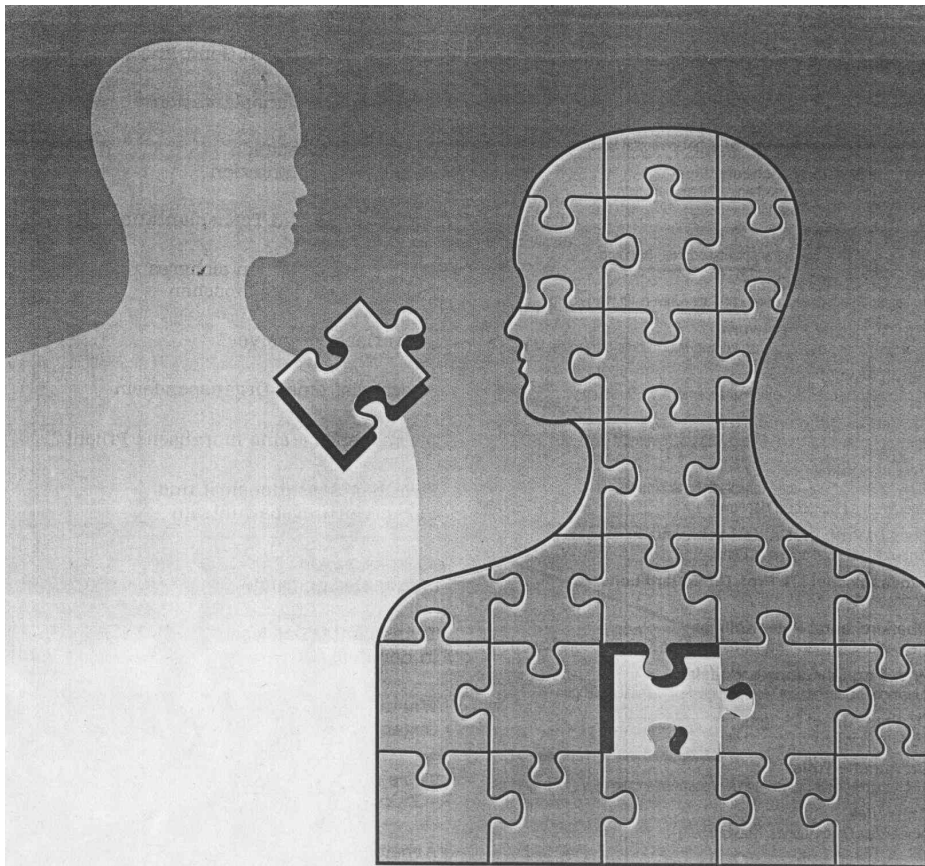


ORGANSPENDE



**Pflicht aus Nächstenliebe
oder
Verstoß gegen die Menschenwürde ?**

Liebe Leserin, lieber Leser,

Bisher (2023) sind in der Reihe „Schönberger Blätter“ etwa 160 Beiträge erschienen – die komplette Liste mit der Möglichkeit zum Download finden Sie unter:

<http://www.krause-schoenberg.de/materialversand.html>

- SB 1: GENE, GENETIK, GENTECHNIK? (Dem Geheimnis des Lebens auf der Spur) - 19 Seiten
- SB 2: Unter die Lupe genommen: Biomedizin, Gentechnik, Ethik – (In-vitro-Fertilisation, Klonen, Stammzelltherapien und Embryonenforschung, Pränatale genetische Diagnostik, Präimplantationsdiagnostik, Gentherapie, Gentechnische Herstellung von Medikamenten, Ethisch-theologische Erwägungen); Hrsg. der Originalfassung dieser Arbeitshilfe: Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens, Radebeul, 2001; überarbeitete und aktualisierte Ausgabe – 56 Seiten
- SB 3: Grüne Gentechnik - Essen aus dem Genlabor? – Der Einsatz der Gentechnik in der Landwirtschaft und in der Nahrungsmittelherstellung - 16 Seiten
- SB 4: Gut gerüstet für den Ernstfall - Wie ich selbst VORSORGE treffen kann für Unfall, Krankheit und Alter – Betreuungsverfügung, Vorsorge-Vollmacht, Patientenverfügung – mit Muster-Formularen - 20 Seiten
- SB 5: Glaube und Naturwissenschaft im Spannungsfeld von Weltbildern und Bibelverständnissen, Ideologie und Ethik; Beispiele „Schöpfung contra Evolution?“ und „Stammzellforschung“ - 37 Seiten
- SB 6: Organspende - Pflicht aus Nächstenliebe oder Verstoß gegen die Menschenwürde? – 15 Seiten
- SB 7: Sonne, Mond und Sterne ... Der Mensch im Kosmos; Vom Werden und Vergehen der Gestirne - und was das Geschehen am (physikalischen) Himmel mit unserer Existenz zu tun hat – 19 Seiten
- SB 8: Ist die Welt ein Würfelspiel? – Entdeckungen der Chaosforschung – 17 Seiten
- SB 9: Wie viele Menschen (er-)trägt die Erde? Überlegungen zum Wachstum der Weltbevölkerung – 11 Seiten
- SB 10: Klima-Wandel – vom Menschen verursacht? (Was es mit dem „Treibhauseffekt“ auf sich hat – und was uns das angeht) – 17 Seiten
- SB 11: Energie für die Zukunft – Einstiege und Ausstiege, 26 Seiten
- SB 12 In Würde sterben (Der Weg des Sterbens aus medizinischer, seelsorgerlicher und theologischer Sicht, Begleitung Sterbender, Sterbehilfe, Schmerztherapie, Hospizarbeit, Patientenverfügung); Hrsg. der Originalfassung dieser Arbeitshilfe: Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens, Radebeul, 2004, überarbeitete und aktualisierte Ausgabe - 56 Seiten
- SB 13: Schöpfung contra Evolution? – Glaube und Naturwissenschaft – wie Feuer und Wasser? - 13 Seiten
- SB 14: Gut leben statt viel haben – von Bedürfnissen und Lebensstil, Wachstum und Genügsamkeit - 14 Seiten
- SB 15: Klonen, Stammzellen, Embryonenforschung – Biomedizin, Gentechnik, Ethik – 14 Seiten
- SB 16: Unser tägliches Brot – Ernährungsgewohnheiten und ihre Folgen: für uns selbst, für Landwirtschaft und Umwelt und für die Dritte Welt – 13 Seiten
- SB 17: „GOTT würfelt nicht!“ Wenn Naturwissenschaftler von GOTT reden – was meinen sie damit? Sammlung von Äußerungen von Aristoteles, Galilei, Newton, Darwin, Planck, Einstein, Hawking und anderen Naturwissenschaftlern – 17 Seiten
- SB 18: Kritische Stimmen zur Evolutionstheorie und zur historisch-kritischen Auslegung der Bibel: „Kreationismus“, „Intelligent Design“, „Schöpfungs-Wissenschaft“; Sammlung von Zitaten und Argumenten und deren (selbst-) kritische Bewertung - 24 Seiten
- SB 19: Hirnforschung und Willensfreiheit – Argumente, Interpretationen, Deutungen – 20 Seiten
- SB 20: Genetik und Gentechnik – Fakten, Argumente, Zusammenhänge (Sammlung von Fakten und Zitaten aus Medienmeldungen seit 2000, geordnet in etwa 20 Themenbereichen, wird mehrmals pro Jahr ergänzt, Ausdruck auf Anfrage; aktuelle Fassung im Internet unter www.krause-schoenberg.de/gentechnikfakten.html – ca. 160 Seiten
- SB 21: Schöpfungstheologie – Zitatensammlung aus drei Büchern von Eugen Drewermann zu Religion und Naturwissenschaft (Herkunft des Menschen – Biologie – Kosmologie) – 18 Seiten
- SB 22: Darwin im Originalton; Zitate aus seinen Büchern: „Die Entstehung der Arten“ (1859) und „Die Abstammung des Menschen“ (1871) – 17 Seiten
- SB 23: Entdeckungen im Koran – eine Auswahl von Zitaten – 12 Seiten
- SB 24: Von Schöpfung, Paradies und Sündenfall – wie Juden die Heilige Schrift lesen, verstehen und auslegen – 26 Seiten
- komplette Liste aller erschienenen Hefte aus der Reihe unter: http://www.krause-schoenberg.de/materialversand_aktuell_sb_reihe_9-04.html

Viel Spaß beim Lesen!

Ihr Joachim Krause

Bestellungen, Rückfragen, Hinweise und Kritik richten Sie bitte an:

Ev.-Luth. Landeskirchenamt Sachsens, Beauftragter für Glaube, Naturwissenschaft und Umwelt, (Dipl.-Chem.) Joachim Krause, Hauptstr. 46, 08393 Schönberg,

Tel. 03764-3140, Fax 03764-796761,

E-Mail: krause.schoenberg@t-online.de Internet: <http://www.krause-schoenberg.de>

Die Verantwortung für den Inhalt der „Schönberger Blätter“ liegt allein beim Verfasser.

Verwendung und Nachdruck – auch von Textteilen - bitte nur nach Rücksprache.

04.01.24

Organspende –

Pflicht aus Nächstenliebe oder Verstoß gegen die Menschenwürde ?

1. Organspende – (k)ein Thema ?

Wenn das Gespräch auf das Thema „Organspende“ kommt, wenn vielleicht auch noch das Fremdwort „Organtransplantation“ auftaucht – dann ist das für viele Menschen ein Thema, das nicht nur fremd klingt, sondern das auch weit weg zu sein scheint vom eigenen Alltag.

Bei der Organtransplantation geht es um die „Verpflanzung“ von menschlichen Organen, um ihre Entnahme aus dem Körper eines Verstorbenen und die Übertragung in den Körper eines anderen, lebensbedrohlich erkrankten Menschen. Das ist ein Vorgang, bei dem doch mancher nachdenklich wird, unruhig, vielleicht auch mit Angst reagiert. Es ist ein unbequemes Thema, das wir vielleicht ganz geschickt verdrängen – aber ist es wirklich so weit weg von unserem Alltag?

Bei Organspende geht es um nicht weniger als um Leben und Tod. Es geht um mein Dasein, um meinen Körper. Und wenn ich mein Leben im christlichen Verständnis als Geschenk erfahre, meinen Körper und meine Organe als ein Stück von Gottes Schöpfung, die mir anvertraut sind, dann stellt sich irgendwo auch die Frage, wie ich mit diesem Geschenk verantwortlich umgehe. Für manchen Christenmenschen kommen durch die moderne Medizin vielleicht auch alte Lehrsätze ins Wanken. Wenn z.B. Martin Luther in seiner Erklärung zum Ersten Artikel des christlichen Glaubensbekenntnisses sagt: „Ich glaube, dass Gott mich geschaffen hat ... mir Leib und Seele, Augen, Ohren und alle Glieder gegeben hat ...“ (Luther hätte auch genauer aufzählen können: Herz, Niere, Leber) - was bedeutet das, wenn ich weiß, dass heute zusätzlich auch Mediziner und Biologen beteiligt sind, wenn Organe im Körper eines Menschen ihre Funktion erfüllen?

Vielleicht bricht ja auch heftiger Streit aus, wenn es um eine konkrete Entscheidung für oder gegen Organspende geht: Ist sie (entweder) eine selbstverständliche Pflicht, die aus christlicher Nächstenliebe nachzukommen ist, oder handelt es sich hier um einen unerlaubten Eingriff in die Ordnung der Schöpfung?

2. Zwischen Ermutigung und Ablehnung

Organspende
Sag' JA !

OrganSpender-Card
Ich bin Organspender
für Transplantationen

Müller u. Anna
22.11.67
7069 32 76 45
Gab. Weiskirchen

Ausführliche Erklärungen zur
Organspende und zur **kostenlosen**
OrganSpender-Card (Scheckkartengröße
aus Plastik) durch frankierten Rückumschlag bei

Deutsche Lebenswacht
Postfach 17 02 62
60076 Frankfurt am Main

Organspende – gibt es da eigentlich viel zu reden?

In meiner Regionalzeitung erscheint in regelmäßigen Abständen eine Annonce.

Dort wird ohne Wenn und Aber eine klare Entscheidung erwartet: „Organspende – sag JA!“. Wenn meine Organe mir selbst nicht mehr dienen können, dann sollte ich wenigstens bereit sein, anderen Menschen zu helfen ...

Für manche Zeitgenossen ist das nicht ganz so einfach, sie sind hin- und hergerissen zwischen Ermutigung und Angst.

Da lese ich auf der einen Seite Berichte über Organspende mit folgenden Überschriften:

„Hoffen auf die Mangelware Spenderorgan“
„Organentnahme zur Rettung eines Lebens ist eine gute Tat“
„Großer Akt der Nächstenliebe nach dem Tod“
„Organspende gibt Kranken neuen Mut“
„Nach dem Tod beginnt ein neues Leben“

Von Mut ist die Rede, von guten Taten, von Hoffnung – viele Gründe, endlich JA zu sagen!? Vielleicht entdecke ich am nächsten Tag in meiner Zeitung eine ganz andere Überschrift, die mich nachdenklich stimmt oder gar erschreckt:

„Gentechnisch veränderte Schweine – mögliche Organspender für Menschen?“
„Organ-Handel: Billige Spendernieren in Indien“
„Säuglinge ohne Großhirn – lebende Organbanken?“
„Ist „hirntot“ tot genug?“

Schweineherzen im Körper von Menschen (wenn es nicht genug menschliche Organe gibt)? Geschäftemacherei mit lebenswichtigen Organen auf Kosten von Menschen in armen Ländern? Darf man Kinder, die ohne funktionsfähiges Großhirn geboren werden und ohne intensivmedizinische Behandlung nur eine Lebenserwartung wenigen Tagen haben, als „Organbanken“ nutzen, um anderen Menschen zu helfen? In welchem besonderen Zustand erfolgt die Entnahme von Organen – ist der Mensch im Zustand des „Hirntodes“ richtig tot? Wie soll ich mich entscheiden?

Ein italienisches Baby hat in Miami acht neue Organe erhalten. Sechs Monate nach dem Eingriff gehe es dem siebeneinhalb Monate alten Mädchen gut, teilten die Ärzte mit. Der kleinen Alessia wurden Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse, Dünn- und Dickdarm sowie zwei Nieren eingepflanzt. Es war die weltweit bislang umfangreichste Transplantation. Das Mädchen war mit einem Muskeldefekt zur Welt gekommen, der eine normale Funktion der Organe unmöglich macht. (Freie Presse Chemnitz 20./21.3.04)

3. Eine unmögliche Frage zum unmöglichen Zeitpunkt

Bei der Organverpflanzung geht es um eine Grenzsituation. Es geht um meinen eigenen Umgang mit den Themen Sterben und Tod, unbequeme Themen, die wir – so lange es uns gut geht – gern verdrängen.

Solche Fragen können uns aber schneller nahe kommen, als uns lieb ist, und treffen uns oft unvorbereitet.

Ich möchte das an meinem eigenen Erleben deutlich machen:

Meine jüngste Tochter war vier Jahre alt. Eines Tages hatte sie an der Baustelle vor unserem Haus gespielt. Meine Frau hörte einen Schrei und fand das Kind, das aus zwei Metern Höhe auf die Steine gestürzt war, bewusstlos. Zum Glück war Minuten später die Hausärztin zur Stelle, die eine Einweisung ins nächstgelegene Krankenhaus veranlasste. Dort kam ich eine Stunde später dazu. Inzwischen hatten die Ärzte Röntgenaufnahmen anfertigen lassen. Ihre Diagnose: Schädelbasisbruch. Das klingt schlimm, aber wenn es dabei bleibt, „verwächst“ sich auch das. Aber immer wieder trat bei unserem Kind Bewusstlosigkeit auf, klärungsbedürftig, und so fuhren wir hinter einem Auto mit Blaulicht her zum nächsten großen Krankenhaus. Zwei

quälend lange Stunden saßen wir Eltern auf dem Gang, während unser Kind untersucht wurde. Dann traten zwei Ärzte an unseren Tisch und erklärten uns, dass sie inzwischen genauere Röntgenaufnahmen (Computertomographie) durchgeführt hatten. Das Ergebnis: Im Gehirn war eine Blutung aufgetreten, die bisher noch nicht zum Stillstand gekommen war. Das konnte kritisch werden und die lebensnotwendige Sauerstoffzufuhr zum Gehirn unterbrechen. Eine Operation zur Druckentlastung war erwogen worden, aber ein guter Ausgang zu unsicher. „Wir können jetzt alle nur den Verlauf der nächsten Nacht abwarten, hoffen, beten“ – so die Ärzte. Das geschah, meine Frau blieb über Nacht am Bett auf der Intensivstation. Und am nächsten Morgen kam die Entwarnung. Die Blutung im Gehirn hatte sich nicht mehr ausgeweitet. Unser Kind lag danach noch zwei Wochen auf der Kinderstation und kehrte dann – bisher ohne Neben- und Folgewirkungen des Unfalls – nach Hause zurück. Aber mir ist im Nachdenken über diese dramatischen Stunden sehr schnell deutlich geworden, dass bei einem etwas anderen Unfallverlauf die Mitteilung der Ärzte auch anders hätte lauten können: „Wir haben alles versucht, aber wir können Ihr Kind nicht mehr retten. Die Blutung im Gehirn hat die Sauerstoffzufuhr abgeschnitten. Das Gehirn beginnt bereits abzusterben. Ihr Kind ist tot, hirntot. Aber seine Organe funktionieren noch. Wären Sie bereit, die Organe Ihres Kindes freizugeben – z.B. für ein Kind mit einem schweren Herzfehler, das ohne ein Spenderherz nur noch wenige Monate zu leben hat?“ – Damals hätte mich eine solche Frage völlig unvorbereitet getroffen, und ich weiß nicht, wie ich entschieden hätte, und ob das eine Entscheidung gewesen wäre, mit der ich hätte leben können.

Wie sehen Ihre eigenen Erfahrungen aus? Kennen Sie Menschen, die Organe empfangen haben oder die zu Organspendern geworden sind? Denken Sie vielleicht an einen Medienbericht, an einen Film, der sie ermutigt oder nachdenklich gemacht hat? Welche Gefühle, welche Fragen gehen Ihnen durch den Kopf? Haben Sie sich schon mit diesem Thema auseinandergesetzt, vielleicht auseinandersetzen müssen, haben Sie sich vielleicht schon klar entschieden, zu einem JA oder NEIN gefunden?

Auch die Umkehrung der Situation sollten wir uns deutlich machen. Meist diskutieren wir die Frage der Organspende aus der Sicht, dass wir selbst als mögliche Spender betroffen sind. Viel wahrscheinlicher ist es aber, dass ich (oder mein Kind) in eine lebensbedrohliche Situation komme, in der ein neues Organ vielleicht mein Leben retten könnte.

„Wenn ich selbst in einer lebensbedrohlichen Situation - für mich oder für mein Kind - ein Spender-Organ in Anspruch nehmen würde, dann sollte ich auch bereit sein, meine Organe für andere zur Verfügung zu stellen.“

Viele Menschen haben sich zwar schon mit der Frage der Organspende auseinandergesetzt, aber die meisten haben für sich selbst keine Festlegung getroffen. Das heißt aber, im kritischen Fall, wenn ich mich selbst nicht mehr äußern kann, bürde ich meinen Angehörigen, die dann gefragt werden, eine schwer zu tragende Entscheidung auf: sie sollen dann bestimmen, ob mir Organe entnommen werden dürfen oder nicht. Bei einer aktuellen Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung waren 2010 74% der Befragten zwar grundsätzlich damit einverstanden, nach ihrem Tod Organe und Gewebe zu spenden; gleichzeitig hatten aber weniger als 25% einen Organspendeausweis ausgefüllt. An anderer Stelle wurde mitgeteilt, dass von weiteren 12% mündliche Äußerungen bekannt sind.

Im Weiteren sollen zunächst einige Fakten und Zusammenhänge rund um die Praxis der Organverpflanzung mitgeteilt werden. Danach sollen die gesetzlichen Regelungen für Deutschland dargestellt werden. Wir wollen der wichtigen Frage des „Hirntodes“ nachgehen, und am Schluss noch fragen, wie sich Religionen und Kirchen zur Organspende stellen.

4. Einige Fakten und Zusammenhänge rund um das Thema „Organtransplantation“

4.1. Geschichte der Organverpflanzung

Die Geschichte der Verpflanzung von Organen begann 1954. Damals gelang es in den USA erstmals, Nieren erfolgreich zu verpflanzen. Der Eingriff erfolgte bei eineiigen Zwillingen, sodass es von der Gewebeverträglichkeit her keine Probleme gab.

Wesentlich größer war die Aufmerksamkeit in den Medien im Jahr 1967, als ein ehrgeiziger junger Arzt in Südafrika es als erster wagte, ein menschliches Herz zu verpflanzen. Der Patient Louis Washkanski lebte (nur) 18 Tage mit dem neuen Herzen. Zum Vergleich: heute beträgt die durchschnittliche Überlebensdauer für Herztransplantierte 7 bis 8 Jahre.

Einige wichtige Voraussetzungen seien genannt, die in den letzten 50 Jahren deutliche Fortschritte in der Transplantationsmedizin möglich machten.

Man sammelte chirurgische Erfahrungen, wie ein Organ aus dem Körper des Spenders entnommen werden und in den Körper des Empfängers „eingebaut“ werden kann.

Die Intensivmedizin war immer besser in der Lage, lebensbedrohliche Zustände so lange zu überbrücken, bis ein neues Organ bereitstand (künstliche Beatmung, Kreislaufstabilisierung, Entgiftung des Körpers usw.).



Ganz wichtig war die Entwicklung von Medikamenten, die die Immunabwehr der Patienten „abschalten“. Normalerweise reagiert der gesunde Organismus auf jeden „fremden Eindringling“ mit Abwehrreaktionen des Immunsystems. Und so bekämpft er nicht nur krankheitserregende Bakterien, sondern versucht auch, Organe abzustößeln, die zwar von Menschen stammen, aber oft „fremde“ Gewebemerkmale tragen. Die neuen Medikamente setzen die natürlichen Abwehrkräfte praktisch auf „Null“. Dadurch wird das eingepflanzte

„fremde“ Organ vom Immunsystem nicht mehr bekämpft und bleibt funktionsfähig. Aber es besteht eine neue Bedrohung: Der Körper des Patienten ist jetzt extrem anfällig für Infektionen – ein ganz normaler grippaler Infekt kann sich zu einer lebensbedrohlichen Lungenentzündung entwickeln. Als langfristige Nebenwirkung treten auch Tumorerkrankungen häufiger auf.

Wichtig ist auch die Konservierung von Organen, die von einem Körper in einen anderen verpflanzt werden sollen, aber in der Zwischenzeit oft über Hunderte Kilometer transportiert werden müssen. Die Organe werden nach der Entnahme mit speziellen Flüssigkeiten gespült und unter Eiskühlung aufbewahrt. So kann man Nieren inzwischen mehr als 24 Stunden lang erfolgreich konservieren. Bei anderen Organen sind die Fortschritte geringer: menschliche Herzen und Lungen lassen sich höchstens 4 bis 6 Stunden außerhalb eines Körpers in einem für die Verpflanzung geeigneten Zustand halten, Lebern und Bauchspeicheldrüsen 10-12 Stunden.

4.2. Zum aktuellen Stand der Organverpflanzung in Deutschland

Bei der Organverpflanzung, wie sie auch im deutschen Transplantationsgesetz geregelt wird, geht es im engeren Verständnis um die Übertragung von großen, lebenswichtigen Organen, die von hirntoten Patienten stammen:

Spender-Organe:

Herz, Lunge, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse

Außer diesen Möglichkeiten der Organspende gibt es noch weitere:

Es besteht zum einen die Möglichkeit der **LEBENDSPENDE**. Hier werden Organe oder Teile von Organen übertragen, ohne dass der Tod des Spenders notwendig ist. Zu denken ist im einfachsten Falle an Blutspende, wobei die Entnahme eines Teils dieses „flüssigen“ Organs dem Spender nicht schadet. JA zu dieser Form der „Organspende“ zu sagen, sollte nicht schwerfallen. Lebendspende ist auch bei einigen der großen Organe möglich. Im Normalfall besitzt ein gesunder Mensch zwei funktionsfähige Nieren, die seinen Körper entgiften. Es ist möglich, einem anderen Menschen eine Niere zu spenden (in Deutschland nur unter Verwandten oder einander nahestehenden Personen zulässig), weil im Normalfall auch die verbleibende zweite Niere allein die notwendigen Funktionen erfüllt. Allerdings lebt der Spender für den Rest seines Lebens mit einem erhöhten Risiko – die verbliebene Niere darf nicht versagen. Derzeit ist etwa jede fünfte Niere, die in Deutschland übertragen wird, eine Lebendspende. Lebendspende ist auch bei Leberverpflanzungen möglich (betrifft in Deutschland etwa 8 % aller verpflanzten Lebern). Zwar besitzt der Mensch nur eine Leber, ohne die er nicht leben kann, aber er kann einen Teil seiner Leber spenden. Die Leber ist ein besonderes Organ, das sich je nach dem Bedarf in einem Körper „zurechtwächst“. So könnte ein Vater sich ein Drittel seiner Leber (125 bis 250 Gramm) entnehmen lassen. Das fehlende Stück wächst in seinem Körper innerhalb von Monaten nach. Und das verpflanzte Teilstück passt sich im Körper seines Kindes den Größenverhältnissen an und wächst mit.

Manche Organe lassen sich auch von **LEICHEN** entnehmen. In Deutschland werden jedes Jahr vielfach Augen-Hornhäute, Herzklappen, Hirnhäute, Knochen, Teile der Blutgefäße, Hautstücke, Knorpel und Sehnen verpflanzt.

Für die Zahlen der jährlich verpflanzten **großen Organe** ergibt sich für Deutschland folgendes Bild. Seit 1963 sind in Deutschland mehr als 70000 Organe übertragen worden. Um sich die Größenordnung deutlich zu machen: Jeden Kalendertag werden in Deutschland 1 Herz, 2 Lebern, 6 Nieren verpflanzt.

Organverpflanzungen in Deutschland (Anzahl pro Jahr)

Organ	1997	1999	2001	2003	2005	2006	2011
Niere	2249	2275	2346	2516 (davon 405 Lebendspenden)	2679 (489 L.)	2776 (522 L.)	1862
Leber	762	757	757	855 (davon 74 Lebendspenden)	952 (64 L.)	1063 (92 L.)	1015
Herz	562	500	409	393	395	412	341
Lunge	120	146	139	212	262	253	268
Bauchspeicheldrüse	146	218	212	191	165	141	16
Dünndarm				8	2	1	
Summe alle Organe	3839	3896	3863	4175	4455 (davon 553 Lebendspenden)	4646 (614 L.)	

In den letzten Jahren hat sich kein deutlicher Trend gezeigt, die Zahl der gespendeten Organe hat weder zu- noch hat sie dramatisch abgenommen.

Von Medizinern wird gerade angesichts dieser erfolgreichen Bilanzen immer wieder auch auf ein schmerzliches Defizit aufmerksam gemacht: Viele Patienten, die auf den Wartelisten für Spenderorgane geführt werden, können wegen des fehlenden „Angebots“, der fehlenden Spendebereitschaft in Deutschland, nicht rechtzeitig ein neues Organ erhalten. So kommen auf Zweieinhalbtausend erfolgreich verpflanzte Nieren im Zeitraum eines Jahres mehr als vier Mal so viele Patienten, die auf der Warteliste stehen (wobei das vergebliche Warten für Nierenpatienten keine tödliche Gefahr darstellt – sie können auch mit der Dialyse als Alternative überleben, allerdings würde für sie eine transplantierte Niere eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität bedeuten). Insgesamt wurde für Deutschland die Zahl der Patienten, die aus medizinischer Sicht ein neues Organ benötigen, für das Jahr 2011 auf etwa 11.300 beziffert. Jedes Jahr sterben etwa 1000 Patienten „auf der Warteliste“, weil für sie kein geeignetes Organ zur Verfügung steht.

Bei den **Zahlenangaben** zu den gespendeten und verpflanzten Organen ist folgendes zu berücksichtigen. Über Organspende ist nur bei Hirntoten zu reden. Nach Schätzungen entfallen 0,5 bis 1 Prozent der etwa 900.000 jährlichen Todesfälle auf den Hirntod, also stünden theoretisch 5000 bis 10.000 potenzielle Organspender zur Verfügung).

Diese müssen sich aber in diesem kritischen Zustand auch noch auf einer Intensivstation befinden (dort macht ihr Anteil etwa 10% der Verstorbenen aus). Wegen der so begrenzten Zahl, aber auch wegen fehlender Meldungen geeigneter Spender durch die Krankenhäuser kommt es in der Praxis in Deutschland nur zur Erfassung von etwa 2000 potenziellen Spendern pro Jahr. Im Jahr 2002 kam es nur bei etwa 54% der gemeldeten Spender tatsächlich zu einer Organentnahme (wichtigster Grund für den Ausschluss war die Ablehnung durch Angehörige). Den reichlich tausend Menschen, die im Laufe eines Jahres tatsächlich zu Organspendern werden, entnimmt man in der Regel mehrere Organe, sodass mehr als 4000 zur Verfügung stehen, die auf verschiedene Empfänger verteilt werden können.

Die **Vermittlung und Verteilung der Organe** ist für Deutschland wie folgt geregelt:

Deutschland gehört zusammen mit fünf weiteren Ländern (Niederlande, Belgien, Luxemburg, Österreich, Slowenien und Kroatien) zu einem Staatenverbund, der die Organtransplantationen gemeinsam organisiert (EUROTRANSPLANT). In den beteiligten Ländern gibt es etwa hundert zugelassene Spezialkliniken, in denen Transplantationen durchgeführt werden können, etwa die Hälfte davon befinden sich in Deutschland (in Sachsen sind z.B. die Uni-Kliniken in Dresden und Leipzig entsprechend ausgestattet).

Der Ablauf einer Organspende: Wir stellen uns vor, dass ein Mann bei einem Autounfall in Ostsachsen schwer verletzt wurde. In dem Bemühen, dein Leben zu retten, wurde er auf die Intensivstation einer Dresdner Klinik gebracht. Dort hat sich herausgestellt, dass ihm nicht mehr geholfen werden kann, weil sein Gehirn durch die Verletzung so geschädigt ist, dass die Sauerstoffversorgung nicht mehr funktioniert und bereits Absterbeprozesse eingesetzt haben. Dieser Zustand, in dem ärztliche Kunst nichts mehr für den Patienten tun kann, muss als „Hirntod“ nach vorgeschriebenen Prüf-Regeln amtlich festgestellt worden sein. Wenn Organe des hirntoten Patienten noch funktionieren, also auch im Körper eines anderen Menschen ihren Dienst tun könnten, müsste zunächst erfragt werden, ob eine Zustimmung des Betroffenen selbst zu einer Organspende vorliegt, oder seine Angehörigen müssten ersatzweise um Zustimmung gebeten werden. Erst wenn eine Zustimmung vorliegt, würde Kontakt mit der Vermittlungszentrale von EUROTRANSPLANT in der holländischen Stadt Leiden aufgenommen. Im dortigen Zentralcomputer sind die medizinischen Daten aller Patienten gespeichert, die in den sechs Teilnehmerländern auf den Wartelisten für Organe stehen. Der Computer vergleicht jetzt die Daten (Körpergröße, Gewicht, Blutgruppe, Informationen über

Zustand des Kreislaufs, mögliche Infektionen und Krankheiten, verabreichte Medikamente), die ihm von dem potenziellen Organspender gemeldet werden, mit den Daten der Patienten auf der Warteliste, um Spender-Empfänger-Paare zu finden, für die möglichst viele Merkmale übereinstimmen, damit späteren Abstoßungsreaktionen der Organe vorgebeugt wird.



Faktoren für die Reihenfolge bei der Organvergabe:

- + Übereinstimmung der Gewebemerkmale
- + Berücksichtigung der genetischen Chance (Vorrücken bei seltenen Merkmalen)
- + abgelaufene Wartezeit
- + Entfernung zwischen dem Ort der Organentnahme und dem Empfänger-Zentrum
- + Ausgleich der Spender-Empfänger-Bilanz zwischen den Partnerländern von „Eurotransplant“

Bei der Vermittlung spielen ausschließlich medizinisch-biologische Kriterien eine Rolle, der Computer ist weder mit Geld bestechlich noch hat er „Beziehungen“ (dass in all den Jahren der Arbeit von EUROTRANSPLANT nie Anlass war, über Unregelmäßigkeiten bei der Organvermittlung zu berichten, spricht für die Transparenz des Verfahrens und die Einhaltung der Regeln).

Wenn der Computer einen jeweils „passenden“ Empfänger-Patienten für die verschiedenen Organe des Spenders gefunden hat, klingeln die Telefone – z.B. bei einem Herzpatienten und parallel bei „seiner“ Klinik in

Kiel, die Leber ist für einen Empfänger in Wien geeignet und eine Niere passt am besten für einen Patienten in Brüssel. Sobald ein passender Empfänger gemeldet ist, wird die Deutsche Stiftung Organspende (DSO) informiert, die den Transport organisiert.

Jetzt folgt die Organentnahme. Sie wird in der Klinik durchgeführt, in der der Spender auf der Intensivstation liegt. In Kiel, Wien und Brüssel starten Operations-Teams (per Hubschrauber oder Flugzeug), begeben sich sofort nach der Ankunft in den Operationssaal und entnehmen dem Spender das jeweils für ihren Patienten benötigte Organ. Die entnommenen Organe werden mit gekühlter Konservierungslösung durchspült, in sterile Tütensystem verpackt, die in spezielle, mit Eis gefüllte Styroporboxen gelegt werden; während des Transports muss eine Temperatur von vier Grad Celsius konstant gehalten - auf dem schnellsten und kürzesten Weg transportiert (oft per Flugzeug oder Hubschrauber) und in der Heimatklinik dem Patienten eingepflanzt.



Allein am Beispiel des notwendigen Lufttransports werden die relativ hohen **Kosten** einer Organverpflanzung deutlich. Die Transplantation von Herzen und Lebern ist am teuersten und wird der Klinik mit bis zu 124.000 € vergütet. Eine Nierenverpflanzung kostet im ersten Jahr etwa 50.000 € (dabei ist allerdings zu beachten, dass die für die Betroffenen quälende Dialyse ebenfalls teuer ist und bei einer gelungenen Transplantation die Krankenkasse im dritten Jahr Geld spart). Die Kosten werden in Deutschland voll von den Krankenkassen getragen.

Für das **Alter der Spender und Empfänger** von Organen gibt es in Deutschland keine Begrenzung. Es gibt sowohl Kinder, in deren Brust bereits wenige Stunden nach ihrer Geburt ein neues Herz

schlägt, als auch alte Mitbürger, die im Alter von 80 Jahren sowohl als Spender als auch als Empfänger einer Niere in Frage kamen.

Die **Spender** von Organen sind nicht vorrangig – wie immer wieder vermutet wird – junge Motorradfahrer. Das Durchschnittsalter liegt in Deutschland bei etwa 45 Jahren (etwa jeder fünfte Spender ist älter als 60 Jahre). Unter den Organspendern befinden sich viele Menschen, die nicht nur durch Unfälle (äußere Verletzungen), sondern mehrheitlich (75%) durch tödlich verlaufende Komplikationen bei anderen Krankheiten (z.B. spontane Hirnblutungen, Bildung von Hirntumoren) in den Zustand des „Hirntodes“ kommen.

Die **Mehrorgan spende** ist der Normalfall. Bei einer Zustimmung zur Organspende werden dem Spender (wenn er in seinem Spenderausweis nichts anderes verfügt hat) alle Organe entnommen, die brauchbar sind. Im Durchschnitt wurden Organspendern in Deutschland im Jahr 2002 drei Organe entnommen.

Für die **Empfänger** von Organen ist die Transplantation nicht ein einfacher Austausch einer defekten Apparatur. Die Patienten bekommen ein „gebrauchtes“ Organ (Verschleiß?), dessen Vorgeschichte und Vorschädigungen durch Krankheiten nicht genau bekannt sind (z.B. könnte eine erfolgreich verpflanzte Leber mit Gelbsucht oder Tollwut infiziert sein, und diese tödliche Erkrankung bricht Jahre später beim Empfänger aus). Transplantationspatienten bleiben, auch bei gelungener Verpflanzung, dauerhaft abhängig von medizinischer Betreuung und Medikamenten (die z.B. die Immunabwehr „abschalten“, aber auch deutliche Neben- und Folgewirkungen haben). Sie leben – zumindest theoretisch - in ständiger Ansteckungsgefahr (Menschenansammlungen oder Gartenarbeit könnten also durchaus Gefahrenherde sein). Auch nach Jahren kann es in einzelnen Fällen zu biologischen Abstoßung der „fremden“ Organe kommen. Die meisten Organempfänger sind dankbar für die Lebensspanne, die ihnen mit dem neuen Organ geschenkt wurde, aber manche erleben auch psychische Probleme mit dem „fremden“ Organ in ihrem Körper oder haben Schuldgefühle („ein anderer Mensch musste sterben, damit ich leben kann“). Die Überlebensrate beträgt für die Empfänger neuer Organe inzwischen bei Herzen bis zu 22 Jahren, bei Nieren wurden sogar über 30 Jahre erreicht.

Gibt es **Alternativen zur Verpflanzung menschlicher Spenderorgane**? Eine Möglichkeit besteht im Einsatz von elektromechanischen Teiltransplantaten, „Maschinen“, „chemischen Fabriken“, die außerhalb des Körpers oder - im Miniaturformat – in eingepflanzter Form die gestörte Funktion wahrnehmen sollen. Aber trotz mancher mutmachender Erfolge (z.B. Herzpumpen, die fast zwei Jahre erfolgreich in Betrieb waren) sind ein „künstliches Herz“ usw. noch ferne Utopie.

Ein zweiter Weg könnte darin bestehen, im Labor funktionsfähiges Ersatzgewebe zu züchten und in die geschädigten Organbereiche einzubringen. Hier setzt z.B. die Forschung mit Stammzellen an, die aber zumindest bei der Nutzung „embryonaler Stammzellen“ umstritten ist und deren Erfolgsaussichten noch nicht abgeschätzt werden können.

Eine dritte Möglichkeit gibt es in der so genannten „Xenotransplantation“. Hierbei werden Tiere (z.B. Schweine, die in der Organgröße dem Menschen gut entsprechen und sich passgenau innerhalb weniger Monate züchten lassen) mit Hilfe von Gentechnik so manipuliert, dass das menschliche Immunsystem die Tierorgane nicht mehr als „fremd“ erkennt und bekämpft. Es gab bereits erfolgreiche Übertragungsversuche zwischen verschiedenen Tierarten. Gegen eine (eigentlich schon mögliche) Anwendung am Menschen sprechen ungelöste Fragen („schlummern“ z.B. in Tierorganen vielleicht Krankheitserreger, die für den Menschen tödlich wären?).

Organspenden erfolgen **anonym**, das heißt: Der Name des Spenders wird dem Empfänger nicht mitgeteilt. Umgekehrt erfahren die Angehörigen eines Spenders nicht den Namen des Empfängers. Damit soll ausgeschlossen werden, dass Abhängigkeiten entstehen.

Organhandel? In einer Situation, in der nicht genügend Organe zur Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen, kann dem Mangel auch mit Geld abgeholfen werden. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation weiß von etwa 50 Patienten in Deutschland, die mit Nieren aus Osteuropa oder Asien leben. Nach Schätzungen kostete ein solches Organ in Indien etwa 50.000 Mark, wovon der „Spender“ durchschnittlich 1100 Dollar erhielt. Es wird geschätzt, dass in Indien Anfang der 1990er Jahre etwa 2000 Nieren pro Jahr von Lebend-„Spendern“ bereitgestellt und in den Körper zahlungskräftiger Patienten aus Westeuropa oder Nordamerika eingepflanzt wurden. Sei 1994 ist diese Praxis in Indien offiziell verboten. Immer wieder gibt es auch Berichte, dass in der Volksrepublik China Gefangene hingerichtet werden, denen ohne ihr Einverständnis und gegen Dollarzahlungen Organe entnommen werden. In Deutschland ist die Beteiligung an Organhandel – auch für Patienten – seit 1997 verboten.

Organspende – ist das letztlich doch eine Erfolgsgeschichte mit breiter Zustimmung in der Bevölkerung?

Ein Maßstab für die Akzeptanz ist die Spendenbereitschaft, und die hat in Deutschland kontinuierlich abgenommen. Wenn Angehörige von Hirntoten in Kliniken um ihre Zustimmung gebeten wurden, sagten immer mehr NEIN.

NEIN zur Organspende durch befragte Angehörige:

1990: 10% - 1991: 19% - 1995: 32% - 1999: 36% - 2001: 40% - 2002: 35% - 2003: 35% - 2004: 40% - 2005: 39% - 2009: 30%

Gründe dafür liegen zum einen in der Pro- und Kontra-Debatte, die in den Medien in der Vorbereitung des Organspendegesetzes geführt wurde, zum anderen auch in Einzelereignissen, wie dem Beispiel des so genannten „Erlanger Babys“ (Stuttgarter Ärzte versuchten Anfang der 1990er Jahre, eine Schwangerschaft bei einer hirntoten Frau weiterzuführen mit dem Ziel der Geburt eines lebenden Kindes).

5. Unter welchen Bedingungen dürfen einem Menschen Organe entnommen werden?

Unter welchen Bedingungen dürfen einem Menschen Organe entnommen werden? Muss dabei jemand zustimmen, und wer darf – wo es um das Leben eines Menschen geht - eine solche Zustimmung erteilen?

5.1. grundsätzliche Möglichkeiten einer rechtlichen Regelung

Vereinfacht dargestellt gibt es zwei rechtliche Modelle, nach denen eine solche Regelung vorgenommen werden kann:

A) Widerspruchsregelung

Hier gilt als Grundsatz: Hat der Verstorbene zu Lebzeiten nicht ausdrücklich einer Organentnahme widersprochen, so können Körperteile zur Transplantation entnommen werden.

In der Praxis haben die Hinterbliebenen immer die Möglichkeit zum Einspruch.

Die Regelung gilt nicht für Ausländer.

B) Zustimmungsregelung

Hier gilt als Grundsatz: Der Verstorbene muss einer Organentnahme zu Lebzeiten zugestimmt haben, etwa indem er einen Spendeausweis mit sich führt oder bei einem Register gemeldet ist.

Liegt keine Zustimmung vor, können die Angehörigen über eine Entnahme entscheiden (erweiterte Zustimmungsregelung).

Grundlage der Entscheidung ist der mutmaßliche Wille des Verstorbenen.

Die Widerspruchregelung führt dazu, dass in der Praxis mehr Spender-Organe zur Verfügung stehen. Die zurückhaltendere Zustimmungslösung versucht den potenziellen Organspender stärker zu schützen.

Beide Modelle haben in den Rechtssystemen europäischer Staaten ihren Niederschlag gefunden: Eine Widerspruchslösung gilt in 17 EU-Staaten, z.B. in Belgien, Österreich, Italien, Spanien und Tschechien (galt seit 1975 auch in der DDR). Eine Zustimmungslösung gibt es in sieben EU-Staaten (darunter z.B. die Niederlande und Großbritannien).

Beide Modelle überlassen dem Einzelnen die Entscheidung. Er kann JA oder NEIN für seine Organe festlegen. Seinem erklärten Willen ist dann auch stattzugeben.

5.2. Die Regelungen im deutschen Transplantationsgesetz

Für Gesamtdeutschland wurde erst 1997 eine rechtliche Regelung erlassen.

Der Wunsch des Gesetzgebers (§2(1)) ist eine breit angelegte Information der Bevölkerung (persönliche Auseinandersetzung mit der Frage der Organspende zur eigenen Meinungsbildung; z.B. Gespräch beim Hausarzt, Informationsmaterial durch die Krankenkasse, Veranstaltungen in Schulen).

Eine verbindliche Erklärung zur Organspende (§2(2)) kann abgegeben werden, ohne dass es dafür eine Formvorschrift gibt (schriftliche Erklärungen sind wünschenswert; dafür existieren verschiedene Formulare, auf denen alle Möglichkeiten zum Ankreuzen angeboten werden). Wer eine Erklärung abgibt, kann in eine Organentnahme einwilligen, ihr widersprechen oder die Entscheidung einer namentlich benannten Person seines Vertrauens übertragen (diese

Vertrauensperson sollte natürlich wissen, dass sie in dieser Situation gefragt werden könnte, und sie sollte meinen aktuellen Willen kennen). Die Erklärung kann auf bestimmte Organe beschränkt werden. Die Einwilligung und die Übertragung der Entscheidung können vom vollendeten sechzehnten, der Widerspruch kann vom vollendeten vierzehnten Lebensjahr an erklärt werden. Eine solche Erklärung muss mit Datum und Unterschrift in Kraft gesetzt und sie kann jederzeit widerrufen werden.

Erklärung zur Organspende	
..... Name, Vorname Geburtsdatum
..... Straße, Nr. PLZ, Wohnort
<p><input type="checkbox"/> Ich bin Organspender: Ich möchte kranken Menschen dadurch helfen, dass mir nach meinem Tod Organe/Gewebe zur Transplantation entnommen werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin Organspender, ausgenommen folgende Organe/Gewebe</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin kein Organspender: Ich widerspreche einer Entnahme von Organen/Gewebe.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich übertrage die Entscheidung über eine Organspende nach meinem Tod auf:</p> <p>..... Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefon</p> <p><input type="checkbox"/> Falls mir etwas zustößt, sollen folgende Personen benachrichtigt werden:</p> <p>..... Name, Vorname, Anschrift, Telefon</p> <p>Anmerkungen / besondere Hinweise:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
..... Datum Unterschrift

Für den Fall, dass der Hirntod eines Menschen eingetreten und nach dem geltenden Stand der medizinischen

Wissenschaft fachkundig und eindeutig festgestellt ist, würde zunächst nach einer Willenserklärung des Patienten selbst für den Fall der Organspende gefragt. In jedem Fall - auch wenn eine zustimmende Erklärung vorliegt - werden nahe Angehörige informiert (das dient auch der Absicherung, ob es sich wirklich um den „letzten Willen“ des Verstorbenen in dieser Angelegenheit handelt). Wenn keine eindeutige Erklärung des Betroffenen selbst vorliegt, werden nahe Angehörige (in stabilen Lebenspartnerschaften auch andere „offenkundig nahestehende Personen“) befragt, die Auskunft darüber geben sollen, ob ihnen eine klare Meinungsbildung (der „mutmaßliche Wille“) des Betroffenen zur Frage der Organspende bekannt ist. Es geht nicht darum, wie die Angehörigen selbst zur Organspende stehen. Auch eine mündliche Äußerung des Verstorbenen bindet Angehörige wie Ärzte. Im Zweifelsfall (wenn z.B. mehrere Angehörige unterschiedliche Standpunkte vertreten oder wenn eine rechtlich eigentlich zulässige Organentnahme die Angehörigen menschlich überfordert) ist von einer Organspende abzusehen. In der Praxis lag im Jahr 2005 nur in 6 % der Fälle von Organspende eine ausdrückliche schriftliche Einwilligung der Spender vor. In 90 % der Fälle gaben Angehörige an, den Willen des Spenders zu kennen bzw. sie vermuteten seine Bereitschaft – und bei 4 % trafen sie nach eigenen Vorstellungen eine positive Entscheidung für Organspende.

Für die Vermittlung und Verteilung der Organe (§§9-12) ist vorgeschrieben, dass in den Kliniken Wartelisten geführt werden müssen (wesentliche Kriterien sind medizinische Notwendigkeit und Erfolgsaussichten). Für die Organisation der Verteilung wird weiterhin das System von Eurotransplant genutzt.

Organhandel (§17) ist in jeder Form strafbar (z.B. für Patienten, Ärzte, Kliniken).

Transplantationsgesetz für Deutschland (1.12.1997)

(einige wesentliche Regelungen)

§2(1) Aufklärung der Bevölkerung

§2(2) Erklärung zur Organentnahme

+ Zustimmung - ab 16 Jahre möglich

+ Widerspruch – ab 14 Jahre möglich

+ Übertragung der Entscheidung auf eine Vertrauensperson (ab 16)

§3 Bedingungen für die Organentnahme

+ Zustimmung muss vorliegen

+ Feststellung des Todes nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft („Hirntod“)

+ Eingriff darf nur durch einen Arzt erfolgen

§4 Zustimmung anderer Personen

(bei fehlender Willenserklärung des möglichen Organspenders)

+ nächste Angehörige (Rangfolge: Ehegatte, volljährige Kinder, Eltern, volljährige Geschwister, Großeltern)

+ offenkundig nahestehende Personen (Lebenspartnerschaften)

+ Bedingung: persönlicher Kontakt in den letzten zwei Jahren

§§9-12 Organvermittlung

+ es sind Wartelisten zu führen

+ alleinige Kriterien für die Vermittlung: medizinische Notwendigkeit und Erfolgsaussicht

+ Krankenhäuser sind verpflichtet, potenzielle Spender zu melden

§17 Verbot von Organhandel

Am 12.7.2012 verabschiedete der Deutsche Bundestag ein „**Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz**“.

Darin wird nun in §1 deutlich betont, dass es „Ziel dieses Gesetzes ist, die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern.“

Bundesbürger werden künftig regelmäßig zu ihrer Spendenbereitschaft befragt; innerhalb eines Jahres sollen alle Versicherten ab 16 Jahre erstmals Post von ihrer Krankenversicherung bekommen.

In dem Schreiben werden sie aufgefordert, sich zu entscheiden, ob sie nach ihrem Tod Organe spenden wollen oder nicht. Eine Pflicht zur Entscheidung gibt es nicht.

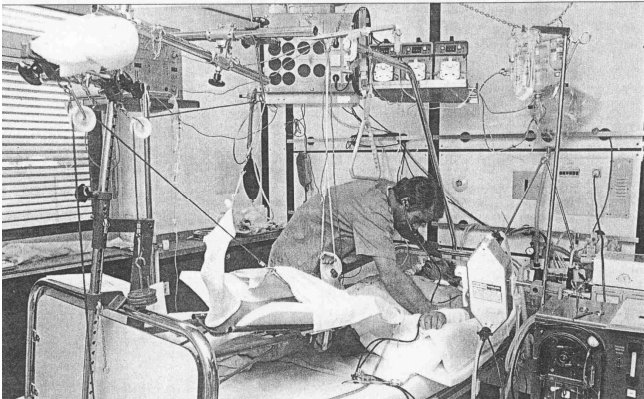
Krankenhäuser, in denen Organe entnommen werden können, benötigen mindestens einen Transplantationsbeauftragten (potentielle Spender melden, Organspendeprozess koordinieren; Gespräche mit Angehörigen Verstorbener führen). 2010 galten etwa 1350 Einrichtungen als sogenannte Entnahmekrankenhäuser.

Lebendspender haben künftig Anspruch auf sechswöchige Lohnfortzahlung, für welche die Krankenkasse des Organempfängers aufkommen muss.

Krankenkassen dürfen die Spendebereitschaft auf der Gesundheitskarte verzeichnen.

6. Wann ist ein Mensch „tot“? Das Hirntod-Problem

Allen Beteiligten ist klar: Organentnahme ist nur bei Toten zulässig!



Aber wann ist ein Mensch wirklich („richtig“) tot? Gibt es dafür eindeutige Kennzeichen?

Heute noch werden mehr als 99 Prozent aller Todesfälle (außerhalb von Intensivstationen) von Ärzten auf „klassische“ Art und Weise festgestellt (bis in die 1950er Jahre war das die einzige Art der Todesfeststellung). Es handelt sich um den „klinischen Tod“, den „Herztod“, bei dem ein Arzt aufgrund seiner klinischen Erfahrung Sachverhalte feststellt: Die Atmung hat ausgesetzt, das Herz schlägt nicht mehr, der Kreislauf ist zusammengebrochen, später

kommen weitere „Todeszeichen“ dazu wie Totenstarre, Totenflecken.

In den letzten Jahrzehnten sind immer bessere Techniken entwickelt worden, die es möglich machen, Menschen, die eigentlich schon klinisch tot waren, wiederzubeleben. Beispiele sind Herzdruckmassage oder Elektroschocks, um das Herz wieder zum Schlagen zu bringen, der Einsatz künstlicher Beatmung, das Verabreichen von Medikamenten, die den Kreislauf (wieder) in Gang bringen. In solchen Grenzsituationen erweist sich die „klassische“ Todesfeststellung nicht immer als eindeutig. Auf den Intensivstationen der Kliniken lagen immer häufiger Patienten, bei denen viele Organe biologisch noch „arbeiteten“ oder deren Funktion künstlich aufrechterhalten wurde – das Los dieser Patienten war aber nach medizinischer Erfahrung nicht mehr zu verbessern, sie waren eigentlich schon tot ... Die Medizin suchte deshalb nach eindeutigeren, klinisch und wissenschaftlich nachprüfbareren Kriterien für den Tod eines Menschen.

Und so wurde in den 1960er Jahren der „Hirntod“ als zusätzliches Todeskriterium eingeführt. Es handelt sich beim Zustand des Hirntodes um ein Phänomen, das in unserer Alltagserfahrung nicht vorkommt. Der Hirntod lässt sich nur im Bereich der Intensivmedizin feststellen. Entscheidend ist medizinisch, dass bei Hirntoten das Gehirn nicht mehr durchblutet wird. Dadurch fällt die Sauerstoffversorgung aus, und das führt bereits nach fünf bis acht Minuten zu einer fortschreitenden und nicht mehr umkehrbaren Schädigung des Gehirns, das unwiderruflich abzusterben beginnt. Ein wesentlicher Unterschied zum Herztod (und damit zu unseren Alltagserfahrungen mit „Tod“) besteht darin, dass der Körper eines Hirntoten noch viele Zeichen zeigt, die wir mit „Leben“ verbinden: Der Brustkorb hebt und senkt sich regelmäßig (die beobachtete Atmung ist aber immer eine technisch bewirkte künstliche Beatmung!), der Puls ist fühlbar (bei künstlicher Beatmung funktioniert die Herztätigkeit von allein, gesteuert vom Sauerstoffgehalt des Blutes), der Körper fühlt sich warm an (nicht nur die Haut, auch alle Organe mit Ausnahme des Gehirns sind weiter durchblutet und werden mit Nährstoffen versorgt), künstliche Ernährung ist möglich und auch die Ausscheidung funktioniert. Trotz aller dieser „Lebenszeichen“ sind sich aber alle Mediziner sicher: wenn die Apparate abgeschaltet werden, brechen bei einem Hirntoten innerhalb weniger Minuten Herz- und Kreislauf endgültig zusammen. Die technischen Unterstützungsmaßnahmen gaukeln uns gewissermaßen „Leben“ vor, wo ohne sie schon längst „Tod“ ist. Aus dem Zustand des Hirntodes gibt es kein Zurück in ein bewusstes Dasein. Wo Medienberichte anderes behaupteten, handelte es sich durchweg um Fälle, in denen nicht wirklich sachkundig und eindeutig eine Hirntodfeststellung erfolgt war.

KOMA – ein schillernder Begriff

1. „Bewusstlosigkeit“

Das Gehirn beansprucht bei 2% der Körpermasse 20% des Blutstromes. Bewusstlosigkeit tritt bei fehlender Durchblutung nach 3 bis 5 Sekunden ein, nach 20 Sekunden erlischt die hirnelektrische Tätigkeit im EEG. Bereits nach wenigen Minuten entstehen bleibende Schäden der Hirnzellen. In der Regel erfolgt jedoch nur ein kurzfristiger „Blackout“, danach Aufwachen.

2. „Koma“

Koma heißt „tiefer Schlaf“. Es handelt sich um eine andauernde Bewusstlosigkeit, die durch äußere Reize nicht unterbrochen werden kann. Das Gehirn bleibt weiter aktiv (im EEG sind Hirnströme messbar).

3. „Wach-Koma“, „apallisches Syndrom“

Etwa 40000 Menschen in Deutschland erleiden jedes Jahr ein schweres Schädel-Hirn-Trauma und geraten in den Zustand des „apallischen Syndroms“. Sie liegen im Koma, haben aber wache, offene Augen, können zwinkern, haben Gefühle und Regungen sowie Wach- und Schlafzeiten. Die Verbindung des Mittelhirns zum Großhirn ist gestört (Unfall, Blutung, Entzündung). Die meisten Apalliker wachen nach einiger Zeit wieder auf, etwa 4000 liegen weiter im Koma – und nicht alle von ihnen können in ein halbwegs normales Leben zurückgeholt werden.

Die Feststellung des Hirntodes berechtigt Ärzte zur Ausstellung des Totenscheines. In der Folge dürfen jetzt die Apparate auf der Intensivstation abgeschaltet werden, da das Leben des Patienten nicht mehr zu retten ist. Es könnte nun aber auch an Organspende gedacht werden, weil die Organe des Hirntoten noch funktionieren und dieser Zustand des Patienten noch so lange aufrechterhalten werden kann, bis eine Organentnahme erfolgt.

Die Körperfunktionen eines Hirntoten lassen sich nicht beliebig lange aufrechterhalten. Bei den meisten Patienten tritt ein Herzstillstand nach wenigen Tagen ein, im Extremfall sind aber auch erheblich längere Weiterbehandlungszeiten beobachtet worden: bei einer hirntoten Schwangeren, die von einem gesunden Kind entbunden wurde, waren es 107 Tage (15 Wochen).

6.1. Definition und Feststellung des „Hirntodes“

Die Feststellung des Hirntodes erfolgt in Deutschland nach klaren Vorschriften, die von der Bundesärztekammer erlassen und in Abständen aktualisiert werden. Die Richtlinie von 1997 definiert den Hirntod wie folgt:

HIRNTOD

„Zustand der irreversibel (= unumkehrbar JK) erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (damit sind alle Teile des Gehirns erfasst JK). Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten ... Festgestellt wird nicht der Zeitpunkt des eintretenden, sondern der Zustand des bereits eingetretenen Todes. ... dass mit dem Hirntod ... naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt wird“

Das Verfahren zur „amtlichen“ Feststellung des Hirntodes ist detailliert geregelt:

- A) Die Erstellung einer Hirntoddiagnose muss durch zwei Ärzte erfolgen, die unabhängig voneinander zu der gleichen Schlussfolgerung kommen. Dabei muss es sich um erfahrene Fachärzte für Gehirn- und Nervenfunktionen handeln (z.B. Anästhesisten, Neurologen). Keiner von Ihnen darf an einer späteren Organ-Entnahme oder –Übertragung beteiligt sein.
- B) Grundvoraussetzung ist der zweifelsfreie Nachweis, dass eine Hirn-Schädigung vorliegt (Unfallverletzungen, Blutungen, Tumore, Entzündungen, Vergiftungen, Herz- und Lungenerkrankungen, Herzinfarkte, Ertrinken, Ersticken).
- C) Die Ärzte prüfen, ob folgende Kennzeichen vorliegen: tiefe Bewusstlosigkeit (aus der kein Aufwecken möglich ist), Ausfall der Spontan-Atmung, Ausfall aller Hirnfunktionen.
- D) In einer ersten unverzichtbaren Untersuchung werden klinische Symptome anhand einer vorgegebenen Frageliste geprüft, z.B. der Ausfall der Reaktion der Pupille auf intensive Beleuchtung, das Ausbleiben eines Würgereflexes, wenn mit einem Spatel tief im Rachen gereizt wird oder die vorübergehende Abschaltung der künstlichen Beatmung (setzt die eigene Atmung ein?). Diese Untersuchungen können entweder nach einer Wartezeit wiederholt werden (dabei sind mindestens 12, in manchen Fällen bis 72 Stunden vorgeschrieben). Statt der Wiederholung der klinischen Prüfung können auch ergänzende apparative Untersuchungen durchgeführt werden. Hier kommt zum Beispiel eine Messung der Hirnströme in Frage (EEG; am Schädel werden Elektroden angelegt, es muss nachgewiesen werden, dass über 30 Minuten keinerlei Hirnaktivität vorhanden ist: statt gezackter Messkurven werden „glatte“ Null-Linien beobachtet). Es könnten auch Kontrastmittel ins Blut gespritzt werden. Eine anschließende Röntgenaufnahme des Schädels zeigt, ob das Kontrastmittel in den Schädel eindringt – wenn das nicht erfolgt, ist auch keine Versorgung des Gehirns mit Blut und Sauerstoff mehr gegeben.

6.2. Anerkennung des Hirntod-Kriteriums

Das Kriterium des „Hirntodes“ wird von in meisten Industriestaaten von Rechtssprechung und Medizin anerkannt, in manchen Ländern jedoch aus religiösen oder weltanschaulichen Gründen auch abgelehnt.

Unsicherheiten im Umgang mit dem „Hirntod“ entstehen zum einen dadurch, dass trotz aller rationalen Einsicht („dieser Mensch ist tot“) Hirntote im direkten Gegenüber als Person erlebt werden, anders als eine „richtige“ kalte Leiche. Eine weitere bange Frage, die immer wieder gestellt wird, lautet: Zeigen Hirntote nicht doch noch Lebens-Äußerungen? So können bei hirntoten Organspendern während der Organentnahme die Pulsfrequenz und der Blutdruck ansteigen. Es kommt zu spontanen Bewegungen. Hirntote können Fieber bekommen, sie können schwitzen. Was tut ein Anästhesist bei der Organentnahme, der ja von Berufs wegen die „lebenswichtigen Funktionen aufrecht erhält“ – bei einem Hirntoten?

Rationale naturwissenschaftlich begründete Einsicht und emotionales Empfinden können hier heftig aufeinander prallen. In Deutschland entzündete sich die Debatte z.B. an dem „Erlanger Baby“. 1992 war in der Nähe von Stuttgart eine junge Frau verunglückt. Auf der Intensivstation war festgestellt worden, dass ihr nicht mehr geholfen werden konnte. Ihr Hirntod war bereits eingetreten. Aber es war auch entdeckt worden, dass sie im vierten Monat schwanger war. Das Kind lebte noch, und nun wollten Ärzte etwas versuchen, was damals schon weltweit in mindestens sieben ähnlichen Fällen erfolgreich durchgeführt worden war: die Schwangerschaft sollte im Leib der hirntoten Frau so lange weitergeführt werden, bis das Kind per Kaiserschnittentbindung das Licht der Welt erblicken konnte.

Was hat mehr mit Leben zu tun als die Weitergabe von Leben in einer Schwangerschaft? – so fragten beunruhigt die einen. Die anderen erklärten medizinisch-nüchtern die Faktenlage:

Das „Erlanger Baby“

(Weiterführung der Schwangerschaft bei einer hirntoten Frau)

„Der hirntote, künstlich ernährte und beatmete Leichnam der Marion P. war nicht mehr und nicht weniger als ein lebensnotwendiger natürlicher „Brutkasten“ für das heranreifende Kind.“

(Deutsche Stiftung Organtransplantation: Der Hirntod ... 1997, S.69)

Unsicherheiten, die tief sitzen, und die nicht einfach durch Fakten und Aufklärung aufgelöst werden können. Mir hat neulich ein Arzt, der selbst an Organtransplantationen beteiligt ist, seinen Organspendeausweis gezeigt: Da stand ein klares JA, aber handschriftlich hatte er die Verfügung getroffen, dass er im Falle einer Organentnahme in tiefe Narkose versetzt werden wollte. „Ich weiß, dass ich dann keine Schmerzen mehr empfinden kann, aber ich möchte ganz sicher sein ...“

Unsicherheiten

Eine Umfrage unter 134 Klinik- und niedergelassenen Ärzten ergab, dass fast alle den Hirntod für den Tod des Menschen halten, aber immerhin jeder sechste meint, der Mensch sei „noch nicht wirklich tot“. 63 Prozent halten den Hirntoten für eine Person und möchten ihn entsprechend behandelt wissen, die Hälfte würde versuchen, Hirntote anzusprechen.

(N. Siegmund-Schultze: Organtransplantation, Rowohlt Reinbek 1999 S.263)

Für manche Mitmenschen ist die Festlegung des Hirntodes als „Tod“ des Menschen eine doch irgendwie willkürliche Entscheidung. Für sie ist ein Hirntoter (noch) nicht tot, er ist ein Sterbender in der letzten Phase seines Lebens, im Vorfeld des Todes, der Anspruch darauf hat, begleitet zu werden. Sie möchten als Angehörige in Ruhe seine Hand halten, selbst Abschied nehmen – und nicht den Termindruck der Transplantationsmedizin im Rücken spüren.

7. Stellungnahmen von Kirchen und Religionen zur Organspende

Die beiden großen christlichen Kirchen haben sich seit 1989 in mehreren Erklärungen zur Frage der Organspende geäußert. Zunächst waren das Aussagen, die sich deutlich FÜR Organspende aussprachen. In der Debatte um das Transplantationsgesetz wurde vorsichtiger argumentiert. So wurde klargestellt, dass der „Hirntod“ ein zu akzeptierendes medizinisches Kriterium für den Zeitpunkt der Organentnahme ist, aber keine Definition für den „Tod des Menschen“ darstellt. Organspende ist keine „Christenpflicht“ (auch nicht etwa das „christlichere“ Zeichen), und es gibt keinen Anspruch der Gesellschaft oder von Mitmenschen (auch wenn sie lebensbedrohlich erkrankt sind) auf den Körper oder die Organe eines Menschen. Organspende ist christlich erlaubt, aber sie ist nicht geboten – auch wer sich dagegen entscheidet, ist mit seiner Meinung zu akzeptieren (und sollte sie für sich uns andere begründen können).

Stellungnahmen christlicher Kirchen in Deutschland zur Frage der Organspende

Grundsätzlich anzuerkennen ist die Absicht, durch Organspende und Organverpflanzung leidenden oder lebensbedrohten Mitmenschen zu helfen. Deshalb haben bereits bisher kirchliche Äußerungen zur Organspende nach dem eigenen Ableben ermuntert. Die Kirchen wollen auch weiterhin die Bereitschaft zur Organspende wecken und stärken. Die Organspende kann eine Tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus sein ...

("Gott ist ein Freund des Lebens", gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der katholischen Deutschen Bischofskonferenz, 1989, S.103)

Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen...Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe...

("Organtransplantationen" - gemeinsame Erklärung der Katholischen Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland 1990, S. 15/23)

...Aufgabe der Kirche...Sensibilität und Problembewusstsein für Fragen der Organspende zu wecken und die Bereitschaft zur Organspende zu stärken... (Synode der EKD Nov. 1993)

Organspende ist nicht "Christenpflicht" (Bischof Engelhardt 1994)

Organtransplantation ist grundsätzlich ethisch zulässig; das Kriterium des "Hirntodes" ist keine Definition für den „Tod des Menschen“; Gesellschaft und Mitmenschen haben keinerlei Anspruch auf den Körper eines Menschen

(Stellungnahme der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Anhörung beim Bundestag für ein Transplantationsgesetz 1995)

Es gibt im christlichen Bereich auch weiterhin Stimmen, die sich vorbehaltlos für Organspende einsetzen:

Nach christlicher Erkenntnis sind Menschen Diener der Schöpfung und Mithelfer zum Leben. Aufgabe ist und bleibt, dem Tod zu widerstehen und dem Leben die Bahn zu bereiten. Das geschieht in besonderer Weise, wenn Menschen sich als Organspender zur Verfügung stellen ... Durch die Bereitschaft zur Organweitergabe können Menschen ... anderen Menschen, die auf ein Organ warten, zu einer neuen Lebensmöglichkeit verhelfen, weil sie mit ihrem sterblichen Leib oder Teilen davon in der Lage sind, über ihren Tod hinaus Segen zu stiften. ...

Christen tun nichts „Besonderes“, wenn sie sich zur Organweitergabe bereit erklären. Dabei sollte der Begriff der Spende nicht verwendet werden, der immer mit Nächstenliebe und damit auch Hochherzigkeit verbunden ist. ...

Darum reicht der Mensch mit einer Organweitergabe das, was er empfangen hat, dankbar weiter. ...

Mit der Bereitschaft zur Organweitergabe stellen sich Christen zu ihren leidenden Mitmenschen und realisieren christliche Solidarität.

(Prof. Dr. Werner Stroh, evangelischer Krankenhauseelsorger, in:

Arbeitsgruppe Organspende e.V.; Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hrsg.): „Organspende und Transplantation“, Handreichung für Lehrkräfte, 2004, S.21ff)

Innerhalb der jüdischen Glaubensgemeinschaft konnte bisher auf Grund unterschiedlicher religiöser Strömungen eine einheitliche Meinungsbildung zum Hirntod und zur Organspende nicht erzielt werden. Der Zentralrat der Juden in Deutschland vertrat bei einer Anhörung im Bundestag die Ansicht, Organtransplantation sei „Mord“.

„Zur Frage, wann der Mensch tot ist, gibt die Halacha, die verbindliche jüdische Gesetzesauslegung, zwei Definitionen: Aussetzen der Atemtätigkeit und Aussetzen des Pulschlags. Dem Gehirntod wird in der Halacha keinerlei Bedeutung zugemessen. Hingegen sind nach unserem Standpunkt selbst ungesteuerte Reflexe des autonomen Nervensystems als Leben zu werten ... Bei der Transplantation von lebenswichtigen Organen, wie zum Beispiel dem Herzen, ist gemäß der jüdischen Vorschrift die Transplantation nur dann möglich, wenn die Funktion dieser Organe beim Spender wie beim Empfänger nicht mehr gegeben ist. Jede Transplantation dieser Organe, solange das Herz funktioniert, bedeutet nach jüdischer Auffassung einen doppelten Mord: Mord des Spenders – denn gemäß unserer Definition lebt er noch – sowie des Empfängers – denn die Entfernung seiner funktionstüchtigen Organe, auch wenn sie kurz vor dem Stillstand stünden, bedeutet Mord.“

(Landesrabbiner Joel Berger, Zentralrat der Juden, Stellungnahme vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages 25.9.96; Quelle: Siegmund-Schultze: Organtransplantation, Rowohlt Hamburg 1999, S.248)

In Japan ist Organspende nach Hirntod-Feststellung zwar juristisch erlaubt, aber in der Bevölkerung auf dem Hintergrund von konfuzianischen und buddhistischen Traditionen weithin abgelehnt.

In islamischen Äußerungen wird Organspende gebilligt, wenn sie die einzig mögliche medizinische Behandlungsmaßnahme darstellt.

Im Bereich von Weltanschauungen und Religionen gibt es demnach unterschiedliche Meinungen zur Frage der Organspende.

Es geht um meine Entscheidung!

Organspende – JA oder NEIN?

Es wird wichtig sein, dass ich mich informiere, mich auch mit unbequemen Fragen auseinandersetze, um mir in dieser schwierigen Frage selbst eine Meinung zu bilden. Und meine Entscheidung sollte ich möglichst schriftlich niederlegen – und damit für den Krisenfall meinen eigenen Angehörigen eine schwere Entscheidungslast abnehmen.

8. Quellen und weitere Informationen

- Quellen zu den in dieser Arbeitshilfe zusammengestellten Informationen sowie eine umfangreiche Sammlung von weiteren Daten und Fakten zur Organspende: http://www.krause-schoenberg.de/organ_fakten_organspende_aktuell.htm
- Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz - TPG) vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631) <http://www.lebertransplantation.de/tpg.htm>
- Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz vom 12.7.2012: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/gesetzgebung/gesetz_entscheidungslo_sung_transplantationsgesetz_180712.pdf
- Aktuelle Richtlinien und Stellungnahmen der Bundesärztekammer zur Organtransplantation mit LINKS zu den einzelnen Texten: <http://www.baek.de/page.asp?his=0.6.3285>
- Deutscher Bundestag – Enquete-Kommissionen „Recht und Ethik der modernen Medizin“, Berichte: <http://www.ethikrat.org/archiv/enquetekommissionen>
- Bundesärztekammer: Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3. Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG); Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg, Heft 30, S. A1861ff, B1509ff, C1381ff. <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Richtidx/Hirntod/index.html>
- Deutsche Stiftung Organtransplantation, Emil-von-Behring-Passage, 63263 Neu-Isenburg, <http://www.dso.de>
- Arbeitskreis Organspende www.akos.de
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung www.organspende-kampagne.de
- Initiative kritische Aufklärung über Organtransplantationen www.initiative-ka0.de
- Arbeitsgruppe Organspende e.V.; Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hrsg.): „Organspende und Transplantation“, Handreichung für Lehrkräfte, 2004, 84 Seiten mit Folien und CD; Bezug: AGO, Nonnengasse 4, 86720 Nördlingen
- Nationaler Ethikrat: Stellungnahme „Die Zahl der Organspenden erhöhen – zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland“, 2007; www.ethikrat.org/stellungnahmen/stellungnahmen.html
jetzt suchen unter: <http://www.ethikrat.org/archiv/nationaler-ethikrat/stellungnahmen>
- Bundeszentrale für politische Bildung; Aus Politik und Zeitgeschichte; 20-21/2011 16.5.2011: „Organspende und Selbstbestimmung“; <http://www.bpb.de/files/4PRV56.pdf>)

Bundesärztekammer: Richtlinie zur Organtransplantation

zu §12 Abs.3 TPG:

Organzuteilung (Allokation) erfolgt durch die Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten. Dabei sind die Wartelisten der Transplantationszentren als eine einheitliche Warteliste zu behandeln.;

... schicksalhaft ungleiche Ausgangschancen ... So werden Patienten, die aufgrund medizinischer Merkmale, wie Unverträglichkeiten oder eine seltene Blutgruppe, besonders geringe Chancen haben, ein Transplantat zu erhalten, bei der Organallokation relativ zu anderen Patienten bevorzugt;

Die Chancen auf eine Transplantation müssen von Wohnort, sozialem Status, finanzieller Situation und der Meldung bei einem bestimmten Transplantationszentrum unabhängig sein;

Hohe Dringlichkeit HU (high urgency): Patienten in akut lebensbedrohlicher Situation; Status muss besonders beantragt und begründet werden; gilt für 7 Tage; Als Ausnahme (und Kriterium für HU-Status JK) gilt die akute Re-Transplantation (Zweit-Transplantation JK) bei Transplantatversagen innerhalb der ersten 7 Tage nach Organübertragung;

eine möglichst kurze Transport- und damit Konservierungszeit ist anzustreben und bei der Organallokation zu berücksichtigen;

(Dtsch. Ärzteblatt 3.6.05 S. A1615)

Nationaler Ethikrat 2007: Zahl der Organspenden erhöhen

„Dem ethischen Gebot, auf der organisatorischen und der rechtlichen Ebene Möglichkeiten des Helfens und Heilens zu nutzen, entspricht auf der individuellen Ebene die Beistandspflicht, wie sie sich aus dem elementaren Gebot der Nächstenliebe oder der Mitmenschlichkeit ergibt. Die Bereitschaft zur postmortalen Organspende ist in diesem Sinne als praktische Bewährung jener Solidarität anzusehen, die einem von schwerer Krankheit oder dem Tod bedrohten Mitmenschen geschuldet ist. Dieses Zeichen der Hilfsbereitschaft verdient Anerkennung und Hochschätzung. ...

Angesichts der Möglichkeit, einem Mitmenschen in der extremen Notlage schwerer Krankheit aussichtsreich und wirksam helfen zu können, kann die Verweigerung der Organspende nicht voll und ganz in das Belieben des einzelnen gestellt werden. Ihm ist zumindest zuzumuten, sich selbst Rechenschaft darüber abzulegen, warum er diese Möglichkeit nach reiflicher Überlegung ausgeschlagen hat. Dabei hat er nicht nur zu berücksichtigen, dass die aufgrund des Organmangels nicht nutzbaren Möglichkeiten der Transplantationsmedizin für viele Menschen schwerwiegende Konsequenzen – im äußersten Fall den Tod – nach sich ziehen können. Er sollte auch Überlegungen darüber anstellen, wie er die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin beurteilen würde, wenn er ihnen nicht in der Rolle eines potenziellen Spenders, sondern als möglicher Organempfänger gegenüberstünde.“

Vorschlag eines Zweistufen-Modells:

- a) Aufforderung zur Abgabe einer eigenen Erklärung
- b) Geltung der Widerspruchsregelung für alle, ... die nicht ausdrücklich JA oder NEIN erklärt haben

(Nationaler Ethikrat: Stellungnahme „Die Zahl der Organspenden erhöhen – zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland, 27.4.07, S.33,37; einstimmig beschlossen, also auch mit Zustimmung der Vertreter beider großer Kirchen)

Fünf Jahre nach der Verpflanzung funktionieren noch

(Angaben in Prozent der verpflanzten Organe):

Nieren	71 (bei Lebensspende 84)
Herzen	69
Bauchspeicheldrüsen	66
Lebern	60
Lungen	54

(NER Stellungnahme Organspenden erhöhen 2007, S.12ff.

Untersuchung von Organspendern auf Vorerkrankungen:

Organspender werden weltweit nicht auf Tollwutviren untersucht (Krankheit zu selten, Tests zu langwierig);

Kontraindikationen für Organspende:

therapieresistente Sepsis, immunologisch aktive Systemerkrankungen, HIV-Infektion, Krebserkrankungen (deren Behandlung nicht mindestens 3 Jahre zurückliegt), sowie Metastasen und aktueller Drogen- und Alkoholmissbrauch, dazu kommen bei Reisen in Endemiegebiete oder bei Impfkontakten weitere Untersuchungen;

ein Restrisiko bleibt;

(Dtsch. Ärzteblatt 25.2.05 S. A482)