Mit der Entwicklung der Organtransplantation sind in der Medizin große Möglichkeiten für die Rettung Todkranker und die Hilfe Schwerstkranker geschaffen worden. Dafür müssen entweder Organe eines Spenders entnommen oder vom Lebenden gespendet werden. Hinsichtlich der Möglichkeiten in der Transplantationsmedizin stellt sich allerdings die Frage nach den Bedingungen, unter denen eine Organentnahme überhaupt erlaubt werden sollte.

Medizinisch machbar - aber auch vertretbar?

Ethische Fragen zur Organtransplantation

Von Friedrich Wilhelm Eigler an Dieter Birnbacher

Friedrich W. Eigler: Herr Birnbacher, ich möchte provokativ mit einer Frage aus der Sicht des Mediziners beginnen: Ist – ethisch gesehen – eine Einwilligung zu einer Organentnahme, von wem auch immer, heute überhaupt noch notwendig, da wir in der Medizin mit Organen wie dem Herz, der Lunge und der Leber akut Menschenleben retten können?

Dieter Birnbacher: Diese Frage kann man stellen. Aber unser eigener Körper ist uns näher als beispielsweise unser Hab und Gut, und auch dieses darf man uns nach unserem Tode nicht einfach wegnehmen, um damit einem anderen – unabhängig davon, was wir vorher bestimmt haben – Gutes zu tun. Der Grund, weshalb wir auch in akuten Notfällen nicht ohne weiteres über das Organ eines

Verstorbenen verfügen dürfen, liegt letztlich in dem Schutz seines Lebensgefühls zu Lebzeiten. Ein Lebender kann sich in seiner autonomen Verfügung über seinen Körper auch dann empfindlich eingeschränkt fühlen, wenn diese Verfügung erst nach seinem Tod akut wird.

Eine andere Frage ist allerdings, welches Gewicht man diesem „Schutzgut“ im Vergleich mit dem Gut des fremden Lebens – oder besser: der erhöhten Lebensqualität des anderen Lebens – beimessen sollte. In diesem Punkt kann man verschiedener Auffassung sein. In jedem Fall ist aber die Einstellung des Verstorbenen dazu, was mit seinem Körper geschehen soll und darf, zu beachten.

Eigler: Da es bei der Organtransplantation um die Lebensrettung Todkranker oder die Verbesserung eines sehr schweren Leidens geht, sollte man doch zumindest immer dann Organe entnehmen dürfen, wenn kein ausdrücklicher Wille des Verstorbenen dagegen bekannt ist – auch wenn man grundsätzlich Angehörige über den Vorgang informieren sollte.

Birnbacher: Wie im Recht muß auch in der Ethik abgewogen werden, welches von mehreren, nicht gleichzeitig zu realisierenden Schutzgütern den Vorrang verdient. Und ebenso wie im Recht läßt sich auch in der Ethik für diese Abwägung nicht immer ein Konsens finden. Man kann jedoch einem Konsens zumindest den Weg ebnen, indem man sich einer von zwei Strategien bedient: Man kann an Prinzipien appellieren, die in unserer Kultur ausdrücklich oder unausdrücklich weithin geteilt werden und die bei genauem Hinsehen eine bestimmte Antwort erzwingen; oder man kann sich der Anstrengung unterziehen, sich in die Lage der in jeweils unterschiedlicher Weise Betroffenen zu versetzen und zu überlegen, welche Verfahrensweisen für alle Betroffenen zusammengenommen die am ehesten akzeptablen sind.

Die erste Überlegung legt nahe, daß eine Verfahrensweise gesucht werden muß, die möglichst sowohl das Prinzip der Autonomie – also die Berücksichtigung des Willens des Verstorbenen – wie auch das Prinzip der Solidarität – also die Hilfe für den Erkrankten – berücksichtigt. Die zweite Überlegung legt nahe, daß das Prinzip der Autonomie im Konfliktfall nur dann Vorrang vor der Hilfspflicht haben kann, wenn der Verstorbene *eindeutig gegen* eine Organentnahme eingestellt war und diese Einstellung so fest und intensiv war, daß sie auch geäußert wurde.

Da nicht alle, die diese Einstellung äußern, sie auch in Form eines rechtlich wirksamen Widerspruchs dokumentieren, sollte ein ausdrücklicher Widerspruch hinreichen, um eine Organentnahme auszuschließen. Diese sollte auch dann ausgeschlossen sein, wenn die in jedem Fall zu informierenden Angehörigen glaubhaft versichern, daß sich der Verstorbene entsprechend geäußert hat. In allen anderen Fällen wäre demnach eine Organentnahme statthaft.

Eigler: Ich kann diese Einschätzung nur begrüßen, denn mit den Fortschritten in der Transplantationsmedizin – und damit der schrittweisen Verbesserung unserer Heilerfolge – ist zugleich der Kreis der Kranken gewachsen, denen man durch eine Transplantation entweder das Leben sinnvoll verlängern oder das Weiterleben wesentlich verbessern kann. Kurz gesagt: Es warten mehr Kranke auf ein Organ, als Organe von Verstorbenen zur Verfügung stehen. Bei der Zuteilung dieser knappen Organe bemühen wir uns – beispielsweise bei der bisher häufigsten Transplantation, der Nierentransplantation –, die zur Verfügung stehenden Organe den wartenden Kranken nach bestimmten Gewebemerkmalen zuzuordnen. In der Bundesrepublik hilft uns bei dieser Aufgabe der „Eurotransplant“-Computer in Leiden. Inzwischen hat sich herausgestellt, daß neben der Gewebeverträglichkeit – wie etwa Alter und Geschlecht des Spenders – auch noch andere Einflüsse von Bedeutung sind. Darüber hinaus stellen sich Fragen hinsichtlich einer weitergehenden medizinischen, aber auch sozialen Bedürftigkeit. Welche Regeln sollten hier – bei dem derzeit herrschenden Mangel an Behandlungsmöglichkeiten – zusätzlich zu den medizinischen beachtet werden?

Birnbacher: In der Frage der Verteilung knapper Organe auf eine höhere Zahl möglicher Empfänger gibt es keine für alle gleichermaßen befriedigende Lösung, weil durch jedes Kriterium bestimmte Kranke – aus ihrer jeweiligen Sicht – benachteiligt

werden. Die Kranken haben allerdings ein Anrecht darauf, daß die Verteilungskriterien sowohl *transparent* als auch *nachvollziehbar* sind.

Unter diesen beiden Gesichtspunkten würde es sich empfehlen, nicht die – für den Laien undurchschaubare – Gewebeverträglichkeit als die alleinige Grundlage für die Zuteilung zu verwenden, sondern die diesem Kriterium zugrundeliegende Wahrscheinlichkeit des Transplantationserfolgs – die jeweils unterschiedliche Chance des Patienten auf weitere Lebensjahre und eine erhöhte Lebensqualität. Damit wäre auch der Eindruck vermieden, es handele sich bei der Entscheidung auf Zuteilung um ein rein medizinisches Verfahren, das sich *allein* wissenschaftlichem Sachverstand verdankt. Hinzu kommt, daß sich die Entscheidung, ausschließlich das – scheinbar medizinische – Entscheidungskriterium der Gewebeverträglichkeit zu verwenden, nicht ihrerseits medizinisch begründen läßt. *Diese* Entscheidung ist in jedem Fall eine ethische Entscheidung.

Bei der Frage nach den ethisch angemessenen Verteilungskriterien kommen allerdings ethische Grundfragen ins Spiel, über die – wie unter Laien – auch unter den Ethikern keine Einigkeit besteht. Heute wird von vielen Ethikern einem Zuteilungsmodus der Vorzug gegeben, bei dem die Wartenden – bei gegebener Gewebeverträglichkeit – alle dieselbe Chance haben, ein knappes Organ zu erhalten. Der ideale Verteilungsmodus wäre danach eine Warteliste oder das Los.

Die egalitäre Gesinnung hinter solchen Vorschlägen ist sicherlich lobenswert, doch ich halte solche Vorschläge für unvereinbar mit den Rationalitätsvorstellungen, an denen wir uns auch sonst bei der Verteilung knapper Ressourcen orientieren – diese nämlich so einzusetzen, daß sie ein Maximum an Nutzen stiften. Ich selbst würde deshalb den zu erwartenden Transplantationserfolg zum alleinigen oder zumindest ausschlaggebenden Kriterium machen, wobei zusätzlich zur Gewebeverträglichkeit eventuell Alter und Gesundheitszustand des Empfängers berücksichtigt werden sollten. Wichtig ist dabei, daß allein der Nutzen *für den jeweiligen Empfänger* den Ausschlag gibt. Würde man zusätzlich den Nutzen berücksichtigen, den andere aus dem Überleben oder der Gesundheit des Empfängers ziehen, kämen allzu viele problematische Bewertungen hinein. Ein – gegebenenfalls eingeschränktes – Erfolgskriterium würde also den Forderungen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit mindestens so gut genügen wie die ausgeprägt egalitären Verteilungsprinzipien.

Eigler: Eines kann, so glaube ich, für die Medizin, für die Ethik und auch für die öffentliche Meinung bei der Diskussion über die Organtransplantation als verbindliche Voraussetzung angenommen werden: Nur wenn der Mensch tot ist, dürfen lebenswichtige Organe entnommen werden. Neu und vor allem für Laien ungewohnt sind dabei allerdings die Kriterien, nach denen gegenwärtig in der Medizin der Tod eines Menschen bezeichnet wird: Es ist dies die Sondersituation des vollständigen, irreversiblen Ausfalls der Hirnfunktionen.

Nun weicht diese Sondersituation – aus naturwissenschaftlich-medizinischer Perspektive gesehen – allerdings nicht von der bisherigen Auffassung des Todes ab. Die Bedingungen dessen, was wir Tod nennen, sind lediglich im Laufe der Zeit medizinisch genauer gefaßt worden. Dennoch wird, vor allem von Laien, im Zusammenhang mit der Organtransplantation ja immer wieder der Verdacht einer willkürlichen Festlegung geäußert – obwohl der vollständige und irreversible Ausfall der Hirnfunktionen als ein hinreichendes Kriterium für den Tod eines Menschen nicht nur unter Medizinern, Juristen und Philosophen heute weithin akzeptiert wird.

Birnbacher: Daß dieses Kriterium hinreicht, scheint auch mir von der Sache her zwingend zu sein. Man sollte sich allerdings darüber klar werden, inwieweit in dieses Kriterium empirisch-wissenschaftliche und inwieweit philosophische Annahmen eingehen. Man muß ja unterscheiden zwischen der Frage, ob das Hirntodkriterium – aufgrund unseres Wissens – ein gutes oder hinreichendes Zeichen dafür ist, daß ein Mensch tot ist, und der Frage, wie dieser Tod seinem Wesen nach definiert ist. Bei der ersten Frage handelt es sich sicherlich um eine wissenschaftliche, also empirisch beantwortbare Frage. Bei der zweiten hilft uns die Wissenschaft jedoch nicht weiter, da es darum geht, zu bestimmen, was wir

eigentlich meinen, wenn wir von dem Tod eines Menschen sprechen. Erst dann, wenn wir dies geklärt haben, können wir daran gehen, die Angemessenheit oder Unangemessenheit von möglichen Todeskriterien zu beurteilen.

Eigler: Ich möchte es doch noch einmal betonen: Die Notwendigkeit, sich in der Medizin auf den Ausfall der Gehirnfunktionen schlechthin als Tod zu beziehen, ist vor allem durch die Möglichkeit entstanden, den Herzstillstand unter bestimmten Bedingungen rückgängig zu machen. Durch diesen Umstand ist der Herzstillstand als früh und einfach diagnostizierbares Todeszeichen prinzipiell nicht mehr haltbar. Mit unserem Gefühl, das den Ausfall der Herztätigkeit Jahrhunderte lang mit dem Begriff des Todes gleichgesetzt hat, fällt es uns natürlich schwer, anzunehmen, daß der Kreislauf eines Menschen noch in Gang gehalten werden kann, obwohl der Tod bereits eingetreten ist.

Andererseits muß man auch sehen, daß der alte Begriff des „Scheintodes“ inzwischen vollständig aus dem medizinischen Vokabular verschwunden ist. Heute braucht kein Patient mehr zu befürchten, als tot zu gelten, obwohl er es nicht ist. Die Orientierung am „Hirntod“ ist also nicht im Zusammenhang mit möglichen Organspenden entstanden, sondern durch neue medizinische Erkenntnisse, die es nötig werden ließen, den Tod in einer bisher nicht gekannten Weise zu beschreiben.

Birnbacher: Hier kann ich Ihnen ohne weiteres folgen: Die zwischen Hirntodkriterium und Organspende bestehende *funktionale* Beziehung darf nicht so verstanden werden, als sei das Hirntodkriterium lediglich praktisch motiviert und lediglich vor dem Hintergrund des praktischen Interesses an einer Organentnahme akzeptabel. Daß dieses Kriterium den Zwecken der Transplantation entgegenkommt und von vielen Medizinern und Medizinethikern erst im Zusammenhang mit der Transplantation zum Thema gemacht worden ist, zeigt nicht, daß es nicht auch unabhängig von praktischen Zielen und Interessen plausibel ist.

Zahlreiche wissenschaftliche Theorien sind erst im Zuge technischer Anwendungsprobleme entwickelt worden, ohne daß das technische Anwendungsinteresse ihrer Wahrheit Abbruch tut. Auch die Geometrie ist von den alten Ägyptern zunächst aus einem im weitesten Sinne technischen Interesse, dem Interesse an der Landvermessung, entwickelt worden. Daß das Hirntodkriterium den Zwecken der Transplantationsmedizin entgegenkommt, heißt also nicht, daß dies *der* Grund oder auch nur einer der Gründe ist, aus denen sie akzeptiert werden sollte. Vielmehr ist das Hirntodkriterium aus ganz unabhängigen Gründen plausibel: daß mit dem irreversiblen und vollständigen Hirntod ein irreversibler Verlust der Bewußtseinsfähigkeit und der Fähigkeit der willentlichen Verhaltenssteuerung einhergeht und ebenso ein irreversibler Verlust der zentralen Steuerung der vegetativen Körperfunktionen.

Zur Definition des Todes muß also dazugehören, daß das Bewußtseinsleben des Menschen unwiederbringlich erlischt. Natürlich muß die Bedingung, daß mit dem Tod die zentrale Steuerung der Körperfunktionen aussetzt, und zwar auch hier irreversibel, ebenfalls dazugehören. *Beide* Bedingungen müssen erfüllt sein, um einen Menschen zu Recht für tot zu halten.

Eigler: Wenn ich Sie recht verstehe, kann damit die Definition des „Hirntods“ – in Abgrenzung zum „Herztod“ – als hinreichendes Kriterium gelten. Nun ist aber in den verschiedenen Diskussionsbeiträgen um die Gesetzgebung zur Organtransplantation die Unsicherheit zu erkennen, was denn mit „Hirntod“ gemeint sei – so als ob in der Medizin verschiedene Tode unterschieden würden.

Birnbacher: Könnten Sie das präzisieren?

Eigler: In der Medizin bezeichnen wir den im Vordergrund stehenden Ausfall eines lebenswichtigen Organs oder die Ursache des Todes auch in entsprechender Weise. So sprechen wir etwa vom „Erstikkungstod“ oder eben vom „Herztod“. Dies ist aber nur eine Konvention.

Birnbacher: Eben darum finde ich es bedauerlich, daß in Unkenntnis des Unterschieds zwischen medizinischer Konvention und der medizinisch-philosophischen Klärung, was wir unter dem Tod eines Menschen verstehen wollen, in der Diskussion um die Organspende häufig von einer *Hirntoddefinition* gesprochen wird. Das legt nämlich irreführenderweise nahe, daß es sich dabei um eine – von der herkömmlichen Herztoddefinition abweichende – Neudefinition des Todes handeln würde. Das ist jedoch nicht der Fall. Daß auch der sogenannte Herztod, wie Sie es bereits historisch beschrieben haben, den Tod nicht definieren konnte – also nicht sagen kann, was der Tod eines Menschen *ist* –, geht schon daraus hervor, daß er sich ausschließlich auf den menschlichen Organismus bezieht, nicht aber auf das menschliche Bewußtseinsleben.

Eigler: Nun äußern sich viele unserer Mitmenschen, obwohl sie als potentielle Organspender Kranken helfen könnten, immer noch ablehnend, wenn man sie auf ihre Bereitschaft zu einer Organspende hin befragt – und begründen dies mit dem Verweis auf die „Unmenschlichkeit der Apparatemedizin“.

Birnbacher: Das mag nicht zuletzt daran liegen, daß viele den Tod nicht im Zusammenhang von medizinischen und mittels technischer Hilfsmittel erhobener Befunde sehen möchten, sondern in äußerlich sichtbaren Merkmalen wie Atmung und spontaner Bewegung. Man muß auch zugeben, daß der Gedanke eines aufgrund künstlicher Beatmung „atmenden Leichnams“ für uns nicht einfach zu denken ist. Allerdings ist eine solche Anschauung heute nicht mehr haltbar. Sie befördert darüber hinaus auch einen Kult, der sich an einer vermeintlich wissenschaftskritischen „Unmittelbarkeit“ orientiert. Leider identifizieren sich zunehmend auch wissenschaftskritische Journalisten und Redaktionen mit dieser Position.

In der Tat unterscheidet sich ein „lebendiger“ Verstorbener, dessen Kreislauf maschinell aufrechterhalten wird, äußerlich nicht wesentlich von einem lebenden Schwerkranken. Was aber ist damit gesagt? Wenn äußere Eindrücke und spontane Reaktionen die Grundlage von Urteilen darüber sein sollen, ob ein Mensch tot ist oder lebt – man also nicht das, was man *weiß*, zur Grundlage seines Urteils macht, sondern das, was man *sieht*, dann wäre die Konsequenz doch wohl die, daß wir auch einen Lebenden, der lediglich tot *wirkt*, für tot erklären dürften. Womit wir wieder in jener historischen Epoche angelangt wären, in der, wie sie richtig bemerkten, der „Scheintod“ noch ein Problem war.

Nun wird das Hirntodkriterium gegenwärtig noch von zwei anderen Seiten in Frage gestellt: Einerseits wird behauptet, daß bereits der irreversible Ausfall der höheren und bewußtseinsermöglichenden Hirnfunktionen ein hinreichendes Todeskriterium sei. Man spricht hier gewöhnlich – aber irreführend – von einer „Teilhirntoddefinition“.

Den Vertretern dieser Position würde ich entgegenhalten, daß mit diesem Kriterium zwar in der Regel die *eine* Bedingung des Todes, der irreversible Bewußtseinsverlust, erfüllt ist, *nicht aber die zweite*, der Verlust der zentralen Steuerung der Körperfunktionen. Ein anenzephaler Neugeborener ohne Großhirn, aber mit Resten des Stammhirns, kann im Sinne der herkömmlichen Todesdefinition nicht als tot bezeichnet werden. Es handelt sich um einen lebenden Menschen, auch wenn er unfähig ist, das für den Menschen – und die Wirbeltiere insgesamt – charakteristische Bewußtseinsleben auszubilden.

Zweitens wird das Hirntodkriterium von jenen in Frage gestellt, die den Menschen – als „Person“ – seinem Wesen nach nicht mit dem Säugetier homo sapiens, sondern mit einer Geistsubstanz oder „Seele“ gleichsetzen. Diese Geistsubstanz wird dabei zumeist so aufgefaßt, daß sie mit dem organismischen und dem Bewußtseinsleben eines Menschen zwar irgendwie verbunden ist, das Erlöschen des Gehirns und des Bewußtseinsleben jedoch im Prinzip auch überdauern kann und sich in der Regel erst geraume Zeit „nach“ dem Hirntod „vom Körper trennt“. Diese Trennung – die Vertreter dieser Auffassung mit dem Tod gleichsetzen – fiele dann nicht notwendig mit dem Hirntod zusammen.

Gegen diese Auffassung ist zu sagen, daß der für sie zentrale Begriff einer personalen Geistsubstanz nicht nur hochgradig spekulativ, sondern vor allem auch inhaltlich so unklar ist, daß nicht zu sehen ist, wie der Zeitpunkt, zu dem dieserart „Seele“ den Körper verläßt, in irgendeiner verläßlichen Weise bestimmt werden kann. Sollte es tatsächlich so etwas

wie eine „Seele“ geben, die sowohl von den Hirnfunktionen als auch von den Bewußtseinsfunktionen unabhängig ist, gäbe es keinen Grund, warum diese gerade in den Reflexen eines hirntoten, künstlich beatmeten Organismus gegenwärtig sein sollte und nicht etwa auch in einem vollständig leblosen Leichnam. Das heißt aber, daß die Annahme der Existenz einer derartigen Geistsubstanz für die Frage nach der Akzeptabilität eines bestimmten Todeskriteriums keinen Unterschied machen kann. Leben und Tod einer derartigen „Seele“ haben keinen direkten Bezug zum Leben und Tod eines Menschen. Falls die „Seele“ den Tod überlebt und – nach hinduistischer Auffassung – wiederverkörpert werden oder – nach christlicher Auffassung – wiederauferstehen sollte, würde damit ein neues Leben, das Leben eines anderen Menschen beginnen.

Eigler: 1990 haben die christlichen Kirchen eine gemeinsame positive Erklärung zur Organspende nach dem Tode abgegeben. Inzwischen mehren sich aber aus evangelischen und auch katholischen Kreisen Gegenstimmen. Man wehrt sich gegen die Gleichsetzung von Hirntod und Tod des Menschen und folgert daraus, daß die Organspende nach dem Tode durchaus nicht christliches Gebot der Nächstenliebe sein müsse.

Birnbacher: Es ist eine vielfach unwillkommene, aber unumgängliche Folge des wissenschaftlich-technischen Fortschritts, daß mit dem Wachstum an Wissen und Können Umfang, Reichweite und Intensität der moralischen Verantwortung zunehmen. Dadurch, daß wir mehr können, nimmt auch die moralische Verpflichtung zu, dieses Können zum Besten aller einzusetzen. Aber je rapider das Wachstum des Wissens und Könnens, desto größer werden auch die Widerstände, die sich daraus ergebenden Pflichten zu akzeptieren. Und schon gar nicht möchte man sich die eigenen moralischen Verpflichtungen von Wissenschaftlern, Technikern und Medizinern diktieren lassen.

Wir haben es hier mit einem echten Dilemma zu tun, das sich in einem moralischen Druck äußert: Nicht nur Emanzipation, Selbstentfaltung und Spielräume für Spontaneität stehen weiterhin ganz oben in der Werthierarchie, sondern auch zunehmend Sensibilität, Solidarität und Verantwortung. Diese letzteren Werte haben jedoch die Tendenz, die Realisierung der ersteren empfindlich einzuschränken, vor allem wenn die Gelegenheiten zur Solidarität durch technische und medizinische Fortschritte – wie durch die Transplantationsmedizin – massiv erweitert werden.

Da moralischer Druck und ein schlechtes Gewissen nicht zu unterschätzende gesellschaftliche Probleme mit sich bringen, müssen die christlichen Kirchen – wie auch die Ethik – abwägen, ob die Sache, um die es geht, die Vermehrung dieser Probleme rechtfertigt.

Ich meine, daß die historisch neuen Möglichkeiten der Organtransplantation in der Tat einen vermehrten moralischen Druck rechtfertigen. Die mangelnde Bereitschaft, einem anderen durch eine praktisch risikolose Organspende nach dem eigenen Tod das Leben zu retten oder ihm zu einem lebenswerten Leben zu verhelfen, kann heute nicht mehr als moralisch unbedenklich gelten. Auch wenn man von jemandem, der die Organspende verweigert, nicht sagen kann, daß er den Tod eines potentiellen Organempfängers will, so nimmt er seinen Tod doch immerhin billigend in Kauf.

Eigler: Sie halten es also prinzipiell für zulässig, nach dem Erlöschen der Hirnfunktionen das Herz-Kreislauf-System so lange in Gang zu halten, bis dem Organismus Organe entnommen sind?

Birnbacher: Ich sehe hier keine prinzipiellen ethischen Einwände. Als besonders problematisch wird allerdings oft eine mehrfache Organentnahme beurteilt. Man hört in diesem Zusammenhang den Vorwurf, daß ein solches „Ausweiden“ des Leichnams den Körper des Verstorbenen als „Organlager“ instrumentalisiere. Ich muß gestehen, daß ich selbst diese Bedenken schwer nachvollziehen kann, zumindest solange nicht auch das Gehirn entnommen wird oder der Körper in seiner äußeren Erscheinungsform entstellt wird. Man sollte bei der Explantation und den Vorbereitungen dazu selbstverständlich nicht nur auf die vor dem Tode geäußerten Wünsche des Verstorbenen, sondern auch auf das Pietätsempfinden der Angehörigen und anderer Betroffener Rücksicht nehmen.

Eigler: Neben der Chance, durch eine Transplantation von Organen eines Verstorbenen einem Schwerstkranken helfen zu können, gibt es – bei der Nierentransplantation – auch noch die Möglichkeit der Organspende vom lebenden Menschen. Allgemein wird für die Organspende von Lebenden Freiwilligkeit und – jedenfalls in unserem Kulturkreis – Unentgeltlichkeit der Spende gefordert.

Jedem Arzt dürften genügend Beispiele bekannt sein, wo an der Freiwilligkeit und dem Altruismus der Spendenwilligen kein Zweifel besteht. Andererseits bedarf es keiner großen Phantasie, in bestimmten Situationen mehr oder weniger fragwürdige Gründe zu erahnen. Hinzu kommt der prinzipielle Umstand, daß der Vorschlag zur Transplantation und damit die Zumutung an den Spender von einem Dritten kommt, nämlich vom Arzt, dessen eigentlich ethische Bestimmung die Hilfe zur Heilung ist. Er operiert hier *Gesunde*.

Birnbacher: Die sogenannte Lebendspende wirft sicherlich bedeutend mehr Probleme auf als die Organspende vom Verstorbenen – mehr Probleme für die Beteiligten, besonders für den Organspender und den Arzt, aber auch mehr Probleme für die Ethik. In der Tat muß man fragen, wieweit bei dem ungeheuren normativen Druck, der auf einem potentiellen Spender lastet, noch von Freiwilligkeit die Rede sein kann. Bereits diese Überlegung läßt mich fragen, ob es nicht insgesamt besser wäre, wenn auf diese Form der Organspende weitgehend verzichtet oder eine Spende nur von Nahestehenden akzeptiert würde. Wir stimmen aber wohl darin überein, daß auf das Kriterium der Freiwilligkeit unter keinen Umständen verzichtet werden kann?

Eigler: Selbstverständlich. Dabei ist jedoch zu bedenken, daß die fortschreitende Lockerung von familiären Zusammenhängen in unserem Kulturkreis für den Bereich der Organspende nicht ohne Bedeutung ist: Wer mit wem eine „Lebensgemeinschaft“ führt und somit als Freiwilliger anzusehen ist, entzieht sich oft unserer Beurteilungsmöglichkeit. Um es auf eine kurze Formel zu bringen: Der Arzt, der mit der Organtransplantation beim Gesunden etwas Absolutes tut, verfügt nicht gleichzeitig über das absolute Wissen der Hintergründe.

Birnbacher: Solange man überhaupt eine Lebendspende akzeptiert, kann ich nicht sehen, daß man sich mit der Zulassung von nicht blutsverwandten Nahestehenden bereits auf einen „slippery slope“ begibt, auf dem kein Halten mehr ist und an dessen Ende die flächendeckende Kommerzialisierung steht. Man wird dem Arzt doch zumuten dürfen, langjährige Lebenspartner von beliebigen, per Anzeige ermittelten Anbietern unterscheiden zu können.

Die Kehrseite der Medaille bleibt leider die Tatsache, daß es einen Transplantationstourismus gibt, bei dem reiche Kranke sich ein Organ kaufen, auch wenn es im eigenen Lande ethisch nicht vertretbar scheint. Doch selbst mit einem Verzicht auf die Lebendspende wären die Probleme der Kommerzialisierung nicht beseitigt, solange zahlungskräftige Patienten nach Indien fahren können, um sich dort eine Niere von einem Lebendspender zu kaufen und sie sich implantieren zu lassen. Ich meine allerdings, daß wir über die Probleme der Kommerzialisierung noch lange nicht genügend nachgedacht haben.

So widerwärtig uns die Vorstellung eines ausgedehnten Organhandels auch sein mag, so unklar ist, wie weitgehend sich diese intuitive Abwehr auch argumentativ absichern läßt. Das wichtigste Argument ist offensichtlich der Mißbrauch, der mit dem Organhandel getrieben werden kann und tatsächlich betrieben wird. Aber wie überall ist auch hier ein einzelner Mißbrauch kein durchschlagendes Argument für die Ablehnung einer Praxis, die ganz überwiegend sowohl den Spender als auch den Nachfrager besserstellt. Das eigentlich Beklemmende am Organhandel scheint mir darin zu liegen, daß er uns in einer beschämenden Weise das Ausmaß der Ungleichheit in der globalen Wohlstands- und Ressourcenverteilung vor Augen führt. Ihn deshalb abzulehnen, entspringt einem verständlichen, aber letztlich doch selbstsüchtigen Interesse: nicht daran erinnert zu werden, wie schlecht es anderen gehen muß, daß sie es sich nicht leisten können, auf das Feilbieten ihrer eigenen Organe zu verzichten.

Fotos (3): Matthias Lückes

Die Gesprächspartner:

Professor Dr. med. Friedrich Wilhelm Eigler studierte Medizin in Marburg, Freiburg, München und Gießen, wo er auch 1956 promovierte. Seine weitere chirurgische Ausbildung absolvierte er in Köln-Merheim und Köln-Lindenthal unter Professor Georg Heberer. Nach seiner Anerkennung als Facharzt für Chirurgie 1966 und seiner Habilitation an der Medizinischen Fakultät in Köln 1967 wurde er dort 1971 zum außerplanmäßigen Professor ernannt und im selben Jahr als ordentlicher Professor für Chirurgie nach Essen berufen, wo er zugleich als Direktor die Abteilung für Allgemeine Chirurgie am Universitätsklinikum Essen übernahm.

Professor Dr. Dieter Birnbacher studierte Philosophie, Anglistik und Allgemeine Sprachwissenschaft in Düsseldorf, Cambridge und Hamburg. 1969 schloß er in Cambridge mit dem B. A. ab. Nach seiner Promotion 1973 war er wissenschaftlicher Assistent an der Pädagogischen Hochschule Hannover, 1974 kam er als akademischer Rat an die Universität GH Essen, 1988 folgte seine Habilitation. Seit 1993 ist Dieter Birnbacher Professor für Philosophie an der Universität Dortmund, seit 1996 auch an der Universität Düsseldorf. Seine Hauptarbeitsgebiete sind: Ethik, Angewandte Ethik, Anthropologie, Sprachphilosophie. Birnbacher ist erster Vizepräsident der Schopenhauer-Gesellschaft, Frankfurt/Main, und Mitglied des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen. Hauptveröffentlichungen: Die Logik der Kriterien. Analysen zur Spätphilosophie Wittgensteins (Hamburg 1974), Ökologie und Ethik (Hrsg./Stuttgart 1980), Verantwortung für zukünftige Generationen (Stuttgart 1988), Tun und Unterlassen (Stuttgart 1988).