

Johannes Fischer

Organspende: Was gegen die Widerspruchslösung spricht

Die Zahl der Organspender ist 2022 um 6,9 % gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Waren es 2021 933 Personen, so 2022 869 Personen. Insgesamt konnten 2695 Schwerstkranke mit Spenderorganen versorgt werden. Gemessen an den ca. 8500 Menschen, die auf einer Warteliste für ein Spenderorgan stehen, ist das viel zu wenig.

Angesichts dieser Situation hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angeregt, erneut über die Einführung einer Widerspruchslösung zu diskutieren. In diesem Fall wäre jeder automatisch Organspender, falls er sich nicht zu Lebzeiten ausdrücklich dagegen erklärt hat. Zugunsten dieser Lösung wird auf Umfragen verwiesen, die ergeben haben, dass eine große Mehrheit der Befragten sich für die Organspende ausspricht. Dass gleichwohl die Zahl derer, die ausdrücklich ihre Bereitschaft zu einer Organspende erklären, so gering ist, scheint nach diesen Befunden nicht auf mangelnde Bereitschaft zurückzuführen zu sein, sondern auf mangelnde Motivation, die eigene Bereitschaft auch zu dokumentieren. Tatsächlich, so die Annahme, ist die große Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger zur Spende ihrer Organe bereit.

Die geltende Zustimmungslösung führt demgegenüber dazu, dass überall da, wo keine ausdrückliche Willenserklärung des Verstorbenen vorliegt, die Angehörigen zu dessen mutmaßlichem Willen befragt werden müssen. Doch diese kennen diesen Willen oft nicht und sind daher im Blick auf eine Organspende eher zurückhaltend. So kamen 2022 auf einen Angehörigen, der zugestimmt hat, vier, die abgelehnt haben. So gibt es eine Diskrepanz zwischen der in Umfragen erhobenen Bereitschaft der großen Mehrheit der Befragten zu einer Organspende am Lebensende und der Ablehnung der großen Mehrheit der Angehörigen, wenn es konkret um die Entnahme von Organen bei einem Verstorbenen geht. Mit der Widerspruchslösung wäre dieses Problem beseitigt. Wenn keine ausdrückliche Erklärung des Verstorbenen vorliegt, in der dieser eine Organspende ablehnt, dann gilt dies als stillschweigende Zustimmung oder Erlaubnis. Es müsste nicht mehr nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen geforscht werden, und daher müssten auch die Angehörigen nicht mehr gefragt werden. So scheint alles für die Einführung der Widerspruchslösung zu sprechen.

Was auf den ersten Blick so klar zu sein scheint, das ist es allerdings bei genauem Zusehen nicht mehr. So ist es ersichtlich zweierlei, bei einer Umfrage anzugeben, dass man bereit ist, Organe zu spenden, und den Schritt tatsächlich auch zu tun und sich darauf festzulegen, indem man sich als Organspender registrieren lässt. Möglicherweise ist es nicht bloß mangelnde Motivation, die eigene Bereitschaft zu dokumentieren, sondern auch ein Zögern in der Sache, worauf die geringe Zahl registrierter Organspender zurückzuführen ist. Das würde auch die Haltung der Angehörigen erklären, die zum mutmaßlichen Willen des Verstorbenen befragt werden. Doch wie immer es sich hiermit verhält: Auch wenn wahr sein sollte, dass die große Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger zu einer Organspende am Lebensende bereit ist, so ist doch die Wertung eines fehlenden Widerspruchs als stillschweigende Zustimmung oder Erlaubnis höchst problematisch im Blick auf die Minderheit derer, die ihre Organe nicht spenden wollen. Vielleicht wird man hier denken, dass diesen Menschen kein wirklicher Schaden zugefügt wird, wenn trotz der ablehnenden Haltung, die sie zu Lebzeiten hatten, ihrem Körper Organe entnommen werden, da sie ja zu diesem Zeitpunkt bereits tot sind. In Anbetracht der vielen Leben, die mit diesen Organen gerettet werden können, kann in Kauf genommen werden, dass man sich damit über ihren Willen zu Lebzeiten hinwegsetzt. Zumal sie sich dies ja selbst zuzuschreiben haben, da sie zu Lebzeiten einen ausdrücklichen Widerspruch hätten hinterlegen können. Das alles scheint vernünftig zu sein. Freilich ist es das nur unter einer bestimmten Voraussetzung, nämlich dass diese Menschen zum Zeitpunkt der Organentnahme tatsächlich tot sind. Das ist die Prämisse, auf der die gesamte Argumentation für die Widerspruchslösung beruht. Was aber, wenn sie nicht tot sind? Darf man einer lebenden menschlichen Person ohne ihr Einverständnis Organe aus ihrem Leib herauschneiden?

Bei der Alternative zwischen Zustimmungslösung und Widerspruchslösung geht es im Kern um diese Frage, ob Menschen, denen am Lebensende Organe entnommen werden, damit sie anderen Menschen implantiert werden, tot sind oder aber lebende Personen sind. Die heutige Transplantationsmedizin beruht auf der Annahme, dass sie tot sind. § 3 des Transplantationsgesetzes schreibt vor: „Die Entnahme von Organen oder Geweben ist ... nur zulässig, wenn der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.“ Als Kriterium hierfür gilt nach dem heutigen „Stand der medizinischen Wissenschaft“ der Hirntod, d.h. der vollständige und irreversible Ausfall von Grosshirn, Kleinhirn und Hirnstamm. Die Infragestellung dieses Kriteriums droht daher bei geltender Gesetzeslage der Transplantationsmedizin ihre Grundlage

zu entziehen. Es sind daher verständlicherweise vor allem Mediziner aus dem Umfeld der Transplantationsmedizin, die das Hirntodkonzept mit Vehemenz verteidigen.

Im Kern geht es bei dieser Kontroverse um das Verständnis des Todes eines Menschen. Mediziner, die eine naturwissenschaftliche Ausbildung durchlaufen haben, tendieren zumeist dazu, den Tod als etwas zu begreifen, was sich auf der Ebene des menschlichen Organismus ereignet. Der Tod ist nach dieser Sicht das biologische Lebensende des Menschen. Ist der Tod erst einmal in dieser Weise definiert, dann geht es in einem zweiten Schritt darum, zuverlässige Kriterien für den Tod des menschlichen Organismus zu bestimmen. Geht es nach der Argumentation der Verteidiger des Hirntodkonzepts, dann ist der Totalausfall des Gehirns als des Steuerungsorgans des Organismus der plausibelste Indikator hierfür.

Doch lässt sich der Tod eines Menschen naturwissenschaftlich definieren? Dies ist die grundsätzlichsste aller Anfragen an das Hirntodkonzept, insofern sie die Perspektive in Frage stellt, in der hier der menschliche Tod in den Blick genommen wird. Es ist übrigens eine Anfrage auch an alle Einwände gegen das Hirntodkonzept, die in derselben Perspektive argumentieren, indem sie auf organismische Veränderungen wie das Wachsen von Haaren oder Fingernägeln rekurrieren, die sich an Hirntoten feststellen lassen, um diese als Beweis dafür ins Feld zu führen, dass Hirntote noch leben. Gegen die naturwissenschaftliche Sicht des Todes lässt sich geltend machen, dass eine menschliche Person mehr und anderes ist als ihr Organismus. Daher sind auch Leben und Tod einer menschlichen Person etwas anderes als organismische Zustände. Die Lebendigkeit einer menschlichen Person manifestiert sich in ihrer leiblichen Präsenz, wie wir sie in der Begegnung mit ihr erleben. Überhaupt gibt es Personen nur im Modus ihrer leiblichen Präsenz oder Anwesenheit, weshalb wir sie nur in der Begegnung mit ihnen kennenlernen können. Von Menschen, denen wir nie begegnet sind, können wir nicht sagen, dass wir sie „persönlich“ kennen. Wir mögen ihre Namen kennen. Oder wir mögen das eine oder andere über sie wissen. Wir mögen uns aufgrund dessen, was wir über sie gehört haben, eine bestimmte Vorstellung von ihnen gebildet haben. Aber wir haben keine Bekanntschaft mit ihnen, d.h. wir können mit ihren Namen nicht die Person verbinden, für die der Name steht. Daher ist die Begegnung mit einem Menschen, von dem wir schon oft gehört haben, ohne ihm je begegnet zu sein, jedes Mal ein Aha-Erlebnis: Ah, das ist die Person, welche sich hinter diesem Namen verbirgt!

Die leibliche Präsenz einer Person ist wie ein Raum, in dem wir uns aufhalten, der belebend und beglückend, manchmal auch beengend sein kann, so dass man Abstand braucht, ein Raum,

mit dem wir vertraut werden können und in dem unser eigenes Leben, jedenfalls bei uns nahe stehenden Menschen, Wurzeln schlagen kann. Dementsprechend manifestiert sich der Tod eines Menschen darin, dass es diese Präsenz nicht mehr gibt. Was bleibt, ist ein lebloser Körper, aus dem die Präsenz der Person verschwunden ist, die ihn einmal bewohnt hat. Frühere Zeiten haben diese Präsenz mit dem Begriff der Seele in Verbindung gebracht und den Tod als Entweichen der Seele aus dem Körper aufgefasst.

Dieses Verschwinden der leiblichen Präsenz eines Menschen lässt sich nicht naturwissenschaftlich fassen. Es ist von völlig anderer Art als der Ausfall eines Organs wie des Gehirns. Daher kann man einen solchen Ausfall auch nicht mit dem Tod eines Menschen identifizieren oder als Kriterium hierfür in Anschlag bringen. Biologische Indikatoren gibt es lediglich für die Leblosigkeit eines Körpers: Das Herz hat aufgehört zu schlagen, der Körper erkaltet, die Leichenstarre tritt ein.

Letztlich geht es in dieser Kontroverse also um zwei verschiedene Perspektiven auf den Menschen: eine naturwissenschaftlich-medizinische, die den menschlichen Organismus im Blick hat; und eine lebensweltliche Perspektive, die daran orientiert ist, wie wir Menschen in ihrer Lebendigkeit und in ihrem Sterben und Tod erleben, und für die ein Mensch mehr und anderes ist als nur sein Organismus. Die Verteidiger des Hirntodkriteriums erheben implizit den Anspruch, dass ihre naturwissenschaftliche Perspektive die massgebende und gültige für das Verständnis des Todes eines Menschen ist. Aufgrund des Siegeszugs der Naturwissenschaften in der Moderne¹ kann diese Perspektive auf eine grosse Akzeptanz rechnen. Wenn § 3 des Transplantationsgesetzes vorschreibt, dass vor der Organentnahme der Tod „nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen“, festgestellt werden muss, dann wird auch hiermit auf die naturwissenschaftliche Perspektive der Medizin abgestellt.

Doch lässt sich ein solcher Prioritätsanspruch der naturwissenschaftlichen Perspektive vernünftig rechtfertigen? Kann es ernstlich strittig sein, dass eine menschliche Person etwas

¹ Will man genau sein, dann geht es hier um eine Weichenstellung der Aufklärung der Moderne, die nicht nur die Naturwissenschaft betrifft, sondern die das gesamte Denken der Moderne geprägt hat. Danach ist wirklich nur das, was im urteilenden Denken als Tatsache festgestellt werden kann. Hierauf beruht das wissenschaftliche Weltbild: „Die Welt ist alles, was der Fall ist.“ Damit wird die Lebenswelt, d.h. die Welt, wie sie erlebt und narrativ artikuliert wird, aus dem Bereich des Wirklichen verbannt. Wirklich ist nur die Tatsachenwelt des urteilenden Denkens, in der es keine Präsenz gibt, also auch nicht die Präsenz einer menschlichen Person. So verschwindet auch der Tod, wie er lebensweltlich erlebt wird, aus dem Bereich des Wirklichen. An seine Stelle tritt die organismische Tatsache des Hirntods. Vgl. zu dieser Weichenstellung der Aufklärung der Moderne den Text „Historische Wahrheit und geschichtliche Wirklichkeit. Zur Kontroverse über Postkolonialismus und die Aufgabe der Geschichtswissenschaft“ <https://profjohannesfischer.de/wp-content/uploads/2023/01/Historische-Wahrheit-und-geschichtliche-Wirklichkeit-3.pdf>, darin die Seiten 5-10.

anderes ist als ihr Organismus? Wie kann dann aber ein organismischer Zustand in Gestalt des Totalausfalls des Gehirns mit dem Tod einer menschlichen Person gleichgesetzt werden? Gewiss ist bei intensivmedizinischen Behandlungen der Totalausfall des Gehirns ein wichtiger Indikator. Aber er ist nach dem Gesagten ein Indikator nicht für den Tod des Patienten, sondern dafür, dass aufgrund der Irreversibilität dieses Ereignisses die Behandlung ihren Sinn verloren hat und dass deshalb der Zeitpunkt gekommen ist, sie einzustellen und den Tod des Patienten zuzulassen.

Der griechische Arzt Galen machte als Erster die Entdeckung, dass Leben und Tod des Menschen im Wesentlichen von drei Organen abhängen, nämlich Herz, Lungen und Gehirn. Dank der heutigen medizinischen Möglichkeiten sind Herz und Lungen im Prinzip ersetzbar, das Gehirn nicht. Bei einem Patienten, bei dem es zum Totalausfall des Herzens gekommen ist und bei dem der Organismus intensivmedizinisch funktionsfähig gehalten wird bis zur Implantation eines neuen Herzens, käme niemand auf die Idee zu behaupten, dass der Patient nach dem Ausfall des Herzens tot ist bis zur Implantation des neuen Herzens. Was unterscheidet dann aber diesen Fall vom Fall eines Patienten, bei dem es zum Totalausfall des Gehirns gekommen ist und dessen Organismus bis zur Entnahme lebenswichtiger Organe funktionsfähig gehalten wird? Mit welchem Recht kann man den ersten Patienten als lebendig betrachten und den zweiten für tot erklären? Würde man hier argumentieren, dass das Herz ersetzt werden kann, so dass der Patient weiterleben kann, dass aber das Gehirn nicht ersetzbar ist, dann würde man einräumen, dass der Grund dafür, den Hirntoten für tot zu erklären, gar nicht der Totalausfall des Gehirns ist, sondern vielmehr die Nichtersetzbarkeit des Gehirns. Und man würde damit zugeben, dass der Totalausfall des Gehirns rein für sich genommen noch nicht gleichbedeutend mit dem Eintritt des Todes ist. Dann aber besteht zwischen dem intensivmedizinisch behandelten „Hirntoten“ und dem intensivmedizinisch behandelten Herzpatienten kein Unterschied. Beide müssen gleichermassen als lebend betrachtet werden.

Verteidiger des Hirntodkriteriums stellen in ihrer Argumentation in der Regel auf etwas anderes ab, nämlich auf die besondere Funktion und Bedeutung des Gehirns im Vergleich zu anderen Organen, also darauf, was der Hirntod eines Menschen bedeutet: Totalausfall der basalen Vitalfunktionen wie Atmung, Temperaturregulation oder Regulation des Salz-/Wasserhaushaltes, Wegfall der Tagesrythmik, keine Hirnnervenreflexe, keine Kommunikation, kein bewusstes Erleben. Es verdient Beachtung, dass einiges davon auch auf Menschen im Koma zutrifft. Auch bei ihnen sind die basalen Vitalfunktionen zumeist stark beeinträchtigt. Auch bei ihnen gibt es keine Tagesrythmik und keine Kommunikation. Die

Hirnnervenreflexe sind hier teilweise erhalten. Ob Menschen im Koma auf einer rudimentären Ebene bewusst erleben können, ist zumindest umstritten.

Menschen im Koma nehmen wir in ihrer leiblichen Präsenz als Personen wahr. Den Namen auf dem Schild am Fussende des Klinikbettes lesen wir nicht als Bezeichnung eines blossen Organismus, sondern als Namen einer lebenden Person. Gilt nicht dasselbe auch für hirntote Menschen auf einer Intensivstation, deren Organismus intensivmedizinisch funktionsfähig erhalten wird? Warum sollten wir aufgrund der Auskunft, dass die betreffende Person hirntot ist, die lebensweltliche Perspektive, in der wir die leibliche Präsenz einer lebenden Person vor Augen haben, gegen eine naturwissenschaftliche Perspektive eintauschen, in der man uns versichert, dass die betreffende Person trotz gegenteiligen Anscheins tot ist? Inwiefern können die genannten Unterschiede zu Menschen im Koma einen solchen Perspektivenwechsel und ein solches Urteil rechtfertigen?

Eingangs war vom Rückgang der Organspenden die Rede. Tragen Erwägungen, wie sie hier angestellt wurden, nicht lediglich zur Verunsicherung bei: bei potentiellen Spendern, bei Ärzten, bei politischen Entscheidungsträgern oder im Rechtswesen? Wäre es im Interesse eines grösseren Aufkommens an Spenderorganen nicht das Beste, diese ganze Debatte auf sich beruhen und das Hirntodkriterium unangetastet zu lassen? Eine Ärztin sagte mir einmal, auch für sie liege in diesem Kriterium eine Unschärfe oder Ungenauigkeit, aber sie habe sich einen pragmatischen Umgang damit angewöhnt. Im Blick auf die Organtransplantation vertrete sie den Standpunkt, dass man Angehörige nicht unnötig verunsichern solle. Wenn sie danach fragen, würde sie ihnen sagen, der Patient habe mit dem Eintritt des Hirntods einen irreversiblen Schritt in Richtung auf den Tod getan; man könne ihn deshalb auch als tot bezeichnen. Beim „Erlanger Baby“ hingegen sei sie der Auffassung, dass man in Bezug auf die schwangere Frau, deren Organe intensivmedizinisch funktionsfähig gehalten wurden mit dem Ziel, das Leben des Kindes zu retten, zwar von Hirntod, aber nicht von Tod reden sollte, um die irritierende Vorstellung zu vermeiden, eine Tote könne ein Kind austragen. Anders als in philosophischen Diskursen sei es eben in der medizinischen Praxis so, dass man sich mit solchen Unschärfen arrangieren müsse, nicht zuletzt weil es hier immer auch um die einfühlsame Kommunikation mit Patienten und Angehörigen gehe.

So sympathisch ein solch pragmatischer Standpunkt sein mag: Ich bezweifle, dass sich die Debatte über das Hirntodkonzept auf diese Weise aus der Welt schaffen lässt. Zu viel steht hier für das Verständnis des menschlichen Lebens und Sterbens auf dem Spiel. Im Übrigen ist es die Transplantationsmedizin selbst, die mit ihrer Festlegung auf das Hirntodkriterium diese

Debatte in Gang hält und dadurch indirekt und ungewollt zu anhaltender Verunsicherung beiträgt. Eine Beruhigung könnte wohl erst eintreten, wenn man sich ernstlich zumindest mit der Möglichkeit auseinandersetzt, dass der Hirntod nicht der Tod des Menschen sein könnte, und zwar unter der Fragestellung, was dies für die Organspende am Lebensende bedeuten würde. Es ist ja keineswegs ausgemacht, dass mit der Preisgabe des Hirntodkriteriums eine solche Organspende unmöglich wird. Was es in der gegenwärtigen Debatte braucht, ist eine offene Auseinandersetzung mit der Frage der ethischen Vertretbarkeit einer solchen Spende, die nach Möglichkeit auch eine breitere Öffentlichkeit erreicht.

Angenommen, der Hirntod ist nicht gleichbedeutend mit dem Tod eines Menschen und intensivmedizinisch behandelte hirntote Menschen sind lebende Personen. Warum soll es dann nicht dennoch möglich und ethisch vertretbar sein, dass ein Mensch verfügt, dass an seinem Lebensende der Tod intensivmedizinisch hinausgezögert werden darf, bis nach Eintreten des Hirntods dem eigenen Leib Organe oder Gewebe für Transplantationszwecke entnommen worden sind? Und welche ethischen Gründe sprechen dagegen, dass Ärztinnen und Ärzte genau dies tun und eine solche Organentnahme an einem noch lebenden Patienten vornehmen, der seine Einwilligung hierfür gegeben hat? Solche Fragen muten allen Beteiligten zu, mit überkommenen Denkgewohnheiten zu brechen.

So kann bei Ärztinnen und Ärzten der tief verinnerlichte Grundsatz, dass lebenswichtige Organe nur toten Menschen entnommen werden dürfen, eine hohe Barriere sein. Intuitiv mag dabei die Vorstellung eine Rolle spielen, dass man einen lebenden Menschen mit der Entnahme lebenswichtiger Organe tötet. Doch ist dies bei der Organtransplantation am Lebensende ersichtlich nicht der Fall. Die intensivmedizinische Behandlung kann auch über die Explantation eines Herzens hinaus weitergeführt werden. Der Tod tritt nicht mit der Organentnahme, sondern mit der Beendigung dieser Behandlung ein. Mit dieser Beendigung aber wird der Tod nicht herbeigeführt im Sinne aktiver Tötung, sondern vielmehr zugelassen, nachdem er zuvor hinausgezögert worden ist. Insofern fällt dies unter den Begriff der passiven Sterbehilfe.

Eines Umdenkens bedürfte es auch im Recht. Auch hier müsste der Grundsatz fallen gelassen werden, dass lebenswichtige Organe nur toten Spendern entnommen werden dürfen. Die Unterscheidung zwischen Lebendspende und postmortaler Organspende würde hinfällig. Und die Organspende am Lebensende muss an das strenge Kriterium der Einwilligung des Spenders gebunden bleiben. Denn zur Achtung einer lebenden Person gehört entscheidend die Respektierung ihres Willens. Werden einer lebenden, bewusstlosen Person ohne ihr

Einverständnis Organe herausgeschnitten, um sie anderen Menschen zu implantieren, dann wird sie nicht als Person behandelt, sondern wie eine Sache, mit der man nach Gutdünken verfahren kann. Dass die große Mehrheit der Angehörigen ihre Zustimmung zu einer Transplantation verweigert, könnte darin seinen Grund haben, dass sie einerseits einen lebensweltlichen Blick auf den Sterbenden haben und diesen in seiner leiblichen Präsenz vor sich sehen und sich andererseits im Unklaren bezüglich seines Einverständnisses sind. Sie möchten nicht, dass er wie eine Sache behandelt wird. Nach dem Gesagten scheidet eine Widerspruchslösung definitiv aus.

Bleiben schliesslich die potentiellen Organspender. Sind sie nicht mit der Vorstellung überfordert, dass sie zum Zeitpunkt der Organentnahme am Lebensende nicht tot, sondern noch am Leben sind? M.E. muss man hier folgendes in Rechnung stellen: Wenn potentielle Organspender mit dieser Vorstellung tatsächlich überfordert sind, dann ist dies der Propagierung des Hirntodkriteriums zuzuschreiben, d.h. der Versicherung, dass Organspender zum Zeitpunkt der Organentnahme tot sind. Es ist diese Suggestion, die von vielen Menschen verinnerlicht worden ist und die für sie die Vorstellung, dass sie zu diesem Zeitpunkt noch am Leben sein könnten, zu einem Schreckensszenario werden lässt. Diesbezüglich bedarf es nachhaltiger Aufklärung. Wir kennen schon seit Langem die Lebendspende z.B. einer Niere oder von Teilen der Leber, d.h. von Organen oder Teilen von Organen, deren Entnahme ein lediglich geringes und vertretbares Risiko für das Leben des Spenders darstellt. Der Unterschied zu einer Lebendspende am Lebensende besteht darin, dass diese einerseits lebenswichtige Organe wie Herz oder Lunge einschliesst, andererseits aber für das Leben des Spenders überhaupt kein Risiko darstellt, da dieses eigentlich schon an sein Ende gelangt ist und lediglich zum Zweck der Organentnahme intensivmedizinisch verlängert wird. Inwiefern soll daher an der Vorstellung einer Lebendspende am Lebensende etwas Schreckliches sein? Die Hürde für eine Lebendspende zu Lebzeiten ist bei nüchterner Betrachtung weitaus höher als die Hürde für eine Lebendspende am Lebensende.

Es ist in die Freiheit eines jeden gestellt zu entscheiden, ob er an seinem Lebensende Organe spenden will oder nicht. Aber die Frage darf gestellt werden: Was hat er zu verlieren, auch wenn eine solche Spende als Lebendspende einzustufen ist? Und was haben im Vergleich hierzu andere zu gewinnen, die mit Organen, die sie seiner Spende verdanken, vor dem Tod bewahrt werden? Dies sind die Fragen, mit denen man sich bei dieser Entscheidung auseinandersetzen sollte.