

INHALT

Organspende – worum geht es?

Bisherige Regelung

Presseerklärung der KAO

Mensch oder *Humanmaschine*?

Die Hirntod-Diagnose

Fehldiagnosen

Das Bauchhirn

Die Herzintelligenz

Wahrnehmungsprobleme

Die Organempfänger

Schlußfolgerung

Organspende – worum geht es?

Bei den nachfolgenden Ausführungen geht es *nicht* um die Lebendspende, bei der Eltern oder Ehegatten eine Niere opfern, um sie einem Kind oder dem Partner einpflanzen zu lassen! Sondern es geht darum, was mit Ihrem Körper geschieht, wenn Sie z.B. nach einem Unfall als „hirntot“ bezeichnet werden und die Medizin an Ihren Organen interessiert ist, um sie jemandem einzupflanzen, den Sie nicht kennen. Dies ist die Art von Organspende, für die man gerade in der BRD den gesetzlichen Hintergrund ändern will, in der Hoffnung, an mehr Organe heranzukommen.

Bisherige Regelung

Die seit 1997 gesetzlich festgelegte Voraussetzung für eine Organentnahme ist die sog. Hirntoddiagnose. Das Gesetz Transplantationsgesetz TPG wurde von Kohl, Seehofer, Schmidt-Jortzig, Blüm und Herzog unterzeichnet und trat am 1. Dezember 1997 in Kraft. Der Chirurg Matthias Loebe aus dem Herzzentrum Berlin kommentierte dies wie folgt: „Real ist es so, daß das jetzige Gesetz juristisch das festschreibt, was wir vorher immer gemacht haben.“ In der Bundestagsdebatte vom 25.06.1997 ging es vor allem um die Frage, ob man für eine *enge* oder eine *erweiterte Zustimmungsregelung* stimmen solle. Bei der erweiterten Zustimmungsregelung, die dann auch in Kraft trat, ist es nicht mehr allein erforderlich, daß der Spender zu Lebzeiten einer Entnahme per Spenderausweis zugestimmt hat, sondern auch seine Angehörigen dürfen zustimmen, wenn kein Organspendeausweis vorliegt. Dabei soll der mutmaßliche Wille des Sterbenden geäußert werden, der aber in den meisten Fällen mangels vorheriger Aussprache nicht bekannt sein dürfte. Dies heißt letztlich, daß Angehörige etwas „spenden“ dürfen, was ihnen gar nicht gehört. Es gibt in keinem Fall - außer in der Transplantationsmedizin - Beispiele dafür, daß jemand, auch bei engstem Verwandtschaftsverhältnis, Güter eines anderen „spenden“ kann. Analog zu Verträgen zu Lasten Dritter sind solche Einwilligungen sittenwidrig und somit unwirksam.

Der Sachbuchautor Richard Fuchs hatte zusammen mit Prof. Dr. jur. K. A. Schachtschneider Verfassungsklage gegen das TPG eingereicht, da dieses die Grundrechte aller Bundesbürgerinnen und Bundesbürger aus Art. 1 Abs. 1,¹ Art 2 Abs. 2² sowie weiteren Artikeln verletzen würde. Die Klage wurde nicht angenommen! Zur Abweisung der insgesamt 3 Klagen kommentierte der Verfahrensbevollmächtigte Professor Schachtschneider für 254 Persönlichkeiten als Beschwerdeführer: „Das Gericht, dessen Praxis nur noch den

¹ „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ ...

² „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ ...

Organspende

zu enttäuschen vermag, der die Erwartungen in das Gericht setzt, es werde Recht sprechen, hat wieder einmal den Grundrechtsschutz verkürzt.“

Die *erweiterte Zustimmungregelung* gilt nur in 6 europäischen Staaten. In allen anderen Staaten gilt die noch viel härtere sog. *Widerspruchsregelung*. Hat der Spender einer Organentnahme nicht zu Lebzeiten widersprochen, was in einem Widerspruchsregister festzuhalten ist, so dürfen Organe entnommen werden, auch gegen den Willen der Angehörigen, die zum Teil noch nicht einmal darüber in Kenntnis gesetzt werden müssen. Dies kann auch Touristen widerfahren – und zwar beim Urlaub in folgenden Ländern: Frankreich, Italien, Lettland, Liechtenstein, Luxemburg, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern. In Belgien, Finnland und Norwegen haben die Angehörigen zumindest ein Einspruchsrecht. In Bulgarien gibt es noch nicht einmal ein Widerspruchsrecht - es gilt immer eine "Notstandsregelung".

In den Bundestagsanhörungen der letzten Monate (2011) konnten sich die Lobbyisten für eine Widerspruchsregelung nicht durchsetzen. Beschlossen wurde zum 1. Juli 2011 die „Erklärungslösung“, bei der sich jeder Bürger einmal in seinem Leben entscheiden soll, ob er Organspender sein möchte oder nicht. Wer keine Erklärung abgeben will, für den dürfen weiterhin die Angehörigen entscheiden. Die Erklärung soll getroffen und behördlich registriert werden, z.B. im Zusammenhang mit der Aushändigung eines Führerscheines oder eines Personalausweises, also in der Regel noch mit unter 20 Jahren.

Das Hauptargument der Befürworter einer Neuregelung ist die dadurch erhoffte Verringerung der Kluft zwischen der Anzahl verfügbarer Organe und der Personen, die auf der Warteliste für eine Transplantation stehen. **Diese Kluft wird sich aber schon deshalb nicht verkleinern, weil mit der Anzahl von Organen auch die Anzahl der Transplantationsempfehlungen als „Therapie der Wahl“ steigen würde.**

Nachfolgende Erörterungen sollen die bisherigen und noch zu erwartenden, einseitigen Darstellungen des Themas in den Medien ausgleichen. Um eine so weitreichende Entscheidung zu fällen, bedarf es mehr als nur der Propaganda seitens der Transplantationslobbyisten, mehr auch als moralische Aufforderungen zur Nächstenliebe. Hier bedarf es der Beleuchtung derjenigen Sachverhalte, die in der öffentlichen Debatte zumeist im Dunkeln verbleiben.

Presseerklärung der KAO

Tag der Organspende: Initiative Kritische Aufklärung über Organtransplantation KAO e.V. gegen Einführung der Widerspruchsregelung und Erklärungsspflicht zur Organspende

Bremen (01.06.11). Zum diesjährigen „Tag der Organspende“ am 4. Juni bekräftigt die Initiative „Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.“ (KAO) aus Bremen ihre Forderung an alle Institutionen und die Gesellschaft nach Ablehnung der Widerspruchsregelung oder einer Erklärungsspflicht zur Organspende. „Der einseitigen Werbung für Organspende muß eine ehrliche und umfassende Information entgegengestellt werden. Denn nur bei ehrlicher, umfassender Aufklärung sind Menschen in der Lage, eine tragfähige Entscheidung darüber zu treffen, ob sie Organe geben wollen oder nicht“, betont die 1. Vorsitzende von KAO, Renate Focke.

„Die Menschen müssen wissen, daß zum Zweck der Organentnahme der Todeszeitpunkt vorverlegt wird. Organe werden im sogenannten Hirntod bei schlagendem Herzen unter Aufrechterhaltung aller übrigen Körperfunktionen, also bei lebendigem Leib, herausgeschnitten. Bei der Organentnahme benötigen diese „Toten“ muskelentspannende und schmerzstillende Medikamente. Eine Narkose bei einer Organentnahme ist nicht vorgeschrieben, wird aber zunehmend von Ärzten gefordert bzw. stillschweigend oftmals bereits gegeben“, erklärt Renate Focke zur Praxis der Organentnahme. „Zu einer ehrlichen Aufklärung gehört auch die Information, daß Organspender auf eine Sterbebegleitung durch Angehörige verzichten müssen, daß ihr Sterben - wenn die Diagnose richtig ist - auf dem Operationstisch verlängert wird, um dann nach der Organentnahme beendet zu werden.“

Die Mitglieder von KAO erwarten von der Transplantationsmedizin, endlich einzugestehen, daß der Hirntod keine wissenschaftliche, sondern eine juristische Definition ist, um straffrei lebensfrische Organe entnehmen zu können. Im Jahr 2008 stellte das „President’s Council on Bioethics“ (USA) eindeutig klar: „Der Hirntod ist naturwissenschaftlich nicht dem Tod gleichzusetzen.“ Der britische Kardiologe David W. Evans faßt die Kritik am Hirntodkonzept und der auch in Wales geforderten Widerspruchslösung in seinem Schreiben an das Parlament in Wales zusammen: „Ein Schritt in Richtung Widerspruchslösung, ohne zuvor sicherzustellen, daß alle möglicherweise Betroffenen umfassend und ehrlich darüber informiert werden, was mit ihnen geschieht, wenn sie eines Tages als Organspender verwendet werden - und daß sie dies alles verstanden haben - dieser Schritt ist aus meiner Sicht eine Ausweitung der schon jetzt vorherrschenden Irreführung von altruistischen, aber schutzlosen Menschen bei der zunehmend intensiveren Suche nach Organen -

Organspende

auf Kosten der beruflichen Glaubwürdigkeit und der altmodischen Vorstellung von fairem Umgang miteinander.“ (Welsh Affairs Committee, February 2011).

Die Mitglieder von KAO fordern die Bundesregierung und die im Bundestag vertretenen Parteien auf, die enge Zustimmungslösung einzuführen, also Organentnahmen nur bei einer persönlichen Einwilligungserklärung nach umfassender Information gesetzlich zu erlauben. Weiterhin erwarten sie von allen Kliniken sowie den Ärzten und den Pflegenden, Patienten im Hirnversagen die gleiche Zuwendung zu geben wie anderen Sterbenden, und von den Vertretern der Kirchen, keine Nützlichkeitsabwägungen zu unterstützen.

Auf ihrer Webseite unter <http://www.initiative-ka0.de> bietet KAO ausführliche kritische Hintergrundinformationen und Angehörigenberichte zum Thema Organspende, Organentnahme und Hirntod an, um Interessierte auch über die andere Seite der Transplantationsmedizin zu informieren.

Über den Verein "Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V. - KAO"

Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V. (KAO) ist eine Initiative, gegründet von Eltern, die ihre verunglückten Kinder zur Organspende freigegeben haben, ohne die Hintergründe zu diesem Zeitpunkt genau genug zu kennen. Erst nachdem unsere Kinder beerdigt waren, haben wir begriffen, wozu wir ja gesagt hatten. Wir haben begriffen, daß lebende Organe nicht von Menschen entnommen werden können, die so tot sind, wie wir es uns vorgestellt hatten. Wir haben unsere Entscheidung daher bitter bereut. Durch unsere Zustimmung waren unsere Kinder in ihrem Sterbeprozess, indem sie unserer besonderen Liebe bedurften, ungeschützt alleingelassen und einer Organentnahme überantwortet, die uns hinterher wie das Ausschlachten eines Autowracks erschien.

In dieser Situation haben wir uns entschlossen, durch Aufklärung dazu beizutragen, daß andere Eltern unter ähnlichen Umständen davor bewahrt werden, unvorbereitet wie wir mit der Frage der Organspende konfrontiert zu werden.

Pressekontakt:

Renate Focke, 2. Vorsitzende KAO

Ricarda-Huch-Str. 13

28215 Bremen

Deutschland

Tel:

0421-6734305

Email:

renate.focke.ka0@kabelmail.de

Mensch oder Humanmaschine?

Als der südafrikanische Chirurg Christiaan Neethling Barnard, Sohn eines protestantischen Missionars, im Dezember 1967 die erste Herztransplantation vornahm, war der Grundstein gelegt für eine *Therapieform*, die auch nach über 40 Jahren Praxis nichts von ihrer Gruseligkeit verloren hat – die Transplantationsmedizin.

Welche Sicht vom Menschen steckt hinter der Transplantationsmedizin von heute? Ist es das aus ganzheitlicher Sicht vertretene Bild des Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele? Oder ist es das Bild aus materialistischer Anschauung, wo der Mensch im Wesentlichen als *Körper* definiert wird, der wie eine Maschine funktioniert und daher ebenso mittels *Ersatzteilen* repariert werden kann?

Wenn es wirklich so wäre, daß Organe bei Menschen beliebig austauschbar sind, dann sollte man auch davon ausgehen können, daß der Empfängerkörper, ebenso wie eine reparaturbedürftige Maschine, keinerlei Abstoßungsversuche gegen das fremde Organ unternimmt. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Die Abstoßungsversuche müssen zeitlebens durch Chemikalien unterdrückt werden – außer bei eineiigen Zwillingen. Mit anderen Worten: Die Natur, unsere menschliche Natur wehrt sich gegen diese Art von „Therapie“. Aber die forschenden Mediziner in ihrem Mach(t)barkeitswahn schieben solche Erkenntnisse beiseite und versuchen, sie mittels teurer, hochdosierter Unterdrückungschemikalien zu unterlaufen.

Ein hervorragendes Handbuch zum Thema Organentnahme ist „Herzloser Tod – das Dilemma der Organspende“. Die Autorinnen haben dazu im Jahr 1998 mit Angehörigen aller betroffenen Gruppen Gespräche zum Thema geführt, um ein möglichst umfassendes Bild zu gewinnen. Vor allem werden Einblicke in das tatsächliche Geschehen um die Transplantationen vermittelt, die von der staatlichen und ärztlichen Propaganda ausgeklammert werden. In der öffentlichen Debatte ist nur die Rede davon, daß der Organspender mit seiner Spende Todkranken helfen und so im - medizinisch nicht mehr verhinderbaren - Sterben noch etwas Gutes tun kann. Es wird ihm suggeriert, daß er bei der Organentnahme *tot* ist – also ein Leichnam - und diesen Vorgang daher nicht mehr wahrnimmt. Doch ist das wirklich so?

In der Ärztezeitung vom 31.08.2000 wurde über eine entsprechende Diskussion in Großbritannien berichtet. Demnach hält der britische Anästhesist Dr. Peter Young es grundsätzlich für möglich, daß hirntote Patienten bei der Organentnahme Schmerzen empfinden können, da der Hirntod kein einziges Ereignis, sondern ein komplizierter und langwieriger Prozeß sei, „über den wir Ärzte noch zu wenig wissen. Daher ist es gefährlich

anzunehmen, daß jeder offiziell als "hirntot" klassifizierte Patient keine Schmerzen mehr empfindet." Andere britische Narkosefachärzte stimmen Dr. Young zu. Dr. Philip Keep (Norfolk and Norwich Hospital, Norwich) berichtete, er weigere sich, selbst einen Organspenderausweis mit sich zu tragen, obwohl er "grundsätzlich für Organspenden" sei. Den Grund, den der Anästhesist für seine Weigerung in einem Radioprogramm der BBC gab, ließ Patienten im Königreich kalte Schauer über den Rücken laufen: "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." Dr. Keep beschrieb die von ihm beobachteten Reaktionen von hirntoten Patienten bei der Organentnahme als "zucken". Der Narkosearzt ist gar der Ansicht, „daß hirntote Organspender vor der Organentnahme grundsätzlich anästhesiert werden sollten." Bislang ist dies in britischen Krankenhäusern nicht üblich. Auch in Deutschland dürfte es nicht gängige Praxis sein, hirntote Patienten vor der Organentnahme zu narkotisieren, berichtet Dr. Angelika Eder, Transplantationskoordinatorin der *Deutschen Stiftung für Organtransplantation* in Bayern von ihren Erfahrungen. Sie schließt aber nicht aus, daß in einigen Kliniken anders verfahren wird. Das Problem ist natürlich daß man bei der Verabreichung einer Narkose gleichzeitig den Hirntod verneint, denn es würde bedeuten, daß der Patient noch Schmerzen empfinden und somit nicht tot sein kann.³

Im Brockhaus 2004 wird der Tod wie folgt definiert:

„Der Tod ist das Ende eines Prozesses, der als Sterben bezeichnet wird. Dabei kommt es zu einem irreversiblen Funktionsverlust des Atmungs-, Kreislauf- und Zentralnervensystems. Als Kriterium für den Eintritt des Todes gilt der Hirntod (???). Häufig geht dem Tod ein unterschiedlich langer Sterbevorgang voraus, wobei eine fortschreitende Reduzierung aller Lebensäußerungen stattfindet, die als **Vita reducta** oder **Vita minima**, in der letzten Phase als **Agonie** bezeichnet wird. ...Als **klinischer Tod** wird das Aufhören der Atmung und Herzaktion bezeichnet. Dieser Zustand kann in besonderen Fällen durch Wiederbelebung, v.a. Herzmassage und Beatmung, rückgängig gemacht werden. Wenn das Gehirn jedoch nicht innerhalb weniger Minuten wieder mit Sauerstoff versorgt wird, kommt es zum unwiderruflichen Absterben von Gehirnzellen (**Hirntod, biologischer Tod**)... Als beweisend für den Todeseintritt beziehungsweise als Zeitpunkt für die Beendigung von Wiederbelebungsmaßnahmen gilt nur das Auftreten von **sicheren Todeszeichen** (Totenflecke und Totenstarre). Diese fehlen beim Scheintod.“

³ Zitate nach dem Buch „Herzloser Tod“

Die Darstellung im Brockhaus scheint in sich widersprüchlich, was aber wohl nicht zu umgehen ist, da die ganze Art und Weise des Umgangs mit möglichen Organ Spendern aus dem Überbrücken von Widersprüchen besteht. Auch im Brockhaus von 1937 kennt man den Hirntod bereits:

„Beim Sterben fällt gewöhnlich eine der lebensnotwendigen Organleistungen zuerst aus; infolgedessen hören dann die übrigen Lebenstätigkeiten in bestimmter Reihenfolge auf. Nach den Ausgangsstellen des Todes spricht man von Herztod, Gehirntod (langsame Lähmung oder schneller Gehirnschlag) oder Lungentod.“

Hier bezeichnet der Begriff *Gehirntod* die *Ursache* für den Beginn des Sterbens, der Ausfall des Gehirns wird aber nicht als Endpunkt des Sterbeprozesses angesehen. Ein „Nur-Gehirntoter“ hat ja auch noch nicht die als *sichere Todeszeichen* bezeichneten Totenflecke oder die Totenstarre, zumal wenn er intensivbehandelt wird.

Die Hirntod-Diagnose

Die klinische Hirntod-Diagnose an noch lebenden Patienten ist ein schmerzhafter Prozeß. Es ist ein Eingriff, der nicht dem Wohle des Patienten, sondern in der Regel der Organbeschaffung dient. Die klinische Untersuchung - und nur diese ist vorgeschrieben - sieht u. a. vor:

- Eine 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 Bronchialraums durch Absaugkatheter
- festes Drücken der Augäpfel
- Gießen von Eiswasser in die Gehörgänge.

Durch solche Untersuchungen, die aus dem Komapatienten quasi einen Gegenstand machen, der den Quälereien des Diagnostikers hilflos ausgeliefert ist, oder auch mit Hilfe einer Angiographie⁴ kann der Patient in den Tod getrieben werden. Richard Fuchs hat unter anderem das Buch „Das Geschäft mit dem Tod“ geschrieben, wo er über Komapatienten berichtet: „Die Koma-Forschung zeigt: Der Patient reagiert auf ein schweres schockartiges Erlebnis mit einer tiefgreifenden, gesamtkörperlichen Stilllegung, einer Hem-

⁴ =Röntgendarstellung von Blutgefäßen nach Injektion eines Kontrastmittels in die Gefäßbahn

mung, einem "Totstellreflex" oder einer "Katastrophenreaktion". Sein intuitives Verhalten kann dann lebensbedrohliche Folgen haben, wenn er sich bei einer schmerzhaften Diagnose tot stellt.“

Der 1959 von französischen Wissenschaftlern eingeführte Begriff des „coma dépassé“ (endgültiges Koma) wurde von diesen nicht mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt. Das geschah erst, als die Harvard Ad - hoc - Kommission 1968 diesen Begriff aus pragmatischen Gründen in „Hirntod“ umdekorierte. Der Begriff „Hirntod“ wurde zu dem Zeitpunkt als Tod des Menschen eingeführt, als nach der ersten Herztransplantation 1967 in Kapstadt 1968 auch in den USA rund 70 Herztransplantationen vorgenommen worden waren und die Ärzte sich gegen den Vorwurf eines Tötungsdeliktes und eine entsprechende Strafverfolgung zur Wehr setzen mußten. Allerdings war ein nach den Harvardkriterien definierter Toter zu keinerlei Reflexreaktionen mehr fähig, während heutzutage bis zu 17 Reflexe als mit der Todesdefinition vereinbar gelten. So ist es offensichtlich, daß der Todeszeitpunkt im Interesse der Transplantationsmedizin immer weiter nach vorne geschoben wurde – wer weiß, wo das enden wird?

Der Arzt und Bundestagsabgeordnete Dr. Wolfgang Wodarg (SPD) äußerte in der Bundestagsdebatte vom 25.06.97 sein Befremden über den Begriff „Hirntod“ (S. 16409 BT-Protokoll):

„Es ist auffällig, daß der Begriff vom üblichen medizinischen Sprachgebrauch abweicht. Bei vergleichbaren Schädigungen anderer lebenswichtigen Organe spricht man von Nierenversagen, Herzversagen oder Lungenversagen. Das irreversible Hirnversagen aber wird kurzweg Hirntod genannt... Von „Herzversagen“ spricht man, wenn das Herz nicht mehr arbeitet, kein Blut pumpt. Vom „Herztod“ – Sekundenherztod zum Beispiel – spricht man aber erst, wenn der ganze Mensch infolge eines Herzversagens gestorben ist... Für uns ist deshalb das endgültige, vollständige Hirnversagen nur ein Wendepunkt, der das Sterben unumkehrbar gemacht hat. Er wird von uns als Entnahmevoraussetzung für noch lebende Organe akzeptiert, aber eben nicht mit dem Tod gleichgesetzt.

*(Anm.: Wodarg wollte damit die **Explantation von lebenswichtigen Organen an einem noch Lebenden** für zulässig erklären, also eine Tötung für fremde Interessen! Er war keineswegs in Gegnerschaft zur Transplantationsmedizin!)*

Dieser so doppeldeutig als Hirntod bezeichnete Zustand stellt sich meist nicht schlagartig ein, sondern entwickelt sich im Laufe von Stunden oder Tagen. Ein Unfall zum Beispiel oder eine Blutung kann das ganze Gehirn unwiederbringlich zerstören.

Organspende

Der Patient im Hirnversagen ist ein bewußtloser, tief komatöser Mensch, der beatmet werden muß. Reflexe, die an eine intakte Gehirnfunktion gebunden sind, zeigt er nicht mehr. Er schließt nicht die Augen, wenn Lid oder Hornhaut berührt werden. Die Pupillen sind weit und reagieren nicht mehr auf Lichtreize. Auch der Hustenreflex ist erloschen. Reflexe, die auf ein intaktes Rückenmark schließen lassen, zeigen sich noch: der Kniesehnenreflex zum Beispiel, eine Erektion ist noch möglich und andere im Rückenmark koordinierte Reaktionen. Aber Reflexe sind Reaktionsweisen von Lebewesen, von Lebenden. Das heißt, sie zählen eindeutig zu Lebenserscheinungen.

Sogenannte Hirntote zeigen weitere Lebensäußerungen, wie Herzfähigkeit, Stoffwechsel, sie schütten Hormone aus, Blutbildung und Blutgerinnung funktionieren noch. Falsch ernährt, können diese Patienten Durchfall oder Verstopfung bekommen. Zudem sind an ihnen vegetative Reaktionen, zum Beispiel Hautrötung, Schwitzen und unkoordinierte Bewegungen, zu beobachten. Selbst Wunden können sie noch ausheilen.

Daß und wie stark lebenswichtige Körperfunktionen gestört sind, läßt Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Erkrankung zu. Es besagt jedoch nicht, daß der Mensch tot ist.

Wird ein Patient im Hirnversagen operiert, um ihm Organe zur Transplantation zu entnehmen, so reagiert er in vieler Hinsicht, wie jeder Mensch, der operiert wird, der unbewußt Schmerz erlebt. Er zeigt Reaktionen: Die Pulsfrequenz schnellt hoch, der Blutdruck bewegt sich, Hormone werden ausgeschüttet. Zu solchen Reaktionen ist ein Leichnam nicht mehr in der Lage.“

Oftmals werden die „Hirntoten“ auf dem OP-Tisch mit Gurten festgeschnallt, um irritierende Bewegungen zu verhindern. In der Fachliteratur nennt man sich bewegende, hirntote Komapatienten „Spinalwesen“. Der Neurologe Andreas Zieger, der der Hirntoddiagnostik kritisch gegenübersteht, beschreibt diese so:

„Die sogenannten Spinalwesen sind in meinen Augen Menschen mit einem intakten Rückenmark, die wahrnehmen und erleben. Sie antworten motorisch und leben in Beziehung zu ihrer Umwelt⁵.“

In einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages berichtete Zieger 1996 über Beobachtungen von Komapatienten. Zunächst beantwortete er die Frage nach dem Todeszeitpunkt des Menschen, indem er sagte: „Ob Herztod oder Hirntod, jede Definition des Todes ist eine willkürli-

⁵ „Herzloser Tod – das Dilemma der Organspende“ S.73

che Grenzziehung in das Kontinuum des Sterbeprozesses eines Menschen.“ Und weiter heißt es:

„Aus unserer eigenen Forschungstätigkeit an Komapatienten auf der Intensivstation weiß ich, daß Komapatienten auf äußere Ereignisse und soziale Stimuli, wie zum Beispiel den Besuch von Angehörigen, eindeutig antworten. (...) Überlebende können sich an Komasituationen rückerinnern und in Hypnose sogar ihre alten Körperpositionen wieder einnehmen. Das gibt uns Einblick in die Lerngeschichte im Koma. Es ist also nicht wissenschaftlich erwiesen, daß ein als hirntot definierter sterbender Mensch keine archaischen Empfindungen mehr hat. Das Erlöschen der Schmerzreaktion reicht nicht aus, wie man aus der Narkoseforschung weiß. Das mit dem Hirntodkonzept verbundene Leib - Seele - Problem ist also ungelöst. Es ist auch mit genauen Meßmethoden nicht hundertprozentig genau zu bestimmen, wann das Gehirn abgestorben ist. Eigentlich müßte das gesamte Rückenmark mit eingeschlossen sein, weil es Teil des integrierenden Zentralnervensystems des Menschen ist. Das Rückenmark integriert Sensibilität und Motorik fast des gesamten Körpers. Es kann nicht wissenschaftlich ausgeschlossen werden, daß es nichts mit der Integration des autonomen Selbst zu tun hat. (...) Mit dem Tieferwerden des Komas erlöschen immer mehr Hirnstammreflexe, während spinale Reflextätigkeiten erhalten bleiben. Diese motorische Leistung und Verhaltensphänomene, wie sie bei Hirntoten in Form von Umarmungen und Schreibbewegungen zu beobachten sind, sogenannte Lazarusphänomene, werden entsprechend der Logik des Hirntodkonzeptes als bedeutungslose Reflexe und Automatismen, Spinalisationen abgewertet.“

In der Beilage „Organspende und Selbstbestimmung“ der Zeitschrift „Das Parlament“ Ausgabe 20/21 2011⁶ gibt es einen sehr lesenswerten Artikel mit dem Titel „Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten“. Dort heißt es zum Hirntodkonzept:

„Kritiker der Gleichsetzung von Tod und Hirntod wie der Philosoph und Nobelpreisträger Hans Jonas halten am klassischen Todeskonzept fest. Sie plädieren dafür, den Komapatienten oder den Hirntoten im Zweifel so zu behandeln, als sei er noch auf der Seite des Lebens, da wir die exakte Grenze zwischen Leben und Tod nicht kennen, und der Mensch nicht von seinem Körper zu trennen oder im Gehirn zu lokalisieren sei. Jonas warnt davor, das Hirntodkriterium in den Dienst der Organbeschaffung zu stellen. Der Therapieabbruch bei hirntoten Patienten sei nur dann gerechtfertigt, wenn er dem Interesse des Patienten selbst diene, aber nicht für

⁶ www.das-parlament.de/2011/20-21/Beilage/001.html

Organspende

fremdnützige Zwecke. Auch Gehirnforscher und andere Wissenschaftler stellten fest, daß die Gleichsetzung von Hirntod und Tod aus physiologischer Sicht unhaltbar sei und veröffentlichten 1995 eine Erklärung für ein verfassungsgemäßes Transplantationsgesetz und gegen die Gleichsetzung hirntoter Patienten mit Leichen.“

Offensichtlich haben sich diese Kritiker nicht durchsetzen können. Überhaupt scheint bei diesem Thema der *gesunde Menschenverstand* weniger zu zählen, als das Überleben einer „Therapieform“, welche bei genauer Betrachtung am meisten denen nutzt, die damit materiellen Profit erzielen. Wie sonst wäre die Ignoranz aller Gegenargumente zu erklären? Weitere Zitate aus o.g. Beilage:

„Die Annahme, daß nach dem Hirntod unmittelbar und notwendig der Herzstillstand und die körperliche Desintegration eintreten, ist durch etwa 175 dokumentierte Fälle (bis 1998) widerlegt worden, in denen zwischen Hirntod und Herzstillstand mindestens eine Woche und bis zu 14 Jahre lagen. Durch die Fälle „chronischen Hirntods“ wird die Hypothese der engen kausalen und zeitlichen Relation von Hirntod und Tod des gesamten Organismus widerlegt.

Laut deutschem Transplantationsgesetz (TPG) dürfen lebenswichtige Organe nur von Toten entnommen werden. Wie der Philosoph Ralf Stöcker bemerkt, ist die entscheidende Frage unbeantwortet geblieben, nämlich ob hirntote Menschen auch tatsächlich tot sind. Kaschiert worden sei dieser Umstand dadurch, daß die Bundesärztekammer die Deutungshoheit an sich gezogen und konstatiert habe, daß „mit dem Hirntod naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“ sei.“

Wohl jeder, der sich *für* die Organspende ausspricht und sich nicht eingehend mit der umfangreichen Problematik beschäftigt hat, geht davon aus, daß die Entnahme an seinem *Leichnam* geschieht und er davon nichts mehr mitbekommt. Aber die Erfahrungsberichte von Ärzten, Pflegern und Anästhesisten gehen eindeutig in die Richtung, daß die Sterbenden – eben keine Leichen – sehr wohl auch ohne meßbare Hirnfunktionen noch Wahrnehmungen haben, bis hin zu Schmerzempfindungen und Angstgefühlen, ja daß sie sogar spüren, was auf sie zukommt, wenn der Chirurg mit der Absicht zum Messer greift, den Bauchraum aufzuschlitzen.

Eine andere Erklärung für die Schilderung im Falle von Sven Rogowski⁷ läßt sich wohl kaum finden. Als der Neunzehnjährige nach erfolgter Explantation von seiner Mutter vor der Beerdigung noch einmal gesehen wird, ist diese entsetzt. Sven, so die Mutter, sei innerhalb einiger Stunden gealtert, sein blondes Haar weiß geworden. „Er sah aus, als wenn er einen ganz schlimmen

⁷ „Herzloser Tod – das Dilemma der Organspende“ S.18

Todeskampf hinter sich hätte – gequält. Ich habe mich immer wieder gefragt, was da passiert ist.“ Können Tote nach einem traumatischen Erlebnis noch altern? Oder war Sven eine Ausnahme?

Fehldiagnosen

Abgesehen von den Zweifeln, daß ein „Hirntoter“ auch wirklich tot ist, ist die Diagnose selbst keineswegs unfehlbar, zumal sie in verschiedenen Ländern unterschiedlich zustande kommt.

„Wie häufig Fehldiagnosen des Todes sind, ist unbekannt; sie werden selbstverständlich nicht in Fachzeitschriften publiziert. Allerdings wurden einige Fälle von „Hirntod-Mimikry“ hochrangig publiziert. Deren Ursachen waren Pestizidvergiftung, eine Baclofen-Überdosis (Wirkstoff zur Muskelentspannung) beziehungsweise ein fulminantes Guillain-Barré-Syndrom (neurologische Erkrankung mit vollständiger Lähmung). Letzteres ist vor allem bei vorangehender Kopfverletzung mit dem Hirntod zu verwechseln, weil diese irrtümlicherweise für die Ursache der hirntodartigen Symptome gehalten werden kann. In diesen Fällen hatten die Ärzte die lebenserhaltenden Maßnahmen fortgesetzt, obwohl die klinische Diagnostik für den Hirntod sprach. Alle beschriebenen Patienten wurden wieder gesund. Die Autoren dieser Studien warnen vor Fehldiagnosen des Hirntodes in ähnlichen Fällen.“⁸

Diese Patienten haben Glück gehabt, denn normalerweise wird ein zum *Hirntoten* abgestempelter Patient entweder Organspender, oder aber die Geräte werden abgestellt.

Das Bauchhirn

Der Neurologe Andreas Ziegler brachte in die Debatte einen ganz neuen Aspekt ein, der jedoch von der etablierten Transplantationsmedizin völlig ignoriert wird – und zwar zwangsläufig ignoriert werden muß, da anderenfalls die heutige Praxis der Organentnahme sofort gestoppt werden müßte⁹.

„Das Gehirn kann ohne Körper nicht existieren oder funktionieren als Organ, wenn man einmal biologisch argumentiert. Während umgekehrt der Körper sehr wohl ohne Gehirn funktionieren kann, denn er hat ein Rückenmark. Neuere Forschungen haben ergeben, daß wir neben dem Kopfhirn ein zweites Gehirn, das Bauchhirn, haben. Wir haben heute völ-

⁸ www.das-parlament.de/2011/20-21/Beilage/001.html

⁹ „Herzloser Tod – das Dilemma der Organspende“ S.63

lig neue Einsichten in die Anatomie des Körperlichen. ‚Körper‘ schließt für mich Kopf, Rumpf und Extremitäten mit ein.“

Im GEO-Magazin Ausgabe 11/00 befindet sich ein in diesem Zusammenhang hochinteressanter Artikel mit dem Titel „Wie der Bauch den Kopf bestimmt“. Meiner Ansicht nach ist spätestens mit den dort vorgestellten neurowissenschaftlichen Erkenntnissen jede Erörterung darüber, ob das Hirnversagen als „endgültiger Tod“ bezeichnet werden kann, an ihrem Ende angelangt!

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts zerlegte der deutsche Nervenarzt Leopold Auerbach ein Stückchen Gedärm und betrachtete es durch ein einfaches Mikroskop. Dabei sah er etwas, das ihn stutzig machte: In die Darmwand eingebettet sind zwei Schichten eines Netzwerkes von Nervenzellen und -strängen, hauchdünn und zwischen zwei Muskellagen versteckt. Auerbach hatte, ohne es zu wissen, die Schaltzentrale des Verdauungssystems entdeckt. Gemäß heutiger Neurowissenschaft sind unsere Eingeweide umhüllt von mehr als 100 Millionen Nervenzellen: mehr Neuronen, als im gesamten Rückenmark zu finden sind. Dieses "zweite Gehirn" ist quasi ein Abbild des Kopfhirns - Zelltypen, Wirkstoffe und Rezeptoren sind exakt gleich. In einem brutalen Tierversuch legten Wissenschaftler in einem Londoner Labor bei einem Hund die Eingeweide frei und schnitten alle Nervenverbindungen zu anderen Organen und zum zentralen Nervensystem ab, so daß keine direkten Informationen aus Gehirn oder Rückenmark im Darm ankommen konnten. Dann drückten sie auf eine Eingeweideschlinge und konnten feststellen, daß das Eingeweide mit einer Impulswelle von Zusammenziehen und Entspannen reagierte. Ohne Nervenanregung von außen ist also unser Gedärm (nicht nur das eines Hundes) in der Lage, eigenständig nervös tätig zu werden! Man fand heraus, daß das Kopfhirn umso weniger „zu sagen hat“, je weiter man das Verdauungssystem herabsteigt. Ab dem Magenausgang bis kurz vor Darmende (Schließmuskel) regiert das Bauchhirn. Und weit mehr Nervenstränge führen vom Bauch in das Gehirn als umgekehrt – 90 Prozent der Verbindungen laufen von unten nach oben, weil sie wichtiger sind als umgekehrt. Das Darmhirn *fühlt*. Sprüche wie „aus dem Bauch heraus entscheiden“, „ein mulmiges Gefühl haben“, „Schmetterlinge im Bauch“ von frisch Verliebten weisen darauf hin, daß seelische Prozesse und unser Verdauungssystem eng miteinander verflochten sind.

Die notwendige Schlußfolgerung aus dieser Kenntnis eines Bauchhirns kann nur sein, jeden Sterbenden in Würde und Frieden gehen zu lassen, ohne aus seinem Bauch die Innereien zum (zweifelhaften) Wohle wildfremder Menschen herauszunehmen. Denn **solange das Bauchhirn lebt, kann es eine Todesdefinition namens „Hirntod“ nicht geben!**

Die Herzintelligenz

Nicht nur unser Bauch, sondern auch unser Herz führt ein vom Gehirn nicht direkt abhängiges Eigenleben! Zu diesem Schluß kam das in Kalifornien ansässige *HearthMath-Institut IHM*, welches sich seit vielen Jahren der Erforschung des Herzens aus Sicht der Neurowissenschaften, der Kardiologie, Psychologie, Physiologie, Biochemie, Physik und Bioelektrizität widmet. Die dort tätigen Wissenschaftler fanden heraus, daß das Herz nicht nur fürs Blutpumpen zuständig ist, sondern auch die harmonische Zusammenarbeit vieler Körpersysteme kontrolliert, wobei es zwar in ständigem Austausch mit dem Gehirn steht, aber auch viele eigene Entscheidungen trifft.

Die Forschungsergebnisse dieses US-Instituts fanden sogar Beachtung in einer Sonderveröffentlichung des Kölner Stadt-Anzeigers zum Thema Herz vom 28.09.2010. Dort heißt es unter anderem:

„Unser Herz ist aber auch ein Gehirn für Gefühle. Neurowissenschaftler haben entdeckt, daß das Herz ein eigenes System mit 40.000 Nervenzellen besitzt. Vermutlich sendet dieses „Herzgehirn“ emotionale Botschaften an unser Gehirn im Kopf. Dort werden vor allem jene Regionen angesprochen, die Emotionen auslösen und verarbeiten. Die Forscher am Institute of HearthMath in Kalifornien sind sich sicher: Diese Herzintelligenz verbindet unseren Intellekt mit unseren Emotionen. Auf sein Herz zu hören bekommt so eine völlig neue Bedeutung.“

Das ist aber noch nicht alles. Entscheidend für das Thema Organverpflanzung ist diese Feststellung:

„Es kann auch nach einem Hirntod weiterschlagen, weil es ein eigenes Erregungssystem besitzt.“

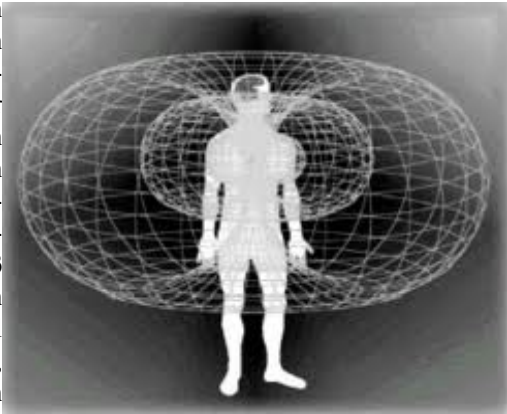
Die Neurokardiologie beschäftigt sich mit der Kommunikation zwischen Herz und Gehirn. Man fand heraus, daß das herzeigene Nervensystem wie ein kleines Gehirn arbeitet:

„Dank seiner komplexen Schaltkreise kann es unabhängig vom Gehirn im Kopf arbeiten. Es kann lernen, sich erinnern, ja selbst fühlen und empfinden. ... Das herzeigene Gehirn bezieht Informationen aus Hormonen, der Herzfrequenz und dem Blutdruck; es verwandelt diese Informationen in Nervenimpulse und verarbeitet sie eigenständig. Dann sendet es diese Informationen über den Vagusnerv und die Rückenmarksnerven an das Gehirn im Kopf zurück. Auf diesem gleichen nervalen Weg können auch Schmerz und andere Gefühlsempfindungen dem Gehirn im Kopf mitgeteilt werden.“¹⁰

¹⁰ Aus dem Buch „Die HerzIntelligenz Methode“ VAK Verlag S. 56

Auch wenn das Gehirn als *Empfänger* der Schmerz- und Gefühlsinformationen ausgefallen ist, so sind die Gefühle selbst doch vorhanden! Wie die Experimente am HeartMath-Institut zeigten, kommuniziert das Herz nicht nur mit dem Gehirn, sondern auf biophysikalische Weise über die Druckwellen des Blutes mit allen Zellen, Drüsen und Organen des Körpers. Außerdem besitzt das Herz ein elektromagnetisches Feld, welches bei weitem das stärkste Feld des Körpers ist und geschätzt 5.000-mal stärker ist als das des Gehirns.

Es umgibt unseren gesamten Körper und erstreckt sich einige Meter in den uns umgebenden Raum. In welcher Weise unser Herz mit den Herzen anderer Menschen in unserer Umgebung verbunden ist, bedarf gewiß weiterer Erforschung. Aber daß Verbindungen zwischen Herzen existieren, wird wohl niemand abstreiten mögen, der in Liebe mit anderen Menschen verbunden ist!



Welch wichtige Rolle das Herz bei der Verarbeitung von Gefühlen spielt, können wir unserem Sprachgebrauch entnehmen. Wenn wir gekränkt oder enttäuscht werden, dann *geht uns das zu Herzen*, dann *wird uns das Herz schwer*, oder uns *bricht gar das Herz*. Selbst wenn unser Herz an Maschinen angeschlossen und künstlich am Leben gehalten wird, verfügt es noch über seine Herzenergie und seine Herzintelligenz, die einen zur Organentnahme vorgesehenen "Hirntoten" zu abwehrenden Reaktionen veranlassen können. **Solange solche Vorgänge nicht restlos erforscht sind und Wahrnehmungen des Herzens von "Hirntoten" nicht vollkommen ausgeschlossen werden können, ist eine Gleichsetzung von Hirnversagen und Tod die pure Willkür.**

Auch beim Thema *Herz* landen wir wieder bei der Frage, wie *tot* eigentlich ein sogenannter Hirntoter ist? Und wie pervertiert ist eine Medizin, die Menschen als „tot“ bezeichnet, um ihnen zugunsten anderer Personen Organe zu entnehmen, die aber nur einem *noch Lebenden* entnommen werden können, weil sie sonst nicht mehr „verwertbar“ sind?

Wahrnehmungsprobleme

Zu der Problematik der Begriffsbestimmung „Hirntod“, die den Spender von Organen betrifft, gesellen sich noch all die Probleme, die die Angehörigen bekommen können (Schuldgefühle, Wahrnehmungsprobleme eines durchbluteten, atmenden Körpers als „tot“), von denen aber auch Ärzte und Pfleger oft nicht verschont bleiben. Es muß ein seltsames Gefühl für eine Schwester auf der Intensivstation sein, wenn ein Patient zunächst ganz normal behandelt wird, bis dann plötzlich der Verdacht auf „Gehirntod“ geäußert wird. Von dem Moment an, wo der Patient nun nur noch als ein potentieller Organspender betrachtet, er also nicht mehr um seiner selbst willen gepflegt und betreut wird, passiert folgendes:

„Von einem Augenblick auf den anderen ändert sich nicht nur der „objektive“ Status des Patienten vom Schwerverletzten zur hirntoten, „lebenden Leiche“, sondern auch der Pflegeauftrag: Statt Maßnahmen, die dem Wohl des Patienten dienen, geht es nun um die zweckorientierte Aufrechterhaltung der „Vitalfunktionen“ – also der lebenden Organe – mit dem Ziel, die Organe zu entnehmen. Dieser veränderte Behandlungsauftrag – die „Spenderkonditionierung“ – bringt die Pflegenden in eine intellektuell und emotional schwer zu bewältigende Situation.“¹¹

Kein Mensch kann die Frage beantworten, ob der Kranke/Sterbende nicht unterschwellig diesen Wechsel in der Absicht spürt. Kommunikation zwischen Menschen findet ja nicht nur über die Sprache statt, sondern vor allem über Gefühle, über Schwingungen und die noch kaum erforschte Herzenergie.



¹¹ „Herzloser Tod – das Dilemma der Organspende“ S.96

Und der Patient wirkt auch nicht wie ein Sterbender; er entwickelt keine Totenflecken auf der Haut, ist gut durchblutet und beatmet und unterscheidet sich äußerlich in keiner Hinsicht von Patienten, die wieder gesund gepflegt werden sollen. Auch für die Angehörigen der Betroffenen widerspricht das lebendig wirkende Erscheinungsbild jeglicher Todesdiagnose. Beim Abschied bleibt der Eindruck zurück, sich von einem Lebenden zu trennen, der nur anderen zuliebe noch weiter gepflegt wird.

Die Organempfänger

Das Buch „Herzloser Tod“ widmet das letzte Kapitel den Organempfängern, deren Weiterleben davon abhängig gemacht wird, daß ein anderer Mensch „passend“ sein Leben verliert. Dankbarkeit und Schuldgefühle, Hoffen und Harren, dann endlich eine schwere Operation ohne Erfolgsgarantie – denn ein gebrauchtes Organ ist nicht, wie ein Austauschmaschinenteil, generalüberholt mit Garantie -, die Notwendigkeit, den Rest des Lebens abstoßungsunterdrückende Medikamente mit Nebenwirkungen einnehmen müssen, dann das Problem, ein fremdes Organ eines Unbekannten in den Körper „integrieren“ zu müssen, auch seelisch-geistig; viele Transplantierte verändern sich in ihrem Wesen, teils durch die Medikamente, teils durch die seelische Belastung.

Diese Belastung beginnt ja schon mit dem Setzen des Kranken auf die "Warteliste". Der Kranke kann sich nicht der Hoffnung erwehren, daß bald ein "passender" Spender irgendwie sein Leben läßt. Bei Glatteis oder Nebel steigen seine Chancen, aber auch die damit verbundenen Schuldgefühle den möglichen Verkehrsopfern gegenüber. Daraus hat sich eine eigene "Organtransplantationspsychiatrie" entwickelt, die Kranke auf der Warteliste und bereits Operierte seelisch betreut.

Ob man den Menschen mit dieser „Therapieform“ wirklich einen Gefallen tut, mag jeder selbst entscheiden.

Gescheiter wäre es, der Zerstörung von Organen vorzubeugen, zum Beispiel durch Vermeidung allzu üppiger, oft sinnloser und widerspruchsvoller Medikamentierung oder Fehlbehandlungen. Gemäß einer Studie der Hamburger Universitätsklinik wird "in Deutschland die Therapie der Herztransplantation in zwei Dritteln der Fälle vorschnell angeboten".¹² Eine konservative Therapie ohne Transplantation, so das Ergebnis der Studie, gestatte "doch ein halbwegs normales, wenn auch kein belastbares" Leben zu führen.

¹² „Herzloser Tod – das Dilemma der Organspende“ S.192f

Eine seit 30 Jahren überfällige Beachtung der von *Dr. med. Ryke Geerd Hamer* gefundenen *5 Biologischen Naturgesetze* könnte wahrscheinlich die "Notwendigkeit" von Organentnahmen völlig überflüssig machen -

ein Grund mehr für die Profiteure der mechanistischen, symptomorientierten "modernen" Medizin, Dr. Hamers Entdeckungen, die er mittlerweile in wissenschaftlicher Weise zu einem komplexen, ausgesprochen treffsicheren Diagnosesystem ausgearbeitet hat, zu ignorieren¹³.

Schlußfolgerung

Es konnte im Rahmen dieses Heftes nur ein Überblick über die Thematik „Organspende“ vermittelt werden. Wer sich weitergehend mit diesem Thema beschäftigen möchte, der findet Material dazu z. B. auf den Seiten der kritischen www.initiative-ka0.de oder im Buch „Herzloser Tod“.

Nach meinem Empfinden existiert die ganze Transplantationsmedizin nur auf der Grundlage einer Lüge – der Lüge, daß der Mensch tot ist, wenn man einen Teil von ihm, sein Gehirn, als *tot* bezeichnet.

Dr. Jürgen Rüttger, Ex-Ministerpräsident von NRW, hat mal was Richtiges gesagt:

„Entweder lebt der Mensch, oder er ist tot. Für mich lebt der Sterbende. Deshalb hat er auch ein Recht auf einen würdigen Tod.“¹⁴

Der einfachste Schritt, den jeder von uns tun kann, ist, diesem System die Zustimmung zu verweigern,

im Diagnosefall Therapiemöglichkeiten jenseits einer Organverpflanzung zu suchen, also für sich selber diese Methode abzulehnen,

ein Einverständnis zur Organentnahme zu verweigern,

für ein Recht auf *Sterben in Würde* einzutreten,

mit anderen über das Thema zu sprechen, ihnen die kritischen Punkte mitzuteilen und auf weiterführenden Lesestoff zu verweisen,

und vor allem, sich um ein ganzheitliches Menschenbild zu bemühen!

¹³ Infos dazu unter www.neue-medizin.de / www.germanische-heilkunde.at

¹⁴ Plenarprotokoll 13/183 vom 25. Juni 1997

Organspende

Der Mensch ist mehr als nur die Summe seiner Einzelteile. Durch eine Entnahme der Organe bei lebendigem Leib mutiert der Sterbeprozess zum Trauma – für den Betroffenen, die Angehörigen, die medizinischen Pflegekräfte, sowie alle Ärzte und Organempfänger, die im Leben mehr sehen als ein mechanistisch-materialistisches Geschehen.

Jeder, der vor die Entscheidung *für oder gegen Organspende* gestellt wird, sollte sich vorher vorzustellen versuchen, wie es wäre, wenn er selbst oder der ihm am nächsten stehende Mensch der Tortur der "Hirntodfeststellung", der anschließenden *Pflege für fremde Zwecke*, und schließlich der *Operation, die nicht dem Leben des Operierten dient*, ausgesetzt würde.

Echte Nächstenliebe ist...

...allen Beteiligten solche Belastungen zu ersparen!

