

Organspende auf Abwegen?

Todeskonzepte und Biopolitik
der Organverpflanzung
in der modernen Medizin



Apl. Pof. Dr. med. Andreas Zieger www.a-zieger.de

CvO Universität Oldenburg

Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Klinik für Neurorehabilitation

Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte / Wachkomazentrum

Vortragsreihe Gesundheit, Schlaues Haus Oldenburg, 27.02.2014

Es sind die Lebenden, die den Toten
die Augen schließen.

Es sind die Toten, die den Lebenden
die Augen öffnen.

Slawisches Sprichwort



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“)

...im Zeitalter der „Biomacht“

- „Eine Macht, die den Körper und das Leben vereinnahmt.“ (Foucault 1975/1999, 293)
- „Die sorgfältige Verwaltung des Körpers und die verrechnende Planung des Lebens.“ (Foucault 1976, 166)
- „Dimensionen des Lebens wie Geburt, Fruchtbarkeit, Alter, Krankheit, Sterben und Tod werden zu Faktoren einer gesundheitsökonomischen Steuerung...“ (Gehring 2006)

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**?



Semiologie: Was zeigt „Sterben“ an?

- 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 zeigt „tot sein“ bzw. „Tod“ an?

- 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

Herz- und Atemstillstand werden nach kurzer Zeit durch

- Blässe, Leichenflecken, Totenstarre und
- andere Todeszeichen, die niemals zusammen mit Lebenszeichen auftreten, ergänzt.

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

II Moderne Medizin und Tod

Bergmann (2004): Die moderne Medizin und der Tod

Mittelalter:

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

- 25 Mio. Tote
- europaweit

Veränderte
Einstellung
gegenüber
Sterben und Tod



Übergang zur Neuzeit

- Trennung des weltlichen vom religiösen Weltbild
- Schutz des Einzelnen durch aufkommende Städtegemeinschaft
- Entstehung vorwissenschaftlichen Denkens
- **Der Körper wird zum Objekt** von Malerei, Kunst, Wissenschaft, Medizin ...



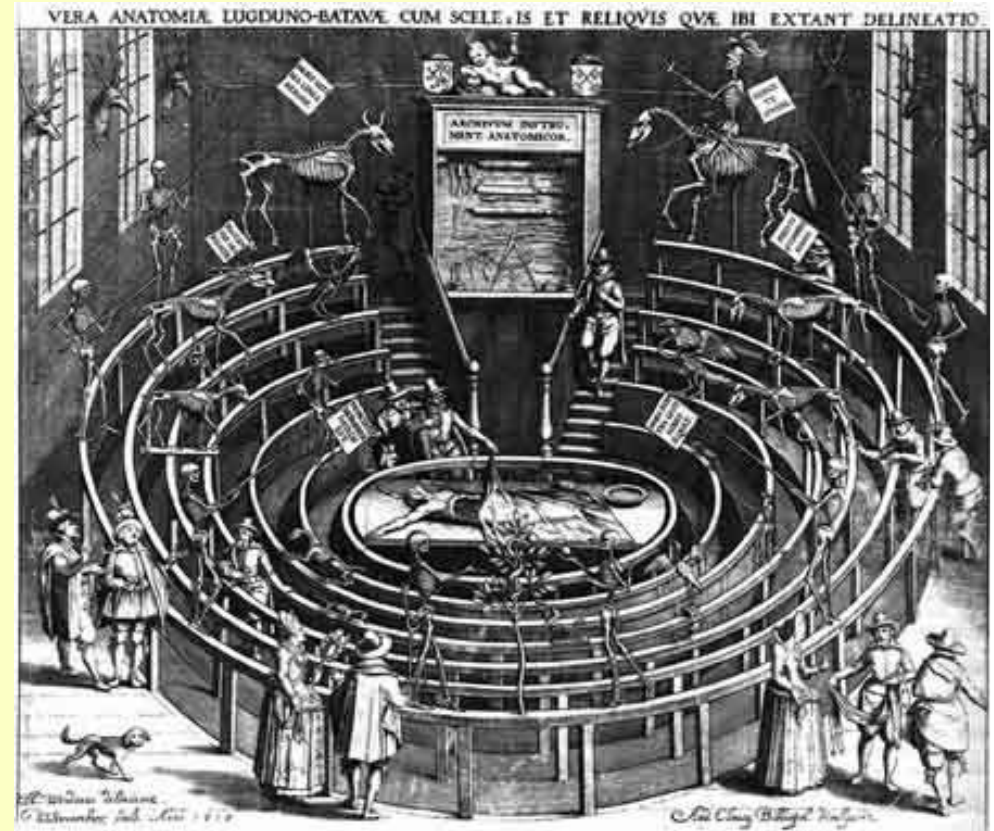
Chauliac (1363)
„Chirurgica magna“



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)

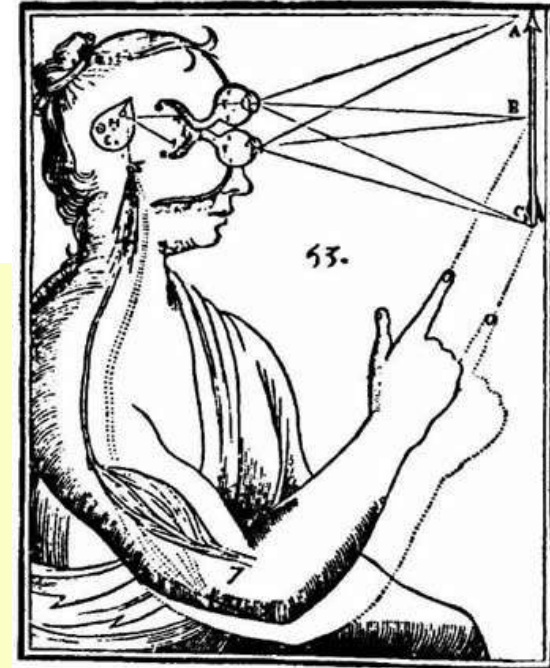
- *res extensa* – *res cogitans*

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)

„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)

III Menschenbild und Ethik

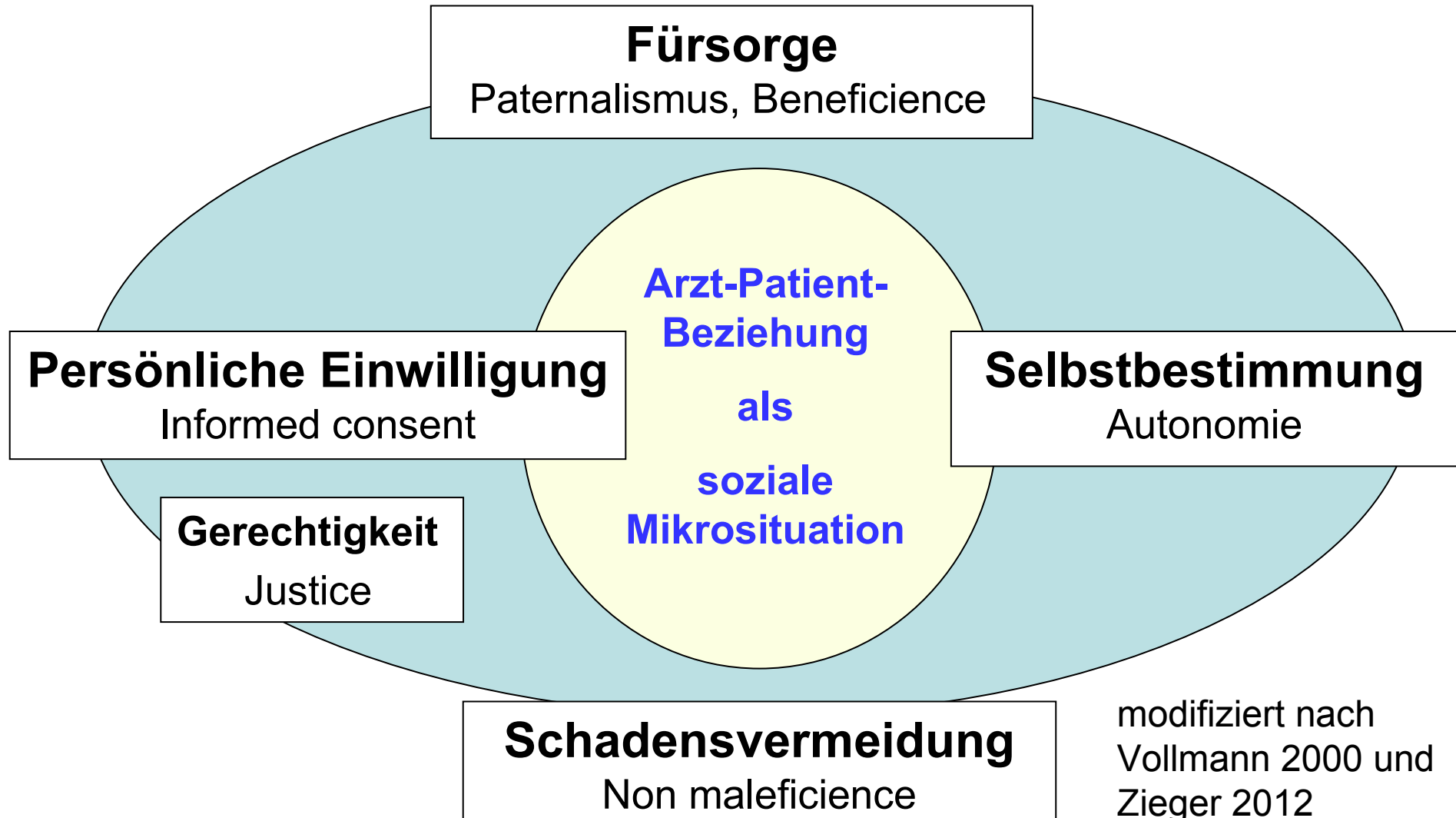
Es gibt nicht ein Menschenbild in der Medizin, sondern mehrere:

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



Biotechnisches Verständnis von „Leben“ (bios)

Klassische Kriterien

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

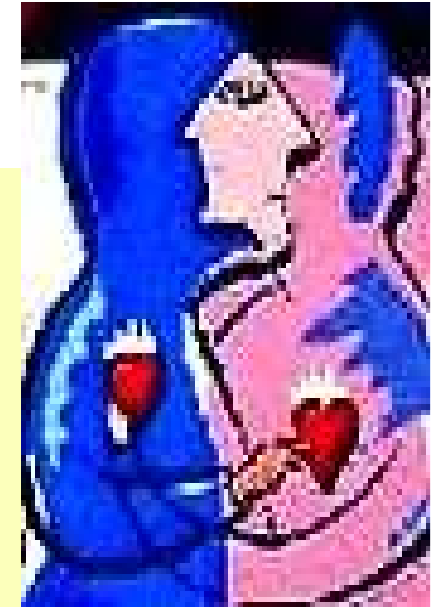
„Biomedizin – die folgenschweren
Wandlungen des Biologiebegriffs“

(Ulrich 1987)

Ethik des Lebendigen List 2009

Dimensionen

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



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.

Neuer „Organismus“-Begriff (interaktional)

Vernachlässigung von Lebens- und Todeszeichen!

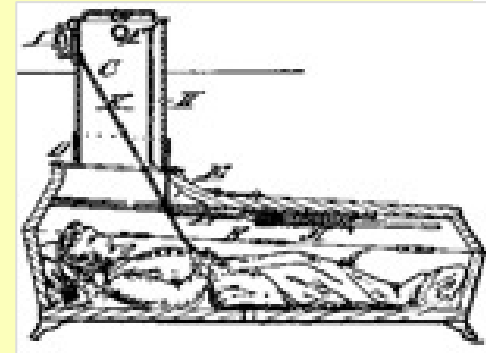
Relative Autonomie des Herzens

- 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 ...

1) „Altes“ Herztodkonzept (seit 2000 J.)

- Scheintod als Problem unsicherer Grenze zwischen „lebendig sein“ und „tot sein“
- Entwicklung technischer Hilfen (z.B. Klingelglocke im Sarg)
- Einführung „sicherer“
Todeszeichen: Atemstillstand, Herzstillstand, Blässe, Totenflecken, Leichenstarre ...
- Todesfeststellung durch den Arzt!



2) Hirntod-Konzept (seit ca.1968)

- Transplantationsgesetz (1997 in D)
- Tote-Spender-Regel als Grundlage

3) „Neues“ Herztod-Konzept (seit ca. 2007)

(Spende bei nicht schlagendem Herzen)

- Abkehr von der Tote-Spender-Regel
- Abkehr vom Hirntod-Konzept
- Organentnahme ohne Todesdefinition
- Kriterium für Organentnahme: Zahl der Minuten nach Herzstillstand!

1968 Einführung von „Hirntod“:

- Adhoc-Kommission der Harvard Medical School: Theologen, Juristen und Mediziner
- *„Unser primäres Anliegen ist, das irreversible Koma (Coma dépassé) als **neues Todeskriterium** zu definieren...“*
- „Hirntod“ = „Point of no return“: Zeitpunkt der Unumkehrbarkeit **des Sterbens** (Irreversibilität)

Begründung: Integrationsfunktion für den Gesamtorganismus

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer
vom 1982, 1991, 1997/1998; Grundlage für das
Transplantationsgesetz (TPG) 1997:

Hirntod-Definition und Hirntodkonzept

- Zustand des irreversiblen Erlöschens der Gesamtfunktion des gesamten Gehirns innerhalb des Schädels bei einem durch kontrollierte Beatmung aufrechterhaltenen Herz-Kreislauf (Durchblutung der Organe).
- „Der Hirntod ist der Tod des Menschen“
- Tote-Spender-Regel

Hirntod-Syndrom – ein Dilemma

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 bei “Hirntoten“

Autonome Leib-/Körperfunktionen:

- Reguläre Darm- und Nierenfunktionen
- Hormonproduktion, Haar-, Nägel- und Körperwachstum
- Infektabwehr und Wundheilung
- Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale
- Schwangerschaft,

Bei äußeren Reizen (30-70%):

- Aufrichten, Ausstoßen gurgelnder Laute
- Bewegungen der Arme (Lazaruszeichen)
- Schreitbewegungen der Beine

Spontanbewegungen eines „Hirntoten“



Turmel et al 1991

Dilemma (1)

Transplantationsmedizin nur erfolgreich bei

- intensivmedizinischer Weiterversorgung von „Hirntoten“ zwecks
- Gewinnung „**lebensfrischer**“ Organe oder bei
- Lebensspende
- Alternative: aus Stammzellen gezüchtete Organe)

Dilemma (2)

Aufspaltung der Wahrnehmung:

- Lebenszeichen bei gleichzeitigen Todeszeichen

Rationale Kontrolle:

- Wahrnehmungen und Gefühle müssen unterdrückt oder verdrängt werden.

Psychopathologische Gefühllosigkeit

- die krank machen kann
- ggf. psychiatrisch behandelt werden muss

Im Diskurs vernachlässigte, aber höchst relevante Dimensionen:

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

- **Traumatisierung**: Wahrnehmungsschock, getäuscht, alleingelassen ... **Schuldgefühle**

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

3.) Lebenssituation von Organ- “Bedürftigen“!

- Warum werden/sind Menschen organbedürftig? („Organmangel“)
- Welches ist die Lebenssituation dieser Menschen?
- Wieviele 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?
- Wer gibt welche Fördermittel, wofür?

Welchen Einfluss haben die Betroffenen?

Aktuelle Entwicklungen (1)

„Chronischer Hirntod“: **Widerlegung der wissenschaftlichen Grundlagen der Begründung des Hirntodkonzepts** (Shewmon 2007; Verheijde et al 2009; Stöcker 2010, 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 Großhirn-/Hirnstammareale (Autopsie)!!!

Aktuell (2): Paradigmawandel!

Neues „Herztod“-Konzept

(Non-Heart-Beating-Organ-Donation)

Martina Keller in GEO (2/2011):

- Volle Reanimation nach Unfall/Herzattacke
- Reanimationspause in der Klinik: Herzstillstand (EKG-Nulllinie) von 2 bis 5 Minuten, dann Entscheidung der Ärzte zur
- Explantation und „Reanimation“ bis zum Anschluss des Patienten an die Herzlungenmaschine

Innerhalb von Stunden: vom Unfallopfer zum Reanimationsbedürftigen zum Explantierten ...

Zeit für Sterben in Würde? Was für ein Tod?



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 der Entnahme „lebensfrischer Organe“
- Nützlichkeithethisches Motiv! „Spende“???

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

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**)

Antrag der Gesellschaft für
Transplantationsmedizin (TPM):

- Brief an Minister Bahr vom Mai 2011

Nützlichkeitsethik: Biopolitik?

Aktuell (5): Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz (seit 1.11.2012)

Kritik (Maio, G., Institut für Ethik und Geschichte der Medizin (6/2012):

- Als Folge einer zu niedrigen Spendenbereitschaft wird ein „Tod auf Warteliste“ konstruiert.

Der einseitige Tenor der Debatte lautet:

- „Ziel der Politik muss es sein, mehr Organe zu beschaffen ...“

Unterordnung unter eine **biopolitische**
„Organbeschaffungslobby“?

*„Es wird betont, dass viele kranke Menschen deswegen sterben müssen, weil nicht genügend Spender da sind ...
... schon diese stilisierte Kausalität ist nicht korrekt:*

Menschen sterben nicht an fehlenden Organen, sondern an ihrer Grunderkrankung.

Das ist ein großer Unterschied.“

(Maio 2012)

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

In unserer modernen und alternden Gesellschaft, die an „Organmangel“ leidet(?), bestehen **mehrere Todeskonzepte!**

„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.**“*

(Wiesemann 2006)

(1) Versterben im „natürlichen“ Herztod

Sterbenskranke, Schwache und Alte ohne
Organentnahme:

- Zuhause, im Pflegeheim oder Krankenhaus
- ohne technische oder invasive Eingriffe
- mit palliativer und hospizlicher Hinwendung und Begleitung, Symptomlinderung, Schmerzfreiheit ...

(2) Versterben im Hirntod (TPG-Reform 2012)

Sterbende Akutkranke und/oder Verletzte

- ohne/mit Zustimmung bzw. Erklärung
- ohne/mit Organexplantation

(3) Versterben mit Herz“tod“-Spende

(Schwerst-) Kranke mit Herzstillstand **zum Zwecke der (gewerblichen?) Explantation:**

- Verlassen der Tote-Spender-Regel
- Nulllinien-EKG als **Entnahmezeitpunkt**
- Ohne/mit **Zustimmung?**

Bereits praktiziert:

- in Teilen von USA, Großbritannien
- in europäischen Ländern mit **Widerspruchslösung** wie A, B, NL
- (noch) nicht in Deutschland!

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?