

WALTER SCHWEIDLER
Katholische Universität Eichstätt

GIBT ES EINE MORALISCHE PFLICHT ZUR ORGANSPENDE? THESEN ZU EINEM UMSTRITTENEN THEMA

Zusammenfassung: Es gibt eine Verpflichtung des Menschen, anderen Menschen, die seiner Hilfe bedürfen, etwas von dem, was ihm gehört, zu geben. Aber Organe „gehören“ uns nicht. Die Handlung, durch die Organe transplantiert werden, ist von genuinem Charakter. Sie kann ethisch nicht einfach als ein Akt der Hilfe verstanden werden. Denn zu dieser Handlung gehört es essentiell, daß ein Arzt das Leben eines ihm anvertrauten Patienten beendet. Die entscheidende Frage ist, ob es sich bei dieser Handlung um einen Akt der Tötung handelt. Diese Frage wird in meinem Beitrag verneint. Aber ich vertrete die Ansicht, daß es sich bei dem komplexen Akt der Verzögerung des Sterbens eines Menschen und der schließlichen Beendigung dieser Verzögerung zum Zweck der Organtransplantation um einen Handlungskomplex neuer und eigener Art handelt, der ethisch sehr vorsichtig und restriktiv zu beurteilen ist. Eine Pflicht des Menschen, seine Organe zur Transplantation zur Verfügung zu stellen, gibt es in keinem Fall.

Schlüsselwörter: Organspende, moralische Pflicht, Handlungsutilitarismus, Regelutilitarismus, deontologischer Standpunkt, spezifischer Handlungskomplex, Sterbensverzögerung, Entscheidungsfragen

Die philosophische Frage nach dem moralischen Status der Organspende und des gesellschaftlichen Interesses an ihr ist von grundsätzlicher Bedeutung, die weit über die eigentlichen Entscheidungsfälle hinausgeht, in denen sie sich uns im Alltag stellt. Geht man ihr nach, so stößt man auf die zentralen Probleme, die sich in der bioethischen Bestimmung des Verhältnisses zwischen Person und Gesellschaft stellen. Fragen, wie sie beispielsweise in diesen Tagen die öffentliche Diskussion in einem Land wie Italien bestimmen, wie sie aber auch in ganz Europa und in Amerika ständig zu Kontroversen führen, also Fragen wie die nach der Bedeutung von Patientenverfügungen, dem Umgang mit der „Apparatemedizin“ und der Verfügbarkeit des menschlichen Leibes für soziale Interessen, führen allesamt in denselben Problemkern, um den es in den folgenden Bemerkungen zu einem aktuellen bioethischen Problem geht. Am Anfang des kritischen Nachdenkens muss dabei, wie im Grunde immer in der Philosophie, die Begriffsklärung stehen:

1. Die „Organspende“ ist keine Spende.

Im Wort „Organspende“ steckt bereits eine Vorentscheidung unserer gesamten Frage, denn es suggeriert, dass jemand hier etwas „spendet“, d.h. aus seinem Besitz und Eigentum freigibt, um einem anderen zu helfen. Wir scheinen uns hier also im Bereich der sog. „Hilfs-“ oder „Liebespflichten“ zu befinden, für deren Erfüllung es zwar keinen konkreten Anspruchsgegner gibt, gegen die wir aber verstoßen, wenn wir sie prinzipiell verweigern. Man spricht heute auch von den „supererogatorischen“ Verhältnissen. Diese sind gegeben, wo jemand Gutes tut, das auch getan werden soll, das aber gerade von ihm persönlich niemand zu verlangen berechtigt ist: Wohltätigkeit, Dankbarkeit, Großzügigkeit – und eben die Bereitschaft zum „Spenden“.

Die konstitutive Situation, in der solche Hilfspflichten entstehen, ist die zwischen mir und einem unbestimmten, aber bedürftigen Empfängerkreis einer möglichen Sach- oder Dienstleistung. Es gibt bedürftige Menschen, und man soll ihnen helfen; aber es hat nicht ein bestimmter Bedürftiger einen Anspruch, mit dem er gerade von mir eine Leistung an ihn einfordern könnte. Diese Situation ähnelt in gewisser Hinsicht der Lage bei der Organtransplantation, aber sie ist trotzdem nicht gegeben: *Weder handelt es sich bei Organen um Sachen in meinem Besitz oder Eigentum noch ist die Handlung, um deren ethische Beurteilung es hier geht, primär meine.* Denn zwischen mich und den Bedürftigenkreis tritt als primäres Subjekt des Handelns der Arzt, der mein Leben erhält und der diese Erhaltung beendet, indem er mir Organe entnimmt. Alle entscheidenden Stationen der Handlung, um deren Beurteilung es hier geht, sind in erster Linie auf das Verhältnis *zwischen dem Arzt und mir* bezogen und haben mit Kategorien wie Körperverletzung, möglicherweise Tötung, Lebenserhaltung, Lebensverlängerung, Behandlungsabbruch, Lebensrettung und Leidminderung zu tun, aber gar nichts mit einer Spende.

Daraus folgt nun schon eine bedeutsame sprachliche Korrektur. Eine Frage wie die folgende: „Darf ich die Verfügung über meine Organe verweigern, wenn sie nach meinem Tode bzw. in einem Zustand erfolgt, in dem sie mir mit Sicherheit nichts mehr nützen und wenn durch sie schwere Leiden gelindert oder sogar Leben gerettet werden können?“ ist dem Problem prinzipiell unangemessen. Sie verstellt den Blick auf die eigentliche ethische Problematik. Im Grunde enthält diese Fragestellung bereits eine eindeutige Vorentscheidung hinsichtlich der philosophischen Position, von der aus die Organtransplantation ethisch beurteilt werden soll, nämlich die Vorentscheidung für eine *handlungsutilitaristische* Auffassung. Der Handlungsutilitarismus ist jedoch aus prinzipiellen philosophischen Erwägungen unannehmbar.

2. Zur Beurteilung einer möglichen Organspendepflicht kommen nur zwei philosophische Grundpositionen in Betracht: die utilitaristische und die deontologische. Zumindest der Handlungsutilitarismus verbietet sich aus grundsätzlichen philosophischen Erwägungen.

Ethik hat den Sinn, die Differenz zwischen gut und schlecht zu begreifen. Es gibt heute im Wesentlichen zwei prinzipielle Antworten auf die Frage, worin dieser Unterschied besteht. Die utilitaristische Antwort besagt, dass es sich um einen Unterschied

zwischen *bewussten Zuständen* handelt, d.h. gut ist, was uns Glück empfinden lässt, schlecht ist, was uns Leid empfinden lässt. Gut ist die Mehrung von Glück und die Minderung von Leid, und moralische Forderungen richten sich letztlich darauf, dass wir das Glück unserer Mitmenschen mehren und ihr Leid mindern sollen. Die deontologische Antwort hingegen besagt, dass nicht Bewusstseinszustände, sondern *Handlungen* und eigentlich *Handlungsweisen* letztlich gut oder schlecht sind. Eine mutige Tat, mit der ein Mensch einen Ertrinkenden zu retten versucht, kann auch dann etwas in sich Gutes sein, wenn dabei schließlich beide ertrinken und Leid also noch gemehrt wird. Eine Lüge ist in sich schlecht, selbst wenn sie einen anderen Menschen vor einer leidvollen Einsicht bewahrt. Moralische Forderungen und damit zwischenmenschliche Verpflichtungen richten sich letztlich darauf, gute Handlungen zu vollbringen und schlechte zu unterlassen.

Wir brauchen die Auseinandersetzung zwischen der utilitaristischen und der deontologischen Auffassung in unserem Zusammenhang nicht grundsätzlich zu diskutieren, aber wir müssen, um die in (1) genannten Vorentscheidungen zu entkräften, zumindest die eine Extremposition zurückweisen, die man als Handlungsutilitarismus bezeichnet. Der Handlungsutilitarismus besagt ganz einfach und radikal: Menschliche Handlungen sind moralisch geboten, wenn sie Leidzustände mindern bzw. Glückszustände mehren. So gesehen, kommt es für uns auf nichts anderes an als auf die Abwägung der Leid- und Glücksbilanz, die sich durch die Handlung Organspende (wer immer an dieser Handlung beteiligt sein mag) im Vergleich zu ihrer Verweigerung ergibt. Der Spender merkt nichts mehr davon, der Empfänger lebt weiter und der Arzt hat etwas zu tun: nur Vorteile, keine Nachteile.

Der Handlungsutilitarismus stößt jedoch auf der rein theoretischen Ebene des philosophischen Nachdenkens auf unüberwindliche Schwierigkeiten. Er kann 1. die Unbedingtheit moralischer Verpflichtung nicht rekonstruieren: Wenn unser Handeln nur dann gut ist, wenn es die Glücksbilanz der Welt mehrt, dann wissen wir niemals sicher, ob wir etwas Gutes getan haben. Selbst der von mir vor dem Ertrinken Gerettete kann einen Nachkommen zeugen, dessen Nachkomme in tausend Jahren zum Massenmörder wird. Aber unsere moralische Überzeugung, dass es gut ist, wenn ein Mensch einen anderen rettet, beruht nicht auf einer Wahrscheinlichkeitsabschätzung, dass wir damit voraussichtlich mehr Glück als Leid bewirken, sondern auf einem unmittelbaren Gewissensurteil. Sonst müssten wir etwa im Fall von Hungerkatastrophen in unterentwickelten Ländern erst sehr genau darüber nachdenken, ob wir nicht, wenn wir die Menschen dort durch kurzfristige Hilfe vor dem Verhungern retten, dafür sorgen, dass sie sich weiter fortpflanzen und künftiges Leid schon vorprogrammiert wird. 2. liefert der Handlungsutilitarismus die Bewertung einer Handlung dem reinen Zufall aus: Wer sein Kind aussetzt, bewirkt Leid, wenn es in schlechte und Glück, wenn es in gute Hände kommt; soll davon aber die Beurteilung der Handlung abhängen? 3. lässt er unter Umständen gravierende Ungerechtigkeiten moralisch geboten erscheinen. Was ist, wenn die Opferung einer störenden Minderheit das Glück einer sehr großen Mehrheit steigert? Was ist, wenn mit den Organen eines gesunden Menschen viele schwer Leidende geheilt werden könnten? Der Handlungsutilitarismus muss hier, um unsere moralischen Intuitionen zu rekonstruieren, Zusatzannahmen (Menschenrechte, Golde-

ne Regel etc.) einführen, die er selbst nicht mehr begründen kann. 4. kann er nicht definieren, was überhaupt Glück heißt. Wie soll das Befinden eines schwer behinderten Menschen in seiner Glücks- und Leidbilanz gegen das anderer Menschen abgewogen werden? Und warum soll man überhaupt zwischen menschlichem und tierischem Leid unterscheiden? Wenn es nur auf das Empfinden von bewussten Zuständen ankommt, dann ist nicht einzusehen, warum ein menschliches Leben schützenswerter sein soll als das eines hochentwickelten Tieres. Wie also soll man Glück messen? Im Grunde hat der Handlungsutilitarist, wenn er konsequent ist, nur die Antwort: mit Geld! Wofür der Mensch zu zahlen bereit ist, daran liegt ihm etwas und das macht ihn wohl glücklich. Wenn man so denkt, dann muss man auch davon ausgehen, dass der Kauf einer Niere von einem Menschen in Indien, der durch den Erlös sich und seine Familie für ein paar Jahre mehr durchs Leben bringen kann, ja offenbar dessen Glück steigert und moralisch zumindest gerechtfertigt ist. Auf einer solchen rein quantitativ-finanziellen Ebene wäre dann allerdings gar nicht mehr zu begründen, warum wir für die unter Umständen noch ganz zweifelhafte Rettung oder Heilung weniger Menschen den riesigen medizinischen Aufwand treiben, der mit der Organtransplantation verbunden ist. Könnte man mit dem Geld, das eine Herzverpflanzung kostet, nicht einer großen Zahl von Menschen viel mehr Glück bereiten als dem einen Kranken, dem gegenüber wir uns da zur Hilfe verpflichtet fühlen?

Der Grundfehler des Handlungsutilitarismus besteht in der Verwechslung des Leidzustands als solchen mit dem Grund, aus dem uns als Menschen geboten ist, Leid zu lindern. Dieser Grund ist nicht das Leid, sondern der leidende Mensch. Wenn Leiden in sich schlecht, also etwas an sich Vernichtungswürdiges wäre, dann würde dies bedeuten, dass jedes irreversibel leidende menschliche Leben an sich vernichtungswürdig wäre. Der ganze Sinn des ärztlichen Berufs beruht aber auf der gegenteiligen Überzeugung, nämlich dass der leidende, auch der irreversibel leidende Mensch, die gleiche Würde hat wie jeder andere und gerade deshalb einen Aufwand verdient, den die anderen nicht brauchen. Wenn wir uns zur Hilfe und Heilung verpflichtet fühlen, dann nicht deshalb, weil wir an der Mehrung von Glückszuständen in der Weltbilanz interessiert sind, sondern weil wir das natürliche Streben jedes Menschen respektieren, nicht zu leiden und glücklich zu sein. Nicht der Leidenszustand als solcher, sondern das Streben und Wollen der anderen Person ist der Grund, aus dem wir verpflichtet sind, Leidenszufügung zu vermeiden. Nicht der Unwert des Leidens, sondern der Wert der leidenden Person begründet moralische Verpflichtung.

Das allerdings war nun bereits eine deontologische Antwort. Wir brauchen uns hier mit der Diskussion der ernstzunehmenden Alternative, nämlich des Regelutilitarismus, der besagt, dass gut diejenige menschliche Handlung ist, die nach einer Regel erfolgt, welche menschliches Glück mehrt und Leid mindert, nicht zu befassen; denn der Regelutilitarismus hat eine Voraussetzung, die er mit dem deontologischen Standpunkt teilt und die genau das beinhaltet, was uns zwingt, die anfangs genannte Frage „Darf ich die Verfügung über meine Organe verweigern...“ zu revidieren und zurückzuweisen. Diese Voraussetzung muss nun in den Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit treten.

3. Primärer und ursprünglicher Gegenstand ethischer Beurteilung sind Typen von Handlungen. Eine vom Typ her in sich gute Handlung kann durch Umstände oder Intention zu einer schlechten werden; das Umgekehrte gilt nicht.

Der Handlungsutilitarismus basiert auf einem strikt nominalistischen Handlungsbegriff: Es ist völlig egal, wie eine bestimmte Handlung zu beschreiben oder zu klassifizieren ist, denn es zählen nur ihre Folgen in der abstrakten Glücks- oder Leidbilanz. Sobald man den Handlungsutilitarismus ablehnt, muss man auch diesen Handlungsnominalismus fallenlassen.

Entscheidend für die Bewertung einer einzelnen Handlung ist, ob sie unter einen ethisch erlaubten, verbotenen oder neutralen Typ von Handlung zu subsumieren ist. Eine äußerlich gleiche Handlung kann unter völlig verschiedene Handlungstypen zu subsumieren sein, z.B. Sprengung eines auffälligen Hauses oder Mordanschlag auf einen darin befindlichen Menschen, Verabreichung eines Schmerzmittels oder Doping usw. Alle ethischen Positionen mit Ausnahme des Handlungsutilitarismus setzen notwendig eine Einigung über die Klassifizierung der in Frage stehenden Handlung voraus. Kants kategorischer Imperativ läuft leer, wenn man z. B. eine Diebstahlhandlung nicht als solche, sondern als Wegnahme oder Ausgleichsakt bezeichnet. Aber auch der Regelutilitarismus funktioniert nicht mehr, wenn man sich nicht über den Typ einig ist, unter den die in Frage stehende Handlung fällt. Die Regel, dass zu medizinischen Zwecken einer Leiche Körperteile entnommen werden dürfen, ist unter utilitaristischen Gesichtspunkten sicher positiv zu bewerten, während die Regel, dass unschuldige Menschen zu medizinischen Zwecken getötet werden dürfen, auch unter utilitaristischen Gesichtspunkten als unsittlich gelten muss. Was aber tut ein Arzt, der dem künstlich beatmeten und durch Elektrolytenzufuhr am Leben gehaltenen Körper eines Menschen, dessen Hirnfunktionen irreversibel erloschen sind, das Herz entnimmt? Tötet er oder verwertet er Leichenteile? Die Entscheidung über die ethische Bewertung fällt also wesentlich schon jenseits aller theoretischen Antithesen auf der Ebene der *Handlungsbeschreibung*, d.h. der richtigen Subsumtion einer Handlung.

Dieser ganze entscheidende Bereich aber ist es, der in der genannten Ausgangsfrage und in dem Wort „Organspende“ schon übersprungen ist. Denn die Handlung, die darüber entscheidet, ob es eine Pflicht zur „Organspende“ gibt, ist in allen wesentlichen Etappen die Handlung des Arztes. Genauer muss man sagen: Es sind mehrere deutlich getrennte, aber vom Sinn her eng zusammenhängende Handlungen verschiedener Ärzte, die den Komplex bilden, den man möglich macht, wenn man seine Organe „spenden“ will: 1. die Aufrechterhaltung der Funktion bestimmter Organe im Körper eines Menschen mit medizintechnischen Mitteln, der ohne den Einsatz der entsprechenden Apparate bereits tot (in jedem denkbaren Sinn des Wortes) wäre, 2. die Organentnahme, die den ganzen Sinn der vorherigen Funktionserhaltung bildet und mit der diese Erhaltung dann auch endet, 3. die Transplantation des Organs in den Leib eines lebenden, auf Heilung oder Hilfe angewiesenen Patienten.

Der mindestens aus diesen drei Teilen bestehende Handlungskomplex steht daher in Frage, wenn es darum geht, ob ich die Pflicht habe, ihn in einem konkreten, potentiellen Fall möglich zu machen, nämlich in dem Fall, dass ich in eine Situation käme, die mich

zum geeigneten Objekt der Anwendung der genannten medizintechnisch eröffneten Praktiken machen würde. Das traditionell anerkannte Schema der ethischen Klassifikation von Handlungen unterteilt in die in sich guten, die in sich schlechten und die ethisch neutralen Handlungstypen. Zur Beurteilung einer konkreten Handlung ist allerdings nicht nur die Subsumtion unter einem derartigen Typ, sondern noch ein zweiter Schritt erforderlich, nämlich der Einbezug der konkreten Umstände der Handlung sowie der Intention, aus der heraus sie erfolgt. Hier besteht eine wesentliche Asymmetrie. Eine vom Typ her gute Handlung kann durch Umstände (man hilft einem verletzten Mörder, der Polizei zu entkommen) oder Intention (man hilft, um in die Zeitung zu kommen) zu einer schlechten werden, nicht aber umgekehrt (eine Vergewaltigung bleibt eine in sich schlechte Handlung, auch wenn Täter und Opfer verheiratet sind, Folter bleibt schlecht, auch wenn sie in der Absicht geschieht, Menschenleben zu retten). Das bedeutet, dass man sich, wenn man als „Spender“ durch die Ermöglichung des skizzierten Handlungskomplexes Organtransplantation zu verantworten hat, sich nicht nur fragen darf, wem im 3. Schritt das eigene Organ zugutekommt, sondern dass man genauso fragen muss, wie die ersten beiden Schritte, die der dritte notwendig voraussetzt, vom Typ her zu beurteilen sind und darüber hinaus, inwiefern man, falls es sich dabei um gute oder neutrale Handlungstypen handelt, die Verantwortung für die potentielle Unsittlichkeit übernimmt, die durch schlechte Umstände oder Intention in sie hineinkommen können. Zu fragen ist also zunächst, wie die Handlungen, die zum Gesamtkomplex Organtransplantation gehören, überhaupt zu beschreiben sind, dann wie sie vom Typ her ethisch zu beurteilen sind und schließlich, inwiefern ihre Anfälligkeit für schlechte Umstände bzw. Intention dem „Organspender“ möglicherweise zuzurechnen ist.

4. Die Verantwortung für die Beschreibung einer Handlung trägt der Handelnde immer auch selbst; sie kann ihm weder von der Wissenschaft noch von der Gesellschaft abgenommen werden. Die Frage, ob ein Mensch nach dem Absterben aller Hirnfunktionen tot ist, kann moralisch verbindlich weder von der Medizin noch vom Gesetzgeber, sondern muss vom Arzt, aber auch von einem potentiellen „Organspender“ höchstpersönlich beantwortet werden. Gegen die Annahme des sog Hirntodkriteriums sprechen gewichtige Einwände, die sich aus dem Prinzip der Untrennbarkeit von Personsein und Menschsein ergeben.

Ob die Kriterien, durch die der Tod eines Menschen definiert ist, gegeben sind, entscheidet im Zweifelsfall der Arzt, und zwar als Mediziner, d.h. aufgrund seiner wissenschaftlichen Kenntnisse. Aber welche Kriterien den Tod definieren, entscheidet nicht die medizinische Wissenschaft. Der Begriff „Tod“ hat eine unaufhebbar *normative* Seite. Die *Pflichten*, die wir einem Toten gegenüber haben, unterscheiden sich radikal von denen gegenüber demselben Menschen als lebendigem. Eine Kernpflicht gegenüber dem lebendigen Menschen ist, ihn am Leben zu erhalten, wenn er bedroht ist. Eine Kernpflicht gegenüber dem toten Menschen ist, ihn zu begraben oder auf andere würdige Weise aus der Gemeinschaft der Lebendigen zu verabschieden. Bei einem Menschen, dessen Hirnfunktionen erloschen sind, stehen wir zwar in gewisser Weise zwischen diesen beiden Pflichtbereichen. Es wäre unsinnig, ihn zu begraben, solan-

ge noch Körperfunktionen andauern, deren Erlöschen gerade den Sinn des Begrabens ausmacht. Es ist aber auch nicht geboten, ihn mit allen Mitteln am Leben zu halten. Normalerweise träte in diese Kluft die ebenso fundamentale *Pflicht, ihn würdig sterben zu lassen*. Unsere Antwort auf die Frage, in welchem Zustand sich dieser Mensch befindet, wird in jedem Fall ein Ausdruck unserer Entscheidung hinsichtlich der Frage sein, welche Pflicht wir ihm gegenüber haben. Auch wenn wir uns gegen diese Einsicht wehren, dann bedeutet das nur, dass wir unsere Verantwortung nicht voll wahrhaben wollen und sie auf diejenige Instanz abschieben, die die Kompetenz hat, die Erfüllung der von uns festgelegten Kriterien festzustellen.

Was ist eigentlich der Grund für die Unentschiedenheit, in die wir durch den hier in Frage stehenden Handlungskomplex geraten sind? Unsere Unsicherheit hat zweifellos damit zu tun, dass der medizinische Fortschritt mit der Möglichkeit der künstlichen Funktionserhaltung der Organe eines sog. Hirntoten eine neue Art von Handlung eröffnet hat, die es früher nicht gab. Es ist charakteristisch für die Wissenschaft, dass sie dies kann; wir werden ja zunehmend mit neuen, bisher ungeahnten Handlungsmöglichkeiten konfrontiert, die durch wissenschaftlichen Fortschritt geschaffen worden sind: Reproduktionsmedizin, pränatale Diagnostik, Gentechnologie sind die augenfälligsten Beispiele. Aber es ist doch eine Tatsache, dass durch diese medizinisch-naturwissenschaftlichen Neuentwicklungen die Frage nach ihrer ethischen Beurteilung in keiner Weise außer Kraft gesetzt worden ist; im Gegenteil, wir haben nie ernster mit ethischen Fragen der Medizin gerungen als heute. Daran zeigt sich, *dass die Wissenschaft zwar neue Handlungstypen schafft, dass sie aber nicht die fundamentalen ethischen Bewertungskategorien selbst verändern kann*. Ob ein neu eröffneter Handlungstypus gut, schlecht oder neutral ist, das entscheidet sich nach Kriterien, die vom wissenschaftlichen Fortschritt unabhängig sind und an denen er vielmehr wieder gemessen werden muss. Das bedeutet nicht, dass es nicht letztlich die Ärzte wären, die die ethische Verantwortung für neue Handlungstypen zu tragen hätten. Aber sie tragen diese Verantwortung nicht als Mediziner. Es ist der uralte, genuine Anspruch des Arztberufs, dass die Gesellschaft ihm eine ethische Kompetenz in Lebensfragen übertragen hat, die mit der medizinischen Fachkompetenz faktisch aufs Engste verknüpft, aber sachlich nicht mit dieser identisch ist. Eine solche Delegationsmacht für ethische Kompetenz hat die Gesellschaft; aber weder sie noch die medizinische Wissenschaft haben die Macht, Handlungsbereiche zu erzeugen, die der ethischen Beurteilung überhaupt entzogen wären. Sonst hätte die Menschheit sich schon längst durch Schaffung neuer Lebens- und Handlungsbereiche dem Konflikt zwischen gut und schlecht entziehen können. Die ethischen Grundkategorien legen sich wie Licht und Schatten über jedes neu eroberte Stück Land des gesellschaftlichen Fortschritts.

Aus alledem folgt, dass es zwar letztlich Ärzte sind, die die Realisierung des Handlungstyps bzw. -komplexes Organtransplantation zu verantworten haben, dass jedoch niemand von uns davon entbunden ist, zu der Frage Stellung zu nehmen, ob sie diese Verantwortung tragbar oder untragbar wahrnehme, ob also Organtransplantation moralisch richtig oder falsch ist. Die Ärzte können sich irren, und wenn das der Fall sein sollte, trägt jeder, der sich an der Umsetzung dieses Irrtums in die Realität beteiligt, Verantwortung für ihn.

Darum haben wir nicht nur das Recht, sondern die ethische Pflicht, zu fragen, ob die Funktionserhaltung der Organe eines Menschen nach dem irreversiblen Absterben seiner Hirntätigkeit ethisch als Handlungen des Arztes an einer lebenden Person oder an einem toten Menschen zu klassifizieren ist. Um eine Pflicht zur Organspende zweifelhaft zu machen, genügt es, wenn ernsthafte, nicht eindeutig widerlegbare Einwände gegen die letztere Auffassung, also gegen das sog. Hirntodkriterium bestehen. Das aber ist der Fall: Wer das Absterben der Hirnfunktionen mit dem Tod des Menschen identifiziert, ist dadurch gezwungen, zwischen dem biologisch konstituierten leiblichen Leben des Menschen und seiner personalen Existenz zu differenzieren, also kurz: einen Unterschied zwischen Menschsein und Personsein zu machen. Denn der Körper des „Hirntoten“ ist ein menschlicher Leib. Nun ist nach dem Absterben der Hirnfunktionen in diesem Leib noch Leben. Niemand behauptet, dass das Funktionieren der Organe künstlich erzeugtes Leben sei. Die Apparate und Methoden, die die Organe in Funktion halten, bringen Leben nicht aus toter Materie hervor, sondern konservieren es dort, wo es ohne sie schnell absterben würde. Der angeblich Verstorbene ist an deren Leben zumindest insofern beteiligt, als wir es ihm, d.h. seinem vorangegangenen Leben als notwendiger Bedingung verdanken. Wenn der Vorgang, der in dem Leib des sog. Hirntoten noch abläuft, Leben ist, es den Menschen als Träger und Subjekt dieses Lebens aber nicht mehr geben soll, dann muss man also so etwas wie ein herrenloses, anonymes Leben annehmen, das sich in dem Augenblick einstellt und abspielt, in dem die Hirnfunktionen eines Menschen wegfallen. Und dieses anonyme Leben gibt es noch, nachdem die organische Ganzheit des Menschen, der Integrationszusammenhang, durch den er zum absolut schützenswerten, uns in bestimmter Weise unantastbaren Wesen wird, aufgehört hat zu existieren. Das, was den Menschen unantastbar macht, d.h. was zwar verletzt, ihm aber trotzdem niemals genommen werden kann, nennt man seine Würde, und den Menschen, insofern er diese unantastbare Würde hat, nennt man herkömmlicherweise Person. Also befinden wir uns nach dem Hirntod, sofern man diesen mit dem Tod des Menschen identifiziert, in einem Zustand, in dem noch menschliches Leben, nicht mehr aber die Person existiert, zu der es biologisch vollständig gehört hat. Man hat also eine Differenz zwischen der Existenz von Personalität und der von menschlichem Leben eingeräumt.

Die Differenzierung zwischen Menschsein und Personsein jedoch ist ethisch höchst bedenklich. Sie ist unter deontologischen Voraussetzungen unannehmbar, aber selbst bei rein regelutilitaristischer Betrachtung äußerst angreifbar. Denn ihre Folgen für die künftige Verfassung, in der Menschen sich wiederfinden werden, wenn sie sie akzeptieren, sind aller Wahrscheinlichkeit nach schlecht. Wenn Personsein nicht mehr an die rein faktische Existenz menschlichen Lebens gebunden ist, dann stellt sich unweigerlich die Frage: Wer entscheidet, wo und wann eine Person existiert oder nicht? Peter Singers Antwort, dass die Person nur existiert, wo Bewusstsein, Kognitivität, Kommunikationsfähigkeit, Zukunftsbezug gegeben sind, ist wegen ihrer offensichtlichen Folgen für die Frage der Unantastbarkeit behinderten Lebens vehement zurückgewiesen worden. Wenn wir Personalität mit derartigen Bewusstseinszuständen und Leistungsvermögen identifizieren, stellt sich die Frage, ob wir selbst überhaupt noch Personen sind, wenn wir schlafen oder ohnmächtig werden. Wenn die Menschenwürde aber nicht an sol-

chen Bewusstseinszuständen hängen kann, warum soll sie dann an die Integrationsleistungen des Gehirns gebunden sein? Die Antwort: Weil nach dem irreversiblen Ausfall der Hirnfunktionen die Rückkehr in einen bewussten, kommunikationsfähigen Zustand endgültig unmöglich ist, verbietet sich, denn sie würde eben voraussetzen, dass die Menschenwürde an solche Bewusstseinszustände gebunden ist. Eine solche Rückkehr ist auch dem Komatösen und manchem Schwerstbehinderten unmöglich. Wer zwischen Personsein und menschlichem Leben differenziert und die Differenz am Fehlen der Integrationsleistungen des Gehirns festmacht, muss auch dem Menschen in dem frühen Zustand, in dem er noch kein Gehirn hat, die Personalität absprechen. Wer antwortet, der Mensch im frühen hirnlosen Zustand sei Person, weil sich aus ihm ja noch die Eigenschaften entwickeln, die uns zur Anerkennung seines Personseins zwingen, hat ja schon wieder bestimmte Eigenschaften mit Personalität identifiziert. Und welche Eigenschaften sollen das sein? Wenn man sie eng bestimmt: Bewusstsein, Zukunftsbezug, Rationalität etc., steht man wieder vor dem Singer-Problem; und wenn man sie weit definiert: Leidensfähigkeit, Empfindungsfähigkeit etc., dann muss man einer großen Anzahl von Tierarten genauso Personalität zusprechen. Hier zeigt sich, dass das Argument, der irreversible Ausfall der Hirnfunktionen mache die Rückkehr in einen Zustand sich selbst integrierenden organischen Lebens unmöglich, überhaupt nicht zählt; denn sich selbst integrierendes organisches Leben kann nicht über Würde und Unantastbarkeit entscheiden, sonst wäre jeder sich selbst integrierende Organismus so unantastbar wie die menschliche Person. Nein, wer zwischen menschlichem Leben und Personalität einen Unterschied macht, hat sich damit unweigerlich verpflichtet, anzugeben, welche Kriterien außer der Tatsache, dass ich von Menschen gezeugt worden bin, mich zu einer unantastbaren Person machen. Und die Angabe dieser Kriterien ist gleichbedeutend mit einer Selektion zwischen Menschen, die immer willkürlich bleiben wird. Warum verbietet sich, so fragt etwa Dieter Birnbacher¹, dann noch die „Instrumentalisierung“ des Aneenzephalen „zu ihm fremden Zwecken - als Instrumentalisierung des Schwächsten und Verletzlichsten“? Der Aneenzephalale lebt ein Leben, das ebenso abhängig von medizinischen Apparaten ist wie das angeblich anonyme Leben nach dem Hirntod. Für ihn gibt es keinen Weg dorthin, wohin es für den „Hirntoten“ keinen Rückweg gibt. Was an ihm faktisch existiert, findet sich an vielen Tieren genauso. Warum soll er Person sein, der „Hirntote“ aber nicht? Die Grenzziehung ist eben willkürlich, sie drückt nichts anderes aus als unsere Entscheidung, den „Hirntoten“ zur Organentnahme heranzuziehen, den Aneenzephalen aber nicht. Das Todeskriterium, das wir gebildet haben, um diese Entscheidung in die Form einer theoretischen Aussage, einer Tatsachenfeststellung zu kleiden, wird solange Bestand haben, wie wir diese Entscheidung nicht revidieren.

Was aber ist mit der Entscheidung, die doch auch im herkömmlichen Todeskriterium steckt? Sie ist eigentlich eine *Entscheidung, nicht zu entscheiden*, d.h. das menschliche Leben als personales anzuerkennen und es solange als bewahrenswert zu betrachten, bis unsere Pflichten zur Wahrung der Würde des Toten die Aufrechterhaltung dieser Nichtentscheidung unzumutbar machen.

1 Dieter Birnbacher: Einige Gründe, das Hirntodkriterium zu akzeptieren, in: Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitt: Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und "Hirntod"-Kriterium, Reinbek 1994, 39.

5. Der die Organtransplantation konstituierende Handlungskomplex muss nicht als Tötungsakt, sondern kann als durch den medizinischen Fortschritt eröffneter Handlungstyp sui generis interpretiert werden. Wer ihn im konkreten Einzelfall ermöglicht, beteiligt sich nicht an einer Tötungshandlung, sondern gestattet einem Arzt, sein Sterben dergestalt zu verzögern, dass die ethisch an sich erlaubte Organentnahme nach dem Tode mit dem Ende des Sterbensprozesses zusammenfällt. Die Entnahmehandlung selbst kann in Verbindung mit der vorherigen Verzögerungshandlung als Unterlassung weiterer Lebensverlängerung betrachtet werden.

Muss man, wenn man das Hirntodkriterium ablehnt, die Organentnahme als Tötungshandlung des Arztes an einem unschuldigen Opfer klassifizieren? Die ethische Beurteilung setzt bei Handlungstypen und nicht bei Zustandsarten an; deshalb steht sie *nicht* vor der Disjunktion: *entweder* Verwertung von Leichenteilen *oder* Tötung einer lebendigen Person. Der sterbende Mensch geht, ontologisch und naturwissenschaftlich betrachtet, sicherlich vom lebendigen zum toten Zustand über; aber das ärztliche Handeln kann sich zu dem Prozess, innerhalb dessen sich dieser Übergang vollzieht, nicht nur auf eine einzige Weise verhalten. Der Arzt muss, etwa wenn es um gerichtsmedizinische Spurensicherung geht, den Todeszeitpunkt punktgenau angeben können. Aber er kann die Frage nach dem Todeszeitpunkt dann in der Schwebelasse lassen, wenn sein ärztliches Ethos im Umgang mit einem sterbenden Menschen dies zulässt. Zu denken ist etwa an Grenzfälle der Wiederbelebung, in denen mit manchmal sehr gewaltsamen Maßnahmen versucht wird, den Todeszeitpunkt ganz entschieden zu beeinflussen, d.h. den Sterbenden doch noch dem Tod zu entreißen. Der *Handlungskomplex: Versuch, den Sterbenden zu retten*, erstreckt sich dabei als Einheit über einen Prozess, zu dem, wenn er keinen Erfolg hat, die Zeitpunkte vor und nach dem Tod des Patienten gleichermaßen gehören. Niemand außer einem Handlungsutilitaristen käme auf die Idee, hier noch eine analytische Trennung einzuführen und das Tun vor dem Todeszeitpunkt als ethisch gerechtfertigt von dem nutzlosen Tun nachher zu trennen. Der Arzt steht eben dem Sterbenden nicht in erster Linie als Beobachter gegenüber, sondern als Begleiter bei.

In dieser möglichen Schwebelasse hat nun der medizinische Fortschritt einen ganzen *neuen Handlungstypus sui generis* eröffnet, eben den Komplex von *Funktionserhaltung der Organe eines „Hirntoten“ zum Zweck und mit der Folge der schließlichen Organentnahme*. Diese beiden Schritte sind, selbst wenn sie von verschiedenen Personen getätigt werden, doch Teile eines einheitlichen Handlungsaktes, den man als *Sterbensverzögerung* zum Zweck der Organentnahme am Gestorbenen definieren kann. Bei der ethischen Beurteilung dieses Handlungskomplexes muss man ins Feld führen, dass die Organentnahme am Gestorbenen ohne vorherige Sterbensverzögerung sicher nicht als in sich schlechte Handlung zu betrachten ist, jedenfalls wenn sie zu achtbaren Zwecken erfolgt. Verzichtete ein Arzt auf sinnlose Lebenserhaltungsmethoden nach eingetretenem Hirntod und ließe er den Patienten sterben, um ihm sofort danach Organe zu entnehmen, so würden wir nicht sagen, dass die unterlassene Sterbensverzögerung die Organentnahme sittlich kompromittiert. Wenn das so ist, dann kann man aber ohne Sophisterei auch die Unterlassung der Verlängerung einer zunächst eingegangenen

Sterbensverzögerung nicht kritisieren. Entscheidend ist daher hier nur noch die Frage, was es bedeutet, *dass die Unterlassung der Weiterführung der Sterbensverzögerung mit einem aktiven Tun, nämlich der Organentnahme, unmittelbar zusammenfällt*. Muss in diesem Fall dann nicht doch eindeutig von Lebensbeendigung statt von Abbruch der Sterbensverzögerung gesprochen werden?

Hierzu muss man sagen, dass es einen absoluten Unterschied zwischen Tun und Unterlassen nicht gibt. Eine Mutter, die ihr Neugeborenes verhungern lässt, lässt es nicht sterben, sondern begeht einen Tötungsakt durch Unterlassen. Es gibt, wie Dieter Birnbacher² ausführlich analysiert hat, ein Handeln durch Geschehenlassen; aber es gibt auch umgekehrt ein Geschehenlassen durch Handeln. Worauf es ankommt, ist nicht, ob der Verantwortliche aktive Körperbewegungen ausführt, sondern ob das Ereignis, das nach seinem Tun eintritt, auch ganz unabhängig von seinem Einfluss eingetreten wäre. Wer den vom Dach Abgerutschten, der sich nur noch an seiner Hand festhält, loslässt, etwa weil er Angst hat, mit hinabgezogen zu werden, tut zweifellos etwas Aktives, aber er stößt den anderen nicht hinab, sondern lässt ihn fallen. Das Sterben des „Hirntoten“ ist natürlich vorgegeben und würde sich ohne die künstliche Verzögerung von selbst vollziehen. Wird diese Verzögerung durch Organentnahme beendet, so ist dieser Akt zwar sicher an der Grenze dessen, was man noch ein „Geschehenlassen“ nennen kann, aber was unter Berücksichtigung des gesamten Handlungskomplexes daraus resultiert, kann eben doch als Sterbenlassen bezeichnet werden - und zwar gerade unter Voraussetzung der herkömmlichen Todeskriterien.

Dabei ist allerdings nicht zu vergessen, dass der Begriff „Sterbensverzögerung“ ja etwas an sich Widernatürliches festhält, das als Handlungstypus gewissermaßen dazu neigt, unsittlich zu sein und insofern einer Ergänzung bedarf, die mit Gesinnung und Umständen zu tun hat.

6. Wer den Akt der Sterbensverzögerung zum Zweck und mit der Folge der Organentnahme konkret ermöglicht, trägt Verantwortung für die Möglichkeit der Kompromittierung dieses Handelns durch die Umstände, die gesellschaftlichen Folgen oder die sittlich schlechte Intention des Arztes. Nur die höchstpersönliche Einwilligung des „Spenders“ aufgrund eines gerechtfertigten Vertrauensverhältnisses zu dem die Sterbensverzögerung herbeiführenden Arzt kann dieser Verantwortung gerecht werden. Ohne sie ist die Handlung der künstlichen Sterbensverzögerung ethisch zu verurteilen.

Die anfangs genannte irreführende Ausgangsfrage: „Kann ich die Verfügbarmachung meiner Organe verweigern, wenn...?“ ist aufgrund des jetzt Gesagten zu ersetzen durch die Frage: „Ist die Ermöglichung einer Organtransplantation angesichts der ethischen Natur der zu ihr notwendigen Sterbensverzögerung und Organentnahme ethisch geboten?“ Diese Frage kann angesichts der durchaus problematischen Aspekte der Sterbensverzögerung und ihrer Beendigung durch die Organentnahme sicher nicht abstrakt bejaht werden. Eine Pflicht zur Beteiligung an dieser durch den medizinischen

2 Dieter Birnbacher: Tun und Unterlassen, Stuttgart 1995, 103 ff.

Fortschritt eröffneten neuen Handlungsart gibt es nicht. Andererseits kann jemand aber für den Wunsch, sie zu nutzen, um noch nach seinem Tode hilfsbedürftigen Menschen das Leben zu retten oder zu erleichtern, auch nicht getadelt werden. Wer sich dafür entscheidet, übernimmt aber die Verantwortung, sich über mögliche Umstände und Folgen seines Handelns ein Urteil zu bilden. Auch die Intention des Arztes spielt für die Beurteilung einer Organentnahme, in die ich einwillige, eine zentrale Rolle. Ein Arzt, der etwa die Verfügung über meine Organe nutzen würde, um einen auf sie angewiesenen Patienten zu erpressen, würde eine in sich schlechte Handlung begehen, an der ich mich, wenn sichere Anhaltspunkte für ihr wahrscheinliches Eintreten vorliegen, nicht beteiligen dürfte. Wer seine Organe für eine mögliche Transplantation zur Verfügung stellen will, muss sich deshalb ein verantwortliches Urteil über die Situation bilden, in der ihre Verwertung nach menschlichem Ermessen stattfinden wird. Er beteiligt sich an einem Handlungstypus, der zwar nicht in sich schlecht ist, aber durch Umstände oder Intention der Handelnden zum Schlechten gewendet werden kann. Wenn keine Anhaltspunkte für eine solche Wendung zum Schlechten vorliegen, dann bildet der 3. Schritt, die Nutzbarmachung der Organe für hilfsbedürftige Patienten, zweifellos eine Komponente, durch welche der Gesamtkomplex von Sterbensverzögerung und Organentnahme zu einem ethisch akzeptablen, ja wünschenswerten Akt wird. Aber dieser 3. Schritt in all seiner ethischen Qualität reicht eben nicht aus, eine durch Umstände oder Intention ins Schlechte gewendete Handlung nachträglich wiederum zu einer guten zu wandeln.

Es ist überhaupt nicht zu sehen, wie ein so differenziertes Urteil dem „Spender“ durch Angehörige abgenommen oder von diesen für ihn abgegeben werden könnte, insbesondere wenn dieser Akt in der Situation des plötzlichen Eintritts des Sterbensfalls unter dem mit der Organtransplantation verbundenen Zeitdruck gefällt werden muss. Es geht hier nicht nur um den Inhalt des Urteils als solchen, sondern auch um die Tatsache seiner Abgabe. Für eine ethisch so problematische Handlung wie die Sterbensverzögerung und Organentnahme, die ja an einem sterbenden und nicht an einem toten Menschen vorgenommen wird, bedarf der handelnde Arzt nicht einfach einer abstrakten Beurteilung der Auffassungen des Sterbenden, sondern er bedarf einer konkreten Bitte oder doch Willensäußerung, die ihn unmittelbar als Helfer in Anspruch nimmt. Es darf einfach nicht übersehen werden, dass ein Arzt, der einem Sterbenden Organe entnimmt, an die äußerste Grenze des gegenüber einer Person Erlaubten geht und schwerste Verantwortung auf sich lädt. Jede Leichtfertigkeit des Arztes im Umgang mit dieser Verantwortung macht seine Tat objektiv unsittlich und fällt damit indirekt auf den, der sich als „Organspender“ an ihr beteiligt, zurück. Der „subjektive“ Tatbestand der Einstellung des handelnden Arztes zu seinem Tun gehört zu den objektiven Bedingungen des ethischen Wertes der Handlung selbst. Diesen Tatbestand zu ermitteln oder wenigstens Zweifel an seiner ethischen Bedenklichkeit auszuräumen, ist eine Pflicht jeder an den ersten beiden Schritten des Handlungskomplexes beteiligten Person. Man kann zwar realistischlicherweise nicht verlangen, dass ein „Organspender“ konkret den Arzt, der schließlich im Fall des Eintritts der Notlage über seine Organe verfügt, persönlich um diesen Dienst gebeten haben muss. Aber die Verantwortung im Zusammenhang mit dem gesamten Handlungskomplex der Organtransplantation verlangt eigentlich, dass der handelnde Arzt selbst größtes Interesse daran haben muss, dass der „Organspen-

der“ seine Entscheidung aufgrund reiflicher Überlegung im Kontext eines Vertrauensverhältnisses zu einem Arzt konkret geäußert hat. Nicht vom einzelnen operierenden Arzt, aber vom *Arztstand* als ganzen muss der „Spender“ die Hilfeleistung erwartet und erbeten haben, die er den bedürftigen Empfängern *erweist*, dem handelnden Arzt aber *zumutet*.

7. Der potentielle Empfänger eines Organs hat nicht die Verpflichtung, sich aktiv um die Aufklärung der für die ethische Beurteilung der ihm helfenden Handlung relevanten Umstände und Besonderheiten zu bemühen; für ihn genügt es, dass der Handlungstyp Organtransplantation als solcher ethisch nicht zu verurteilen ist. Die Frage, ob er ein Recht auf das Organ des „Spenders“ hat, braucht er sich nicht stellen zu lassen. Eben deshalb kann er aber auch keinen direkten Anspruch darauf erheben, ein Organ zu erhalten. Deshalb verbietet sich jede rechtliche Verknüpfung zwischen der Bereitschaft zur „Organspende“ und der Chance, in ihren Genuss zu kommen. Moralisch hingegen ist es ein Gebot der Fairness, von anderen nicht zu erwarten, was man selbst nicht zu geben bereit ist.

Wer zum Überleben oder zur Überwindung schweren Leidens auf ein Spenderorgan angewiesen ist, befindet sich in einer Notlage, in der eine mögliche ethische Verfehltheit der rettenden Handlung solange nicht ins Gewicht fällt, wie er sie nicht aktiv und bewusst bewirkt oder wider besseres Wissen oder Wissenmüssen in Kauf nimmt. Er braucht sich darum nicht wie der potentielle „Spender“ um die ethische Beurteilung der Situation, in der die Transplantation stattfindet, zu bemühen. Er darf zwar nicht zur Herbeiführung der Situation beitragen, in der das „Spenderorgan“ verfügbar wird, aber er darf auf sie hoffen. Denn er hofft ja nicht auf den Unfall oder das Hirnversagen eines konkreten Menschen, sondern eben ganz abstrakt auf den Eintritt einer Lage, in der ein Organ anfällt, auf das er angewiesen ist. Aus eben denselben Gründen aber, aus denen er auf diesen Fall hoffen darf, kann er keinen Rechtsanspruch auf die Transplantation erheben. Rechtsansprüche setzen einen konkreten Anspruchsgegner voraus, und eben den gibt es auf diesem Felde nicht. Auch der Arzt ist kein Dienstleister, der unseren Anspruch auf Versorgung mit fremden Organen zu erfüllen hätte, sondern ein Helfer, der uns die Gnade des Schicksals vermitteln kann, die im Tod eines Menschen besteht, der sich zu Lebzeiten entschlossen hatte, seine Organe verfügbar zu machen. Deshalb verbietet sich strikt die Verrechtlichung des Verhältnisses zwischen Organempfänger und „-spender“. Moralisch freilich ist es mit den Geboten der Fairness, also in regelutilitaristischer Interpretation der Goldenen Regel und unter deontologischem Gesichtspunkt der humanen Repräsentativität des eigenen Willens, nicht vereinbar, wenn man selbst die Organe anderer in Anspruch nehmen, seine eigenen jedoch nicht zur Verfügung stellen wollte.

WALTER SCHWEIDLER
Catholic University, Eichstätt

IS THERE A MORAL DUTY TO DONATE ORGANS?
THESIS ON A CONTRAVERSIAL SUBJECT

Abstract: There is an obligation of us as human beings to help other persons who need help by giving them something from what we possess. But we do not “possess” our organs. The kind of action by which organs are transplanted is not simply the kind of an act of help or solidarity. Since to it belongs the ending of a patient’s life on cause of the doctor’s action the decisive question is if it belongs to the essence of that kind of action that it is the killing of a human being. My thesis is that it is not an act of killing. But it is a complex kind of action of a new and genuine character and therefore needs cautious and restrictive ethical consideration. In no case there can be something like a human duty to give one’s organs to others.

Keywords: Organ Donation, Moral Duty, Act Utilitarianism, Rule Utilitarianism, Deontological Standpoint, Specific Complex Act, Postponing Death, Decision Questions

WALTER SCHWEIDLER
Katolički univerzitet Ajhštet-Ingolštāt

DA LI POSTOJI MORALNA DUŽNOST ZA DONACIJU ORGANA?
TEZE O JEDNOJ KONTROVERZNOJ TEMI

Sažetak: Ljudi su dužni da onim ljudima, koji trebaju njihovu pomoć, daju nešto što im pripada. Ali organi nam ne „pripadaju“. Radnja, kojom se vrši transplantacija organa, ima svojevrsan karakter. Ona se etički ne može jednostavno shvatiti kao čin pomoći ili solidarnosti. Jer suština te radnje leži u tome da lekar okonča život njemu dodeljenog pacijenta. Odlučujuće pitanje je da li se kod te radnje radi o činu ubistva. To pitanje će u mom prilogu biti negirano. Ali ja zastupam mišljenje da se kod takvog kompleksnog čina odgađanja umiranja nekog čoveka i konačno završetka tog odgađanja u svrhu transplantacije organa radi o kompleksnom tipu radnje nove i posebne vrste, o kom se etički mora rasuđivati oprezno i restriktivno. U svakom slučaju, ne postoji dužnost čoveka da svoje organe dā na raspolaganje u svrhu transplantacije.

Ključne reči: donacija organa, moralna dužnost, delatni utilitarizam, utilitarizam pravila, deontološko stanovište, specifični delatni kompleks, odlaganje umiranja, pitanja odluke