

ZfME auch  
online  
www.zfme.de

# Zeitschrift für medizinische Ethik

Wissenschaft • Kultur • Religion

53. Jahrgang 2007

Heft 1

Universitätsbibliothek

21. Feb. 2007

## Lebendorganspende

Augsburg

Jan P. Beckmann      Zur Lebendspende menschlicher Organe aus ethischer Sicht

Günter Kirste      Organtransplantation – Lebendspende

Markus Achilles      Lebendspende – Nierentransplantation.  
Ein theologisch-ethischer Zwischenhalt

75

BA  
1580      ner  
-53      k  
,1

Die psychosoziale Perspektive der Lebendorganspende

Schwabenverlag

## STICHWORT

### Organspende – ein komplexes Geschehen

HERBERT SCHLÖGEL/KERSTIN SCHLÖGL-FLIERL

Ein Organ zu spenden, sei es postmortal oder zu Lebzeiten, ist ein komplexes Geschehen. Diese Aussage macht deutlich, dass unterschiedliche Sachverhalte und deren ethische Bewertung zu besprechen sind. Das sind die Betroffenen: Spender, Empfänger, Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige; des Weiteren die institutionellen Voraussetzungen: Krankenhäuser, Eurotransplant, Auswahl und gerechte Verteilung. Hinzu kommen medizinische und ethische Grundfragen wie Todeszeitpunkt, Abstoßreaktionen von Organen, Selbstbestimmung von Spender und Empfänger, die Form der Zustimmung, Altruismus und Nächstenliebe. Die Liste ließe sich über die finanziellen Aspekte – Organhandel, Finanzen der Krankenkassen u. Ä. – noch erweitern. Man ahnt, was gemeint ist, wenn von der Organspende als einem komplexen Geschehen die Rede ist. Trotz aller Komplexität nähern sich die beiden Verfasser diesem Thema anhand von drei Gesichtspunkten, wohl wissend, dass dies nur eine subjektive Auswahl ist. Nach Meinung der Verfasser werden aber damit entscheidende Punkte in der Diskussion beleuchtet.<sup>1</sup>

#### *1. Todeszeitpunkt*

Das Hirntodkriterium gilt heute bei der postmortalen Organspende als Ausgangspunkt für die Entnahme von Organen. Auf das Hirntodkriterium einzugehen, scheint deshalb angezeigt, weil es besonders für die Angehörigen kontraintuitiv ist, wenn sie ihren »hirntoten« Verwandten sehen und erfahren, dass er tot ist. Nun ist es nicht so, wie Begriffe wie »Herztod« oder »Hirntod« suggerieren, dass es sich hier um mehrere, voneinander getrennte Tode handelt. Angemessener als die Kurzformen von Herz- oder Hirntod wären Formulierungen wie Tod nach Herzstillstand oder Tod durch endgültigen Ausfall der gesamten Hirnfunktion.

Um Missdeutungen zu begegnen, ist es angezeigt, nur von einem Tod zu reden, für den es unterschiedliche Ursachen, verschiedene Eintrittsweisen, differierende Anzeichen und auch differenzierte Nachweisverfahren gibt. Der vollständige und irreversible Funktionsausfall des Gehirns ist so für die Befürworter des Hirntodkriteriums lediglich ein weiteres Kriterium für einen identischen Sachverhalt, nämlich den des Todes, der außerhalb intensivmedizinischer Beobachtung und Begleitung auch weiterhin durch herkömmliche Kriterien wie dasjenige des irreversiblen Herz-, Kreislauf- und Atemstillstandes angezeigt wird. Der Tod ist gerade in unserer westlichen Kulturtradition schon immer als das Ende des Menschen in seiner Ganzheit als Lebewesen und als Organismus verstanden worden.<sup>2</sup> Dazu ist aber nicht alleine der Tod eines jeden einzelnen Organs oder jeder einzelnen Zelle erforderlich (welche unter Umständen überleben können). Der Mensch ist also nicht erst

dann tot, wenn er verwest oder wenn er verbrannt ist, sondern schon dann, wenn er irreversibel die Merkmale verliert, die ihn als Lebewesen kennzeichnen. In dieser Hinsicht wird deutlich, dass alle Lebensmerkmale, die ein höheres Lebewesen charakterisieren, auch in der Funktion des Gehirns verankert sind und bleiben. Die zentrale Rolle und Funktion des Gehirns ist zu unterstreichen und von daher auch die entsprechend zentrale Rolle in der Bestimmung von Leben und Tod und damit wiederum in der Bestimmung einer Grenze für eine mögliche Organentnahme.

In diesem Sinn ist die Festlegung des Hirntodes keine neue Definition des Todes selbst, sondern eine verfeinerte Beobachtungsweise eines durch Apparate und Diagnoseinstrumentarien sichtbar gemachten Vorganges und Grenzpunktes, der natural vor sich geht. Das heißt, der Tod wird nicht willkürlich definiert, sondern nur genauer beschrieben und dokumentiert.<sup>3</sup> Der Hirntod ist Kriterium, aber nicht umfassende Definition von Todesfeststellung und Tod.<sup>4</sup>

## 2. Selbstbestimmung und Nächstenliebe

### 2.1 Selbstbestimmung

Es mag überraschen, im Zusammenhang der Organspende auf die Selbstbestimmung einzugehen, aber sie spielt heute in der Medizin im Allgemeinen eine herausragende Rolle. Zu denken ist an die Selbstbestimmung der Frau im Rahmen der Pränataldiagnostik über die Patientenautonomie bei verschiedenen Behandlungen bis hin zu ihrer Rolle innerhalb der Patientenverfügung. Dabei geht es meist auch um das Verhältnis der Selbstbestimmung zur ärztlichen Fürsorgepflicht. Zu Recht wird darauf hingewiesen, dass der Begriff der Selbstbestimmung wie der damit verbundene der Autonomie weitgehend individualistisch verengt verstanden wird: »in Richtung alleiniger Selbstverfügung und Freiheit von sittlicher Selbstverpflichtung«<sup>5</sup>. Dieses Verständnis kann dazu führen, Ansprüche an Ärzte und Pflegepersonal zu stellen, bestimmte Handlungen durchzuführen. Dabei wird vor allem auf die »technische« Seite des ärztlichen Handelns abgehoben. Unter dieser Hinsicht verwundert es nicht, dass der Hinweis auf die Selbstbestimmung bei der Organspende nicht den gewünschten Erfolg hat. Die Gründe, warum die Bereitschaft als Organspender oder -spenderin zur Verfügung zu stehen relativ gering ist, sind sicher vielfältig. Ein Grund mag u.a. in einem verkürzten Begriff von Selbstbestimmung liegen. Jene Selbstbestimmung, die primär das eigene Leben und nicht das der anderen im Blick hat, sieht natürlich auch nicht die Not des anderen. Ein Vorschlag, der immer wieder gemacht wird, um die Zahl der Organspenden zu erhöhen, ist, das Transplantationsgesetz (TPG) dahingehend zu ändern, dass statt der Informationslösung die Widerspruchsregelung eingeführt werden soll.<sup>6</sup> Aber würde die Widerspruchslösung, die vorsieht, dass demjenigen, der nicht ausdrücklich der Organentnahme widersprochen hat, Organe entnommen werden dürfen, nicht neue Probleme schaffen? Ob es für das ansonsten betonte Selbstbestimmungsrecht förderlich ist, kann unterschiedlich bewertet werden, der eigenen Auseinandersetzung mit der Möglichkeit der Organspende scheint es in unseren Augen nicht zu dienen. Einer Beschäftigung mit der Organspende wird damit eher ausgewichen.

Die Deutschen Bischöfe favorisieren das Zustimmungmodell, auch wenn sie das Informationsmodell als erweitertes Zustimmungmodell tolerieren, indem sie sagen: »Ein

Spenderausweis kann nicht befohlen werden; die Einwilligung muss frei und gewissenhaft gefällt und vom Motiv der Liebe getragen sein.«<sup>7</sup> Das Motiv der Liebe, der Nächstenliebe wird hier zu Recht genannt.

## 2.2 Nächstenliebe

Bei der Nächstenliebe ist es im medizinethischen Zusammenhang genau umgekehrt wie bei der Selbstbestimmung. Während Selbstbestimmung bei vielen Themen der Medizinethik eine wichtige Rolle spielt, wird sie bei der Organtransplantation kaum beachtet. Nächstenliebe kommt dagegen fast ausschließlich bei der Organspende vor. Diejenigen, die den biblisch-christlichen Ausdruck nicht lieben, sprechen von Altruismus. Es scheint dies ein spezifisches Problem in der Debatte um die Transplantationsmedizin zu sein, dass man gleichsam spiegelverkehrt zur sonstigen Diskussion argumentieren muss.

Die grundlegende Frage nach der moralischen Verpflichtung, als Organspender oder -spenderin zur Verfügung zu stehen, kommt in den Blick. Die Positionen sind vielfältig und gehen von unterschiedlichen Blickwinkeln aus. Die einen sehen mehr die Not der potentiellen Empfänger, andere die der Spender. So wird die Auffassung vertreten, dass es zwar keine Rechtspflicht zur Organspende gebe, wohl aber eine sittliche Pflicht. Demnach sollte (nicht nur) jede Christin und jeder Christ einen Organspendeausweis haben. Demgegenüber wird unterstrichen, dass auch diejenigen, welche die Einwilligung aus guten Gründen verweigern, z. B. weil sie die Auffassung vertreten, eine sittliche Verpflichtung kann nicht über den Tod hinaus gelten, in christlicher Verantwortung handeln. Es müsste bei dieser Entscheidung konsequenterweise darauf hingewiesen werden, ob bei einer Ablehnung der postmortalen Spende nicht auch ein persönlicher Verzicht auf einen Organempfang logisch wäre. Eine Forderung, die von Gerechtigkeitsabwägungen her völlig einsichtig ist und die vor Jahren zu Beginn der Debatte um die Organspende auch vertreten wurde, aber seit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes im Jahre 1997 kaum mehr erwähnt wird.

Eher skeptische Positionen beziehen sich auf die jeweilige Notwendigkeit von Transplantationen, die eben nicht immer der akuten Lebensrettung, sondern oft vorrangig einer Verbesserung der Lebensqualität dienen (Transplantationen von Augenhornhaut, Gehörknöchelchen und Gewebe). Exakte Grenzen zwischen Lebensrettung und Verbesserung der Lebensqualität sind aber nicht genau zu bestimmen, doch es ist in der Information über die Organtransplantation notwendig, sich mit diesen Gegenargumenten auseinander zu setzen. Damit verbindet sich eine weitere Frage: Wird denn nicht ein falsches Anspruchsdenken gefördert, wenn nicht zugleich mit der Information und Werbung für die Organspende auch der behutsame Umgang mit der eigenen Gesundheit angesprochen wird? Das heißt, der Hinweis, die Not des anderen zu sehen, also Nächstenliebe zu üben, muss zugleich die Selbstbestimmung herausfordern, nämlich seinen eigenen Lebensstil zu befragen. Somit kommen Selbstbestimmung und Nächstenliebe in diesem Feld wieder zusammen.

Konsens ist: Es gibt kein Recht auf das Organ eines anderen. Im Blick auf die Nächstenliebe scheint es aber wichtig zu betonen, dass die postmortale Organspende sicher dem *Geist* und der *Haltung* der Nächstenliebe und Solidarität entspringen kann. Aber sie ist *nicht einfach* ein direkter interpersonaler Akt der Nächstenliebe, handelt es sich bei der postmortalen Spende beim Spender doch um einen Toten, der in keiner direkten Bezie-

hung zum Empfänger steht. Bei der Nächstenliebe geht es im Kern um eine persönliche Beziehung zwischen zwei Menschen. Das heißt aber gerade nicht, dass der sittliche Horizont der Nächstenliebe bezüglich der Organspende irrelevant wäre. Vielmehr handelt es sich um ein der Nächstenliebe vergleichbares, analoges Verhalten. Damit soll die Differenz zu anderen Ausdrucksformen der Nächstenliebe zum Ausdruck gebracht werden. Betrachtet man in diesem Kontext die Angehörigen, denen die Entscheidung bezüglich der Organspende angetragen wird, so können diese aus der Haltung der Nächstenliebe handeln.

Dass auch das universalkirchliche Lehramt in diesem Punkt mit sich ringt, zeigen zwei Äußerungen aus dem Katechismus der Katholischen Kirche (Editio typica, 2003). Die erste ist zustimmend positiv formuliert: »Die Organspende nach dem Tod ist eine edle und verdienstvolle Tat, sie soll als Ausdruck großzügiger Solidarität gefördert werden. Sie ist sittlich unannehmbar, wenn der Spender oder die für ihn Verantwortlichen nicht ihre ausdrückliche Zustimmung gegeben haben« (Nr. 2296). Deutlich zurückhaltender wird etwas später gesagt: »Die unentgeltliche Organspende nach dem Tode ist erlaubt und kann verdienstvoll sein« (Nr. 2301). Es stellt sich die Frage, woher diese Zurückhaltung kommt.<sup>8</sup>

### 2.3 Lebendspende

Im Zusammenhang von Selbstbestimmung und Nächstenliebe steht das aktuelle Thema der Lebendspende<sup>9</sup> an, denn die nachdenklichsten Beiträge zur Organtransplantation sind in der letzten Zeit im Zusammenhang mit der Lebendspende geäußert worden. Dies bedeutet auch eine Akzentverschiebung bei der Nächstenliebe, denn hier kennen sich Spender und Empfänger, bzw. müssen sich nach deutschem Recht kennen. Damit kann hier von einem direkten Akt der Nächstenliebe gesprochen werden im Gegensatz zur postmortalen Organspende.<sup>10</sup>

Aus der allgemeinen Diskussion um die Lebendspende erscheinen den Verfassern vier Punkte besonders bemerkenswert:

Es besteht die Gefahr, »daß die Behebung des drückenden Organmangels sich [...] als absoluter ethischer Imperativ darstellt, dem alle anderen ethischen Erwägungen unterzuordnen wären«<sup>11</sup>. Dies hätte zur Folge, dass alle Begrenzungen wie Verbot des Organhandels u. Ä. auf Dauer aufgeweicht würden und sich der Druck auf mögliche Lebendspender enorm erhöhen würde. Hier steht die Diskussion um die Freiwilligkeit der Spende an. Diese muss unbedingt aufrechterhalten werden, um von einer Spende bzw. Gabe überhaupt sprechen zu können.

Ein Zweites ist zu nennen: Auch wenn die Transplantationsmedizin ihren Charakter als Extremmedizin verneint, ist sie dennoch keine Routine-Therapie. Denn es ist doch wohl ein einmaliger Vorgang, dass der Arzt einem Gesunden – ohne Therapieauftrag – ein gesundes Organ entnimmt. Es muss sehr deutlich wahrgenommen werden, dass bei der Lebendspende ärztliches Handeln eingebettet ist »in ein komplexes Spannungsfeld zwischen Nicht-Schaden, Wahrung der Patientenautonomie und therapeutischer Zielsetzung«<sup>12</sup>. Dies gilt es, nicht aus den Augen zu verlieren bei aller Debatte um die Lebendorganspende.

Aus diesem zweiten Punkt heraus ist im dritten Schritt deshalb einem funktionalen Zugang zur Organspende entgegenzutreten. Denn beim Organ eines lebenden Menschen handelt es sich nicht um eine beliebige Sache, sondern immer zugleich um einen Teil sei-

ner Identität. Insofern teilen wir die Auffassung der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages »Ethik und Recht der modernen Medizin« (Zwischenbericht vom 17. März 2005), dass die Lebendspende ein besonderes Näheverhältnis zwischen Spender und Empfänger voraussetzen soll.<sup>13</sup> Dass damit einer Tendenz, den Organhandel unter bestimmten Voraussetzungen zu legalisieren, eine Absage erteilt wird, ist nur konsequent.<sup>14</sup> Bei dem angesprochenen Näheverhältnis kommt auch die Nächstenliebe wieder ins Spiel. Die oft durch eine Organspende angespannte Beziehung zwischen Spender und Empfänger kann durch die Nächstenliebe, die nicht eingefordert werden kann, in ein Verhältnis von Geben und Nehmen überführt werden.

Die Ausweitung auf die Lebendspende hat zum einen den Vorteil, dass die Annahme des Organs beim Empfänger verträglicher ist, zum anderen, dass die Zeit auf der Warteliste verkürzt wird. Dennoch muss der Ausweitung der Lebendspende aus den genannten Gründen enge Grenzen gesetzt werden. Man muss nicht soweit gehen und bei der Heilung durch das Organ eines anderen von einer »glückliche[n] Fügung und nicht einklagbaren Anspruchserfüllung«<sup>15</sup> sprechen, aber der besondere Geschenkcharakter sollte doch deutlich bleiben. Aus der Tradition der Moralthologie kann hierzu der Begriff der supererogatorischen Handlung herangezogen und vor allem damit die individualetische Perspektive auf die Lebendorganspende herausgestrichen werden. Dieses so genannte Werk der Übergabe macht die »Inkaufnahme außergewöhnlicher persönlicher Belastungen bzw. Risiken zu Gunsten einer anderen Person«<sup>16</sup> deutlich.

Der Zusammenhang von Selbstbestimmung und Nächstenliebe ist bei der Lebendspende evident. Insgesamt könnten z. B. bei der Neuerstellung von Ausweisdokumenten die Bedeutung von Organspendeausweisen hervorgehoben werden. Ob zugleich der Erwartungshorizont an die potentiellen Empfänger behutsam korrigiert werden müsste, darf in diesem Zusammenhang zumindest nicht unerwähnt bleiben.

### 3. Betroffene

Es ist bisher schon angeklungen, dass im Zusammenhang mit der Organtransplantation verschiedene Personengruppen beteiligt sind, die auch im emotionalen Bereich hoch belastet sind. Hier scheint der Ort für die Begleitung bzw. die Seelsorge zu sein. In letzter Zeit ist verschiedentlich auf diesen Punkt besondere Aufmerksamkeit gerichtet worden: auf den Empfänger, der auf ein Organ wartet und der eventuell damit leben muss, dass für ihn ein anderer »sterben« musste (bei der postmortalen Spende und u. U. auch bei der Lebendspende); die Frage, ob das Organ von seinem Körper angenommen wird oder nicht; die Angehörigen, die zu entscheiden haben, ob sie einer Organspende zustimmen; die Verbindungen, die dabei bestehen, aber auch die beteiligten Ärzte und das Pflegepersonal sind in intensiver Weise herausgefordert. Auf einer Intensivstation einen Hirntoten zu pflegen, weil die Organe bereitgehalten werden müssen für die Transplantation, obwohl der Betroffene tot ist, stellt in sich schon eine sehr schwierige Herausforderung dar. Hinzu kommt noch, dass heute Pflegepersonal und Ärzte in ein ungemein enges zeitliches und finanzielles Korsett gezwängt sind. Man muss gar nicht an die Alternative denken, dass ein Patient auf der Intensivstation aktuell Hilfe braucht, während ein anderer gepflegt werden soll für die Organentnahme. Dieses vielfältige Beziehungsgeflecht müsste noch viel weiter erörtert und vertieft werden, das kann in diesem Rahmen jedoch nicht geschehen. Hierin scheint

auch einer der Gründe zu liegen, warum in den Krankenhäusern bei Hirntoten die Angehörigen nicht immer gefragt werden, ob sie einer Organspende zustimmen.

Insgesamt muss der psychologische, der emotionale und der relationale Aspekt bei der Organspende noch stärker betrachtet werden. Gerade im Blick auf den Organempfänger ist dabei an die prekäre postoperative Phase zu denken, bei der es nicht allein um die Frage geht, ob das Transplantat in Funktion tritt und organische Abstoßreaktionen zu befürchten oder zu bekämpfen sind. Der Organempfänger muss als Person mit dem fremden Organ im eigenen Leib zu leben lernen. Es geht um die psychische Einverleibung des neuen Organs, evtl. sogar um eine erneute Identitätsfindung. Der Einzelne braucht die anderen in ihrer Zuwendung, um selbst wieder zu seiner Identität zu gelangen. Selbstbestimmung und Fürsorge sind in dieser Phase nötig. Gerade weil die Organspende ein vielfältiges Beziehungsgeschehen ist, wird deutlich, wie das Engagement von Einzelnen, aber auch ihre Ausrichtung auf den anderen – aus christlicher Perspektive geprägt von der Gottes- und Nächstenliebe – untereinander Hilfe und Stütze sein kann und auch muss. In diesem begleitenden Geschehen scheint auch ein wesentlicher Beitrag der Seelsorge im Bereich der Transplantationsmedizin zu liegen. Um das Außergewöhnliche der Organtransplantation hervorzuheben soll mit einem Zitat von Johannes Paul II. aus der Enzyklika »Evangelium Vitae« geschlossen werden: »Jenseits aufsehenerregender Taten gibt es den Heroismus im Alltag, der aus kleinen und großen Gesten des Teilens besteht, die eine echte Kultur des Lebens fördern. Unter diesen Gesten verdient die in ethisch annehmbaren Formen durchgeführte Organspende besondere Wertschätzung, um Kranken, die bisweilen jeder Hoffnung beraubt sind, die Möglichkeit der Gesundheit oder sogar des Lebens anzubieten.«<sup>17</sup>

#### ANMERKUNGEN

- <sup>1</sup> Dabei werden die institutionellen und finanziellen Gesichtspunkte ausgeklammert. Von den medizinischen wird nur die Frage nach dem Hirntodkriterium aufgenommen – und diese unter einem gerade nicht medizinischen Aspekt.
- <sup>2</sup> Zur Diskussion um das Hirntodkriterium aus katholischer und evangelischer Sicht vgl. HANS J. MÜNK, *Das Gehirntodkriterium (HTK) in der theologisch-ethischen Diskussion um die Transplantationsmedizin (TPM). Forschungsbericht zur Rezeption des HTK in der deutschsprachigen theologischen Ethik*, in: ders. (Hrsg.), *Organtransplantation. Zum Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext*, Freiburg i. Ue. 2002, 105–173.
- <sup>3</sup> Vgl. HANS GLEIXNER, »Wenn Gott nicht existiert...« *Zur Beziehung zwischen Religion und Ethik*, Paderborn u. a. 2005, 113–116.
- <sup>4</sup> Vgl. auch HERBERT SCHLÖGEL/ANDREAS-P. ALKOEFER, *Was soll ich dir tun? Kleine Bioethik der Krankenseelsorge*, Stuttgart 2003, 87. Siehe auch JOHANNES REITER, *Strittige Voraussetzungen. Zur Diskussion über Todeszeitpunkt und Organtransplantation*, in: *Herder Korrespondenz* 49 (1995) 123–128.
- <sup>5</sup> GÜNTHER PÖLTNER, *Grundkurs Medizin-Ethik*, Wien 2002, 94.
- <sup>6</sup> Vgl. KLAUS ARNTZ, *Die Organspende zwischen passiver und aktiver Akzeptanz. Ethische Leitlinien zu einer aktuellen Diskussion*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 49 (2003) 185–201, 197 f.
- <sup>7</sup> DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), *Katholischer Erwachsenen-Katechismus. Zweiter Band. Leben aus dem Glauben*, Freiburg i. Br. u. a. 1995, 316.
- <sup>8</sup> Das neue Kompendium zum »Katechismus der Katholischen Kirche« bemerkt zur Lebendspende und zur postmortalen Spende: »Die Organverpflanzung ist sittlich annehmbar, wenn der Spender seine Zustimmung gegeben hat und keine übermäßigen Gefahren für ihn bestehen« (KKK KOMPENDIUM, München 2005, Nr. 476).
- <sup>9</sup> Eine Kategorisierung der Lebendspende findet sich in MARK ACHILLES, *Lebendspende-Nierentransplantation. Eine theologisch-ethische Beurteilung*, Münster 2004, 347.

- <sup>10</sup> Nach Meinung von Ulrich Eibach kann in beiden Fällen nicht von Nächstenliebe die Rede sein, sondern es ist »ein von den Motiven her achtenswerter Akt rational-altruistischer Überlegungen« (ULRICH EIBACH, *Organspende von Lebenden: Auch unter Fremden ein Akt der »Nächstenliebe«?*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 45 [1999] 217–231, 221).
- <sup>11</sup> WALTER SCHAUPP, *Organtransplantation und christliches Liebesgebot. Relevanz eines zentralen Prinzips christlicher Ethik für Fragen der Organspende*, in: Hans Köchler (Hrsg.), *Transplantationsmedizin und personale Identität. Medizinische, ethische, rechtliche und theologische Aspekte der Organverpflanzung*, Frankfurt a. M. 2001, 103–114, 110.
- <sup>12</sup> LINUS S. GEISLER, *Organ-Lebend-Spende. Routine – Tabubrüche – Systemtragik*, in: *Universitas* 59 (2004) 1214–1225, 1222.
- <sup>13</sup> Vgl. ZWISCHENBERICHT DER ENQUETE-KOMMISSION ETHIK UND RECHT DER MODERNEN MEDIZIN, *Organlebenspende* (17.03.2005), 73. Johannes Reiter bezieht in diesem Zusammenhang folgende Position: »Die wegen Missbrauchsgefahr vorgenommene *Begrenzung des Spenderkreises* auf nahe Verwandte oder in persönlicher Verbundenheit stehende Personen sollte meines Erachtens behutsam geöffnet werden für eine *Überkreuzspende* auf zwei Paare, wie es eine starke Minderheit der *Enquete-Kommission* empfiehlt« (JOHANNES REITER, *Vom partialen Selbstmord zur Liebestat. Moraltheologische Erwägungen zur Organlebenspende*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 10 [2005] 87–113, 112).
- <sup>14</sup> Vgl. SCHAUPP (wie Anm. 11), 111.
- <sup>15</sup> GEISLER (wie Anm. 12), 1225.
- <sup>16</sup> DIETER WITSCHEN, *Die Organspende eines Lebenden als supererogatorische Handlung betrachtet*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 51 (2005) 277–289, 280.
- <sup>17</sup> JOHANNES PAUL II., *Evangelium vitae*, 86.