

DIE HERAUSFORDERUNG DER ETHIK DURCH DIE MEDIZIN

DAS BEISPIEL DER ORGANTRANSPLANTATION

1. EINLEITUNG: DER MEDIZINISCH-TECHNISCHE FORTSCHRITT UND DIE PHILOSOPHIE

Medizin und Technik lösen viele Probleme, aber sie werfen auch viele Probleme neu auf - nicht nur im Sinne unerwünschter Wirkungen und Nebenwirkungen, sondern auch im Sinne neuer Entscheidungs- und Theorieprobleme. Jede neu hinzukommende medizinische und technische Möglichkeit bedeutet eine Erweiterung der Handlungsoptionen. Jede Ausweitung der Wahlmöglichkeiten bedeutet aber nicht nur einen Zuwachs an Freiheit, sondern auch einen Zuwachs an Verantwortung.

Auf dem mittlerweile erreichten Stand des Wissens und Könnens kommen noch einige Probleme dazu:

1. Die neuen Techniken kommen nicht mehr nur in Bereichen zur Anwendung, in denen ein elementarer und unzweifelhafter Bedarf besteht, sondern zunehmend auch in Bereichen (etwa der Reproduktionsmedizin), in denen sich die für eine pluralistische Gesellschaft charakteristischen Wertkonflikte geltend machen. Die Ziele und Zwecke, für die der technische und medizinische Fortschritt nutzbar gemacht wird, sind nicht mehr schlechthin über jeden Zweifel erhaben.

2. Das Tempo der Innovationen läßt den moralischen Werthaltungen und Normen kaum genügend Zeit, mit den neuen Möglichkeiten Schritt zu halten. Die technische Entwicklung "überholt" die moralische Urteilskraft - vor allem da, wo der technische Fortschritt bisher schicksalhaft hinzunehmende Bereiche erstmals menschlicher Entscheidung und Steuerung zugänglich macht.

3. Die technischen Innovationen berühren zunehmend Fragen des menschlichen Selbstverständnisses. So wird durch die Möglichkeiten der gezielten Veränderung des Genoms bzw. der Transplantation von Hirngewebe das philosophische Problem der *Identität der Person* auf neue und überraschende Weise aufgeworfen. Die Transplantationsmedizin hat den Begriff des *Todes* in ein Helldunkel des Zweifels getaucht. Da es möglich geworden ist, die herkömmlich mit dem Tod verknüpften Merkmale zeitlich "auseinanderdividieren", sind wir plötzlich nicht mehr sicher, wo genau die Grenze zwischen Leben und Tod verläuft und was den Tod eigentlich ausmacht. Da die Todeskriterien nicht mehr in allen Fällen zeitlich zusammenfallen, bedarf die Festlegung des Todeszeitpunkts vielmehr einer - ausdrücklichen oder unausdrücklichen - *Entscheidung* darüber, welches Merkmal den Ausschlag geben soll: das Aufhören der Atmung, das Aufhören des Kreislaufs oder das Aufhören der Gehirntätigkeit.

Welche Rolle kann und sollte die Philosophie in dieser Situation übernehmen? Ich meine, eine zweifache: Erstens sollte sie zwischen innovativen medizinischen Technologien und der verbreiteten populären Skepsis als Vermittler wirken; zweitens sollte sie die Debatte um die konzeptionellen und sozialen Folgelasten der neuen Technologien rational strukturieren.

Die erste Aufgabe bedeutet u. a., jeder Seite die Prinzipien und Motive der jeweils anderen Seite verständlich zu machen, mit dem Ziele, Vorurteile auf beiden Seiten zu korrigieren - sowohl das Vorurteil von den medizinischen Forschern als gefühllosen Technokraten als auch das Vorurteil von den populären Denkweisen als hoffnungslos irrational und antiquiert. Die zweite Aufgabe bedeutet, sich unbeirrt um eine Rationalisierung der Debatte zu bemühen, die zentralen Begriffe zu klären, Konsequenz einzufordern und Spekulationen und Mythenbildungen - auf der Seite der populären Skeptiker wie auf der Seite der Wissenschaftler - abzuwehren.

2. DIE FRAGE DER TODESKRITERIEN

Für eine solche katalytisch-kritische Funktion der Philosophie bietet die hinter uns liegende Debatte um den Todesbegriff im Zusammenhang mit der Organentnahme eine ganze Reihe von Ansatzpunkten. Auf beiden Seiten der Debatte - auf der Seite der Vertreter der Hirntoddefinition wie auf der Seite der Gegner - ist das Konto rationaler Glaubwürdigkeit erheblich überzogen worden. Auf beiden Seiten ist die Tendenz spürbar gewesen, die begriffliche Unsicherheit, mit der uns die Möglichkeiten der künstlichen Aufrechterhaltung der Körperfunktionen bei gleichzeitigem endgültigem Funktionsausfall des Gehirns konfrontieren, zu verleugnen und eine Sicherheit vorzutäuschen, die es nach Lage der Dinge so nicht geben kann.

Prominente Befürworter der Hirntoddefinition, allen voran die sogenannten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, haben in ihren Verlautbarungen den Eindruck erweckt, die Definition des Todes durch den vollständigen und endgültigen Ausfall aller Hirnfunktionen, die inzwischen in das Transplantationsgesetz eingegangen ist, sei ein Gegenstand naturwissenschaftlicher Erkenntnis, über deren Gültigkeit deshalb auch Wissenschaftler das letzte Wort haben müßten. Eine solche Rollenzuschreibung wird jedoch der Geltungsweise der Gründe für oder gegen die Hirntoddefinition nicht gerecht. Bei der "Hirntoddefinition" handelt es sich nicht um eine wie immer geartete empirische oder theoretische Erkenntnis, sondern um eine Definition, d.h. um die *Festlegung* der Bedeutung und der Anwendungskriterien des Begriffs "Tod eines Menschen". "Festlegung" soll dabei nicht besagen, daß es sich um eine bloß willkürliche Konvention handelt. Es soll nur besagen, daß die Gründe ihrer Akzeptabilität anderer Art sind als die Gründe für die Akzeptierung einer wissenschaftlichen Hypothese. Man kann sich über alle wissenschaftlichen Fragen, den Tod betreffend, einig sein und dennoch abweichende Auffassungen darüber vertreten, was als "Tod eines Menschen" gelten soll. Selbstverständlich ist allein die Wissenschaft kompetent, wenn es darum geht festzustellen, wann die durch die Todesdefinition angegebenen Kriterien - allgemein oder in einem konkreten Fall - *erfüllt* sind. Mit einer Festlegung dieser Kriterien selbst ist sie jedoch zwangsläufig überfordert.

Auf der Seite der Hirntodgegner bzw. -skeptiker kam es zu komplementären Mißverständnissen, z. B. hinsichtlich der *Art* der Unsicherheit über die Definition des Todes. Hieran war insbesondere Hans Jonas' einflußreicher Aufsatz zur Hirntodproblematik nicht unbeteiligt. Hans Jonas versäumt es klarzustellen, daß es sich bei dieser Unsicherheit um keine *sachliche*, sondern um eine *begriffliche* Unsicherheit handelt und daß eine begriffliche Unsicherheit nicht durch eine Entdeckung, sondern nur durch eine Bedeutungsfestlegung aufgehoben werden kann. Es ist ja nicht so, als könnten wir eines Tages dadurch *überrascht* werden, daß sich diese Definition als "falsch" herausstellt - so, wie sich eine Zukunftsprognose als falsch herausstellen kann. Die Unsicherheit, die hinsichtlich des Todesbegriffs besteht, ist keine Unsicherheit des *Wissens*, sondern eine Unsicherheit des *Verständnisses*. Diese Unsicherheit bezieht sich nicht darauf, ob ein Hirntoter möglicherweise doch noch zu einem bewußten Erleben fähig ist, sondern darauf, welche der miteinander konkurrierenden *Todesdefinitionen* als überzeugend gelten kann, welche die angemessenste und plausibelste ist - und ob man sich angesichts der Unsicherheit darüber - im Sinne eines semantischen Konservatismus (oder "definitional tutorialism", Walton 1980, 22) - nicht besser an die althergebrachte Definition halten sollte.

Dieses Versäumnis war alles andere als unschuldig. Denn es hat Spekulationen ins Kraut schießen lassen, es bestünde ein ernsthaftes Risiko, daß wir nach festgestelltem Hirntod das Bewußtsein wiedererlangen könnten - analog zu der Angst vieler Sterbender des 19. Jahrhunderts, "lebendig begraben zu werden". Wenn die *Todesdefinition* unsicher ist - so die naheliegende Überlegung - , dann vielleicht auch, ob mit dem Hirntod alles vorbei ist. Mit dieser Logik wurden irrationale Ängste für die Zweifel an der Hirntoddefinition mobilisiert, die für die Kontroverse um die angemessene Todesdefinition im Grunde gar nicht von Belang sind. Denn *beide* - Gegner wie Befürworter der Hirntoddefinition - gehen davon aus, daß mit dem Hirntod ein *point of no return* überschritten ist, von dem kein Weg ins Leben und ins Bewußtsein zurückführt. Natürlich kann man bezweifeln, daß ein Hirntoter nichts mehr spürt. Aber dann kann man ebenso gut bezweifeln, daß ein Herz-Kreislauf-Toter oder ein Leichnam im Grabe nichts mehr spürt.

Ein anderes von den Gegnern der Hirntoddefinition benutztes Argument, an dem ebenfalls Hans Jonas nicht ganz unschuldig ist, lautet, daß es sich bei der Hirntoddefinition um eine lediglich pragmatische Umdefinition der herkömmlichen Todesdefinition handle, die manipulative Elemente enthalte und insofern wenig glaubwürdig sei. In diesem Vorwurf stecken zwei Unterstellungen: erstens, daß das Hirntodkriterium lediglich pragmatisch, insbesondere durch das Interesse an der Entnahme transplantierbarer Organe begründet sei; zweitens, daß eine aus praktischen Erwägungen heraus begründete Definition des Todes prinzipiell unstatthaft sei.

Richtig an der ersten Unterstellung ist, daß sich die Bostoner Kommission, die das Hirntodkriterium 1968 formulierte (früher in demselben Jahr war es bereits von deutschen Chirurgen formuliert worden) u. a. von pragmatischen Motiven leiten ließ, nämlich dem Motiv, die Entnahme von Organen vom Hirntoten sowie den Behandlungsabbruch nach eingetretenem Hirntod zu ermöglichen. Daß dieses Kriterium pragmatisch *motiviert* war, heißt jedoch nicht, daß es pragmatisch - oder *ausschließlich* pragmatisch - *begründet* war. Wie auch sonst in der Wissenschaft muß zwischen *Entdeckungszusammenhang* und *Erklärungszusammenhang* unterschieden werden. Die Motive, aus denen heraus eine Aussage getroffen wird, sagen nichts über ihren Wahrheitsgehalt. Daß zahlreiche wissenschaftli-

che Theorien ursprünglich pragmatisch-technisch motiviert waren, mindert ihre Richtigkeit ebensowenig wie die Tatsache, daß sie, nachdem sie aufgestellt und geprüft sind, bestimmte technische oder medizinische *Funktionen* übernehmen. Daß das Hirntodkriterium den Zwecken der Transplantation entgegenkommt und von vielen Medizinern und Medizinethikern erst im Zusammenhang mit der Transplantation zum Thema gemacht worden ist, zeigt nicht, daß sie nicht auch unabhängig von praktischen Zielen und Interessen plausibel und akzeptabel ist.

Zweifelhaft ist aber auch die zweite Unterstellung. Gesetzt den Fall, für die Hirntoddefinition gäbe es keine hinreichenden Adäquatheitsgründe - an welchen anderen Kriterien als denen der Nützlichkeit sollte sich eine Festlegung dann orientieren? Solange wir über keine hinreichend eindeutigen sachbezogenen Gründe verfügen, einer von zwei möglichen Definitionen den Vorzug zu geben, gibt es keine andere als Zweckmäßigkeitsgründe, die den Ausschlag geben können. *Wenn* aber Zweckmäßigkeitsgründe den Ausschlag geben, ist es keineswegs ausgemacht, daß diese gegen statt für die Hirntoddefinition sprechen. Die Tatsache, daß die Hirntoddefinition die Organtransplantation erleichtert, wäre vielmehr ein gewichtiges pragmatisches Argument *für* sie.

Noch eine dritte Argumentationsfigur, die sich wiederholt bei den Gegnern der Hirntoddefinition findet, ist nicht unbedenklich: die Auffassung, daß Leben und Tod weniger *Beschreibungen* als vielmehr *Zuschreibungen* sind, die wesentlich von der Beziehung abhängen, die der Zuschreibende dem Gegenstand der Zuschreibung gegenüber einnimmt. Ob ein Kleinkind den Betrachter "anlächelt" oder bloß einen entsprechenden Reflex zeigt, hängt danach wesentlich davon ab, in welcher Beziehung der Betrachter zu dem Kleinkind steht. Aus der Sicht der Mutter "lächelt" der Säugling wirklich, aus der Sicht eines Unbeteiligten zeigt er bloß einen Reflex.

Übertragen auf den Hirntoten bedeutet das, daß der Hirntote für einen Betrachter, der ihn - da dieser atmet, Spontanbewegungen ausführt und auf bestimmte Umweltreize reagiert - als Lebenden *sieht*, insoweit auch ein Lebender *ist*. Nur für denjenigen, der ihn als bloßes Organreservoir sieht, ist er ein Toter. Eine solche Relativierung von Aussagen über Leben und Tod ist jedoch inadäquat. Wenn äußere Eindrücke und spontane Reaktionen die Grundlage von Urteilen darüber sein sollen, ob ein Mensch tot ist oder lebt, wäre die Konsequenz doch wohl die, daß wir auch einen Lebenden, der lediglich tot wirkt, für tot erklären dürften. Über das, was der Fall ist, kann nicht die Beziehung entscheiden, die wir zu dem Beschriebenen einnehmen oder eine entsprechend symbolisch und affektiv aufgeladene Wahrnehmung. Ob ein Mensch tot ist oder lebt, kann nicht dadurch bestimmt sein, wie wir ihn *wahrnehmen*, sondern muß dadurch bestimmt sein, was wir von ihm *wissen*.

3. DIE FRAGE DER ENTNAHMEBEDINGUNGEN

Die Frage nach Recht oder Unrecht der Hirntoddefinition ist eine anthropologische und keine ethische Frage. Wie immer diese Frage beantwortet wird, sie präjudiziert nicht, wie wir mit dem nach dieser Definition Lebenden oder Toten umgehen sollen oder dürfen. Das wird nicht nur in der öffentlichen Debatte um die Abtreibung mißverstanden, in der viele meinen, man könne die Frage der Schutzwürdigkeit des menschlichen Embryos der Auskunft der Biologen darüber überlassen, wann das *Leben* beginne, sondern auch in gewissem Maße in der Debatte um den Hirntod. Wer die Hirntoddefinition vertritt, *muß* nicht gleichzeitig der Ansicht sein, daß wir Hirntoten transplantierbare Organe entnehmen dürfen. Auch für ihn könnte es Pietätsgründe geben, die einen solchen Eingriff grundsätzlich oder unter bestimmten Bedingungen (z. B. wenn die Zustimmung der Nahestehenden fehlt) verbieten. Andererseits muß, wer die Hirntoddefinition ablehnt, nicht gleichzeitig der Ansicht sein, daß Hirntoten, die dann als Lebende gelten, transplantierbare Organe grundsätzlich nicht oder nur mit ihrer ausdrücklichen vorherigen Zustimmung entnommen werden dürfen. Grundsätzlich sind alle anthropologischen Auffassungen darüber, wo die Grenze zwischen Tod und Leben verläuft, mit allen ethischen Auffassungen darüber, wie wir mit Lebenden und Toten verfahren dürfen, vereinbar.

Diese Vereinbarkeit gilt aber freilich nur solange, wie man sich ethisch nicht festlegt. Hat man sich etwa einmal auf die - m. E. plausible - Position festgelegt, daß Lebenden Organe nur nach ihrer vorherigen ausdrücklichen Einwilligung entnommen werden dürfen, ist der Spielraum dafür, anthropologische und ethische Positionen miteinander zu kombinieren, stark eingeengt. Dies ist in der politischen Debatte um das Transplantationsgesetz in zum Teil grotesker Weise übersehen bzw. aus Opportunitätsgründen mißachtet worden. Man kann etwa nicht gleichzeitig die Entnahme von Organen beim Hirntoten als Entnahme vom Lebenden gelten lassen und, was die ausdrückliche Einwilligung betrifft, bei Kindern eine Ausnahme machen, nur um kranke Kinder, die auf Transplantate besonders angewiesen sind, nicht zu benachteiligen. Man kann nicht, um die Praxis der Transplantation nicht zu

gefährden, einerseits den Hirntod als Todesdefinition ablehnen, ihn aber gleichzeitig auch ohne das Vorliegen einer ausdrücklichen Einwilligung als Entnahmebedingung gelten lassen. D. h. man kann diese Positionen nur um den Preis vertreten, entweder eine Tötung ohne Einwilligung zuzulassen oder einen "dritten" Zustand zwischen "richtigem" Leben und "richtigem" Tod zu postulieren, der unserem Begriffssystem fremd ist und dessen möglicher Einführung gewichtige pragmatische Gründe entgegenstehen.

Die Verlegenheit, sich auf der einen Seite für eine restriktive Todesdefinition entschieden zu haben, dennoch aber auf der anderen Seite die insgesamt wohltätige Praxis der Transplantation nicht beeinträchtigen bzw. diese Praxis sogar auszuweiten zu wollen, besteht nicht nur auf der Seite der Hirntodgegner, sondern treibt auch bei denen, die die Hirntoddefinition akzeptieren, zu phantasievollen Umgehungsversuchen. Ein Beispiel ist das unter dem Namen "Pittsburgh Protokoll" bekannte Entnahmeverfahren, bei dem Organe unmittelbar nach dem Herzstillstand eines Patienten entnommen werden, der vorher Wiederbelebungsversuche oder künstliche Beatmung abgelehnt und sich ausdrücklich als Organspender zur Verfügung gestellt hat. Attraktiv ist dieses Verfahren, weil es Organ Spenden auch von Patienten ermöglicht, die außerhalb der Intensivstation sterben. Ein ethisches Problem liegt allerdings in der Entkoppelung von Todesfeststellung und Organentnahme: Die Organe werden entnommen, während möglicherweise noch Wiederbelebungsmöglichkeiten bestehen. Der Patient ist deshalb, auch dann, wenn er nicht mehr atmet, noch nicht mit Sicherheit tot. Die Tatsache, daß Wiederbelebungsmaßnahmen de facto nicht unternommen werden, besagt nicht, daß sie erfolglos wären. Außerdem ist nicht gesichert, daß eine spontanes Wiedereinsetzen der Herztätigkeit unmöglich ist. Nach der Hirntoddefinition, nach der der Funktionsausfall des Gehirns irreversibel sein muß, kann der Patient zum Zeitpunkt der Explantation demnach noch nicht als tot gelten. Die Explantation greift in den Sterbeprozess ein, fällt also in die Lebenszeit des Patienten. Ethisch problematisch erscheint mir das Verfahren vor allem wegen der verunklarenden Wirkung, die es für den Hirntod als Kriterium der Zulässigkeit von Organentnahmen hat. Es ist mißlich, wenn die Transplantationsmedizin dieses Kriterium politisch postuliert und gleichzeitig in der Praxis umgeht. Deshalb erscheint es mir richtig, daß die Bundesärztekammer darauf bestanden hat, daß mithilfe des "Non-heart-beating donor"-Verfahrens im Ausland entnommene Organe von Eurotransplant nicht nach Deutschland vermittelt werden.

Die Philosophie kann die Frage nach den "richtigen" Entnahmebedingungen nicht letztlich entscheiden. Sie kann allenfalls die Optionen klären, zwischen denen wir zu wählen haben, und sie kann die in unserer Kultur ausdrücklich oder unausdrücklich geteilten Prinzipien benennen, an denen sich diese Wahl orientieren kann. Diese Prinzipien sind nicht weiter kontrovers: es sind die Prinzipien der Hilfeleistung und der Respektierung der individuellen Selbstbestimmung. Kontrovers sind nicht diese Prinzipien selbst, sondern ihr relatives Gewicht in Fällen, in denen sie - wie im Fall der Organentnahme ohne vorherige ausdrückliche Einwilligung des Verstorbenen - kollidieren. Wer dem Selbstbestimmungsrecht eine hohe Priorität beimißt, wird (vor allem, wenn er gleichzeitig die Hirntoddefinition ablehnt) die Erlaubnis zur Organentnahme auf die - vorerst geringe Zahl - von Fällen beschränken wollen, in denen eine ausdrückliche Einwilligung des Verstorbenen vorliegt. Wer dem Prinzip der Hilfeleistung eine hohe Priorität einräumt, wird der Widerspruchslösung zuneigen, die eine Entnahme nur dann ausschließt, wenn der Verstorbene einer Entnahme ausdrücklich widersprochen hat. Welche der möglichen Regelungen alles in allem vorzuziehen ist, ist auch, nachdem die politische Entscheidung in Deutschland für die Fortführung der bisherigen - einer erweiterten Zustimmungsregelung entsprechenden - Praxis gefallen ist, weiterhin kontrovers. Der Ethiker kann auch hier wieder eher nur intelligente Fragen stellen und Widerspruchsfreiheit anmahnen als schlechthin unangreifbare und von allen subjektiven Abwägungen unabhängige Lösungen bieten. Was die Widerspruchsfreiheit betrifft, so ist für mich z. B. nicht einsehbar, warum viele zwar Extremlösungen auf der Seite der Priorität der Hilfeleistungspflicht, nicht aber Extremlösungen auf der Seite der Priorität des Selbstbestimmungsrechts ablehnen. Die überwiegende Mehrheit lehnt eine Regelung ab, wie sie in Österreich lange Zeit in der Diskussion war, nach der eine Entnahme von Organe vom Toten auch bei vorliegendem ausdrücklichen Widerspruch zulässig ist. Nur wenige lehnen aber auf der anderen Seite eine Regelung ab, die eine Entnahme vom Toten an eine ausdrückliche vorherige Einwilligung des Verstorbenen bindet. Von der ersten Extremlösung könnte man sagen, daß sie mit einer Reihe anderer bestehender und akzeptierter Regelungen unvereinbar ist. Unser eigener Körper ist uns näher als unser Vermögen. Aber auch dieses darf man uns nach unserem Tode nicht einfach wegnehmen, um damit - unabhängig davon, was wir vor dem Tod bestimmt haben - einen anderen zu retten. Wenn wir bestimmen dürfen, was nach unserem Tode mit unserem Vermögen geschieht, sollten wir auch bestimmen dürfen, was nach unserem Tode mit unserer sterblichen Hülle geschieht. Dieselbe Überlegung kann man aber auch für die Extremlösung auf der anderen Seite anstellen. Wenn die Gesellschaft befugt

ist, den Körper eines Verstorbenen auch ohne dessen Einwilligung (und sogar ohne die Einwilligung der Nahestehenden) zum Zweck der Rechtssicherheit öffnen zu lassen, warum soll sie dann nicht auch befugt sein, ihn ohne ausdrückliche Einwilligung zum Zweck der Organentnahme öffnen zu lassen? Wiegt die Aussicht, mit dem entnommenen Organ das Leben eines anderen zu retten bzw. (bei einem Nierenkranken) dessen Lebensqualität nachhaltig zu verbessern, wirklich weniger als die (zum Teil geringe) Chance, mithilfe der Obduktion ein Verbrechen aufzuklären?

4. ORGANSPENDE - MORALISCH VERPFLICHTEND ODER SUPEREROGATORISCH?

Es ist eine vielfach unwillkommene, aber unumgängliche Folge des wissenschaftlich-technischen Fortschritts, daß mit dem Wachstum an Wissen und Können Umfang, Reichweite und Intensität unserer moralischen Pflichten zunehmen. Dadurch, daß wir mehr können, nimmt auch die moralische Verpflichtung zu, dieses Können zum Besten aller einzusetzen. Je rapider das Wachstum des Wissens und Könnens, desto stärker sind allerdings auch die Widerstände dagegen, die sich daraus ergebenden Pflichten zu akzeptieren. Man möchte sich die eigenen moralischen Verpflichtungen nicht einfach von den Wissenschaftlern, Technikern und Medizinern diktieren lassen. Wir haben es hier mit einem echten Dilemma zu tun, das heute insbesondere von Frauengruppen zum Ausdruck gebracht wird - vielleicht weil Frauen sich selbst stärker moralisch unter Druck setzen als Männer oder den von anderen ausgeübten moralischen Druck eher spüren. Nicht nur Emanzipation, Selbstentfaltung und Spielräume für Spontaneität stehen weiterhin ganz oben in der Werthierarchie, sondern auch zunehmend Sensibilität, Solidarität und Verantwortung. Diese letzteren Werte haben jedoch die Tendenz, die Realisierung der ersteren empfindlich einzuschränken, vor allem wenn die Gelegenheiten zur Solidarität durch technisch-medizinische Fortschritte zusätzlich erweitert werden.

Da moralischer Druck und schlechtes Gewissen ihrerseits ein nicht zu unterschätzendes Übel sind, ist zu fragen, ob die Sache, um die es geht, die Vermehrung dieses Übels rechtfertigt. Ich selber vertrete die Auffassung, daß in puncto Organtransplantation die Sache einen vermehrten moralischen Druck rechtfertigt. D. h. ich meine, daß die mangelnde Bereitschaft, einem anderen durch eine Organspende das Leben zu retten oder ihm zu einem befriedigenderen Leben zu verhelfen, zu Unrecht als moralisch unbedenklich gilt. Angesichts des Umstands, daß eine postmortale Organspende dazu dient, einen universal akzeptierten Wert zu realisieren, nämlich subjektiv lebenswertes Leben zu retten oder zu verlängern, und den Organspender keinem wie immer gearteten Risiko aussetzt, meine ich, daß die Organspende eine genuine moralische Verpflichtung darstellt und nicht eine „über die Pflicht hinausgehende“ „supererogatorische“ Handlung. Auch wenn man von demjenigen, der die Organspende verweigert, nicht sagen kann, daß er den Tod des potentiellen Organempfängers will, nimmt er dessen Tod doch immerhin billigend in Kauf.

Wer gegen das Bestehen dieser Pflicht geltend machen wollte, daß vielen Menschen der Gedanke an eine postmortale Organexplantation unsympathisch ist - nach einer amerikanischen Umfrage wollen 20 % nicht Spender sein, weil sie die Vorstellung nicht mögen, nach ihrem Tod aufgeschnitten zu werden -, dem muß entgegengehalten werden, daß viele moralischen Pflichten uns zu etwas nötigen, was uns unsympathisch ist, daß das ihrer Verbindlichkeit aber keinen Abbruch tut. Es ist nicht die einzige, aber doch *eine* der Funktionen moralischer Pflichten, von Sympathie und Antipathie unabhängige Motive zu setzen und uns zu etwas zu nötigen, wozu wir keine „Neigung“ verspüren. Auch religiöse Bedenken, etwa mit der Begründung eines Glaubens an eine „Wiederauferstehung des Fleisches“, haben nicht genügend Gewicht, um die Eindeutigkeit dieser Pflicht einzuschränken, schon deshalb nicht, da das „Fleisch“, das nach christlicher Lehre wiederauferstehen soll, nicht dasselbe Fleisch sein kann, das im Grab „zu Erde“ wird. Weiterhin wird zwar mit der Bereitschaft zur Organspende in einer bestimmten Weise über den eigenen Körper „verfügt“ - und nicht nur das Christentum, sondern alle monotheistischen Religionen verurteilen die Eigenmächtigkeit einer totalen Verfügung über den eigenen Körper -, aber wer wollte sagen, daß die Nicht-Verfügung in diesem Fall gottgefälliger ist? Es ist sicher christlicher, die eigenen Organe dazu zu verwenden, jemandem das Leben zu retten, als sie schlicht verrotten zu lassen.

Mir geht es hier nicht darum, für diese - eingestandenermaßen extreme - Auffassung im einzelnen zu argumentieren, sondern ein Argument abzuwehren, das vielfach von den Gegnern einer Pflicht zur Organspende herangezogen wird: das Argument, daß wenn eine *Pflicht* zur Organspende anerkannt würde, damit auch ein *Recht* auf die Organe anderer anerkannt würde, ein solches Recht aber in unzulässiger Weise in die Privatsphäre anderer eingreifen würde. Dagegen ist zu sagen, daß zwischen Rechten und Pflichten keine genaue Korrelation besteht. Nicht jede Pflicht zur Hilfeleistung ist so intensiv, daß sie einem Recht des Hilfebedürftigen auf die Hilfeleistung entspricht. Wenn ich an einem

eingefrorenen Teich vorbeikomme, in dem jemand eingebrochen ist, den ich retten kann, kann ich mir selbst eine *Pflicht* zur Rettung zuschreiben, ohne gleichzeitig dem Eingebrochenen ein *Recht* auf Rettung zuzuschreiben. In Kants Worten: Nicht jede *Liebespflicht* ist zugleich eine *Rechtspflicht*, die durch den Hilfebedürftigen oder Dritte auch mit Zwangsmitteln eingefordert werden darf.

5. LEBENDSPENDE

Die These, daß es sich bei der Organspende um eine genuine moralische Pflicht und nicht nur um einen supererogatorischen Akt von Heroismus handelt, gilt nur für die Totenspende, nicht aber für die Lebendspende. Wir können jemandem keinen Vorwurf daraus machen, daß er sich trotz bestehender Möglichkeit zur Spende eines Organs zu Lebzeiten nicht entschließen kann. Dazu sind die Risiken für den Lebendspender nach wie vor zu gravierend. Auch wenn das Letalitätsrisiko gering ist (unter 1%), weisen amerikanische Folgestudien doch auf ein nicht unbeträchtliches Risiko von chronischen Schmerzen an der Operationsstelle von ca. 10 % sowie auf ein vielfach deutliches erhöhtes Risiko von Bluthochdruck hin (Eigler 1991, 45). Noch ernster zu nehmen sind die psychologischen Risiken, wie etwa das Gefühl von Versagen und Schuld bei Abstoßung des gespendeten Organs. Den Risiken stehen aber auch Chancen gegenüber. Das Gefühl, für einen anderen wichtig sein zu können, kann im Einzelfall subjektiv bedeutsamer sein als alle Gesundheitsrisiken, besonders bei Persönlichkeiten, die unter Gefühlen von Lebensunzufriedenheit und Sinnlosigkeit leiden.

Viele Medizinethiker sehen ein ethisches Problem daran, daß die Beziehung zwischen dem explantierenden Arzt und dem Organspender aus dem Standardmuster der Arzt-Patient-Beziehung herausfällt und insbesondere dem Fundamentalgebot *primum nil nocere* nicht genügt. Immerhin fügt der Arzt einem Gesunden Schaden zu, ohne daß dieser irgendeinen Gewinn daraus zieht. Dies gilt aber selbstverständlich nur dann, wenn man die Beziehung zwischen Arzt und Organspender aus dem Kontext der Dreierbeziehung zwischen Organspender, Organempfänger und Arzt herauslöst. Macht man diese Blickverengung rückgängig, stellen sich die Risiken für den Organspender so dar, daß sie gegen die weitaus größeren Risiken des Organempfängers abgewogen werden müssen. Selbst eine so grundlegende Norm wie die der Nichtschädigung muß angesichts der Asymmetrie in der Risikoverteilung eine Ausnahme zulassen.

Auch die Schwierigkeiten, die Freiwilligkeit der Bereitschaft zur Lebendspende hinreichend sicher festzustellen, rechtfertigen m. E. nicht die Vorbehalte, die besonders in Deutschland gegen die Lebendspende bestehen. Es ist klar, daß eine Organentnahme vom Lebendspender der vollständigen und freien Einwilligung des Spenders bedarf und daß diese eine entsprechend vollständige Risikoaufklärung voraussetzt. Die Weigerung eines potentiellen Spenders muß auf jeden Fall respektiert werden, wie immer seine Weigerung moralisch beurteilt werden mag. Auch wenn wir das Recht - vielleicht sogar die Pflicht - haben, jemanden (bei vertretbarem Risiko für uns selbst) mit Gewalt daran zu hindern, einen anderen zu töten, haben wir kein vergleichbares Recht, jemand mit Gewalt daran zu hindern, einen anderen *sterben zu lassen*, indem wir ihn zur Organspende nötigen.

Umstritten ist, wieweit die Bereitschaft eines Lebensspenders für die Legitimität einer Organentnahme nicht nur notwendig, sondern auch hinreichend ist. Manche meinen, es bestehe kein Anlaß, die Entstehungsbedingungen dieser Bereitschaft daraufhin zurückzuverfolgen, inwiefern sie ihrerseits Ausdruck des autonomen Willens ist. Andere meinen, daß eine solche genauere Motivprüfung unabdingbar sei, da man niemals sicher sein könne, daß die Bereitschaft zur Organspende nicht etwa das Resultat eines von dem potentiellen Empfänger, seinen Angehörigen oder den Ärzten ausgehenden moralischen Drucks oder möglicher anderweitiger Anreize ist. Die bisher durchgeführten empirische Studien konnten den Verdacht nicht bestätigen, daß die Organspender ihre Entscheidung unter Druck von Ärzten oder Familienmitgliedern treffen (vgl. Schneewind 1993, 93).

Abgesehen davon kann man die grundsätzliche Frage stellen, inwiefern sich moralische Motivation ohne moralischen Druck überhaupt denken läßt. Auch wenn dieser moralische Druck zunächst ein *innerer* Druck ist, so wurzelt dieser Druck doch nicht nur letztlich in äußeren Einflüssen der Sozialisierung und moralischen Erziehung, sondern wird möglicherweise auch durch äußere Faktoren - wie die Ermahnungen und Vorwürfe Nahestehender - aus der Latenz in die psychische Wirksamkeit überführt. Dadurch wird die entsprechende moralisch motivierte Entscheidung aber keinesfalls schon zu einer *fremdbestimmten* Entscheidung. Daß sich die Gewissensbisse erst dann einstellen, wenn mich ein Nahestehender an eine Pflichtvergessenheit erinnert, zeigt nicht, daß auch die internalisierte Norm, die mir die Gewissensbisse bereitet, auf den Nahestehenden zurückgeht. Dessen Erinnerung ist möglicherweise nur der Auslöser und nicht auch schon die Quelle meines schlechten Gewissens.

Es wäre nachgerade paradox, wenn in dem gleichen Maße, in dem jemand moralische Gründe für eine Lebendspende hat, die Freiwilligkeit seiner Entscheidung zweifelhaft würde. Daß jemand starke - und stark emotional besetzte - Gründe hat, ein Organ für einen Nahestehenden zu "opfern", kann zumindest nicht bereits für sich genommen die Freiwilligkeit des Opfers in Frage stellen. In Frage gestellt sein kann die Entscheidung für eine Lebendspende allenfalls dann, wenn die moralischen Motive so exzessiv und fanatisch sind, daß sie mit einem normalen Maß an Lebensklugheit und Selbstfürsorge unvereinbar sind und insofern als pathologisch gelten müssen.

6. DAS PROBLEM DES ORGANHANDELS

Die Vorbehalte gegenüber der Lebendspende wurzeln in Deutschland größtenteils in der Furcht vor einer Kommerzialisierung der Lebendspende. Eine Ausweitung des Kreises der möglichen Spender könnte bedeuten, sich auf einen *slippery slope* zu begeben, der bei der vollen Kommerzialisierung der Lebendspende endet. Nach dem Motto "Wehret den Anfängen" sei es deshalb ratsam, die Lebendspende allenfalls als *ultima ratio* zuzulassen.

"Kommerzialisierung" ist in Deutschland das, was Angelsachsen einen "conversation stopper" nennen, ein Begriff, der eine sofortige emotionale Abwehrreaktion auslöst und jede weitere Diskussion überflüssig macht. Der Philosoph tut im allgemeinen gut daran, sich durch derartige Tabuierungen nicht übermäßig beeindrucken zu lassen. Er wird in diesem Fall vielmehr nach den *Gründen* fragen, aus denen Kommerzialisierung dermaßen zu fürchten sein soll, daß das geltende Transplantationsgesetz nicht nur den kommerziellen Vermittler und den implantierenden Arzt, sondern selbst den Empfänger eines käuflich erworbenen Organs mit Strafe bedroht (eine Drohung, die im nächsten Paragraphen durch eine großzügige Strafminderungsklausel gleich wieder relativiert wird).

Es ist alles andere als offensichtlich, warum jede Form des Handels mit Organen so verwerflich sein soll, daß sie mit Strafandrohungen verhindert werden muß, vor allem solange die Handelbarkeit von Organen lediglich den Bereich der Organbeschaffung und nicht auch schon die Organverteilung betrifft. Was die Verteilung angeht, so würde ein Organmarkt zweifellos dazu führen, die bis auf weiteres knappen Organen denen zu überlassen, die über die größte Kaufkraft verfügen. Dies wäre kaum unvereinbar mit dem für unser Gesundheitssystem weiterhin fundamentalen Prinzip des gleichen und einkommensunabhängigen Zugangs zu lebenswichtigen Gesundheitsdienstleistungen. Als Mittel der *Organbeschaffung* hätte ein Organhandel zunächst einmal nur Vorteile, vor allem dann, wenn er sich unter Umgehung privatwirtschaftlicher Vermittlungsagenturen organisieren ließe: Beide Seiten profitierten, da der positive Grenznutzen des Geldes für den relativ armen Verkäufer sehr viel höher ist als der negative Grenznutzen des durch den Verkauf des Organs eingegangenen Gesundheitsrisikos, während es sich für den relativ reichen Käufer genau umgekehrt verhält. Dem Käufer ist die Minderung seines Gesundheitsrisikos sehr viel wichtiger als die ökonomischen Verluste durch den hohen Preis. Zusätzlich würde durch den Organhandel ein Mehr an Gleichheit hergestellt, indem sich die ökonomische Ungleichheit zwischen Verkäufer und Käufer der Tendenz nach vermindert.

Ein Argument gegen einen Organhandel unter Regierungskontrolle, wie er von einer Reihe von Referenten auf der Münchener Tagung "Ethics, Justice and Commerce in Organ Replacement Therapy" von 1990 (vgl. Land/Dossetor 1991) gefordert und in Indien mittlerweile realisiert wurde, lautet, daß der Kauf von Organen in armen Ländern eine eklatante Form der *Ausbeutung* darstelle, indem die reichen Käufer die Notlage derer ausnutzen, die sich durch wirtschaftliche Not zum Verkauf von Teilen ihres eigenen Körpers gezwungen sehen. Aber diesem Argument kann man entgegenhalten, daß es die moralische Empörung auf ein bloßes Symptom lenkt: Skandalös ist eher die globale Ungleichheit, die den Organhandel ermöglicht, als der Organhandel selbst. Durch den Organhandel wird diese Ungleichheit lediglich in ihrem vollen Ausmaß deutlich - in einer für die potentiellen Nachfrager peinlichen und für die potentiellen Anbieter beschämenden Weise.

Ein anderes Argument bezieht sich auf die vielfältigen Weisen, in denen ein Handel mit Organen außer Kontrolle geraten und kriminell mißbraucht werden kann. In der Tat ist es unwahrscheinlich, daß etwa die Regierungen in armen Ländern wie Indien oder der Ukraine in der Lage sind, den Handel mit Organen auf kurze Sicht wirksam zu kontrollieren, solange die Nachfrage nach Organen angesichts der bestehenden Knappheiten unvermindert weiterbesteht. Aber wie viele Mißbrauchsargumente richtet auch dieses nicht viel aus. Mißbrauchsmöglichkeiten sind immer nur dann ein gutes Argument gegen eine Praxis, wenn der Schaden durch den Mißbrauch den anderweitigen Nutzen überwiegt: *Abusus non tollit usum*. Ob diese Bedingung im Fall des Organhandels erfüllt ist, ist jedoch zweifelhaft,

solange viele, die sich ein Organ in ärmeren Ländern gekauft haben, andernfalls auf der Warteliste gestorben wären.

Die eigentlich durchschlagenden Gründe gegen eine Zulassung des Organhandels scheinen mir weniger in der Sphäre der Realität als in der Sphäre der symbolisch vermittelten gesellschaftlichen Wahrnehmung zu liegen: Schadenstiftend ist weniger die Sache selbst als vielmehr der Automatismus, mit dem Kommerzialisierung mit hemmungsloser Bereicherung, Mißbrauch und Kriminalität assoziiert wird. Diese Assoziation ist - zumindest hierzulande - so verlässlich, daß eine Kommerzialisierung die ohnehin schwache Akzeptanz der Organtransplantation höchstwahrscheinlich weiter schwächen würde. Eine Kommerzialisierung wäre schlicht kontraproduktiv. Sie würde die Bereitschaft zur Organspende bzw. die Bereitschaft, als Angehöriger die Zustimmung zu einer Organentnahme zu geben, weiter sinken lassen und den bestehenden Organmangel zusätzlich verschärfen.

7. VERTEILUNGSPROBLEME

Auch in Fragen der Gerechtigkeit der Verteilung knapper Organe kann die Philosophie nicht alle Fragen abschließend beantworten. Statt eine schlechthin "richtige" Lösung zu präsentieren, kann sie allenfalls bestimmte offenkundig unhaltbare Verteilungskriterien ausschließen und so den für einen akzeptablen Kriterienkatalog verbleibenden Spielraum markieren. Ein wichtiges Metakriterium für die Akzeptabilität jedes möglichen Kriteriums ist der Gesichtspunkt, daß die Kranken ein Anrecht darauf haben, daß die Kriterien, nach denen die knappen Organe verteilt werden, für sie sowohl *durchsichtig* als auch *nachvollziehbar* sind. Auch wenn jedes mögliche Kriterium von den Kranken, die dadurch benachteiligt werden, als "ungerecht" empfunden werden mag, sollten sie doch über die Grundsätze der Verteilung nicht im unklaren gelassen oder mit "frommen Lügen" getäuscht werden.

Daraus läßt sich die wichtige Konsequenz ableiten, daß statt der im engeren Sinne *medizinischen* Kriterien die *ethischen* Kriterien in den Mittelpunkt gestellt werden sollten, die der Anwendung der medizinischen Kriterien jeweils zugrunde liegen, beim medizinischen Kriterium der Gewebeverträglichkeit (bei Nieren) etwa das ethische Kriterium der Erfolgswahrscheinlichkeit. Indem man direkt über Erfolgswahrscheinlichkeiten statt über Gewebeverträglichkeiten spricht, wird der Eindruck vermieden, es handele sich bei den medizinischen Kriterien um in irgendeiner Weise "wissenschaftliche" Kriterien. Denn auch wenn in die Anwendung der Verteilungskriterien medizinisch-wissenschaftlicher Sachverstand eingeht, ist doch die Entscheidung, diese und keine anderen Kriterien zu verwenden, ihrerseits eine ethisch und keine wissenschaftlich begründete Entscheidung.

Die Frage nach der richtigen Auswahl und Gewichtung von Verteilungskriterien ist seit den Anfängen der Ethik bis heute umstritten und unterliegt beträchtlichen historischen und kulturellen Schwankungen. Viele Kriterien, die noch vor einigen Jahrzehnten als akzeptabel galten (etwa das Kriterium der sozialen Wertigkeit, des *social worth*), sind es heute nicht mehr, andere, die heute noch unbestritten gelten (wie etwa das Kriterium der besonderen medizinischen Dringlichkeit) könnten in Zukunft ihre Vorrangstellung einbüßen. Aber auch innerhalb der jeweiligen verteilungsethischen "Kulturen" besteht selten Einigkeit darüber, welche genaue Gewichtung der jeweils für prinzipiell relevant gehaltenen Verteilungsmerkmale im Namen der Gerechtigkeit erfordert ist. Die gegenwärtig dominanten Denkweisen lassen sich am besten als "Mischungsverhältnissen" von vier verschiedenen Prinzipien charakterisieren:

- dem Prinzip der *Chancengleichheit*, nach denen jeder Patient grundsätzlich ein gleiches Recht hat, eine knappe Behandlung zu erhalten. Als Modell dient hier die Vorstellung der *Menschenwürde*, die jedem Menschen in genau demselben Maße und ungeachtet seiner moralischen und außermoralischen Eigenschaften und Aussichten zukommt;

- dem Prinzip der *ausgleichenden Gerechtigkeit*, nach dem diejenigen ein größeres Anrecht haben, die mehr Opfer gebracht haben (z. B. indem sie sich als Lebendspender zur Verfügung gestellt) oder die mehr als andere gelitten haben (z. B. weil sie schon seit langem auf ein passendes Organ warten);

- dem Prinzip der *Verteilungseffizienz*, nach dem diejenigen bevorzugt werden sollten, bei denen die Behandlung die größere Erfolgsaussicht hat (wobei definiert werden muß, wie der Erfolg im einzelnen zu messen ist);

- dem *Mitleids*-Prinzip, nach dem der akut Bedürftigere ungeachtet seines Vorverhaltens, seiner Wartezeit oder seiner Aussichten bevorzugt werden sollte.

Das Paradox besteht darin, daß jedes dieser Prinzipien für sich genommen plausibel, zugleich aber mit allen anderen unvereinbar ist. Läßt sich eine Synthese finden, die der intuitiven Überzeugungskraft jedes einzelnen gerecht wird und gleichzeitig eindeutige und befriedigende Entscheidungen ermöglicht? Auf diese Frage eine Antwort zu geben, ist bisher noch nicht endgültig gelungen (vgl. Lachmann/Meuter 1997). Sie bleibt eine der zentralen Herausforderungen für die angewandte Ethik der Zukunft.

Dieter Birnbacher

LITERATUR:

- Eigler, F. W.: Ethische Probleme bei der Nierentransplantation. In Toellner, R. (Hrsg.): Organtransplantation. Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen. Stuttgart/New York 1991, 43-52.
- Jonas, H.: Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes. In: Jonas, H.: Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Frankfurt/M. 1985, 219-241.
- Lachmann, R./Meuter, N. (Hrsg.): Zur Gerechtigkeit der Organverteilung., Ein Problem der Transplantationsmedizin aus interdisziplinärer Sicht. Stuttgart 1997.
- Land, W./J. B. Dossetor (Hrsg.): Organ replacement therapy - ethics, justice and commerce. Berlin 1991.
- Schneewind, K. A.: Psychologische Aspekte der Lebendnierenspende. Zeitschrift für Transplantationsmedizin 2/1993, 89-96.
- Walton, D. N.: Brain death. Ethical considerations. West Lafayette (Ind.) 1980.

DER AUTOR:

Dieter Birnbacher, geb. 1946 in Dortmund. Schulzeit in Düsseldorf. Studium der Philosophie, der Anglistik und der Allgemeinen Sprachwissenschaft in Düsseldorf, Cambridge und Hamburg. B. A. (Cambridge) 1969, Promotion (Hamburg) 1973, Habilitation (Essen) 1988. Tätigkeit als Wiss. Assistent an der Pädagogischen Hochschule Hannover und als Akademischer Rat an der Universität Gesamthochschule Essen. Von 1974 bis 1985 Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Umwelt Gesellschaft Energie an der Universität Essen (Leitung: Klaus Michael Meyer-Abich). Seit 1993 Professor für Philosophie an der Universität Dortmund, ab 1996 an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Dieter Birnbacher ist 1. Vizepräsident der Schopenhauer-Gesellschaft e. V., Frankfurt/M. und Mitglied des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen.

HAUPTVERÖFFENTLICHUNGEN:

ALS AUTOR: Die Logik der Kriterien. Analysen zur Spätphilosophie Wittgensteins. Hamburg 1974. Verantwortung für zukünftige Generationen. Stuttgart 1988 (frz. 1994). Tun und Unterlassen. Stuttgart 1995.

ALS HERAUSGEBER UND MITHERAUSGEBER: Texte zur Ethik. München 1976. 10. Aufl. 1997. Was braucht der Mensch, um glücklich zu sein. Bedürfnisforschung und Konsumkritik. München 1979. Ökologie und Ethik. Stuttgart 1980. Glück. Arbeitstexte für den Unterricht. Stuttgart 1983. Sprachspiel und Methode. Zum Stand der Wittgenstein-Diskussion. Berlin/New York 1985. Medizin-Ethik. Hannover 1986 (Forum Philosophie - Materialien zum Unterricht). Die Zukunft der Arbeit. Hannover 1990 (Forum Philosophie - Materialien zum Unterricht). Schopenhauer in der Philosophie der Gegenwart. Würzburg 1996 (Beiträge zur Philosophie Schopenhauers, 1) Ökophilosophie. Stuttgart 1997.

Anmerkung der Redaktion:

Den Beitrag „Ökonomie und Ethik“ von Dr. Matthias Kroß können Sie im nächsten Heft der VIA REGIA lesen.

Erschienen in:

VIA REGIA – *Blätter für internationale kulturelle Kommunikation* Heft 62/63 1999,
herausgegeben vom Europäischen Kultur- und Informationszentrum in Thüringen

Weiterverwendung nur nach ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers

Zur Homepage VIA REGIA: <http://www.via-regia.org>