

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in Düwell, Marcus/ Neumann, Josef et al. (eds.), *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?* It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:

Bobbert, Monika

Zur Notwendigkeit der Rückbindung eines Autonomieprinzips an einen Begründungsansatz in: Düwell, Marcus/ Neumann, Josef et al. (eds.), *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?*, pp. 105–124 Paderborn: mentis 2005

Access to the published version may require subscription.

Published in accordance with the policy of mentis: <https://www.mentis.de/page/open-access>

Your IxTheo team

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in Düwell, Marcus/ Neumann, Josef u.a. (Hrsg.), *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?* erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Bobbert, Monika

Zur Notwendigkeit der Rückbindung eines Autonomieprinzips an einen Begründungsansatz in: Düwell, Marcus/ Neumann, Josef u.a. (Hrsg.), *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?*, S. 105–124 Paderborn: mentis 2005

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Verlags mentis publiziert:

<https://www.mentis.de/page/open-access>

Ihr IxTheo-Team

Bobbert, Monika, Zur Notwendigkeit der Rückbindung eines Autonomieprinzips an einen ethischen Ansatz, in: Düwell, Marcus, Neumann, Josef u.a. (Hg.), Wie viel Ethik verträgt die Medizin?, Paderborn: Mentis 2005, 105-124.

Monika Bobbert (Heidelberg)

ZUR NOTWENDIGKEIT DER RÜCKBINDUNG EINES AUTONOMIEPRINZIPS AN EINEN ETHISCHEN ANSATZ

1. Einleitung

Das Autonomieprinzip spielt in der Bio-, Medizin- und Pflegeethik eine zentrale Rolle. Meist wird es auf Patienten und deren individuellen Willen bezogen. Die Patientenautonomie steht nicht nur im Krankheitsfall als informierte Zustimmung zu medizinischen Behandlungen an erster Stelle, sondern oft auch in Diskussionen über Fortpflanzungsmedizin, also beispielsweise In-Vitro-Fertilisation, Pränatal- oder Präimplantationsdiagnostik oder in der Debatte um die Zulassung aktiver Sterbehilfe. Plausibilität und Anwendung des Autonomieprinzips, häufig als „Prinzip mittlerer Reichweite“ gekennzeichnet, werden kaum hinterfragt oder eingehend begründet. Meist wird angenommen, dass das Autonomieprinzip als eine Art Faustregel in verschiedenen ethischen Ansätzen zwar unterschiedlich begründet wird, diese Unterschiede jedoch bei seiner Anwendung auf die speziellen Handlungsbereiche in Biologie, Medizin oder Pflege keine Rolle mehr spielen. Doch ist dem Eindruck, dass bei der Anwendung des Autonomieprinzips Streitigkeiten zwischen ethischen Begründungsansätzen zurücktreten und sich auf der Ebene der Praxisbeurteilung die meisten Fragen einvernehmlich lösen lassen, zu widersprechen. Vielmehr ist es so, dass bei praktischen Fragestellungen, bei denen auf das Autonomieprinzip zurückgegriffen wird, weiterer Klärungsbedarf besteht, so z.B. auf welchen Gegenstandsbereich sich das Autonomieprinzip bezieht, ob es sich um negative oder positive Ansprü-

che handelt, wo die Grenzen dieser Autonomieansprüche verlaufen und auf welche Weise sich konfligierende moralische Interessen abwägen lassen.

Gemeinsam ist den weiter unten betrachteten Varianten eines Autonomieprinzips, dass es sich um materiale Einzelnormen handelt, die – auf einen Handlungsbereich angewandt – zu konkreten ethischen Urteilen führen sollen. Meist richtet sich das Autonomieprinzip dabei auf ausgewählte Entscheidungen, Handlungen oder Güter. Davon zu unterscheiden sind zahlreiche andere Verständnisse von Autonomie.¹ Insbesondere ist hier ein umfassendes und moralisch grundlegendes Verständnis von Autonomie mit Blick auf Immanuel Kant zu nennen: Autonomie als unbedingter sittlicher Anspruch, der eine Selbstgesetzgebung im Sinne der Selbstbindung an das moralische Gesetz beinhaltet.

Gemeinsam ist den weiter unten betrachteten ethischen Ansätzen, dass es sich um normative ethische Theorien handelt. Diese formulieren moralische Urteile und versuchen, sie zu begründen. Davon zu unterscheiden sind deskriptive ethische Ansätze, die den Gegenstand „Moral“ in seinen unterschiedlichen Aspekten und Erscheinungsformen beschreiben und metaethische Ansätze, welche die begrifflichen Grundlagen für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen Moral bereitstellen.²

Warum jedes bei Anwendungsfragen herangezogene Autonomieprinzip an einen ethischen Ansatz rückgebunden sein muss, um ein angemessenes ethisches Kriterium darstellen zu können, und wie sich ein Autonomieprinzip in Abhängigkeit von einem ethischen Ansatz in seinem Gehalt ändert, soll im Folgenden gezeigt werden. Zu diesem Zweck werden drei bioethische Ansätze, die unterschiedlichen Argumentationsrichtungen angehören, auf das Autonomieprinzip hin befragt: Bietet der Ansatz ein Autonomieprinzip und wenn ja, auf welche Art und mit welchem In-

¹ Vgl. z.B. Bielefeldt (2002), Bondolfi (1998) oder Merks (1992).

² Vgl. für Ausführungen zu dieser Unterscheidung beispielsweise Scarano (2002).

halt? Anschließend wird das jeweilige Autonomieprinzip auf einen konkreten Problembereich der Medizin angewandt und zwar auf die Lebendspende von Organen in der Transplantationsmedizin. Zur Verdeutlichung der Schlussfolgerungen, die sich aus dem jeweils herangezogenen Autonomieprinzip ergeben, wird die Frage gestellt: Soll man in der Transplantationsmedizin eine Lebendorganspende zulassen oder gar fördern?

2. Konkrete Fragestellung: Transplantationsmedizin und Organlebenspende

Angesichts des Mangels an Organen von hirntoten Patienten gewinnt die Organlebenspende zunehmend an Bedeutung. So kann einem Patienten, der ein Ersatzorgan benötigt, das Organ eines gesunden, noch lebenden Menschen transplantiert werden, beispielsweise eine der paarig vorhandenen Nieren, ein Leberlappen, der nach einigen Wochen nachwächst, Teile des Dünndarms oder der Lunge. Derzeit ist in Deutschland die Lebendspende nur zwischen nahen Verwandten, Ehegatten oder persönlich eng verbundenen Personen erlaubt.³ Jedoch werden weitere Regelungsoptionen diskutiert, etwa die Überkreuz-Spende zwischen Paaren oder der Ringtausch von Organen, eine anonyme Spende für einen Organpool oder die Organspende gegen Geld.⁴ Bei der Frage, ob und wenn ja, unter welchen Bedingungen ein gesunder Mensch ein Organ spenden darf, spielt das Autonomieprinzip eine Schlüsselrolle.

2.1. Zur Auswahl des konkreten Problems „Organlebenspende“

In vielen Argumentationen zur Organlebenspende stellt die autonome Entscheidung des Lebendspenders eine unabdingbare Voraussetzung

³ Vgl. das Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz TPG) vom 5. Nov. (1997), Dritter Abschnitt § 8.

⁴ Vgl. z.B. Gutmann/Schroth (Hrsg.) (2002).

dar. Im Hinblick auf den Lebendspender als einem gesunden Menschen lässt sich von Bewusstsein und Rationalität und damit von einem zu Entscheidungen fähigen Menschen ausgehen. Weiterhin scheint es zunächst plausibel und unproblematisch, Selbstbestimmung über den eigenen Körper als Gegenstandsbereich der Autonomie zu bestimmen. Dabei gelten die Bedingungen der Freiwilligkeit, Intentionalität und Informiertheit meist als Voraussetzungen für eine auf die physische Integrität bezogene autonome Entscheidung.

Dennoch lässt sich fragen, was es bedeutet, in Bezug auf einen gesunden potentiellen Lebendspender im Erwachsenenalter auf ein Autonomieprinzip zu rekurrieren: Welche Voraussetzungen macht das Autonomieprinzip in Bezug auf das Entscheidungssubjekt? Reicht es beispielsweise, dass ein erwachsener Mensch entscheidet, einem Patienten, der dringend ein Ersatzorgan braucht, eines seiner eigenen Organe spenden zu wollen? Worauf bezieht sich das gewählte Autonomieprinzip – auf die Veräußerung von Teilen des eigenen Körpers ungeachtet einer möglichen Selbstgefährdung oder -schädigung oder zusätzlich auf die Festlegung der Verwendung der gespendeten Organe? Wird das Autonomieprinzip durch andere ethische Voraussetzungen oder Prinzipien begrenzt, etwa durch das Verbot der Kommerzialisierung des eigenen Körpers oder durch die ethische Norm, sich nicht selbst zu schaden? Besteht unter Umständen die moralische Erwartung oder gar Verpflichtung, dass ein gesunder Mensch bei geringem Gesundheitsrisiko ein Organ spenden sollte?

Bei der Organlebendspende die Autonomienorm zu fokussieren, liegt in der ethisch-theoretischen Fragestellung des vorliegenden Beitrags begründet. Keineswegs jedoch kann lediglich mit diesem Fokus der Problembereich der Organlebendspende angemessen reflektiert werden. Zurückgestellt bzw. ausgeblendet werden im vorliegenden Beitrag eine Vielzahl weiterer Aspekte, so unter anderem die Verantwortung des Arztes für Gesundheit und Leben eines gesunden Menschen, der durch seine

Spende zum Patienten wird. Außerdem wäre die Seite des Empfängers zu betrachten, der zwar ein Organ dringend benötigt, aber durchaus nicht alle denkbaren Mittel und Wege beanspruchen darf, und dies vielleicht auch nicht möchte. Zentral und nicht unbedingt allein über ein Autonomieprinzip in seiner Problematik zu erfassen ist die Frage der Freiwilligkeit und Informiertheit der Spender. Noch wenig untersucht und diskutiert sind die in einem Familiensystem, einer Partnerschaft oder einer freundschaftlichen Beziehung aufkommenden psychischen Dynamiken und Zwänge, die angesichts der Lebensbedrohung eines Angehörigen entstehen. Zudem können sich durch eine Lebendspende unter Umständen neue Bande und Abhängigkeiten entwickeln, die von den Betroffenen meist nicht antizipiert werden. Wenn Geldleistungen mit der Lebendspende verbunden wären, könnten bei (fremden) Lebendspendern finanzielle oder soziale Notlagen zur Organspende führen. Insgesamt wäre zu fragen, welcher Stellenwert solchen Beweggründen und Unwägbarkeiten in einer ethischen Reflexion eingeräumt werden sollte.

Neben den genannten individualethischen Fragestellungen muss gerade bei der Organlebendspende der Bogen noch weiter gespannt werden: So sind mit Blick auf den Lebendspender medizinische Fragen der Technikfolgenabschätzung zu bearbeiten. Da es bislang recht wenig Forschungsergebnisse über die medizinische Abschätzung der Langzeitfolgen für die Spender gibt, besteht ein erst noch einzulösender Forschungsbedarf, bevor die medizinische Praxis der Lebendtransplantation weite Verbreitung findet. Außerdem handelt es sich nicht nur um eine Entscheidung zwischen einem organgeschädigten Patienten, einem potentiellen Lebendspender und den Ärztinnen bzw. Ärzten, sondern auch um sozial-ethische Weichenstellungen: In der Transplantationsmedizin, die zum einen medizinisch aufwändig und kostenintensiv ist und bei der zum anderen Organmangel herrscht, stellt sich die Frage der Verteilungsgerechtigkeit in besonderer Weise: Wer wird für eine Transplantation vorgeschlagen, wer soll ein Organ erhalten? Weiterhin deuten die Zunahme an

Lebendorganspenden in der Medizin (trotz der „Subsidiaritätsklausel“⁵) und die neueren Diskussionen über ökonomische Regelungsmodelle einen Trend zur Vergemeinschaftung und Ökonomisierung des menschlichen Körpers an, der sozialetisch kritisch reflektiert werden müsste.

2.2. Konkrete Fragen zum Autonomieprinzip in Bezug auf Lebendspender

Unter Zurückstellung der Fülle ethischer Fragestellungen der Organlebenspende werden im Folgenden ausschließlich folgende konkrete Fragen zum Autonomieprinzip in Bezug auf die Organlebenspender betrachtet:

- Darf ein gesunder Mensch ein Organ wie beispielsweise eine Niere oder einen Teil der Leber spenden?
- Müssen bei dem herangezogenen Autonomieprinzip die Beweggründe des Spenders beurteilt werden, d.h. ist neben Altruismus beispielsweise ein finanzielles Interesse („Organe gegen Geld“) zulässig?
- Werden im Zusammenhang mit dem Autonomieprinzip Vorgaben zum Kontext gemacht, etwa, dass eine Organlebenspende nur an nahestehende Angehörige oder Freunde oder aber an Fremde gehen darf?
- Lässt sich für eine Aufforderung bzw. sogar Zwang durch Gesellschaft oder Staat argumentieren?

Es sei nochmals betont, dass diese eng zugeschnittenen Fragen dem Problembereich der Lebendorganspende nicht in seiner Gänze und Komplexität gerecht werden, sondern allein dem Zweck dienen, Vergleiche zwischen mehreren ethischen Ansätzen zu ermöglichen, d.h. einen methodischen Aspekt der angewandten Ethik zu veranschaulichen.

⁵ Vgl. das Transplantationsgesetz von 1997, Dritter Abschnitt § 8, Abs. (1).

3. Ausgewählte ethische Ansätze und ihr Autonomieverständnis

Aus der Fülle ethischer Ansätze und Argumentationsrichtungen⁶ werden im Folgenden drei normative Ansätze ausgewählt und zwar der kohärentistische Ansatz von Beauchamp und Childress, der liberalistische Ansatz von Tristram von Engelhardt Jr. und der utilitaristische Ansatz von Peter Singer. Selbstredend könnten weitere Ansätze aus vertragstheoretischer, diskursethischer oder kantischer Tradition etc. herangezogen werden. Doch zum einen haben sich die genannten Autoren jeweils mit medizin- und bioethischen Fragen befasst, d.h. sie selbst haben ihren Ansatz in ihrem Hauptwerk bereits auf den Bereich des medizinischen Handelns angewandt, so dass man sie aus diesem Grund als medizinethische Ansätze im engeren Sinne bezeichnen kann. Zum anderen handelt es sich um einigermaßen bekannte Ansätze, so dass grundlegende Kenntnisse über die Begründungsstruktur dieser Ansätze, welche sich im Rahmen dieses Beitrags nicht angemessen entfalten lassen, vorausgesetzt werden dürfen. Außerdem soll durch die Heranziehung mehrerer Ansätze lediglich gezeigt werden, wie unterschiedlich das Autonomieprinzip konturiert sein kann und dass es letztlich der Rückbindung des Autonomieprinzips an einen ethischen Ansatz bedarf, um inhaltlich präzise zu argumentieren. Daher wird exemplarisch bei diesen Ansätzen ein explizit oder implizit enthaltenes Autonomieprinzip herausgearbeitet und dann auf die Frage der Lebensorganspende bezogen. Gemeinsam ist allen Ansätzen, wie eingangs erwähnt, dass sie sich der moralisch-normativen Ethik zurechnen lassen, das heißt, dass sie mit einem Anspruch des unbedingten Sollens auftreten.

3.1. Der kohärentistische Ansatz von Tom Beauchamp und James Childress

⁶ Vgl. für einen Überblick beispielsweise Düwell/Steigleder (2003), 41-212 oder Ott (2001).

Im Ansatz von Tom Beauchamp und James Childress ist das Prinzip des Respekts vor der Autonomie eines von vier so genannten prima-facie-Prinzipien.⁷ In der ersten Auflage des Hauptwerks „Principles of Bio-medical Ethics“ von 1979 war das Autonomieprinzip den anderen drei Prinzipien, das heißt dem Nicht-Schaden-Prinzip (non-maleficence), dem Prinzip des Wohltuns (beneficence) und dem Prinzip der Gerechtigkeit noch vorgeordnet.⁸ Dabei steht das Prinzip der Achtung der Autonomie für die Norm, die Entscheidungsfähigkeit eines Menschen zu respektieren, das Nicht-Schaden-Prinzip für die Norm, die Schädigung eines anderen Menschen zu vermeiden, das Prinzip des Wohltuns für eine Gruppe von Normen, die darauf abzielen, Nutzen hervorzubringen und diesen gegen Risiken und Kosten abzuwägen und schließlich das Gerechtigkeitsprinzip für eine Gruppe von Normen, welche die Verteilung von Nutzen, Risiken und Kosten fair regeln.⁹ Seit der zweiten Auflage soll dem Autonomieprinzip zunächst die gleiche Wichtigkeit wie den anderen Prinzipien zukommen. Obgleich es einen besonderen Platz in der Argumentation einnimmt, wenn es um die medizinische Versorgung kranker Menschen geht, verwehren sich Beauchamp und Childress gegen die Lesart, das Prinzip der Achtung der Autonomie sei allen anderen moralischen Überlegungen vorgeordnet.¹⁰

Die prima-facie-Prinzipien sind Ergebnis einer Rekonstruktion und Systematisierung der Wertvorstellungen, die unseren praktischen Entscheidungen zugrunde liegen und der moralischen Normen, die aus ethischen Theorien stammen.¹¹ Über ein so genanntes „Überlegungsgleichgewicht“ – in loser Anlehnung an John Rawls¹² – und das Bestreben, zwischen moralischen Normen unterschiedlicher Herkunft Kohärenz herzustellen, beansprucht der Ansatz von Beauchamp und Childress, die all-

⁷ Vgl. Beauchamp/Childress (2001).

⁸ Vgl. Beauchamp/Childress (1979).

⁹ Vgl. Beauchamp/Childress (2001), 12.

¹⁰ Vgl. Beauchamp/Childress (2001), 57, 104.

¹¹ Vgl. Beauchamp/Childress (2001), 384ff.

¹² Vgl. Rawls (1975).

gemeinen Moralvorstellungen (common morality) zu rekonstruieren. Ein kohärentes Netz moralischer Normen und Argumente soll zur Orientierung für moralische Fragen dienen, unter anderem für Entscheidungen und Handlungen in der medizinischen Versorgung von Patienten.

Die beiden Autoren legen bei ihren vier materialen biomedizinischen Prinzipien Wert auf deren prima-facie-Status, wie ihn William Ross einführte: sie gelten gewissermaßen unter Vorbehalt bzw. beanspruchen nur vorläufig Geltung.¹³ Nach Ross gelten prima-facie-Prinzipien bzw. Pflichten und Regeln nicht ausnahmslos, sondern stellen relevante moralische Gesichtspunkte unter anderen dar. Erst durch eine Abwägung aller moralisch relevanten Gesichtspunkte wird die tatsächlich im konkreten Fall bestehende Pflicht ermittelt.¹⁴ Letztlich drückt die Bezeichnung „prima-facie“ den Vorbehalt aus, dass das Recht auf Achtung der Autonomie noch nicht präzise zu anderen Prinzipien oder moralischen Ansprüchen in ein Verhältnis gesetzt ist.

Beauchamp und Childress verstehen sich als Alternative zu einer begründungstheoretisch anspruchsvolleren Ethik, die Praxisfragen leicht aus dem Blick verliert. Daher findet ihr Ansatz in der medizinethischen Debatte dort große Resonanz, wo primär das Interesse besteht, konkrete Praxisprobleme einer Lösung zuzuführen. Diese Blickrichtung erklärt den von Beauchamp und Childress gewählten Zuschnitt der biomedizinischen Reflexion auf Patienten und die beruflich in der Gesundheitsversorgung Tätigen. Allerdings ist diesbezüglich bereits kritisch anzumerken, dass ein weiterer, sozialetischer Fokus, der externe Regulierungen für die Gesundheitsversorgung beinhalten könnte, fehlt. Dadurch besteht die Tendenz, gesamtgesellschaftlich zu verantwortende und zu regelnde Handlungsbereiche in die Hände einiger Berufsgruppen und der durch sie versorgten Patienten zu geben. Zwar überschreiten die beiden Auto-

¹³ Vgl. Ross (1930), 19.

¹⁴ Bei Ross erfolgt die Abwägung durch moralische Intuition, Beauchamp/Childress, die ebenso von „prima-facie“-Prinzipien reden, geben seit ihrer 4. Auflage erstmals formale Abwägungsregeln an (vgl. Beauchamp/Childress (1994), 4. Aufl., 32-37), die m.E. jedoch für Abwägungen keine überzeugende Hilfe darstellen.

ren an einigen Stellen die sich selbst gestellte Aufgabe, lediglich für betroffene Patienten und die in der Gesundheitsversorgung Tätigen ethische Normen auf den Punkt zu bringen, etwa in ihrem Kapitel zum Gerechtigkeitsprinzip. Denn dieses Prinzip wird mit Blick auf die gesamte Gesellschaft rekonstruiert, so dass man den Eindruck gewinnt, die vier rekonstruktiv gewonnenen biomedizinischen Prinzipien seien generell für ethische Reflexionen maßgeblich. An anderen Stellen hingegen weisen Beauchamp und Childress darauf hin, dass sich die Generierung und Anwendung der vier Prinzipien lediglich auf den medizinischen Bereich erstreckt. Bei der letztgenannten Lesart könnte man die Selbstbescheidung zwar sinnvoll finden, jedoch als sozialetische Problematik anmelden, dass Beauchamp und Childress offenbar alle Entscheidungen in das Ermessen der unmittelbar im Gesundheitswesen tätigen Akteure stellen wollen und keine gesellschaftliche bzw. staatliche Regulierung der Rahmenbedingungen anstreben.

Das Autonomieprinzip wird wie die anderen drei Prinzipien in einem eigenen Kapitel ausführlich erläutert, indem allgemeine und spezielle Aspekte dargelegt werden, welche die Autonomie betreffen. Der primäre Gehalt des Prinzips besagt, dass man die Entscheidung einer Person respektieren muss, solange sie nicht in Konflikt mit denen anderer gerät. Das Prinzip der Achtung der Autonomie heißt in seiner negativen Form, dass selbstbestimmte Handlungen nicht der kontrollierenden Einflussnahme anderer unterworfen sein sollten. Das Autonomieprinzip in seiner positiven Form umfasst insbesondere die Verpflichtung, Information zur Aufklärung zu liefern und eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zu fördern.¹⁵

Als prima-facie-Recht kann das Autonomierecht jedoch durch konkurrierende moralische Erwägungen zurückgewiesen werden, da es durch die anderen drei Prinzipien ergänzt beziehungsweise eingeschränkt wird. So besagt das Prinzip des Nicht-Schadens, dass niemand absichtsvoll

¹⁵ Vgl. Beauchamp/Childress (2001), 64f.

Schaden zugefügt werden darf, indem man beispielsweise eine riskante Behandlung ansetzt, andere beleidigt oder sie beraubt. Im Unterschied zu diesem eher als negativem Abwehrrecht gefassten Prinzip enthält das Prinzip des Wohltuns positive Forderungen. Erläuternde Regeln sind folgende: Bewahre andere vor Schaden, beseitige Bedingungen, die Schaden verursachen und befreie Personen aus Gefahr. Das Gerechtigkeitsprinzip ist vielschichtig, enthält es doch sowohl Gleichheits- als auch Differenzforderungen in Form einer Honorierung von Leistungs- oder Vertragsbedingungen, aber auch in Form einer Berücksichtigung elementarer Bedürfnisse. Als Beispiele im Textverlauf führen Beauchamp und Childress an: wenn eine Entscheidung die öffentliche Gesundheit gefährdet, wenn unschuldige Andere zu Schaden kommen könnten, wenn die Behandlung aussichtslos ist oder wenn eine knappe Ressource in Anspruch genommen wird.¹⁶

Anwendung auf die Frage der Organlebenspende

In der neuesten Auflage ihres Werks widmen Beauchamp und Childress der Organlebenspende einen eigenen Abschnitt, allerdings nicht im Kapitel „Achtung der Autonomie“, sondern im Kapitel „moralischer Charakter“.¹⁷ Offenbar erachten die Autoren die Lebenspende als supereragatorischen Akt, der sich nicht einfordern lässt. Sowohl in den diskutierten Beispielen als auch im übrigen Textverlauf heben sie hervor, dass die Entscheidung der Lebendspender vom Transplantations-team auf ihre Motive, d.h. beispielsweise auf die Gefahr der Selbstgefährdung und der Kommerzialisierung hin kritisch überprüft werden müsse. Die Bereitschaft zur Lebenspende zwischen nicht Blutsverwandten werde zunehmend häufiger, berge aber Probleme der Freiwilligkeit, Informiertheit und Entscheidungskompetenz. Beauchamp und Childress optieren dafür, dass Transplantationsteams als „moral ga-

¹⁶ Vgl. Beauchamp/Childress (2001), 64, 67, 133ff, 250ff.

¹⁷ Vgl. Beauchamp/Childress (2001), 49ff.

tekeepers“ fungieren, um Geschlechtsspezifika bei der Spendebereitschaft (Frauen spenden häufiger als Männer), unangemessene Selbstgefährdung oder Selbstausbeutung (Organ gegen hohe finanzielle Gegenleistung) zu verhindern. In ihren Ausführungen zur Frage der Organlebenspende argumentieren die Autoren weniger mit ihren vier biomedizinischen Prinzipien als direkt mit der Wiedergabe moralischer Auffassungen des in der Gesundheitsversorgung tätigen Personals und der Mehrheit der Bevölkerung sowie schlussendlich der mit ihrer als plausibel unterstellten eigenen Meinung.¹⁸

Wie könnte nun eine Argumentation aussehen, die sich auf die von Beauchamp und Childress entwickelten vier biomedizinischen Prinzipien bezieht?

Die Anwendung des Ansatzes lässt aufgrund seiner Offenheit und Vielschichtigkeit der inhaltlichen Erläuterung der Prinzipien und der Offenheit bzgl. ihrer Rangfolge mehrere Interpretationen bzgl. der Organlebenspende zu. Gemeinsam wären den Interpretationen vielleicht Folgendes: Das Autonomieprinzip würde gebieten, dass niemand gegen seinen Willen zu einer Organlebenspende genötigt wird, d.h. die Voraussetzungen der Freiwilligkeit und Intentionalität gewährleistet sind. Ob jemand lediglich aus Altruismus oder auch gegen Geld spenden darf, scheint das im Autonomiekapitel dargelegte Prinzip nicht regeln zu können. Hier könnte allenfalls das biomedizinische Gerechtigkeitsprinzip, insofern es eindeutig ein Verbot der Selbstausbeutung bzw. der Absicherung sozialer Not beinhalten würde, Einhalt gebieten. Da jedoch insbesondere das Gerechtigkeitsprinzip bei Beauchamp und Childress keine inhaltliche Festlegung erfährt, sondern mögliche Füllungen lediglich aditiv referiert werden, kann von dieser Seite aus keine Beschränkung erfolgen. Im Gegenteil, über das von den Autoren vorgelegte Gerechtigkeitsprinzip ließe sich ebenso eine Vertrags- oder Kompensationssituation rechtfertigen, also der Tausch von Organen gegen Geld.

¹⁸ Vgl. Beauchamp/Childress (2001), 51.

Doch nochmals zurück zum Inhalt des Autonomieprinzips bei Beauchamp und Childress. Seinen Schwerpunkt hat das Autonomieprinzip in Überlegungen zur Freiwilligkeit und Kompetenz. Im Grunde lässt sich das von den Autoren dargelegte Autonomieprinzip auf den in der Medizinethik etablierten „informed consent“, der sich aus Informations- und Verstehensanforderungen und der Freiwilligkeit einer Entscheidung zusammensetzt, zurückführen. Demzufolge wäre bei der Organlebenspende zu fragen, ob und wenn ja, auf welche Weise sich gewährleisten lässt, dass sich ein gesunder Mensch informiert und freiwillig zu einer Lebenspende entschließt.

Gleichwohl steht das Autonomieprinzip nicht allein, sondern wird durch die anderen drei Prinzipien ergänzt. Auf welche Weise könnte dies geschehen? In Bezug auf das Nicht-Schaden-Prinzip, welches ein Prinzip des Unterlassens von Übergriffen, also ein Prinzip der Abwehr darstellt, unterscheiden die Autoren zwischen einer Schädigung, bei welcher der betroffenen Person Unrecht geschah, weil ihre Interessen verletzt wurden und einer Schädigung, der die betroffene Person zugestimmt hat.¹⁹ Allerdings, so Beauchamp und Childress, besteht ein Unterschied zwischen der Verweigerung einer Behandlung und der Forderung nach einer medizinischen Intervention, hier einer Operation zur Organentnahme. Bei letzterem wird vom Arzt bzw. von der Ärztin eine Handlung verlangt, bei ersterem die Unterlassung verfügbarer medizinischer Handlungsoptionen. Ärztinnen und Ärzte seien nicht verpflichtet, einer autonomen Forderung eines Patienten nachzukommen, wenn dieser beispielsweise eine medizinisch assistierte Tötung wünsche.²⁰ Ähnliches gilt, so lässt sich schlussfolgern, für den Fall der Organlebenspende. Daher stehen Ärztinnen und Ärzte vor der Frage, ob es moralisch erlaubt ist, einen gesunden Menschen durch die Lebenspende gesundheitlichen Risiken und dem Risiko des vorzeitigen Todes auszusetzen. Außer dem Hinweis auf die Notwendigkeit einer Risikoabschätzung durch Ärztin-

¹⁹ Vgl. Beauchamp/Childress (2001), 116f.

²⁰ Vgl. Beauchamp/Childress (2001), 146ff.

nen und Ärzte lassen sich aus dem Nicht-Schaden-Prinzip keine inhaltlichen Begrenzungen entnehmen.

Nun muss aber aus Sicht von Patienten, die dringend ein Organ benötigen, auch das Prinzip des Wohltuns beachtet werden. Offensichtlich ist dieses Prinzip inhaltlich weniger konturiert als die Prinzipien „Achtung der Autonomie“ und „Nicht-Schaden“, was durch die Problematik der Begrenzung des Radius’ und der Intensität der Hilfestellung für Kranke oder Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen bedingt ist. Wohl ist die grobe Richtung vorgegeben, da es um Gesundheitsversorgung geht: Ärztinnen und Ärzte sollen Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorbeugen, sie lindern oder heilen. In Bezug auf die Möglichkeit der Organlebenspende ließe sich aus diesem Prinzip die Forderung ableiten, zum Wohl derjenigen Patienten, die auf eine Organtransplantation angewiesen sind, gesunde Menschen, etwa aus dem näheren Umfeld des Patienten oder aus der Gesellschaft (anonyme Spende für einen Organpool) zur Lebendspende zu ermutigen oder direkt aufzufordern. Außerdem würde dadurch, dass alle vier Prinzipien sowohl auf den Organspender als auch den Organempfänger anzuwenden sind, das Autonomieprinzip den Organspender vermutlich nicht dazu ermächtigen, zu bestimmen, wer sein gespendetes Organ erhalten soll. Vielmehr müssten hier mit Blick auf den Organempfänger und das Prinzip des Wohltuns Kriterien wie Dringlichkeit und Kompatibilität den Ausschlag geben.

Insgesamt scheint sich über das Autonomieprinzip nach Beauchamp und Childress in Bezug auf die Lebendorganspende vor allem die Problemanzeige der Freiwilligkeit und Kompetenz (u.a. Informiertheit) gewinnen zu lassen. Zudem scheint das Prinzip der Achtung der Autonomie mit seinem Hauptinhalt der Freiwilligkeit und Kompetenz, da es um den eigenen Körper und die Gesundheit geht, im Fall der Organtransplantation insofern Priorität zu haben, als kein Zwang von außen ausgeübt werden darf. Weiterhin macht das im Zusammenhang mit den drei anderen bio-

medizinischen Prinzipien stehende Autonomieprinzip auf die Notwendigkeit aufmerksam, Risiken und Nutzen des Spenders gegeneinander abzuwägen. Insofern enthält das Autonomieprinzip nicht ausschließlich Abwehrfreiheiten des Individuums, sondern über die Prinzipien des Nicht-Schadens und des Wohltuns kommen positive Ansprüche, d.h. gewisse Bindungselemente ins Spiel. Jedoch können diese sich aus den anderen drei biomedizinischen Prinzipien ergebenden Beschränkungen des Autonomieprinzips sehr unterschiedlich ausfallen. Eine Aufforderung zur Organlebenspende ließe sich aus der Perspektive von Patienten, die dringend ein Organ benötigen, über das Prinzip des Wohltuns ableiten. Eine gesellschaftliche bzw. rechtliche Regelung, die einen Handlungsrahmen für medizinische und pflegerische Berufsgruppen als auch für Patienten und potentielle Lebendorganspender böte, steht aufgrund der Konstruktion der vier biomedizinischen Prinzipien bei Beauchamp und Childress nicht zur Debatte.

3.2. Der liberalistische Ansatz von Tristram Engelhardt

In seinem Hauptwerk „The Foundation of Bioethics“ versucht der amerikanische Philosoph Tristram Engelhardt, eine säkulare Ethik zu begründen und anschließend auf den Bereich der medizinischen Versorgung anzuwenden.²¹

Innerhalb einer Gesellschaft gibt es unterschiedliche „moralische Gemeinschaften“ (moral communities), deren Moralvorstellungen sich häufig nicht miteinander vereinbaren lassen. Eine Beurteilung dieser vielfältigen, divergierenden Moralauffassungen sei, so Engelhardt, nicht möglich, da es für inhaltlich gehaltvolle, übergeordnete moralische Normen keine Begründung gebe. Angesichts dieses Pluralismus' stellt sich daher die grundlegende moralische Frage, ob und inwieweit jemand berechtigt ist, entsprechend seinen Moralauffassungen zu handeln, wenn andere

²¹ Vgl. Engelhardt (1996).

durch diese Handlungen zwar betroffen sind, jedoch von anderen Moralauffassungen ausgehen. Umgekehrt ist die Frage, wann die Verpflichtung besteht, das auf divergierenden Moralauffassungen beruhende Handeln anderer zu tolerieren.

Bei seiner Suche nach einem rationalen Ausweis allgemeingültiger sittlicher Verbindlichkeiten gelangt Engelhardt zu dem Schluss, dass lediglich von einem Minimalbegriff von Ethik ausgegangen werden kann: Ethik ist das Mittel, Kontroversen nicht durch Anwendung von Gewalt, sondern über einen Verfahrensweg zu lösen. Es zeigt sich, so Engelhardt, dass ein moralisch gerechtfertigtes Handeln durch die Freiheit der von der Handlung betroffenen Anderen begrenzt wird und somit die wechselseitige Achtung der Freiheit eine notwendige und zureichende Bedingung für ein Handeln darstellt. Die Freiheit der Mitglieder der Moralgemeinschaft soll hier nicht im Sinne eines moralischen Werts verstanden werden, sondern lediglich als Bedingung für ein Handeln mit moralischem Anspruch.²²

Das negative, da nur auf die Abwehr von Eingriffen anderer ausgerichtete Prinzip der Autonomie beinhaltet, dass die Autonomie eines jeden Mitglieds einer friedlichen Gemeinschaft durch die Autonomie bzw. Freiheit des Anderen begrenzt ist. Das Autonomieprinzip bzw. das Erlaubnisprinzip (principle of permission), wie Engelhardt sein Hauptprinzip seit der zweiten Auflage seines Werks nennt, bezieht sich also auf Unterlassungen bzw. Verbote.

Nur dann, wenn ein Handeln die Zustimmung all derjenige, die von einer Handlung betroffen sind, findet, kann sie als moralisch gerechtfertigt gelten. Obwohl es unmöglich ist, in einer säkularen Ethik eine gehaltvolle Moralauffassung als verbindlich auszuweisen, kann doch als Minimalvoraussetzung für ein Handeln mit moralischer Autorität die Zustimmung der von einem Handeln betroffenen Personen gelten: Eine Handlung ist dann nicht gewaltsam, sondern friedfertig und damit mora-

²² Vgl. Engelhardt (1996), 70.

lich vertretbar, wenn die Betroffenen ihre Erlaubnis geben.²³ Folglich beziehen die Mitglieder einer Moralgemeinschaft moralische Autorität aus dem Einverständnis der anderen Mitglieder, und sie dürfen nur innerhalb der Grenzen der Zustimmung der jeweils Betroffenen handeln. Ebenso lässt sich die Autorität eines Staates nur über die Zustimmung der durch die von staatlichen Handlungen Betroffenen, also das Erlaubnisprinzip, das sich auf Individuen bezieht, legitimieren.

Diese auf prozeduralem Wege getroffenen Vereinbarungen stellen Anspruchsnormen dar, da Versprechen und Verträge zwischen den Akteuren moralisch verbindlich sind. Das Autonomie- bzw. Erlaubnisprinzip umfasst also neben Unterlassungsnormen auch positive moralische Ansprüche, die durch das gemeinsame Aushandeln der konkreten moralischen Normen und Vereinbarungen entstehen.²⁴

Um Entscheidungen, vor allem Erlaubnisse informiert zu fällen, empfiehlt Engelhardt in Bezug auf die Gesundheitsversorgung zwar eine gute Information über die Folgen möglicher Entscheidungs- und Handlungsoptionen. Letztlich jedoch sind alle Mittel – von Überzeugung, Beeinflussung bis hin zu marktwirtschaftlichen Instrumenten wie etwa Werbung – erlaubt, solange diese „Manipulationen“ auf friedlichem Weg geschehen und keine Gewaltandrohungen enthalten.²⁵

Dem Erlaubnisprinzip, das nur Unterlassungsansprüche formuliert, ist ein Wohltätigkeitsprinzip (principle of beneficence²⁶) nachgeordnet. Es fordert dazu auf, sich um das Wohl anderer zu bemühen und dabei deren Vorstellungen vom Guten zu befolgen.²⁷ Besonders im Bereich der Gesundheitsversorgung ist es wichtig, über das Erlaubnisprinzip in seiner negativen Form der Unterlassungsforderungen hinaus Vereinbarungen in

²³ Vgl. Engelhardt (1996), 71f.

²⁴ Vgl. Engelhardt (1996), 104.

²⁵ Vgl. Engelhardt (1996), 71f.

²⁶ Trotz des gleichen englischen Begriffs „principle of beneficence“ bei Beauchamp/Childress und Engelhardt lautet die deutsche Paraphrase hier anders. Die unterschiedliche Übersetzung soll die einerseits größere Reichweite und den andererseits schwächeren moralischen Status des Prinzips bei Engelhardt andeuten.

²⁷ Vgl. für eine Übersicht über die zwei Prinzipien Engelhardt (1996), 122ff.

Bezug auf Pflichten von Ärztinnen und Ärzte und einer Gesellschaft zu treffen, um die Versorgung und Unterstützung von Patienten möglich zu machen.²⁸ Doch ist das Wohltätigkeitsprinzip im Vergleich zum Erlaubnisprinzip recht unbestimmt, weniger grundlegend und nicht im strengen Sinne moralisch verpflichtend. Überhaupt lassen sich Forderungen über das Wohltätigkeitsprinzip schwerlich begründen, solange sie nicht auf kontraktualistischem Wege fest vereinbart werden.²⁹ Ohne solche Abmachungen gibt es jedoch keine einklagbare Pflicht zur Hilfe für den Fall, dass jemand in Not gerät.

Anwendung auf die Frage der Organlebenspende

Gemäß Engelhardts Autonomie- bzw. Erlaubnisprinzip ist die Einwilligung potentieller Organspender unerlässlich. Wie die Entscheidung bzw. Erlaubnis zustande kommt, spielt letztlich keine Rolle, sofern kein grober Zwang ausgeübt wurde. Zwar sollte informiert werden, doch ob eine Lebendorganspende aus Altruismus oder aus finanziellem Interesse heraus geschieht, ist moralisch irrelevant. Bei Engelhardt spielen die Beweggründe der Lebendspender keine Rolle, eine Überprüfung oder Beurteilung durch das Personal in der Gesundheitsversorgung oder durch andere externe Personen wäre nicht statthaft. Wenn jemand sein Leben opfern oder große Risiken in Kauf nehmen wollte, entspräche dies nicht nur dem Erlaubnisprinzip, sondern im Sinne des Spenders wäre eine erlaubende Selbstaufopferung unter Bezugnahme auf das Wohltätigkeitsprinzip sogar zu billigen. Auch wenn ein Organspender aus finanzieller Not heraus seine Organe veräußern wollte, müsste dies respektiert werden. Nach Engelhardts Autonomieprinzip wäre also eine Transplantationsmedizin denkbar, die nach marktwirtschaftlichen Gesetzen funktioniert. Außerdem würde in die Befugnisse des Organspenders zweifelsohne die Auswahl des Organempfängers fallen, denn die sich aus dem

²⁸ Vgl. Engelhardt (1996), 115.

²⁹ Vgl. Engelhardt (1996), 105, 107ff.

Erlaubnisprinzip ergebende Vorstellung von Organen als Eigentum schließt dies ein.

Jedoch besteht keinerlei Möglichkeit für einen Organempfänger, Hilfestellungen unter Bezugnahme auf die Pflicht zur Hilfe von in Not geratenen Personen einzufordern. Ebenso wenig lässt sich mit Engelhardts Ansatz eine staatliche Aufforderung oder gar ein Zwang zur Organspende vereinbaren. Allerdings gilt dies nur solange, wie die vom staatlichen Handeln Betroffenen ihre Erlaubnis verweigern. Denn nimmt man Engelhardts Erlaubnisprinzip ernst, welches über den prozeduralen Weg der Zustimmung zu Freiheitseinschränkungen gehaltvolle moralische Normen verbindlich werden lässt, wäre theoretisch eine Gesellschaft denkbar, die per Mehrheitsbeschluss die kollektive Erlaubnis zur Organentnahme bei Lebenden etabliert.

Anders als bei Beauchamp und Childress beansprucht Engelhardt deziert, ein Autonomie- bzw. Erlaubnisprinzip zu begründen, welches für alle menschlichen Handlungsbereiche gilt. Er entfaltet es in seinem Werk für den Bereich der Gesundheitsversorgung, hat dabei jedoch nicht nur die unmittelbaren Akteure, nämlich Patienten und die in der Gesundheitsversorgung Tätigen im Blick, sondern geht von der gesellschaftlichen Perspektive und dem für die Gesundheitsversorgung erforderlichen Regelungsbedarf aus. Das Autonomieprinzip setzt zwar beim Individuum an, doch es können gesellschaftliche Regelungen über den Weg des Erlaubnisprinzips getroffen werden.

Charakteristisch für Engelhardts Autonomieprinzip ist die Tatsache, dass es – an keinerlei materiale Normen gebunden – als reines Freiheitsprinzip konzipiert ist. Konsequenterweise fehlen ethische Überlegungen zur sozialen Gerechtigkeit ebenso wie Voraussetzungen in Bezug auf das Erlaubnisprinzip, etwa, unter welchen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Individuen in der Lage sind, ihr Recht auf Freiheit wahrzunehmen. Das Wohltätigkeitsprinzip mit seinem sehr schwachen moralischen

Status steht hinten und bietet als solches keine Begrenzungen für das Autonomieprinzip.

3.3. Der utilitaristische Ansatz von Peter Singer

Peter Singer legt in seinem 1984 ins Deutsche übersetzten Hauptwerk „Praktische Ethik“ zunächst seine theoretischen Grundlagen der Ethik dar und entfaltet dann unter anderem für den Bereich des medizinischen Handelns seinen präferenzutilitaristischen Ansatz.³⁰ Um bei einem moralischen Urteil über den persönlichen oder partikularistischen Standpunkt hinaus zu kommen, müsse man die Interessen aller Betroffenen berücksichtigen. In Singers Ansatz ist das oberste Prinzip das der gleichen Interessensabwägung. Demnach sollen wir „in unseren moralischen Überlegungen den ähnlichen Interessen aller derer, die von unserer Handlung betroffen sind, gleiches Gewicht geben...“.³¹ Mit der Fähigkeit eines Lebewesens, Wünsche bezüglich der eigenen Zukunft zu haben und die eigene Existenz der Nichtexistenz vorzuziehen, ist die Ausbildung von Interessen verbunden. Ist sich ein Lebewesen also seiner selbst bewusst und bildet Präferenzen aus, hat dies ethische Relevanz. Unter Einbeziehung und gleicher Berücksichtigung nicht nur der eigenen Interessen, sondern auch der aller anderen von einer Handlung Betroffenen, die empirisch gesehen ein Bewusstsein haben, ist jener Handlungsverlauf zu wählen, bei dem am wahrscheinlichsten ist, dass er für die Interessen der Betroffenen in der Summe die besten Konsequenzen hat.³² Im Fokus des Ansatzes von Singer stehen die Folgen einer Handlung, und es gilt, eine Handlung zu wählen, welche die bestmögliche Nutzensumme in Bezug auf die Interessen der Betroffenen ergibt.

In Singers Ansatz gibt es, wie in allen utilitaristischen Ansätzen neben dem obersten Prinzip der Maximierung des Nutzens in Bezug auf die

³⁰ Vgl. Singer (1984) bzw. (1994), 2. Aufl.

³¹ Singer (1996), 39.

³² Vgl. Singer (1996), 30.

Handlungsfolgen keine weiteren Prinzipien. Allerdings kann ein Quasi-Autonomieprinzip hergeleitet werden, indem man davon ausgeht, dass zu Selbstbewusstsein fähige Lebewesen die starke Präferenz haben, dass ihre Selbstbestimmung geachtet wird und möglicherweise sogar die Präferenz, dass in moralischen Abwägungen ein individuelles Autonomieprinzip eine wichtige Rolle spielen soll. Denn, so müsste die empirische Annahme lauten, vermutlich haben die meisten zur Interessenartikulation fähigen Menschen die starke Präferenz, dass sie über ihren Körper selbst bestimmen und dies von anderen respektiert sehen wollen. Im Grund ist jedoch völlig offen, mit welchem moralischen Gehalt solch ein Autonomieprinzip letztlich gefüllt würde: ob es sich beispielsweise in der Hauptsache um Freiheitsnormen handelt, die Ein- und Übergriffe abwehren oder ob das Autonomieprinzip sich auch auf Ansprüche, so genannte positive Normen erstreckt. Folglich bliebe seine inhaltliche Füllung der Aufsummierung individueller Präferenzen anheim gestellt. Auf utilitaristischem Weg könnte man also zu einem „subjektiven“ Autonomieprinzip, das durch die starke Präferenz vieler oder aller Betroffener formiert wird, gelangen. Auf ähnliche Weise könnten allerdings nicht nur weitere, inhaltlich anders gefüllte Prinzipien generiert werden, sondern ein solches Autonomieprinzip müsste im Reigen anderer Präferenzen bestehen bzw. könnte bei der Abwägung stärkeren oder mehrheitlich anders lautenden Präferenzen zum Opfer fallen. Denn die hohe Wertschätzung der Autonomie, etwa im Sinne einer Selbstbestimmung über den eigenen Körper würde nur als eine mögliche Präferenz unter vielen anderen gelten.

Anwendung auf die Frage der Organlebenspende

Entsprechend Singers Ansatz besteht auf Seiten des Organempfängers vermutlich ein starkes Interesse zu überleben. Auf Seiten des potentiell gesunden Organspenders lässt sich von einem Interesse zu helfen oder Geld für das gespendete Organ zu erhalten ausgehen. Da der Ansatz von

Singer keine ethischen Normen zur Bewertung der individuellen Präferenzen bietet, ist es unerheblich, aus welchem Interesse ein Organspender sein Organ anbietet. So würden ein altruistisches Interesse, das Interesse, soziale Anerkennung zu erlangen oder Armut zu überwinden, gleichermaßen in das Interessenmaximierungskalkül aufgenommen. Unter Umständen könnte sich zwischen Organempfänger und Organspender eine optimale, da „win-win“-Situation ergeben, wenn die gesundheitlichen Risiken für den Spender nicht zu groß ausfielen. Ansonsten ergäbe sich eine Präferenzenverschiebung im Nutzenkalkül.

Ein dezidiertes und individuell verbrieftes Autonomieprinzip lässt sich, wie oben gezeigt, über diesen Ansatz nicht garantieren. Zudem wäre offen, ob es inhaltlich ausschließlich durch Abwehrfreiheiten bestimmt würde, was potentiellen Organspendern die Sicherheit gäbe, sich aus freien Stücken für eine Spende entschließen zu können. Oder aber das Autonomieprinzip enthielte auch Ansprüche auf Unterstützung, auf die sich beispielsweise die Organempfänger berufen könnten, um mit einem Ersatzorgan versorgt zu werden. Doch diese Überlegungen sind spekulativ und bewegen sich auf sehr dünnem präferenzutilitaristischem Boden. Denn ohne ein Autonomieprinzip im engeren Sinne lässt sich nicht garantieren, dass ein Mensch nicht ohne sein Einverständnis, sondern eventuell gar zwangsweise zur Organlebenspende herangezogen wird. Im Grunde müsste nur der Nutzen aller Betroffenen entsprechend hoch ausfallen, um eine individuelle Autonomiepräferenz zu übergehen.

Ließen sich daher auch eine gesellschaftliche Aufforderung zur Organlebenspende oder gar staatlicher Zwang rechtfertigen? Wenn eine Organlebenspende nur geringe gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. Risiken mit sich bringt, könnte der moralische Anspruch entstehen, Gesunde sollten generell Organe spenden. Dies um so mehr, als vielleicht viele Individuen in der Gesellschaft das Interesse haben, im Fall eines Organversagens auf jeden Fall ein Organ zu erhalten. Dem könnte nur Einhalt geboten werden, indem in dieser Gesellschaft viele Menschen

das starke Interesse verfolgten, nicht gegen ihren Willen Organe spenden zu müssen. Generell wird in einem utilitaristischen Ansatz immer das Problem bestehen, dass individuelle Autonomieansprüche, gleich welchen Gehalts, in die Sammlung aller Ansprüche bzw. Interessen eingehen und damit subjektive Autonomiepräferenzen unter Umständen in der Gesamtabwägung untergehen.

4. Schluss

Es war nicht Ziel dieses Beitrags, die ethische Problematik der Organlebenspende angemessen zu analysieren und zu diskutieren. Es ist offensichtlich, dass eine Fixierung auf das Autonomieprinzip bereits eine gravierende Engführung darstellt und durch diese Vorentscheidung andere Probleme und Fragen ausgeblendet werden – nicht zuletzt wegen der individualistischen Verfasstheit von Autonomieprinzipien, die innerhalb eines Ansatzes eine sehr hohe und gewissermaßen kaum eingrenzbare Position einnehmen. Es war auch nicht Ziel dieses Beitrags, einen ethischen Ansatz vorzustellen, der einen argumentativ angemessenen und durch gute Gründe überzeugenden Bezugsrahmen für ein Autonomieprinzip darstellt. Ebenso wenig ging es darum, alle wichtigen Theorierichtungen der Ethik vorzustellen und auf die Autonomienorm hin zu befragen. Vielmehr sollte gezeigt werden, wie verschieden sich das Autonomieprinzip konturieren lässt und dass dies unausweichlich mit den Begründungsstrukturen zusammenhängt, die ein ethischer Ansatz enthält. Zunächst einmal unterscheidet sich häufig der Stellenwert des Autonomieprinzips in Abhängigkeit von der ethischen Theorie. Außerdem ist nach dem Gegenstandsbereich des Autonomieprinzips zu fragen, unter anderem danach, ob sich der Inhalt des Autonomieprinzips auf Abwehr- oder auch auf Anspruchsnormen bezieht. Die Grenzen eines Autonomierechts werden durch konkurrierende Ansprüche und deren Gewichtung bestimmt. Gibt es also noch andere Prinzipien, die in der Lage

sind, die Grenzen des Autonomierechts zu konturieren? Bietet die jeweilige ethische Theorie für die Abwägung konfligierender Ansprüche möglicherweise eine hierarchische Ordnung materialer ethischer Normen an? Gerade die beiden letztgenannten Aspekte sind wichtig, um das Autonomieprinzip in einer Argumentation nachvollziehbar einzubringen statt sich dem Vorwurf der Unklarheit, Inkonsistenz oder Willkürlichkeit auszusetzen. Weil sich das Autonomieprinzip sehr unterschiedlich interpretieren lässt, was seine Inhalte und Grenzen anbetrifft, ist es nicht ratsam, ein Autonomieprinzip als so genanntes „mittleres Prinzip“ – gewissermaßen als Faustregel – in eine Argumentation einzuführen oder zu „tolerieren“, ohne es auf eine ethische Theorie zu beziehen.

LITERATUR

- Beauchamp, T.L./Childress, J.F. (2001): *Principles of Biomedical Ethics*. New York. 5. Aufl.
- Bielefeldt, H. (2002): Autonomie. In: Düwell, M./Hübenthal, C./Werner, M.H. (Hrsg.): *Handbuch Ethik*. Stuttgart, 305-308.
- Bondolfi, A. (1998): Stichwort „Autonomie“. In: Grupe, O./Mieth, D./Hübenthal, C. (Hrsg.): *Lexikon der Ethik im Sport*. Schorndorf, 61-62.
- Düwell, M./Steigleder, K. (Hrsg.) (2003): *Bioethik. Eine Einführung*, Frankfurt/M.
- Engelhardt, H.T. (1996): *The Foundations of Bioethics*. New York. 2. Aufl.
- Gutmann, T./Schroth, U. (Hrsg.) (2002): *Organlebenspende in Europa. Rechtliche Regelungsmodelle, ethische Diskussion und praktische Dynamik*. Berlin.
- Merks, K.-W. (1992): *Autonomie*. In: Wils, J.-P./Mieth, D. (Hrsg.), *Grundbegriffe der christlichen Ethik*. Paderborn.
- Ott, K. (2001): *Moralbegründungen zur Einführung*. Hamburg.
- Rawls, J. (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt/M. (englische Erstveröffentlichung 1971).
- Ross, W.D. (1930): *The Right and the Good*. Oxford.
- Scarano, N. (2002): Metaethik – ein systematischer Überblick. In: Düwell, M./Hübenthal, C./Werner, M.H. (Hrsg.): *Handbuch Ethik*. Stuttgart, 25-25.
- Singer, P. (1994): *Praktische Ethik*. Stuttgart. 2. Aufl. (englische Erstveröffentlichung Cambridge 1979).