

Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der
Katholischen Sozialwissenschaftlichen
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 246

Eberhard Schockenhoff

Helfen über den Tod hinaus?

Zu den ethischen Aspekten
der Transplantationsmedizin

J.P. BACHEM VERLAG

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ will der Information und Orientierung dienen. Sie behandelt aktuelle Fragen aus folgenden Bereichen:

Kirche, Politik und Gesellschaft

Staat, Recht und Demokratie

Wirtschaft und soziale Ordnung

Familie

Schöpfungsverantwortung und Ökologie

Europa und Dritte Welt

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Straße 33

41065 Mönchengladbach

Tel. 021 61/8 1596-0 · Fax 021 61/8 1596-21

E-mail: ksz-moenchengladbach@t-online.de

Ein Prospekt der lieferbaren Titel kann angefordert werden

Redaktion:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

1998

© J. P. Bachem Verlag GmbH, Köln

ISBN 3-7616-1278-8

Schon die "Legenda aurea" (Goldene Legende) des *Jacobus de Voragine*, eine im Mittelalter weit verbreitete Sammlung von Heiligenviten, berichtet davon, wie die frühchristlichen Ärztebrüder Cosmas und Damian einem Kranken das Bein eines Mohren übertragen hätten. In dieser legendarischen Erzählung spricht sich ein uralter Menschheitstraum aus, der später auch ein beliebtes Motiv der christlichen Ikonographie wurde. Durch die Jahrhunderte hindurch wurden mündliche Erzählungen oder gemalte Bilder, die von der Übertragung einzelner Körperteile auf andere Menschen handeln, weiter tradiert. Erst zu Anfang unseres Jahrhunderts gelang es jedoch, die medizinischen Voraussetzungen zu schaffen, die eine erfolgreiche Gewebeübertragung der Haut, des Blutes oder des Bindegewebes in Aussicht stellten. Erst als die alten Menschheitsträume Wirklichkeit werden konnten - vor allem, nachdem mit der ersten erfolgreichen Nierentransplantation im Jahre 1954 die Ära der Organverpflanzungen begann -, rückten auch die ethischen Aspekte dieses neuen chirurgischen Verfahrens in den Blickpunkt. Bald zeigte sich, daß die Möglichkeit der Organtransplantation nicht nur Hoffnung bei den betroffenen Kranken und Zustimmung bei einer großen gesellschaftlichen Öffentlichkeit, sondern auch tiefsitzende Ängste und Befürchtungen hervorrief.

Hoffnungen und Ängste

Die emotionalen Vorbehalte vieler Menschen gegenüber der modernen Medizintechnik äußern sich häufig in einer widersprüchlichen Gefühlslage. Einerseits befürchten sie, die Ärzte könnten zu viel tun und den Sterbeprozess in aussichtslosen Fällen mit Hilfe einer unmenschlichen "Apparatemedizin" verlängern. Andererseits ängstigt sie jedoch auch die umgekehrte Möglichkeit, vorschnell für tot erklärt und noch während des Sterbens als "Ersatzteillager" oder "Organreservoir" mißbraucht zu werden. Intensivtherapie und Transplantationsmedizin stoßen so mancherorts auf eine irrationale Grundstimmung, die Ausdruck einer gegenläufigen Furcht angesichts eines undurchschaubaren und anonymen Todesschicksals ist. Diese unbewußten Urängste können sich jedoch in dem Fall, daß man selbst auf eine Organspende angewiesen ist, mit einer selbstverständlichen Erwartungshaltung und einem grenzenlosen Vertrauen in die Möglichkeiten der modernen Medizin verbinden. Im Blick auf die moderne Transplantationschirurgie zeigt sich dieses gesplante Bewußtsein als eine weitgeöffnete Schere, die zwischen der hohen theoretischen Zustimmung zur Organverpflanzung und der geringen Bereitschaft klafft, sich schon zu Lebzeiten für eine postmortale Organspende zur Verfügung zu stellen. Nur 10% der Verkehrstoten und Unfallopfer,

denen in den letzten Jahren Organe entnommen werden konnten, trugen einen Organspendeausweis bei sich, in dem sie ihre Bereitschaft dazu schriftlich dokumentiert hatten; in den anderen Fällen konnte die Organentnahme nur erfolgen, weil die Angehörigen dazu ihre Zustimmung erteilten. In den letzten Jahren taten spektakuläre Berichte über kriminellen Organhandel und die Vorgänge um das sogenannte "Erlanger Baby" ein übriges, um die ohnehin gering ausgebildete Organspendebereitschaft in der deutschen Bevölkerung noch weiter zurückgehen zu lassen.

Dabei haben die chirurgischen Verfahren der Organverpflanzung durch die Fortschritte in der Unterdrückung der Immunabwehr des Körpers gegen das fremde Organ in den letzten beiden Jahrzehnten einen so hohen medizinischen Stellenwert erlangt, daß sie in vielen Anwendungsbereichen bereits als Standardbehandlung gelten müssen, zu der es aus medizinischer Sicht keine ernsthafte Alternative gibt. Dies gilt insbesondere für die Nierentransplantation, die den Empfänger des Organs von der mit außerordentlichen körperlichen, sozialen und psychischen Belastungen verbundenen Dialyse befreien kann, auf die er zuvor oft jahrelang angewiesen war. Aber auch die Übertragung von Herz, Lunge, Leber und Bauspeicheldrüse hat inzwischen eine solche Erfolgsquote erreicht, daß Patienten mit ansonsten stabilem Gesundheitszustand gute Aussichten auf eine beachtliche Lebensverlängerung haben, wenn ihnen rechtzeitig ein geeignetes Spendeorgan implantiert werden kann. Die Einjahres-Überlebensrate bei Nierentransplantationen beträgt heute bereits 90%, während für die Zeiträume von 5 und 10 Jahren 60-90% und 50-60% genannt werden; bei anderen Organen liegen die Vergleichswerte in der Regel um 10-15% darunter. Gelingt es, Immunreaktion des Körpers und andere individuelle Risikofaktoren nach der Operation in den Griff zu bekommen, besteht für Empfänger von Transplantaten die Aussicht auf eine weitgehende gesundheitliche Rehabilitation, die häufig sogar eine (teilweise) Wiedereingliederung in das Berufsleben ermöglicht.

Die Problematik der Todesfeststellung

Das "Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen" (1997) schreibt in § 3, Abs. 2 vor, daß eine Organentnahme nur zulässig ist, wenn "vor der Entnahme bei dem Organspender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist." Der Gesetzgeber beschränkt sich also darauf, die unerläßlichen Ansprüche an das *Todeskriterium* (endgültiger Ausfall des Gesamthirns, sog. "Ganzhirntod") durch eine nor-

mative Entscheidung vorzuschreiben; die Festlegung der genaueren Verfahrensregeln, die bei der *Todesdiagnose* zu beachten sind, überläßt er der medizinischen Wissenschaft. Die von der Bundesärztekammer 1982 beschlossenen und seitdem mehrmals (zuletzt im Jahr 1991) fortgeschriebenen Richtlinien verlangen, daß der endgültige Ausfall aller Gehirnfunktionen zusätzlich zum Vorliegen der entsprechenden klinischen Symptome (Bewußtlosigkeit, Lichtstarre beider Pupillen, Fehlen körperlicher Reflexe und Schmerzreaktionen, Ausfall der Spontanatmung) durch eine mindestens 30 Minuten andauernde hirnelektrische Stille (sog. "Null-Linien-EEG") und einen zerebralen Kreislaufstillstand (beidseitige Angiographie) nachgewiesen wird. Der Eintritt des Hirntods muß durch zwei erfahrene Ärzte, die nicht dem Transplantationsteam angehören, festgestellt und schriftlich dokumentiert werden, so daß die erforderliche Sorgfalt bei der Todesfeststellung jederzeit überprüfbar bleibt. Die Entnahme lebenswichtiger Organe ist somit erst nach dem sicheren Eintritt des Hirntods möglich. Sie erfolgt an einem Menschen, den wir aufgrund des Ausfalls seiner integrativen Gehirnleistungen als tot ansehen müssen, obwohl der Gesamtkreislauf des Organismus bis zur Organentnahme durch die künstliche Beatmung aufrechterhalten bleibt und daher partielle Körperfunktionen noch intakt sind.

Gegen das diesen mehrfach aktualisierten Richtlinien zugrundeliegende Todeskonzept werden aus philosophischer Sicht vor allem drei Argumente vorgebracht, die die Unvereinbarkeit einer solchen Todesfeststellung mit dem Menschenbild unserer demokratischen Verfassung erweisen sollen. Zum einen wird angeführt, das Hirntodkonzept beruhe auf einer pragmatischen Umdefinition des Todes und einer deklaratorischen Vorverlegung seines unterstellten Eintritts, die allein von den Interessen der Transplantationsmedizin und der potentiellen Organempfänger her gewählt sei. Zum anderen begünstige die Differenzierung zwischen Gehirntod und biologischem Organtod einen unreflektierten Dualismus, der im Widerspruch zur Leib-Seele-Einheit des Menschen steht, wie sie von der philosophischen und theologischen Anthropologie unseres Jahrhunderts wieder in den Mittelpunkt gerückt wurde. Ein dritter Einwand betont die angebliche Parallelität zum Lebensanfang und fragt nach den Konsequenzen, die sich aus der Akzeptanz des Hirntodes für die Schutzwürdigkeit der embryonalen Frühphasen des menschlichen Lebens ergeben.

Tod als Ereignis - Sterben als Prozeß

Gegenüber dem ersten Kritikpunkt ist zunächst an einen trivialen Umstand zu erinnern, der einer Gesellschaft von aufgeklärten Individuen wenig

schmeichelhaft erscheinen mag, die nicht nur die zentralen Inhalte ihres Lebenskonzeptes, sondern auch den Lebensanfang und das Lebensende ihrer autonomen Selbstdefinition unterwerfen möchte: es gibt nur *einen* Tod und in ihm sind alle gleich. Zeugung und Tod hängen nicht von der individuellen Selbstverfügung der davon Betroffenen ab, sondern bezeichnen soziale Realitäten, die für alle in gleicher Weise gelten und daher einer einheitlichen Wahrnehmung bedürfen. Dem Dilemma, den Tod auf dem Hintergrund anthropologischer Basisannahmen definieren zu müssen, kann daher keine Gesellschaft entrinnen. Diese Aufgabe stellt sich der modernen Intensivmedizin in neuer Weise, weil ihre eigenen Fortschritte das früher geltende Kriterium des Herz- und Kreislaufstillstandes durch die Möglichkeit einer künstlichen Substitution dieser Funktionen unterlaufen haben. Es waren also, auch wenn es hier in einem früheren Diskussionsstadium pragmatische Überschneidungen gegeben haben mag, nicht allein die Interessen der Transplantationsmedizin, sondern vor allem die Erfordernisse der Intensivmedizin selbst, die den Übergang zu einem neuen Todeskonzept notwendig machten. Dabei handelt es sich jedoch weder um eine Vorverlegung des Todeszeitpunktes, noch um eine rein deklaratorische Annahme, sondern um die zweifelsfreie Feststellung eines bereits eingetretenen Sachverhaltes, die durch die Hirntoddefinition allerdings zu einem früheren Zeitpunkt erfolgen kann.

Wenn der Ausfall der zentralen Steuerungsvorgänge im Gehirn irreversibel geworden ist und dies mit der besten, nach dem jeweiligen Stand medizinischer Diagnostik erreichbaren Gewißheit feststeht, wertet das Hirntodkonzept dies als ein Indiz für den bereits eingetretenen Tod der menschlichen Person. Es geht von diesem Zeitpunkt an also davon aus, daß wir es nicht mehr mit einem sterbenden Patienten, sondern mit einem Toten oder einem menschlichen Leichnam zu tun haben, in dem partielle Organfunktionen künstlich aufrechterhalten werden.

Hier stoßen wir allerdings auf eine in der Tat sehr ernste Schwierigkeit, die mit der Tendenz der modernen Medizin verbunden ist, zentrale Lebensvorgänge wie Geburt und Tod immer mehr zu versachlichen. So, wenn die Medizin aufgrund ihrer sachlich unbestechlichen Diagnoseverfahren den Eintritt des Todes zweifelsfrei feststellen kann, obwohl wir seine äußeren Anzeichen - Herzstillstand, Atemausfall, Erkalten des Körpers, Leichenstarre - noch nicht wahrnehmen können. Gerade bei Menschen, die durch einen Unfall plötzlich aus dem Leben gerissen werden, haben die Angehörigen unter dem Schock der Ereignisse oftmals den Eindruck, daß ihr Ehemann oder Vater, ihre Ehefrau oder Mutter, ihr Sohn oder ihre Tochter noch am Leben sind, weil die künstliche Beatmungstechnik den bereits hirntoten Körper weiter durchblutet hält und der gerötete Kopf und die tiefen Atemzüge auf eine nur

zeitweilige Bewußtlosigkeit zu verweisen scheinen. Diese schwierige menschliche Situation stellt sowohl die Angehörigen als auch die Ärzte vor bislang ungewohnte Herausforderungen.

Die erforderliche psychologische Behutsamkeit im Umfeld der Todesmitteilung ändert im Kern der Sache jedoch nichts daran, daß das angewandte Verfahren einer ernsthaften philosophischen Kritik durchaus standhält. Der zweite Einwand, es widerspreche der leib-seelischen Einheit des Menschen, die als anthropologisches Grunddatum während des gesamten Sterbeprozesses zu beachten sei, übersieht nämlich, daß die Einheit des Menschen in seinem Leib keine platte Identität, sondern ein unaufhebbares Spannungsverhältnis darstellt.

Als Person ist sich der Mensch nur *in* seinem Leib und *durch* seinen Leib gegeben, aber seine personale Identität als leib-seelisches Wesen ist nicht identisch mit den physiologischen Prozessen des körperlichen Organismus. Während dieser laufend zerfällt und innerhalb der biologischen Lebenskurve eines menschlichen Individuums mehrfach erneuert wird, hält sich die personale Identität des Menschen über den Wechsel seiner körperlichen Austauschprozesse hinweg durch. Dieses vermittelte Selbstverhältnis der Person in ihrem Leib liegt ihrer gesamten irdischen Existenz zugrunde; deshalb ist zu fragen, was die Einsicht in die spannungsreiche leib-seelische Ganzheit des Menschen für die Feststellbarkeit des Lebensendes bedeutet. Dabei zeigt sich: Das Ereignis des Todes wird durch den wahrnehmbaren Prozeß des Sterbens zugleich verhüllt und enthüllt. Als Ende der irdischen Existenz der menschlichen Person ist der Tod nicht einfach identisch mit dem beobachtbaren Vorgang des Sterbens, in dem die Vitalfunktionen der einzelnen Organe nach und nach erlöschen. Die Vorstellungen vom Tod als *Ereignis* (das sich in metaphysisch-theologischer Sprache als Trennung von Leib und Seele beschreiben läßt) und vom Sterben als *Prozeß* (den wir diagnostisch erfassen und medizinisch kontrollieren können), liegen auf verschiedenen Ebenen. Durch die empirische Beobachtung des Sterbeprozesses können wir nicht den exakten Zeitpunkt des Todes bestimmen, sondern immer nur vom Vorhandensein bestimmter Indizien her darauf zurückschließen, daß der Tod der Person bereits eingetreten ist. Das Hirntodkonzept der modernen Medizin identifiziert deshalb nicht den Gehirntod mit dem Tod des Menschen, wie ihm seine Kritiker vorwerfen. Wohl aber deutet es den endgültigen Zusammenbruch aller Gehirnfunktionen als ein zweifelsfreies Anzeichen, das auf den bereits erfolgten Eintritt des Todes verweist. Um eine platte und banale Identifizierung abzulehnen und andererseits die Wirklichkeit des eingetretenen Todes unmißverständlich auszusprechen, verwenden kirchliche Stel-

lungnahmen deshalb die Formel, der Hirntod sei ein "reales Zeichen" für den Tod des Menschen¹.

Der Hirntod gilt dabei nicht allein deshalb als sicheres Indiz für den bereits eingetretenen Tod des Menschen, weil im Gehirn der Sitz der menschlichen Persönlichkeit oder des Bewußtseins zu lokalisieren wäre, sondern weil das Gehirn nach heutigem Wissensstand jene Instanz ist, welche die Integration des gesamten Organismus zu einer leib-seelischen Ganzheit gewährleistet.

Schließlich müssen wir einem letzten Einwand begegnen, mit dem christliche Lebensschutzgruppen ihren Widerstand gegen Hirntod und Organspende aus einer sehr ernst zu nehmenden Sorge um die Achtung vor dem menschlichen Leben heraus begründen. Sie verweisen auf die angebliche Symmetrie zwischen Hirnleben und Hirntod und knüpfen daran die grundsätzliche Frage: Wenn wir menschliches Leben von seinen ersten Frühstadien an als schutzwürdig ansehen, weil sich darunter der Anfang des personalen Daseins verbirgt, müßten wir das Lebensrecht der menschlichen Person dann nicht mit gleicher Ernsthaftigkeit bis zum völligen Erlöschen aller ihrer biologischen Funktionen achten?

Ob aus Sorge um einen konsequenten Lebensschutz oder im entgegengesetzten Interesse einer größeren Verfügbarkeit des ungeborenen Lebens vorge tragen - die behauptete Parallele zwischen Hirntod und Hirnleben übersieht in beiden Fällen einen entscheidenden Sachverhalt. Schon auf der rein biologischen Ebene bedeutet das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein der Gehirntätigkeit beim Embryo etwas ganz anderes als beim erwachsenen Menschen. Der eine ist auch ohne aktuell vollzogene Gehirntätigkeit lebensfähig, weil es seiner Entwicklungsstufe entspricht, daß die Gehirnanlage noch nicht voll ausgebildet ist. Beim erwachsenen Menschen dagegen bedeutet der irreversible Ausfall seiner Gehirnfunktionen den sicheren Tod. Dieser schon auf der biologischen Ebene unbestreitbare Unterschied läßt sich in den Kategorien einer philosophischen Anthropologie so beschreiben: Während die Ausbildung der Gehirnanlage beim Embryo keine substantielle Veränderung seines Menschseins bedeutet, durch die sich ein zeitlich gestufter Eintritt der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens begründen ließe, erleidet der erwachsene Mensch im Tod jene substantielle Vernichtung, die als Trennung von Leib und Seele verstanden wird. Der spiegelbildliche Vergleich zwischen Hirnleben und Hirntod kann deshalb einer rationalen Überprüfung weder auf einer medizinisch-biologischen noch auf einer philosophischen Ebene standhalten - gleichgültig, ob er um eines angeblich konsequenteren Lebensschutzes willen oder zugunsten einer Lockerung rechtlicher Schutzbestimmungen ins Feld geführt wird.

Die Pietätspflicht gegenüber dem menschlichen Leichnam

Wenn im hirntoten Körper einzelne Organe aufgrund der künstlichen Beatmung noch lebensfähig bleiben und bis zur Entnahme konserviert werden können, so sind sie doch nicht mit dem Menschen identisch, dessen irdische Existenz mit dem Ereignis des Todes für immer zu Ende gegangen ist. Sie gehören zu einem menschlichen Leichnam, aber sie bilden nicht mehr das lebendige Ausdrucksmedium, in dem sich eine menschliche Person leibhaft darstellt. Diesem Leichnam gebührt noch immer Pietät und Achtung, denn er wird im Tod nicht zu einem Ding unter anderen Dingen. Wir achten in ihm vielmehr die zurückgebliebene Hülle und die sichtbare Gestalt, in der sich die Person während ihres irdischen Daseins leibhaft ausgedrückt hat. Da der Tod andererseits jedoch das wirkliche Ende der menschlichen Person und ihrer irdischen Existenz ist und damit auch das Ende ihrer freien Selbstbestimmung und der Verfügung über ihren Körper bedeutet, stellt die medizinische Verwendung der zurückgebliebenen Organe des toten Organismus keine Verletzung der Menschenwürde dar. Die dem Toten geschuldete Pietät und Ehrfurcht verbieten es, seinen Leichnam zur käuflichen Sache zu machen, aber sie richten sich zunächst auf das Andenken des Verstorbenen im Gedächtnis der Lebenden. Pietät und Ehrfurcht sind in erster Linie eine Frage der Haltung, mit der die Lebenden die Erinnerung des Verstorbenen pflegen; sie erfordern keinesfalls die körperliche Unversehrtheit des Leichnams. Dennoch können die äußeren Umstände, unter denen eine Organentnahme durchgeführt wird, gegen die Gefühle der Angehörigen und die Würde des Organspenders verstoßen. Deshalb fordert das Transplantationsgesetz in § 6, daß alle im Zusammenhang mit der Organentnahme notwendigen medizinischen Maßnahmen "unter Achtung der Würde des Organspenders in einer der ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechenden Weise" durchgeführt werden und daß der Leichnam anschließend "in würdigem Zustand" zur Bestattung übergeben werden muß. Ebenso wird das Recht der nächsten Angehörigen festgehalten, den Leichnam zu sehen, um von dem Verstorbenen Abschied nehmen zu können.

Auch aus der Sicht der christlichen Ethik muß daran erinnert werden, daß die Pflicht zum pietätvollen Umgang mit den sterblichen Überresten des Verstorbenen, die ein Gebot der Menschlichkeit ist, immer durch die Pflicht zur Liebe und zum Dienst am Nächsten begrenzt bleibt. Pietät, Trauer und das Gedenken an die Toten sind allgemein menschliche Phänomene, die als Bestandteil einer kultivierten Humanität auch für den Glauben Bedeutung haben. In einer weithin säkularisierten Gesellschaft erscheint zudem vielen die Begleitung von Trauernden und die würdige Gestaltung der Beerdigungsfei-

ern als einer der wenigen Anlässe, an denen die christlichen Kirchen noch öffentlich in Erscheinung treten. Auch wenn die Sorge um den Erhalt der Trauerrituale und einer religiös geprägten Beerdigungskultur daher ein wichtiges Anliegen kirchlicher Verkündigung und Seelsorgepraxis bleiben muß, ist darin weder ein Unterscheidungsmerkmal des christlichen Ethos noch das eigentlich Neue der Botschaft Jesu zu sehen. In der Bibel wird uns berichtet, wie Jesus weinte und durch den Tod seines Freundes Lazarus erschüttert wurde (vgl. Joh 11,33); zugleich verlangte er jedoch von seinen Jüngern, sich durch die Sorge um ihre Toten nicht von den drängenden Aufgaben des Reiches Gottes abhalten zu lassen (vgl. Mk 2,27; 3,35; Mt 8,22). Die Pietätspflicht darf deshalb nicht zu einem absoluten religiösen Gebot überhöht werden. Sie steht vielmehr in einem Spannungsverhältnis zu anderen ethischen Pflichten, die sich für den Christen aus dem Doppelgebot der Gottes- und Nächstenliebe ergeben. In der Erklärung der beiden großen christlichen Kirchen unseres Landes zur Organtransplantation (1990) wird dies ausdrücklich anerkannt. Dieses ökumenische Memorandum fordert Pietät vor dem menschlichen Leichnam, der zu Lebzeiten Träger der Person war, und Achtung vor den Gefühlen der Angehörigen. Aber es fährt dann fort: "Das Recht auf Integrität des Leichnams besitzt keine absolute Gültigkeit. Es kann zurücktreten hinter der Solidarität mit einem schwerkranken oder gar vom Tod bedrohten Mitmenschen"².

Die ethische Bewertung der Organspende

Die ethische Bewertung der freiwilligen Organspende hat sich auf dem Boden des Christentums in den letzten Jahrzehnten von einer strikten Ablehnung über eine bedingte Zulassung bis zur generellen Gutheißung gewandelt. Die katholische Moralthologie und die lehramtliche Verkündigung der Kirche hielten bis in die 50er Jahre an einem naturrechtlich begründeten Verstümmelungsverbot fest, das jeden Eingriff in die Integrität des menschlichen Körpers untersagte, sofern er nicht, wie bei der notwendigen Amputation eines einzelnen Gliedes, dem Wohl des ganzen Organismus dient. In einem einflußreichen moralthologischen Handbuch wurde dieses ausnahmslose Verbot mit den gleichen Argumenten begründet, die auch zum Nachweis der Unerlaubtheit der Selbsttötung herangezogen wurden: "Wenn ein Mensch über ein Organ seines Lebens Eigentümerisch verfügt, um es einem anderen zu übergeben, dann ist das eine Rechtsanmaßung, ein untauglicher Versuch, eine selbst durch noch so erhabene Motive nicht gerechtfertigte Selbstverletzung, - Beschädigung, - Verstümmelung. Weil diese grundsätzlich unerlaubt

ist, spielt es keine Rolle, ob das Organ einmal oder (z.B. Niere) doppelt besetzt ... (und somit) lebensnotwendig oder nicht (ist)"³.

Betrachtet man diese in beschwörenden Appellen vorgetragene Gedankenführung genauer, so ist leicht erkennbar, daß hier ein Zirkelschluß vorliegt, in dem bereits zu Anfang vorausgesetzt ist, was eigentlich erst zu begründen wäre: daß nämlich der Mensch unter keinen Umständen das Recht habe, über seinen Körper zu verfügen, um nach seinem Tod einem kranken Mitmenschen durch eine Organspende zur Wiedererlangung der Gesundheit zu verhelfen. Die vorgetragene Begründung für die moralische Unerlaubtheit eines solchen Eingriffs stellt die Organspende als eine unvollständige Selbsttötungshandlung dar, die in Analogie zum Suizid zu beurteilen sei. Diese Art von Pseudo-Argumentation, die von dem geliehenen Entsetzen lebt, das uns befällt, wenn ein Mitmensch vorzeitig und freiwillig aus dem Leben scheidet, konnte schon damals kaum überzeugen. Sie wird heute auch vom kirchlichen Lehramt, das an der Verwerflichkeit des Suizids nach wie vor und ohne jeden Abstrich festhält (vgl. *Evangelium vitae* Nr. 66), nicht mehr vertreten.

Auch nachdem die Unhaltbarkeit dieser traditionellen Lösung erkannt war, führten die Diskussionen um eine Ausweitung des sog. "Totalitätsprinzips" (nach dem eine Einzelhandlung gerechtfertigt sein kann, wenn sie dem Wohl eines übergeordneten Ganzen dient) auf die moralische und soziale Einheit aller Menschen zunächst nicht weiter. Ein Ausweg aus der Sackgasse der naturrechtlichen Argumentation zeigte sich erst, als man in den 60er Jahren dazu übergang, die Legitimität der Organspende christologisch vom Liebesgebot Jesu her zu begründen. Der Glaube vermag im Nächsten nämlich nicht nur einen fremden physischen Organismus, sondern den anderen Menschen zu sehen, mit dem ich "in Christus" (vgl. Gal 2,20) verbunden bin. Seitdem stimmen die beiden großen Kirchen in der Bejahung der Organspende überein. Sie sehen in der Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod heute ein "Zeichen der Nächstenliebe" und der "Solidarisierung mit Kranken und Behinderten", gegen das es aus christlicher Sicht keine grundsätzlichen Bedenken gibt: "Nach christlichem Verständnis ist das Leben und damit der Leib ein Geschenk des Schöpfers, über das der Mensch nicht nach Belieben verfügen kann, das er aber nach sorgfältiger Gewissensprüfung aus Liebe zum Nächsten einsetzen darf"⁴.

Der Durchbruch von einer bedingten Toleranz zur vorbehaltlosen Zustimmung zur Organspende als einer besonderen Möglichkeit, einem kranken Mitmenschen über den eigenen Tod hinaus zu helfen, vollzog sich zuerst auf ortskirchlicher Ebene in den Äußerungen einzelner Moralthologen und in den Stellungnahmen nationaler Bischofskonferenzen. Inzwischen hat diese Lehrentwicklung jedoch auch Eingang in weltkirchliche Dokumente von

höchster Verbindlichkeit gefunden. Der Katechismus der katholischen Kirche bezeichnet die freiwillige Organspende als sittlich zulässig oder sogar verdienstvoll, wenn zuvor der Tod des Spenders zweifelsfrei festgestellt wurde und - sofern es sich um eine Lebendspende handelt - "die physischen und psychischen Gefahren und Risiken, die der Spender eingeht, dem Nutzen, der beim Empfänger zu erwarten ist, entsprechen" (Nr. 2.296). Papst *Johannes Paul II.* bewertet die freiwillige Organspende in seiner Enzyklika "Evangelium vitae" (1995) als Ausdruck einer vorbildlichen und bewunderungswürdigen Haltung der Nächstenliebe. Sofern die vorangegangene Todesfeststellung nach "objektiven und angemessenen Kriterien" erfolgte, oder wenn es sich um eine Lebendspende handelt, sieht er in ihr eine "Geste des Teilens", die zu der von ihm geforderten "Zivilisation der Liebe" beitragen kann: "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" (Nr. 86, vgl. auch Nr. 15).

Organspende - eine sittliche Grundpflicht jedes Christen?

Die prinzipielle Bejahung der Organspende als einer Möglichkeit, einem kranken Mitmenschen aus dem Geist christlicher Nächstenliebe zu helfen, führt innerhalb der theologischen Wissenschaft jedoch bis heute zu Kontroversen darüber, ob das Ja oder Nein zu dieser Möglichkeit für den einzelnen als gleichwertige moralische Alternative zu betrachten ist oder nicht. Aus biblischer Sicht gilt das eine Grundgebot der Liebe für alle Christen, während andere sittliche Weisungen und Ratschläge wie die freigewählte Ehelosigkeit oder der radikale Besitzverzicht nur von denen zu befolgen sind, die sich dazu berufen wissen. Gehört die Organspende nach diesem Unterscheidungsschema zu den allgemeinen Forderungen der Nächstenliebe oder zu den besonderen Weisungen, die nur für diejenigen Verbindlichkeit beanspruchen, die sich zu solchen über das geforderte Maß hinausgehenden Haltungen der Liebe in der Lage sehen?

In der Frage, ob die Organspende als sittliche Grundpflicht jedes Christen anzusehen oder unter die sog. "supererogatorischen" (= über das Geforderte hinausgehenden) Handlungen einzuordnen ist, die man früher die "Werke der Übergebühr" nannte, gehen die Meinungen bis heute auseinander. Während auf der einen Seite evangelische Sozialethiker und katholische Moraltheologen in der freiwilligen Organspende einen "Testfall mitmenschlicher Soli-

darität" (*Franz Böckle, Antonellus Elsässer*) und eine "selbstverständliche Christenpflicht" (*Martin Honecker*) sehen, beharren andere mit gleichem Nachdruck darauf, daß ihre Verweigerung auch für den Christen eine "undiskriminierte Möglichkeit" (*Klaus-Peter Jörns*) bleiben muß. Sie wehren sich gegen die Unterstellung, die Verweigerung der Organspende entspringe notwendigerweise einer ängstlichen Tendenz zur Selbstbewahrung, und nehmen für einen solchen Entschluß ebenso wertvolle Motive in Anspruch, wie sie andere bei der umgekehrten Entscheidung zugunsten der Organspende leiten können. Die Nicht-Einwilligung in die Organentnahme nach dem eigenen Tod muß ja nicht aus ängstlichen Gründen erfolgen, sie kann auch durch den altruistischen Gedanken der Rücksichtnahme auf die Angehörigen motiviert sein, denen man ein ungestörtes Abschiednehmen ermöglichen möchte, das nicht unter dem Zeitdiktat medizinischer Arbeitsvorgänge steht. Wie aber kann, so fragen die anderen, die Organspende, wenn sie denn ein echter Ausdruck der Nächstenliebe sein soll, zu der alle Christen gleichermaßen verpflichtet sind, noch Gegenstand einer freien Entscheidung sein, die im Belieben des einzelnen steht?

Eine freie Geste der Hilfe über den Tod hinaus

In diesem Streit hilft nur eine sorgfältige Analyse weiter, die danach fragt, in welchem Sinn das Grundgebot der Liebe alle Menschen verpflichtet und inwiefern die Organspende als gültiger Ausdruck dieser sittlichen Grundforderung zur Liebe anzusehen ist. Dazu erweist sich zunächst eine Unterscheidung als hilfreich, die von einem emphatischen Sprachgebrauch, wie er auch in lehramtlichen Dokumenten und persönlichen Äußerungen einzelner Theologen begegnet, leicht übersehen wird: Die Bereitschaft zur Organspende entspringt dem *Geist* der christlichen Nächstenliebe, aber sie ist - außer im Fall der Lebendspende - nur im analogen Sinn als ein *Akt* der Nächstenliebe anzusehen. Sowohl von der Person des Spenders als auch vom Empfänger her unterscheidet sie sich von einem unmittelbaren Liebeserweis. Denn der Spender ist zum Zeitpunkt der Organentnahme bereits tot und zu personalen Akten nicht mehr fähig, der Empfänger dagegen bleibt anonym, so daß auch von seiner Seite her die Aufnahme einer personalen Beziehung ausgeschlossen ist. (Sie erscheint wegen der möglichen psychologischen Belastungen auch nicht wünschenswert.) Streng genommen kann die postmortale Organspende deshalb zwar als Dienst am Leben, aber nicht als "Opfer" zugunsten eines Nächsten bezeichnet werden, weil der Mensch im Tode nichts mehr zu verlieren hat und zu Akten der Hingabe nicht mehr fähig ist.

Zudem läßt sich an ein Grundprinzip aller Ethik und Moral erinnern, das auch in der Alternative "Christenpflicht" oder "freie Möglichkeit" gilt: der sittliche Wert *jeder* moralischen Verpflichtung hängt davon ab, daß sie frei übernommen und nicht erzwungen wird. Wie jede Liebestat muß auch die Organspende einem freien Entschluß entspringen, dem auf seiten des Empfängers kein einklagbarer Anspruch entspricht. Für ihn bleibt die Organspende eines ihm unbekanntem Mitmenschen immer ein unverhofftes Geschenk, das er nur in Dankbarkeit und Zuversicht entgegennehmen kann. Aber wie für den Empfänger die existentielle Angewiesenheit auf ein Spendeorgan und der frei gewährte Empfang dieser Gabe kein Gegensatz sind, so schließen sich auf seiten des Spenders auch die sittliche Verpflichtung zur Nächstenliebe und die Freiwilligkeit der Organspende nicht aus. Daß die Grundforderung der Liebe für alle gilt, bedeutet ja keineswegs, daß sie von allen auf ein und dieselbe Art, d.h. in identischen Verwirklichungsformen und Ausdrucksweisen, erfüllt werden muß. Was die konkrete Umsetzung im Leben der Menschen anbelangt, so bricht sich das eine Grundgebot der Liebe vielmehr in dem Prisma der unterschiedlichen Fähigkeiten, Begabungen und Charismen, die zur unverletzlichen Individualität jedes einzelnen gehören. Es gibt so viele Wege der Liebe, wie es Menschen gibt. Welcher konkrete Einsatz für den Nächsten von jedem einzelnen gefordert ist, läßt sich nicht unabhängig von seiner persönlichen Lage, seinen individuellen Möglichkeiten und seiner jeweils gegebenen Kraft bestimmen. Jenseits einer allgemeingültigen Untergrenze, die von den negativen Unterlassungspflichten (Verletzung der Menschenwürde, Mord, Folter, Diebstahl usw.) und den Grundgeboten des Dekalogs gezogen ist, bleibt es die wichtigste Aufgabe des individuellen Gewissensurteils, den an jeden persönlich ergehenden Anspruch der Liebe zu entdecken und entsprechend der sich daraus ergebenden sittlichen Verpflichtung in die Tat umzusetzen.

Insofern die moderne Transplantationsmedizin in Grenzbereiche vorstößt, die dem Zugriff des Menschen bislang verschlossen waren, stellt sie auch seine sittliche Urteilsfähigkeit und seine persönliche Gewissensbildung vor neue Herausforderungen. Leben und Tod liegen hier in bisher ungekannter Weise beieinander. Aus mitmenschlicher Solidarität und im Geist christlicher Nächstenliebe kann jeder von uns durch die Spende eines Körperorgans einem kranken Mitmenschen über den eigenen Tod hinaus helfen, die Gesundheit wiederzuerlangen und ein neu geschenktes Leben in Familie und Beruf zu führen. Schon das Wissen darum, daß jedem von uns diese Möglichkeit offensteht, fordert das individuelle Gewissen zu einer neuen Antwort heraus. Das bloße Fernhalten dieses Gedankens und der Aufschub einer bewußten Entscheidung für oder gegen die Möglichkeit der Organspende stellen auf

Dauer keine akzeptable Lösung dar. Auch wenn ein kranker Mitmensch durch seine existentielle Angewiesenheit auf eine lebensverlängernde Organspende keinen moralischen oder rechtlichen Anspruch auf die Hilfsbereitschaft der anderen erwirbt, geht von der Möglichkeit, zur Lebensrettung fremder Menschen beizutragen, ein Appell an uns alle aus, der uns zur eigenverantwortlichen Urteilsbildung herausfordert. Wer sich zu einer angstfreien und bewußten Entscheidung für die Organspende in der Lage sieht, sollte deshalb nicht zögern, seine Bereitschaft durch einen Spendeausweis zu dokumentieren und sie auch seinen Angehörigen gegenüber zum Ausdruck zu bringen.

Die Bedeutung der Goldenen Regel

Auch für die freiwillige Entscheidung zur Organspende gilt die Goldene Regel, in der Jesus das Gebot der Nächstenliebe zusammenfaßt: "Alles was ihr von anderen erwartet, das tut auch ihnen" (Mt 7,12). Schon die herausgehobene Stelle, an der Matthäus dieses Jesus-Wort überliefert - am Ende der Bergpredigt, als Zusammenfassung ihrer in den Antithesen exemplarisch greifbaren Forderungen -, weist auf die Bedeutung hin, die der Goldenen Regel zukommt. Im Munde Jesu besagt sie anderes und mehr als im Kontext einer antiken Vulgärethik, die ein pragmatisches *do-ut-des*-Prinzip ("gib, damit dir gegeben wird") zum Maßstab der moralischen Forderung macht. So wie Jesus sie versteht, verfolgt die Goldene Regel die gleiche Intention, die auch in dem bekannten Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Lk 10,25-37) erkennbar ist: Sie lädt uns zu einem gedanklichen Platztausch ein, in dem wir unseren Blick auf das richten, was wir von den anderen erwarten würden, wenn wir ihrer Hilfe bedürften. Nicht das pragmatische Kalkül, mit welchem Ausgleich wir realistischerweise rechnen können, sondern die Not des Nächsten wird durch die Goldene Regel, die Jesus erstmals in ihrer positiven Fassung verwendet, zum Maßstab der Liebe erhoben.

Diese ethische Grundregel bewährt sich in allen sittlichen Entscheidungskonflikten; sie gilt daher auch für den besonders sensiblen Bereich der Organspende, in dem der Tod des einen und die neuen Lebenschancen des anderen unlösbar miteinander verknüpft sind. Eine verantwortliche Entscheidung in gesunden Tagen könnte demnach durch ein hypothetisches Gedankenexperiment erfolgen, indem man sich wie in einem Rollentausch in beide Möglichkeiten hineinversetzt: als potentieller Organempfänger durch den hochherzigen Einsatz eines fremden Mitmenschen beschenkt zu werden oder im umgekehrten Fall ein eigenes Organ für das Leben des Nächsten zur Verfügung zu stellen. Gerade weil wechselseitige Hilfe, Uneigennützigkeit und

Großzügigkeit moralisch von höherem Wert als reine Tauschbeziehungen sind, kann ein solches Gedankenexperiment uns dazu anleiten, den Einsatz unserer Liebe an der konkreten Not des Nächsten auszurichten. Der Hinweis auf die Goldene Regel macht deutlich, daß die Alternative zwischen sittlicher Pflicht und Freiwilligkeit künstlich ist, weil die Logik der moralischen Erkenntnis in der konkreten Anwendungssituation jeweils auf die kreative Entdeckung und freie Anerkennung dessen zielt, was uns zur moralischen Verpflichtung werden soll. Es bleibt daher dabei: Auch die Entscheidung gegen eine Organspende muß um der Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit dieses Urteils willen eine undiskriminierte Möglichkeit bleiben. Sie ist aus ethischer Sicht jedoch nur dann konsequent, wenn sie beide Seiten dieser Alternative einbezieht und durchhält. Die Verweigerung der Organspende wird dagegen inkonsistent und selbstwidersprüchlich, wenn sie mit der heimlichen Hoffnung einhergeht, im Falle einer schweren Erkrankung durch den hochherzigen Einsatz eines fremden Mitmenschen einseitig zum Nutznießer der Transplantationsmedizin werden zu können.

Literaturhinweise

- Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bonn/Hannover 1990.
Hans Jonas, Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt 1986.
Richard Toellner (Hg.), Organtransplantation - Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen, Stuttgart/New York 1991.
Iris Löw-Friedrich/Wilhelm Schoeppe, Transplantation. Grundlagen - Klinik - Ethik und Recht, Darmstadt 1996.

Anmerkungen

- 1 Vgl. zuletzt die Stellungnahme des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Bischof *Karl Lehmann*, "Hirntod" - reales Zeichen des Todes, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, 43 (1997) 77.
- 2 Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bonn/Hannover 1990, 21.
- 3 J. Mausbach/G. Ermecke, Katholische Moraltheologie, Band 3, Münster 1961, 253.
- 4 Organtransplantationen, Fn. 2, 16; vgl. 26.

Zur Person des Verfassers

Dr. theol. Eberhard Schockenhoff, Professor für Moraltheologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.