

Die neue Debatte über die Transplantationsmedizin

Konrad Hilpert

Organtransplantationen sind eine hochkomplexe und anspruchsvolle Angelegenheit, keineswegs nur unter medizinischem Blickwinkel. Vielmehr werfen sie auch weitreichende ethische Fragen auf. Das hat zunächst einmal mit der Tatsache zu tun, dass die Organtransplantation ein Verfahren ist, das aus zwei Teilvorgängen besteht – nämlich Abgabe und Empfang, die unter Vermittlung der dafür zuständigen Institutionen und Regelwerke aufeinander abgestimmt werden müssen. Die Heilung bzw. die Linderung des Leidens des *einen* Menschen hängt mit anderen Worten davon ab, dass ein *anderer* Mensch einen Teil seines Körpers hergibt und dem Empfänger – bei der Lebendspende unmittelbar, bei der postmortalen Spende anonym – spendet. Dies wirft zunächst Fragen auf wie die, inwieweit der Körper Teil unseres Ichs bzw. des Ichs des Anderen ist. Oder die, wem eigentlich unser Leib gehört; und ferner auch die, was wir von anderen annehmen können und dürfen und was wir erwarten dürfen. Schließlich: Wie können wir mit dem verpflanzten Teil eines fremden Menschen so umgehen, dass er ein Teil unseres eigenen Ich wird? Dies alles sind Fragen, die v.a. den *Empfänger* betreffen.

Ein zweiter ethischer Fragenkreis ergibt sich im Blick auf den *Spender*: Die Entnahme eines Organs ist im Unterschied zu allen anderen medizinischen Interventionen *kein* Heileingriff. Also widerspricht eine solche Entnahme beim Lebenden *eigentlich* dem Grundsatz, dass ein Eingriff nur dann erlaubt ist, wenn er zum Nutzen des Betroffenen geschieht. Beim Toten aber kann der Eingriff zumindest dem Grundsatz der Pietät widersprechen. Unter welchen Bedingungen darf der Nutzen für den Empfänger, der zweifellos gegeben ist, diese grundlegenden Regeln aufwiegen? Und welche Rolle darf oder muss dabei der Respekt vor der Autonomie des Spenders spielen?¹ Und wie könnte auch dann der Schaden für den Spender minimiert werden?

¹ Diese Frage wird nachdrücklich gestellt bei *Ulrich Schroth*, Möglichkeiten und Grenzen der Spenderautonomie. Das Hin- und Herwandern des Blickes zwischen Medizinethik und Medizinrecht am Beispiel der Organlebendspende, in:

Schließlich besteht ein massives Missverhältnis zwischen dem Bedarf an Transplantations-„Gut“ und dem zur Verfügung stehenden Angebot an Spenderorganen. Wo immer jedoch ein Gut knapp ist, stellt sich zunächst die Frage, ob dieser Knappheit durch eine Vermehrung des Aufkommens abgeholfen werden kann. Wenn dies aber nicht möglich ist, stellt sich die Frage nach der *Verteilungsgerechtigkeit* des knappen Gutes. Dies ist der dritte ethische Fragenkreis: Nach welchen Kriterien soll die Verteilung erfolgen, wenn sie dem Prinzip der Gerechtigkeit entsprechen soll?

Das sind die drei ethischen Fragenkreise, denen auch die Fragen, die in den aktuellen Diskussionen gestellt werden, zugeordnet werden können.

I. Aktuelle Probleme

Es kann niemandem verborgen bleiben, dass das Transplantationswesen in Deutschland seit geraumer Zeit in die Kritik geraten ist, wie es seit dem Durchbruch dieses Therapieverfahrens in den 1980er Jahren im medizinischen Betrieb noch nie der Fall gewesen ist. Am zeitlichen Beginn dieser Entwicklung stand ein Vorstoß mehrerer Bundesländer für eine gesetzliche Neuregelung der Organspenden im Mai 2011. Ziel dieser Initiative war es, die Versorgung mit Spenderorganen zu steigern. Hintergrund war das Bekanntwerden von Zahlen, die zeigen, dass Deutschland bei der Quote der Organspender im europaweiten Vergleich nur einen hinteren Platz einnimmt und von den etwa 12.500 registrierten Menschen, die auf ein Spenderorgan warteten, jeder dritte – das sind pro Jahr etwa 1.000 Menschen – stirbt, bevor er die rettende Transplantation hat erhalten können. Das sind zunächst einmal Zahlen, aber hinter den Zahlen stehen genauso viele Schicksale von Menschen – auch die von Jugendlichen und Kindern –, die Tag für Tag unter eingeschränkten Bedingungen leben müssen, die sich die meisten gesunden Menschen nicht vorstellen können. Mit „schuld“ an dieser Lage sei die seit 1997 in Deutschland durch das

Jochen Sautermeister (Hg.), Verantwortung und Integrität heute. Theologische Ethik unter dem Anspruch der Redlichkeit, Freiburg i. Br. 2013, 225–245.

Transplantationsgesetz² festgeschriebene Zustimmungsregelung, die ganz auf den moralischen Appell an den Bürger setzt, sich einen Organspendeausweis zuzulegen. Den Hinweis darauf, dass einer der Gründe für den Organmangel in der „Nicht-Ausschöpfung des Spendepotenzials“ liege, hatte bereits 2007 der Nationale Ethikrat in einer Stellungnahme gegeben³. Die politischen Bemühungen, die Zahl der Organspenden zu erhöhen, führten dann im Mai 2012 zu einem parteiübergreifenden Beschluss des Deutschen Bundestags, das Transplantationsgesetz mit Wirkung vom 1. August 2012 dahingehend zu verändern, dass jeder Bürger ab einem Alter von 16 Jahren alle zwei Jahre von seiner Krankenversicherung eine Aufforderung erhalten solle, seine Bereitschaft zur Organspende zu „erklären“. Inwieweit diese sog. Erklärungsregelung ein geeignetes Instrument ist, den Mangel an Spenderorganen zu beheben oder wenigstens zu lindern, muss die Zukunft erst erweisen.

In der Zwischenzeit ist noch eine andere Debatte wieder aufgelebt. Sie hat eine längere Vorgeschichte⁴, galt aber seit Jahren als im Grunde erledigt. In ihr geht es zentral um die Frage, ob die in den meisten Transplantationsgesetzen als Voraussetzung für die Entnahme lebenswichtiger Organe genannte Feststellung des sog. Hirntods bedeutet, dass der betreffende Mensch dann auch wirklich tot ist. Das ist beileibe keine bloß theoretische, sondern eine wichtige praktische Frage; denn wer sich bereit erklärt, Organe von sich zu spenden, möchte sichergehen, dass er bei der Entnahme auch wirklich tot ist. Zweifel daran, ob der Hirntod die Feststellung des einge-

² Abrufbar unter der vom Bundesministerium der Justiz mitbetriebenen Seite: <http://www.gesetze-im-internet.de/tpg/> (aufgerufen am 22.8.2013).

³ *Nationaler Ethikrat*, Die Zahl der Organspender erhöhen. Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland, Berlin 2007, 18.

⁴ Die Debatte ist gut dokumentiert in: *Hoff, Johannes, in der Schmitt, Jürgen* (Hg.), Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium, Reinbek 1994; *Stoecker, Ralf*, Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation, Freiburg i. Br./München 2010; *Schlich, Thomas, Wiesemann, Claudia* (Hg.), Der Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt a. M. 2001; *Münk, Hans*, Das Gehirntodkriterium in der theologisch-ethischen Diskussion und die Transplantationsmedizin (TPM), in: *ders.* (Hg.), Organtransplantation. Der Stand der Diskussion im interdisziplinären Kontext, Freiburg (CH) 2002, 105–173.

tretenen Todes erlaubt, hat es immer wieder gegeben⁵, aber es blieben Einzelstimmen, deren Bedenken sich teils mit dem Hinweis auf den Umfang der in Deutschland vorgeschriebenen Diagnostiken, teils mit der Aufklärung über den Unterschied zwischen Hirntod und Wachkoma entkräften ließen. Mehr Irritation ging von der durch Fernsehfilme einer breiteren Öffentlichkeit bewusst gewordenen Diskrepanz zwischen der Erwartung, wie ein Toter üblicherweise aussieht, und der tatsächlichen Wahrnehmung von hirntoten Menschen aus, erst recht nachdem es in einigen, wenn auch nur seltenen Fällen vorgekommen war, dass Schwangerschaften einer hirntoten Mutter über Wochen hinweg fortgeführt werden konnten. Starke Beachtung fanden die Argumente einzelner Neurologen⁶, die die für die Rechtfertigung der Diagnose Hirntod als Voraussetzung für die Organentnahme zentrale These hinterfragten, dass mit dem Tod des Gehirns die „Schaltzentrale“, die die verschiedenen Regelkreise des Organismus zu einem Ganzen integriert, ausgefallen sei, so dass der Tod des Gehirns mit dem Tod der Person gleichzusetzen sei. Diese Bedenken bekamen ein stärkeres Gewicht, seit sie in einem Memorandum des von US-Präsident George W. Bush berufenen President's Council on Bioethics von 2008 („Controversies in the determination of death“⁷) Berücksichtigung fanden. ProLife-Aktivisten haben sie sich weltweit zu eigen gemacht, dabei freilich meist stillschweigend übergangen, dass der Bericht sich nicht gegen die Hirntodpraxis als solche ausgesprochen hat, sondern nur dafür plädierte, diese angesichts des neu gewonnenen Wissens besser – im Sinne von genauer – zu begründen.

Im Blick auf diese Diskussion gilt es sich bewusst zu halten: Was der Tod des Menschen als Person ist und wann exakt er eintritt, lässt sich medizinisch und naturwissenschaftlich nicht sagen. Die Feststellung des Hirntods ist streng genommen nichts anderes als ein physiologischer Indikator und ein empirisches Kriterium für den eingetretenen Tod des Menschen. Allerdings ist das der Herz-Kreis-

⁵ Am bekanntesten *Jonas, Hans*, Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt a. M. 1985, 219–241.

⁶ Vgl. *Shewmon, Alan*, Brain Death: Can It Be Resuscitated?, in: The Hastings Center Report 39 (2009/2), 18–24.

⁷ *President's Council on Bioethics*, Controversies in the determination of death, Washington DC 2008.

lauf-Tod, der über Jahrtausende hinweg mit dem Ende des Lebens gleichgesetzt und als Trennung der Seele vom Leib gedeutet wurde, eben auch.

Eine andere Frage ist, wie plausibel der in der Medizin 1968 von der Harvard Medical School vorgeschlagene und später weltweit übernommene Indikator ist und wie sicher sein Vorliegen festgestellt werden kann. Diesbezüglich bestand bislang eine hohe Übereinstimmung, wie sie auch in die geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer Eingang gefunden hat, nämlich dass der Nachweis des irreversiblen Funktionsausfalls des Gehirns in allen drei Arealen (Großhirn, Kleinhirn, Hirnstamm) das sicherste Zeichen für den eingetretenen Tod des Menschen ist. Selbst wenn man im Licht der jüngeren Einwände Zweifel dahingehend hat, dass die Funktion des Gehirns im Hirntod-Konzept *überschätzt* und der Beitrag anderer Organe zur Aufrechterhaltung des Gesamtorganismus *unterschätzt* ist, bleibt es eine Tatsache, dass der Ausfall des Gehirns beim Hirntod nicht, auch nicht durch maschinelle Unterstützung von außen rückgängig gemacht werden kann; und es ist auch eine weiter geltende Tatsache, dass der Körper eines Hirntoten die noch verbleibenden Vitalfunktionen nicht aus eigener Spontaneität und Kraft aufrechterhalten kann. Möglicherweise müssen Mediziner und Juristen in Zukunft auch sprachlich genauer vom Hirntoten und nicht einfach vom Toten sprechen. Und dass es in diesem Zusammenhang auch sehr viele emotionale Schwierigkeiten für das Personal und für die Angehörigen gibt, muss vielleicht offener kommuniziert und aufmerksamer bearbeitet werden.

Die in jüngerer Zeit geäußerten Zweifel daran, ob hirntote Menschen bereits tot oder noch sterbend sind⁸, haben auch im kirchlichen Raum den Fragen neue Virulenz gegeben, was der Tod des Menschen ist, zu welchem Zeitpunkt er eintritt und ob der Hirntod wirklich der endgültige Tod des Menschen ist. Entsprechende Diskussionsbeiträge⁹ machen deutlich, wie wichtig es ist, zwischen der

⁸ Diese Frage ist zu unterscheiden von dem durch Presseberichte im Februar und März 2014 aufgetretenen Zweifel an der Qualität der Hirntoddiagnostik. Siehe dazu die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurologie vom 5.3.2014 (unter: <http://www.dgn.org/pressemitteilungen/feststellung-hirntod.html> [aufgerufen am 6.5.2014]).

⁹ U. a. Krefß, Hartmut, Transplantationsmedizin. Aktuelle Fragen der Organent-

medizinischen Feststellung von empirisch-biologischen Todeskriterien und dem anthropologisch-philosophisch-theologischen Urteil, dass ein Mensch in seiner Ganzheit gestorben sei, zu unterscheiden, und dass gerade diese anthropologische Feststellung mit tief verwurzelten kulturellen und religiösen Sichtweisen verknüpft ist. Das Sterben ist nicht als punktuelles Ereignis zu verstehen, sondern als ein Prozess; wenn in dessen Verlauf das Gehirn komplett ausgefallen ist, ist eine Rückkehr in das bisherige Leben unumkehrbar ausgeschlossen. Entsprechend kann aber auch der Hirntote nicht angemessen als Leiche angesehen werden; Aussehen und verbliebene bzw. mit maschineller Unterstützung aufrechterhaltene Körperfunktionen stehen dem entgegen.

Fast zeitgleich, aber ohne erkennbaren sachlichen Zusammenhang mit der Diskussion um eine effizientere Spenderegelung und um das Hirntod-Konzept, entstand noch ein dritter Diskurs. Er dreht sich um die Frage der Angemessenheit der etablierten transplantationsmedizinischen Entscheidungsprozesse. Zunächst ging es nur um Vorwürfe gegen Vorstände der Deutschen Stiftung Organtransplantation und die Frage, ob der Staat in diesem sensiblen Bereich nicht eine stärkere Kontrollfunktion ausüben müsse. Schließlich gehe es bei der Organspende um nicht weniger als um „die Zuteilung von Lebenschancen“¹⁰. Dass die Gefahren einer Manipulation der Zuteilung nicht nur fiktiv sind, machten die seit Juli 2012 bekannt gewordenen und vielfach als „Organspendeskandal“ chiffrierten Unregelmäßigkeiten an Universitätskliniken in Göttingen, Regensburg, Leipzig und München offenkundig. Ethisch bestand der Kern dieser Unregelmäßigkeiten darin, dass Krankendaten gefälscht wurden, um bestimmten Patienten (größenordnungsmäßig handelte es sich immerhin um einige Dutzend) schneller das benötigte Spenderorgan zuteilen zu können, als dies von ihrem Platz auf der Warteliste her möglich gewesen wäre. Das hatte dann für die, die

nahme nach dem Hirntod, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 57 (2013), 3–9; Schlögel, Herbert, Organspende im Widerstreit, in: Stimmen der Zeit 231 (2013), 597–606; Schmid, Bruno, Zehn Thesen zu „Hirntod und Organtransplantation“, in: Ethica 21 (2013), 169–174.

¹⁰ So Höfling, Wolfram, z. B. im Gespräch mit Joachim Müller-Jung, in: FAZ vom 31.7.2012, abrufbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/organspendeskandal-das-interview-die-unverfrorenheit-ist-erschuetternd-11839132.html> (aufgerufen am 29.8.2013).

eigentlich an der Reihe waren, längeres Wartenmüssen und möglicherweise sogar den Tod zur Konsequenz. Solches Handeln ist Betrug. Obendrein erschüttert es das öffentliche Vertrauen in das Verteilungssystem insgesamt, das doch nur ein einziges Ziel haben kann, nämlich zu gewährleisten, dass die Verteilung der knappen Spenderorgane gerecht erfolgt, und das heißt in diesem Fall vor allem: ohne Ansehen der Person und ohne Aussicht auf materiellen Vorteil. Gerade deshalb muss man sich bei der laufenden Verbesserung der Entscheidungsstrukturen nicht nur auf eine Verschärfung von Strafanordnungen verständigen, sondern auch darauf achten, falsche Anreize zu beseitigen, die in dem herkömmlichen Regelsystem bestehen. Solche falschen Anreize sind nach Auskünften von Insidern vor allem Kostendruck, Prämien, Fallzahlen, Konkurrenz mit anderen Kliniken, Prestige und Ähnliches mehr¹¹.

II. Jenseits des Streits

Heftige Diskussionen haben die Eigenart, dass gern die Gemeinsamkeiten der streitenden Parteien außer Sicht geraten. Das gilt, wie die Debatte um die Stammzellforschung seit 2001 exemplarisch illustriert hat, gerade für die Fragen der Bioethik, für die Antworten erst noch gefunden und dann auch in Kohärenz mit bestehenden und anerkannten Standards gebracht werden müssen. Die besondere Schwierigkeit liegt hier nicht nur darin, dass die ethischen und rechtlichen Aspekte mit naturwissenschaftlichen Sachfragen verquickt sind – man spricht deshalb im Fachjargon von „gemischten Normen“¹² –, sondern hat auch damit zu tun, dass die Entwicklung, die es zu fördern, zu vermeiden oder aber zu disziplinieren gilt, in der näheren oder fernerer Zukunft liegt und deshalb antizipiert werden muss. Der Gegenstand, der zu normieren ist, ist also nicht nur

¹¹ Etwa *Berndt, Christina*, Auf Leben und Tod. Organspende, in: *Das Parlament* 63 (2013), Ausgabe Nr. 8 vom 18. Februar 2013, 1.

¹² So u. a. *Kreß, Hartmut*, Medizinische Ethik. Aktuelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin, Stuttgart 2003, 123–125; *Schüller, Bruno*, Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moralthologie, Düsseldorf²1980, 313 u. 319f.; *Demmer, Klaus*, Moralthologische Methodenlehre, Freiburg (CH)/Freiburg i. Br. 1983, 186–192; *Rich, Arthur*, Wirtschaftsethik Bd. 1, Gütersloh⁴1994, 229.

einigermaßen komplex, sondern enthält auch einen unvermeidlichen Anteil an Spekulativem.

Diese Charakteristik trifft eben auch auf die Debatte um die Organspende zu. Sie ist hochkomplex und benötigt das Fachwissen und die Erfahrungskompetenz vieler Professionen. Zugleich bewegt sich die Zukunftsentwicklung unvermeidlich im Bereich der Spekulation, angefangen von der Bereitschaft zur Spende über die Plausibilität des zugrunde gelegten Menschenbildes und der Vorstellung von Leben und Tod bis hin zur Einschätzung der Frage, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit die Einwilligung als freier Entschluss gelten kann.

Umso bemerkenswerter erscheint es, wenn bestimmte Elemente der nun schon seit 1997 geltenden Regelungen faktisch nicht in die geschilderten Auseinandersetzungen geraten sind, sondern im Gegenteil jenseits des Streits unausgefochtene gemeinsame Eckpunkte geblieben sind. Dazu gehört einerseits das Festhalten an der Organspende als „Spende“, also als konkrete Gestalt eines Aktes des Schenkens oder Gebens zum Wohl eines oder mehrerer Anderer. „Spende“ ist ja nicht nur ein Bild für die uneigennützig Übertragung eines Gutes an einen bedürftigen Mitmenschen, sondern auch eine elementare Interaktion unter Menschen, in der sie ihre Sozialität aktivieren und zum Wohl anderer bzw. der Gemeinschaft beitragen¹³. Selbst dort, wo im Gegensatz zur bisherigen Regelung in Deutschland nach amerikanischem Vorbild für Formen einer finanziellen Anerkennung plädiert wird, um durch solche Anreize die Bereitschaft zum Spenden zu stärken, wird diese Anerkennung in der Theorie nicht als Tausch, sondern mithilfe von Figuren wie Schadensersatz, Risikoausgleich oder Prämie bzw. als eine Art Dankeszeichen für ein ungleich größeres Geschenk (in der englischsprachigen Diskussion ist bezeichnenderweise von „rewarded gifting“ die Rede!) gerechtfertigt. Dem zugrunde liegt das Wissen um den qualita-

¹³ Zur Logik der Gabe s. die Überblicksdarstellungen bei *Hoffmann, Veronika*, Ambivalenz des Gebens. Das Phänomen der Gabe aus philosophischer und theologischer Perspektive, in: Herder Korrespondenz 2009, 304–308; *Mandry, Christof*, Das Denken der „Gabe“ in der Ethik. Themen und Zugänge, in: Theologie der Gegenwart 55 (2012), 12–28. Ausführlich: *Hoffmann, Veronika*, Skizzen zu einer Theologie der Gabe. Rechtfertigung – Opfer – Eucharistie – Gottes- und Nächstenliebe, Freiburg i. Br. 2013. Das Thema spielt auch in der Enzyklika Benedikts XVI. *Caritas in veritate* (nr. 34–39) eine Rolle.

tiven Unterschied zwischen einem Geschäft der üblichen Art und einer Zuwendung an einen Spender, selbst wenn diese finanzieller Art sein sollte.

Mit diesem Gespür eines Unterschieds zu dem, was sich kaufen lässt, hängt auch eine zweite Übereinstimmung zusammen, die sich bei aller Gegensätzlichkeit der Standpunkte als gemeinsam durchgehalten hat. Sie besteht darin, dass der Handel mit transplantierbaren Organen unterbunden bleiben soll. Weltweit betrachtet ist Organhandel keine bloß fiktive Gefahr, sondern eine Realität, die vor allem dort gedeiht, wo die Durchsetzung des Rechts Lücken aufweist und sich mafiöse Strukturen entwickeln können. Der Grund für die Ablehnung des Organhandels liegt nicht nur darin, dass so wenig wie ein Mensch als ganzer auch nicht Teile von ihm als käufliche Ware behandelt werden sollen, sondern auch darin, dass der bestehende Mangel an gesunden Organen nicht zum Anreiz für Verbrechen, Diebstahl und Ausbeutung wirtschaftlicher Armut oder sozialer Unterlegenheit gemacht wird. Auszuschließen, dass es auch im Einzelfall nicht zu verdeckten und sublimen Spielarten des Handels kommt – naheliegenderweise vor allem im Bereich der Lebendspenden –, ist die Aufgabe der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Kommission.

III. Unentbehrlich und doch schnell verspielt: Vertrauen

Zahlreiche Interaktionen im Alltag gelingen nur, weil die Akteure darauf vertrauen, dass sich die Anderen so verhalten, wie es die Regeln bestimmen, ohne dass dies jedes Mal überprüft wird¹⁴. Die Anerkennung des Gegenübers bzw. einer Gemeinschaft, Ordnung oder Institution wird gleichsam „vorgestreckt“ und unterstellt. Erst im Nachhinein kann sich zeigen, ob das Gegenüber dieser Anerkennung und dieser Hoffnung auch würdig war. Stellt sich heraus, dass es das nicht ist, schwindet das Vertrauen, und weder Bestimmungen noch Befehle können das verhindern oder das alte Vertrauen wiederherstellen.

¹⁴ Zur Rolle des Vertrauens allgemein s. u. a. *Hilpert, Konrad*, Erosion des Vertrauens?, in: *Religionsunterricht an höheren Schulen* 52 (2009/4), 201–203; für Spitzenmedizin und Wissenschaft: *ders.*, Forschung und öffentliches Vertrauen Das Beispiel der humanen embryonalen Stammzellforschung, in: *Bundesgesundheitsblatt* 51 (2008), 281–284.

Dass es ohne Vertrauen nicht geht, gilt auch für so ein komplexes System wie das Transplantationswesen, in dem die Bereitstellung, der Bedarf und die Zuteilung organisiert und miteinander koordiniert werden müssen. Dabei geht es um nicht weniger als um Überlebenschancen und Gerechtigkeit angesichts großer Knappheit der Ressourcen, aus denen die Überlebenschancen resultieren.

Es ist deshalb wenig verwunderlich, dass Manipulation in Einzelfällen, eine faktische Wettbewerbssituation unter den Kliniken, die Wichtigkeit von Fallzahlen und Arbeitsplätzen, nicht nachvollziehbare Verteilungsmechanismen und auch eine bisweilen unsensible Sprache mit Entzug von Vertrauen gegenüber der Transplantationsmedizin beantwortet wurden. Dabei mag durchaus der Umstand verschärfend wirken, dass Organspenden die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Ausgeliefertsein voraussetzt, die in der Regel ohnehin hoch emotional besetzt ist, vor allem mit Ängsten.

An die Stelle des entzogenen Vertrauens aber treten rasch Verdachte, an die Stelle guter hoffnungsweckender Erfahrungen der generalisierende Skandal. Auch wenn Vertrauen ein zu fluider „Stoff“ ist, um sein Entschwinden exakt messen zu können, so gibt es doch ein Kriterium, in dem sich die Veränderungen in seinem Vorhandensein ziemlich deutlich niederschlagen. Und das ist die Zunahme bzw. Abnahme der Bereitschaft in der Bevölkerung, sich für den Fall des eigenen Hirntods als Organspender zur Verfügung zu stellen¹⁵. Wo aufgrund von Skandalen Misstrauen entstanden ist, bleibt dieses selten auf die Verweigerung dieser Bereitschaft begrenzt, sondern greift vielfach auch auf den Umfang der Versorgung im Notfall und sogar auf die Sorgfalt der Todesfeststellung über. Das mag nicht zuletzt damit zusammenhängen, dass die überwiegende Zahl der als Vertrauensgeber und als potentielle Spender Umworbenen medizinische Laien sind und diese sich gegenüber den Befürwortern und Ausführenden von Transplantationen in einem Verhältnis der Asymmetrie und der Unterlegenheit fühlen.

¹⁵ Nach der jüngsten Statistik vom Mai 2013 lag die Zahl noch immer ein Fünftel unter der vor 12 Monaten, vgl. entsprechende Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), abrufbar unter: <http://www.dso.de/dso-pressemitteilungen/einzelansicht/article/eine-entscheidung-zur-organspende-ist-wichtig-gerade-jetzt.html> (aufgerufen am 29.8.2013).

An der Kultivierung von grundsätzlichem Misstrauen gegenüber der Transplantationsmedizin beteiligt sind allerdings nicht nur die sog. Skandale und deren mediale Eigenlogik sowie fehlendes Wissen, sondern bedauerlicherweise auch Kreise, die sich für einen starken Lebensschutz einsetzen und in der Transplantationsmedizin den Ausdruck und die Chiffre einer Medizin sehen, die über Leben und Tötung entscheiden zu dürfen sich anmaßt. Eine solche sehr grundsätzlich ablehnende Sicht könnte auch dazu beitragen, dass der vom Gesetzgeber mühevoll zustande gebrachte Kompromiss der Entscheidungslösung ins Leere läuft.

Vertrauen wieder zu ermöglichen, ist die Aufgabe von Organisationsethik und der Optimierung des Systems. Der Bundestag sah sich deshalb im Juli 2013 genötigt, das Transplantationsgesetz zum zweiten Mal innerhalb eines Jahres zu ergänzen. Demnach stehen Manipulationen an Empfänger-Wartelisten unter Strafe und die Richtlinien der Bundesärztekammer sind genehmigungspflichtig. Weitere Initiativen, die im Gang befindlich sind, zielen auf die Einrichtung eines nationalen Transplantationsregisters, in dem alle Patientendaten aus den Zentren pseudonymisiert zusammengeführt und ausgewertet werden. Inwieweit diese Ergänzungen ausreichen, um die getroffenen Entscheidungen jeweils auch sicherer und vertrauenswürdiger zu machen, muss die Praxis erweisen.

IV. Das Suchen nach Alternativen

Der Mangel an geeigneten Spenderorganen ist zweifellos der schwierigste Punkt des derzeitigen Transplantationswesens. Er ist auch der Ausgangspunkt für die komplizierten Verteilungsregelungen und der Grund dafür, dass Manipulationen zugunsten eigener Patienten versucht wurden. Und hier liegt auch ein Anreiz, die Organentnahme ohne Spendeausweis und ohne das Konstrukt des „mutmaßlichen Willens“ zu regeln. Derartige Versuche können – das zeigen vergleichende Statistiken¹⁶ – zu besseren Spendezahlen führen; aber es ist

¹⁶ Siehe hierzu Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern mit entsprechend anderen Regelungen, in: DSO (Hg.), *Organspende und Transplantation in Deutschland 2012, Jahresbericht*, 24. Abrufbar unter: http://www.dso.de/uploads/tx_dsodl/DSO_JB12_d_Web.pdf (aufgerufen am 29.8.2013).

kaum zu erwarten, dass dadurch in absehbarer Zeit der beschriebene Mangel behoben werden kann.

Ein auf einem bestimmten Weg nicht beseitigbarer, sondern nur abzumildernder Mangel wirft die Frage nach alternativen Wegen auf. Dieses Feld der Alternativen erweist sich als sehr weit und vielfältig. Allerdings ist diese Aussage eine, die nur in theoretischer Distanz getroffen werden kann. In der Nähe zu den konkreten Krankheitsfällen und im Blick auf die biografisch ausgeprägte Situation der betroffenen Menschen verengt sich das Spektrum der Möglichkeiten enorm und unterliegt in hohem, oft sogar totem Maße dem Faktor Zeit. Als noch verbleibende bzw. nur unter erheblichen Einschränkungen zu verbringende Lebenszeit schafft er seine eigene Alternativlosigkeit für den Kranken, seine Angehörigen und seine medizinischen Helfer – oder aber er verbraucht sich im vorzeitigen Tod. Abgesehen von der Möglichkeit im Einzelfall, einen Kranken mit Organversagen sterben zu lassen, ist die Frage nach den Alternativen deshalb eine theoretische und eine nach neuen Forschungsansätzen für Medizin und Gesundheitsökonomie.

Als ein erster, epidemiologisch sicher erst mittel- und langfristig wirksamer Weg empfiehlt sich verstärkte Prävention und korrespondierend dazu die Erforschung der Genese der sog. Zivilisationskrankheiten, die ja statistisch häufig – direkt oder indirekt über die Einnahme der sie lindernden Medikamente – zu Organversagen führen.

Ein anderer Weg, der bereits seit Jahrzehnten beschritten wird und sich bei einer Reihe von Krankheiten bewährt hat, ist die Entwicklung und Verwendung künstlicher Organe. Künstliche Gelenke, Prothesen als Ersatz für fehlende Gliedmaßen, Herzschrittmacher und auch Herzklappen sind inzwischen zu Standardersatzmitteln der modernen Medizin geworden. Ersatzmaschinen für komplexe Organe wie Lunge, Herz, Auge und Ohr können technisch Erstaunliches leisten, sind aber in der alltäglichen Anwendung umständlich und eignen sich oft nur zur Überbrückung.

Derzeit sehr stark in der Erforschung befinden sich biotechnische Verfahren, die Ersatzgewebe bzw. Ersatzzellen für erkranktes Gewebe generieren. Tissue Engineering und Stammzelltechnik (mit individualisiertem Genom) zeichnen sich als grundlegende Ansätze zur Lösung des Problems des Mangels ab, sind aber bislang über Grundlagenforschung und einige wenige Anwendungen im Experimental-

stadium nicht hinausgekommen. Außerdem bestehen zum Teil erhebliche Vorbehalte gegen entsprechende Forschungen.¹⁷

Neben der regenerativen Medizin besteht ein weiterer, bislang erst hypothetischer Weg in der Transplantation von Organen bzw. Geweben tierischen Ursprungs auf Menschen (sog. Xenotransplantation). Diese Forschungsrichtung ist aber ebenfalls nicht nur mit medizinischen, sondern auch mit biologischen, ethischen und auch anthropologischen Problemen verknüpft, die aufmerksam und intensiv diskutiert werden müssen, bevor dieser Weg als Schlüssel zur Lösung des Problems Organmangel angesehen und eingeschlagen werden könnte.

V. Theo-Logisches

Seit die Organtransplantation als eine realistische Option der Hochleistungsmedizin erschien, war sie auch Gegenstand intensiver theologischer Reflexionen und Debatten¹⁸. Diese galten vor allem der ethischen Bewertung der Organspende. Entgegen anfänglicher massiver Bedenken, die ihren theoretischen Ausgangspunkt bei dem im Kontext der Ablehnung der Sterilisation formulierten Totalitätsprinzip¹⁹ nahmen und die Abgabe eines funktionierenden Organs durch einen Gesunden als eine Art von Selbstverstümmelung klassifizierten (im Brennpunkt stand in den 1950er und 1960er Jahren zunächst ausschließlich die Lebendspende!), wurde sie seit den späten 1960er Jahren weithin als eine Form der Nächstenliebe und der Solidarität mit Schwerkranken gedeutet²⁰. An dieser Sicht hat sich seither nichts

¹⁷ S. dazu den Band: *Hilpert, Konrad* (Hg.), *Forschung contra Lebensschutz? Der Streit um die Stammzellforschung*, Freiburg i. Br. 2009.

¹⁸ S. dazu das ausführliche Referat bei *Achilles, Mark*, *Lebendspende-Nierentransplantation. Eine theologisch-ethische Beurteilung*, Münster 2004, 202–310. Eine kurze Darstellung findet sich auch bei *Schaupp, Walter*, *Organtransplantation und christliches Liebesgebot. Zur Relevanz eines zentralen Prinzips christlicher Ethik für Fragen der Organspende*, in: *Hans Köchler* (Hg.), *Transplantationsmedizin und personale Identität. Medizinische, rechtliche und theologische Aspekte der Organverpflanzung*, Frankfurt a. M. u. a. 2001, 103–114, hier 103–108.

¹⁹ *Denzinger, Heinrich*, *Kompendium der Glaubensbekenntnisse und kirchlichen Lehrentscheidungen*, hg. von Peter Hünermann, Freiburg i. Br. ⁴⁰2005, 1020, DH 3723.

²⁰ Zuerst *Egenter, Richard*, *Die Organtransplantation im Lichte der biblischen*

grundlegend verändert; vielmehr wurde sie auch in amtlichen kirchlichen Dokumenten übernommen und bekräftigt²¹. Seit den 1990er Jahren wird diese Sicht vereinzelt als verharmlosend kritisiert²².

Durch die Möglichkeit von Organspende und -transplantation werden aber auch noch andere theologisch relevante Fragen tangiert als die ethischen. Betroffen ist unmittelbar und vor allem das Verhältnis von Körper und Subjektivität. Der Körper sowohl des Spenders wie auch des Empfängers ist nicht nur biologisch-physiologischer Organismus, sondern auch der individuell besessene, biografisch entwickelte und durch Kleidung, Frisur, Sport, Essgewohnheiten und Schmuck gestaltete bzw. inszenierte Leib, in dem ein Ich gegenständlich in der Realität da ist, sich vor anderen ausdrückt und als bis in den Tod unabdingbar leiblich verfasstes mit anderen Ichen kommuniziert. Auch noch der Körper, dem ein eigenes krankes Organ entfernt und an dessen Stelle ein fremdes eingefügt wird, das der ganzen Person das Überleben sichert, ist nicht etwas der Subjektivität Äußerliches, sie bloß Umhüllendes, sondern etwas, was von ihr geprägt, gestaltet, als Mittel benutzt und dienstbar gemacht wird. Gleichwohl ist die darin anwesende Person als die alle Organe integrierende Einheit nicht ersetzbar. Aber sehr wohl kann sich die individuelle Person auch in dem mit dem Organ eines

Ethik, in: *Franz Böckle, Josef Fulko Groner* (Hg.), *Moral zwischen Anspruch und Verantwortung*, Düsseldorf 1964, 142–153; *ders.*, *Verfügung des Menschen über seinen Leib im Licht des Totalitätsprinzips*, in: *Münchener Theologische Zeitschrift* 16 (1965), 167–178. Ferner: *Elsässer, Antonellus*, *Organspende – selbstverständliche Christenpflicht?*, in: *Theologisch-Praktische Quartalsschrift* 128 (1980), 231–245; *Schuster, Anton*, *Organspende von Lebenden. Eine kritische Auseinandersetzung mit R. Egenters Auslegung des Totalitätsprinzips*, in: *Münchener Theologische Zeitschrift* 49 (1998), 225–239.

²¹ Vgl. Johannes Paul II, *Special Message on organ donation. Adress of the Holy Father to the participants of the Society for Organ Sharing, June 20, 1991*, in: *Transplantation Proceedings* 23 (1991), xvii–xviii; *Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz* (Hg.), *Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Bonn/Hannover 1990*; *Katechismus der Katholischen Kirche. Neuübersetzung aufgrund der editio typica latina*, Oldenbourg 2007, dort insbesondere Nr. 2296: „Die Organspende entspricht dem sittlichen Gesetz, wenn die physischen und psychischen Gefahren und Risiken, die der Spender eingeht, dem Nutzen, der beim Empfänger zu erwarten ist, entsprechen.“

²² Z. B. *Grewel, Hans*, *Lohnen sich Organtransplantationen? Zur Frage der Lebensqualität*, in: *Berliner Theologische Zeitschrift* 12 (1995), 66–77, hier 75.

Fremden komplettierten Körper in ihrer Leibhaftigkeit manifestieren, präsentieren und nach innen und außen transzendieren. Trotz Ergänzhtheit von außen bleibt dieser vom Subjekt durchwirkte Körper Schnittstelle und Träger der Erfahrung, ein Ich zu sein, der Anerkennung der Anderen, der Interaktionen von Ich und Du und der vielfachen Teilhabe am unterschiedlichen Wir der Sozialformen, der Geschichtsprozesse und der Kulturkollektive. Das erhaltene und eingefügte Organ kann freilich auch als Störfaktor und als Grenze der eigenen Identität empfunden werden, nämlich dann, wenn es nicht gelingt, es in den eigenen Leib zu integrieren, und wenn es von seinem Empfänger bleibend als das in besonderer Weise verdankte oder um den Preis des Todes abgerungene Organ eines anderen gewusst wird. Das fremde Organ muss also in die Repräsentation des eigenen Körpers durch das betreffende Subjekt integriert oder „einverleibt“ werden.²³

Im Bezug auf den Spender aber, dessen Organe das Leben anderer bedrohter Menschen retten können, stellt sich die umgekehrte Frage, bis zu welcher Grenze der Hirntote bzw. der Leichnam als Leib angesehen und respektiert werden muss, durch den eine Person sich sichtbar ausgedrückt, unter anderen Menschen gelebt und mit ihnen kommuniziert, gedacht und zusammengearbeitet hat, und ab wann Organe oder Gewebe, die bis dahin diesem Menschen gehört haben, entnommen werden dürfen. Diese Frage des Fortdauerns des Lebens und seines Schutzes über bestimmte Todesanzeichen hinaus macht ja einen erheblichen Teil der Problematik aus, um die sich der Streit um den Hirntod, so wie er in der breiten Öffentlichkeit geführt wird, dreht.

In der wissenschaftlichen Debatte, die dazu stattfindet, geht es noch um ein anderes Problem; und auch dieses ist von hoher theologischer Relevanz. Es ist die Frage nach der anthropologischen Bedeutung des Organs Gehirn. Dass das Gehirn eine organische Voraussetzung für das Personsein darstellt, ist wenig umstritten, aber sehr wohl, ob es die über Personsein und Nichtpersonsein allein ent-

²³ S. dazu exemplarisch aus psychoanalytischer Perspektive: *Lewin, Tamara, Neukom, Marius, Boothe, Brigitte, Boehler, Annette, Goetzmann, Lutz*, Der Andere in mir – Transplantationserfahrung als Beziehungserfahrung. Psychodynamische Überlegungen zur psychischen Verarbeitung einer Lungentransplantation, in: *Psyche* 67 (2013/2), 120–144.

scheidende Voraussetzung ist, so dass der Ausfall des Gehirns alle sonstigen Vitalfunktionen zu bloß physiologisch-biologischen Restfunktionen macht und das definitive Ende des betreffenden Menschen bedeutet. Ist der Tod nicht doch eher als zeitlich sich erstreckender Übergang zu begreifen, für dessen Feststellung kulturelle Konventionen, Augenscheinlichkeiten, Verabredungen, vielleicht auch die Sichtweisen der Begleitenden (Angehörige, Ärzte, Pflegepersonen) und eigene Festlegungen und Entscheidungen eine größere Rolle spielen, als die Vorstellung von einer zeitlich exakten und mit technischen Messungen nachweisbaren Zäsur es nahelegt?

Der Beitrag, den die Theologie in diesem Zusammenhang zu leisten hat, kann nicht darin bestehen, sich als Schiedsrichter über naturwissenschaftliche Befunde zu gerieren, noch darin, moralischen Druck zu erzeugen. Vielmehr sollte es ihr erstens darum gehen, dass eine Organspende Resultat einer spirituellen Haltung sein sollte; sie besteht darin, sich mitten im Leben mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen und sich der Frage zu stellen, ob und wie man anderen Menschen nutzen könnte. Zweitens geht es darum, dass in der Öffentlichkeit wie auch im medizinischen Betrieb das Bewusstsein erhalten bleibt, dass es sich nicht nur um die Bergung von wertvollem Material handelt, sondern um das Vermächtnis eines Menschen zugunsten der Rettung anderer, die vom Tod bedroht sind. Drittens soll in der Gesellschaft auch nicht der Aberglaube entstehen, durch die Transplantationsmedizin ließe sich die Notwendigkeit des Sterbens und die Erfahrungen von Begrenztheit, Angst und Abhängigkeit wenn nicht abschaffen, so doch an die Ränder der Lebensrealität verschieben. Viertens könnte es nicht nur für die unmittelbar an der Transplantation Beteiligten, sondern auch für die, die sich zu einer postmortalen Spende bereit erklärt haben, und vor allem für die, die erwägen, sich zu Spendern zu erklären, von großer Bedeutung sein, Sterbe-, Begleitungs- und Trauerriten auszubilden, die trotz der verfremdenden Umstände einer Klinik, Pietät, Achtsamkeit, Dankbarkeit und Respekt für die Fragen nach den Übergängen zum Ausdruck bringen können.