurgie, ist die umfassende Aufklärung des Patienten über Chancen, Verfahren und Folgen eines Eingriffs die unerlässliche Bedingung dafür, dass das Handeln der Ärzte als verantwortlich auch gegen strafrechtliche Sanktionen anerkannt werden kann. Wie können wir uns bei der Organtransplantation mit Erklärungen wie einem Organspendeausweis zufrieden geben, von denen niemand weiß, ob sie aus einer informierten Entscheidung oder aus Verführung durch eine unwahrhaftige Werbung hervorgegangen sind? Einer der gängigsten Verführungstricks in den Medien ist zum Beispiel die summarische Behandlung von Blut-, Knochenmark- und Organspenden, als gebe es da keine Unterschiede im Verfahren und in der Problematik. (33)

5. ANMERKUNGEN

- (1) nach Hauck/Müller: „Zur Sache: Organspende“ , S. 9ff.
- (2) nach Hoff/in der Schmitt: „Wann ist der Mensch tot?“ S.154ff.
- (3) nach Angstwurm: „Der ‚Hirntod‘ ist ein sicheres Todeszeichen des Menschen“ in „Themen“, Verlagsbeilage im journalist/prmagazin April 1994, S.24
- (4) nach Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Deutsche Gesellschaft für Neurologie und Deutsche Physiologische Gesellschaft: „Hirntod“, S.6f.
- (5) nach Hoff/in der Schmitt: „Wann ist der Mensch tot?“ S.169ff.
- (6) a.a.O., S.203
- (7) Jonas, Hans: „Technik, Medizin und Ethik“, S.222
- (8) nach Grewel: „Gesellschaftliche und ethische Implikationen der Hirntodkonzeption“ in: Hoff/in der Schmitt (Hg.): „Wann ist der Mensch tot?“ S.337
- (9) a.a.O., S.188ff.
- (10) siehe Anm. (8), S.341ff.
- (11) nach Kimbrell: „Ersatzteillager Mensch“, S.49
- (12) siehe Anm. (8), S.341ff.
- (13) nach Hauck/Müller: „Zur Sache: Organspende“, S.47f.
- (14) Vgl. Kramer/Zumsteg: Grenzerfahrungen in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger 31.Jahrg.9/92 S.800
- (15) Vgl. Lerut:Geleitwort. In: Dringenberg: Organtransplantation, Bern 1992, S.9
- (16) Vgl. Grosser: Organentnahme aus der Sicht einer Krankenschwester im Operationsdienst. In: Striebel/Link: Ich pflege Tote. Basel 1991.
- (17) Vgl. Gramm/Zimmermann/Meinhold/Dennhardt/Voigt: Hemodynamic responses to noxious stimuli in brain-dead organ donors. In: Intensive Care Medicine 1992, S.493ff.

- (18) Siehe in diesem Zusammenhang auch: Wellendorf: „Was kann man einem Menschen zumuten, ohne ihn zu zerstören?“ In: Greinert/Wuttke: „Organspende“, Göttingen 1993, S.111-121
- (19) nach Hensel: „...manchmal ist das richtig unheimlich. Über die Empfindungen von Mitarbeitern auf Intensivstationen.“ In: Dr. med. Mabuse, 20.Jahrg., Nr.97, S.26ff.
- (20) nach Schoeppe: „Die Deutsche Stiftung Organtransplantation“, in: „Themen“, Verlagsbeilage im Journalist/Prmagazin April 1994, S.7
- (21) nach Renner: „Organspende und -transplantation aus medizinischer und juristischer Sicht“, in: Trägergemeinschaft Katholischer Krankenhäuser im Bistum Trier: „Organspende und Organtransplantation“, Dokumentation der Jahrestagung 1991, S.10f.
- (22) nach Wellendorf: „Der Zweck heiligt die Mittel?“ in: Hoff/in der Schmitt: „Wann ist der Mensch tot?“ S.385ff.
- (23) siehe Anm. (18)
- (24) nach Greinert/Wuttke: „Organspende“, S.179ff.
- (25) nach Fahr: „Vom Sterbeprozess zum Todeszeitpunkt“, in: Pflege aktuell 11/95, S.746
- (26) siehe Anm. (8), S.332ff.
- (27) siehe Anm. (25), S.746ff.
- (28) nach Knoche: „Der andere Tod. Zur Kontroverse um das Hirntodkonzept“, in: Dr. med. Mabuse, 20.Jahrg., Nr.97, S.32ff.
- (29) siehe Anm. (11), S.36ff.
- (30) nach einem Interview mit Prof. Dr. med. F.W.Eigler von der Universitätsklinik in Essen über die Probleme der Transplantationsmedizin, in: Hauck/Müller: „Zur Sache: Organspende“, S.131f.
- (31) Angstwurm (1990): „Der Hirntod - ein sicheres Todeszeichen“. In WMW Diskussionsforum Medizinische Ethik Nr.4/Okt.1990
- (32) Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Organtransplantationen“, S.26
- (33) siehe Anm. (8), S.339ff.

6. LITERATURVERZEICHNIS

a) Bücher:

- Greinert, Renate / Wuttke, Gisela (Hg.):
Organspende. Kritische Ansichten zur
Transplantationsmedizin. Göttingen 1993
- Hauck, Waltraut / Müller, Frank:
Zur Sache: Organspende
Düsseldorf 1994
- Hoff, Johannes / in der Schmitt, Jürgen (Hg.):
Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und
Hirntodkriterium. Reinbek bei Hamburg 1994
- Jonas, Hans:
Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips
Verantwortung. Frankfurt am Main 1990
- Kimbrell, Andrew:
Ersatzteillager Mensch. Die Vermarktung des Körpers.
Frankfurt am Main 1994
- Striebel, Hans Walter / Link, Jürgen (Hg.):
Ich pflege Tote. Die andere Seite der
Transplantationsmedizin. Basel/Baunatal 1991

b) Fachzeitschriften / Broschüren:

- Arbeitskreis Organspende:
Organspende rettet Leben! Antworten auf Fragen.
Neu-Isenburg 1995
- Arbeitskreis Organspende:
Träbergemeinschaft Katholischer Krankenhäuser im Bistum
Trier. Organspende und Organtransplantation.
Dokumentation der Jahrestagung 1991. Sonderdruck.
Trier 1992
- Arbeitskreis Organspende:
Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen
Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche
in Deutschland. Sonderdruck.
Bonn/Hannover 1990

- Arbeitskreis Organspende:
Themen. Organspende - eine gemeinsame Aufgabe.
Verlagsbeilage im Journalist/Prmagazin April 1994.
Remagen-Rolandseck/Neu-Isenburg
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Deutsche Gesellschaft für Neurologie,
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie,
Deutsche Physiologische Gesellschaft:
Hirntod. Erklärung Deutscher Wissenschaftlicher Gesellschaften
zum Tod durch völligen und endgültigen Hirnausfall.
Neu-Isenburg 1995
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK):
DBfK-Verlag
Redaktion „Pflege aktuell“:
Ausgabe 11/95
Eschborn 1995
- Mabuse-Verlag GmbH:
Dr. med. Mabuse
Zeitschrift im Gesundheitswesen
Nr.97, August/September 1995, 20. Jahrgang
Frankfurt am Main 1995
- Zeitverlag:
Dr. Theo Sommer (Hg.):
Zeit-Punkte. Was darf der Mensch?
Die Zeit. ZeitMagazin (Sonderdruck)
Hamburg 1995

