

In-Hoe Choi (geb. Ku)

Ethische Fragen im Zusammenhang mit Organtransplantationen

Göttingen 1998

Dissertation zur Erlangung des philosophischen Doktorgrades am Fachbereich Historisch-Philologische Wissenschaften der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von In-Hoe Choi
aus (Geburtsort) Seoul in Korea

Referent: Prof. Dr. G. Patzig
Koreferent: Prof. Dr. J. Nida-Rümelin

Tag der mündlichen Prüfung: 29. Mai 1998

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einleitung	1
2. Ethische Überlegungen zur Nutzung menschlicher Körperteile als Mittel für bestimmte Zwecke	4
2.1. Ethik der Anteilnahme	5
2.2. Utilitarismus	6
2.3. Wertvergleich und Wertvorzug	11
2.4. Argumente von Gegnern der Organtransplantationen	13
2.5. Argumente von Befürwortern der Organtransplantationen	15
2.6. Ergebnis	18
3. Ist eine Organtransplantation mit der Würde des Menschen vereinbar?	20
3.1. Der Mensch als Geist-Körper-Einheit	21
3.2. Menschliche Identität und Integrität	22
3.3. Menschenwürde	25
3.4. Menschenrechte	27
4. Grundlegende Probleme zum Begriff "Tod"	29
4.1. Todeskriterien und Todesfeststellung	29
4.2. Untersuchungen über die Todesbegriffe.....	31
4.2.1. Was ist "Hirntod"?.....	32
4.2.2. Kritik von Gegnern des Hirntodkonzeptes	34
4.2.3. Was ist "Teilhirtod"?	36
4.2.4. Einw.,nde gegen die Teilhirtodkonzepte	37
4.3. Ergebnis	38
5. Rechte des Verstorbenen und Regelungen zur postmortalen Organspende	41
5.1. Rechte des Verstorbenen	41
5.2. . Untersuchungen zur Verwirklichung postmortaler Organspenden	42
5.2.1. Zustimmungslöung	42
5.2.2. Widerspruchslöung	43
5.2.3. Anfrageregelung und Informationslöung	44
5.2.4. Befragungslöung	44
5.2.5. Notstandslöung	45
5.3. Ergebnis	46

6.	Ist in der Transplantationsmedizin eine gerechte Verteilung möglich?	48
6.1.	Lebensqualitätsmessung in der Transplantationsmedizin	48
6.2.	Güterabwägung und Ökonomische Überlegung	49
6.3.	Probleme bei der Organverteilung	52
6.4.	Zufallsallokation als eine gerechte Verteilungsmethode?	56
7.	Sonderprobleme	59
7.1.	Die Verwendung fetaler Zellen und Hirngewebe	59
7.1.1.	Medizinische Aspekte	59
7.1.2.	Ethische Gesichtspunkte	60
7.1.3.	Regelungsvorschläge	62
7.2.	Das Problem des schwer mißgebildeten Kindes als Organspender am Beispiel des Anenzephalus	63
7.2.1.	Medizinische Aspekte	63
7.2.2.	Ethische Gesichtspunkte	64
7.3.	Herztote Spender	67
7.4.	Organspenden von Lebenden und aus Lebenden / Grenzen der Zulässigkeit	69
7.5.	Das Problem des Organhandels	71
8.	Fernöstliche Gedanken und Vorstellungen zur Organtransplantation im Vergleich zum Westen	75
8.1.	Die medizinische Entwicklung in der ostasiatischen Kultur	75
8.2.	Totenverehrung	78
8.3.	Auswirkungen des gegenwärtigen Übergangs von einer traditionellen zu einer modernen Gesellschaft	80
8.4.	Todesbestimmung in Ostasien	82
9.	Schluß	87
10.	Literaturverzeichnis	89

1. Einleitung

Die erste erfolgreiche Organtransplantation, über die E. Ullmann¹ am 7. März 1902 in Wien berichtete und bei der einem Hund die Niere eines anderen Hundes eingepflanzt wurde, die dann fünf Tage lang funktionierte, hatte zahlreiche ähnliche und weiterführende Versuche zur Folge - sowohl im Tierexperiment als auch bei Menschen. Die verwendeten Nieren funktionierten jedoch anfangs nur stunden- oder tagelang und wurden dann abgestoßen.

Mit Hilfe immunsuppressiver Maßnahmen gelingt es heute, Immunreaktionen gegen fremde Organe wirkungsvoll zu bekämpfen.² Jedoch kommt es nach wie vor bei Bemühungen an Menschen zu chronischen Abwehrreaktionen; auch ist die im allgemeinen erforderliche Dauertherapie nicht selten mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet.

Trotz behandlungsspezifischer und postoperativer Schwierigkeiten ist eine erfolgreiche Transplantation im Vergleich zum präoperativen Zustand in der Regel mit einer Verbesserung des gesamten Lebensgefüges des Patienten verbunden und ermöglicht die weitere Erhaltung des Lebens eines Patienten, dessen Organismus lebensbedrohlich gefährdet ist.

Die Transplantationsmedizin ist heute ein fest etablierter Bestandteil der Heilkunde. Sie vermag in vielen Fällen Leben zu retten oder zu verlängern, Krankheiten zu heilen und die Lebensbedingungen von Kranken erheblich zu verbessern. Die Transplantation eines Organs könnte dem Wohl für den betroffenen Patienten und letztlich mit dem Wohl der menschlichen Gesellschaft begründet werden.

In meiner Arbeit versuche ich, auf die Frage zu antworten, welche gesetzlichen Regelungen und moralische Betrachtungen in Bezug auf Transplantationen rational sind. Diese Regelungen sollten auch für diejenigen, die sie nicht befürworten, nachvollziehbar sein. Folgende Prinzipien³ werden dabei beachtet: Gesundheits- und Wohlbefindensfürsorge, Schadensvermeidung, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, soziale Zuträglichkeit.

Die Übertragung eines Organs von einem Körper in einen anderen wirft ethische Probleme auf, die potentielle Organspender, Organempfänger und viele andere Menschen in verschiedenen Bereichen (wie z. B. im Medizin-, Ökonomie- und Forschungsbereich) in eine Konfliktsituation bringen können.

Wo liegen die wesentlichen Schwierigkeiten?

In welcher Weise kann und darf eine menschliche Gesellschaft Einfluß darauf ausüben, ob ihre Mitglieder ein Organ spenden sollten und dürften oder nicht?

Inwieweit sind die persönlichen Rechte des Individuums zu berücksichtigen, wie sie ihm zu Lebzeiten zustehen?

Können Organtransplantationen die Einheit von Geist und Körper gefährden?

Bei solchen Überlegungen ergibt sich die Frage, ob die Entnahme von Organen und Geweben eines Hirntoten sich mit der Wahrung der Menschenwürde im Einklang befindet oder ob sie nur unter bestimmten Bedingungen unter Wahrung der Menschenwürde vertretbar ist. Zunächst werde ich diskutieren, ob und inwiefern das Konzept Menschenwürde überhaupt

¹ Ullmann, E., 1902, 281 f.

² In der Gegenwart wird die Immunpharmakologie durch den klinischen Einsatz des Cyclosporin A bestimmt. Diese Entwicklung ist auf die Arbeiten von Borel und Mitarbeitern (1964) zurückzuführen, der Anfang der siebziger Jahre die immunsuppressive Wirkung dieses Medikamentes nachwies. 1978 wurden die ersten klinischen Studien durchgeführt. 1980 gelang Wenger die Totalsynthese des Cyclosporins. Siehe dazu Land, W., 1985, S. 108, Vogt, S., Karbaum, D., 1991, S. 13.

³ Vgl. Anm. 4.

bedeutsam ist im Zusammenhang mit Organtransplantationen. (Kap. 3) In den Diskussionen um die moralische Zulässigkeit der Transplantation herrschen Begriffsunklarheiten, die dazu führen, daß die Verständigung der Diskussionsteilnehmer erschwert ist. Aus diesem Grunde müssen die wichtigen Begriffe zuerst soweit wie möglich geklärt werden. (Kap. 4)

Die vorliegende Arbeit "Ethische Probleme bei Organtransplantationen" wird sich mit den Argumenten von Befürwortern und Gegnern von Organtransplantationen und den Konzepten über Entscheidungen im Falle von Hirntod bzw. Teilhirntod auseinandersetzen. Es soll ein Beitrag dazu geleistet werden, den im Mittelpunkt stehenden Fragenkomplex zu durchleuchten und ethische Grundlagen für die Organtransplantation zu untersuchen. (Kap. 2) Verbreitete Sittlichkeit und Pietät verbieten, einen menschlichen Körper oder Leichnam bloß als Objekt zu behandeln, ihn durch unstatthafte Entnahme von Organen als bloßes Mittel zu einem Zweck zu entwürdigen. Viele Menschen wollen äußerlich unversehrt in ihre letzte Ruhestätte gelangen. So wird im Kapitel 5 untersucht, ob und aus welchen Gründen der zu Lebzeiten erklärte Wille eines Verstorbenen berücksichtigt werden sollte.

In meiner Arbeit wird die Organspende vom Toten unter drei Gesichtspunkten betrachtet:

1. die Annahme des Hirntodes als Tod des Menschen, der unter Aufrechterhaltung des Kreislaufes auch nach dem Tode eine Organentnahme ermöglicht,
2. die Regelung, wie Einverständnis bzw. Ablehnung einer Organspende seitens des Verstorbenen zu seinen Lebzeiten dokumentiert werden kann,
3. nach welchen Kriterien gespendete Organe verteilt werden sollen.

Dabei sind die Organspende nach dem Tode und die Organspende vom Lebenden zu unterscheiden.

Im Kapitel 6 wird eine Zufallsallokation als eine gerechte alternative Verteilungsregelung vorgeschlagen, die bei der Verteilung knapper medizinischer Ressourcen alle Mitglieder der Gesellschaft gleich behandeln soll.

Im Kapitel 7 wird versucht, auf besondere Probleme einzugehen, wie sie sich in Gebieten zwischen Medizin, Wirtschaft und Humanität ergeben können: z. B. Nutzung des fetalen Gewebes, herztote Spender, Lebendspende, Organhandel.

Es geht mir in meiner Arbeit um eine möglichst rationale Auseinandersetzung mit dem Transplantationsproblem. Dennoch sollen religiöse und metaphysische Annahmen anderer Art auch berücksichtigt werden. In einer pluralistischen Gesellschaft steht es jedem frei, die für ihn geltende Moral zu wählen bzw. zu entwerfen. Eine solche Moral kann religiös begründet oder nicht rational sein. Sie darf nicht als für andersdenkende Menschen verbindlich gefordert werden. Denn es kann von niemandem verlangt werden, nicht rational begründbaren Normen zu folgen.

Es wird auf verschiedene ethische Wertungen und deren Auswirkungen eingegangen, wie sie sich z. B. aus kulturellen und religiösen Besonderheiten und Vorstellungen ergeben. Es wird untersucht, ob diese Vorstellungen rational begründet werden können.

Es wird versucht, die Frage zu beantworten, welche praktische Regelung bezüglich Transplantationen am angemessensten ist und wie die unterschiedlichen in der Gesellschaft bestehenden Interessen gegeneinander abgewogen werden sollten.

In asiatischen Kulturen, so zum Beispiel in Korea, Japan und China, ist wegen des Konzepts der Ganzheit und Unverletzlichkeit des menschlichen Körpers die Hirntoddefinition offiziell immer noch nicht akzeptiert, obwohl Transplantationen nach dem Hirntod nicht selten und sogar reibungslos durchgeführt werden.

Im Kapitel 8 wende ich mich unter Bezug auf mein ostasiatisches Heimatland den folgenden Problemen zu:

1. dem Einfluß philosophischer und religiöser Lehren auf die Medizin in Ostasien,
2. den Auswirkungen des gegenwärtigen Übergangs von einer traditionellen zu einer modernen Gesellschaft,
3. wesentlichen Schwierigkeiten bei der Durchführung von Organtransplantationen in ostasiatischen Ländern.

Aufgrund des Mangels zur Verfügung stehender Organe sind die Probleme der Organspende und der Organverteilung von wesentlicher Bedeutung. Den Begriffen Gleichheit, Gerechtigkeit und Verantwortung in der Medizin sollte man dabei bekanntlich nicht ausweichen.

2. Ethische Grundlagen für die Nutzung menschlicher Körperteile als Mittel für bestimmte Zwecke

Organtransplantationen, die bei Eintritt des Hirntodes durchgeführt werden, sind von vornherein so angelegt, daß sie eine Chance zur Rettung anderer Personen schaffen. Solange eine Organtransplantation keine schlechten Auswirkungen auf andere hat und einen oder mehrere sonst hoffnungslos Kranke retten kann, muß sie als moralisch akzeptabel gelten. Moralische Grundsätze sollen der Transplantationsmedizin nicht nur die Präferenzen einzelner betroffener Individuen zum Ausdruck bringen, sondern auch allgemeine Gültigkeit besitzen.

Die moralischen Grundlagen der Transplantation unterscheiden sich nicht von denen anderer medizinischer Maßnahmen.

Beauchamp und Childress betonen die folgenden Maximen:¹

- a) das Selbstbestimmungsgebot (Achtung von Autonomie und Menschenwürde)
- b) das Unschädlichkeitsgebot (Schadensvermeidung)
- c) das Fürsorgegebot (Verpflichtung zur Hilfe, Förderung des Wohls des Kranken)
- d) das Gerechtigkeitsgebot (Gleichbehandlung, faire Ressourcenverteilung, Mikro- und Makro-Allokation).

Das Prinzip Selbstbestimmung gründet sich auf den Respekt vor der Autonomie des Menschen und seiner personalen Würde. Das Prinzip Schadensvermeidung bezieht sich auf körperlichen ebenso wie auf seelischen oder sozialen Schaden. Es erfordert die kritische Abschätzung des Schadensrisikos bei der Abwägung diagnostischer oder therapeutischer Vorhaben. "Während das Prinzip der Nichtschädigung lediglich die Unterlassung von Schädigungen (und Risikozufügungen)" verlangt, fordert "das Prinzip des Wohltuns die Verhinderung von Schäden sowie die Verbesserung der Situation anderer".² Das Prinzip der Fürsorge hebt auf den Aspekt der Hilfeleistung ab. Dieses Prinzip umfaßt die direkte Hilfe und reicht bis hin zur Förderung indirekten oder ideellen Nutzens. Dem Wunsch nach Verwirklichung der Gerechtigkeit entspringt das Gleichheitsprinzip. Dieses Prinzip verbietet alle willkürlichen Differenzierungen zwischen gleichartigen Fällen.

Diese vier Gebote sind vielfältig miteinander verknüpft, aber sie stehen auch in einem Spannungsverhältnis zueinander. Daß diese vier Gebote auch für die moralische Beurteilung der Organtransplantation einschlägig sind, wird bereits bei der Organspende vom Lebenden³ deutlich.

Entscheidungen und Beurteilungen im medizinischen Bereich sollten sich an den ethischen Prinzipien orientieren, die auch in anderen Lebensbereichen der Gesellschaft gelten. Der Grundsatz des Universalismus in der Moraltheorie kommt dort zum Tragen, wo vertretbare Formen der Rechtfertigung von Moralprinzipien, moralischen Urteilen und Maximen im einzelnen festzulegen sind. Diese ethischen Prinzipien sollten auch in einer pluralistischen Gesellschaft auf eine breite Anerkennung und hohe Erwartungserfüllung treffen.

¹ Beauchamp, T. L., Childress, J. F., 1989.

² Birnbacher, D., 1993, S. 10.

³ Die Probleme der Organspende vom Lebenden werde ich in Abs. 6.4. ausführlich untersuchen.

Ferner muß eine moralisch relevante Handlung rational begründbar sein, wenn sie akzeptabel sein soll. Eine Handlung kann als moralisch akzeptabel bewertet werden, wenn der durch sie angestrebte Wert nicht nur auf kurze Sicht, sondern auf Dauer Bestand hat und dabei nicht nur in Bezug auf die eigene Person als wünschenswert, sondern allgemein als akzeptabel angesehen wird.

In diesem Kapitel sollen Grundsätze erörtert werden, nach denen sich entscheiden läßt, was zu tun oder nicht zu tun ist, wenn Interessen oder Rechte von Organtransplantationen Betroffener zu klären und zu berücksichtigen sind.

2.1. Ethik der Anteilnahme

Auf der höchsten, reifsten Stufe der moralischen Argumentation werden die Aspekte der Gerechtigkeit und der Anteilnahme in ein Moralprinzip zusammengeführt. Das ethisch entscheidende und legitimierende Motiv ärztlichen Handelns ist die berufliche Pflicht und das Mitleid gegenüber kranken Menschen als Ausdruck der Liebe.

Schopenhauer versteht unter Mitleid die ganz unmittelbare Teilnahme zunächst am Leiden eines anderen und danach an der Verhinderung oder Aufhebung dieses Leidens. Moralisches Handeln ist für Schopenhauer dasjenige Handeln, das nicht egoistisch, sondern altruistisch ist. Für Schopenhauer sind wir - metaphysisch betrachtet - mit den anderen lebenden Wesen identisch, und daher können und sollen wir auch für sie Mitleid fühlen. Wesentlich ist dabei, daß diese Teilnahme nicht ein bloßes Gefühl bleibt, sondern das Motiv des Tuns und Lassens wird.⁴

In diesem Sinne steht Schopenhauers Mitleidsethik dem Utilitarismus nahe, der die Minimierung des Leidens fordert und dabei rational kalkulierend Leiden gegen Leiden aufwiegt.

Für Schopenhauer geht es im moralischen Handeln darum, anderen kein Leiden zuzufügen und denjenigen, die leiden, zu helfen. Dabei haben wir mehr Verpflichtungen gegenüber Nahestehenden als gegenüber Fremden, denn zwischen Nahestehenden gibt es engere Beziehungen und damit verbundene Erwartungen und Verpflichtungen.

Das Individuum kann sich nicht mit dem Leiden aller befassen. Leiden ist nicht immer durch Individuen verursacht, sondern auch durch ökonomische und soziale Systeme, die man nur durch gemeinsames Handeln ändern kann, und wahrscheinlich durch außermenschliche Kräfte und Prozesse, wie Krankheiten, Naturkatastrophen etc.

Während Mitleid wesentlich auf Individuen bezogen ist, stellt der Utilitarismus jedoch das Gesamtwohl aller Betroffenen in den Mittelpunkt. Für ihn besteht der Sinn der Moral in Leidensverminderung und in Glücksmaximierung.

Nach utilitaristischer Ethik besteht das Moralprinzip in der unparteilichen und größtmöglichen Förderung des Wohlergehens aller Beteiligten. Unparteilichkeit ist das Kernstück wichtiger Richtungen des utilitaristischen Denkens und verlangt, daß der moralische Gesichtspunkt Unpersönlichkeit, Gerechtigkeit, Rationalität und die Universalität von Prinzipien zum Ausdruck bringt.

Das Verhältnis zwischen einer Moral der Anteilnahme und einer Moral der Unparteilichkeit kann zunächst so beschrieben werden:

a) Auch wenn, so könnte man argumentieren, Anteilnahme oder Fürsorge in vielen Belangen des menschlichen Lebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen unbestreitbar eine sehr

⁴ Schopenhauer, A., Preisschrift über die Grundlage der Moral, _ 16, S. 248.

wichtige Rolle spielt, so kann es auch schon ein persönliches Anliegen sein, jemandem zu helfen, ohne daß moralische Motive mit ins Spiel kommen müssen.

b) Anteilnahme, so könnte weiterhin angenommen werden, sei nicht universalisierbar, weil sie von einem einzelnen nicht allen anderen Menschen in der gleichen Weise entgegengebracht werden kann. In diesem Sinn unterscheidet sie sich klar von der Unparteilichkeit. Eine Ethik der Anteilnahme kann auf die Ebene einer konventionellen Gruppenethik zurückfallen, für die das Wohlergehen der Bezugsgruppe die Essenz der Moralität ausmacht.

Die Anteilnahme ist ihrem Wesen nach moralisch, ihre Rechtfertigung hängt letztlich davon ab, ob ihre Gültigkeit aus einer unparteilichen Perspektive bestätigt werden kann.

Die Anteilnahme an Leiden und Interessen kranker Patienten, deren Lebensrettung von Spendeorganen abhängig ist, könnte vom unparteilichen Utilitarismus eine Stütze bekommen.

2.2. Utilitarismus

Zum Utilitarismus gehört zunächst die Forderung, das Ausmaß des Wohlbefindens in der Welt zu maximieren. Daraus folgt, daß jedenfalls das "Glück" des Handelnden nicht schwerer wiegt als das irgendeines anderen Menschen (oder Lebewesens). Man kann dann zusätzliche Regeln einführen, die nicht das Aggregat, sondern die Durchschnittsverteilung zum zu maximierenden Gut machen, und auch der Bevorzugung, die der Handelnde für sich und seine Freunde für richtig hält, im Sinne einer "Praxisnorm" Rechnung tragen.⁵

Moralische Gebote und Beurteilungskriterien der utilitaristischen Ethik berücksichtigen nicht nur die jeweils eigenen persönlichen Interessen, sondern auch in einem angemessenen Verhältnis die Interessen der anderen bzw. Mitbetroffenen.

Die utilitaristische Ethik geht von dem Prinzip der Unparteilichkeit und der Allgemeingültigkeit aus. Sie erlaubt dem ethisch Entscheidenden oder Urteilenden keine Privilegierung seiner selbst oder seiner Gruppe und nimmt niemanden von der Verpflichtung zur Fürsorge für alle aus.⁶

Unparteilichkeit in der Moraltheorie impliziert erstens grundsätzlich die Überzeugung, daß alle menschlichen Wesen als gleichberechtigt anzusehen sind; zweitens impliziert sie, daß die Würde der anderen als moralischen Individuen durch den Respekt bestätigt werde, den wir in unseren konkreten moralischen Überlegungen für ihre Bedürfnisse, Interessen und Standpunkte an den Tag legen. Moralische Achtung nimmt Gestalt an, indem wir in unseren moralischen Überlegungen den Standpunkt der anderen - des verallgemeinerten Anderen wie des konkreten anderen - berücksichtigen. Drittens impliziert Unparteilichkeit die Bereitschaft, intersubjektive Normen und Handlungsregeln als gültig anzuerkennen.

Nach dem Grundsatz einer utilitaristischen Theorie ist eine Handlung moralisch richtig, wenn sie dazu beiträgt, den von ihren Wirkungen Betroffenen ein relativ maximales Wohlergehen zu sichern, d.h. daß es ihnen besser geht als es durch andere Handlungen möglich wäre. Eine utilitaristische Theorie, die den moralischen Wert von Handlungsweisen an ihren günstigen und ungünstigen Folgen für das Wohlergehen aller betroffenen Personen mißt, kann für die Rechtfertigung der Transplantation eine Grundlage liefern.

Der Utilitarismus sieht im menschlichen (oder universellen) Wohlergehen das Ziel allen menschlichen Verhaltens: Und der Wert moralischer Handlungen liegt in ihrem Nutzen zur Erreichung dieses Ziels.

⁵ Ich verdanke diese Formulierung einer Anregung von Herrn Prof. G. Patzig.

⁶ Höffe, O., 1975, S. 29.

Das Konsequenzen- und das Utilitäts-Prinzip, das hedonistische und das universalistische Prinzip lassen sich in das folgende utilitaristische Prinzip zusammenfassen: "Diejenige Handlung bzw. Handlungsregel ist moralisch richtig, deren Folgen für das Wohlergehen aller Betroffenen optimal sind" oder als Maxime formuliert: "Handle so, daß die Folgen deiner Handlung bzw. Handlungsregel für das Wohlergehen aller Betroffenen optimal sind".⁷

In seiner "Untersuchung über die Prinzipien der Moral" gelangt Hume zu dem Ergebnis, daß für die sittliche Beurteilung menschlicher Eigenschaften und Handlungen in erster Linie die Feststellung maßgebend sei, ob sie für ihren Träger oder die Gesellschaft nützlich sind, oder ob sie ihr schaden. Als nützlich gilt, was zum Glück der Gesellschaft beiträgt.⁸

Der Utilitarismus, von den klassischen Utilitaristen J. Bentham und J. S. Mill als eine normative Theorie verstanden, setzt das Prinzip der Nützlichkeit als ein moralisches Kriterium voraus, verlangt, daß die Summe des individuellen Wohlergehens maximiert wird, und fordert damit von einzelnen Handelnden, die Befolgung ihrer eigenen Interessen zugunsten wichtiger Interessen der gesamten Gesellschaft bzw. anderer Individuen einzuschränken. Der Utilitarismus als eine normative Ethik konzentriert sich auf den sozialen Aspekt; er ist eine normative Ethik im Sinne einer Sozialpragmatik.

i) Handlungsutilitarismus und Regelutilitarismus

Die utilitaristische Ethik erklärt das größtmögliche Glück⁹ der Betroffenen zum Kriterium moralisch richtigen Handelns und beurteilt die Richtigkeit nach den tatsächlichen oder zu erwartenden Folgen. Durch das Kriterium "Glück aller Betroffenen" spricht sich der Utilitarismus für eine Gesellschaftsordnung aus, in der jeder Beachtung findet.

Der Handlungsutilitarismus beurteilt die moralische Richtigkeit einer Handlung nach ihren Konsequenzen bzw. nach der Frage, ob durch die Handlung das Wohlbefinden aller von den Handlungswirkungen betroffenen Menschen vergrößert bzw. verringert wird.

Für den Handlungsutilitarismus - zu dem sich Bentham und J. J. Smart¹⁰ bekannten - bleiben die individuellen Gesamtfolgen für die moralische Richtigkeit und Falschheit einer Handlung weiterhin bestimmend.

Da eine detaillierte Folgenabschätzung nicht in jedem Falle möglich ist, bedarf das Nützlichkeitsprinzip der Ergänzung durch Verhaltensregeln.

¹⁰ Höffe, O., 1975, S. 10.

⁸ Hume, D., An enquiry concerning the principles of morals, Section V, art 2, zweiter Absatz.

⁹ Glück bedeutet hier "das, was das menschliche Leben lebenswert macht, die Qualität eines zufriedenen und erfüllten, eines sinnvollen Lebens". Höffe, O., 1985, S. 186.

¹⁰ Smarts Version des Utilitarismus stützt sich im wesentlichen auf dessen klassische Vertreter (J. Bentham, J. S. Mill, H. Sidwick). Eine gemeinsame ethische Position von diesen Philosophen kann so formuliert werden: Nur diejenige Handlung ist richtig, die aufgrund ihrer Konsequenzen nützlich ist für das größtmögliche Glück aller von dem Handeln betroffenen Personen, den Handelnden eingeschlossen. Smart charakterisiert den Unterschied zwischen Handlungs- und Regelutilitarismus so: "Der Handlungsutilitarismus besteht in der Auffassung, daß die Richtigkeit oder Falschheit einer Handlung anhand der guten oder schlechten Konsequenzen dieser Handlung bestimmt werden muß. Der Regelutilitarismus besteht in der Auffassung, daß die Richtigkeit oder Falschheit einer Handlung anhand der guten oder schlechten Konsequenzen einer Regel bestimmt werden muß, derzufolge jeder die Handlung in ähnlichen Umständen ausführen soll." (Smart, 1986, S. 9.)

Für Smart ist es schlicht irrational, eine Regel, deren Befolgung vielleicht in den meisten Fällen gute Konsequenzen hat, auch dann zu befolgen, wenn ihre Befolgung keine guten Konsequenzen hätte.

In einer konkreten Situation kann es für den Einzelnen schwierig sein, alle Folgen seiner möglichen verschiedenen Handlungsweisen zu prüfen. Daher gibt die Gesellschaft dem Einzelnen die Regeln vor, deren Einhaltung als Basis vertrauensvollen Zusammenwirkens geboten erscheint.

Der Regelutilitarist verlangt, daß wir bestimmte Regeln, deren Befolgung sich bisher als überwiegend nützlich erwiesen hat, in einer Entscheidungssituation auch dann noch als verbindlich anerkennen, wenn die Befolgung der Regel zufällig nicht zu den bestmöglichen Konsequenzen führen würde.

Der Handlungsutilitarismus ist dadurch gekennzeichnet, daß er in jedem Fall die Folgen einer Handlung für alle Betroffenen, nicht nur des Handelnden, abwägt, und die Regeln nur als eine Grobordnung auffaßt. Der Regelutilitarismus vertritt demgegenüber die These, man solle immer der Regel folgen, deren generelle Anwendung die meisten Vorteile für die Gesellschaft verspricht. Freilich können auch Regelutilitaristen zugeben, daß es Extremfälle geben kann, in denen die Betrachtung der Einzelhandlung und ihrer Folgen zu einem besseren Ergebnis führt. Im Utilitarismus gibt es die Verpflichtung, die Konsequenzen jeder einzelnen Handlung zu prüfen. Es geht auch nicht allein um die Berücksichtigung möglicher Nachteile für den Handelnden in einer bestimmten Situation, sondern um Vor- und Nachteile für alle Betroffenen. Wichtig ist auch die vermutliche Auswirkung des Regelverstößes auf die moralische Praxis.

Im Rahmen des Regelutilitarismus werden nicht mehr einzelne Handlungen, sondern generelle Ausführung bestimmter moralischer Verhaltensregeln auf ihre günstigen bzw. ungünstigen Wirkungen auf das Wohlbefinden der Mitglieder einer Gesellschaft überprüft. Nach dem Regelutilitarismus schafft eine allgemeine Einhaltung bestimmter Verhaltensregeln der Gesellschaft eine Basis, auf der soziale Kooperation möglich ist.¹¹

ii) Utilitarismus als ein Typ des Konsequentialismus

Der Utilitarismus macht die moralische Richtigkeit oder Pflichtgemäßheit einer Handlung von der Qualität ihrer beabsichtigten, absehbaren oder tatsächlichen Folgen abhängig. Insofern ist er das Standardbeispiel für eine konsequent teleologische Ethik, eine Ethik, für die sich die Richtigkeit einer Handlung nach ihrem Zweck bzw. ihrem Erfolg bemißt.

Hier muß der Unterschied zwischen den tatsächlichen Wirkungen und den beabsichtigten Wirkungen betont werden, wobei eine Verpflichtung besteht, die voraussichtlichen tatsächlichen Wirkungen so gut wie möglich zu ermitteln.

C. D. Broad hat in "Some of the main problems of ethics"¹² die Unterscheidung in Hinblick auf subjektiv richtige¹³, objektiv richtige, formal richtige und material richtige Handlungen¹⁴ eingeführt.

¹¹ Patzig, G., 1983, S. 146.

¹² C. D. Broad, Some of the main problems of ethics, in: Readings in philosophical analysis, edited by H. Feigl and W. Sellars, S. 547-563, New York 1949.

¹³ Eine Handlung ist subjektiv richtig, "if and only if the effects which the agent expected it to have on the patient are those which he believed that the patient is entitled to have produced in him." ebd. S. 557.

¹⁴ "I propose to call any act which in fact fulfils the claims of the patient upon the agent materially right, regardless of whether the agent intended it to have this consequence or not. I propose to call any act which was intended by the agent to bring about the fulfilment of the patient's claims formally right, regardless of whether it does in fact have that result or not. A perfectly right act in a given situation would be one that was both formally and materially right. It would be an act which was intended by the agent to give to the patient his rights and which did in fact do so. Owing to incomplete or incorrect information on the part of the agent, or to defects in his powers of inference, it may

Jede Handlung, die "richtig" oder "falsch" genannt werden kann, kann von zwei Standpunkten, dem des Handelnden und dem des vom Handeln Betroffenen, aus gesehen werden.

1) Eine Person könnte sicher sein, vollständig richtig zu handeln, nur wenn ihre relevanten tatsächlichen und relevanten ethischen Überzeugungen vollständig und korrekt waren, und wenn sie in ihren Schlußfolgerungen keinen Fehler gemacht hat. Daher ist es klar, daß so zu handeln zum großen Teil eine Glückssache ist, wenn eine Person vollständig richtig handelt.

2) Eine Person könnte sicher sein, formal richtig zu handeln, selbst wenn ihre tatsächlichen Informationen unvollständig und ungenau waren und sie in ihren Schlußfolgerungen Fehler gemacht hat. Daher ist es in diesem Fall eine Glückssache, wenn die Person eine formal richtige Handlung durchführt.

3) Eine Person könnte sicher sein, subjektiv richtig zu handeln, egal wie unzureichend und ungenau ihre tatsächlichen und ethischen Überzeugungen waren oder wie fehlerhaft ihre Schlußfolgerungen auch seien mögen. Eine Person, die über die Tatsachen unwissend, dumm und falsch informiert ist, die unfähig ist, vernünftige Schlußfolgerungen zu ziehen, und die in ihrer Meinung darüber, was material richtig und falsch ist, gefühllos oder verrückt ist, könnte subjektiv richtige Handlungen ausführen.¹⁵

"When we know what was a person's intention in doing an action and what consequences in fact followed from it, we are in a position to judge whether it was subjectively right, or formally right, or perfectly right, without needing to know anything about his motives in doing the action. But it is quite obvious that a man's motives in doing an action have a very important bearing on some kind of moral judgement which we make either on the agent or on the action. This fact is indicated in ordinary speech by such phrases as, 'He did the right thing from the wrong motive'."¹⁶

Ein Konsequentialist bedenkt nur die Folgen seines Handelns. Falls er nicht bestimmt wissen kann, welche Folgen eine Handlung hat, wird er wahrscheinliche und mögliche Folgen berücksichtigen. Er wählt diejenige Handlung, die seinen eigenen Zustand oder den von dieser Handlung Betroffenen verbessert und von der er die besten Folgen erwartet. Diese lassen sich jedoch nicht immer sicher voraussehen, denn es gibt viele Handlungen, deren Auswirkungen undurchschaubar sind und erst viel später wahrgenommen werden können.

Bei der Entscheidung des Handelnden spielen die subjektiven Werte anderer Personen auch eine bestimmte Rolle. Moore behauptet, daß es unsere Pflicht ist, diejenige Handlung auszuführen, die von allen anwendbaren Alternativen die besten Gesamtkonsequenzen liefert.¹⁷

Dagegen argumentiert Prior, daß es praktisch unmöglich sei, die Inhalte solch einer Pflicht zu bestimmen.¹⁸ Es wird bezweifelt, ob nur die Konsequenzen entscheidend für die Beurteilung einer Handlung sind. Für die moralische Qualität einer Handlung spielen nicht nur ihre

happen that an act which is formally right is materially wrong, or that one which is formally indifferent or wrong is materially right." C. D. Broad, S. 556 f.

¹⁵ ebd. S. 557 f.

¹⁶ ebd. S. 558 f.

¹⁷ Moore, G. E., Grundprobleme der Ethik, S. 35.

¹⁸ Prior zieht es vor, die Handelnden für einen viel breiteren Bereich der Folgen verantwortlich zu machen, aber nicht für tatsächliche Konsequenzen. Das, wofür ich verantwortlich bin, sind nicht die Folgen meiner Entscheidung, sondern die Sorgfalt, mit welcher ich die Entscheidung getroffen habe. Wenn Prior recht hat, erweitert sich eine Doktrin wirklicher Konsequenzen so extrem, daß wir schließlich für die Entscheidungen anderer verantwortlich sind. Siehe dazu Prior, A. N., Raphael, D. D., 1956, S. 91.

tatsächlichen Folgen eine Rolle, sondern auch die vom Handelnden beabsichtigten Folgen, ferner die zu deren Erreichung gewählten Mittel und die Absicht des Handelnden.

Trotz der Kritiken am Konsequentialismus¹⁹ und Utilitarismus²⁰ scheint mir der Konsequentialismus mit der Freiheit und Spontaneität einer Person in den Fällen nicht unvereinbar, in denen ein teleologisch Handelnder persönlich und freiwillig die Entscheidung trifft, dem Prinzip der Nutzenmaximierung zu folgen und nicht dazu gezwungen wird.

Vom konsequentialistischen Gesichtspunkt aus ist das Verfahren von Organtransplantationen sittlich gut, solange es sich um eine freiwillige Aktion handelt und daraus folgende Konsequenzen tatsächlich als gut für alle Beteiligten erwiesen werden. Dabei wird der Standpunkt eines unbeteiligten und interesselosen Zuschauers, der sich weder direkt noch indirekt betroffen fühlen könnte, nicht eingenommen. Diejenige Handlung ist richtig, die tatsächlich die besten Konsequenzen hat und diejenige Handlung (bzw. Entscheidung) ist rational, die aufgrund des verfügbaren Faktenwissens des Handelnden wahrscheinlich die besten Konsequenzen für alle Betroffenen hat. Smart erklärt: "Es ist rational zu versuchen, richtige Handlungen auszuführen, zu versuchen, die besten Ergebnisse herbeizuführen." Und: "Es ist rational, das zu tun, was man vernünftigerweise für richtig hält; und was richtig sein wird, ist das, was den wahrscheinlichen Nutzen maximieren wird."²¹

iii) Präferenz-Utilitarismus

Der Utilitarismus enthält eine Werttheorie, d. h. eine Theorie darüber, worin letztlich das Ziel einer Handlung besteht. Beurteilt der klassische Utilitarismus eine Handlung nach ihrer Tendenz zur Maximierung von Lust und Minimierung von Leid, so vertritt P. Singer einen Präferenz-Utilitarismus: er bewertet Handlungen "nach dem Grad, in dem sie mit den Präferenzen der von den Handlungen oder ihren Konsequenzen betroffenen Wesen übereinstimmt".²² Es bleibt dem Einzelnen überlassen, worin er seine Präferenzen, Wünsche, Interessessen sieht.

Der Präferenz-Utilitarismus unterscheidet sich vom klassischen hedonistischen Utilitarismus dadurch, daß er nicht einfach die Maximierung von Freude und die Vermeidung von Leid ins Auge faßt, sondern die maximale und unparteiische Befriedigung von Präferenzen.

Der Präferenz-Utilitarismus legt das Schwergewicht auf die Wünsche und Vorstellungen einer bestimmten bzw. betroffenen Person (oder Gruppe). Solche subjektiven Präferenzen aus rationalen oder gefühlsbetonten Wurzeln sind je nach auftretenden Umständen oder Erfordernissen verschieden.

Subjektive Präferenzen können in einer zu Entscheidungen drängenden Sachlage auch mit persönlichen Bindungen zwischen beteiligten Personen zusammenhängen: Angenommen, eine mir nahestehende Person hätte ohne Organtransplantation keine Chance zum Überleben, würde ich jede Art erfolversprechender Maßnahmen zur Organbeschaffung begrüßen.

¹⁹ Nach Nida-Rümelin ist eine konsequentialistische Ethik "weder mit einer hinreichenden Wahrung persönlicher Integrität noch mit angemessener Sicherung individueller Rechte" oder "mit der Freiheit der Person" vereinbar, weil der rationale Konsequentialist immer das tue, was angesichts der jeweils gegebenen Wertfunktion optimal sei. Nida-Rümelin, J., 1993, S. 95 und S. 170.

²⁰ Nach Birnbacher fordert der Utilitarismus, daß sein Basisprinzip sozialer Nutzenmaximierung direkt auf Handlungen angewandt werde und dabei nur wenig Raum für Spontaneität lasse. Birnbacher, D., 1993, S. 18.

²¹ Smart, J. J. C., 1986, S. 47.

²² Singer, P., 1984, S. 112.

Präferenzen von Personen können sehr unterschiedlich motiviert sein. Über klare persönliche Präferenzen zu verfügen, ist wohl einer Person vorbehalten. Sie kann etwas, das sie subjektiv in einem höheren Maße für wünschenswert hält, etwas anderem vorziehen. Einander entgegengesetzte Präferenzen handelnder Personen können im Zusammenhang mit nötigen und angestrebten Entscheidungen zu Auseinandersetzungen, Spannungen und Kräfteressen führen, das so lange anhalten kann, bis ein Ergebnis erreicht ist.

Jedes Individuum hat persönliche Präferenzen. Die persönlichen Präferenzen beruhen hauptsächlich auf den eigenen persönlichen Interessen und denen des nächsten Bekanntenkreises.²³ Meistens gilt eine Präferenz eher uns bekannten als unbekanntem Personen. So fühlt man in einer Notlage für seine Nächsten mehr Verantwortung als für Fremde. Jedoch bergen persönliche Präferenzen und Nutzenabschätzung naturnotwendig Konflikte bei der Berührung mit denen anderer in sich und erfordern eine gemeinsame Nutzenabschätzung. Dabei fällt die Überlegung ins Gewicht, welche Handlungsweise möglichst viele Präferenzen von einzelnen Menschen nach ihrer Dringlichkeit und Wichtigkeit erfüllen kann.

Da wir nicht uneingeschränkt rational und umfassend informiert und selten bereit sind, uns für die Gesellschaft aufzuopfern, und da wir kaum fähig sind, unsere persönlichen Bindungen völlig unparteiischen Betrachtungsweisen unterzuordnen, brauchen wir Prinzipien, die die maximale und unparteiische Befriedigung von Präferenzen ermöglichen.

Der Utilitarismus verlangt von Einzelnen, in einer gegebenen Situation die Handlung zu wählen, durch die man maximalnützliche Folgen²⁴ für alle Betroffenen erwarten kann. Zum Vorteil der Allgemeinheit wird möglicherweise dem Einzelnen ein Opfer zugemutet. Nach dem Präferenz-Utilitarismus ist aber "eine Handlung, die der Präferenz irgendeines Wesens entgegensteht, ohne daß diese Präferenz durch entgegengesetzte Präferenzen ausgeglichen wird, falsch."²⁵

Nach utilitaristischer Auffassung wären Organtransplantationen wünschenswert, wenn sie zum Wohl aller Beteiligten beitragen und dabei für Unbeteiligte keine negative Auswirkung haben. Im Einklang mit dem Utilitarismus können z. B. mehrere bedrohlich kranke Patienten gerettet werden, wenn wir einen Hirntoten, schwerstgeschädigte Neugeborene ohne Überlebenschance oder Feten als Organbank benutzen. Es ist oft gegen den Utilitarismus eingewandt worden, daß es sich im Rahmen utilitaristischer Theorien nicht zeigen ließe, warum wir nicht z. B. einen gesunden Menschen zur Organgewinnung töten dürfen, - wie in dem fiktiven Transplantationsfall von Harman²⁶ - um mehrere andere zu retten. Der klassische Utilitarist verbietet in diesem Fall die Tötung wegen der bei vielen, die sich unsicher fühlen müßten, indirekt ausgelösten Angst oder Unsicherheit.²⁷ Wesentlich sind die Auswirkungen der Tötung auf die allgemeine Sicherheit, die Angst und Verunsicherung der Mitglieder der Gesellschaft, in der der Einzelne nicht sicher ist vor Angriffen auf Leib und Leben zugunsten der Interessen einer Mehrheit, und die Leiden des Opfers und seiner Angehörigen.

²³ Harsanyi, J. C., 1976, S. IX.

²⁴ Die Idee der Nutzenmaximierung setzt voraus, daß alle in Frage stehenden verschiedenen Wertgegenstände durch einen gemeinsamen, gleichförmigen Maßstab bewertet werden können. Meßbarkeit und Vergleichbarkeit sind für die Wertmaximierung grundlegend. Siehe Schöne-Seifert, B., 1991, XLVIII.

²⁵ Singer, P., 1984, S. 112.

²⁶ Fünf Patienten können überleben, wenn jeder ein Organ transplantiert bekommt. Würde man A, der sich zu einer Routineuntersuchung in derselben Klinik aufhält, töten, ohne daß dieser sich ängstigen oder anderweitig leiden müßte, würden fünf überleben und nur einer sterben. Ansonsten würden fünf sterben und einer überleben. Siehe Harman, G., 1981, S. 13 f.

²⁷ Vgl. Birnbacher, 1990, D., S. 206.

Das Tötungsverbot muß also streng gelten. Einen wirksamen Schutz vor Angst und Verunsicherung bietet nur ein Tötungsverbot, das möglichst wenige Ausnahmen zuläßt.²⁸

Jede Verletzung einer Regel, die legitimiert wird, tendiert dazu, die Regel zu schwächen. Daher ist es nützlich, die Menschen so zu erziehen, daß sie allgemeinen Regeln folgen werden und nur dort Ausnahmen machen, wo vollkommen klar ist, daß die Nützlichkeit durch eine andere Handlungsweise besser gefördert würde.

Ein Arzt sollte nicht einem seiner Patienten die Organe entnehmen, um fünf andere Patienten zu retten. Denn eine Unterscheidung zwischen der Zufügung von Schaden und der Unterlassung von Hilfe hat für den Utilitarismus in vielen Fällen gute Gründe. Anderen zu helfen ist vom utilitaristischen Standpunkt gut, aber was Hilfe darstellt, ist oft weniger klar, als was Leid oder Schaden darstellt.

Als nützliche Faustregel gilt daher, daß oft ein stärkerer utilitaristischer Grund besteht, anderen keinen Schaden zuzufügen, als dafür, ihnen zu helfen.

2.3. Wertvergleich und Wertvorzug

Ein Individuum kann aus sehr verschiedenen Gründen gesellschaftliche Regeln befolgen. Rationale Erwägungen können um eines sich daraus ergebenden möglichen Vorteils willen Opfer erfordern; andere Individuen treibt vielleicht das Interesse am Wohlergehen der Mitmenschen zu Taten.

Von "Werten" kann man, wie Patzig ausführt, sinnvoll nur auf der Basis von Interessen, Wünschen und Bedürfnissen von Menschen oder Lebewesen sprechen. Daher müssen auch moralische Werte in den Bedürfnissen, Wünschen und Interessen von Individuen oder Gruppen von Individuen fundiert sein.²⁹ "Menschen haben ohne Zweifel Bedürfnisse, Wünsche und Interessen; und insofern sie diese haben, gibt es dann auch Werte, die wir nach ihrer Bedeutsamkeit, ihrem Rang und ihrer Dringlichkeit (je nach den uns bekannten Präferenzen der Individuen) ordnen können."³⁰

Werte sollten als das verstanden werden, was jemandem für sein eigenes Leben und sein Zusammenleben mit anderen Menschen wertvoll ist.³¹ Zwischen den einzelnen Wertvorstellungen besteht eine Art Hierarchie, und gegebenenfalls müssen verschiedene Werte gegeneinander abgewogen und abgegrenzt werden. Die Rede von einer Werthierarchie setzt eine zur Wertung befähigtes Subjekt voraus. Der Mensch ist Subjekt und Maßstab von Wertungen.

Die Gemeinschaft bzw. Gesellschaft beeinflusst die Wertvorstellungen der Individuen. Eine in Isolierung lebende Person entwickelt möglicherweise ein völlig anderes Wertsystem als jemand, der in ein Netz sozialer Beziehungen integriert ist. Werte werden jedoch nicht von außen auferlegt.³² Die einzelnen Personen haben die Möglichkeit, nach ihrem Vorzug einen Wert unter verschiedenen Werten zu wählen.

Das Prinzip des Wertvergleichs versucht, die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten in einer konkreten Situation gegeneinander abzuwägen. "Werte bestimmen unsere Entscheidungen bei der Zielsetzung, bei der Auswahl der Mittel und bei der Beurteilung der Risiken und Nebeneffekte. Es ist unser Wertsystem, das die Art und Weise bestimmt, wie wir planen, wie wir agieren und

²⁸ Vgl. Mill, J. S., *Essays on ethics, religion and society*, S. 181 f.

²⁹ Patzig, G., 1986, S. 15 f.

³⁰ Patzig, G., 1988, S. 58.

³¹ Illhardt, F. J. 1992.

³² Brennan, G., Buchanan, J. M., 1993, S. 28.

wie wir auf unerwartete Nebenwirkungen reagieren."³³ Werte sind bestimmende Faktoren menschlichen Handelns.

Menschen haben Bedürfnisse und Motive und treffen überlegte Entscheidungen. Die Wahl eines Menschen beruht auf seinen Präferenzen. Aber man mag in jedem Moment und je nach der Situation, in der er sich befindet, andere Präferenzen haben.

Was heute als gut gilt, könnte morgen als böse gelten, bezogen auf die jeweilige Situation oder auf das jeweilige Wertsystem der Gesellschaft. Handlungen, die in einer bestimmten Gesellschaft als gut und richtig gelten, könnten in einer anderen wegen ungünstiger Auswirkungen auf diese als falsch und schlecht beurteilt werden. Bestehende moralische Wertvorstellungen des einzelnen Menschen scheinen also in gewissem Sinne abhängig von Interessen der Gesellschaft, in der er lebt.

Die Kriterien, nach denen sich die sittliche Qualität einer Organtransplantation bemißt, ergeben sich einerseits aus dem Wertsystem der Gesellschaft, andererseits formal betrachtet aus den betreffenden Umständen.

Wie könnte man diese verschiedenen Beurteilungen der Organtransplantationen, die relativistisch zu sein erscheinen, überwinden? Der moralische Relativismus mag so vertraut und verlockend wirken, er bleibt jedoch anfechtbar.

Moralische Regeln und Urteile müssen objektiv begründbar sein, wenn sie allgemein verbindlich sein sollten.

Die Unterschiede moralischer Normen und Werte in verschiedenen Gesellschaften und zu verschiedenen Zeiten in einer Gesellschaft können auf die Verschiedenheit von Situationen, von Vorstellungen und auf Informationsgefälle zurückgehen, ohne daß deshalb Differenzen im Hinblick auf die zugrunde liegenden moralischen Prinzipien vorausgesetzt werden müßten.³⁴

Dem Relativismus gelingt es nicht, die Objektivität zu untergraben. Moralische Regeln und Werte einer Gesellschaft, die auf der Basis von irrationalen und falschen Vorstellungen entstanden sind, sollten aufgeklärt werden und durch rationale Werte ersetzt werden, die rational begründbar und allgemein verbindlich sind.

"Wir können verstehen, warum einige Überzeugungen, die uns irrational vorkommen, von anderen Menschen für rational gehalten werden, doch das gelingt erst, nachdem wir dem Relativismus Grenzen gesetzt haben"³⁵

Bei der Überlegung, ob einem Hirntoten ein Organ entnommen werden darf, spitzt sich die ärztliche Entscheidung auf eine Wahl zwischen der Wahrung der Totenruhe des Hirntoten und der Rettung Schwerverkrankter zu. Ein Patient ist durch schwere Schädigung eines seiner Organe nicht mehr leistungsfähig und muß mit seinem baldigen Tod rechnen. Ein anderer ist hirntot, und man kann ihn nicht wieder lebendig machen.

Es mag in diesem Fall so sein, daß die Interessen eines Betroffenen Vorrang gegenüber denen anderer haben, weil sie inhaltlich wichtiger sind. In den meisten Fällen versteht es sich von selbst, was zu tun ist, aber es gibt Konfliktfälle und Pflichtenkollisionen. Es gibt Fälle, wo zu entscheiden ist, was als eine dringlichere oder wichtigere Sache vorzuziehen ist. In dem betrachteten Fall ergibt sich die Rangordnung der Wichtigkeit und der Dringlichkeit für jeden Urteilsfähigen und gerecht Denkenden von selbst. Wir können nicht jeden einzelnen Wert isoliert berücksichtigen, sondern nur in der Reihenfolge der Wichtigkeit.

³³ Mohr, H., 1987, S. 7.

³⁴ Patzig, G., 1983, S. 87.

³⁵ Hollis, M., S. 319.

Die Schwierigkeit der Bewertung einer Handlung liegt einerseits in der Unmöglichkeit, ihre Erfolgsaussicht mit Sicherheit voraus zu sehen. Was insgesamt am Ende überwiegt, läßt sich nicht einfach beurteilen. Manche Handlungen haben unerwünschte Folgen und Nebenwirkungen. Andererseits müssen oft moralische Entscheidungen getroffen werden, ohne daß für eine umfassende Folgenabwägung die erforderliche Zeit, genügende Informationen und innere Gelassenheit des Handelnden vorausgesetzt werden können. In ungewissen Situationen ist es schwer möglich, die Folgen einer Handlung von vornherein abzuschätzen. Der Wertvorzug des Handelnden fällt in ihnen moralisch ins Gewicht.

2.4. Argumente von Gegnern der Organtransplantationen

Gegen die Transplantationsmedizin werden seitens konservativer Ethiker (z. B. Stapenhorst, Jörns, Low, Dahl) Einwände erhoben. Denn Organtransplantation ist eine Therapie für einen Patienten, die nur in Verbindung mit einem Eingriff an einem anderen, meist nach dessen Tode stattfinden kann.

Eine ablehnende Haltung gegenüber der Organtransplantation kann von verschiedenen Gesichtspunkten, nämlich medizinethischen, sozialetischen, kulturellen und religiösen aus vorgetragen werden. Die kritischen Positionen sollen im folgenden unter diesen Gesichtspunkten zusammengefasst und vorgestellt werden.

i) Medizinethische Gesichtspunkte

a) Die Gegner der Organtransplantationen erwecken in der Öffentlichkeit die Befürchtung, daß unter der Einwirkung der Transplantationspraxis bei den potentiellen Transplantatempfängern nicht immer alle Möglichkeiten der organerhaltenden Therapie ausgeschöpft werden.

Denn wenn man die Verfahren des Organ austausches immer weiter zu verbessern sucht, so könnten die organerhaltenden Maßnahmen an Beachtung und Bedeutung zugunsten der Organtransplantationen verlieren. Auch könnten durch diese Entwicklung Bemühungen um Krankheitsprävention geschwächt werden.

b) Es wird von den Kritikern der Transplantationsmedizin betont, daß viele Organempfänger sich für den Rest ihres Lebens einem strengen medizinischen Überwachungs- und Behandlungsregime unterwerfen müssen.³⁶

Denn die unerläßliche und ununterbrochene Immunsuppression bedarf einer ständigen Kontrolle. Wenn Kinder oder Säuglinge Organempfänger werden, könnte es vorkommen, daß die Eltern wegen der Überwachung und Fürsorge gegenüber einem solchen Kind kaum noch Zeit und Kraft für weitere eigene Kinder aufbringen.

c) Auch aufgrund der Ablehnung des Hirntodkriteriums werden Organentnahmen aus Hirntoten für unerlaubt erklärt.

Einige Philosophen und Medizinern behaupten, daß der Hirntod allein nicht mit dem endgültigen Tod des Menschen gleichgesetzt werden dürfe.³⁷ Ein hirntoter Mensch sei, wie sie meinen, nicht ein Toter, sondern ein Sterbender. Von diesem Zeitpunkt an dürfe man die Weiterbehandlung unterbrechen - nicht weil der Hirntote schon tot sei, sondern weil ihn die heutigen medizinischen Möglichkeiten nicht mehr retten könnten bzw. ihm nicht mehr zu helfen sei. Während ein totaler

³⁶ Man sollte aber zugeben, daß sie ohne Organtransplantation wahrscheinlich sterben müßten.

³⁷ So z. B. H. Jonas, D. Linke, J. Seifert.

Hirnfarkt das Einstellen künstlicher Hilfe und das Sterbenlassen des Patienten rechtfertigen kann, rechtfertige seine Feststellung keine Organentnahmen, die in hohem Maße eine moralische Sicherheit über den tatsächlichen Eintritt des Todes erfordern, wenn sie nicht möglicherweise die Tötung eines Menschen darstellen sollen.

H. Jonas kam zu der Konsequenz, daß nach dem Hirntod durch Abstellen der Beatmung der Herztod herbeigeführt werden müsse, ehe der Sterbeprozess vollendet und damit eine eventuelle Organentnahme akzeptabel sei. Ein Abstellen der Beatmung sei angesichts des irreversibel gewordenen Sterbeprozesses ethisch gerechtfertigt, eine Organentnahme jedoch erst nach dem Herztod vertretbar.³⁸

ii) Sozialethische Gesichtspunkte

a) Die hohe finanzielle Investition, die nur einer sehr kleinen Anzahl von Patienten zugute kommen kann, wird von Kritikern der Transplantationsmedizin abgelehnt.³⁹

Sie stellen im Zusammenhang mit Transplantationen die Frage, warum ein teurer Eingriff bei relativ wenigen vorgenommen wird, wenn mit geringeren Mitteln vielen anderen geholfen werden könnte.

b) Es herrscht in der Öffentlichkeit die Sorge um die Gefahr einer Instrumentalisierung des menschlichen Körpers.

Die Organe der Verstorbenen werden durch Transplantationen quasi zu Gegenständen, die sich derzeit künstlich noch nicht in ausreichender Menge und guter Qualität herstellen lassen. Wer Organe verwenden will, ist also zur Zeit in der Regel darauf angewiesen, sie einem Leichnam zu entnehmen. Es besteht dabei die Gefahr einer "Sozialisierung des Leibes",⁴⁰ d. h. ein Leichnam wird als ein soziales Gut angesehen.

iii) Kulturelle und religiöse Gesichtspunkte

a) Die Gegner der Organtransplantation heben hervor, daß kulturelle und religiöse Unterschiede mißachtet werden.

Die Menschen verstehen menschliches Leben und Tod auf ganz verschiedene Weise, und der Versuch, den Hirntod als einen endgültigen Tod zu bestimmen, müsse zwangsläufig bestimmte Auffassungen des Menschen fixieren und andere zurücksetzen. Und dies nehme gewöhnlich die Form an, daß die Auffassung einer dominierenden Gruppe auf Kosten von Auffassungen einer Minderheit festgeschrieben wird.

b) Es wird befürchtet, daß die Autonomie der Entscheidung des einzelnen mißachtet wird. Die Minderheiten einer Gesellschaft, in der die Organentnahme in der Regel nach dem Hirntod durchgeführt wird, könnten gegen ihren Willen Organspender nach dem Hirntod werden. Auch wenn eine Konzeption des Menschen zu Grunde gelegt wird, in der bestimmte Fähigkeiten des Menschen ausgezeichnet werden, die ihn zum Menschen machen, dann werden nur allzu leicht

³⁸ Jonas, H., 1987, S. 239.

Aber nur ein lebensfrisches Organ gibt dem Empfänger eine Überlebenschance, ein durch den Sauerstoffmangel der Agonie geschädigte Organ nicht.

³⁹ Stapenhorst, K., a. a. O., S. 334.

⁴⁰ Siehe Nagel, E., 1993b, S. 205.

die Interessen der schwachen Menschen, die solche Fähigkeiten nicht besitzen, bei Entscheidungen wenig berücksichtigt.

c) Es wird behauptet, daß Organentnahmen aus Hirntoten als eine Störung der Totenruhe und Verletzung der Pietät angesehen werden müssen.

Pietät ist eine Urform der Sittlichkeit. In alten Kulturen zeigt sich die Einstellung zum Leben auch in der Ehrfurcht vor den Toten. Dazu gehört, daß man die Unversehrtheit des Leichnams sichert und ihn nicht zur Sache macht.

2.5. Argumente von Befürwortern der Organtransplantationen

Eine Handlung kann objektiv und allgemeingültig beurteilt werden unabhängig von persönlichen Präferenzen und den Interessen des Individuums. Die Richtigkeit einer Handlung ist bestimmt durch die Besonderheit der jeweiligen Lage. Das jeweilige Tun ist eine Art der Selbstbestimmung.

Ein Handelnder ist verantwortlich für das, was er tut, falls er bewußt, freiwillig und kontrolliert handelt.⁴¹ "Richtig" wäre danach die situationsgemäße Handlung, die die besten Konsequenzen hat.

Trotz des wissenschaftlichen Konsenses darüber, daß Bewußtseinsfunktionen wie Empfindungen und Gefühle nach eingetretenem Ganzhirntod unmöglich sind, befürchten manche potentielle Spender, sie könnten von dem Eingriff der Explantation von Organen dennoch in irgendeiner Weise subjektiv betroffen sein. Die angemessene Art und Weise, diesen Befürchtungen Rechnung zu tragen, dürfte allerdings nicht darin bestehen, vom Hirntodkriterium abzurücken,⁴² sondern darin, ausreichende Möglichkeiten zum Schutz vor ungewollter Organentnahme im Falle des Hirntodes anzubieten, zum Beispiel in Form eines negativen oder positiven Spenderausweises oder einer Routinebefragung zur Organspendebereitschaft.

Der Hirntod wird als das Kriterium des Todes anerkannt, ohne sich dabei auf die Möglichkeit der Organentnahme zu beziehen. Das Hirntodkonzept muß von Organtransplantationen getrennt betrachtet werden. Der Tod wird zwar vor, aber nicht für Organtransplantationen festgestellt. Von einem Hirntoten werden keine Organe entnommen werden, wenn eine Einwilligung fehlt oder ein Widerspruch vorliegt.

Manche Hirntod- und Transplantationsgegner erwecken den Eindruck, es handele sich bei der Hirntodproblematik vor allem um einen Konflikt zwischen der Verletzung der Würde von Hirntoten und den Interessen der potentiellen Organempfänger, was nicht der Fall ist.

Zwischen einem potentiellen Organempfänger und einem potentiellen Organspender besteht keine konkrete und direkt-kausale Güterkollision, wohl aber ist eine solche möglich. Der Betroffene selbst kann entscheiden, ob mit Hilfe seines unwiderruflich vergehenden Lebens das Leben eines anderen gerettet werden soll. Falls jemand im Falle eines Hirntodes bereit ist, Organe zu spenden, darf man seine altruistische Entscheidung dankend annehmen. Das persönliche Entscheidungsrecht und das Pietätsgefühl der Angehörigen werden nicht verletzt, auch wenn sie Organspenden von Verstorbenen ablehnen.

⁴¹ Was unbewußt geschieht, kann für mich selber nicht völlig mein eigenes Handeln sein, und was bewußt, aber von mir unkontrolliert geschieht, ist Zwangshandeln.

⁴² D. Birnbacher, 1995, S. 356.

Aus der außergewöhnlichen Gemeinschaft zwischen Spender und Empfänger erwachsen Kräfte. Im Empfänger lebt die Einsicht in die Kostbarkeit seiner geschenkten weiteren Existenz und im Spender vielleicht das Bewußtsein, dem Satz, daß niemand nur für sich selbst geboren sei, einen weiteren tiefen Sinn gegeben zu haben. "Die Zustimmung wird am häufigsten begründet mit der Hilfe für notleidende andere und mit der menschenfreundlichen oder lebensbejahenden Haltung des Verstorbenen, teilweise mit dem Bemühen, seinem sinnlos empfundenen Geschick einen Sinn zu geben, manchmal mit der Vorstellung, der Verstorbene lebe im übertragenen Organen wenigstens teilweise fort."⁴³

Eine Reihe von Theologen hat die Organspende befürwortet, da sich die Organverpflanzung ethisch aufgrund des Gebots der Nächstenliebe rechtfertigen läßt. "In der christlichen Ethik wird kein Wert auf die Ganzheit des Leibes gelegt, sondern auf die Erlösung der Menschen. Die Echtheit der Erlösung durch den Glauben an Jesus Christus zeigt sich wesentlich in Liebe und Opferbereitschaft."⁴⁴ Die traditionelle christliche Moraltheologie begründet das damit, daß dem Menschen nur ein begrenztes Verfügungsrecht, nicht aber die volle Herrschaftsgewalt über seinen Körper zukomme.⁴⁵

Die Achtung der leib-seelischen Ganzheit und der Pietät sollte hinter die Möglichkeit der Lebensrettung eines schwererkrankten, vielleicht sogar im Sterben liegenden Mitmenschen zurückgestellt werden.⁴⁶ Das Recht auf Integrität des Leichnams besitzt keine absolute Gültigkeit. Es kann zurücktreten hinter der Solidarität mit einem schwerkranken oder gar vom Tod bedrohten Mitmenschen. Als eine Störung der Totenruhe angesehene Weiterbehandlung nach dem Hirntod wäre durch ethisch höherrangige Güter wie die Rettung eines anderen Menschen durch Organtransplantation gerechtfertigt.

Unter welchen Bedingungen werden dann die Transplantationen, die die Anteilnahme an kranken Menschen zum Ausdruck bringen, aus einer unparteilichen Perspektive des Utilitarismus bestätigt?

Um die Bedingungen der Möglichkeit eines erträglichen und harmonischen Zusammenlebens unter Menschen sicherzustellen, sollte man die Organtransplantation unter folgenden Voraussetzungen und Rücksichtnahmen durchführen:

i) Medizinethische Gesichtspunkte

a) Zweifelsfreie Feststellung des gesamten Gehirntodes und damit des Todes des ganzen Menschen als Person:

⁴³ Angstwurm, H., 1990, S. 83.

⁴⁴ Heinemann, W., 1977, S. 51.

Das steht zunächst im Gegensatz zur traditionellen christlichen Moraltheologie, die einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen als unerlaubt und in sich schlecht verworfen hat. Diese Position vertreten z. B. P. Ramsey und K.-H. Jörns.

⁴⁵ Zwar wird mit der Bereitschaft zur Organspende in einer bestimmten Weise über den eigenen Körper verfügt, aber viele Religionen z. B. wie Konfuzianismus, Taoismus, Judentum, Islam (Siehe dazu Poliwoda, S., 1991/2, S. 103 - 125) verurteilen die Organtransplantation als Eigenmächtigkeit einer totalen Verfügung über den eigenen Körper.

⁴⁶ Siehe dazu Böckle, F., 1981, S. 1783-1786.

W. Spann meint, "daß es zur Sozialpflicht eines jeden Bürgers gehöre, nach seinem Tode für einen seiner Mitbürger seine Organe nötigenfalls zur Verfügung zu stellen". Siehe Spann, W., 1981, S. 1782.

Die Organentnahme vom Toten bedarf einer Rechtfertigung. Erste und unabdingbare Voraussetzung für die Organentnahme von einem Toten ist die sichere Feststellung des Hirntodes.⁴⁷

b) Das Ziel der Organtransplantation muß die Lebensrettung oder die Verbesserung von Gesundheitssituationen sein:

Die Entscheidung muß stets beim Kranken und seinen Angehörigen bleiben, dem Arzt obliegt es, dabei zu helfen. In aller Regel wird vom Patienten eine Transplantation dann dringend gewünscht, wenn sie die einzige Chance in Lebensgefahr oder bei schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung darstellt. "Gerechtfertigt und damit erlaubt wird diese Körperverletzung aber durch die Einwilligung des betroffenen Kranken. Wirksam ist die Einwilligung jedoch nur, wenn der Kranke einsichtsfähig ist und zuvor über Art, Ziel und gegebenenfalls andere Möglichkeiten der Behandlung sowie über die Folgen, Gefahren und Risiken des Eingriffs aufgeklärt wurde, wenn er also weiß, worin er einwilligt."⁴⁸

c) Die Organtransplantation muß im Lichte der Schadensvermeidung gesehen werden:

"Die Organentnahme von Verstorbenen ist der Lebendspende eindeutig vorzuziehen, da hierbei niemand eine Beeinträchtigung seiner Gesundheit oder gar eine Gefährdung seines Lebens auf sich nehmen muß."⁴⁹

d) Es sollte ein möglichst hoher Informationsstand aller Beteiligten angestrebt werden:

Möglichst viele Menschen sollten wissen, was nach einem Unfalltod auf sie (bzw. ihren Leichnam) zukommen kann.

e) Der für die Transplantation verantwortliche Arzt sollte sorgfältig und verantwortungsbewußt die Prognose des Organempfängers beurteilen:

"Auf seiten des Empfängers ist der zu erwartende Nutzen gegen den möglichen Schaden abzuwägen." Die Ärzte sind "durch die Hoffnung und das Vertrauen der Kranken bei unsicheren Erfolgsaussichten zu einer besonders gewissenhaften Prüfung verpflichtet, ob und inwieweit die angestrebte Transplantation helfen wird".⁵⁰

ii) Sozialethische Gesichtspunkte

a) Die Freiheit und die Würde einer Person dürfen nicht zugunsten eines rationalisierten gesellschaftlichen Interesses verletzt werden. Folglich soll die Organspende freiwillig sein.

⁴⁷ Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Organtransplantationen, S. 18.

In der Bevölkerung sind Befürchtungen verbreitet, man werde als Schwerverletzter mit brauchbaren Organen für die Verpflanzung vorzeitig aufgegeben - der Tod würde zu schnell festgestellt. Andererseits begegnet man einer verbreiteten Angst, es werde in aussichtslosen Fällen zuviel getan, um das erlöschende Leben künstlich zu verlängern. "Jedenfalls kann die Behandlung über den Tod hinaus dazu beitragen, die letztlich irrationale Befürchtung zu zerstreuen, ein Kranker würde um einer Organspende willen vorzeitig aufgegeben." "Die bestmögliche Behandlung eines Spenders vor dem Tod ist zugleich die wichtigste Voraussetzung einer späteren eventuellen Organübertragung." Angstwurm, H., 1990, S. 82.

⁴⁸ Ebd., S. 13.

⁴⁹ Ebd., S. 20.

⁵⁰ Ebd., S. 8.

b) Die Erfüllung der Pflicht zur Hilfeleistung läßt sich zwar fordern, aber nicht erzwingen. Außerdem ist niemand moralisch verpflichtet, aus Gründen des Wohltuns Organspender zu werden. Im allgemeinen wird akzeptiert, daß ein Widerspruch gegen eine postmortale Organentnahme immer respektiert werden muß, auch wenn die Gründe für diesen Widerspruch irrational oder moralisch anfechtbar sind.

c) Auch aus dem postmortalen Persönlichkeitsrecht folgt, daß der noch Lebende sein Selbstbestimmungsrecht über den Tod hinaus ausüben, also verbindlich festlegen kann, was mit seinem Körper nach dem Tode geschehen soll. Der zu Lebzeiten geäußerte Wille des Verstorbenen, sei es eine Organspendeerklärung oder ein Widerspruch, ist deshalb stets zu respektieren.

Ebenfalls sind Wünsche der Verwandten und anderer Nahestehender - soweit bekannt - zu berücksichtigen. Faktisch erfolgt die Einwilligung zur Organentnahme durch die Angehörigen.

d) Die Organtransplantation muß sozial zuträglich sein in dem Sinne, daß sich Nutzen und Lasten sozial angemessen verteilen.

iii) Kulturelle und religiöse Gesichtspunkte

Die kulturelle Einstellung zum Tode wird durch die Organtransplantation beeinflusst. Aber in manchen kulturellen Bereichen⁵¹ wird der Hirntod nicht als endgültiger Tod angesehen, und der Leichnam soll unberührt beerdigt werden. Die unterschiedlichen Weltanschauungen der Menschen müssen respektiert werden,⁵² damit das Vertrauen in die ärztliche Arbeit gefördert werden kann.⁵³

Soweit es um rechtliche Grundaussagen wie Lebensschutz geht, unterscheiden sich die nationalen Rechtsordnungen nicht grundsätzlich voneinander. Jedoch können selbst die Rechtsordnungen von Ländern mit gemeinsamer kultureller Tradition in praktisch bedeutsamen Einzelfragen des Medizinrechts zu unterschiedlichen Lösungen führen. Daher ist es nicht verwunderlich, daß die Zulässigkeit von Sektionen und Organentnahmen zwecks Transplantationen von national sehr verschiedenen Voraussetzungen abhängig gemacht wird.

Ein Pluralismus von Lebensweisen, Lebens- und Todesvorstellungen wird nicht nur bestehen bleiben, sondern aller Voraussicht nach weiter zunehmen. Selbst wenn die religiös und kulturell bedingten Todesvorstellungen rational nicht begründbar sind, sollte man sie für diejenigen geltend lassen, die an solchen Glauben festhalten. Denn solche Menschen haben auch das Recht, selbst zu bestimmen, wie mit Toten umzugehen ist.

2.6. Ergebnis

In der medizinischen Ethik hat das Verbot, Schaden zuzufügen, Vorrang gegenüber dem Gebot, Hilfe zu leisten. "Unter Berücksichtigung der hohen Erfolgsrate der Eingriffe, die für den

⁵¹ Wie z. B. im Konfuzianismus, Taoismus, Schamanismus, Judentum und Islam. Nach jüdischer Auffassung endet das menschliche Leben mit dem letzten Atemzug und die Entweihung des Toten ist strikt verboten. Siehe Poliwoda, S., 1992.

⁵² Art. 4,1 GG - "Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzbar" - sichert, daß eine Explantation nicht vorgenommen werden darf, wenn jemand aus religiösen Motiven nicht damit einverstanden ist.

⁵³ Ärzte, Patienten und ihre Angehörigen unterstehen auch unausweichlich religiösen, geistigen und politischen Bedingungen ihrer Zeit und in ihrer Kultur.

Patienten nicht nur eine Verlängerung des Lebens und eine Verbesserung der Lebensqualität bedeuten, sondern im Vergleich zu einer Langzeittherapie meist auch eine kostengünstigere Lösung bieten," stellen "Bedenken über die sozialetische Berechtigung der Transplantationsmedizin und der dafür nötigen kostenintensiven Spitzentechnologie" keinen Grund für den Verzicht auf Transplantationen dar.⁵⁴

Jede Organtransplantation, die sterbende Menschen rettet und der Gesellschaft Belastungen erspart, sollte als moralisch wünschenswert gelten.

Wer für den Fall des eigenen Todes die Einwilligung zur Entnahme von Organen gibt, handelt moralisch richtig, denn dadurch kann anderen Menschen geholfen werden, deren Leben aufs höchste belastet oder gefährdet ist. Angehörige, die die Einwilligung zur Organtransplantation geben, handeln moralisch richtig, wenn sie ungeachtet des von ihnen empfundenen Schmerzes im Sinne des Verstorbenen entscheiden, anderen Menschen beizustehen und durch Organspende Leben zu retten.⁵⁵

Infolge der großen und immer noch zunehmenden Komplexität von ethisch zu beurteilenden Situationen und der gleichzeitig ebenfalls wachsenden Pluralität der Wertvorstellungen bedarf die heutige Ethik für die Organtransplantation besonders der Grundlage des Selbstbestimmungsrechts: Der Grundsatz der Selbstbestimmung beruht auf dem Respekt vor der Freiheit des Menschen und seiner personalen Würde. Die Autonomie des einzelnen muß respektiert werden, also seine Selbstbestimmung, als menschliches Lebewesen, das sich selbst aus verschiedenen ethischen Bindungen eine Bindung für sich selbst auswählen kann, ist zu achten.

Durch eine Organtransplantation wird in die Persönlichkeit von Spender und Empfänger sehr stark eingegriffen; bei lebenden Spendern und Empfängern in die manifeste Persönlichkeit, bei toten Spendern in die Totenruhe. Daher ist ein solcher Eingriff einer autonomen Entscheidung von Betroffenen bedürftig. Denn Hilfsbereitschaft gilt nicht als etwas Erzwingbares, sondern nur mit Einschränkung als etwas moralisch Gutes. Auch wenn sie in klaren Fällen der Güterabwägung durch die gesetzliche Festlegung erzwingbar sein mag, so sollte diese gesetzliche Regelung die individuelle Entscheidung nicht ganz übergehen. Ob die Organspende als gesetzliche Pflicht festgelegt werden soll, kann davon abhängen, wie die Mehrheit der Gesellschaftsmitglieder sich entscheidet. Niemand wird wünschen, in einer Gesellschaft zu leben, in der Notleidenden nicht geholfen wird.

Schließlich muß nahezu jeder heute damit rechnen, daß sein Wohl und Wehe irgendwann einmal wesentlich vom Gesundheitssystem abhängig sein könnten. Er könnte auf eine Organtransplantation als einziger Überlebenschance angewiesen sein und dringend eine Organspende erwarten.

Erwartungssicherheit kann sich aber nur einstellen, wenn Entscheidungen im Gesundheitssystem nach eindeutigen, stabilen und für alle Beteiligten möglichst durchsichtigen Regeln getroffen werden. Für die Richtigkeit einer Transplantation ist nicht nur entscheidend, daß eine Regel richtig befolgt, sondern schon richtig ausgewählt wird. Solche Regeln sollten eine formal utilitaristische Basis haben, welche die Präferenzenerfüllung aller Betroffenen auf rationale Weise maximiert.

⁵⁴ Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Organtransplantationen, S. 9.

⁵⁵ Vgl. ebd. S. 26.

3. Ist eine Organtransplantation mit der Würde des Menschen vereinbar?

Ob eine Organtransplantation mit der Menschenwürde vereinbar ist, hängt davon ab, was wir unter Menschenwürde verstehen. Ist jemand Träger der Menschenwürde, so besitzt er Anspruch auf Wahrung von Menschenwürde. Wenn das Kriterium für die Teilhabe am Schutz der Würde des Menschen allein die Zugehörigkeit zur Spezies Mensch ist, verlagert sich die Frage nach der personalen Reichweite des Art. 1 Abs. 1 GG¹ auf die Definition des menschlichen Lebens.

Die Frage "Was ist ein Mensch?" ist die Frage nach der Natur des Menschen oder danach, als was der Mensch sich selber erkennt und anerkennt. Ein Kriterium ist das der Zugehörigkeit eines Wesens zur biologischen Spezies 'homo sapiens'.

Menschliches Leben unterscheidet sich von dem anderer Lebewesen, insofern Menschen als Personen über Selbstbewußtsein bzw. Erfahrungsfähigkeit verfügen, und weil sie vernünftige, rationale, zweckorientierte und moralische Wesen sind mit Hoffnungen, Wünschen, Idealen, Lebensplänen und -zielen usw. und weil sie eine Sprache besitzen, die ihnen das Lernen gestattet und Kommunikation ermöglicht. Menschen sind fähig, ihr Denken in Sprache umzusetzen. Das Leben eines Menschen beruht auf seinen einzelnen Wahrnehmungen, Gefühlen und Gedanken; er gewinnt aus seinem Erleben aber auch ein Verhältnis zu sich selbst und urteilt über sein Denken und Tun. Indem er sich selbst gegenübertritt und damit zum Selbstbewußtsein erwacht, blickt er auf seine eigene Vergangenheit zurück und beschäftigt sich auch mit Gedanken über seine eigene Zukunft.

Ein Mensch als eine Person verfügt über Eigenschaften wie Intelligenz, Selbstbewußtsein und Empfindungsvermögen. Was spezifisch für menschliche Personen gilt, ist die Fähigkeit, ihr eigenes Handeln und ihre eigenen Wünsche zu beurteilen und sich einer "starken Wertung" zu unterziehen.² Diese Fähigkeit, als Person an bestimmten Wertungen festzuhalten, ist an das gesamte Ich gebunden. In starken Wertungen bezieht sich eine Person auf ihr Leben als Ganzes. Eine Person weiß, daß nichts gewisser ist als der Tod,³ und zeichnet sich gegenüber allen anderen Kreaturen dadurch aus, daß sie sich selbst beobachten und begreifen kann bis hin zur Erkenntnis ihrer eigenen Sterblichkeit.

Die bloße biologische Gattungszugehörigkeit ist für einige Ethiker,⁴ darunter Tooley und Singer, noch kein moralisch bedeutsames Merkmal für ein vollgültiges menschliches Individuum. Um eine Person zu sein, muß es vielmehr zu Schmerz und Leid fähig sein, Zukunftspläne haben, sich selbst als Individuum begreifen, über ein Erinnerungsvermögen verfügen und sich seiner Sterblichkeit bewußt sein. Für Singer und Tooley ist menschliche Person, wer zu selbständigen vernünftigen Entscheidungen fähig ist und so sein Leben selbst gestalten kann. So ist für sie der Begriff "Person" nicht anwendbar, wenn ein gesunder und selbstbewußter Mensch einmal ins

¹ Grundlage der bundesdeutschen Rechtsordnung ist die Achtung der Menschenwürde, festgelegt in Artikel 1 des Grundgesetzes.

² Taylor, C., 1992, S. 10 f.

³ Dennoch scheint die Furcht vor dem Tode keine natürliche, angeborene menschliche Eigenschaft zu sein. Das Studium der kindlichen Entwicklung zeigt, daß vor dem 3. bis 5. Lebensjahr das Kind kein Wissen vom und keine Furcht vor dem Tode hat. Kleine Kinder können sich einfach das Ableben einer Person nicht vorstellen, und so lange bis der Tod ihnen als ein Verschwinden einer bekannten Person erklärt wird, glauben sie, daß der Tod reversibel sei. Siehe dazu Stent, G. S., 1976, S. 165.

⁴ Siehe Tooley, M., 1983, S. 171. Singer, P., 1984, S. 3 f.

Koma fällt. Menschen, die Personen sind, sind zumindest zeitweilig keine Personen - etwa bei reversiblen Bewußtseinsverlust.

Die Tatsache allein, zur Spezies Mensch zu gehören, ist nach dieser Vorstellung moralisch irrelevant. Damit wird die Behauptung bestritten, daß die Würde einem irreversibel bewußtlosen Menschen wie jedem anderen Menschen zukomme, da Singer und Tooley zwischen Menschsein und Personsein unterscheiden und Würde nur der Person zuordnen. Die Unantastbarkeit der Menschenwürde wird dann nicht mehr dem Menschen allgemein zugesprochen, sondern auf die Person eingeschränkt.

Sollen wir Rechte und Würde eines Menschen verlieren, wenn uns im Alter die Fähigkeit zur vollen Autonomie abhanden kommt? In körperlich und seelisch bedingten Ausnahmesituationen fehlt bei einem Menschen die Fähigkeit zu selbständiger vernünftiger Entscheidung. Ist er dann auf Zeit keine Person mehr?

Wir stoßen damit im Umgang mit Vor- und Verfallsformen des menschlichen Lebens auf Fragen an der Grenze unserer eigenen Existenz, wo Wissen und Können oft versagen und Bescheidenheit im Handeln sich empfiehlt.

Der Mensch gewinnt mit der Entwicklung des Selbstbewußtseins ein Verhältnis zu Welt und Umwelt: er handelt in der Welt. Er ist auch ein geschichtliches Wesen, dessen Einmaligkeit durch die sich entwickelnde Person bestimmt ist, also ist des Menschen Sein nicht aus unveränderlicher Natur vorbestimmt. Der Mensch verbessert sein menschlich-kulturelles Umfeld durch Kunst und Wissenschaft und erweitert seine Herrschaft über die Natur. Der Mensch ist ein kulturelles und religiöses Wesen im Gegensatz zu anderen Lebewesen.

In der Transplantationsmedizin ist die Tatsache wichtig, daß der Mensch von Normen, Kultur und Religionen beeinflusst wird. Ob die Transplantationsmedizin in einer Gesellschaft reibungslos praktiziert werden kann, hängt davon ab, wie die jeweilig vorherrschende Norm, Kultur und Religion die Transplantationsmedizin beurteilt.

3.1. Der Mensch als Geist-Körper-Einheit

Das menschliche Leben wird vielfach aufgefaßt als Einheit des Wirkens von Körper und Geist. Menschliche Wesen sind als eben solche unteilbar. Körper und Geist gehören bei ihnen zusammen und bilden ein Ganzes, obwohl zwischen beiden wesentliche Unterschiede bestehen. Man kann der Auffassung sein, daß "Leib und Seele" oder "Körper und Geist" nicht identisch, aber doch untrennbar seien.⁵

Nach Auffassung von J. R. Searle "interagieren" Geist und Körper. Sie sind nicht zwei verschiedene Dinge, denn geistige Phänomene sind für ihn einfach "Eigenschaften" des Gehirns. "Es gibt Geisteszustände wirklich; einige davon sind bewußt; viele sind intentional; alle sind subjektiv; und viele haben kausalen Einfluß auf materielle Ereignisse in der Welt."⁶ Searle gibt zu, daß es wegen dieser vier Merkmale geistiger Phänomene - Bewußtsein, Intentionalität,

⁵ Z. B. ist für P. Ramsey der menschliche Körper ein untrennbarer Teil der Person. Er sagt, daß Menschen nur in ihren Körpern existieren und die Ehrfurcht vor der Würde des Körpers untrennbar sei von der Ehrfurcht vor der Würde der Person. P. Ramsey, 1970, S. 5ff. Zitiert in: Viefhues, H., 1989, S. 64.

⁶ Searle, J. R., 1992, S. 26.

Subjektivität und geistige Verursachung - schwierig sei, das Körper/Geist-Problem zu behandeln.⁷

Der menschliche Körper besteht aus verschiedenen Organen bzw. Gliedern. Aber außer dem Gehirn sind viele von ihnen ersetzbar bzw. entbehrlich.⁸ Das Gehirn ist für die Persönlichkeitsstruktur ausschlaggebend. Dennoch wird eine gewisse Sonderstellung, die mit den Begriffen "Individualität" und "Personalität" dem Menschen von vielen Seiten zuerkannt wird, nicht einem bestimmten Organteil - dem Gehirn - und dessen spezifischen Leistungen zugeordnet und von daher begründet, sondern auf die leib-seelische Ganzheit von Beschaffenheit und Aktionen bezogen.

Obwohl das Problem der Beziehung zwischen Gehirn und Geist und somit auch das des Bewußtseins ungelöst ist, kann man dieses Problem bei der Durchführung von Transplantationen nicht außer Acht lassen. Strittig ist die Natur der Beziehungen zwischen der Materie des Gehirns und den geistigen Eigenschaften des Menschen.

Benini macht dieses Problem aufmerksam und schreibt: "Das Problem ist weder von den naturalistischen, materialistisch-physikalistischen und reduktionistischen noch von den dualistischen Theorien gelöst worden: Die ersten vermögen nicht zu erklären, wie aus der Materie des Gehirns immaterielle geistige Eigenschaften und Tätigkeiten entstehen und woher Subjektivität", hier als die Möglichkeit von Verschiedenheit in Denken und Glauben verstanden, "[...] stammt, wenn doch alle Gehirne aus der gleichen materiellen Substanz gebaut sind...Die zweite Anschauung kann den Beweis der konkreten Verbindung zwischen Seele einerseits und Materie des Gehirns andererseits nicht liefern."⁹

Das Wirken eines Gedankens, welcher eine Bewegung des Körpers auslöst, ist nicht geklärt. Auf welche Weise der Wille sämtliche bewegungssteuernden Groß- und Kleinhirnareale verändert und damit die Bewegung ermöglicht, ist nicht bekannt. "Was wir kennen, was uns bewußt wird, ist eine Synthese aus Stimulationen der Außenwelt und" den Wirkungen der "[.] Mechanismen, welche die Informationen aus der Außenwelt in unserem Gehirn verarbeiten."¹⁰

Die Informationsverarbeitung, unser Erleben, Empfinden, Denken, Wollen und Handeln, Lieben und Streiten, unsere "geistig-seelischen" oder "mental" Funktionen sind nicht unabhängig von einem Gehirn in einem Körper zu beobachten.

Wir erleben unseren Körper als Ganzheit.¹¹ "Wie auch immer der menschliche Geist, die menschliche Seele und die menschliche Person verstanden werden: Ein Mensch, dessen Gehirn abgestorben ist, kann nichts mehr aus seinem Inneren und aus seiner Umgebung empfinden, wahrnehmen, beobachten und beantworten, nichts mehr denken, nichts mehr entscheiden."¹²

⁷ Bei Searle bleibt auch das Problem ungelöst, wie das materielle Gehirn geistige Eigenschaften besitzen kann, und wie diese Geisteszustände die materielle Welt, die keine geistigen Eigenschaften hat, beeinflussen können. Wie die Verbindung zwischen der materiellen Welt und der geistigen Welt zustande kommen kann, bleibt bei ihm ungeklärt.

⁸ Wenn einem Menschen z. B. eine Hand oder ein Fuß amputiert wird, so würden wir weder sagen, er habe einen Teil seiner Identität verloren, noch behaupten, daß er einen Teil seines Geistes eingebüßt habe. Er erhält noch seine Identität und existiert als eine Körper-Geist-Einheit weiter.

⁹ Benini, A., 1994, S. 205.

¹⁰ Ebd., S. 207.

¹¹ Das Gehirn bekommt seine Informationen über die überall im Körper vorhandenen Nervenfasern und über das Rückenmark. Unser Erleben unseres Körpers als Ganzheit hat also die im Körper verteilten Sinneszellen und die zum Gehirn führenden Nervenfasern zur Voraussetzung; die Wahrnehmung der Außenwelt wie aller Teile unseres Körpers als Ganzheit wird aber erst in unserem Gehirn zusammengesetzt.

¹² Deutsche Stiftung Organtransplantation 1994, S. 7.

Ohne Gehirn gibt es kein Bewußtsein, und ohne Bewußtsein gibt es keine Person. Bewußtsein und Selbstbewußtsein sind die wichtigsten Aspekte der Beziehung zwischen den geistigen und immateriellen Fähigkeiten des Menschen (Denken, Lernen, Sprechen, Gedächtnis, Intentionalität, Phantasie, Kreativität usw.) und der Materie seines Gehirns. Es scheint sicher zu sein, daß Körper und Geist, bzw. Gehirn und Geist miteinander verbunden und untrennbar sind.

Heute wissen wir, daß unsere Zuneigungen und Abneigungen, unsere Gefühle und unsere Fähigkeit wie unsere Unfähigkeit zu mitmenschlicher Nähe - nicht wie es heißt in unserem Herzen - sondern in unserem Gehirn gebildet werden. Diese Einsicht ist entscheidend für die Definition des Todes, der die Voraussetzung für die postmortale Organtransplantation ist.

3.2. Menschliche Identität und Integrität

Die Integrität des Körpers und die Identität der Person sind zwei Leitbegriffe im menschlichen Leben.

Unter "Integrität" versteht man die körperliche und seelische Ganzheit des Menschen, die zu einer sozialen und geschichtlichen Integrität ausgeweitet werden muß. Körper und Geist des Menschen beeinflussen sich gegenseitig, bedingen einander und bilden eine unauflöslche Einheit.

Als "Identität" wird das Sich-selbst-Gleichsein des Menschen unter den Veränderungen des Daseins bezeichnet, wodurch er sich immer und überall als derselbe erlebt und als solcher identifizierbar bleibt. Die Identität einer Person ist eine lose Verbindung physikalischer und psychologischer Sachverhalte. Das, was wir als unsere kontinuierliche Existenz über einen Zeitraum empfinden, beruht u. a. auf der Fähigkeit, uns an frühere Ereignisse zu erinnern und aus Erfahrungen zu lernen.

Das "Ich" selbst bleibt in Entwicklung begriffen und verändert sich; und der ältere Mensch kann dem "Ich", das er einmal war, mit den Fragen gegenüberreten: Das warst du einmal? So bist du gewesen? Popper sagt darüber: "The self changes. We start as children, we grow up, we grow old. Yet the continuity of the self ensures that the self remains identical, in a sense. And it remains more truly identical than its changing body. The self changes slowly due to ageing, and due to forgetting; and much faster due to learning from experience."¹³

Unsere Identität ist nicht an das Fortbestehen von irgendetwas gebunden. Es genügt für die Identität der Person, daß jeder Zustand (sei es mit körperlichen oder/und geistigen Veränderungen) sich als Teil einer Biographie auffassen läßt. Dabei hilft die Erinnerung. Sie ist aber nicht konstitutiv. Erfahrungen spielen ebenfalls eine Rolle. Personen können sich als von anderen unterschieden erkennen und sich in Tun und Denken auf Vergangenheit und Zukunft beziehen.

Der Personalausweis beschreibt eine Person: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Größe, Haar- und Augenfarbe und andere Angaben zur Person. Aber die meisten Ereignisse, die das Leben eines Menschen in seiner Unverwechselbarkeit markieren (Elternhaus, Bildungsweg, Heirat, Kinder, Freunde, Erfolge, Niederlagen...) erscheinen nicht auf dem Ausweis, sondern sind Teile seiner persönlichen Lebensgeschichte.

Solange eine Person in einen vertrauten Lebensumkreis eingebettet ist, besteht kein Anlaß, ausdrücklich ihre Identität hervorzuheben. Erst wenn ein ungewöhnliches Ereignis diese Vertrautheit zerbricht und in das Verhältnis dieser Person zu sich selber oder zu anderen

¹³ Popper, Karl R., Eccles, John C., 1985, S. 132.

Personen Störungen oder Gefährdungen hineinträgt, kann die Frage nach der Identität wichtig werden.

B. Williams behauptet merkwürdigerweise, daß die körperliche Integrität eine notwendige Bedingung für die Identität einer Person sei.¹⁴ Er versucht zu zeigen, daß: "[...] bodily continuity was a necessary condition of personal identity, and more particularly that similarity of memory claims and personal characteristics could not be a sufficient condition of it."¹⁵ H. Jonas ist auch der Meinung, daß die Identität einer Person die Identität des ganzen und gänzlich individuellen Organismus sei, auch wenn die höheren Funktionen des Personseins ihren Sitz im Gehirn haben.¹⁶

Man kann aber nicht behaupten, daß derjenige, der eine seiner Nieren einem Mitmenschen spendet, ein Stück seiner Identität aufgegeben habe. Man kann ebenfalls ein Organ verpflanzen, ohne die Identität und Integrität des Empfängers zu ändern oder zu verletzen. Dennoch ist es nicht unproblematisch. Wenn, was einstweilen ja noch nicht möglich ist, das Gehirn eines Mannes in den Körper eines anderen Menschen, etwa einer Frau, verpflanzt würde, könnte man kaum sagen, daß es sich nach der Transplantation noch "um denselben Menschen" handle.

Demgegenüber gibt es auch die Auffassung, die unserer Identität keinen Wert verleiht. So macht D. Parfit in der von ihm fiktiv dargestellten Verpflanzung eines Gehirns von einem menschlichen Körper auf einen anderen geltend, daß die Identität einer Person bzw. des Spenders an Wichtigkeit einbüße. Er schreibt: "Physical continuity is the least important element in a person's continued existence. What we value, in ourselves and others, is not the continued existence of the same particular brains and bodies. What we value are the various relations between ourselves and others, whom and what we love, our ambitions, achievements, commitments, emotions, memories, and several other psychological features. Some of us would also want ourselves or others to have bodies that are very similar to our present bodies. But this is not wanting the same particular body to continue to exist. I believe that, if there will later be some person who will be R-related to me as I am now, it matters very little whether this person has my present brain and body. I believe that what fundamentally matters is Relation R, even if it does not have its normal cause."¹⁷

Es ist das Ziel Parfits, durch die Beseitigung aller eindeutigen Kriterien zur Bestimmung von Ich oder Nicht-Ich den Gedanken persönlicher Identität aufzulösen. Parfit hat zweifellos recht, wenn er betont, wie wichtig die Befreiung von sich selbst dafür sei, andere Menschen besser zu verstehen und harmonische Beziehungen zu ihnen aufbauen und pflegen zu können. Jedoch dürfte es recht unwahrscheinlich sein, daß die spätere Person mit ihrem veränderten Körper von den Menschen, die sie vor ihrer Hirntransplantation nahe kannten, als dieselbe Person mit den früheren Beziehungen zu ihr angenommen werden kann.

¹⁴ Williams, B., 1970, S. 161-180.

¹⁵ Williams, B., 1973, S. 19.

¹⁶ Siehe Jonas, H., 1987, S. 235.

Jonas weist darauf hin, daß der Körper von gleicher Wichtigkeit sei. "Das, was unter der zentralen Kontrolle des Gehirns steht, das leibliche Ganze, ist so individuell, so sehr 'ich selbst', so einmalig zu meiner Identität gehörig und so unaustauschbar wie das kontrollierende Gehirn selbst...Wie sonst könnte ein Mann eine Frau lieben und nicht nur ihr Gehirn? Es ist das Gesicht, es ist die Gestalt dieser Person und keiner anderen auf der Welt". Ebd. S. 234 f.

¹⁷ Parfit, D., 1984, S. 284.

Mit noch weiter entwickelter Kunst der Medizin wird wohl auch eine Transplantation von für den Empfänger dringend benötigten und helfenden oder gar rettenden Gehirnteilen menschlicher Herkunft nicht ausgeschlossen bleiben. Einige Autoren¹⁸ befürchten, daß falls eine Transplantation ganzer Gehirne auf andere Körper wirklich einmal technisch möglich werden sollte, dies mit größter Wahrscheinlichkeit den betroffenen menschlichen Empfänger so radikal verändern würde, daß seine Identität verloren geht. Die individuelle Identität des Menschen ist an sein Gehirn gekoppelt.¹⁹

Obwohl man auch zugeben muß, daß der Körper in der Beziehung zu anderen Menschen eine wichtige Rolle spielen könnte, wird niemand leugnen, daß zerebrale Vorgänge entscheidend sind für die Qualität des Lebens jenes Organismus, der 'Mensch' heißt. Es ist ferner gezeigt worden, daß die Identität des Empfängers durch die Transplantation eines Organs in keiner Weise geändert wird, selbst dann nicht, wenn es sich um tierisches Gewebe handelt.²⁰ Andere Teile unseres Körpers, aber nicht das Gehirn, können ohne wesentlichen Verlust für unsere Empfindungen und Fähigkeiten ersetzt oder entbehrt werden.²¹ Alles, was wir heute wissen, spricht dafür, daß das Gehirn für die Steuerung von höheren Funktionen der Person zuständig ist. Der Tod des Gehirns wäre dann gleichbedeutend mit dem Tod des Menschen als Person.

3.3. Menschenwürde

Die Brauchbarkeit des Begriffs der Menschenwürde ist in der angewandten Ethik durchaus umstritten. Ob sich wirklich mit dem Verweis auf eine Verletzung der Menschenwürde etwas Gewichtiges gegen Praktiken von Organtransplantationen einwenden läßt, ist Gegenstand einer kontroversen Debatte.

Ich möchte hier überprüfen, inwieweit das Argument einer Verletzung der Menschenwürde im Zusammenhang mit Organtransplantationen überhaupt einschlägig ist.

Eine wichtige Stellung nimmt der Begriff der Menschenwürde in der Moralphilosophie Kants ein, wie er sie in der "Grundlegung zur Metaphysik der Sitten" (1785) entwickelt. Kant unterscheidet im Bereich menschlicher Zwecksetzungen zwischen dem, was einen Preis hat, und dem, was Würde hat. Der Grund dafür, daß die menschliche und jede vernünftige Natur Würde hat, ist nach Kant die Autonomie des Menschen.²² Denn diese ist der Grund der Würde der vernünftigen Natur, die nur dem Gesetz gehorcht, das sie sich zugleich selbst auferlegt. Die Würde des Menschen besteht in seiner Freiheit, dasjenige zu wählen und zu tun, was durch seine Vernunft erkannt worden ist.

Autonom ist ein Mensch also nicht durch die Anwendung seiner Fähigkeit, sich über Gesetze und Ethik hinwegzusetzen und für sich eigene Regeln aufzustellen, sondern durch Anwendung seiner Vernunft, den freien Willen so in Einklang mit den Gesetzen bzw. Normen zu bringen, daß

¹⁸ Z. B. Kurthen, Linke.

¹⁹ Birnbacher sagt: "Man kann das Gehirn eines Menschen nicht auf einen anderen Menschen übertragen, man kann diesem Menschen allenfalls einen neuen Körper verschaffen. Jeder Transport des Gehirns transportiert die Identität des Menschen mit." Birnbacher, D., 1995, S. 354.

²⁰ Vgl. Spittler, J. E., 1995b, S. 319.

²¹ Engelhardt führt dies so aus: Manche Körperorgane seien lebensnotwendig, alle aber ersetz- oder austauschbar, ohne daß wir Menschen dadurch unser Erleben, unsere Persönlichkeit oder unser Ich als Person verlieren. Einzig das Zentralnervensystem sei bisher nicht ersetzt worden. Siehe dazu Engelhardt, H. T., 1976, S. 59-68.

²² Kant, I., Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 436.

dessen Grundmaximen moralisch verallgemeinert werden können. Für Kant gelten seine Ausführungen für alle vernünftigen Wesen und nicht nur für die Spezies Mensch.

Im allgemeinen ist die "Menschenwürde"²³ die individuelle Würde jedes Menschen, die ihm nicht aufgrund irgendwelcher Leistungen, sondern allein wegen der Zugehörigkeit zur Gattung Mensch eigen ist. Der Schutz der Menschenwürde ist öffentliche und gleichzeitig individuelle Aufgabe.

In der Diskussion über die Menschenwürde geht es zunächst um die Frage, ob der Begriff der Menschenwürde mehr als eine verfassungsrechtliche Leerformel sein kann: ob ihm über seine historisch-politische Funktion hinaus ein spezifischer, konkreter, mit anderen Begriffen nicht abzudeckender Inhalt gegeben werden könne. Die Bedeutung des Begriffes der Menschenwürde ist mit dem Anspruch auf universelle Geltung verbunden, obwohl sie wie andere Begriffe ihre Bedeutung in Abhängigkeit zu einer je speziellen Sprache und Kultur gewinnt.

Diejenigen, die den Begriff der Menschenwürde für unverzichtbar halten, räumen ein, daß dieser Begriff allein zur Lösung konkreter Probleme nicht ausreicht. Die Menschenwürde sei kein fest umrissenes und klar definierbares Rechtsgut, sondern müsse stets in bestimmte Menschenrechte übersetzt werden. Die Würde des Menschen wurde zum Beispiel als Ausdruck seiner Geistesfreiheit und seines ethischen Vermögens angesehen. Die spezifisch menschliche Würde ist ein sozialer, innerer und sittlicher Wert der Persönlichkeit, und auch das Verhalten gemäß dem Bewußtsein seines Wertes muß hinzugezählt werden.

In der gegenwärtigen Menschenwürde-Debatte stehen sich zwei Gruppen gegenüber: Die einen betonen, die Menschenwürde müsse jedem Mitglied der menschlichen Gattung zugeschrieben werden, da sich u. a. Person und biologische Natur nicht trennen lasse und die Menschenwürde nicht von qualitativen Entscheidungen abhängig gemacht werden könne.²⁴ Die Grundintention der deutschen Verfassung liegt auch darin, den Eigenwert jedes Menschen zu sichern, unabhängig von seinen Eigenschaften, Leistungen und Qualitäten.

Die anderen wie P. Singer und M. Tooley gehen demgegenüber von einer Personenwürde aus. Die Würde wird nur denjenigen menschlichen Wesen zugesprochen, die mit den für eine Person geforderten Attributen wie Selbstbewußtsein und Vernunft ausgestattet sind.

Der Würdebegriff wird häufig auch als Handlungsaufforderung verstanden in dem Sinne, daß einem Menschen aus schwierigen Situationen geholfen werden soll. Der Würdebegriff sollte meines Erachtens möglichst weit ausgedehnt werden, aber ihn auch für einen Leichnam oder einen Fetus zu benutzen ist unangemessen. Es ist unkorrekt, einen Leichnam als Menschen zu betrachten. Manche Hirntodkritiker vermitteln z. B. den Eindruck, es gehe bei der Hirntodproblematik um eine Verletzung der Würde von Hirntoten. Was hier verletzt werden könnte, ist nicht die Würde eines Menschen, sondern "allenfalls Würde in einem sehr abstrakten Sinne."²⁵

²³ Das deutsche Grundgesetz bestimmt in Art. 1 Abs. 1:

"Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt." Diese Verfassungsgarantie wird durch Art. 79 Abs. 3 (Verfassungsänderungsverbot bezüglich der Grundsätze des Art. 1) weiter auch gegenüber dem Gesetzgeber abgesichert. Die Würde und das Recht auf Selbstbestimmung einer Person werden durch das Grundgesetz geschützt. Die Freiheit einer Person, insbesondere vor staatlichen Maßnahmen, ist durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht in Artikel 2 geschützt. Gleichzeitig wird ein freies Selbstbestimmungsrecht für die Person eingeräumt.

²⁴ So z. B. Kluxen, W., 1986, S. 6, Tugendhat, E., 1984, S. 147.

²⁵ Schöne-Seifert, B., 1995, S. 482.

Im Zusammenhang mit der Problematik der Fortpflanzungsmedizin hebt Schöne-Seifert hervor, daß der Begriff der Menschenwürde nur begrenzt tragfähig und einschlägig ist, und behauptet, aufgrund der Tatsache, daß die Menschenwürde-Norm nicht eigentlich als eigenständig, sondern vielmehr als ein Bündel verschiedener Normen aufzufassen ist, wäre es durchaus plausibel, auf ein Menschenwürde-Argument ganz zu verzichten.²⁶ Nach Schöne-Seiferts Meinung, mit der ich weitgehend übereinstimme, wird die Verletzung der Menschenwürde verstanden als eine Verletzung des Anspruchs auf Selbstbestimmung des Einzelnen. Eine "Hintanstellung individual-'persönlicher' Schadensvermeidung, zugunsten entweder des 'persönlich'-allgemeinen Wohlergehens [...] oder des unpersönlichen" ist ebenfalls eine Verletzung der Menschenwürde.²⁷

Es gibt aber eine alternative Auffassung, die nicht nur Personenwürde, sondern auch gattungsbezogene Menschenwürde beachtet. Birnbacher erörtert zwei Konzeptionen der Menschenwürde: Achtung der Menschenwürde bedeutet erstens die Achtung der Würde konkreter menschlicher Individuen, zweitens die Achtung dessen, was den Menschen als Gattung vor anderen biologischen Gattungen hervorhebt. Die Menschenwürde bezeichnet die individuelle Würde jedes Menschen, die ihm nicht aufgrund von Leistungen, Stand und Ehre, sondern allein wegen seiner Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung eigen und damit unveräußerlich ist. Gegenüber einer so begründeten Menschenwürde ist der totalen Verfügbarkeit eines Menschen für andere jegliche Grundlage entzogen. Gegenstand der Achtung ist im ersten Fall ein konkreter leibhaftiger Mensch, im zweiten Fall eine Idee, ein Bild des Menschen als einer eigentümlichen und unverwechselbaren Gattung. Gattungsbezogene Menschenwürde zu verletzen, bedeutet nicht, Würde, Rechte oder Interessen irgendeines Individuums zu verletzen, sondern ein solches Verhalten würde gegen eine Norm bzw. eine Idee der Gattungs- und Wesensangemessenheit verstoßen.²⁸ Abstoßende Praktiken wie z. B. Leichenschändung werden generell moralisch abgelehnt, auch wenn niemand dabei direkt geschädigt wird. Der Schutz des Menschlichen, den die Achtung der Menschenwürde im abstrakten Sinne fordert, macht nicht an den Lebensgrenzen halt, sondern kann in beiden Richtungen weit darüber hinausreichen - in Gestalt von Pietätspflichten bei Verstorbenen, in Gestalt von Schutzpflichten beim ungeborenen menschlichen Leben.²⁹

Unsere moralischen Emotionen folgen dabei anderen Gesetzen als denen einer rationalen Ethik. Obwohl es zunächst fragwürdig scheint, ob solch eine abstrakte gattungsbezogene Menschenwürde überhaupt ein sinnvolles Konzept ist, stimme ich Birnbacher zu, wenn er Wesensgemäßes vom Wesenswidrigen unterscheidet.

Trotz der weitverbreiteten Meinungsverschiedenheiten darüber, worin die Menschenwürde besteht, möchte ich einige grundlegende Bedingungen³⁰ menschenwürdigen Umgangs mit Menschen im Zusammenhang mit Organtransplantationen vorschlagen: Achtung vor Selbstbestimmungsrecht, Wohltätigkeit, Schadensvermeidung, Wahrung menschlicher Identität und Integrität.

Menschenwürde verlangt einen gewissen Schutz vor unerwünschten Eingriffen in die körperliche Integrität. Die Organtransplantation sollte dem menschlichen Wohlergehen dienen, ohne die Menschenwürde zu verletzen.

²⁶ Schöne-Seifert, B., 1990, S. 453.

²⁷ Ebd., S. 471 f.

²⁸ Hierzu siehe Birnbacher, D., 1987, S. 79.

²⁹ Ebd., S. 85.

³⁰ Vgl. Podlech, A., 1984, S. 278-291.

3.4. Menschenrechte

Nach der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UN³¹ sind alle Menschen frei und gleich an Würde und Rechten und sind mit Vernunft und Gewissen begabt. Das Recht auf persönliche Würde und Integrität soll garantiert werden. Eingriffe in die körperliche Integrität werden als etwas in sich Schlechtes und damit sittlich Verbotenes verurteilt.

Bestimmte Rechte - wie etwa das auf Freiheit - werden in den einzelnen Gesellschaften der Erde verschieden verstanden. Der universelle Charakter der Menschenrechte stellt eine der Hauptschwierigkeiten bei ihrer Begründung dar. Die Behauptung der universellen Gültigkeit moralischer Prinzipien soll nicht nur die Wertvorstellungen einzelner Individuen oder bestimmter Kulturen, sondern eine von Raum und Zeit unabhängige Verbindlichkeit zum Ausdruck bringen.

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit einem spezifischen Recht des Menschen, und zwar dem Recht auf Leben. Allen Menschen ein Recht auf Leben zuzuerkennen bedeutet, ihnen die Pflicht aufzuerlegen, das menschliche Leben zu achten, und ihnen zu verbieten, ein anderes menschliches Wesen zu verletzen oder zu gefährden. Das rein physische menschliche Leben ist die Voraussetzung für die Realisierung geistiger Güter und Werte - z. B. die Fähigkeit, selbstbestimmt und frei zu handeln, Ideale, Wünsche und Lebenspläne zu haben.

Hat das menschliche Leben einen besonderen Wert? Die naheliegende Antwort, daß menschliches Leben schlicht aufgrund der Gattungszugehörigkeit besonders wertvoll sei, wird als unangebrachte Überheblichkeit angefochten. Unzureichend ist es auch, einen besonderen Wert in jenen Eigenschaften zu suchen, die das Leben eines Menschen vom Leben anderer Geschöpfe unterscheiden: die Fähigkeit autonom zu handeln, Sprachfähigkeit zu besitzen und aus vernünftigen Gedanken und Idealen Lebenspläne und Ziele zu gewinnen. Es gibt auch andere intelligente Lebewesen, die über die Fähigkeit verfügen, mit Mitgliedern ihrer Gattung nach deren Verhaltensweisen und Regeln umzugehen. Der Mensch wird nicht als das einzige Lebewesen mit Wert angesehen. Höhere Tiere, die Empfindungen, Interessen und Wünsche haben und äußern können, sind ebenso wertvoll und würdig, vom Menschen moralisch berücksichtigt zu werden.

Ohne die deutliche moralische oder verstandesmäßige Begründung empfinden wir eine gewisse unterscheidende Loyalität gegenüber Angehörigen unserer eigenen Spezies Mensch, ähnlich wie gegenüber Angehörigen unserer eigenen Familie. Als Menschen leiten wir daraus eine gewisse Verpflichtung gegenüber Mitmenschen, vor allem eigenen Kindern und Familienangehörigen, ab. Viele anthropozentrische Ethiken enthalten die Verpflichtung, menschliches Leiden zu verhindern oder zu verringern. Es ist schwer zu begründen, warum diese Pflichten nur in bezug auf Menschen gelten sollen und nicht auch in bezug auf empfindungsfähige Tiere. Höhere Tiere mögen leidensfähig sein, aber sie sind weder moralische Subjekte wie Menschen, die moralische Normen begreifen, annehmen und befolgen können, noch mögliche Vertragssubjekte, die in der Lage sind, sich mit ihresgleichen über wechselseitig bestehende Rechte und Pflichten zu verständigen.³² Die Fähigkeit, Moral zu begreifen und zur Richtschnur des Lebens zu machen, gehört zu unserer Sonderstellung als Menschen, die auf die Interessen anderer Menschen und Tiere Rücksicht nehmen können.

³¹ Verkündet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948, abgedruckt in: Menschenrechte Dokumente und Deklarationen, Hrsg., Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 1991, S. 33-40.

³² Siehe Birnbacher, D., 1991, S. 292.

Da das Lebensrecht³³ ein Menschenrecht ist, setzt seine Verwirklichung zunächst voraus, daß jeder frei bestimmen und auswählen darf, was ihm gut scheint. Das Interesse am eigenen Leben hat für viele Menschen uneingeschränkt Vorrang gegenüber vielerlei anderen denkbaren Interessen. So darf das Leben eines Menschen nicht den Interessen eines anderen geopfert werden. Menschen, die durchweg abhängig von anderen Menschen sind und selbst nichts zur Gemeinschaft beitragen können,³⁴ werden in die moralische Gemeinschaft mit einbezogen.

Die Transplantationsmedizin kann leicht in den Verdacht geraten, daß sie die unverletzte und geschützte Gesamtheit und Eigenart von Personen gefährde und die Würde eines verstorbenen bzw. lebenden Spenders verletze, um eine Lebensverlängerung des Empfängers zu erreichen. Die Verletzung der Menschenwürde ist eine Verletzung des Interesses einer Person an Selbstbestimmung und führt schließlich zur Verletzung des Menschenrechts.

Die Menschenrechte eines Organspenders wären zweifellos dann verletzt, wenn die Organentnahme ohne seine Einwilligung oder gar gegen seinen Willen durchgeführt würde, bzw. wenn er dazu gezwungen oder bei ihm eine Notlage ausgenutzt würde; kaum aber ginge es wohl um eine Verletzung der Menschenrechte des Spenders, wenn dieser sich der Tragweite seines Tuns bewußt ist und sich freiwillig für die Organspende entscheidet. Sein helfendes Tun - vielleicht bis hin zur Lebensrettung für den Empfänger - kann ja nicht so gedeutet werden, als sei er als Mittel für fremde Zwecke in Anspruch genommen worden.

³³ Zum Lebensrecht des Betroffenen gehört auch das Recht auf den natürlichen Tod im Sinne des Rechts, auf therapeutische Interventionen und auch auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten.

³⁴ Diejenigen, die diese Fähigkeiten noch nicht oder nicht mehr aufweisen, nennt Engelhardt 'Personen im sozialen Sinne'. Siehe Engelhardt, H. T. jr., 1978, S. 97 ff. Engelhardt weist darauf hin, daß Personen im sozialen Sinne in erster Linie ein utilitaristisches Konstrukt seien. Ebd., S. 98.

Personen sind für H. T. Engelhardt solche Wesen, "who are the constituents of the moral community. Only persons are concerned about moral arguments and can be convinced by them. The very notion of a moral community presumes a community of entities that are self-conscious, rational, free to choose, and in possession of a sense of moral concern." Ders. 1986, S. 105.

4. Grundlegende Probleme zum Begriff "Tod"

Die umfassende Bezeichnung "Tod" steht zunächst für ein biologisches Phänomen. Der Begriff "Tod" kann je nach kulturellen Formen, religiösen Traditionen und wissenschaftlichen Erkenntnissen verschieden gefaßt werden. Er kann viele verschiedenartige Bedeutungen umfassen, wie "Trennung der Seele vom Körper", "Zerstörung der Strukturen, die den Organismus charakterisieren", und "Verlust der körperlichen Integrität".

Der Tod wird in vielen Kulturen als ein natürliches und unvermeidliches Lebensende betrachtet und als eine Reise ins Jenseits gesehen, so daß Fragen über die Möglichkeit irgendeiner Lebensweise nach dem Tode gestellt werden können.

Religiöse Vorstellungen von einem Weiterleben nach dem Tode widersprechen nicht dem klinischen Beweis für das Aufhören des Lebens. Obwohl viele religiöse Theorien behaupten, daß das Leben nach der Trennung der Seele vom Körper weitergehe, wird weder durch die Medizin¹ noch durch die Religion bestritten, daß der Tod der irreversible Zusammenbruch der körperlichen Kontinuität ist.

Während das Sterben allgemein als ein Prozeß angesehen wird, dessen Verlauf durch die nachlassende Teilungs- und Erneuerungsfähigkeit der einzelnen Zellen bestimmt wird,² kann der Tod als ein einmaliges Ereignis am Lebensende einer Person aufgefaßt werden.

Das Sterben zeigt sich nicht als "Moment", sondern als Prozeß von einer gewissen Dauer, der nach und nach verschiedene Organe im Körper ergreift, aber in gewissen Fällen durch Wiederbelebung rückgängig gemacht werden kann. Herz, Lunge, Leber, Nieren, Gallenblase und schließlich das Gehirn stellen ihre Funktionen innerhalb unterschiedlicher Fristen ein, und einzelne dieser Organe können durch geeignete Manipulationen (z. B. Herzmassage) oder durch künstliche Vorrichtungen (Herz-Lungen-Maschine, Reanimatoren usw.) weiter am Leben erhalten werden, während andere schon ihre Tätigkeit eingestellt haben.³

Hingegen ist der Tod das Ereignis, das dem Leben ein Ende setzt. Nach dem Moment des Todes dauert das Totsein für immer an - d. h. es erstreckt sich über eine unbestimmte Dauer⁴ - andernfalls könnte es sich nicht um den Tod handeln, sondern nur um eine Störung, bei der eine Möglichkeit zur Umkehr besteht.

Ein Ziel dieses Kapitels ist es, den Streit um die Bestimmung und Definition des menschlichen Todes darzustellen und die wichtigsten Argumentationsstrategien, die in der Debatte verfolgt worden sind, zu charakterisieren und zu kritisieren. Dabei ist es notwendig, zwischen drei Bereichen der Diskussion zu unterscheiden: dem Bereich der Testverfahren, dem der Kriterien zur Feststellung des Todes und dem der Definition des Todesbegriffs.

⁹³ Jedoch wird in der Medizin heutiger westlich-orientierter Gesellschaften der Tod zunehmend als ein Feind betrachtet, der besiegt werden sollte. Über solche negative Einstellung zum Tod schreibt T. Nagel in seinem Aufsatz "Death": "If death is an evil at all, it cannot be because of its positive features, but only because of what it deprives us of." Nagel, T., 1979, S. 1.

² Gerlach, J., 1968, 980 f. Danach darf der Tod als zeitlich gestufte Absterbefolge biologischer Funktionsbereiche gesehen werden, innerhalb derer das Absterben einzelner Organe, Zellen, Gewebe als Partialtod bezeichnet wird, der mit dem Individualtod oder medizinischen Totaltod abgeschlossen wird.

³ Engisch, K., 1976, S. 87 f.

⁴ Siehe dazu Kastenbaum, R., Aisenberg, R., 1972, S. 113 ff.: Death endures endlessly, without limit in time. Death would not be death if it did not last forever.

Als Ergebnis dieser Überlegungen wird sich herausstellen, daß man den Hirntod aus sachlichen und auch praktischen Gründen als das Kriterium des Todes akzeptieren sollte.

4.1. Todeskriterien und Todesfeststellung

Die Grenze zwischen Leben und Tod läßt sich nicht exakt naturwissenschaftlich festlegen. Es handelt sich vielmehr um ein wertendes Übereinkommen der Gesellschaft, nicht nur der Mediziner. In einer gewissen Grauzone treffen vielfältige Interessen aufeinander wie z. B. wissenschaftliche Forschungsinteressen, ökonomische Interessen, Hoffnungen der Transplantationsmedizin und möglicher Organempfänger, ärztliche Behandlungspflichten und - was bei all diesen Fragen nicht übersehen werden sollte - der Wunsch des Patienten, menschenwürdig zu sterben. Der Umgang der Lebenden mit den Toten geht uns alle an. Denn wir wissen nicht endgültig, was der Tod ist, obwohl nahezu allen von uns irgendwelche Deutungen zu diesen Fragen bekannt sind.

Um einige genauere und klarere Einzelheiten zum Begriff "Tod" zu gewinnen, muß zunächst die Frage nach dem Zeitpunkt des Todes durch Feststellung eines sicheren Fehlens der Lebenszeichen oder des Vorliegens sicherer Todeszeichen beantwortet werden.

Unter Tod versteht man medizinisch den irreversiblen Stillstand von Kreislauf und Atmung, verbunden mit dem Aufhören der Tätigkeit des Zentralnervensystems; ihm folgt das Absterben aller Zellen des Organismus. Die traditionelle und in der Regel ausreichende Feststellung des Todes besteht in der Feststellung des Arztes, ob - und gegebenenfalls seit wann - Herz- und Kreislauffunktion erloschen sind, Wiederbelebensmaßnahmen entweder sinnlos wären oder erfolglos waren oder ob sogar die Kriterien eines schon länger bestehenden Todes erfüllt sind. Die gelegentlich zu hörende Aussage, daß ein "klinisch Toter" durch Behandlungsmaßnahmen überlebt habe, ist insofern falsch, als der eingetretene Tod des Menschen definitionsgemäß irreversibel ist; gemeint ist mit einer solchen Feststellung lediglich, daß bei einem Patienten ein nur kurzdauernder, noch nicht tödlicher Atem- und/oder Kreislaufstillstand behoben werden konnte.⁵

Ein Kriterium dient als Indikator für das Erfülltsein der in der Definition geforderten Merkmale und muß den empirischen Bedingungen und dem wissenschaftlichen Standard genügen.

Ausfall der Funktionen von Ganzhirn, Teilhirn oder Herz-Lunge-Kreislauf sind Kriterien, anhand derer der Tod eines Menschen feststellbar bzw. prognostizierbar sein soll.

Es stellt sich die Frage, an welchen empirischen, biologisch-medizinischen Zeichen oder Symptomen der Tod eines Menschen sinnvoll festgemacht werden kann. Zunächst erschiene es sinnvoll, hierfür den Tod aller Organe und Zellen, d. h. das Erlöschen aller Lebenszeichen (Stoffwechsel, Wachstum, Fortpflanzung, Bewegung, Reizbarkeit) in allen Körperzellen zu fordern.⁶ Es ist jedoch so, daß außer bei sehr schweren Unglücksfällen nicht alle Zellen bzw. Gewebe bzw. Organe des Körpers gleichzeitig sterben und der Tod aller Zellen auch gar nicht direkt nachweisbar ist. So wird man sinnvollerweise nach Symptomen fragen, die im Prozeß des Sterbens das endgültige Ende des lebenden Organismus, die Desintegration des Organismus als eines Ganzen anzeigen, d. h. die gewissermaßen einen Punkt markieren, ab welchem dieser Prozeß mit Sicherheit, unumkehrbar und in absehbar kurzer Zeit auf den Tod aller Zellen hinausläuft.

⁵ Frowein, R. A., 1989, S. 1181 f.

⁶ Dies wurde von Gerlach vertreten. Siehe Gerlach, J., 1968.

Die Festlegung des Todeszeitpunktes erfolgt bis zu einem gewissen Grad "willkürlich". Grundsätzlich handelt es sich um die Festlegung eines Zeitpunktes innerhalb eines Sterbeprozesses, an dessen Ende das Erlöschen sämtlicher biologischer Lebenszeichen in sämtlichen Körperzellen steht. Strenggenommen wird nicht der Zeitpunkt des Todes, sondern die Tatsache des bereits eingetretenen Todes festgestellt.⁷

Die genaue Bestimmung der Todeszeit wurde wichtig und zugleich schwierig, als man sich nach der Einführung der Reanimation⁸ entscheiden mußte, wann und unter welchen Umständen Wiederbelebungsmaßnahmen eingestellt werden dürfen. Und zwar nötigte die Gewinnung frischer Organe zu Transplantationszwecken zu einer möglichst genauen Feststellung des Zeitpunktes des Todes. So drängte sich die Frage auf, wann und wo innerhalb des Krankheitsgeschehens mit Recht der Tod des menschlichen Individuums angenommen werden kann und darf.

Den Tod festzustellen war früher und ist in den meisten Fällen auch heute noch relativ einfach, da die Diagnose des sistierenden Herzschlages praktisch mit dem Todeszeitpunkt gleichgesetzt wurde. Durch Reanimation und offene Herzchirurgie ist diese klare Feststellung aber nicht mehr mit Sicherheit möglich. Denn der Tod eines Menschen als Ganzes kann trotz eines eingetretenen oder in der Herzchirurgie induzierten Herzstillstandes verhindert werden, wenn Kreislauf und Atmung für die Dauer des Herzstillstandes aufrechterhalten werden. Der Tod ist also nur insofern an den Herzstillstand geknüpft, als der Hirntod diesem in wenigen Minuten folgt, wenn der Kreislauf nicht anderweitig aufrecht erhalten werden kann.

Umgekehrt können Wiederbelebungsmaßnahmen den Ausfall der gesamten Hirnfunktion nicht verhindern, wenn die Reanimation entweder zu spät einsetzt oder wenn der Hirnfunktionsausfall die primäre Ursache des Atem- und Kreislaufzusammenbruchs ist. Den Hirntod gibt es also auch noch, nachdem die maschinelle Dauerbeatmung zur Verfügung steht.

Eines der entscheidenden Probleme durch und für die heutige Medizin ist dadurch geschaffen, daß durch technische Entwicklungen das Leben bestimmter vitaler Organe für eine bestimmte Dauer verlängert werden kann. Aus diesem Grund ergibt sich die Frage: Welche Organe sind so fundamental, daß ihr Verlust mit dem Tod des Organismus als Ganzes gleichzusetzen ist?

Erst Ende der 60er Jahre begannen im Bereich der Medizin Überlegungen, ob Patienten in vegetativem Zustand, die künstlich beatmet oder ernährt werden müssen und keine Chance haben, jemals aus ihrem komatösen Zustand zu erwachen, für hirntot erklärt werden sollten. Damit sollten Voraussetzungen für Entscheidungen über das Abstellen von lebenserhaltenden Geräten und die Entnahme von Organen, die für andere Schwerkranke nützlich oder gar lebensnotwendig sind, geschaffen werden. Es wurden in langen Auseinandersetzungen Kriterien für die einwandfreie Feststellung des Hirntodes erarbeitet, die inzwischen in vielen Ländern anerkannt sind und bei Eingriffen zugrunde gelegt werden. So wurden Handgriffe und medizinische Eingriffe und Verfahren, wie das Abstellen von Beatmungsgeräten und die Entnahme und Wiederverwertung von Organen, die zuvor als Teile einer Vivisektion gegolten hätten, durch eine genaue Bestimmung des Begriffs "Hirntod" für legitim erklärt.

⁷ Wagner, W., 1995, S. 204 f.

⁸ Aufgrund seines medizinischen Behandlungsauftrages ist der Notarzt verpflichtet, nach Feststellung eines Herzkreislaufstillstandes und der Diagnose "klinischer Tod" unverzüglich mit den Reanimationsmaßnahmen zu beginnen. Nur so kann er noch weiteren Schaden für den Patienten und den Eintritt des biologischen Todes aufgrund einer irreversiblen Schädigung des Gehirns abwenden.

4.2. Untersuchungen über die Todesbegriffe

Menschen sterben ganz verschieden nach Alter und Ursache: Z. B. entweder nach einem Krankheitsprozeß sehr verschiedener Art und Dauer oder unerwartet in Folge einer plötzlich entstehenden Krankheit oder eines Unfalls oder am Nachlassen der Kräfte durch hohes Alter. Unter gewöhnlichen Bedingungen wird ein Mensch nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand für tot erklärt.⁹ Der endgültige oder biologische Tod tritt erst nach Tagen ein, wenn jede Zelle des Körpers gestorben ist. In dieser Phase können Haare und Nägel weiterwachsen, und gewisse Organe sind, wenigstens zu Beginn dieser Phase, noch lebens- und funktionsfähig und können transplantiert werden.

Im allgemeinen wird der Tod verstanden als das Ende des Menschen als Lebewesen und als Organismus in seiner Ganzheit. Der Organismus als Funktionseinheit endet mit dem Tod des gesamten Gehirns und der irreversible Ausfall der Hirnfunktion wird als eindeutiges Todeszeichen gewertet.

4.2.1. Was ist "Hirntod"?

Der Übergang von den "klassischen", an Herz-Kreislauf- und Atemfunktionen orientierten Todesbestimmungen zum "Hirntod" wurde vor allem durch neuere Entwicklungen in den medizinischen Wissenschaften gefördert, namentlich durch die Ergebnisse der Hirnforschung, die eindeutig das Gehirn¹⁰ als dasjenige Organ erkennen ließen, das alle höheren "seelischen" bzw. geistigen Leistungen ermöglicht, die wir gewöhnlich als Bestandteile einer jeweils einmaligen Person ansehen. Das Gehirn als Zentrum aller bewußten und unbewußten Informationen unseres Körpers ist nicht nur als Voraussetzung für die Existenz der menschlichen Person anzusehen, sondern auch als das biologische Steuerungssystem unseres Organismus schlechthin, ohne das ein Leben des Organismus als Ganzes nicht mehr möglich ist.¹¹

Das unwiderrufliche Auseinanderfallen der leibseelischen Ganzheit eines Menschen geschieht durch den Ausfall des vom Gehirn regulierten Zentralnerven- und Kreislaufsystems und den dadurch bedingten Zusammenbruch der Koordinierung des gesamten Organismus. Lebensträger sind nicht die einzelnen Zellen, sondern das Individuum, dessen Tätigkeit auf die Integrationskraft des Gehirns angewiesen ist. Darum können die Bezeichnungen "Hirntod" und "Individualtod" als identisch angesehen werden.

Im Sinne der Hirntoddefinition ist der Mensch genau dann tot, wenn über den irreversiblen Verlust seiner Bewußtseinsfähigkeit hinaus seine Fähigkeit zur Integration und zentralen Steuerung seiner Körperfunktionen irreversibel erloschen ist.

⁹ Nach dem Konzept des Herz-Kreislauf-Todes ist der Mensch erst dann tot, wenn der Blutkreislauf in seinem Körper irreversibel zusammengebrochen ist.

¹⁰ Gehirn: das Zentrum, das die aus der Umwelt kommenden Reize auffängt und verarbeitet, Impulse auslöst und Körperfunktionen steuert. Das Großhirn ist Sitz von Bewußtsein, Wille, Intelligenz, Gedächtnis und Lernfähigkeit. Das Kleinhirn ist vor allem für den richtigen Ablauf aller Körperbewegungen verantwortlich; zudem ermöglicht es die Orientierung im Raum. Im Hirnstamm liegen besonders wichtige Zell- und Fasersysteme als Steuerungszentren für Atmung und Blutkreislauf.

¹¹ Der Grund dafür, dem zentralen Steuerungsorgan - dem Gehirn - eine für Leben und Tod des Menschen so essentielle Rolle zuzuerkennen, liegt darin, daß die individuelle Identität des Menschen an das Gehirn gekoppelt ist. Ein ohne die Beteiligung des Gehirns ausschließlich von einer Maschine gesteuerter menschlicher Körper stünde insofern mit dem früheren Menschen in keiner Identitätsbeziehung.

D. Birnbacher, 1995, S. 354.

Die Definition des Hirntodes basiert auf dem irreversiblen Erlöschen der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (unter Beatmung, mit Herz-Kreislauf-Funktion). Dieser Zustand wird als Tod des Menschen bezeichnet. Die Aufzählung von "Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm" grenzt diese Definition und ihre Kriterien eindeutig gegenüber Teilhirntod-Konzepten ab.

Eine große Rolle für die Rechtfertigung der Hirntod-Definition spielte bisher das Argument, daß damit keine neue Todesdefinition eingeführt, sondern lediglich die alte Auffassung des Todes durch ein neues Kriterium ergänzt würde.¹² Der vollständige und irreversible Funktionsausfall des Gehirns ist lediglich ein weiteres Kriterium für denselben Sachverhalt des Todes, der ohne Wiederbelebung durch den irreversiblen Herz-, Kreislauf- sowie Atemstillstand angezeigt wird.

Beim Hirntodkonzept wird die Grenze zwischen Leben und Tod dadurch markiert, daß die einzelnen Organe und Organsysteme nicht mehr zentral gesteuert und nicht mehr zum Ganzen integriert werden können.

Der Hirntod wird meistens durch einen Hirndruck verursacht, der zum Stillstand der Hirndurchblutung führt, was spätestens nach zehnmütiger Dauer den irreversiblen Ausfall der integrativen Hirnfunktion zur Folge hat.¹³ Das Erreichen der Null-Linie im Elektroencephalogramm¹⁴ und das Aufhören der Hirndurchblutung (negatives Angiogramm) sind heute gleichbedeutend mit der Diagnose "Hirntod".¹⁵

¹² D. Birnbacher, H. Angstwurm, F. W. Eigler, H.-B. Wuermeling, 1993, S. 1969.

¹³ Infolge des Ausfalls der Hirntätigkeit fehlen Wahrnehmung, Denken und Fühlen, also alle Zeichen eines geistigen und personalen menschlichen Lebens. Es fehlen die Bewegungen der Augen, des Gesichts, der Kiefer, des Schlundes und der Zunge; dadurch sind Niesen, Husten und Erbrechen unmöglich gemacht. Es fehlt die Verengung der Pupille nach Beleuchtung des Auges, die Änderung der Augenstellung nach einer Kopfdrehung durch den Untersucher und nach einer Reizung des Gleichgewichtsorgans durch eine Spülung des Gehörgangs mit kaltem oder warmem Wasser; es fehlt jede Antwort auf Reize außen am Kopf oder innen in der Nase, im Mund, im Rachen und auch in der Luftröhre; es fehlt die Anpassung des Blutdrucks und der Herzschlagfolge an die jeweilige Lage sowie die Änderung von Puls und Blutdruck bei den entsprechenden ärztlichen Untersuchungen; es fehlt die Tagesschwankung der Körpertemperatur, die Steuerung innerer Drüsen wie Nebenniere und Schilddrüse und die Steuerung des Wasserhaushaltes mit Hilfe der Nieren. Am deutlichsten ist vielleicht das Fehlen der Atmung.

Siehe dazu Janzen, R. W. C., Hohnstädt, P., Lachenmayer, L., Rohr, W. und Neunzig, H. P., 1985, S. 582.

¹⁴ Eine hirnelektrische Stille (Null-Linien-EEG) steht nach einer kontinuierlichen Registrierung über mindestens 30 Minuten fest. "Der Streit um die Bedeutung des EEG's bei der Diagnose des dissoziierten Hirntodes ist fast so alt wie das Konzept des Hirntodes selbst. Während ein Teil der Autoren der Auffassung ist, der eingetretene Hirntod könne allein mit den Mitteln der klinisch-neurologischen Untersuchung festgestellt werden, halten andere das EEG als Zusatzuntersuchung für erforderlich. Beide Methoden prüfen allerdings ganz unterschiedliche Dinge: Die neurologische Untersuchung des komatösen Patienten erfaßt vor allem Hirnstammfunktionen, das EEG dagegen spiegelt in erster Linie die elektrische Aktivität des Großhirns wider."

Siehe Ferbert, A., Buchner, H., Ringelstein, E. B. und Hacke, W., 1985, S. 587.

Bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr muß wegen der physiologischen Unreife des Gehirns das EEG nach 24 Stunden wiederholt werden, bevor der Hirntod festgestellt werden kann und darf. Dieses besondere Verfahren arbeitet mit einer längeren Beobachtungsdauer unterbrochener Hirnfunktionen und gründet sich auf die klinische Erfahrung, daß das noch wenig differenzierte Gehirn eine größere Hypoxietoleranz aufweist als das reifere. Weshalb Frühgeborene gegen zerebrale Hypoxie resistenter sind als Termingeborene und diese wiederum weniger empfindlich sind als Säuglinge jenseits der Neugeborenenperiode, ist unbekannt.

Siehe Isler, W., 1985, S. 554, Entwurf eines Mustergesetzes zur Transplantation (Stand 28. 9. 1993).

¹⁵ Wenn an Rückenmarkstätigkeit gebundene, für andere wahrnehmbare Äußerungen wie z. B. unwillkürliche Bewegungen an Armen, Beinen und Rumpf zu beobachten sind, werden sie immer wieder Zweifel erwecken bei "Feststellung" fehlender Hirntätigkeit und daraus entstandenem "Hirntod". Aber die Unterscheidung zwischen Leistungen des Gehirns und des Rückenmarks ist für einen Facharzt einfach.

Der Hirntod tritt bei Verwendung von Reanimation als isoliertes Organversagen des gesamten Gehirns ein. So kann er zum Beispiel als Folge eines malignen Hirnödems mit exzessiver Hirndrucksteigerung unter den Bedingungen einer Intensivbehandlung eintreten. Letztere führt über eine allgemeine Gefäßkompression zum intrakraniellen Zirkulationsstillstand und damit zu einer völligen Ischämie des gesamten Gehirns - Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm betreffend -, während die Durchblutung des übrigen Organismus aufrechterhalten bleibt. Es liegt hier ein dissoziierter oder partieller Tod vor, der isoliert das Gehirn befallen hat und eine Organentnahme zum Zwecke der Transplantation ermöglicht.

Da beim Hirntod der wirkliche Zeitpunkt seines Eintritts jedoch nicht eindeutig feststellbar ist, wird der Zeitpunkt,¹⁶ zu welchem die endgültigen diagnostischen Feststellungen getroffen werden, genau vermerkt.¹⁷ Die

Bundesärztekammer erklärt, für den Menschen bedeute der Ausfall der gesamten Hirnfunktionen schließlich den Verlust der unersetzlichen physischen Grundlage seines leiblich-geistigen Daseins in dieser Welt. Darum sei der Hirntod für den Menschen ein sicheres Todeszeichen.¹⁸

Der Mensch, die Person, das Individuum, dieses erlebende, reagierende und handelnde Wesen existiert nach eingetretenem Hirntod nicht mehr.

4.2.2. Kritik von Gegnern des Hirntodkonzeptes

Während eine biologische Definition des Todesbegriffs, die den Tod als endgültigen Stillstand des strukturerhaltenden Stoffwechsels festlegt, für alle Lebewesen zutreffend und eindeutig ist, wird die Einführung des Begriffs "Hirntod" von vielen Seiten angefochten. Denn der Gedanke, daß der irreversible Funktionsausfall des Gehirns mit dem Tod des Individuums identisch ist, scheint, so behaupten die Gegner des Hirntodkonzeptes, von der Vorstellung auszugehen, daß ein Teil des biologischen Individuums dieses unmittelbar präge.¹⁹ Träger des biologischen Lebens sei jedoch nach Ansicht der Hirntodgegner nicht ein einzelnes Organ, sondern das integrierte Gesamtsystem, das wir Körper nennen.

Gegen die Definition des Hirntodes und das ihr zugeordnete Hirntodkriterium sind überwiegend Einwände im Hinblick auf die drei folgenden Felder erhoben worden: a) in Bezug auf den Todesbegriff, b) vom medizinischen Standpunkt aus, c) aufgrund ethischer Probleme.

a) Einwände gegen den Todesbegriff:

Den Kritikern des Hirntodkonzepts zufolge ist ein hirntoter Mensch nicht ein Toter, sondern ein Sterbender, weil zum Zeitpunkt des Hirntodes noch Lebenszeichen in den übrigen Organen bestünden.²⁰

Wegen der Unbestimmbarkeit der genauen Grenzlinie zwischen Leben und Tod sprechen sich einige gegen die Hirntodkriterien aus. Nach ihrer Auffassung seien hirntote Menschen erst

¹⁶ Als Zeitpunkt des Hirntodes gilt diejenige Uhrzeit, zu der erstmals das vollständige und bleibende Fehlen der Hirntätigkeit nachgewiesen ist.

¹⁷ Bundesärztekammer, 1986.

¹⁸ Bundesärztekammer, 1993, S. 1975.

¹⁹ Siehe dazu Gerlach, J., 1970, S. 65 ff.: Vgl. auch Kautzky, R., 1972, S. 9 f.

²⁰ Man muß jedoch darauf achten, daß ein Hirntoter vollständig und irreversibel seine gesamten Hirnfunktionen verloren hat und durch eine Maschine unterstützt wird.

partiell Tote²¹ und der Hirntod bedeute einen gewissen Zustand des Menschen, auf den bestimmte Kriterien bezüglich der Funktionsfähigkeit eines Organs zutreffen.

Die Gegner der Hirntodkriterien behaupten, daß der Hirntod ein Übergangszustand im Sterbeprozess sei²² und weisen darauf hin, daß eine Person nicht auf ihre Hirnteile reduziert werden kann.²³ Die Funktionen des Gehirns dienen dem Subjekt des Bewußtseins, seien jedoch nicht mit ihm identisch. Daher folge aus dem irreversiblen Hirntod keineswegs der Tod des Subjekts.²⁴ Ferner sei unser Nichtwissen bezüglich der Voraussetzungen und des genauen Augenblicks des Todes zu groß, als daß man die für die Explantation von Organen geforderte moralische Gewißheit über die Identität des Todes mit dem Hirntod erlangen könnte.²⁵

Seifert schlägt daher vor, das organische Leben des Menschen als einzig haltbares Kriterium für das menschliche Leben und für die menschliche Präsenz anzusehen und den irreversiblen Stillstand der primären organischen Lebenszeichen (d. h. irreversiblen klinischen Tod) als einzig haltbare medizinische Definition des Todesbegriffs bzw. als Kriterium des objektiven Todes anzunehmen.

b) Einwände vom medizinischen Standpunkt aus:

Von diesem Standpunkt aus gesehen, ist nach Ansicht der Gegner der Hirntoddefinition die Diagnose "Hirntod" mit der Möglichkeit der Fehldiagnose behaftet.

Nach dieser Auffassung ist der Ausfall sämtlicher Funktionen des Gehirns bei einem bewußtlosen und künstlich beatmeten, schwer hirngeschädigten Patienten nicht diagnostizierbar.²⁶

Die medizinische Literatur berichtet, daß die üblichen Todeskriterien wie lichtstarre Pupillen, Ausfall der Spontanatmung und Reflexlosigkeit in solchen Situationen keine sicheren Todeskriterien seien. Da das EEG lediglich die elektrische Aktivität der Großhirnrinde, nicht jedoch die des für die Todesfeststellung ebenfalls maßgeblichen Hirnstamms erfaßt, wird darüber hinaus die Anwendung von

Zusatzuntersuchungen, z. B. Angiographie empfohlen,²⁷ bei der dem Patienten eine Kontrastflüssigkeit unter hohem Druck in die zum Gehirn führenden Blutgefäße injiziert wird. Auf diese Weise wird die Darstellung der Blutgefäße des Gehirns und damit das Maß der noch stattfindenden Sauerstoffversorgung auf dem Röntgenshirm möglich. Jedoch wird kritisiert,²⁸ daß die Durchführung der Angiographie die körperliche Integrität eines möglicherweise noch lebenden Spenders aufs Spiel setze und eine strafbare Handlung darstellen könne.²⁹

²¹ Siehe dazu Jörns, K-P., 1993, S. 12, Zwierlein, E., 1993, S. 26, Meran, J., Poliwoda, S., 1992, S. 168.

²² So z. B. Eibach, U., 1974, S. 101, Thomas, H., 1993/94, S. 165.

²³ Siehe dazu Linke, D. B., 1991a, S. 68, Seifert, J., 1990, D2.

²⁴ Seifert, J., ebd.

Aber diese Behauptung scheint unplausibel, weil ohne das funktionierende Gehirn das Subjekt nicht existieren kann.

²⁵ Seifert, J., a. a. O., Jonas, H., 1987, S. 233.

²⁶ Klein, M., 1995a, S. 6-15.

Die Entwicklung der neueren technischen Untersuchungsmöglichkeiten ist derzeit auf manchen Gebieten noch nicht abgeschlossen oder die klinische Erfahrung noch gering. Bei der Bewertung des intrakraniellen Druckes in seiner Auswirkung auf die Hirndurchblutung ergeben sich noch große methodische Schwierigkeiten.

²⁷ Gerstenbrand, F., Pfausler, B., Marosi, M., 1990, S. 558, Bundesärztekammer, 1993, S. 1975-1977.

²⁸ Siehe Klein, M., 1995b, S. 502.

²⁹ Hingegen behauptet Spittler: Eine theoretisch denkbare Fehldiagnose liege hier mit Sicherheit nicht darin, einen kerngesunden oder fast kerngesunden Menschen für tot zu erklären. Theoretisch zu betrachten wäre allenfalls die

c) Einwände auf Grund ethischer Probleme:

Nach Auffassung von H. Jonas ist das Hirntodkonzept nur entwickelt worden, um Organe zu Transplantationszwecken zur Verfügung zu haben, und nehme die Leiblichkeit des Menschen nicht ernst genug. Damit impliziere die Praxis der Hirntoddiagnostik eine gewisse Willkürlichkeit der Festsetzung des Todeszeitpunktes.³⁰

Einige Autoren lehnen den "Hirntod" als Kriterium des tatsächlichen Todes ab und verlangen, daß bei Annahme des Kriteriums "Hirntod" keine Organexplantationen durchgeführt werden dürfen, selbst wenn die theoretischen Argumente gegen die Gleichsetzung des menschlichen Todes mit dem Hirntod nicht zwingend sind. Oft wird behauptet, der "Hirntod" stelle als Todeszeichen des Menschen bloß eine pragmatische Vereinbarung dar, die letztlich von Interessen geleitet und bereits deshalb fragwürdig sei.

5. Rechte des Verstorbenen und Regelungen zur postmortalen Organspende

5.1. Rechte des Verstorbenen

Da der Tod uns alle trifft, sind Überlegungen für das Lebensende unausweichlich, insbesondere dann, wenn unsere Leiche als Organquelle therapeutischen Zwecken dienen könnte.

Sind wir verpflichtet, die Rechte von Verstorbenen zu schützen, während wir andererseits den Toten keine Pflichten mehr auferlegen können und sie als solche nicht mehr für das verantwortlich machen können, was sie zu Lebzeiten getan haben?

Ein Recht haben bedeutet, auf etwas gegenüber irgend jemandem einen Anspruch zu haben, dessen Anerkennung entweder durch Gesetze oder durch die Moral gefordert wird. Es erhebt sich zunächst die Frage, ob es sinnvoll oder begrifflich möglich ist, von den Rechten der Verstorbenen zu reden. Ein Rechtsträger muß möglicher Nutznießer dieser Rechte sein, d.h. die Rechte von Toten müssen den Toten selber dienen. Zudem muß ein Rechtsträger auch Interessen haben, die er in seinen Ansprüchen vertritt.

Es ist jedoch unmöglich zu hinterfragen, ob Verstorbene irgendwelche Interessen haben, und wenn ja, welche es im einzelnen sind.

Ein Mensch kann zu Lebzeiten ein bestimmtes Interesse haben, das auch nach seinem Tod erfüllbar sein kann.¹ Aber man kann nicht nachweisen, daß er nach seinem Tode immer noch dieses Interesse hat. Trotzdem sollten die Rechte von Menschen über ihren Tod hinaus geschützt werden, denn sie dienen auch den Interessen der Lebenden und nehmen ihnen unnötige Beunruhigung und Sorge.

Der Leichnam ist die symbolische Präsenz der Person, der er zu irdischen Lebzeiten als Leib gedient hat, obwohl die Person nicht mehr mit diesem Leib identifizierbar ist. Er drückt - wenigstens vor dem Eintreten des Verwesungsprozesses - noch die Persönlichkeit des Verstorbenen aus, auch wenn die Person nicht mehr wie in Lebzeiten existiert. Da der Verstorbene selbst nicht mehr als Rechtsträger in Betracht kommt, geht sein Persönlichkeitsrecht auf die nahen Angehörigen über, obwohl es eigentlich unübertragbar und unvererblich ist. Die Angehörigen sind Träger eines eigenen Persönlichkeitsrechts mit Schutzpflichten und Sorgerechten zugunsten des Verstorbenen. Sie können z. B. durch eine ihnen vorher nicht bekannte Sektion, Organexplantation oder andere nicht abgesprochene medizinische Versuche an dem Verstorbenen unter Umständen psychische Verletzungen erleiden.

Die Entnahme von Körpersubstanzen und jede sonstige Form der "Nutzung" einer Leiche bedarf der (zu Lebzeiten erklärten) Einwilligung des Verstorbenen oder notfalls seiner Angehörigen. Liegt eine solche Einwilligung nicht vor, ist die Organentnahme rechtswidrig und verstößt insbesondere gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht, das von der Rechtsprechung aus Art. 1 und 2 GG als absolutes, gegen jedermann wirkendes Recht geschützt ist. Aus Art. 2 Abs. 2 GG folgt, daß als Fortwirkung der Persönlichkeitsrechte des Lebenden über den Tod hinaus auch der zu Lebzeiten geäußerte Wille über die Art der Behandlung des Körpers nach dem Tode zu respektieren ist. Das Persönlichkeitsrecht verlangt, daß niemand gegen oder ohne seinen Willen mit einem Eingriff in seinen Leichnam rechnen muß.

¹ Feinberg behauptet, daß fast jeder den Wunsch habe, daß sein guter Ruf auch noch nach seinem Tod geschützt wird, wenigstens solange wie seine Zeitgenossen leben. Feinberg, J., 1988, S. 164.

Das Recht der Selbstbestimmung über den eigenen Körper gilt auch über den Tod hinaus. Das Rechtsgebot, die Unversehrtheit des Leichnams zu sichern, hängt zusammen mit dem Gebot, die Menschenwürde zu achten. Zivilrechtlich gesehen kann durch eine Explantation das fortwirkende Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen, das nach seinem Tode von den Angehörigen vertreten wird, verletzt werden.² Es ist daher rechtswidrig und unsittlich, einen Leichnam ohne konkrete Zustimmung des Verstorbenen oder der Angehörigen zu nutzen. Nach § 168 StGB wird jemand, der unbefugt Leichenteile aus dem Gewahrsam des Berechtigten wegnimmt, bestraft. Diese Bestimmung beruht auf dem Gedanken einer allgemeinen humanen Pietät und soll die Ehrfurcht vor dem Toten schützen.³

Schließlich umfaßt das Rechtsgut 'Pietät' nicht nur das individuelle Anliegen der Angehörigen, dem Toten ihre Anteilnahme zu bezeugen. Es impliziert auch soziale Aspekte, nämlich das störungsfreie Zusammenleben der Gemeinschaft.

5.2. Regelungen zur postmortalen Organspenden

Dem Wohl eines anderen zu dienen wird in manchen ethischen Theorien als eine moralische Pflicht bewertet, wenn die entsprechende Handlung dem Handelnden selbst keine unzumutbaren Opfer abverlangt.

Bei der postmortalen Organentnahme zum Zweck der Organtransplantation ist es unumstritten, daß der Wille des Verstorbenen geachtet werden soll, falls er bekannt ist. Der Eingriff ist zulässig, wenn der Tod festgestellt ist⁴ und die Verstorbenen zu Lebzeiten eingewilligt haben. Er ist unzulässig, wenn sie der Entnahme zu Lebzeiten widersprochen haben. Schwierigkeiten ergeben sich erst, wenn keine Erklärung des Verstorbenen vorliegt.

5.2.1. Zustimmungslösung

Voraussetzung für eine Organentnahme von Hirntoten ist in manchen Ländern, wo solche Fragen nicht durch ein eigenes Transplantationsgesetz geregelt sind, entweder die Zustimmung des Spenders zu Lebzeiten oder/und die Zustimmung seiner Angehörigen (erweiterte Zustimmungslösung). Falls der Wille des Verstorbenen nicht bekannt ist, müssen bei der erweiterten Zustimmungslösung die Angehörigen ihre Zustimmung ausdrücklich erteilt haben, bevor die Organe eines Hirntoten entnommen werden dürfen. Die deutschen Transplantationszentren praktizieren bisher die erweiterte Zustimmungslösung. Diese geltende Regelung wird aus den Selbstbestimmungsrechten des Hirntoten bzw. aus dem Totensorgerecht der Angehörigen hergeleitet.

Mit dem Erfordernis einer Zustimmung bzw. einer Beteiligung der Angehörigen an der Entscheidung wird am besten sichergestellt, daß dem Willen des Verstorbenen entsprochen und

² Schreiber, H.-L., Wolfst, G., 1985, S. 37.

³ Andererseits wird bezweifelt, ob die Ehrfurcht und das Pietätsempfinden durch eine Transplantatentnahme verletzt werden. Fraglich ist ebenfalls, ob sich eine Organentnahme aus Leichen mit einer Wegnahme aus dem "Gewahrsam des Berechtigten" identisch ist. Schreiber behauptet: "Eine Körperverletzung kann nur an einem lebenden Körper begangen werden", und von "Diebstahl, Unterschlagung und Sachbeschädigung" kann nicht die Rede sein, "weil eine Leiche keine Sache ist und niemandem gehört." "Strafrechtlich ist der Leichnam nicht gegen eine Organentnahme geschützt, auch wenn sie ohne Zustimmung oder gegen den Willen des Verstorbenen oder seiner Angehörigen erfolgt". Schreiber, H.-L., Wolfst, ebd., S. 35 f.

⁴ Die Anerkennung der Hirntoddefinition als Voraussetzung für eine Organentnahme stellt eine Übereinstimmung zwischen Spender, Empfänger, Angehörigen und Ärzten her.

damit sein Selbstbestimmungsrecht respektiert wird. Eine rechtswidrige Explantation verletzt das fortwirkende Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen. Es ist zunächst unbestritten, daß die Einwilligung des Verstorbenen die Explantation rechtmäßig macht. Der Einwilligende muß die Bedeutung des Eingriffs verstanden und eine Erklärung frei von Zwang oder Täuschung abgegeben haben.

Der Wille des Verstorbenen kann, wenn keine ausdrückliche Willensäußerung vorliegt, nur mit Hilfe ihm nahestehender Personen herausgefunden werden. Die Vorstellung, daß am Körper des Verstorbenen ein Eingriff vorgenommen wird, berührt häufig die Gefühle der Hinterbliebenen.

Obwohl nach allgemeiner Rechtsauffassung Angehörige das Sorgerecht für den Leichnam des Verstorbenen, aber kein Verfügungsrecht haben, sollte ihr Wille auch geachtet werden. Denn die Angehörigen sind diejenigen, die durch eine Organentnahme zutiefst verletzt werden könnten, wenn die Organentnahme gegen ihren Willen durchgeführt wird.

Das Totensorgerecht der Angehörigen hat sich am Willen des Toten zu orientieren. Die Entscheidung eines Verstorbenen für oder gegen eine Organentnahme muß respektiert werden, wenn ein solcher Wille bekannt ist. Die Meinung, daß Eingriffe von der Einwilligung der Angehörigen abhängig gemacht werden sollen, falls der Wille des Verstorbenen unbekannt ist, muß nach weit verbreiteter Auffassung auch respektiert werden.

5.2.2. Widerspruchslösung

Bei der "Widerspruchslösung" muß der Verstorbene zu Lebzeiten erklärt haben, daß er einer Organentnahme nicht zustimme, oder müssen die Angehörigen diesen Eingriff verweigern (erweiterte Widerspruchslösung).

Die Befürworter dieser Regelung schlagen vor, daß Ärzten beim Fehlen von Dokumenten Organentnahmen unbeschränkt erlaubt seien.

Liegt kein Einspruch vor, brauchen die Ärzte keine Rückfragen zu machen, bevor sie verpflanzbare Organe entnehmen. Die Befürworter⁵ der Widerspruchslösung meinen, daß diese Regelung niemandem gegen seinen Willen den Zugriff auf seinen Leichnam aufdränge. Dem einzelnen solle nur zugemutet werden, ausdrücklich und ohne Begründung zu erklären, daß er einen etwaigen Eingriff zu Zwecken der Organtransplantation ablehne. Diese Regelung gilt z.B. in Österreich und Frankreich. Für die Widerspruchslösung spricht, daß sie hoffen läßt, eine größere Zahl transplantierbarer Organe zu gewinnen.

Mit der Widerspruchslösung legt der Gesetzgeber eindeutig fest, daß auch solchen Personen, die z.B. vor Gericht gesetzlich vertreten werden müssen - wie Minderjährige, psychisch Kranke und geistig Behinderte - Organe entnommen werden dürfen, sofern vom Widerspruchsrecht kein Gebrauch gemacht wird (worden ist).⁶

Die Widerspruchslösung läßt sich verfassungskonform festlegen, wenn gewährleistet ist, daß der einzelne in der Lage ist, sein Selbstbestimmungsrecht auszuüben. Eine andere Rechtfertigung der gesetzlichen Entscheidung für die Widerspruchslösung liegt in der Vermutung, daß derjenige, der keinen Einspruch einlegt, kein wirkliches Interesse an der Unversehrtheit seines Leichnams habe. Angehörige werden nach dieser Regelung nicht befragt. Maßgeblich ist nicht, ob der Verstorbene widersprochen hat, sondern ob der Arzt von diesem Widerspruch in Kenntnis gesetzt worden ist.

⁵ Z. B. D. Birnbacher, H.-L. Schreiber.

⁶ Margreiter, R., 1992, S. 186, Bei einem Kind, das zum Todeszeitpunkt noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet hatte, oder einem Verstorbenen, der vor seinem Tod einwilligungsunfähig war, wird der Eingriff durch Einwilligung oder Einspruch von deren gesetzlichen Vertreter entschieden. Entwurf eines Mustergesetzes zur Transplantation (Stand 28. 9. 1993).

Die Widerspruchslösung geht aus von einer Abwägung zwischen dem Interesse an der Erhaltung menschlichen Lebens eines Einzelnen (des Transplantatempfängers) und der Achtung des Willens eines Einzelnen (des Transplantatspenders).

Mir scheint zweifelhaft, ob das Fehlen einer schriftlichen Ablehnung einfachhin einem schweigenden Einverständnis des Verstorbenen gleichgesetzt werden darf. Die Organspende sollte möglichst ein freiwilliger Akt bleiben, was bei der Widerspruchslösung nicht so deutlich zum Ausdruck kommt.

5.2.3. Anfrageregelung und Informationslösung

Nach der in einigen US-Staaten geltenden Anfrageregelung müssen die Angehörigen immer pflichtmäßig gefragt werden, wenn keine Zustimmung des Verstorbenen vorliegt. Diese müssen einer Organentnahme aber klar zustimmen, bevor Organe entnommen werden dürfen. Die Anfrageregelung⁷ verlangt, daß man die Angehörigen um ihre Zustimmung zur Explantation bittet.

Hingegen verlangt die Informationsregelung, den Angehörigen eine Möglichkeit zum Widerspruch zu geben. So sucht man das Vertrauen der Bevölkerung zu Transplantationsmedizinern zu gewinnen und kann aller Voraussicht nach die Zahl potentieller freiwilliger Spender erhöhen. Zudem muß bei gesetzlichen Verpflichtungen der Einzelne vorher genau wissen, was ihn erwartet und was man von ihm fordert.

Die Arbeitsgemeinschaft der deutschen Transplantationszentren schlägt eine Informationslösung, eine Art modifizierte Widerspruchslösung, vor. Hierbei müssen die Angehörigen von der beabsichtigten Organentnahme und der Möglichkeit, Einspruch einzulegen, informiert werden. Eine förmliche Zustimmung der Verwandten ist dann nicht notwendig, und Schweigen wird als Einwilligung interpretiert.

Dies führt, so behaupten die Befürworter der Informationslösung, zu einer erwünschten Entlastung derjenigen, die mit der Frage der Organentnahme nach einem plötzlichen und unerwarteten Tod eines nahestehenden Menschen konfrontiert werden. Dennoch scheint mir zweifelhaft, ob diese Regelung eine Entlastung für die Angehörigen sein kann. Denn Schweigen wirkt in diesem Fall genauso wie eine Einwilligung.

Die Zulässigkeit der Entnahme soll bei der Informationslösung dann gesichert sein, wenn keiner der nächsten Angehörigen eine Explantation bis zu deren Beginn abgelehnt hat. In den Fällen, in denen keine Angehörigen oder nahestehenden Personen erreicht werden können, muß man eine Organentnahme unterlassen. Andernfalls darf ein Richter die Organentnahme anordnen, falls der Verstorbene seinen ständigen Wohnsitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hatte (eine Organentnahme nach den Regeln des allgemein rechtfertigenden Notstandes).

Jede Art von Einspruch, sei es durch ein Dokument des Verstorbenen oder durch die Angehörigen, verbietet die Explantation. Aber die Angehörigen können sich oft nicht so schnell entscheiden, und die Zeit, die für sorgfältige Überlegungen bleibt, ist knapp bemessen.

5.2.4. Befragungslösung

⁷ B. Schöne-Seifert schlägt eine plausible und behutsame Lösung vor. Ihrer Ansicht nach sollte man gleichzeitig alles tun, um den Eindruck einer gesetzlichen Spendepflicht zu verhindern. Dies allein sollte Grund sein, sich erneut mit der schwächeren Anfrageregelung zu befassen und sie zu legalisieren. Die Gesellschaft sollte darauf verzichten, den Altruismus zu erzwingen. Schöne-Seifert, B., 1994.

Die bislang praktizierte Freiwilligkeit bei Organspenden reicht jedenfalls nicht aus. Als eine Alternative kann man eine Befragungslösung in Erwägung ziehen. Bei dieser wird jeder einzelne behördlicherseits routinemäßig gefragt, ob er seine Organe im Falle eines Hirntodes spenden würde. Ablehnungen werden in einem zentralen Computer gespeichert und sind jederzeit widerrufbar. Auch Zustimmungen müßten widerrufbar sein. Diese Befragungslösung fordert alle auf, sich zustimmend oder ablehnend zu äußern.

Mit einer solchen Lösung wäre dem Prinzip der Autonomie Genüge getan, andererseits aber der Kreis der Organspender nicht auf diejenigen begrenzt, die sich aus eigener Initiative als Spender zu erkennen geben.

Die benötigte Zahl von Einwilligungen sollte dadurch erreicht werden, daß jeder Bürger - etwa bei medizinischen Reihenuntersuchungen oder anlässlich der Verlängerung des Personalausweises oder bei Erteilung des Führerscheins - über die Möglichkeit zu einer Entscheidung (Einspruch gegen oder Zustimmung zur Entnahme von Organen nach dem Hirntod) informiert wird und daß diese im Personalausweis oder in einem jederzeit abrufbaren Datenspeicher eingetragen oder festgehalten wird.⁸ Dies sollte aber keinesfalls pflichtmäßig von jedem verlangt werden, sondern nur von denjenigen, die solch eine Erklärung freiwillig abgeben möchten.

Für die Befragungslösung spricht außerdem, daß die umständliche Prozedur entfiel, die Angehörigen gleichzeitig mit dem Überbringen der Todesnachricht um ihr Einverständnis zur Organentnahme zu bitten. Es wäre jedoch erforderlich, in Fällen, in denen entsprechende Unterlagen fehlen, die Angehörigen zu befragen, wie sich der Verstorbene entschieden hätte. Den Angehörigen wird dadurch das Recht gegeben, nicht nur die Einstellung und Überzeugung des Verstorbenen, sondern auch ihre eigenen zu äußern und geltend zu machen.

5.2.5. Notstandslösung

Die Notstandslösung⁹ erlaubt die Entnahme eines Organs aus einer Leiche, wenn nur dadurch eine unmittelbare Gefahr für einen Lebenden abgewendet werden kann. Nach dieser Regelung ist grundsätzlich jede Explantation zulässig, wenn sie Heilzwecken dient. Dies kann selbst dann gelten, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten sich gegen eine Organentnahme ausgesprochen hat. Die Explantation sollte nur dann unzulässig sein, wenn sie der Religion oder der Weltanschauung des Verstorbenen widerspricht. Das bloße Fehlen einer Zustimmung durch den Spender bzw. seine Angehörigen verhindert dagegen nicht die Berufung auf den Notstand.

Der Notstand ist ein Ausnahmetatbestand. "Der rechtfertigende Notstand beruht auf dem Prinzip der Güterabwägung: Das geringerwertige Gut darf, wenn es nicht anders möglich ist, im Interesse des höherwertigen geopfert werden. Diese Güterabwägung ergibt hier sicher eindeutig einen Vorrang der Interessen der Lebenserhaltung gegenüber dem der Integrität der Leiche."¹⁰

⁸ Der Entwurf zum Transplantationsgesetz enthält die folgende Maßnahme: Die Bevölkerung wird durch die zuständigen Landesbehörden über die Organspende und -transplantation informiert. Die Einwohnermeldeämter und die Gesundheitsämter halten Organspendeausweise bereit, in denen Widerspruch gegen oder Zustimmung zur Entnahme von Organen und Geweben nach dem Tod zu dokumentieren sind. Siehe Entwurf eines Mustergesetzes zur Transplantation (Stand 28. 9. 1993).

⁹ Grahlmann befürwortet die Notstandslösung. Siehe Grahlmann, H. G., 1977, S. 84.

Eine Notstandslösung d. h. Organentnahme ohne Einwilligung ist in keinem Land zulässig. Siehe Tagungsbericht, Organtransplantation - Organersatz, 1990, S. 98.

¹⁰ Schreiber, H.-L., 1989, S. 42.

Die Frage lautet nun, ob das Leben und die Gesundheit anderer höherwertige Interessen sind als Persönlichkeitsrechte des Verstorbenen und seiner Angehörigen.

Zulässig ist eine Explantation unter Notstandsgesichtspunkten nur, wenn bei Abwägung der einander widerstreitenden Interessen der Wert des geschützten Interesses den des vernachlässigten wesentlich übersteigt. Hierbei müssen u. U. als Rechtsgüter abgewogen werden: die Gesundheit des Organempfängers, evtl. sogar dessen Leben, (geringeres?) Interesse an Integrität des Verstorbenen, evtl. Interesse seiner Angehörigen an der Unversehrtheit des Leichnams, sofern der Verstorbene nicht anderweitig verfügt hat.

Die Notstandslösung scheint mit dem Selbstbestimmungsrecht und der grundgesetzlich gesicherten Achtung der Menschenwürde unvereinbar, weil sie Explantationen auch gegen den ausdrücklich erklärten Willen des Verstorbenen zuläßt, sofern die Erklärung nicht weltanschaulich fundiert ist. Deswegen müßte sie eigentlich generell verboten werden und käme höchstens in Frage, wenn keine Willensäußerung des Verstorbenen vorliegt.

Hinter dieser Regelung stehen folgende Überlegungen: Es gibt sicherlich eine große Zahl von Bürgern, die einer Explantation zustimmen oder gegen sie wenigstens nichts einzuwenden haben. Es gibt gewiß aber auch eine Gruppe von Bürgern, die einer Explantation prinzipiell ablehnend gegenüberstehen.

Nach herrschender Meinung ist ein Überwiegen der Interessen des Organempfängers dann nicht ausschlaggebend, wenn der Verstorbene eine Explantation ausdrücklich verweigert hat. In solchen Fällen kann die Entnahme von Leichenteilen zu Transplantationszwecken nicht ärztliche Pflicht sein.

5.3. Ergebnis

Zweck einer gesetzlichen Regelung sollte sein, das medizinische Interesse Einzelner und der Allgemeinheit an der Verpflanzung möglichst lebensfähiger Organe mit den Forderungen des Persönlichkeitsrechts und der Menschenwürde sowie mit Rechten und Interessen der Hinterbliebenen in Einklang zu bringen.¹¹

Durch Zustimmungs- und Widerspruchsregelungen in erweiterter Form wird dafür in Kauf genommen, daß Angehörige sich nicht immer darauf beschränken, als Stellvertreter des Verstorbenen zu fungieren, sondern auch ihre eigenen Wünsche einbringen. Falls der Verstorbene seinen Willen zu Lebzeiten nicht geäußert hat, hält man es für wünschenswert, Organentnahmen nicht ohne oder nicht gegen den Wunsch der Angehörigen durchzuführen, damit die gesellschaftliche Akzeptanz von Transplantationen gestärkt werden kann.

Der Einzelne könnte durch den Gedanken, daß andere nach seinem Tod ohne seine vorherige Zustimmung über seinen Körper verfügen, in seinem Lebensgefühl negativ betroffen werden. Auch besteht unter der Bevölkerung die Sorge, daß man im Falle einer schwersten Hirnverletzung jemals vorzeitig für tot erklärt, um eine Organentnahme durchzuführen. Wegen solch eines Mißtrauens sollte man die Organtransplantation nur unter ausdrücklicher zu Lebzeiten gegebenen Zustimmung von Hirntoten und deren Angehörigen durchführen. Soweit der Verstorbene selbst sich weder positiv noch negativ zur Frage einer Transplantatentnahme

¹¹ Penning, R, Liebhardt, E., 1986, S. 446.

geäußert hat, soll die Explantation mit Zustimmung eines der nächsten Angehörigen¹² erlaubt sein.

Bei nicht vorhandener Zustimmung oder gegen den Willen des Spenders bzw. der Angehörigen sollte man Organentnahme generell nicht durchführen, nicht einmal wenn eine sogenannte konkrete Konkurrenz mit einem höherrangigen Rechtsgut vorhanden ist. Niemand ist verpflichtet, einen Kranken durch eine unbewilligte Organübertragung zu retten.¹³

Durch eine Transplantation soll das Leben Kranker gerettet oder ihr Leiden gemindert werden. Der Preis dafür darf aber nicht sein, daß anderen vermeidbares Leid zugefügt wird.

Jeder Mensch hat ein Recht auf den Schutz seiner Individualität und Personalität auch in Bezug auf sein Sterben und die Zeit der Totenruhe.

Bei gesetzlicher Festlegung der Zustimmungslösung kommt es zu einer sehr starken Einschränkung von Organentnahmen. Mit der Zustimmungslösung verbindet sich bei vielen der Zweifel, ob mit ihrer Hilfe eine hinreichende Zahl von Einwilligungen zustande kommen könnte.¹⁴

Trotz solchen Zweifels scheint mir eine erweiterte Zustimmungslösung ausreichend, wenn die Bürger, die sich zur Organspende bereit erklärt haben, zentral registriert werden. Nur durch den Gewinn des Vertrauens der Bürger gegenüber der Transplantationsmedizin kann man langfristig mehr Organspenden erreichen.

Bei der gesetzlichen Regelung fallen die psychischen Auswirkungen, die ein von den Angehörigen nicht bestätigter Eingriff auf diese hat, besonders ins Gewicht. Der Eingriff der Organentnahme sollte daher möglichst durch die aktive Einwilligung des Spenders und seiner Angehörigen (erweiterte Zustimmungslösung)¹⁵ legitimiert sein.

¹² Wenn andere Angehörigen widersprechen, siehe Anm. 158.

¹³ Vgl. Löw, R., 1987/88, S. 44.

¹⁴ Im Ernstfall dürfte eine Regelung dieser Art z. B. dadurch erschwert sein, daß viele Menschen, die zu einer Organspende bereit wären, keinen Organspenderausweis besitzen und wer ihn erworben hat, trägt ihn möglicherweise nicht immer bei sich.

Gegenwärtig wird bei weniger als 1 Prozent der Hirntoten, die für eine Organentnahme in Frage kommen, ein Spenderausweis gefunden. Siehe dazu Schöne-Seifert, B., 1994.

¹⁵ Jedoch wird es problematisch, wenn ein anderer Angehöriger die Explantation ablehnt. Für solch einen Fall sollte eine konkrete Regelung erarbeitet werden, die bestimmt, wessen Wille von den Angehörigen ins Gewicht fallen soll. Vielleicht könnte man ein Veto-Recht für alle Angehörigen I. Ranges z. B. von Eltern, Kindern, Ehegatten, nicht-ehelichen Lebenspartnern etc. einführen.

6. Ist in der Transplantationsmedizin eine gerechte Verteilung möglich?

Das Grundrecht auf Leben wird interpretiert als gleiches Recht aller auf Gesundheit und Sorge fürs Leben; dieses Recht wird andererseits ausgelegt und abgesichert als Recht auf die bestmögliche medizinische Behandlung, abgesehen von der wirtschaftlichen und sozialen Lage, somit abgesehen vom Nutzen für die Gesellschaft.¹

Aber angesichts wirtschaftlicher Grenzen der Medizin kommt es zu der naheliegenden Frage, ob der medizinisch-technologische Fortschritt von heute der gesamten Bevölkerung oder nur wenigen "Glücklichen" oder "Ausgewählten" zugute kommen kann. Organtransplantations- und Organersatzmedizin können dieser Frage auf keinen Fall ausweichen. Organverteilung und -verpflanzungen werfen viele Einzelfragen auf. Die Forderung nach gleichen Chancen für all jene, die Ersatzorgane dringend benötigen, ist weder technisch noch finanziell zu befriedigen.

Nach welchen Kriterien sollen also beschränkte Möglichkeiten eingesetzt werden? Entscheiden allein prognostische Erwägungen, oder spielen auch Immunologie, Alter, Geschlecht, Familienstand, sozialer Status, Zufall, Zahlungsfähigkeit, Wohnsitz und ähnliches eine Rolle?

In diesem Kapitel werde ich untersuchen, wie Verteilungsentscheidungen über Transplantate getroffen werden sollten, die das Gleichheitsprinzip, das Gerechtigkeitsprinzip und die Grundlagen des Arzt-Patienten-Verhältnisses, Vertrauen und Fürsorge, möglichst nicht zerstören.

6.1. Lebensqualitätsmessung in der Transplantationsmedizin

Der Begriff der Lebensqualität wird anhand von Kriterien der objektiven Funktionsfähigkeit und des subjektiven Wohlbefindens des Menschen definiert.

Die Lebensqualität wird im allgemeinen nach subjektiv erfahrbaren Komponenten wie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit und objektiv wahrnehmbaren Lebensbedingungen beurteilt. Es wird dabei die Respektierung des Patienten als Subjekt betont.

Lebensqualität bedeutet mehr, als ein naturwissenschaftlich genau meßbarer Parameter ausdrücken kann,² da sie aus dem Gesamt-Ich des Patienten gedeutet werden muß. Die gesundheitliche Lebensqualität sucht man zu bewerten nach dem physischen und psychologischen Zustand des Patienten. In physischer Hinsicht sind die Grunderkrankung, die Prognose und unerwünschte Wirkungen der Behandlung von Bedeutung.

Psychologische Faktoren beziehen sich auf die Verarbeitungsprozesse, d. h. Bewertung und Bewältigung von Krankheit und Therapie.

Die Faktoren der Lebensqualität hängen in gewissem Maße auch von sozialen Aspekten ab.

Als soziale Aspekte werden z. B. der Rückhalt durch andere Personen wie die Familie und das medizinische Team herangezogen. Auf Grund solcher psychosozialen Gesichtspunkte wird über die Wahrscheinlichkeit dafür gesprochen, ob der Patient nach der Transplantation ein subjektiv befriedigendes und gesellschaftlich harmonisches Leben führen kann.³

¹ Eibach, U., 1976, S. 113.

² Meran, J. G., 1992, S. 539.

³ Viele Patienten bezweifeln diese Möglichkeit, da sie ihrer selbst nicht sicher sind in Bezug auf körperliche Verfassung, psychisches Befinden, Selbstkontrolle, soziale Integration und Aktivität in Beruf, Familienleben und Freizeitgestaltung. Siehe Bullinger, M., Pöppel, E., 1988, S. 504-505.

Die Lebensqualität sollte zunächst aus der Sicht des Patienten betrachtet werden.⁴ Entscheidungen des Patienten und seiner Familie sollten unbedingt vorrangig behandelt werden. Soweit es die Lebensqualität eines Patienten noch zuläßt, wird er zunächst versuchen, im Dialog mit dem Arzt seinen Genesungsweg zu klären und zu bestimmen. Wenn er jedoch nicht mehr selbst bestimmen kann, müssen Ärzte und Familienangehörige Lage und Maßnahmen beurteilen und entscheiden. Dabei gehören Vernunft, Kommunikationsfähigkeit und -Bereitschaft und Selbstbewußtsein gewiß zu den Kriterien bzw. Qualitäten menschlichen Lebens. Jedem dieser überwiegend aktiven Qualitätsmerkmale kann aber auch ein entgegengesetztes mehr passives Merkmal Lebensqualität schaffen: statt Vernunft dankbares Hinnehmen, statt Kommunikationsfähigkeit und -Bereitschaft Geliebtwerden oder statt Selbstbewußtsein Eingebundensein in eine Beziehung.

Die Lebensqualität des Patienten ist wichtig für die Entscheidung des Arztes über sein therapeutischen Vorgehen.

Es ist jedoch fraglich, ob der prognostizierte Wert überhaupt mit dem tatsächlich gewonnenen übereinstimmen würde. Obwohl viele Transplantationsmediziner durch Studien bessere Lebensqualitätsergebnisse bei mit Transplantat versorgten Patienten nachgewiesen haben, bleiben medizinisch ungelöste Probleme zurück.⁵

Grundsätzlich kann die Lebensqualität des Patienten auf zwei Arten berücksichtigt werden:

- a) als Entscheidungsgrundlage zwischen mehreren alternativen Therapieformen (auch Therapieverzicht) für ein und denselben Patienten,
- b) zur Verteilung von Mitteln innerhalb des medizinischen Spektrums zwischen verschiedenen Krankheitsgruppen.

In die Beurteilung der Lebensqualitätsgewinnung bzw. des gezielten maximalen Nutzens sollten die aktuelle Lebensqualität des Patienten, die postoperativ zu erwartende Lebensqualität und der Zugewinn an Lebensqualität vor und nach der Transplantation einbezogen werden.⁶

6.2. Güterabwägung und ökonomische Überlegung

⁴ Doch läßt sich der Begriff "Lebensqualität" weder allein durch subjektive noch durch objektive Daten hinreichend bestimmen. Denn ein Mensch kann physisch und sozial aktiv sein und sich dennoch dabei schlecht fühlen. Das eigene Urteil des Menschen über seinen Zustand ist an veränderliche momentane Stimmungen und persönliche Wertvorstellungen gebunden. Wenn die Lebenssituation sich ändert, kommt es auch zu einer Änderung der Prioritäten. Da ein Vergleich von Lebensqualitäten verschiedener Personen problematisch ist, sollte man mit Vergleichen solcher Daten sehr vorsichtig sein.

⁵ Wie z. B. die Notwendigkeit zur Dauerimmunsuppression, die mit der Erhöhung des Risikos von Malignomentstehung und von Organtoxizität von Substanzen verbunden ist, eine diabetische Grunderkrankung und ein im Langzeitverlauf feststellbarer Abfall der Transplantate. Pichlmayr, R., 1993, S. 85.

Neben diesen behandlungsspezifischen Beeinträchtigungen des Befindens von Patienten durch Medikamentennebenwirkungen, Blutdruckprobleme u.ä. sind Angst vor Komplikationen, Nervosität und Zukunftsängste zu beobachten.

Bullinger, M., 1993, S. 218.

⁶ So ist die Lebensqualität eines Patienten bei einer Nierentransplantation im Vergleich zu einer lebenslangen Hämodialyse am Anfang wesentlich schlechter, stabilisiert sich dann aber für längere Zeit auf einem wesentlich höheren Niveau, nimmt langsamer ab, und der Tod tritt später ein als bei lebenslanger Hämodialyse.

Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Schöffski, O., 1993, S. 178.

Die medizinische Ethik versucht, ihr gemäße Kriterien zur Begründung von Verteilungskonzepten heranzuziehen. Hierzu gehören die Gesichtspunkte: Selbstbestimmung des Patienten, Gerechtigkeit, Nützlichkeit und Fürsorge.

Das Gleichheitsprinzip zielt auf die Verwirklichung von Gerechtigkeit ab, indem es die Leistungszuteilung an die chronologische Reihenfolge der Bedarfsanmeldungen bindet. Während der Nutzen des Patienten für die Gesellschaft, eingeschätzt nach Alter, Geschlecht, Beruf, Fähigkeiten und Leistungen, Lebenserwartung und Anzahl Abhängiger, das Gleichheitsprinzip verletzt, können objektive medizinische Maßstäbe wie Dringlichkeit und Erfolgsaussichten es rechtfertigen, gegen das Gleichheitsprinzip zu verstoßen.

Diese Beispiele zeigen, daß - je nach den Gegebenheiten der Allokationsproblematik und der durch sie veranlaßten Güterabwägung - über die Zuteilungspriorität nach unterschiedlichen Kriterien entschieden werden kann. Gemeinsame Güterabwägungen spielen in einer Gesellschaft eine primäre Rolle und sind erst dann aufzugeben, wenn elementare Regeln des gegenseitigen Respekts oder der Integrität (Unversehrtheit) einer Person verletzt werden.

Neben dem bewußten Einsatz vorhandener Transplantate existieren zur Lösung der Fragen Versuche, einerseits im Kampf gegen die Knappheit die Ressourcen zu vergrößern, und ebenso andererseits den Bedarf zu mindern. Wenn Organtransplantationen nur in einem zu Organspenden bereiten Personenkreis durchgeführt werden,⁷ könnte das dazu beitragen, die Konflikte zwischen Transplantationsbefürwortern und -gegnern zu mildern und zu gemeinsamen Teilergebnissen von Verständigung zu gelangen. Wer den Hirntod nicht als wirklichen Tod ansieht und deshalb seine eigenen Organe im Falle eines Hirntodes nicht spenden will, sollte auch nicht seinerseits ein Organ eines Hirntoten verlangen.

Aber bei der Transplantation werfen neben dem Organmangel auch die Kosten Verteilungsprobleme auf.

Die Kosten der Transplantation⁸ bestehen aus denen der Organgewinnung, der stationären präoperativen Behandlung, des operativen Eingriffs, der therapeutischen Verfahren und der

⁷ H. Kliemt schlägt eine plausible wechselseitige Norm vor, nach der nur derjenige als Empfänger in Frage kommen sollte, der sich zu einem Zeitpunkt, in dem er sich noch nicht als eventuell selbst eines Spenderorgans bedürftig erkennen konnte, zu einer Spende bereit erklärt hat. Die meisten potentiellen Organspender begreifen "ihr eigenes Handeln nicht als Schenkung", sondern würden "eher auf Reziprozitätsbeziehungen abzielen". Sie gehen davon aus, daß auch sie sich unter Umständen einmal wünschen könnten, ein Organ zu erhalten, und halten es deshalb für fair, sich selbst freiwillig zur Spende bereit zu erklären.

Eine solche Regelung sähe eine Zurückweisung von Nicht-Spendern bzw. eine bevorzugte Berücksichtigung von Spendewilligen bei einem Organempfang vor. "Eine derartige generalisierte Reziprozitätsbeziehung als Maßstab der Zugangsrationierung dürfte in einer Gesellschaft, die auf individuelle Eigenverantwortlichkeit setzt, von allen Methoden bei weitem die akzeptabelste sein". (Kliemt, H., 1993, S. 269 f.) Durch eine so vorgeschlagene institutionelle Verankerung verallgemeinerter Normen für gegenseitige Hilfe würden gewiß Anreize geschaffen, selbst Organspender zu werden; denn es würde im Bedarfsfall derjenige Vorrang haben, der zum Aufbau der Einrichtung und des Verfahrens beitragen hat.

Mit diesem "Clubmodell", so sagt Schöne-Seifert, "würden voraussichtlich die Verteilungsproblematik wie die Organknappheit zumindest entschärft, aber wohl auch eherne (und unrealistische?) Vorstellungen von altruistischer Spende und vorbehaltloser Gleichbehandlung umgestoßen." B. Schön-Seifert, 1996, S.623

⁸ Folgende Kosten müssen bei der Transplantationsmedizin berücksichtigt werden: Personalkosten, Kosten für Verbrauchsmaterial, Medikamente, Blutkonserven, Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen, Behandlung von Nebenwirkungen (Abstoßungsreaktionen, Infektion), komplementäre Kosten (z. B. Wartezeiten, Wegezeiten, Lohnfortzahlung, Krankengeld). Wesentliche notwendige Aufwendungen entstehen erst nach der Operation. Vereinbarung von Sonderentgelten für eine kompliziert verlaufende Transplantation nach _ 6 BPfIV Stand 1993:

medikamentösen Therapie. Die Kosten-Nutzen-Analyse ermöglicht den Vergleich von unterschiedlichen Behandlungsformen. In die Kosten-Nutzen-Analyse werden intangible Effekte, die sich einer finanziellen Bewertung entziehen (z. B. Lebensdauer, Lebensqualität), nicht mit einbezogen. Nicht nur die direkten und indirekten Kostenkomponenten sondern auch die direkten und indirekten Nutzenkomponenten müssen bewertet werden.

Der direkte Nutzen ist dabei definiert als die Kostenersparnis durch den Wegfall zuvor erforderlicher Therapiemaßnahmen.⁹ Man muß nach einer Transplantation auch die Kosten für weitere Versorgung der Patienten mitrechnen. Als indirekter Nutzen ist die zusätzliche produktive Arbeitszeit eines Patienten zu berücksichtigen, die einerseits aus einer Verkürzung der Krankheit und andererseits aus der Verlängerung des Lebens resultiert. Schließlich ergibt sich für die gesamte Volkswirtschaft ein Produktivitätsgewinn, der in einer Untersuchung über solche Zusammenhänge berücksichtigt werden muß.

Alle Verteilungsentscheidungen haben eine ethische Dimension, geht es doch darum, eine Güterabwägung mit dem Ziel vorzunehmen, Mittel dort zu verwenden, wo der größte Nutzen zu erwarten ist. Begrenzte medizinische Mittel sollten dort eingesetzt werden, wo mit höchster Wirksamkeit für den hilfebedürftigsten Patienten zu rechnen ist. Also müssen die vorhandenen Ressourcen sinnvoll verwendet werden.¹⁰

Da Transplantationen einen überschaubaren medizinischen Leistungsbereich darstellen, sollten unangemessen ins Gewicht fallende Berechnungen über Kostenträger eingeschränkt werden, um dem Ziel des größtmöglichen Nutzens für die Patienten und durch die Patienten näher zu kommen.

Die Entscheidung eines Arztes, zu welcher Zeit und mit welchen Mitteln er seinen Patienten helfen kann, hängt nicht nur von der Situation eines jeden betroffenen Kranken ab, sondern auch von der finanziellen Zumutbarkeit für die Gesellschaft. Wegen der enormen Transplantationskosten bezweifeln viele, ob die mögliche Lebensverlängerung eines Einzelnen schon genügt, Organtransplantationen als Behandlungsmaßnahmen zu rechtfertigen. Wieviel Aufwand dieser Art scheint für die Erhaltung eines einzelnen Menschenlebens gerechtfertigt, wenn man bedenkt, daß dadurch unter Umständen andere Menschen in Bezug auf die ärztliche Versorgung zu kurz kommen müssen, ja sogar in ihrer Gesundheit und in ihrem Weiterleben gefährdet sein können?

Die soziale Einbindung von Arzt und Patient verlangt im Einzelfall die Angemessenheit individueller Ansprüche zu Lasten der Gesellschaft zu bedenken.¹¹

Knochenmark-T 201.820 DM, Herz-T 134.482 DM, Lungen-T 182.049 DM, Nieren-T 52.155 DM, Leber-T 169.734 DM, siehe Nagel, E., 1993a, S. 194.

⁹ Wenn man z. B. die Kosten-Nutzen-Analyse für eine Nierentransplantation durchführt, muß man die Differenz aus den Kosten der Transplantation und denen für eine lebenslange Dialyse, die nun entfällt, errechnen. Es ergibt sich in diesem Fall, daß die Kosten geringer sind als der Nutzen.

Als Kosten für die Heimdialyse eines Patienten wurden 45.000 DM pro Jahr ermittelt. Eine Zentrumsdialyse kostet 60.000 DM pro Jahr und die Klinikdialyse sogar 90.000 DM pro Jahr. Demgegenüber werden nur einmalige Kosten in Höhe von ca. 40.000 DM für eine Nierentransplantation angegeben.

Zitiert nach: Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Schöffski, O., 1993, S. 175 f.

¹⁰⁸ Man darf Risikopatienten mit statistisch schlechteren Ergebnissen - seien sie die bezogen auf Überleben oder auf Transplantatfunktion - nicht für eine Transplantation auswählen, wenn andere Patienten mit günstigerer Prognose ebenfalls damit behandelbar sind.

¹¹ Anders als in Ländern, in denen der Patient selbst alle Kosten oder einen großen Anteil der Kosten für die Krankenversorgung bezahlen muß, stellt sich in den Ländern, wo die Krankenversorgung auf Kosten der gesamten

Aber es ist ethisch nicht vertretbar, die Patienten unterschiedlich zu behandeln, je nachdem, ob sie an ihrer Erkrankung eine Mitschuld tragen oder nicht. Man sollte sie vorbehaltlos gleich behandeln, sofern nicht die Prognose sehr unterschiedlich ist. Denn bei den meisten Patienten mit "selbstverschuldeten" Krankheit ist aufgrund ihrer sozialen oder psychologischen Situationen keine Chancengleichheit gegeben.¹²

Die heutige Entwicklung der Medizin, die bessere, aber teurere therapeutische Möglichkeiten geschaffen hat, wirkt sich auch auf die medizinische Versorgung aus. Die Kostenlast durch Krankheit wird auf eine gewisse Zeit vor dem Tod zusammengeballt. Der medizinische Fortschritt hält viele Kranke am Leben, die früher längst gestorben wären. Obwohl dies die Gesellschaft belastet und statistisch gesehen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Gesamtbevölkerung bewirkt, ist der medizinische Fortschritt unverändert in hohem Maße erstrebenswert, weil er einem Patienten durch die Heilung oder Linderung einer Krankheit eine Verbesserung seiner Lebensqualität ermöglicht. Daraus ergibt sich zwangsläufig das Problem der richtigen und gerechten Verteilung der Mittel und das von Vergleich und Wirksamkeit derselben.

6.3. Probleme bei der Organverteilung

Die Medizin muß rationale Kriterien suchen, wenn es um faire Verteilung von Mitteln, um Abwägung von Risiken oder Abbruch von Behandlungen geht. Wieviele medizinische Ressourcen - Geld, Zeit, Personal, Zuwendung usw. - sollen im Einzelfall aufgewendet werden? Tun wir - etwa bei einem Verkehrsunfall - so viel für ein einzelnes Leben, weil wir das Leben grundsätzlich so hoch schätzen? Oder tun wir es eher aus ökonomischen Gründen, - etwa weil der Ausfall einer Arbeitskraft für das Bruttosozialprodukt höher wäre als die Unkosten der Behandlung?

Wie schwierig es ist, für eine Entscheidung über Organverteilung und -verpflanzungen eine gemeinsame Grundlage zu finden, dürfte angesichts dieser so verschiedenen Herkunft von Motiven auf der Hand liegen. Da wird z. B.: bestmögliche medizinische Versorgung für alle, Effizienz des Einsatzes von Ressourcen, Solidaritätsprinzip, Gemeinwohl, Autonomie des Patienten, Verantwortung des einzelnen angestrebt.

Engelhardt unterscheidet zwischen vier Handlungs- und Entscheidungsebenen in der medizinischen Güterverteilung:¹³

- a) Makroallokation - obere Ebene: den Anteil des Gesundheitsbudgets am gesamten Bruttosozialprodukt betreffend.
- b) Makroallokation - untere Ebene: die interne Verteilung des Gesundheitsbudgets auf Krankenversorgung, Forschung, Gesundheitspolitik, Gesundheitsausbildung betreffend.

Gesellschaft geht, die Frage, ob Patienten unterschiedlich behandelt werden dürfen, je nach dem Grad der Selbstverursachung ihrer Krankheit.

R. M. Veatch behauptet, es sei zumutbar und gerecht, daß bei Beanspruchung einer eventuell knappen medizinischen Versorgung durch Personen mit tatsächlich freiwillig eingegangenen Gesundheitsrisiken diese anders behandelt werden als solche - wie Arbeitsunfallopfer -, deren Bedarf an medizinischer Versorgung andere Gründe hat. Veatch, R. M., 1989b, S. 342.

¹² Es gibt auch Patienten, die infolge sozialer Not oder aufgrund von Leistungsstreß zu ihrem gesundheitsgefährdenden Verhalten gezwungen sind.

Siehe dazu auch G. Patzig, Gibt es eine Gesundheitspflicht?, im Band 2 der Gesammelten Schriften, S. 74.

¹³ Engelhardt, H. T., 1988, S. 35.

- c) Mikroallokation - obere Ebene: die Mittelverteilung an unterschiedliche Patientengruppen betreffend.
- d) Mikroallokation - untere Ebene: die Mittelverteilung an einzelne Patienten betreffend.

Die Makroallokation betrifft also Verteilungsentscheidungen für das gesamte Gesundheitswesen und bestimmt deren Anteil im Rahmen der vorhandenen Mittel, während Mikroallokation Verteilungsentscheidungen für Patientengruppen bzw. einzelne Patienten betrifft. Da die Makroallokation alle Glieder der Gesellschaft in gleicher Weise betrifft, bedarf sie politischer Regelung. Bei der "Mikroallokation - obere Ebene" werden mancherlei Gruppeninteressen gegeneinander abgewogen. Die größte Gefahr ungerechter Behandlung oder Willkürentscheidung besteht dort, wo Interessen einzelner Patienten abgewogen werden sollen. Daher muß man hier auf die Gefahr einer Ungleichbehandlung bei der Verteilung ins Auge fassen.

Entscheidungskriterien jenseits der Knappheit der Ressourcen und ökonomischer Probleme sind der durch die Krankheit verursachte individuelle Leidensdruck und Fragen nach Lebenserwartung, sozialer Eingliederung, Verwirklichung individueller Lebensziele und Lebensqualität.

Als Kriterien für die Organverteilung kommen der Aspekt des zu erwartenden medizinischen Nutzens und der der Chancengleichheit in Betracht.

Die beiden Kriterien werfen so schwierige Fragen der Gerechtigkeit auf, daß man sich bei der Auswahl des Organempfängers auf bloße Intuition nicht berufen kann.

i) Der Aspekt des zu erwartenden medizinischen Nutzens

Man muß auf die folgenden Fragen eingehen, um den größtmöglichen Vorteil für den Patienten zu gewinnen: Welcher Patient bietet aufgrund der medizinischen Gegebenheit die bestmögliche Chance für den Erfolg der Organtransplantation? Und bei gleichen Chancen: Welcher Patient hat nach der Transplantation mehr Lebensjahren mit angemessener Lebensqualität zu erwarten?

Eine gerechte Verteilung knapper Ressourcen ist an individuelle positive Besonderheiten der Empfänger gebunden, die im Vergleich zu anderen größere Erfolgchancen erhoffen lassen. Hier wird der Grad der Gewebeverträglichkeit zwischen Empfänger und Spender ins Gewicht fallen. Wichtig ist bei der Verteilung, ob Spender und Empfänger einander ähnlich genug sind, die Immunabwehr des Empfängers in engen Grenzen zu halten.¹⁴

Die Entscheidung darüber, wer bei gleich guter Verträglichkeit ein zur Verfügung stehendes Organ bekommen soll, wird nach Dringlichkeit¹⁵ und Erfolgsaussichten der Transplantation getroffen. Hohe Grade an Erfolgsaussicht und Dringlichkeit können jedoch u. U. durchaus einander widersprechen.

Der höchstmögliche Nutzen für die Organempfänger bei einer Organverteilung besteht in möglichst vielen gewonnenen Lebensjahren mit hoher Lebensqualität. Man muß bei der

¹⁴ Darüber entscheiden Blutgruppen- und Gewebeanalysen. Der Grad einer immunologischen Übereinstimmung, d. h. von Blutgruppen und einer bestimmten Konstellation von HLA-Merkmalen ist das wichtigste Kriterium für die Organverteilung, weil in diesem Fall eine bessere Überlebenschance für Transplantate besteht. Ansonsten müssen Abstoßungsreaktionen mit starken Medikamenten bekämpft werden.

¹⁵ Zuerst werden schwerkranke aber heilbare Personen, dann Leichtkranke und zuletzt Patienten ohne Heilungschancen versorgt.

Organverteilung versuchen, das Prinzip des größtmöglichen individuellen Nutzens mit dem von Schadensvermeidung¹⁶ bei niedrigem Aufwand und mit Wertentscheidungen zu kombinieren. Es sollte jedoch vermieden werden, daß Personen, die schon einmal ein Transplantat erhalten haben, durch ein Organversagen wieder zu Patienten werden. Hier wird das Prinzip des Nutzens angewandt.¹⁷

ii) Der Aspekt der Chancengleichheit

Bei gleich guter Verträglichkeit für mehrere Patienten entscheiden die Dringlichkeit der Fälle und ihre Wartezeiten. Die Entscheidungen über Wartezeiten richten sich nach Möglichkeit nach dem Gleichheitsprinzip.¹⁸

Jedoch können medizinische Kriterien keine genauen Werturteile darüber liefern, wer leben sollte. Eine Verfahrensweise, welche die Gewebeverträglichkeit maximiert und die Gewebeverträglichkeit als entscheidenden Faktor für die Entscheidung einsetzt, erweist sich in der Praxis als ein Weg, der soziale Auswirkungen haben kann.¹⁹ In diesem Zusammenhang ist zu untersuchen, ob Lebensalter, Familienstatus oder soziale Stellung eines Patienten bei der Organverteilung eine wichtige Rolle spielen können.

Kann man mit einer Maßnahme nach dem Prinzip der Chancengleichheit einem älteren Menschen ähnlich wie einem jüngeren helfen?

Wenn die zu erwartende Lebensdauer als das entscheidende Kriterium angesehen wird, dann würden ältere Patienten wegen ihres Gesundheitszustands ausgeschlossen.²⁰ Aber Patienten mit kurzen Lebenserwartungen könnten genauso wert sein, knappe medizinische Ressourcen zu erhalten, wie Patienten mit längeren Lebenserwartungen.²¹

¹⁶ Mit dem Prinzip der Schadensvermeidung läßt sich die Bevorzugung von Kindern begründen, weil bei fortgesetzter Dialyse als ein zusätzlicher Schaden, die irreversible Wachstumssthemmung, eintritt. Wiesing, U., 1991, S. 110.

¹⁷ Wiesing unterscheidet zwischen dem größtmöglichen Nutzen für den einzelnen Patienten und einem größtmöglichen kollektiven Nutzen. Wollte man Nieren so transplantieren, daß die Summe der komplikationslosen Jahre aller Patienten möglichst groß wird, so müßte man gewisse Patientengruppen z. B. junge Patienten, bevorzugen, die eine hohe Lebenserwartung vor sich haben. Wiesing, U., 1991, S. 109.

¹⁸ Das Prinzip der Gleichheit oder Gerechtigkeit verlangt, "ähnliche Fälle ähnlich zu behandeln", wobei der Begriff "ähnlich" weitschweifige Erörterungen unvermeidlich machen dürfte.

¹⁹ Veatch belegt, daß ein rein medizinischer Kriterienkreis für eine Organallokation die weiße Bevölkerung in den USA unverhältnismäßig stark begünstigt und die schwarze Bevölkerung benachteiligt. Gewebeverträglichkeit verspricht eine erfolgreiche Transplantation; deswegen wird die Übereinstimmung von sechs HLA Antigenen als medizinisch vorteilhaft betrachtet. Aber bei Schwarzen ist es schwieriger, die sechs übereinstimmende Antigene zu finden, und statistisch gesehen lassen sich bei Weißen Gewebetypen wesentlich leichter feststellen. Bei der Zuweisung von Transplantaten aufgrund einer Übereinstimmung von Blutgruppen werden Empfänger der Blutgruppe O benachteiligt. Veatch, R. M., 1989a, S. 207 f.

²⁰ Schreiber, H.-L., 1993, S. 308.

²¹ J. Harris mißt dem Lebenswunsch des Patienten mit einer kürzeren Lebenserwartung größere Bedeutung bei: Angenommen, ein Krebspatient wäre im Endstadium seiner Krankheit mit ungefähr sechsmonatiger Lebenserwartung in einen Unfall verwickelt. Wenn sein Krankheitszustand dem potentiellen Retter bekannt ist und wenn es nicht ausreichende Ressourcen für alle Verwundeten gibt, dann wird der Krebspatient einer von denen, welche bei der Rettung ausgeschlossen werden. Der Krebspatient ist dann ein Opfer einer doppelten Tragödie und doppelten Ungerechtigkeit, falls er trotz seiner Krankheit leben wollte, bis er stirbt, oder mindestens bis er entscheidet, daß das Leben nicht mehr lebenswert ist. Er wußte bereits zuvor, daß er aufgrund von Krebs nur noch kurze Zeit zu leben hat, und soll nun auch noch als Folge dieser ersten Tragödie die zweite - Ausschluß aus der

Das Ziel medizinischer Fürsorge soll nicht sein, das durchschnittliche Lebensalter sinnlos immer weiter zu erhöhen, sondern, die Menschen während einer durchschnittlichen Lebensdauer möglichst gesund und leistungsfähig zu erhalten. Das Lebensalter des Empfängers sollte jedoch kein entscheidendes Kriterium für die Zuteilung sein.²²

Kappel und Sandoe fordern, junge Personen mit langer Lebenserwartung vorzuziehen. "To give the liver to the older person rather than to the younger is like giving money to the rich rather than to the poor."²³

Aber falls jüngeren Patienten der Vorzug gegeben wird, werden fundamentale Interessen älterer Patienten nicht berücksichtigt, was jedoch ethisch schwer gerechtfertigt werden kann.

Wenn in einem System die Alten²⁴ immer benachteiligt werden, weil sie nicht mehr so nützlich für die Gesellschaft sein können, dann müßte solch ein System als inhuman und egoistisch verurteilt werden.²⁵ Moralisch gut ist nur ein Einsatz, der das Wohl aller Glieder der Gesellschaft im Auge hat und ihr Recht auf Leben und Wohlergehen auch abgesehen von ihrem momentanen bzw. zu erwartenden Nutzen für die Gesellschaft nach dem Grad ihrer Bedürftigkeit fördert.²⁶

Die Heilungschance als ein Kriterium der Empfängerauswahl ist an Besonderheiten geknüpft, die sich nicht objektiv beurteilen lassen: der wirkliche Gesundheitszustand des Patienten, seine Diszipliniertheit, sein Lebenswille und die Bindung an eine Familie, die ihn unterstützen kann.

Zu den Erfolgchancen tragen menschlich-gefühlsmäßig auch die Grundhaltung des Patienten und seiner Angehörigen, die bewußte und verständige Mitwirkung aller Beteiligten, die Ordnung der häuslichen Verhältnisse, schließlich auch der Bildungsstand und die soziale Stellung des Patienten bei.

Da jede Behandlung eine Nachbehandlung erfordert, hat die gebildete Mittelschicht eine bessere Chance, weil sie eher in der Lage zu sein scheint, behandlungsbezogene Anweisungen genauer zu befolgen.²⁷

R. M. Veatch behauptet, daß Eltern, die einer niedrigen sozialen Schicht entstammen und wegen schlechter Ausbildung keine Arbeit haben, statistisch gesehen ein weniger unterstützendes Zuhause für einen Transplantationspatienten schaffen würden.

Gruppe der Geretteten - hinnehmen. Da er einmal Pech gehabt hat, ist er jetzt "nicht mehr" wert, gerettet zu werden. Harris, J., 1985, S. 89.

²² In Großbritannien wird eine Rationierung der Versorgung, ein Ausschluß von über 60-Jährigen aus der Dialysebehandlung hingenommen. Renner, E., 1991, S. 55.

²³ Kappel, K., Sandoe, P., QALYS, 1992, S. 314.

²⁴ Mit alten Menschen meine ich diejenigen, die das Alter durchschnittlicher Lebensdauer in ihrem Land überschritten haben.

²⁵ Die meisten alten Menschen haben für die Gesellschaft über lange Zeit einen Beitrag geleistet - in welcher Form auch immer. Gerade deswegen sollte man bei der Verwendung öffentlicher Mittel wie knapper medizinischer Ressourcen junge Menschen "nicht generell" vor alten bevorzugen, falls die Heilungschancen und gute Aussicht auf Wiedergewinnung hoher Lebensqualität bei alten gleich bestehen wie bei jungen.

²⁶ Siehe dazu Patzig, G., 1983, S. 52.

²⁷ Baby Jesse war ein potentieller Kandidat für eine Herztransplantation. Seine Daten für die medizinische Grundlagen stimmten mit den Vorkriterien überein. Jedoch wurden seine Eltern, die unverheiratete Teenager mit kriminellen Vorgeschichten und Drogenmißbrauchsproblemen waren, als ungeeignet beurteilt, die nötige Nachbehandlung der Herztransplantation zu finanzieren und auf eine pünktliche Verabreichung von immunsuppressiven Medikamenten zu achten. Die Ärzte, die es abgelehnt hatten, das Baby Jesse als einen Transplantationskandidaten aufzunehmen, wurden wegen Diskriminierung einer sozialen Schicht angeklagt, obwohl sie behaupteten, daß sie die extrem knappen Vorräte an Kinderherzen nach rein medizinischen Kriterien verteilten. Dies ist ein amerikanischer Fall aus dem Jahr 1986.

Die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Transplantation steht in Wechselbeziehung zu dem sozialökonomischen Status von Empfängern. Nach Veatch können viele soziale Gesichtspunkte zu medizinischen Kriterien werden, wenn sie die Chance einer erfolgreichen Transplantation prognostizieren. Die Trennung zwischen sozialem und medizinischem Nutzen bricht zusammen. Jedes Verteilungssystem nach medizinischem Nutzen kann in der Tat brauchbare soziale Kriterien enthalten.²⁸

Bevorzugung einzelner kann u. U. stärker von Interessen der Urteilenden als von Leistungen der Beurteilten abhängen. Z. B. äußert sich J. Harris betont ablehnend gegenüber einer systematischen Bevorzugung von Personen mit Familien vor Personen ohne Familien, da er hierin eine heimliche Einstufung nach reich und arm befürchtet.²⁹ Die Bevorzugung der Eltern von kleinen Kindern könnte die Bevölkerung dazu führen, Kinder zu zeugen, um sich bei der Durchführung von Rettungseinsätzen einen Vorteil vor anderen zu sichern.³⁰

Aber Kinder zu haben bedeutet einen wirtschaftlichen Verlust - besonders für Frauen. Meiner Ansicht nach sollte eine medizinisch gefährdete, hilfsbedürftige Mutter unbedingt gerettet werden, weil sie Pflichten zu erfüllen hat, nicht weil sie als Mutter irgendeinen Anspruch oder ein Recht hat, wodurch sie gegenüber anderen privilegiert wäre.³¹

Gehören auch Verdienste um die Gesellschaft und um Kultur und Wissenschaft sowie moralische Lebensführung zu den Kriterien der Auswahl?

Hierauf weist Patzig mit Recht hin: "Ganz bedenklich wäre eine Rangordnung unter Patienten nach ihrer Fähigkeit, für die Kosten aufzukommen oder nach ihrem (vermeintlichen) 'Wert' für die Gesellschaft...Nicht der 'Wert' eines Patienten für die Gesellschaft, sondern der Nutzen, den die nicht allen zugängliche Therapie für diesen Patienten vermutlich haben wird, muß den Ausschlag geben: Günstige Prognose, Lebensalter und Lebenssituation des Patienten könnten dabei vor allem in Betracht kommen".³²

Im Rahmen des Symposiums "Ethik und Transplantation" Göttingen 25. April 1997³³ legte der medizinische Direktor der Stiftung Eurotransplant das im März 1996 eingeführte neue Organzuteilungssystem für Nieren dar. Eurotransplant teilt den wartenden Patienten Punktwerte nach verschiedenen Kriterien zu. Die wichtigsten Kriterien bei der Verteilung umfassen, mit unterschiedlicher Gewichtung, zunächst wie bisher erstens die Gewebeerträglichkeit, zweitens die Dringlichkeit der Transplantation und drittens den Platz auf der Warteliste. Neu sind der Punktbonus für Patienten mit seltenen Gewebeeigenschaften, die Bewertung der Entfernung

²⁸ Veatch, R. M., 1989a, S. 208-9.

²⁹ Harris, J., 1985, S. 105.

³⁰ Ebd., S. 106.

J. Harris betrachtet Kinder als ein Vermögen, welches manche privilegierten Menschen besitzen und andere weniger begünstigte Menschen nicht.

³¹ Mütter empfinden die von Kindern verursachten Kosten nicht als niedrig - weder hinsichtlich des Verdienstverlustes während der Schwangerschaft noch während der Jahre, in denen sie ihre Kinder großziehen. Nicht wenige Mütter sehen in ihren Kindern mehr ihnen auferlegte Aufgaben als ihnen geschenkte Vorrechte.

Weltweit gehören Mütter oft zu einer benachteiligten Gruppe. Besonders in Asien scheinen Väter die Machthaber in ihren Familien zu sein, weil sie nicht nur traditionelle Hauptfiguren in patriarchalisch orientierten Familien sind, sondern überwiegend auch für den Unterhalt ihrer Familie aufkommen. Also würde man dort möglicherweise einem Vater mit Kindern den Vorrang vor einer Mutter mit Kindern geben.

³² Patzig, G., 1988, S. 69 f.

³³ Tagungsbericht, in: Ethik in der Medizin, Bd. 9, 1997, S. 109-110.

zwischen Spender- und Empfängerzentrum sowie der Organbilanz zwischen den Eurotransplant-Ländern. Als Folge davon hat sich die Länderbilanz ausgeglichen, die regionale Zuteilung von Transplantaten ist häufiger geworden, und die Chance, trotz seltener Gewebemerkmale ein Transplantat zu erhalten, hat sich verdoppelt.

Ein Bonus für Länder mit hohem Spendenaufkommen scheint diskussionsbedürftig.³⁴ (Österreich und Spanien z.B. bieten mehr Spenderorgane an, als sie selbst von Eurotransplant zugestellt bekommen; Deutschland erhält mehr Organe, als es zum Pool beisteuert. Um die Länder dazu zu bewegen, mehr für die "Einwerbung" von Spenderorganen zu tun, soll die Verteilung für eine angemessene Länderbilanz sorgen). Überhaupt wird nicht deutlich genug hervorgehoben, daß es ein Mißstand ist, wenn solche Organisationen wie Eurotransplant ihre eigenen (wie immer vernünftig begründeten) Richtlinien aufstellen, und dazu die betroffenen Bürger nicht Stellung nehmen können, ja, im allgemeinen von den geltenden Regeln gar nichts wissen.

6.4. Zufallsallokation als eine gerechte alternative Verteilungsmethode?

Von fachkundiger Seite werden immer wieder Kriterien einer gerechten Verteilung kritisiert, z. B. die Wartezeit³⁵ und die vollständige immunologische Übereinstimmung³⁶. Aber keines der erwähnten Kriterien ist ein allgemein absolut gültiges Vorzugskriterium. Gibt es dann eine gerechte alternative Verteilungsmethode?

Der Egalitarismus kann keine völlige Gerechtigkeit schaffen. Jedoch gilt die Regel "Derjenige, der zuerst kommt, wird zuerst behandelt", die als eine Art von Glücksspiel von einzelnen Transplantationszentren betrieben wird, aus verschiedenen Gründen als gerechtfertigt.

Die Zuteilung von Organen zum Gegenstand eines Losverfahrens zu machen, dürfte zunächst kaum allgemein auf Verständnis und Billigung stoßen. Die meisten Menschen betrachten den Zufall nicht als eine von Menschen geschaffene Bedingung, von der das Leben eines Einzelnen abhängen kann. Wenn bekannt wird, daß Krankenhäuser auf einer Zufallsbasis wie z. B. durch ein Glücksspiel bzw. nach dem Prinzip "wer zuerst kommt, wird zuerst behandelt" über Leben und Tod entscheiden, würden weniger Menschen zur Organspende bereit sein, weil sie meinen, ihr Geschenk potentiellen Lebens werde nicht mit dem angemessenen Ernst und der gebührenden Dankbarkeit aufgenommen. Zudem wird unter der Bevölkerung die Skepsis herrschen, ob die Spendeorgane wirklich durch ein gerechtes Glücksverfahren ohne Manipulationen verteilt werden.

Diese Skepsis könnte vielleicht teilweise aufgehoben werden durch die Erwartung, daß die wirtschaftlichen und politischen Verantwortungsträger sich alle Mühe geben würden, die Knappheit der medizinischen Ressourcen zu beseitigen, und daß die Mächtigen wie jeder andere in das Glücksspiel miteinbezogen und nicht durch ein auf einem sozialen Vorzug basierendes Entscheidungsverfahren begünstigt würden.³⁷

³⁴ Sicher hängt ein Bonus für Länder mit hohem Spendenaufkommen mit dem "Clubmodel" von Kliemt zusammen. Eine abweichende Meinung von Schöne-Seifert (Siehe, Anm. 165) dazu scheint auch nicht unbegründet.

³⁵ Die Entscheidung allein nach Wartezeit ohne jede Berücksichtigung von Dringlichkeit, Erfolgchance und Ausgangsleiden wäre inakzeptabel.

³⁶ Da die Gewebeverträglichkeit inzwischen nicht mehr den Status einer notwendigen Voraussetzung, sondern lediglich eines prognostischen Faktors für die Funktionsfähigkeit des Organs hat, sollten auch andere prognostische Faktoren für eine lange Funktionsdauer (Alter, Allgemeinzustand, sekundäre Erkrankungen) berücksichtigt werden. Vgl. Schöne-Seifert, B., 1996, S. 623.

³⁷ Willich, M, zitiert in: Childress, James F., 1983, S. 648.

Eine Gleichbehandlung wäre gesichert, wenn alle Nachfrager mit gleicher Wartezeit und Dringlichkeit gleichermaßen berücksichtigt werden könnten. Andernfalls könnte auch eine Losentscheidung eine gerechte alternative Verteilungsmethode sein. Wenn die Transplantationsmediziner als moralisch Handelnde ihre Entscheidungen über die Allokation nach dem allgemein richtigen Prinzip d. h. nach dem Prinzip der Zufallsauswahl treffen, können sie die Gerechtigkeitsmaxime befolgen, gleichgültig, was für Wirkungen sich im übrigen ergeben. Sie haben keinen Grund, eine Entscheidung zu ändern, die sie nach dem Prinzip der Zufallsauswahl getroffen haben, - selbst wenn diese Entscheidung sich später als schlecht erweisen könnte. Andererseits sind solche kaum zu vermeiden, z. B. etwa, wenn ein 90jähriger vor einem 20jährigen bedacht wird. So etwas könnte nicht als Unrecht, aber doch als ein bedauerliches Ereignis gewertet werden.³⁸

Bei der Organverteilung knapper Ressourcen sollte man zuerst versuchen, die vorhandenen Organe möglichst gerecht zu verteilen, und zwar nach Dringlichkeit und Erfolgsaussichten³⁹ der Transplantation, solange man aus medizinischen Sachlagen eindeutig beurteilen kann, wie die Erfolgchance für jeden Patienten steht. Bei gleichen Erfolgchancen sind die nach erfolgreicher Transplantation zu erwartende Lebensjahre mit angemessener Lebensqualität wichtig. Bei gleich guter Verträglichkeit und gleicher Dringlichkeit für mehrere Patienten ist ihre Wartezeit entscheidend.

Dennoch können Schwierigkeiten bei der Auswahl von Organempfängern immer wieder auftauchen, da man unter Berücksichtigung prognostischer Vorteile und Dringlichkeit bzw. von Wartezeit nirgend einem Patienten einen eindeutigen Vorzug geben könnte. Ein objektiver Vergleich und eine intersubjektive Bewertung medizinischer Maßnahmen sind schwer zu verrechnen. Da auch in solchen Konfliktfällen Sozialkriterien wie Familienstatus, Beruf und das Alter eines potentiellen Organempfängers als Vergabekriterien umstritten sind und das Gleichheitsprinzip verletzen, ist meines Erachtens die Zufallsauswahl ein akzeptables Prinzip und eine gerechte alternative Verteilungsmethode von Transplantaten. Die Zufallsallokation verursacht bei Maßnahmen zur Gesundheitsfürsorge wohl bei den Handelnden relativ geringe Bedenken.

Die Fehlbarkeit einer utilitaristischen Rechnung bei der Entscheidung über Leben und Tod macht die Zufallsauswahl in der Tat zu einem gerechten Verfahren. Paradoxe Weise kann so die Achtung der Person am besten durch ein unpersönliches Verfahren gesichert werden; Patientenautonomie erfordert Zufallsallokation bei Organspende und Dialyse. Nur auf diese Weise haben alle Patienten gleiche Rechte auf der gleichen Basis. "In no other than this (casting lots) or some like way are those having equal rights put upon an equal footing, and in no other way is it possible to guard against partiality and oppression, violence, and conflict."⁴⁰

³⁸ In einigen Fällen sollte daher von einer zufallsgemäßen Verteilung abgesehen werden, wie z.B. bei sehr alten Menschen und Personen, welche von ihnen abhängige kleine Kinder haben. Im schwierigen Fall einer Auswahl zwischen jemandem ohne Familie und einer Mutter von Kleinkindern ist J. Glover der Ansicht: Wenn Informationen über ihre Angehörigen vorhanden sind, sollte man von der Zufallsauswahl abweichen dürfen, um die Kinder vor der Tragödie zu bewahren, daß ihre Mutter nicht gerettet würde. Glover, J., 1977, S. 222.

³⁹ Es bleibt jedoch das Problem, wie die beiden z. T. unabhängigen medizinischen Faktoren Dringlichkeit und Erfolgchance gegeneinander aufgewogen werden sollen.

⁴⁰ Childress, James F., 1983, S. 642.

7. Sonderprobleme

7.1. Die Verwendung fetaler Zellen und Hirngewebe

In der heutigen Gesellschaft wäre es an sich nicht schwer, täglich viele gesunde Embryonen zu finden. Staaten mit besonders großen Bevölkerungswachstumsquoten¹ haben äußerst liberale Gesetze über den Schwangerschaftsabbruch eingeführt, und immer wieder wird Abtreibung als ein wirksames Mittel gegen Überbevölkerung propagiert. Dort kümmert es niemanden, was mit den abgetriebenen Feten geschieht.

Da das Gehirn als materielle Grundlage geistiger Tätigkeit gilt und - mit den wesentlichen persönlichkeitsbestimmenden Merkmalen verbunden - wesentlich für das Menschsein ist, kommen medizinische und ethische Überlegungen auf, die zu klären suchen, ob eine Hirngewebetransplantation in ihrer Wirkung voll abschätzbar und zu verantworten ist.

7.1.1. Medizinische Aspekte

Fetale Zellen und Gewebe werden heute in steigendem Maße zur medizinischen Forschung genutzt. Zahlreiche Wissenschaftler vertreten neuerdings die Auffassung, daß die Transplantation von fetalem Gewebe für die Bekämpfung von Krankheiten wie Alzheimer, Parkinson, Leukämie und Diabetes vielversprechend sei.² Die bisherigen Ergebnisse der Therapieversuche mit transplantierten fetalen Zellen oder Geweben sind teilweise ermutigend.³

Studien zeigen, daß nicht nur das Wirtsgehirn überleben und sogar die Entwicklung von transplantierten fetalen Nervenzellen beeinflussen kann, sondern daß in manchen Fällen Transplantate von fetalem Gehirngewebe nach Schädigungen des Empfängergehirns weitergehenden Degenerationen desselben vorbeugen.

Die aus Embryonen⁴ und die aus abgetriebenen Feten gewonnenen Zellen können als Transplantate verwendet werden und haben den Vorteil, daß sie im Körper von Empfängern nicht als Fremdgewebe abgestoßen werden. Sie können offenbar in bestimmten Fällen nicht nur überleben, sondern auch ihre Stoffwechselleistung dem erwachsenen Organismus zur Verfügung stellen. Wenn eine zuckerkrankte Frau ihre Schwangerschaft abbricht, können ihr die Mediziner die Insulin produzierenden Zellen ihres eigenen Fetus implantieren.

¹ Z. B. die Volksrepublik China und Korea.

² Diabetes konnte durch die Injektion von aus Embryonen oder Feten gewonnenen, Insulin produzierenden Zellen in die Bauchspeicheldrüse geheilt werden. Therapieversuche mit transplantierten fetalen Zellen oder Geweben wurden besonders bei jugendlichem Diabetes und Parkinsonscher Krankheit durchgeführt. Siehe Wolff, H. P., 1992, S. II.

³ Fetale Zellen und Gewebe können nach dem Tode des Organismus noch eine Weile am Leben und funktionsfähig bleiben. Vier ihrer Grundeigenschaften sind für Transplantationszwecke besonders geeignet:

- a) die Fähigkeit zu Wachstum und Proliferation
- b) die Fähigkeit zur Zell- und Gewebsdifferenzierung
- c) die Fähigkeit zur Produktion von Wachstumsfaktoren
- d) der Vorteil einer niedrigen Antigenität.

Wolff, H. P., 1992, S.II.

⁴ Hier und im folgenden wird die in der Medizin übliche Unterscheidung zwischen Embryo (beim Menschen bis zum Ende des vierten Schwangerschaftsmonats) und Fetus (beim Menschen etwa vom 5. Schwangerschaftsmonats an mit der Geburt abschließendes Entwicklungsstadium) nicht gemacht.

In diesem Zusammenhang erhebt sich die Frage, ob abgetriebene Feten oder anenzepale Neugeborene als Organspender verwendet werden dürfen.

Patienten mit bestimmten neurodegenerativen Erkrankungen (Parkinson-Krankheit)⁵ können durch Transplantation fetalen Hirngewebes behandelt werden. Mit der Verpflanzung Dopamin produzierender embryonaler Nervenzellen von sechs bis acht abgetriebenen Feten aus der 7-9. Schwangerschaftswoche in geschädigte Hirnregionen von Parkinson-Kranken haben die Mediziner schon bewiesen, daß solch ein Gewebe im Gehirn der Patienten überleben und deutliche funktionelle Verbesserungen bewirken kann, die bis zu zwei Jahre nach der Operation andauern können.⁶ Derartige Versuche aber lassen sich nur mit Fetalgewebe aus selektiven Abtreibungen durchführen, weil das Gewebe von fehl- oder totgeborenen Feten ein unklares gesundheitliches Risiko für den Empfänger bedeuten würde. Es werden daher ausschließlich Gewebe von gesunden Embryonen verwendet.

Die Alternativen zur Transplantation fetalen Gewebes wie die medikamentöse Behandlung⁷ und die autologe Transplantation von Nebennierenmarkszellen werden wegen der schweren Nebenwirkungen bzw. wegen der risikoreichen Operationen mit nur vorübergehender Besserung nicht als ausbau- und verbesserungsfähig angesehen.

Verschiedene Forschungsgruppen versuchen heute, embryonales Hirngewebe, das noch Regenerationsfähigkeit besitzt, in zerstörte Areale zu implantieren in der Hoffnung, daß von dem Implantat neue Nervenbahnen gebildet werden können. Dieser Weg versprache eventuell Erfolg bei der bisher praktisch unheilbaren Querschnittslähmung.

Wenn die Transplantation von embryonalen Zellen eine Möglichkeit sein sollte, das Los eines Querschnittsgelähmten zu erleichtern oder gar entscheidend zu verbessern - wird man dann auf die Verwendung embryonalen Hirngewebes wirklich verzichten wollen?

Es wird allerdings befürchtet, daß Schwangerschaften allein zum Zweck der Transplantatgewinnung geplant und wieder abgebrochen werden könnten, und daß planmäßig und absichtlich Embryonen für Forschungs- und Transplantationszwecke erzeugt und so lange wie möglich am Leben erhalten werden. Viele Menschen finden diese Vorstellung unerträglich. Wenn es zu einer verbreiteten Praxis würde, Embryonen und Feten für Transplantationszwecke

⁵ Am 30. März 1982 wurde die erste Implantation von Nebennierenmark-Gewebe in ein menschliches Gehirn vorgenommen. Die Behandlung erfolgte bei einem Parkinson-Patienten mit Rigor und Akinese. Die Besserung der Symptomatik hielt eine Woche an. Bei einem zweiten Fall mit der gleichen Operation stellte sich eine Besserung von Rigor und Akinese noch nach einem halben Jahr ein.

Siehe Linke, D. B., 1991b.

⁶ Berg, L., 1992.

Über die ersten Berichte einer Transplantation von fetalem Hirngewebe zur Behandlung von Parkinsonismus in Mexiko 1988 hinaus, das dort im übrigen einem Spontanabort entstammte, gibt es neuerlich erfolgreiche Anwendungen, die diesen Therapieansatz als dauerhaft wichtig für die Behandlung dieser Krankheit erweisen könnten. Die Verwendung mesenzephaler dopaminergischer Neuronen von fetalem Gewebe, das aus Schwangerschaftsabbrüchen zwischen der achten und neunten Schwangerschaftswoche stammte, brachte nach der Transplantation eine verstärkte Dopaminaufnahme in das Putamen. Außerdem konnte eine deutliche klinische Symptombesserung erhoben werden. Siehe dazu Fassbender, P., 1991, S. 115.

Diese in deutschsprachigen Ländern noch unerlaubte Transplantation ist in verschiedenen europäischen Ländern, besonders in Schweden bereits in einigen hundert Fällen klinisch erprobt.

⁷ "Medikamentös kommen derzeit die Dopaminvorstufe L-Dopa, Dopaminrezeptoragonisten, den Dopaminabbau hemmende Medikamente, Anticholinergika und Amantadine zum Einsatz. Weiterhin kann bei tremordominanten Patienten eine stereotaktische Koagulation von Thalamuskernen eine Linderung des Tremors erreichen. Allerdings ist häufig auch mit einer Kombinationsbehandlung die Entwicklung von Wirkungsabfällen und mitunter schweren neurologischen Nebenwirkungen langfristig nicht zu verhindern." Siehe Nikkhah, G., Sauer, H., 1992, S. 22

zu benutzen, besteht die Gefahr, daß auch Frühgeburten oder Neugeborene auf ähnliche Art und Weise benutzt würden.

7.1.2. Ethische Gesichtspunkte

Akzeptiert man das Benefizienz-Prinzip unter der utilitaristischen Nutzen-Perspektive, so ist einer Hirngewebetransplantation wegen des Nutzens normal arbeitender zerebraler Funktionskreise zuzustimmen.⁸ Über die rein medizinisch-physiologischen Gesichtspunkte zur Verwendung von embryonalem Gewebe hinaus darf aber die Frage nicht vernachlässigt werden, in welchem Maße die Verpflanzung von Nervenzellen in das Gehirn als den Sitz von Intellekt und Persönlichkeit das Empfänger-Gehirn verändern kann.

Einige Autoren, darunter Linke und Kurthen, sind der Meinung, daß die Brain-Mind Forschung noch keineswegs an ein Ende gekommen sei, und es daher richtig wäre, von Hirntransplantationen Abstand zu nehmen, solange durch den Eingriff schwer abschätzbare Risiken bestehen. Aber wie sollen diese Risiken beseitigt werden, wenn man keine experimentellen Erfolge erzielen darf? Wenn ein objektiv akzeptables Nutzen-Risiko-Verhältnis für Hirntransplantationen nachgewiesen und die Zustimmung des informierten Patienten vorhanden ist, kann man einen solchen Eingriff nicht unbedingt verurteilen.

Folgende ethische Probleme sind zu nennen:

a) Es besteht eine moralische Differenz zwischen der Explantation von Organen aus dem Spenderkörper eines Verstorbenen (Unfallopfers) und einem gesunden abgetriebenen Fetus.

Es ist eine Sache, ob ein Organ aus einem toten Körper entnommen wird, den die Medizin nicht mehr retten konnte, aber eine andere, ob Teile aus einem Körper, der mit medizinischer Kunst getötet wurde, explantiert werden. Auch müßte untersucht werden, ob wir überhaupt dazu berechtigt sind, die Rechte eines noch werdenden, potentiellen Menschen zu verletzen. Aber selbst wenn einem werdenden Menschen wirklich Rechte zugesprochen werden müssen, sind diese schon verletzt worden, wenn er abgetrieben worden ist. Die Hirngewebetransplantation ist anders zu beurteilen als die Abtreibung, weil man dabei bereits abgetriebene tote Embryonen zur Heilung der kranken Menschen benutzt.

b) Das Einwilligungsmo­dell bei Organtransplantationen kann hier keine direkte Anwendung finden.

In dem moralischen Diskurs über das mütterliche Verfügungsrecht sind zwei Auffassungen hervorgetreten:

- Grundsätzliche Gegner des Schwangerschaftsabbruchs machen geltend, daß die Schwangere ihre Vormundrechte aufgegeben habe. Der Schwangerschaftsabbruch disqualifiziere die Mutter in Hinsicht auf Entscheidungen über eine spätere Verwendung des Fetus.
- Dem gegenüber behaupten andere, daß Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch komplex, verschieden und sehr persönlich seien, und daß der Mehrzahl der Schwangerschaftsabbrüche eine Gewissensentscheidung zugrunde läge, die man als solche respektieren müsse. Das gleiche gelte auch für die Entscheidung der Mutter darüber, was später mit dem Fetus geschehen solle.

⁸ Linke, D. B., 1991b, S. 65.

Aus den letztgenannten Gründen scheint es sinnvoll, jede Verwendung fetaler Zellen und Gewebe an die ausdrückliche Zustimmung der aufgeklärten Schwangeren zu knüpfen.

Es kann vermutet werden, daß manche Frauen mit dem (nachträglichen) Wissen, daß Zellen des abgetriebenen Fetus einer Heilbehandlung dienen können, besser mit psychischen Problemen eines Schwangerschaftsabbruches zurechtkommen können.

c) Die einhellige Meinung der Experten geht dahin, daß für eine sinnvolle Implantation von fetalem Hirngewebe die Entnahme von Zellmaterial aus 5-8 abgetriebenen Feten nötig ist.

Bei der großen Zahl von behandlungsbedürftigen Parkinson-Patienten ergibt sich darum eine noch viel größere Zahl von notwendigen, nahezu zeitgleich vorgenommenen Gruppenabtreibungen bei mehreren Schwangeren.

In der Debatte fetaler Transplantation gibt es 4 wichtige Positionen⁹ im Hinblick auf die Bedeutung der Abtreibung.

- 1) Die Transplantationen fetaler Gewebe sind abzulehnen, weil experimentelle Resultate medizinisch bislang noch nicht hinreichend gut erwiesen sind.
- 2) Die Transplantationen fetaler Gewebe sind abzulehnen, weil die Abtreibung unmoralisch ist und das Unrecht der Abtreibung von der ethischen Entscheidung über die Nutzung fetaler Gewebe keineswegs isoliert werden kann.
- 3) Die Transplantationen fetaler Gewebe sind akzeptabel, weil die Abtreibung moralisch überhaupt nicht verwerflich ist.
- 4) Die Transplantationen fetaler Gewebe sind akzeptabel, selbst wenn die Abtreibung unmoralisch ist. Denn diese beiden sind auch in Bezug auf ihre moralische Bewertung zu trennen.

Die 1. Position scheint durchaus plausibel zu sein. Man kann jedoch den experimentellen Versuch mit aufgeklärter Zustimmung des Patienten nicht völlig ausschließen, um einen medizinischen Fortschritt zu erzielen.

Ich halte die 4. Position für vertretbar, falls einige Bedingungen für die moralische Zulässigkeit von Transplantationen fetaler Gewebe erfüllt sind. Denn die Verwendung abgetriebener Feten für Transplantationen dient mittelbar oder unmittelbar dem Wohl der Kranken. Die Nutzung fetaler Gewebe zum Zweck der Transplantation ist mit der Nutzung menschlicher Substanz in vielen anderen Situationen gleichzusetzen.

Jedoch muß ein Dambruch im Hinblick auf die Verwendung abgetriebener Feten verhindert werden.

Die therapeutischen Alternativen zur Transplantation embryonaler Nervenzellen müssen intensiver verfolgt werden. Sollten dazu strikte, auf Forschung limitierte Experimente mit fetalem Hirngewebe notwendig sein, um die Möglichkeiten von Alternativen zu dieser Methode zu explorieren, so ist eine in diesem Sinn begrenzte Anwendung dieser Methode der Transplantation eventuell zu rechtfertigen.

7.1.3. Regelungsvorschläge

⁹ Siehe dazu Jones, D. G., 1991.

- a) Die ausdrückliche, aufgeklärte Einwilligung der Schwangeren zur medizinischen Nutzung des Fetus muß in jedem Fall vorliegen.
- b) Aufklärung und Einwilligung der Schwangeren zur Verwendung fetalen Gewebes sollte erst nach ihrem festen Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch erfolgen und jederzeit widerrufbar bleiben.
- c) Die Einwilligung der Mutter muß sich auf die generelle Art der Verwendung beschränken, personenbezogene Bestimmungen sind auszuschließen.
- d) Es darf nur Gewebe von toten Feten verwendet werden, bei denen Spontanatmung und Herzschlag fehlen.¹⁰
- e) Es muß eine Möglichkeit der wesentlichen Verbesserung von Gesundheits- und Lebenssituation des Patienten wirklich vorhanden sein.
- f) Es dürften keine Verbindungen zwischen der schwangeren Frau und dem Transplantatempfänger bestehen. Auch muß ausgeschlossen sein, daß die Frau den Empfänger des Transplantates bestimmen kann. Im Hinblick auf Mißbrauch und Manipulation sollten die Anonymität von Spender und Empfänger und der Ausschluß eines Aufschubs des Schwangerschaftsabbruchs bis zu einem für die Neurotransplantation günstigeren Zeitpunkt gesichert werden.
- g) Potentielle Empfänger, sowie alle anderen an der Durchführung der Transplantation Beteiligten, müssen über den gesamten Vorgang genauestens aufgeklärt sein und jederzeit aus diesem Projekt zurücktreten können.
- h) Die zeitliche und sachliche Unabhängigkeit von Entscheidung und Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs¹¹ von der Möglichkeit einer späteren medizinischen Nutzung fetalen Gewebes muß sichergestellt werden, um dessen kommerzielle Ausnutzung zu vermeiden.¹²
- i) Es wird zur Sammlung und Verteilung der fetalen Gewebe und zur Sicherung der Anonymität von Spender und Empfänger die Einrichtung von Gewebesbanken in pathologischen Einrichtungen medizinischer Zentren empfohlen.
- j) Jeder experimentelle und klinische Umgang mit humanem embryonalen Nervengewebe bedarf der Genehmigung durch eine entsprechende Ethikkommission.
- k) Bezahlungen und andere Formen von Vergünstigungen, die die Entscheidung zum Abbruch beeinflussen, müssen verboten sein.

7.2. Das Problem des schwer mißgebildeten Kindes als Organspender am Beispiel des Anenzephalus

Im Gegensatz zur Lage unserer heutigen Gesellschaft entschieden bis zur Jahrhundertwende voll und ganz die Eltern und deren Hausarzt darüber, ob man ein mißgebildetes Kind aufnahm oder sterben ließ. Bei der Geburt eines schwächlichen oder mißgebildeten Kindes konnte dieses kleine Gremium direkt Beteiligter autonom entscheiden, was zum Wohle der sozialen Einheit, nämlich der Familie, zu tun sei. Dabei wurden und werden noch in einigen Kulturen passive oder aktive

¹⁰ Wolff ist der Meinung, daß eine Zell- oder Gewebesentnahme von lebenden Feten nur dann vertretbar sei, wenn sie dem unmittelbaren Nutzen des betroffenen Feten - oder gegebenenfalls der Mutter (pränatale Diagnostik) - dient. Siehe dazu Wolff, H. P., 1992.

¹¹ Der Zeitpunkt und die Methode des beschlossenen Schwangerschaftsabbruchs dürfen nur durch das Gesundheitsinteresse der Mutter bestimmt werden.

¹² Vgl. b)

Sterbehilfen praktiziert. In der modernen Gesellschaft schränken jedoch die Religion, das Gesetz und die Medizin die ursprüngliche Autonomie der Eltern sehr stark ein.

Die Fortschritte der Medizin haben es ermöglicht, immer mehr unreife Frühgeborene, immer schwerer behinderte und mißgebildete Neugeborene und unheilbare kranke Kinder eine Zeitlang am Leben zu erhalten. Somit muß geklärt werden, ob und inwieweit Eltern und behandelnde Ärzte bei Vorliegen einer schweren Schädigung des Neugeborenen zu lebensrettenden Maßnahmen unter allen Umständen verpflichtet sind, oder ob derartige Maßnahmen und Eingriffe unterlassen werden dürfen.

7.2.1. Medizinische Aspekte

Als anenzephal gelten Feten, bei denen Zwischenhirn, Großhirn und Schädeldach ganz oder weitgehend fehlen. Es handelt sich beim Anenzephalus nicht um einen Hirntoten,¹³ obwohl sich die Frage erhebt, ob er ohne die übliche Hirnfunktion überhaupt als eine Person betrachtet werden kann.

Anenzephalie Neugeborene stellen ein Sonderproblem der Lebendspende dar. Durch künstliche Beatmung und Ernährung könnten ihre Organe bis zu einer Transplantation erhalten bleiben. Das Ausbleiben der Spontanatmung wird als das maßgebliche Kriterium für den Hirntod anenzephaler angesehen, obwohl sie über einen funktionierenden Hirnstamm verfügen. Es wird demnach gefordert, Organe aus lebenden anenzephalen Neugeborenen herauszuschneiden, da eine Explantation unmittelbar nach der Geburt die durch Sauerstoffmangel bedingten Schäden und die Kosten minimiere.

Hier müßten entweder Lebendspenden, die den Tod des anenzephalen Neugeborenen herbeiführen, erlaubt werden, oder es müßte eine Erweiterung der Hirntod-Definition erfolgen, weil die geltenden Hirntod-Kriterien im Falle des anenzephalen Neugeborenen wegen der geringfügig angelegten Hirnstrukturen nicht anwendbar sind.

Da ein anenzephalies Neugeborenes nicht als tot angesehen werden kann, hält es die Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren der BRD für ethisch unvertretbar, anenzephalie Feten zum Zwecke der Organgewinnung von der Mutter austragen zu lassen.¹⁴

Bei anenzephalen Neugeborenen kann der Hirntod erst nach Eintritt des Atemstillstandes diagnostiziert werden, sofern bei der Geburt noch Spontanatmung besteht. Die natürliche Lebenserwartung eines anenzephalen Neugeborenen umfaßt in der Regel nur wenige Minuten bis Stunden. Solch ein Kind ist erst nach dem endgültigen Stillstand seines Herzens oder dem Ausfall seiner restlichen Hirnfunktion tot.¹⁵

Die Benutzung von Säuglingen mit fehlendem Gehirn zur Befriedigung des Transplantatinteresses hat öffentliche Emotionen erweckt, da ein Anenzephalus nicht ganz hirnlos ist.¹⁶ Würden bei solch einem Wesen zu Transplantationszwecken - wie es bereits mehrfach geschehen ist - Organe entnommen, dann könnte dies nicht durch die Hirntodkriterien

¹³ Siehe dazu Erklärung der katholischen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, 1990, Organtransplantationen, S. 14.

¹⁴ Drees, G., Scheld, H. H., 1991, S. 33.

¹⁵ Bundesärztekammer, 1993, S. 1977.

¹⁶ Solchen Säuglingen fehlt im allgemeinen das Großhirn, der Hirnstamm ist hingegen meistens weitgehend ausgebildet. Der angelegte Hirnstamm kann durchaus Funktionen des Saugens und Schluckens vollführen. Das anenzephalie Kind hat einen Stuhlgang und eine Temperaturregulation. Auch die Atmung und Laute des Wohlbehagens haben hier ihr Steuerzentrum.

legitimiert werden, sondern bedürfte anderer Begründungen. In einem solchen Fall wird dann darauf hingewiesen, daß die Anenzephalen nicht lebensfähig seien.

Da Anenzephalus nicht mit Hirntod gleichzusetzen ist, wird eine Organentnahme bei diesen Anenzephalen durch kein Gesetz gedeckt. Die Situation wird jedoch dadurch noch komplizierter, daß anenzepitale Feten heutzutage meistens mittels Ultraschalluntersuchungen pränatal diagnostiziert werden, was dann in der Regel zu einem Schwangerschaftsabbruch führt.

Unter diesem Aspekt wird nun erwogen, die Schwangere dazu zu bewegen - unter Umständen sogar unter Gewährung finanzieller Unterstützung - ihr anenzepitales Kind zum Zweck der Organspende auszutragen.¹⁷ Aber die Modalitäten des Schwangerschaftsabbruches sind in jedem Falle der Sorge um die mütterliche Gesundheit unterzuordnen.

7.2.2. Ethische Gesichtspunkte

Die Definition des schutzwürdigen Menschseins hängt vom Personbegriff des Betrachters ab. Also würden unterschiedliche Menschenbilder zu unterschiedlichen Ansichten über die moralische Vertretbarkeit eines bestimmten Lebensrechts führen. Menschsein ist nicht allein von den vorhandenen Fähigkeiten des betreffenden Individuums abhängig.

Manche Menschenrechtler sind der Meinung, daß jede Bewertung eines menschlichen Lebens als entweder lebenswert oder lebensunwert prinzipiell zurückgewiesen werden müsse und daß jedes menschliche Leben den gleichen Wert habe, nämlich lebenswert. Wenn jedes menschliche Leben in diesem Sinne gleich zu bewerten ist, dann muß jedes Leben mit dem gleichen Einsatz verteidigt werden. T. Koch behauptet, daß keiner ein eigenmächtiges Recht über den anderen habe. Die Würde des Menschen kommt jedem selbst und an sich zu. "Entweder es wird die Unbedingtheit des Lebensrechtes eines jeden geachtet und auch praktiziert, oder es gerät alles zum Freibrief für die Willkür und löst sich ins Beliebiges auf...Wir sollten den ethischen Grundsatz, daß jeder Mensch, gleich wie er ist, ein unbedingtes Lebensrecht hat, als die vernünftige Überzeugung offensiv vertreten".¹⁸

Dennoch sind die Abtreibungen schwergeschädigter Feten und das stillschweigende Sterbenlassen von schwergeschädigten Neugeborenen in fast jeder Gesellschaft die Regel.

Wenn man dazu noch die Möglichkeiten des Gewebe- bzw. Organertrags bedenkt, scheint die Güterabwägung unvermeidlich zu sein. Die Frage ist nun, ob der Arzt dazu berechtigt ist, die Vitalfunktionen eines todgeweihten, schwergeschädigten Neugeborenen nur deswegen künstlich aufrechtzuerhalten, um die Möglichkeit für Transplantationen zu schaffen oder zu verbessern. Wenn man ein Baby, das vor einem unabwendbaren Tod steht und kein voll entwickeltes Gehirn hat, für hirntot erklären würde, könnten die Organe dieses Babys anderen Kindern, die nur durch die Verpflanzung lebenswichtiger Organe überleben könnten, das Leben retten. Könnte man sie als Organspender nutzen, dann würde sich die Auswahl von Organspendern erheblich erhöhen.

Die Empfehlung zum Therapieabbruch bei einem schwerstgeschädigten Neugeborenen, z. B. beim Anenzephalus, wird nicht nur von Ärzten und Juristen akzeptiert, sondern auch in Kreisen von Ethikern und Theologen respektiert. Mir scheint Patzigs Auffassung einleuchtend, wenn er sagt: "Es gibt möglicherweise gute Gründe dafür, ...den Schutz des Lebens, der Menschen zusteht, auch Embryonen zuzubilligen. Aber dies kann nicht auf so einfache Weise geschehen,

¹⁷ Stapenhorst, K., a. a. O., S. 328 f.

¹⁸ Koch, T., 1990, S. 128.

daß man den Anwendungsbereich des Begriffs der Menschenwürde willkürlich so weit ausdehnt, daß man ein Argument aus dem Grundgesetz gewinnt, für ein Verbot, das man auf andere Weise rational zu begründen Schwierigkeiten hat."¹⁹

Das Lebensrecht schließt eine Tötung im Interesse des betroffenen Individuums nicht aus. Bei der Behandlung von Neugeborenen, die mit Sicherheit von einer bleibenden schweren Behinderung betroffen sein werden, müssen die Entscheidungen in der jeweiligen Situation unter Berücksichtigung von besonderen Umständen erarbeitet werden. Die extremen Haltungen von Übertherapien und unbeirrbarer Lebenserhaltung um jeden Preis und einer selektiven Medizin, die nur voll funktionsfähige Menschen als Lebenskandidaten zuläßt, sollten vermieden werden.

Ob ein schwer mißgebildetes Neugeborenes mit Hirnschädigung am Leben gelassen werden soll, hängt nicht allein vom wissenschaftlich meßbaren Grad der Schädigung, sondern vielmehr von der Abschätzung der betroffenen Eltern und der Gesellschaft ab. Die Eltern als Entscheidungsträger befinden sich in einer Doppelrolle, in der sie sowohl ihre Eigeninteressen als auch die des Kindes berücksichtigen müssen.

Betroffene haben im Normalfall das Recht, ihre individuelle Präferenzordnung selbst zu bestimmen. Die Gesellschaft sollte jedoch den betroffenen Familien und Individuen helfen, ihre Entscheidungen in die Praxis umzusetzen. Die individuelle, moralische Urteilsautonomie sollte jedoch keineswegs kollektiv verbindlichen Regeln untergeordnet werden, sondern es sollte das Selbstbestimmungsrecht von Individuen und Familien in bestimmten Fundamentalfragen menschlicher Lebenserhaltung gefördert werden.

Wenn Eltern eines schwergeschädigten Neugeborenen mit Sicherheit wissen, welche Behinderungen ihr Baby haben wird, sind viele von ihnen gegen eine lebensverlängernde Behandlung, weil für sie Hoffnung besteht, daß das neugeborene Kind, zu dem sie in der kurzen Zeit noch keine so enge Beziehung aufbauen konnten, durch ein später geborenes ersetzbar ist. Oft herrscht die Befürchtung, daß Familienmitglieder unter der Belastung durch ein behindertes Kind psychisch und finanziell zusammenbrechen könnten. Nicht wenige sind der Meinung, daß man ein solches Kind entweder durch Nichtbehandlung oder sogar aktiv töten sollte, wenn die Prognose klar und unstrittig ist. Voraussetzung dafür wäre die Einwilligung der Eltern.

Wenn die Geburt von Behinderten aufgrund von Kosten und Leiden, die sie verursachen, vermieden werden soll, versucht man diese Entscheidung damit zu rechtfertigen, daß diese Lasten besser für andere Menschen sinnvoll aufzuwenden seien²⁰ und daß das Leid des Kindes bzw. der Eltern möglichst erspart werden solle. Entscheidend ist die Frage, ob man es einem schwerbehinderten Säugling zumuten kann, mit dieser Belastung zu leben. Die Leiden der Eltern und die Kosten sind von sekundärer Bedeutung. Viele schwerstbehinderte Kinder leiden an unerträglichen Schmerzen und sterben meistens nach kurzer Zeit. Aber es ist sehr schwierig zu entscheiden, in welchem Fall das Leben eines Menschen nicht mehr lebenswert ist.

Singer behauptet, daß es bestimmte Interessen gebe, die man ohne bestimmte Fähigkeiten nicht haben könne. Z. B. wäre ein anenzephalisches Neugeborenes, das ohne Gehirn geboren worden ist, kein Bewußtsein, keine Fähigkeit hat und keinen Schmerz oder keine Freude empfinden kann,

¹⁹ Patzig, G., 1991, S. 137.

²⁰ Hare sieht es als empfehlenswert an, nicht nur die Interessen bereits existierender Personen, sondern auch die eines potentiellen Kindes, dessen Geburt vom Tod des mißgebildet geborenen abhängt, zu berücksichtigen. Siehe dazu Hare, R. M. 1990, S. 378.

weniger erhaltenswert als das Leben eines gesunden Schweines, das mit anderen Schweinen Beziehungen aufnehmen und Freude erleben kann.²¹

Aber die menschlichen Reaktionen auf die Behandlungsweise eines anenzephalischen Kindes sind von Natur aus viel sensibler als auf die eines Schweines. Dabei legt unser moralisches Gefühl - nicht unsere Vernunft - viel Wert auf die Behandlungsweise dieses Kindes. Solche Gefühle dürfen nicht einfach außer Acht gelassen werden.

Alle Neugeborenen ohne Überlebenschance, gleich welchen Reifegrades, Gewichtes oder welcher Mißbildung, denen eine lebenserhaltende Behandlung vorenthalten wird, benötigen in besonderem Masse eine Linderung ihrer Leiden, Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse von Nahrung und Wärme sowie eine liebevolle Zuwendung und Respektierung ihrer Menschenwürde.²² Erst nach dem Hirntod des Neugeborenen endet die ärztliche Behandlungspflicht.

Die Eltern sollten imstande sein, nach Beratung mit den Ärzten eine Entscheidung darüber zu treffen, wann es im Interesse des Kindes und der Familie ist, auf die Behandlung eines schwerstgeschädigten Säuglings zu verzichten und ihn sterben zu lassen.

Falls man anenzephalie oder andere schwermißgebildete Neugeborene als Organspender benutzt, sollte dies erst nach ihrem Hirntod geschehen, und zwar mit der Zustimmung ihrer Eltern. Bei Neugeborenen und Anenzephalen ist eine Todesfeststellung vor der Organentnahme unerlässlich, und zwar entsprechend den anerkannten medizinischen Standards.

7.3. Herztote Spender

Eine Lebensverlängerung wird im allgemeinen dann sinnlos, wenn sie den Sterbevorgang nur kurzzeitig aufzuhalten, nicht aber rückgängig zu machen vermag und wenn sie mit einer übergroßen Belastung des Kranken, bzw. der Gesellschaft verbunden ist.

Jedoch ist die Sinnlosigkeit weiterer Hilfe allein noch kein hinreichender Grund dafür, das Leben des Kranken aktiv zu beenden. Eine Verkürzung des Sterbeprozesses scheint ethisch vertretbar, wenn sie im Interesse des Patienten geschieht, und wenn der Sterbende ausdrücklich darum bittet. Ist der Sterbende nicht bei Bewußtsein, so können seine Angehörigen darum bitten. "Das Lebensrecht besteht nicht im Recht, nicht getötet zu werden, sondern vielmehr im Recht, nicht ungerechterweise getötet zu werden."²³

Es erhebt sich die Frage, ob ein Arzt ein zu Ende gehendes Leben dann vorzeitig beenden darf, wenn er damit und nur dadurch ein anderes Leben retten könnte, das sonst ebenfalls ein Ende nehmen müßte. Eine Abschätzung von Wertvorstellungen drängt sich auf, wenn unrettbares Leben gegen rettbares Leben steht.

Der vorzeitige Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, der wegen einer notwendigen Organverpflanzung geschieht, kann jedoch als eine Tötung durch Organentnahme verurteilt werden, selbst wenn sie in dem höherwertigen Gut eines nur so rettbaren anderen Lebens begründet ist und der unrettbare Spender dazu bereit ist. Man sollte unbedingt auf die Gefahr von Mißbräuchen aufmerksam machen.

²¹ Mir leuchtet nicht ein, wie man so Werte bewahren will, Peter Singer im Gespräch mit Christoph Fehige und Georg Meggle, in: Hegselmann, R., Merkel, R., 1992, S. 166 f.

²² Siehe dazu Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) - "Einbecker Empfehlung", S. 184. Siehe dazu auch Baumann-Hölzle, R., 1994, S. 531.

²³ Thomson, J. J., 1990, S. 118.

Im Mai 1992 hat das medizinische Zentrum der Universität Pittsburgh eine neue komplizierte Verfahrensweise entwickelt zur Organbeschaffung aus Patienten, die nach mehr traditionellen Herz-Lungen- als Hirn-orientierten Kriterien für tot erklärt worden sind, unter der Voraussetzung, daß sie oder ihre Familien auf eine lebenserhaltende Behandlung verzichtet haben. Gemäß dem Pittsburgh-Protokoll²⁴ wird die Therapie im Operationssaal abgebrochen, wo ein für Explantation zuständiges Ärzteteam unmittelbar nach der Todeserklärung die Organe entnimmt. Es handelt sich dabei um solche Patienten, die nach dem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen freiwillig ihre Organe spenden möchten.

Nach dem Pittsburgh-Protokoll darf die Todesfeststellung schon nach zweiminütigem Herzstillstand getroffen und anschließend sofort mit der Explantation begonnen werden.

Das Pittsburgh-Protokoll behandelt die folgenden drei wichtigen Problemfelder:

- a) die Entlastung von Schmerzen und Qualen,
- b) der schnelle Tod,
- c) die Organbeschaffung für eine Transplantation.

Viele ethische Probleme wie das des Therapieverzichtes, des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Sterbenden und der Todesdefinition werden hier wieder aufgeworfen. Denn die Organspender im Sinne des Pittsburgh-Protokolls sind gesetzlich gesehen noch nicht tot, d. h. sie sind zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tod erklärt wird, noch nicht hirntot.

Schwierigkeiten ergeben sich aus den gesetzlichen Richtlinien zu Kriterien des Todes, nach denen der Verlust vitaler Funktionen, entweder hirn- oder herzorientiert, "irreversibel" sein sollte. Man darf keinen Zustand und keine Phase im Leben als "Tod" bezeichnen, wenn eine Wiederbelebung grundsätzlich möglich erscheint. Ein reversibler Zustand sollte nicht Tod genannt werden.

Nach dem Pittsburgh-Protokoll wird ein Patient für tot erklärt, ohne die Möglichkeit der Wiederbelebung zu nutzen; denn Wiederbelebungsmaßnahmen widersprechen dem Wunsch eines sterbewilligen Patienten.²⁵

Der sterbende Patient wird schnell in den Operationssaal überführt, er wird dort von der Familie isoliert, die Lebensunterstützung wird ihm entzogen, und er wird für tot erklärt. Der Patient ist jedoch nach zweiminütigem Pulsstillstand noch nicht "hirntot", selbst wenn man annimmt, daß keinerlei bewußte Wahrnehmung in dieser Zeit vorliegt.

Ist der Patient tot, weil sein Herz nicht mehr schlägt? Oder ist er noch lebendig, weil sein Gehirn noch arbeitet?

Die Patienten könnten unter Pittsburgh-Kriterien im Operationssaal trotz der Todeserklärung noch bei Bewußtsein sein und sterben genau genommen erst auf dem Operationstisch. R. C. Fox

²⁴ University of Pittsburgh Medical Center, Policy and Procedure Manual, 1992, A1 - A15.

²⁵ "Decisions concerning the treatment and management of the patients (including but not limited to the decision to withdraw mechanical support and/or medications) must be made separately from and prior to discussions of organ donation. This means that appropriate candidates for withdrawal of life support shall be identified independently of donor status. Consideration of organ donation shall occur only after a decision has been made by the patient, surrogate, or family and physicians that the patient be assigned the status of "comfort measures only" as indicated in the Medical Center's Guidelines on Forgoing Life Sustaining Treatment." Ebd.

betrachtet daher die Pittsburgh-Version als "an ignoble form of medically rationalized cannibalism that should be prohibited".²⁶

B. W. Shaw befürwortet dagegen solche Organspenden und behauptet, daß das, was Pittsburgh zu unternehmen beabsichtigt, ein faszinierendes Konzept sei. Es biete einerseits viel Hoffnung für potentielle Organempfänger und deren Angehörige; andererseits könne es auch die Familien von Patienten stärken und trösten, durch deren Tod das Leben anderer Menschen aufrechterhalten wird.²⁷

An Organbeschaffung interessierte Wissenschaftler und Institutionen könnten geneigt sein, sich um direkte Mittel zum schnellen Tod zu bemühen, die Todeszeit beliebig festzusetzen, Medikamente und andere Maßnahmen einzusetzen, um die Lebensfähigkeit der Organe zu sichern.

Der Arzt darf einer Person nicht direkt Schaden zufügen, aber er darf sich bewußt an einer Aktion beteiligen, die einem guten Zweck dient, selbst wenn solch eine Aktion auch schädliche Nebeneffekte hervorbringen könnte. Der Handelnde ist jedoch moralisch für vorherzusehende vermeidbare Nebeneffekte verantwortlich, weil er anders hätte handeln können.

Meines Erachtens öffnen Organspenden aus Herztoten das Tor des Zwanges für Patienten und deren Familien, auf mögliche nützliche Behandlungen zu verzichten und Organe zu spenden, um andere zu retten. Die Patienten könnten durch solch eine utilitaristische Auseinandersetzung verletzt werden, die kalkuliert, wessen Überleben bestimmten Zwecken besser dient.

Vielerlei gleichzeitig wirkende Anliegen und Wünsche sind an diesen Entscheidungen beteiligt: die Hoffnung der Organempfänger auf Lebensrettung und -gewinn, der Wunsch einiger medizinischer Zentren nach Wahrung wirtschaftlicher Vorteile, Interesse am möglichst noch verstärkten Ruf einer Klinik und abhängiger Forschungsunternehmen.

Organspenden aus Herztoten würden eventuell zu Risiken bei Organbeschaffung und -transplantation führen, indem Mißbrauen in der Bevölkerung hervorgerufen werden könnte.

In den Ländern, in denen es schon seit längerer Zeit eine rechtliche Regelung dazu gibt, wer als Kadaver-Organspender dienen darf, besteht bei Veränderungen derselben die Gefahr, daß die Bevölkerung das Vertrauen in die Transplantationsmedizin verliert, weil die Grenze zwischen Leben und Tod verwischt zu werden scheint. Solche Sorgen sind für die Gesellschaft ausreichende Gründe, existierende Normen in Bezug auf Transplantationen nicht ohne eine weitgefächerte fachliche und öffentliche Diskussion zu ändern.

7.4. Organspenden von Lebenden und aus Lebenden / Grenzen der Zulässigkeit

Grundsätzlich stellt jede Organentnahme bei einem lebenden Spender eine Verletzung seiner körperlicher Integrität dar. Ein Lebendspender geht zwar eigene gesundheitliche Risiken ein, aber wegen ihres überwiegenden Charakters als Wohltat sind altruistische Lebendspenden im engen Familien- und Blutsverwandtenkreis keine Seltenheit mehr.

In einer Notstandssituation, in der kein postmortal entnommenes Organ zur Verfügung steht, ist eine Lebendspende erlaubt. Die Lebendspende kann nicht ganz aufgegeben werden, sollte jedoch auf wenige Ausnahmen beschränkt bleiben. Sie wird nur für paarweise vorhandene Organe

²⁶ Fox, R. C., 1993, S. 238.

²⁷ Shaw, B. W. Jr., 1993, S. 187.

(Nieren,²⁸ Augen) oder Organteile (Leber, Haut) oder regenerierbare Organe (Knochenmark) erwogen und durchgeführt. Bei den Lungen ist die Spende von einem Lebenden problematisch, weil der Verlust eines Lungenflügels schwerwiegende Vitalschädigungen nach sich ziehen kann. Die Ergebnisse zwischen genetisch nahen Verwandten sind dabei deutlich günstiger als die zwischen Nichtverwandten. Besonders bei der genetischen Identität eineiiger Zwillinge besteht der große Vorteil, daß sich eine intensive Immunsuppression erübrigt. Ein wesentlicher Vorteil der Lebendspende ist eine zeitlich planbare Transplantation mit Wartezeitverkürzung.

Die freiwillige Organspende eines gesunden Menschen läßt sich sowohl von dem möglichen Nutzen für den Empfänger wie vom Gemeinwohl her rechtfertigen, sofern sie den Spender nicht wesentlich beeinträchtigt. Es gibt aber grundsätzliche Einschränkungen für Lebendspenden trotz der eventuellen Freiwilligkeit eines Spenders. Angesichts der Irreversibilität der meisten einschlägigen Risiken muß der Organspender davon abgehalten werden, unvernünftig hohe Risiken einzugehen. Einem lebenden Spender dürfen nur entbehrliche Organe entnommen werden.

Eine Lebendspende ist auch bei einem geringen Risiko nur dann akzeptabel, wenn der Spender nach vollständiger Information und umfassender Aufklärung über Art und Umfang des Eingriffs sowie über mögliche, auch entfernt liegende Folgen und Risiken für seine eigene Gesundheit zustimmt.²⁹

Für freiwillige Organspenden sollten sich grundsätzlich nur gesunde, urteils- und handlungsfähige Menschen zur Verfügung stellen - also keine Kinder, keine Geisteskranke, keine Sträflinge.

Wenn ein Kind allein zum Zweck der Organ- oder Gewebespende gezeugt wird, stellt dies einen offenkundigen Verstoß gegen das Kantische Prinzip dar, daß man niemals ein menschliches Wesen bloß als ein Mittel zu einem Zweck verwenden darf, sondern immer auch als einen Zweck an sich behandeln sollte. Die Verwendung zu Transplantationszwecken bei risikoreichen Fällen könnte als eine moralisch unakzeptable Form der Ausbeutung angesehen werden. Wenn es nur um risikoarm regenerierbares Gewebe geht, sollte man die Zeugung eines Kindes als Gewebespender akzeptieren bzw. tolerieren. Das Baby wurde zwar zur Lebensrettung eines anderen Kindes geboren, aber es bleibt nicht für immer nur ein Mittel. Es wird von den Eltern ebenso als Zweck angesehen.

Dürfen dann Ärzte von nicht einwilligungsfähigen Personen, z. B. einem minderjährigen Kind, risikoarm regenerierbare Gewebe entnehmen, um damit ein anderes Familienmitglied zu retten, wenn die Eltern oder die gesetzlichen Sorgeberechtigten darum gebeten haben? Wieweit ist der Wille des Kindes in diesem Fall zu respektieren?

²⁸ Die Lebendspende-Nierentransplantation in den Vereinigten Staaten macht ca. 50% bis 60% aller durchgeführten Nierentransplantationen aus. Während im übrigen Europa die Quote verwandter Lebendspender bei Nierentransplantationen niedrig ist (Bundesrepublik und Frankreich 2.5 %, Schweiz 3%, Spanien 1,5%, Italien 1%, UK 4%), liegt dieser Anteil in Skandinavien 19%.

Siehe Schoeppe, W., 1989, S. 25.

Die medizinischen Voraussetzungen zur Durchführung einer Lebendspende sind dadurch erfüllt, daß der Spender die gleiche Blutgruppe besitzen muß wie der Empfänger, der Crossmatch-Test negativ sein muß, sämtliche Organsysteme des potentiellen Spenders vollkommen gesund sein und beide Nieren eine optimale Funktion aufweisen müssen.

Siehe dazu Land, W., 1985, S. 155.

²⁹ Entwurf eines Mustergesetzes zur Transplantation (Stand 28. 9. 1993), S. 212.

Familien haben gemeinsame Ziele, wofür ein mehr oder weniger persönliches Opfer erwartet werden kann. Organspenden unter Familienmitgliedern, die minimale Risiken und geringen Schaden mit sich bringen - z. B. Blut- und Knochenmarkspenden - fördern das Familienwohl. In solch einem Fall kann das Kind als Spender dienen, falls es sich dazu bereit erklärt. Der Spender wird nicht bloß als ein Mittel benutzt, sondern das Wohl des Spenders ist mit dem des Empfängers verbunden.

L. F. Ross³⁰ argumentiert, daß die Eltern ermächtigt werden sollten, die Beteiligung ihres Kindes als eines Organspenders für ein anderes Familienmitglied zuzulassen. Nach seiner Auffassung können kompetente Kinder und deren Eltern einer Spende seitens des Kindes zustimmen, die ernsthafte Risiken und Schäden verursachen kann. Das Veto einer der betreffenden Personen sollte jedoch verbindlich sein.³¹

Diese Auffassung scheint mir sehr fragwürdig, da solch eine Spende eine voraussehbare Gesundheitsschädigung des Kindes in Kauf nimmt. Damit wird das Recht des Kindes auf körperliche Integrität nicht respektiert und das Kind einer Gefahr ausgesetzt. Eltern und Ärzte als verantwortlich Handelnde sollten voraussehbare Schäden des Kindes verhindern.

Bei Entscheidungen für die Organspende eines Kindes kann die Elternautorität nicht gerechtfertigt werden, selbst wenn sie keine bedeutenden Risiken und Schäden verursachen. Die Eltern können ihr Kind weder zu einer Nieren- noch zu einer Knochenmarkspende zwingen. Es wäre moralisch sehr bedenklich, wenn ein Kind gezwungen werden könnte, Knochenmarkspender zu werden, während die Gesellschaft keinen kompetenten Erwachsenen zwingt, als Organspender zu dienen, ohne eventuelle Risiken und zu erwartende Schäden zu berücksichtigen.

Wenn das Risiko für den Organspender als sehr gering vernachlässigt werden kann, erhebt sich die Frage, ob der potentielle Organspender zur Organspende moralisch verpflichtet ist. Eine Verpflichtung zu einer Organspende macht die Einwilligung des Spenders notwendig, weil der Spender sich dabei seiner Verantwortung für andere Glieder einer Gemeinschaft bewußt werden muß. Auf den potentiellen Spender sollte kein Druck ausgeübt werden.

Daher muß auch bei der Lebendspende innerhalb des Familienkreises³² sorgfältig geprüft werden, ob die Entscheidung zur Spende nicht unter psychischem Druck zustande gekommen ist. Ein Empfänger könnte sich ständig als Schuldner fühlen, der seine Schulden niemals tilgen kann. Ein Nicht-Spender, der nicht bereit ist, seine Organe einem kranken Familienangehörigen zu spenden, könnte später unter Schuldgefühlen leiden. Solche Belastungen gefährden normale Beziehungen zwischen einander nahestehenden Menschen.

Es sollte auch grundsätzlich ausgeschlossen werden, daß die Beziehung zwischen Spender und Empfänger durch finanzielle Vorteile, Erpressung oder Abhängigkeit belastet wird.

Außerdem sind bei der Lebendspende nicht nur grundlegende Versorgung, sondern auch zusätzliche Nachbehandlung und psychosoziale Betreuung sicherzustellen.

Es ist jedoch schwierig zu erkennen, ob ein Mensch sich freiwillig oder aus finanziellen Beweggründen entschieden hat, seine Organe zu spenden. Es wäre möglich, "daß sich ein gekaufter Organspender als guter Freund des Empfängers ausgibt oder gar die Empfängerin

³⁰ Ross, L. F., 1994, S. 105-126.

³¹ Ebd., S. 121.

³² Bei einer liberalisierten Organspende innerhalb einer Familie sollte die Organübertragung sowohl zwischen Eheleuten als auch zwischen Lebensgefährten und zwischen nahen Freunden nicht verweigert werden.

heiratet",³³ womit dann die Kommerzialisierung des Transplantationswesens ermöglicht wäre. Die Gefahr des kriminellen Organhandels besteht auch, wenn man die Lebendspende von Nichtverwandten allgemein zuläßt. Es wird Versuche geben, Organe von Lebenden gegen Entgelt zu erhalten.

7.5. Das Problem des Organhandels

Sollte der Mangel an Transplantaten zunehmen, ist eine Kommerzialisierung von Organspenden von Seiten Lebender sicherlich für die Zukunft nicht auszuschließen.³⁴ In einigen außereuropäischen Ländern (z.B. USA, Mexiko, Korea) wurde damit begonnen, auch nichtverwandte Lebendspender, die nach medizinischen Kriterien zu einer Organspende geeignet sind, heranzuziehen. Dabei muß beinahe zwangsläufig die Befürchtung aufkommen, daß bei der Organtransplantation in Zukunft doch einmal kommerzielle Gesichtspunkte eine Rolle spielen könnten.

Die Berechtigung, zu knappen medizinischen³⁵ lebenserhaltenden Ressourcen Zugang zu finden, darf nicht durch individuelle finanzielle Möglichkeiten der Bewerber bestimmt werden. Ärztliche Bemühungen müssen sozial verträglich sein in dem Sinne, daß sich Nutzen und Lasten sozial angemessen verteilen. Trotzdem wird es immer Menschen geben, die bereit sind, ungewöhnlich hohe Kosten für ein neues Organ aufzubringen; andererseits wird es auch Menschen geben, die bereit sind, sich eine z. B. Niere für ein angemessenes Entgelt explantieren zu lassen. Daher muß der Organhandel sorgfältig bewertet werden, um mögliche Mißbräuche zu verhindern.

Die Frage, ob und ggfs. in welcher Höhe an den Lebendspender, einen noch lebenden Spender oder an die Angehörigen eines verstorbenen Spenders ein Entgelt gezahlt werden soll, muß wegen möglicher Mißbrauchsgefahr sehr sorgfältig geprüft werden.

Soll jegliche Zahlung an den Spender ausgeschlossen sein? Soll dem Spender bzw. den Angehörigen als Anerkennung für das gebrachte Opfer eine bestimmte feststehende Summe gezahlt werden, mit deren Hilfe eventuelle Nachteile leichter in Kauf zu nehmen wären?

Organspenden aus ökonomischen Motiven werden in der Öffentlichkeit weitgehend und deutlich abgelehnt, weil dadurch der Mensch instrumentalisiert wird, d. h. sein Leib nur noch als Mittel und nicht als Zweck betrachtet wird. So ist der Verkauf eigener Organe um des Gewinnes willen ein Verstoß gegen die Menschenwürde. Dennoch ist der Verkauf der Organe in bestimmten Fällen keine Würdeverletzung. Daß ein Inder z.B. eine Niere opfert, um seinen Kindern ein Studium zu ermöglichen, scheint moralisch vollkommen akzeptabel. Was nicht akzeptabel ist, besteht in der Duldung eines verbreiteten Elends, das Menschen in solche verzweifelten Situationen bringt. Man muß alles tun, um solche wirtschaftlichen Verhältnisse abzuschaffen.

Die Gegner des Organhandels fordern ein strenges Verbot des Organhandels: "Zahlreiche Gefahren, z. B. die Relativierung der medizinischen Indikation durch finanzielle Gesichtspunkte oder das Risiko von Repressalien zwischen Spender- und Empfängerseite, machen nicht nur unter

³³ Dahl, J., 1986/87, S. 181.

³⁴ Bei einer Blutübertragung sind Handel und Entlohnung unumstritten, weil der Spender keinen dauernden Schaden erleidet.

³⁵ Bei knappen medizinischen Ressourcen müßte auch unterschieden werden zwischen notwendigen und lebensrettenden, und eher luxuriösen oder Annehmlichkeiten vergrößernden Maßnahmen, z.B. Kosten kosmetischer Operationen oder In-vitro-Fertilisation.

dem Gebot der Fairness ein ausnahmsloses Verbot des Organhandels notwendig."³⁶ Manche Ethiker behaupten, daß Organspenden durch finanzielle Anreize manipulierbar, zu erzwingen und damit unfreiwillig seien. Da die Gefahren von Manipulation, Zwang und Erpressung nicht völlig ausgeschlossen werden können, sollte der Organhandel grundsätzlich verboten werden.

Dagegen behaupten die Befürworter des Organhandels, daß ein Verbot von Organverkäufen die Armen der letzter Möglichkeit beraube, ihre finanzielle Situation zu verbessern. Sie argumentieren weiter, daß ein Handel mit Organen von Lebendspendern die medizinisch-ökonomische Ungleichheit zwischen reichen Nachfragern und armen Anbietern nicht verstärkt, sondern ausgleicht, da er die Anbieter auf Kosten der Nachfrager ökonomisch besserstellt.

Ferner sehen Arme in wirtschaftlich benachteiligten oder bedrängten Ländern im Verkauf eigener Organe u. U. einen Ausweg aus ihrem Elend. So wird es kaum möglich sein, den unterhaltssichernden Organverkauf zu unterdrücken.

Diese positive Begründung des Organhandels beruft sich erstens auf Hilfe für kranke Mitmenschen, zweitens auf Hilfe für den Spender selbst und seine Familie, die in finanzieller Not sind.³⁷

Ein Gegenargument lautet, daß der Organhandel die Menschenwürde verletze. So behauptet Munzer: "If one has a fullfledged market on both the supply and demand sides, then one may get the result that only the poor will sell and only the rich will buy organs. This result will transpose existing inequalities in the distribution of income and wealth into new inequalities in the opportunity for an extended healthy life."³⁸

Nach Kants Ethik ist der Verkauf eigener Organe um des Gewinns willen ein Verstoß gegen die Würde des Menschen. Jedoch halte ich es in unserer heutigen Welt für möglich, an dem moralischen Grundsatz festzuhalten, daß jedes Individuum spontan entscheiden darf, was mit seinem Körper geschieht. Andererseits ist zu befürchten, daß die Instrumentalisierung des Leibes einen gewinnorientierten Verkauf von Organen eines hirntoten Spenders fördert. Besonders schwierig wird die Situation, wenn ausschließlich Angehörige dafür verantwortlich sind, z. B. um Krankenhausrechnungen zu bezahlen.

Der Ansatz eines freien Organmarktes auf dem die Maxime gilt: wer am meisten bezahlen kann, soll das zur Verfügung stehende Organ bekommen, geht von der Gleichheit aller Menschen vor dem Gesetz des Marktes aus und basiert auf dem Recht des Individuums, seine Lebensversicherung auf eigene Faust zu betreiben. Der größte Teil der heutigen medizinischen Einrichtungen wird aus öffentlichen Mitteln mitfinanziert. An der Entwicklung der Verpflanzungstechnik wirken Einzelne mit; die Krankenkassenbeiträge aller Mitglieder haben den Aufschwung der Transplantationsmedizin ermöglicht. Aber wenn die Organtransplantation unbezahlbar wird, werden seine Segnungen nur denen unbeschränkt zugute kommen, die imstande sind, für ein neues Organ zu zahlen.

Wegen der hohen Kosten von Organtransplantationen und aufgrund des Mangels an Transplantaten spielt in Ländern, wo es keine Krankenversicherungen gibt oder wo die

³⁶ Drees, G., Scheld, H. H., a. a. O., S. 30.

³⁷ Eigler, F. W., 1991, S. 46.

³⁸ Munzer, S. R., 1994, S. 262.

Krankenkasse die Gesundheitsversorgung nur begrenzt gewährleistet, die Zahlungsfähigkeit des Patienten eine große Rolle.

In Gesellschaften, wo es keine gesetzliche Pflichtkrankenversicherung gibt, ist es für die meisten Bürger unmöglich, einen hohen Beitrag für die medizinische Versorgung zu zahlen. Folglich bleiben sie von ärztlichen Behandlungen, die sie u. U. brauchen, ausgeschlossen. Ihre Zahlungsunfähigkeit in Anbetracht einer medizinischen Versorgung darf jedoch als nicht allein von ihnen verschuldet bezeichnet werden, sondern ist auch dem Gesellschaftssystem anzulasten, in dem sie nicht leicht den Zugang zu gerechten Verteilungen finden und verlangen können. Ein Problem liegt sicher auch darin, daß die Maximalversorgung für alle nicht finanzierbar ist.

Meldungen über Verbrechen internationaler Organhändlerbanden, die Kinder aus der Dritten Welt ermorden und deren Organe zur Transplantation in reichen Ländern verkaufen, haben die Öffentlichkeit immer wieder aufgeschreckt. Obwohl solche Berichte nicht immer bis ins Detail nachweisbar sind, ist unter Experten inzwischen unbestritten, daß es einen organisierten Handel mit Transplantaten gibt.

Durch den Organhandel ist der Körper zu einer verwertbaren Ware geworden. Die Gefahr wachsender Kriminalität bei Organbeschaffungen, wobei gesunde Menschen unwissend geopfert werden könnten, darf auch nicht unbedacht oder absichtlich beiseite geschoben werden.³⁹ Potentielle Empfänger und Spender von Organen könnten vor der Beteiligung am Handel mit Körperteilen bewahrt werden, wenn entsprechende Gesetze erlassen würden, die einen kriminellen Mißbrauch unterbinden.

Wegen der wachsenden Kriminalität im Zusammenhang mit dem Organhandel scheint eine strafrechtlich einschlägige Gesetzesänderung notwendig zu sein. Jedoch ist zu befürchten, daß weltweit geplante Gesetze gegen den Organhandel mögliche kriminelle Organhändler nur in den Untergrund drängen.

Der illegale Handel mit Organen aus Ländern der Dritten Welt wird angesichts des Mangels an Transplantaten in den reichen Ländern und des Elends in der Dritten Welt in den kommenden Jahren dramatisch anwachsen, wenn nichts dagegen getan wird.

Es muß verhindert werden, daß ein "Organtourismus entsteht, der neben der schweren Schädigung der ausländischen Organspender zu einer großen Belastung für die Solidargemeinschaft wird".⁴⁰

³⁹ Im Wellington Humana-Krankenhaus, einer teuren Privatlinik in London, wurde mittels krimineller Organhändler unwissenden Patienten - es handelte sich um Türken - eine Niere explantiert und illegal gegen hohes Honorar ahnungslosen Empfängern eingepflanzt. Die Türken wurden mit einem Scheck über 2650 englische Pfund wieder nach Hause geschickt. In diesem Fall wurden die Nieren von den Handelnden als Ware angesehen, die man kaufen und verkaufen kann. Siehe dazu Kneiffner, M., 1990, S. 17.

Aus einem Krankenhaus in Madras in Indien wurde von Sells über die kommerzielle Praxis der Nierenspende von Lebenden berichtet: die Organspender erhalten 1000 Pfund und haben einen Anspruch auf eine dreijährige kostenlose Krankenversicherung. Siehe Sells, R. A., 1989, S. 1391-1394.

⁴⁰ Nagel, E., 1993b, S. 205.

8. Fernöstliche Gedanken und Vorstellungen zur Organtransplantation im Vergleich zum Westen

Der konfuzianisch orientierte Ostasiate denkt gewissermaßen nicht als Einzelwesen, sondern gleichsam als Glied eines großen Geflechts. Das Individuum ist der Gemeinschaft untergeordnet; erst von dieser aus läßt sich sein Wert bestimmen, erst von ihr aus der Sinn seines Lebens ergründen.¹ Eine Person wird nicht als ein Individuum betrachtet, sondern als ein Mitglied der Familie, der Gemeinschaft oder der Gesellschaft. Die wichtigste Pflicht des Individuums ist die Ehrerbietung den Eltern gegenüber.

Sie umfaßt den Gehorsam und die Verpflichtung zur Hilfe für ältere Verwandte, die in der Regel schon aus Altersgründen verehrungswürdig sind. Diese Aufgaben gelten nicht nur für die Lebenszeit der Eltern, sondern auch über deren Tod hinaus, indem für Bestattung und Verehrung der Verstorbenen Sorge getragen werden muß.² Von den Pflichten der Eltern gegenüber ihren Kindern ist kaum die Rede. Konfuzius setzte wohl voraus, daß die natürliche Liebe zu den Kindern und die Verehrungspflicht für die Söhne Eltern von selbst alles von ihnen Erwartete werde tun lassen.

8.1. Die medizinische Entwicklung in der ostasiatischen Kultur

In China und in Korea hatten der Beruf des Arztes und der des Schamanen denselben Ursprung und waren tief im Taoismus verwurzelt. Die Wu-Praktiker(Schamanen) nehmen eine gewisse Vorrangstellung in der Pflege der Beziehungen zwischen dem Irdischen und dem Überirdischen ein. Sie müssen ihre Kontakte zu hochgestellten, einflußreichen Gottheiten dazu nutzen, um niedriggestellte Geister und Dämonen, die den Menschen schaden können, in die Schranken zu weisen und aus dem kranken Körper oder aus der Umgebung der Patienten zu vertreiben.

Die Ausübung der Medizin vollzog sich auf der Grundlage vielschichtiger Auffassungen über den Aufbau des Körpers, über die Ursachen für die Entstehung von Krankheiten und die jeweils notwendigen Maßnahmen, die zur Behandlung von Krankheiten einzuleiten waren.

Nach Fan Tschen ist "der Geist dasselbe wie der Körper und der Körper dasselbe wie der Geist. Daher bleibt der Geist erhalten, wenn der Körper erhalten bleibt, und geht zugrunde, wenn der Körper verschwindet...Der Körper ist die Substanz des Geistes und der Geist ist die Betätigung des Körpers".³ Also kann der Körper vom Geist nicht verschieden sein. Diese Ansicht wurde von Ts'ao Sse-Wen kritisiert, weil der Beweis dafür fehle, daß Körper und Geist dasselbe seien. Es sei nicht nachgewiesen, daß sie sich nicht trennen können. "Im allgemeinen ist aber der Geist nicht allein, sondern wohnt im Körper, ebenso wie ein Mensch in einem Hause wohnt."⁴ Er sagt weiter: "Der Körper ist nicht Geist, und der Geist ist nicht Körper. Sie sind vereint und benutzen einander, aber sie sind bei der Vereinigung nicht dasselbe. Im Leben sind sie vereint und benutzen einander, beim Tode bleibt der Körper zurück, und der Geist entfernt sich."⁵

¹ Die japanische Religion "Shinto" betrachtet ebenfalls "als letzte Einheit nicht das isolierte Individuum, sondern die Gemeinschaft bzw. die Familie". Lüth, P., 1944, S. 30.

² Die bewußte Anhänglichkeit über den Tod hinaus zeigt sich darin, daß der Sohn wenigstens drei Jahre lang um den verstorbenen Vater trauert. Kungfutse, S. 40 und 43.

³ Forke, A., 1934, S. 268.

⁴ Ebd.

⁵ Ts'ao Sse-wen in: Forke, A., 1934, S. 271.

Ähnlich betrachtet Wu-neng tse "den Körper seinem Wesen nach als etwas Totes, das nur durch den Geist und die Lebenskraft belebt wird. Daher kann er auch nicht sterben, denn er ist schon tot. Beim Tode trennen sich der Geist und die Lebenskraft vom Körper."⁶

Nach Liu-tse's Ansicht soll durch Pflege des Geistes auch der Körper gesund erhalten bleiben: "Der Körper ist das Gefäß des Lebens, das Herz der Herrscher des Leibes und der Geist das Kostbarste im Herzen. Wenn der Geist ruhig ist, dann ist das Herz in Harmonie, und wenn das der Fall ist, ist der Körper intakt. Ist dagegen der Geist unruhig, dann ist das Herz bewegt, und infolgedessen wird der Körper geschädigt. Um den Körper intakt zu halten, muß man zunächst den Geist in Ordnung halten."⁷

Nach dem Mahayana-Buddhismus⁸ entsteht die Krankheit des Bodhisattva⁹ aus Mitgefühl. "Es ist so wie mit dem einzigen Kind eines reichen Mannes. Ist das Kind krank, dann sind auch der Vater und die Mutter krank. Genest das Kind, dann werden auch der Vater und die Mutter genesen. Ebenso verhält es sich mit dem Bodhisattva. Er liebt alle Wesen, als ob sie seine eigenen Kinder wären."¹⁰ Für einen Bodhisattva, der es erlernt, sich in Erleuchtung zu üben, gibt es kein schwererwiegendes Hindernis als die Krankheit. Wenn die Lebewesen einen kranken Leib haben, kann ihr Geist nicht in Frieden sein. Der Bodhisattva, der sich in Erleuchtung übt, muß zunächst einmal die Krankheiten des Körpers heilen.

Im Buddhismus gibt es keinen Grund, den Körper zu ernähren und zu stimulieren, sobald das Bewußtsein sich für immer vom Körper losgesagt hat, da der Körper, dem sein Geist geraubt wurde, kein Mensch mehr ist.

Buddha lehrte, daß man, wenn man sich selbst vor Schmerzen fürchtet, nicht anderen Wesen eine böse Tat antun sollte, indem man ihnen Schmerz zufügt; das sei das einzige Mittel, von Leiden verschont zu bleiben. Jedes Wesen scheut die Qual, und jedem ist sein Leben lieb. "Wer mitleidlos die Wesen quält, die so wie er heiß begehren, wohl auf und frohgemut zu sein, erlangt kein Wohl nach seinem Tod."¹¹ Buddhisten würden einer Verminderung von Schmerzen zustimmen, wenn die Seele eines Patienten aufgrund starker Schmerzen nicht fähig ist, sich zu konzentrieren, oder nicht im Frieden ruht. Ein buddhistischer Arzt würde Schmerzen zu beseitigen suchen, damit der Verstand klar bleibt. Dies kann auch eine Beschleunigung des Endes bedeuten. Aber im Buddhismus ist die Klarheit des Verstandes im Augenblick des Todes sehr wichtig, deswegen hat der Patient das Recht, über seinen eigenen Tod zu bestimmen. Wenn seine Seele klar, ruhig und bereit zum Tod ist, dann gehorcht derjenige, der den Patienten versteht und mitleidvoll ihm hilft, der buddhistischen Moral.

Als säkular-wissenschaftliche Theorie dominiert in der chinesisch-buddhistischen Literatur eine Lehre, derzufolge der menschliche Körper aus den vier Elementen, Erde, Wasser, Feuer und

⁶ Ebd., S. 328.

⁷ Ebd., S. 253.

⁸ Die Art von Buddhismus, die vor allem in China, Korea und Japan praktiziert wird. Siehe Ikeda, D., 1986, S. 250. Mahayana bedeutet "Großes Fahrzeug", das alle fühlenden Wesen zur Befreiung führt, dagegen heißt Hinayana "Kleines Fahrzeug", das nur für die Befreiung des Einzelnen geeignet ist. Siehe ebd., S. 134.

⁹ Höchste Stufe unter jener des Buddha-Seins; der neunte der zehn Existenz-Zustände. Siehe ebd., S. 244. Der Bodhisattva betritt das Reich von Geburt und Tod für das Heil aller anderen Wesen. Siehe ebd., S. 160.

¹⁰ Ebd., S. 160.

¹¹ Hecker, H., 1973, S. 396.

Wind zusammengesetzt ist.¹² Krankheiten entstehen aus einer Disharmonie der Vier Elemente, aus unausgewogener Ernährung, übermäßiger Meditation, Einwirkung von Dämonen und Übelgöttern und aus Fehlverhalten in einer früheren Existenz. Andererseits beruht die chinesische Medizin auf der Philosophie, deren Grundlage das im I Ching niedergelegte Yin Yang¹³ und das von Laotse begründete Tao ist.

Die Natur ist der Makrokosmos, der Mensch der Mikrokosmos, wobei beide den gleichen Gesetzen folgen. Der menschliche Organismus wird als ein verkleinertes Abbild des Weltalls aufgefaßt. Alle Vorgänge, die sich im menschlichen Organismus abspielen - auch Krankheiten -, sind mit den Urpotenzen Yin und Yang und mit dem Wechsel der fünf welterschöpfenden Elemente verknüpft. Diese beiden Urpotenzen ergänzen einander und sind gleichzeitig Gegensätze. Anders als bei der westlichen Vorstellung der Weiblichkeit bedeutet Yin, das weibliche Prinzip, Kälte, Dunkelheit, Leere und Negativität; es gehört zu Erde, Mond und Tod. Yang als männliches Prinzip bedeutet dagegen Wärme, Helligkeit, Fülle und Positivität; es gehört zu Himmel, Sonne und Leben.¹⁴

Dieses Kräftepaar steht im ständigen Kampf im Weltall und symbolisiert die Harmonie oder die Disharmonie des menschlichen Organismus. Wenn beide Kräfte im Gleichgewicht sind, bedeutet dies Gesundheit. Die Verlagerung der Energien in die eine oder andere Richtung bedeutet Krankheit.

"Es ist eine axiomatische Prämisse des chinesischen Denkens, daß, wie zwischen allen Bereichen der Natur, so auch zwischen Makrokosmos und Mikrokosmos ein Wirkungszusammenhang besteht, weshalb die energetischen Abläufe im Kosmos unablässig das in jedem individuellen Organismus sich vollziehende Geschehen beeinflussen...Das Auftreten bestimmter Krankheiten ist zu manchen Jahreszeiten wahrscheinlicher als zu anderen, und die Verschlimmerung in gewissen Krankheitsbildern tritt zu einer bestimmten Tageszeit häufiger als zu einer anderen auf."¹⁵

Keine der drei chinesischen Religionen (Konfuzianismus, Taoismus, Buddhismus) ließ ein Schuldgefühl und Sühnebedürfnis aufkommen, sondern sie forderten Annahme und Hingabe gegenüber der Natur und ihren Phänomenen, zu denen auch der Tod gehört.

¹² Erde ist alles, was im oder am menschlichen Körper fest ist. Wasser ist alles, was im menschlichen Körper flüssig ist. Feuer ist alles, was im menschlichen Körper feurig oder warm ist. Luft ist alles, was sich im menschlichen Körper bewegt. (vgl. Laacke, Hai Len Yvonne, 1979, S. 29.)

Die buddhistische Lehre ist erst während des ersten Jahrhunderts n. Chr. über Zentralasien in China eingeführt worden. Es ist jedoch nicht bekannt, daß die Vier-Elemente-Lehre unter dem Einfluß anderer Kulturen, z. B. dem der griechischen Elemente-Theorie (Empedokles sah ebenfalls Erde, Luft, Wasser und Feuer als Wurzeln aller Dinge), eingeführt worden ist.

¹³ I Ching, das Buch der Wandlungen, gilt als das älteste Buch Chinas. In diesem Werk werden die Fünf Elemente und das Yin Yang Prinzip als große Durchgangspunkte eines rhythmischen Ablaufs dargelegt, der sich ständig in bestimmten Abständen wiederholt. Zu den Fünf Elementen gehören: Holz, Feuer, Erde, Metall und Wasser. Diese Elemente erzeugen einander, können sich aber auch gegenseitig zerstören. So erzeugt Holz das Feuer, Feuer erzeugt die Erde, Erde erzeugt das Metall, Metall erzeugt das Wasser, Wasser erzeugt das Holz. Auf der anderen Seite zerstört Holz die Erde, Erde zerstört das Wasser, Wasser zerstört das Feuer, Feuer zerstört das Metall, Metall zerstört das Holz. Siehe dazu Forke, A., 1934, S. 31.

¹⁴ Rall, J., 1970, S. 4 f., siehe dazu auch Porkert, M., 1973, S. 8 ff.: "Yin, definiert als Strukturelles, schließt Vollendendes, Bestätigendes, Ruhendes, Konkretisierendes, Befestigendes, Erstarrendes, Absterbendes, Verdichtendes, zu Organisierendes und Determiniertes ein. Yang, definiert als Aktives, schließt Beginnendes, Auslösendes, Bewegendes, Bewegtes, Verwandlendes, sich Entfaltendes, Auflösendes, Zerstreutes, Determinierendes und Undeterminiertes ein."

¹⁵ Porkert, M., a. a. O., S. 49.

Im Laufe der Jahrhunderte neigten immer mehr konfuzianische Gelehrte dazu, medizinische Berufe zu ergreifen. Ein Grund für diese Hinwendung von Mitgliedern aus Gelehrtenfamilien zur Medizin lag in der Verpflichtung, die sich durch das konfuzianische Gebot der kindlichen Pietät, für die Eltern zu sorgen, ergab.

Während westliche Forscher den Mut hatten, den menschlichen Körper zu öffnen und die inneren Organe mit ihren eigenen Augen zu betrachten, haben die alten ostasiatischen Mediziner den menschlichen Körper nur von der alten Philosophie her zu verstehen versucht. Diese Ärzte alten Stils sollen niemals eine Sektion vorgenommen haben. Solche ehrwürdigen Ärzte berührten kaum den Körper eines Kranken. Sie beklopfen weder den Rücken, noch horchten sie die inneren Organe ab. Sie sahen nur das Gesicht des Kranken an, hörten aufmerksam zu, was dieser selbst erzählte, und fühlten den Puls.

Das konfuzianische Dogma bildete den Hauptgrund für den Verzicht auf Chirurgie, die es in früherer Zeit einmal gegeben haben muß. Die Art der Diagnose war schon dadurch beeinflusst, daß ein Mann keine fremde Frau berühren durfte und auch Männer sich weigerten, vor fremden Ärzten ihre Kleidung abzulegen. Beim Pulsfühlen schlang sich die Patientin Seidenfäden um das Handgelenk und führte diese durch einen Vorhang dem Arzt zur Diagnose zu. Es kam auch vor, daß über das Handgelenk eine feine Gaze gelegt wurde, um eine direkte Berührung zu vermeiden. So gehorchte man dem konfuzianischen Grundsatz, Mann und Weib sollten einander nicht unmittelbar begegnen.¹⁶

Für den Abscheu vor dem Sezieren von Körpern, die sich nicht nur auf das Operieren, sondern auch auf das Sezieren von Leichen erstreckte, lassen sich mehrere Gründe anführen. Einerseits mag diese Zurückhaltung in dem Verhaftetsein in der spekulativen Gedankenwelt zu suchen sein, welche der Chirurgie keinen Raum gewährt. Zum anderen mag die Ursache in dem Respekt vor der Integrität und Heiligkeit des menschlichen Körpers zu suchen sein, der besonders von den Konfuzianern, aber auch von den Taoisten und Buddhisten betont wurde. Schließlich mag auch der Gedanke eine Rolle gespielt haben, daß der Mensch nicht verstümmelt ins Reich der Toten eingehen durfte. Wenn ein Mensch eines gewaltsamen Todes stirbt und sich dem Tod entgegenstellt, kann sein Geist nach Ansicht des Schamanismus ein bedrohliches Gespenst oder ein böser Geist werden, der den Menschen schaden könnte.

8.2. Totenverehrung

Die alten Sitten und Zeremonien erscheinen manchen Konfuzianern für die Aufrechterhaltung der Kultur unerlässlich. Zu ihnen zählten Praktiken wie die der Verehrung der Eltern, die ungezählte Generationen der ostasiatischen Völker instinktiv als rechtens empfanden.

Die Berufung auf die Totenruhe und die körperliche Unversehrtheit, sehr behutsamer Umgang mit Körpern Lebender und Hochachtung gegenüber der Ruhe von Toten, gehören sicherlich zu den Urformen der Sittlichkeit.

Der menschliche Geist ist nach Tsch'en Schun weder immateriell noch ganz materiell, "sondern ein Gemisch von Geistigem und Körperlichem".¹⁷ Durch Krankheit wird der Mensch im Geiste verwirrt, und seine Lebenskraft wird geschädigt. Der Tod als der höchste Grad der Krankheit macht dem Dasein des Menschen ein Ende. Er ist allen Wesen, die entstanden sind, wesensnotwendig und unvermeidlich. "Der Tod ist das Korrelat der Geburt und die Geburt die

²⁴ Unschuld, P. U., 1973, S. 18.

¹⁷ Forke, A., 1938, S. 219.

Voraussetzung des Todes. Alles was einen Anfang hat, muß ein Ende nehmen, und alles, was zu Ende geht, muß einen Anfang gehabt haben."¹⁸

Ob der Tod des Körpers früh oder spät eintritt, erscheint manchen Philosophen nicht sehr wichtig, denn es kommt auf das Leben des Geistes an. Die Menschen in der ostasiatischen Kultur sehen also das Sterben nicht als besonders unangenehme oder schwierige Situation an. Für die Taoisten scheint der Tod Rückkehr in das Tao zu sein.

Laotse und Chuang Chou haben etwa zur gleichen Zeit Taoistische Gedanken niedergeschrieben. Laotse ist es gelungen, von den vergänglichen Erscheinungen des menschlichen Lebens den Blick zu dem ewigen Sinn des Weltgeschehens zu erheben und darin Ruhe zu finden, den sogenannten Ernst des Lebens nicht gar zu ernst zu nehmen, weil ihm kein wesentlicher Wert an und für sich innewohnt.¹⁹

Chuang Chou brachte in seinen Schriften auf keinerlei Weise Absichten, das Leben zu verlängern, zum Ausdruck. Die ihrer Welt ausgelieferten und zugewandten Menschen der Vorzeit klammerten sich nicht wie spätere ihrer Art an das Leben und kannten nicht den Abscheu vor dem Sterben. Tod und Leben ist Schicksal; daß es Grenzen gibt, die man nicht überschreiten kann, beruht auf den allgemeinen Verhältnissen, unter denen die Geschöpfe leben. Bemühungen, die körperliche Daseinsform der Existenz über die vom Schöpfer zugemessene Zeit verlängern zu wollen, erschienen Chuang Chou ebenso widersinnig, wie ihm die Trauer um den Fortgang aus einer Daseinsform in die nächste lächerlich war.²⁰ Das Schicksal wird dem Menschen vom Himmel bestimmt und kann nicht geändert werden. Durch das Schicksal wirkt der Himmel auf die Menschen ein.

Der menschliche Körper galt früher als heilig, besonders wenn die Seele ihn verlassen hatte. Dann mußte man ihn an einem bestimmten Ort der Erde übergeben, damit er ungestört und in glücklicher Harmonie zur Natur zurückkehrte und der Nachkommenschaft oder der Mitwelt kein Unheil brachte. Deshalb war das Öffnen eines toten Körpers eine Sünde gegen das Naturgesetz und gegen den Geist, selbst wenn es durch Ärzte geschah. Einen toten Menschen zu zerlegen, betrachten viele Ostasiaten immer noch als große Sünde und als Verletzung der Menschenwürde. In den konfuzianisch orientierten asiatischen Ländern wird ein Toter gewürdigt und hat Anspruch auf Ehrung und pietätvolle Schonung. Seine Angehörigen, Verwandten und Bekannten veranstalten eine ehrenvolle Abschiedszeremonie, unabhängig davon, ob er großen oder keinen Erfolg in seinem Leben gehabt hat. Die Totenruhe darf man nicht stören und die Ehre des Verstorbenen nicht verletzen. Die Verstorbenen gelten als heilig, weil man glaubt, daß sie mit göttlicher Macht das Familienwohl und -gedeihen schützen können, falls sie pietätvoll geehrt werden. Im Gegensatz dazu werden sie Unheil bringen, wenn man unangemessen mit ihnen umgeht.

Unversehrtheitsvorstellungen sind aus der konfuzianischen Religion abzuleiten. Mit dem Versuch einer Obduktion, um die Todesursache zu klären, sind Pathologen nicht selten gescheitert, weil die Angehörigen des Toten dagegen heftig protestiert haben. Die Vorbehalte gegen Obduktionen können wohl auf die Ehrfurcht vor den Toten zurückgeführt werden. Eine Leiche kann nicht als "Sache" betrachtet werden, die geerbt oder verkauft werden kann, sondern ist "Rest der Persönlichkeit".

Die Geisterwelt straft menschliches Fehlverhalten; die verstorbenen Vorfahren äußern ihren Unmut über die Lebensweise ihrer noch auf Erden befindlichen Nachkommen durch

¹⁸ Wang Tschung, siehe Forke, A., 1934, S. 125.

¹⁹ Wilhelm, R., 1921, XI.

²⁰ Unschuld, P. U., 1980, S. 72 f.

krankheitsbewirkende Flüche. Mo Ti,²¹ ein Philosoph während der Zeit der Kämpfenden Reiche (403-221 v. Chr.), war zu der Ansicht gelangt, daß nur die Furcht vor der Bestrafung durch derartige Mächte eine Gesellschaft zur Einhaltung bestimmter Sitten und Verhaltensnormen bewegen könne.²²

Es ist aber auch nicht zu übersehen, daß in vielen kulturellen und religiösen Gemeinschaften (z. B. im Schamanismus, Shintoismus und Judentum²³) der Bereich des Todes als verunreinigt gilt. Daher sollte man den Toten fernbleiben. Diejenigen, die mit Leichen in Kontakt gekommen sind, oder die Angehörigen der Verstorbenen dürfen keine heiligen Tempel oder Orte betreten, bis sie sich nach einem bestimmten Zeitraum speziellen Reinigungszeremonien unterzogen haben.

Für Buddhisten ist die Art des Sterbens sehr wichtig. Buddha erklärte, daß für eine Wiedergeburt die Art des Bewußtseins im Moment des Todes entscheidend sei.²⁴ Daher halten Buddhisten gute und weiterführende Gedanken im Augenblick des Todes für besonders wichtig.

Der Sterbende im Bardo-Zustand²⁵ erlebt im Augenblick vor dem Tod "die Ungewißheit darüber, ob man wirklich sterben, das heißt den Kontakt mit der materiellen Welt verlieren wird, oder ob man weiterleben kann".²⁶ Der Sterbende soll da bleiben, wo er ist, und akzeptieren, was kommt. Ganz im Jetzt zu sein, gibt ungeheure Kraft, welche im Augenblick des Todes die Unsicherheit zwischen Körper und Geist besiegen kann. Da der Sterbende weiterwandern muß, ohne sich an irgendeinem Ort niederlassen zu können, soll er sich nicht mit allerlei verschiedenartigen Gedanken beschäftigen, sondern seinen Geist auf dessen Grunde ruhen lassen. Während dieser Zeit sollte man den Leichnam in seinem Zustand belassen und kaum berühren. Die Verstorbenen sind "leicht zu beeinflussen, da der Gedankenkörper keine Grundlage aus Fleisch und Blut hat. Wie weit sie auch im Bardo-Zustand gewandert sind, sehen und hören sie mit subtiler übernatürlicher Wahrnehmungsfähigkeit und kommen herbei".²⁷

Der Tod ist nach dem Buddhismus nicht das Ende des Lebens, sondern nur ein kurzes Übergangstadium in ein anderes Sein.

Allgemein wird geglaubt, daß die Übergangszeit zwischen dem Leben in diesem Körper und dem im nächsten 49 Tage dauert.

8.3. Auswirkungen des gegenwärtigen Übergangs von einer traditionellen zu einer modernen Gesellschaft

²¹ Mo Ti hat im fünften Jahrhundert v. Chr. gelebt. Sein Geburts- und Todesjahr sind nicht bekannt, doch muß er ungefähr zu der Zeit geboren worden sein, als Konfuzius starb, sein Lebensende wird um 400 v. Chr. liegen.

²² Unschuld, P. U., 1980, S. 89.

²³ Siehe dazu Poliwoda, S., 1992, VI.

²⁴ So auch in der Bhagavadgita. So sagen die Verse XII. 6 ff.: "Die aber alle Werke auf mich beziehen, denen ich das Höchste, und in ganz ungeteilter (konzentrierter) Anschirung mich in Andacht verehren, (7) deren Denken ganz auf mich gerichtet ist, o Sohn der Prtha, denen werde ich alsbald zum Erretter aus dem Meere des Weltlaufes, der zum Tode führt." Zitiert in: Lauenstein, D., 1943, S. 24.

"Fix thy mind in Me, into Me let thy understanding enter; thou shalt surely live with Me alone hereafter." (8) Zitiert in: Radhakrishnan, S., 1951, S. 561.

²⁵ Bardo heißt in Tibet Lücke, bzw. Zwischenzustand; es ist nicht nur das Intervall des nachtodlichen Schwebezustandes, sondern auch der Schwebezustand in der Lebenssituation; der Tod vollzieht sich auch in der Situation des Lebens. Die Bardo-Erfahrung ist Teil unserer grundlegenden psychologischen Struktur. Wir machen immer wieder alle möglichen Bardo-Erfahrungen, Erfahrungen der Paranoia und der Unsicherheit im Alltagsleben; es ist, als seien wir uns unseres festen Bodens nicht gewiß, als wüßten wir nicht genau, wonach wir verlangt haben, oder in was wir da eigentlich hineingeraten sind. Siehe dazu Fremantle, F., Trungpa, C., 1976, S. 20 f.

²⁶ Fremantle, F., Trungpa, C., a. a. O., S. 22.

²⁷ Ebd., S. 140.

Der Konfuzianismus liegt den Ostasiaten noch sehr am Herzen. Das bioethische Dilemma, das zur Zeit in Ostasien auf größte Aufmerksamkeit stößt, ist mit den beiden Lebensenden verbunden - Geburt und Tod:

Da sollen Geburtenkontrolle und Familienplanung bis hin zu künstlicher Befruchtung den Eintritt ins Leben erleichtern und regeln; da wird um Begriffe - Euthanasie, künstliche Befruchtung, Transplantation - und deren Verwirklichung oder Verhütung gerungen.

Das Menschsein bezieht sich im Konfuzianismus auf den bereits existierenden Menschen, nicht aber auf den Fetus. Der Fetus wird als ein Teil der Mutter betrachtet.²⁸ Der Fetus ist kein separates Wesen, sondern ein Teil der Mutter. Das Neugeborene ist in nahezu jeder Hinsicht von der Mutter abhängig. Den Fetus vermag nur die Mutter als selbsterfahrenen Teil ihres Körpers wahrzunehmen. Im Konfuzianismus ist - etwa im Vergleich zum Christentum - kein systematischer Personenbegriff entwickelt worden. Das Prinzip "Aktualität vor Potentialität" folgt aus einer weitverbreiteten Betonung des Hier und Jetzt. Nur aktuelles, existierendes Leben des Menschen ist von vollem Wert, wohingegen die Potentialität des Fetus als von geringerem Wert verstanden wird, obwohl sie die Voraussetzung späteren wirklich existierenden Menschen ist. In dieser Hinsicht werden wohl in Ostasien keine schwerwiegenden Einwände gegen die Nutzung des Fetus als Gewebe- und Organspender erhoben.

Der schwerste Verstoß gegen das konfuzianische Prinzip der Elternverehrung besteht darin, keine Nachkommen zu haben. Da ein Ehepaar ohne Kinder einem starken psychischen Druck ausgesetzt ist, wird künstliche Befruchtung durch fremde Spender oder den Ehemann selbst heute vielfach durchgeführt.²⁹ Der Status solch eines Kindes innerhalb der Gesellschaft bleibt jedoch ungelöst, weil traditionelle Werte und moderne Technologie zur Kinderzeugung zusammenstoßen. Ein mit Spendersperma künstlich erzeugtes Kind wird in eine Familie, die an traditionellen Werten hängt, nicht vollgültig aufgenommen, wenn es kein biologisches Kind des Ehemanns ist.

Spätabtreibungen schaffen besondere Probleme, da sie nicht nur verheiratete Frauen betreffen, die schon Kinder haben und keine weiteren haben wollen, sondern auch Schwangerschaften bei unverheirateten Frauen.

Finanzielle und kulturelle Faktoren machen es beinahe unmöglich, daß unverheiratete Frauen ein Kind allein erziehen, und solche Umstände haben verstärkt dazu beigetragen, daß viele Frauen Abtreibungen durchführen lassen.

Es gibt auch das Problem der Geschlechtsauswahl. Die pränatale Geschlechtsauswahl führt zu dem Ungleichgewicht der Geschlechter in der Gesellschaft und zu vielen dadurch

²⁸ Dementsprechend ist der Rechtsanspruch des ungeborenen Kindes auf Leben in jedem Fall geringer im Vergleich zu dem der Mutter: Der Fetus von seinem Status her unbekannt und erst erwartet, die Mutter dagegen bekannt und lebendig, und sie erregt unser Mitgefühl oder Mitleid. Die grundsätzliche Ungleichheit von Mutter und Kind als Lebenden ergibt sich aus der Feststellung der Lebensfähigkeit des Kindes. Das Kind wird vor dem 100. Tag nach der Geburt nicht als lebensfähiges Wesen angesehen. Daher wird erst am 100. Tag nach der Geburt jubelnd gefeiert.

²⁹ 11 Provinzen in China haben Spermbanken eingerichtet und private Ärzte führen künstliche Befruchtungen für ein hohes Honorar durch. Siehe dazu Qiu, Ren-Zong, 1991, S. 17.

In Korea, wo in 70 Kliniken künstliche Befruchtung durchgeführt werden, sind seit Okt. 1985 5000 Kinder durch künstliche Befruchtung geboren. The Hankook Ilbo, 29. Sept. 1994.

hervorgerufenen sozialen Schwierigkeiten.³⁰ In der Tat ist die pränatale Selektion in Korea hauptsächlich verantwortlich für die Änderung des zahlenmäßigen Verhältnisses zwischen Jungen und Mädchen in den letzten Jahren.³¹

Euthanasie - sowohl aktive als auch passive - wurde in einigen Fällen für unheilbare Patienten im Endstadium, die unter unerträglichen Schmerzen litten, für Neugeborene mit sehr niedrigem Geburtsgewicht oder mit einer schweren Behinderung angewandt.

Im allgemeinen wird bei behinderten Neugeborenen schneller Euthanasie verwendet als bei erwachsenen Patienten im Endstadium.³² Früher wurden in erster Linie aus wirtschaftlichen Gründen Kinder getötet. Die Betreuung von schwerstbehinderten Neugeborenen bedeutet eine Belastung für die Familie. Unter den jetzigen sozialen Bedingungen, die kaum erlauben, so viele Kinder zu erziehen, wie man möchte, neigen Eltern dazu, schwerbehinderte Neugeborene oder Frühgeborene mit niedrigem Gewicht aufzugeben - in der Hoffnung, später ein gesundes Kind zu bekommen. Aus diesen Gründen konnte in China ein Eugenikgesetz reibungslos verabschiedet werden, das die Abtreibung abnormaler Feten und ein Heiratsverbot für geistig Behinderte vorsieht und am 1. Juni 1995 in Kraft treten wird.³³

Euthanasie ist weder ein rein klinisches oder medizinisches Problem, sondern ein gesellschaftliches, weil unheilbare Krankheiten nicht nur schlimme Leiden für die Patienten und deren Familienmitglieder verursachen, sondern auch mit hohen Kosten und großem Zeitaufwand verbunden sind.

Bei einem Patienten im Endstadium, der unter unerträglichen Schmerzen leidet, scheint der Therapieverzicht richtig, wenn der Patient, dessen Angehörige und der behandelnde Arzt gemeinsam darin übereinstimmen, daß eine weitere Behandlung sinnlos ist. Aber niemand mag zu aktiver Euthanasie raten oder sich daran beteiligen. Kinder befürchten, daß Verwandte sie für den Verstoß gegen ihre Kindespflicht verdammen würden, und Ärzte befürchten, daß sie wegen eines Verstoßes gegen die medizinische Ethik oder wegen Vernachlässigung der beruflichen Sorgfaltspflicht verurteilt werden könnten. Hierin bestehen die Hindernisse, die im sozialen Bereich gegen die Anwendung von Euthanasie sprechen.

³⁰ Wegen der prä- und postnatalen Selektion - Infantizid eines weiblichen Kindes - gibt es in China eine große Änderung im Geschlechts-Quotienten der Kinder in den letzten Jahren. 1986 war der Quotient 108/100 (männlich/weiblich): 1991 112/100.

Siehe dazu Qiu, Ren-Zong, a. a. O., S. 20.

³¹ Ende 1994 lag die Rate für 1-5 Jährige bei 125.2/100 (männlich/weiblich). In dem Bezirk um die Stadt Daegu betrug das Verhältnis sogar 131.2/100.

Diese Geschlechtsungleichheit stellt ein großes Problem für die koreanische Gesellschaft dar. Daher erlassen zur Zeit die koreanischen Behörden Haftbefehl gegen Ärzte, die den Eltern pränatal das Geschlecht des Kindes bekannt geben und im Falle von Mädchen eine Abtreibung durchführen. Kim, H-G., Das Problem der Geschlechtsungleichheit in Daegu, siehe dazu The Hankook Ilbo, 17. Dez. 1994.

³² Nach konfuzianischem Glauben ist ein mißgebildetes neugeborenes Kind ein Zeichen dafür, daß die Vorfahren des Ehepaars nicht tugendhaft waren. Nach dem Buddhismus war solch ein Baby im früheren Leben nicht gut gewesen und wurde daher als ein Monster betrachtet. (Qiu, Ren-Zong, a. a. O., S. 22.)

Obwohl solch ein Glauben irrational und unbegründet zu sein scheint, ist er unter der fernöstlichen Bevölkerung sehr verbreitet und führt bei schwerbehinderten Neugeborenen schnell zu Entscheidungen für die Euthanasie.

³³ Im Juni 1986 gab es in Shaanxi einen Streit zwischen Kindern über den Gnadentod ihrer Mutter, was in China heftige Diskussionen hervorrief. 2 Ärzte und ein Sohn und die jüngste Tochter einer 59jährigen Patientin wurden wegen Mordes angeklagt und zu 2 Jahren Freiheitsstrafe verurteilt, weil die Ärzte auf die Bitte dieser Angehörigen hin die hoffnungslos kranke Koma-Patientin durch eine Injektion aktiv getötet hatten. Die anderen 2 Töchter klagten gegen die Ärzte.

Ebd., S. 23.

Eindeutig unakzeptabel dürfte uns Lebenden wohl noch die Entscheidung für eine durch Vorschrift oder Gesetz gestützte Regel sein, wonach Euthanasie dann als begründet und gerechtfertigt gelten kann, wenn ein Individuum kaum etwas zum Wohle der Gesellschaft beitragen kann, sondern vielmehr zu einer Belastung für sie wird.

Ob eine Entscheidung zur Euthanasie ("Gnadentod") getroffen wird, hängt einerseits mit dem Endstadium einer Krankheit zusammen, kann aber andererseits auch bedingt sein durch selbstlosen Gleichmut und Bereitschaft zum Abschied vom Leben auf der Seite des Sterbenden.

Wenn ein Patient fähig ist, darüber eine Entscheidung zu treffen, wann und wie er stirbt, muß dieser etwas über die Art seiner Krankheit wissen, und zwar muß er nicht nur den Namen der Krankheit kennen, sondern auch genug über den zu erwartenden weiteren Verlauf und mögliche Endphasen bei Anwendung aller verfügbaren Behandlungsmethoden erfahren haben.

8.4. Todesbestimmung in Ostasien

In Korea und Japan ist der Hirntod als letztes Todeskriterium bislang weder rechtlich noch gesellschaftlich allgemein anerkannt, obwohl in der öffentlichen Meinung eine allmählich wachsende Akzeptanz feststellbar ist. Fragen um die Definition des Todes haben im wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Leben Koreas und Japans in der letzten Zeit heftige Kontroversen ausgelöst. Vor allem geht es darum, ob der Herzstillstand oder der Hirntod das entscheidende Kriterium für die Feststellung des Todes ist. Da gewaltige medizinische Fortschritte heute Organtransplantationen zunehmend ermöglichen, ist es zwingend erforderlich eine auf breitem Konsens beruhende Definition des Todes zu gewinnen, die von der Hirntätigkeit und nicht von der Herztätigkeit ausgeht. Die Vorstellung, daß der Tod erst mit dem irreversiblen Herzstillstand eintritt, entspringt wohl einer tiefverwurzelten Auffassung vom Herzen als der Verkörperung menschlichen Lebens. Bei den Ostasiaten herrscht immer noch eine starke Tendenz, das Herz - und nicht das Gehirn - als Zentrum des menschlichen Lebens zu betrachten.³⁴

Bei den gegenwärtigen Auseinandersetzungen nimmt jedoch unter den führenden medizinischen und juristischen Experten die Bereitschaft zu, den Hirntod als entscheidendes Kriterium zu akzeptieren.

Obwohl gesetzliche Regelungen über Euthanasie und Organtransplantationen fehlen, werden in Korea bereits nicht nur passive Euthanasie, sondern auch Organentnahmen zum Zweck von Transplantationen durchgeführt,³⁵ falls der Betroffene und die Angehörigen damit einverstanden sind. Bei langfristig bewußtlosen Patienten ohne jegliche Hoffnung führen die behandelnden Ärzte (gegebenenfalls auch die Krankenkassen) mit den Angehörigen ein Gespräch darüber, ob die sinnlose intensive Behandlung abgebrochen werden soll. Falls die Angehörigen dem Behandlungsabbruch zustimmen, bitten manche Ärzte einen der nahestehenden Angehörigen (meistens Ehepartner oder den ältesten Sohn), selbst das Beatmungsgerät abzustellen. Damit befreien sich die Ärzte von möglicher gesetzlicher und moralischer Verantwortung.³⁶

³⁴ So auch bei Aristoteles. Siehe Barnes, J., Hrsg. The complete Works of Aristotle, Vol.I, On the Soul, Book I, 403a, Book III, 432b, Parts of Animals, Book III, 666a.

³⁵ In Korea sind seit März 1988 von 80 hirntoten Spendern 284 Organe transplantiert worden. In 1988 sind eine, 1990 zwei, 1992 37, 1993 69 und 1994 175 Transplantationen durchgeführt worden und davon waren über 50% Nierentransplantationen. The Hankook Ilbo, 14. 3. 1995.

³⁶ Nach in Europa verbreiteter Auffassung würden sich die Ärzte durch die Bitte an die Angehörigen, das Beatmungsgerät abzustellen, weder von juristischen noch moralischen Konsequenzen freistellen können.

Am 7. 9. 96 wurde in Korea durch das Ministerium für Gesundheit, ein Gesetzentwurf vorgelegt, der die Organtransplantation regelt. Danach dürfen gesunden Erwachsenen nur Organe entnommen werden, wenn eine schriftliche Einwilligung der betreffenden Person vorliegt. Bei Kindern und Jugendlichen muß auch eine schriftliche Einwilligung seitens der Eltern oder anderer gesetzlicher Erziehungsberechtigter vorliegen. Im Falle einer Organspende kann der Spender den Empfänger frei auswählen. Bei verstorbenen Personen kann eine Organentnahme nicht ohne die Einwilligung der Familienangehörigen durchgeführt werden, auch wenn der Verstorbene zu Lebzeiten einer Organentnahme schriftlich zugestimmt hat. In dem neuen Gesetzentwurf wird der Organhandel für illegal und strafbar erklärt. Im Falle der Aufdeckung eines solchen Handels droht der Entzug des Ertrags durch den Handel. Zudem wird der Ganzhirntod als endgültigen Tod anerkannt.³⁷

Im Japanischen Parlament wurde kürzlich ein Gesetzentwurf zur Organtransplantation³⁸ durch die dafür zuständige Abgeordneten-Kommission vorgelegt:

Der irreversible Funktionsausfall des gesamten Gehirns ist danach mit dem Tod eines Menschen gleichzusetzen. Organentnahme ist unter folgenden Voraussetzungen erlaubt:

- a) Der Spender hat schriftlich festgelegt, nach seinem Hirntod Organe zu spenden, wobei seine Angehörigen diese Organentnahme nicht abgelehnt haben.
- b) Der Hirntote hat früher nicht klar seine Spendebereitschaft geäußert, aber seine Angehörigen haben schriftlich eine Spendeeinwilligung gegeben.
- c) Organhandel ist grundsätzlich verboten. Im Falle des Verstoßes gegen diese Verordnung wird man entweder zu höchstens 5 Jahre Freiheitsstrafe oder zu 5 Millionen Yen Geldstrafe verurteilt.

Dieser Gesetzentwurf wird wohl heftigen Kritiken ausgesetzt werden und kaum eine Chance haben, als Gesetz verabschiedet zu werden. Denn es gibt noch eine große Anzahl von Bürgern und Politikern, die den Hirntod nicht als endgültigen Tod gelten lassen wollen und wegen des Verstoßes gegen die menschliche Würde Organtransplantationen scharf und eindeutig ablehnen.

In Japan wurde ein Protest gegen eine postmortale Organentnahme mit traditionellen shintoistischen und buddhistischen Vorstellungen des Menschseins als einer harmonischen Einheit von Geist und Körper begründet. Die Hirntodkriterien sind mit einem Todeskonzept, das auf dem Gedanken der harmonischen Einheit von Körper und Geist beruht, unvereinbar, denn sie betreffen nur die Bestimmung des Todes der geistigen Seite des Menschen. Wegen der Unmöglichkeit, Organe im eigenen Land zu bekommen, unternehmen die Japaner den "Organtourismus" und importieren Organe von hirntoten Ausländern, besonders von hingerichteten chinesischen Häftlingen.³⁹ Der Mangel an Organen bringt natürlicherweise die Gefahr von Kriminalität bei Organbeschaffungen mit sich.

In Korea gibt es immer noch die Todesstrafe. In der Zeitung liest man nicht selten, daß Organe (am meisten Augen) hingerichteter Häftlinge gespendet worden seien. Die Verurteilten seien während der Wartezeit zur Vollstreckung der Todesstrafe zum christlichen oder buddhistischen Glauben bekehrt worden; daraus erkläre sich der Wille zum Opfern eigener Organe. Auch hätten sie ihr Verbrechen bereut und sich im Zusammenhang damit zu Organspende entschlossen.

³⁷ Sege Ilbo, 8. 10. 1996, S. 22.

³⁸ Zitiert in: The Hankook Ilbo, 21. 4. 1994.

³⁹ Siehe Kimura, R., 1991, S. 128.

Solche Meldungen sind nach meiner Ansicht sehr beunruhigend, weil es zweifelhaft ist, ob es sich tatsächlich um freiwillige Entscheidungen handelt.

In ostasiatischen Ländern ist die Organentnahme aus einem Hirntoten ohne Einwilligung der Angehörigen überhaupt nicht durchführbar - selbst wenn die Zustimmung des Hirntoten vorhanden wäre -; denn dort ist Zusammengehörigkeit der Familienmitglieder stärker ausgeprägt als in Europa.⁴⁰ Personen in Ostasien sind nicht Subjekte von Rechten und freien individuellen Willensentscheidungen, sondern Objekte der Fürsorge und Hochachtung anderer. Der Einzelne darf ein so ungewöhnliches Geschehen wie eine Organspende nach dem Hirntod nicht allein entscheiden. Manchem Menschen dort scheint es sogar selbstverständlich zu sein, daß die Angehörigen das Recht haben, Organe des Verstorbenen zu spenden.⁴¹

In Berichten der heutigen Medien kommt der altruistische Entschluß zur Lebendspende für ein Familienmitglied oder sogar für eine fremde Person nicht selten vor und wird sehr gelobt.⁴²

Obwohl in Korea der Hirntod gesetzlich nicht als Tod anerkannt ist, wurden seit 1988 80 Organverpflanzungen von Hirntoten durchgeführt. Da die meisten hirntoten Organspender zu Lebzeiten einer Organspende nicht zugestimmt hatten, besteht die Gefahr, in rechtliche und ethische Streitigkeiten zu geraten. Die Medien behaupteten, manche Familienangehörige seien unter dem Druck hoher Krankenhaus-Kosten gezwungen, Organspenden von Verstorbenen zuzustimmen; Krankenhäuser hätten den Angehörigen angeboten, die während des Krankenhausaufenthalts des Unfallopfers entstandenen Kosten zu erstatten, falls sie einer Organentnahme zustimmten.⁴³ Jedoch bedeutet eine postmortale Organentnahme für die meisten Koreaner etwas anderes als eine Lebendspende. Die Nierentransplantationen von Hirntoten sind

⁴⁰ Bei dem Gesetzesentwurf der BRD zur Transplantation herrscht weitgehend Einverständnis darüber, daß die Ärzte eine Organexplantation bei einem Verstorbenen vornehmen dürfen, der zu seinen Lebzeiten eingewilligt hat, wobei den Angehörigen dann kein Einspruchsrecht zusteht. Hat der Verstorbene die Entnahme verboten, dann vermögen die Angehörigen sie nicht zu gestatten. Vgl. Laufs, A., 1985, S. 564, Lilie, H., 1983, S. 131-133.

⁴¹ In einer koreanischen Tageszeitung wurde über einen sensationellen Organspender berichtet: Ein Frauenarzt spendete Organe seines hirntoten Sohnes, der gerade das Mediziner-Staatsexamen abgelegt hatte und bei der Abschlußfeier mit Freunden durch Erbrechen aus Betrunkenheit in Atemnot geriet, ins Koma fiel und danach für hirntot erklärt wurde. Obwohl der junge Mensch sich zu Lebzeiten nicht selbst zu Organtransplantationen geäußert hatte, beschloß sein Vater, ein Arzt, die Organe seines Sohnes zu spenden. Er meinte, es sei die Pflicht eines Arztes, den Patienten zu helfen und zur medizinischen Entwicklung beizutragen. Die Öffentlichkeit reagierte mit Lob, wobei das "Opfer" des Vaters mit dem des Sohnes gleichgesetzt wurde. Die entnommenen Organe - Augen, Nieren, Herz und Leber - wurden sechs Menschen implantiert, um ihnen ein neues Leben zu ermöglichen.

The Hankook Ilbo, 1. 4. 1994.

⁴² Z. B. drei folgende Meldungen wurden in einer koreanischen Tageszeitung (The Hankook Ilbo) im Jahr 1994 berichtet.

a) Eine 16 jährige Tochter spendete ihrem Vater eine Niere.

b) Die Frau eines Spitzenpolitikers spendete einer unbekanntem Patientin eine Niere. Diese Frau hatte eigentlich gemeldet, daß sie erst nach ihrem Tod Organe spenden möchte, und dennoch wurde sie von Ärzten gefragt, ob sie einer Frau, für die sie den passenden Gewebetypen und die Blutgruppe hatte, eine Niere spenden könnte. Zunächst hat die Spenderin lange überlegt, schließlich entschied sie sich für die Spende.

c) Zwei Hausfrauen tauschten gegenseitig eine Niere für ihre kranken Ehemänner aus, weil die eine Frau den passenden Gewebetyp und die richtige Blutgruppe für den Ehemann der anderen Frau hatte, die andererseits für den Ehemann der ersteren das passende Gewebe hatte. Die beiden Männer wurden von den altruistischen Ehefrauen gerettet, und die zwei Familien konnten wie Blutsverwandte eine sehr enge Beziehung aufbauen. Solche sensationellen Meldungen kommen häufig vor, und die Lebendspender werden im allgemeinen von den Medien sehr gelobt.

⁴³ The Hankook Ilbo, 4. Okt. 1994.

nur 10% aller Nierentransplantationen (d.h. 90% von bisher durchgeführten Nierentransplantationen sind Lebendspenden).⁴⁴

Bestimmte kulturelle Traditionen (z. B. Konfuzianismus, Schamanismus) beharren auf der Fortsetzung von Ventilation jenseits der Diagnose "Hirntod".⁴⁵ Viele Koreaner lehnen Organtransplantationen insgesamt ab, da diese im Widerspruch zur konfuzianischen Lehre stünden, wonach der Körper ein Geschenk des Himmels und der Eltern sei und unversehrt als Ganzes begraben und niemals zerschnitten werden dürfe.⁴⁶ Konfuzianische Tradition und Schamanentum in Ostasien fordern, daß der Körper unversehrt begraben wird, damit der Geist seine Ruhe findet. Wenn Körperwärme oder Reflexe vorhanden sind, kann eine Person nicht als tot betrachtet werden, da die Lebensenergie noch nicht erloschen ist.⁴⁷

Der Buddhismus setzt zwar Leben nicht mit Körperwärme und Reflexen gleich, besagt aber, daß sie das Leben aufrechterhalten. Organspenden scheinen eigentlich mit den buddhistischen Lehren nicht unvereinbar, weil damit das Leiden der Kranken gemildert und ihr Leben gerettet werden kann. Der Körper selbst und seine Organe werden als nicht besonders wichtig betrachtet.

Die Diskussion des Themas Organtransplantation in Ostasien berührt kaum die Frage, ob jeder Körper sofort als Ersatzteillager benutzt werden soll oder nicht, sobald sein Gehirn nicht mehr funktioniert. Demgegenüber muß jedoch medizinisch und ethisch erörtert werden, ob nach dem Hirntod die Behandlung abgebrochen werden sollte (- um die wertvollen und begrenzten Ressourcen für andere wartende Patienten zu benutzen -) und darf. Ohne das Hirntodkriterium verbleiben viele Körper in einem im übrigen hoffnungslosen Zustand lange an künstlichen Unterstützungssystemen. Auch wenn man sich auf Hirntodkriterien einließe, könnte kaum verhindert werden, daß Familien Krankenhäuser fänden, welche die Körper von durch die

⁴⁴ In der Ausgabe vom 03. 10. 96 der Tageszeitung Sege Ilbo wurde berichtet, daß ein Transplantationsteam der Klinik der Yonsei-Universität zum 1500. Male seit Beginn des Jahres 1979 eine Nierentransplantation erfolgreich durchgeführt habe, wobei es sich dieses Mal um eine Lebendspende handelte. Trotz der so hohen Anzahl an Transplantationen wurden bisher keine Statistiken hinsichtlich der gesundheitlichen Situation und der Überlebenszeit der Transplantationspatienten erarbeitet. Stattdessen wurde in der Zeitung nur darauf hingewiesen, daß die Anzahl der Transplantationen ein Rekord sei unter sämtlichen Kliniken Asiens. Ich habe die Befürchtung, daß bei solchen Rekordzahlen die postoperative Gesundheit des Organempfänger nicht genügend berücksichtigt wird.

⁴⁵ Im Februar 1983 wurde der Tod eines koreanischen Boxers, Duk Koo Kim, im Hastings Center Report diskutiert. Der junge Mann war im November 1982 an einer in einem Kampf in Las Vegas erlittenen Verletzung gestorben. Da in Nevada ein Hirntod-Gesetz vorhanden ist, wurde der Hirntod kurz nach Ende des Kampfes diagnostiziert. Kim wurde nicht sofort vom Respirator entfernt. Anstatt sich zu bemühen, die Personalien seiner Frau zu ermitteln und ihn von einem koreanischen Arzt behandeln zu lassen, der behauptet hätte: "In der Kultur des koreanischen Volkes lebt Kim noch.", soll der behandelnde amerikanische Arzt gesagt haben, er wolle die Entscheidung (nämlich den Respirator zu entfernen) im Einklang mit "dem Gesetz, der medizinischen Ethik und den Wünschen der Familie" treffen. Später rief er einen Richter herbei, um sich rechtlich abzusichern, und erst als der Patient mit Zustimmung von Richter und Patientenfamilie für tot erklärt worden war, wurde der Ventilator schließlich entfernt. Annas, George J., 1983, S. 21.

Dieses Beispiel zeigt, daß das besondere Empfinden eines Volkes und die Wünsche der Patientenfamilie die Entscheidung des behandelnden Arztes beeinflussen können.

⁴⁶ Koreaner hätten Verständnis, wenn die Angehörigen durch ihr Widerstreben gegenüber einer Sektion die Aufdeckung eines Verbrechens (Mordes) verhindern wollen. Während einer Demonstration für die Demokratie im April 1991 wurde ein Student von mehreren Polizisten einer Sondereinheit getötet, die ihn unmittelbar vor seiner Universität mit Eisenstangen brutal niedergeschlagen haben sollen. Obwohl der Staatsanwalt eine Sektion anordnete, um die Todesursache zu klären, konnte man die Sektion nicht durchführen, da die Eltern des ermordeten Studenten sie strikt ablehnten. Die Sektion des Körpers hätte für sie eine abermalige Tötung ihres Sohnes bedeutet.

⁴⁷ Kawasaki, Shinjo, The accepted understanding of life in the ancient Orient, in: Nihon Rinri Gakkai, S. 26 f., zitiert in: Becker, Carl B., a. a. O., S. 544.

Familie geliebten Menschen noch sehr lange am Leben erhalten; niemand würde dort eine Organspende verlangen, wenn der Patient und die Familie es nicht wünschen.

Moralische Wertungen pflegen sich im Laufe der Zeit zu verändern; es könnte auch von "Anpassung" an Zeitverhältnisse gesprochen werden, die aber nicht mit leichtfertiger verstandesmäßiger oder berechnender Preisgabe von moralischen Normen verwechselt werden darf. Man sollte daher nicht übereilt neue Wertungen verbindlich machen und Richtlinien festlegen, ehe sichtbar geworden ist, daß die Bevölkerung bereit ist, diese gelten zu lassen und zu befolgen.

9. Schluß

In dieser Arbeit wurden ethische Probleme behandelt, mit denen man durch die Organtransplantation konfrontiert ist.

Dabei wurde festgestellt, daß insbesondere die sozialen und kulturellen Auswirkungen der Organtransplantation zu berücksichtigen sind. Die positive Wertung der Organtransplantation erhöht die Bereitschaft zur Organspende unter der Bevölkerung. Grundprinzip einer ethischen Position bei der Aufklärung über die Notwendigkeit von Organbeschaffungen sollte auch die Orientierung am Wohlergehen von Individuen und nicht nur die Orientierung an einem übergeordneten allgemeinen Interesse sein.

Da Lebensvorstellungen und die Fähigkeit, Leiden zu ertragen, kulturell vermittelt und recht unterschiedlich sind, ist eine objektive und allgemeingültige Fassung des Gesundheitsbegriffs nur bedingt möglich. Was für einen Menschen ein erträgliches Maß an Schmerz und Leiden darstellt, kann für den anderen unerträglich sein, weil er eine andere Persönlichkeitsstruktur hat und dem Leben mit anderen Erwartungen begegnet.

Personen, die einer Organtransplantation bedürfen, werden mit ihrer Einwilligung vom behandelnden Arzt beim Transplantationszentrum gemeldet.¹ Aber die Entscheidung eines Patienten, sich einem so risikoreichen Eingriff zu unterziehen, ist allein kein hinreichender Grund, ihn tatsächlich zu operieren. Jeder konkrete Fall muß einzeln für sich abgewogen werden, weil es keine allgemeinen Vorzugsregeln für die Auswahl von Organempfängern geben kann.

Neben dem Zustand und der Heilungschance eines Patienten muß der behandelnde Arzt sich über möglichst viele konkrete Umstände des Falles informieren. Über die Risiken der Operation,² die Heilungschancen, die Möglichkeit der Lebensverlängerung und die Lebensqualität nach der Transplantation muß der Arzt den Patienten und dessen Angehörige ausführlich informieren. Diese Aufklärung soll als Entscheidungshilfe für Patient und Angehörige dienen. Der wahrscheinliche Vorteil einer Transplantation muß die wahrscheinlichen Nachteile eindeutig überwiegen.

Es kann Interessenkonflikte einzelner Individuen geben, die durch eine Entscheidung der Organvergabe mitbetroffen sind. Bei diesen kann unterstellt werden, daß sie die Fähigkeit haben, sich in den Zustand der anderen Personen zu versetzen und zu beurteilen, wie Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit sein sollten. Die verschiedenen Vorrangskriterien der Organverteilung sind schwer miteinander in Einklang zu bringen. Nur eine Verfahrensweise, die bei der Entscheidung möglichst viele Gesichtspunkte berücksichtigt, wird auf allgemeine Akzeptanz treffen und kaum der öffentlichen Kritik ausgesetzt sein.

Die menschliche Gemeinschaft schützt das Leben und Wohl des Einzelnen; er darf dieses Recht jedoch nur unter Rücksichtnahme auf das Wohl aller in Anspruch nehmen.

¹ Entwurf eines Mustergesetzes zur Transplantation (Stand 28. 9. 1993) S. 212.

² Nach bisherigen Untersuchungsergebnissen gibt es einige nachweisbare Gründe für erhöhte Risiken bei Transplantationen. Z. B. die Transplantation einer weiblichen Niere auf einen männlichen Empfänger, eine kalte Ischämiezeit von mehr als 24 Stunden, eine Transplantation bei einem Diabetiker oder die Blutgruppe des Empfängers. Ein erhöhtes Risiko ergibt sich auch, wenn der Organspender jünger als 5 oder älter als 55 Jahre oder der Organempfänger jünger als 15 Jahre ist.

Thorogood, J., Statistical Modelling of Renal Allograft Survival and Associated Prognostic Factors, Pasmans, Gravenhage 1992, zitiert in: Renner, E., 1993, S. 236.

Ferner sollte ein maximaler Nutzen sowohl gesundheitsökonomisch als auch sozialpolitisch und individuell erzielt werden. Dies kann durch gegenseitige Hilfe, rationale Einschränkung des individuellen Anspruchs auf knappe medizinische Ressourcen und eine gerechte Verteilung nach individuellem Bedürfnis verwirklicht werden.

Literaturverzeichnis

Angstwurm, H., 1990, Ärztlich-ethische Überlegungen zur Organspende nach dem Tode, S. 81-85, in: R. Toellner, Hrsg., Organtransplantation - Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen, Köln 1990.

Annas, G. J., 1983, Death: There Ought to be a Law, Hastings Center Report, 13, 1 (Feb. 1983), S. 20-21.

Aristoteles, The complete works of Aristotle, Vol. I, J. Barnes, Hrsg. Princeton 1985.

Baumann-Hölzle, R., 1994, Lebensfähig um welchen Preis? Ethische Probleme der neonatalen Intensivmedizin, in: Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) 83, Nr. 18 (1994), S. 529-531.

Bayertz, K., 1991, Wissenschaft, Technik und Verantwortung S. 173-209, in: ders., Hrsg., Praktische Philosophie, Reinbek bei Hamburg 1991.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F., 1989, Principles of Biomedical Ethics, New York, Oxford.

Becker, C. B., 1990, Buddhist views of suicide and euthanasia, in: Philosophy East and West 40 (4), S. 543-556.

Benini, A., 1994, Bewußtsein und Selbstbewußtsein als biologische Phänomene, in: Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) 83, Nr. 8 (1994), S. 204-209.

Berg, L., 1992, Versuche, das große Zittern zu begreifen, in: Süddeutsche Zeitung, 2. Juli.

Birnbacher, D., 1987, Gefährdet die moderne Reproduktionsmedizin die menschliche Würde? in: Braun, V., Mieth, M., Steigleder, K., Hrsg., Ethische und rechtliche Fragen der Gentechnologie und der Reproduktionsmedizin, München 1987, S. 77-88.

- **ders.**, 1990, Utilitaristische Ethik und Tötungsverbot. Zu Peter Singers 'Praktische Ethik, in: Analyse & Kritik, Jg. 12, S. 205-218.

- **ders.**, 1991, Mensch und Natur, S. 278-321, in: Bayertz, K., Hrsg., Praktische Philosophie, Reinbek bei Hamburg 1991.

- **ders.**, 1993, Welche Ethik ist als Bioethik tauglich? in: Information Philosophie, Dez. 1993 (5), S. 6-18.

- **ders.**, 1995, Definitionen, Kriterien, Desiderate, in: Universitas 4, 1995, S. 343-356.

Birnbacher, D., Angstwurm, H., Eigler, F. W., Wuermeling, H.-B., 1993, Der vollständige und endgültige Ausfall der Hirntätigkeit als Todeszeichen des Menschen - Anthropologischer Hintergrund, in: Deutsches Ärzteblatt 90, Heft 44, 1993, S. 1968-1971.

Böckle, F., 1981, Moraltheologische Aspekte der Transplantationschirurgie, in: Med. Welt 32, 1981, S. 1783-1786.

Broad, C. D., 1949, Some of the main problems of ethics, in: Readings in philosophical analysis, edited by H. Feigl and W. Sellars, S. 547-563, New York 1949.

Brennan, G., Buchanan, J. M., 1993, Die Begründung von Regeln, Tübingen.

Bullinger, M., 1993, Lebensqualität - Entscheidungshilfen durch ein neues evaluatives Konzept? in: Nagel, E., Fuchs, Ch., Hrsg., Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg 1993, S. 214-228.

Bullinger, M., Pöppel, E., 1988, Lebensqualität in der Medizin, in: Deutsches Ärzteblatt 85, 1988, S. 504-505.

Bundesärztekammer, 1986, Kriterien des Hirntodes, Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, in: Deutsches Ärzteblatt 83, 1986, S. 2940-2946.

- **ders.**, 1993, Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion ("Hirntod") als sicheres Todeszeichen, Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, in: Deutsches Ärzteblatt 90, 1993, Heft 44, S. 1975-1977.

Bundeszentrale für politische Bildung, Hrsg., 1991, Menschenrechte Dokumente und Deklarationen, Bonn, S. 33-40.

Childress, J. F., 1983, Who shall live when not all can live? in: Gorovitz, S., Macklin, R., Jameton, A. L., O'Connor, J. M., Sherwin, S., ed., Moral Problems in Medicine (second edition) Englewood Cliffs 1983, S. 640-649.

- **ders.**, 1993, Non-Heart-Beating Donors of Organs: Are the Distinctions Between Direct and Indirect Effects & Between Killing and Letting Die Relevant and Helpful? in: Kennedy Institute of Ethics Journal, Vol. 3, Nr. 2, S. 203-216.

Dahl, J., Hat der Schwarze Kutscher recht? in: Scheidewege, Jg. 16, 1986/87, S. 168-186.

Deutsche Stiftung Organtransplantation 1994, Hirntod, Erklärung deutscher wissenschaftlicher Gesellschaften zum Tod durch völligen und endgültigen Hirnausfall.

Devettere R. J., 1990, Neocortical death and human death, in: Law Medicine Health 18: S. 96-104.

Downie, J., 1990, Brain Death and Brain Life, in: Bioethics 4: S. 216-226.

Drees, G., Scheld, H. H., 1991, Herztransplantation - ethische und juristische Aspekte, in: Toellner, R., Hrsg., Organtransplantation - Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen, Stuttgart, New York 1991, S. 27-35.

Eibach, U., 1976, Medizin und Menschenwürde, Wuppertal.

Eigler, F. W., 1991, Ethische Probleme bei der Nierentransplantation, in: Toellner, R., Hrsg., Organtransplantation - Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen, Stuttgart, New York 1991, S. 43-52.

Eine Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen an ihrer Internationalen Konferenz für Menschenrechte in Teheran 1968.

Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) - "Einbecker Empfehlung", in; Hiersche, H.-D., Hirsch, G., Graf-Baumann, T., Hrsg., Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, Berlin, Heidelberg, New York 1987, S. 183-185.

Engelhardt, H. T. jr., Reflections on Our Condition: The Geography of Embodiment, in: Spicker, F. S., Engelhardt, H. T. jr., ed., Philosophical dimensions of the neuro-medical sciences, Dordrecht 1976, S. 59-68.

- **ders.**, 1978, Medizin and the concept of person, in: Beauchamp, T. L. and Walters, L. R., ed., Contemporary Issues in Bioethics, Kennedy Institute of Ethics and Department of Philosophy Georgetown University 1982, S. 94-101.

- **ders.**, 1986, The foundations of bioethics, New York.

- **ders.**, 1988, Zielkonflikte in nationalen Gesundheitssystemen, in: Sass, H.-M. Hrsg., Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg, New York 1988.

Engisch, K., 1976, Rechtliche Probleme im Grenzbereich zwischen Leben und Tod, S. 87-110, in: Der Grenzbereich zwischen Leben und Tod, Veröffentlichung der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften, Hamburg 1976.

Entwurf eines Mustergesetzes zur Transplantation (Stand 28. 9. 1993) in: Ethik in der Medizin (1993) 5: S. 211-217.

Erklärung der katholischen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, 1990, Organtransplantationen.

Fassbender, P., 1991, Die Verwendung fetalen Gewebes in der Neurochirurgie - ein ethisches Problem? in: Ethik in der Medizin (1991) 3: S. 114-120.

Feinberg, J., 1988, Die Rechte der Tiere und zukünftiger Generationen, in: Birnbacher, D., Hrsg., Ökologie und Ethik, Stuttgart 1988, S. 140-179.

Ferbert, A., **Buchner**, H., **Ringelstein**, E. B. und **Hacke**, W., Der Hirnstammtod bei Basilaristhrombose - Eine besondere Variante des Hirntodes? in: Gänshirt, H., Berlitz, P. und Haack, G., Hrsg., Kardiovaskuläre Erkrankungen und Nervensystem, Neurotoxikologie, Probleme des Hirntodes, Berlin, Heidelberg, New York 1985, S. 587-589.

Forke, A., 1934, Geschichte der mittelalterlichen chinesischen Philosophie, Hamburg.

- **ders.**, 1938, Geschichte der neueren chinesischen Philosophie, Hamburg.

Fox, R. C., 1993, "An ignoble form of cannibalism": Reflections on the Pittsburgh Protocol for procuring organs from Non-Heart-Beating Cadavers, in: Kennedy Institute of Ethics Journal, Vol. 3, Nr. 2, 1993, S. 231-239.

Fremantle, F., Trungpa, C., 1976, Das Totenbuch der Tibeter, Düsseldorf, Köln.

Frowein, R. A., Todesfeststellung, Todeskriterien, Todeszeitpunkt, in: A. Eser, M. v. Lutterotti, P. Sporcken, Hrsg., Lexikon Medizin, Ethik, Recht, Freiburg 1989, S. 1174-1198.

Gerlach, J., 1968, Individualtod - Partialtod - Vita reducta: Münch. Med. Wochenschrift 110, S. 980-983.

Gerstenbrand, F., Pfausler, B. und Marosi, M., 1990, Die Klinik des Hirntodes, in: WMW Nr. 23/24, 1990, S. 556-559.

Glover, J., 1977, Causing Death and Saving Lives, Harmondsworth.

Graf-Baumann, T., 1990, "Lebensqualität": Gesundheitsökonomische Folgerungen, in: Schölmerich P, Thews G., Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin, Stuttgart, New York 1990, S. 271-282.

Grahlmann, H. G. 1977, Heilbehandlung und Heilversuch, Medizin und Recht, Bd. 2, Stuttgart.

Hare, R. M., 1990, Das mißgebildete Kind. Moralische Dilemmata für Ärzte und Eltern, in: Leist, A., Hrsg., Um Leben und Tod, Frankfurt a. M. 1990, S. 374-383.

Harris, J., 1985, The Value of Life: An Introduction to Medical Ethics, London.

- **ders.**, 1990, Ethische Probleme beim Behandeln einiger schwergeschädigter Kinder, in: Leist, A. Hrsg., Um Leben und Tod, Frankfurt a. M. 1990, S. 349-359.

Harsanyi, J. C., 1976, Essays on ethics, social behavior and scientific explanation, Dordrecht.

Hecker, H., 1973, Das Leben des Buddha, Hamburg.

Hegselmann, R., Merkel, R., Hrsg. 1992, Zur Debatte über Euthanasie, Frankfurt a. M.

Heinemann, W., 1977, Organtransplantation aus der Sicht der 'Interessengemeinschaft Organspende e. V.', in: Ziegler, J. G., Hrsg., Organverpflanzung, Düsseldorf 1977, S. 44-51.

Hess, Ch. W., Bassetti, C., 1994, Neurologie des Bewußtseins und der Bewußtseinsstörungen, in: Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) Nr. 8 (1994), S. 212-219.

Hiersche, H.-D., Hirsch, G., Graf-Baumann, T., Hrsg., 1990, Rechtliche Fragen der Organtransplantation, Berlin, Heidelberg.

Höffe, O., 1975, Einführung in die utilitaristische Ethik, München.

- ders., 1985, Strategien der Humanität, Frankfurt a. M.

Hoerster, N., 1977, Utilitaristische Ethik und Verallgemeinerung, Freiburg/München.

Höfling, W., 1995, Plädoyer für eine enge Zustimmungslösung, Universitas, 4/1995, S. 357-364.

Hollis, M., 1995, Soziales Handeln, Berlin.

Honnfelder, L., 1991, Güterabwägung und Folgenabschätzung in der Ethik, in: Sass, H.-M., Viefhues, H., Hrsg., Güterabwägung in der Medizin, Berlin, Heidelberg 1991, S. 44-61.

Hume, D., An enquiry concerning the principles of morals, Oxford 1894, sec. 9., Deutsche Fassung, Eine Untersuchung über die Prinzipien der Moral, Stuttgart 1984.

- ders., Enquiry concerning human understanding (1748), Dt. Übers., Eine Untersuchung über den menschlichen Verstand, Stuttgart 1982.

Ikeda, D., 1986, Buddhismus, München.

Illhardt, F. J., 1992, Hermeneutik des Begriffs Lebensqualität, in: WMW Heft 23/24, 1992, S. 523-526.

Isler, W., 1985, Pädiatrische Probleme des Hirntodes, in: Gänshirt, H., Berlit, P. und Haack, G., Hrsg., Kardiovaskuläre Erkrankungen und Nervensystem, Neurotoxikologie, Probleme des Hirntodes, Berlin, Heidelberg, New York 1985, S. 554-558.

Janzen, R. W. C., Hohnstädt, P., Lachenmayer, L., Rohr, W. und Neunzig, H. P., Neurologische Symptome bei Manifestation des Hirntodes, in: Gänshirt, H., Berlit, P. und Haack, G., Hrsg., Kardiovaskuläre Erkrankungen und Nervensystem, Neurotoxikologie, Probleme des Hirntodes, Berlin, Heidelberg, New York 1985, S. 582-586.

Jonas, H., 1987, Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt a. M.

Jones, D. G., 1991, Fetal Neural Transplantation: Placing the ethical debate within the context of society's use of human material, Bioethics, Vol. 5, Nr. 1, 1991, S. 23-43.

Jörns, K.-P., 1993, Gibt es ein Recht auf Organtransplantation, Göttingen.

Kant, I., 1785, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 3. Aufl., Hamburg 1965.

Kappel, K., Sandoe, P., 1992, QALYS, Age and fairness, in: Bioethics, Vol. 6., Nr. 4., 1992, S. 297-316.

- **ders.**, 1994, Saving the young before the old - a reply to John Harris, *Bioethics*, Vol. 8., Nr. 1., 1994, S. 84-92.

Kastenbaum, R., Aisenberg, R., 1972, *The Psychology of Death*, New York.

Kautzky, R., 1972, Grenzerfahrungen in der empirischen Medizin als Grundlage einer zeitgenössischen Pastoralmedizin, in: *Arzt u. Christ* 18 (1972), S. 9 f.

Kimura, R., 1991, Japan's Dilemma with the Definition of Death, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 1, 1991, S. 123-132.

Kliemt, H., 1993, "Gerechtigkeitskriterien" in der Transplantationsmedizin - Eine ordoliberalere Perspektive, in: Nagel, E., Fuchs, Ch., Hrsg., *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, Berlin, Heidelberg 1993, S. 262-276.

Klein, M., 1995a, Hirntod: Vollständiger und irreversibler Verlust aller Hirnfunktionen? *Ethik in der Medizin* (1995) 7: S. 6-15.

- **ders.**, 1995b, Hirntod: Vollständiger Verlust aller Hirnfunktionen?, in: J. Hoff, J. in der Schmitt, Hrsg., *Hamburg 1995, Wann ist der Mensch tot?* S. 500-506.

Kluxen, W. 1986, Fortpflanzungstechnologien und Menschenwürde, in: *Allgemeine Zeitschrift für Philosophie*, Jg. 11, S. 1-15.

Kneiffler, M., 1990, Geld gegen Leben, in: *Die Zeit*, Nr. 19, vom 4. 5. 1990.

Koch, T., 1990, Das unbedingte Lebensrecht eines jeden Menschen, in: *Ethik in der Medizin* (1990) 2: S. 118-128.

Köhl, H., 1990, *Kants Gesinnungsethik*, Berlin.

Kungfutse, *Gespräche Lun Yü*, Übersetzt von R. Wilhelm, München 1990.

Künschner, A., 1992, *Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl*, Stuttgart.

Kurthen, M., Linke, D. B. und Moskopp, D., 1989, Teilhirntod und Ethik, in: *Ethik in der Medizin* (1989) 1: S. 134-142.

Kurthen, M., Linke, D. B., Reuter, B. M., 1989, Hirntod, Großhirntod oder personaler Tod? in: *Medizinische Klinik*, 84 (1989), S. 483-487 (Nr. 10).

Laacke, H. L. Y., 1979, *Ausgewählte Kapitel aus der traditionellen chinesischen Medizin*, Diss. Universität Erlangen-Nürnberg.

Lamb, D., 1985, *Death, brain death and ethics*, London & Sydney.

Land, W., 1985, Nierentransplantation, in: Dietrich, E., Hrsg., *Organpende Organtransplantation*, Percha am Starnberger See 1985, S. 87-157.

Lauenstein, D., 1943, Das Erwachen der Gottesmystik in Indien, München.

Laufs, A., 1985, Juristische Probleme des Hirntodes, in: Gänshirt, H., Berlitz, P. und Haack, G., Hrsg., Kardiovaskuläre Erkrankungen und Nervensystem, Neurotoxikologie, Probleme des Hirntodes, Berlin, Heidelberg, New York 1985, S. 559-564.

Lilie, H., 1983, Zur Verbindlichkeit eines Organspenderausweises, in: MedR 1983, S. 131-133.

Linke, D. B., 1991a, In Würde altern und sterben, Gütersloh.

- **ders.**, 1991b, Hirngewebetransplantation als ethisches Problem, in: Ethik in der Medizin (1991) 3: S. 59-67.

Loch, E. G., 1987, Pränatale Diagnostik - in bestimmten Fällen ein interdisziplinäres Problem, in: Hiersche, H.-D., Hirsch, G., Graf-Baumann, T., Hrsg., Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, Berlin Heidelberg 1987, S. 7-16.

Löw, R., Die moralische Dimension von Organtransplantationen, in: Scheidewege, Jg. 17, 1987/88, S. 16-48.

Lüth, P., 1944, Die japanische Philosophie, Tübingen.

Margreiter, R., 1992, Die Widerspruchslösung zur Regelung von Organentnahmen in Österreich aus der Sicht eines Transplantationschirurgen, in: Ethik in der Medizin (1992) 4: S. 185-190.

Meran, J., Poliwoda, S., 1992, Der Hirntod und das Ende menschlichen Lebens, in: Ethik in der Medizin (1992) 4: S. 165-171.

Meran, J. G., 1992, Lebensqualität - Anspruch und Wirklichkeit als medizinischer Parameter versus Lebensqualität als subjektbezogene Wirklichkeit, in: WMW Heft 23/24, 1992, S. 539-543.

Mohr, H., 1987, Natur und Moral, Darmstadt.

Moore, G. E., Grundprobleme der Ethik, Beck'sche Schwarze Reihe, Bd. 126.

Munzer, S. R., 1994, An uneasy case against property rights in body parts, in: Social Philosophy & Policy, Vol. 11, Nr. 2, S. 259-286.

Nagel, E., 1993a, Voraussetzungen für Nieren- und Lebertransplantationen, in: Nagel, E., Fuchs, Ch., Hrsg., Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg 1993, S. 186-195.

- **ders.**, 1993b, Anmerkungen zu Bemühungen der gesetzgebenden Instanzen um ein Transplantationsgesetz, in: Ethik in der Medizin (1993) 5: S. 203-205.

Nagel, E., Pichlmayr, R., 1992, Transplantationsgesetzgebung: Informationslösung als sinnvoller Kompromiß? in: Ethik in der Medizin (1992) 4: S. 195-198.

Nagel, T., Moral Luck, in; *Mortal Questions*, Cambridge 1979, S. 24-38.

- **ders.**, Death, in: *dems.*, S. 1-10.

Nida-Rümelin, J., 1993, *Kritik des Konsequentialismus*, München.

- **ders.**, 1996, Theoretische und angewandte Ethik: Paradigmen, Begründungen, Bereiche, in: *ders.*, Hrsg., *Angewandte Ethik*, Stuttgart, S. 2-85.

Nikkhah, G., Sauer, H., 1992, Transplantation von Gehirnzellen - Vision oder Realität? in: *Deutsches Ärzteblatt* 89 (1992), Heft 3: S. 22-27.

Parfit, D., 1984, *Reasons and Persons*, Oxford.

Patzig, G., 1983, *Ethik ohne Metaphysik*, Göttingen.

- **ders.**, 1986, Ethik und Wissenschaft, in: *ders.*, *Gesammelte Schriften*, Bd. II, S. 9-42.

- **ders.**, 1988, Wertrelativismus und ärztliche Ethik, in: *ders.*, *Gesammelte Schriften*, Bd. II, Göttingen 1993, S. 54-72.

- **ders.**, 1989, Gibt es eine Gesundheitspflicht? in: *ders.*, *Gesammelte Schriften*, Bd. II, Göttingen 1993, S. 73-85

- **ders.**, 1991, Korreferat, in: *Ethik in der Medizin* (1991) 3: S. 132-138.

Penning, R., Liebhardt, E., 1986, Entnahme von Leichenteilen zu Transplantationszwecken - Straftat, ärztliche Pflicht oder beides? in: *Eisenmenger, W., Liebhardt, E., Schuck, M.*, Hrsg., *Medizin und Recht*, Berlin, Heidelberg, S. 440-452.

Pichlmayr, R., 1993, Möglichkeiten in der Nieren- und Lebertransplantation, in: *Nagel, E., Fuchs, Ch.*, Hrsg., *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, Berlin, Heidelberg, New York 1993, S. 82-96.

Podlech, A., 1984, *Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland* (Reihe Alternativkommentare), Bd. 1, Neuwied, Luchterhand 1984, S. 278-291.

Poliwoda, S., Beginn und Ende menschlichen Lebens in der Sicht des Judentums, in: *Koslowski, P., Löw, R.*, Hrsg., *Philosophie und Religion*, Jahrbuch Forschungsinstituts für Philosophie Hannover 1991/2, S. 103-125.

- **ders.**, 1992, Kriterien der Todesbestimmung im jüdischen Glauben, in: *WMW Diskussionsforum Medizinische Ethik*, Nr. 1, April 1992, S. V-VII.

Popper, K. R., Eccles, John C., 1985, *The Self and Its Brain*, 2nd Printing, Berlin.

Porkert, M., 1973, *Die Theoretischen Grundlagen der chinesischen Medizin*, Wiesbaden.

Prior, A. N., Raphael, D. D., 1956, The Consequences of Actions, in: Aristotelian Society, Supplementary, Vol. XXX, S. 91-99.

Qiu, R.-Z., 1991, Morality in Flux: Medical Ethics Dilemmas in the People's Republic of China, in: Kennedy Institute of Ethics Journal 1 (1), 1991, S. 16-27.

Quante, M., 1995, Wann ist ein Mensch tot? in: Zeitschrift für philosophische Forschung, Bd. 49, 1995, S. 167-193.

Radhakrishnan, S., 1951, Indian Philosophy, Vol. 1, London

Rall, J., 1970, Die vier grossen Medizinschulen der Mongolzeit, Wiesbaden.

Ramsey, P., 1970, The Patient as Person, New Haven: Yale University Press.

Rawls, J., 1979, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt a. M.

Renner, E., 1991, Nierentransplantation - Probleme des Fortschritts, in: Toellner, R., Hrsg., Organtransplantation - Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen, Stuttgart, New York 1991, S. 53-63.

- **ders.**, 1993, Entscheidungskriterien und Konflikte am Beispiel der Nierentransplantation, in: Nagel, E., Fuchs, Ch., Hrsg., Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg 1993, S. 233-238.

Ritter, J., Gründer, K., Hrsg., Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 5 u. Bd. 7.

Ross, L. F., 1994, Justice for children: the child as organ donor, in: Bioethics, 1994, Vol. 8, Nr. 2, S. 105-126.

Scheffler, S., 1988, Consequentialism and its critics, Oxford.

Schöne-Seifert, B., 1990, Überlegungen zu Menschenwürde und Fortpflanzungsmedizin, in: Zeitschrift für philosophische Forschung, Bd. 44, S. 442-473.

- **dies.**, 1991, Utilitarismus und medizinische Ethik, in: WMW Nr. 8, August 1991, Diskussionsforum medizinische Ethik, S. XLVIII-IL.

- **dies.**, 1994, Ethische Probleme der Transplantationsmedizin, in: Kahlke/Reiter-Theil, Hrsg., Ethik in der Medizin - Lehren und Lernen, Enke 1994.

- **dies.**, 1995, Vernunft und Unvernunft im Streit um den Hirntod, in: J. Hoff, J. in der Schmitten, Hrsg., Wann ist der Mensch tot? Hamburg 1995, S. 477-485.

- **dies.**, 1996, Medizinethik, in: Nida-Rümelin, J., Hrsg., Angewandte Ethik, Stuttgart, S. 552-648.

Schoeppe, W., 1989, Organisation der Organentnahme und Organtransplantation in Europa, in: Gesellschaft Gesundheit und Forschung e. V., Hrsg., Ethik und Organtransplantation, Frankfurt a. M. 1989, S. 19-28.

Schopenhauer, A., 1840, Preisschrift über die Grundlage der Moral, Arthur Schopenhauer Zürcher Ausgabe Bd. VI.

Schreiber, H.-L., 1989, Rechtliche Fragen der Organentnahme auch der Lebendspende, in: Hrsg., Gesellschaft Gesundheit und Forschung e. V., Ethik und Organtransplantation, Frankfurt a. M. 1989, S. 39-46.

- **ders.**, 1993, Rechtliche Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit im Sozialstaat, in: Nagel, E., Fuchs, Ch., Hrsg., Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg 1993, S. 302-309.

Schreiber, H.-L., Wolflast, G., 1985, Rechtsfragen der Transplantation, in: Organspende Organtransplantation, Dietrich, E., Hrsg., Percha am Starnberger See 1985, S. 33-63.

Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Schöffski, O., Kosten-Nutzen-Analyse im Gesundheitswesen, in: Nagel, E., Fuchs, Ch., Hrsg., Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg 1993, S. 168-182.

Searle, J. R., 1992, Geist, Hirn und Wissenschaft, übers. von H. P. Gavagai, 3. Aufl., Frankfurt a. M. 1992.

Seifert, J., 1990, Ist "Hirntod" wirklich der Tod? in: Diskussionsforum Medizinische Ethik, D2, 1990.

Sells, R. A., 1989, Ethics and Priorities of Organ Procurement and Allocation, in: Transplantation Proceedings 21 (1989), S. 1391-1394.

Shaw, B. W. Jr., 1993, Conflict of Interest in the Procurement of Organs from Cadavers Following Withdrawal of Life Support, in: Kennedy Institute of Ethics Journal, Vol. 3, No. 2, 1993, S. 179-188.

Singer, P., Practical ethics, Cambridge 1979, Deutsche Ausgabe, Stuttgart 1984.

Smart, J. J. C., Williams, B., 1986, Utilitarianism for and against, Cambridge.

Spann, W., 1981, Rechtliche Probleme der Organtransplantation, in: Med. Welt 32 (1981), S. 1782.

Spittler, J. F., 1995a, Der Hirntod - Tod des Menschen, Ethik in der Medizin (1995) 7: S. 128-145.

- **ders.**, 1995b, Der Hirntod ist der Tod des Menschen, in: Universitas 4, 1995, S. 313-327.

Stapenhorst, K., Bedenkenswertes zur Herzverpflanzung, in: Scheidewege, Jg. 23, 1993/94, S. 320-338.

Stent, G. S., 1976, Der Wandel in der Einstellung zum Tode seit der Aufklärung, S. 154-168, in: Der Grenzbereich zwischen Leben und Tod, Veröffentlichung der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften, Hamburg 1976.

Tagungsbericht, Organtransplantation - Organersatz, in: Ethik in der Medizin (1990) 2: S. 97-99.

Tagungsbericht, Ethik und Transplantation, in: Ethik in der Medizin, (1997) 9: S. 109-110.

Taylor, C., 1992, Negative Freiheit? Frankfurt a. M.

Thomas, H., Vom Umgang mit dem Tod in der Wissenschaft, in: Scheidewege, Jg. 23, 1993/94 (1), S. 160-167.

Thomson, J. J., 1990, Eine Verteidigung der Abtreibung, in: Leist, A., Hrsg., Um Leben und Tod, Frankfurt a. M. 1990, S. 107-131.

Tooley, M., 1983, Abtreibung und Kindstötung, in: Leist, A., Hrsg., Um Leben und Tod, Frankfurt a. M. 1990, S. 157-195.

Tugendhat, E., 1984, Probleme der Ethik, Stuttgart.

Ullmann, E., 1902, Experimentelle Nierentransplantation, in: Wien. klin. Wsch. 15 (1902), S. 281 f.

University of Pittsburgh Medical Center, Policy and Procedure Manual: Management of terminally ill patients who may become organ donors after death, May 18, 1992, in: Kennedy Institute Journal of Ethics, Vol. 3, Nr. 2, 1993, A1-A15.

Unschuld, P. U., 1973, Die Praxis des traditionellen chinesischen Heilsystems, Wiesbaden.

- **ders.**, 1980, Medizin in China, München.

Veatch, R. M., 1988, Whole-Brain, Neocortical, And Higher Brain Related Concepts, in: Zaner, R. M., ed., Death: Beyond Whole-Brain Criteria, Kluwer, Dordrecht 1988, S. 171-186.

- **ders.**, 1989a, Death, Dying and the Biological Revolution: Our last Question for Responsibility, New York.

- **ders.**, 1989b, Lebensstil, Gesundheitsrisiko und Solidarität, in: Sass, H.-M., Hrsg., Medizin und Ethik, Stuttgart 1989, S. 328-347.

Viefhues, H., 1989, Ethische Probleme der Transplantation. Die ethische Bewertung des Körpers und seiner Teile, in: Gesellschaft Gesundheit und Forschung e. V., Hrsg., Ethik und Organtransplantation, Frankfurt a. M. 1989, S. 63-81.

Vogt, S., Karbaum, D., 1991, Transplantation - geschichtliche Trends und Entwicklungswege, in: Toellner, R., Hrsg., Organtransplantation - Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen, Stuttgart, New York 1991, S. 7-17.

Wagner, W., 1995, Gemeinsamkeiten zwischen Hirntodkonzept und traditionellen Todeszeichenkonzepten, Ethik in der Medizin (1995) 7: S. 193-212.

Walton, D. N., 1979, On defining death, Montreal.

Wiesing, U., 1991, Anmerkungen zur Frage, welche Rolle medizinische Kriterien und ethische Prinzipien in der Zuteilung begrenzt verfügbarer Organe spielen, in: Toellner, R., Hrsg., Organtransplantation - Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen, Stuttgart 1991, S. 109-111.

Wilhelm, R., 1921, Laotse vom Sinn und Leben, Jena.

Williams, B., 1970, The self and the future, in: Philosophical Review, Bd. 79, S. 161-180.

- **ders.**, 1973, Problems of the Self, Cambridge.

- **ders.**, 1981, Moral Luck, Cambridge.

- **ders.**, 1985, Ethics and the Limits of Philosophy, London.

Wolff, H. P., 1992, Die medizinische Nutzung fetaler Zellen und Gewebe: ethische Aspekte, in: WMW Diskussionsforum Medizinische Ethik, Nr. 1, April 1992, S. I-IV.

Wolfslast, G., Smit, H., 1992, Argumente für die Zustimmungslösung zur Regelung von Organentnahmen, in: Ethik in der Medizin (1992) 4: S. 191-194.

Zwierlein, E., 1993, Hirntod und Thanatologie, in: WMW Nr. 6, Sept. 1993, Diskussionsforum Medizinische Ethik, S. 25-28.