Ethikrat katholischer Träger von Einrichtungen
im Sozial- und Gesundheitswesen im Bistum Trier (EKT)
Datum der Veröffentlichung: 01.11.2026

Behandlung ohne Einwilligung? - Widerspruchslösung ist zurückzuweisen

Positionspapier des Ethikrats im Bistum Trier

1. Problemskizze

Knapp sieben Jahre nachdem eine deutliche Mehrheit des Deutschen Bundestags die Einführung einer Widerspruchslösung abgelehnt hat,[1] wird das Parlament in den nächsten Wochen erneut über eine entsprechende Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) beraten. Vor diesem Hintergrund sieht sich der Ethikrat im Bistum Trier (EKT) zu einigen kritischen Anmerkungen und Empfehlungen veranlasst. Sie gehen in Übereinstimmung mit der aus dem Jahre 2019 stammenden Stellungnahme des EKT zur Organspende davon aus, dass der „moralische Wert der Organspende … von ihrer Freiwilligkeit ab(hängt) und … somit die Selbstbestimmung des Spenders voraus(setzt)“.[2] Rechtlich wie ethisch ist zu betonen: „Wer schweigt, stimmt nicht automatisch zu!“

Der EKT legt großen Wert auf die Feststellung, dass er die Organspende befürwortet. Er anerkennt zudem das Problem, dass in Deutschland viele Patientinnen und Patienten (zu) lange Zeit auf Spenderorgane warten müssen und die Organspende in der Bevölkerung nicht dem Bedarf entspricht. Der EKT befürwortet geeignete Maßnahmen, diesbezüglich Abhilfe zu schaffen. Allerdings sieht er für die aktuelle Lage Gründe, die zum einen in einer mangelhaften und in Teilen unterbleibenden Aufklärung der Öffentlichkeit und einem hierdurch beförderten Misstrauen gegenüber der Transplantationsmedizin zu suchen sind. Zum anderen sind in den Kliniken zum Teil die Abläufe im Falle einer potenziellen Organspende optimierbar. Dies betrifft die Arbeit der Transplantationsbeauftragten in den Entnahmekliniken, den Personalschlüssel, die Organisation der Abläufe u.a.

Zudem ist heute eine Therapiebegrenzung am Lebensende, nachdem die Aussichtslosigkeit der Prognose konstatiert wurde, weithin akzeptierte Praxis. Festlegungen, etwa Maßnahmen der Widerbelebung zurückzuhalten (Wiederbelebungsmaßnahmen sind indirekt eine Ressource für die Organspende), werden heute viel häufiger getroffen. Der EKT hält den Versuch, durch die Einführung einer Widerspruchslösung die Zahl der Organspenden zu erhöhen, aus rechtlicher und ethischer Perspektive für höchst problematisch.

[1] Vgl.: https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2020/kw03-de-transplantationsgesetz-674682.
[2] Die Stellungnahme ist online abrufbar unter: https://vp-uni.de/wp-content/uploads/2021/11/vp-uni-ethikrat_stellungnahme_organspende.pdf.

2. Einwände gegen die Widerspruchslösung

Drei zentrale Einwände gegen eine Widerspruchslösung sollen im Folgenden noch einmal formuliert werden:

1. Nach verbreiteter Auffassung beschränkt ein Widerspruchsmodell (lediglich) das postmortale Persönlichkeitsrecht des potenziellen Spenders gem. Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs.1 Grundgesetz. Diese These, dass lediglich der bereits Verstorbene von einer Widerspruchslösung betroffen ist, erweist sich jedoch als irreführend. Auch wenn man mit dem geltenden Recht – und gegen gewichtige Kritik – von der Tragfähigkeit des sog. Hirntodkonzepts ausgeht, ignoriert die These mit der Anknüpfung an die Zäsur des „Todes“ den prozesshaften Charakter des Sterbegeschehens im Zusammenhang mit einer Organentnahme. Jede Entscheidung zur Organspende – sei sie befürwortend, sei sie ablehnend – ist stets zugleich eine Entscheidung über die Art und Weise des eigenen Sterbens. Kein Organspender sein zu wollen bedeutet, dass man im Falle einer infausten Prognose ohne weitere intensivmedizinische Interventionen und mit palliativer Begleitung sterben kann. Anders gestaltet sich hingegen die letzte Lebensphase, wenn man als Organspender identifiziert ist (sei es, weil eine eigene Erklärung vorliegt, sei es, weil ein Angehöriger eine Zustimmung erteilt hat), weil für eine spätere Organentnahme medizinisch in den natürlichen Sterbeprozess eingegriffen werden muss (zu den notwendigen organprotektiven Maßnahmen siehe unten). Diesen Umstand nicht angemessen zu berücksichtigen heißt, die maßstabssetzende Bedeutung der grundrechtlichen Garantie des Art. 2 Abs. 2 GG zu marginalisieren. Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit schützt nämlich nicht nur die physische Integrität als solche, sondern selbstverständlich auch die Selbstbestimmung über diese.

   Jeder Mensch in Deutschland würde nicht erst, wenn der Hirntod eingetreten ist, sondern auch, wenn eine Entwicklung hin zu einem Hirntod im Raum steht, durch die Widerspruchslösung obligatorisch der Norm unterworfen, die Behandlung darauf auszurichten, (sämtliche) Organe tatsächlich zu entnehmen. Dieser Wandel wirft fundamentale ethische Fragen auf: Es widerspricht der Ethik der Heilberufe angesichts der Unausweichlichkeit und der elementaren Bedeutung des Sterbens für jeden Menschen sich gegen solche staatlichen Vorgaben und Eingriffe aktiv durch Widerspruch zur Wehr setzen zu müssen!

2. Der Einwand der marginalisierten Selbstbestimmung gewinnt besonderes Gewicht, wenn man die Problematik der „organprotektiven“ bzw. „spendezentrierten“ Maßnahmen in den Blick nimmt. Die Verwendung beider Begriffe ist volatil. Organprotektive Maßnahmen können bei jeder medizinischen Behandlung einer Patientin oder eines Patienten vorgenommen werden, wenn die Funktion bestimmter Körperorgane geschützt werden muss; in der Transplantationsmedizin wird der Begriff hingegen vor

allem für die organerhaltenden Maßnahmen nach Feststellung des Hirntodes, also beim Verstorbenen, verwendet. Der begrifflichen Klarheit wegen seien in der Folge unter „organprotektiven Maßnahmen“ medizinische Maßnahmen vor Eintritt des Hirntodes und unter „spendezentrierten Maßnahmen“ solche nach Eintritt des Hirntodes verstanden. Organprotektive Maßnahmen betreffen demnach Konstellationen einer primären oder sekundären Hirnschädigung, bei denen möglicherweise im weiteren Verlauf mit dem Eintritt des irreversiblen Ganzhirnausfalls („Hirntod“) zu rechnen ist. Die Bundesärztekammer konstatiert in ihrer Richtlinie zur Spendererkennung, dass „solange eine Organspende nicht ausgeschlossen ist, […] intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen erfolgen [müssen]“ (I.2.2).[3] Im Falle einer Widerspruchslösung wäre, sofern der bzw. die Betroffene nicht widersprochen hat, eine Organspende obligat, und intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen müssten erfolgen. Aber ist es ethisch zu rechtfertigen, in solchen Fällen auch bei infauster Prognose eine intensivmedizinische Behandlung aufzunehmen, fortzusetzen oder zu verlängern, um ggf. auf funktionsfähige Organe zugreifen zu können („Therapieziel Hirntod“)? Bis heute ignoriert der deutsche Gesetzgeber (anders als etwa der schweizerische) diese Thematik. Die damit verknüpften ethischen wie rechtlichen Probleme aber würden sich bei der Einführung einer Widerspruchslösung massiv verschärfen. Aus grundrechtlicher Sicht bedeutet es einen gravierenden Übergriff in die körperliche Unversehrtheit, wenn Patienten, die ohne eine medizinische Indikation und nur zur Ermöglichung einer Organspende schon Tage vor einer etwaigen Hirntoddiagnose mittels organprotektiver Maßnahmen behandelt werden, nicht mehr gleichsam stumm auf die Unverletzlichkeit ihres Körpers vertrauen dürfen, sondern gezwungen werden, schon präventiv die Übergriffe von von Rechts wegen unbefugten Dritten durch einen expliziten Erklärungsakt abzuwehren.

Nicht zu übersehen ist auch die schwierige Rolle der intensivmedizinisch behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Falle einer Widerspruchslösung. Die Entscheidung, ob Organe entnommen werden und wie der Sterbeprozess bezüglich dieser Frage gestaltet wird, würden nicht mehr die betroffenen Patientinnen und Patienten durch ihre Einwilligung in die Organspende treffen, sondern grundsätzlich auf die behandelnden Ärztinnen und Ärzte übergehen. Weder eine gesetzliche Widerspruchslösung noch die Regelungen des TPG entbinden sie von ihrer Garantenpflicht für ihre Patienten, womit fundamentale ethische Konflikte, Auseinandersetzungen mit Angehörigen und ein allgemeiner Vertrauensverlust in das ärztliche Berufsbild vorprogrammiert sind.

[3] Deutsches Ärzteblatt | Jg. 122 | DOI: 10.3238/arztebl.2025.rili_baek_spendererkennung_2025.

3. Bereits das geltende Zustimmungsmodell, seit 2012 als „Entscheidungslösung“ bezeichnet, krankt daran, dass die Aufklärung der Bevölkerung eine informierte Entscheidung zur Organspende nicht gewährleistet, ja, z. T. geradezu verhindert. Obwohl § 2 TPG der Aufklärung der Bevölkerung eine mehr als zwei eng bedruckte Seiten umfassende Regelung widmet, sind die entsprechenden Informationsmaterialien lückenhaft und tendenziös.

   Weder wird im Bereich der Organtransplantation angemessen über die Voraussetzungen und Prämissen des Hirntodkonzepts informiert noch die Problematik der organprotektiven Maßnahmen thematisiert. Die in § 2(1)1a TPG formulierte Gesetzesvorschrift, dass Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten mit Vollendung des 16. Lebensjahres regelmäßig darauf hinweisen sollen, dass sie eine Erklärung zur Organ- und Gewebeentnahme abgeben und mit Vollendung des 14. Lebensjahres einer Organ- und Gewebespende widersprechen können, ist nicht einmal im Ansatz darauf ausgerichtet, die mit einer Organspende verbundenen weltanschaulichen und ethischen Fragen inhaltlich zu thematisieren. Besonders vor diesem Hintergrund erscheint es geradezu unredlich, eine „mangelnde Spenderbereitschaft“ in der Bevölkerung als Legitimation für gesetzliche Änderungen, die jeden Menschen in Deutschland fundamental betreffen werden, heranzuziehen.

3. Empfehlungen

Angesichts dieser Umstände empfiehlt der EKT den Krankenhausträgern sowie allen politischen Entscheidungsträgern dringend, darauf hinzuwirken, dass

(1) eine Gesetzesänderung im Sinne einer Widerspruchslösung unterbleibt,

(2) die Öffentlichkeit ausgiebig und effektiv über das Konzept des Hirntodes, über die mit dem Hirntodkonzept und der Organspende unweigerlich verbundenen organprotektiven Maßnahmen und ihre Auswirkungen auf den Sterbeprozess und mithin über die mit der Widerspruchslösung verbundenen rechtlichen und ethischen Fragestellungen und Probleme informiert wird.

(3) ein öffentlicher Diskurs organisiert wird, der alle organisatorisch und normativ relevanten Themen im Zusammenhang mit der Organtransplantation in Deutschland umfasst.

Mitglieder des EKT (2026-2030).

Vorsitzender	Prof. Dr. Stephan Sahm	Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin, Goethe Universität, Frankfurt
Stellvertretender Vorsitzender	Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann	Institute for Medical Humanities, Medizinische Fakultät der Universität Bonn
Mitglieder	Prof. Dr. Johannes Brantl	Theologische Fakultät Trier
	Prof. Dr. Constanze Giese	Katholische Stiftungs-Hochschule München
	Prof. Dr. Wolfram Höfling	ehemaliger Direktor des Instituts für Staatsrecht, Universität zu Köln
	Prof. Dr. Ingo Proft	Direktor des Ethik-Institut Vallendar Trier, Vinzenz Pallotti-University Vallendar
	Prof. Dr. Heike Spaderna	Universität Trier
	Dr. Verena Wetzstein	Studienleiterin an der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg
Ständiges beratendes Mitglied	Domkapitular Benedikt Welter	Vorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Trier e.V.

Kontaktadresse:

Ethikrat im Bistum Trier (Geschäftsstelle)
Vinzenz Pallotti University
Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Mail: ethikrat@vp-uni.de