

Wolfgang Lienemann, Bern

Neues Herz, neues Leben? Über unterschiedliche Ebenen der ethischen Reflexion in verschiedenen mit Transplantation befassten Gruppen

Ende März 2001 fand in München ein Symposium statt, zu dem sich Mediziner und Patienten trafen. Anlass war die Tatsache, dass seit nunmehr zwanzig Jahren im Klinikum Grosshadern Organe transplantiert werden. Unter dem Titel „Neues Herz, neues Leben“ wurden in einer Tageszeitung¹ eindrucksvolle Beispiele vorgestellt: die vierjährige Charlotte, die mit eineinhalb Jahren ein neues Herz bekam und damit seither gut lebt; ein 76-Jähriger, der das Herz eines ursprünglich als Organgempfänger bestimmten Menschen erhielt, welcher aber die Operation nicht überlebte und nach Feststellung des Hirntodes und mit Zustimmung seiner Frau selbst zum Organspender wurde; ein 50-Jähriger, der mehrmals im Jahr Geburtstag feiern kann, denn er lebt mittlerweile schon mit dem vierten Herzen, seit er sich im Abstand von sechs Jahren Transplantationen unterzieht. Vor der ersten Operation, so berichtete dieser Mann, konnte er kaum noch zwanzig Meter gehen; jetzt kann er zum Klettern in die Berge gehen und auf den bayerischen Seen segeln.

Kein Problem mit der Transplantation? Herztransplantationen gelten in den entsprechenden Spezialkliniken heute als Routineeingriff. In Grosshadern haben in den letzten zwanzig Jahren 600 Menschen die Klinik mit einem neuen Herzen verlassen. 90% der Patienten überleben das Jahr nach der Operation; vor zwanzig Jahren waren es nur 70%. Die operierenden Ärzte sagen, dass es weltweit doppelt so viele Nachfragen wie verfügbare Spenderherzen gebe. Es wird behauptet, dass in Deutschland jährlich etwa 1000 Nieren und je 500 Herzen und Lebern für Transplantationen fehlen, aber es ist leicht zu sehen, dass ein solcher „Bedarf“ keine fixe Grösse ist, sondern mit Organverfügbarkeit, Indikationsstellungen, medizinisch-technischer Infrastruktur und finanziellen Ressourcen variiert. In dieser Situation befürworten die Lobbyisten der Transplantationsmedizin im allgemeinen sowohl die Entwicklung der Xenotransplantation als auch von mechanischen Kunstherzen als auch von transplantierbaren Organen, die aus (embryonalen oder anderen) Stammzellen (eventuell künftig) gezüchtet werden sollen.²

1 SZ Nr. 76 v. 31.3./1.4.2001, 56.

2 Der erste Kunstherzpatient in der Schweiz wurde 1999 im Universitätsspital Zürich operiert: Vgl. BAZ Nr. 259 v. 5.11.1999, 31; NZZ Nr. 282 v. 2./3.12.2000, 63. Kunstherzen sind besonders dann wichtig, wenn nicht rechtzeitig ein geeigneter Organspender zur Verfügung steht, was für etwa 10% potentieller Empfänger in der Schweiz gilt. In Deutschland wurde erstmals 1992 das in Kalifornien entwickelte „Novacor“-Kunstherz eingesetzt. – Ob die Xenotransplantation jemals in der Lage sein wird, geeigneten Organersatz zu liefern und nicht bloss zur Überbrückung von Engpässen zu dienen, bis ein menschliches Organ zur Verfügung steht, ist aktuell unentschieden und vielleicht unentscheidbar. Sowohl die potentiellen Risiken (bes. Übertragung tierischer Viren in Verbindung mit Epidemie-Risiken) als auch ihre hypothetische Eintretenswahrscheinlichkeit sind schwer

Ethische Probleme der Transplantationsmedizin stellen sich, wie diese Hinweise zeigen sollten, auf sehr unterschiedlichen Ebenen, und man tut gut daran, hier sorgfältig zu unterscheiden. Dies gilt übrigens in allen Bereichen der Bioethik, und es wäre schon viel gewonnen, wenn allgemein die Unterschiedlichkeit der Problem-Wahrnehmungen, Handlungsmöglichkeiten und des rechtlichen Regelungsbedarfes angemessen berücksichtigt würde. Die Unterscheidung und Zuordnung dieser Perspektiven ist Gegenstand der folgenden Ausführungen, die insofern so etwas wie eine Topographie des Problemfeldes – in der Schweiz spricht man bildhaft von der „Auslegeordnung“ – zu geben versuchen.³

I. Zwei ethische Grundfragen

Wenn man versucht, eine Art von Entscheidungsbaum für die ethischen und rechtlichen Fragen, die sich im Zusammenhang mit Organtransplantationen ergeben, zu skizzieren, dann stehen an der Spitze die zwei Grundfragen:

- (1) Darf und soll es überhaupt Organtransplantationen geben?
- (2) Gibt es (oder kann bzw. sollte es geben) eine qualitative Unterscheidung zwischen mechanischen Organhilfen und Organersatz – von der Brille bis zur Beinprothese und zur Hornhauttransplantation beim Auge – und der Verpflanzung ganzer, lebenswichtiger Organe wie Nieren, Leber, Lunge oder Herz?

Die erste Frage nach der sittlichen und rechtlichen Erlaubtheit und Gebotenheit heilender, wiederherstellender oder Schmerzen lindernder ärztlicher Tätigkeit, welche Transplantationen von Organen und/oder Zellen einschliesst, wird nur in äusserst engen Grenzen von bestimmten Persongruppen negiert; man denke an die Ablehnung von Bluttransfusionen durch die Zeugen Jehovas. Im grossen und ganzen gelten jedoch ärztliches Handeln und medizini-

bestimmbar. „Organzucht“ auf der Basis von klonierbaren Stammzellen – eine vielerörterte, aber noch ganz ungewisse Option medizinisch-technischen „Fortschritts“ – erfordert in der Regel den Verbrauch von Embryonen oder eine Manipulation embryonaler Zellen in einem sehr frühen Stadium, so dass sie nicht „totipotent“, sondern „nur“ „pluripotent“ sind – Letzteres würde erlauben, die relativ strengen Bestimmungen des deutschen Embryonenschutzgesetzes von 1997 nicht zu verletzen. Zur Xenotransplantation siehe den Überblick von Elettra Ronchi, Xenotransplantation. International Policy Issues (OECD-Proceedings), Paris 1999; ferner Jörg D. Seebach (Hg.), Potential und Risiken der Xenotransplantation. Was Experten dazu meinen, Murten 2000. Zur neueren Diskussion in Deutschland, allerdings mit einer sehr engen Problemperspektive, siehe Anja Haniel, Organe um jeden Preis? Zur Frage der Alternativen der postmortalen Organspende, ZEE 44, 2000, 269–284.

3 Als kurze Einführungen in die Thematik vgl. Rudolf Pichlmayr u.a., Art. Organtransplantation, Lexikon Medizin – Ethik – Recht, Freiburg-Basel-Wien 1989 (=TB 1992), 757–774; Doris Henne-Bruns u.a., Art. Organtransplantation, Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 1998, 808–815. Die Datenbank Aleph der deutschschweizer Bibliotheken führt derzeit (1.5.2001) 417 Titel unter dem Stichwort.

sche Eingriffe nach Massgabe der jahrtausendealten Standesregeln zu Zwecken der Heilung und Schmerzlinderung als sittlich geboten, und alle Religionen und Kulturen sind sich bei Unterschieden im Einzelnen an dieser Stelle grundsätzlich einig. Einigkeit besteht freilich nicht in der Frage, welche Mittel im Blick auf diesen Zweck konkret zulässig sein sollen.⁴

Die zweite Frage begegnet seit vielen Jahren vor allem in der Gestalt, dass gefragt wird, ob Menschen alles, was sie tun können, auch tun sollen, beziehungsweise in der Überlegung, ob es nicht aus Freiheit und Einsicht zu bestimmende Selbstbegrenzungen der Menschen hinsichtlich des Umganges mit technischen Möglichkeiten und dabei auch der technischen Beherrschung oder Steuerung der eigenen und fremden Leiblichkeit geben sollte. Ich halte diese Frage nach dem Verhältnis von Wissen, Können und Wollen für das Schlüsselproblem jeder Ethik, die sich mit exponierten Problemen der Technik befasst. Diese Frage bildet den roten Faden der folgenden Ausführungen insgesamt.

Die Frage, ob man überhaupt lebenswichtige Organe ersetzen soll, ist in den ökonomisch reichen Ländern heute praktisch durch die Tatsache der erfolgreichen Organtransplantationen entschieden. Ob diese Entscheidung indes auch prinzipielle ethische Zustimmung und Anerkennung finden kann bzw. im allgemeinen gefunden hat, lässt sich wohl am einfachsten mit folgenden zwei Testfragen klären:

- (1) Wären Sie oder wäre ich bereit, einem Menschen, dessen Leben nur durch eine Organtransplantation gerettet werden könnte, in's Gesicht zu sagen, dass eine solche Operation, obwohl prinzipiell und technisch möglich, nicht vorgenommen werden sollte, und zwar aufgrund ethischer Bedenken?
- (2) Gibt es ethisch relevante Unterschiede zwischen mechanischem Organersatz, tierlichen Ersatzorganen, aus Stammzellen gezüchtetem Organersatz(-gewebe) und der Transplantation eines lebenden Organs eines lebenden oder eines für tot erklärten Menschen?

Ich denke, dass die überwältigende Mehrzahl der Menschen die erste Frage heute mit Nein beantworten würde. Wenn ein 25-jähriger Familienvater mit einer massiven Herzmuskelschwäche nur durch ein Kunstherz oder ein lebendes Transplantat gerettet werden kann⁵ – wie und aufgrund welcher Argumente könnte man diese Heilungschance ausschlagen? Ohne Zweifel gibt es Menschen, die für sich selbst – aus welchen Gründen und in welchen Lebenslagen immer – eine lebensnotwendige Organspende ablehnen würden, und zwar als Spender wie als Empfänger. Aber ich habe bisher niemanden kennengelernt, der willens und fähig wäre, einem (potentiellen) Organempfänger

4 Zu Japan vgl. Hirokazu Kawaguchi, *Strafrechtliche Probleme der Organtransplantation in Japan* (Diss.iur.1995), Freiburg/Br. 2000, sowie die Beiträge in diesem Band.

5 Über das Beispiel des Jürgen Daser wurde in der Presse berichtet (vgl. SZ v. 5.3.1996 und 2.4.1996): Er erhielt zuerst in einer akuten Notlage ein Kunstherz, das nach drei Monaten durch eine Lebendspende ersetzt wurde.

gegenüberzutreten und ihm zu sagen, dass er eigentlich das Organ, das sein Leben erhalten kann, nicht bekommen sollte. Allgemeiner gilt deshalb: Die grundsätzliche Frage der Gebotenheit und Erlaubtheit von Organtransplantationen wird heute medizinisch, rechtlich und ethisch ganz überwiegend bejahend beantwortet.⁶

Eine davon zu unterscheidende Frage gilt den ethisch vertretbaren Mitteln, Verfahren und den zugehörigen Forschungs- und Entwicklungsstrategien zur Transplantation. Hier gibt es vor allem zwei entscheidende Probleme: Erstens ist die (mögliche) Alternative der Xenotransplantation vor allem (bei hypothetischer oder erwiesener Erfolgsgeeignetheit) unter dem Aspekt zu prüfen, dass sie keine grösseren individuellen und gesellschaftlichen Risiken nach sich ziehen darf als die humane Allotransplantation. Zweitens ist die verbrauchende Embryonenforschung zum Zwecke der Züchtung von (möglicherweise) organbildenden Zellen in Deutschland und der Schweiz derzeit rechtlich nicht zulässig; die römisch-katholische Kirche lehnt diese Option eindeutig und uneingeschränkt ab; die evangelischen Ethiker sind sich nicht einig, aber – soweit ich sehe – mehrheitlich zumindest zurückhaltend; „säkulare“ Ethiker sind am ehesten bereit, diese Option zu unterstützen. (Insofern bei diesen Fragen das weite Feld der genetischen Selbst- und Fremdmanipulation von Menschen mit berücksichtigt werden müsste, dies aber den vorliegenden Rahmen sprengen würde, klammere ich diese Fragen hier aus.)

II. Unterschiede der Problemwahrnehmung bei Organtransplantationen

Gleichwohl ist damit nicht mehr als eine erste Problemebene angesprochen. Die zweite Frage nach eventuellen graduellen oder auch qualitativen Unterschieden zwischen verschiedenen Arten von Transplantationen ist ungleich schwerer zu beantworten. Ich vermute, dass die meisten Menschen folgender Regel intuitiv zustimmen würden: Je mehr eine Organtransplantation traditionellen medizinisch-technischen Hilfen nahesteht, desto eher kann sie als unproblematisch gelten. Wer sich einer Brille bedient, wird Hautübertragungen nach Verbrennungen kaum ablehnen. Nierenverpflanzungen, oft unter Ver-

6 Dahin tendiert auch die Urteilsbildung in den grossen christlichen Kirchen. Für das Lehramt der röm.-kath. Kirche ist die Enzyklika „Evangelium vitae“ vom 25. März 1995 grundlegend (deutsch in: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120), bes. Nr. 63–65 zur Euthanasie und verbrauchenden Forschung mit Embryonen. Die grossen Kirchen in Deutschland haben in der Reihe „Gemeinsame Texte“ schon 1990 eine gemeinsame Erklärung zur „Organtransplantation“ (Nr. 1) und 1998 eine gemeinsame „Hilfe zur ethischen Urteilsbildung“ vorgelegt: „Xenotransplantation“ (Nr. 13), (im Anhang wird fairerweise auch ein „dissenting vote“ dokumentiert). Zahlreiche partikularkirchliche Synoden haben sich mit diesen Fragen auseinandergesetzt; vgl. als Beispiel die „Materialien für den Dienst in der Ev. Kirche von Westfalen“, Heft 10, zum Thema „Transplantation: Spenden und Empfangen“ (Bielefeld 1995). Vgl. schliesslich noch das Wort der deutschen Bischofskonferenz „Der Mensch: sein eigener Schöpfer?“ vom 7. März 2001.

wandten vorgenommen, sind eine reale und auch noch kostengünstige Alternative zur ständigen und vielfach belastenden Dialyse und insofern weithin akzeptiert. Als der Basler Pionier der Nierenverpflanzung, Gilbert Thiel, emeritiert wurde, konnte man auf 35 gesunde Kinder hinweisen, deren Eltern in seiner Klinik eine gespendete Niere bekommen hatten.⁷ Transplantationen des Herzens oder gar von Lunge und Herz werden hingegen (immer noch) als eher problematisch empfunden. Auf die stärksten Vorbehalte und ablehnenden Urteile stösst wohl die Transplantation foetaler menschlicher Gewebe, geht es doch darum, Zellen abgetriebener Foeten zu Forschungszwecken vor allem bei der Parkinson- und der Alzheimer-Krankheit zu nutzen.⁸

Die Wahrnehmung und Bewertung von Transplantationen wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. Nicht alles, was den einen als hochproblematisch gilt, wird auch von anderen beteiligten oder betroffenen Menschen in gleicher Weise eingeschätzt. Das ist eine an sich triviale Feststellung, für die ethische Problematisierung der Problemwahrnehmungen jedoch höchst bedeutsam. Ich möchte drei mehr oder weniger allgemeine und verbreitete Perspektiven auf Transplantationen unterscheiden, bevor ich auf die spezifischen Wahrnehmungsweisen von beteiligten oder betroffenen Menschen eingehe.⁹

(1) Man kann Transplantationen unter Gesichtspunkten der Zuverlässigkeit beziehungsweise *Risikoträchtigkeit der Technik* betrachten. Seit den ersten Nierenverpflanzungen in den 1950er Jahren und in der Folge der Anwendung immunsuppressiver Medikamente seit den 1960er Jahren sind Organtransplantationen¹⁰ zunehmend zu einer realistischen Option der Medizin geworden. Man spricht von routinemässiger Transplantation, aber es handelt sich nach wie vor um High-Tech-Medizin mit einem entsprechenden Risikopo-

7 Siehe BAZ Nr. 134 v. 12./13.6.1999, 41.

8 Aus der inzwischen schon zahlreichen Lit. siehe für Grossbritannien den Polkinghorne-Report (John Polkinghorne [ed.], Review of the Guidance on the Research Use of Fetuses and Fetal Material, London July 1989) sowie das diesem Thema gewidmete Heft von EthikMed 7, 1995; ferner Elisabeth Hildt, Hirngewebetransplantation und personale Identität, Berlin 1996; Regine Kellnar, Die foetale Transplantation. Rechtsstatus und -schutz des Foetus, Diss.iur. Saarbrücken; Gerald Mai, Die rechtliche Zulässigkeit der embryonalen Gewebe- und Zellentnahme zum Zwecke der Entwicklung einer neuartigen Therapie-strategie gegen die Parkinsonsche Krankheit, Frankfurt/M. usw. 1999; Alex Mauron, Transplantation foetaler menschlicher Gewebe, in: Alberto Bondolfi/Hansjakob Müller (Hg.), Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, Bern-Basel 1999, 267–284.

9 Zu den unterschiedlichen Wahrnehmungen in verschiedenen Personengruppen habe ich viel gelernt aus der Akzessarbeit von Eva-M. Leuenberger-Schärer, Organtransplantation. Eine ethische Reflexion, Bern 1997.

10 Man transplantiert heute vor allem Niere, Leber, Herz, Knochenmark, Augenhornhaut und Gehörknöchelchen. Schwieriger, aber im Vordringen begriffen sind Transplantationen der Lunge, der Bauchspeicheldrüse, von Magen, Darm und Gelenken, ausserdem kombinierte Transplantationen mehrerer Organe. Zur Geschichte der Nierentransplantation vgl. P.J.Morris (ed.), Kidney Transplantation. A History, Philadelphia 1996; Thomas Schlick, Transplantation. Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung, München 1998. Zur legendarischen Urgeschichte der Transplantation vgl. Kees W. Zimmerman et al., One Leg in the Grave. The Miracle of Transplantation of the Black Leg by the Saints Cosmas and Damian, Moarssen 1998.

tential. Aber es gibt kein Risiko „an sich“.¹¹ Die Wahrnehmung von Risiken unterliegt sehr stark subjektiven Bewertungsfaktoren und ist insofern stets auf bestimmte Erfahrungen, Erwartungen, Vorurteile und Vernunftgründe bezogen. Risikowahrnehmung und -einschätzung können sich überdies individuell wie kollektiv im Zeitverlauf ändern. Unter Bedingungen, wie Theodor Kocher vor hundert Jahren im Berner Grandhotel „Bellevue“ operierte, würde sich heute kein Mensch Eingriffen mit der Hoffnung auf Lebensrettung unterziehen. Oder doch? In grösster Not? Mit einem subjektiv erwogenen Risiko-Kalkül? Für manche sind statistische Zahlenwerte eine Entscheidungshilfe, andere misstrauen derartigen Daten und denen, die sie produzieren und verbreiten. Man kann auf der anderen Seite Gefahren und Risiken bagatellisieren und verdrängen – jedenfalls in Grenzen, welche wiederum von der Lebensgeschichte abhängen.

Wie wird aus einem High-Tech-Risiko ein Standardtherapieverfahren? Wie verwandelt sich die Risiko-Perzeption? Hier sind die validen statistischen Zahlen und ihre massenmediale Vermittlung von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Ich erinnere mich noch gut, wie 1967 die Meldung von Christiaan Barnard's erster erfolgreicher Herztransplantation durch die Presse ging, und im Unterschied zur Technik der Kernspaltung, bei der von Anfang neben der Faszination das Gefühl der Furcht stand, gab es wohl Bewunderung, aber keine Angstgefühle. Als der Organempfänger dann schon nach 18 Tagen tot war, haben sich die meisten kaum gewundert. Verändert wurde jedoch die Wahrnehmung vor allem durch die kontinuierliche Verbesserung der Überlebensrate nach Transplantationen, dies wiederum als eine Folge der Verbesserung der Immunsuppression und besserer Gewebegruppenübereinstimmung. Wenn Zahlenreihen seit 1988 für gut 16 000 transplantierte Patienten eine 5-Jahres-Überlebensrate von 66% und eine 10-Jahresüberlebensrate von 63% aufweisen¹², dann ist der Unterschied zur Lebenserwartung von durchschnittlich nur einem Jahr ohne Transplantation signifikant. Forschung, Kapital und akkumuliertes technisches Wissen haben aus einer Risiko-Technik für Hasardeure eine Therapie werden lassen, die man niemandem *ceteris paribus* mehr verweigern darf. Ethik-Kommissionen schaffen bisweilen zusätzliches Vertrauen in Innovationen. Der öffentlich kommunizierte Erfolg macht schliesslich aus der Wahrnehmung einer Sache als hochproblematisch eine immer weniger aufregende Routineangelegenheit – jedenfalls solange es zu keinen grossen Katastrophen kommt.

(2) Problemwahrnehmungen werden durch gesellschaftlich verbreitete Überzeugungen, Vorurteile und Selbstverständlichkeiten mitgesteuert. Zu derartigen relativ *stabilen und stabilisierten sozialen Erwartungen* zählen die verbreiteten tatsächlichen und rechtlichen Ansprüche hinsichtlich medizinischer und sonstiger Leistungen des Gesundheitswesens. Was medizinisch

11 Zur neueren Risikodiskussion siehe vor allem Niklas Luhmann, Risiko und Gefahr, in: ders., Soziologische Aufklärung 5, Opladen 1988, 131–169; ders., Soziologie des Risikos, Berlin-New York 1991.

12 Siehe Henne-Bruns, a.a.O., 809.

„state of art“ ist, was technisch hinreichend (subjektiv) risikofrei ist und was auf den Listen garantierter Leistungen der Versicherungsgesellschaften steht, das begründet ein Anspruchsrecht auf Leistungen. Verweigerung wäre Willkür. Wer verfügbare Heilungsmöglichkeiten vorenthält, verletzt elementare Rechte von Menschen. Auf an sich verbürgte Leistungsansprüche hingegen zu verzichten, gehört nicht zur durchschnittlichen menschlichen Mentalität und Erwartungshaltung. Sogar Asketen kennen, kantisch gesprochen, Pflichten gegen sich selbst und stehen insofern lebensrettenden Massnahmen nicht von vornherein ablehnend gegenüber. Der Kirchenvater Chrysostomus unterwarf sich vier Jahre lang asketischen Übungen und zog sich danach noch einmal für zwei Jahre in eine Höhle zurück. Als er von seinem Berg wieder hinabstieg, war er krank, aber für seinen kirchlichen Dienst wollte und musste er sein Leben erhalten.¹³ Kurzum – in Abwandlung eines Fichte-Wortes – : Was ein Mensch für ein persönlich tragbares oder nicht (mehr) erträgliches Risiko hält, ist davon abhängig, was für ein Mensch jemand ist.

(3) Die Wahrnehmung von Sachverhalten, Handlungen und Handlungsmöglichkeiten als problematisch ist immer auch in weitere lebensgeschichtliche und überindividuelle Bezüge eingebettet. Dazu gehören vornehmlich alle Fragen, die sich auf das menschliche *Selbstverhältnis*, insbesondere auf die Endlichkeit, Vergänglichkeit und Todesverfallenheit allen menschlichen Lebens beziehen, und jene Fragen, die sich auf das menschliche *Naturverhältnis* im weiteren Sinne erstrecken. In der gegenüber Transplantationen kritischen Literatur begegnet daher immer auch (und ich finde: zurecht) die Frage, welche (geheimen) Sehnsüchte und Leidenschaften, welches Pathos und welche gesellschaftlich vermittelten Einstellungen hinter der Technik der Organverpflanzung stehen.¹⁴

Für transplantierende Mediziner ist hier die Auskunft zunächst klar: Leben retten und Leiden mindern. Der Transplantationschirurg G. Haverich berichtete auf einer Tagung über Tierversuche, dass es sinnlos sei, dem menschlichen Drang, immer neue medizinische Fortschritte zu erarbeiten, Grenzen setzen zu wollen.¹⁵ Dabei ist der Verweis auf das Ziel der Heilung charakteristisch von allen anderen Fortschrittsrechtfertigungen unterschieden, denn was der Gesundheit beziehungsweise dem (physischen) Leben dient, nimmt in der heutigen Ethik die Stelle des „höchsten Gutes“ ein. Was aber so etwas wie das „höchste Gut“ ist, lässt sich nicht sagen, wenn man nicht in irgendeiner Weise auch nach der Bestimmung des Menschen fragt. Damit aber werden die grossen anthropologischen Fragen der Philosophie und Theologie stets auf's neue unabweisbar. Die anthropologischen Grundfragen nach dem Wissen, nach der Hoffnung und dem gebotenen Tun des Menschen sind nicht von der Frage „Was ist der Mensch?“ zu trennen.

13 Vgl. Rudolf Brändle, Art. Johannes Chrysostomus, RAC 18 (1997), 426–503 (429f).

14 Vgl. dazu bes. die Beiträge in: Gehirntod und Organtransplantation als Anfrage an unser Menschenbild (Beiheft zur BThZ 1995).

15 Ist erschienen in den Tagungsprotokollen der Ev. Akademie Bad Boll.

Hier setzen dann auch die meisten der wichtigen Bedenken gegen die Transplantationsmedizin und gegen andere High-Tech-Entwicklungen ein. Manche fragen, ob die Erwartung eines immer umfangreicheren Organersatzes (einschliesslich der zur Befriedigung dieser Erwartungen erforderlichen Tiere und Menschen) die Menschen nicht hinsichtlich der unausweichlichen Realität ihres Todes täuscht. Im Blick auf diese Fragen dürfte in der Gegenwart wiederum ein sehr einfacher, aber folgenreicher Grundsatz Zustimmung finden: Jeder Mensch stirbt ihren oder seinen eigenen Tod; das Todesverständnis von Menschen (sowie das entsprechende Handeln und Verhalten) geht Gesellschaft und Staat schlechterdings nichts an.

Davon möchte ich gern noch einmal jene Fragen unterscheiden, welche sich auf das menschliche Naturverhältnis erstrecken. Es ist nicht gut zu bestreiten, dass durch medizinische Fortschritte allgemein und speziell in der Transplantationschirurgie das technische Wissen und Können der Menschen unerhörte Steigerungen erfahren haben. Nutzung wie Nicht-Nutzung neuen Wissens zur Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten wird aber dem Willen und der Verantwortungsfähigkeit von Menschen zugerechnet. Hegel hat diesen Zusammenhang schon früh gesehen, wenn er schreibt: „Gegen die Natur kann kein Mensch ein Recht behaupten, aber im Zustande der Gesellschaft gewinnt der Mangel sogleich die Form eines Unrechts, das dieser oder jener Klasse angetan wird.“¹⁶ Der medizinische Fortschritt hat immer weitere Bereiche der menschlichen Natur „kontingent“ werden lassen in dem Sinne, dass, was ist, nicht mit innerer Notwendigkeit so ist, wie es ist, sondern auch anders sein könnte. Zu diesem Anders-Sein-Können nach Massgabe von Wissen und Handeln können Menschen sich ganz unterschiedlich verhalten. Die neuere Moralthologie des römisch-katholischen Lehramtes spricht von dem Respekt vor naturalen Nicht-Beliebigkeiten¹⁷, aber etwas, das auch anders sein könnte – beispielsweise die Geburt eines behinderten Kindes –, einfach nur so geschehen zu lassen, ist nicht naturgegeben, sondern Ergebnis mehr oder weniger gut durchdachter Entscheidungen und bewusst gewählter Handlungen im Kontext einer Gesellschaft mit besonderen kulturellen Überlieferungen, neuen technischen Handlungsmöglichkeiten und entsprechenden ökonomischen Chancen wie Risiken. Die politisch-ethische Problematik technischer

16 Grundlinien der Philosophie des Rechts, 1821, § 244 Zusatz (Theorie Werkausgabe 7, 390).

17 Dabei geht es nicht um eine Ableitung von Sollens-Normen aus „natürlichen“, womöglich biologisch festgestellten Gegebenheiten, sondern im Kern um die einem bestimmten Menschenbild verpflichtete Warnung vor „Machbarkeits- und Erlösungsphantasien, die an wissenschaftliche Erkenntnisse und technische Errungenschaften angehängt werden“ (so die deutschen Bischöfe: Der Mensch: sein eigener Schöpfer?, 13.) Für einen interkulturellen Vergleich der Entwicklung, Anwendung und kulturellen Bedeutung von Organtransplantationen über den Rechtsvergleich hinaus ist die kulturelle „Einbettung“ der Medizinentwicklung von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Es scheint freilich, als hätten die medizinisch-technischen Möglichkeiten und Imperative die kulturellen Deutungsmuster längst überlagert und überformt.

Eingriffe in natürliche Gegebenheit verschärft sich durch neue Eingriffsintensität, Folgenverkettungen und Risikoträchtigkeit.¹⁸

Nun kann man argumentieren, dass es gut für den Menschen und gut für die Natur wäre, wenn die menschlichen Eingriffe in die eigene und die mitmenschliche Natur nach Intensität und Häufigkeit so weit wie möglich minimiert würden. In dieser Perspektive lese ich seit Jahrzehnten die biblischen Schöpfungsberichte.¹⁹ Die Lehre von einem dem Menschen übertragenen „*dominium terrae*“²⁰ ist demzufolge zu verstehen als Aufforderung zu einem möglichst behutsamen und schonenden Umgang mit der Natur. Indes gilt auch hier: Eine solche Auffassung darf für die, die sie teilen, Respekt erwarten, aber sie hat nicht das Potential zu einem kategorischen Imperativ, so dass ich zeigen könnte, die Beachtung meiner Schonungsmaxime taue zu einem allgemeinen Gesetz. Auf der anderen Seite denke ich, dass für eine ethische Urteilsbildung und Beratung wichtig ist, auch subjektive, lebensgeschichtlich geprägte Selbst- und Risikowahrnehmungen zu respektieren und dem Willen zu einer möglichst weit gehenden Verschonung der Natur vor Manipulationen Raum zu geben.

III. Transplantationsprobleme aus der Sicht von Organempfängern

Allgemein gibt es zwei Hauptzwecke eines Organempfanges: Lebensrettung und Verbesserung der Lebensqualität.²¹ Beispiel für Letzteres ist die Nierentransplantation, während Herzverpflanzungen zumeist bei akuter Lebensge-

- 18 Siehe Robert Spaemann, Technische Eingriffe in die Natur als Problem der politischen Ethik (zuerst 1979), in: Dieter Birnbacher (Hg.), Ökologie und Ethik, Stuttgart 1986, 180–205. Schwellenwerte für das verbreitete gesellschaftliche Problembewusstsein in dieser Sache stellten vor allem die grosstechnische Nutzung der Kernenergie (mit ihren Unfällen) und die Ausdehnung medizinischer Handlungsmöglichkeiten am Lebensbeginn und -ende dar. Dabei begegnet bei sensiblen Geistern schon früh der grundlegende Gedanke, dass Menschen um der Freiheit (und ihres Menschseins) willen ihrem freien Handeln mit Bewusstsein und Willen selbst Grenzen setzen können und müssen; vgl. Georg Picht, Zum Begriff des Masses, in: Constanze Eisenbart (Hg.), Humanökologie und Frieden, Stuttgart 1979, 418–426; Werner Marx, Gibt es auf Erden ein Mass? Grundbestimmungen einer nichtmetaphysischen Ethik, Hamburg 1983 (TB Frankfurt/M. 1986); zuletzt Robert Spaemann, Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns, Stuttgart 2001.
- 19 Wichtige theologisch-exegetische Anstösse gab dazu der grosse Genesis-Kommentar von Claus Westermann, bes. Genesis I–XI (BK AT I/1), Neukirchen-Vluyn 1974.
- 20 Literaturbericht: Christof Frey, Theologie und Ethik der Schöpfung. Ein Überblick, ZEE 32, 1988, 47–62. Zur Frage des „*dominium terrae*“ vgl. bes. Simone Rappel, „Macht euch die Erde untertan“. Die ökologische Krise als Folge des Christentums?, Paderborn-München-Wien-Zürich 1996. Diese Arbeit zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass sie nicht nur auslegungs- und wirkungsgeschichtlich orientiert der biblischen Rede vom „Herrschaftsauftrag“ folgt, sondern auch die Übergänge zu spezifisch neuzeitlichen Verständnissen von Handeln und Arbeiten einbezieht.
- 21 Zur Patientensituation siehe z.B. Paula T. Trzcpacz et al. (Hg.), The Transplant Patient. Biological, Psychiatric, and Ethical Issues in Organ Transplantation, Cambridge 2000.

fahr vorgenommen werden.²² Für die subjektive Einstellung zu Transplantation und empfangenem Organ scheint es überdies nicht unwichtig zu sein, ob es sich um die Spende eines Toten oder eines Lebenden handelt.

Es gibt zahlreiche Berichte von Menschen, die ein fremdes Organ erhalten haben.²³ Ihre Reaktionen, Gefühle und Einstellungen sind äusserst vielfältig und oft höchst ambivalent. Durchweg wird zunächst einmal der qualitative Unterschied zwischen einer mechanischen Prothese und einem gespendeten Organ wahrgenommen, vor allem aber kann nicht verdrängt werden, dass die eigene Heilung oder Leidensminderung dem Tod eines anderen Menschen und dessen tatsächlicher oder bloss vermuteter Bereitschaft zur Organspende verdankt wird. Die Psychotherapeutin Elisabeth Wellendorf, die an der Medizinischen Hochschule Hannover u.a. in der Beratung von Transplantationspatienten tätig ist, berichtet von Träumen von Organempfängern, beispielsweise von einer 20-jährigen jungen Frau, die nach einer Herz-Lungen-Transplantation depressiv wurde, weil sie geträumt hatte, „sie stürze sich mit spitzen Zähnen in ungeahnter Gier auf den Brustkorb eines anderen Menschen und fresse ihm das Herz heraus“²⁴. Es gibt Organempfänger, die gegenüber dem toten Spender Aggressionsgefühle entwickeln. Ebenso gibt es freilich auch Menschen, für die das Leben mit einem „gespendeten“ Organ ganz unproblematisch oder auch Anlass zu bleibender Dankbarkeit gegenüber einem anonymen Lebensretter ist. Wieder andere versichern, möglichst gar nicht an das „fremde Herz“ in ihrer Brust denken zu wollen. Doch sie alle können der Realität des transplantierten Organs nicht ausweichen, und zwar schon allein deshalb, weil sie mit höchster Zuverlässigkeit regelmässig Medikamente nehmen müssen, die der Gefahr einer Organabstossung vorbeugen sollen. Das heisst aber nichts anderes, als dass diese Gefahr täglich gegenwärtig ist.

Im Hintergrund der höchst unterschiedlichen Empfindungen von Organempfängern vor allem, aber auch der Spender und der übrigen beteiligten Personen steht immer ein bestimmtes, freilich oft nicht artikuliertes oder artikulierbares Verständnis des Todes. Die Organübertragung bildet einerseits zwar nicht immer, aber doch sehr oft die Alternative zum baldigen oder doch absehbaren Tode. Auf der anderen Seite ist die Sorge oder Angst vor einer

22 Gelegentlich trifft man auf Hinweise, dass man in den Anfängen der Herztransplantation auch in Fällen transplantiert habe, wo man später eine operative Veränderung des Herzens vorgezogen hat; vgl. dazu Wolfgang Konertz, Was kann die Transplantationschirurgie?, in: Gerhirntod und Organtransplantation als Anfrage an unser Menschenbild (Beiheft 1995 der BThZ), 47–55, sowie die Hinweise in der anschliessend dokumentierten Diskussion.

23 Siehe hierzu: Renate Greinert/Gisela Wuttke (Hg.), Organspende. Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, Göttingen 1991; Elisabeth Wellendorf, Mit dem Herzen eines anderen leben? Die seelischen Folgen der Organtransplantation, Zürich 1993; Transplantation: Spenden und Empfangen. Thesen, Texte und Anregungen für das Gespräch über Organtransplantation (Materialien für den Dienst in der Ev. Kirche von Westfalen), Bielefeld 1995; Uwe Herrmann/Christa Dommel (Hg.), Die Seele verpflanzen? Organtransplantation als psychische und ethische Herausforderung, Gütersloh 1996.

24 Seelische Aspekte der Organtransplantation, in: Herrmann/Dommel (vorige Anm.), 60.

Organabstossung ein beständiger Hinweis auf die Gegenwart des Todes im einstweilen geretteten Leben. In der einschlägigen Literatur findet man Hinweise auf wiederholte Transplantationen; bei der Niere bis zu sechs Operationen, bei Leber und Herz bis zu zweien oder gar viere. Wann beschliesst ein Mensch unter solchen extremen Bedingungen, „genug“ zu sagen? Und ist das etwas qualitativ anderes, als wenn ein auf den Tod kranker Mensch verlangt, mit den Massnahmen zur Erhaltung seines Lebens Schluss zu machen?

In der sogenannten modernen Gesellschaft haben wir uns angewöhnt, Sterben und Tod nahezu umfassend den individuell-privaten Entscheidungen anheim zu geben. Verbreitet ist der Wunsch, wenn es um gutes Sterben geht, möglichst schnell und schmerzlos aus dem Leben zu scheiden. Diese Art von „sudden death“ hätte Menschen in früheren Zeiten ungeheurer Angst gemacht, denn für sie war wichtig, auf dem allerletzten Weg die Seele zu erleichtern und dem Tod als dem Eintritt in eine andere Welt bewusst entgegenzugehen.²⁵ Die von der römisch-katholischen Kirche sehr geförderte Hospiz-Bewegung versucht Sterbende so zu begleiten, dass sie, soweit Menschen dies vermögen, wirklich ihren eigenen Tod sterben können – natürlich ohne unzumutbare Schmerzen, aber doch mit dem möglichen Grad des Wach- und Dabeiseins auf den letzten Schritten.

Ergebnis: Im Blick auf die Organempfänger ist für die ethische Beratung die individuelle Lebensperspektive entscheidend. Wie können Organempfang und weiteres Leben, aber auch der unausweichliche Tod in die gesamte Lebensgeschichte integriert werden? Welche Erfahrungen lassen den Wunsch nach einer Transplantation entstehen, welche Erwartungen setzen dem vielleicht auch Grenzen? Die individualisierende Perspektive sollte das Privileg des Organempfängers sein.

IV. Fragen der Organtransplantation aus der Sicht der (potentiellen) Organspender und ihrer Angehörigen

Eine Frau aus Belgrad schrieb 1996 an einen Zürcher Arzt: „Ich gelange mit einer etwas ungewöhnlichen Bitte an Sie. Ich bin blauäugig in eine katastrophale finanzielle Lage hineingeraten, deshalb sehe ich mich nach reiflicher Überlegung gezwungen, eine meiner Nieren zum Verkauf anzubieten. Falls Sie selbst, oder einer Ihrer Kollegen, daran interessiert sind, setzen Sie sich doch bitte mit mir in Verbindung.“ Die Schreiberin gibt noch ihre Blutgruppe und ihr Alter an.²⁶ Der angeschriebene Arzt hat natürlich dem Wunsch nicht entsprochen und auf die Richtlinien der SAMW und das Verbot eines kommerziellen Organtransfers verwiesen. Gleichwohl gibt es einen internationalen Organhandel, und es ist wichtig, dass dessen Verbot allgemein durchgesetzt wird.

25 Hierauf war die umfassende *ars-moriendi*-Literatur bezogen; vgl. dazu: *Ars moriendi*. Die Kunst, gut zu leben und gut zu sterben. Texte von Cicero bis Luther, hg. v. Jacques Laager, Zürich 1996.

26 Brief und Antwort liegen mir in Kopie vor, aber ich habe die Authentizität nicht nachgeprüft.

Diesseits dieser Problematik ist es wichtig, die Belange von Organspendern und ihrer nächsten Angehörigen genau zu unterscheiden. Da über die Fragen von Hirntod-Kriterium und Einwilligungserfordernissen bei der Organspende seit langem kontrovers diskutiert wird²⁷, möchte ich hier aktuell nur dreierlei feststellen: (1) Die Herztod- und die Hirntoddefinition²⁸ der SAMW einschliesslich der Kriterien und der Verfahren, die zu einer entsprechenden Feststellung erforderlich sind, halte ich für sorgfältig und insgesamt überzeugend, um jede missbräuchliche und irrtümliche Todesfeststellung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit²⁹ auszuschliessen. (2) Im Interesse der Wahrung menschlicher Autonomie und um jegliche Willkür auszuschliessen halte ich es für geboten, die Organspende von einer vorgängigen schriftlichen Bereitschaftserklärung eines potentiellen Spenders abhängig zu machen. Allenfalls käme bei Nichtvorliegen eines Organspender-Ausweises auch die (schriftliche, auf hinreichenden Informationen beruhende) Zustimmung der nächsten Angehörigen in Betracht. Ich weiss, dass die Zahl der gespendeten Organe unter der Menge des (von verschiedenen Faktoren abhängigen) Bedarfs liegt, aber ich sehe grundsätzlich keine ethisch und rechtlich überzeugende Argumentation, die über die freiwillentliche Spende von Organen die Organspende zu einer Rechtspflicht machen dürfte. (3) Das Hirntodkriterium zur Feststellung einer irreversibel tödlichen Schädigung eines Organismus ist eine menschliche Konvention zu angebbaren (vor allem: medizinischen) Zwecken, es ist aber nicht ohne weiteres mit jeder kulturellen Auffassung dessen, was eine menschliche Person, ihr Leben, Sterben und ihren Tod ausmacht, vereinbar. In Japan beispielsweise findet dieses Kriterium nur zurückhaltende Anerkennung, und es gehört zur Achtung vor der menschlichen Würde, niemandem ein bestimm-

- 27 Hans Jonas hat schon 1969 in der Zeitschrift der American Academy of Arts and Sciences „Daedalus“ eine Streitschrift gegen die von einer ad-hoc-Kommission der Harvard Medical School im August 1968 gegebene Definition des Hirntodes veröffentlicht; deutsch in: ders., Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt/M. 1985 (TB 1987), 219–241. Jonas' Hauptinteresse galt, wie er in einem Postskript notierte, der Sicherung von ausreichend Zeit zur Feststellung des endgültigen Verlustes aller Lebenszeichen (239). Auf der anderen Seite muss man sehen, dass die sog. „Hirntoddefinition“ nicht versucht, den Tod zu „definieren“, sondern *möglichst zuverlässige und messbare Kriterien* zur Feststellung schon eingetretener, irreversibel tödlicher Schädigungen eines Organismus geben will. Diese möglichst „sichere“ Todesfeststellung ist freilich geeignet, sehr frühzeitig eine Organentnahme (rechtlich) zu ermöglichen. – Aus der neuen Lit. siehe bes. Johann S. Ach (Hg.), Hirntod und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin, Stuttgart-Bad Cannstatt 2. Aufl. 1999; Fuat Oduncu, Hirntod und Organtransplantation, Göttingen 1998.
- 28 Die SAMW-Richtlinien verstehen darunter: „vollständiger und irreversibler Funktionsausfall des Hirns einschliesslich des Hirnstamms“ – Richtlinien, in: Bondolfi/Müller, 511. Es ist dabei wichtig, sich klarzumachen, dass ein Hirntoter ein Toter mit noch künstlich erhaltenen spezifischen Körperfunktionen ist, aber nicht ein lebendiger Körper oder Leib mit einem abgestorbenen Gehirn; so zutreffend die Stellungnahme des Kirchenamtes der EKD zum Hirntodkriterium vom 19.6.1995, auszugsweise in: Die Seele verpflanzen?, 150–153.
- 29 Mehr als hinreichende Wahrscheinlichkeit kann es unter Menschen in derartigen Fragen nie geben.

tes (hier: ein in erster Linie technisch vermitteltes) Todesverständnis aufzulegen. Dies ist übrigens ein nicht unwichtiger Grund, welcher für eine strikte Zustimmungslösung bei der Erlaubnis einer postmortalen Transplantation spricht.³⁰

Die Angehörigen von meist verunfallten Organspendern sind in der Vergangenheit bisweilen auf völlig unververtretbare Weise zur Einwilligung in eine Organentnahme gedrängt worden.³¹ Es sollte klar sein, dass es bestimmte Mindestanforderungen für die Kommunikation mit den Angehörigen von Unfall- opfern geben muss, die unter allen Umständen eingehalten werden müssen. Dazu gehören zuerst: Möglichst frühzeitige, nicht-direktive oder persuasive Informationen über Unfallhergang, Art, Schwere und Perspektiven der tödlichen Verletzungen, Rücksichtnahme auf die aktuellen (und meist sehr begrenzten) Fähigkeiten, die gegebene Situation wahrzunehmen und zu verstehen, eindeutige Aufklärung über die Rechte als Angehörige und weiteres mehr. In zweiter Hinsicht gehört dazu – und dies steht im Widerspruch zu den Erfordernissen möglichst zügiger Transplantationen –, Zeit und Raum für den Abschied von einem Toten zu gewähren, der Trauer ihren Platz zu lassen und nicht zu drängeln. Man kann wissen, dass Angehörige, die ihrer subjektiven Ansicht nach einer unzeitigen Organentnahme (womöglich unter Druck) zugestimmt haben, nicht nur sehr lange Zeit darunter zu leiden haben, sondern auch später oft energische Transplantationsgegner werden. Schliesslich ist es ausserordentlich wichtig, nach erfolgter Organentnahme einen Leichnam in einen Zustand zu bringen, wie es den einfachsten Pietätsgefühlen entspricht. In allen diesen Hinsichten ist in der Vergangenheit unendlich viel versäumt worden, wie Berichte Betroffener vielfach belegen.

Die ethische Perspektive der (potentiellen) Organspender und ihrer Angehörigen ist individuell bestimmt, überwiegend privater Natur, nicht an institutionellen und technischen Erfordernissen ausgerichtet. Nur wenn man diesen Umstand wirklich akzeptiert, sind die Erwartungen und Einstellungen der transplantierenden Mediziner und der auf ein Organ wartenden Patienten sittlich vertretbar.

V. Problemwahrnehmungen aus der Sicht der Medizinalpersonen

Die in der Transplantationsmedizin beteiligten Medizinalpersonen nehmen sehr unterschiedliche Perspektiven ein. Der Chirurg, der nach der Todesfeststellung Organe bloss entnimmt und ein Transplantationszentrum informiert (und dessen Spital dafür vielleicht nur eine geringe Erstattung erhält), hat in aller Regel kein persönliches Verhältnis zum Toten und allenfalls ein zeitlich

30 Hier unterscheide ich mich von dem vorsichtigen Plädoyer Alberto Bondolfis für die sog. „Widerspruchslösung“ (die im übrigen nicht den Widerspruch zum Ausgangspunkt ärztlichen Handelns auf diesem Gebiet nimmt, sondern den Nicht-Widerspruch).

31 Siehe die Berichte von Renate Greinert, Einbahnstrasse Nächstenliebe, und von Johann-Christoph Student, Wenn die Zeit zum Abschied fehlt... Transplantationsmedizin und Trauer, beide in: Die Seele verpflanzen?, 35–42 bzw. 43–55.

begrenztes Verhältnis zu dessen Angehörigen, während der Implanteur in der Regel den Organempfänger schon länger kennt, ihn auf die Operation vorbereitet und vermutlich auch die Familie in den Beratungsprozess einbezogen hat. Wer erfolgreich Organe transplantiert, erfährt überwältigenden Dank und gesellschaftliche Anerkennung.

Sehr unterschiedlich sind die Beobachtungen des Pflegepersonals beim Organspender: Trotz der Hirntodfeststellung ist ja noch in irgendeiner Weise Leben im Körper. Es ist zwar kein Patient, sondern (fast) eine Leiche, jedenfalls der Leib eines Menschen, dessen Tod nach Massgabe von Kriterien und Verfahren festgestellt ist. Aber dieser Organismus oder diese Leiche muss noch wie ein Patient gepflegt werden, das Blut pulsiert noch in den Adern, die Haut ist warm und fühlt sich entsprechend an. Bei der Entnahme von Organen werden zudem oft schmerzstillende Mittel verabreicht. Wir wissen effektiv nicht und können nicht wissen, ob und in welcher Weise ein Leib, dessen Tod festgestellt worden ist, noch über diesen Zeitpunkt hinaus Schmerzen empfindet. Vollends nichts wissen wir darüber, ob und wann eine „Seele“ den Leib eines Menschen „verlässt“, ja, es ist sehr schwer zu sagen, was wir angesichts der modernen medizinischen Technik überhaupt mit dieser metaphorischen Rede zum Ausdruck bringen können oder wollen.

Das durchschnittliche Spital auf hohem technischem Niveau kennt, soweit ich dies in Gesprächen in Erfahrung bringen konnte, nur wenig Diskussionen dieser Fragen, ausser in der Freizeit mancher Mitarbeiter. Ich bin indes überzeugt, dass eine Kommunikation über Grundfragen medizinischer Anthropologie gerade im Blick auf die Transplantationsmedizin im Grunde unvermeidbar und wünschenswert ist. Wo finden sich dafür Gelegenheiten? Wer schafft den nötigen Verständigungsfreiraum, wer sucht ihn?

VI. Rechtliche und ethische Probleme der Organentnahme

Grundsätzlich ist bei der Organentnahme zunächst zwischen lebenden und verstorbenen Organspendern zu unterscheiden. Bei lebenden Organspendern ist im deutschen Transplantationsrecht Verwandtschaft oder eine besondere persönliche Verbundenheit gefordert; die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) gehen davon in der Regel ebenfalls aus, lassen aber die „Kreuzspende“ implizit zu.³² Grundsätzlich erforderlich sind Urteilsfähigkeit, Volljährigkeit, umfassende Orientierung sowie freiwillige (schriftliche) Zustimmung. Generell dürfen bei Minderjährigen und nicht urteilsfähigen Erwachsenen keine Organe entnommen werden.

Bei verstorbenen Spendern gibt es hauptsächlich zwei immer wieder kontrovers erörterte Grundprobleme: Die Weise, wie der Tod festgestellt wird, und

32 Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation v. 8.6.1995, in: Alberto Bondolfi/Hansjakob Müller (Hg.), *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*, Basel-Bern 1999, 494–499. Am 13.6.1996 hat die SAMW ihre (weit umfangreicheren) „Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen“ verabschiedet, ebd. 508–525.

die Anforderungen an die Zustimmung oder Nichtzustimmung von Spendern oder Angehörigen der Spender vor einer Organentnahme. Es ist unstrittig, dass zwischen den medizinisch-technischen Erfordernissen der modernen Transplantationschirurgie und der Aufstellung und Beachtung des sogenannten Hirntodkriteriums seit 1968 ein Zusammenhang besteht, insofern das Hirntodkriterium erlaubt, diejenigen Funktionen eines Organismus für begrenzte Zeit aufrechtzuerhalten, welche man für die optimale Entnahme der geeigneten Organe benötigt. Hier muss man wiederum zwei Aspekte des Problems unterscheiden: Erstens die Anforderungen an die genaue medizinische Definition und Diagnose des Hirntodes, und zweitens die rechtliche Bewertung der Hirntoddiagnose als eines notwendigen Entnahmekriteriums.³³

Hinsichtlich der subjektiven Entnahmekriterien bei Spendern, deren Tod nach Massgabe der Richtlinien korrekt festgestellt wurde, gibt es in den meisten Gesetzen, die diese Fragen regeln, grundsätzlich zwei oder drei Auffassungen. Entweder macht man die Organentnahme von einer ausdrücklichen (schriftlichen) Zustimmung des Spenders oder zumindest seiner Angehörigen abhängig, oder man verzichtet auf eine mögliche Organentnahme nur dann, wenn der potentielle Spender selbst oder seine Angehörigen (sofern erreichbar) nicht ausdrücklich widersprochen haben oder widersprechen. Für den ersten Fall wird zielstrebig mit der Verteilung von Organspender-Ausweisen geworben. Tatsächlich tragen die meisten Menschen weder einen solchen Ausweis noch einen Zettel mit einer ausdrücklichen Ablehnung einer Organentnahme mit sich herum. Im Blick auf das Selbstbestimmungsrecht von Menschen scheint mir, wie oben angedeutet, allein die strenge explizite Zustimmungslösung ethisch vertretbar.

VII. Probleme der Krienergewinnung und -gewichtung bei Organzuteilungen

Über Zuteilungskriterien bei Spenderorganen gibt es eine breite und bisweilen bizarre Debatte. Dabei muss man sich kurz darüber Rechenschaft geben, dass es „Knappheit an sich“ weder bei Transplantaten noch sonst gibt. Knappheit ist stets ein Relationsbegriff, immer bezogen auf reale Bedingungen der individuellen und kollektiven Perzeption, der sozialen Organisation und – nicht zuletzt – der ökonomischen und moralischen Bewertung von Möglichkeiten, Alternativen, Ressourcen und Kosten und insofern Ausdruck eines gesellschaftlichen Konstrukts von Knappheit.³⁴

33 Siehe im Blick auf Deutschland Nadine Bock, Rechtliche Voraussetzungen der Organentnahme von Lebenden und Verstorbenen. Eine juristische Untersuchung, basierend auf den medizinischen Grundlagen der Organtransplantation, unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen rechtspolitischen und rechtsethischen Diskussion (Diss.iur. Köln 1998), Frankfurt/M. usw. 1999; Oliver Borowy, Die postmortale Organentnahme und ihre zivilrechtlichen Folgen, Frankfurt/M. usw. 2000.

34 Zum Konzept der Knappheit vgl. Niklas Luhmann, Die Knappheit der Zeit und die Vordringlichkeit des Befristeten (1968), in: ders. Politische Planung, Opladen 1971, 143–

Durchmustert man die Kandidaten für Zuteilungskriterien von Organen³⁵, so drängen sich immer wieder deren drei auf, und zwar in dieser Reihenfolge: akute Dringlichkeit, Platz auf der Warteliste, mutmassliche Effizienz.³⁶ Der Platz auf der Warteliste kann bei sonst gleichen Voraussetzungen – aber wann gibt es diese schon? – eine konkrete Zuteilungsentscheidung erleichtern, aber jeder Transplanteur wird versuchen, soweit als möglich Triage-Situationen zu vermeiden. Wenn aber entschieden werden muss, das heisst, wenn für zwei dringende, notfallmässige Patienten nur eben ein Organ aktuell zur Verfügung steht, dann entscheiden nach allem, was wir über Entscheidungen unter derartigen Bedingungen wissen, die Zuständigen nach Massgaben ihrer subjektiven Präferenzen hinsichtlich „wertvollen“ Lebens. Das kann beispielsweise Priorität für jüngere Familienväter im Gegensatz zu alleinstehenden älteren Personen bedeuten, aber auch eine Präferenz für einen wichtigen Politiker gegenüber einem stadtbekanntem Faulenzer. Das Effizienzkriterium ist schwer mit dem Gleichheitsprinzip im Sinne eines nachprüfbareren Willkürverbotes zu vereinbaren. Darum kann m.E. nur die Warteliste dem Gebot der Dringlichkeit zur Hilfe kommen.

Wer soll auf der Warteliste stehen? Das Kriterium der eigenen Spenderbereitschaft hat eine ungemein hohe Suggestivkraft; manche entwickeln daraus geradezu eine ökonomische Anreiztheorie zur Steigerung der Spendebereitschaft. Man muss nur sehen: Wer so argumentiert, ist bereit, sehr tief in die Autonomie von Menschen im Sinne einer Modifikation ihres Bildes von sich selbst und der Welt einzugreifen. Prämiert wird, wer sich selbst und sein Leben in Kategorien des „*homo oeconomicus*“ zu funktionalisieren bereit ist. Kann man das unter ethischen Aspekten wollen? Ich denke: nein. Daraus folgt, dass auf eine Warteliste kommen soll, wer sich darum bewirbt und die vorher definierten, nicht diskriminierenden Kriterien (Indikation, Alter, gesundheitliche Situation) erfüllt. Die Richtlinien der SAMW sind in dieser Hinsicht erfreulich klar: „Die Anmeldung eines möglichen Empfängers an ein Transplantationszentrum, seine Eintragung in die Warteliste sowie die Zuteilung eines verfügbaren Organs haben aufgrund medizinischer, nicht aber aufgrund materieller oder sozialer Erwägungen zu erfolgen. Die Zuteilung eines Organs an Empfänger mit vergleichbarer medizinischer Prognose erfolgt gemäss der Position

164; ders., Knappheit, Geld und die bürgerliche Gesellschaft, Jb. F. Sozialwissenschaft 23, 1972, 186–210; ders., Die Wirtschaft der Gesellschaft, Frankfurt/M. 1988, Kap. 6. An der letzten Stelle lautet die Basisdefinition für Knappheit: „eine soziale Wahrnehmung von Beschränkungen..., an die soziale Regulierungen anschliessen können“ (177). Analog dem von mir oben verwendeten Problembegriff ist auch Knappheit ein Aufmerksamkeitskorrelativ, welches zwischen perzipierten Wirklichkeiten und Möglichkeiten (samt ihren realen und/oder virtuellen Bedingungen) schematisch vermittelt.

35 Vgl. Christian Dierks (Hg.); Die Allokation von Spenderorganen. Rechtliche Aspekte, Berlin 1999; Rolf Lachmann (Hg.), Die Gerechtigkeit der Organverteilung. Ein Problem der Transplantationsmedizin aus interdisziplinärer Sicht, Stuttgart 1997; Felix Largiadér u.a. (Hg.); Organ-Allokation. Zuteilung von Organen für die Transplantation, Bern 1997.

36 Vgl. dazu Kurz Seelmann, Ethische Fragen an die Transplantationsmedizin. Welche Kriterien für Entnahme und Verteilung von Organen?, NZZ Nr. 148 v. 30.6.1999, 15.

auf der Warteliste.“³⁷ Schwierigkeiten ergeben sich erst mit dem nächsten Ausschlussgrund: „Bei Organmangel kann die Eintragung in die Wartelisten auf Patienten beschränkt werden, die in der Schweiz wohnhaft sind.“ Die *ratio* ist klar: Verhinderung eines Transplantationstourismus.³⁸ Die Problematik ahnt man, wenn man fragt, was dies etwa für Asylbewerber bedeutet.³⁹

Die Zuteilungskriterien betreffen zwar die Organempfänger, können aber sinnvollerweise von diesen nicht selbst entschieden werden. Es geht dabei weder um Fragen einer Pflichten- oder Tugendethik (bin ich evtl. verpflichtet, einen Organspenderausweis auszufüllen und zu tragen?) noch um rationale berufliche Sorgfaltspflichten des medizinischen Personals, sondern wir bewegen uns auf der vergleichsweise abstrakten Ebene der Debatten über Kriterien distributiver Gerechtigkeit. Die hier anzuwendenden Gerechtigkeitskriterien müssen aus den Besonderheiten der zu entscheidenden Sache, hier also der Krankheit und der Heilungsaussicht gewonnen werden. Weitere Kriterien wie die gesellschaftliche Stellung, das Vermögen oder die Nützlichkeit eines Organempfängers müssen in diesem Zusammenhang als sachfremd beurteilt und deshalb vernachlässigt werden, wenngleich man realistisch einräumen muss, dass sie wohl niemals völlig ausgeschaltet werden können. Um so wichtiger sind die Transparenz und Dokumentation entsprechender Entscheidungsverfahren.

VIII. Probleme der ethischen Beurteilung der internationalen Ressourcenallokation im Gesundheitswesen

Nur ganz kurz soll auf einen weiteren Aspekt hingewiesen werden, welcher in den meisten Debatten über Transplantationsmedizin häufig zu kurz kommt: die empörende weltweite Ungleichverteilung des Zuganges und der Verfügbarkeit medizinischer Leistungen im allgemeinen und der sogenannten Spitzenmedizin im besonderen.⁴⁰ Transplantationszentren mit der erforderlichen internationalen Infrastruktur sind nur auf Reichtumsinseln finanzierbar. Sie setzen einen Sockel von wettbewerbsfähiger Produktivität, Finanzkraft, technischem Wissen, medizinischen Fähigkeiten und Ausbildungsstrukturen, gesellschaftlicher Organisation und politischer Stabilität voraus, wie er derzeit nur in den marktwirtschaftlichen Industriegesellschaften der nördlichen Hemisphäre begegnet. Nur die Gesundheitssysteme in diesen Ländern haben eine entsprechende

37 A.a.O., 496.

38 Vgl. hierzu Jürg Hellrigl, *Privatrechtliche Aspekte von Veräusserungsgeschäften bezüglich menschlicher Organe, unter besonderer Berücksichtigung der Sittenwidrigkeit*, Diss.iur. Zürich 1999.

39 Ebenfalls strittig ist der Ausschluss bestimmter Personen wie HIV-Infizierter, Drogenabhängiger oder Alkoholiker von der Aufnahme auf eine Warteliste. Über den Umgang mit behinderten Organempfängern ist mir nichts bekannt.

40 Siehe aber Wolfgang Greiner, *Ökonomische Evaluationen von Gesundheitsleistungen. Fragestellungen, Methoden und Grenzen, dargestellt am Beispiel der Transplantationsmedizin*, Baden-Baden 1999.

Spitzenmedizin hervorgebracht, welche indes weltweit ungeheure Attraktivität und Faszination ausstrahlt.

Für die Legitimation derartiger Gesundheitssysteme im jeweiligen nationalen Rahmen ist die allgemeine Zugänglichkeit auch der Spitzenleistungen einigermaßen wichtig, wenngleich die Konkretisierung des Gleichheitsprinzips in den verschiedenen Industrieländern signifikante Unterschiede aufweist. Die skandinavischen Länder, Holland, die Schweiz und Deutschland dürften gegenwärtig den gleichmässigsten Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens ohne Ansehung von Personen und Vermögen garantieren; dass „Klassenunterschiede“ gleichwohl in keinem Gesundheitssystem gänzlich fehlen, kann nicht überraschen. In Nordamerika, in Grossbritannien und in Südeuropa sind hingegen die Differenzen zwischen allgemeiner (leistungseingeschränkter) Krankenversicherung und privaten Versicherungen mit hohen Prämien und entsprechenden besseren Leistungen deutlich grösser. Diese Differenzen nehmen gewaltig zu, wenn man nach Ost- und Südosteuropa blickt und vollends dann, wenn man die Grenzen Europas überschreitet.

Mir selbst fehlt weitgehend die Phantasie, um mir derzeit vorstellen zu können, wie diese konflikträchtigen Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung verringert werden können. Natürlich gibt es die wunderbaren Vorbilder von jungen Ärztinnen und Ärzten, die Teile ihrer Ferien dafür hergeben, um als Notfalloperateure in armen Ländern zur Verfügung zu stehen. Sie machen Basismedizin mit enormen Wirkungen für die, die „drankommen“. Vielleicht ist das ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu grösserer internationaler Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen: Dass man die unabdingbaren, elementaren Massnahmen medizinischer Basisversorgung allen Menschen zugänglich zu machen versucht. Dies ist wohl wichtiger und vor allem realistischer als der Wunsch eines Zuganges zur Transplantationsmedizin für jedermann, auch wenn die heutigen Privilegien schwer, wenn überhaupt einer allgemeinen Rechtfertigung fähig sind.

IX. Versuch einer ethischen Synthese in zehn Thesen

- (1) Die künftige Entwicklung des Gesundheitswesens in „reichen“ Ländern sollte um eine grössere Ausgewogenheit zwischen High-Tech-Spitzenmedizin einerseits, Präventiv- und Sozialmedizin sowie Geriatrie andererseits bemüht sein.
- (2) High-Tech-Medizin ist unter Gesichtspunkten internationaler Verteilungsgerechtigkeit nur legitimationsfähig, wenn grundlegende basis-medizinische Leistungen für alle Menschen zugänglich und bezahlbar sind.
- (3) Die Entnahme von Organen sollte an die ausdrückliche vorgängige Zustimmung der Spender und mindestens an die ausdrückliche Zustimmung von Angehörigen gebunden werden.
- (4) Bei Prioritätenentscheidungen über Empfänger von Transplantaten dürfen lediglich ärztliche Erwägungen zur Gewichtung von Dringlichkeit, Geeignetheit und Erfolgswahrscheinlichkeit einer Transplantation massgeblich sein, nicht aber Erwägungen über den unterschiedlichen „Wert“ eines Menschenlebens.

- (5) Persönlich rate ich Menschen, vor allem auf eine gesunde Lebensführung zu achten, um die mögliche Inanspruchnahme der High-Tech-Medizin zu minimieren.
- (6) Organtransplantationen werden als verfügbare Therapieform nicht wieder verschwinden. Alle Beteiligten sollten aber von diesen Möglichkeiten so zurückhaltend wie möglich Gebrauch machen und den Zugang so fair wie möglich gestalten.
- (7) Unter den zweckmässigsten Verfahren zur Todesfeststellung zeichnet sich der Vorschlag der Schweizerischen Akademie für die Medizinischen Wissenschaften durch besondere Sorgfalt und Präzision aus. Er sollte nicht ermässigt werden.
- (8) Zur Entwicklung von Alternativen zur Transplantationsmedizin sollte man keine Optionen in Anspruch nehmen, die verbrauchende Embryonenforschung einschliessen.
- (9) Die in den letzten Jahren beobachtbare Tendenz zur Reduktion von Tierversuchen sollte nicht zugunsten der Transplantationsmedizin umgekehrt werden.
- (10) Persuasive Werbung für Organtransplantationen halte ich für kontraproduktiv. Man muss die Entscheidungsfreiheit der Menschen in dieser wichtiger Hinsicht schützen.