

## Organtransplantation

Die Möglichkeit der Organverpflanzung hat durch die Fortschritte der Unterdrückung der Immunabwehr des Körpers in den letzten Jahrzehnten einen so hohen medizinischen Stellenwert erlangt, dass sie in bestimmten Fällen bereits als Standardbehandlung anerkannt ist, zu der es keine ernsthafte Alternative gibt. Während die Übertragung von Herz, Lunge, Leber und Bauchspeicheldrüse vielen Patienten noch keine dauerhafte Heilungschance bietet, haben Kranke, die an einem irreversiblen Nierenversagen leiden, gute Chancen auf eine beachtliche Lebensverlängerung, sofern ihnen rechtzeitig ein geeignetes Spenderorgan implantiert werden kann. Allerdings besteht für die Empfänger des Transplantats nur dann die Aussicht auf eine weitgehende gesundheitliche Rehabilitation, die häufig auch eine Wiedereingliederung in das Berufsleben ermöglicht, wenn es auch gelingt, die Immunreaktion und andere individuelle Risikofaktoren nach der Operation in den Griff zu bekommen.

### 1. Die postmortale Organspende

Bei vielen Menschen existieren Vorbehalte gegenüber dieser Möglichkeit der modernen Medizintechnik, insbesondere gegenüber der postmortalen Organspende: Sie befürchten, dass Ärzte Patienten vorschnell für tot erklären und noch im Prozess des Sterbens als Ersatzteillager für Organspenden missbrauchen. Deshalb gibt es zwar eine hohe *theoretische* Zustimmung zur Organtransplantation in unserer Gesellschaft. *Praktisch* resultiert aber aus der Sorge, unfreiwillig zum Organspender zu werden, eine geringe Bereitschaft, selbst als Organspender zur Verfügung zu stehen. Das führt dazu, dass mehr Organe benötigt werden, als zur Verfügung stehen. Von den daraus entstehenden ethischen bzw. rechtlichen Problemen sollen im Folgenden vor allem die für Notfallseelsorger relevanten vorgestellt werden.

**1.1 Todesfeststellung: Wann ist der Mensch tot?** Die weit verbreitete Angst, bei vorliegendem Organbedarf von den Ärzten zu schnell für tot erklärt zu werden, wird vor allem durch das Hirntodkriterium genährt. Der *Hirntod* wird definiert als vollständiger und irreversibler Ausfall der integrativen Funktionen des Gehirns einschließlich des Hirnstamms bei noch aufrechterhaltenen Kreislauffunktionen im übrigen Körper (die davon unterschiedenen Konzepte des Teilhirntodes, der beim Ausfall des Neocortex vorliegt, bzw. des Hirnstammtodes sollen hier nur erwähnt, nicht aber eingehender diskutiert werden). Das traditionelle Kriterium der Todesfeststellung war der *Herz-Kreislauftod*, genauer gesagt: das Ende von Atmung und Herztätigkeit bzw. Kreislauf. Unter normalen Umständen führt der Herz-Kreislauftod zum Hirntod und umgekehrt. Weil die Herztätigkeit jedoch autonom gesteuert ist, kann sie nach dem Erlöschen der Hirnfunktionen fortbestehen, wenn eine künstliche Beatmung vorgenommen wird. Man spricht in diesem Fall von einem dissoziierten Hirntod. Die Möglichkeit, das Ende der Hirnfunktionen und das Ende der Herztätigkeit zu entkoppeln, ist eine Folge der medizinischen Hochtechnologie.

Die Entnahme lebenswichtiger Organe ist aus *rechtlicher* Sicht, jedenfalls was das deutsche Recht betrifft, erst nach Eintritt und Feststellung des Hirntodes legitim. Sie erfolgt an einem Menschen, der aufgrund des Ausfalls seiner integrativen Gehirnleistung als tot angesehen wird, obwohl partielle Körperfunktionen noch intakt sind und der Gesamtkreislauf des Organismus bis zur Organentnahme durch eine Herz-Lungen-Maschine aufrechterhalten bleibt. Die Regeln über die postmortale Entnahme von Organen sind in Deutschland im Transplantationsgesetz festgelegt, das im Jahr 1997 in Kraft trat und im Jahr 2007 neu gefasst wurde. Eine Organentnahme bei Verstorbenen ist demnach nur zulässig, wenn der Tod des Organspenders festgestellt ist und der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird. Weiterhin muss der Hirntod des Organspenders nach Regeln festgestellt werden, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Der Eintritt des Hirntodes muss von zwei erfahrenen Ärzten unabhängig vom Transplantationsteam festgestellt und dokumentiert werden. Damit soll ein Missbrauch im schon erwähnten Sinn verhindert werden. Wird diese Dokumentationspflicht von jungen Assistenzärzten erfüllt, die vom Leiter des Transplantationsteams hierarchisch abhängig sind, stellt dies eine klare Umgehung dieser Missbrauchsvorkehrung dar. Wenn der Ausfall der zentralen Steuerungsvorgänge im Gehirn mit genügender methodischer Gewissheit feststeht,

wertet die moderne Intensivmedizin dies als den Tod der menschlichen Person. Sie geht von diesem Zeitpunkt an davon aus, es nicht mehr mit einem sterbenden Patienten, sondern mit einem Toten zu tun zu haben.

Die Technik der Organtransplantation bildet freilich den Anlass für die *ethisch* relevante Frage, ob der Hirntod bereits den Tod des (ganzen) Menschen bedeutet oder ob Hirntote nicht vielmehr sterbende Menschen darstellen (vgl. Shewmon 2001, 457–478). Hier ist es wichtig, zwischen der Ebene der *Definition*, der Ebene des *Kriteriums* und der Ebene von *Testverfahren* zu unterscheiden (vgl. Bernat/Culver/Gert 1981). Die Ebene der Definition signalisiert, dass es nur einen Todesbegriff gibt, so dass die gebräuchliche Rede vom „Ganz- oder Teilhirntod“ bzw. vom „Herz-Kreislauftod“ im Grunde irreführend ist. Mit diesen Begriffen werden vielmehr unterschiedliche Kriterien benannt, anhand derer der Tod eines Menschen festgestellt werden kann. Dies geschieht, hat man sich auf Kriterium geeinigt, mittels geeigneter Testverfahren, deren Bestimmung Sache der Medizin ist. Die in ethischer Hinsicht entscheidende Frage ist, nach welchem der diskutierten Kriterien vom Tod des Menschen die Rede sein kann. Man kann zunächst darauf verweisen, dass bei höheren Lebewesen das Gehirn als Ganzes (und nicht einfach eines seiner Teile) jenes Organ ist, das die Integration des Organismus zu einem Funktionsganzen gewährleistet, so dass der Hirntod das Ende dieser Integration und somit das Ende des Organismus im Sinne eines Funktionsganzen darstellt (Quante 2002, 132). Daraus folgt nicht automatisch, dass die Gesellschaft beliebig über den hirntoten Organismus verfügen darf. Wenn wir dem Menschen das Verfügungsrecht über seine körperliche Integrität über den Tod hinaus zugestehen, müssen wir die postmortale Entnahme von Organen grundsätzlich an die zu Lebzeiten geäußerte Zustimmung des betreffenden Menschen binden.

Bei der verbindlichen Festlegung des Todeszeitpunktes, von dem ab die ärztliche Behandlungspflicht aufhört und die Organentnahme gestattet wird, ergeben sich in dieser Lage nur zwei Alternativen. Entweder sieht man den Eintritt des Todes erst mit dem Erlöschen der letzten biologischen Körperprozesse im Organismus als gegeben an, oder man bewertet den irreversiblen Ausfall der integrativen Funktionen des Gehirns als hinreichend sicheren Zeitpunkt, ab dem vom Tod der menschlichen Person gesprochen werden kann. Weitgehend anerkannt in unserer Gesellschaft und der ausgeführten Argumentation zufolge auch ethisch rechtfertigbar ist, dass die Entnahme von lebenswichtigen Organen erst nach Eintritt und Feststellung des Hirntodes als legitim

angesehen werden kann. Sie erfolgt an einem Menschen, der als tot gilt, obwohl partielle Körperfunktionen noch intakt sind und der Gesamtkreislauf des Organismus bis zur Organentnahme durch eine Herz-Lungen-Maschine aufrechterhalten bleibt.

Die Kritik am Hirntodkriterium beruft sich insbesondere auf folgende zwei Argumente: Zum einen erfolge die Formulierung der heute allgemein anerkannten Kriterien zur Feststellung des Todeszeitpunkts aus *pragmatischen* Rücksichten, um für die Transplantationsmedizin genügend Organe zur Verfügung zu stellen (Jonas 1985, 219–239). Zum anderen – so lautet das zweite Argument – ziehe die Differenzierung zwischen dem Hirntod und dem biologischen Organtod eine *dualistische* Sicht des Menschen, eine Trennung von Leib und Geist nach sich. Dem ersten Kritikpunkt lässt sich entgegenhalten, dass die Definition des Hirntodes gerade dem Versuch dient, ärztliches Handeln auch an der Grenze zwischen Leben und Tod an begründbare und überprüfbare Kriterien zu binden, so dass eine Instrumentalisierung der menschlichen Person gerade ausgeschlossen werden soll. Studien etwa, die mittels funktioneller Bildgebung an bewusstseinsgestörten Patienten durchgeführt wurden und den Schluss nahelegten, die neuronalen Reaktionen dieser Patienten seien ununterscheidbar von denen gesunder Probanden (Owen et al. 2006), konnten als methodisch unsauber und daher als nicht aussagekräftig zurückgewiesen werden (Greenberg 2007, Nachev/Husain 2007). Dem zweiten Kritikpunkt lässt sich entgegenhalten, dass man das Argument, das Hirntodkriterium impliziere ein dualistisches Verständnis des Menschen, leicht umkehren kann: gerade weil wir an der Einheit von Leib und Geist festhalten, ist mit dem unwiderruflichen Erlöschen des Bewusstseins der leiblich existierende Mensch tot. Was wir von diesen Überlegungen her festhalten können, ist erstens, dass wir nicht von verschiedenen Toden des Menschen sprechen, sondern von dem einen Tod, für den unterschiedliche Kriterien angelegt werden können, in unserem Fall: Herztod oder Hirntod. Zweitens: Auch wenn wir den Hirntod als hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen als leiblicher Existenz ansehen können, folgt daraus kein Verfügungsrecht der Gesellschaft über den Körper des Toten (Larmont 1998, 198–212).

**1.2 Autonomie: Was heißt hier Freiwilligkeit?** Unsere bisherige Argumentation führt uns direkt zu einem zweiten ethischen Problembereich, nämlich zur Freiwilligkeit der postmortalen Organspende. Wie können wir sicherstellen, dass eine Organspende freiwillig geschieht? Welche rechtlichen

Regeln brauchen wir? Im Wesentlichen werden im ethisch-rechtlichen Diskurs drei Modelle verhandelt: (1) Das erste Modell wird als *Zustimmungslösung* bezeichnet. Es sieht vor, dass einem Toten Organe nur dann entnommen werden dürfen, wenn der Verstorbene dem zu Lebzeiten zugestimmt hat. Diese Zustimmung ist an den mündlichen oder schriftlich dokumentierten Willen des Verstorbenen gebunden. Eine Erweiterung dieser Zustimmungslösung sieht vor, dass, wenn keine Kenntnis über den Willen des Verstorbenen besteht, auch die Angehörigen nach ihren Vorstellungen entscheiden können. Diese derzeit bei uns geltende Regelung wird aus zwei Gründen vielfach als unzureichend empfunden. Die Hoffnungen, einen Großteil der Bevölkerung durch intensive Aufklärungsarbeit zur Unterzeichnung eines Organspenderausweises bewegen zu können, haben sich bislang nicht erfüllt. Außerdem gilt die Befragung der Angehörigen aus psychologischen Gründen als problematisch, weil ihnen unter dem Eindruck der Todesnachricht auch noch die Anfrage zugemutet wird, ob sie der Organentnahme zustimmen.

Um einerseits die Angehörigen zu schonen und andererseits die Zahl der Spenderorgane zu erhöhen, wird deshalb in der ethischen und juristischen Diskussion immer wieder die so genannte *Widerspruchslösung* (oder ihre Abwandlung zu einer Informationslösung) in Betracht gezogen, die es in anderen Ländern (z. B. in Österreich, wo ein zentrales Register existiert, das den Widerspruch, der jederzeit zurückgenommen werden kann, dokumentiert und die Beachtung des Einwands sicherstellt) bereits gibt. Widerspruchslösung meint, dass einem Toten Organe nur dann entnommen werden dürfen, wenn der Verstorbene dem zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen hat. Auch hier gibt es das Modell einer Erweiterung der Widerspruchslösung dadurch, dass Angehörige widersprechen können, auch wenn eine Willensäußerung des betreffenden Patienten nicht vorliegt. Die Autonomie des Einzelnen bleibt in der Widerspruchslösung – und damit ist ihr wesentlicher Schwachpunkt benannt – nur erhalten, wenn auch sicher gestellt werden kann, dass die betreffenden Personen über dieses Recht aufgeklärt sind. Es darf keinesfalls Ziel der Widerspruchslösung sein, die Trägheit oder Ahnungslosigkeit der Betroffenen auszunutzen. Deshalb ist im Fall der Geltung der Widerspruchslösung dafür Sorge zu tragen, dass nach Möglichkeit jeder Erwachsene über ein Grundwissen zu diesem Thema verfügt und weiß, dass ihm gegebenenfalls postmortal Organe entnommen werden dürfen, sofern er dem nicht widersprochen hat. Die Vorteile der Widerspruchslösung bestehen neben der zu vermutenden

Erhöhung der Spenderorgane zum einen in der Entlastung der Angehörigen, zum anderen sichert die Tatsache, dass, solange kein Widerspruch vorliegt, die Zustimmung des Betroffenen unterstellt werden kann, gerade zu, dass der Wille des Verstorbenen nicht durch Angehörige verzerrt wird, wie das bei der erweiterten Zustimmungslösung der Fall sein kann. Deshalb ist auch eine Variante der Widerspruchslösung, die so genannte Informationslösung, fragwürdig, die vorsieht, dass, wenn kein Widerspruch seitens des Patienten vorliegt, die Angehörigen informiert werden müssen, mit der Möglichkeit, ein Veto einzulegen.

Eine dritte Lösung, die gegenwärtig diskutiert wird, ist die *Entscheidungslösung*: Jeder Bürger muss – z. B. mit Erreichen des 18. Lebensjahrs – entscheiden, ob er Organspender sein will oder nicht. Die Schwäche dieser Lösung liegt darin, dass ihre Missachtung sanktioniert werden können müsste. Wer das vermeiden will, landet wieder bei der Zustimmungslösung, wer eine Sanktion der Art vorsehen will, dass, wer sich nicht entscheidet, wie ein Zustimmender behandelt werden soll, landet bei der Widerspruchslösung. Man kann natürlich auch Geld- oder Freiheitsstrafen verhängen, das wäre wohl aber eher kontraproduktiv und würde die Zahl der Organspenden vermutlich nicht erhöhen.

**1.3 Die Frage der Allokation: Wie werden Organe gerecht verteilt?** Wir gingen bisher der Frage nach, wie die Freiwilligkeit der postmortalen Organspende sichergestellt werden kann. Dabei flossen bereits Überlegungen ein, welche Strategie geeignet ist, den Mangel an Organen wenn nicht zu beheben, so doch zu mildern. Die Frage, der wir uns nun noch zuwenden müssen, lautet, wie knappe Organe gerecht verteilt werden können. Auch hier kann und soll die Frage, wie die Organknappheit vermindert werden kann, wieder mit einbezogen werden. Zunächst ist zwischen *Konzepten* und *Kriterien* einer gerechten Verteilung von Organen zu unterscheiden. Eines der interessantesten Konzepte stellt die von John Rawls entwickelte „Theorie der Gerechtigkeit dar“ (vgl. Rawls 1993). Rawls arbeitet hier mit einem Gedankenexperiment, das den Menschen in einer Art Naturzustand (original position), in dem alle Parteien einander gleichgestellt sind, zeigt. Dazu gehört, dass keine der Parteien ihre Stellung in der Gesellschaft kennt (veil of ignorance), was Vermögen oder Status, aber auch die natürliche Ausstattung wie Intelligenz oder Körperkraft betrifft. Die Frage ist, auf welche Grundsätze sich die Menschen in diesem Urzustand einigen. Wer beispielsweise über seine finanziellen Möglichkeiten in der Situation, in der er ein Organ benö-

tigt, nicht Bescheid weiß, wird kaum einem Grundsatz zustimmen, der die Verteilung von Organen nach dem Kriterium der Zahlungsfähigkeit bemisst. Die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls bildet in dieser Hinsicht ein Prüfinstrument für die Etablierung von Kriterien der gerechten Verteilung knapper Organe, denen wir uns nun zuwenden.

Konzentrieren wir uns dazu auf die Kriterien der *Dringlichkeit* und der *Erfolgsaussicht*. Das Kriterium der Dringlichkeit ist wie folgt zu definieren: Wenn Patient A höchstwahrscheinlich versterben wird, wenn er jetzt nicht das passende Organ bekommt, während bei B, der ebenfalls durch das Organ gerettet werden könnte, eine begründete Aussicht besteht, dass für ihn noch ein weiteres passendes Organ verfügbar sein wird, dann sollte A das Organ erhalten. Diesem Grundsatz können wir in der von Rawls eröffneten Gerechtigkeitskonzeption vernünftigerweise zustimmen. Das Kriterium der Erfolgsaussicht ist wie folgt zu beschreiben: Wenn A und B nur durch eine Organtransplantation überleben können, es aber bei A unwahrscheinlich ist, dass er die Operation überhaupt überleben kann, während bei B gute Erfolgsaussichten bestehen, dann sollte B das Organ haben. Auch diesem Grundsatz können wir vernünftigerweise zustimmen. Relevant ist dabei allerdings unter Umständen nicht nur, ob eine Operation unmittelbar erfolgreich sein kann, sondern auch, welchen Erfolg die Transplantation voraussichtlich mittel- und langfristig haben wird. Wenn das Leben von A beispielsweise durch die Transplantation voraussichtlich nur wenige Wochen verlängert wird, während B eine gute Chance hat, einige Jahre ein relativ normales Leben zu führen: sollte dann die Transplantation bei A unterbleiben und bei B durchgeführt werden? Wenn wir uns erneut hinter den „Schleier des Nichtwissens“ begeben, können wir einer solchen Regel kaum zustimmen wollen.

Interessant ist nun noch die Überlegung, ob wir jenen Kriterien, auf die wir uns gemeinsam verständigen können, einen weiteren Grundsatz vorausschalten sollen, der vorsieht, dass vorzugsweise derjenige als Empfänger eines Organs in Frage kommt, der sich zu einem Zeitpunkt, an dem er nicht voraussehen kann, dass er ein Organ benötigt, selbst zur Spende bereit erklärt hat (vgl. Kliemt 1993, 269). Dieser Vorschlag hat folgenden Hintergrund: Es gibt verschiedene Gründe, warum Menschen es ablehnen, einen Spenderausweis aufzufüllen. Häufig genannt wird die Sorge, zu schnell von Ärzten für hirntot erklärt zu werden, die ihnen dann Organe entnehmen wollen. Allerdings scheinen viele Menschen großzügig ihre Sorge zu vergessen, wenn andere betroffen sind und sie selbst ein

Organ benötigen. Von daher stellt sich die moralische Aufgabe, diese egoistische Haltung zu überwinden, um mehr Spender zu gewinnen. Das vorgeschlagene Modell der reziproken Organspende sieht vor, unmittelbar an das Selbstinteresse des Menschen zu appellieren, nämlich durch die Belohnung der Spender in dem Augenblick, in dem sie selbst zu Empfängern von Organen werden. Wenn wir von „technischen“ Umsetzungsproblemen etwa der Art, wie ein solcher Zeitpunkt genau bestimmt werden soll, einmal absehen, müssen doch folgende ethisch relevante Einwände (vgl. Ach 1997, 40 f.) bedacht werden: (1) Zunächst ist zu fragen, ob mit einem solchen System der Gegenseitigkeit nicht altruistische Motive der Organspende untergraben werden, wie es eine bekannte Studie über die Kommerzialisierung des Blutspendensystems in England und den USA nahelegt (Titmuss 1971). Diese Studie konnte zeigen, dass die intrinsische altruistische Motivation zur Blutspende durch extrinsische, also monetäre Anreize erodierte: Das hatte zur Folge, dass die Qualität des gespendeten Blutes sank, da nun sozial schwache und häufig weniger gesunde Gruppen Blut spendeten. Vergleichbares wird im Fall der Organspende befürchtet. Was ist auf dieses Argument zu entgegnen? Abgesehen davon, dass ein System der Gegenseitigkeit nicht einfach als kommerziell bezeichnet werden darf (was ja über das Medium Geld den Tausch von Organen gegen beliebige Güter vorsehen würde: hier würden nur Organe gegen Organe getauscht, wobei der Fall der Einlösung jeweils an das unwahrscheinliche Auftreten eines Organversagens gebunden wäre), wäre das Prinzip der Reziprozität jedenfalls dann nicht empfehlenswert, wenn sich dadurch die Situation der Organspende verschlechtern würde. Das herauszufinden, ist freilich Feld der Empirie. (2) Umgekehrt könnte man dem System, das die Möglichkeit, Organempfänger zu werden, nicht an die Bereitschaft, Organspender zu sein, knüpft, vorwerfen, egoistische Motive zu belohnen und ein Schmarotzertum zu fördern. Menschen werden dadurch geradezu ermuntert, sich rein eigeninteressiert zu verhalten. Diesen Vorwurf kann man allerdings auch unserem Reziprozitätsmodell machen: Mit diesem System werde nämlich ebenfalls ein egoistisches Kalkül bedient. Ein egoistisches Motiv aber ist vormoralisch, es kann nicht Basis einer moralischen Begründung sein. Muss also die Gesellschaft wirklich einspringen, wenn eine Person der Gemeinschaft wechselseitiger Hilfe bewusst und aus freien Stücken nicht beigetreten ist? Man könnte diesen Vorwurf mit dem Hinweis entkräften, man verzichte dann eben auch auf jeden Anspruch, Organe zu erhalten – wäre dann aber faktisch wieder beim dem zu diskutierenden Modell der Reziprozität.

Kant klärt die zuletzt genannte Situation folgendermaßen: Würde man sich die zuletzt genannte Gleichgültigkeit bzw. Teilnahmslosigkeit gegenüber anderen zur *Maxime* machen, so verzichtete man auch auf die Möglichkeit, die eigene Glückseligkeit dadurch zu befördern, dass man sich die Glückseligkeit anderer Menschen zum Zweck setzt. Umgekehrt müsste man natürlich auch akzeptieren, dass kein anderer sich die Glückseligkeit von einem selbst zum Zweck setzte oder alle in Teilnahmslosigkeit verharrten. Da aber jeder ganz ohne Zweifel die eigene Glückseligkeit erstrebt, kann es niemand wollen, dass ihm eine Möglichkeit des Glücks genommen wird und im Fall einer Notlage die mögliche Linderung dieses Unglücks durch andere ausbleibt. Seine *Maxime* würde, sofern sie die Möglichkeiten eines solchen Falls nicht ausschließen kann, partiell das eigene Unglück wollen. Dies aber wäre eine *Maxime*, die dem eigenen Glücksstreben widerspräche. Der Grund dieses Widerspruchs liegt also darin, dass die *Maxime* der Teilnahmslosigkeit, die schließlich auch der Beförderung der eigenen Glückseligkeit dienen soll, nicht als ein allgemeines Gesetz gedacht werden kann, da in ihr zugleich die *Maxime* negiert wird, die eigene Glückseligkeit zu befördern. Kant begründet die Gegenseitigkeit des Wohlwollens unabhängig von einem allgemeinen subjektiven Bedürfnis allein im Rekurs auf den kategorischen Imperativ, das heißt, seine Argumentation bezieht sich nicht auf das wechselseitige materiale Kalkül, dass man nicht sicher sein könne, ob man nicht selbst in eine Situation gerate, in der man dann Hilfe wünsche. Die formale Perspektive der Verallgemeinerbarkeit allein sichert die Wechselseitigkeit des Gebotes zu helfen und schließt eine egoistische Vereinnahmung durch unser „liebes Selbst“, wie Kant sagt, aus.

Die größte Schwierigkeit tut sich in dem Augenblick auf, da es gilt, die Gegenseitigkeit der Organspende, für die wir ethische Gründe finden können, auch gesetzlich festzuschreiben. Wenn man Menschen nicht zur Organspende nötigen möchte, und viel spricht dafür, ihre Freiheit in dieser Frage zu achten, und wenn man sich weder mit den partikularen Interessen derer, die sich zu einem „Club der Egoisten“ einfinden, noch mit der ebenfalls egoistischen Haltung des „Trittbrettfahrens“ zufrieden geben möchte, könnte eine Lösung darin bestehen, dass wir das Modell der Reziprozität dann und nur dann einführen, wenn auch diejenigen davon profitieren, die sich nicht zur Spende entschließen. Dies ist der Fall, wenn die Erhöhung der Zahl der zur Verfügung stehenden Organe auch die Position der nicht spendenbereiten Akteure verbessert. Konkret: Ein solches Modell ist rechtfertigbar, wenn die Spendenbereitschaft allgemein

so erhöht wird, dass sogar Nicht-Spender besser gestellt werden. Dies kann wie folgt motiviert werden: Personen, die sich nicht bereit erklärt haben, ein Organ zu spenden, werden wie Personen behandelt, die dies getan haben, sofern ihr Leben auf dem Spiel steht. Geht es dagegen um die Verbesserung der Lebensqualität (wenn etwa eine Nierentransplantation die Dialyse ersetzen soll), sind potentielle Organspender denjenigen, die sich zu einer Spende nicht bereit erklärt haben, vorzuziehen. Jedenfalls kann die Wirkung einer solchen Regelung empirisch überprüft werden – und Kant verwehrt sich ja auch nicht dagegen, die Geltung von Gesetzen von empirischen Erkenntnissen abhängig zu machen. Die Gesellschaft hat also immer dann einzuspringen, wenn das Lebensnotwendige einer Person in Gefahr steht, gleich ob dieser Zustand verschuldet oder unverschuldet eintritt. Selbstverschuldete Ungleichheiten jenseits des Existenznotwendigen hat die Gesellschaft allerdings nicht auszugleichen (Anderson 2000, 117–171). Hier spricht vieles dafür, nicht absolute, sondern relative Maßstäbe zur Bestimmung von Lebensqualität einzuführen. Auch wenn egoistische (wie übrigens auch altruistische) Motive als vormoralisch gelten müssen, kann ihre Einhegung durch Regeln, die allgemein zustimmungsfähig sind, als ethisch legitim gelten. Dies ist in dem vorgeschlagenen Modell dann der Fall, wenn die Zahl der Organspender ansteigt, was empirisch überprüft werden kann. Sind die genannten Kriterien ausgeschöpft, ist die Verteilung der dann noch zu verteilenden Organe durch formale Verfahren (etwa über Wartelisten) zu organisieren. Für Deutschland, Österreich, Belgien, Luxemburg und die Niederlande wird dies durch die 1967 gegründete „Eurotransplant International Foundation“ in Leiden übernommen. Dabei müssen allerdings Aufnahmekriterien etabliert werden, die aus gerechtigkeits-theoretischen Erwägungen heraus mögliche diskriminierende Faktoren (wie z. B. unterschiedliche medizinische Versorgung etc.) abzumildern in der Lage sind.

## 2. Die Lebendspende

Der Vollständigkeit halber soll zuletzt auch die Möglichkeit der Lebendspende thematisiert werden (Rittner/Paul 2005). In der Regel handelt es sich dabei um die Nieren- und die Teilleber-Lebendspende. Bei der Lebendspende stellt sich zunächst nicht das Problem, ob der Hirntod schon der Tod des ganzen Menschen ist oder ob wir es beim Hirntoten mit einem erst Sterbenden zu tun haben. Wie bei der postmortalen Organspende muss jedoch die Freiwilligkeit der Lebendspende sichergestellt werden. In Deutschland ist die Lebendspende nur unter Beachtung

relativ strenger Auflagen rechtlich erlaubt. So müssen nach dem Transplantationsgesetz von 1997 beispielsweise die Spender volljährig und mit dem Empfänger entweder im ersten oder zweiten Grad verwandt sein, als Lebenspartner zusammenleben oder erkennbar zueinander im Verhältnis einer besonderen persönlichen Verbundenheit stehen. Durch diese Bestimmung soll verhindert werden, dass Menschen ihre Organe (anonym) gegen Geld abgeben. Allerdings wird dadurch die ethisch bedeutsame Frage aufgeworfen, ob sich der Spender durch die persönliche Beziehung besonders verpflichtet weiß und deshalb nicht aus freien Stücken handelt bzw. ob der Empfänger befürchten muss, dem Spender ein Leben lang verpflichtet zu bleiben (Fox/Swazey 1992). Außerdem darf eine Transplantation von Organen oder Organanteilen Lebender nur dann stattfinden, wenn kein geeignetes postmortales Spenderorgan zur Verfügung steht. Angesichts der Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken ist aber auch bei verwandtschaftlicher oder freundschaftlicher Bindung die Freiwilligkeit der Organspende institutionell auf jeden Fall zu sichern. Das heißt, es darf weder offen noch verdeckt Druck auf einen Menschen ausgeübt werden, als Organspender für einen ihm nahe stehenden Menschen zur Verfügung zu stehen. Vielmehr muss die Möglichkeit bestehen, diese Option ohne Gesichtverlust zurückzuweisen.

Auch wenn der Streit um das Kriterium des Hirntods dazu beigetragen hat, dass die Bereitschaft zur postmortalen Organspende auf einem relativ niedrigen Niveau verweilt, scheint es in Anbetracht der Morbiditäts- bzw. Mortalitätsrisiken aus ethischer Sicht unangemessen, statt der postmortalen Organspende die Lebendorganspende fördern und bestehende restriktive Regelungen zur Lebendorganspende lockern zu wollen. Die bessere Transplantatfunktionsrate stellt hier keine ausreichende Rechtfertigung dar, denn die Vorteile für den Empfänger können nicht – sozusagen von einer neutralen Instanz aus – einfach mit den möglichen Nachteilen für den Spender verrechnet werden. Aus medizinischer Sicht stellen heute – so könnte man zusammenfassen – nicht mehr Transplantationstechnik und Immunsuppression, sondern der Mangel an Spenderorganen und die bestmögliche Zuteilung der wenigen Transplantate an die geeigneten Empfänger das eigentliche Problem dar.

Als Alternative zu einem kommerziell betriebenen Organhandel und um bei der schwierigen Auswahl ein Höchstmaß an Gleichheit und Fairness zu gewährleisten, erfolgt die Zuteilung in den europäischen Ländern durch eine zentrale Steuerungsinstanz in Brüssel entsprechend

der medizinischen Prognose und dem besonderen Krankheitsbild des Empfängers. Die übliche Wartezeit eines Patienten beträgt derzeit im Durchschnitt zwei Jahre, wobei in Großbritannien Patienten über 65 Jahre generell von der Zuteilung ausgeschlossen sind.

### 3. Xenotransplantation

Die Entwicklung der Transplantationsmedizin hat eine Reihe von Problemen hervorgerufen, insbesondere das Problem des Zeitpunktes und der Methode der Transplantation, der Zustimmung bei der Organentnahme und der Verfügbarkeit der entsprechenden Organe. Eine andere Option, die vor allem im Hinblick auf die Verfügbarkeit der Organe und die Verringerung der ethischen Komplexität der Organentnahme von Interesse ist, stellt die so genannte Xenotransplantation dar. Bei dieser Methode wird durch entsprechend präparierte Tierorgane die Artgrenze zwischen Mensch und Tier überschritten. Die Hoffnungen, die mit dem Vorantreiben der Xenotransplantation verbunden sind, werden vor allem mit folgenden Fortschritten begründet. Übertragungen von Tierorganen auf den Menschen führen zwar nach bisheriger Kenntnis zu tödlichen Abwehrreaktionen. Ein Weg, diese Reaktionen herabzusetzen oder gar zu überwinden, ist aber die humane Genifizierung von Tieren. Durch den Transfer von Genen des menschlichen Immunsystems auf Tiere können diese transgen möglicherweise so weit manipuliert werden, dass die Übertragung von Organen in ihren Folgen kontrollierbar wird. Wenn man transgene Tiere mit entsprechenden Eigenschaften klonen kann, lassen sich solche Ressourcen soweit standardisieren, dass Organe in ausreichendem Maß Menschen zur Verfügung stehen. Allerdings ist folgendes Risiko zu bedenken: Wenn auf der einen Seite um des therapeutischen Erfolgs der Transplantation willen die Immunschranke von beiden Seiten – Mensch und Tier – her nivelliert werden soll, dann wird auf der anderen Seite die Übertragbarkeit von Infektionsmöglichkeiten, z. B. durch arteigen neutralisierte, aber bei Überschreitungen der Artgrenze virulent werdende Viren gefördert. So bedarf es einer ganzen Reihe von Forschungsentwicklungen, um an die Schwelle klinischer Versuche mit ethischer Verträglichkeit zu gelangen – und ethisch heißt hier: mit verantwortbarem Risiko. Schließlich ist die Frage zu stellen, ob mit dieser Technik, die die Artgrenze zwischen Mensch und Tier überschreitet, die Identität des Menschen tangiert wird, wenn ja, in welchem Maße dies geschieht und ob dies ethisch verantwortet werden kann (vgl. Wiesemann/Biller-Andorno 2003, 289).

#### 4. Abschließende Bemerkungen

Die theologische bzw. kirchliche Bewertung der freiwilligen Organspende hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Die katholische Moraltheologie und die lehramtliche Verkündigung der Kirche hielten bis in die 50er Jahre an einem naturrechtlich begründeten Verstümmelungsverbot fest, das jeden Eingriff in die Integrität des menschlichen Körpers untersagte, sofern er nicht dem Wohl des ganzen Organismus dient. Ein Ausweg aus der Sackgasse der naturrechtlichen Argumentation zeigte sich, als man in den 60er Jahren dazu überging, die Legitimität der Organspende vom Liebesgebot Jesu her zu begründen. Der Glaube vermag im Nächsten nämlich nicht nur einen fremden physischen Organismus, sondern das alter ego zu sehen, mit dem ich in Jesus Christus verbunden bin. Seitdem stimmen die beiden großen Kirchen in der Bejahung der Organspende überein. Sie sehen in der Bereitschaft zur Organspende heute ein Zeichen der Nächstenliebe, gegen das es aus christlicher Sicht keine grundsätzlichen Bedenken gibt. Dem steht auch der Glaube an die Auferstehung des Leibes nicht im Wege, denn dieser meint nach christlichem Verständnis nicht die stoffliche Fortsetzung unserer irdischen Körperlichkeit, sondern die Verwandlung des ganzen Menschen in eine neue Realität (anders als z. B. das orthodoxen Judentum oder der Islam, nach deren Glauben die Integrität des Leichnams konstitutive Bedeutung für die Auferstehung der Toten hat).

*Christof Breitsameter*

#### Literatur

- Johann S. Ach**, „Von Natur aus knapp“ – Gerechtigkeitstheoretische Überlegungen zur Verteilung knapper Spendeorgane in der Transplantationsmedizin, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), 31–49.
- Elizabeth Anderson**, Warum eigentlich Gleichheit?, in: Angelika Krebs (Hrsg.), Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte der neuen Egalitarismuskritik, Frankfurt am Main 2000, 117–171.
- James L. Bernat/Charles M. Culver/Bernard Gert**, On the definition and criterion of death, in: Annals Internal Medicine 94 (1981), 389–394.
- Renee C. Fox/Judith P. Swazey**, Spare Parts: Organ Replacement in American Society, New York 1992.
- Daniel I. Greenberg**, Comment on „Detecting awareness in the vegetative state“, in: Science 315 (5816) (2007), 1221.
- Hans Jonas**, Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt am Main 1985.

- Hartmut Kliemt**, Gerechtigkeitskriterien in der Transplantationsmedizin – Eine ordoliberalen Perspektive, in: Eckhard Nagel/Christian Fuchs (Hrsg.), Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin, Berlin u. a. 1993, 262–276.
- Julian Larmont**, A solution to the puzzle of when death harms its victims, in: Australasian J Philosophy 76 (1998), 198–212.
- Parashkev Nachev/Masud Husain**, Comment on „Detecting awareness in the vegetative state“, in: Science 315 (5816) (2007), 1221.
- Adrian M. Owen/Martin R. Coleman/Melanie Boly/Matthew H. Davis/Steven Laureys/John D. Pickard**, Detecting awareness in the vegetative state, in: Science 313 (5792) (2006), 1402.
- John Rawls**, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt am Main 1979.
- Christian Rittner/Norbert W. Paul (Hrsg.)**, Ethik der Lebendorganspende, Basel 2005.
- D. Alan Shewmon**, The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating „Brain Death“ with death, in: J Medicine Philosophy 26 (2001), 457–478.
- Klaus Steigleder**, Hirntod, in: Stefan Schulz/Klaus Steigleder/Heiner Fangerau/Norbert Paul (Hrsg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung, Frankfurt am Main 2006, 435–445.
- Richard Morris Titmuss**, The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy, New York 1971.
- Claudia Wiesemann/Nikola Biller-Andorno**, Ethik der Transplantationsmedizin, in: Marcus Düwell/Klaus Steigleder (Hrsg.), Bioethik. Eine Einführung, Frankfurt am Main 2003, 284–290.