

Organe spenden? - Im Grenzbereich zwischen Leben und Tod



Andreas Zieger

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
und CvO Universität Oldenburg

www.a-zieger.de

Vortrag Frankenberger Winterabende, 19.02.2014, Goslar

Welchen Tod stirbt der Mensch?

Philosophische Kontroversen zur Definition
und Bedeutung des Todes

(Esser, Kersting und Schäfer 2012)

„Ein sicheres Kriterium für den
menschlichen Tod gibt es nicht ...

Aus einem medizinisch-

naturwissenschaftlichen Verständnis heraus

[ist] keine angemessene Bestimmung des

Todes zu gewinnen ... Die personale

Dimension des menschlichen Lebens [muss]

berücksichtigt werden.“



Fragen

Ist das Kriterium „Hirntod“ hinreichend für die Definition des Todes des Menschen?

Ist eine Klärung mit „Denkwerkzeugen“ der politischen Philosophie möglich?

Welche Konsequenzen?

Denkwerkzeuge der politischen Philosophie

Begriffe und Kategorien, die Ziele und Funktionsweisen eines gesellschaftlichen Systems mit Blick auf Leben (Bios) = Körper des Bürgers verstehbar machen:

- **Biopolitik**
- **Biomacht**
- **Biomedizin, Biotechnik**
- **Bioethik**

(Foucault 1978, 2006; Agamben 2002, 2004; Gehring 2006)

Biopolitik ...

- „Mir scheint jedoch, daß die **Analyse der Biopolitik** nur dann durchgeführt werden kann, wenn man die allgemeine Funktionsweise dieser gouvernementalen Vernunft verstanden hat [...]. Wenn man also verstanden hat, was dieses Regierungssystem ist, das [Neo-/]Liberalismus genannt wird, dann, so scheint mir, wird man auch begreifen können, was die Biopolitik ist.“
(Foucault 2006:43)

(vgl. auch Agamben 2002, 2004; Gehring 2006)

Kennzeichen von [Neo-/]Liberalismus

- Ökonomische Zweckrationalität/Vernunft
- Materielle Werte bestimmen über Lebensweise (Kultur) und Menschenbild
- Wirtschaftliches Denken und Handeln wird immer mehr zum alleinigen Maßstab (Produktion, Gesundheit, Bildung, Schule...)
- Technisches Verständnis vom menschlichen Körper (ohne Seele, Geist, Person, Subjekt)
- Manipulierbarkeit und Verfügbarkeit über „Leben“ und „Körper“ („homo oeconomicus“)

Übersicht

- I Existenzielle Grundlagen
- II Moderne Medizin und Tod
- III Menschenbild und Ethik
- IV Todeskonzepte und aktuelle Entwicklungen
- V Ausblick

I Existenzielle Grundlagen

Anfang und Ende, Leben und Tod

Diesseits und Jenseits

Werden und Vergehen

Geburt und Sterben

- Angst vor Schmerzen, Abhängigkeit
- Todesfurcht: Verdrängung des Todes

Verleugnung der Endlichkeit des Lebens (als einzig **Sicherheit** im Leben)

Biotechnische Medizin und Transplantationsmedizin als Form von **Todesfurchtabwehr**?



Was ist „Sterben“?

- Das Nachlassen von *Lebenszeichen*, die den Sterbeprozess anzeigen (Zusammenbruch von Organfunktionen):
- Nachlassen von Kommunikation, Wahrnehmung, Wachheit, Ausscheidung und Herzschlag, Blutdruck, Temperatur, Atembewegungen, bis zum Herz- und Atemstillstand
- Phasenhafter *Prozess*: akut, über Stunden, Tage und Wochen.
- Der Mensch liegt *im Sterben*.

Was ist „tot sein“ bzw. „Tod“?

- Wenn eine Konstellation von *Todeszeichen* das **Ende des Absterbeprozesses des Lebens** und den **eintretenden Tod** anzeigt:
- Kreislaufzusammenbruch, Herz- und Atemstillstand
- Wenn (alle?) Lebensfunktionen eines Organismus **endgültig still stehen**, ist der Mensch gestorben.
- Der Tod ist eingetreten.

Sichere Todeszeichen

Die **Todeszeichen Herz- und Atemstillstand** werden nach kurzer Zeit durch

- **Blässe, Leichenflecken, Leichenstarre**

und

- **andere Todeszeichen**, die niemals zusammen mit **Lebenszeichen** auftreten, ergänzt.

Der Mensch gilt dann als „gestorben“, „tot“.

„Tod“ als kulturelle Vereinbarung

- Religiöse Einstellungen
- Menschenbild, Leib-Seele-Verhältnis
- Kultureller Hintergrund, „Zeitgeist“
- Wissenschaftliches Verständnis
- Stand der Technikentwicklung/Medizin
- Ökonomische, Herrschafts- und Machtverhältnisse
- Gesellschaftspolitische Ordnung/Souverän bzw. Biopolitik (Foucault 2006, Agamben 2002)

II Moderne Medizin und Tod

Erfahrungen mit dem „Schwarzen Tod“ (Pest)
1347-1353

- 25 Mio Tote
- europaweit

Veränderte
Einstellung
gegenüber
Sterben und Tod
(Bergmann 2004)



Übergang zur Neuzeit (Bergmann 2004)

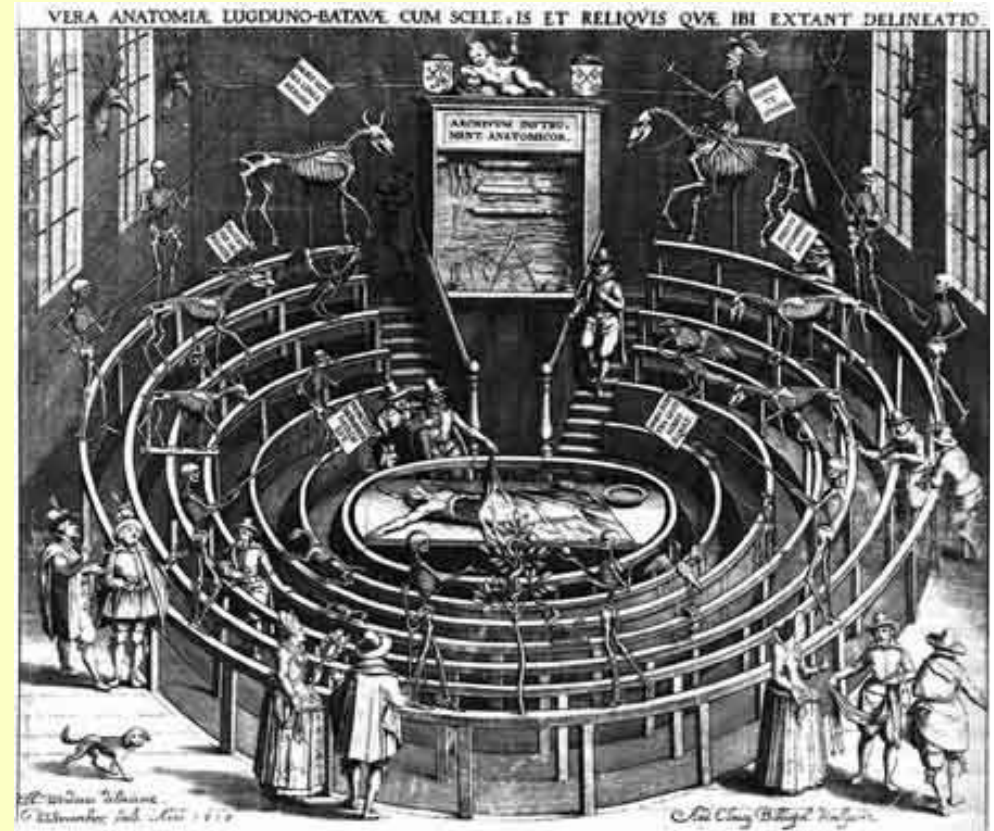
- Trennung des weltlichen vom religiösen Weltbild
- Schutz des Einzelnen durch Familie, aufkommende Städtegemeinschaft
- Entstehung vorwissenschaftlichen Denkens (Sir Francis Bacon)
- Der Körper wird zum Objekt von Malerei, Kunst, Wissenschaft, Medizin

Rembrandt, 1632, Den Haag



Anatomisches Theater mit Sezierung von Hingerichteten (Bergmann 2004)

- Zergliederung von Körper/Leiche durch Zerstörung des (Rest)Lebens (ohne eine „Seele“ zu finden)
- Rationale Analyse und Zerteilung als Grundfigur „aufgeklärten“ „Fortschritts“-Denkens



Leiden, ca. 1700

Rationalismus in Neuzeit und Aufklärung

Trennung von Körper und Geist
Leib und Seele/Bewusstsein:

Descartes (1596-1650)

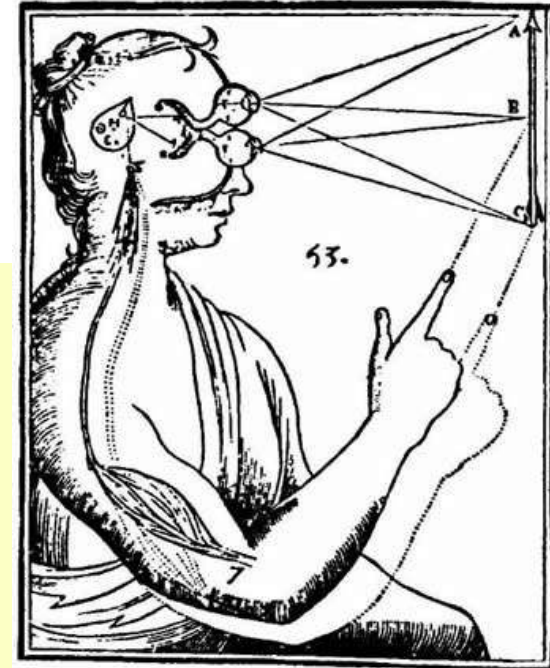
- *res extensa* – *res cogitans*

Habeas corpus Akt (König Karl II., 1679)

Mechanistisches Menschenbild: „Leben“
(Körper) kann durch Anwendung von Natur-
gesetzen repariert , gebessert und geheilt, aber
auch manipuliert und beherrscht werden.

Grundfigur der heutigen „Biopolitik“

(Foucault 1978)



Naturwissenschaftliche Medizin

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts:

Abschaffung des Philosophikums durch
Virchow im Preußischen Landtag

- Schwur der „Physikalisten“: „Medizin wird naturwissenschaftlich, oder sie wird nicht sein!“
- Vertreibung alles Subjektiven/Seelischen
- Krankheitskunde und Klassifikation
- Experimente, (Menschen-)Versuche

Biotechnische Medizin und Biopolitik

Seit ca. 1850: Technische Entwicklungen auf naturwissenschaftlicher Grundlage

- Tier- und Menschenversuche (NS-Zeit)

Seit ca. 1950: **Beatmung, Reanimation, Intensivmedizin, Narkose, Anästhesie, moderne Chirurgie, Rettungswesen („Medizintechnik-System“)**

- „Kampf ums Überleben“, „Kampf dem Tod“
- „Sehnsucht nach Unsterblichkeit“

Leben/Körper reparieren, verbessern, erzeugen, manipulieren, verfügbar machen: **„Biopolitik“**

(Foucault 1978)

Verhältnis des modernen Menschen zum Tod

Unreifes Todesbewusstsein

- Todesfurcht und Verdrängung des Todes
- Institutionalisierung, Unsichtbarmachen
- Soziale Isolierung und Einsamkeit alter Menschen
- Vernachlässigung der Kultur des Sterbens

Reifes Todesbewusstsein (Kübler-Ross)

- Universalität (jeder Mensch muss sterben)
- Irreversibilität (Tod ist endgültig)
- Non-Funktionalität (alle lebens-notwendigen Körperfunktionen haben aufgehört)
- Kausalität (Verständnis der Todesursache)

Ambivalenz der Moderne Kaufman 2004

Einerseits: Kampf gegen Altern, Alterskrankheiten und Tod für mehr Lebenszeit („added time“)

Andererseits: Kampf für ein möglichst „aufgefülltes“ Leben angesichts einer tödlichen Erkrankung in der noch verbleibenden Lebenszeit („left time“)

Reifer Umgang mit Endlichkeit, Sterben, Tod?

III Menschenbild und Ethik

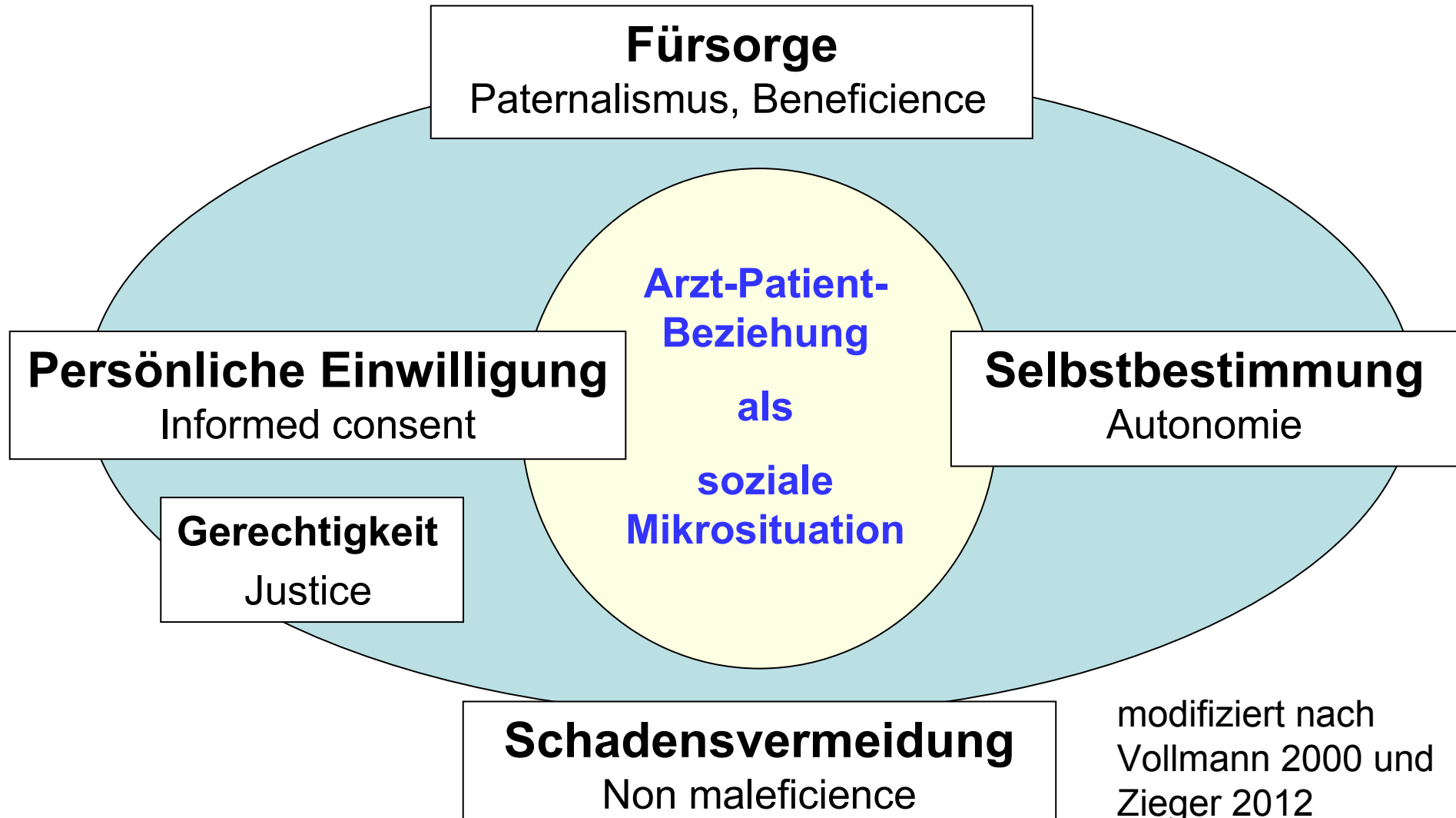
Es gibt nicht ein Menschenbild in der Medizin, sondern mehrere:

1. Mechanistisches Menschenbild
2. Mensch als souveränes Wesen
3. Mensch als Einzelwesen
4. Der gemachte/machbare Mensch
5. Der verletzliche, auf andere angewiesene Mensch

(Maio 2008)

Prinzipien der Medizinethik

modifiziert nach Beauchamp & Childress 2009



modifiziert nach
Vollmann 2000 und
Zieger 2012

Biotechnisches Verständnis von „Leben“ (bios)

Klassische Kriterien

- Reizbarkeit
- Bewegung
- Stoffwechsel (Austausch, Atmung)
- Wachstum
- Fortpflanzung

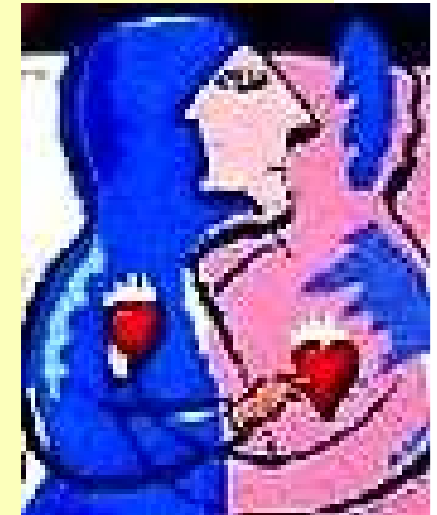
„Biomedizin – die folgendschwereren
Wandlungen des Biologiebegriffs“

(Ulrich 1987)

Ethik des Lebendigen List 2009

Dimensionen des Lebendigseins

- Leiblichkeit: verletzlich, auf andere angewiesen
- Selbstorganisation (Emergenz)
- Resonanz und Synchronizität
- Potenzialität
- Plastizität (Anpassung, Umorganisation)
Subversivität, Widerständigkeit (Resilienz)
- Autonomie



Bioethikrat des US-Präsidenten (2008)

Alle Organismen haben eine **bedürftige** Form des Existierens

Drei grundlegende Fähigkeiten:

1. Offenheit für die Welt - Rezeptivität für Stimuli und Signale aus der Umwelt (Interaktion)
2. Fähigkeit, auf die Welt einzuwirken und selektiv zu erhalten, was man benötigt (Verhalten)
3. Antrieb für den Organismus, sich zu verhalten, wie er es muss: Bedürfnis nach Selbsterhalt.

Relative Autonomie des Herzens

- Das Gehirn braucht das Herz mit einem Blutkreislauf/Zirkulation (z.B. Reanimation)
- Schrittmacherfunktion, „Pumpe“
- Fähigkeit des Herzens zur spontanen **Selbstwiederbelebung** bis zu **20 Minuten** nach Herzstillstand!
- **Das Herz braucht das Gehirn nicht!**
- **„Dissoziation“** zwischen Hirn-/Herzfunktion:
- **Grundlage für das Hirntodkonzept!**

IV Todeskonzepte ...

Herztodkonzept (seit 2000 Jahren)

- Scheintod als Problem unsicherer Grenze zwischen „am Leben sein“ und „tot sein“
- Entwicklung technischer Hilfen für Scheintote (z.B. Klingelglocke aus dem Sarg)
- Einführung **sicherer Todeszeichen**:
erloschene Atmung, erloschener Herzschlag, Blässe, Totenflecken, Leichenstarre ...
- Todesfeststellung durch den Arzt!

Entstehung des „Hirntodkonzepts“

Durch kontrollierte Beatmung können seit den 50-60er Jahren

- reanimierte Menschen, deren Herzfunktion wiedergekehrt ist, selbst nach schwerster Hirnschädigung, weiterleben:

- „Coma dépassé“, „Ultrakoma“ (Mollaret & Goulon 1959)

- „Falsch Lebende“ (faux vivans), „Untote“

Damals als Kriterium für **Lebend**spende, nicht als Kriterium für Hirntod/Organentnahme verstanden! (Lindemann 2001, Bergmann 2004)

1968 Einführung des „Hirntodkonzepts“
Adhoc-Kommission von Theologen,
Juristen und Medizinern der Harvard
Medical School

Ziel und Zweck

Erarbeitung eines neuen Todeskriteriums

„Unser primäres Anliegen ist, *das irreversible Koma (Coma dépassé) als neues Todeskriterium zu definieren...*“

„Hirntod“ = Zeitpunkt der Unumkehrbarkeit des Sterbeprozesses

Nützlichkeit des Hirntodkriteriums

1.) *„Eine schwere Last ruht auf den Patienten... auf ihren Familien, auf den Krankenhäusern und auf solchen **Patienten, die auf von diesen komatösen Patienten belegte Krankenhausbetten angewiesen sind...**“*

2.) *„Überholte Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der **Beschaffung von Organen** zur Transplantation führen...“*

Beecher et al 1968

Begründungen für Hirntodkonzept

- Das Gehirn integriert und steuert alle Lebensvorgänge des Organismus
- „Hirntod“ = Zusammenbruch aller Lebensvorgänge
- Zeitpunkt der Unumkehrbarkeit
- Transplantationen sind nur mit lebensfrischen Organen erfolgreich →
- Intensivmedizinische Weiterversorgung des „Hirntoten“ bis zur Explantation

Definition

- "Hirntod" wird definiert als Zustand des **irreversiblen** Erlöschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei einer durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltenen Herz-Kreislauffunktion.
- **„Der Hirntod ist der Tod des Menschen.“**
(Kriterien des Hirntodes, Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer vom 1982, 1991, 1997/1998)

Hirntod-Syndrom

Vorliegen bestimmter **Todeszeichen** im Sterbeprozess einer Person:

- Tiefstes **Koma**
- **Erloschene Schutzreflexe** (Hirnstamm)
- **Atemstillstand** (Apnoe-Test)



bei gleichzeitig existenten

Lebenszeichen (des autonomen Körperselbst):
Herzschlag, Blutdruck, warme Haut
Hormonausschüttung, Schwangerschaftstätigkeit,
(künstliche) Atembewegungen, Ausscheidung ...

Lebenszeichen im Hirntodsyndrom

- Schwangerschaft und Geburt bei „hirntoten“ Frauen, Wachstum von Haaren/Nägeln
- Hormonproduktion der Hirnanhangsdrüse
- „Hirntote“ können sich aufrichten und gurgelnde Laute ausstoßen.
- „Hirntote“ zeigen (durch die „Rückenmarks-Seele“ vermittelte) Bewegungen auf äußere Reize: bei bis zu 70% der „Hirntoten“:
 - Bewegungen der Arme (Lazaruszeichen)
 - Schreitbewegungen der Beine

Spontanbewegungen eines „Hirntoten“



Turmel et al 1991

Aufspaltung der Wahrnehmung

- Wahrnehmung von **Lebenszeichen** bei **gleichzeitig** vorliegenden **Todeszeichen**: Pflegepersonal, Ärzte, Transplanteure
- Vernunftbestimmte, **rationale Kontrolle**:
- **Wahrnehmungen und Gefühle** müssen **unterdrückt** oder **verdrängt** werden.
- Psychopathologische **Gefühllosigkeit (Alexithymie)**, die krank machen kann und häufig psychiatrisch behandelt werden muss.

Im Diskurs vernachlässigte, aber höchst relevante Dimensionen:

1.) Schicksal/Lebenssituation der sterbenden Organ“geber“ bzw. Organ“opfer“ und ihren Angehörigen

vgl. R. Greinert: Konfliktfall Organspende. Unversehrt Sterben. Der Kampf einer Mutter. München: Kösel 2008

KAO - Kritische Aufklärung über Organtransplantationen e.V.: Organspende – die verschwiegene Seite. Angehörige berichten (2011) www.Initiative-KAO.de

2.) Transplantierte sind/bleiben chronisch Schwerkranke!

- Lebenslange Immunsuppression (Abstoßung)
- **Persönlichkeitsveränderungen, Angst und Depression, Identitätsstörungen (50-70%): „Organ Transplantation Psychiatry“ (OTP)**
- Krebsrisiko zwischen 3,4 bis 250-fache erhöht!
- Lebensqualität häufig vermindert!
- Verbleibende Überlebenszeit häufig verkürzt!
- Zweit- oder Mehrfachtransplantation! (Bedarf)

3.) Lebenssituation von Organ“bedürftigen“!

- Warum sind Menschen Organbedürftig? („Organmangel“)
- Welches ist die Lebenssituation dieser Menschen?
- Wie viele Menschen verzichten auf das Angebot zur Organtransplantation, und warum?
- Was ist über deren Schicksal und das derer Familien bekannt.
- Versorgungsforschung (Minderheit)
- Information und Aufklärung! (BZgA)

4.) Erforschung von Alternativen“

- Stammzellforschung: Züchtung von Organen
- Technische Neuentwicklungen zum Organfunktionsersatz
- Versorgungsforschung
- Bereitstellung von Fördermitteln
- Information und Aufklärung! (BZgA)

5.) Transparenz?!?

Zuständigkeiten

- Deutsche Stiftung Organspende (DSO)
- EURO-Transplant
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Transplantationsgesellschaft
- Bundesministerium für Gesundheit

Einfluss der Lobbyisten

- Pharmaindustrie
- Forschung: was wird von wem geforscht?
- Welche Fördermittel, wofür?

Welchen Einfluss haben die Betroffenen?

Aktuelle Entwicklungen (USA)

„Chronischer Hirntod“: Widerlegung der wissenschaftlichen Grundlagen der Begründung des Hirntodkonzepts (Shewmon 2007; Verheijde et al 2009; Stöcker 2009, Rehder 2010, Müller 2010):

- Das Gehirn steuert und integriert nicht alle Lebensvorgänge im Organismus.
- Wachstum von Haaren, Nägeln; Infektabwehr, Wundheilung, Geschlechtsreife; Schwangerschaften ...
- Schmerzreaktionen bleiben erhalten (Narkose!)
- Intakte Großirn-/Hirnstammareale (Autopsie)!!!

Aktuell (2): Paradigmawandel!

Non-Heart-Beating-Organ Donation bzw.

Organspende nach „Herztod“ (GEO 2/2011)

- Volle Reanimation nach Unfall/Herzattacke
- Reanimationspause in der Klinik:
Herzstillstand (EKG-Nulllinie) von 2 bis 5 Minuten, dann
- „Reanimation“ bis zum Anschluss des Patienten an die Herzlungenmaschine ...
- Rascher Wandel: vom Unfallopfer zum Reanimationsbedürftigen zum Explantierten („Spender“)

Aktuell (3): Konsequenzen?

- Verlassen der Tote-Spender-Regel
- Verlassen der (Hirn-)Todesfeststellung
- Dauer der Nulllinie im EKG = Kriterium für Zeitpunkt des Abstellens des Beatmungsgerätes bzw. Einleitung der Organentnahme
- Änderung des Reanimationsziels: statt „Wiederbelebung“, Aufrechterhaltung eines kardiopulmonalen Kreislaufes zur Sicherung „lebensfrischer Organe“
- **Nützlichkeitsethisches Motiv! „Spende“???**

Wird praktiziert seit 2005 in Ländern
mit **Widerspruchslösung**: A, ES, B,
NL, USA

Gesetzesänderung in D:

- Entscheidungsregelung (2012)
- Recht auf Nicht-Erklärung/-Zustimmung?

Statt erweiterter Zustimmungslösung:

- Enge Zustimmungsregelung erforderlich!
- Nur der Einzelne selbst darf über eine Organentnahme bei sich entscheiden!

Aktuell (4): Stille Einführung des „Herztodkonzepts“ ...?

Antrag der Gesellschaft für Transplantationsmedizin (TPM):

- Brief an Minister Bahr vom Mai 2011

Unsicherheit der Hirntodbestimmung: bis zu 30% Fehldiagnosen!

- Speckmann 2005, Film von Silvia Matthies in Report Mainz v. 21.11.2012, „**SZ**“ vom **18.02.2014**)

Nützlichkeitsethik: Biopolitik?

2012: Reform des Transplantationsgesetzes von 1997

- **Entscheidungsregelung**
- Befragung durch die Krankenkasse
- Entscheidungshilfen?
- Ausdruck von Selbstbestimmung??
- Umfassende Information/Aufklärung???
- **Organspende wird zur „Bürgerpflicht“????**

(Maio 2012)



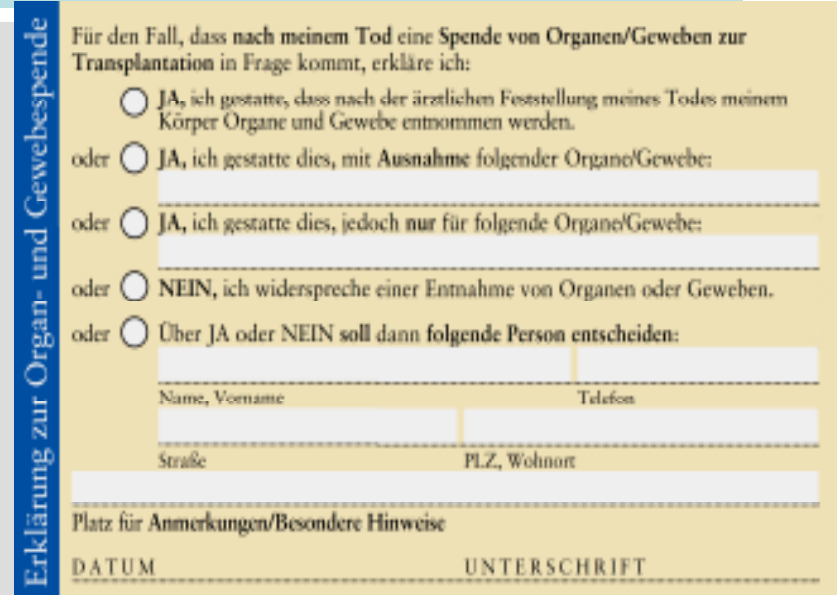
Organspendeausweis
nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße _____ PLZ, Wohnort _____

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Organspende schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.



Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe: _____
oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe: _____
oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.
oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname _____ Telefon _____
Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise

DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____

V Fazit

„Es gibt nicht nur einen Tod:

- Der **Tod**, der mich ins **Jenseits** führt, ist ein anderer als der **Tod**, der erlaubt, meine **Organe zu entnehmen**.“

(Claudia Wiesemann 2006)

Mehrere Todeskonzepte in einer modernen Gesellschaft, die rasch altert, und an „Organmangel“ leidet...?

„Todeskonzept“ (1)

Für Kranke und Sterbliche, die ohne
„Organspende“ ins „Jenseits“ eingehen
wollen:

- Bewusste palliative und hospizliche
Begleitung und Hinwendung zum Schwer-
kranken, Schwachen und Sterbenden
- Ermöglichung eines Sterbens in Würde
ohne technische oder invasive Eingriffe

Ethik des lebendigen Seins (Dörner 2000; List 2009)

„Todeskonzept“ (2)

Für Kranke und Sterbliche **zum Zwecke der Explantation:**

- Verabredung eines definierten Entnahmezeitpunktes?
- Informierte Zustimmung?
- Ärztliche Assistenz?
- Rechtliche Grundlagen?

Kultur des Sterbens durch Organentnahme

„Todespolitik“? (Agamben 2002)

„Akzeptabler Todesbegriff“

(Birnbacher 2007)

Kriterien

- 1 Univocität: keine Verdopplung Person/Organismus
- 2 Mensch als biologisches (und soziales) Wesen
- 3 Vollständigkeit der Alternativen: lebendig oder tot
- 4 Endgültigkeit, Faktizität der Unmöglichkeit der Reanimierbarkeit, im Unterschied zu Irreversibilität oder Unumkehrbarkeit
- 5 Symmetrie zwischen Anfang und Ende des Lebens (Kohärenz der Definition)

Stöcker: Der Hirntod (1999/2010, S. 340)

„Richtig wäre ... ein anderer Weg gewesen, die strikte Abkoppelung der Zulässigkeit von Explantationen von der Frage, wann ein Mensch tot ist ... keine Festlegung des Todeszeitpunktes, sondern eine echte Ethik der Organverpflanzungen ... eine philosophische Forschung ..., die genuin ethische Fragen in den Mittelpunkt rückt.“

Wie wollen wir zusammenleben und sterben?