

Non-beating-heart donors

Anthropologische und ethische Aspekte

Günther PÖLTNER

Die größer werdende Diskrepanz zwischen Organnachfrage und -angebot hat in den letzten Jahren zur zunehmenden Praxis geführt, Menschen nach einem Herzstillstand und 30-minütiger erfolgloser Reanimation ohne Überprüfung des eingetretenen Hirntodes Organe zu entnehmen (non-beating-heart donors)¹. Unter anthropologischem und ethischem Aspekt ergeben sich dabei eine Reihe von Problemen, von denen im folgenden auf die wichtigsten kurz hingewiesen sei².

Eine erste Frage betrifft den Status des Organspenders. Handelt es sich um eine Organentnahme von einem toten oder einem sterbenden, d.i. noch lebenden Menschen? Die Beantwortung dieser Frage hängt von dem Todeskriterium und der Sicherheit über den eingetretenen Tod ab. Derzeit gilt zumeist das irreversible Hirnversagen (Hirnrinde und Hirnstamm), der sog. (Ganz-)Hirntod, als Todeskriterium eines Menschen.

Dabei gilt es zweierlei zu beachten. Erstens ist zu unterscheiden zwischen Kriterium und Definition³. Todeskriterium ist das Zeichen, an dem der Tod erkannt werden kann, d.h. es erlaubt die Feststellung des eingetretenen Todes. Eine Definition des Todes hingegen wäre die Bestimmung dessen, was der Tod seinsmäßig ist, d.h. worin der Tod eines Menschen letztlich besteht und was sich in ihm ereignet. Das zu wissen entzieht sich uns ersichtlicherweise. Die Rede vom Hirntod ist keine Definition des Todes, sondern die Angabe seines Kriteriums⁴. Zweitens ist die Begründung für das Hirntodkriterium zu beachten: Sie liegt nicht im Verlust des Bewußtseins infolge des irreversiblen Ausfalls der Großhirnfunktion ('Teilhirtod'), sondern in der irreversibel grundgelegten Desintegration des Leibes, d.i. in dem

irreversiblen Funktionsverlust des ganzen Gehirns als des für die leib-seelische Ganzheit des Menschen verantwortlichen Integrationsorgans (Ganzhirntod)⁵.

Soll es sich um eine Organentnahme von einem Toten handeln, dann lautet (unter Zugrundelegung des Hirntodkriteriums) die ethische Forderung, daß beim non-beating-heart donor Sicherheit über den irreversiblen Funktionsverlust des ganzen Gehirns herrschen muß. Die mit dieser ethischen Forderung untrennbar verbundene Frage der Methoden und Mittel zur Gewinnung dieser Sicherheit ist eine pragmatische, deren Beantwortung dem medizinischen Fachmann obliegt. Im Falle einer aussichtslosen Situation bedeutet ein Behandlungsabbruch keine aktive Tötung, sondern ein ethisch verantwortbares Sterbenlassen, weil die Todesursache in der Krankheit des Patienten selbst liegt. Dabei ist darauf zu achten, daß der Behandlungsabbruch eine ethisch verantwortbare und nicht eine pflichtwidrige Unterlassung darstellt und nicht im Interesse einer Organentnahme erfolgt⁶. Im anstehenden Fall fragt es sich, ob der nach erfolgloser Reanimation eingetretene irreversible Herzstillstand allein ein sicheres Todeskriterium ist.

Wenn diese Sicherheit nicht gegeben wäre, müßte man davon ausgehen, daß es sich beim non-beating-heart donor nicht um einen toten, sondern um einen sterbenden, d.i. noch lebenden Menschen handelte⁷. Wir stünden dann vor dem Problem einer Lebendspende. Deren ethische Beurteilung hat u.a. den Gesichtspunkt (1) der Freiwilligkeit (Spende muß Spende bleiben!) und (2) der Folgen einer Organexplantation für den Betroffenen zu berücksichtigen (sie darf nicht seiner Tötung gleichkommen).

Es gibt kein Recht auf den Leib und die Organe eines anderen Menschen – weder eines toten noch eines lebenden, weil es überhaupt kein Recht auf einen anderen Menschen gibt. Dies gründet in der einzigartigen Einheit in der Differenz, in welcher der Mensch existiert.

Einerseits ist der Mensch sein Leib. (Wer deinen Leib sieht, sieht dich selbst; wer meinen Leib sticht, sticht mich selbst.) Andererseits bin ich nicht einfachhin mit meinem Leib so identisch, daß gälte: ich bin nichts anderes als mein Leib. Vielmehr bin ich so mein Leib, daß ich meinen Leib habe. (Ich selbst verhalte mich zu meinem Leib – dies freilich immer leibhaftig –, nicht aber verhält sich mein Leib zu mir. Ich selbst handle und vollziehe mich darin als Wesen der Freiheit, nicht aber handelt mein Leib – wie auch nicht mein Gehirn an meiner Stelle denkt, sondern ich selbst dank meines funktionstüchtigen Gehirns.) Menschliches Existieren ereignet sich in der unaufhebbaren Spannung des Leib-seins im Leib-haben⁸. Aus der Beachtung dieser Spannung ergibt sich der eigentümliche Rang des menschlichen Leibes und seiner Organe.

Der Mensch besitzt Würde, weil er als Freiheitswesen zum Vollbringen des Guten i.S. des in sich Sinnvollen ermächtigt ist. Weil er seinen Leib hat, indem er sein Leib ist, gehört zur Achtung seiner Würde diejenige seiner leiblichen Integrität, und verbietet sich die (Selbst- oder Fremd-) Instrumentalisierung des Leibes zu einem Mittel für beliebige Zwecke, oder die Funktionalisierung der Organe zu einer Ware mit entsprechendem Kaufwert. Der Leib des anderen (und damit dessen Organe) ist kein mögliches Besitztum, auf das Anrecht besteht, weil der andere als Freiheitswesen niemals Besitztum werden kann⁹. Weil ich selbst jedoch nicht einfachhin mit meinem Leib zusammenfalle, sondern meinen Leib habe, kann ich ihn teilweise vergegenständlichen und über ihn in gewisser Weise verfügen (oder verfügen lassen). Aufgrund der oben genannten Spannung besteht im Hinblick auf den Leib weder absolute

Unantastbarkeit, noch schrankenlose Verfügbarkeit. Die Organe eines Menschen nehmen in unterschiedlicher Weise teil an der Würde des Menschen als eines leib-seelischen Wesens. Sie sind deshalb nicht einfachhin Gegenstände, die zu beliebigen Zwecken instrumentalisiert werden dürfen.

Weil es kein Recht auf den Leib eines anderen und dessen Organe gibt, so umgekehrt auch keine Pflicht zur Organspende. Niemand handelt unsittlich, wenn er seine Zustimmung verweigert. Auf der anderen Seite ist eine Organspende gewiß ein sittlich hochstehender Akt. Wir gehen im folgenden von dieser Erkenntnis aus, ohne sie zu begründen, und ohne die konkreten Realisierungen (Zustimmungslösung, Widerspruchslösung, Informationslösung) hinsichtlich ihres Für und Wider zu diskutieren, sondern fragen, was aus dem hohen sittlichen Wert der Organspende folgt.

- a) Zuallererst muß die *Freiheit* des Spenders gewahrt bleiben, weil anderenfalls die Spende aufhört, Spende zu sein. Das schließt neben dem Verbot des Organhandels auch jede Form von Druckausübung aus. Hier ist höchste Wachsamkeit gegenüber einem Klima geboten, das Anspruchshaltungen fördert bzw. den entsprechenden Rechtfertigungsdruck bei Verweigerung erzeugt. Ein solcher ließe sich unschwer in Richtung ‚Organbesitz‘ ausweiten, sodaß es gegenüber der – noch dazu das Gesundheitssystem finanzierenden – Gesellschaft z.B. rechtfertigungspflichtig werden könnte, wieso einer zwei gesunde Nieren hat, wo doch andere diese dringend benötigen würden¹⁰.
- b) Sodann ist *keine Unterstellung* der Zustimmung bei ihrem faktischen Nicht-Vorliegen erlaubt. Weder gegen noch ohne Willen des Betroffenen dürfen Organe entnommen werden, sei dieser vorübergehend oder dauernd bewußtlos. Eine Organexplantation wäre in all diesen Fällen eine ethisch nicht zu vertretende Vivisektion¹¹. Dies gilt auch für einen Sterbenden ohne Aussicht, sein Bewußtsein

je wiederzuerlangen. Ein Sterbender lebt noch, auch wenn sein Leben nur mehr äußerst kurz bemessen ist, und darf nicht wie ein Toter behandelt werden. Hier treten zusätzliche Probleme auf, die nicht übergangen werden dürfen.

- c) Eine Explantation, die den *Tod des Spenders* bewirkt, ist ethisch nicht zu rechtfertigen. Sie ist es auch nicht mit dem Hinweis, der Spender werde ohnehin unweigerlich in kurzer Zeit nach dem Abbruch des erfolglos verlaufenen Reanimationsversuchs tot sein, und schließlich werde mit der Transplantation das Leben eines anderen gerettet oder zumindest qualitativ erheblich verbessert. Eine Tötung zum Zweck der Lebensrettung anderer ist ethisch durch nichts zu rechtfertigen. Hier gibt es keine Güterabwägung der Art: zwei Menschenleben sind mehr wert als eines – weil es hier, mit Kant gesprochen, nicht um einen Wert, sondern um die Würde des Menschen als eines Freiheitssubjekts geht.

Gegen eine Organentnahme bei einem Sterbenden ist auch dort ethischer Einspruch zu erheben, wo es sich um ein Organ handelt, dessen Explantation bei einem Gesunden ethisch vertretbar wäre. Bei der ethischen Beurteilung einer Handlung ist immer die konkrete Situation mit zu berücksichtigen. Und die ist eben bei einem Sterbenden von der eines Gesunden verschieden. Selbst wenn man hier – kontrafaktisch – überhaupt noch von einer bloßen ‚Zustandsverschlechterung‘ reden könnte, verstößt eine absichtlich herbeigeführte Verschlechterung selbst der letzten Lebensphase, wie sie die eben genannte Organexplantation bei einem Sterbenden darstellte, gegen den ethischen Grundsatz ‚salus aegroti suprema lex‘ bzw. gegen den Grundsatz der Schadensvermeidung (nihil nocere)¹². Schon gar nicht kann man hier damit argumentieren, eine Organentnahme sei zu vergleichen mit einer Operation auf Leben oder Tod im Sinne der ultima ratio einer Lebensrettung, bei der ein letaler Ausgang nicht auszuschließen ist und angesichts Alternativlo-

sigkeit im Hinblick auf das hohe Gut des Lebens in Kauf genommen wird. Man entnimmt ja – zum einen – nicht erkrankte, sondern funktionstüchtige Organe, und dies – zum anderen – nicht wegen der Lebensrettung oder -verbesserung des Betroffenen, sondern wegen der Rettung Dritter.

Wie aber, wenn Zustimmung vorläge, und einer verfügt hätte, sein dann ohnehin im Sterben begriffenes Leben in Form einer für ihn tödlichen Explantation für andere zu opfern – eventuell mit der zusätzlichen Begründung, jeder habe ein Recht, die Todesart selbst zu wählen? In diesem Falle handelte es sich um Tötung auf Verlangen, die mit all den ethischen Problemen belastet ist, wie sie aus der Debatte um die aktive Euthanasie bekannt sind. Die sittliche Aufgabe des Arztes und aller im Heilberuf Tätigen ist die Heilung bzw. die Vermeidung oder Linderung von Schmerzen, nicht aber die Tötung. Das Festhalten an ausschließlich dieser Aufgabe begründet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Dieser muß darauf vertrauen können, daß jener nicht möglicherweise sein Töter wird – auch nicht in den allerletzten Phasen des Sterbens. Dabei verschärft sich die Lage bei einem Sterbenden noch dadurch, daß eines der Hauptargumente, welches die Befürworter einer Tötung auf Verlangen ins Treffen führen – die Tötung aus Mitleid, Tötung als Erlösung des Betroffenen von seinen Schmerzen und seinem Leid – entfällt.

In eine ähnliche Situation gerät man übrigens bei Ablehnung des Ganzhirntodkriteriums bei gleichzeitiger Befürwortung der Organentnahme bei einem Hirntoten, der aber unter diesen Prämissen ein noch Lebender, weil Sterbender ist¹³.

Aus anthropologischer und ethischer Sicht läßt sich zum Problem der non-beating-heart donors unter Zugrundelegung des Ganzhirntodkriteriums abschließend sagen: Eine Organexplantation ohne Sicherheit des eingetretenen Ganzhirntodes kommt einer Tötung gleich und ist ethisch nicht zu rechtfertigen. Daher ist dies-

bezügliche Sicherheit geboten, wobei dann die entsprechenden ethischen Standards einer Organentnahme von einem Toten zum Tragen kommen. Die Beantwortung der pragmatischen Frage der Mittel und Methoden zur Erlangung der Sicherheit über den eingetretenen Ganzhirntod ist Sache der medizinischen Fachleute.

Referenzen

1. R.M.H. WIJNEN et al., Outcome of transplantation of non-beating-heart donor kidneys, in: *The Lancet*, 1995, 345, 1067-1070. Siehe dazu den Bericht von N. AUNER, Non-beating-heart donors? Zur Organentnahme nach Herzstillstand, in: *Imago Hominis*, 1995, 4, 255 f. AUNER weist auf zwei Gruppen von non-beating-heart donors hin. Einmal sind es Hirntote, bei denen es zum Herz-Kreislauf-Stillstand gekommen ist, und einmal ist es die oben genannte Gruppe von Patienten, bei denen es zum Herz-Kreislauf-Stillstand gekommen, und eine cardialrespiratorische Reanimation nach 30 Minuten erfolglos geblieben ist, und bei denen eine Organexplantation ohne Überprüfung oder Nachweis des Hirntodes vorgenommen wird – so die sonstigen Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Transplantation erfüllt sind.
2. Das komplexe ethische Problem einer Organtransplantation differenzierter zu behandeln, ist hier nicht die Aufgabe.
3. Vgl. dazu auch D. BIRNBACHER, Einige Gründe, das Hirntodkriterium zu akzeptieren, in: J. HOFF/ J. IN DER SCHMITTEN (Hgg.), Wann ist der Mensch tot? REINBEK 1994, 28 – 40. „Von einer Definition muß man erwarten können, daß sie ihren Gegenstand unter allen denkbaren Bedingungen erfaßt. Für ein Kriterium ist es ausreichend, daß es seinen Gegenstand unter den faktisch bestehenden Bedingungen anzeigt“ (35).
4. Auf die Gründe des Übergangs vom Kriterium des ‚Herztodes‘ zum ‚Hirntod‘ sowie auf die medizinischen Bedingungen seiner Feststellbarkeit braucht hier nicht eingegangen zu werden. Sie können als bekannt vorausgesetzt werden.
5. Vgl. dazu Verf., Die theoretische Grundlage der Hirntodthese, in: M. SCHWARZ/ J. BONELLI (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Wien/New York 1995, 125 – 146. Die Akzeptanz des Ganzhirntodkriteriums hat keineswegs das Teilhirntodkonzept zur logischen Folge. Mit Recht bemerkt WOLBERT: „Dieser (= der Teilhirntod, G.P.) folgt keineswegs, wie bisweilen behauptet, aus einem ‚konsequent‘ zu Ende gedachten Hirntodkonzept, sondern lediglich aus dessen falscher Begründung“ (W. Wolbert, Zur neueren Diskussion um den Gehirntod, in: *Ethik in der Medizin*, 1996, 8, 6 – 18, 9).
6. Ebensowenig dürfen bei einem Sterbenden Handlungen gesetzt werden, welche die Möglichkeit einer Organentnahme beschleunigen oder verbessern.
7. Es geht im folgenden nur um diese Gruppe.
8. Diese unaufhebbare Spannung wird übersprungen, wo dem Hirntodkriterium entweder ein neuer Dualismus (Gehirn-Körper-Dualismus in Nachfolge des cartesianischen Geist-Körper-Dualismus) oder einfach ein materialistisches Menschenbild im Sinne eines Identismus unterstellt wird.
9. Ich selbst habe meinen Leib, aber ich besitze ihn nicht: Ich kann zwar ein Werkzeug, nicht aber meine Hand aus der Hand legen.
10. Die Nicht-Zustimmung zur Organspende würde unter der Hand zu einer Unterlassung, die schuld am Tod anderer und entsprechend zu ahnden wäre. Diese Bemerkung verliert den Schein des Übertriebenen angesichts der bekannt gewordenen kriminellen Fälle von Organkidnapping.
11. Eine Zustimmung darf im Falle vorübergehender Nichteinwilligungsfähigkeit u.E. auch dann nicht unterstellt werden, wenn von dem faktisch Bewußtlosen eine – in welcher Form auch immer (schriftlich oder vertrauenswürdigen Zeugen gegenüber mündlich) geäußerte – Zustimmung zu einer Organspende vorläge. Bei temporärer Nicht-Einwilligungsfähigkeit besteht die Möglichkeit eines Widerrufs, dessen Aufhebung in Form vollendeter Tatsachen einen ethisch nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die Freiheitsrechte des anderen bedeutet.
12. In Wahrheit ist eine ernstgemeinte Rede von einer bloßen Zustandsverschlechterung Zynismus. Zu wissen, daß jemand einen Eingriff nicht überleben wird können, und ihn dennoch vorzunehmen, heißt jemanden töten.
13. Angesichts der sachlich unlösbaren Verquickung von Tötung auf Verlangen in Form der Organentnahme von einem Sterbenden (non-beating-heart donor) und in Form einer Mitleidstötung (aktive Euthanasie) fragt es sich mit WOLBERT, ob man im Falle der Ablehnung des Hirntodkriteriums bei gleichzeitiger Befürwortung einer Organentnahme bei einem (dann noch lebenden) Hirntoten nicht vom Regen in die Traufe kommt – „in die Traufe der schwerwiegenden Ausnahme von einem entscheidenden Grundsatz? Wieso soll das die einzige Ausnahme bleiben? Etwa nur, weil ein allgemeines Verbot der Organtransplantation ‚heute weder durchsetzbar noch erstrebenswert‘ erscheint? Wieso ist nur in diesem Fall die Tötung auf Verlangen erstrebenswert? Soll die Durchsetzbarkeit hier ein rechtliches oder moralisches Kriterium sein?“ (a.a.O. 16).

*Univ. Prof. Dr. Günther PÖLTNER
Institut für Philosophie, Universität Wien
Universitätsstraße 7, A-1010 Wien*