

Organspende und Hirntod-Lüge

Aus www.alexanderswebsite.info

(Stand Dezember 2013)

Alexander von Vietinghoff

Dieses ist ein reines Text-Kapitel ohne Bilder (die wären ohnehin unzumutbar). Obwohl die Kernproblematik ganz eindeutig ist und die Diskussion auf ein paar wesentliche Punkte reduziert werden könnte, ist das Thema sehr komplex geworden. Dazu tragen vor allem die Haltung der Transplantationsmediziner, die Politiker und deren Lobby, unbefriedigende Informationen sowie uneinheitliche Gesetze in den verschiedenen Ländern bei. Trotz der vielen unten angeführten Punkte, kann ich deshalb weder Vollständigkeit noch absolute Korrektheit garantieren.

Organspenden und Organtransplantationen sind ein sehr delikates und unbequemes Thema, über das viel und kontrovers diskutiert wird. **Im Mittelpunkt steht dabei der abstrakte Begriff des sogenannten „Hirntodes“.** Er ist medizinisch umstritten und als Argument zur Organentnahme sowohl ethisch als auch verfassungsrechtlich unverantwortlich. Ich selber habe auch lange gebraucht, um meine grundsätzliche Hilfsbereitschaft in ein überzeugtes Nein umzuwandeln. Von gewissen Ärzten und Krankenhäusern, die natürlich für viel Geld ihr Können beweisen und ihr Image pflegen möchten, sowie von Politikern, die andere Motive haben (welche eigentlich außer Lobbyismus?) wird viel Werbung für Organspenden gemacht. Dabei wird nur die halbe Wahrheit verbreitet und viel moralischer Druck auf potentielle Spender ausgeübt. Eigentlich ist es doch ganz einfach: Es geht nicht wie beim Blutspenden um eine kurze Dienstleistung aus humanitären Gründen, von der man sich schnell erholt, sondern für den Spender um den brutalen und qualvollen Unterbruch der „heiligen“ Zeit zwischen Leben und Tod als Gegenpol zum Mysterium der Geburt! Die wesentlichen Punkte, von denen der Laie oft nichts oder zu spät erfährt, sind hier aufgelistet. Einige Links führen zu umfassender Information im Internet.

DAS ALLERWICHTIGSTE VORAUSS:

- A** Ein Hirntoter ist nur hirntot, aber eben nicht wirklich tot. Er ist allenfalls ein **Sterbender** ohne Gehirnfunktion, jedoch mit aktiven Körperfunktionen, Reflexen und sehr wahrscheinlich auch Schmerz- und seelischen Empfindungen. Aus einem tatsächlich toten Körper lassen sich die benötigten lebend-frischen Organe nicht entnehmen. Der Komapatient wird erst durch die Hirntod-Untersuchung und die Organentnahme getötet. Bei einer (auch nur mündlich angedeuteten) Spendebereitschaft durch Angehörige werden statt unterstützender Rettungsmaßnahmen für den Patienten nur noch quälende Untersuchungen zugunsten des Empfängers und zur Vorbereitung der Organentnahme bei schlagendem Herzen durchgeführt. **50% - 60% der Komapatienten könnten mit anderen Maßnahmen gerettet werden** und die andere Hälfte bekommt auch keine würdevolle Sterbebegleitung.

- B** Es muss vor den **beschönigenden und einseitigen „Aufklärungsbroschüren“** und den **vertuschenden „Informationen“** offizieller Stellen und der mächtigen Transplantationslobby dringend gewarnt werden. Große Skepsis und eigene Recherchen sind unbedingt nötig, um nicht ahnungslos in die „Spender-Falle“ gelockt zu werden. Von Fachleuten und auch von Kirchenvertretern längst geäußerte ethische Bedenken passen nicht zur medizinisch „herrschenden Meinung“, die Transplantationschirurgen verteidigen ihr Revier bis zum Äußersten. Die Minderbewertung des Lebens eines Komapatienten gegenüber demjenigen eines Organempfängers erinnert auf unangenehme Weise an ideologisch geprägte Euthanasieprogramme und ist in Deutschland (eigentlich) **grundgesetzwidrig**.

C Patientenverfügung und **Organspendeausweis bzw. Nichtspender-Ausweis** oder Organ-spende-Verweigerungsausweis sind für alle unbedingt nötig, da die Gesetze nicht eindeutig zu Gunsten des „Spenders“ (= Komapatienten) gemacht sind und Angehörige wie Ärzte im Notfall moralisch und zeitlich unter Druck, möglicherweise auch unter Schock stehen. Die Transplantationsbeauftragten sind sehr schnell zur Stelle, um der Organe habhaft zu werden. Bei Ablehnung der Entnahme eines Hauptorgans (Herz, Niere, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse) und der weiteren Verwertung anderer Körperteile (z.B. Augen, Hände, Knochenmark) ist die vorsorgliche **Verweigerung auch der Hirntoduntersuchungen** in schriftlicher Form dringend empfohlen (z.B. als Zusatz auf dem Ausweis). Ohne diese ist keine Explantation erlaubt; dennoch wird oft schon sehr früh und ohne Wissen der Angehörigen damit begonnen, um Zeit zu gewinnen und manchmal auch die Angehörigen vor vollendete Tatsachen zu stellen. Eine pauschale Einwilligung zur Organentnahme kann zur Folge haben, dass man vollständig ausgeschlachtet wird und z.B. 2m² Haut, meterweise Darm, Kilometer von Adern, **Knorpelmasse und Knochenmehl verwertet und teilweise auch an die Pharmaindustrie verkauft** werden – und zwar **bis ins Alter von 80 und 90!** Deshalb sollte man sich überlegen, ob man auch einer **Gewebespende** zustimmt oder sie schon zu Lebzeiten ablehnt.

1. Fakten
2. Procedere
3. Ethik + Verfassung
4. Transplantationsmedizin in der Krise
5. Kirchen + Religionen
6. Bewusste Fehlinformation
7. Persönliche Berichte
8. Hirntod oder Herzstillstand – eine Alternative?
9. Spendeausweis + Patientenverfügung
10. Schlussworte

FAKTEN

- 1. Der Tod wurde juristisch neu definiert, damit die Entnahme (Explantation) „lebend-frischer“ Organe straffrei überhaupt erst möglich wird.** Der Hirntod basiert auf keiner wissenschaftlichen Erkenntnis, sondern ist eine rein zweckmäßige Definition von 1968 nachdem ein japanischer Arzt nach einer Transplantation wegen Mordes verurteilt wurde. Hirntot ist nicht das, was sich der Laie unter tot vorstellt, und auch nicht das, was tot vor der Neudefinition von Tod natürlicherweise immer schon war. Nach Prof. Franco Rest ist der „Hirntote“ also **„so tot wie nötig und so lebendig wie möglich“**. Der Sachverständige der Bundesärztekammer, Prof. Dieter Birnbacher hat 2010 ganz offen zugegeben: „Es werden Organe von einem lebenden Organismus entnommen. Wir müssen anerkennen, dass hirntote Menschen eben noch nicht tot sind, dass wir sie aber dennoch als Organspender heranziehen können. **Bei der Explantation von Organen von Hirntoten werden die Organe einem lebenden menschlichen Individuum entnommen.**“
- 2.** „Hirntot“ heißt, dass ein großer Teil (!) des Gehirns nicht mehr funktioniert, aber 97% des Organismus unmittelbar vor der Organentnahme noch leben. Der Hirntod ist kein absolut sicheres Todeszeichen. Hirntote sehen aus wie lebende Menschen, da der Hirntod von außen nicht erkennbar ist. **Ein Hirntoter ist keine Leiche, sondern ein Lebender ohne messbare Hirnfunktion.** Bei der Hirntoduntersuchung wird nicht festgestellt, ob die Hirnzellen auch abgestorben sind. Mit den „Kriterien des Hirntodes“ der deutschen Bundesärztekammer (keine eigentliche „Kammer“, sondern ein Verein) ist man nicht einmal in der Lage, den irreversiblen Ausfall der gesamten Hirnfunktion zweifelsfrei festzustellen (Prof. Dr. Dr. K. Dörner). Deshalb kommt es gelegentlich auch zu fatalen **Fehldiagnosen**, die von ärztlicher Seite natürlich abgestritten werden. **„Die Grenzlinie zwischen Leben und Tod ist nicht mit Sicherheit bekannt**, und eine Definition kann Wissen nicht ersetzen. Der Verdacht ist nicht grundlos, dass der künstlich unterstützte Zustand des komatösen Patienten immer noch ein Restzustand von Leben ist (wie er bis vor kurzem auch medizinisch allgemein angesehen wurde). D.h., es besteht Grund zum Zweifel daran, dass selbst ohne Gehirnfunktion der atmende Patient vollständig tot ist.“ (Hans Jonas)
- 3. Bei einem Hirntoten ist der Körper warm und durchblutet**, Stoffwechsel, Verdauung und Urinbildung funktionieren, er produziert Hormone und Antikörper, Wunden verheilen, Kinder wachsen, kann Arme und Beine bewegen, sich u. U. aufrichten, Laute von sich geben, sogar ein Kind zur Welt bringen, eine Erektion oder einen Samenerguss haben und reagiert auf soziale Stimuli (z. B. mit Muskelanspannung bei unangenehmem Besuch und mit Muskelentspannung bei angenehmem). An die 75% der Hirntoten haben Reflexe. Beim Aufschneiden und Zerschneiden des Körpers kommt es oft zum Schwitzen, zu Hautrötungen spontanem Blutdruck-, Herzfrequenz- und Adrenalinanstieg. Bei anderen Operationen gelten diese Zeichen als Hinweise auf Stress bzw. Schmerz. Kein Mensch weiß sicher, was der Hirntote empfindet. **Bei der Explantation erhalten Hirntote Medikamente zur Ruhigstellung und werden auf dem Operationstisch festgeschnallt, um Abwehrreaktionen zu verhindern.** Wenn sie wirklich tot wären, bräuchte es diese Maßnahmen nicht.
- 4.** Zu den **Bewegungen eines Hirntoten (Lazarus-Phänomen)** sagen Mediziner, das seien nur nervliche Reflexe so wie bei einem Huhn, das nach Abschlagen des Kopfes noch einmal ein Stück fliegt. Der Hirntote sei absolut tot und nehme nichts mehr wahr. Auch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) behauptet, dass der Gehirntote schmerzunempfindlich sei. Sie selbst **empfiehlt jedoch zur „Optimierung des chirurgischen Eingriffs“ die Verabreichung von 5 Fentanyl (synthetisches Opiat), eines der stärksten Schmerzmittel**, ca. 100 x stärker als Morphin. In der Schweiz ist **Vollnarkose** vorgeschrieben, was in der Praxis jedoch nicht immer eingehalten wird. In Deutschland ist sie nicht Gesetz, wird jedoch trotzdem häufig angewendet. Was sind das für inkonsequente Regeln bei einem derart brisanten und sensiblen Thema? Kann man zusammengepresste Lippen und verzerrte Züge eines vorher entspannten Gesichts oder Umarmungsbewegungen als rein nervliche Reflexe abtun? Normalerweise haben Tote einen friedlichen Ausdruck. Fentanyl soll unkontrollierte Bewegungen des „Hirntoten“ verhindern. **Da es allerdings schon in relativ schwacher Dosierung einen unerwünschten, Atemstillstand erzeugen kann, wird es auch, wenn überhaupt, äußerst gering dosiert ein-**

gesetzt. Ob es wegen der Nebenwirkungen überhaupt gegeben wird, weiß man nicht genau; es ist nur eine Empfehlung der DSO. Die zur Behandlung effektive Dosis liegt bei 0,01 mg/kg Körpergewicht. Die DSO empfiehlt zur Ruhigstellung nur 0,1-0,3 mg je 70 kg Körpergewicht. Wie weit damit die fürchterlichen Schmerzen einer Explantation reduziert werden, weiß man nicht genau. Es ist eigentlich auch **nicht als Schmerzmittel gedacht**, sondern um einen vegetativ induzierten Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg zu vermeiden.

Der Anästhesist Dr. Peter Young und mehrere britische Fachärzte halten es grundsätzlich für **möglich, dass Hirntote bei der Organentnahme Schmerzen empfinden**. Dr. Philip Keep gab öffentlich bekannt, dass er für sich persönlich eine Organspende ablehne: „Ich habe während meiner langjährigen Arbeit im OP Dutzende hirntote Organspender gesehen, die bei der Entnahme der Organe Reaktionen zeigten. Ich möchte und kann nicht ausschließen, dass dies auf ein gewisses Schmerzempfinden des Organspenders hindeutet.“

5. Gemäß heutiger Neurowissenschaft sind die Eingeweide von mehr als 100 Millionen Nervenzellen umhüllt. Dieses „2. Gehirn“ ist quasi ein Abbild des Kopfhirns. Zelltypen, Wirkstoffe und Rezeptoren sind exakt gleich. Menschen entscheiden oft „aus dem Bauch heraus“, wie man so sagt. **Solange das „Bauchhirn“ noch lebt, kann es die Todesdefinition „Hirntod“ = Tod nicht geben.** Das gilt auch für das Herz und seine Intelligenz; es kann auch nach dem Hirntod weiter schlagen.
6. Ist ein Mensch nicht nur hirntot, sondern ganz tot, wäre sein Körper kalt und damit die zentralen Organe wie Herz, Leber, Niere, Lunge für eine Entnahme bzw. für einen Empfänger nicht mehr brauchbar. Die Augenhornhaut u. a. kann auch später entnommen werden, auch Knochen können später noch zu Knochenmehl verarbeitet werden. **Die offiziellen Formulierungen „Organspende eines Verstorbenen“ und „postmortale Organentnahme“ sind Nonsense, da von einem Toten keine lebend-frischen Organe entnommen werden können.** Einmal abgesehen davon, ob es sich um eine freiwillige, bewusste „Spende“ handelt, die diese Bezeichnung verdient.
7. **Hirntote müssen genauso wie andere Sterbende medizinisch rundum versorgt werden:** Medikamente, künstliche Ernährung, Hygiene, eventuell Beatmung etc. Wozu sollte man es tun, wenn jemand richtig tot wäre? Ein sterbender Hirntoter braucht gerade im Übergang von Leben zu Tod darüber hinaus besondere **menschliche Zuwendung**.
8. Die Diagnose „tot“ kann jeder praktische Arzt leicht stellen und bestätigen. Zur Feststellung des „Hirntodes“ bedarf es hingegen umfangreicher Untersuchungen, da der gesamte Körper des Patienten ja noch lebt und lediglich das schwer geschädigte Gehirn nicht mehr (vollständig) funktioniert. Wie **willkürlich und rein zweckbestimmt** die Hirntoddefinition ist, belegt die Tatsache, dass abgestufte Hirntodkonzepte entwickelt wurden. In Großbritannien gilt eine relativ weit vorgeschobene Fixierung des Todes, nämlich der Teilhirntod durch Ausfall des Hirnstamms, während in Deutschland der Ganzhirntod entscheidend ist.
9. 1902 wurde einem Hund eine Niere in den Nacken verpflanzt, die dort funktionierte. 1954 und 1956 transplantierte der Amerikaner Joseph E. Murray jeweils eine Niere zwischen eineiigen Zwillingen und 1962 erstmals zwischen Fremden mit Immunsuppression (er bekam mehrere Auszeichnungen, Medaillen und 1990 den Medizin-Nobelpreis). Die 1. Herztransplantation machte der südafrikanische Chirurg Christiaan Barnard 1967, alser einer tödlich Verunfallten ohne Narkose das schlagende Herz heraus- und jemand anderem einoperierte, der 18 Tage überlebte. Bei seiner 2. OP überlebte der Patient 19 Monate. **Kann man von „tot“ sprechen, wenn ein Herz noch schlägt?** Heute werden meistens (!) Schmerzmittel gespritzt. Wozu wäre das nötig, wenn der Mensch nicht doch noch leben würde? Dr. Barnard hatte in den USA die Herztransplantation gelernt, er führte die ersten jedoch **in Südafrika durch, da er dort weniger rechtliche und ethische Sanktionen befürchten musste**. Wegen seiner Pionierleistung und Spezialisierung auf Transplantationen wurde er weltberühmt, brachte es zu großem Reichtum und führte als international gefeierter Medienstar ein sehr mondänes Leben (u. a. Audienzen

bei Staatsoberhäuptern und beim Papst, Affäre mit Gina Lollobrigida). 1969 erfolgte die 1. Herztransplantation in der BRD.

10. Tatsächlich sind **Organspenden aus mehreren Gründen** knapp. Zwar sterben hierzulande jedes Jahr etwa 850.000 Menschen, doch „nur“ 400.000 im Krankenhaus. Schätzungen zufolge tritt der **Hirntod nur bei 1%** von ihnen vor dem Herzstillstand ein. Nur bei diesem 1% sind die Organe noch gut durchblutet, so dass die Weitergabe möglich ist. Eigentlich sind es noch weniger, viele Organe sind wegen Krankheit oder Vergiftung ungeeignet. Doch selbst dieses kleine Potenzial ist nicht ausgeschöpft. Von 1350 Krankenhäusern, die durch eine Koordinierungsstelle betreut werden, melden nur 50% mindestens 1 Organspende im Jahr. Schätzungen gehen davon aus, dass bisher nur 40% aller Klinikpatienten, bei denen der Hirntod festgestellt wurde, als potenzielle Organspender gemeldet werden. **Transplantationsmediziner sind da bisweilen in einem Dilemma und setzen zwangsläufig auch auf Organe von älteren oder nicht ganz gesunden Spendern. Aber die Intransparenz des Systems und das Zweifeln an der Rechtschaffenheit beteiligter Mediziner ist wohl oft Ursache eines diffusen Unwohlseins** (sagt Kai Behrens von der Barmer GEK), was die Bürger von Organtransplantationen abhält. **Die Hirntoddiagnostik ist weder global einheitlich noch ausreichend und in bis zu 30% fehlerhaft**, abgesehen von der extremen Belastung für den potentiellen Spender.
11. **Widersprüche und unscharfe Einhaltung der Gesetze zur Medikation** schüren die Skepsis zusätzlich. Bei einem Unfall werden notwendigerweise starke Medikamente schon vor Ort gegeben und im Krankenhaus wird u. U. sofort mit den Hirntodtests begonnen wird. Das kommt immer wieder vor, ist jedoch nicht vorschriftsmäßig, denn die Medikamente sollten 24 Stunden vorher abgesetzt werden, um das Ergebnis nicht zu verfälschen. Nach den Hirntodtests werden wieder andere Medikamente zur Organkonditionierung (Aufrechterhaltung der Funktion) und Relaxantien verabreicht, damit der „tote“ Organspender nicht mehr zappelt oder greift und die Angehörigen glauben, dass er richtig tot sei. Diese und weitere Medikamente zielen nur noch auf die **reibungslöse Explantation** ab.
12. **Verwendet werden können:** Herz, Lungen, Leber, Nieren, Magen, Bauchspeicheldrüse, Darm, Milz, Knochenmark, 2 m² Haut, Augen, Gehörknöchelchen, 206 verschiedene Knochen (einschließlich Kiefer, Rippen, Gelenke), Knorpel, Sehnen, Bänder, Gliedmaßen, Hirnhäute und 35.000 km Blutgefäße. In Einzelfällen wurden Körperteile wie Gesicht, Hände, Arme, Luftröhre, Kehlkopf, Zunge und Penis entnommen. Die notwendige Zeit für die Entnahme von mehreren Organen beträgt drei bis sechs Stunden. Bei der Entnahme mehrerer Organe können bis zu sechs Chirurgeteams beteiligt sein.
13. Das alles wird meistens verschwiegen, damit schon zu Lebzeiten genügend Organspender-Ausweise unterschrieben werden oder die Angehörigen in einer Ausnahmesituation mit moralischem Druck, ein anderes Leben hänge von der Spende ab, besser überredet werden können. **„Wenn wir die Gesellschaft aufklären, bekommen wir keine Organe mehr.“** (Prof. Pichlmair, 1985). Eine medizinisch-journalistisch tätige Frau, die alle Aspekte der Transplantation ausführlich beschrieb, ließ das Kapitel über den konkreten Ablauf der Entnahme, den sie mehrmals miterlebte, absichtlich aus: sie begründete diese Lücke in ihrer Dokumentation mit dem **grauenvollen Geschehen**, das sie kaum hätte in Worte fassen können und selbst in nur geschriebener Form Lesern nicht zumutbar sei.
14. Schon mindestens seit 2010 diskutieren und verlangen Ärzte eine klare gesetzliche Regelung zum Thema: Wie lange ist „patientenzentriert“ und ab wann ist „spendenzentriert“ zu (be)handeln? Sie, die oft in einer Person auch Transplantationsbeauftragte der DSO sind, deren Aufgabe die Beschaffung möglichst vieler Organe ist (**Interessenkonflikt!**), agieren in einer **Grauzone trotz des Transplantationsgesetzes**. Aus rechtlichen und ethischen Gründen sollen Gespräche mit Angehörigen von Komapatienten „ergebnisoffen“ geführt werden, die DSO setzt sich offen darüber hinweg, nimmt Einfluss und empfiehlt die Organspende (mit z.T. manipulativen Gesprächsmethoden). Die Regierung hat es geduldet, will „in diesem sensiblen Bereich“ die Gesprächsführung nicht durch Regeln behindern.

15. **Ärzte sollen mögliche Organspender melden. Diese Meldung erfolgt ohne Zustimmung und Wissen der Angehörigen.** 2012 wurden in Deutschland von den Notfallstationen 2594 potentielle Hirntote gemeldet, so dass die Transplantationsbeauftragten auftraten, jedoch bei **nur 1584 (61%) bestätigte sich der Hirntod-Verdacht und 1046 wurden explantiert (66% von 1584, 40% von 2594).** Falls es vorschriftsmäßig zugeht, heißt dies, dass 1010 Komapatienten umsonst mindestens 24 Stunden ohne Medikamente blieben, um die Untersuchungsergebnisse nicht zu verfälschen, und eine unbekannte Zahl davon quälende Hirntodtests erlitt. Über ihr weiteres Schicksal schweigt sich die Statistik aus. Ebenso bei den 538 bestätigten aber nicht explantierten Hirntoten. Bei 434 willigten die Angehörigen nicht ein, bei 70 wurden während der Explantation Kontraindikationen festgestellt (Tumore etc.), 15 starben vorher den Herztod und 19 gab die Staatsanwaltschaft (nach Unfall etc.) nicht frei. Den übrigen wurden 3511 Organe entnommen, es wurden 2012 aber insgesamt 4555 Organe transplantiert. Berücksichtigt man die 846 freiwilligen Lebendspenden, bleiben 198 Organe, die aus dem Ausland gekommen sein müssen. Es widerspricht allerdings dem Transplantationsgesetz, wenn der Hirntod nicht nach deutschen Kriterien festgestellt wurde. In Spanien, Frankreich, Italien, der Schweiz, Österreich, Tschechien, Lettland, Großbritannien, den USA und Australien z. B. können schon nach 2 (!) bis 20 Minuten Herzstillstand Organe entnommen werden! **Urlauber aufgepasst, denn es gelten die lokalen Gesetze!**
- 16a. Dazu kommt, dass man nicht immer weiß, **unter welchen Umständen ein Organ entnommen wurde.** Wer möchte mit einem Organ unklarer Herkunft weiterleben? Es kommt vor, dass in **Indien** Kindern Organe herausoperiert und verkauft werden. Flüchtlinge aus **Sudan und Eritrea** werden auf dem Weg nach Norden in der Gesetzlosigkeit der Sinai-Halbinsel gekidnappt. Korrupte Ärzte aus Kairo reisen mit Operationszelten und Kühlboxen an und arbeiten mit kriminellen Beduinen zusammen. Sie wollen die Organe von jungen Menschen: Nieren und gesunde Lebern lassen sich gut verkaufen. **Illegaler Organhandel ist lukrativer als Drogenschmuggel** oder das Geschäft mit Prostitution. Aufgeschnittene und dürrig zusammengenähte Leiber bleiben als menschlicher Abfall im Wüstensand zurück, sie verbluten qualvoll. Unterdessen verkaufen **syrische Bürgerkriegsflüchtlinge** in den Lagern ihre Nieren. Aus **Nordkorea** ist durchgesickert, dass Organe von Menschen aus Knasten und Gulags zwecks Devisenbeschaffung ins Ausland verkauft werden (wie es die **DDR** damals auch tat). Gelegentlich gibt es auch heute noch **illegalen Organhandel sogar per ebay. Der weltweite „Organtourismus“ scheint zwar seinen Höhepunkt überschritten zu haben, aber wer genug bezahlt, bekommt auch heute noch ein Organ im Ausland auf Kosten von Hingerichteten, Ermordeten oder Verzweifelten, die aus Armut sich oder ihre Kinder verstümmeln lassen.**
- 16b. Experten können noch nicht sagen, ob die neue **europäische Konvention** zur Eindämmung des internationalen Organhandels den globalen illegalen Handel reduzieren kann. **Der Umsatz ist riesig und wird künftig wahrscheinlich noch größer sein.** Die Gesetze des Marktes sind unerbittlich: Wo es Mangel gibt, blüht auch illegaler Handel. Die WHO glaubt, dass **10.000 illegale Operationen dieser Art jährlich durchgeführt** werden. Die **russische** Anwältin Irina Filatowa: „Einer legalen Operation stimmen entweder die Spender selbst oder ihre Angehörigen zu. Die meisten Operationen finden aber illegal statt. Das gilt zumindest für Nierenverpflanzungen. **Rund 60.000 Operationen werden jährlich durchgeführt. Nur 20% davon sind legal.**“ Die Konvention soll vor allem die Armen schützen, doch gerade sie werden am häufigsten Organspender. In Europa erreichte der illegale Organhandel während des **Balkan-Konflikts** seinen Höhepunkt, die **albanischen** Separatisten begünstigten das Geschäft. Diese Verbrechen werden gar nicht mehr untersucht. Die Konvention soll dazu beitragen, dass auch Ärzte, Krankenhäuser und Versicherungsgesellschaften mehr Verantwortung übernehmen, doch auch dies scheint nicht zu genügen, um die Lage grundsätzlich zu verändern. Die Organisation **„Ärzte Gegen Erzwungene Organ Ernte“** (DAFOH, Doctors Against Forced Organ Harvesting): „Organhandel ist kein Allheilmittel, das den schwerwiegenden Mangel an menschlichen Organen grundsätzlich löst. **Die Reichen können Organe kaufen** und erhalten die Chance auf ein zweites Leben. Die Armen dagegen können in ihrem jämmerlichen Zustand nur verzweifelt die eigenen Organe zum Verkauf anbieten.“

- 16c. Spezialfall China und die Verstrickungen der westlichen Welt.** In China benötigen die Transplantationsmediziner gar nicht erst die Lüge des Hirntods, denn es gelten die Herzstillstand-Kriterien. Chinesische Ärzte wollen jetzt unbedingt, dass das Hirntodkriterium Gesetz wird, da sie in der Transplantationsmedizin stagnieren. China hat weltweit eine der niedrigsten Spenderraten. Seit 2001 kommt ein Großteil der **Organe von politischen Häftlingen, die nicht angeklagt und verurteilt sind**. Die Mehrheit sind Falun Gong-Praktizierende, die als besonders gesund gelten und in den Arbeitslagern dem direkten Zugriff des Staates ausgesetzt sind. Ein Chirurg aus **Taiwan** bestätigte dies. Der Menschenrechtsexperte Ethan Gutmann berechnete, dass **mindestens 65.000 Falun Gong-Praktizierende bis 2008 für ihre Organe getötet wurden. Auch Tibeter, Uiguren und einige christliche Gruppen sind Opfer** geworden. Er nennt es „ein **Verbrechen gegen die gesamte Menschheit**.“ Nach vorheriger Betäubung werden zum Tode Verurteilten **bei lebendigem Leibe die Organe entnommen und damit das Todesurteil vollstreckt**. Damit die chinesische Gesundheitsversorgung genügend Organe erhält, gibt es wöchentliche Quoten für Hinrichtungen von Kriminellen und politischen Häftlingen. Jedes größere Gefängnis bekommt die Quoten vom jeweiligen Kreiskrankenhaus mitgeteilt. Die chinesischen Behörden kündeten an, in 3-4 Jahren China keine zum Tode Verurteilten zu Organspenden mehr zu nehmen, die politischen Gefangenen erwähnten sie nicht. Unterdessen ist Organhandel in China offiziell verboten. Die illegalen Organentnahmen in China scheinen 2006 ihren Höhepunkt erreicht zu haben, doch ist noch kein Ende dieser Verbrechen abzusehen. Selten werden dort Nieren aus Existenznot verkauft, oft will man bloß schnell zu Geld kommen: z. B. um Schulden, ein iPhone oder der Freundin die Abtreibungskosten zu bezahlen. Chinesische Reporter bekamen solche Antworten in Interviews mit jungen Bauern und Wanderarbeitern. 20.000 Yuan (2400 Euro) erhielt ein 32-Jähriger Anfang 2012. Er hatte 9.000 Yuan Schulden und mit dem Rest kaufte er ein Laptop und ein iPhone. Seither fühlt er sich schlapp und schwach und bereut es. Zu spät für die Strafverfolgung, die Dealer sind längst wieder untergetaucht. Mittlerweile wird eine Niere 35.000 Yuan (4200 Euro) geboten. **Die Empfänger bezahlen für eine illegal beschaffte Niere hingegen zwischen 300.000 und 500.000 Yuan (60.000 Euro)**. Bei weniger offiziellen Nieren-„Spendern“ und rund **1 Million schwer Nierenkranker**, steigen die Preise. Die offiziellen chinesischen Erklärungen sind nicht glaubwürdig, denn die Anzahl der Transplantationen in China übersteigt jedes Jahr bei weitem die der Todesstrafen. Dank der Recherchen von David Matas hat Israel den Transplantations-Tourismus für Israelis verboten. Das Gesetz verhindert sogar, dass israelische Versicherungen im Ausland vorgenommene Organtransplantationen bezahlen. Seit 2008 ist kein israelischer Patient mehr für Organe nach China gereist, davor war es eines der Hauptziele. Arne Schwarz (IT-Fachmann, Schweiz) berichtet, wie **auch westliche pharmazeutische Unternehmen mit in diese Verbrechen verwickelt** sind. China ist das einzige Land, wo diese illegalen Handlungen viele Jahre staatlich geduldet wurden, um die Militärkrankenhäuser damit zu finanzieren. Er hat berechnet, dass zwischen 2004 und 2012 für Medikamententest 1.200 Fälle von Organtransplantationen mit der Beteiligung von westlichen oder japanischen Pharmafirmen durchgeführt wurden. Schon im Jahr 2005 fragte ein Journalist des Handelsblatts den früheren **Roche** Geschäftsführer und späteren Verwaltungsratspräsidenten Franz Humer, warum die Firma ein bestimmtes Medikament in China testen lässt. „Im Gegensatz zu Japan gebe es **in China keine ethischen oder kulturellen Hemmungen gegenüber der Transplantationsmedizin**“, sei die Antwort gewesen. Er stellte heraus, dass China das einzige Land ist, wo jede Art von Organen für jede Blutgruppe innerhalb von zwei Wochen erhältlich ist. Während Roche seine Studien nach Jahren beendet hat, plant die **kanadische** Firma Isotechnika zukünftig weitere.
- 17. Eine Umfrage von 2013 ergab, dass 48% der Ärzte und 41% der Pflegekräfte in der Intensivmedizin keine positive Einstellung zur Organspende und immer weniger Ärzte einen Spenderausweis haben.** Das kommt nicht von ungefähr!
- 18.** Transplantationen von Lebenden auf Lebende (**Lebendspende**) sind oft einfacher durchzuführen, jedoch bei Weitem nicht risikofrei. **Die Risiken für den (gesunden) Spender sind dabei größer als für den Empfänger.** Bei Nierentransplantationen treten schwerwiegende Komplikationen in ca. 1% der Fälle auf, bei Lebertransplantationen in 30-40%. Das Risiko, an einer Nierenentfernung zu versterben, liegt bei 3-6 Promillen, bei einer Entnahme des Leberlappens bei 0,5-1 % (= 50-100 Promillen!).

19. Transplantationen können **schwere psychische Belastungen** nach sich ziehen. Infolgedessen entstand eine eigene Richtung der Psychiatrie, die Organ Transplantation Psychiatrie (OTP). Ein Schlamassel ruft ein neues hervor, das vorläufige Ende einer Kette von unsäglichen, naiven und leichtfertigen Fehleinschätzungen und absichtlichen Manipulationen. Häufig sind auch **Wesensveränderungen** zu beobachten: Heißhunger auf vorher abgelehnte Lebensmittel, ungewöhnliches Sexualverhalten, unbekanntes musikalisches Interesse, Alpträume etc. Direkt nach einer Transplantation können auch Euphorie, Verwirrheitszustände oder sogar Halluzinationen auftreten, besonders **Wahnideen von Raub und Tötung**. Die Ärzte sind mit den Problemen, die dahinter stehen können, überhaupt nicht vertraut und führen dies zumeist auf Folgen der verordneten Medikamente zurück. Dies alles ist noch ein großes, dunkles, unübersehbares Feld!
20. **Wie kommerziell das „Spenden aus Nächstenliebe“ geworden ist**, zeigen einige Zahlen aus Deutschland von 2011: die Entnahme eines Organs brachte einem Krankenhaus gemäß Liste € 2.226, die Multiorganentnahme € 3.587, die Vorabklärungspauschale beträgt € 7.500. Das soll bei stagnierenden Spenderzahlen das Engagement der Krankenhäuser beflügeln, mehr Transplantationen durchzuführen. Mittlerweile bekommt ein deutsches Krankenhaus maximal € 3900 Euro für eine Multiorganentnahme, während es in Kroatien € 7000 und in Spanien € 6000 plus Stundenvergütung sind. Die finanziellen Anreize locken moralisch auf die falsche Fährte. **Die vollständige Verwertung der Organe eines Hirntoten brachte 2011 in Deutschland bis zu € 215.000** (bei jährlicher Kostensteigerung). Nicht selten kommt es wegen der Abstoßung des implantierten Organs zu weiteren Transplantationen. Der Markt der Transplantations- und Pharmaindustrie ist Milliarden Euro schwer. Pro Fall addieren sich Vergütungen für die Deutsche Stiftung Organtransplantation, Eurotransplant (die zentrale Vergabestelle für acht Länder, zu denen auch Deutschland gehört), für Spenderkrankenhäuser, Flüge, Werbung und für diverse Institutionen zwecks Kooperation. **Die Pharmaindustrie hatte einen Jahresumsatz von € 1,6 Milliarden nur für Immunsuppressiva**. In einigen Privatkliniken Brasiliens, wo die renommiertesten Transplantationsmediziner zu finden sind, kann eine **Lebertransplantation bis zu einer halben Million Dollar an Krankenhauskosten** verursachen (zuzüglich des Arzthonorars).
21. Die **Krankenkassenbeiträge** werden durch die Transplantationen in die Höhe getrieben. In der Solidargemeinschaft zahlt jedes Mitglied für diese extrem teuren Operationen mit, ob es mit dieser Medizinsparte einverstanden ist oder nicht, ob es Organspenden ablehnt oder nicht. Im Jahr 2012 wurden in Deutschland auf Kosten der sogenannten Hirntoten und der Solidargemeinschaft **489 Lebertransplantationen für Alkoholiker** durchgeführt! Die Kosten für die ca. 4.000 im Jahr 2010 in Deutschland durchgeführten Transplantationen waren etwa so hoch wie die Kosten für alle ca. 675.000 Geburten. Das Geld könnte auch in die Krankheitsprävention fließen, denn so **manches Organversagen ist durch Alkohol-, Drogen- oder Arzneimittelmissbrauch sowie ungesunde Ernährung selbst verschuldet. Eine Nierentransplantation ist billiger als die Dialyse. Dialysepatienten werden regelrecht genötigt einer Transplantation zuzustimmen**. Obwohl diese OPs die Krankenkassen belasten, werden sie vom Gesundheitsministerium zur Werbung verpflichtet.
22. Die deutschen **Steuerzahler** beteiligten sich 2011 über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit **2,5 Millionen und 2012 mit 4,5 Millionen Euro an den Werbekosten zur Steigerung der Organspenden**. Weitere Kampagnen machen das Deutsches Herzzentrum, Aktion Pro und die Techniker Krankenkasse unterstützt von Telekom, Deutscher Bahn und Pfizer, einem der weltweit größten Pharmaunternehmen. **Zur Ankurbelung der Organspenderzahlen steht 2013 ein Werbebudget von € 8,5 Millionen zur Verfügung**. Dazu kommen Spenden, Schenkungen und Sponsorengeldern.
23. **Nach 5 Jahren** arbeiten noch 71% der transplantierten Nieren 67% der Bauchspeicheldrüsen, 70% der Herzen, 50% der Lebern und 55% bei Lungen. Und was ist nach 5 Jahren und was ist mit den anderen 39%, 73%, 30%, 50% resp.45%? Sie sind teilweise wieder **auf der Warteliste für ein zweites Organ oder teilweise gestorben**. Die veröffentlichte Statistik gibt darüber keine Auskunft.

24. **Auch wenn jedem und jeder ein langes, angst- und schmerzfreies Leben zu wünschen ist...** Viele Empfänger leben tatsächlich länger mit einem gespendeten Organ, sie müssen jedoch ein Leben lang immununterdrückende und andere Medikamente einnehmen, damit das fremde Organ nicht abgestoßen wird. Deshalb dauert jede Grippe, die tunlichst zu vermeiden ist, und deren Folgen oft mehrere Wochen. Die unbeschwertere Lebensqualität, wie es suggeriert wird, ist es für den Organempfänger jedenfalls nicht. Bei einigen verläuft die erste Zeit nach einer Organimplantation glatt und Probleme entstehen erst später, andere haben gleich nach der Operation erhebliche Schwierigkeiten und danach weniger. Es kann sehr lange dauern, bis die richtige Medikamentendosierung gefunden ist. „In der Tat sind die Organübertragungen bereits keine Sensation mehr und nicht wenige Menschen verdanken ihr Weiterleben diesem medizinischen Fortschritt. Sicher aber werden **die tatsächlichen Erfolge betreffend Lebensdauer und vor allem Lebensqualität in der Öffentlichkeit zu optimistisch hingestellt.** Zu groß ist die Erwartung an die technische Machbarkeit des Lebens. Es wird von Heilung durch Organtransplantation gesprochen, die **niemals Heilung, sondern nur Überleben mit eingeschränkter Gesundheit und medizinischer Abhängigkeit** bedeutet.“ (Dr. J. Loibner). Dazu kommt aufgrund des Organmangels und des chirurgischen Ehrgeizes, dass die Qualitätsanforderungen nach unten abgesenkt werden. So ist z. B. **die Lunge eines starken Rauchers verpflanzt worden, weshalb der Empfänger an Krebs starb. Das Tabu der Organentnahme von Krebskranken wird gelegentlich auch schon missachtet.**
25. Die Professoren Cicero Coimbra (Sao Paulo) und Sam Parnia (New York) sind nicht als einzige davon überzeugt, dass viele, d. h. **50% für hirntot erklärte Patienten wieder genesen und ein normales Leben führen könnten, wenn sie nicht dem gefährlichen Hirntod-Apnoe-Test unterzogen würden und stattdessen eine intensive angemessene Reanimations-therapie bekämen** (z. B. Unterkühlung, Hormone). Und das ist keine von Hoffnung getragene Annahme, denn es gibt bereits genügend Beispiele dafür.
26. Die **Säulen und Autoritäten in der deutschen Transplantationsszene** sind 1) Eurotransplant, eine privatrechtlich organisierte Stiftung zur Koordination der Organvergabe in 8 mitteleuropäischen Ländern, 2) die Deutsche Stiftung Organtransplantation DSO, eine gewinnorientierte, ebenfalls privatwirtschaftliche Vereinigung und 3) die Bundesärztekammer, eine Lobbyorganisation, ein nicht-rechtsfähiger Verein, der nichts mit einem Bundesministerium zu tun hat. Hinzu kommt die Pharma-Lobby. Wo bleibt die staatliche Kontrolle in so wichtigen Entscheidungen?

PROZEDERE

1. In **Deutschland** gibt es seit ein paar Jahren sogenannte „**Transplantationsbeauftragte**“ der DSO (Deutsche Stiftung für Organtransplantation). Sie werden als Koordinatoren in die Kliniken gerufen oder sind dort fest angestellt, in größeren Kliniken sogar mehrere. Sie passen auf, dass die Ärzte auf den Intensivstationen auch genügend „Spender“ melden! Sie treffen möglichst früh, d. h. noch vor der Feststellung des Hirntods (und möglicherweise auch vor Benachrichtigung der Angehörigen) die nötigen organisatorischen Vorkehrungen. Dazu gehört auch der Kontakt zur Organdatenbank in Holland für acht Länder (Benelux, **Deutschland, Österreich**, Ungarn, Slowenien, Kroatien) zwecks Übermittlung der Untersuchungsergebnisse und Vermittlung an einen passenden Empfänger. Es bestehen Vernetzungen mit weiteren Ländern; Skandinavien und das Baltikum haben einen je eigenen Verbund; Frankreich, Spanien und Portugal kooperieren; die **Schweiz** und Großbritannien haben nationale Zuteilungsstellen.
2. In keinem der Länder von Eurotransplant, gelten die gleichen Bestimmungen wie in Deutschland, die aber mit Tricks umgangen werden. In allen angeschlossenen Ländern außer in Slowenien werden auch Organe nach Herzstillstand entnommen, was in der BRD verboten ist. **Eurotransplant dürfte also so gut wie kein Organ nach Deutschland vermitteln.** Die Ärzte selbst sind aber gegenüber Spenden nach Herzstillstand nicht abgeneigt. Alle wichtigen Merkmale von Patienten werden in die zentrale Datenbank eingegeben. Sobald ein Spender gefunden ist, werden auch dessen Merkmale eingespeist. Dann beginnt das Rennen gegen die Zeit. Mittels eines komplexen Computerprogramms wird für jedes verfügbare Organ eine Matchliste erstellt. **Was wirklich geschieht, ist schwer nachprüfbar**, denn erstens befindet sich Eurotransplant in Holland und unterliegt nicht deutscher Gesetzgebung, und zweitens dürfen die Details der zentralen Datenbank aus den 78 Transplantationszentren in den Mitgliedsstaaten wegen der Trennung von Spende, Verteilung und Transplantation **aus Datenschutzgründen** nicht zusammen geführt werden. Der Jurist Prof. W. Waldstein: „Diese Manipulationen zeigen die völlige Gewissenlosigkeit des Vorgehens. Die Transplantationsmedizin zeigt zweifellos **mafiose Züge.**“
3. Schon **der erwartete Hirntod reicht aus, dass am Patienten qualvolle Untersuchungen durchgeführt werden**, die ausschließlich dem Empfänger dienen. Dabei glauben die Angehörigen noch, dass es sich um Maßnahmen zum Wohle des Patienten handelt und klammern sich an letzte Hoffnungen, dass alles Menschenmögliche getan wird. Die sogen. „**Spenderkonditionierung**“ (**Aufrechterhaltung der Organfunktionen zwecks Explantation**) **ist ein fremdnütziger Eingriff und beginnt bereits vor dem Endstadium**, weil der Patient bei der Hirntoddiagnostik frei von Analgetika, Sedativa und Muskelrelaxantien sein muss. Diese Medikamente werden also bereits bei Verdacht auf Hirntod oder sogar schon bei ungünstiger, aussichtsloser Prognose abgesetzt. 24 Stunden vor den Hirntod-Tests sollte **die Medikation gestoppt werden, damit die Resultate nicht beeinflusst werden.** Ist der Hirntod einmal diagnostiziert, ist der Mensch nach Gesetz „ganz tot“ (was eine Lüge ist), egal ob diese Kriterien nach einer eventuellen Besserung nicht mehr zutreffen. Dann bekommt er wieder Medikamente, aber bloß um seine Organe für die Explantation zu präparieren; man ist nur **noch auf Empfänger fokussiert.**
4. Die als hirntot definierten Menschen werden künstlich ernährt, sind an Schläuchen, EKG, EEG etc. angeschlossen und erhalten Herz-Kreislauf stärkende Mittel und andere Medikamente. Sie werden damit „konditioniert“, d. h. mit allen Mitteln am Leben gehalten, denn es geht um die Entnahme lebender Organe. Dazu gehört auch eine Blutverflüssigung mit dem **Risiko einer Hirnblutung. Beim anzunehmenden, zu Transplantationszwecken erwarteten Hirntod nicht mehr genügend zur medizinischen Rettung getan.** Im Gegenteil: **die zur Feststellung des Hirntodes nötigen Tests schädigen den Schwerverletzten zusätzlich und verhindert eine mögliche Besserung des Zustands.** Aber das bleibt **hinsichtlich der gewollten Explantation unberücksichtigt.** Die klinische Untersuchung sieht u. a. vor: Provokation der Augenhornhaut mit einem Gegenstand, Stechen in die Nasenwand, Reizen des Rachenraums mit einem Gegenstand, Setzen eines heftigen Schmerzes zur Reizung von Reflexen, Reizung des Bronchialraumes durch Absaugkatheter, festes Drücken der Augäpfel, Gießen von Eiswas-

ser in die Gehörgänge. Zur Absicherung der Diagnose wird gelegentlich ein Kontrastmittel in die Blutgefäße injiziert (Angiografie), was bei noch lebenden Spendern zu einer **Reaktion des Immunsystems mit Todesfolge** führen kann (anaphylaktischer Schock).

- 5a. **Dazu kommt der Apnoe-Test.** Falls er nicht durchgeführt wird, könnten Organspender während der Explantation atmen, womit offensichtlich würde, dass sie noch leben und erst infolge der Operation sterben. **Mögliche Schädigungen durch den Apnoe-Test** sind eingeschränkte Atmung (Pneumothorax) einschließlich Erstickungsanfälle, Gasansammlungen (Emphyseme), erhöhter CO₂-Wert, ansteigender Hirndruck, unumkehrbarer oder länger anhaltender Zerfall der Hirnzellen, Pfortaderhochdruck, massiv abfallender Blutdruck bei 40% der Patienten, Herzrhythmie, Herzinfarkt, unumkehrbarer Herzstillstand (= Tod!). Die Funktion der Schilddrüse verringert sich während der ersten Stunden des Hirntraumas. Eine **Unterfunktion der Schilddrüse ist eine zum Tode führende Erkrankung, die bei Patienten mit schweren Hirnschädigungen nicht behandelt wird. Potenzielle Organspender erhalten keine lebensrettende Hormontherapie und werden stattdessen dem möglicherweise zum Tode führenden Apnoe-Test ausgesetzt.** Dieser Test wird genau bei denjenigen Patienten eingesetzt, die am stärksten von einer Schilddrüsenunterfunktion betroffen sind und reduzierte Reaktionen auf Kohlendioxid zeigen. Möglicherweise reagieren sie auch darum nicht auf den Apnoe-Test, weil sie nur über wenige Schilddrüsenhormone verfügen und / oder wegen einer zu geringen Durchblutung, d. h. nicht unbedingt deshalb, weil ihr Atemzentrum irreversibel zerstört ist.
- 5b. Das Hypophysenhormon THS regt die Produktion von Schilddrüsenhormonen an, die eine neuronale Erholung fördern und das Fortschreiten des Hirnödems verhindern. **Der Ausfall der Drüse verursacht einen dauerhaft zu geringen Blutdruck, der die Gehirndurchblutung verringert und die Hirnverletzung verschlimmert.** Adrenalin-Mangel und schwere Unterfunktion der Schilddrüse verursachen extremen Abfall des Blutdrucks. **Statt dem Apnoe-Test sollten Gehirngeschädigte einer Hormonersatztherapie** unterzogen werden, welche die Unterstützung von Nebennieren und Schilddrüse beinhaltet sowie zur Korrektur von tödlichen neuroendokrinen Störungen beiträgt. Dadurch würden sich die Überlebenschancen erhöhen. **Erhöhte Körpertemperatur lässt das Hirnödem zunehmen und führt zu starkem Hirndruck und mangelnder Durchblutung.** Trotzdem wurden auf der Intensivstation nur bei einem Drittel der Patienten fiebersenkende Mittel verabreicht. **Die derzeitige therapeutische Untätigkeit verhindert eine Erholung des potenziellen Organspenders.** Zu schädlichen Auswirkungen des Apnoe-Tests gibt es eine ganze Literaturliste.
6. Der New Yorker Notfallmediziner Sam Parnia sagt: Jahrtausende lang war der Tod ein klar definierbarer Zeitpunkt. Das Herz hörte auf zu schlagen, das war's. Nichts konnte das ändern, entweder man lebte oder nicht. Jetzt ist es nicht mehr so einfach, denn seit über 50 Jahren kennen wir die **Reanimation. Der Tod ist kein Augenblick, sondern ein Prozess** [Anm. das entspricht exakt der tibetisch-buddhistischen Erfahrung], der nach dem Herzstillstand einsetzt und sich in unterschiedlichem Tempo in den verschiedenen Geweben des Körpers ausbreitet. Bei einem Herzstillstand verliert der Mensch schlagartig das Bewusstsein und die Atmung setzt aus. Innerhalb von Sekunden erlischt alle Gehirntätigkeit, die Pupillen weiten sich und werden starr, **das EEG zeigt eine Nulllinie. Der Mensch ist tot – allerdings in einem frühen Stadium des Todes.** In vielen Krankenhäusern würde jetzt der Totenschein ausgestellt, die Leiche würde in den Keller gefahren. **Um ihn zurück ins Leben zu holen, ist eine ganze Reihe von Maßnahmen nötig,** und es kommt auf jeden einzelnen Schritt an. Ein Fehler – und der Tote bleibt tot oder lebt weiter mit schweren Hirnschäden. **Die Nachlässigkeit der Krankenhäuser kostet Abertausende Menschenleben.** Sobald die Zellen im Gehirn zerstört sind, wird keine Intervention sie wieder zum Leben zu bringen. Dieser Tod ist tatsächlich endgültig, aber bis zu diesem Punkt haben wir es mit einer **Grauzone** zu tun. **Wir wissen heute nicht, wann genau die Phase des reversiblen Todes in den irreversiblen Tod übergeht. Alle medizinischen Tests, die zur Diagnose des Hirntods angewandt werden, prüfen nur, ob die Gehirnfunktion erloschen ist, aber nicht, ob die Hirnzellen tatsächlich abgestorben sind. Niemand weiß, wann der Hirntod nach dem Ausfall jeglicher Hirnfunktion eintritt.** Die Kriterien für den Hirntod unterscheiden sich darum von Land zu Land, in den USA sogar von Bundesstaat zu Bundesstaat. Klar ist nur: Je länger das Gehirn nicht funktioniert, desto wahrscheinlicher wird der Hirntod. Deshalb müssen die entscheidenden Tests bei der Diagnose innerhalb einer

bestimmten Zeitspanne wiederholt werden. Das Gehirn mag trotzdem noch nicht ganz tot sein, weil man einzelne Zellen herausnehmen und im Labor zum Wachsen bringen könnte. Für mich (Dr. Parnia) sieht es danach aus, dass **das Bewusstsein im frühen Tod nicht schlagartig ausgelöscht ist, obwohl es zu diesem Zeitpunkt keine messbare Hirnaktivität mehr gibt.** Das ist ein medizinisches Paradoxon. Millionen sind über die Schwelle des Todes getreten und wieder zurückgekehrt.

7. Falls zugestanden wird, dass der Apnoe-Test die Hirnverletzungen verschlimmert, wäre es nicht mehr möglich, jemanden aus neurologischen Gründen für tot zu erklären und das Herausoperieren vitaler Organe von Menschen mit schlagendem Herzen wäre ebenfalls unmöglich. **Transplantationsmediziner sind hochdotierte und hochangesehene Spezialisten, weltweit politisch einflussreich** und wichtige Entscheidungsträger in Ärztekammern, Verbänden, Hochschulen, Krankenhausleitungen und Gesundheitsministerien. Dass Transplantationsmedizin nicht mehr möglich sein soll, wenn z. B. der Apnoe-Test als unethisch erkannt würde, werden diese Ärzte niemals akzeptieren. In Österreich wurde ein Arzt mit einem Disziplinarverfahren der Ärztekammer und erstinstanzlich mit einer hohen Geldbuße belegt, weil er in einem antwortenden Leserbrief in einer Zeitung schrieb „Zum Zeitpunkt der Entnahme müssen die Organe warm und gut durchblutet sein, weil mit dem Eintritt des Todes ihr Zerfall beginnt. Für eine Transplantation wären sie dann wertlos. Die Organe müssen herausoperiert werden, wenn der ‚Spender‘ bzw. das ‚Opfer‘ noch am Leben ist.“ Man hat ihm Verunglimpfung des Ärztstandes angelastet.
8. **Die Bauchdecke wird vom Hals bis zum Schambein aufgeschnitten, das Brustbein mit Hammer und Meißel zerteilt.** Die Hautlappen werden so gehalten, dass eine „Wanne“ entsteht, die mit bis zu 15 Liter eiskalter Kochsalzlösung oder zerdrücktem Eis gefüllt wird. Das Blut wird abgesaugt, die Organe werden mit eiskalter Perfusionslösung (konservierendem Blutersatz) durchspült, danach werden sie freigelegt und für die Entnahme präpariert. Er wird berichtet, dass das freigelegte Herz schneller schlägt. Die einzelnen Organe werden konserviert und abgepackt von den Ärzteteams in die Kliniken geflogen, wo die Empfänger warten. Die Beatmungsgeräte und Monitore werden erst nach der Explantation abgestellt. Diese „lebensverlängernden“ Maßnahmen benötigt man nur, um die Organe „lebendfrisch“ herausoperieren zu können.
9. Dem Arzt und SPD-Bundestagsabgeordneten Dr. Wolfgang Wodarg wurde die Bitte abgeschlagen, als Zuschauer einer Organentnahme beizuwohnen, mit der Begründung die **einem Schlachtfeld ähnelnde Szene sei keinem Zuschauer zuzumuten.** Tatsächlich führt der Blutverlust beim Aufschneiden eines noch von der Blutzirkulation durchpulsten Körpers von der Kehle bis zum Schambein und das anschließende Ausschachten von Organen zu fast totalem Blutverlust. Die Chirurgen stehen wegen der Blut- und Wasserüberschwemmung des Fußbodens häufig auf Matten oder Tüchern. **Wenn auch Gewebe und die großen Knochen entnommen werden, muss der Restleichen für den Bestatter erst wieder stabilisiert (z. B. mit Besenstielen), ausgestopft und zugenäht werden.** Herausgenommene Augen werden zugeklebt oder durch Glasaugen ersetzt.
10. Die Eltern eines deutschen Unfallopfers bekamen **vier Todeszeitpunkte** genannt bzw. konnten sie nach Jahren in der Akte einsehen: 1) am Mittag mündliche Mitteilung, der Sohn sei tot, verbunden mit der Frage nach Organentnahme, 2) Feststellung des Hirntods am folgenden Tag um 08h00, 3) Feststellung des Todes im Nierenprotokoll beim Transplantationszentrum um 12h00, 4) Herbeiführung des Herzstillstandes und des Abstellens der Beatmung um 13h50. Zwischen 1) und 4) lagen **12 Stunden, in denen intensive Untersuchungen zur Transplantation gemacht und die Organentnahme am Sterbenden durchgeführt wurden.**

ETHIK + VERFASSUNG

1. Sterbende bedürfen der Begleitung, nicht der körperlichen Ausschlachtung. Das ist auch eine **Frage der menschlichen Würde. Ein friedvolles und behütetes Sterben**, vielleicht im Beisein von Angehörigen, ist bei einer Organentnahme nicht möglich. Bei einer Explantation sind die „Sterbebegleiter“ die Transplantationsmediziner, die in Teams anreisen und nacheinander die Organe entnehmen.
2. 1995 äußerten sich **12 Wissenschaftler_innen** (darunter 4 Verfassungsrechtler) zu der juristischen Bewertung des „Hirntod“-Dogmas: „Wann ein 'Lebendigsein' vorliegt, richtet sich allein nach naturwissenschaftlichen Gegebenheiten am Körper des Menschen. Angesichts des Organismusbegriffs der modernen Biologie und im Lichte der vom Bundesverfassungsgericht betonten Notwendigkeit, den Lebensschutz in Grenzfällen extensiv zu garantieren (,in dubio pro vita'), **muss man einen hirntoten Menschen als lebend qualifizieren. Der hirntote Mensch wird daher durch das Lebensgrundrecht vor ungerechtfertigten Eingriffen in seine letzte Lebensphase – das Sterben – geschützt.**“ Prof. H. Tröndle, Kommentator des Strafgesetzbuches: „Das Recht auf ein natürliches Sterben und die Gewährleistung einer ungestörten Endphase dieses Sterbens ist ein **integraler Teil des grundgesetzlich verbürgten Lebensschutzes. Dieses Grundrecht kann niemandem genommen werden. Von offizieller und interessierter Seite wird die Hirntodkontroverse bagatellisiert.**“
3. Bei Tötung durch Explantation aufgrund von Hirntoddiagnose handelt es sich im Grunde genommen um **ein Officialdelikt, d.h. die Staatsanwaltschaft müsste auch ohne Anzeige von sich aus aktiv werden – sie tut es aber nicht.** Deshalb bedürfte es in allen Ländern, Bundesländern und Kantonen mehrerer **Strafanzeigen wegen Mord oder Tötung und Verbrechen gegen die Menschlichkeit.** Jeder Bürger, jede Bürgerin kann eine Strafanzeige an eine Staatsanwaltschaft schicken, ebenso an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte. Die genannten Officialdelikte muss jeder Staatsanwalt von Amts wegen verfolgen, sobald er – egal auf welchem Wege – davon erfährt. Das dürfte in der Schweiz und in Österreich auch nicht anders sein. Solche Anzeigen sind auch schon gemacht worden, doch werden sie abgelehnt, wenn kein konkreter Fall genau dokumentiert wird – oder/und die Angelegenheit wird auf die lange Bank geschoben.
4. Das deutsche **Transplantationsgesetz** hat weder die moralischen Konflikte noch die Frage gelöst, wie weit der Spender noch lebt oder wirklich tot ist. Auch das Recht, insbesondere das Strafrecht, hat das Hirntod-Kriterium ohne eigenständige Überprüfung von der Medizin übernommen, es gilt als die „herrschende Meinung“. Dafür, dass der Hirntod zur Organentnahme ausreicht, votierten im deutschen Bundestag 424 Abgeordnete, dagegen 201 Abgeordnete. Das Ergebnis kam auf massiven Druck der **Transplantationslobby** zustande. Im Gesundheits- und Rechtsausschuss des Bundestages forderte sie die gesetzliche Gleichstellung des „Hirntodes“ mit dem Tod, anderenfalls würden sie sich Transplantationen in Deutschland verweigern. Dazu der Verfassungsrechtler Prof. Gallwas in der Anhörung des Rechtsausschusses: „**Es ist nicht Sache des Staates zu entscheiden, wann das Leben eines Menschen endet, ob also der Hirntote schon ein Toter oder noch Sterbender ist. Dem Staat ist es wegen der Verfassung verwehrt, menschliches Leben zu bewerten und je nach Ausgang der Bewertung das Grundrecht des einen dem Grundrecht des anderen zu opfern.**“
5. Das President's Council on **Bioethics (USA)** stellte im Dezember 2008 eindeutig klar: **Der Hirntod ist naturwissenschaftlich nicht dem Tod gleichzusetzen.** Es räumt ein, dass die bisherigen Annahmen über den unmittelbaren engen zeitlichen und kausalen Zusammenhang zwischen diagnostiziertem Hirntod und der Desintegration der körperlichen Funktionen **empirisch widerlegt** sei. Das Gehirn sei nicht der Integrator der verschiedenen Körperfunktionen, vielmehr sei die Integration eine emergente (übergeordnete) Eigenschaft des ganzen Organismus. Vereinfacht und anders gesagt: **Das Ganze des menschlichen Organismus ist nicht die Summe der einzelnen Körperteile (Organe).** Bis zum Jahre 1998 wurden in den USA 175 Fälle „chronischen Hirntodes“ dokumentiert, in denen zwischen Hirntod und irreversiblen Herzstillstand eine Woche bis 14 Jahre lagen! 2013 wachten sowohl in Dänemark als auch in den

USA als hirntot erklärte Frauen auf, gerade als die Ärzte beginnen wollten, ihren Körper aufzuschneiden (**Scheintod**-Thema).

6. In den USA gibt es interne Diskussionen, wie man die Wahrheit vermitteln kann, ohne Vertrauen zu verlieren. Die problematische Frage ist: „**Wie soll man mit der Wahrheit umgehen?**“ Als ob es im Interesse der betroffenen Patienten und Angehörigen eine solche Frage überhaupt geben kann. Die Situation in Europa ist nicht anders. Der Jurist Prof. Wolfgang Waldstein: „Es müsste endlich einmal rechtlich kargestellt werden, was hier geschieht. ..., dass hier **in einem unvorstellbaren Ausmaß Verbrechen am menschlichen Leben begangen** werden, und das im Namen der Lebensrettung, der Menschlichkeit, der Hilfsbereitschaft und der Liebe. Es ist absurd.“

7. **Bei Transplantationen von Lebenden auf Lebende stellen sich weitere medizin-ethische Fragen.** Gerade die Gesundheit des Spenders ist entscheidend, denn **das zu entfernende Organ muss völlig intakt sein.** Der Spender ist kein Patient, sondern bei bester Gesundheit, **von einer Arzt-Patient-Beziehung kann keine Rede sein.** Die Herausforderung besteht nicht nur in der Operation als solcher, sondern auch darin, dass der verstümmelnde Eingriff beim Spender ohne therapeutische Notwendigkeit vorgenommen wird. **Darf ein zur Heilung verpflichteter Arzt den Leib eines Menschen schädigen?**

8. **Beat Huber (Schweiz) bekennt Farbe auf seiner privaten Website.** Ein Kapitel ist diesem Thema gewidmet, gedanklich konsequent und wortstark durchgestaltet. Ich darf zitieren:
„Der Staat als hochtrabender Garant für unser aller physisches Wohlergehen zusammen mit der Medizin lässt die Menschenrechte nicht gelten, er spielt immer wieder ein doppeltes Spiel. Mit dem Transplantationsgesetz zum Beispiel, das einzelne Personen unterhalb vom rechtlichen Niveau des Schlachtviehs einstuft, macht der Staat die Wahrheit zum Betriebsgeheimnis einer offiziellen und juristisch kaum angreifbaren Vetternwirtschaft. **Es bleibt nur noch wenig Respekt vor einem Rechtsstaat übrig, der jeden einzelnen Bürger zu entscheiden auffordert, ob er oder sie nota bene bei lebendigem Leib ausgeschlachtet werden möchte oder nicht.** Das Ausschlachten von Menschen bei lebendigem Leib selbst steht nicht zur Diskussion, nicht einmal seine Notwendigkeit. ... Der Staat braucht die viel zu vielen Organspender, Opfer auf dem Altar einer perversen Macht über **getäuschte und fremdbestimmte Menschen.** **Der Organspenderaufruf verschleiert, dass der Staat durch die Verfassung gebunden niemanden zur Tötung freigeben kann und darf,** und er verschleiert, dass der Organspender immer lebend und gesund sein muss, wenn er Organe für die Transplantationsmedizin spendet. **Das Gewaltmonopol verbietet dem Staates sogar beim ‚guten Zweck‘ ein Auge zuzudrücken, aber genau das tut er überall dort, wo er das Geschäft mit der Medizin wünscht.** **Es ist unglaublich, dass diesbezüglich noch keine Klage beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte verhandelt wurde, zumal jeder in Straßburg gegen einen Staat klagen kann.** In einer Laudatio auf Dr. Heinz Angstwurm (BRD) heißt es: „Seine Publikationen und Vorträge hatten großen Einfluss auf die Entemotionalisierung der Diskussion über die Grenzfragen an der Schwelle zwischen Leben und Tod.“ Beat Huber kommentiert so: „Ich interpretiere aus diesem Zitat, dass Emotionen aus ärztlicher Sicht hinderlich, ja lästig sind, wenn es um das Töten von Organspendern geht. Entemotionalisiert beraten wir über die durch Mediziner durchzuführenden Tötungen von Menschen zu Gunsten anderer. Das gebräuchliche deutsche Wort für entemotionalisiert ist „herzlos“. **Demnach sucht eine herzlose Gesellschaft eine Anzahl Spenderherzen. Das ist mehr als zynisch,** das ist böse, das gehört angeprangert. Die Schweiz spielt just dasselbe Spiel, andere Staaten machen es ähnlich. Jeder Klinik schweizweit wird heute auferlegt, potentielle Organspender zu selektionieren und diese gegebenen Falls für die Lebend-Zergliederung vorzubereiten. Der realitätsferne Lebensentwurf unserer elitären Politik lässt heute dem Arzt keine Wahl mehr und zieht die Arbeit der Medizin generell in eine Zeremonie hinein, mit der sich mitunter **auch viele Ärzte nicht identifizieren können.** Das Transplantationsgesetz schafft ein Klima der Kälte in einem bösen Mitmacher- und Verräterspiel, welches allen voran Klinikärzte, die sich menschlich ihren Sterbepatienten verpflichtet fühlen bei jedem einzelnen Fall in einen **Gewissenskonflikt** bringt.“
<http://www.exhybris.ch/exhybris.ch/Organspender.html>

9. Die Ansicht eines Arztes 1933 ff: „Vollidiotische Menschen sind biologisch gar keine Menschen, sondern eine stumpf hinvegetierende Masse ohne funktionsfähiges Großhirn. **Vollidiotische Wesen sind keine Menschen, da sie eben über keine Personalität verfügen. Die Auslöschung dieser Menschen bedeutet also weder Mord noch Tötung.**“ Die Antwort nach dem Nürnberger Ärzteprozess von 1947: Tod durch den Strang.

TRANSPLANTATIONSMEDIZIN IN DER KRISE

1. Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann, Arzt und Medizinethiker, Uni Bochum, Gekürzte Passagen aus dem „Tote Helden“, <http://www.faz.net/aktuell/politik/die-gegenwart/organspende-tote-helden-12195736.html>.

Die Zahl der Organspenden ist in Deutschland als Folge der Transplantationskandale stark zurückgegangen. Die Dt. Stiftung Organtransplantation DSO meldet für das erste Quartal 2013 einen Rückgang von mehr als 18%. So wenige Organe wurden seit mehr als 10 Jahren nicht mehr transplantiert. Der Präsident der Dt. Gesellschaft für Chirurgie macht die große Zahl von Transplantationszentren und die daraus entstehende Konkurrenzsituation für die Fehlentwicklungen verantwortlich und fordert deren schnelle Reduzierung um etwa einen Drittel. Transplantationsmedizinische Leistungen werden von den Krankenkassen gut honoriert, der Bereich ist für die Krankenhäuser **ökonomisch sehr attraktiv**. Die Politik hat die Transplantationsmedizin als erfolgreichen Prototyp moderner Hightech-Medizin über Jahrzehnte hinweg bevorzugt gefördert. **Die hier tätigen Ärzte gehören zur Ärzteeelite, genießen hohes Ansehen und haben ein hohes Einkommen, das sich durch Bonus-Vereinbarungen zwecks OP-Steigerung noch erhöhte. Selbstüberschätzung und Privilegierung durch das System haben offensichtlich zu Maßlosigkeit und Fehlverhalten geführt. Diese Anreizstrukturen sind völlig ungeeignet und ethisch brisant.** Vielmehr werden die ökonomischen Vorteile in den Mittelpunkt gerückt, die Interessen der beteiligten Ärzte bis hin zu Fehlverhalten belohnt. Vielerorts werden aus den Überschüssen der Transplantationsmedizin andere Krankenhaus-Abteilungen subventioniert, die keinen Gewinn abwerfen. **Politiker dürfen sich nicht auf marktwirtschaftliche Mechanismen verlassen, eine Festlegung von Mindesttransplantationszahlen je Zentrum ist nicht zielführend. Diese falsche Marktgläubigkeit im Gesundheitswesen ist vielmehr die Folge der Zurückdrängung von demokratisch legitimiertem staatlichem Handeln.** Im Gegensatz zur Transplantation, die für Lebensrettung, aber auch für Erfolg, Karriere und Geld steht, führt deren Gegenstück, die **Organspende und Organentnahme, ein Schattendasein**. Dieser Bereich ist mit Lebensende, Erfolglosigkeit der Intensivmedizin beim Organspender, Sterben und Abschied verbunden. Auf diesem Feld winken auch kein großes öffentliches Ansehen, keine Karrierechancen oder große Verdienstmöglichkeiten. **Psychologisch geht es hier um Versagen, Trauer und Tod sowie um das umstrittene Hirntodkriterium in der Intensivmedizin**, was vielen Menschen Angst einflößt und sicherlich nicht positiv besetzt ist. Das Vorgehen von Gesundheitspolitik und Transplantationsmedizin ist seit Jahrzehnten durch einseitige ethische Vorannahmen geprägt. So gibt es angeblich zu wenige Organspenden, weshalb die Zahl der potentiellen Organspender erhöht werden müsse. Die Patienten, denen wegen fehlender Spenderorgane nicht geholfen werden konnte, wurden öffentlich als Kandidaten für den „Tod auf der Warteliste“ dargestellt. **Dadurch wird suggeriert, dass es auf Seiten der Bevölkerung eine moralische Pflicht gebe, diese Menschenleben zu retten.** Diese normative Setzung liegt allen öffentlich finanzierten Informationsmaterialien und Werbekampagnen zugrunde. Als Vorbilder werden den Bürgern andere Länder vor Augen geführt, in denen – wie in Spanien – die Spendequote höher ist. Wie es um

die Praxis der Organspende dort bestellt ist, steht auf einem anderen Blatt. **Ohne ethische Begründung eine normative Forderung nach „mehr“ Organspenden abzuleiten und der Bevölkerung quasi ein „schlechtes Gewissen“ zu machen ist ethisch unangemessen. Daher ist es erfolglos, zu versuchen, einer werteppluralistischen Gesellschaft die Akzeptanz des umstrittenen Hirntodkriteriums aufzudrängen.** Ein Todeskriterium, auf das man sich nicht einigen kann, verschafft jedenfalls keine Sicherheit. Dazu gehören ehrliche Informationen und klare Richtlinien, die festlegen, dass Ärzte ausschließlich zum persönlichen Nutzen des Patienten eine intensivmedizinische Behandlung beginnen und beenden. Zum Zwecke der Organspende darf eine intensivmedizinische Behandlung nach dem Hirntod nur für kurze Zeit fortgesetzt werden, um eine Organübertragung auf wartende Patienten zu ermöglichen. **Auch muss festgelegt werden, dass keine intensivmedizinische Behandlung mit dem Ziel begonnen werden darf, damit der Hirntod eintritt und die Organentnahme beginnen kann.** Diese unterschiedlichen Interessen zu leugnen wäre unehrlich – sie zu ignorieren heißt, womöglich den nächsten „Skandal“ zu verursachen. Vielmehr muss diese **Interessenkollision** auf der Intensivstation empirisch besser untersucht, ethisch analysiert und öffentlich diskutiert werden. Ziel muss eine ethische Entscheidungskultur sein, in der jeder Bürger die Möglichkeiten bekommt, am Lebensende seinen persönlichen Werten in der modernen Medizin Geltung zu verschaffen. Anstatt die Bürger unter fragwürdigen Druck zu setzen muss man unparteiisch, transparent und bescheidener um Organspenden werben. **Organspender sind weder Objekte noch Erfüllungsgehilfen für die Transplantationsmedizin.** Ihre individuellen moralischen Werthaltungen und höchstpersönlichen Entscheidungen gilt es zu respektieren. **Die Transplantationsmedizin befindet sich in einer Sackgasse ihrer Entwicklung, weil sie sich maßlos überhöht hat, die eigene Fachkultur nicht zeitgemäß weiterentwickelte und falschen Prioritäten und Fehlanreizen erlegen war.** Skandalöses ärztliches Fehlverhalten, unzureichende Qualitätsstandards und mangelnde Transparenz der Entscheidungen [Anm. Organvergabe] sowie **fehlende ethische Sensibilität** haben zur aktuellen Vertrauenskrise geführt. **Die mit der Aufsicht beauftragten Organe im Gesundheitswesen haben weitgehend versagt. Der aktuellen politischen Debatte mangelt es an einer medizinethischen Perspektive.**

2. Eurotransplant-Chef, Prof. Dr. Bruno Meiser (starkgekürzter Auszug aus einem Spiegel-Interview vom 19. 8. 2013:
Allein in den deutschen Transplantationszentren gab es **in den vergangenen Jahren rund 250 Regelverstöße.** (Es fehlt an Transparenz.) Einige Kliniken scheuen sich, Ergebnisse veröffentlicht zu sehen. Keine Klinik möchte am Pranger stehen, wenn die Überlebensraten im Vergleich schlechter sind. Die Zentren sind durch den Skandal erheblich vorsichtiger geworden, allein schon bei der Frage, wen sie auf die Liste für Transplantationen setzen sollen. Die **Neuanmeldungen zur Warteliste für ein Organ sind in diesem Jahr um 24 Prozent zurückgegangen.** Das hängt nicht damit zusammen, dass es weniger Kranke gäbe. Vielmehr wird in den nun vorgeschriebenen interdisziplinären Konferenzen intensiver über jeden Patienten diskutiert. Sollte dieser Patient wirklich ein neues Organ erhalten, wie viele Jahre könnte er damit noch leben? Die verantwortlichen Ärzte müssen (*neu*) am Ende mit ihrem Namen das Protokoll unterschreiben. Das hat eine andere Verbindlichkeit. Jede Organspende setzt hochmotivierte Klinikärzte voraus. Diese Motivation ist dahingeschmolzen, nachdem die Ärzte gesehen haben, dass Transplantationsmediziner manipuliert haben. Wir müssen das Vertrauen der Kollegen zurückgewinnen. Es ist im Prinzip ein sehr guter Ansatz, dass die **Bundesregierung in diesem Jahr erstmals 6 Millionen Euro für Transplantationsbeauftragte zur Verfügung stellt**, die in den Kliniken für eine bessere Koordination der Organspenden sorgen sollen. Das Geld wird aber an die Kliniken nach der Zahl aller Toten verteilt. Krankenhäuser mit großen onkologischen Stationen und damit hohen Todesraten bekommen demnach am meisten Geld. Das aber ergibt keinen Sinn: Krebskranke sterben in aller Regel nicht am Hirntod, die Organe sind meistens nicht verwendbar. Das Geld sollte gemäß der Zahl der Hirntoten verteilt werden. Und es darf dann nicht im Klinikhaushalt verschwinden, sondern muss direkt an die Koordinatoren gehen, die die Arbeit machen. [Anm. Also „Erfolgshonorar“ für die DSO-Beauftragten. Das läuft doch wieder auf ein Anreizsystem mit Belohnung hinaus, genau das, was Prof. Vollmann monierte.]

3. In Deutschland wird der **Organmangel** beklagt. Verantwortlich für den Rückgang von Spenden sind jedoch nicht nur die 2012 aufgedeckten Skandale. Derzeit gibt es hierzulande rund 13 Spender pro 1 Million Einwohner. In den USA, in Spanien und Kroatien sind die Zahlen deutlich höher (bis zu 34 / 1 Million). Kroatien gilt in Europa und Spanien weltweit als Vorbild. In Relation zu Deutschland vergleicht man jedoch Äpfel mit Birnen. In Kroatien gilt die Widerspruchs- in Deutschland die Zustimmungsregelung. **Man verweist auf die Professionalisierung des Spendesystems beim „spanischen Modell“, das als das effizienteste gilt. Dort sind die finanziellen Vergütungen und Boni(!) jedoch auch erheblich höher und man lässt auch den Herzstillstand nach 5-20 Minuten als Todesursache gelten, was in Deutschland nicht erlaubt ist. So kommt man schneller zu mehr Organen – aber auf welchem Wege! Es ist deshalb unredlich durch Vergleich mit diesen Ländern der deutschen Bevölkerung ein schlechtes Gewissen zu machen.**
4. Wegen des Organmangels **greifen Transplanteure häufiger zu Organen schlechterer Qualität** („marginale Organe“) z. B. von älteren oder vorerkrankten Spendern. Die Deutsche **Transplantationsgesellschaft sucht Auswege aus dem Engpass** a) durch vermehrte Lebendspenden (was hauptsächlich bei Nieren in Frage kommt, selbstverständlich nicht für Herzen), b) durch Finden wissenschaftlicher Lösungen, wie man auch mit schlechteren Organen länger überlebt und c) durch Vorantreiben der Umstellung auf aparoskopische „Schlüsselloch-OPs“ mit geringerer Belastung der Patienten.

KIRCHE UND RELIGIONEN

1. Die allgemeine **theologische Ethik** hat generell den Standpunkt „Hirntod = Tod“ vorerst ebenfalls ohne eigene Prüfung übernommen. Die Organspende wurde 1990 in einer gemeinsamen Erklärung der beiden großen Kirchen Deutschlands als „**Akt christlicher Nächstenliebe**“ gepriesen (übrigens eine Haltung des Mitfühlens und Helfens, die sich von den anderen Hauptreligionen nicht unterscheidet). Sie sollte zwar freiwillig sein, wurde aber nicht als Tötung oder aktive Sterbebeschleunigung angesehen. Sich zu Lebzeiten für die Organspende bereit zu erklären oder als Angehöriger der Organentnahme zuzustimmen, bewerten die Kirchen als moralisch verantwortliches Handeln. Im Laufe der allgemein zunehmenden Skepsis gegenüber der Transplantationspraxis und nach den Skandalen wird die Freiwilligkeit stärker betont; man wendet sich gegen einen Zwang. Den christlichen Krankenhausverbänden ist es wichtig, dass Entscheidungen für oder gegen einen Organspendeausweis respektiert werden. „Die Würde eines Menschen endet nicht mit der Organentnahme und Beendigung der intensiv-medizinischen Maßnahmen“ und „**Man kann sich mit guten Gründen für oder gegen eine Organspende entscheiden, ohne dass ihm oder ihr ein schlechtes Gewissen gemacht wird.**“ (Generalvikar Theo Paul). Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod [*Anm. Organspende **nach** dem Tod gibt es aber nicht*] ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten. Der Präses der EKD, Nikolaus Schneider: „Eine Entnahme von Organen verletzt nicht die Würde des Menschen und stört nicht die Ruhe der Toten“ [*verglichen mit als Störung der Totenruhe angesehenen Ereignissen wie Beschmieren eines Grabsteins u. ä. ein sehr befremdliches Statement, insbesondere da der Spender ja nicht vollständig tot ist und man noch nicht einmal von Störung der Totenruhe sprechen kann*], aber „es gibt keine christliche Verpflichtung zur Organspende“, alle Optionen sind „christlich verantwortbar und ethisch zu respektieren.“ Für den evangelischen Theologen E. Schockenhoff besteht kein Zweifel, dass ein Hirntoter tot ist, die Funktionen bei Hirntoten würden nur künstlich aufrecht-

erhalten. Leben definiere sich aber durch die Fähigkeit, sich selbst zu erhalten [Anm. kann das von Schwerstbehinderten und anderen extremen Fällen auch gesagt werden?]. Die Deutsche Bischofskonferenz sieht keine Alternative^[***] zum Hirntod-Konzept (Weihbischof A. Losinger). Caritas und Diakonie entwickeln Leitlinien für ein menschenwürdiges Sterben bei Organspende [Anm. Naivität oder blanker Hohn von Vertuschungshelfen solange die Transplantationsteams den eigentlichen Tod herbeiführen].

- [***] Eine Alternative ist die Positronen-Emissions-Tomografie und die Magnet-Resonanz-Tomografie, mit welcher diejenigen Aktivitäten des Gehirns, die Auskunft über Schmerzreize geben, spezifischer nachgewiesen werden können als mit der herkömmlichen Hirntoddiagnostik. Diese Methode scheint jedoch nicht die übliche zu sein.
2. Wenn selbst die Ärzte der „Harvard Medical School“ Frank Miller und Robert Truog seit 2008 für mehr „Ehrlichkeit“ eintreten, die Hirntod-Theorie als in sich widersprüchlich und nicht glaubwürdig bezeichnen, sogar dafür plädieren die Tötung des Patienten als gerechtfertigtes „Justified killing“ zuzulassen... **warum halten dann ausgerechnet die deutschen Bischöfe an der Hirntod-Lüge fest?** Sie verschleiern die Organentnahme als „Akt der Nächstenliebe“ und lassen damit Sterbende im Stich; das ist Beihilfe zur Tötung. Die „Stellungnahme“ der Bischöfe ist so ambivalent formuliert, dass sich sowohl Befürworter als auch Kritiker des Hirntodkonzepts darauf berufen können. **Mit ihrer Erklärung lavieren sie um eine moralisch eindeutige Antwort herum**, reden zwar mit aber halten sich doch heraus. Dass Klerikale gemeinsame Sache mit den Mächtigen dieser Welt machen, ist **beschämend und feige**, hat jedoch nicht nur in den deutschen Kirchen eine unrühmliche Tradition.
 3. **Es gibt allerdings auch zunehmend andere Stimmen und Verweigerer in der Kirche.** Schon 1996 erklärte **Kardinal Meisner**: „**Die Identifikation des Hirntods mit dem Tod des Menschen ist aus christlicher Sicht beim derzeitigen Stand der Debatte nicht mehr vertretbar. Der Mensch darf nicht auf seine Hirnfunktion reduziert werden.** Weder kann man daher sagen, der Hirntod bedeute den Tod, noch ist er ein Todeszeichen. Er ist auch nicht der Todeszeitpunkt.“ Der katholische Theologe und Arzt Dr. Manfred Lütz: „Was die Kirche sagen kann, ist: Man darf nicht jemanden töten, um an seine Organe zu kommen.“ Kardinal Ratzinger [für mich sonst keine Autorität] hatte sich zunächst für Organspenden „post mortem“ im Sinne christlicher Nächstenliebe ausgesprochen. Als **Benedikt XVI.** nahm er dies 2005 jedoch zurück und forderte, Organentnahmen seien nur „**ex cadavere**“ zulässig, also nur aus dem Leichnam eines im klassischen Sinne toten Menschen. Bloß taugt das zur Spende der meisten Organe nicht. Die Piusbruderschaft schreibt: „Der Hirntod ist kein hinreichendes Todeskriterium im christlichen Verständnis. Ob der Hirntod mit dem definitiven Tod eines Menschen gleichgesetzt werden kann, ist weder naturwissenschaftlich noch philosophisch geklärt. Aus diesem Grund empfehlen wir, **sich auf die Freiwilligkeit der Organspende zu berufen und eine Organentnahme zum Zeitpunkt des Hirntodes bei erhaltener Vitalfunktion abzulehnen.**“
 4. Papst **Johannes Paul II** erklärte 1991 und 2000: „Das, was technisch möglich ist, ist nicht auch deshalb schon moralisch annehmbar“ und „Die Entscheidung, **unentgeltlich einen Teil des eigenen Körpers für die Genesung und das Wohlbefinden eines anderen zur Verfügung zu stellen**“ ... „**Genau darin besteht die Größe dieser Geste**, eine Geste, die eine wahre Tat der Liebe ist“ ebenso „Demnach muss jedes Verfahren, das zur Kommerzialisierung menschlicher Organe führt oder sie als Tausch- oder Handelsware betrachtet, als **moralisch nicht vertretbar** angesehen werden, denn es verletzt die Würde des Menschen, den menschlichen Körper als ‚Objekt‘ zu betrachten und zu gebrauchen.“ Außerdem: „Anerkennung der einzigartigen Würde der menschlichen Person führt wiederum zu einer weiteren grundlegenden Konsequenz: Lebenswichtige Organe, die nur einmal im menschlichen Körper vorhanden sind [Anm. z.B. das 1 Herz, anders als die 2 Nieren], können nur **nach** dem Tod entfernt werden, d. h. dem Körper eines Menschen entnommen werden, der **eindeutig** tot ist. Diese Voraussetzung ist zweifellos selbstverständlich, denn jede andere Handlungsweise würde die durch die Entnahme der Organe verursachte **absichtliche Tötung** des Spenders bedeuten.“

5. Andere namhafte Theologen äußern sich folgendermaßen. „Außer dem **paradoxen Interesse der Transplantationsmediziner, lebende Organe aus toten Menschen haben zu wollen**, gibt es kein anderes Interesse daran, die Lebenszeichen hirntoter Menschen, die sich vor oder während der Explantation zeigen, nicht als Lebenszeichen anzusehen. Tot ist der Mensch erst, wenn sein Kreislauf zum Stillstand gekommen ist und er in keiner Weise mehr auf Reize aus der Umwelt reagiert. Deshalb stellt sich die **Frage, ob der Eingriff in die letzte Sterbephase eine Tötungshandlung darstellt. Die einzige Alternative zur Organtransplantation ist der Verzicht darauf.**“^[***] (Dr. theol. Klaus-Peter Jörns). „Im Interesse an transplantierbarem Gewebe wird das irreversible Koma als ‚Gehirntod‘ erklärt und mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt. **Diese Vordatierung des Todes erklärt den sterbenden Menschen zum Leichnam**, obwohl doch ein komatöser Mensch tatsächlich in den Sterbeprozess eingetreten und der **Sterbeprozess noch nicht abgeschlossen** ist. Die Todesgrenze wird pragmatisch festgesetzt, obwohl Wissen an dieser Stelle mangelt und ein Übergang vom Leben zum Tode vorliegt. Die vorgezogene Todesdefinition verdeckt, dass **die Maßnahmen zur Organentnahme in den Sterbeprozess eingreifen.**“ (Dietmar Hahn).

[***] Es wird an einer Alternative zur derzeitigen Transplantationsmedizin geforscht: nachgezüchtete menschliche Organe. Sie liegen zwar noch in ferner Zukunft, aber ein neuer Bioreaktor wurde zu diesem Ziel schon gebaut.

6. Die evangelische Landesbischöfin I. **Junkermann** lehnt es ab, dass Knochen von Spendern gemahlen und zu Arzneimitteln verarbeitet werden. 2013 gab der Verband „**Evangelische Frauen in Deutschland**“ (EFiD) ein Positionspapier heraus. EFiD ist der Dachverband von 38 Organisationen mit insgesamt rund 3 Millionen Mitgliedern. Sie setzen sich ein für eine deutliche Veränderung der Gesetzgebung und der transplantationsmedizinischen Praxis. Eine der Schwächen des Transplantationsgesetzes liegt darin, dass die Definition des Todes allein der Bundesärztekammer übertragen wird. „**Die Medizin kann den Tod feststellen. Definieren kann sie ihn nicht.** Genau das passiert aber nach derzeitiger Gesetzeslage“ (Ilse Falk, Vorsitzende).
s. <http://www.evangelischefrauen-deutschland.de/publikationen/positionspapiere/649>
7. Die **Anthroposophie** befürwortet zwar die Lebendspende, bezweifelt jedoch das Hirntodkriterium und rät deshalb von der Organspende eher ab.
8. In den **anderen Religionen** (Islam, Judentum, Hinduismus, Buddhismus, Schintoismus, Taoismus) sind die Meinungen vor allem dahingehend gespalten, Leben durch Spenden zu retten gegenüber der Verstümmelung bzw. Unversehrtheit des Leichnams. # Im **Judentum** ist es – trotz des strikten Verbots, Leichname zu verstümmeln – die oberste Pflicht, Menschenleben zu retten. Das Leben eines Organspenders darf nicht entscheidend gefährdet werden. Nachdem Israels Chefrabbinat die „postmortale“ Organentnahme aufgrund von Hirntod akzeptierte, sind Juden dadurch sogar aufgerufen, ihre Organe zu spenden. Es gibt jedoch weitere Diskussionen um die Definition des Hirntodes, so dass es auch Transplantationsbefürworter nach irreversiblen Herzstillstands gibt. Nach dieser Meinung ist Explantation bei Hirntod nicht erlaubt und wird mit Tötung gleichgesetzt. # Sehr ähnlich ist es im **Islam**. In vielen arabischen Ländern wird nach islamischer Rechtsprechung der Hirntod dem Herztod gleichgestellt. Der Spender soll schriftlich eingewilligt haben und darf nicht geschädigt werden. Der Zentralrat der Muslime in Deutschland sagt, für in Deutschland lebende Muslime ist Organspende mit dem Islam vereinbar. Trotzdem gibt es theologische Bedenken, bei einer Explantation Allahs Vorsehung zu durchkreuzen, so dass viele religiöse Führer eine Transplantation erst nach sicherem Herzstillstand befürworten. # Wegen des Gebots zum Helfens ist man gegenüber der Organspende nach dem Tode im **Hinduismus** positiv eingestellt, da die Seele den Körper verlassen hat. Die Entscheidung dazu ist jedem Individuum überlassen und wird – vor allem bei gutem Ausgang – auch angesehen als Verbesserung des eigenen Kamas. Die Familie muss einverstanden sein, sonst ist der positive Effekt zunichte. Abstoßung verpflanzter Organe wird mit Reaktionen gegen mentale und emotionale Charakterzüge des Spenders in Verbindung gebracht. # Im Jainismus sind Mitgefühl und Nächstenliebe die höchsten Tugenden. Deshalb wird Organspende sehr aktiv unterstützt. # Im **Buddhismus** versteht man das Sterben als einen

längeren Prozess, der über das Sichtbare hinausgeht. Das widerspricht einem definierbaren Zeitpunkt durch den festgestellten Hirntod. Besonders die Tibeter wissen um die Etappen des Sterbeprozesses, was der Erfahrung des Reanimationsmediziners Sam Parnia aus New York entspricht. Dennoch sind Organspenden erlaubt. Wie im Judentum und im Islam ist Helfen und Lebenretten ein zentrales Anliegen, die Organspende aber eine individuelle Entscheidung. # Der **Schintoismus** in Japan lehnt Organentnahmen als Leichenschändung ab und weil die Zustimmung zur Organentnahme der Familie Unglück bringen würde. Außerdem wird die Hirntodtheorie angezweifelt. # Im **Konfuzianismus** wird der Nutzen einer medizinischen Behandlung für den Einzelnen mit dem für die Gemeinschaft abgewogen, doch ist auch hier die Unversehrtheit des Leichnams ein gewichtiger Aspekt. Nur bei Verbrechern, deren Taten selbst durch den Tod nicht gesühnt werden können, werden Organe entnommen. # Die **Zeugen Jehovas** lehnen Blutspenden kategorisch ab, weshalb sie verlangen, dass explantierte Organe kein fremdes Blut mehr enthalten. Im Übrigen kann jede_r selber entscheiden. # Die **Roma** lehnen Organtransplantationen gänzlich ab. # Transplantationen sind akzeptiert von der **orthodoxen Kirche**, bei den **Bahais** und den **Sikhs**. # Individuell freigestellt ist es bei den **Mormonen** nach Abwägen der Vor- und Nachteile, je nachdem was mehr Frieden und Trost bringt. Individuell freigestellt ist es auch bei **Christian Science**, **Presbyterian Church** und der **Pfingstbewegung**. # Die Transplantationspraxis wird ausgesprochen unterstützt durch die **Sieben-Tage-Adventisten**, **Christian Church**, Baptisten und die **Evangelisch-methodistische Kirche**.

BEWUSSTE FEHLINFORMATION

Dies ist nur eine sehr kleine Auswahl.

1. In Deutschland werden Studien über den Hirntod nicht veröffentlicht, insbesondere wenn sie auf Grund von kritischen Ergebnissen an der „herrschenden Meinung“ (hirntot = ganz tot) Zweifel aufkommen lassen. Abgesehen davon sind sie gar nicht zur Veröffentlichung gedacht.
- 2a. Gewarnt werden muss auch vor der **Broschüre von Bridge2Life – Brücke zum Leben**, dem Verband für Organtransplantierte, Kunstherzpatienten und Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz e.V. Zielgruppe sind Schüler_innen, welche zu einem Ja zur Organspende bewogen werden sollen. Um dies zu erreichen wird das Thema so beschönigend dargestellt wie etwa die Schweiz, das Rheinland oder eine Mittelmeerinsel in einem Hochglanz-Ferien-Prospekt. Der Aufklärungsanspruch wird nicht erfüllt, da entscheidende Fakten und Probleme unerwähnt bleiben oder mittels Halbwahrheiten und Fehlinformationen verharmlost werden.

Dazu folgende Zitate.

- A „... kann ein Patient (*Organempfänger*) heute viele Jahre mit sehr guter Lebensqualität überleben.“
- B „Wird für mich (mit Organspenderausweis) trotzdem alles medizinisch Mögliche getan...?“
Antwort: „Natürlich. An erster Stelle steht immer, das Leben des Patienten zu retten. Erst wenn der nicht mehr rückgängig zu machende Hirntod festgestellt worden ist, wird die Frage der Organspende erörtert.“
- C „Naturwissenschaftlich und medizinisch gesehen, bedeutet der Hirntod den Tod des Menschen“.

- D „Wie wird der Hirntod festgestellt?“ Antwort: „Der Patient liegt im Koma, die Pupillen reagieren nicht mehr auf Lichtreize, Reflexe und Spontanatmung fehlen. ... Apparative Untersuchungen unterstützen die Diagnose.“
- E „... ist der Konsum von Designerdrogen lebensgefährlich. Er kann zu Herz-Kreislauf-Versagen durch eine nicht mehr zu reparierende Schädigung beider Herzkammern kommen.“
- F „Kann ein hirntoter Mensch wieder aufwachen?“ Antwort: „Nein. ...“.
- G „Nach der Organentnahme wird die Wunde mit der gebührenden Sorgfalt verschlossen...“.
- H „Gibt es religiöse oder ethische Bedenken gegen die Organspende?“ Antwort: „Nein, alle größeren religiösen Gemeinschaften in Deutschland haben sich für die Organspende ausgesprochen“.

2b. Kritik dazu in Stichworten: # die Lebensqualität eines Organempfänger ist reduziert; # bei (auch nur angedeuteter) Einwilligung zur Organspende wird nicht mehr alles für die Lebenserhaltung des „Spenders“ getan, die Hirntoduntersuchung verringert die Überlebenschancen; # der Hirntod wäre bei mindestens 50% der Komapatienten rückgängig zu machen, wenn anstelle der gefährlichen Hirntodtests echte Therapien aufgrund neuer Erkenntnisse durchgeführt würden; # die Gleichsetzung Hirntod = vollständiger Tod ist naturwissenschaftlich umstritten; # der Pupillentest genügt nicht und was sich hinter „apparative Untersuchungen“ verbirgt, wird nicht gesagt; # Hirntote können wieder aufwachen; # durch die Aussicht auf ein neues Herz nach Drogenkonsum, werden dessen Folgen teilweise heruntergespielt; # wie soll eine „Wunde“ zugenäht werden, wenn Augen, Hände und Kieferknochen fehlen?; # es gibt seit vielen Jahren erhebliche ethische Bedenken seitens Mediziner, Pflegepersonal, Bioethiker und Philosophen und Teile beider Kirchen sind auf Abstand zur Transplantation gegangen. Auch wenn die beiden großen Kirchen in Deutschland – trotz des päpstlichen Statements und der massiven Bedenken anderer Kirchenführer – offiziell immer noch zum Transplantationsgesetz stehen, beruhend auf der „herrschenden Meinung“ und der parteiischen Meinung der Transplantationsmediziner, ist es **absolut unredlich, in einer Broschüre für Schüler, die Frage mit einem glatten Nein zu beantworten** und nur die erwünschte Meinung in einem einzigen Satz zu veröffentlichen statt auf Gegenargumente hinzuweisen.

Derartig verkürzte und vertuschende Werbung zwecks Organbeschaffung hat nichts mit Aufklärung zu tun und lockt gutgläubige Jugendliche (einschließlich Angehörige) in eine schicksalhafte Falle. Diese Broschüre ist eine „arglistige Täuschung“.

3. Das deutsche Gesetz von 2012: „Wer eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgibt, kann in eine Organ- und Gewebeentnahme einwilligen, ihr widersprechen oder die Entscheidung einer namentlich benannten Person seines Vertrauens übertragen (Erklärung zur Organ- und Gewebespende). Die Erklärung kann auf bestimmte Organe oder Gewebe beschränkt werden. Die **Einwilligung** und die Übertragung der Entscheidung können vom vollendeten **sechzehnten**, der **Widerspruch** kann vom vollendeten **vierzehnten** Lebensjahr an erklärt werden.“

Dazu der Kommentar von Jus@Publicum vom 30.10.2012: „Die Unglaubwürdigkeit, Bürgern ihre Entscheidung zur Organspende zu erleichtern, ihren Willen pro oder auch contra zu dokumentieren, entlarvt sich schon daran, dass erst den Versicherten ab 16 Jahren diese Unterlagen zugesandt werden: Denn ab diesem Zeitpunkt können auch Minderjährige sich **ZU** einer Organspende bereit erklären. Ginge es ehrlich darum, jedem die Entscheidung zu erleichtern, der sich rechtswirksam über seine eigene Einstellung zur Organspende erklären darf, müssten auch den Minderjährigen ab 14 Jahren diese Informationen und Ausweise zugesandt werden, die ab 14 Jahren ihren Widerspruch **GEGEN** die Organspende rechtlich wirksam erklären können. **Damit ist evident, dass es nicht um die Förderung einer freien Entscheidungsfindung und deren Dokumentation geht, sondern um eine Instrumentalisierung des Willens allein zur Organspende** und nicht um eine sachgerechte Aufklärung aller Bürger, die ihre Organspende pro oder contra erklären können.“

4. Dr. Mona Motakef (wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen): **die Menschen werden durch die Werbekampagnen regelrecht desinformiert**, das Hirntodkriterium ist eine Meinungsmanipulation zum Zwecke des erleichterten Zuganges zu menschlichen Organen. Die Werbekampagnen zeigen eine idealisierte Organtransplantation, irgendwelche Bedenken oder Kritik am Hirntodkriterium werden ganz ausgeblendet. Von Aufklärung darüber, was wirklich geschieht, kann nicht die Rede sein. Dies fordert allerdings das Transplantationsgesetz.
5. Dr. Paolo Bavastro (Internist, Kardiologe, Ethiker): **die Transplantation wird idealisiert dargestellt**; die Gefahr der Abstoßung, Infekte, entstehender Tumore, hohen Suizidrate und der psychiatrischen Probleme der Organempfänger aufgrund der notwendig gewordenen Medikamente wird fast gar nicht thematisiert. **Die öffentliche Diskussion um die Transplantation ist verzerrt: es wird immer gesagt, dass täglich 3 Menschen am „Mangel an Organen“ sterben, dabei sterben sie eigentlich, weil sie krank oder verletzt sind** (gleichzeitig verzeichnet man täglich 383 Raucher-Tote).
6. **Thema Gewebespende: Für die Schönheits-Chirurgie werden deutsche Pharmafirmen mit Leichenteilen beliefert.** Knochengranulat beim Zahnarzt und Nasenknorpel in der plastischen Chirurgie werden aus Leichen gewonnen. Dies wird den Menschen vor der OP verschwiegen, weil man nicht aufklären möchte, dass Leichenteile im Gesicht getragen werden.
7. Nur in den seltensten Fällen werden **Fehldiagnosen oder vorschnelles Handeln publik, wenn Komapatienten kurz vor der Explantation wieder aufwachen.** So werden auch die Berichte über ehemals „Hirntote“ unterdrückt, die heute studieren, zum dritten Mal verheiratet sind, sich ihres Lebens freuen und mit Entsetzen an ihr beinahes, vorzeitiges und unnötiges Ende durch Ärztehande denken.
8. Auswahl der offiziellen Empfehlungen des **spanischen Gesundheits- und Sozialministeriums** in den „Good Practice Richtlinien im Organspendeprozess“: **„Die Moderatoren [Anm. im Gespräch mit Angehörigen von Strebenden] sollten immer ergebnisoffen vorgehen und sich immer um eine Zustimmung zur Organspende bemühen [Anm. Das ist ein Widerspruch in sich und entlarvt die wahren Absichten].** Ganz wichtig ist es, in dem Gespräch eine professionelle, helfende Beziehung herzustellen, damit die Angehörigen das für die Akzeptanz einer Organspende nötige **Vertrauen** aufbauen können [Anm. Das hört sich nach *Wolf im Schafspelz an*]. Die hierfür nötigen **Kommunikationsstrategien** muss der Gesprächsmoderator kennen und anwenden können [Anm. Also doch professionelle Beeinflussung]. Das Angehörigengespräch ist strukturiert und läuft in mehreren aufeinanderfolgenden Phasen ab: Gesprächseröffnung, Todesmitteilung, Bitte um Zustimmung zur Organspende sowie Abschluss. Diese Reihenfolge sollte immer eingehalten werden, und es ist wichtig, dass die Familienangehörigen zunächst **verstehen, dass ihr Angehöriger verstorben** ist, bevor die Bitte um Zustimmung zur Organspende geäußert wird [Anm. Wenn Organe entnommen werden sollen, darf der Organismus noch gar nicht tot sein, er wird allenfalls als „hirntot“ deklariert]. Die Bitte um Zustimmung zur Organspende sollte direkt, deutlich und in einfachen Worten erfolgen. Dabei kann der Koordinator die Organspende als Möglichkeit, Recht, Privileg oder Chance, anderen zu helfen, ansprechen. Die Bitte darf immer erst vorgetragen werden, wenn die Familienmitglieder verstanden haben, dass ihr Angehöriger tot ist [Anm. **Man muss den Angehörigen also ‚beibringen‘, dass jemand tot ist, weil es gar nicht so offensichtlich erkennbar ist]. Bei Ablehnung der Organspende kann versucht werden, die Familie umzustimmen.** [Anm. Also insistieren]. Koordinatoren müssen für das Moderieren von Angehörigen geschult sein [Anm. Es wird sehr systematisch vorgegangen]. **Das spanische Transplantationsmodell gilt weltweit als vorbildlich und wenn die Bürger sowie ein paar Juristen, Klerikale und Ärzte mit gesundem Menschenverstand nicht gemeinsame Aktionen unternehmen, werden wir auch spanische Verhältnisse bekommen. Feriengäste und Senioren mit Sitz in Spanien sollten ohnehin besonders wachsam sein!**

PERSÖNLICHE BERICHTE

1. Viele Angehörige, besonders von Unfallopfern, fühlen sich **überrumpelt, unter Schock, uninformiert** und stimmen im Zeitdruck einer Organentnahme zu. Die Hoffnung, dass aus dem Schlimmen etwas Gutes wird, erfüllt sich nicht. Dafür überwältigen danach **Entsetzen, Trauer und Wut, dass man in der größten eigenen Not für den Tod Dritter (Organempfänger) verantwortlich gemacht wurde**. Das ist nicht nur in Deutschland und in der Schweiz so, sondern beispielsweise auch in Frankreich, Italien und USA. Nachdem sie die volle Wahrheit erfahren haben, machen sich Eltern von Kindern, die als hirntot erklärt und deshalb zur Explantation freigegeben wurden, **lebenslange Vorwürfe, dass sie ihr sterbendes Kind in einer der schützenswertesten Lebensphasen im Stich gelassen haben**, statt beim ihm zu sein. Sofern Eltern den Mut hatten, ihr Kind nach der Organentnahme noch einmal anzusehen (und es ihnen auch erlaubt wurde), waren sie bis ins Mark geschockt über die Entstellung des Körpers. Viele Kinder hatten deutlich verzerrte Gesichtszüge, die auf Schmerzen hindeuteten.
2. „Da lag die Tochter, deren Herz schlug, die beatmet wurde, und neben ihr standen **die Eltern, völlig überfordert**. Die Eltern waren zögerlich. Der Oberarzt hat dann gesagt: ‚Ihrer Tochter nützen die Organe nichts mehr. Jemand anders kann mit den Organen aber weiterleben. Überlegen Sie sich das doch, **ich komme in einer halben Stunde wieder vorbei**.“
3. Gisela Meyer: „Ich wachte am Bett meines Sohnes, hoffte und betete, dass er die Augen wieder aufmachen möge und glaubte ganz fest an dieses Wunder. Sein Gesicht wies weder eine Schramme noch eine Blutspur noch einen Bluterguss auf. Das Bedrohliche war nur durch die Beatmung wahrzunehmen. So begriffen wir auch nicht die Aussichtslosigkeit der Situation, als ein jüngerer Arzt uns kurz – im Stehen – den Zustand mitteilte. Am nächsten Mittag, – es waren ca. 18 Std. nach seiner Einlieferung vergangen und kein Arzt hatte es bis dahin für nötig gehalten, sich blicken zu lassen und mit uns ein Gespräch zu führen – erschien der Chefarzt der Intensivstation, als ich allein draußen vor der Tür warten musste, und fragte, ob ich die Mutter sei. **Er sagte dann, quasi im Vorbeigehen und zu einem Zeitpunkt, als der ‚Hirntod‘ überhaupt noch nicht feststand, er müsse mir bedauerlicherweise mitteilen, dass mein Kind tot sei (er benutzte nicht das Wort Hirntod) und dass die Apparate am nächsten Morgen abgestellt würden**. Bis dahin sollten wir bitte überlegen, ob wir Organe spenden könnten. Gebraucht würden Herz, Leber, Nieren, Augen, es folgten noch andere Organe. Damit ließ er mich stehen und verschwand. Das Ganze fand auf dem Flur im Stehen statt, als mein Mann gerade abwesend war. Es dauerte ca. zwei Minuten. Mich überkam für einen Moment ein großes Zittern, ich suchte Halt, dann war alles wie ausgelöscht. Unser Kind war trotz dieser Todesmitteilung völlig unverändert. Es wurde weiter behandelt, seine volle Urinflasche gewechselt, gebettet, es bekam Medikamente. Ich dachte natürlich, alles sei zu seiner Heilung, worauf wir hofften. **Erst später erfuhr ich, dass da schon die sogen. Spenderkonditionierung begonnen hatte und unser Kind schon [nur noch] Material in den Augen der Mediziner war**. Das empfinde ich als unerhört! Unser Kind bekam zu diesem Zeitpunkt einen Hautauschlag, der später wieder verschwand. Wie grotesk! Ich glaubte keinen Moment an seinen Tod, ich sah mein lebendes Kind und hielt seine warme Hand! Nach einer weiteren durchwachten Nacht wurde die Frage nach den Organen wiederholt. Als wir nichts dazu sagen konnten, setzte man uns eine Frist von einer halben Stunde, in der wir unser Kind allein ließen und uns den Kopf zerbrachen, was wir wohl tun sollten, aber im Grunde konnten wir keinen klaren Gedanken fassen. Dann wurde uns zum dritten Mal von einem Arzt – wiederum im Stehen – erneut die Frage nach Organspende gestellt, und wieder erfolgte die Aufzählung der Organe. Bei uns war inzwischen ein **Krankenhausseelsorger**, der sich zwar zurückhielt, aber doch unmissverständlich zu verstehen gab, dass in dieser Situation ein anderer Mensch gerettet werden könne. Auch ihm ging es nicht um die Fürsorge für uns und nicht um die Frage: Was brauchen diese Eltern und ihr sterbendes Kind jetzt? Es erfüllt mich mit Empörung und noch nach Jahren mit ganz großer Wut, wenn ich an diese Situation denke. Ich fühlte mich nach zwei durchwachten Nächten so unerträglich elend. Ich fühlte mich schuldig, mein Kind würde sterben, mein ganzes Selbstwertgefühl war zusammengebrochen. Ich wusste nicht aus noch ein. Und wenn ich nicht einwilligen würde, wäre ich auch noch schuldig am Tod eines anderen. Später wurde mir klar, was hier so subtil abgelaufen ist. **In meinen eigenen überwältigenden Schuldgefühlen hatte ich Angst, noch mehr Schuld auf mich zu laden, wenn ich nicht einwilligen würde**. Es

steht dazu im Raum, dass man doch mit so einer schlechten Situation noch etwas Gutes tun könne, **dass eine Einwilligung diese schlimme, unerträgliche Situation ‚sinnvoll‘ beenden würde. Das Kind lebe ja in anderen weiter**, das sei doch Trost, und du und dein Kind – ihr seid Helden! Dies alles suggeriert die Transplantationsmedizin und raubt unter dem Deckmantel der Nächstenliebe dem Sterbenden und den Angehörigen die Begleitung und den letzten Abschied. Wir rangen uns endlich zur Freigabe der Nieren durch, aber in der Meinung, die Nieren würden nach dem Abstellen der Apparate entnommen. Da erfuhren wir nur so viel, dass das nicht ginge, waren aber auch nicht in der Lage zu fragen, was es denn konkret heiÙe, die Nieren zu entnehmen. **Wir sind völlig uninformiert in unserem schwächsten Moment in eine Einwilligung manipuliert worden**, deren Folgen wir gar nicht absehen konnten. Wir bestanden lediglich darauf, dass wir nach der Entnahme wiederkommen würden, um noch einmal bei unserem Kind zu sein. **Wir wurden betrogen. Als wir zurückkamen, war unser Kind nicht mehr da**, die diensthabende Schwester wusste von nichts. Für die Ärzte waren wir, nachdem sie die Einwilligung hatten, uninteressant. **Wir sahen nach einer Wartezeit von eineinhalb Stunden und gegen viel Widerstand unser Kind im Leichenkeller wieder. Bei seinem Anblick glaubte ich zunächst an einen Irrtum, so entstellt war sein zuvor unverletztes Gesicht.** Bis dahin hatte ich schon als Krankenschwester und in der eigenen Familie Sterbende begleitet und in das Gesicht von Verstorbenen geschaut. Ich hatte keine Berührungsängste und kannte den friedlichen und entspannten Gesichtsausdruck, der sich oft bei Verstorbenen einstellt. Das Gesicht meines Kindes war hingegen ganz klein geworden, seine schönen vollen Lippen waren zusammengepresst, der Gesichtsausdruck sah nach Schmerzen aus. Schon im Krankheitsfall hätte ich doch mein Kind nie verlassen! Doch im Sterben habe ich mich wegschicken lassen und es an Chirurgen ausgeliefert. Hier ging es um den letzten, den endgültigen Abschied. Er wurde uns genommen und wir haben ihn uns nehmen lassen. **Das hat die Trauer unendlich verschlimmert und ist quälend bis zum heutigen Tag.** Einen geliebten Angehörigen im Sterben nicht zu verlassen und ihm die letzten Liebesdienste zu erweisen, gibt dagegen Trost und Kraft zur Bewältigung der Trauer. Es ist ebenso tröstlich zu erleben, wie mit dem Eintritt des Todes ein entspannter, friedlicher Ausdruck im Gesicht des Verstorbenen erscheint, wenn sein Sterben behütet war. Kein Leid eines Dritten rechtfertigt einen so würdelosen Umgang mit Menschen in ihrem schwächsten Moment. Kein Leid eines Dritten rechtfertigt, dass hier bei Sterbenden und ihren Angehörigen das Leid vergrößert wird. Kein Leid eines Dritten rechtfertigt, dass letzte Liebesdienste und Abschiednehmen keinen Wert haben, einfach gestohlen werden können. **Ich hätte mein sterbendes Kind unbedingt bis zuletzt begleiten und es nach seinem Tod unbedingt ein letztes Mal in die Arme nehmen müssen.** Da man damals **schamlos unsere Schocksituation ausgenutzt** hatte, wollten wir die betreffenden Ärzte zur Verantwortung ziehen. Als wir dazu endlich nach fünf Jahren in der Lage waren, versuchten wir mit Hilfe eines Schweizer Rechtsanwaltes die Herausgabe der Krankenakte unseres Sohnes zu erwirken. Es folgte ein jahrelanger Briefwechsel, in dem das behandelnde Krankenhaus (**in der Schweiz**) um Herausgabe der Unterlagen gebeten wurden. Für uns endete der belastende Briefwechsel mit der Herausgabe der Kopien einiger Dokumente und einer Stellungnahme der Untersuchungskommission, die zu dem Ergebnis kam, dass alles rechtmäßig zugegangen sei. Ich war inzwischen an Krebs erkrankt. Wir gaben auf. 21 Jahre nach dem Unfall entdeckte einer unserer Söhne, selbst inzwischen Arzt, in den Unterlagen den ausführlichen Befund des Elektroenzephalogramms (EEG), welches bei meinem Sohn am Tag der Explantation durchgeführt worden war; hier **ließen sich neben Spontanaktivität eindeutige Reaktionen auf Schmerzreize nachweisen.** Im Befund des Neurologen wurde ausdrücklich betont, dass es sich keineswegs um ein Null-Linien-EEG handelte. Obwohl dieser Befund auch damals schon nicht mit der Diagnose Hirntod vereinbar war und eine Organentnahme verboten hätte, setzte man sich darüber hinweg und führte die Explantation am gleichen Tag durch. **Inzwischen wurde eine Strafanzeige auf Mord eingereicht.“**

4. Renate Greinert (stark gekürzt): „Wir befinden uns durch die Transplantationsmedizin im **modernen Kannibalismus**. Der Mensch reißt seinem Gegenüber nicht mehr sein Herz aus der Brust und verspeist es zur eigenen Kraftgewinnung, nein, in der heutigen Zeit legt sich der Mensch auf einen Operationstisch, schließt die Augen und lässt einverleiben. Ich gab den Kampf um meinen Sohn auf, weil der Arzt sagte, er sei tot. Eine ungeheuerliche Situation: Ich wende mich von meinem Kind ab, das lebendig aussieht und behandelt wird wie ein Lebender, weil der Arzt sagt, mein Kind ist tot. Ich musste gegen mein eigenes Empfinden glauben. Wir waren bereit gewesen, *ein* Organ zu spenden, danach erfuhr ich, dass sie meinem Sohn Herz, Leber, Nieren und Augen entnommen hatten, man hatte ihm sogar die Beckenkammknochen aus dem Körper gesägt. **Zerlegt in Einzelteile war er dann über Europa verteilt worden. Er war zum Recyclinggut geworden.** Ich war gar kein Einzelfall, wie mir eingeredet werden sollte. Alle diese Angehörigen waren – wie ich – unaufgeklärt oder falsch informiert in die Organentnahme manipuliert worden. **Die Mütter erzählen von nächtlichen Alpträumen, in denen ihre Kinder schreien und ihnen vorwerfen, sie verlassen zu haben.** Und das genau haben wir getan – es ist nicht zum Aushalten! **Wir finden keinen Weg aus der Schuld.** Gewinner ist der Transplantationsmediziner, der seinen Traum, den Tod zu besiegen, einen wesentlichen Schritt näher gekommen ist. Die Gesellschaft wird mit ihrer Angst vor dem Sterben so manipuliert, dass wir uns alle nur in der Rolle der Organempfänger sehen, aber nicht als Lieferant. Die Akzeptanz der Organspende beruht darauf, dass keiner mehr sterben will. Jeder hofft, auf Kosten eines anderen zu überleben. Über Organverteilerstellen werden sie wie Ware angeboten. **Entnommen und in Kühlboxen verpackt verkommt der Mensch zum Sonderangebot, tiefgefroren bis zur Verwertung. Die einzige Alternative zur Transplantationsmedizin für Spender und Empfänger von Organen, für jeden von uns, ist die Akzeptanz des Sterbens.“**
5. Gebhard Focke (stark gekürzt): „Ich werfe mir vor, dass ich ihn (*meinen verunglückten Sohn*) habe sterben lassen, während er aufgesägt und aufgeschnitten wurde, während er mit kalter Perfusionslösung durchspült wurde – und das alles ohne Narkose. Keiner weiß aber genau, was ein sogen. „Hirntoter“ noch empfinden kann. Ich werfe mir vor, dass ich tatsächlich meinen Sohn für tot hielt, als die Ärzte mir das verkündeten, obwohl er sich durch die Hirntod-Feststellung in keiner Weise verändert hatte. **So aber fühle ich mich über den Tisch gezogen, meine Unwissenheit wurde ausgenutzt.** Ich habe mir oft überlegt, was ich denn hätte wissen müssen, um eine begründete Entscheidung treffen zu können. Vielleicht hätte schon folgende Frage ausgereicht: ‚Ihr Sohn liegt im Sterben. Sind Sie damit einverstanden, dass er auf dem OP-Tisch zu Ende stirbt, während ihm die Organe entnommen werden?‘ **Wenn ich gewusst hätte, dass es begründete Zweifel am Hirntod-Konzept gibt, hätte ich meine Zustimmung zur Organentnahme nie gegeben** – wer möchte seinen hilflosen Angehörigen solch einem ungewissen und grausamen Sterben ausliefern? Statt von der 100%igen Zuverlässigkeit der Hirntod-Diagnostik zu fabulieren, sollte man die Öffentlichkeit darüber informieren, dass Studien das Gegenteil belegen. Statt den schwammigen Begriff der Nächstenliebe zu verwenden, sollten gerade die Kirchen ein Interesse daran haben, ihre sterbenden Mitglieder nicht schutzlos der Medizin auszuliefern, sondern ihnen einen Übergang in Würde und Ruhe zu ermöglichen. Und die DSO sollte nicht dauernd von Solidarität in der Gesellschaft reden und damit die **Ausbeutung des einen zu Gunsten eines anderen** meinen. Zusammen mit der Pharma-Industrie, die an den Transplantierten, die ja Dauerpatienten sind, viel Geld verdient, ist hier ein Kartell entstanden, das Informationen nur dann fördert, wenn sie Werbung für Organspende darstellen. Sonst tut man alles, um die Öffentlichkeit nur in eine Richtung zu beeinflussen.“
6. **Wer noch nicht überzeugt ist**, lese z. B. auf der **Website des Vereins Initiative-KAO www.initiative-ka0.de** weitere Berichte von Angehörigen. Der Verein wurde von betroffenen Eltern gegründet und auf der Website findet man sehr viele Infos, Artikel, weiterführende Links sowie eine Literaturliste zu einzelnen Aspekten der Problematik. Auch unter **<http://www.organspende-aufklaerung.de/>** gibt es umfassende Aufklärung (online, in Dokumenten, Buchempfehlungen) und immer die neuesten Berichte zum Thema. Eine besonders umfassende Website ist auch **<http://www.transplantation-information.de/>**. Weitere Infos auch auf **<http://www.aktion-leben.de/organspende/>**.

HIRNTOD oder HERZSTILLSTAND – eine ALTERNATIVE ?

1. Früher starb man am Herzstillstand. Dank der Fortschritte in der Intensivmedizin wurde es möglich, Patienten medikamentös zu stabilisieren und per Apparaturen am Leben zu erhalten. Die Körperfunktionen blieben zwar erhalten, aber es tauchte 1959 das Phänomen des „Coma dépassé“ auf, ein Zustand „jenseits des Koma“, sinngemäß „endgültiges Koma“ oder „irreversibles Koma“. Um die Transplantationsmediziner vor Anklagen auf vorsätzliche Tötung zu schützen, deklarierte die Harvard Ad-hoc Kommission 1968 diesen Zustand als „Hirntod“. **Der 2. Wortteil suggeriert „tot“, obwohl nur größere Teile des Gehirns nicht mehr funktionieren, alles andere aber schon, manchmal mit Unterstützung. Mit der Definition des Hirntods versucht man eine bestimmte Art des Komas bereits als Tod zu verkaufen und die Jahrtausende alte natürliche Wahrnehmung von „tot nach endgültigem Herz- und Atemstillstand“ aufzuheben.** Sogenannte „Hirntote“ haben eben den Vorteil, dass ihre Organe durchblutet und frisch sind, d. h. zur Transplantation geeignet.
2. **Mit jedem medizinischen Fortschritt und dem Anstieg der Lebenserwartung wuchs auch die Nachfrage nach weiteren Organen (z. B. Leber), so dass die Warteliste immer länger wurde und die Lücke zwischen Spendern und Empfängern nicht geschlossen werden kann.** Sie bleibt in allen Ländern auf dem jeweiligen Stand, selbst beim „Musterknaben“ Spanien. Auch die **Verkehrssicherheit** durch Sicherheitsgurte, Airbags, Helmpflicht bei Motorradfahrern und Fahrradhelme verringern die Anzahl von Hirntoten. Im Staat Alberta in Kanada z. B. haben entsprechende Vorschriften die Zahl tödlicher Unfälle nur von 2006 bis 2010 um 24% und die Quote von Hirntoten im Zeitraum 2002-2010 von 8,1% auf 2,2% reduziert. Vermutlich sind die Zahlen in Mitteleuropa vergleichbar. Dadurch entstehen **längere Wartezeiten für Empfänger** vor allem von Herz, Lunge, Dünndarm und Pankreas, für die eine Lebendspende nicht möglich ist.
3. In Deutschland kommt auf 3 Wartende 1 Spender, angeblich wegen mangelnder Spendebereitschaft. Der in Deutschland geforderte Hirntod kommt jedoch gar nicht so oft vor, dass es genügend Organe geben könnte. In einem Land mit Zustimmungsregelung wird die Kluft also bleiben. Deshalb haben sich viele Länder vom ohnehin umstrittenen Hirntod-Konzept verabschiedet und sind zum **Herzstillstand-Konzept** übergegangen, was der eigentlichen Vorstellung von Tod wieder näher kommt, aber genauso umstritten ist. Einen Herzstillstand erleiden viel mehr Menschen und deren Organe sind zur Transplantation ebenso gut, wenn nur wenig Zeit vergangen ist. **Das Herz hat zwar nicht unwiderruflich aufgehört zu schlagen, trotzdem beschließt man, es sei nicht sinnvoll, es wieder in Gang zu setzen.** Allerdings schreibt der Niederländer Dr. Kootstra: **„Der Moment des Herzstillstandes ist nicht der Moment des Todes per se.“ Wie beim Hirntod ist es also auch hier unklar ist, wann jemand wirklich tot ist, weshalb einige Ärzte dafür plädieren, das Todeskriterium ganz fallen zu lassen! Kann man abschätzen, was das heißt?**
4. Die Organentnahme unmittelbar (!) nach Herzstillstand hat den Vorteil, dass die Organe auch ohne lebensverlängernde Maßnahmen frisch sind und nicht infolge von Durchblutungs- und Sauerstoffmangel geschädigt sind. Je frischer desto besser (besonders bei der Leber)! Dabei spielt die Zeit nach dem Herzstillstand die entscheidende Rolle, worüber es auch einen internationalen Kongress gab. **Die Hälfte der Herzstillstand-Patienten erwacht mit vollen Hirnfunktionen nach erfolgreichen Reanimationen innerhalb von 5 bis 20 Minuten.** Sollen also 20 oder sicherheitshalber 40 Minuten abgewartet werden, bevor man mit der Explantation beginnt? Andererseits wird gesagt (aber auch dazu gibt es abweichende Meinungen), dass die Hirnzellen nach 3-4 Minuten ohne Sauerstoff zu sterben beginnen. Also nur 4 Minuten warten? **Das Dilemma ist: Je kürzer die Wartezeit, desto weniger sicher ist man, dass der Mensch wirklich tot ist, aber je länger die Wartezeit, desto größer die Gefahr des Sauerstoffmangels in den Organen.** Es gibt Nierentransplanteure, die 10 Minuten warten, während Lebertransplanteure 2 Minuten fordern, was Ethiker wiederum als viel zu kurz empfinden. Auf dem Kongress wurden **als Kompromiss 10 Minuten beschlossen.** Ist ein solches Feilschen wie auf einem arabischen Bazar über Tod und Leben sowohl von Spendern als auch Empfängern akzeptabel? Wird eine Regel am Verhandlungstisch dem einzelnen Patienten gerecht?

5. **Non-Heart-Beating-Donors (NHBD)** sind Organspender mit einem akuten Herzkreislaufstillstand, bei denen **der Tod sekundär erwartet, aber nicht festgestellt wird** (also Erfahrung + Verdacht). Eine Organentnahme ist bis zu 30 Minuten möglich. International werden die Maastricht-Kriterien aus dem Jahre 1995 für die Klassifikationen für NHBD angewandt: Herzstillstand bei Ankunft in der Klinik (Kategorie I) oder **nach erfolgloser Reanimation (Kategorie II, Erfolglosigkeit ist international nicht einheitlich definiert)**, sowie Spender, bei denen der Herzstillstand nach Unterbrechung lebenserhaltender Maßnahmen **erwartet** wird (Kat. III) und Herzstillstand bei Hirn-Stamm-Tod (Kat. IV), schließlich Herzstillstand bei einem stationären Patienten (Kat. V). Jedoch: sogar unter Eurotransplant-Ärzten gibt es **erhebliche Unsicherheiten, denn das Vorgehen ist uneinheitlich**. Die Methoden zur Feststellung des Herzkreislaufstillstands differieren ebenso wie die Auffassung darüber, welche der nach den Maastricht-Kriterien kategorisierten Spender überhaupt in Frage kämen.

6. **Dass man nicht weiß, ob die Spender tatsächlich tot sind, stellt ein Hindernis dar. Nichtsdestotrotz wurden in den USA drei Babys im Alter 3-4 Tagen ihre stehengebliebenen Herzen herausoperiert und drei anderen Kindern verpflanzt. In einem Fall wurde 3 Minuten, in den beiden anderen Fällen nur 75 Sekunden gewartet. Unumkehrbarer Herzstillstand?? Reanimation?? Für tot befunden nach 1,25 Minuten?? Ein HORROR sondergleichen!** Die Ärzte scheinen so aufs Operieren versessen zu sein, dass sie alles andere ausblenden. Es heißt „Organe retten Leben!“ und deshalb, setzen Mediziner die Hürden nach und nach immer tiefer, um an Organe zu gelangen. **Spenderorgane retten Leben, aber sie beenden auch Leben.**

7. Wie und unter welchen Umständen Patienten mit Herzstillstand Organe entnommen werden, variiert von Land zu Land. Es gibt die sogenannten „**kontrollierten**“ **Spenden**, bei denen die Spender aus Intensivstationen kommen (vor allem in den USA). Die Mediziner beschließen selber ob, wie und wann, oder aufgrund einer Patientenverfügung die lebenserhaltenden Maßnahmen einzustellen sind. Vor Abschalten der Maschinen fragen sie zusätzlich die Angehörigen, ob der Patient Spender sein darf. Nach dem Abschalten der Apparate eine kurze Wartezeit und die schnellstmögliche Explantation.

8. In anderen Ländern werden „**unkontrollierte**“ **Spenden** durchgeführt: Herzstillstand, erfolglose Reanimation durch die Notärzte, Transfer ins Krankenhaus, Anschluss an eine Herzmassage-maschine, Nachfragen im nationalen Widerspruchsregister, da sonst Organe automatisch entnommen werden und Versuche Angehörige zu erreichen. Somit vergeht mehr Zeit als bei der „kontrollierten“ Spende, es wird nicht sofort explantiert. **In Deutschland ist eine Spende nach Herzstillstand verboten.** Es dürfen auch keine Organe verpflanzt werden, die von solchen Spendern stammen, aber wird das wirklich kontrolliert, wenn notfallmäßig ein Organ mit den passenden Eigenschaften aus dem Ausland kommt? **In Österreich, der Schweiz, den Benelux-Staaten, in Frankreich, Italien, Spanien, Tschechien, Lettland, Großbritannien, Japan, Australien und in den USA ist diese Art der Spende dagegen zulässig.** In Deutschland sind auch keine Organverpflanzungen von Spendern nach ärztlich assistiertem Suizid erlaubt wie in Belgien, aber Belgien ist wie Deutschland an Eurotransplant beteiligt...

9. **Übrigens gelten die Transplantationsregeln eines Landes auch für Menschen, die dort nur zu Besuch sind.** Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung versendet auf Anfrage einen **Ausweis in neun Sprachen**, auf dem man als Reisender bestimmen kann, ob und wo man unter welchen Bedingungen spenden will oder nicht.

PATIENTENVERFÜGUNG und ORGANSPENDE-(VERWEIGERUNG)-AUSWEIS

1. **Widerspruchslösung**

Alle Menschen sind potentielle „Spender“, es sei denn sie haben zu Lebzeiten einer Organentnahme widersprochen. Das kann auf einem Ausweis stehen oder in einem zentralen Register. Erweiterte Widerspruchsregelungen geben bestimmten Angehörigen zusätzlich das Recht den Willen des Komapatienten zu seinen Lebzeiten zu bezeugen oder bei nicht bekanntem Willen die Organentnahme abzulehnen.

Länder mit Widerspruchslösung: Italien, Portugal, Frankreich, Belgien, Luxemburg, **Österreich**, Slowenien, Slowakei, Tschechien, Polen, Ungarn, Bulgarien, Russland, Lettland, Estland, Finnland, Norwegen, Israel, Zypern (außer Nord-), Katar, Tunesien, Algerien, Marokko, Argentinien, Kolumbien, Peru, Japan, ehemalige DDR. Es gibt länderspezifische Zusätze und Abweichungen.

2. **Zustimmungslösung**

Eine Organentnahme ist nur möglich, wenn der Spender dem zu Lebzeiten ausdrücklich zugestimmt hat. Bei erweiterter Zustimmungsregelung können auch noch Angehörige oder besonders nahestehende Personen zustimmen. Das nach den Skandalen 2012 überarbeitete Gesetz in **Deutschland** kommt einer „engen Zustimmungsregelung“ nahe: alle Menschen ab 16 Jahren werden alle 2 Jahre von ihren Krankenkassen zur einer Stellungnahme aufgefordert und sollen sich mindestens ein Mal im Leben dazu geäußert haben. Hat man keine Stellung bezogen, können Angehörige einer Organentnahme zustimmen.

Länder mit Zustimmungslösung: **Schweiz, Deutschland**, Niederlande, Dänemark, Litauen, Großbritannien, Irland, Island, Griechenland, Malta, Rumänien, Ukraine, Kanada, USA, Mexico, Kuba, Puerto Rico, Venezuela, Bolivien, Brasilien, Uruguay, Chile, Peru, Australien, Neuseeland, Indien, Malaysia, (Philippinen), Saudi Arabien, Iran, Sudan, Südafrika. Es gibt länderspezifische Zusätze und Abweichungen, z. B. Zustimmung des Spenders und der Familie in den USA und in der Ukraine.

3. **Informationsregelung**

Es gilt zunächst der zu Lebzeiten geäußerte Wille des potentiellen Spenders. Ist dieser nicht bekannt, gilt eine Organentnahme dann als zulässig, wenn bestimmte Angehörige informiert werden und innerhalb einer bestimmten Frist nicht widersprechen.

Länder mit Informationsregelung: Schweden, Liechtenstein, Spanien, Türkei

4. **Notstandsregelung**

Diese Regelung erlaubt die Entnahme von Organen auch beim Vorliegen eines Widerspruchs vom Spender oder dessen Angehörigen, weil Organe dringend benötigt werden. Bulgarien hatte diese Regelung.

5. **Keine Regelung:** Kosovo, Albanien, Palästina. **In Vorbereitung:** Ägypten soll ein Gesetz zur Lebendspende vorbereiten. **Einzelfälle:** in der Mongolei sind nur Lebendspenden unter nahen Verwandten, Ähnliches gilt in einigen arabischen Staaten. **Unklare, widersprüchliche Gesetze:** Serbien. **Keine Information:** Mazedonien, Moldawien, Georgien, Jordanien, Pakistan, Bangladesch, Hongkong, mehrere südost-asiatische Staaten, der größte Teil Schwarzafrikas.

6. Die „Widerspruchsregelung“ gilt in den meisten europäischen Ländern, die „Erweiterte Zustimmungsregelung“ dagegen nur in 6 Staaten in Europa. So können auch deutsche **Touristen**, die keinen Ausweis bei sich haben, deren Angehörige nicht erreicht werden können und deren Widerspruch nicht in einem dafür vorgesehenen Widerspruchsregister des jeweiligen Landes festgehalten ist, **Organe jeder Art und in jedem Umfange zu Transplantationszwecken entnommen** werden, wenn sie in Österreich, Liechtenstein, Luxemburg, Frankreich, Italien, Spanien, Portugal, Zypern, Bulgarien, Slowenien, Slowakei, Tschechien, Ungarn, Polen, Lettland oder Schweden sterben. Nur in Belgien, Finnland und Norwegen haben die Angehörigen noch ein Einspruchsrecht. Immerhin wird ein deutscher **Ausweis mit klarer mehrsprachiger Ablehnung der Organspende in Europa, und in fast allen Ländern Europas anerkannt**. Auch werden Angehörigen gefragt, außer in Ungarn, wo sie kein Vetorecht haben und jeder explantiert wird, der nicht explizit widersprochen hat (auch auf einem deutschen Ausweis). **Es ist also ratsam, sich vor einer Reise genauestens zu informieren, wo und wie Organspende gehandhabt wird. Schwierig bis unmöglich ist die Durchsetzung einer ausführlichen Patientenverfügung im Ausland, während der Wille auf dem (Nicht)-Spender-Ausweis in Europa respektiert wird – sofern er in der Landessprache abgefasst ist.**
7. In Deutschland kann man bereits mit 16 Jahren seinen eigenen Willen als Organspender erklären, der **Widerspruch dazu ist schon mit 14** möglich.
8. In **Deutschland** gibt es kein spezifisches Organspende-Register, weshalb man den **Ausweis für oder gegen die Organentnahme immer bei sich haben und mit den Angehörigen darüber gesprochen haben sollte**. Auch Änderungen der Willensäußerung sollten der Familie oder den Bevollmächtigten mitgeteilt werden. **Man kann auch bei der Bundesnotarkammer („Zentrales Vorsorgeregister“) in Berlin eine Vorsorgeurkunde hinterlegen**. Alle Krankenhäuser sind angewiesen, dort nach einer Urkunde zu fragen, wenn der Patient nicht ansprechbar ist und man vor einer Operation oder Entscheidung über Leben und Tod steht. In der Urkunde ist festgehalten, wer bei welchen Ereignissen die Vollmacht hat. Existiert so eine Vollmacht nicht, bestellt das Amtsgericht einen Betreuer, der die notwendigen Entscheidungen treffen kann/muss. Da in so einem Fall auch nächste Angehörige (Ehepartner oder Kinder) ausgeschlossen werden können, hat man diese Vorsorgeverfügung als Urkunde geschaffen, um sicherzustellen, dass den Wünschen des Betroffenen entsprochen werden kann. Die Vorsorgeurkunde ist aufgeteilt in 1) Vermögensangelegenheiten, 2) Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge (Patientenverfügung), 3) Angelegenheiten der Aufenthaltsbestimmungen und 4) sonstige persönliche Angelegenheiten **Die Urkunde enthält Anordnungen oder Wünsche für den Fall, dass das Gericht einen Betreuer bestellt (Betreuungsverfügung) und betreffend der medizinischen Versorgung (Patientenverfügung)** sowie weitere Angaben, z. B. wo sich die Originalurkunden (notariell beglaubigte Unterschriften) befinden.
9. In 90% der Fälle geben die Angehörigen die Organentnahme frei. Laut Statistik der Krankenhäuser liegt nur bei 7% ein schriftliches Einverständnis des Spenders vor (Angaben für Deutschland von 2011). D. h. die Übrigen haben sich – aus welchen Gründen auch immer – nicht dazu geäußert. **Die Naivität, der gute Wille und die Unkenntnis der Angehörigen werden von den Transplantationsärzten in manipulativen Gesprächen schamlos ausgenutzt**. Dabei wird auch systematisch vorgegangen z. B. mittels der NLP-Methode, einer Form bewusster und gezielter Gesprächsführung. Wörtlich schreibt ein Betroffener: „In meiner Wahrnehmung propagiert Frau Sch. ein das Gegenüber manipulierendes **Verkaufskonzept**.“ Ein als Arzt auf einer Intensivstation arbeitender ehemaliger Transplantationsbeauftragter der DSO erklärt, er lasse generell keine DSO-ler mehr an Angehörigengesprächen teilnehmen, da die Gefahr zu groß sei, dass dieser interessengeleitet argumentiere – egal ob mit oder ohne NLP-Coaching.
10. Die schriftliche Orientierungshilfe der deutschen Bundesärztekammer kann auch den vom Gesetzgeber geschaffenen Widerspruch zwischen Angehörigen und Bevollmächtigten nicht lösen. Der Angehörige ist Ansprechpartner bei der Organspende, der Bevollmächtigte setzt jedoch den Willen des Patienten durch. **Angehörige und Bevollmächtigte sind nicht immer**

derselben Meinung. Die Vereinigung „Ärzte für das Leben“ fordert eine umfängliche gesetzliche Aufklärungspflicht mit schriftlicher Dokumentation; ihr Fehlen sei strafrechtlich zu verfolgen.

11. **Großes Misstrauen ist angebracht bei den Informationsbroschüren der DSO** (Deutsche Stiftung Organtransplantation), unterstützt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. Man soll sich nicht von deren sturer, irreführender, angeblich wissenschaftlicher Argumentation verschaukeln lassen. Die Organspendenlüge wird dadurch nicht wahrer, auch wenn die Definition „Hirntod“ von Bundesärztekammer, Rotem Kreuz, Caritasverband, Johanniter-Unfallhilfe, Malteser-Hilfsdienst und ADAC übernommen wurde. Auch große Werbeplakate der Lobby (z. B. mit bekannten Schauspielern) tragen nicht zur Wahrheitsfindung bei. Die gelungene Lebendtransplantation zwischen dem Ehepaar Steinmeier hat wohl auch die SPD bestärkt, sich verstärkt für Transplantationen einzusetzen, aber Lebendtransplantation und Organspende bei sogenanntem Hirntod sind nicht das Selbe.
12. 2013 gab die deutsche Bundesärztekammer eine „Orientierungshilfe“ zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspende heraus, wobei versucht wird, den Patientenwillen so zu verfälschen, dass eine Entnahme von Organen möglich ist, obwohl der Patient lebensverlängernde Maßnahmen in seiner Patientenverfügung ausgeschlossen hat. **Es geht um die Gewinnung von möglichst vielen Organen, nicht um die ehrliche Information der Patienten.** So ist von „intensivmedizinischen Maßnahmen“ die Rede, die man sowohl *vor als auch nach* der Feststellung des Hirntodes gestatten soll. Der Verein Initiative-KAO rät allen, ihren Willen in der Patientenverfügung deutlich auszudrücken und weist darauf hin, dass **ein Ausschluss lebensverlängernder Maßnahmen und die Bereitschaft zur Organspende sich grundsätzlich widersprechen. Zusätzlich sollte man die Durchführung einer Hirntoduntersuchung in der Patientenverfügung strikt ablehnen und einen Bevollmächtigten beauftragen, dieses auch durchzusetzen.** Die Vorteile: Die Patienten können nicht der Qual dieser Untersuchung ausgesetzt werden, die nicht mehr ihnen, sondern nur noch einer möglichen Organentnahme dient. Ganz einfach: **Ohne Hirntod-Untersuchung ist auch keine Organentnahme möglich!** Außerdem kann man nicht zu einer juristischen Leiche erklärt werden, wodurch die Krankenkasse von ihrer Leistungspflicht befreit ist. Eine Weigerung von Angehörigen, nach der Feststellung des Hirntodes einer Organentnahme zuzustimmen, kann die **Einforderung von Krankenhauskosten** nach sich ziehen, da die Kasse für die Behandlung einer „Leiche“ nicht zahlt. Gerichtsprozesse zu derartigen Fällen kamen bereits vor.
13. Die Fraktionen des Deutschen Bundestags einigten sich im Mai 2012 auf eine Neuregelung der Organspende. Alle Bürger_innen ab 16 Jahren sollen regelmäßig von ihren Krankenkassen angeschrieben, über die Organspende [*einseitig zugunsten der „Organspendemafia“*] informiert und zur **Abgabe einer Erklärung** aufgefordert werden. Erstmals 2013, ein weiteres Mal 2015 und nach 2017 alle fünf Jahre.
14. **Organspende-Ausweise bzw. Organspende-Verweigerungserklärungen sollte man immer bei sich tragen** und im Doppel bei Angehörigen, engen Freunden, einem Arzt oder Anwalt hinterlegen. Es gibt Länder mit einem Register, in das man sich – auch mit seinem Widerspruch – eintragen lassen kann. Diese Register müssen vor einer Transplantation von den Ärzten abgefragt werden. **Es gelten nicht die Gesetze des Heimatlandes, sondern des Aufenthaltslandes, wo der Fall eintritt.** Unterschiedliche Organspende-Widerspruch-Ausweise (Nicht-Organ spendeausweise) können bestellt oder im Internet heruntergeladen werden, teils ein- bis dreisprachig in einem, teils in verschiedenen Sprachen einzeln, bei:
 - a) www.initiative-ka0.de
 - b) <http://www.organspende-aufklaerung.de/>
 - c) <http://www.transplantation-information.de/> (hier auch Hinweise auf andere Länder, auch für den Urlaub)

ACHTUNG: Der Nicht-Organspendeausweis der Interessengemeinschaft Kritische Bioethik Deutschland (sonst eine informative Seite) kann nicht empfohlen werden, da es dort heißt „nach festgestelltem Hirntod“!

ACHTUNG: auf der Seite vom Bundesministerium für gesundheitliche Aufklärung BZgA gibt es **Hinweise zu gesetzlichen Regelungen in Europa**, einen Spenderausweis zum Herunterladen und **Beiblätter dazu in 23 europäischen Sprachen**. Es ist allerdings kein spezifischer Ausweise zur Transplantations-Verweigerung, man kann aber „nein“ ankreuzen. <http://www.organspende-info.de/infothek/gesetze/europa-regelungen>

15. **Es gibt keine untere oder obere Altersgrenze für Organspender!** Die medizinischen Untersuchungen am Komapatienten entscheiden, ob sich ein Organ zur Transplantation eignet. Man sollte sich also nicht der Illusion hingeben, dass man ab einem bestimmten Alter für die Organspende nicht mehr infrage kommt und sich deshalb das Thema für einen erübrigt. Es gibt das **Europäische Seniorenprogramm**, in dem die „unzumutbar lange“ Wartezeit für ältere Menschen dadurch verkürzt wird, dass **Transplantationen unter Senioren ab 65** durchgeführt werden, besonders Nierentransplantationen. Dabei wird nur die Blutgruppenverträglichkeit berücksichtigt, während Unstimmigkeiten bei den Antigenen vernachlässigt werden. **Begründung:** das Immunsystem ist bei älteren Menschen nicht so stark aktiv. **Folgen:** Das Überleben der transplantierten Organe ist dadurch niedriger, dennoch wird das Programm als Erfolgsgeschichte bezeichnet. **Nebeneffekt:** man kann auch noch in hohem Alter z. B. zu Knochenmehl für die Pharmaindustrie verarbeitet werden. **Ausschlusskriterien:** z. B. AIDS, metastasierender Krebs, Hepatitis B und C. Auch in den **USA** wird für Organspende (Hauptorgane, Augen, Gewebe) bei Menschen über 50 geworben: „**Jedes Alter ist das richtige Alter für eine Unterschrift, in unseren 50ern, 60ern, 70ern und sogar 80ern und 90ern. Man braucht dafür nicht perfekt gesund zu sein. Der Zustand der Organe wird zum Zeitpunkt des Todes ermittelt.**“ Im Jahr 2011 waren 60% der Empfänger und 32% der Spender ebenfalls über 50.

16. **Die richtige Vorkehrung zu Lebzeiten ist im Prinzip fünfteilig**

a) **Patientenverfügung** mit Angaben zu Angehörigen, einem oder zwei Bevollmächtigten mit Name, Adresse und Telefonnummern: Was ist erlaubt, gewünscht, unbedingt zu tun und zu unterlassen, wenn ich nicht mehr entscheidungsfähig bin. Sie kann sich sowohl auf eine längere Phase fortgeschrittener Demenz beziehen als auch auf ein irreversibles Koma.

b) **Organspende-Ausweis bzw. Organspende-Verweigerung mit dem Zusatz „Keine Hirntoduntersuchungen“** bestellen oder ausdrucken, ausfüllen, kopieren, bei sich tragen sowie beim Hausarzt, Freunden, Angehörigen und Bevollmächtigten hinterlegen.

c) **Willenserklärung über Umfang und die Art der Bestattung** (Beerdigung, Kremation, Seebestattung, Waldfriedhof, in der Schweiz auch privates Verstreuen der Asche in der Natur, Musikauswahl, nach welchem religiösen Ritual falls überhaupt), beim Ableben im Ausland über Wunsch nach Rückführung oder nicht, vielleicht Auswahl eines Spruchs auf der Todesanzeige.

d) **Handschriftliches Testament bezüglich der Erbschaft von Besitz**, eventuell Testamentsvollstrecker benennen. Wer bekommt was? Pflichtverteilung nach gesetzlichen Vorgaben oder abweichende Lösung? Sich juristisch unbedingt über die unterschiedlichen Formen und Folgen beraten lassen. Mit willkürlichen Enterbungen kommt man nicht durch, sie führen oft zu großen Streitigkeiten unter den potentiellen Erben.

e) **Kontovollmachten** erteilen, denn es fallen so oder so schnell Kosten an und es kann u. U. sehr lange dauern, bis die Behörden ein Konto freigeben.

17. **Sehr wichtig ist es, solange man im vollen Besitz seiner geistigen Fähigkeiten ist, eine Patientenverfügung zu verfassen** und sie so zu hinterlegen, dass sie auch von anderen schnell gefunden wird. Es kann eine vorformulierte sein, eine aus Bausteinen zusammengesetzte oder eine gänzlich selber geschriebene. Heute geht die Tendenz hin zu größerer Differenzierung, in welchen Situationen man was möchte und was nicht. Zum besseren Verständnis des Menschen sind auch Hintergrundinformationen erwünscht, über Vorlieben und Ängste, zum bisherigen Leben und den Vorstellungen über das künftige, falls man einmal in einem Heim oder Hospiz landen sollte. Das gibt einem selber mehr Einflussnahme und Ruhe. Es reduziert aber auch die Zweifel von Angehörigen, Bevollmächtigten und Ärzten, nimmt ihnen schwierige Entscheidungen (teilweise) ab. **In Deutschland gibt es dafür über 250 verschiedene Muster**, die von Organisationen, Vereinen, Krankenhäusern und Hospizen angeboten werden. Den vollständigsten Überblick über Verfügungslisten bietet die Website des „**Zentrums für Angewandte Ethik**“ unter <http://www.ethikzentrum.de/patientenautonomie.htm> mit Mustertexten, Formularmustern, Formulierungsvorschlägen zu Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sowie Informationsbroschüren (der mir bekannte Stand ist vom 29. 7. 2013). Dort findet man auch die gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen vom 1. 9. 2009. Eine Beratung im Vorfeld der Erstellung einer Patientenverfügung wird von zahlreichen Gremien empfohlen. **Trotzdem auch für Schweizer und Österreicher interessant zu lesen!**

18. **Auch das Bundesministerium der Justiz in Deutschland** bietet eine **Broschüre** zum Thema an (auch zum Herunterladen) mit Einführung, Empfehlungen, **Formularen für Vollmachten, die registriert werden können**, und mit Textbausteinen für Patientenverfügungen: <http://www.dnoti.de/DOC/2004/Formulierung.pdf>. Praktisch ist die Variante als Textdatei, die man selber verändern kann. Es ist darauf zu achten, dass sich Varianten mit „oder“ ausschließen. Zur Problematik von Organspende und Hirntod muss man sich natürlich selber eine Meinung gebildet haben. Die Formulierung „Ich lehne eine Entnahme meiner Organe **nach meinem Tod** zu Transplantationszwecken ab“ bedeutet in der offiziellen Logik, d.h. der herrschenden Meinung und damit auch dem Gesetz entsprechend, „nach der Feststellung oder in Erwartung des Hirntods“, was **vorher und nachher** die quälenden Hirntod-Untersuchungen zur Folge hat (s.o.), die man an jener Stelle zusätzlich unbedingt verweigern sollte. Auch das Thema „Darstellung meiner Wertvorstellungen“ ist hier nur gegen Ende kurz erwähnt, während es z. B. beim **Schweizerischen Roten Kreuz** gleich an zweiter Stelle Raum bekommt. Dort sind persönliche Angaben erwünscht zu Motivation der Verfügung, Lebenssituation, Zukunftserwartungen, Begriff der Lebensqualität, Wünsche bei Pflegebedürftigkeit, Einstellung zu Krankheit und Tod, Lebensgewohnheiten und religiöser/spiritueller Überzeugung. Obwohl es beim Bundesjustizministerium gute Anregungen gibt, lohnt es sich, auch andere Angebote mit Textbausteinen anzuschauen.

19. **Auch in der Schweiz gibt es Dutzende von Patientenverfügungen, Vollmachten und Ausweisen.** Der Link <http://upload.sitesystem.ch/131D5358A8/4BFEA0B204/2F71C8A006.pdf> führt zu einem Dokument mit einer ausgezeichneten Einführung in die Thematik und einer Zusammenstellung von 37 Patientenverfügungen (Stand Oktober 2013). Sie sind sehr verschieden, vor allem in der Ausführlichkeit: von 3-4 Statements zum Ankreuzen bis zu maßgeschneidert mit Rücksichtnahme auf bestimmte Krankheiten oder Glaubensrichtungen. Man kann sie am Bildschirm vergleichen und z.T. Ausweise herunterladen. Sie reichen von gratis bis zu Fr. 250 einschließlich Buch, Serviceleistungen, Beratung oder Informationsveranstaltungen und werden auch hier von Organisationen, Vereinen und Spitälern angeboten. Es ist empfehlenswert, sich die Seiten herunterzuladen und in Ruhe zu studieren. Das Gleiche gilt z.B. für die Online-Patientenverfügung des Schweizerischen Roten Kreuzes, falls man sich dafür entscheidet, dann kann man sich die Dinge besser überlegen und erst einmal auf dem Papier ausfüllen (beim Hin-und-Her-Springen im Internet gehen nämlich bereits gemachte Angaben verloren). **Auch Deutsche und Österreicher finden hier viele Anregungen für Dokumente, die man selber verfassen möchte.**

20. Zur **Situation in der Schweiz** (trotzdem auch für Deutsche und Österreicher interessant zu lesen!). In der Schweiz ist der Trend zur skrupellosen Organentnahme fast noch schlimmer, wie A) eine Stellungnahme der Patientenschutzstiftung SPO von 2011 zur bevorstehenden Änderung des Transplantationsgesetzes nahelegt. Bis diese in Kraft tritt (und wer weiß, wie sie ausfällt), sollte man noch mehr auf eine gut formulierte Patientenverfügung achten, sie geschrieben, ausgefüllt sowie hinterlegt haben und möglichst eine Kurzform davon oder einen Hinweis darauf bei sich tragen (Empfehlungen s.u.). Was hat die Transplantationslobby vor, dass Frau Barbara Züst von der SPO folgende kritische Fragen und Forderungen stellt? **Warum soll nur noch 1 Untersuchung zur Feststellung des Hirntodes nötig sein, während in Deutschland ein zusätzlicher Irreversibilitätsnachweis erforderlich ist und zwar übereinstimmend von zwei unabhängigen Ärzten?** Die Besprechung des Therapieabbruchs soll vor der Aufklärung über die Organspende und vor der Aufklärung über die notwendigen vorbereitenden Maßnahmen stattfinden. Diese Entscheidungsprozesse (Aufklärung und Einwilligung zum Therapieabbruch, Aufklärung und Einwilligung über Organspende, Aufklärung und Einwilligung über vorbereitende Maßnahmen) sollten im Protokoll zur Feststellung des Todes dokumentiert werden. **Es fehlen wichtige Differenzierungen:** 1) ob die vorbereitenden Maßnahmen vor oder nach dem Tod eingeleitet werden und 2) um welche Art von Maßnahmen es sich dabei handelt. Sehr problematisch ist die verschwiegene **Absicht, schon vor dem Hirntod bei der Spendergruppe der Maastricht-Kategorie 3 invasive (in den Körper eindringende) Perfusionssonden (zwecks späteren Blutersatzes) einzulegen**, was z. B. in Kanada verboten ist. Erwähnt ist der Beginn medizinischer Maßnahmen zur Organerhaltung nach diagnostiziertem Tod, doch werden bei dieser Spendergruppe wegen der Ischämie (Durchblutungsausfall) die vorbereitenden Maßnahmen schon vor dem Tod angewendet.

Vorgesehen sind vorbereitende Maßnahmen vor dem Tod bis zu 48 Stunden. Es fehlt der Hinweis auf die Verabreichung gefäßerweiternder Medikamente, die dem Patienten nicht nur nicht nutzen, sondern sogar dessen Tod beschleunigen können. Die **Frage des Therapieabbruchs bleibt unklar** (in Deutschland ist Organentnahme nach Herzstillstand verboten). Äußerst problematisch ist der Therapieabbruch beim kontrollierten Herzstillstand, weil der Herzstillstand gezielt und bewusst herbeigeführt wird. Der Hirntod ist dann kein entstandenes Ereignis, sondern eine willentliche Entscheidung des Ärzteteams, womit ein Interessengegensatz zwischen Organempfänger und Organspender entsteht. **„Die Formulierungen ‚Todeseintritt innert nützlicher Frist‘ und ‚aus Zeitgründen ist der Operationssaal der ideale Ort für den Therapieabbruch‘ befremden und illustrieren, wie weit die Praxis technisiert und entmenschlicht ist** und in welchem Ausmaß die Interessen von Empfängern und Ärzteschaft den Interessen der Organspender vorangestellt werden. Was als Sterbeort ideal ist, bestimmen die Interessen des Empfängers. Die Atmosphäre in den Operationssälen ist kalt, anonym und hektisch, somit in keiner Weise geeignet, einen Therapieabbruch zu starten.“ (B. Züst) **Die Angehörigen sollen sich nicht nur ‚nach Möglichkeit‘ vorher vom Sterbenden verabschieden können, ein Abschied muss immer gewährleistet sein.** Die Vernehmlassungsversion geht auf die Problematik der Reflexe (Lazarus-Zeichen) nicht ein. **Die Frage der Narkose während der Explantation ist unklar geregelt.** Prof. Peter Suter sagte zwar 2010, dass in der Schweiz die Organspender konsequent narkotisiert werden, was aber von 1992 bis mindestens 2011 nachweislich nicht in allen deutschschweizerischen Kliniken der Fall war. Weiter wird formuliert: „Durch den Ausfall sämtlicher Funktionen des Gehirns...verliert ein Mensch...seine Persönlichkeit und sein Wesen...“. Erstens sind bei einem Hirntoten nicht „sämtliche“ Funktionen ausgefallen, und zweitens einem hirntoten Menschen die gesamte Persönlichkeit, sogar sein Wesen abzusprechen, zeigt wie weit die Entmenschlichung fortgeschritten ist. Man erinnere sich daran, dass die amerikanische „President’s Commission on Bioethics“ zum Schluss kommt, die biologischen Grundlagen für die Definition des Hirntodes hätten sich als irrtümlich erwiesen. In der Folge würden **Hirntote als „wesenlos“ angesehen und zu einem Ersatzteillager, also einer Sache, degradiert.**

21. **Eine andere Meldung zur Situation in der Schweiz:** In der Schweiz geht man (seit 2011?) einen eigenen Weg, indem man auch den Herztod zur Bestimmung des Todeszeitpunkts heranzieht. Zuerst muss der potenzielle Organspender einen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden, danach müssen die Ärzte 10 Minuten warten, ob das Herz wieder anfängt zu schlagen. Geschieht dies nicht, muss zusätzlich der Hirntod festgestellt werden. Möglicher Nachteil ist,

dass die Organqualität (zumindest bei Lebern) leidet. **Dies ist ein Fortschritt gegenüber der alleinigen Hirntodfeststellung in Deutschland**, wo die Transplantationsmediziner stur wiederholen „Hirntod = Tod“ – unbeeindruckt von der internationalen Diskussion.

22. Zur **Teilrevision des Transplantationsgesetzes in der Schweiz** (2008-2013) siehe:
<http://www.bag.admin.ch/transplantation/00694/01739/11989/index.html?lang=de>
und die Medienmitteilung des Bundesamts für Justiz vom 16.11.2012
http://www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/de/home/dokumentation/mi/2012/ref_2012-11-16.html
23. **Zur allgemeinen Situation in Österreich** habe ich nicht so detaillierte Recherchen gemacht. Es wäre für meine österreichischen Freunde und für Urlauber aus DE und CH deshalb schön, wenn ich mehr Informationen und Links auf einschlägige Seiten oder andere Hinweise bekommen könnte. Tatsache ist jedoch die **automatische (!) Organentnahme**. Und da ein kleiner Ausweis bei einem Notfall abhandenkommen, nicht aufgefunden oder missachtet werden kann, gibt es in Wien ein zentrales **Organspende-Widerspruchsregister**. Dort kann man sich bei der „Gesundheit Österreich GmbH“ kostenlos eintragen lassen unter
<http://www.goeg.at/de/Widerspruchregister.html>.
Diese **Nicht-Spender-Datei ist auch für Ausländer zugänglich**, da immer die Gesetze des jeweiligen Landes und nicht des Herkunftslandes gelten.
24. Sich erkundigen, ob es wie in Österreich ein Organspende-Widerspruchsregister gibt, in das man sich eintragen lassen kann. Falls nötig oder sinnvoll das eine oder andere Papier in eine andere Sprache übersetzen. **Sich über die Gesetze im Ausland informieren. Die eigenen Erklärungen gelegentlich überprüfen, ob die Namen etc. von Angehörigen etc. noch gültig sind** und ob man von den eigenen Worten nach Jahren noch überzeugt ist. Bei Änderungen aktuelles Datum und Unterschrift darunter oder daneben setzen.
25. Allgemeine, auch länderspezifische Infos findet man auf wikipedia unter „Organspende“.

SCHLUSSWORTE

1. **Die Transplantationsmedizin beruht auf einer von staatlicher, medizinischer und pharmazeutischer Seite propagierten Lüge, dass der ganze Mensch wirklich tot sei, wenn man einen Teil seines Gehirns für tot erklärt. Wobei auch fatale Fehldiagnosen vorkommen.** (Der Neurologe H. Deutschmann fand in über 200 ausgewerteten Hirntod-Diagnosen 30% Patienten, die noch gar nicht hirntot waren). **Die medizinischen Tests zur Hirntod-Diagnose prüfen nur, ob die Gehirnfunktion erloschen ist, nicht aber ob die Hirnzellen tatsächlich abgestorben sind.** Niemand weiß, wann der Hirntod nach dem Ausfall jeglicher Hirnfunktion eintritt, deshalb unterscheiden sich die Kriterien von Land zu Land.
2. Hirntote sind Sterbende im irreversiblen Koma, bei denen Teile des Gehirns (nicht einmal alle) nicht mehr arbeiten, der restliche Organismus jedoch noch funktioniert (z. B. Herz- und Nierentätigkeit, Verdauung). **Komatöse Sterbepatienten mit schwergeschädigter Hirnfunktion sind zwar bewusstlos aber noch keine Leichen!** Außerdem werden die **Reanimationsmaßnahmen oft gar nicht ausgeschöpft.**

3. Die Definition des Hirntods (ein Kunstwort und erst ab 1968 gebräuchlich) ist ein **juristisch-medizinischer Trick, die begriffliche Vorverlegung des Todeszeitpunkts, zu dem einzigen Zweck straffrei an die noch „lebendfrischen“ Organe eines Sterbenden heranzukommen**. Es gibt nicht nur Ethiker sondern auch Mediziner, die von Vivisektion und sogar von Mord sprechen, denn ganz **tot ist der Spender erst aufgrund und nach der Explantation**. Dr. med. Max-Otto Bruker: „Heute gilt – wie absurd – der ‚Hirntod‘ als Gesamttod, obwohl keine ausreichenden Beweise dafür vorliegen. Auf diese Weise wurde durch die Gesetzgebung ein Freispruch für alle ‚Handlanger‘ dieses ‚Mordgeschäfts‘ erreicht. Ich schäme mich für den Ärztestand, dass nicht alle Kolleginnen und Kollegen aufstehen und laut NEIN sagen zu der Art der Aufklärung über die Organtransplantation. Sie befürworten damit stillschweigend ein dunkles Geschäft, das unethisch und unmoralisch betrieben wird. Es **setzt sich über die Menschenwürde hinweg und nimmt eine Tötung des Lebenden billigend in Kauf**.“
4. Eine Spende der Hauptorgane (Herz, Leber, Niere, Lunge) nach dem Tod gibt es nicht, die Organe müssen durchblutet sein, der Mensch ist nicht wirklich tot, sondern allenfalls „hirntot“. **Der offizielle Sprachgebrauch von „postmortaler Spende“ oder „Organentnahme von Verstorbenen“ in Politik und Medizin ist verharmlosender Nonsens und eine arglistige Täuschung, welche die Bevölkerung im Dunkeln lässt, was bei einer Explantation wirklich passiert**. Mit ebenso verharmlosender Absicht wird häufig auch von „Hinterbliebenen“ gesprochen, die zur Einwilligung einer Organentnahme befragt werden. Es sind keine „Hinterbliebenen“ sondern Angehörige oder eines noch durchbluteten Komapatienten!
5. **Sich über Organspenden und die Hirntoddebatte besser informieren**. Sehr nützlich ist dabei auch die **Website „Diagnose Hirntod“** unter <http://www.diagnose-hirntod.de/> . Wissen, dass es auch **Seniorenprogramme gibt, bei denen Körperteile (z. B. Gewebe und Knochenmehl) auch von über 90-Jährigen verwertet und an die Pharmaindustrie verkauft werden**.
6. **Sich einsetzen, notfalls kämpfen, für einen friedlichen, menschenwürdigen und begleiteten Sterbeprozess, gegen ein Ausschlachten eines Hirntoten**, der noch Reaktionen zeigt. Und dies nicht erst gegenüber Ärzten im konkreten Notfall! Man sollte sich als Bürger wehren, wenn es darum geht, automatische Organspenden als Normalfall für generell verbindlich festzuschreiben. Es muss zumindest eine „erweiterte Widerspruchslösung mit Register“ geben, auch wenn dies nicht die patientenfreundlichste Variante ist. Besser ist eine Lösung, bei der eine explizite Einwilligung zur Organspende vorgeschrieben ist. Dazu hat sich aber auch die öffentliche Informationspolitik von „einseitig“ auf „fair und aufklärend“ zu ändern. Man kann dazu beitragen durch unbequeme Anfragen bei Politikern und anderen Entscheidungsträgern, Leserbriefe, Stimmabgabe, Aufklärung im Freundeskreis (auch über soziale Netzwerke) oder Unterstützung von und Mitarbeit in Vereinen.
7. **Die derzeitigen Transplantationsgesetze sind eigentlich verfassungswidrig. In allen Ländern widerspricht die Explantation bei einem Hirntoten dem Hippokratischen Eid eines Arztes**, Leben nicht beenden zu dürfen. Die „Genfer Deklaration des Weltärztebundes“ von 1948 (zuletzt revidiert 2006) wird durch die Transplantationsmedizin konterkariert. In dem Gelöbnis heißt es: „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse wahren..... Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.“ **Insofern sind die Hirntod-Untersuchungen anstelle von intensiver Therapie eine „unterlassene Hilfeleistung“ und Explantation an einem Komapatienten eine „aktive Sterbebeschleunigung“ und nicht zu sagen Tötung**.

8. Es ist äußerst scheinheilig und zeugt von **konzertierter Doppelmoral**, sich einerseits über aktive Sterbehilfe, Euthanasie sowie Schwangerschaftsabbruch aufzuregen, sich vehement für den Schutz ungeborenen Lebens einzusetzen und dementsprechende Gesetze zu erlassen, andererseits die Praxis von Explantationen bei Sterbenden nicht nur zuzulassen, sondern nachdrücklich zu fördern. Und das mittels Fehlinformationen oder Verschweigen offenkundiger Irrtümer.
9. Es ist verwunderlich, dass bei so vielen Widersprüchen, Lügen und Verletzungen von Gesetzen es weiterhin möglich ist, dieses Transplantationsgesetz aufrecht zu erhalten und zur Grundlage der Rechtsprechung und des konkreten Handelns zu machen. Es geht um Missachtung der medizinischer Fürsorgepflicht und des ärztlichen Berufskodex (früher „Hippokratischer Eid“ genannt), um unterlassene Hilfeleistung, arglistige Täuschung, in Deutschland verbotene aktive Sterbehilfe, verfassungswidriges Abwägen wertvolleren Lebens (Euthanasie), Leichenschändung sowie Hinwegsetzen über naturwissenschaftlich-medizinische Zweifel und moralisch-ethische Bedenken von Medizinern, Bioethikern, Kirchenvertretern und Philosophen. Ganz abgesehen von den zu tiefst erschütternden Berichten betroffener Eltern, vom Pflegepersonal auf Intensivstationen, Anästhesisten, OP-Schwestern u.a. **Wie ist es möglich, dass die Gesellschaft dies alles duldet und akzeptiert?** Wie ist es möglich, dass uns die Transplantationslobby aus Eigennutz (beruflichem Ehrgeiz, gesellschaftlichem Ansehen und materiellem Verdienst) derart den Kopf (und das Herz!) verdreht und ihr wie Lämmer folgen?
10. Eine Gegenbewegung zum Hirntod-Konzept ist zu beobachten, aber ob die neuen Vorschläge und Definitionen die Lösung sind, ist mehr als fraglich. Prof. Andreas Brenner (Philosoph mit Schwerpunkt Bioethik) sagte 2011: „Ein Hirntoter ist nach allgemeiner Definition ein Mensch mit einer starken Gehirnschädigung und diese ist vermutlich irreversibel. Das bedeutet aber nicht, dass er tot ist. Jeder gehirntote Organspender wird von den Transplantationschirurgen **auf dem Operationstisch anlässlich der Entnahme seiner lebendfrischen Organe bei lebendigem Leib vorsätzlich getötet!**“. 2010 sprach die American Academie of Neurology dem Hirntodkonzept die naturwissenschaftliche Begründung ab. Und zu neueren Erkenntnissen in den USA: „Man findet das Hirnkonzept einerseits nicht schlüssig und gibt zu, dass Organentnahme bei Hirntod eine Tötung ist, will aber mit Transplantationsmedizin trotzdem weitermachen. Man überlegt sich nun, die **Organentnahme als ‚justified killing‘ zu betrachten, als ‚gerechtfertigtes Töten‘, um sie zu legalisieren.**“ Es gibt mittlerweile auch Ärzte, die zugeben, es sei „Tötung“, verwehren sich jedoch gegen den **Vorwurf des Mordes**. Prof. Brenner plädiert deshalb dafür, nur noch reine Lebendspenden zuzulassen. Die Lebendspende überlebe der Organspender *[nicht immer!!, s.o.]*, an der sog. „Leichenspende“ sterbe er.
11. **Foltertode** finden nicht nur bei fernen ethnischen Konflikten oder in totalitären Regimen Asiens oder Afrikas statt. Nein, sie widerfahren Komapatienten mittels modernster Medizintechnik mitten unter uns – und das gesetzlich abgesichert und mit Nächstenliebe verbrämt!
12. **Auf keinen Fall darf man sich in einer Situation von Schwäche, Unsicherheit, Schock, Trauer, Angst, Verzweiflung, geplatzter Hoffnungen oder simpel aus Zeitdruck moralisch unter Druck setzen und überreden lassen oder zu früh in etwas einwilligen und sei es auch nur mündlich! Sich keine Schuldgefühle einreden lassen, dass man angeblich ein herzloser Mensch sei, der anderen seine Hilfe verweigert, indem man seinen noch warmen Körper nicht freigibt.** Geht es um Angehörige, belasten die Schuldgefühle nach dem Realisieren dessen, was wirklich geschehen ist, über Jahre hinweg unvergleichlich schwerer. **Organspende als Akt höchster Nächstenliebe oder sogar als moralische Pflicht darzustellen, ist geradezu perfide.** Die 12.000 Empfängerkandidaten der deutschen Warteliste werden der Transplantationslobby und der Pharmaindustrie quasi als menschlicher Schutzschild benutzt und die gesamte Bevölkerung moralisch unter Druck gesetzt, geradezu erpresst. Die berechtigste Empathie für die Kranken wird benutzt zu Lasten der Empathie für die Komapatienten und auf Kosten des Respekts gegenüber Sterbenden.

13. Auch das **moralische Druckmittel** der Todkranken auf der Warteliste ist nicht ehrlich. Trotz vieler Maßnahmen gibt es in allen Ländern Wartelisten von mehreren Tausend Kranken, die Zahlen stagnieren seit Jahren. Es stimmt zwar, dass sich die Wartezeit verringert hat, aber nicht die Zahl der Wartenden. Kritiker sagen, dass es immer eine Warteliste geben wird, denn je mehr Organe vorhanden sind, desto mehr Leute kommen auf die Warteliste. Eines zieht das andere nach sich. Es werden noch mehr noch Kränkere auf die Warteliste gesetzt, die jetzt wegen ihres Gesundheitszustandes keine Chance hätten. **Werden mehr Transplantation ausgeführt, gibt es auch mehr Folgetransplantationen, weil viele Erstempfänger nach ein paar Jahren ein zweites Organ benötigen.**
14. „Solange der Mensch sterblich ist, wird es immer ein **endgültig versagendes Organ geben, dessen Ersatz nicht mehr möglich ist.**“ (Prof. Linus Geisler). Zur heute verbreiteten Vorstellung des "Organmangels" stellt Thomas Schlich die Frage: „**Vielleicht dürfen nur so viele Organe in einer Gesellschaft transplantiert werden, wie es freiwillige Organspenden gibt?**“ Ein dahin gehender Bewusstseinswandel würde von einem heillosen Druck entlasten. „Das Bewusstsein, dass **Heilung oder Rettung durch das Organ eines Anderen glückliche Fügung und nicht einklagbare Anspruchserfüllung** ist, würde verständliche Ansprüche und ihre mögliche Erfüllung in einem anderen Lichte erscheinen lassen. Missionarischer Organbeschaffungseifer und ineffektives Aufschaukeln des Systems könnten dann einer Empfindung von großer Ruhe weichen, deren Merkmal **gelassene Dankbarkeit** wäre.“ (Prof. Linus Geisler)
15. Bei Aussichtslosigkeit auf Besserung können Menschen **im Kreise ihrer Angehörigen friedlicher und würdevoller sterben**, nachdem die Beatmung abgestellt wurde.
16. **Jedes Leben geht zu Ende und wir haben schon eine sehr hohe Lebenserwartung erreicht. Es ist nichts Altmodisches daran, dies zu akzeptieren.** Warum klammern wir uns um jeden Preis (z. B. den von Qualen anderer) so an die Verlängerung des Lebens? Der Tod darf kein Tabu-Thema sein und gehört zum Leben. Auch wenn nötige Hilfe nie verweigert werden darf, sollte unser Verhältnis zum Tod überdacht werden.
17. Unabhängig von der modernen Wegwerf-Ersatzteil-Konsum-Haltung scheint auch der **Verlust religiös-spiritueller Vorstellungen** eine Rolle zu spielen, bei der Frage warum Menschen der derzeit medizinisch-politisch „herrschenden Meinung“ so kritiklos folgen. Nihilisten, Materialisten und (nichtbuddhistische) Atheisten scheint die Idee in ein „schwarzes Nichts“ einzugehen so unbehaglich zu sein, dass sie über ihren Tod hinaus noch etwas Sinnvolles tun möchten – und sei es nur, dass eigene Organe für ein paar Jahre in einem anderen Körper weiterleben. Fruchtbarer wäre es, sich schon zu Lebzeiten mit solch existentiellen Themen auseinanderzusetzen, spirituell-religiöse Aspekte zu integrieren statt zu verdrängen und für sich selber und seine Umwelt sinnstiftend aktiv zu sein.
18. Ein weniger beachtetes Thema sind die **Nahtoderlebnisse**. Es gibt viele ehemals Hirntote und andere aus dem Koma erwachte Menschen, die sich atmosphärisch an die Stimmen und die Anzahl der im Krankenzimmer Anwesenden erinnern können. Es gibt aber auch etliche, die sich im bewusstlosen Zustand „von oben“ haben liegen sehen und genau beschreiben können, wann was passierte und wann wer was machte. Das sind Beweise dafür, dass sie noch nicht „tot“ im Sinne von „gestorben“ waren, sondern **noch über Bewusstsein bzw. eine bestimmte Form der Wahrnehmung verfügten**.
19. Wer sich mit einem bestimmten Modell des **Reinkarnationsgedankens** angefreundet hat, mag sich vorstellen, mit welchem **Sterbeträume** ein Organspender in eine neue Existenz eintritt und welche frühkindlichen Ängste (wie nach einem Foltertod) daraus resultieren.
20. **Unter den derzeitigen Umständen schließe ich für mich sogenannte „postmortale“ Transplantationen aus, sei es nach sogenanntem „Hirntod“ oder eingeleitetem Herzstillstand, sowohl als Spender als auch als Empfänger. Ich wünsche niemanden, auch nur mit Restbewusstsein die Hirntod-Untersuchungen erdulden zu müssen und bei schla-**

gendem Herzen zerlegt zu werden. Ich wünsche niemandem, in eine solche Situation zu kommen, auch nicht als Nahestehende_r oder Bevollmächtigte_r, die bei fehlender Erklärung eines Komapatienten an seiner Stelle entscheiden sollen. Ich hoffe, dass die Menschen, ihre Ferien ohne derartige Zwischenfälle genießen können und einen mehrsprachigen Ausweis bei sich tragen, der auch respektiert wird. Und dass ihnen, falls etwas passiert, eine genügend lange Reanimation nach neuesten Erkenntnissen zuteil wird. Jedem Menschen ist zu wünschen, in Frieden im Beisein von wohlgesonnenen Angehörigen zu Hause oder betreut in einem Hospiz zu sterben statt in einem Krankenhaus. Wer nach dieser Lektüre oder eigenen Recherchen noch einen Spenderausweis mit Einwilligung zur Explantation besitzt oder zukünftig eine positive Erklärung abgibt, ist naiv und muss mit einer Art Märtyrertod rechnen.

Auf Facebook gibt es die Gruppe „Hirntoddebatte“
<https://www.facebook.com/groups/207697642625691/>

Auf Facebook gibt es die Gruppe „Organspende? Nein danke!“
<https://www.facebook.com/groups/379105208826667/>

Argumente von Organspende-Befürwortern und die Antworten von Petra Augustin hier:
<http://www.projektlebenretten.de/Argumente.pdf>

Auf **youtube** findet man mehrere kürzere und längere Beiträge in Form von Statements, Interviews etc.

Neueste Buchempfehlung: Die Ärztin Regina Breul im Gespräch mit dem Juristen Prof. Dr. Wolfgang Waldstein. Breul / Waldstein, „Hirntod-Organspende – und die Kirche schweigt dazu“, broschiert, Illertissen, Media Maria Verlag, 2013, 158 Seiten, ISBN 978-3-9815943-5-5, € 14,95

Empfehlenswerte Erklärungen und Anleitungen zur Organspende und Patientenverfügungen etc. erhält man unter
http://www.kanzlei-friedrich.eu/sonstiges/merkblaetter/merkblatt_informierte-erklaerung-organspende-patientenverfuegung.html

Ich selbst habe mich (vorläufig) für Folgendes entschieden:

Deutschland:

Plus Ausdruck / Studium der Formulierungshilfe Patientenverfügung des Bundesministeriums der Justiz: <http://www.dnoti.de/DOC/2004/Formulierung.pdf>

Schweiz:

Österreich: Kostenloser Eintrag im Widerspruchsregister (das werde ich vorsorglich versuchen auch in den anderen Ländern Europas mit Widerspruchslösung zu machen).

Thailand:

Beschaffung des erwähnten Ausweises in 9 Sprachen.

Einige Ausdrucke der Beiblätter in 23 europäischen Sprachen (s.o.)