

Ein Medizinirrtum von unsäglicher Tragweite?

Sind „postmortale“ Organspenden sichere Eingriffe für Spenderinnen und Spender?

Alex Frei^a, Alois Beerli^b, Patricia Mbumaston^c, Marlène Sicher^d, Georg Stoffel^e

^aDr. med., pensionierter Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Winterthur, Vizepräsident ÄPOL (Ärzte und Pflegefachpersonen gegen Organspende am Lebensende), ^bDr. med., pensionierter Facharzt für Innere Medizin, Winterthur, Präsident ÄPOL, ^cDr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst SVA Aargau, ^dPflegeexpertin BScN, Intensivpflegefachfrau, Dozentin höhere Fachschule Pflege, Careum Bildungszentrum, Zürich, ^eDr. med., Facharzt für Innere Medizin, Hausarztpraxis, Winterthur

Der Transplantationsmedizin am Lebensende fehlt es an wissenschaftlichen Grundlagen. So ist die seit 2007 geltende Todesdefinition mit dem Hirntod als Todeskriterium, auf der die Transplantationsmedizin basiert, lediglich eine gesellschaftliche Konvention. Beim Eingriff Organtransplantation am Lebensende fehlen unverzichtbare wissenschaftliche Daten.

SAMW: Die Medizin hat auf wissenschaftlichen Grundlagen zu basieren

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW schreibt in ihrem Positionspapier *Medizin als Wissenschaft* 2009: „Die Medizin basiert auf wissenschaftlichen Grundlagen. [...] Die grossen Fortschritte in der Medizin während der letzten 100 Jahre kamen durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse zustande [1].“

Die heutige Todesdefinition basiert nicht auf wissenschaftlichen Grundlagen

Es ist unverständlich, dass die SAMW – die Hüterin der Wissenschaftlichkeit der Medizin - 1969 mit dem Hirntod als Todeskriterium eine neue Todesdefinition einführte, die nicht auf wissenschaftlichen Grundlagen basiert, sondern lediglich eine gesellschaftliche Konvention ist [2]. Befürworter der Organspende bestreiten heute nicht, dass es sich lediglich um eine gesellschaftliche Konvention handelt [3, 4].

Die Begründung für die Änderung der Todesdefinition lautete damals, dass „die Entwicklung der Reanimationstechnik es notwendig gemacht hat, die biologischen Kriterien des menschlichen Todes neu festzulegen“. Es gab keine neuen wissenschaftlichen Forschungsergebnisse, die eine Neudefinition des menschlichen Todes nötig gemacht hätten.

Nachdem Christiaan Barnard 1967 in Kapstadt in Südafrika die erste Herztransplantation durchgeführt hatte, schlug 1968 ein Ad-hoc Komitee der Harvard Medical School in den USA vor, den Hirntod als Gesamttod des Menschen zu betrachten [5]. Die Begründung war dieselbe wie diejenige der SAMW, wobei zusätzlich erwähnt wurde, dass die amerikanische Justiz keinesfalls einer Übereinkunft zustimmen würde, dass bei Patienten mit aussichtsloser Prognose die Therapie abgebrochen werden dürfe und dass ein Abbruch als Mord geahndet würde. Um für die Problematik, dass hirntote Patienten auf den Intensivstationen Betten blockierten, eine rasche Lösung zu finden, schlugen die amerikanischen Ärzte vor, die Todesdefinition, über die sie die Deutungshoheit hatten, zu ändern. Dieser Vorschlag wurde sofort weltweit aufgenommen. Als zweite Begründung für die Änderung führte das Komitee auf, dass mit der neuen

Todesdefinition Streit bei der Gewinnung von Organen zur Transplantation verhindert werden soll.

Vermutlich ging es der SAMW 1969 anlässlich der Einführung der neuen Todesdefinition – wie den amerikanischen Ärzten – darum, dass Therapien abgebrochen und Patienten sterben gelassen werden dürfen. Aber diese Problematik hätte mittels eines Konsenses in der Gesellschaft, wie er heute gilt, gelöst werden müssen. Es war nicht korrekt, dieses Problem durch eine neue Todesdefinition, die nicht auf wissenschaftlichen Grundlagen basiert, zu lösen. Es ergibt sich der Verdacht, dass die Fortschritte der Reanimationstechnik benutzt wurden, um eine neue Todesdefinition einzuführen, die als Nebeneffekt zur Legitimation von Organentnahmen bei hirntoten Menschen benutzt werden kann.

Die früher geltende, naturwissenschaftliche Todesdefinition lautet: Der Tod ist das Ende des Lebens, respektive das endgültige Versagen *aller* lebenserhaltenden Funktionsabläufe [6]. Warum sollten wir Ärztinnen und Ärzte unser medizinisches Handeln nicht auf diese wissenschaftliche Erkenntnis, sondern auf eine gefährliche, unwissenschaftliche gesellschaftliche Konvention basieren? Warum sollten wir diese Todesdefinition beibehalten, wenn heute auch ohne diese bei aussichtsloser Prognose die Therapie abgebrochen werden kann?

Auch Organtransplantationen am Lebensende basieren nicht auf wissenschaftlichen Grundlagen

Organspender sind zum Zeitpunkt der Organentnahme nur juristisch, per definitionem tot, nicht aber biologisch. Bei Spendern ist das Hirn tot, der restliche Körper lebt noch. Aus diesem lebenden Körper werden lebende Organe entnommen und transplantiert [7]. In der Folge leben die Organe in den Empfängern weiter, bis sie Monate oder Jahre nach der Transplantation dort sterben.

Mit Organtransplantationen am Lebensende wird somit in den letzten Abschnitt des Lebens der Spenderinnen und Spender eingegriffen. Damit entsteht die Möglichkeit, diesem Leben zu schaden. Daraus wiederum ergibt sich die ärztliche Verpflichtung, die Sicherheit des Eingriffs zu beurteilen und zu gewährleisten.

Die Sicherheit für Spender kann aber bei Organtransplantationen am Lebensende nicht beurteilt werden. Die Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs können nicht erfasst werden, weil Spender nach dem Eingriff nicht mehr untersucht werden können.

Die Kenntnis der Risiken und Nebenwirkungen von medizinischen Handlungen und die Kenntnis deren Häufigkeit gehören aber zu den wissenschaftlichen Grundlagen der Medizin. Fehlt dieses Wissen, fehlt die wissenschaftliche Grundlage.

Im Folgenden zeigen wir näher auf, welches unverzichtbare Wissen bei Organtransplantationen am Lebensende fehlt.

Fehlendes Wissen über die Erlebnisfähigkeit von Hirntoten und Sterbenden

Aufgrund des Wissens der Medizin über Krankheiten und Verletzungen des Hirns geht die Transplantationsmedizin heute davon aus, dass das Bewusstsein und das Geistig-Seelische mit dem Hirntod erlischt oder den Körper verlässt. Aber dies ist lediglich eine Annahme, dafür gibt es keine wissenschaftlichen Beweise. Es gibt auch keine wissenschaftlichen Beweise, dass das Bewusstsein im Hirn lokalisiert ist und von ihm „produziert“ wird. Zudem gilt das Wissen über Kranke nicht zwingend auch für Sterbende, denn Sterben ist ein einzigartiges, unvergleichliches Ereignis. Die wissenschaftliche Medizin weiss nicht, wie die Erlebnisfähigkeit von Hirntoten und

Sterbenden ist. Sie weiss nicht, ob das Bewusstsein und das Geistig-Seelische beim Tod nicht auf eine für uns nicht wahrnehmbare Weise weiterexistiert.

Es liegt in der Natur der Sache, dass wir das Unerforschte nicht kennen. Die in der Nahtodforschung vielfach beschriebenen extrakorporalen Wahrnehmungen in Todesnähe könnten aber ein Hinweis sein, dass das Bewusstsein nicht an ein funktionierendes Hirn gebunden ist und auch ohne Hirn existieren kann [8]. Wissenschaftlich kann nicht nachgewiesen werden, dass Spender die Explantation ihrer Organe nicht miterleben und nicht darunter leiden.

Fehlendes Wissen über allfällige Folgen für Spender durch das Weiterleben von Körperteilen

Der Deutsche Schriftsteller David Wagner, der mit einer fremden Leber lebt, hat das Gefühl, nicht alleine im Körper zu sein und dass die Spenderin zu ihm spricht:

„Eine Tote, vielleicht ein Toter, ist in mir – aber sie ist gar nicht tot. Wir erhalten uns gegenseitig am Leben. Ein bisschen noch, zumindest, eine Weile, sie mich, ich sie. Oder bilde ich mir das bloss ein? Möchte ich es mir einbilden? Ist das die Erzählung, die ich zum Weiterleben brauche? Aber du bist doch da, ich höre dich doch sprechen, höre dich sagen: Mach dies! Mach das! Steh endlich auf! Los, an den Schreibtisch, schreib diesen Satz, diesen hier, ja, genau den, den Sie nun gerade lesen. Ich bin nicht mehr allein. Und ich ist auch die andere [9].“

Weiter sagt Wagner: *„Plötzlich wird mir klar, dass du ja sehr wahrscheinlich – und daran habe ich überhaupt noch nicht gedacht – auch in einigen anderen Menschen weiterlebst. Ich habe dich gar nicht für mich allein, Liebste, ich habe dich nicht exklusiv, ich muss dich vermutlich noch mit anderen Organempfängern teilen, ich habe Transplantationsgeschwister, ohne zu wissen, wo [10].“*

Durch die Organtransplantation am Lebensende kommt es zur Vermischung zweier Lebewesen. Dazu nochmals Wagner: *„Nach einer Transplantation zeigt sich ein Chimärismus im Knochenmark des Organempfängers. Genotypisch bin ich nicht mehr nur der, der ich war, ich bin jetzt auch die Person des Spenders, also du. Die Biochemie, die in mir Bewusstsein erzeugt, ist eine andere geworden. Ich glaube, es ist deine. Ich habe nun Proteine im Blut, die ich vorher nicht hatte, weil meine eigene Leber sie nicht mehr oder noch nie produzieren konnte, also könnte ich Gefühle haben, die ich noch nicht oder nicht mehr kenne. Ich bin ein zusammengesetzter neuer Mensch, ergänzt und verbessert, eine Chimäre, ein Hybrid, ein Replikant beinah [10].“*

Was bedeutet diese Vermischung zweier Lebewesen für Spender? Wissenschaftler in den USA haben festgestellt, dass sich Verhaltensweisen wie zum Beispiel Essens- oder Musikvorlieben von Spenderinnen möglicherweise auf Empfänger übertragen haben. Zudem beschreiben sie, dass Empfänger frühere Erlebnisse der Spendenden träumen [11].

Sind das Hinweise, dass Spender mit einem gewissen Bewusstsein weiterleben? Ist der Mensch tot, wenn seine Organe noch leben? Die Wissenschaft weiss nicht, ob das Weiterleben eines Teils des Körpers ohne Hirn, verteilt auf fremde Körper, für Spender Folgen hat.

Fazit

Die Transplantationsmedizin am Lebensende gefährdet Spenderinnen und Spender, weil sowohl die Todesdefinition, auf der sie beruht, als auch der Eingriff nicht auf wissenschaftlichen Grundlagen basieren. Die Todesdefinition basiert lediglich auf einer gesellschaftlichen Konvention. Beim Eingriff fehlen wissenschaftliche Daten zur Erlebnisfähigkeit von Hirntoten und

Sterbenden und die Sicherheit des Eingriffs kann wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden, weil die Risiken und Nebenwirkungen nicht bekannt sind.

Am Lebensende des Menschen stösst die Wissenschaft heute an ihre Grenzen. Bereits 1968 sprach der Deutsche Philosoph Hans Jonas im Zusammenhang mit den Vorgängen bei Sterben und Tod und seiner Kritik am Hirntodkonzept vom *unaufhebbaren Nichtwissen* [12]. Das ist zu respektieren.

In der Vergangenheit sind Patientinnen und Patienten immer wieder zu Schaden gekommen, weil sich die Medizin irrte, da ihr Handeln nicht auf gesichertem Wissen, sondern auf Annahmen beruhte. So wurden zum Beispiel noch bis in die 1980er Jahre Eingriffe wie Circumcisionen an Säuglingen ohne Narkose durchgeführt, weil die Medizin zu wissen glaubte, Säuglinge hätten infolge Unreife des Hirns noch kein Schmerzempfinden.

Die SAMW legitimiert Organtransplantationen am Lebensende [13], obwohl damit gegen ihre eigene Forderung, die Medizin habe auf einer wissenschaftlichen Grundlage zu basieren, verstossen wird. Die Transplantationsmedizin am Lebensende verstösst aber auch gegen die Vernunft und gegen das Gebot des *Primum-ni-nocere* der medizinischen Ethik. Ärztinnen und Ärzte dürfen selbstverständlich Eingriffe nicht durchführen, wenn sie die Sicherheit ihrer Patienten nicht gewährleisten und schwerwiegende Nebenwirkungen nicht ausschliessen können.

Aus den genannten Gründen sind unseres Erachtens Organtransplantationen am Lebensende unhaltbar und müssen so schnell wie möglich gestoppt werden. Die heutige Todesdefinition muss geändert werden.

Vorstand ÄPOL, Ärzte und Pflegefachpersonen gegen Organspenden am Lebensende

Literatur:

1 Medizin als Wissenschaft, Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW 2009

2 Richtlinien für die Definition und Diagnose des Todes, SAMW 1969

3 Franz Immer, CEO Swisstransplant, Wann ist der Mensch tot? Weltwoche 12.2.2020

4 Robert Truog, Direktor des Zentrums für Bioethik der Harvard Medical School, USA :„Der Hirntod ist kein wissenschaftlicher Fakt, sondern es ist eine soziale Übereinkunft darüber, wann wir jemanden als tot betrachten.“ Der Streit um den Hirntod, Organspende auf dem Prüfstand, Arte TV 15.02.20, 22:45h, Anm.: Der Begriff „Hirntod“ ist doppeldeutig. Einerseits bezeichnet er den Tod des Hirns, andererseits den Tod des Menschen infolge Tod des Hirns, analog dem Begriff „Ertrinkungstod“. Hier ist letztere Bedeutung gemeint.

5 Beecher H, Adams R, Barger C, Curran W, Denny-Brown D, Farnsworth D et al. A Definition of Irreversible Coma, Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, JAMA, Aug 5, 1968, Vol 205, No 6

6 Grundmann E. Einführung in die Allgemeine Pathologie, Stuttgart/N.Y. 1985, S 4-6

7 Zum Ablauf von Organentnahmen siehe Frei A, Aemissegger U, Beerli A, Sicher M, Stoffel G. Organspende am Lebensende. Schweiz Ärztztg. 2019;100(14):508–10.

8 Parnia S, Spearpoint K, de Vos G, Fenwick P, Goldberg D, Yang J, et al. AWARE-Studie, AWAreness during REsuscitation, Resuscitation, Official Journal of the European Resuscitation Council, Dec. 2014, Volume 85, P 1799-1805

- 9 David Wagner: „Ich höre meinen Organspender sagen: Steh auf!“ Philosophie Magazin Nr. 01/2020 , S. 64
- 10 David Wagner: „Ich spüre dich bei jedem Atemzug“, Zeit online 29.3.2016
- 11 Pearsall P, Schwartz G, Russek L. Changes in heart transplant recipients that parallel the personalities of their donors. Integr. Med. 2000 Mar 21;2(2):65-72
- 12 Hans Jonas, Technik, Medizin und Ethik, Praxis des Prinzips Verantwortung, Insel Verlag 1990, S 228ff (Auszug aus dem Buch verlinkt auf www.aepol.net unter Literatur/Fachpublikationen)
- 13 Medizin-Ethische Richtlinien: Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme, SAMW 2017