



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Physiologie – Bereich vegetative Physiologie
- Univ.-Prof. Dr. phil. nat. R. E. Zimmermann -

**Organspende und Transplantation
und ihre Rezension
in der Ethik der abrahamitischen Religionen**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor rerum medicinalium
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Thomas Holznienkemper
aus Oelde/ Westf.

2003

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster.

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. phil. nat. R. E. Zimmermann

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. C. Spieker

Tag der mündlichen Prüfung: 15. Dezember 2003

לֹא-לֹא תַעֲמֹד עַל-רֵגְלֵי רֵעֶךָ אֲנִי יְהוָה

Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst.
(Lev 19, 18)

**Πάντα οὖν ὅσα ἐὰν θέλητε
ἵνα ποιῶσιν ὑμῖν οἱ ἄνθρωποι,
οὕτως καὶ ὑμεῖς ποιεῖτε αὐτοῖς·**

Alles nun, was ihr wollt, dass die Menschen euch tun,
das tut auch ihr ihnen ebenso.
(Mt 7, 12)

لَا يُؤْمِنُ أَحَدُكُمْ
حَتَّى يُحِبَّ لِأَخِيهِ مَا يُحِبُّ لِنَفْسِهِ .

Keiner von euch ist ein Gläubiger, solange er nicht
seinem Bruder wünscht, was er sich selber wünscht.
(An-Nawawi, 40 Hadite (Sprüche Muhammads), Hadit 13)

Bruder Körper ist arm ...: da heißt es, reich sein für ihn.
Oft war *er* der Reiche: so sei ihm verziehn
das Armsein seiner argen Momente.
Wenn er dann tut, als ob er uns kaum noch kennte,
darf man ihn leise erinnern an alles Gemeinsame.

Freilich wir sind nicht Eines, sondern zwei Einsame:
unser Bewusstsein und Er;
aber wie vieles, das wir einander weither verdanken,
wie Freunde es tun! Und man erfährt im Erkranken:
Freunde haben es schwer!

*(Rainer Maria Rilke, Für Herrn und Frau Verrijn-Stuart,
Val-Mont, 1. Mai 1926, in: Hackel, F.-H. (Hrsg.),
Rainer Maria Rilke. Gedichte aus den späten Jahren,
Frankfurt/Main – Leipzig 1990, 116f.)*

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Physiologie – Bereich vegetative Physiologie
Referent: Univ.-Prof. Dr. phil. nat. R. E. Zimmermann
Koreferent: Prof. Dr. med. C. Spieker

ZUSAMMENFASSUNG

Organspende und Transplantation und ihre Rezension in der Ethik der abrahamitischen Religionen Holznienkemper, Thomas

Bei aller Faszination für das Machbare und aller Hilfe, die bedürftigen Menschen durch die Transplantationsmedizin und ihrem kontinuierlichen Fortschritt zuteil wird, gilt es dennoch auch, die *ethische Dimension* der *Organspende* und *Transplantation* zu reflektieren und ihre Prinzipien zu bedenken.

Der Arbeitskreis Organspende (AKOS) beantwortet jährlich rund 20.000 Fragen zur Organspende. Eine Frage, die dabei immer wieder gestellt wird, betrifft die Einstellung der Religionen zur Organspende. Weil die drei *abrahamitischen Weltreligionen* – *Judentum*, *Christentum* und *Islam* - Europa kulturell, religiös und ethisch am stärksten beeinflusst haben, fokussiert diese Arbeit ihren Blick auf diese Religionen.

In der Begleitung von Patienten und in der Betreuung von Angehörigen bei diagnostiziertem Hirntod spielt das Votum des Arztes, der Pflegekräfte sowie des Krankenhausseelsorgers oft eine wesentliche und vielleicht gar entscheidende Rolle für oder auch gegen eine Entscheidung zur Organspende und Transplantation. Wer zur Organspende und Transplantation überzeugen will, nicht zuletzt um damit auch dem chronischen Organmangel entgegenzuwirken, sollte deshalb auch die ethischen Wurzeln und Überzeugungen seiner Adressaten kennen und verstehen. Deshalb tut Sachkenntnis und Klarheit nicht nur hinsichtlich medizinischer Fragen und *medizinethischer Prinzipien*, sondern auch bezüglich der jüdischen, christlichen und islamischen Ethik und deren speziellen ethischen Positionen zur Organspende und Transplantation not.

Die Zusammenschau *lehramtlicher Dokumente* und Stellungnahmen der drei abrahamitischen Religionen zur Organspende und Transplantation lässt eine allgemeine Übereinstimmung im Verständnis der Organspende als *Akt der Nächstenliebe* erkennen. Deutliche Unterschiede sind im Judentum bezüglich der *Todesdefinition* und hinsichtlich der Akzeptanz des *Hirntodkonzeptes* zu verzeichnen: Weil konservative Juden den Hirntod nicht als Todeskriterium anerkennen, sind Organspenden, wie im deutschen Transplantationsgesetz beschrieben, nach ihrem Glauben nicht erlaubt. Im Islam unterscheiden sich Sunniten und Schiiten in der praktischen Konsequenz erheblich: Während die Sunniten (in Deutschland ca. drei Millionen) auch bei Nicht-Muslimen als Spender wie als Empfänger in Frage kommen können, dürfen die Schiiten (in Deutschland ca. 100.000) ihre Organe nur einem anderen Muslim spenden. Organe empfangen dürfen sie dagegen auch von Andersgläubigen.

In ihrem jeweiligen religiös-geistesgeschichtlichen Kontext sind die Argumentationen der verschiedenen Ansätze durchaus stringent. In der Realität einer multikulturellen Gesellschaft wie etwa Deutschland jedoch birgt die Begegnung der verschiedenen ethischen Positionen einiges Konfliktpotential, das es zu akzeptieren, aber auch zu diskutieren gilt.

Religion und Medizin stehen auch heute noch in einem engeren Verhältnis zueinander als dies mancher glauben möchte. Religiöse Gefühle sind bei medizinischen Fragestellungen nicht zu unterschätzende Parameter in den jeweiligen Entscheidungsprozessen. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn es sich – wie bei der Organtransplantation – um Fragen im Zusammenhang mit Leben und Tod handelt. Die Grenzen der Medizin werden in Zukunft wohl immer weiter gesteckt werden. Angesichts dessen tut die Medizin gut daran, den Kontakt zu den Religionen jener Menschen, denen sie dient, nicht zu verlieren und ihre religiös motivierte Ethik zu achten. Die (abrahamitischen) Religionen sind herausgefordert, den Dialog mit der modernen Medizin zu pflegen, sich über neue Entwicklungen zu informieren und diese auf dem Hintergrund ihrer ethischen Prinzipien zu analysieren. Dann werden sie auch in der Lage sein, ihren Gläubigen bei neuen Fragestellungen sinn- und hoffnungsstiftende Handlungskonzepte anzubieten, die dem Wohlergehen des Einzelnen wie auch der Gesellschaft verantwortlich dienen.

Tag der mündlichen Prüfung: 15. Dezember 2003

Inhalt

Vorwort	11
I. Grundlagen zur Organspende und Transplantation	15
1. Begriffsklärung	15
2. Historische Entwicklung der Transplantationsmedizin	16
3. Die aktuelle Situation der Organspende	25
4. Spezielle medizinische Aspekte	35
4.1 Histokompatibilität	35
4.2 Abstoßungsreaktionen	36
4.3 Immunsuppression	39
4.4 Hirntod	42
4.4.1 Historische Entwicklung	42
4.4.2 Hirntod als Todeskriterium	46
4.4.2.1 Medizinisch	47
4.4.2.2 Jüdisch	48
4.4.2.3 Christlich	50
4.4.2.4 Islamisch	53
4.4.3 Bedeutung des Hirntod-Konzeptes	55
4.4.4 Diagnose	58
4.4.5 „Non-Heart-Beating-Donors“	64
5. Juristische Aspekte	70
5.1 Systeme der Einwilligung zur Organspende	70
5.1.1 Die Widerspruchslösung	71
5.1.2 Die Zustimmungslösung	71
5.2 Das deutsche Transplantationsgesetz	72
5.2.1 Die Problematik der Cross-Over-Lebendspende	75

6. Die Praxis der Organspende und Transplantation	79
6.1 Mögliche Spender	79
6.2 Allokation	80
6.3 Transplantation nach Totenspende	82
6.4 Transplantation nach Lebendspende	86
7. Organhandel	90
II. Prinzipien medizinischer Ethik	96
1. Bioethik: Anmerkungen zu einem ‚neuen‘ Terminus	96
2. Ontologische Prinzipien	98
2.1 Grundlegendes Prinzip: Menschenwürde	98
2.1.1 Philosophisch	100
2.1.1.1 „Preis“ und „Würde“	100
2.1.1.2 Menschenwürde und Liebesgebot	101
2.1.2 Theologisch	102
2.1.3 Menschenwürde und menschliches Wohlergehen	104
2.1.4 Notwendiges, aber kein hinreichendes Kriterium	106
2.1.5 Konsequenzen für Organspende und Transplantation	109
2.2 Das Totalitätsprinzip und seine Korrektur	111
3. Anwendungsprinzipien	115
3.1 „Prima-facie“-Prinzipien	115
3.1.1 Voluntas aegroti suprema lex	115
3.1.2 Nil nocere – bonum facere	117
3.1.3 Salus aegroti suprema lex	118
3.1.4 Gerechtigkeit	119
3.2 Tutorismus	120
3.3. Moralische Prinzipien ‚zweiter Ordnung‘	122

III. Organspende und Transplantation	
in der Ethik der abrahamitischen Religionen	124
A. Judentum	124
1. Grundzüge jüdischer Ethik	124
1.1 Der Traktat „Pirke Avot“	125
1.2 Ethische Weisungen nach dem Traktat „Pirke Avot“	127
1.3 Das Judentum – eine Religion der Tat	127
1.3.1 Der Begriff der „Halacha“	129
1.4 Frömmigkeit als Nachahmung Gottes	131
1.5 Gott als Partner der Taten des Menschen	133
1.6 Das Ethos der Barmherzigkeit	135
1.7 Liebe und Gerechtigkeit	138
2. Spezielle Aspekte jüdischer Medizinethik	142
2.1 Die Heiligkeit menschlichen Lebens	145
2.2 Der unendliche Wert menschlichen Lebens	145
2.3 Die Rettung menschlichen Lebens als oberstes Gebot	147
3. Organspende und Transplantation im Judentum	149
3.1 Lebendspende	149
3.2 Totenspende	152
3.2.1 Halachische Grundprinzipien im Umgang mit dem Toten	154
3.2.2 Hornhauttransplantation	156
3.2.3 Nierentransplantation	158
3.2.4 Herztransplantation	159
3.3 Zusammenfassung	161
B. Christentum	163
1. Grundzüge christlicher Ethik	163
1.1 Der Mensch als zur Selbstgestaltung berufenes Geschöpf	163
1.2 Die personale Antwort im Gewissensentscheid	164
1.3 Das Doppelgebot der Liebe	166
1.4 Die Liebe als Gesinnung und Tat	170
1.5 Nächstenliebe und Selbstliebe	173
1.6 Die „Goldene Regel“	179

2. Organspende und Transplantation im Christentum	184
2.1 Der katholische Standpunkt	184
2.2 Die protestantische Position	193
2.3 Die ökumenische Sicht	204
2.3.1 Lebendspende	207
2.3.2 Totenspende	210
2.4 Die orthodoxe Perspektive	215
2.5 Die Sichtweise der Zeugen Jehovas	219
C. Islam	230
1. Grundzüge islamischer Ethik	230
1.1 Ethik, Religion und Gesetz	230
1.2 Das Menschenbild	233
1.3 Offenbarung und Vernunft	234
1.3.1 Quellen der Moral	234
1.3.2 Glaube oder Vernunft?	235
1.3.3 Grundsatz: Alles, was moralisch ist, ist erlaubt	236
1.4 Ziele der Moral	238
1.5 Ethik und Wissenschaft	238
2. Medizinethik aus islamischer Sicht	242
3. Organspende und Transplantation im Islam	244
3.1 Die sunnitische Position	244
3.2 Die schiitische Perspektive	253
3.3 Zusammenfassung	256
IV. Resümee und Ausblick	257
Literaturverzeichnis	264
Danksagung	281

Vorwort

Unverhofft kann das Schicksal zuschlagen: Eine Nierenentzündung zwingt einen vorher Kerngesunden zur künstlichen Blutwäsche, die kleinsten Stufen werden zum Hindernis, wenn das Herz aufgrund einer Herzmuskelvergrößerung zu schwach wurde oder eine Herpes-Virus-Infektion der Hornhaut führt zur Erblindung. Eine Organ- oder Gewebetransplantation kann den vorzeitigen Tod abwenden oder die Lebensqualität entscheidend verbessern.

Die Transplantation ist heute eine akzeptierte und etablierte Methode zur Behandlung von Patienten¹ mit Organversagen. Sie wird angewandt, wenn andere Behandlungsmethoden nicht durchführbar sind oder fehlen. Zur Zeit können 25 verschiedene Organe und Gewebe transplantiert werden. Weltweit wurden bereits über 400.000 Nieren verpflanzt.

Die derzeitige Situation ist von gegenläufigen emotionalen Reaktionen geprägt: Auf der einen Seite herrscht eine diffuse Angst, die moderne Medizin ließe ein menschengerechtes Sterben nicht mehr zu, weil der Sterbeprozess unnötig hinausgezögert werde. Auf der anderen Seite besteht die Sorge, vorschnell für tot erklärt zu werden, um als „Ersatzteillager“ oder „Organdepot“ missbraucht zu werden. Entsprechend aufgemachte Presseberichte über den weltweiten Handel mit Organen geben solchen Ängsten und Befürchtungen zusätzlich Nahrung. Transplantationsmediziner beklagen die immer noch unzureichende Spendenbereitschaft und den daraus resultierenden signifikanten Organmangel.

Angeichts aller Faszination für das Machbare, den zugleich gegenläufigen emotionalen Reaktionen¹ und aller Hilfe, die bedürftigen Menschen durch die Transplantationsmedizin und ihrem kontinuierlichen Fortschritt zuteil wird, erscheint es um so dringlicher, die ethische Dimension der Organspende und Transplantation zu reflektieren und ihre Prinzipien zu bedenken.

Die Europäische Gemeinschaft hat sich im Laufe ihrer Genese immer mehr zu einer religiös und weltanschaulich pluralen Gesellschaft entwickelt. Zweifellos haben die drei abrahamitischen Weltreligionen – Judentum, Christentum und

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit verwende ich in dieser Arbeit das generische Maskulinum.

Islam – Europa religiös und ethisch am stärksten beeinflusst. Damit das Zusammenleben in einer solchen pluralen Gesellschaft gelingt, kommt es darauf an, die religiösen und ethischen Prägungen der großen Bevölkerungsgruppen zu kennen.

Dieser Fragestellung – fokussiert auf den Aspekt der Organspende und Transplantation – geht die vorliegende Arbeit nach. Der Arbeitskreis Organspende (AKOS) beantwortet jährlich rund 20.000 Fragen zur Organtransplantation.² Eine Frage, die dabei immer wieder gestellt wird, betrifft die Einstellung der Religionen zur Organspende. In Deutschland gibt es 26,6 Millionen katholische, 26,3 Millionen evangelische und rund eine Millionen orthodoxe Christen. Außerdem leben hier ca. 3,2 Millionen Muslime und 190.000 Menschen jüdischen Glaubens.³ Wie stehen diese Religionen dem Thema Organspende und Transplantation gegenüber? Zusätzlich geben auch das krasse Missverhältnis von realisierten Transplantationen⁴ und wartenden Patienten im Jahr 2002⁵ und anhaltende Fragen an das Hirntodkriterium sowie bezüglich der Lebendspende dem Thema nach wie vor große Dringlichkeit.

Auch wenn das Thema Religion heute vielfach als „Privatsache“ behandelt wird, Religionssoziologen eine „Verdunstung“ des Glaubens beklagen, Angehörige der christlichen Religionen sich vielfach kaum noch in ihrer eigenen Religion, geschweige denn im Judentum oder Islam auskennen und die drei großen Religionen unseres Landes sich - abgesehen von sehr vereinzelt Dialogen - immer doch noch eher durch ihre Distanz als denn Nähe zueinander definieren, führt der Blick auf die Religionszugehörigkeit der Patienten wie auch der Mitarbeiter eines Krankenhauses quasi als Mikrokosmos der Gesellschaft – in den

² Vgl. dazu ARBEITSKREIS ORGANSPENDE [AKOS] (Hrsg.), Pressemitteilung vom 09.04. 2000, <http://www.wernerschell.de/Aktuelles/april00.htm>.

³ Vgl. RELIGIONSWISSENSCHAFTLICHER MEDIEN UND INFORMATIONSDIENST E.V. [RE MID] (Hrsg.), http://www.uni-leipzig.de/~religion/remid_info_zahlen.htm.

⁴ Nicht alle Organe, in deren Entnahme eingewilligt wurde, können auch tatsächlich transplantiert werden: Medizinische Befunde, die vor oder bei der Entnahme erhoben werden, können dagegen sprechen.

⁵ DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION [DSO] (Hrsg.), Pressemitteilung vom 10.02. 2003, <http://www.dso-organspende.de>: „Im Bundesdurchschnitt haben im Jahr 2002 zwölf Personen pro eine Million Einwohner ihre Organe nach dem Tod gespendet. Das sind insgesamt 1.029 Organspender. Es wurden 3.305 Transplantationen durchgeführt. Aktuell stehen laut Eurotransplant (ET), der Vermittlungsdatei in Leiden/Niederlande, 11.500 deutsche Patientinnen und Patienten auf der Warteliste und hoffen auf ein Transplantat.“

letzten Jahren noch einmal verstärkt durch die politisch, religiös oder wirtschaftlich motivierte Zuwanderung von Menschen jüdischen Glaubens etwa aus Osteuropa oder Menschen aus muslimischen Ländern – anschaulich vor Augen, wie nah eigentlich und doch wieder fern voneinander Juden, Christen und Muslime in Deutschland miteinander bzw. aneinander vorbei leben. Indem jedoch in Deutschland Juden, Christen und Muslime zusammen leben, begegnen sich Kulturen, die durch ihre jeweilige Religion auch in ihrer Ethik und ihrem Bild vom Menschen geprägt sind. Wo es um das Gemeinwohl, um Solidarität bzw. das Wohl des anderen, wie etwa auch bei der Organspende und der Transplantation geht, bleibt die ethisch-religiöse Motivation des Einzelnen nicht ohne soziale Konsequenzen.

In der Begleitung von Patienten und in der Betreuung von Angehörigen bei diagnostiziertem Hirntod spielt das Votum des Arztes, der Pflegekräfte sowie des Krankenhausseelsorgers oft eine wesentliche und vielleicht gar entscheidende Rolle für oder auch gegen eine Entscheidung zur Organspende und Transplantation. Wer zur Organspende und Transplantation überzeugen will, nicht zuletzt um dadurch auch dem chronischen Organmangel entgegenzuwirken, sollte deshalb auch die ethischen Wurzeln und Überzeugungen seiner Adressaten kennen und verstehen. Deshalb tut Sachkenntnis und Klarheit nicht nur hinsichtlich medizinischer Fragen und medizinethischer Prinzipien, sondern auch bezüglich der jüdischen, christlichen und islamischen Ethik und deren speziellen ethischen Positionen zur Organspende und Transplantation not.

Obwohl im Kontext der Veröffentlichungen über Organspende und Transplantation immer wieder auch ethische Aspekte diskutiert und Standpunkte formuliert wurden, liegt bislang noch keine Publikation vor, die eine kritische Zusammenschau der ethischen Positionen verschiedener Religionen unternimmt. Ziel dieser Arbeit ist es daher, anhand lehramtlicher Dokumente und Stellungnahmen die ethische Position der drei abrahamitischen Religionen Judentum, Christentum und Islam zur Organspende und Transplantation darzustellen und zu vergleichen. Darüber hinaus soll die Frage nach der Stringenz und Bedeutung der verschiedenen Ansätze als ethisch-moralische Größe erörtert werden.

In Vergangenheit und Gegenwart hatten und haben Religionen in vielen Konfliktfällen weltweit oft einen verhängnisvollen Einfluss. Das die Frage nach der Ethik in den Weltreligionen jeden Menschen in unserer Zeit unmittelbar angeht, hat der am 11. September 2001 von islamistischer Seite verübte mörderische Anschlag auf das World Trade Center, das Pentagon und das State Department in den Vereinigten Staaten von Amerika brutal vor Augen geführt. Jedoch, so formuliert der Theologe HANS KÜNG in seinem Vorwort zur Ausstellung „Weltreligionen – Weltfrieden – Weltethos“, es gibt „... auch die hellen Seiten der Religionen: Als Heilslehren und Heilswege können sie Sinn stiften, können sie Förderer des Friedens und der Versöhnung sein, können sie auch dem heutigen Menschen ethische Maßstäbe und persönliche Orientierung vermitteln.“⁶ Menschen aller Religionen wissen viel zu wenig voneinander, wissen vor allem viel zu wenig über das Gemeinsame in ihren religiösen und ethischen Traditionen. Ein „Kampf der Kulturen“⁷ kann nur dann vermieden werden, wenn die Angehörigen der verschiedenen Religionen das Gespräch miteinander suchen und den Weg zu einem alle Menschen guten Willens verpflichtenden Weltethos konsequent beschreiten. Die Verständigung über die ethischen Ansätze der abrahamitischen Religionen zur Organspende und Transplantation kann vielleicht ein kleiner und doch nicht unwichtiger Schritt auf diesem wohl noch langen und weiten Weg sein.

⁶ KÜNG, H., Geleitwort zur Ausstellung „Weltreligionen – Weltfrieden – Weltethos“, in: Stiftung Weltethos für interkulturelle und interreligiöse Forschung, Bildung und Begegnung (Hrsg.), Begleitheft zur Ausstellung „Weltreligionen – Weltfrieden – Weltethos“, Tübingen 2000, 3.

⁷ Vgl. HUNTINGTON, S.P., Der Kampf der Kulturen. Die Neugestaltung der Weltpolitik im 21. Jahrhundert, Berlin 1998.

I. Grundlagen zur Organspende und Transplantation

1. Begriffsklärung

Unter einer *Transplantation* versteht die Medizin allgemein die Übertragung von lebenden Zellen, Gewebe oder Organen. Je nach Art des übertragenen Organs spricht man von einer Herz-, Knochen-, Nierentransplantation usw. Im Falle z.B. einer Nierentransplantation werden die funktionstüchtigen Nieren eines hirntoten⁸ Patienten oder unter bestimmten Umständen eine Niere von einem lebenden Spender⁹ operativ auf einen Patienten mit stark beeinträchtigter oder fehlender Nierenfunktion transplantiert, mit dem Ziel, die Niereninsuffizienz so zu kompensieren. Eine Nierentransplantation stellt neben der Hämodialyse und der Peritonealdialyse die dritte Möglichkeit der Nierenersatztherapie dar.

Die Chirurgie praktiziert zur Zeit vier unterschiedliche Transplantationsarten¹⁰:

Bei der *Autotransplantation* (= *autologe Organ-/Gewebetransplantation*) werden körpereigenes Gewebe bzw. körpereigene Organe innerhalb desselben Organismus an einen anderen Ort verpflanzt (= *autologe, heterotrope Transplantation*).

Werden Organe bzw. Gewebeteile zwischen genetisch identischen Personen (z.B. eineiigen Zwillingen) verpflanzt spricht die Transplantationschirurgie von einer sogenannten *Isotransplantation* (= *isogene, syngene Transplantation*).

Eine sogenannte *Allotransplantation* (= *allogene Transplantation*) nimmt die Chirurgie vor, wenn Organe bzw. Gewebeteile zwischen genetisch nicht identischen Spender-Empfänger-Paaren transplantiert werden.

Für die Organ- bzw. Gewebeübertragung innerhalb unterschiedlicher Spezies-Systeme wie z.B. vom Tier auf den Menschen gilt der Terminus *Xenotransplantation* (= *xenogene Transplantation*).¹¹

⁸ Vgl. dazu auch in diesem Kapitel den Abschnitt 4.4, Hirntod, 42ff.

⁹ Vgl. dazu auch in diesem Kapitel den Abschnitt 6.4, Transplantation nach Lebendspende, 86ff.

¹⁰ Vgl. dazu LAND, W. (Hrsg.), Transplantationschirurgie, in: Gschnitzer, F. u.a. (Hrsg.), Chirurgische Operationslehre/Breitner, Bd. 12 [Operationslehre], München u.a.² 1996, 4.

¹¹ Bezüglich der notwendigen Voraussetzungen zur Transplantation sowie möglicher Abstoßungsreaktionen und deren medikamentöser Intervention siehe in diesem Kapitel den Abschnitt 4, Spezielle medizinische Aspekte, 35ff.

2. Historische Entwicklung der Transplantationsmedizin

Die Idee des Menschen, Organe oder Organteile von einem Individuum auf ein anderes zu übertragen um damit zu heilen, ist bereits Gegenstand in zahlreichen Mythen und Legenden und kann bis ca. in das Jahr 500 v. Chr. zurückverfolgt werden.

Schon in der alten chinesischen Kultur soll der berühmte chinesische Arzt PIEN CH'IAO (geb. ca. 430 v. Chr.) einer Legende zufolge Herzverpflanzungen bei zwei erkrankten Soldaten vorgenommen haben, deren Gleichgewicht („Äquilibrium“) von Yin und Yang gestört war. Das Prinzip des Taoismus besteht in der Balance des Yin (weibliches, empfangendes Prinzip) und Yang (männliches, schöpferisches Prinzip), zweier opponierender Kräfte in einem Körper. Ein Patient hatte einen schwachen Willen, jedoch einen starken Geist, der andere einen starken Willen und einen schwachen Geist. Nach dem Austausch der Herzen soll es beiden Patienten sehr gut gegangen sein: sie waren geheilt, weil das Äquilibrium wieder hergestellt war.¹²

Darüber hinaus existieren zahlreiche weitere Zeugnisse für die Transplantationsidee in der Mythologie und den Sagen: So dokumentieren Fabeltiere, wie z.B. die Chimära, das Ungeheuer der griechischen Sage, welches den Kopf eines Löwen und den Körper einer Ziege besitzen soll, oder auch der Minotaurus, der aus dem Kopf eines Stieres und dem Körper eines Menschen bestehen soll, wie auch die Sphinx, jene Löwengestalt mit Menschenkopf, die faszinierende Vorstellung der Menschheit, Organe zu transplantieren, sogar zwischen unterschiedlichen Spezies.

Auch die Legende von KOSMAS und DAMIAN¹³, sie spielt ungefähr im Jahre 300 n. Chr., verdeutlicht die im Frühchristentum vorhandene Idee. Die beiden Heiligen, Zwillingenbrüder und Ärzte, heilen einen Christen mit einem vom Tumor

¹² Vgl. KAHAN, B.D., Pien Ch'iao, the legendary exchange of hearts, traditional chinese medicine, and the modern era of Cyclosporine, in: *Transplant Proc* 20-2, Suppl. 2(1988), 3.

¹³ Vgl. MELCHERS, H. u. E., *Das große Buch der Heiligen. Geschichte und Legende im Jahreslauf*, München¹¹ 1978, 615f.

befallenen Bein, indem sie ihm das gesunde Bein eines verstorbenen äthiopischen Mohren transplantieren.¹⁴

Erste *wissenschaftliche Organtransplantationen* lassen sich jedoch erst im 18. Jahrhundert belegen, insbesondere im 19. Jahrhundert mit der systematischen Erforschung von Gewebeübertragungen, z.B. der Haut.¹⁵ Die eigentliche Entstehung der Organtransplantation beginnt laut THOMAS SCHLICH, Medizinhistoriker am Institut für Geschichte der Universität Freiburg, im Juli 1883, als der Berner Chirurg EMIL THEODOR KOCHER einem jungen Mann, der an einer Struma litt, nach der Schilddrüsentotalexstirpation fremdes menschliches Schilddrüsengewebe unter die Haut des Halses pflanzte.¹⁶ Für seine Arbeiten über Physiologie, Pathologie und Chirurgie erhielt KOCHER 1909 den Nobelpreis für Medizin.

Mit der Entdeckung des ersten *menschlichen Blutgruppensystems* (A-B-0) durch KARL LANDSTEINER¹⁷ im Jahre 1901 in Wien sind erste Bluttransfusionen möglich, die erste Form der Organtransplantation. Um 1900 war das Organersatzkonzept in der Medizin allgemein akzeptiert. Die „Reparatur“ am Kör-

¹⁴ Auf zwei bemerkenswerte Illustrationen dieser Legende in der Kunst des Spätmittelalters sei hingewiesen: Das Gemälde des Dominikaners BEATO FRA ANGELICO in der Predella des Altares von San Marco in Florenz und das Gemälde „Die Wunderheilung der heiligen Ärzte Kosmas und Damian“ eines unbekanntes Meisters, das sich derzeit in der Württembergischen Staatsgalerie in Stuttgart befindet.

¹⁵ Bezüglich der weiteren Ausführungen dieses Abschnittes zur historischen Entwicklung der wissenschaftlichen Organtransplantation vgl. WAGNER, E., Geschichtlicher Abriss der Organtransplantation, in: Pichelmayer, R. (Hrsg.), Transplantationschirurgie, Berlin u.a. 1981; MURRAY, J.E., Human organ transplantation: background and consequences, in: Science 256(1992) 141; LAND, W., (Hrsg.), Transplantationschirurgie, a.a.O. (s. Anm. 10) 3; SCHLICH, Th., Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880-1930), Frankfurt/Main 1998; DERS., Transplantation. Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung, München 1998; PFITZMANN, R. u.a. (Hrsg.), Organtransplantation. Transplantation thorakaler und abdomineller Organe [Organtransplantation], Berlin 2001, 3f.

¹⁶ Um die unerwünschten Folgen der Thyreoidektomie zu vermeiden, pflanzte KOCHER dem Patienten fremdes Schilddrüsengewebe ein. Strumen waren zu jener Zeit ein ernsthaftes medizinisches Problem, dessen Therapie zahlreiche Diskussionen auslöste. Wegen der schwer- bis unbeherrschbaren Blutungen und der damit verbundenen hohen Letalität lehnten die meisten der damaligen Chirurgen einen operativen Eingriff ab. Im Vertrauen auf sein chirurgisches Können perfektionierte KOCHER die Operation, an die viele Chirurgen sich erst seit den 1860/70er Jahren heranwagten. Interessanterweise war den Ärzten der damaligen Zeit die Funktion der Schilddrüse weitgehend unbekannt. KOCHER vermutete, dass die Schilddrüse eine „wichtige“ Funktion besitzt, die bei kompletter Schilddrüsenresektion verloren geht, jedoch durch transplantiertes Gewebe wieder ausgeübt werden kann.

¹⁷ Vgl. LANDSTEINER, K., Über Agglutinationserscheinungen normalen menschlichen Blutes, Wien 1901.

peräußeren durch Verpflanzung von Haut, Nerven, Knochen oder Gefäßen erlebte nach 1900 eine gewisse Konjunktur.

Einen wichtigen Meilenstein in der Entwicklung der Transplantationsmedizin setzte der gebürtige Ungar EMMERICH ULLMANN als er am 27. Juli 1902 vor der Wiener Gesellschaft für Chirurgie die *erste technisch erfolgreiche experimentelle Nierentransplantation* bei einem Hund demonstrierte.¹⁸ Durch ULLMANN inspiriert begann der französische Chirurg ALEXIS CARREL seine experimentellen Arbeiten in der Transplantationsmedizin. Während ULLMANN selbst auf eine Fortführung seiner Experimente verzichtete, spezialisierte CARREL sich auf die Transplantation von Geweben und Organen und führte die *Kältekonservierung von Gefäßtransplantaten* ein.

Die entscheidende Voraussetzung zur Durchführung breit angelegter experimenteller Organtransplantationen bei unterschiedlichen Tierarten gelang CARREL zusammen mit seinem französischen Kollegen MATHIEU JABOULAY, als er 1901 in Lyon die *Gefäßnahttechnik* perfektionierte indem er eine Technik für Gefäßanastomosen ohne Nähte erarbeitete („Carrel'sche Naht“) und damit das Haupthindernis der Organtransplantation aus chirurgisch-technischer Sicht beseitigte.¹⁹ Ab 1904 arbeitete CARREL in Chicago am Hull Physiological Laboratory of the University of Chicago mit CHARLES CLAUDE GUTHRIE zusammen. Dieser legte 1905 grundlegende experimentelle Ergebnisse über die *Organperfusion und Organkonservierung durch Hypothermie* vor. Im selben Jahr unternahmen CARREL und GUTHRIE den ersten Versuch der Transplantation eines Hundeherzens in einen anderen Hund.²⁰ Das Tier überlebte leider nur zwei Stunden.²¹ CARREL entwickelte seine Methoden zur Verpflanzung ganzer Organe kontinuierlich weiter und konnte so 1908 einen Hund präsentieren, der bereits 17 Monate mit einer transplantierten Niere lebte. Als Anerkennung sei-

¹⁸ ULLMANN transplantierte die Niere einer Ziege in den Nackenbereich des Hundes und führte den Ureter durch die Haut nach außen, um so die Harnproduktion dokumentieren zu können. Die Urinproduktion funktionierte fünf Tage.

¹⁹ Vgl. CARREL, A., The operative technique for vascular anastomoses and transplantation of viscera, in: Lyon med. 98(1902), 859.

²⁰ Diesen weltweit ersten Versuch der Transplantation eines Hundeherzens beschreiben CARREL und GUTHRIE in ihrem Artikel „The Transplantation of Veins and Organs“. Vgl. dazu CARREL, A./GUTHRIE, C.C., The Transplantation of Veins and Organs, in: AmMed 10(1906), 1101f.

²¹ Die Perfusion der Koronarien des Herzens in der Halsgegend erlaubte zwar eine Kontraktion, ließ aber keine hämodynamisch ausreichende Funktion zu.

ner Arbeiten über die Gefäßnaht sowie über Gefäß- und Organtransplantation erhielt CARREL 1912 den Nobelpreis für Medizin.

Bereits 1908 gelang dem deutschen Chirurgen ERICH LEXER die *erste erfolgreiche allogene Gelenktransplantation* beim Menschen (allerdings ohne Gefäßanastomosen), womit er ebenfalls einen weiteren Meilenstein der Transplantationsmedizin setzte. Ein anderer deutscher Chirurg, ERNST UNGER in Berlin, führte dann 1909/1910 eine *Nierentransplantation* beim Menschen durch, indem er eine Affenniere an die Oberschenkelgefäße eines jungen Mädchens anschloss, leider jedoch erfolglos.²² Kurz zuvor, im Jahre 1909 hatte der frühere Mitarbeiter von CARREL, MATHIEU JABOULAY, in Lyon den ersten Versuch einer klinischen Nierentransplantation unternommen, wobei auch er als Spender Tiere, eine Ziege bzw. ein Schaf verwendete. Abgesehen davon, dass die an den Armgefäßen der Patienten angeschlossenen Organe für etwa eine Stunde funktionierten, verliefen auch diese klinischen Versuche nicht erfolgreich.

Im Jahre 1912 äußerte der Pathologe GÖRGE SCHÖNE als erster die Vermutung, dass die Abstoßung von Transplantaten nicht auf eine Unverträglichkeit von Blutgruppen zurückzuführen ist, sondern auf einen *Immunprozess*: Fremde Eiweißstoffe wirken im Körper als Antigen, das die Bildung spezifischer Antikörper provoziert. Sie stoßen die Immunreaktion an. Normalerweise richtet sich diese Schutzfunktion gegen eindringende Bakterien und Viren, ebenso jedoch auch gegen verpflanzte Organe. Die Abstoßungsreaktion des Organismus stellte ein scheinbar unlösbares Problem dar, was dazu führte, dass die Organtransplantation für die nächsten Jahre praktisch aufgegeben wurde.

Eine klinische Nierentransplantation unter erstmaliger Verwendung einer *humanen Niere*, die einer Leiche entnommen war, wagte dann im Jahre 1933 der ukrainische Chirurg YU YU VORONOV in Kiew bei einem schweren Vergiftungsfall. Die 26-jährige Empfängerin überlebte vier Tage. In seinen experimentellen Studien kam VORONOV zu dem Ergebnis, dass Transplantatabstoßungen als ein immunologisches Ereignis zu betrachten seien. Die Spenderniere funktionierte zu keinem Zeitpunkt.

²² Zur speziellen Geschichte der Nierentransplantation vgl. HAMILTON, D., *Kidney transplantation: A History*, in: Morris, P. (Ed.), *Kidney transplantation: principles and practice*, Philadelphia 1988.

Nachdem in den frühen 50er Jahren in zunehmendem Maße die immunologisch bedingte Transplantatzerstörung evident wurde und weniger die chirurgische Technik das Haupthindernis bei der Organtransplantation darstellte, beschäftigten sich insbesondere zwei Arbeitsgruppen, KÜSS und HAMBURGER in Paris und HUME mit seinen Mitarbeitern in Boston/USA, mit der klinischen Nierentransplantation. Am 17. Juni 1950 unternahm der US-amerikanische Chirurg RICHARD H. LAWLER mit seinem Team den Versuch einer Nierentransplantation unter Verwendung der Niere einer Leiche²³ und 1952 praktizierte HAMBURGER in Paris die *Lebendspende* mit einer Niere der Mutter seines Patienten. In beiden Fällen starben die Patienten wenige Tage nach der Transplantation. Aus diesen Resultaten zog man damals die Schlussfolgerung, dass Organverpflanzungen nur zwischen eineiigen Zwillingen erfolgreich sein konnten.

Die *erste erfolgreiche Nierentransplantation als isogene bzw. syngene Transplantation beim Menschen* gelang dann am 23. Dezember 1954 im Peter-Bent-Brigham-Krankenhaus in Boston der Arbeitsgruppe um JOSEPH E. MURRAY. Spender der Niere war der eineiige Zwilling Bruder des Patienten.²⁴ Eine immunsuppressive Therapie zur Verhinderung der Abstoßung war daher wegen des identischen Gewebemusters zwischen Spender und Empfänger nicht notwendig. Dieser erste klinische Erfolg belegte, dass die *genetische Kompatibilität* für das Überleben des Transplantates essentiell war. 1958 entdeckte JEAN DAUSSET in Paris das *HLA-System* (Human Leukocyte Antigen-System).²⁵ Mit seiner Hilfe unterscheidet das Immunsystem anhand spezifischer, ererbter Merkmale zwischen fremdem und eigenem Gewebe. In den folgenden Jahren wurde klarer, dass die Abstoßung eines Transplantates durch *Suppression des Immunsystems* zu verhindern ist und es entstanden zahlreiche Arbeiten auf dem Gebiet der Immunologie.

²³ Vgl. LAWLER, R.H./WEST, J.W./McNULTY, P.H./CLANCY, E.J./MURPHY, R.P., Homotransplantation of the kidney in the human, in: The Journal of the American Medical Association [JAMA] 144(1950), 844.

²⁴ Der Organempfänger lebte nach der Transplantation noch acht Jahre, ehe er an einem Herzinfarkt verstarb. - Vgl. MURRAY, J.E./MERRILL, J.P./HARRISON, J.H., Renal homotransplantation in identical twins, in: Surg. Forum 6(1955), 432. – Für seine Entdeckungen im Zusammenhang mit der Transplantation von Organen erhielt MURRAY zusammen mit EDWARD DONALL THOMAS 1990 den Nobelpreis für Physiologie und Medizin.

²⁵ Vgl. dazu BRENT, L., A History of Transplantation Immunology [A History], San Diego 1997, 138-169. – Siehe dazu auch in diesem Kapitel den Abschnitt 4.1, Histokompatibilität, 35f.

Die Abwehrreaktion versuchte man zuerst durch eine *radikale Bestrahlungstherapie* auszuschalten. Nach erfolglosen Versuchen 1958 in Boston wurden 1959 in zwei Fällen Nieren erfolgreich zwischen zweieiigen, also genetisch unterschiedlichen Zwillingen verpflanzt. Danach gelang eine Transplantation zwischen Geschwistern, die nicht Zwillinge waren und 1960 in Paris zwischen einem nichtverwandten Spender und Empfänger.²⁶ Mit Hilfe von Bestrahlungen gelang es, die Abstoßung zu begrenzen. Wegen des aggressiven Charakters der Bestrahlungsmethode wurde versucht, der Abstoßungsreaktion medikamentös zu begegnen.²⁷ Im April 1962 erfolgte in Boston die *erste erfolgreiche allogene Nierentransplantation unter Verwendung immunsuppressiver Medikamente*, wodurch eine neue Phase der Organtransplantation eingeleitet wurde. Die Niere wurde zum bevorzugten Organ der Transplantationsmedizin, da sie chirurgietechnisch gesehen ideal ist, weil sie von relativ großen Einzelgefäßen versorgt wird; weil sie doppelt angelegt ist und somit auch eine Lebendspende ermöglicht und sie bei einseitigem Ausfall eine potentielle Funktionskompensation der Gegenseite zulässt; weil niereninsuffiziente Patienten nicht selten jung und ansonsten gesund sind und schließlich weil es die Dialyse als Therapiemöglichkeit gibt.

Neben steigenden Zahlen an tierexperimentellen Arbeiten gelangen in den 60er Jahren erstmals auch erfolgreiche Transplantationen von anderen Organen als der Niere: 1963 erfolgte die *erste orthotrope Lebertransplantation* durch THOMAS E. STARZL in Denver/USA.²⁸ Am 11. Juli des gleichen Jahres nahm JAMES D. HARDY in Jackson, Mississippi/USA die *erste Lungentransplantation* vor.²⁹ 1964 fand dann die *erste Xenotransplantation einer Schimpansenniere*

²⁶ Beide Patienten lebten noch 20 bzw. 26 Jahre.

²⁷ Von 1910 bis 1960 wurde eine Methode zur Verhinderung der Abstoßungsreaktion durch radikale Bestrahlung oder Behandlung mit Chemikalien (Benzol und Toluol) gesucht. Diese Therapien zerstörten allerdings unselektiv alle sich teilenden Zellen. Die erfolgreiche Immunsuppression begann in den 60er Jahren mit der Entdeckung des immunsuppressiven Antikrebs-Mittels Azathioprin. Zusammen mit entzündungshemmenden Corticosteroiden verabreicht, bildet diese Medikation noch heute das Rückgrat zur Verhinderung der Organabstoßung.

²⁸ Der Patient starb bereits während der Operation. Das Team um STARZL führte im selben Jahr noch zwei weitere Lebertransplantationen durch, wobei der erste Patient nach 7 ½ und der zweite nach 22 Tagen verstarb. Bis 1970 wurden weltweit insgesamt 109 Lebertransplantationen vorgenommen.

²⁹ Der Patient überlebte 18 Tage. Bis 1970 wurden 23 weitere Lungentransplantationen ohne den gewünschten Erfolg vorgenommen. – Derselbe JAMES D. HARDY schreckte übrigens am 23. Januar 1964 bei einer geplanten Transplantation eine menschlichen Herzens aus ethischen

durch OSCAR CREECH und KEITH REEMTSMA statt.³⁰ Die *erste Pankreas-
transplantation* erfolgte 1967 durch KELLY und LILLEHEI in Minneapolis/USA.

Die größte Beachtung in medizinischen Fachkreisen und der Weltöffentlichkeit erhielt die *erste erfolgreiche allogene Herztransplantation* am 3. Dezember 1967 durch CHRISTIAAN BARNARD in Südafrika. Das Herz einer bei einem Verkehrsunfall verstorbenen 24-jährigen Frau wurde einem 54-jährigen Patienten eingepflanzt.³¹ Während der Operation gelangte ein in den 50-ger Jahren entwickeltes künstliches Herz zum Einsatz, das einen körperexternen Kreislauf aufrechterhielt. Der Patient von BARNARD verstarb bereits nach 18 Tagen.

Nach diesem großen Durchbruch wurden in den folgenden Jahren weltweit zahlreiche Herztransplantationen durchgeführt. Auch die Transplantation anderer Organe nahm weltweit zu. In diesem Klima gründete 1967 JON VAN ROOD³² in Leiden/Niederlande die internationale Organvermittlungsstelle „EUROTRANSPLANT“. Aufgrund von Abstoßungsreaktionen sowie Infektionen waren die klinischen Ergebnisse der Transplantationen jedoch sehr ernüchternd und die Erfolgsraten mäßig, so dass die Transplantationsmedizin in den 70er Jahren wieder deutlich stagnierte.

Wie bereits erwähnt³³ standen der Transplantationschirurgie anfangs nur *Azathioprin* und *Corticosteroide* zur Verfügung. Revolutioniert wurde die Trans-

Bedenken wegen der Todeszeitbestimmung beim Spender (vgl. dazu in diesem Kapitel den Abschnitt 4, *Spezielle medizinische Aspekte, dort 4.4 Hirntod, 42ff.*) und dem damit verbundenen Gewissenskonflikt davor zurück, die Beatmung des potentiellen Spenders zu beenden und implantierte seinem Patienten stattdessen (erfolglos) ein Schimpansenherz. Diese Operation stellt zugleich auch die weltweit erste xenogene Herztransplantation dar. – Vgl. dazu HARDY, J.D./CHAVES, C.M./KURRUS, F.D./NEELEY, W.A./ERASLAN, S./TURNER, M.D., Heart transplantation in man: development studies and a report of a case, in: JAMA 188(1964), 1132-1140.

³⁰ Das mehrmonatige Überleben einzelner Patienten ließ vermuten, dass auch die Xenotransplantation, die Übertragung von Organen zwischen verschiedenen Spezies bei entsprechender Weiterentwicklung der Immunsuppressiva möglich werden könnte.

³¹ Im Kontext der vorliegenden Arbeit sei darauf hingewiesen, dass die Familie des Empfängers, Louis Washkansky, der gläubiger Jude war, vor der Transplantation noch den international bekannten jüdischen Medizinethiker Rabbi Jakobovits, seines Zeichens „Chief Rabbi of Britain“ konsultierte, um von ihm zu erfahren, ob die Transplantation eines menschlichen Herzens mit den Prinzipien und der Lehre des Judentums vereinbar sei. Der Rabbi gab seine Zustimmung.

³² In einer Studie konnte VAN ROOD nachweisen, dass die HLA-Übereinstimmung bedeutenden Einfluss auf die Überlebenszeit des Transplantierten und die Akzeptanz des implantierten Organs hat.

³³ Vgl. Anm. 27.

plantationschirurgie durch die Einführung von *Cyclosporin A*³⁴ unter dem Markennamen *Sandimmun*[®]. Der erste klinische Einsatz von Cyclosporin A begann 1978 in England. In Deutschland wurde Cyclosporin A erst 1981 zugelassen. Ab 1983 war es dann fester Bestandteil in der Transplantationsmedizin. Der Erfolg der allogenen Herz-, Nieren- und Lebertransplantationen hinsichtlich der Überlebensrate und der Lebensqualität wurde durch das neue immunsuppressive Medikament eindeutig gesteigert. Lungen-, Pankreas- und Dünndarmtransplantationen wurden durch Cyclosporin überhaupt erst klinisch praktikabel.

Mit den Fortschritten und Erfolgen der immunsuppressiven Therapie kam es in den 80er Jahren zu weiteren Transplantationserfolgen: 1984 führte BAILY in Kalifornien/USA die *Xenotransplantation* eines Pavianherzens auf ein Kleinkind, das als „Baby Fae“ bekannt wurde, durch. Das Kind starb 14 Tage später nach einer Abstoßung des Implantates. Dadurch wurde eine heftige Diskussion über die Xenotransplantation ausgelöst.

1987 fand die erste erfolgreiche *Dominotransplantation* statt: Ein lungenkranker Patient erhielt eine kombinierte Herz-Lungentransplantation und spendete sein gesundes Herz einem herzkranken Patienten. 1988 konnte die *erste erfolgreiche kombinierte Leber- und Dünndarmtransplantation* von GRANT in London durchgeführt werden. 1989 folgte die erste Multiorgantransplantation durch MARGREITER am Universitätsklinikum Innsbruck. Anfang der 90er Jahre sammelte STARZL in den USA bei Nierentransplantationen erste klinische Erfahrungen mit dem 1984 in Japan entdeckten Wirkstoff *Tacrolimus*, kurz FK 506

³⁴ Durch die Entdeckung von Pilzkulturen (Cyclosporine) in Bodenproben aus der Hardanger-Region im Jahre 1970, auf der Suche nach neuen Antibiotika, begann eine neue Ära der Transplantationsforschung. Einen Stamm dieser Pilzkultur schickte man zu Sandoz nach Basel. Der Leiter des dortigen mikrobiologischen Labors, JEAN-FRANCIOS BOREL, entdeckte 1972 die Wirkung von Cyclosporin auf das Immunsystem. Ihm fiel auf, dass diese neue Substanz die Eigenschaft hatte, Lymphozytenkulturen zu hemmen. Man fand heraus, dass die Lymphozytenhemmung etwa 300 mal stärker war als die gegen andere Zell-Linien. Nach der Publikation dieser neuen Erkenntnisse wurden erste Proben nach Cambridge zu ROY CALNE geschickt, um sie in Tierversuchen zu testen. Die ersten Resultate waren äußerst erfolgversprechend. Dies veranlasste CALNE zur Empfehlung, Cyclosporin A alsbald zur Immunsuppression bei menschlichen Transplantationen zu testen. - Anfangs wurde Cyclosporin aus dem Bodenpilz *Tolypocladium inflatum* isoliert. Heute wird das 11 Aminosäuren lange, lipophile zyklische Peptid synthetisch hergestellt. Es wirkt überwiegend in T-Lymphozyten. – Vgl. dazu BRENT, L., A History, a.a.O. (s. Anm. 25), 230-291.

genannt, der in Deutschland 1995 unter dem Produktnamen *Prograf*^{®35} als immunsuppressives Medikament zugelassen wurde. 1992 unternahm STARZL den Versuch einer *xenogenen Lebertransplantation* vom Pavian auf einen Menschen. Der Empfänger starb nach zwei Monaten an einer Hirnblutung. 1998 gelang JEAN-MICHEL DUBEMARD in Lyon/Frankreich die *erste Handtransplantation*. In einer 13-stündigen Operation wurden erstmals Hand und Vorderarm eines toten Spenders transplantiert. 2002 schließlich wurde in Saudi Arabien die *erste Transplantation einer Gebärmutter* vorgenommen. Dabei wurde einer 26-jährigen Frau der Uterus einer 46-jährigen implantiert. Der transplantierte Uterus heilte zunächst komplikationslos ein und reagierte schon nach kurzer Zeit auf die entsprechende Hormonbehandlung mit einer Entzugsblutung. 99 Tage nach der Transplantation musste der Uterus aufgrund einer akuten Thrombose entfernt werden. Diese erste – teilweise erfolgreiche – Transplantation ermutigt nach Expertenmeinung zu weiteren Versuchen.

Diese kurze Übersicht zur historischen Entwicklung der Transplantationsmedizin zeigt, dass die USA als das eigentliche „Pionierland“ der klinischen Organtransplantation gelten. Bis heute wurden mittlerweile weltweit über eine halbe Million Organtransplantationen durchgeführt.

In einer Zeit, in der die Transplantation von Organen bereits zu einem standardisierten Routineverfahren bei terminalem Organversagen gehört, steht nun primär die Entwicklung neuer immunsuppressiver Medikamente³⁶ sowie die Optimierung der Konservierungslösungen- und verfahren im Vordergrund des aktuellen wissenschaftlich-medizinischen Interesses.³⁷

³⁵ Prograf[®] wirkt ähnlich wie Cyclosporin und ist ein Makrolidantibiotikum. Es wird aus dem Bodenpilz *Streptomyces tsukubaensis* gewonnen.

³⁶ Die heute verfügbaren Immunsuppressiva wirken immer noch unselektiv auf die T-Lymphozyten und haben beträchtliche Nebenwirkungen. Es werden nicht nur die gegen das Transplantat gerichteten Abwehrzellen geschwächt, sondern auch diejenigen, die den Körper vor Infektionserregern schützen. Die Haupttodesursache bei transplantierten Patienten sind daher Infektionen. - Anfang 2002 erprobte KLEMENS BUDE an der Charité in Berlin an 20 Patienten nach Nierentransplantation ein neues Mittel zur Immunsuppression mit dem Prüfnamen FTY. Es erwies sich als besonders gut verträglich und bewirkte interessanterweise nicht nur Immunsuppression sondern sogar Immunmodulation. Bei FTY handelt es sich um einen Wirkstoff, der von der Firma Novartis in Basel aus einem Pilz (*Isaria sindarii*) synthetisiert wurde.

³⁷ Einen hervorragenden Überblick zur aktuellen Situation der Transplantationsmedizin und ihrer Forschung bietet der Informationsdienst TPI-NEWSBOX-TRANSPLANTATION (Hrsg.), http://www.tpiweb.com/NewsBox/NBA_Transplantation.html.

3. Die aktuelle Situation der Organspende

Kaum eine Therapieform hat in den letzten Jahren so immense Fortschritte erzielt wie die Organtransplantation. Die Transplantationschirurgie hat sich zu einem wohletablierten Zweig der Chirurgie mit großen Fallzahlen und hohen Überlebenszeiten der Patienten entwickelt. Die Zahl an Transplantationen ist weltweit kontinuierlich angestiegen und die Erfolgsquote konnte unter anderem durch neue Medikamente zur Verhinderung der Organabstoßung wesentlich optimiert werden. Im allgemeinen haben die Patienten nach der Organtransplantation eine deutlich höhere Lebensqualität als vorher. Vielfach ist die Transplantation die einzige lebensrettende Therapiemöglichkeit überhaupt.³⁸

Bei vielen Erkrankungen ist die *Knochenmarktransplantation* die einzige Therapie, mit der noch eine Heilung bei meist sehr jungen Patienten erzielt werden kann. Während ursprünglich Patienten mit akuten und chronischen Leukämien sowie aplastischen Anämien (durch Knochenmarksversagen bedingte Blutarmut) transplantiert wurden, sind es heute in zunehmendem Maße Personen mit Lymphomen, Brustkrebs, Hodenkrebs, Knochenkrebs sowie Eierstockkrebs. Die Zahl der Knochenmarktransplantationen ist in Europa in den letzten drei Jahren um 92%³⁹ angestiegen. Die Therapie ist teuer, aber kosteneffizienter als z.B. Hämodialyse, Leber- oder Herztransplantation, da die Patienten nach einem halben bis einem Jahr nach der Knochenmarktransplantation keinerlei weitere Therapie benötigen, voll rehabilitiert sind und ihren Beruf zur Gänze ausüben können und eine normale Lebenserwartung haben. In Europa werden bei rund 60% der Patienten autologe Knochenmarktransplantationen bzw. Stammzellentransplantationen durchgeführt, d.h. der Empfänger war zu einem früheren Zeitpunkt, z.B. vor einer Strahlentherapie, selbst Spender. Die

³⁸ Patienten mit Nierenversagen z.B. erleiden eine Urämie, eine Selbstvergiftung, die vor der Entwicklung der künstlichen Niere innerhalb von 8-14 Tagen tödlich verlaufen ist. Heute können Patienten dreimal wöchentlich mit einer Hämodialyse behandelt werden. Die Lebensqualität dabei ist jedoch oft sehr schlecht. Die Hämodialyse lässt kaum ein geregeltes Leben zu. Mit der Dialyse können zwar giftige Stoffe aus dem Blut gewaschen, jedoch nicht alle Nierenfunktionen ersetzt werden. Der entstehenden Blutarmut kann mit dem gentechnisch gewonnenen Erythropoetin (Epoetin, EPO) abgeholfen werden. Ein Drittel der Dialysepatienten überleben die Therapie nicht länger als fünf Jahre. Daher ist die Nierentransplantation die bevorzugte Therapie.

³⁹ Sofern nicht anders angegeben vgl. zu allen statistischen Angaben in diesem Abschnitt: DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION [DSO] (Hrsg.), Organspende und Transplantation in Deutschland, Neu-Isenburg 2000.

Spender der restlichen 40% sind zum Großteil (82%) Geschwisterspender, 11% unverwandte Fremdspender und ein Prozent Zwillingsspender. Durch ihre spezifische immunologische Situation nimmt die Knochenmarktransplantation unter den Transplantationen eine Sonderstellung ein.⁴⁰

Die Transplantationsmedizin ist nicht nur lebensrettend, sondern stellt auch für die Krankenkassen eine *kosteneffektive Lösung* dar. Obwohl selbst mit beträchtlichen Kosten verbunden, erweist sich die Transplantation mittel- und langfristig als kostengünstigere Behandlungsform, weil dank einer erfolgreichen Transplantation oft eine lang andauernde kostspielige Therapie vermieden werden kann: Nach Berechnungen der DEUTSCHEN STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION (DSO) verursacht eine Dialyse im Durchschnitt jährliche Kosten von 40.000 €, während eine Transplantation ca. 45.000 € und die Nachsorge pro Jahr 10.000 € kostet.⁴¹ Bei einer durchschnittlichen Funktionsdauer der transplantierten Niere von sieben Jahren summieren sich die Ersparnisse der Transplantation in dieser Zeit auf 165.000 €⁴² je Fall. Eine jahrelange Dialyse bei Nierenpatienten ist somit auf Dauer erheblich teurer als eine Transplantation und deren Nachsorge.⁴³ Doch gerade dieser Erfolg ist es, der zum größten

⁴⁰ Nach der allogenen Knochenmarktransplantation erfolgt nicht nur eine Abstoßungsreaktion gegen das Transplantat, sondern – da immunkompetente Zellen übertragen werden – auch eine solche gegen den Empfänger. Diese *Graft-versus-Host-Reaktion*, die um so heftiger ist, je fremder das transplantierte Knochenmark ist, muss durch die temporäre Ausschaltung des Immunsystems des Empfängers unterdrückt werden. Dies geschieht sowohl bei Geschwister- als auch bei Fremdspendern mittels einer Ganzkörperbestrahlung. Zwischen eineiigen Zwillingen gibt es wegen der genetischen Identität keine *Graft-versus-Host-Reaktion*. - Im Laufe eines Dreivierteljahres nach einer allogenen Knochenmarktransplantation wird das Immunsystem vom transplantierten Knochenmark wieder selbst aufgebaut.

⁴¹ Vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG [BZGA] (Hrsg.), *Wie ein zweites Leben*, Köln 2000, 46.

⁴² $(40.000 \text{ €} \times 7) - (45.000 \text{ €} + (10.000 \text{ €} \times 7)) = 165.000 \text{ €}$

⁴³ Eine detailliertere Darstellung der ökonomischen Aspekte der Transplantationsmedizin würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Allerdings sei hier verwiesen auf den bemerkenswerten Aufsatz von BREYER, F., *Möglichkeiten und Grenzen des Marktes im Gesundheitswesen. Das Transplantationsgesetz aus ökonomischer Sicht [Möglichkeiten und Grenzen]*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik. Wissenschaft, Kultur, Religion [ZME]* 48(2002), 111-123. In diesem Beitrag diskutiert der Autor Optionen, wie man zur Überwindung der permanenten Organknappheit Anreize zur Organspende geben könnte, ohne dabei jedoch etwa durch juristische Mittel in die Entscheidungsfreiheit der potentiellen Spender einzugreifen. Dazu gehört zum einen das „*Solidar*“- oder besser das „*Reziprozitäts-Modell*“ des Duisburger Philosophen HARTMUT KLIEMT, das auf dem Gedanken der freiwilligen und gegenseitigen Hilfe beruht (bei der Zuteilung eines knappen Spenderorgans werden Personen mit dokumentierter Spenderbereitschaft vorrangig berücksichtigt), und zum anderen die Eröffnung eines Marktes, auf dem Lebendspender gegen Bezahlung ihre Nieren anbieten können.

Problem der Organtransplantation wird. Dem steigenden Bedürfnis nach Organen stehen stagnierende oder gar *rückläufige Spenderzahlen* gegenüber.

Im Jahr 2000 wurden in den deutschen Transplantationszentren insgesamt 3.819 Transplantationen solider Organe durchgeführt.⁴⁴ Am häufigsten wurden *Nieren* transplantiert⁴⁵ (2.219), wobei es im gleichen Jahr 2.706 Neuanmeldungen gab und bereits 9.510 Anwarter auf der Warteliste für eine Nierentransplantation standen, von denen binnen Jahresfrist 355 verstarben. Von den 2.219 transplantierten Nieren waren 346 Organe lebender Spender. Dies sind insgesamt knapp 16% aller Nierentransplantationen. Die Zahl der Lebendspenden hat in den letzten zehn Jahren erheblich zugenommen (1992: 56; 1999: 380), war jedoch im Jahr 2000 (346) gegenüber 1999 leicht rückläufig. Die zweithäufigste Transplantation im Jahr 2000 war mit 780 Eingriffen die *Lebertransplantation*.⁴⁶ Für den Empfang dieses Organs gab es zugleich 1.056 Neuanmeldungen, die zu der schon bestehenden Liste von 600 auf eine Lebertransplantation Wartenden hinzukamen, wobei jedoch auf dieser Warteliste 155 Todesfälle zu verzeichnen waren. An dritter Stelle folgte mit einer Zahl von 418 die *Herztransplantation*.⁴⁷ Zu der hier existierenden Warteliste von bereits 381 Patienten kamen allein im Jahr 2000 627 Neuanmeldungen hinzu und 142 Transplantationsbewerber verstarben in diesem Zeitraum. In 244 Fällen wurde das *Pankreas* transplantiert, meist als kombinierte Pankreas-Nierentransplantation.⁴⁸ Die Warteliste für eine Pankreastransplantation bestand im Jahr 2000 aus 153 Patienten. Hinzu kamen 279 Neuanmeldungen und 24 Aspiranten verstarben auf der Warteliste. 158 mal wurden ein oder zwei *Lungenflügel* übertragen⁴⁹, in einigen Fällen auch in Kombination mit einem Herzen. Für eine Lungentransplantation

⁴⁴ Von 1963 bis zum Jahr 2000 wurden in Deutschland bislang 58.589 Organe transplantiert. Annähernd 42.000 davon waren Nieren. Die Zahl der bislang vorgenommenen Lungen- und Pankreastransplantationen liegt insgesamt mit 1.100 bzw. 1.300 recht niedrig.

⁴⁵ Die Fünf-Jahres-Transplantatfunktionsraten nach Nierentransplantation liegen bei der Transplantation von Organen lebender Spender bei ca. 80%, bei der Transplantation von postmortalen Spenderorganen im Durchschnitt bei 65%. Nach zehn Jahren funktionieren noch über 50% der Nieren. Die Ergebnisse variieren hier allerdings erheblich, je nach immunologischer Übereinstimmung von Spender und Empfänger.

⁴⁶ Die Fünf-Jahres-Funktionsraten nach Lebertransplantation liegen bei der Ersttransplantation im Bereich von 60%, bei der Retransplantation unter 40%.

⁴⁷ Die Fünf-Jahres-Funktionsraten nach Herztransplantation liegen bei 60%.

⁴⁸ Die Fünf-Jahres-Transplantatfunktionsraten, bezogen auf die Nierenfunktion, liegen derzeit in Deutschland, ähnlich wie bei der Transplantation einer postmortalen Niere allein, bei 65%.

⁴⁹ Die Fünf-Jahres-Funktionsrate nach Lungentransplantation liegt bei 45%.

gab es 264 Neuanmeldungen und eine Warteliste von bereits 270 Patienten. 86 Anwärter auf eine Lunge verstarben auf dieser Liste.

Im Laufe der letzten zehn Jahre ist die *Gesamtzahl der Transplantationen* in Deutschland geringfügig angestiegen (1990: 3.266; 2000: 3.819). Die Gesamtzahl jedoch ist im Berichtsjahr 2000 niedriger als in den vorausgegangenen drei Jahren (1997: 3.839; 1998: 3.918; 1999: 3.896), so dass hier, korrespondierend zur *Situation der Organspende*, eine Stagnation eingetreten ist. Seit Beginn der 90er Jahre ist die Organspende konstant geblieben; auch im Jahr 2000 hat sich dies nicht wesentlich geändert: Insgesamt wurden 3.135 Organe in Deutschland gespendet und im Bereich von EUROTRANSPLANT (Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Ungarn, die Tschechische und Slowakische Republik)⁵⁰ transplantiert, 73 weniger als im Vorjahr (1999: 3.208). Vor allem die Zahl der für eine Transplantation verfügbaren Nieren und Herzen hat in den letzten zehn Jahren deutlich abgenommen (Nieren: 1991: 2.201; 2000: 1.851/ Herzen: 1991: 491; 2000: 370). Erfreulich angestiegen dagegen ist die Zahl der Pankreata, die transplantiert werden konnten (1991: 38; 2000: 202).

Weltweit warten über 80.000 Patienten auf eine Nierenspende. In den USA starben 1997 sogar 4.331 Patienten auf der Warteliste. Im Jahr 2000 warteten in Deutschland 10.934 Patienten auf eine Organtransplantation, wovon im gleichen Jahr 762 starben. Die Nachfrage bezüglich einer Nierentransplantation übersteigt das Organaufkommen immer noch um 22%.⁵¹ So erklären sich die *langen Wartelisten*, die sich, vor allem bei einem Organ wie der Niere, deren Versagen nicht zum sofortigen Tod führt, im Laufe der Zeit bilden. Ein Vergleich

⁵⁰ Österreich ist Mitglied, hat jedoch keinen Vertrag über den internationalen Organaustausch abgeschlossen. Slowenien ist erst seit Januar 2000 Mitglied bei ET und wird deswegen in dieser Auflistung noch nicht berücksichtigt. – Außer ET gibt es in Europa noch zwei weitere Zusammenschlüsse zur Koordinierung und Förderung der Organtransplantation: Die skandinavischen Staaten Norwegen, Schweden, Finnland und Dänemark wie auch die baltischen Staaten arbeiten bei Scania-Transplant zusammen. UK-Transplant umfasst Transplantationen in Großbritannien und Irland. Nationale Organisationen bestehen unter anderem in der Schweiz (Swiss-transplant), in Frankreich (France-Transplant; Etablissement Français des Greffes (EFT); Fédération des Associations pour le Don d'Organes et de Tissus humains (France ADOT); Spanien (Organización Nacional de Trasplantes (ONT)); Italien (Assoziiazione Italiana Donatori Organi (AIDO)); Portugal (Organização Portuguesa de Transplantação (OPT)); Griechenland (Hellas-transplant) und Israel. In den USA koordiniert die UNOS (United Network for Organ Sharing) die Zuteilung der Organe.

⁵¹ Dieser Wert resultiert aus dem Verhältnis der durchgeführten Transplantationen im Jahr 2000 gegenüber den Neuanmeldungen (2.219/2.706). – Bei der Lunge übersteigt die Nachfrage das Organaufkommen sogar um 67%.

über den Zeitraum von zehn Jahren verdeutlicht, dass sich bei nahezu gleichbleibendem Organaufkommen (1991: 2.358; 2000: 2.219) die Warteliste nahezu verdoppelt hat (1991: 6.945; 2000: 11.973). Die Zahl der dialysebedürftigen Patienten ist 5,4 mal höher als die realisierten Transplantationen. Eine kaum noch zu schließende Schere zwischen Angebot und Bedarf tut sich auf. Mittlerweile bräuchte man selbst unter der unrealistischen Annahme, dass es keine Neuerkrankungen mehr gibt, mehr als fünf Jahre, um bei konstantem Organaufkommen die Warteliste abbauen zu können.

Diese Zahlen dokumentieren, dass auch das im Dezember 1997 in Kraft getretene TRANSPLANTATIONSGESETZ, von dem eine positive Auswirkung auf die Organspende erhofft wurde, keine Linderung der permanenten Mangelsituation in Deutschland herbeigeführt hat.⁵²

Organspende ist eine Gemeinschaftsaufgabe, nicht allein des Gesundheitswesens, sondern auch der Gesellschaft allgemein. Kaum ein anderer Bereich der Medizin ist gleichermaßen auf die Mitwirkung und hohe Motivation der Bevölkerung angewiesen. FORSA-Umfragen⁵³ von 1999 und 2000, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Auftrag gegeben worden sind, haben ermittelt, dass die überwiegende Mehrheit der deutschen Bevölkerung der Organspende positiv gegenübersteht (1999: 78%; 2000: 82%). Etwa zwei Drittel (1999: 63%; 2000: 72%) wären grundsätzlich zu einer Organspende nach dem Tode bereit. Die Zahl der Menschen, die ihre Bereitschaft ausdrücklich in einem Organspendeausweis erklärt haben, ist laut Angaben des FORSA-Institutes von 1999 (11%) bis 2000 (14%) um immerhin 3% gestiegen. Für das Jahr 2001 meldet die DSO, dass sich 1.073 Bundesbürger zu einer Organ-

⁵² Als positive Resonanz auf das Transplantationsgesetz wertet die DSO dass die Zahl der Meldungen aus den Krankenhäusern und damit die Zahl der bekannten *möglichen* Organspender nach Inkrafttreten des Gesetzes zugenommen hat. - Nähere Ausführungen zum Transplantationsgesetz liefert in diesem Kapitel der Abschnitt 5.2, Das deutsche Transplantationsgesetz, 72ff.

⁵³ Vgl. FORSA, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH (Hrsg. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Die Organspendebereitschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, Berlin 14.10. 1999 und 24.11. 2000, o.O. u.o. J.

spende nach ihrem Tod bereiterklärt haben. Dies entspricht einem Zuwachs von 4,5% gegenüber dem Vorjahr.⁵⁴

Es ist kaum belegt, dass Diskussionen um das TRANSPLANTATIONSGESETZ oder etwa Skandalberichte über Organhandel die grundsätzlich hohe Bereitschaft zur Organspende nachhaltig beeinträchtigt haben. Jedoch ist, wie eine jüngere Untersuchung⁵⁵ nahe legt, anzunehmen, dass viele Menschen zum Thema Organspende gleichzeitig stark positive, aber auch negative Assoziationen haben, die im konkreten Fall – je nach Situation – den Ausschlag geben können. Dies würde zumindest teilweise erklären, warum die ermutigenden Ergebnisse der Bevölkerungsumfragen sich nicht vollständig in den tatsächlich realisierten Organspenden niederschlagen. Der Anteil tatsächlich realisierter Organspenden liegt deutlich niedriger und ist in erster Linie durch die *Ablehnung einer Organspende* im Gespräch mit den Angehörigen begründet, wenn der Verstorbene selbst keine positive schriftliche oder mündliche Willenserklärung hinterlassen hat. Es ist naheliegend und anzunehmen, dass die Situation nach dem Tod eines nahestehenden Menschen in der ungewohnten, belastenden Umgebung einer Intensivstation die Entscheidung stark beeinflussen kann. Die sogenannte *Ablehnungsquote* lag im Jahr 2000 bei 37,7% der potentiellen Organspender⁵⁶ und ist damit gegenüber den Zahlen der Vorjahre noch geringfügig angestiegen (1998: 32,5%; 1999: 37%). Nur in einer sehr kleinen Zahl der Fälle kam es zu einem Ende des Spendeprozesses durch Kreislaufversagen (3,5%). Nur selten erfolgt eine Organspende auf der Grundlage des dokumentierten Willens - meist eines *Organspendeausweises* - des Verstorbenen (4%). In 9% hat der Verstorbene seinen Angehörigen den Willen zur Spende münd-

⁵⁴ Bemerkenswert ist, dass Frauen sich in ihrer Bereitschaft, Organe zu spenden, konsequenter als Männer verhalten. Obwohl nur 68% der Frauen zu einer Organspende bereit wären, während dies bei den Männern 75% angeben, dokumentieren 17% der Frauen ihren Entschluss mit einem Ausweis, gegenüber nur 11% bei den Männern. – Vgl. dazu Anm. 53.

⁵⁵ Vgl. GOLD, S./SCHULZ, K.-H./KOCH, U., Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 13, Köln 2001.

⁵⁶ Als potentielle Organspender werden Verstorbene bezeichnet, bei denen der Hirntod nach den Richtlinien der Bundesärztekammer festgestellt worden ist (vgl. dazu in diesem Kapitel den Abschnitt 4.4, Hirntod, 42ff.) und bei denen keine medizinischen Kontraindikationen zur Organspende im Hinblick auf die Organfunktion oder die Risiken der Gefährdung des Empfängers durch übertragbare Krankheiten vorliegen. Die Zahl dieser potentiellen Organspender ist in der Zeit von 1991 bis 2000 kontinuierlich angestiegen (1991: 130/Monat; 2000: 155/Monat).

lich mitgeteilt, so dass insgesamt bei 13% der Organspender eine zustimmende Willenserklärung bekannt war. Der mutmaßliche Wille des Verstorbenen stellt bei 81% die Grundlage der Organentnahme dar. In 6% haben die Angehörigen nach ihren eigenen Wertvorstellungen entschieden, da sich ein mutmaßlicher Wille nicht hinreichend sicher eruieren ließ. – Bei den Ablehnungen fällt auf, dass 20% von ihnen aufgrund des bekannten Willens des Verstorbenen ausgesprochen wurden (1% waren durch einen entsprechenden Vermerk im Organspendeausweis dokumentiert⁵⁷).

In den meisten Fällen wird bei der Einwilligung in die Organspende der Entnahme mehrerer Organe zugestimmt. Die Zahl der entnommenen Organe pro Spender lag im Jahr 2000 durchschnittlich bei über drei. Auch bei den Organspendern in der Altersgruppe der über 65-jährigen hat noch in über einem Drittel der Fälle eine *Mehrorganentnahme* stattgefunden. In den jüngeren Altersgruppen ist dies mittlerweile die Regel.

Ein *vergleichender Blick auf die Situation der Organspende und Transplantation in Europa* zeigt, dass die gesetzlichen Grundlagen der Transplantationsmedizin, die Infrastrukturen und die medizinisch-technologischen Mittel für die Entnahme und Konservierung der Organe sowie auch die Aufklärung der Bevölkerung einen deutlichen Einfluss auf die Verfügbarkeit von Organen haben. Als Beispiel für ein *effizientes Transplantationswesen* kann Spanien gelten, das eine mehr als doppelt so große Spenderrate pro Million Einwohner (31,5) aufweist als etwa Deutschland (13,4). An Spanien wird deutlich, dass eine gut ausgebaute Infrastruktur Wesentliches zu einer erhöhten Spenderzahl beitragen kann. In Spanien besitzt die Organspende auf breiter Basis ein hohes Ansehen. Dies veranlasste die spanische Regierung schon vor Jahren ein Netz von Transplantationskoordinierungsstellen an jedem Schwerpunktkrankenhaus zu schaffen. Den Spitälern stehen geschulte Teams mit Ärzten und Pflegekräften zur Verfügung, um etwa Verluste bei der Identifizierung von Organspendern und beim

⁵⁷ Der Organspendeausweis kann nicht nur zur Bekundung des Spendewillens, sondern auch zur Negation einer postmortalen Spende verwendet werden. Ferner besteht die Möglichkeit, ohne Begründung bestimmte Organe oder Gewebe von der Entnahme auszuschließen oder die Entnahme nur für bestimmte Organe und Gewebe zu gestatten.

Transport von Organen möglichst gering zu halten. Die Häufigkeit von Organspenden schwankt regional zwischen 60 und zwei/Mio. Einwohner.

Auch im vergangenen Jahr hat sich der Trend einer Zweiteilung im Bereich von EUROTRANSPLANT (ET) fortgesetzt: Während die Partnerländer Österreich und Belgien etwa 25 Organspender/Mio. Einwohner verzeichnen konnten, erreichten die beiden anderen Partnerländer Niederlande und Deutschland nur etwa die Hälfte dieses Ergebnisses (Niederlande 13/Mio. Einwohner; Deutschland 12/Mio. Einwohner). Nicht zuletzt die unterschiedliche Gesetzgebung in Deutschland und den Niederlanden (erweiterte Zustimmungslösung) und Belgien und Österreich (Widerspruchslösung) finden hier ihren Niederschlag.⁵⁸

Ein spezifischer Blick auf die Transplantationszahlen einzelner Organe konkretisiert den gerade beschriebenen Trend: Auch im Jahr 2000 wurden in Deutschland, bezogen auf die Einwohnerzahl, nur etwa halb so viele Nierentransplantationen vorgenommen (23/Mio.) wie in Österreich (44/Mio.) und Belgien (47/Mio.). Nur in den Niederlanden (24/Mio.) ist die Versorgungssituation der Dialysepatienten auf der Warteliste vergleichbar schlecht. Diese Verhältnisse spiegeln die Unterschiede bei der postmortalen Organspende in den an ET beteiligten Ländern wieder, da seit einigen Jahren nach den geltenden Verteilungsregeln jedes Partnerland etwa so viele Nieren für seine Patienten zugesprochen bekommt, wie es in den Spenderpool einbringt.

Noch virulenter wird die Diskrepanz bei den anderen Organen: Bezogen auf die Bevölkerungszahlen ist die Versorgung mit Herztransplantaten in Deutschland im Vergleich zu Österreich weniger als halb so gut (D: 5/Mio.; Östr.: 11/Mio.). Sie liegt deutlich unter der Belgiens (9/Mio.) und wird nur noch von den Niederlanden (3/Mio.) unterschritten.

Auch bei der Lebertransplantation werden die großen Unterschiede der Versorgungssituation in den ET-Ländern deutlich: Wiederum bezogen auf die Bevölkerungszahl liegt die Häufigkeit der Lebertransplantationen in Deutschland (8/Mio.) unterhalb des 50%-Bereichs der Transplantationsraten, die in Belgien (19/Mio.) und Österreich (18/Mio.) erreicht wurden. Da im Gegensatz zu den Nieren bei Herz und Leber keine Austauschbilanz zwischen den ET-Ländern

⁵⁸ Zu den verschiedenen Systemen der Einwilligung zur Organspende siehe in diesem Kapitel den entsprechenden Abschnitt 5.1, 70ff.

vereinbart wurde, wird der akute Mangel in Deutschland noch durch die erhöhte Spenderfrequenz in Belgien und Österreich ausgeglichen. Der Organmangel in Deutschland hätte noch gravierendere Folgen, wenn er nicht durch diese "Nettoimporte" innerhalb des ET-Verbundes, besonders von Lungen (32,6%; absolut: 28)⁵⁹, Lebern (18,6%; absolut: 118), Herzen (7%; absolut: 34) und Pankreas (11,6%; absolut: 11), gemildert würde.

Unter der Voraussetzung optimaler Lösungen für die Identifizierung von Organ Spendern und der Einwilligungsmodalitäten rechnen Experten der *ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT* (OECD) mit einer maximal möglichen Zahl von 50 Spendern pro Million Einwohner. Dies wäre jedoch immer noch ungenügend, um den Organmangel zu beheben.⁶⁰

Nachdem es als nahezu unwahrscheinlich gilt, die Spendebereitschaft der Bevölkerung in genügendem Ausmaß zu optimieren, werden in den letzten Jahren vermehrt alternative Wege gesucht, um dem Organmangel entgegenzuwirken. Zu nennen sind hier die *Herstellung künstlicher Organe (Geräte zur Hämodialyse)*, die *Xenotransplantation*, die *Transfusion von Nabelschnurblut* sowie der Versuch, aus *embryonalen Stammzellen* oder durch *therapeutisches Klonen* Organe und Gewebe zu züchten.⁶¹

⁵⁹ Zur deutschen Organ-Handelsbilanz lagen mir leider nur Zahlen aus 1996 vor.

⁶⁰ OECD (Ed.), OECD Policy Considerations on International Issues in Transplantation Biotechnology Including the Use of Non-Human Cells, Tissues and Organs. Results of the Conference "International Issues in Transplantation Biotechnology Including the Use of Non-Human Cells, Tissues and Organs", New York City, 18.-20.03. 1998, Paris 1998.

⁶¹ Im Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich, die genannten Alternativen näher und einzeln zu beschreiben. - Vgl. dazu INTERPHARMA (Hrsg.), Dokumentation Transplantationsmedizin, <http://www.interpharma.ch/themen/tpmed/archiv/dok/TXDokMedizin.html>.

Stellvertretend soll jedoch die *Transfusion von Nabelschnurblut* in gebotener Kürze referiert werden: Der Transfusion von Nabelschnurblut wird als Alternative zur Knochenmarktransplantation großes Potential zugeschrieben. Blutstammzellen aus Nabelschnurblut können z.B. nach einer Chemotherapie bei Leukämien oder Gehirntumoren, bei genetischen Erkrankungen (ADA-Defizienz, Hunter-Syndrom, Beta-Thalassämie), Anämie und Osteoporose eingesetzt werden. Als mögliche Anwendungsgebiete werden auch Diabetes, Multiple Sklerose und verschiedene Erbkrankheiten gesehen. Nabelschnurblut könnte auch für eine Eigenblutspende bei Operationen aufbewahrt werden, insbesondere bei Frühgeborenen. Von diesen benötigen etwa 30% zusätzliches Blut.

Therapien mit Nabelschnurblut sind heute bis zu 85% erfolgreich. Bislang wurden sie hauptsächlich bei leukämiekranken Kindern vorgenommen. Erstmals wurde 1988 in Frankreich Nabelschnurblut transfundiert. Seither erhielten weltweit ca. 1.500 Patienten – Kinder und Erwachsene – Blut aus Nachgeburten. In der Schweiz wurden bis 1998 erst zwei Patienten mit dieser Methode behandelt. Baseler Mediziner eröffneten 1997 die erste Nabelschnurblutbank der Schweiz.

Mit Ausnahme der Dialysegeräte ist allen anderen vermeintlichen Alternativen gemeinsam, dass es sich bei ihnen bislang noch um Verfahren handelt, die sich allenfalls im experimentellen Stadium befinden, aber noch keine routinemäßig anzuwendenden Therapien darstellen. Darüber hinaus werfen sie eine Vielzahl unterschiedlicher ethischer Fragen auf, die im Vorfeld ihrer klinischen Anwendung wissenschaftlich und gesellschaftlich zu diskutieren sind.⁶² Die beiden letztgenannten Verfahren sind außerdem zumindest in Deutschland gesetzeswidrig.⁶³

Das Blut aus der Nabelschnur Neugeborener enthält prozentual mehr Stammzellen als Knochenmark oder zirkuläres Blut. Die Stammzellen aus dem Nabelschnurblut sind zudem noch unausgereift, wodurch ihre Übertragung weniger Abstoßungsreaktionen hervorruft. Weiter muss Nabelschnurblut nicht absolut mit dem Empfänger übereinstimmen. Knochenmarkspenden hingegen haben nur dann eine gute Erfolgchance, wenn alle Blutmarker zwischen Spender und Empfänger identisch sind. Eine Therapie mit Knochenmark kostet in den USA zur Zeit bis zu 113.000\$, eine Behandlung mit Nabelschnurblut nur ein Viertel davon.

Erst fünf bis zehn Minuten nachdem das Kind geboren ist folgen die Nachgeburt, Nabelschnur und Mutterkuchen. In der Regel wird die Nabelschnur entsorgt, oft wird sie verbrannt. Wenn das Nabelschnurblut konserviert werden soll, wird es abgenommen, auf Viren und Bakterien untersucht und eingefroren. - Einen guten Überblick der alternativen Wege bietet auch HANIEL, A., Organe um jeden Preis? Zur Frage der Alternativen der postmortalen Organspende, in: Zeitschrift für evangelische Ethik [ZEE] 44(2000), 269-284, http://www.theologie.uni-halle.de/inst/systheo/zee/Dok_4_00_a.htm.

⁶² Eine fundierte und informative Erörterung der Frage, inwieweit die intensiv betriebene Erforschung alternativer Methoden ethisch gerechtfertigt werden kann bzw. welche ethischen Fragen bei der Anwendung zu berücksichtigen sind, liefert HANIEL, A., a.a.O. - Als Hilfe zur ethischen Urteilsbildung z.B. bzgl. der Xenotransplantation sei hier verwiesen auf KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND/SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), Xenotransplantation. Eine Hilfe zur ethischen Urteilsbildung, in: Gemeinsame Texte, Heft 13, Hannover – Bonn 1998.

⁶³ Vgl. §4 Abs. 1 des Stammzellgesetzes [StZG], in: BUNDESGESETZESBLATT [BGBl.] (Hrsg.), Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen [StZG – Stammzellgesetz]. Vom 28. Juli 2002, Jg. 2002, Teil I Nr. 42, 29.06. 2002, 2277.; siehe auch BGBl. (Hrsg.), Verordnung über die zentrale Ethik-Kommission für Stammzellenforschung und über die zuständige Behörde nach dem Stammzellgesetz [ZESV – ZES-Verordnung]. Vom 18. Juli 2002, Jg. 2002, Teil I Nr. 49, 23.07. 2002, 2663. – Der Wortlaut der Gesetzestexte ist nachzulesen unter http://www.umwelt-online.de/recht/gefstoff/gen_tech/uete.htm.

4. Spezielle medizinische Aspekte

4.1 Histokompatibilität

Ein transplantiertes Organ wird vom Körper anhand von Merkmalen auf der Oberfläche des übertragenen Organs sofort als fremd erkannt. Die körpereigene Abwehr (das Immunsystem) wird daraufhin aktiviert und stößt das Organ ab. Verantwortlich für diese Abstoßungsreaktion sind die Antigene des AB0-Blutgruppensystems sowie die „*Histokompatibilitätsantigene*“, Genprodukte des großen Histokompatibilitätskomplexes (Major Histocompatibility Complex/MHC), der auf dem menschlichen Chromosom 6 liegt. Die Expression der MHC-Zellen findet sich auf nahezu allen Körperzellen, so auch auf den menschlichen Leukozyten. Hier werden sie „Human Leucocyte Antigens“ (HLA) genannt.⁶⁴ Da Leukozyten im peripheren Blut leicht zu gewinnen sind, werden die Histokompatibilitätsantigene meist anhand der Untersuchung dieser Blutzellen bestimmt. Hierzu wird in einem Gewebetypisierungslabor die HLA-Typisierung der auf eine Transplantation Wartenden bestimmt und z.B. bei EUROTRANSPLANT zentral gespeichert. So kann vor einer Transplantation der Patient mit der bestmöglichen HLA-Übereinstimmung gefunden werden.⁶⁵

Nach dem heutigen Kenntnisstand scheint eine höchstmögliche HLA-Kompatibilität, von der Knochenmarktransplantation abgesehen, nur bei der Nierentransplantation erforderlich zu sein.⁶⁶ Die Transplantation von Nieren mit kompletter HLA-Kompatibilität, sogenannter „Full-House-Nieren“, zeigt die besten Langzeitfunktionen in allen Statistiken. Dies hat dazu geführt, dass mit Hilfe

⁶⁴ Zu den Ausführungen dieses Abschnitts vgl. PFITZMANN, R. u.a. (Hrsg.), Organtransplantation, 7-11; vgl. auch BRENT, L. a.a.O.; HAMMER, C., Immunreaktion und Immunsuppression bei Transplantationspatienten [Immunreaktion], in: Intensiv 3(1995), 16; WELS, K./MALE, D., Transplantation und Abstoßung, in: Roitt, I.M. u.a. (Hrsg.), Kurzes Lehrbuch der Immunologie [Transplantation und Abstoßung], Stuttgart – New York 1996, 317ff.

⁶⁵ Die Verträglichkeit des Spenderorgans mit dem Empfängerorganismus wird unmittelbar vor der Transplantation durch die Kreuzprobe oder Cross-Match überprüft. Vierteljährlich wird eine Blutprobe der potentiellen Organempfänger an das Gewebetypisierungslabor gesandt, um die HLA-Muster zu bestimmen und um eine aktuelle Probe für einen Cross-Match bereitzuhalten.

⁶⁶ Bei der Transplantation von Herz, Lunge und Leber scheinen die Histokompatibilitätsantigene von untergeordneter Bedeutung zu sein. In Anbetracht der Logistik von Organentnahme und Transplantation mit obligat kurzen Ischämiezeiten kommt ein prospektives HLA-matching bei der thorakalen Organtransplantation derzeit nicht in Betracht.

internationaler Organaustauschorganisationen (wie etwa EUROTRANSPLANT) möglichst „gut passende“, d.h. HLA-kompatible Spenderorgane übertragen werden.

Das HLA-matching, d.h. die aufgrund der HLA-Testung von Spender und Empfänger günstigste Kompatibilität zwischen zwei Individuen, bestimmt dann, welchem Empfänger auf den Wartelisten das Nierentransplantat zugeteilt wird. Dabei spielt primär die ABO-Blutgruppenverträglichkeit zwischen Spender und Empfänger die entscheidende Rolle. Diese auf der Grundlage des HLA-matching basierende Organallokation orientiert sich demnach ausschließlich an medizinischen Kriterien und entspricht einem utilitaristischen Verteilungsprinzip.

Durch die HLA-Typisierung und die Organallokation nach HLA-Kriterien gelingt es zwar, die immunologische Inkompatibilität zu reduzieren, außer bei eineiigen Zwillingen ist es jedoch nicht möglich, eine absolute Verträglichkeit zu erreichen. Auch bei Übereinstimmung im HLA-System bleiben Differenzen in den sogenannten schwachen Histokompatibilitätssystemen bestehen.

4.2 Abstoßungsreaktionen

Bereits in den 50er Jahren häuften sich experimentelle Befunde, die zeigten, dass nach zunächst operativ-technisch gelungener Transplantation das implantierte Organ nach kurzer Zeit durch immunologisch bedingte biologische Vorgänge wieder zerstört, d.h. abgestoßen wird. Nach wie vor stellt der Verlust eines transplantierten Organs durch Abstoßungsreaktionen eines der großen ungelösten Probleme der Transplantationsmedizin dar.⁶⁷

Die Frage, wie stark sich Spenderorgan und Empfängergewebe gleichen, kann in manchen Fällen aus Zeitgründen nicht berücksichtigt werden. Fallen bei einem Patienten z.B. die Funktionen der Leber oder des Herzens aus, so ist unmittelbares Handeln geboten, denn hier existiert – wie etwa die Dialyse für die Niere – kein extrakorporaler Ersatz zur Überbrückung der Wartezeit. Ein neues

⁶⁷ Zu den Ausführungen dieses Abschnitts vgl. WELS, K./MALE, D., Transplantation und Abstoßung, a.a.O. (s. Anm. 64), 317ff.

Organ muss schnellstens transplantiert werden. Deswegen sind hier die Empfänger-Spender-Kombinationen fast immer ungleich. Durch zahlreiche Forschungsarbeiten ist mittlerweile belegt, dass jedes Spenderorgan/-gewebe, das von einem Individuum auf ein anderes übertragen wird, infolge immunologisch bedingter Abstoßungsreaktionen nur eine kurze Überlebenszeit von ungefähr einer Woche hat. Diese Zeitspanne kann allerdings durch immunsuppressive Maßnahmen, die im folgenden Abschnitt 4.3 erläutert sind, erheblich verlängert werden.

Die immunologischen Vorgänge, die im Empfängerorganismus letztlich zur Transplantatzerstörung führen, werden durch den Vorgang der Antigenerkennung initiiert. Die gegen die Transplantationsantigene anlaufende Immunantwort ist ein komplexer Vorgang, der eine Reihe von Interaktionen und Kollaborationen einer Vielzahl von Zellpopulationen notwendig macht und dabei letztlich zur Abstoßung führt. Das Immunsystem des Empfängers erkennt das übertragene Spenderorgan als fremden „Eindringling“ und zieht daraufhin alle biologischen „Register“, um sich seiner zu entledigen. Die Immunantwort lässt sich in drei Abschnitte – Erkennungsphase, Proliferationsphase bzw. Sensibilisierung und Zerstörungsphase gliedern. Im folgenden seien sie kurz beschrieben.

Erkennungsphase:

Nach der Übertragung eines Spenderorgans auf einen Empfängerorganismus werden die dem Empfänger nicht eigenen HLA-Antigene des Spenders zunächst in Form von Klasse-II-Antigenen als „fremd“ erkannt. Dies erfolgt durch spezielle T-Lymphozyten, die auf ihrer Zelloberfläche den sogenannten T-Zell-Rezeptor tragen, der mit den HLA-Antigenen reagiert. Bei diesem Erkennungsprozess werden die Transplantationsantigene „prozessiert“, d.h. auf zellulärer Ebene „verdaut“ – bis hin zu Peptiden, die dann den entscheidenden Stimulus für die proliferativen Vorgänge der Immunantwort darstellen.

Proliferationsphase/Sensibilisierung:

In dieser Phase kommt es zu einer Massenproduktion von T- und B-Lymphozyten, die als Vorläuferzellen von sogenannten Effektorzellen angesehen werden. Aufgrund ihrer spezifischen zerstörenden Eigenschaften werden sie auch als zytotoxische oder „Killer-Zellen“ bezeichnet.

Zerstörungsphase:

Die Zerstörung eines Transplantates findet durch antigenspezifische, aber auch durch antigenunspezifische Vorgänge statt. Auch hier handelt es sich um einen äußerst komplexen Prozess, der an dieser Stelle nur in äußerst vereinfachter Form wiedergegeben werden kann: Auf zellulärer Ebene sind es zytotoxische T-Lymphozyten, d.h. aktivierte Killer-Zellen, die im Sinne einer spezifischen Reaktion mit den HLA-Transplantationsantigenen reagieren und die Zielzellen lysieren können. Auf humoraler Ebene sind es in erster Linie von B-Lymphozyten produzierte zytotoxische Antikörper, die unter Komplementbildung für die Zerstörung eines allogenen Transplantates verantwortlich gemacht werden. – Diesen spezifischen Zerstörungsprozessen folgen unspezifische Abbräunungsvorgänge, an denen insbesondere Makrophagen/Monozyten – im Zusammenwirken mit chemotaktischen Mediatorsubstanzen – beteiligt sind.

Das immunologische Verhalten des Transplantates, die Intensität der Abstoßungsreaktion sowie das Zeitintervall bis zu diesem Ereignis sind unterschiedlich, je nachdem ob es sich um eine autologe, isogene, allogene oder xenogene Organtransplantation handelt:

Bei *autologen* Transplantationen zeigt das immunologische Verhalten aufgrund der Identität des Gewebes bzw. des Organs keine Abstoßungsreaktionen.

Weil bei *isogenen* Transplantationen das Spender-Empfänger-Gewebe identisch ist, zeigt das immunologische Verhalten auch hier grundsätzlich keine Abstoßungsreaktion. In seltenen Fällen jedoch ist ein chronisches Versagen des Transplantates möglich.

Hinsichtlich des immunologischen Verhaltens des Transplantates muss bei der *Allotransplantation* vorwiegend mit zellulären bzw. zellulär-humoralen akuten Abstoßungsreaktionen sowie einem chronischen Transplantatversagen kalkuliert werden.

Xenogene Transplantate zeigen unter immunologischem Aspekt hyperakute bzw. akute, vorwiegend humorale Abstoßungsreaktionen.

Unter immunsuppressiver Behandlung lassen sich *vier unterschiedliche Formen von Abstoßungsereignissen* beobachten, denen zum Teil unterschiedliche Mechanismen zugrunde liegen:

Innerhalb weniger Stunden kann es zu dem heute seltenen Ereignis der *hyperakuten Abstoßungsreaktion* kommen. Ihr Mechanismus besteht in einer überwiegend humoralen Abstoßung aufgrund präexistierender Antikörper.

Bei der *akzelerierten akuten Abstoßungsreaktion*, die sich innerhalb weniger Tage ereignen kann, handelt es sich um den Mechanismus einer vorwiegend humoralen Abstoßung (mit zellulärer Komponente). Diese Reaktion ist meistens bei wiederholten Transplantationen (= Retransplantationen) anzutreffen.

Innerhalb von Wochen kann es zu einer *akuten Abstoßungsreaktion* kommen. Ihr liegt der Mechanismus einer vorwiegend zellulären Abstoßung (teilweise mit humoraler Komponente) zugrunde. Solche Abstoßungsreaktionen werden in der Klinik der Organtransplantation meist als Krisen mit vorübergehender Transplantatfunktionseinschränkung manifest. Sehr selten (in ca. 5% der Fälle) führen sie zur akuten irreversiblen Transplantatzerstörung.

Die *chronische Abstoßung*, besser das *chronische Transplantatversagen*, zu dem es noch innerhalb von Jahren kommen kann, ist vorwiegend Ausdruck einer chronischen obliterativen Transplantatvaskulopathie, einer Arteriosklerose im Transplantat. Das chronische Geschehen äußert sich in einer chronisch progredienten Einschränkung der Transplantatfunktion, die letztlich irreversibel erlischt. Die Ursache dafür ist ein multifaktorielles Geschehen, auch von nicht immunologischen Faktoren.

Bei der Übertragung von nichtdurchblutetem Gewebe bleibt die Abstoßungsreaktion in der Regel aus. Die Unterschiede in der Oberflächenstruktur des Transplantates spielen denn auch z.B. bei der Hornhaut-, Knorpel-, Knochen- und Arterientransplantation eine marginale Rolle.

4.3 Immunsuppression

Bei jeder Übertragung von Zellen - außer bei Bluttransfusionen – kommt man, ungeachtet der Gewebekompatibilität, nicht um eine Hemmung der Immunant-

wort herum.⁶⁸ Weil Abstoßungsreaktionen starke Immunreaktionen darstellen, muss auch die immunsuppressive Therapie stark sein. Leider sind alle heute verfügbaren Methoden der Immunsuppression unspezifisch, d.h. die Therapie lässt sich noch nicht selektiv auf die Abstoßungsvorgänge ausrichten, so dass neben der Abstoßungsreaktion auch die Abwehr gegen Krankheitserreger geschwächt wird. Daraus resultiert eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Infektionen⁶⁹ und längerfristig ein deutlich verstärktes Auftreten maligner Erkrankungen. Außer diesen unerwünschten Folgen, die durch die direkte Einwirkung auf das Immunsystem entstehen, haben manche Medikamente auch Nebenwirkungen auf andere Organsysteme, wie etwa die Niere, das Knochenmark, das zentrale Nervensystem, das Skelett und endokrine Organe.⁷⁰

Ziel der immunsuppressiven Therapie nach einer Transplantation ist es daher, die Abstoßungsreaktion zu unterdrücken und dabei zugleich die immunologische Reaktivität des Empfängerorganismus gegenüber Infektionserregern weitgehend zu erhalten. Da das Risiko von Abstoßungsreaktionen während der gesamten Überlebenszeit eines Transplantates droht, ist gegenwärtig eine lebenslange Immunsuppression erforderlich.⁷¹

Bei der immunsuppressiven Therapie werden eine *initiale Induktions-*, eine *permanente Basis- oder Erhaltungs-* und eine *Abstoßungs- bzw. Rejektionstherapie* unterschieden. Sie orientieren sich an der Art des Transplantates und dem jeweiligen immunsuppressiven Protokoll des Transplantationszentrums.⁷²

Grundsätzlich erfolgt nach der Transplantation eine hochdosierte *initiale Induktionstherapie* in Verbindung mit Anti-Thymozyten-Globulin (ATG) über einen

⁶⁸ Zu den Ausführungen dieses Abschnitts vgl. GSCHNITZER, F. u.a. (Hrsg.), Operationslehre, a.a.O. (s. Anm. 10), 7f; siehe auch HAMMER, C., Immunreaktion, a.a.O. (s. Anm. 64), 16; WONGEIT, K., Immunsuppression bei Organtransplantation, in: Internist 37(1996), 229.

⁶⁹ Nichtkontrollierbare Infektionen sind daher die Haupttodesursache bei transplantierten Patienten.

⁷⁰ Nephro- und Neurotoxizität (Tremor, Kopfschmerzen, Insomnie), arterielle Hypertonie, Anämie, Osteoporose (durch verminderte Kalziumresorption über den Darm), gasrointestinale Beschwerden (Diarrhoe, Völlegefühl), schwere Pankreatitis (bei Azathioprin).

⁷¹ Bei Infektionen kann die immunsuppressive Therapie zwar gelockert bzw. die Dosierung reduziert werden, um dem Transplantierten eine ausreichende immunologische Kompetenz während des Infektes zu ermöglichen, sie darf jedoch nie ganz abgesetzt werden. Die Dosisreduktion sollte hierbei durch die zuständige Transplantationsambulanz erfolgen und ggf. sollte eine stationäre Aufnahme bei zu erwartenden komplizierten Infektionsverläufen erwogen werden.

⁷² Die derzeit üblichen immunsuppressiven Protokolle bei den verschiedenen Transplantaten werden einzeln erläutert in den entsprechenden Organkapiteln bei PFITZMANN, R. u.a. (Hrsg.), Organtransplantation, a.a.O. (s. Anm. 15).

oder mehrere Tage. Im weiteren Verlauf erhalten die Patienten in Abhängigkeit vom transplantierten Organ je nach Klinikprotokoll eine immunsuppressive *Erhaltungstherapie* als Tripel- oder Dualtherapie, später auch individuell als Monotherapie mit Cyclosporin A (Sandimmun oral[®], Optoral[®]) oder Tacrolimus (Prograf[®]). Das Ziel ist es, die immunsuppressive Therapie und deren Nebenwirkungen soweit wie möglich zu reduzieren. Dabei gilt das Prinzip „soviel wie nötig und so wenig wie möglich“, ohne dadurch jedoch das Risiko von akuten Abstoßungsreaktionen zu erhöhen. Eine Standardtherapie besteht heute aus einer Kombination von Cyclosporin, Azathioprin und Glukokortikoiden (Decoritin[®]/Urbason[®]).

Zur Immunsuppression stehen gegenwärtig Cyclosporin A, Tacrolimus, Prednisolon, Azathioprin, Mycophenolsäure, ALG/ATG, OKT3, Methotrexat und Cyclophosphamid zur Verfügung.⁷³

Die *Rejektionstherapie* wird zunächst mit einer Methylprednisolon-Stoßtherapie mit je 500 (-1.000) mg/Tag in der Regel für drei Tage, aber auch bis zu sieben Tagen und länger durchgeführt. Bei geringgradigen Rejektionen kann es im Einzelfall genügen, die Erhaltungstherapie der Immunsuppression zu erhöhen. Je nach Transplantationszentrum und Einschätzung einer geringgradigen Rejektion kann auch als weitere Stufe die temporäre Erhöhung der Immunsuppression durch eine Steigerung der Cortisondosis, die in Form einer oralen Applikation, als sogenanntes orales Cortisonschema verordnet wird, angezeigt sein. Im Falle einer steroidresistenten Rejektion erfolgt die Therapie mit Anti-Thymozyten-Globulin (ATG) oder monoklonalen T-Zell-Antikörpern (OKT3; CD3-Antikörper) über drei bis maximal zehn Tage.⁷⁴

In einigen Fällen ist bei steroidresistenten Rejektionen die Umstellung der immunsuppressiven Therapie von Cyclosporin A z.B. auf Tacrolimus oder die zusätzliche Gabe von Mycophenolsäure indiziert. Dies wird jedoch von den Transplantationszentren unterschiedlich gehandhabt. Sollten Rejektionen unter

⁷³ Rapamycin und chimäre oder humanisierte Anti-Interleukin-2-Antikörper werden derzeit noch auf ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit geprüft. Die ersten klinischen Ergebnisse sind vielversprechend.

⁷⁴ Seit der Einführung von ATG findet Anti-Lymphozyten-Globulin (ALG) aufgrund seiner fehlenden Spezifität für Lymphozyten-Subpopulationen, die für die Abstoßung verantwortlich sind, in der Regel keine Verwendung mehr.

den hier genannten Therapien weiter sistieren, können Methotrexat, Bestrahlungen von Lymphknotenregionen oder der Plasmapherese eingesetzt werden. Bei überwiegend humoralen Abstoßungen findet neben der Bestrahlung von Lymphknotenregionen und der Plasmapherese die Gabe von Cyclophosphamid Verwendung, das besser als die vorgenannten Immunsuppressiva die Proliferation von B-Lymphozyten unterdrückt.

4.4 Hirntod

4.4.1 Historische Entwicklung

In der Kulturgeschichte der Menschheit ist die Auseinandersetzung mit dem Wesen und den Erscheinungsformen des Todes von zentraler Bedeutung.⁷⁵ Das kardozentrische, d.h. auf das Herz als Zentralorgan des Körpers ausgerichtete Menschenbild der alten Ägypter war für fast alle Kulturen und Religionen der nachfolgenden Jahrtausende wegweisend: Das Herz repräsentierte zugleich die „Seele“ des Verstorbenen. Als einziges Organ verblieb es im mumifizierten Leichnam.⁷⁶ In der Vorstellungswelt der alten Ägypter entschied das Ergebnis der Herzwiegung an der Schwelle zum Totenreich darüber, welcher Platz dem Verstorbenen im Totenreich gebührte.

Die Lehre des PLATON (428-347 v. Chr.) sah im leiblichen Körper lediglich ein vergängliches „Vehikel“ der unverwüstlichen Seele, welche durch das „Pneuma“ seine Vitalität und damit auch die Identität des Individuums bestimmte. Der Tod stellte nur eine Trennung vorübergehend miteinander verbundener Elemente dar.

⁷⁵ Zu den Ausführungen dieses Abschnitts vgl. SCHLAKE, H.-P./ROOSEN, K. (Hrsg.), Der Hirntod als der Tod des Menschen, Edition Deutsche Stiftung Organtransplantation [Der Hirntod als der Tod des Menschen], Neu-Isenburg² 2001, 10ff; siehe auch TÖLLNER, R., Illustrierte Geschichte der Medizin, Salzburg 1990.

⁷⁶ Das Gehirn wurde mittels Haken durch die Nasenhöhlen entfernt und weggeworfen oder mit den anderen Eingeweiden in separaten Behältnissen bestattet.

Für ARISTOTELES (384-322 v. Chr.) hingegen waren in der Person des Menschen der leibliche Körper und seine Seele integriert, deren Funktionen im Herzen lokalisiert wurden. Damit bedeutete bei ARISTOTELES der Herztod den Tod des Körpers und gleichzeitig den Tod der Seele.

GALEN VON PERGAMON (um 129-ca. 199 n. Chr.) und dessen Humoralpathologie, welche die Medizin in den folgenden eineinhalb Jahrtausenden entscheidend prägte, mythologisierte den Todesbegriff, indem er ihn mit Zuständen wie „Hysterie“, Asphyxie“, „Koma“ oder „Katalepsie“ vermischte, ohne jedoch seiner Definition etwas Grundlegendes hinzuzufügen.⁷⁷

Der französische Philosoph DESCARTES (1596-1650) sah im menschlichen Körper ein den Tieren vergleichbares mechanisches System, in der Seele jedoch eine einzigartige menschliche Eigenschaft, welche nicht der gleichen physischen Welt angehören könne. Dieser Dualismus von der strikten Trennung zwischen Körper und Geist führte zu der philosophisch-theologischen Grundfrage des „Leib-Seele-Problems“, das bis heute nicht gelöst ist.

Bis in die Zeit der Aufklärung blieb die Feststellung des Todes vage. Insbesondere in Kriegs- und Epidemiezeiten beschränkte sie sich auf einen mehr oder minder willkürlichen Ausschluss von „Lebenszeichen“ wie Herzschlag, Atmung und spontanen Bewegungen.

Erste Zweifel an der bis dahin geübten Praxis der Todesfeststellung formulierten die aufkommenden Naturwissenschaften zu Beginn der Neuzeit Mitte des 18. Jahrhunderts aufgrund erster erfolgreicher mechanischer Beatmungs- und Wiederbelebungsversuche an Ertrunkenen sowie durch Beobachtungen von „Lebenserscheinungen“ bei elektrischen Reizversuchen an gerade Verstorbenen.⁷⁸ Damit wurde auch das bisherige Verfahren einer nur oberflächlichen Todesfeststellung hinterfragt, wobei ein Scheintod („Vita minima“) mit flacher Atmung und kaum fühlbarem Puls der Beobachtung entgehen konnte. All dies

⁷⁷ Vgl. PERNICK, M.S., Back from the Grave: Recurring Controversies over Defining and Diagnosing Death in History, in: Zaner, R.M. (Hrsg.), Death: Beyond Whole-Brain Criteria, Dordrecht – Boston - London 1988, 17-75.

⁷⁸ Die Entdeckung der galvanischen Elektrizität führte 1774 zur ersten erfolgreichen Wiederbelebung durch elektrische Herzstimulation. Gleichzeitig wurden elektrische Reizexperimente an Körpern und Gehirnen gerade Verstorbener möglich. Diese zeigten als vermeintlicher Ausdruck einer „vitalen Kraft“ postmortale Muskelzuckungen, womit das Dogma des Herzstillstandes als endgültigen Tod des Menschen in Frage gestellt wurde.

führte neben ausgetüftelten oder skurrilen Rettungsapparaten für begrabene Scheintote auch zu der noch heute geübten Praxis einer längeren Beobachtungszeit zwischen Todesfeststellung und Bestattung.

Erst im 20. Jahrhundert erfolgte eine einheitliche Begriffsbildung: Als *Individualtod* wird demnach der irreversible Stillstand von Kreislauf und Atmung definiert. Zugleich hat die moderne Gerichtsmedizin mit der zusätzlichen Festlegung von sicheren Todeszeichen (Totenflecken, Totenstarre und Fäulnis) die Grundlage für die heute gültige, klassische Todesfeststellung geschaffen.⁷⁹

Bereits Ende des 18. Jahrhunderts unterschied der französische Anatom und Histologe M.-F.-X. BICHAT (1771-1802) zwischen einem „*organischen Leben*“, womit er die Aufrechterhaltung der vegetativen Grundfunktionen wie Atmung, Kreislauf und Stoffwechsel bezeichnete, und einem „*animalischen Leben*“, welches er als Summation höherer zerebraler Leistungen (Bewusstsein und Sinneswahrnehmungen) definierte. Mit diesem dezentralisierten Konzept von Leben und Sterben hat BICHAT in bemerkenswerter Weise heutigen Vorstellungen vorgegriffen. Er prägte als erster den Begriff „*Hirntod*“.

Mit der Entwicklung von Respiratoren in den 50er Jahren wurde es möglich, den Verlust der Atemfähigkeit längerfristig maschinell zu ersetzen.

Im Jahre 1959 beschrieben erstmals die beiden französischen Ärzte MOLLARET und GOULON unter dem Begriff „*Coma dépassé*“ einen Zustand „unterhalb des Komas“, der bei künstlicher Beatmung und erhaltener Herztätigkeit keinerlei Lebensäußerungen des Gehirns erkennen ließ, irreversibel war und zwangsläufig zum Herzstillstand führte.⁸⁰

Im klinischen Alltag der folgenden Jahre war eine steigende Zahl derartiger Fälle zu beobachten. Dadurch wurde die Frage virulent, ob Patienten in einem „*irreversiblen Koma*“ noch als „lebend“ anzusehen sind und inwieweit die bis dahin geübte Praxis einer Fortsetzung der aufwendigen Intensivtherapie bis zum Eintritt des Herzstillstandes zu rechtfertigen ist. So stand auch BARNARD 1967 bei der weltweit ersten allogenen Herztransplantation noch vor der Frage, ob er einem „Sterbenden“ oder einem „Toten“ das Herz entnommen hatte.

⁷⁹ Vgl. dazu SCHWERT, W., Kurzgefasstes Lehrbuch der Rechtsmedizin, Köln-Lövenich 1979.

⁸⁰ Vgl. MOLLARET, P./GOULON, M., Le Coma Dépassé, in: Rev. Neurol. 101(1959), 5-15.

Das AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, eine aus Medizinern, Juristen, Ethikern und Theologen gebildete Kommission, hat 1968 in den USA eine Beschreibung des Hirntod-Kriteriums als „eines nicht mehr rückgängig zu machenden Verlustes aller Funktionen des gesamten Gehirns“ vorgelegt. Damit hat die Kommission den bis dahin verwendeten Begriff des „irreversiblen Komas“ (Coma dépassé) präzisiert, mit dem „Hirntod“ ein zusätzliches Todeskriterium eingeführt und den Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt.⁸¹ Bereits in dieser Erstfassung wurde die bis heute gültige Symptomtrias des Hirntodes definiert: das tiefe, irreversible Koma, die Hirnstamm-Areflexie sowie der Verlust der Spontanatmung (Apnoe). Zur Bestätigung wurde ein isoelektrisches EEG gefordert. Als einschränkende Voraussetzungen wurden der Ausschluss einer Vergiftung und einer Unterkühlung postuliert.⁸²

Nachdem in der Bundesrepublik Deutschland bereits Ende der 60er Jahre einzelne medizinische Fachgesellschaften entsprechende Konzepte entwickelt hatten, wurde 1979 durch den WISSENSCHAFTLICHEN BEIRAT DER BUNDESÄRZTEKAMMER eine Kommission mit dem Auftrag gebildet, Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes zu erarbeiten. Diese Richtlinien wurden am 09.04.1982 festgelegt und am 22. 10.1986, am 29.06.1991 sowie am 09.05.1997 bzw. am 24.07.1998 (formale Ergänzungen zum TRANSPLANTATIONSGESETZ) aktualisiert und fortgeschrieben.⁸³

Durch das Inkrafttreten des TRANSPLANTATIONSGESETZES im Dezember 1997 wurde in Deutschland – als letzter der großen Industrienationen – der Hirntod als der Tod des Menschen auch gesetzlich festgeschrieben und dadurch nun Rechtssicherheit und Rechtsklarheit für die Organspende geschaf-

⁸¹ Vgl. AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, A Definition of Irreversible Coma, in: JAMA 205(1968), 85-88.

⁸² Lediglich die Empfehlung einer generellen Beobachtungszeit von 24 Stunden wurde seitdem detaillierter gefasst. Auch das damalige Postulat fehlender spinaler, d.h. vom Rückenmark ausgehender, Sehnenreflexe, hat sich für die Hirntod-Feststellung nicht als relevant erwiesen.

⁸³ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.), Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes, in: Dtsch.Ärzteblatt 79(1982), 45-55; 83(1987), 2940-2946; 88(1991), 2855-2860; 94(1997), 1032-1039; Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, in: Dtsch.Ärzteblatt 95(1998), 1861-1868.

fen. In §16 Abs.1 Nr. 1 des TRANSPLANTATIONSGESETZES (TPG)⁸⁴ vom 01. Dezember 1997 wird der Bundesärztekammer die Aufgabe übertragen, den jeweiligen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Todesfeststellung (nach §3 Abs.1 Nr.2 TPG) sowie des „nicht behebbaren Ausfalls des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ (nach §3 Abs.2 Nr.2 TPG) in Richtlinien festzustellen. Damit wurden die bisherigen „Entscheidungshilfen“ zu verpflichtenden „Entscheidungsgrundlagen“.

4.4.2 Hirntod als Todeskriterium

Wenn vom Hirntod die Rede ist, handelt es sich dabei zunächst um ein *Todeskriterium*. Ein Kriterium wird operational auf der Ebene von Testverfahren bestimmt. Beim Hirntodkriterium entsprechen diese klinischen und technisch-apparativen Untersuchungen. Ein Kriterium kann wissenschaftlich bestätigt oder widerlegt werden. Eine *Definition* hingegen kann nicht richtig oder falsch sein, nur adäquat oder unzweckmäßig, sinnvoll oder sinnlos. Eine Definition bleibt immer weltanschaulichen Gesichtspunkten und damit einer Konvention unterworfen. Es ist daher eine Utopie zu glauben, in einer pluralistischen Gesellschaft könne eine einheitliche Todesdefinition etabliert werden.

Die überwiegende Kritik richtet sich nicht gegen die wissenschaftliche Validität des Hirntods als Kriterium, sondern gegen die zugrunde liegende Todesdefinition. Sie zielt auf die Frage: Was ist der Tod des Menschen? Ist es der Tod des „Körpers“ oder der Tod der „Person“? Da bereits der Personbegriff philosophisch, theologisch und juristisch ganz unterschiedlich ausgelegt wird⁸⁵, kann

⁸⁴ Vgl. BUNDESGESETZESBLATT (Hrsg.) [BGBl], Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen [Transplantationsgesetz – TPG]. Vom 05. November 1997, Jg. 1997, Teil I Nr. 74, 11.11.1997, 2631-2639.

⁸⁵ Vgl. dazu ANGSTWURM, H., Brain Death as Death of a Human Being: A Matter of Image of Man, in: Land, W./Dossetor, J.B. (Eds.), Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce, Berlin-Heidelberg 1991, 241-244; GRÜNDEL, J., Theological Aspects of Brain Death with Regard to the Death of a Person, in: Land, W./Dossetor, J.B. (Eds.), Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce, Berlin - Heidelberg 1991, 245-248; SASS, H.-M., Philosophical Arguments in Accepting Brain Death Criteria, in: Land, W./Dossetor, J.B. (Eds.), Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce, Berlin - Heidelberg 1991, 249-258.

die Frage nach der Definition des Todes kaum allein unter medizinischen Gesichtspunkten beantwortet werden. Dies ist Aufgabe einer breiten gesellschaftlichen Diskussion unter Beteiligung von Ethikern, Juristen, Philosophen und Theologen. Es bleibt hingegen die primäre Aufgabe der Medizin, eine wissenschaftliche Validität der Begriffsbildung auf der Ebene von Testverfahren und Kriterien zu gewährleisten und kontinuierlich dem Stand der medizinischen Wissenschaft anzupassen.

Weil die Hirntodproblematik in der ethischen Diskussion eng mit dem Thema Organspende und Transplantation verbunden ist und die vorliegende Arbeit sich mit der diesbezüglichen Ethik in den abrahamitischen Religionen beschäftigt, sollen im folgenden nicht nur die medizinische Beschreibung des Hirntodes, sondern auch jüdische, christliche und islamische Todeskriterien kurz vorgestellt werden.

4.4.2.1 Medizinisch

Die Bewusstseinstätigkeit wie auch die Integration aller Körperfunktionen zum Ganzen des Organismus Mensch sind von der Funktion des Gehirns abhängig und werden ausschließlich von ihm wahrgenommen. Das funktionierende Gehirn ist somit die zwingend notwendige und unersetzliche stoffliche Grundlage für das materiell nicht fassbare Geistige, mithin notwendige und in Verbindung mit dem Schöpfungsakt auch hinreichende Bedingung für die leiblich-seelische Natur des Menschen.

Damit ergibt sich aber auch zwangsläufig, dass mit dem irreversiblen Ausfall der gesamten Funktion des Gehirns der Tod des Menschen in seiner funktionellen Ganzheit gegeben ist. Deshalb formuliert der WISSENSCHAFTLICHE BEIRAT DER BUNDESÄRZTEKAMMER in seiner dritten Fortschreibung der „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ vom 09.05.1997:

„Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten.“⁸⁶

4.4.2.2 Jüdisch

In der jüdischen Glaubenswelt besitzt menschliches Leben Heiligkeit sowie absoluten, unantastbaren Wert. Dieser zentrale ethische Grundsatz der jüdischen Religion gilt bis zum letzten Moment des Lebens auf dieser Welt, dem Eintritt des Todes. Bis zu diesem Zeitpunkt besitzt ein jeder Mensch den gleichen, unendlichen Wert.

Innerhalb der jüdischen Glaubensgemeinschaft – und besonders in Israel – war die Haltung zum Hirntod-Kriterium aufgrund unterschiedlicher religiöser Strömungen lange uneinheitlich und umstritten.⁸⁷

Nach *jüdisch-hebräischer* Glaubensauffassung wird nicht der Herzschlag, sondern die *Atmung* als entscheidendes Kriterium des Lebens angesehen. So ist das hebräische Wort für „Atmung“ („*neshima*“) eng verwandt mit dem Begriff für „Seele“ („*neshama*“). Im Jahre 1987 wurde durch das OBERSTE RABBINAT von Israel das Hirntod-Kriterium offiziell gebilligt. Dies bedeutet jedoch keineswegs die Anerkennung irgendeiner Form des Hirntodes als Todeskriterium schlechthin, sondern ist vielmehr eingeschränkt auf die Organtransplantation und letztlich auf den irreversiblen Ausfall der Spontanatmung abgestellt. Da eine vorhandene Spontanatmung an die Intaktheit des Hirnstamms gebunden ist, ist es verständlich, dass sich das israelische Hirntod-Kriterium eng an das bereits existente britische Konzept des „Hirnstamm-Todes“ anlehnt. So wird neben

⁸⁶ BUNDESÄRZTEKAMMER. (Hrsg.), Dritte Fortschreibung der „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer vom 09.05.1997, in: Dtsch.Ärzteblatt 94(1997), 1032.

⁸⁷ Vgl. NORDMANN, Y., Definition des Todes und Hirntod aus Sicht der jüdischen Medizinethik [Definition des Todes], in: Schlich, Th./Wiesemann, C. (Hrsg.), Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt/Main 2001, 257-275; siehe auch DERS., Ist das Hirntodkonzept vertretbar – Eine medizinische ethische Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung der halachischen Perspektive, Dissertation [Hirntod], Basel 2000; DERS., Zwischen Leben und Tod – Aspekte der jüdischen Medizinethik [Zwischen Leben und Tod], Bern 1999; BREITOWITZ, Y.A., The Brain Death Controversy in Jewish Law, <http://www.jlaw.com/Articles/brain.html>.

einer erloschenen Spontanatmung und Hirnstamm-Areflexie eine Objektivierung des Hirnstamm-Funktionsausfalls durch die Ableitung akustisch evozierter Potentiale gefordert.⁸⁸

Diese Position läuft der *traditionellen jüdischen* Todesdefinition vom Ende des Herzschlages eigentlich entgegen. Obwohl also verschiedene, auch orthodoxe Rabbiner die Meinung vertreten, dass der „*Hirnstamm-Tod*“ aus jüdischer Sicht akzeptabel ist und trotz der Tatsache, dass das israelische Oberrabbinat Herztransplantationen unter strikten Bedingungen in gewissen Fällen erlaubt hat, erklärt doch eine große Anzahl zeitgenössischer rabbinischer Autoritäten die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen als mit dem jüdischen Gesetz unvereinbar.⁸⁹ Sie vertreten den Standpunkt, wonach ein ‚hirntoter‘ Patient, der an einer Beatmungsmaschine angeschlossen ist, am Leben ist, solange sein Herz noch schlägt. RAV SCHLOMO SALEM AUERBACH z.B., der als Entscheidungsträger für die heutige Generation allgemein anerkannt ist, formuliert sehr eindeutig:

„Der Hirntod, wie er heute von Ärzten festgestellt wird, ist nicht dem Tod einer Person gleichzusetzen. Eine Person in diesem Zustand ist an der Grenze zwischen Sterben und Tod. Deshalb ist es nicht erlaubt, auf irgendwelche Art den Tod dieser Person zu beschleunigen. Es ist verboten, Organe zu Transplantationszwecken zu entnehmen, solange das Herz schlägt, weil man Angst haben muss, damit den Tod des Sterbenden zu beschleunigen. Dies ist sogar dann verboten, wenn es zu Gunsten einer kranken Person geschehen würde, die vor uns liegt und sicherlich sterben wird.“⁹⁰

Ebenso grundsätzlich argumentiert auch der Sprecher der DEUTSCHEN RABBINERKONFERENZ, Landesrabbiner JOEL BERGER, in seiner Stellungnahme

⁸⁸ Vgl. dazu MICHAELI, D., Discontinuation of Ventilation after Brain Stem Death. Jewish Accept Brain Stem Death, in: Brit.Med.J. 319 (1999), 1367; RAPPAPORT, H./RAPPAPORT, I.T., Principles and Concepts of Brain Death and Organ Donation: the Jewish Perspective, in: Child's Nerv. Syst. 14(1998), 381.

⁸⁹ Vgl. NORDMANN, Y., Definition des Todes, a.a.O. (s. Anm. 87); siehe auch DERS., Ist das Hirntodkonzept vertretbar – Eine medizinische ethische Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung der halachischen Perspektive, Dissertation, Basel 2000; DERS., Zwischen Leben und Tod – Aspekte der jüdischen Medizinethik, Bern 1999.

⁹⁰ Zitiert bei NORDMANN, Y., Definition des Todes, a.a.O. (s. Anm. 87), 272. – *Im Interesse der Einheitlichkeit und Lesbarkeit folgt die vorliegende Arbeit auch für Zitate und Angaben aus der Literatur vor der Rechtschreibreform den neuen orthographischen Regeln.*

vor dem GESUNDHEITSAUSSCHUSS DES BUNDESTAGES aus dem Jahr 2000:

„Die Hirntodregelung steht im krassen Widerspruch zur Halacha. (...) Zur Frage, wann ist der Mensch tot, gibt die Halacha zwei Definitionen: Aussetzen der Atemtätigkeit und Aussetzen des Pulsschlages. Dem Gehirntod wird in der Halacha⁹¹ keine Bedeutung zugemessen. Hingegen sind selbst ungesteuerte Reflexe des autonomen Nervensystems als Leben zu werten.“⁹²

Für BERGER ist der Hirntod kein „abgeschlossener Todesprozess“ sondern leitet vielmehr einen „unumkehrbaren Sterbeprozess“ ein. „Der Mensch ist noch nicht tot, auch wenn sein Zustand irreversibel ist.“⁹³

4.4.2.3 Christlich

Korrespondierend mit der Forderung der BUNDESÄRZTEKAMMER nach einem Erlöschensein der Gesamtfunktion des Gehirns, welches zugleich den irreversiblen Verlust aller Einzelfunktionen wie auch der integrativen Gesamtfunktion des Gehirns als übergeordnetem Steuerorgan wichtiger Lebensvorgänge impliziert, formulieren die DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ und DER RAT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND in ihrer gemeinsamen Erklärung „Organtransplantationen“:

„Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wiederzuerlangende körperliche Grundlage für sein

⁹¹ Zum Begriff der Halacha siehe im A-Teil des dritten Kapitels dieser Arbeit den Abschnitt 1.3.1, Der Begriff der „Halacha“, 129f.

⁹² BERGER, J., Den Hirntod kennt die Halacha nicht. Was sagt das Judentum zu Todeszeitpunkt und Organentnahme? Auszüge aus der Stellungnahme von Landesrabbiner Joel Berger als Sprecher der Rabbinerkonferenz in Deutschland vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages [Den Hirntod kennt die Halacha nicht], in: Jüdische Allgemeine. Wochenzeitung für Politik, Kultur, Religion und jüdisches Leben [Jüdische Allgemeine], 08.11. 2001, Abs. Fünftens, <http://www.juedische-allgemeine.de/start/religion-00588.html>. - Eine persönliche schriftliche Anfrage an Herrn Landesrabbiner Berger zwecks Überlassung des gesamten Textes seiner Stellungnahme blieb leider auch nach wiederholter telefonischer Erinnerung und Nachfrage unbeantwortet.

⁹³ DERS., zitiert in: Jüdische Allgemeine, Auf Herz und Nieren. Organspende Ja oder nein? Eine nichtrepräsentative Umfrage unter Juden in Deutschland [Auf Herz und Nieren], 08.11. 2001, <http://www.juedische-allgemeine.de/tools/lese/religion-00585.htm>.

geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten oder beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgendetwas entscheiden. Nach dem Hirntod fehlt dem Menschen zugleich die integrierende Tätigkeit des Gehirns für die Lebensfähigkeit des Organismus: die Steuerung aller anderen Organe und die Zusammenfassung ihrer Tätigkeit zur übergeordneten Einheit des selbständigen Lebewesens, das mehr und qualitativ etwas anderes ist als bloß die Summe seiner Teile. Hirntod bedeutet also etwas entscheidend anderes als nur eine bleibende Bewusstlosigkeit, die allein noch nicht den Tod des Menschen ausmacht.“⁹⁴

Bezugnehmend auf die gemeinsame Erklärung der DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ und des RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND „Organtransplantationen“ erinnert der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz Kardinal LEHMANN daran, dass der Hirntod selbstverständlich keine *Definition* des Todes ist und auch keineswegs die Wirklichkeit des Sterbens und des Todes erschöpfend formulieren will:

„Das Geheimnis des Todes ist viel umfassender und liegt letztlich in einem Bereich jenseits empirischer Feststellungen. Andererseits ist der Hirntod auch wieder eng verbunden mit dem Tod des Menschen, denn er ist ja seine sichere Feststellung.“⁹⁵

Aus diesem Grunde auch haben die BISCHOFSKONFERENZ und der RAT DER EVANGELISCHEN KIRCHE bei ihrer Erklärung „Organtransplantationen“ jede banale Identifizierung abgelehnt, dafür aber die Formulierung verwendet, dass der „... Nachweis des Hirntodes (...) der Nachweis eines bereits *bestehenden* Sachverhalts [ist], keine Beurteilung eines erst künftigen Krankheitsverlaufs, keine bloß rechtliche Todeserklärung“⁹⁶.

So unbestritten heutzutage das Sterben als ein prozesshafter Vorgang, ein Übergang vom Leben zum biologischen oder sogenannten totalen Tod ist, so

⁹⁴ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland [Organtransplantationen], in: Gemeinsame Texte, Heft 1, Bonn - Hannover 1990, 18.

⁹⁵ LEHMANN, K., Auf ein Wort. „Hirntod“ – Reales Zeichen des Todes, in: ZME 34(1997), 77f.

⁹⁶ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ, KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94), 17.

heftig prallten anlässlich der Debatten über das Transplantationsgesetz die Meinungen über die „Lokalisation“ des Individualtodes im biologischen Sterbeprozess aufeinander. Einige Fachleute, zunächst der Philosoph HANS JONAS⁹⁷ und einige evangelische Ethiker⁹⁸ sowie andere Experten, vertraten die These, die Hirntod-Feststellung bedeute zwar den Eintritt eines unaufhaltsamen Sterbeprozesses, sei gleichsam dessen irreversibler Beginn, sei aber nicht gleichzusetzen mit dem Tod als dem Ende des Sterbens.⁹⁹

Diese Position erscheint auf den ersten Blick bestechend, ist jedoch nicht so leicht vereinbar mit einer Organentnahme und mit einer Transplantation. Im Extremfall würde eine Organentnahme als aktive Tötung verstanden werden können, was selbstverständlich niemand will und auch rechtlich schwer geahndet werden könnte. Zugleich steht diese Sichtweise in eklatantem Widerspruch zu der gemeinsamen Erklärung der DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ und des RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND von 1990, wo es wörtlich heißt: „Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen.“¹⁰⁰

⁹⁷ Vgl. dazu JONAS, H., Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, in: ders., Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt/Main² 1987, 219-241.

⁹⁸ Vgl. z.B. HAEFFNER, G., Hirntod und Organtransplantation, in: Stimmen der Zeit. Katholische Monatsschrift für das Geistesleben der Gegenwart [StZ] 214(1996), 807-817; HOERSTER, N., Definition des Todes und Organtransplantation, in: Universitas. Orientierung in der Wissenschaft. Zeitschrift für interdisziplinäre Wissenschaft [UNIVA] 52(1997), 42-52.

⁹⁹ Die Extreme reichten von der bleibenden Bewusstlosigkeit mit der Folge fehlender kognitiver Leistungen als Todeskriterium bis hin zur Forderung einiger Philosophen – als ein Vertreter sei HANS JONAS genannt – und Theologen, aber auch Mediziner, der Hirntod sei nicht gleichzusetzen mit dem Tod des Menschen schlechthin. Dieses Postulat wurde erhoben ohne anzugeben, wann denn nach ihrer Ansicht dann der Tod eingetreten und mit welchen Kriterien er festzustellen sei. Zur Begründung führten Letztere unter anderem das sogenannte „Lazaruszeichen“ [vgl. dazu Joh 11, 44] (= spontane oder auf äußere Reize hin ausgelöste Extremitätenbewegungen als Ausdruck spinaler Automatie) oder andere supravitale Zeichen wie Darmtätigkeit oder Bauchpresse bei Hirntoten sowie den „Unglauben“, ein Mensch mit Herztätigkeit, warm und wohlmöglich noch mit einem gesunden lebendigen Kind unter dem Herzen sei tot, an.

¹⁰⁰ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ, KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94), 18.

4.4.2.4 Islamisch

Das Thema Hirntod wird in der islamischen Welt seit etwa Mitte der 80er Jahre diskutiert. Von einer abschließenden Bewertung durch die Gelehrten des Gottesrechts, der sogenannten *Scharia*, kann noch nicht gesprochen werden, da die Diskussion erst seit einigen Jahren in Gang gekommen und noch längst nicht zum Abschluss gelangt ist.

Die Probleme, die sich aus der Konfrontation mit dem modernen ‚westlichen‘ Hirntodkonzept ergeben, reichen in ihren Wurzeln weit zurück. Der Islam hat sich seit seiner Frühzeit sehr gründlich mit der Frage der Bestimmbarkeit des genauen Todeszeitpunktes auseinandergesetzt, denn nach schariatrechtlicher Auffassung ändern sich mit dem Tod zahlreiche Rechtsverhältnisse (wie z.B. Ehevertrag oder Erbrecht) und die daraus resultierenden Verpflichtungen. Eine genaue Bestimmung des Todeszeitpunktes ist auch deswegen geboten, weil im Islam der Tote zügig zu bestatten ist.¹⁰¹

Zu den schariatrechtlichen Merkmalen des „vollständigen Todes“ gehören die „Starre des Blicks“, d.h. die „Augenlider öffnen sich und die Pupille ist streng nach oben gerichtet, denn der Blick folgt der Seele nach, wenn sie heraustritt“, das Schwinden der Sehkraft, Erschlaffung der Füße, Krümmung der Nase, Einsinken der Schläfen und Erschlaffung der Gesichtshaut. Der Mediziner AL-DAHABI, Verfasser einer 1993 erschienenen Monographie über „Organtransplantation zwischen Medizin und Religion“ gibt zu bedenken, dass diese Merkmale aus der Erfahrung der Menschen in jenen Belangen abgeleitet sind. Aus diesem Grund gebe es nichts, was es schariatrechtlich untersagt, die Zeichen mit neuerfundenen medizinischen Mitteln in Erfahrung zu bringen, die in heutiger Zeit zur Verfügung stehen.

¹⁰¹ Man denke nur an die Bemühungen im Zusammenhang mit dem Staatsbegräbnis des früheren jordanischen Königs Hussein. Damals meldete der Spiegel: „Schon am Freitag vorvergangener Woche hatten die Ärzte den Hirntod König Husseins festgestellt. Gemäß muslimischer Sitte hätte Hussein innerhalb von 24 Stunden bestattet werden müssen – dann jedoch ohne die internationale Prominenz, die sich so schnell nicht in Amman einfinden konnte. Die Mediziner erklärten daraufhin den Herzstillstand zum entscheidenden Todeskriterium. Nach offizieller Lesart lebte der König also noch, als - am Freitag – die Staats- und Regierungschefs für Montag zur Beerdigung eingeladen wurden. Husseins Herz hörte Sonntag auf zu schlagen, fast genau 24 Stunden vor der Beerdigung.“ – DER SPIEGEL 7(1999), 143.

Das Entscheidende an der schariatrechtlichen Todesbestimmung ist das vollständige Erlöschen des Lebens im Körper. Das entscheidende Definitionsmerkmal ist dabei die „Trennung der Seele vom Körper“. Da die Seele als solche nicht sichtbar ist, ist man sich der zeitlichen Kluft zwischen ihrer vollständigen Ablösung bis zum Eintreten der genannten sichtbaren Auswirkungen dieses Vorganges durchaus bewusst. Daraus resultierende Unabwägbarkeiten sind, da kein direkter Textbeleg aus den heiligen Quellen dazu vorliegt, nach den etablierten Prinzipien des islamischen Rechts zu entscheiden. So verweist der schiitische¹⁰² Muslim MUHÄMMAD BAQIR AL-ANSARI, Imam des Islamischen Zentrums in Hamburg, darauf, dass bei Zweifeln, ob der Mensch definitiv tot sei, mit der Bestattung gewartet werden müsse, denn in den Fragen von Menschenleben gelte das Prinzip der Vorsicht.¹⁰³

Auf einer internationalen Versammlung von islamischen, überwiegend wohl sunnitischen¹⁰⁴ Rechtsgelehrten 1986 in Amman/Jordanien wurde der irreversible Ausfall der Hirnfunktion (auch wenn die Herz- und Atemfunktion noch weiter aufrechterhalten werden kann) – neben dem irreversiblen Atem- und Kreislaufstillstand – als Kriterium für den Tod des Menschen anerkannt.¹⁰⁵ Dabei soll aus islamischer Sicht, wenn die vitalen Hirnfunktionen irreversibel erloschen sind, die Hirntod-Feststellung nicht unnötig hinausgezögert werden, da ein solchen Hinauszögern „den Menschen zu einer künstlich aufrechterhaltenen biologischen Masse“¹⁰⁶ entwürdigt.

¹⁰² Der Islam kennt zwei Hauptrichtungen: die *Sunniten* und die *Schiiten*. Die *Sunniten* bilden die Majorität und sind Anhänger der orthodoxen Hauptrichtung des Islam, die sich auf die *Sunna*, die Weisheitssprüche des Propheten Mohammed stützen und sie als Richtschnur ihres Lebens anwenden. Sie sind Vertreter eines eher gemäßigten Islamismus. Die *Schiiten* sind Anhänger einer islamischen Sekte, die sich direkt auf Mohammeds Schwiegersohn Ali zurückführt, und vertreten eine extrem fundamentalistische Auslegung des Koran und der Gesetze der Scharia.

¹⁰³ Vgl. KRAWIETZ, B., Grundlagen und Grenzen einer Hirntodkonzeption im Islam, in: Schlich, Th./Wiesemann, C. (Hrsg.), *Hirntod*, a.a.O. (s. Anm. 87), 239-256; siehe auch DIES., *Die +Ørma. Schariatrechtlicher Schutz vor Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit nach arabischen Fatwas des 20. Jahrhunderts*, Berlin 1991; AL-DAQR, N.M.N., *Brain Death. Between Medicine and Islam*, Damaskus 1997; RISPLER-CHAIM, V., *Islamic Medical Ethics in the Twentieth Century*, Leiden 1993.

¹⁰⁴ Siehe Anm. 102.

¹⁰⁵ Vgl. dazu SYED, J., *Islamic Views on Organ Donation*, in: *J. Transplant Coordination* 8 (1998), 157-163; THE MUSLIM LAW (SHARIAH) COUNCIL (Ed.), *The Muslim Law (Shariah) Council and Organ Transplants*, in: *Acc. Emerg. Nurs*, 4(1996), 73-75.

¹⁰⁶ Zitiert nach ZENTRALRAT DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND [ZMD] (Hrsg.), Dr. Nadeem Elyas, *Stellungnahme bei der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bun-*

In einer Stellungnahme des „ZENTRALRATES DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND“ (ZMD) heißt es weiterhin wörtlich:

„Theologisch gesehen gilt der Mensch erst dann als tot, wenn seine Seele den Körper verlassen hat. Auch wenn man vom Todeskampf als Prozess sprechen kann, so ist das endgültige Verlassen der Seele ein Vorgang, der zu einem bestimmten Zeitpunkt geschieht. Da dieser Vorgang weder beobachtet noch auf einen bestimmten Zeitpunkt fixiert werden kann, sind wir auf sekundäre Merkmale angewiesen, die diesen Vorgang andeuten.

Ausgehend vom islamischen Grundsatz „Gott fordert von niemandem mehr, als er vermag“, sind wir islamisch gesehen nicht verpflichtet, den Beweis zu erbringen, zu welchem Zeitpunkt die Seele den Körper verlässt. Die sekundären Merkmale, wie der irreversible Herz- und Atemstillstand sowie der irreversible Ausfall der Hirnfunktion, reichen islamisch gesehen vollkommen aus, um den Zeitpunkt des Todes nach menschlichem Ermessen festzulegen.

Ausnahmen, zumal sie nach unseren Erkenntnissen nicht wissenschaftlich relevant sind, dürfen nicht dazu führen, dass eine Festlegung des Todeszeitpunktes unmöglich gemacht wird. Dies wird von dem islamischen Grundsatz abgeleitet „Grundlage der Entscheidung ist das Meistverbreitete und nicht das Seltene oder Ausgefallene“.

Sollte der Tod nur als ein Teil eines langwierigen Sterbeprozesses definiert werden, so sehen wir die Würde des Menschen bei diesem Zustand fehlender zeitlicher Kriterien und konkreter Maßstäbe sehr gefährdet.“¹⁰⁷

4.4.3 Bedeutung des Hirntod-Konzeptes

Im medizinisch-ethischen Dialog wird die Bedeutung des Hirntodes kontrovers diskutiert und bewertet.¹⁰⁸ Strittig ist vor allem das Verhältnis des Hirntodes zum Tod des Menschen überhaupt. Nach dem heutigen Kenntnisstand vollzieht sich, abgesehen von schwersten Traumen oder massiven Gewaltdelikten, der Übergang vom Leben zum Tod in einem mehr oder weniger langen Zeitraum. Das Sterben ist also ein Vorgang von höchst individueller Dauer, der durch Absterbevorgänge einzelner Organe gekennzeichnet ist. Bis jetzt handelt es sich aber

destages am 28.06. 1995 zu den Themen Hirntod und Organverpflanzung [Dr. Nadeem Elyas, Stellungnahme], Köln 1995, 2.

¹⁰⁷ Ebd., 3.

¹⁰⁸ Vgl. dazu RÖMELT, J., Hirntod und Organspende. Ethische Probleme der Transplantationsmedizin, in: ZME 43(1997), 3-16.

immer noch um den letzten Lebensabschnitt des Menschen, der dann jedoch, je nach der vorliegenden Erkrankung, innerhalb kurzer Zeit zunächst zum *klinischen* (=kurzfristig reversiblen) und nach etwa drei bis fünf Minuten zum *biologischen* (=irreversiblen) *Individualtod* mit Stillstand von Atmung und Herz-Kreislauffunktion führt. Stehen akute Störungen der Herz-Lungenfunktion im Vordergrund des Sterbevorgangs, so besteht unter Umständen, d.h. bei sofortigem Eingreifen, die Möglichkeit der sogenannten Wiederbelebung der Herz- bzw. Lungenfunktion und im günstigsten Fall wird das Sterben angehalten oder abgewendet.

Kommt es aber vor der Wiederbelebung zu einem prolongierten Sauerstoffmangel, so kann zwar die Wiederherstellung von Herztätigkeit und Lungenfunktion noch gelingen, die Reanimation des Gehirns wegen der größten Empfindlichkeit dieses Organs gegenüber einem Sauerstoffmangel jedoch nur zum Teil oder gar nicht, was dann zum *isolierten Absterben des Gehirns* (=Hirntod) führen kann. Indem die moderne Intensivmedizin es ermöglicht hat, eine maschinelle Langzeitbeatmung sowie eine künstliche Ernährung bei spontan schlagendem Herzen, aber abgestorbenem Gehirn – und demzufolge für immer erloschener Hirnfunktion – durchzuführen, ist eine neuartige Situation entstanden: Der Hirntod kann unabhängig und mit erheblicher zeitlicher Latenz vor dem Erlöschen der übrigen Körperfunktionen eintreten. Dieses Phänomen beschreibt der Begriff „*dissoziierter Hirntod*“.

Es handelt sich hierbei um eine Situation, in der unter intensivmedizinischen Maßnahmen bei fortdauernd notwendiger künstlicher Beatmung das Herz spontan eine gewisse Zeit weiterschlägt und den ‚verbleibenden Organismus‘ über den Kreislauf versorgt. Daraus ergibt sich, dass jeder Sterbevorgang an seinem Ende zunächst die gegenüber Sauerstoffmangel am empfindlichsten reagierenden Organe, das Gehirn und das Herz, betrifft und über den eingetretenen Individualtod hinaus weiter währt, bis in einem zeitlich gestaffelten Absterben von Organen und Geweben schließlich mehrere Tage nach dem Individualtod der biologische Tod mit dem Tod der letzten Zelle erreicht ist.

Aus diesem naturgegebenen biologischen Sachverhalt ist bereits jetzt ersichtlich, dass der Individualtod des Menschen nach dem eingangs Gesagten nie-

mals identisch sein kann mit dem Tod seiner letzten Zelle. Vielmehr ist die Grenze zwischen Leben und Tod des Menschen dadurch markiert, dass die einzelnen Organe und Organsysteme nicht mehr zentral gesteuert und nicht mehr zum Ganzen integriert werden können.¹⁰⁹

Als Folge des Verlustes integrativer Steuerungsfunktionen des Gehirns kommt es zu einem ‚Zerbrechen‘ des Gesamtorganismus, einem fortschreitenden Verlust der Organisation anderer Organsysteme. Zeitlich vollzieht sich dieser Prozess zwar nicht punktuell, aber auch keineswegs unbegrenzt. Auf der Intensivstation kann der Eintritt des Hirntodes bei einem Patienten nicht selten indirekt an einem ‚Entgleiten‘ von physiologischen Überwachungsparametern erkennbar werden. Auch unter Aufbietung der modernsten Intensivmedizin ist es nicht möglich, jeden hirntoten Leichnam beliebig lange weiter ‚funktionieren‘ zu lassen.¹¹⁰

Mit der Festlegung des Hirntod-Kriteriums wurde nicht, wie oft fälschlich behauptet, eine Um- oder Neudefinition des Todes geschaffen. Den Hirntod als naturgegebenen physiologischen Sachverhalt hat es schon immer und bei allen höher entwickelten Lebewesen gegeben – entweder als Ursache oder häufiger als Folge des Herztodes. Von jeher bildet der Hirntod das irreversible Moment des Herztodes, macht diesen endgültig und begrenzt die Zeitspanne, innerhalb deren Reanimationsversuche sinnvoll durchführbar sind. Der Hirntod als der Tod des Menschen ist der Zeitpunkt, ab dem eine evtl. Organentnahme medizinisch und rechtlich vertretbar ist. Eine vorherige Organexplantation wäre im juristischen Sinne Körperverletzung oder gar Mord.

¹⁰⁹ Vgl. dazu ODUNCU, F., Hirntod – Tod des Menschen?, in: StZ 215(1997), 678-690; WAGNER, W., Zur Bedeutung des Hirntodes als Todeszeichen, in: ZME 44(1998), 57-65; WOLBERT, W., Wann ist der Mensch ein Mensch? Zur Frage nach Beginn und Ende personalen Lebens, in: Moraltheologisches Jahrbuch, Bd. 1, Mainz 1989, 15-33; DERS., Zur neueren Diskussion über den Gehirntod, in: Akademie für Ethik der Medizin (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Organ für Ethik in der Medizin [EthikMed] 8(1996), 6-18.

¹¹⁰ Oft erfordert es einen geradezu exponentiell zunehmenden intensivmedizinischen Aufwand, dem Funktionsverlust der restlichen Organe entgegenzuwirken. Wie lange dies im Einzelfall gelingt ist u.a. von dem Ausmaß der Vorschädigung anderer Organe abhängig, aber auch von den medizinisch-technisch verfügbaren Möglichkeiten. Bei den meisten Patienten tritt ein Herzstillstand nach wenigen Tagen bis maximal eine Woche ein. In Einzelfällen sind allerdings erheblich längere Weiterbehandlungszeiten nach Eintritt des Hirntodes beschrieben worden, so im Falle von zwei hirntoten Schwangeren, welche gesunde Kinder zur Welt brachten, 100 bzw. 107 Tage. Vgl. dazu SPIKE, J., Brain Death, Pregnancy and Posthumous Motherhood, in: J.Clin.Ethics 10(1999), 57-65; BERNSTEIN, I.M. a.o., Material Brain Death and Prolonged Fetal Survival, in: Obstet.Gynecol. 146(1989), 434-437.

Unzutreffend ist auch die Aussage, das Hirntod-Kriterium ersetze das ‚klassische‘ Todeskriterium eines irreversiblen Herzstillstandes, den „Herztod“. Es kann immer nur einen Tod des Menschen geben. Dieser wird unter nicht-intensivmedizinischen Bedingungen auch weiterhin bei mehr als 99% aller Menschen als irreversibler Atem- und Kreislaufstillstand festgestellt, weil dadurch das Gehirn abstirbt. Der völlige und endgültige Hirnausfall stellt ein ebenso sicheres Todeszeichen dar, wenn er unter besonderen Bedingungen der modernen Intensivmedizin, in denen die natürliche zeitliche Abfolge von Herzstillstand und Hirntod nicht mehr gegeben ist, schon vor dem Herztod nachgewiesen wird.¹¹¹

Ebenfalls zurückzuweisen ist auch die Behauptung, das Hirntod-Kriterium sei lediglich eine „pragmatische Konvention“ zum Zwecke der Organtransplantation.¹¹² Selbst wenn die Festlegungen der HARVARD-KOMMISSION von 1968¹¹³ durch Interessen geleitet gewesen sein sollten, wird damit die *Angemessenheit* des Hirntod-Kriteriums nicht grundsätzlich in Zweifel gezogen, denn der *sachliche Gehalt* einer Aussage ist nicht abhängig von ihrer *Zweckbestimmung*, sondern von ihrem *Inhalt* und ihrer *Überprüfung*.

4.4.4 Diagnose

Die Kriterien des Hirntodes und die Vorgehensweise bei der Hirntoddiagnostik sind nach der im TRANSPLANTATIONSGESETZ von Dezember 1997 vorgeschriebenen Anwendung¹¹⁴ der „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes des

¹¹¹ Vgl. SCHLAKE, H.-P./ROOSEN, K., Der Hirntod als der Tod des Menschen, a.a.O. (s. Anm. 75), 16.

¹¹² Vgl. dazu BAVASTRO, P. (Hrsg.), Organspende – der umkämpfte Tod. Gewissensentscheidung angesichts des Sterbens, Stuttgart 1995; DERS., Organtransplantation und das Hirnversagen. Eine phänomenologische Betrachtung im Hinblick auf Mensch und Person, in: Evangelische Landeskirche in Baden (Hrsg.), Beiträge Pädagogischer Arbeit, Heft IV(1999), 1-40; HOFF, J./IN DER SCHMITTEN, J. (Hrsg.), Kritik der Hirntod-Konzeption. Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium, in: dies. (Hrsg.), Wann ist der Mensch tot?, Reinbek b. Hamburg 1994, 153-252; KURTHEN, M./LINKE, D.B., Vom Hirntod zum Teilhirntod, in: Hoff, J./in der Schmitt, J. (Hrsg.), a.a.O., 82-94; VOLLMANN, J., Todeskriterien und Interessen bei der Organentnahme, in: EthikMed 8(1996), 114-124.

¹¹³ Vgl. dazu Anm. 81.

¹¹⁴ Vgl. TPG, a.a.O. (s. Anm. 84), §16 Abs.1 Nr.1.

Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer“ in der dritten Fortschreibung von 1997¹¹⁵ mit den durch das TRANSPLANTATIONSGESETZ erforderlich gewordenen Ergänzungen festgelegt. In seinem Kommentar zur dritten Fortschreibung weist der BEIRAT DER BUNDESÄRZTEKAMMER ausdrücklich darauf hin, dass die Hirntodfeststellung zwar bei einer geplanten Organentnahme obligat ist, aber ihre Zweckbestimmung zu keinem Zeitpunkt ausschließlich in der Transplantationsmedizin begründet ist.

Wegen der außerordentlichen Tragweite der sich aus der Diagnose des Hirntodes ergebenden Entscheidungen und Maßnahmen muss dessen Feststellung und Dokumentation übereinstimmend und unabhängig durch zwei Ärzte erfolgen, die beide mehrjährige Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen haben. Im Fall einer geplanten Organentnahme dürfen beide Ärzte nicht an der Transplantation mitwirken.¹¹⁶ Die Hirntodfeststellung erfolgt in der Bundesrepublik Deutschland nach einem *dreistufigen Diagnoseschema*.¹¹⁷

Grundvoraussetzung für die Diagnose ist der zweifelsfreie Nachweis einer schweren *primären* oder *sekundären* Hirnschädigung. Bei der *primären* Hirnschädigung hat das schädigende Ereignis das Gehirn selbst direkt und unmittelbar betroffen. Hierzu zählen Blutungen, Durchblutungsstörungen, Tumoren und Entzündungen des Gehirns sowie schwere Schädel-Hirn-Verletzungen.¹¹⁸ *Sekundäre* Hirnschädigungen entstehen indirekt durch einen Sauerstoffmangel des Gehirns als Folge schwerwiegender Funktionsstörungen in der Körperperipherie, wie z.B. Herz- und Lungenerkrankungen, Vergiftungen und Stoffwechselstörungen. Beispiele hierfür sind der Herzinfarkt, das Ertrinken, Ersticken oder ein Blutzuckercoma.

Jeder Patient mit einer unklaren tiefen Bewusstlosigkeit ist bis zur zweifelsfreien Klärung der Ursache von der Hirntoddiagnostik auszuschließen. Bei Patienten

¹¹⁵ BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.), Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, in: Dtsch.Ärzteblatt 95(1998), 1861-1868.

¹¹⁶ Vgl. TPG, a.a.O. (s. Anm. 84), §5 Abs. 1 und 2.

¹¹⁷ Vgl. dazu BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.), Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, in: Dtsch.Ärzteblatt 95(1998), 1861-1868; siehe auch SCHLAKE, H.-P./ROOSEN, K., (Hrsg.), Der Hirntod als der Tod des Menschen, a.a.O. (s. Anm. 75), 28-47.

¹¹⁸ Bei den Verletzungen wird differenziert zwischen supratentoriellen Läsionen, welche primär das Großhirn betreffen, und infratentoriellen Läsionen, d.h. solchen des Kleinhirns oder des Hirnstamms.

im Kreislaufschock, bei Vergiftungen, Unterkühlungen, Stoffwechsellentgleisungen oder bestimmten medikamentösen Vorbehandlungen muss mit einer jeden vernünftigen Zweifel ausschließenden Gewissheit sichergestellt sein, dass keiner dieser Faktoren an der bestehenden Hirnfunktionsstörung in reversibler Weise beteiligt ist und damit die Hirntodfeststellung beeinflussen könnte.

Erst wenn diese Voraussetzungen lückenlos erfüllt sind, erfolgt eine *Untersuchung der klinischen Ausfallsymptome*. Sie umfasst den *gleichzeitigen* Nachweis

- + einer tiefen Bewusstlosigkeit (Koma),
- + eines Ausfalls aller Hirnstammreflexe (Hirnstamm-Areflexie),
- + des Ausfalls der Spontanatmung (Apnoe).

Als *tiefes Koma* wird ein Zustand definiert, in dem der Patient jegliche hirnbefindete Reaktion auf äußere Reize vermissen lässt („non-responsiveness“), keine spontanen Laute äußert oder gezielten Bewegungsabläufe hervorbringt sowie keinerlei zentrale Reaktion auch auf stärkste Schmerzreize erkennen lässt.¹¹⁹

Der Nachweis der *Hirnstamm-Areflexie* erfolgt durch Prüfung von fünf verschiedenen Reflexmustern (Pupillenreaktion, Okulozephaler Reflex = „Pupillenkopphänomen“, Hornhautreflex = Kornealreflex, Schmerzreaktionen im Gesicht und Würgereflex), welche die Funktion des Hirnstamms auf unterschiedlichen anatomischen Ebenen repräsentieren.¹²⁰

Nur der *gleichzeitige beidseitige* Ausfall aller Hirnstammreflexe kann – bei Erfüllung der übrigen Hirntod-Kriterien – als Beweis für den Hirntod angesehen werden. Ist auch nur einer dieser Reflexe auf nur einer Seite vorhanden, kann der

¹¹⁹ Es spricht nicht gegen den Hirntod, sondern ist geradezu für diesen typisch, wenn die Muskeleigenreflexe normal oder sogar gesteigert auslösbar sind. Zu entsprechenden Reaktionen kann es mitunter auch beim ‚klassischen‘ Herztod kommen, wenn dieser besonders plötzlich eintritt. Die Phänomene entstehen zweifelsfrei außerhalb des Gehirns und damit jeglichen Bewusstseins auf der Ebene von Rückenmark, Nerven und Muskulatur. Mit dem personalen Leben des Menschen haben sie nichts mehr zu tun. - Zu den spinalen Reflexautomatismen vgl. SCHLAKE, H.-P./ ROOSEN, K. (Hrsg.), *Der Hirntod als der Tod des Menschen*, a.a.O. (s. Anm. 75), 65.

¹²⁰ Zur detaillierten Beschreibung der einzelnen Reflexmuster vgl. ebd., 30-32.

Hirntod nicht festgestellt werden. Die Untersuchung muss dann zu einem späteren Zeitpunkt vollständig wiederholt werden.¹²¹

Der „Apnoe-Test“ zum *Ausfall der Spontanatmung* wird aus zweierlei Gründen an das Ende dieses Diagnoseschemas gestellt: Zum einen repräsentiert er den Funktionszustand des Atemzentrums, welches im Bereich des verlängerten Markes - und damit an der untersten Grenze des vom Funktionsausfall erfassten Gehirns am Übergang zum Rückenmark - lokalisiert ist; zum anderen sollte dieser Test im Hinblick auf eine mögliche Gefährdung des Patienten erst dann durchgeführt werden, wenn alle übrigen klinischen Untersuchungen mit der Annahme des Hirntodes vereinbar sind.

Es ist nicht statthaft, den Apnoe-Test in der Weise durchzuführen, dass Patienten einfach vom Respirator dekonnektiert und spontane atemsynchrone Bewegungen des Bauches und Brustkorbs beobachtet werden oder eine Atemtätigkeit durch Wattebäusche, welche vor Mund und Nase gehalten werden, sichtbar gemacht wird. Hierbei könnte durch Luftströmungen aufgrund von Herz- und Gefäßpulsationen eine Pseudoatmung vorgetäuscht werden.

Deshalb wurde eine spezielle Verfahrensweise entwickelt und in die Richtlinien zur Hirntod-Feststellung aufgenommen, welche diese Artefakte ausschließt und bei ordnungsgemäßer Durchführung sicherstellt, dass während des Apnoe-Testes zu jedem Zeitpunkt eine ausreichende Sauerstoffversorgung des Patienten gewährleistet ist: Um eine möglichst optimale Voroxygenierung zu erreichen, wird der bewusstlose Patient zunächst über einige Minuten mit 100%igem Sauerstoff beatmet. Der Sauerstoffpartialdruck (pO_2) im Blut erreicht hierdurch im allgemeinen weit über normale Werte, was durch fortlaufende Blutgasanalysen (Sauerstoffsättigung [SO_2]) z.B. mit einem Pulsoxydrometer in kurzfristigen

¹²¹ Von Gegnern des Hirntod-Konzeptes wird angeführt, es sei wenig plausibel, wenn – im Extremfall – das einseitige Fehlen oder Vorhandensein eines einzelnen Hirnstammreflexes darüber entscheide, ob ein Mensch in seiner personalen Existenz tot oder lebendig sei, zumal keine dieser Funktionen – für sich gesehen – lebensnotwendig sei. – Sicherlich sind die zu prüfenden Hirnstammreflexe im Einzelnen für ein Überleben nicht entscheidend. Ihre Bedeutung liegt jedoch nicht im Nachweis einer fehlenden oder noch vorhandenen „Vitalität“ des Betroffenen. Sie repräsentiert vielmehr in ihrer Gesamtheit den *Funktionszustand* des Hirnstamms auf verschiedenen anatomisch-funktionellen Ebenen. Dabei wird durch die geprüften Reflexe sicherlich nicht die Gesamtheit aller Hirnstammfunktionen in ihrer ganzen Komplexität erfasst. Der Rückschluss auf einen Funktionsverlust des gesamten Hirnstamms bei kompletter Hirnstamm-Areflexie ist ebenso empirisch begründet wie anatomisch verifiziert und hat sich in der praktischen Anwendung bewährt.

Zeitabständen kontrolliert wird. Unter fortlaufender Kontrolle dieser Messwerte wird die maschinelle Beatmung abgeschaltet bzw. auf einen sehr niedrigen Wert (z.B. ein Atemzug/Minute) reduziert. Heutige Beatmungsgeräte machen es dabei möglich, die Spontanatmung zu überprüfen, ohne den Patienten von der Beatmung zu dekonnectieren. Hierzu wird das Beatmungsgerät so eingestellt, dass jede auch noch so geringfügige Atemanstrengung mit einem äußerlich deutlich erkennbaren maschinellen Atemzug beantwortet wird.

Durch Abschaltung oder Reduktion der maschinellen Beatmung kommt es zu einem stetigen Anstieg des Gehalts von Kohlendioxid (CO₂) im Blut. Dieses Endprodukt des Stoffwechsels stellt durch direkte Stimulation des Atemzentrums im Hirnstamm den stärksten physiologischen Antrieb für die Spontanatmung dar. In den Richtlinien der BUNDESÄRZTEKAMMER¹²² wurde ein bestimmter Mindest-Partialdruck im Blut (pCO₂ = 60 mmHg; normal 40 ± 5 mmHg) festgelegt, der erreicht werden muss, ohne dass ein spontaner Atemzug des Patienten erkennbar ist. Erst dann ist von einem unwiederbringlichen Ausfall des Atemzentrums im Hirnstamm auszugehen.¹²³

Neben den hier aufgeführten und in den Richtlinien der BUNDESÄRZTEKAMMER enthaltenen klinischen Tests empfehlen sich als *ergänzende klinische Untersuchungen* die Überprüfung des Bulbovagalreflexes (okulokardialer Reflex), des Vestibulo-okulären Reflexes (kalorische Prüfung) sowie ein Atropin-Test.¹²⁴ Die zusätzliche Durchführung dieser Verfahren ist einfach und ohne wesentliche Belastung des Patienten möglich und bietet außerdem eine diagnostische Sicherheit.

Die mit der Diagnose „Hirntod“ verbundene Feststellung des Ausfalls aller Hirnfunktionen beinhaltet neben dem Nachweis seiner Vollständigkeit zusätzlich die *Bestätigung seiner Irreversibilität*. Nach den Richtlinien der BUNDESÄRZTEKAMMER¹²⁵ kann dieser Nachweis *alternativ* auf zwei Wegen erbracht werden: *durch klinisch-neurologische Verlaufsbeobachtungen* innerhalb festgelegter Be-

¹²² BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.), Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, in: Dtsch.Ärzteblatt 88(1991), 2855-2860; 94(1997), 1032-1039; 95(1998), 1861-1868.

¹²³ Vgl. SCHLAKE, H.-P./ROOSEN, K. (Hrsg.), Der Hirntod als der Tod des Menschen, a.a.O. (s. Anm. 75), 33.

¹²⁴ Vgl. ebd., 34f.

¹²⁵ BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.), Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, in: Dtsch.Ärzteblatt 94(1997), 1032-1039; 95(1998), 1861-1868.

obachtungsintervalle oder *durch ergänzende technische Untersuchungsverfahren*.

Wird auf „ergänzende apparative Untersuchungen“ verzichtet, gilt ausschließlich die klinische Verlaufsbeobachtung. Basierend auf Erfahrungen aus dem internationalen Schrifttum wurden ihre Zeiten in den Richtlinien der BUNDES-ÄRZTEKAMMER festgelegt:

Für den häufigsten Fall einer primären Hirnschädigung bei Erwachsenen ist demnach eine Mindestbeobachtungszeit von 12 Stunden einzuhalten.

Bei sekundären Hirnschädigungen gilt generell eine Beobachtungszeit von 72 Stunden. Dabei ist in allen Fällen einer *primär infratentoriellen* Hirnschädigung die zusätzliche Durchführung einer EEG-Untersuchung oder der Nachweis eines zerebralen Zirkulationsstillstandes obligatorisch.

Für die Hirntoddiagnostik bei kleinen Kindern gelten besondere Richtlinien. Hier werden *Frühgeborene, reife Neugeborene* (0-28 Tage), *Säuglinge* (28-365 Tage) und *Kleinkinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr* (366-739 Tage) unterschieden.¹²⁶ Bei Frühgeborenen sind die Kriterien zur Bestätigung des klinischen Hirntodes nicht anwendbar. Für reife Neugeborene gilt eine Beobachtungszeit von 72 Stunden. Bei Säuglingen und Kleinkindern ist sie auf 24 Stunden festgelegt.

Die „*ergänzenden apparativen Untersuchungen*“ lassen sich methodisch in zwei grundsätzliche Verfahrensweisen einteilen: Der *elektrophysiologische Nachweis eines Funktionsverlustes* (mittels Elektroenzephalographie [EEG], früher akustisch evozierter Potentiale [AEP] und somatosensibel evozierter Potentiale [SEP]) und der *Nachweis eines Stillstandes der Hirndurchblutung* (durch Angiographie, Doppler-Sonographie und Hirszintigraphie).¹²⁷

¹²⁶ Vgl. ebd. – Als wesentliche Neuerung wird in der aktuellen Fassung der Hirntod-Richtlinien erstmals eine präzise, nach dem Lebensalter abgestufte Festlegung der frühkindlichen Hirntod-Diagnostik nach Art und Umfang der durchzuführenden klinischen und apparativen Untersuchungen (und der Zahl vorgeschriebener Wiederholungen) vorgenommen. Im Gegensatz zu eher unverbindlichen Empfehlungen früherer Fassungen werden *Frühgeborene* jetzt definitiv von jeglicher Hirntod-Diagnostik und damit von einer Organspende ausgeschlossen. Eine Einbeziehung apparativer Untersuchungsverfahren ist bei allen Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr zwingend vorgeschrieben. - Vgl. SCHLAKE, H.-P./ROOSEN, K. (Hrsg.), *Der Hirntod als der Tod des Menschen*, a.a.O. (s. Anm. 75), 37.

¹²⁷ Vgl. SCHLAKE, H.-P./ROOSEN, K. (Hrsg.), *Der Hirntod als der Tod des Menschen*, a.a.O. (s. Anm. 75), 38-47. – Als weitere bildgebende Verfahren weisen SCHLAKE und ROOSEN auf die Computertomographie (CCT) und die Kernspintomographie hin. In den aktuellen Richtlinien

4.4.5 „Non-Heart-Beating-Donors“

Schon bevor Kriterien zur Hirntod-Feststellung etabliert wurden, waren bereits seit den 50er Jahren Nieren von verstorbenen Spendern transplantiert worden, die nach klinischer Diagnose eines Herz-Kreislauf-Stillstandes und einer mehr oder minder langen Wartezeit von bis zu einigen Stunden entnommen wurden.¹²⁸ Als alleiniges Kriterium des Todes galt dabei lediglich der klinische Nachweis eines Herz-Kreislauf- und Atemstillstandes, zumal auf einen Eintritt der sicheren Todeszeichen (Totenflecken, Leichenstarre) nicht gewartet werden konnte. Trotzdem hatte diese immer noch lange „warme Ischämiezeit“ der betroffenen Organe bei den Empfängern, im Vergleich zu Organen lebender oder hirntoter Spender, eine deutlich schlechtere kurz- und langfristige Funktionsprognose zur Folge. Die Konsequenz daraus war, dass diese Vorgehensweise nach Einführung des Hirntod-Kriteriums zunächst fast vollständig aufgegeben wurde.

Anfang der 90er Jahre führte das wachsende Defizit an Spenderorganen – zunächst in den USA – dazu, die Möglichkeit einer Organentnahme bei Patienten mit Herz- und Kreislaufstillstand, sogenannten „Non-heart Beating (Cadaver) Donors“ [NHB(C)D] erneut zu prüfen.¹²⁹ Vor diesem Hintergrund wurde Anfang der 90er Jahre in Pittsburgh (USA) am größten Transplantationszentrum der Welt unter Leitung von DE VITA das „PITTSBURGH-PROTOKOLL“ entwickelt.¹³⁰

der BUNDESÄRZTEKAMMER werden die Computer- und Kernspintomographie bisher nicht als geeignete Verfahren zur Bestätigung des Hirntodes aufgeführt, wohingegen die Regelungen in der Schweiz bereits fakultativ eine Einbeziehung dieser Verfahren vorsehen.

¹²⁸ Die Darstellung zur Frage der „Non-heart Beating Donors“ in diesem Abschnitt folgt den Ausführungen von SCHLAKE, H.-P./ROOSEN, K. (Hrsg.), *Der Hirntod als der Tod des Menschen*, a.a.O. (s. Anm. 75), 78-81.

¹²⁹ Vgl. ALVARREZ-RODRIGUEZ, J./DEL-BARRIO-YESA, R./NAVARRO-IZQUIERDO, A., *Legal aspects of Non-heart-beating Donors: The Madrid Solution*, *Transplant.Proceed*, 27 (1995), 2933-2934; ANAISE, D./RAPAPORT, F.T., *Use of Nonheart-beating Cadaver Donors in Clinical Organ Transplantation – Logistics, Ethics, and Legal Considerations*, in: *Transplant.Proceed* 25(1993), 2153-2155.

¹³⁰ Vgl. DE VITA, M.A./SNYDER, J.V., *Development of the University of Pittsburgh Medical Center Policy for the Care of Terminally Ill Patients Who May Become Organ Donors after Death Following the Removal of Life Support*, in: *Kennedy Inst.Ethics J.* 3(1993), 131-143; UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER (Ed.), *Policy for the Management of Terminally Ill Patients Who May Become Organ Donors after Death*, Pittsburgh April 2, 1992.

Zielgruppe waren zunächst Patienten, welche von sich aus eine Fortsetzung der medikamentösen Behandlung und einer lebensnotwendigen Beatmung bei hoffnungsloser Prognose ihrer Erkrankung ablehnten (z.B. im Stadium schwerer neurologischer Erkrankungen wie multiple Sklerose. Dabei wurde diese Entscheidung in einzelnen Fällen auch auf Angehörige übertragen.¹³¹

Wenn einer Organentnahme zugestimmt war, wurde die maschinelle Atmung gezielt zurückgenommen, was den Eintritt eines klinischen und im EKG dokumentierten Herzstillstandes zur Folge hatte. Bis zur Deklaration des eingetretenen Todes wurde daraufhin genau 120 Sekunden abgewartet und bereits nach 15 weiteren Sekunden mit der Entnahme der Organe aus dem zuvor desinfizierten und abgedeckten Körpers des Spenders begonnen.

Dieses Vorgehen, das die „warme“ Ischämiezeit der transplantierten Organe auf ein absolutes Minimum von 2¼ Minuten begrenzt und im „PITTSBURGH-PROTOKOLL“ als „controlled death“ bezeichnet wird, provozierte nicht nur in den USA sondern weltweit Kontroversen über die ethischen Grenzen der Transplantationsmedizin.¹³²

Die Kritik konzentriert sich dabei im wesentlichen auf das *angewandte Todeskriterium*. Nach geltenden medizinischen Kriterien sind derartige „Non-heart Beating Donors“ weder „herztod“ noch „hirntod“, sondern noch reanimierbare „klinische Tote“. Eine Organentnahme bei reanimierbaren „klinisch Toten“ bedeutet aber, deren Leben bewusst und gezielt zu beenden. Dabei wird der Sterbeprozess nicht nur beschleunigt, sondern als solcher *operationalisiert* und dem Zweck einer Organentnahme untergeordnet. Auch wird dadurch der Sterbeprozess für alle Beteiligten – den Betroffenen selbst, seine Angehörigen, aber auch die Ärzte und das Pflegepersonal – einem extrem engen Zeitdiktat unterworfen, welches Kritiker auch als „hastening for death“ charakterisierten.¹³³ Das Sterben ereignet sich in der sterilen Atmosphäre eines Operationssaales, ohne dem

¹³¹ Vgl. EMMRICH, M., Der schändliche Kannibalismus [Kannibalismus], Frankfurter Rundschau vom 10.05. 1994.

¹³² Vgl. SAINIO, K., Are Non-heart-beating Donors Really Dead?, in: Ann.Med. 29(1997), 473-475; SHAW, B.W. JR., Conflict of Interest in the Procurement of Organs from Cadavers Following Withdrawal of Life Support, Kennedy Inst.Ethics J. 3(1993), 179-187; SPIELMAN, B./Mc CARTHY, C.S., Beyond Pittsburgh: Protocols for Controlled Non-heart Beating Cadaver Organ Recovery, in: Kennedy Inst.Ethics 5(1995), 323-333.

¹³³ SPIELMAN, B./Mc CARTHY, C.S., a.a.O., 323-333.

Sterbenden und seinen Angehörigen die Möglichkeit zu geben, sich in einem äußerlich und zeitlich adäquaten Rahmen voneinander zu verabschieden.

Da die Zahl geeigneter Patienten für ein derartiges „kontrolliertes Sterben“ eher gering ist, wurde die primäre Zielsetzung, durch das „PITTSBURGH-PROTOKOLL“ das Spenderkontingent zu vergrößern, nur unvollständig erreicht. Um die Kritik zu entkräften und zugleich dem Organmangel entgegenzuwirken, wurden zunächst in den USA (Illinois)¹³⁴ und etwa parallel dazu in Europa (Maastricht¹³⁵, später auch in Madrid¹³⁶) modifizierte Protokolle für eine Organentnahme bei nicht schlagendem Herzen entwickelt und praktiziert.

Das für Europa maßgeblich gewordene „MAASTRICHT-PROTOKOLL“ differenziert vier Kategorien von „Non-heart Beating Donors“:

- (1) Patienten, die bereits in Asystolie, d.h. mit stillstehendem Herzen (nach oft auswärtig bereits durchgeführter Reanimation), in der Notaufnahme eintreffen;
- (2) Unfallopfer, aber auch internistische Notfallpatienten, die nach erfolgloser Reanimation in der Notaufnahme versterben;
- (3) Bereits hospitalisierte Patienten mit bevorstehendem Herzstillstand (incl. „kontrolliert Sterbende“ entsprechend dem „Pittsburgh-Protokoll“);
- (4) Patienten, die während oder unmittelbar nach Abschluss der Hirntod-Diagnostik einen Herzstillstand erleiden.

Spender der Kategorie eins werden aufgrund des zu engen zeitlichen Rahmens und bestehender Unsicherheiten in Bezug auf den Zeitpunkt des Herzstillstandes bis heute nicht als Organspender einbezogen. Für Spender der Kategorie drei gelten die gleichen ethischen, medizinischen und logistischen Probleme wie nach dem „PITTSBURGH-PROTOKOLL“. Die Einbeziehung von Spendern

¹³⁴ Vgl. EMMRICH, M., Kannibalismus, a.a.O. (s. Anm. 131).

¹³⁵ Vgl. DAEMEN, J.W. H.C./KOOSTRA, G./WINJEN R.M.H./YIN, M./HEINEMAN, E., Nonheart-Beating Donors: the Maastricht Experience, in: Terasaki, P.I., Cecka, J.M. (Eds.), Clinical Transplants 1994, ch. 28, Los Angeles (CA) 1994, 303-316; KOOSTRA, G., The Asystolic, or Non-heartbeating, Donor, in: Transplant 63(1997), 917-921.

¹³⁶ Vgl. ALVARREZ-RODRIGUEZ, J./DEL-BARRIO-YESA, R./NAVARRO-IZQUIERDO, A., Legal aspects of Non-heart-beating Donors: The Madrid Solution, in: Transplant.Proceed 27(1995), 2933-2934.

der Kategorie vier betrifft größenordnungsmäßig ca. 9% der Organspenden von Hirntoten. Den größten Anteil der nach dem „MAASTRICHT-PROTOKOLL“ rekrutierten Spender stellen die Patienten der Kategorie zwei dar. Sie sind ein nicht unerhebliches Kontingent der Organtransplantation.

Der internationale NHBD-Workshop 1995 in Maastricht legte per Deklaration eine Zeitspanne von zehn Minuten fest, die – nachdem ein Reanimationsteam seine Bemühungen eingestellt und den „irreversiblen Herzstillstand“ festgestellt hat – als „Äquivalent zum Hirntod“ ausreichend sei, eine definitive Todesfeststellung zu begründen.

Nach dem Verstreichen dieser zehnminütigen „no-touch“-Phase nimmt ein zweites, an den jeweiligen Transplantationszentren in Alarmbereitschaft vorgehaltenes Team die Konditionierung der Spenderorgane vor, bis eine Entscheidung der Angehörigen (und/oder ggf. eines Bezirksstaatsanwaltes bei unnatürlichem Tod) zur Organspende vorliegt. Diese Phase kann auch zur Überprüfung der medizinischen Kriterien bezüglich der Eignung des Spenders genutzt werden. Hierzu wird eine „in-situ-Kühlung“ der in Frage kommenden Organe des Spenders vorgenommen, indem eine Durchspülung der Organe mit einer auf ca. 15⁰ C gekühlten Speziallösung erfolgt. Parallel dazu wird eine künstliche Beatmung unter äußerer Herzdruckmassage vorgenommen. Entsprechend dem „MAASTRICHT-PROTOKOLL“ darf dabei die Dauer des „primären“ Herzstillstandes (=“absolute Ischämiezeit“) maximal 30 Minuten betragen. Die Dauer einer „adäquaten“ Reanimation (=relative erste „warme“ Ischämiezeit) ist auf zusätzliche zwei Stunden begrenzt. Die „erste Ischämiezeit“ (=vom Herzstillstand bis zum Einsetzen der Kühlung) darf maximal 150 Minuten betragen. – Diese Maßnahmen werden bis zum Vorliegen der Entscheidung der Angehörigen /Behörden fortgesetzt, wobei eine Obergrenze von zwei Stunden festgelegt wurde.¹³⁷

Der Vollzug solcher invasiver Maßnahmen, wie sie zur Organerhaltung eines potentiellen Spenders nötig sind, aber zunächst zwangsläufig ohne Einwilligung

¹³⁷ Vgl. DAEMEN, J.W. H.C./KOOSTRA, G./WINJEN R.M.H./YIN, M./HEINEMAN, E., Nonheart-Beating Donors: the Maastricht Experience, in: Terasaki, P.I., Cecka, J.M. (Eds.), Clinical Transplants 1994, ch.28, Los Angeles (CA) 1994, 303-316; KOOSTRA, G., The Asystolic, or Non-heartbeating, Donor, in: Transplant 63(1997), 917-921.

der Angehörigen erfolgen müssen, wird kontrovers diskutiert. Durch einzelne Gerichtsurteile haben Befürworter dieses Konzeptes in den USA, den Niederlanden und Spanien eine entsprechende Legitimation erwirkt. Demnach gilt ein solcher Eingriff noch als „geringfügig invasiv“ und ist damit als „zumutbar“ anzusehen. Unbeantwortet bleibt allerdings, wo genau die Grenze der Invasivität eines solchen Eingriffs – ohne vorherige Zustimmung des Betroffenen zu Lebzeiten oder seiner Angehörigen – festzulegen ist.

Auch beim „MAASTRICHT-PROTOKOLL“ richtet sich die Hauptkritik gegen das angewandte Todeskriterium. Die BUNDESÄRZTEKAMMER¹³⁸ hat dazu eindeutig festgestellt, dass ein zehnminütiger Herz- und Kreislaufstillstand nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse keinesfalls als gesichertes Äquivalent zum Hirntod zu werten ist und dessen Feststellung – oder den Nachweis anderer sicherer Todeszeichen (Leichenstarre, Leichenflecken) – nicht ersetzen kann.

Indem das für Deutschland verbindlich geltende TRANSPLANTATIONSGESETZ klar zwischen einer Organentnahme beim lebenden und toten Spender unterscheidet und beim Verstorbenen eine Todesfeststellung nach aktuellen „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ der BUNDESÄRZTEKAMMER¹³⁹ voraussetzt, darf ein Organ, das im Ausland nicht entsprechend diesen oder analog lautenden Gesetzesvorschriften entnommen wurde, in Deutschland nicht transplantiert werden. Deshalb werden auch über EUROTRANSPLANT keine Organe nach Deutschland vermittelt, die von einem NHBD stammen.

Das Problem der einzuhaltenden Zeit von Reanimationsmaßnahmen bis zur Feststellung eines „irreversiblen Herz- und Kreislaufstillstandes“ ist ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt am „MAASTRICHT-PROTOKOLL“. Die Frage, ob eine Reanimation (z.B. nach Herzinfarkt) über 15, 30, 45 oder gar 60 Minuten lang praktiziert werden soll, ist bisher nicht einmal empirisch geklärt. Während diese Entscheidung im Einzelfall bislang in das Ermessen und Gewissen des jeweils

¹³⁸ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.), Organentnahme nach Herzstillstand („Non heart-beating donor“), in: Dtsch.Ärzteblatt 95(1998), 2511; DIES., Richtlinien für die Transplantation außerhalb des ET-Bereichs postmortal entnommener Organe in Deutschland, Dtsch.Ärzteblatt 97(2000), 2766.

¹³⁹ Vgl. DIES., Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, in: Dtsch.Ärzteblatt 94 (1997), 1032-1039; 95(1998), 1861-1868.

involvierten Arztes gelegt werden konnte, entsteht im Falle eines NHBD-Spenders durch die unmittelbare zeitliche wie räumliche Verknüpfung von Reanimationsmaßnahmen mit Belangen und Interessen der Transplantationsmedizin eine prekäre Problematik, die durch die engen Zeitvorgaben noch potenziert wird.

Hierzu konstatiert die BUNDESÄRZTEKAMMER, dass zwischen einer ärztlich aus guten Gründen unterlassenen oder abgebrochenen Wiederbelebung und einer „biologisch unmöglichen“ Reanimation zu differenzieren ist. Dieser Unterschied und seine Relevanz für das ärztliche Handeln ergibt sich aus der Tatsache, dass ein und derselbe medizinische Befund des Herz-Kreislauf-Stillstandes verschiedenen Kategorien von NHBDs zugeordnet wird. Die „biologisch unmögliche“ Reanimation jedoch kann nicht durch die Dauer, sondern nur durch die Kriterien der sicheren Todeszeichen nachgewiesen werden.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.), Organentnahme nach Herzstillstand („Non heart-beating donor“), in: Dtsch.Ärzteblatt 95(1998).

5. Juristische Aspekte

5.1 Systeme der Einwilligung zur Organspende

Die Entscheidung für oder gegen eine Organspende ist ein sehr persönlicher Schritt. Das in der Verfassung verbriefte Grundrecht der persönlichen Freiheit garantiert jeder Person eine freie Entscheidung, ein Organ zu spenden oder eine Organspende zu verweigern.¹⁴¹ Ebenso hat jeder das Recht, über die Verwendung seines Körpers nach seinem Tode zu bestimmen. Hat sich ein Verstorbener zu Lebzeiten nicht dezidiert zur Organspende geäußert, so steht das Entscheidungsrecht den Angehörigen und nahestehenden Personen zu.

Diese Rechtslage kann mit verschiedenen Systemen der Einwilligung in die Praxis umgesetzt werden. In den europäischen Ländern werden zur Organentnahme die Systeme der *Widerspruchs-* und der *Zustimmungslösung* praktiziert.¹⁴² Dabei hat die Wahl des Systems der Einwilligung zur Organspende nachhaltigen Einfluss auf die durchführbaren Organtransplantationen: Im internationalen Vergleich weisen die Länder Belgien und Österreich, in denen die „Widerspruchslösung“ gilt, eine durchschnittlich doppelt so hohe Transplantationsrate pro Million Einwohner pro Jahr auf als etwa Deutschland und die Niederlande, wo die „Zustimmungslösung“ als Grundlage angewendet wird.¹⁴³

¹⁴¹ Eine Verpflichtung zur Organspende ist mit dem Schutz der persönlichen Freiheit nicht vereinbar. – Umfragen haben ergeben, dass sich in Spanien und in Großbritannien ein Viertel der Befragten *für* eine zwangsweise Organspende aussprechen würden. Vgl. dazu OECD (Ed.), OECD Policy Considerations on International Issues in Transplantation Biotechnology Including the Use of Non-Human Cells, Tissues and Organs. Results of the Conference “International Issues in Transplantation Biotechnology Including the Use of Non-Human Cells, Tissues and Organs”, New York City, 18.-20. 03. 1998, Paris 1998.

¹⁴² Vgl. dazu BREYER, F., Möglichkeiten und Grenzen, a.a.O. (s. Anm. 43), 114f; siehe auch DUMOULIN, J.-F., Organtransplantation in der Schweiz. Das Recht am Scheideweg zwischen Leben und Tod, Bern 1998.

¹⁴³ Vgl. dazu in diesem Kapitel den Abschnitt 3, Die aktuelle Situation der Organspende, hier 31f. – Wie die Beispiele Österreich und Deutschland zeigen, treten oft innerhalb desselben Kulturkreises unterschiedliche Maßstäbe auf: Während in Deutschland heftige Kontroversen zum Hirntodkriterium geführt wurden, ist der Umgang mit dem toten Körper im Nachbarland Österreich wohl aus historischen Gründen unverkrampfter. Die von Kaiserin Maria Theresia vor 200 Jahren veranlasste Pflicht zur Sektion von Verstorbenen im Interesse der Gesundheit bewirkte, dass heute in den Ländern auf dem Gebiet des ehemaligen Österreich-Ungarn die Leichenöffnung für die Bevölkerung selbstverständlich ist. Dadurch wird die Organentnahme zu Heilungszwecken nach dem Tod genauso selbstverständlich akzeptiert wie die Tatsache der allfälligen

5.1.1 Die Widerspruchslösung

Die Widerspruchslösung („*Presumed consent*“) gilt in Belgien, Finnland, Frankreich, Griechenland, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Ungarn und in den meisten Schweizer Kantonen. Das System der Widerspruchslösung geht von einer stillschweigenden Einwilligung zur postmortalen Organentnahme aus. Sofern der Verstorbene, oder, vor dessen Tod, sein gesetzlicher Vertreter, nicht ausdrücklich eine Organentnahme abgelehnt hat, kann nach der Widerspruchslösung eine Entnahme durchgeführt werden. In den meisten Ländern wird überdies auch den Angehörigen ein Widerspruchsrecht zugebilligt.

Die Information der Bevölkerung und der Angehörigen über die Folgen eines allfälligen Schweigens ist in diesem System von großer Bedeutung. Eine ausbleibende Äußerung kann ansonsten nicht als stillschweigende Einwilligung interpretiert werden.

Die rechtliche Vermutung des Einverständnisses zur Organspende, wenn dieser nicht ausdrücklich widersprochen wird, ist in der Rechtslehre durchaus strittig. Die belgische Gesetzgebung wie etwa auch das Gesetz im Kanton Genf sehen deshalb ein Widerspruchsregister vor, in dem die vermutete stillschweigende Einwilligung zur Organspende umgestoßen und die Ablehnung eingetragen werden kann.

5.1.2 Die Zustimmungslösung

Bei der Zustimmungslösung („*Informed consent*“) wird zwischen einer *engen* und einer *erweiterten* Zustimmung unterschieden.

Im Falle einer *engen Zustimmungslösung* ist eine Organentnahme nur dann zulässig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten persönlich (schriftlich) eingewilligt hat. Bei unter 16-jährigen Kindern sind die Eltern berechtigt, in eine Organent-

Obduktion. Hieraus ergab sich in Österreich bis Ende 1995 kein Bedarf zur öffentlichen Diskussion über die Frage der Organspende oder des Hirntodes.

nahme einzuwilligen, sofern nicht der erkennbare oder ausdrückliche Wille des Kindes entgegensteht. Diese enge Zustimmungslösung wird in keinem europäischen Land praktiziert. Ohne Zweifel würde sie sich extrem negativ auf die durchführbaren Organtransplantationen auswirken.¹⁴⁴

Nach dem System der *erweiterten Zustimmungslösung* ist eine Organentnahme zulässig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten persönlich (schriftlich) eingewilligt hat. Die ausdrückliche Einwilligung ist nicht an eine bestimmte Form gebunden. Sie ist nur gültig, wenn die einwilligende Person zum Zeitpunkt der Erklärungsabgabe urteilsfähig war. Wenn keine Erklärung des Verstorbenen bekannt ist, kann der gesetzlich bestimmte nächste Angehörige (Ehegatte, volljähriges Kind, Eltern, volljährige Geschwister, Großeltern) zustimmen. Bei seiner Entscheidung hat der Angehörige den mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten. Diese Regelung haben die Länder Dänemark, Deutschland, Großbritannien, Irland, Italien, Japan, Niederlande, Spanien sowie die Schweizer Kantone Jura, Obwalden, Tessin und Uri in ihre Gesetzgebung aufgenommen.

Die USA praktizieren das sogenannte System des „*Request required*“. Dabei wird eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt aufgefordert, sich zu Fragen der Organentnahme zu äußern. Wenn das Krankenhauspersonal eine Organentnahme erwägt, müssen die Angehörigen über die Möglichkeit der Organspende informiert werden. In den USA wird die entsprechende Erklärung gleich auf der Rückseite des Führerscheins vermerkt.

5.2 Das deutsche Transplantationsgesetz

Seit dem 1. Dezember 1997 ist in der Bundesrepublik Deutschland das „*Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen*“ – kurz „**TRANSPLANTATIONSGESETZ**“ (TPG) bundeseinheitlich in Kraft und reglementiert so

¹⁴⁴ Vgl. dazu in diesem Kapitel den Abschnitt 3, Die Aktuelle Situation der Organspende, hier 30f. – Von den im Jahr 2000 in Deutschland durchgeführten 3.819 Transplantationen erfolgten lediglich 4% (153) auf der Grundlage eines ausdrücklich dokumentierten Willens, meist eines Organspendeausweises, des Verstorbenen.

die schon zuvor praktizierte *erweiterte Zustimmungslösung* bei der Organspende. Damit wurde auch in Deutschland – als einer der letzten europäischen Nationen – der Hirntod als „nicht manipulierbare, nicht mehr rückgängig zu machende definitive Grenze des Lebens des Menschen als Organismus“¹⁴⁵ gesetzlich festgeschrieben und so Rechtsklarheit und Rechtsdeutlichkeit auch für die Transplantationsmedizin geschaffen. Mit der Ratifizierung dieses Gesetzes wurde zugleich auch ein formaler Schlussstrich unter eine jahrzehntelange, oft polemisch geführte Debatte der Gesetzgebung gezogen, die bereits 1978 mit einem ersten Gesetzgebungsvorhaben der damaligen Regierung unter Einbeziehung der „Widerspruchslösung“ begonnen hatte, jedoch nach erster Lesung im Bundestag am 26. April 1979 und massiver Ablehnung im Bundesrat als politisch nicht durchsetzbar fallen gelassen wurde.

Vor dem TPG wurden Organentnahmen nach Kriterien des Transplantationskodex der deutschen Transplantationszentren durchgeführt. Das neue Gesetz unterscheidet sich nicht wesentlich von diesem Kodex, der die letzten 25 Jahre Anwendung fand, sichert nun jedoch das Handeln der an einer Transplantation Beteiligten gesetzlich ab.

Das insgesamt in *acht Abschnitte* gegliederte Gesetz enthält folgende Kernpunkte:

Die Organentnahme bei *toten Spendern* ist nur zulässig, wenn der Betroffene zu Lebzeiten eingewilligt hatte, der Tod des Spenders nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft festgestellt wurde und ein Arzt die Organentnahme vornimmt.¹⁴⁶ Für den Fall, dass ein Verstorbener keine schriftliche Zustimmung oder Ablehnung hinterlassen hat, schreibt der Gesetzgeber eine bestimmte Rangfolge der nächsten Angehörigen vor (Ehegatte, volljährige Kinder, Eltern, volljährige Geschwister, Großeltern, nächste Angehörige), die nach dem mut-

¹⁴⁵ SCHREIBER, H.-L., „Lange Phase der Rechtsundeutlichkeit geht zu Ende“. Das Transplantationsgesetz aus der Sicht eines Rechtswissenschaftlers, in: Deutsche Stiftung Organtransplantation [DSO] (Hrsg.), Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz). Der Gesetzestext mit Stellungnahmen von Experten und Betroffenen, Neu-Isenburg, o.J., 21.

¹⁴⁶ Vgl. BUNDESGESETZESBLATT (Hrsg.) [BGBl], Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen [Transplantationsgesetz – TPG]. Vom 05. November 1997, Jg. 1997, Teil I Nr. 74, 11.11.1997, 2631-2639; hier §3 Abs.1 TPG.

maßlichen Willen des Verstorbenen zu befragen sind. Dieses System der Einwilligung entspricht der „erweiterten Zustimmungslösung“.

Die in §3 Abs.1 TPG vorgeschriebene Festsstellung des Todes kann gemäß §5 TPG auf *zwei Arten* geschehen:

Durch den Nachweis des nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach den von der BUNDES-ÄRZTEKAMMER festgelegten *Hirntodkriterien*. Diese Untersuchung ist von zwei dafür qualifizierten Ärzten vorzunehmen und zu dokumentieren, die den Spender unabhängig voneinander untersucht haben.

Die Todesfeststellung kann auch durch den *Nachweis des nicht behebbaren Stillstandes von Herz und Kreislauf* erfolgen. Diese konservative Todesfeststellung kann jeder approbierte Arzt vollziehen. Bei diesem Verfahren ist die Entnahme von Organen dann zulässig, wenn seit der Feststellung des Todes mehr als drei Stunden verstrichen sind.

Zur Vermeidung eines Interessenkonfliktes dürfen die an den Untersuchungen beteiligten Ärzte weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe des Spenders beteiligt sein.¹⁴⁷

Für die Organentnahme bei lebenden Organspendern (Leber, Niere) schreibt der Gesetzgeber vor, dass die Entnahme von nichtregenerierungsfähigen Organen nur zulässig ist zum Zweck der Übertragung auf Verwandte ersten und zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen. Hierbei legt der Gesetzgeber besonderen Wert auf eine ausführliche Aufklärung von Spender und Empfänger durch den Arzt.¹⁴⁸

Die Übertragung „vermittlungspflichtiger“ Organe wie Bauchspeicheldrüse, Darm, Herz, Leber, Lunge und Niere darf nur in dafür zugelassenen Transplantationszentren vorgenommen werden. Für die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe haben die Transplantationszentren Wartelisten zu führen. Die Auf-

¹⁴⁷ Vgl. ebd., §5 TPG. – Nach §5 TPG ist eine Organentnahme nicht nur nach diagnostiziertem Hirntod, sondern auch nach „klassischer“ Todesfeststellung statthaft. Die dabei vom Gesetzgeber vorgeschriebene Wartezeit von mindestens drei Stunden (die eine Feststellung sicherer Todeszeichen gewährleisten) beschränkt die verwendbaren Organe auf die wenigen stoffwechsellinaktiven Gewebe (Knochen und Hornhaut) und erteilt gerade damit dem Konzept der „Non-Heart-Beating-Donors“ eine klare Absage.

¹⁴⁸ Vgl. ebd., §8 TPG.

nahme in die Warteliste und die Vermittlung der Spenderorgane müssen dabei nach Kriterien erfolgen, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Die Bereiche Organentnahme, Organvermittlung und Organtransplantation sind organisatorisch und personell voneinander zu trennen.¹⁴⁹

Des Weiteren regelt das TPG den Datenschutz, Meldungen und Fristen, Richtlinien zum Stand der medizinischen Wissenschaft, Verbotsvorschriften zum Organhandel sowie das Übertragen und das Sich-Übertragen-Lassen gehandelter Organe und die darüber verhängten Straf- und Bußgeldvorschriften.¹⁵⁰

5.2.1 Die Problematik der Cross-Over-Lebendspende

Bei einer Cross-Over-Lebendspende ist jeweils ein Partner terminal niereninsuffizient und benötigt eine Niere. Der andere Partner ist spendebereit, aber von der Blutgruppe her unverträglich mit dem eigenen Lebensgefährten. Deshalb werden zwei weitere Menschen gesucht, mit denen sich blutgruppenkompatible Spender- und Empfängerpaare bilden lassen.

In Deutschland besteht ein hoher Druck entscheiden zu müssen, ob Cross-Over-Lebendspenden mit dem TRANSPLANTATIONSGESETZ vereinbar sind oder nicht. Nach einem umstrittenen Nierentausch in Basel zwischen einem Paar aus Deutschland und einem Schweizer Paar im Jahre 1999, bei dem gerichtlich noch immer nicht entschieden ist, ob die Krankenkasse die Kosten tragen muss, haben im Jahr 2001 zwei weitere deutsche Paare bei einer Operation in Wien Nieren untereinander ausgetauscht.

In beiden Fällen haben Ärzte ein Treffen zweier sich bis dato unbekannter Paare aus bzw. in unterschiedlichen Ländern mit kompatiblen Immunkonstellationen organisiert, um das Organhandelsverbot des deutschen Transplantationsgesetzes zu umgehen. Das TPG verfügt, die Entnahme von Organen sei nur zulässig „zum Zweck der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonde-

¹⁴⁹ Vgl. ebd., §9-12 TPG.

¹⁵⁰ Vgl. ebd., §13-20 TPG.

rer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen“¹⁵¹. Anders als das deutsche verlangen das österreichische und das schweizerische TRANSPLANTATIONSGESETZ nicht, dass sich Organempfänger und Organspender bei einer Lebendspende „in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen“¹⁵². Damit waren die Eingriffe in Basel und Wien zwar *dort* nicht rechtswidrig, die Frage jedoch, ob deutsche Krankenkassen sie finanzieren müssen, ist weiterhin ungeklärt.

Die Frage der juristischen Zulässigkeit von Cross-Over-Lebendspenden hat der Göttinger Jurist und Vorsitzende der STÄNDIGEN KOMMISSION ORGANSPENDE bei der BUNDESÄRZTEKAMMER, Prof. Hans-Ludwig SCHREIBER, bei der Jahrestagung der DEUTSCHEN TRANSPLANTATIONSGESELLSCHAFT in Heidelberg 2001 wieder aufgegriffen.¹⁵³ Für Juristen sowie die Kommissionen bei den Landesärztekammern, die Lebendspenden auf ihre Freiwilligkeit und den Ausschluss von Organhandel prüfen müssen, stellt sich die Frage, ob *persönliche Beziehungen* nach dem Willen des Gesetzgebers *vor* einer Organspende *bestanden haben müssen*, oder ob es ausreicht, dass sie sich im Rahmen eines beabsichtigten Nierentausches *erst bilden*.

SCHREIBER selbst und mit ihm einige andere juristische Kollegen tendieren zu der Auffassung, das Gesetz habe die Motivation für die persönlichen Beziehungen nicht konkretisiert und diese könnten auch aus Anlass einer möglichen Organspende geknüpft werden.¹⁵⁴

Das SOZIALGERICHT AACHEN¹⁵⁵ und das LANDESSOZIALGERICHT ESSEN¹⁵⁶ gaben jedoch der Position einer deutschen Krankenkasse recht, welche die Transplantation bei einem der Paare nicht finanzieren wollte. Es handele sich bei der Cross-Over-Lebendspende zwischen vorher einander unbekanntem Paaren um ein „klassisches Tauschhandelsgeschäft, bei dem das eine Organ

¹⁵¹ Ebd., §8 Abs. 1 Satz 4 TPG.

¹⁵² Ebd.

¹⁵³ Vgl. dazu KIRSTE, G./MÜHLBACHER, F./THIE, G./SCHREIBER, H.L., Rechtliche Voraussetzungen und klinische Erfahrungen der Cross-Over-Lebendspende-Transplantation, in: Lison, A.-E. (Hrsg.), 10. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft, Heidelberg, 22. – 24. November 2001, Transplantationsmedizin Supplement 2001, Lengerich u.a. 2001, 6.

¹⁵⁴ Vgl. dazu SIEGMUND-SCHULTZE, N., Hintergrund. Ist die Cross-Over-Lebendspende ein klassisches Tauschgeschäft? [Hintergrund], in: Ärztezeitung online (Hrsg.), Update 20.12. 2002, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/12/19/230a0203.asp?cat=/medizin/transpla.../niere>.

¹⁵⁵ Aktenzeichen: (SG) S 3 VS 182/99, Urteil vom 25.05. 2000.

¹⁵⁶ Aktenzeichen: (LSG) L 10 VS 28/00, Urteil vom 31.01. 2001.

nur gegeben werde, weil als Gegenleistung die andere Partei ebenfalls eine Niere bereitstelle“, heißt es dazu in der Urteilsbegründung.¹⁵⁷

Dieser Meinung hat sich auch die STÄNDIGE KOMMISSION DER ÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN angeschlossen. Die Juristen unter den Mitgliedern wiesen in einer Sitzung Mitte Oktober 2001 darauf hin, dass *Organtausch* grundsätzlich auch *Organhandel* sei und die Lebendspendekommissionen dies bei ihrer gutachterlichen Stellungnahme zu berücksichtigen hätten.

Die aus den Mitgliedsländern (Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Ungarn, die Tschechische und Slowakische Republik) gebildete Ethikkommission von EUROTRANSPLANT (ET), hält die Cross-Over-Lebendspende für ethisch akzeptabel. Voraussetzung sei, dass das Vorgehen nationale Gesetze nicht verletze, Organhandel ausgeschlossen sei und die zuständigen lokalen Ethikkomitees grünes Licht gegeben hätten. In Deutschland sind diese Kommissionen meist bei den LANDESÄRZTEKAMMERN angesiedelt. Das ET-Komitee empfiehlt darüber hinaus, die Ex- und Implantation von Organen bei den Paaren simultan vorzunehmen.

Auch anonyme Lebendspenden will man nicht ausschließen. Die Stellungnahme von ET zu dieser Frage ist deshalb bedeutsam, weil eine organisierte Suche von geeigneten Spender-Empfänger-Paaren über Ländergrenzen hinweg sehr viel häufiger zu Cross-Over-Lebendspenden führen dürfte als dies innerhalb eines Landes möglich ist.

Die BUNDESÄRZTEKAMMER hat sich zu dieser Frage bislang nicht klar geäußert. Auf der Jahrestagung der DEUTSCHEN TRANSPLANTATIONSGESELLSCHAFT in Heidelberg im Jahre 2001 forderten einige Transplantationsmediziner entweder eine rechtsverbindliche Interpretation des Gesetzes oder dessen Änderung, so dass Cross-Over-Lebendspenden möglich sind.¹⁵⁸

Die ethische Dimension der Cross-Over-Lebendspende kann im Rahmen dieser Arbeit nicht in voller Tiefe ausgelotet werden. Als einen weiteren Standpunkt innerhalb der Diskussion sei jedoch abschließend noch die Position des Vorsit-

¹⁵⁷ Eine detaillierte juristische Argumentation zur Unzulässigkeit der Cross-Over-Lebendspende ist nachzulesen auf der Homepage der SELBSTHILFE LEBERTRANSPLANTIERTER DEUTSCHLAND E.V. (Hrsg.), <http://www.lebertransplantation.de/lsgnrw010131.htm>.

¹⁵⁸ Vgl. SIEGMUND-SCHULTZE, N., Hintergrund, a.a.O. (s. Anm. 154).

zenden des MARBURGER BUNDES und zugleich des Präsidenten der ÄRZTEKAMMER HAMBURG, Dr. FRANK ULRICH MONTGOMERY erwähnt. Er gibt zu bedenken, dass die Ärzteschaft nach langen Debatten das neue TRANSPLANTATIONSGESETZ akzeptiert hat. Es bestünden organisierte Ethikkommissionen, die bei Lebendspenden prüfen, ob „das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens“ ist. Diese Kommissionen seien klassische Ethikkommissionen ohne Ermittlungsapparat oder –kompetenz. MONTGOMERY fragt daher, warum sich die Ärzte selber das Leben dadurch schwer machen, dass sie gesetzliche und von ihnen akzeptierte Grenzen sofort mindestens tangieren, wenn nicht sogar überschreiten. Egal, ob der Antrieb wissenschaftlicher Ehrgeiz oder (fehlgeleiteter) Altruismus sei, dahinter stehe ein gravierenderes Problem. Das Nichterkennen der besonderen Verpflichtung der Ärzte auf die Einhaltung ärztlicher Grundsätze der Berufsausübung. Der HIPPOKRATISCHE EID, so erinnert MONTGOMERY, ist durchzogen vom Gedanken der Selbstbeschränkung. Auch Ärzte sollten öfter reflektieren als immer gleich zu agieren. MONTGOMERY resümiert:

„Wir stehen – als Gesellschaft wie als Ärzteschaft – am Scheideweg einer puristischen oder opportunistischen Ethik. Mit „Rumeiern“ ist niemandem gedient. Wir müssen uns entscheiden, ob wir die von uns mitformulierten Grenzen auch wirklich durchhalten wollen. Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass eine opportunistische Ethik alle Grenzen im Einzelnen in Frage stellt. Sie ist eigentlich gar keine Ethik sondern „Pragmatismus im ethischen Gewande“. Damit kann man letztlich alles begründen. Ich plädiere hingegen für Klarheit und Festigkeit.“¹⁵⁹

¹⁵⁹ MONTGOMERY, F.U., Ethik und Altruismus – oder wie vertragen sich feste Grenzen und individuelles Leid? Zur Problematik der Cross-Over-Lebendspenden im Transplantationsgesetz, <http://www.montgomery.de/texte/2001/crossover.html>.

6. Die Praxis der Organspende und Transplantation

6.1 Mögliche Spender

Ab dem vollendeten 16. Lebensjahr kann jeder seine Bereitschaft zur Organspende erklären. Ein Widerspruch kann ab dem vollendeten 14. Lebensjahr eingelegt werden.¹⁶⁰

Bei Organspende im Todesfall handelt es sich um cerebral schwer oder schwerst geschädigte Patienten (z.B. nach Schädel-Hirn-Trauma, intrakranieller Blutung, Hypoxie nach einem Unfall oder Intoxikation, Enzephalitis, etc.), die generell auf Intensivstationen behandelt werden und bei denen es trotz aller therapeutischen Maßnahmen zu einer progredienten Hirnschädigung mit tödlichem Ausgang kommt. Der Hirntod dieser Patienten ist hierbei durch den völligen Ausfall des gesamten Gehirns einschließlich des Stammhirns gekennzeichnet.

Eine feststehende Altersgrenze für die Spende von Organen existiert im Gesetz nicht. Patienten von null bis 70 Jahren sind grundsätzlich potentielle Organspender. In der Regel sollten Herzspender unter 65 Jahren sein, Herz-Lungenspender unter 50 Jahren, Leberspender unter 65 Jahren (im Idealfall unter 55 Jahren); eine Bauchspeicheldrüse kann von 10- bis 50-jährigen gespendet werden und Nierenspender können bis zu 75 Jahren alt sein. Gehörknöchelchen und Augenhornhaut können völlig unabhängig vom Alter transplantiert werden. Ausschlaggebend für die Möglichkeit einer Organspende zu Lebzeiten oder im Todesfall ist der allgemeine Gesundheitszustand des Spenders bzw. der Zustand der Organe. Der Entschluss zur Organspende im Todesfall bedarf keiner vorherigen medizinischen Untersuchung, da sie zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll ist.

Grundsätzliche Kontraindikationen zur Organspende sind maligne Tumoren (außer Hirntumoren), die abhängig von Tumorart und –stadium nicht über mehrere Jahre rezidiv- und metastasenfrem sind, systemische Infektionen (Sepsis), HIV-, Hepatitis-B und C-Infektionen, Drogenabusus und mangelnde Compliance

¹⁶⁰ Vgl. TPG, a.a.O. (s. Anm. 84), §2 Abs. 2.

des Patienten. Einige Transplantationszentren akzeptieren jedoch auch keine Spender mit Hirntumoren.¹⁶¹ Alle weiteren Erkrankungen des Spenders (z.B. Hypertonie, Herzerkrankungen, Diabetes, vorbestehende Traumata, etc.) oder prolongierte oder exzessive Katecholamintherapie, prolongierte Hypoxie/Hypertonie, Schocksituationen, Kreislaufstillstand mit kardio-pulmonaler Reanimation beim Spender müssen im Einzelfall diskutiert werden.¹⁶²

Die häufigste Organspende geschieht von Verstorbenen nach einem Hirntod aufgrund einer Hirnblutung oder einer schweren Kopfverletzung. Patienten, die an einem Herz-Kreislauf-Stillstand versterben, sind in der Regel nicht in intensiv-medizinischer Betreuung mit künstlicher Beatmung und kommen daher höchstens für eine Nierenspende in Frage.¹⁶³

6.2 Allokation

Die Knappheit an Spenderorganen führt zu der Situation, dass die Frage der *Verteilungsgerechtigkeit* zu einem zentralen Aspekt der ethischen Auseinandersetzung mit der Organtransplantation geworden ist. Die Organvergabe erfolgt derzeit nach Kriterien wie Gewebeverträglichkeit, Wartezeit, Dringlichkeit und Erfolgsaussicht.¹⁶⁴ Problematisch hieran ist, dass sich nach diesen Kriterien nicht in jeder Situation eine eindeutige Entscheidung ergibt. So können die Erfolgsaussichten bei einem jungen Patienten am größten sein, während ein älte-

¹⁶¹ Vgl. PFITZMANN, R. u.a. (Hrsg.), Organtransplantation, a.a.O. (s. Anm. 15), 13.

¹⁶² Ggf. wird nach der Explantation nach makroskopischen und histologischen Kriterien des einzelnen Organs entschieden.

¹⁶³ Nierenspenden von Patienten, die an Herz-Kreislauf-Stillstand verstorben sind, können erfolgen, sofern die Explantation innerhalb einer Stunde nach Kreislaufstillstand vorgenommen wird.

¹⁶⁴ Praktische Entscheidungskriterien bieten u.a. die ARBEITSGEMEINSCHAFT DER TRANSPLANTATIONSZENTREN IN DEUTSCHLAND, die EUROTRANSPLANT FOUNDATION in Leiden, der EUROPEAN LIVER TRANSPLANT CLUB oder die EUROPEAN HEART ASSOCIATION. – Vgl. dazu auch: GREINER, W., Organverteilungssysteme im Transplantationswesen aus ökonomischer Sicht, in: Ethik Med 10(1998), 64-73. - In Großbritannien werden Patienten über 65 Jahren von der Organvergabe ausgeschlossen. Ein einflussreiches Handbuch der Medizinethik aus den USA plädiert sogar für die medizinische Erfolgsaussicht als *Primärkriterium* und Alter, Lebensstil und soziale Einbindung als Zusatzkriterien, welche die medizinische Prognose begünstigen oder negativ beeinflussen können. – Vgl. dazu BEAUCHAMP, T.L./CHILDRESS, J.F., Principles of Biomedical Ethics, New York – Oxford⁴ 1994, 292-298.

rer dringend das Organ benötigt, da der Krankheitsverlauf bei ihm bereits weiter fortgeschritten ist. Angesichts dieser Situation erfolgt die Organvergabe nach einem System, bei dem jeder Patient für alle Kriterien Punkte erhält. Aus der Anzahl der erhaltenen Punkte errechnet sich dann, welchem Patienten bei der Vergabe eines Organs der Vorzug gegeben wird. Im Sinne des Gleichheitsprinzips kann diese Situation jedoch nicht restlos befriedigen, da es hier letztlich doch der behandelnde Arzt ist, der bewerten muss, welcher seiner Patienten beispielsweise die besseren Erfolgsaussichten hat. Völlige Objektivität ist dabei nicht zu erreichen. Selbst wenn diese gegeben wäre, bliebe die Tatsache bestehen, dass Patienten, denen möglicherweise mit einem Organ hätte geholfen werden können, versterben.

Für die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, die Beneluxstaaten und Slowenien wird die *Organverteilung* zentral durch EUROTRANSPLANT (ET) in Leiden in den Niederlanden geregelt.¹⁶⁵ Potentielle Organempfänger und Spender werden hier gemeldet. Gemäß den für alle verbindlichen Organvergabekriterien wird nach Organ, Blutgruppen- und Gewebemerkmale (Niere), Größe, Gewicht sowie Wartezeit ein geeigneter Spender ermittelt. Nach dem Anmeldestatus bei ET und der Blutgruppe, Größe, Gewicht, Wartezeit, ggf. Gewebemerkmale, der nationalen, internationalen Austauschbilanz, dem Distanzfaktor (Spender-/Empfängerzentrum) und dem Kinderbonus richtet sich dann die durchschnittliche Wartezeit des Patienten. Nach entsprechender Evaluierung und Akzeptanz des Patienten zur Transplantation erfolgt die Meldung bei ET in Leiden mit der jeweiligen organspezifischen Dringlichkeitsstufe, die hauptsächlich in drei Stufen mit normaler Dringlichkeit (transpantabel = T), hoher Dringlichkeit (high urgency = HU) und nicht transpantabel (NT) eingeteilt werden.

Für kritische Patienten, die innerhalb weniger Stunden bis Tage sterben würden, besteht der Anmeldestatus der außerordentlichen Dringlichkeit (HU). Auf einer internen Warteliste des Transplantationszentrums werden die Patienten ebenso nach Blutgruppe, Größe, Gewicht, Geschlecht, Alter, Hauptdiagnose,

¹⁶⁵ Stichting Eurotransplant International Foundation, NL-2301 CH Leiden, P.O. Box 2304, Tel.: 0031-71-5795795 oder Fax: -5790057, www.eurotransplant.nl/Deutsch.

wichtigen Nebendiagnosen bzw. –erkrankungen, Wartezeit und Dringlichkeit geordnet geführt.¹⁶⁶

Um die Organspende in Deutschland flächendeckend und effizienter sicherzustellen, hat die DEUTSCHE STIFTUNG ORGANSPENDE (DSO) seit Juli 2000 sieben *Organspenderegionen* gebildet. Die Regionen umfassen ein oder mehrere Bundesländer. Jede Region wird von einem *geschäftsführenden Arzt* geleitet und verfügt über eine *Organisationszentrale*, von der aus alle Organspendeaktivitäten koordiniert werden können.

Neben der Zentrale gibt es einen oder mehrere Schwerpunkte, die als Stützpunkte der Koordinatoren für ihre Arbeit in den Krankenhäusern dienen. Die Koordinatoren sind direkte Ansprechpartner für die Intensivstationen, die verstorbene Patienten melden, um die Möglichkeit einer Organspende abzuklären.

Jede Region wird von einem *Fachbeirat* beraten. Er setzt sich zusammen aus Vertretern der regionalen Transplantationszentren, der Landesärztekammern, der gesetzlichen Krankenversicherer und der Krankenhäuser der Region sowie einem Vertreter des betroffenen Bundeslandes. Auf *Bundesebene* unterstützt ein Bundesfachbeirat die DSO. Ihm gehören Vertreter der Vertragspartner, der regionalen Fachbeiräte, der Bundesländer, der DEUTSCHEN TRANSPLANTATIONSGESELLSCHAFT (DTG) und der STIFTUNG EU-ROTRANSPLANT an.¹⁶⁷

6.3 Transplantation nach Totenspende

Im Anschluss an die entsprechende *Diagnostik*¹⁶⁸, der Hirntodfeststellung nach den Richtlinien der BUNDESÄRZTEKAMMER durch einen Neurologen und den behandelnden Arzt (in der Regel ein Intensivmediziner)¹⁶⁹ sowie *vorliegender Einwilligung* zur Organspende wird in Zusammenarbeit mit den behandelnden

¹⁶⁶ Vgl. PFITZMANN, R. u.a. (Hrsg.), Organtransplantation, a.a.O. (s. Anm. 15), 14.

¹⁶⁷ Vgl. DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION [DSO] (Hrsg.), Organspende und Transplantation in Deutschland, Neu-Isenburg 2000, 8.

¹⁶⁸ Dazu gehören klinische und neurologische Untersuchung, EEG, ggf. Angiographie der hirnversorgenden Gefäße, Prüfung früher akustisch evozierter Hirnstammpotentiale [AEP].

¹⁶⁹ Vgl. dazu in diesem Kapitel den Abschnitt 4.4.4, Diagnose (des Hirntodes), 58ff.

Intensivmedizinern und dem Transplantationskoordinator geprüft, welche Organe transplantabel sind. Hierbei ist wiederum der *Wille des Verstorbenen und der Angehörigen* zu berücksichtigen (z.B. Einschränkungen der Organspende durch den Spender zu Lebzeiten)¹⁷⁰. Der Transplantationskoordinator unterstützt hierbei die Ärzte und Pflegekräfte von der Organisation der Hirntoddiagnostik über die Anmeldung bei EUROTRANSPLANT (ET) bis hin zu den Angehörigengesprächen und dem weiteren Ablauf der Organentnahmeoperation. Parallel zu dieser organisatorischen Phase wird die *Gewebetypisierung*¹⁷¹ durchgeführt und der Patient *intensivmedizinisch optimal* für die Organentnahmeoperation *konditioniert*.¹⁷²

Nach entsprechender *Benachrichtigung des Transplantationszentrums durch ET* über das Vorliegen eines geeigneten Spenderorgans für einen angemeldeten Empfänger wird mit dem transplantierenden Arzt bzw. dem diensthabenden Oberarzt anhand der aktuell verfügbaren Daten das *Angebot geprüft*.

Nach *Benachrichtigung des Empfängers und Überprüfung*, dass zu diesem Zeitpunkt keine Kontraindikationen (wie z.B. Infektionen) beim Empfänger bestehen, wird zeitgleich zur möglichst raschen Einbestellung des Patienten, der endgültigen Zusage bei ET und in Rücksprache mit dem vor Ort im Spenderkrankenhaus zuständigen Transplantationskoordinator, ein *vorläufiger Zeitplan* erstellt. Dieser orientiert sich auch an der geplanten Entnahmezeit und dem Entnahmeteam, d.h. ob das eigene Explantationsteam oder ein anders entnimmt und das Organ geschickt wird („shipped organ“). Hiernach entscheidet sich auch Transportmittel (PKW, Flugzeug, Hubschrauber, etc.) und –zeit. In Absprache mit dem Transplantationskoordinator erfolgt dann der *endgültige Zeitplan*, der sich durch Wetterverhältnisse, ein oder mehrere Organentnahmeteams, OP-Kapazitäten im Spenderkrankenhaus oder Eintreffen des Empfängers im Transplantationskrankenhaus ändern kann. Als nächstes erfolgt die

¹⁷⁰ Vgl. dazu Anm. 57. – Siehe auch die Abschnitte 5.1.2 und 5.2 in diesem Kapitel, 71ff.

¹⁷¹ Vgl. dazu in diesem Kapitel den Abschnitt 4.1, Histokompatibilität, 35f.

¹⁷² Diese intensivmedizinische Konditionierung umfasst unter anderem die Beatmungsanpassung zur suffizienten Oxygenierung, die Kontrolle des Kreislaufes bzw. dessen medikamentöse Unterstützung bei Hypertonie, der Elektrolytausgleich, eine Diabetes-insipidus-Behandlung sowie die Verhinderung der Auskühlung des Spenders. – Vgl. dazu PRIEN, T., Organerhaltende Therapie beim hirntoten Organspender, in: Lawin, P. (Hrsg.), Praxis der Intensivtherapie, Stuttgart - New-York⁶ 1994, 1134.

Organisation der Transplantationsoperation durch Information der Aufnahme- station, der Anästhesie, der weiteren Chirurgen und der Intensivstation bzw. der Transplantationsintensivstation.¹⁷³

Wenn das Entnahmeteam im Spenderkrankenhaus eingetroffen ist und Kontakt mit dem Transplantationskoordinator aufgenommen hat, erfolgt nach OP- Einschleusung und Durchsicht der aktuellen Befunde des Spenders¹⁷⁴ die je- weilige Entnahmeoperation (Präparation, Organkonservierung), beginnend mit dem Team bzw. den Teams für die abdominellen Organe und anschließend durch Hinzukommen des oder der Teams für die thorakalen Organe.¹⁷⁵

Im Falle von *Mehrorganentnahmen* werden zunächst Herz und Lunge, später Leber, Pankreas und Nieren entnommen. Nach Abschluss der Organ- und Ge- fäßpräparation und Vollheparinisierung¹⁷⁶ erfolgt die *Organkonservierung* mit speziellen Konservierungslösungen bei 4° C durch transvaskuläre Spülung von innen und topischer Eiskühlung der Organe von außen mittels kalter physiologi- scher NaCl oder einer anderen Spüllösung sowie Auflegen von „slush-ice“ (zer- drücktes steriles Eis) auf die Organe. Durch die Hypothermie wird der zelluläre Stoffwechsel maximal reduziert und der vorhandene Reststoffwechsel durch die speziellen Konservierungslösungen während der kalten Ischämiephase¹⁷⁷ kom- pensiert.¹⁷⁸ Nach zwischenzeitlicher Rückkoppelung mit dem jeweiligen Trans-

¹⁷³ Zur Vorbereitung für die Organentnahme werden im Spenderkrankenhaus an chirurgischem Instrumentarium grundsätzlich ein Grund-, Laparotomie- und Gefäßsieb, bei Herz- und Lungen- entnahme zusätzlich Sternumsäge oder Meißel und Hammer, ein Bauchsperrer und ggf. ein Thoraxsperrer benötigt. Des weiteren werden zwei OP-Sauggeräte mit hoher Auffangkapazität (20 l), ein Ziel- und ein Korbsauger, mehrere Nierenschalen, weitere große sterile Schalen (2 l Kapazität) und pro Entnahmeteam ein steriler Seitentisch benötigt. Weitere chirurgische Instru- mente und das Nahtmaterial erfolgen nach Absprache mit dem Operateur. Perfusionsbestecke, Konservierungslösungen, spezielle Instrumente (z.B. Bronchoskop zur Herz-Lungen- und Lun- genentnahme; Klammernahtgeräte, etc.) Organverpackungs- und Transportmaterial (steriles Eis) werden in der Regel vom Entnahmeteam mitgebracht. – Vgl. dazu DRINGENBERG, U. (Hrsg.), Organtransplantation, ein praktischer Leitfaden für den Operationssaal, Bern 1992.

¹⁷⁴ Hirntoddiagnostik, klinische Befunde, Laborwerte, Serologie, Röntgen, Kreislaufparameter, ggf. Sonographie (Echokardiographie), EKG, etc.

¹⁷⁵ Zunächst wird eine mediane Laparotomie vorgenommen, ggf. im Anschluss die mediane Sternotomie durch die Abdominalchirurgen. Das Perikard (und die Pleura) wird während der Entnahme erst durch die Herzchirurgen eröffnet, um schwere Hypotensionen zu verhindern (insbesondere bei Volumenmangel oder Elektrolytstörungen), bei hämodynamisch wirksamem Perikarderguss jedoch auch schon durch die Abdominalchirurgen.

¹⁷⁶ 20.000 – 30.000 IE i.v., min. 300 IE/KG.

¹⁷⁷ Intra- und extrazelluläres Ödem, Bildung von Sauerstoffradikalen, intrazelluläre Azidose, Aufbrauch der intrazellulären Energiereserven, etc.

¹⁷⁸ Vgl. MARGREITER, R., Organentnahme – Logistisches und technisches Know-how, in: Viszeralchirurgie 34(1999), 285.

plantationszentrum über die *Spenderorganqualität* durch den oder die explantierenden Chirurgen erfolgt dann nach der Entnahme die *letztendliche Akzeptanz oder Ablehnung des Spenderorgans*.

Nach *Akzeptanz des Spenderorgans* und erneuter *Rückmeldung im Transplantationszentrum* wird die *Transplantationsoperation* vorbereitet bzw. schon mit der Narkoseeinleitung des Empfängers begonnen (insbesondere bei Herz-, Herz-Lungen-, Lungentransplantationen). Es erfolgt dann der *unverzögliche Transport* der Organe zum Empfängerzentrum, in der Regel mit dem jeweiligen Entnahmeteam, während die Organentnahmeoperation durch die Abdominalchirurgen des Spenderkrankenhauses bzw. durch das Entnahmeteam der abdominalen Organe (Verschluss des Thorax, des Abdomens, Entfernung aller Zugänge und Drainagen)¹⁷⁹ beendet wird. Gegebenenfalls erfolgt noch im Anschluss die Corneaentnahme durch den Augenarzt und weiterer Gewebe (z.B. Gelenkknorpel).

Unter *Konservierung und Kühlung* tolerieren Herz und Lunge maximal vier bis sechs Stunden, Leber und Pankreas 12 – 14 Stunden und Nieren 24 – 48 Stunden *Ischämiezeit*, so dass der Rücktransport reibungslos ablaufen muss, da die Ischämiezeit neben der „kalten“ auch die sogenannte „*warme Ischämiezeit*“ beinhaltet, die sich während der Implantation des Spenderorgans in den warmen Empfängerkörper ergibt. Hierdurch steigt der Energie- und Sauerstoffverbrauch des Spenderorgans wieder an; gleichzeitig sinkt die Ischämietoleranz.

Nach Ankunft des Organs im Transplantationszentrum erfolgt die *Präparation des Spenderorgans* (Gefäße, Gallengang, Vorhöfe, umliegendes Fettgewebe, etc.) durch das Entnahmeteam. Die *Anpassung des Spenderorgans* an den Empfängersitus erfolgt im weiteren Operationsverlauf durch den implantierenden Chirurgen. Die „neue“ Niere z.B. wird in das rechte oder linke Becken gelegt und die Nierenarterie und –vene an die entsprechenden Beckengefäße und der Harnleiter an die Harnblase angeschlossen. Die Niere färbt sich rot als Zeichen der Durchblutung. Je nach Zustand des Transplantates nimmt es seine

¹⁷⁹ Vgl. BUNDESGESETZESBLATT (Hrsg.) [BGBl], Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen [Transplantationsgesetz – TPG]. Vom 05.November 1997, Jg. 1997, Teil I Nr. 74, 11.11. 1997, 2631-2639; hier §6 Abs.1 u. 2 TPG.

Funktion bald oder erst Tage nach dem Eingriff, die ggf. durch Dialysebehandlung überbrückt werden müssen, auf. Bereits während der Operation wird mit der immunsuppressiven Behandlung¹⁸⁰ begonnen.

Wenn die Transplantation vollzogen ist, *informiert der Koordinator die Angehörigen des Spenders* – unter Wahrung der *Anonymität der Empfänger* – über das Ergebnis der Transplantation. Auch die Intensivstation des Krankenhauses, das den Spender gemeldet hat, wird über das Ergebnis ihrer Bemühungen informiert.¹⁸¹

6.4 Transplantation nach Lebendspende

Unter Lebendspende versteht man die *Transplantation von nicht nachwachsenden, paarigen Organen* aus dem Körper eines Lebenden. Das TRANSPLANTATIONSGESETZ (TPG) zieht für die Möglichkeit zur Lebendspende bewusst enge Grenzen, um damit z.B. Organhandel oder auch Spenden, die nicht auf freiwilliger Basis sondern z.B. aufgrund von Abhängigkeitsverhältnissen erfolgen, zu verhindern. So ist nach dem TPG eine Lebendspende nur zwischen Verwandten ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobten oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen, möglich.¹⁸² Minderjährige und nicht Nicht-Einwilligungsfähige schließt das Gesetz als Lebendspender grundsätzlich aus.¹⁸³ Über 70jährige kommen aus medizinisch-gesundheitlichen Gründen als Lebendspender nicht in Betracht.

¹⁸⁰ Vgl. dazu in diesem Kapitel den Abschnitt 4.3, Immunsuppression, 39ff.

¹⁸¹ Zum Verlauf und der Organisation einer Transplantation nach Totenspende vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG [BZGA] (Hrsg.), *Wie ein zweites Leben*, Köln 2000, 32ff; DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION [DSO] (Hrsg.), *Organ- spende und Transplantation in Deutschland*, Neu-Isenburg 2000, 16f; DIES. (Hrsg.), *Organ- spende, eine gemeinsame Aufgabe*, Neu-Isenburg, o.J.; FISCHER-FRÖHLICH, C.L./WEHRLE, A., *Leitfaden Organspende*, Edition Deutsche Stiftung Organtransplantation, Neu-Isenburg 1998; HÖGLINGER, G./KLEINERT, S. (Hrsg.), *Hirntod und Organtransplantation*, Berlin - New York 1998; MAKOWKA, L. (Hrsg.), *Handbook of Organtransplantation*, Georgetown 1991.

¹⁸² Vgl. BUNDESGESETZESBLATT (Hrsg.) [BGBl], Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen [Transplantationsgesetz – TPG]. Vom 05.November 1997, Jg. 1997, Teil I Nr. 74, 11.11. 1997, 2631-2639; hier §8 Abs. 4 Satz 4 TPG.

¹⁸³ Vgl. ebd., §8 Abs. 1 Satz 1a) TPG.

Die häufigste Organspende von Lebenden ist die *Niere* zwischen verwandten oder verheirateten Spendern und Empfängern.¹⁸⁴ Die Niere ist ein paariges Organ und eignet sich somit grundsätzlich für eine Lebendspende. Nieren können von lebenden Spendern entnommen werden, denn der gesunde Körper kann in der Regel problemlos auch mit nur einer Niere arbeiten. Der Erfolg einer Nierentransplantation von einem lebenden Spender ist größer als von einem Verstorbenen.¹⁸⁵ Um sicherzustellen, dass der Spender in Zukunft mit nur noch einer Niere ohne Einschränkung seiner Gesundheit weiterleben kann, muss sich dieser vor der geplanten Explantation einer gründlichen ambulanten Untersuchung unterziehen.¹⁸⁶

Lebertransplantationen von Lebendspendern sind möglich, weil lediglich ein Teil des Organs vom Spender entnommen und übertragen wird. Für den Spender ist dieser Eingriff aufwendig und auch riskant, besonders Eltern jedoch sehen in diesem Schritt für ihre Kinder oft den letztmöglichen Ausweg aus einem Dilemma zwischen drohendem Tod und der Lebenschance durch Transplantation. In den letzten Jahren hat sich die Teillebertransplantation von lebenden Organspendern zu einem für die Versorgung der leberkranken Patienten relevanten Verfahren entwickelt, das mittlerweile mehr als 11% der Lebertransplantationen ausmacht. Während diese Form der Lebendspendetransplantation vor zehn Jahren nur in einzelnen Fällen, ausschließlich bei Kindern durchgeführt wurde, so wird sie mittlerweile auch für erwachsene Patienten als Alternative zur

¹⁸⁴ Von den im Jahre 2000 transplantierten 2.219 Nieren waren 346 Organe lebender Spender. Dies sind insgesamt knapp 16% aller Nierentransplantationen. Die Zahl der Lebendspenden hat in den letzten zehn Jahren erheblich zugenommen (1992: 56; 1999: 380), war jedoch im Jahr 2000 (346) gegenüber 1999 leicht rückläufig. – Vgl. dazu DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION [DSO] (Hrsg.), *Organspende und Transplantation in Deutschland*, Neu-Isenburg 2000, 45f.

¹⁸⁵ Die Fünf-Jahres-Transplantatfunktionsraten nach Nierentransplantation liegen bei der Transplantation von Organen lebender Spender bei ca. 80%, bei der Transplantation von postmortalen Spenderorganen im Durchschnitt bei 65%. Nach zehn Jahren funktionieren noch über 50% der Nieren. Die Ergebnisse variieren hier allerdings erheblich, je nach immunologischer Übereinstimmung von Spender und Empfänger. – Vgl. dazu DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION [DSO] (Hrsg.), *Organspende und Transplantation in Deutschland*, Neu-Isenburg 2000, 46.

¹⁸⁶ Vgl. ebd., §8 Abs. 1 Satz 1c) TPG.

postmortalen Organspende in Erwägung gezogen. Sie nimmt heute einen wichtigen Raum bei der Versorgung der Wartelistenpatienten ein.¹⁸⁷

Eine *kombinierte Herz-Lungen-Transplantation* hat eine Lebendspende des Herzens möglich gemacht. Bei dieser sogenannten *Domino-Transplantation* wird ein Patient mit terminaler Lungenerkrankung (z.B. eine *Cystische Fibrose*) einer kombinierten Herz-Lungentransplantation unterzogen und das bei ihm explantierte gesunde Herz unmittelbar im Anschluss als Spenderorgan für eine Herztransplantation (mit kurzer Ischämiezeit!) verwendet.¹⁸⁸

Das Verhältnis zwischen potentielltem Spender und dem Empfänger sowie die Beweggründe, die den Spender zu seinem Entschluss brachten, werden vor der Operation von einer Gutachterkommission erfragt und beurteilt. Die Einwilligung zur Organspende einer lebenden, urteilsfähigen Person sollte schriftlich erfolgen. Nach der Transplantation sind Spender und Empfänger per TPG zur Teilnahme an einer psychologischen Betreuung verpflichtet, da psychische Probleme nicht auszuschließen sind.¹⁸⁹

Gegenüber der Totenspende hat die Lebendspende den großen Vorteil, dass der Zeitpunkt der Transplantation bestimmbar ist und die Operation somit planbar wird. So können alle erforderlichen medizinischen Tests ohne Zeitdruck durchgeführt werden. Die Operation kann zu einem Zeitpunkt stattfinden, in dem sich sowohl der Empfänger als auch der Spender in einem optimalen Gesundheitszustand befinden. Mit der immunsuppressiven Therapie kann bereits vor der Transplantation begonnen werden, was sich in der Regel positiv auf die Abstoßungsreaktion durch das Immunsystem des Empfängers auswirkt.

¹⁸⁷ Vgl. dazu DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION [DSO] (Hrsg.), *Organspende und Transplantation in Deutschland*, Neu-Isenburg 2000, 52ff.

¹⁸⁸ Vgl. dazu PFITZMANN, R. u.a. (Hrsg.), *Organtransplantation*, a.a.O. (s. Anm. 15), 113 u. 115. – Insbesondere Patienten mit *Mukoviszidose* eigneten sich für dieses sogenannte „*domino procedure*“, weshalb die Erkrankung im Register der INTERNATIONAL SOCIETY FOR HEART AND LUNG TRANSPLANTATION (ISHLT) die dritthäufigste Indikation zur Herz-Lungentransplantation wurde. Weil die Anastomosierung der Atemwege durch Modifikationen insbesondere der chirurgischen Technik – trotz der frühzeitigen Gabe von Kortikoiden zur Immunsuppression – so unzuverlässig wurde, verzichtete man seit dem Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts auf die Domino-Transplantation und stellt heute die Indikation zur kombinierten Herz-Lungentransplantation nur noch bei gleichzeitigem terminalem Versagen von Herz und Lunge.

¹⁸⁹ Vgl. dazu §8 Abs. 2 TPG, a.a.O. (s. Anm. 84).

Da das zu transplantierende Organ unmittelbar von einem Organismus auf den anderen übertragen wird, ohne dass es dabei einer Konservierung durch Kühlung bedarf (man sagt: „das Organ wird „warm“ transplantiert“), ist davon auszugehen, dass durch Lebendspende übertragene Transplantate von höherer Qualität sind, was sich auf ihre Funktion und Lebensdauer positiv auswirkt.¹⁹⁰

In aller Regel wird der Spender nach der Operation ohne gesundheitliche Einschränkungen leben können. Er trägt jedoch das Risiko, das bei jeder Operation besteht. In seltenen Fällen kann es zu einem Rückgang der Nierenfunktion oder zur Erhöhung des Blutdrucks kommen.

¹⁹⁰ Vgl. Anm. 185.

7. Organhandel

In Diskussionen über das Für und Wider von Organspenden bzw. die Bereitschaft dazu wird regelmäßig auch die Angst vor Organhandel thematisiert, teilweise sogar der Vorwurf gegen die Medizin erhoben, sich durch den Handel mit Organen von Spendewilligen zu bereichern.

Diese Angst rührt nicht zuletzt daher, dass in der Öffentlichkeit die Verfahrenswesen bei Transplantationen oft nicht bekannt sind, da die Wenigsten bereit sind, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und es lieber tabuisieren. Hinzu kommt, dass Spielfilme, die das Thema behandeln, falsche Vorstellungen provozieren und verstärken. Um für das Kino/TV-Publikum interessant zu sein, werden hier die abenteuerlichsten Geschichten jenseits jeglicher Realität erfunden. Des Weiteren werden dem Publikum von sogenannten Talkshows auf privaten Fernsehsendern Menschen vorgeführt, die abseits jeder beweisbaren Tatsachen – und vor allem widerspruchlos – von angeblich persönlich erlebten Fällen berichten. So geschehen beispielsweise in einer BÄRBEL SCHÄFER-Sendung auf RTL¹⁹¹, wo während der gesamten Sendung ständig eine angebliche Krankenschwester in die Kamera rief, sie wüsste von vielen Fällen, in denen Patienten auf der Intensivstation von Ärzten durch Abschalten der lebenserhaltenden Geräte getötet und mit dem Zweck des Organhandels „ausgeschlachtet“ wurden. Die überforderte Moderatorin (sie konnte trotz mehrmaligem Anlauf das Wort *Dialyse* nicht aussprechen) nahm dies ohne zu hinterfragen oder zu kommentieren hin.

Nur wer sich also bereits selbst an kompetenter Stelle ausreichend informiert hat, weiß pure Effekthascherei von seriöser Nachricht zu trennen, kann sich so seine eigene Meinung zur Organspende und den damit verbundenen Themenbereichen bilden und seine persönliche Position aufgrund dieser Meinung z.B. im Ausfüllen eines Organspendeausweises kundtun.

Das TPG in Deutschland stellt Organhandel unter Strafe.¹⁹² Ebenso strafbar handelt, wer Organe, die Gegenstand verbotenen Handelstreibens sind, entnimmt, überträgt oder sich übertragen lässt. In Deutschland ist bislang kein ein-

¹⁹¹ Das genaue Sendedatum ließ sich leider nicht mehr feststellen.

¹⁹² Vgl. §§17u.18 TPG, a.a.O. (s. Anm. 84).

ziger Fall von Organhandel bekannt geworden. Man darf allerdings nicht verschweigen, dass in anderen Ländern, vor allem in den Entwicklungsländern und in Osteuropa, Menschen aus den ärmsten Bevölkerungsschichten ihre Organe verkaufen, was einen gewissen Transplantationstourismus mit sich bringt. Unter den Aspekten der Menschenwürde und der Ethik ist solches Handeln kritik- und fragwürdig und darüber hinaus aufgrund des in der Regel niedrigen medizinischen Standards in diesen Ländern sowohl für den Spender als auch für den Empfänger medizinisch mehr als bedenklich.

Bezeichnenderweise sind sich alle Kommentare von offizieller oder ärztlicher Seite in der strikten Ablehnung des Organhandels einig. Diese Ablehnung hat oftmals kategorischen Charakter, d.h. es wird keine oder nur eine sehr allgemeine Begründung dafür gegeben. So schreibt das BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT in seiner Informationsbroschüre „Das Transplantationsgesetz“:

„Sowohl der Verkauf von Organen als auch Organspenden gegen Entgelt sind mit der Würde des Menschen und unserer verfassungsrechtlichen Werteordnung nicht vereinbar und daher abzulehnen. Die Bereitschaft zur Organspende darf nicht von Profitstreben bestimmt sein.“¹⁹³

FRIEDRICH BREYER, der das TPG aus ökonomischer Sicht untersucht hat, gibt diesbezüglich zu bedenken, dass durch die negativ besetzte Wortwahl („Profitstreben“) ein ansonsten völlig normaler Vorgang, dass nämlich für eine Leistung eine Gegenleistung erbracht wird, zu einem gesellschaftlich geächteten Verhalten hochstilisiert wird. In seinem Beitrag diskutiert BREYER mit Stringenz und einer bei diesem emotionalen Thema wohltuenden Rationalität Optionen, wie man Anreize zur Organspende geben könnte, ohne in die Entscheidungsfreiheit der potentiellen Spender einzugreifen. Dazu gehört für ihn zum einen das *Solidarmodell*, das auf dem Gedanken der freiwilligen und gegenseitigen Hilfe beruht, und zum anderen die *Eröffnung eines Marktes*, auf dem Lebendspender ihre Nieren anbieten können. Dieser argumentative Ansatz von BREYER, der jedoch sehr deutlich für eine Kommerzialisierung eintritt und des-

¹⁹³ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.), Das Transplantationsgesetz, Bonn 1998, 35.

halb unter ethischen Gesichtspunkten letztlich nicht haltbar ist, sei im folgenden dennoch zumindest als eine Facette der Diskussion näher vorgestellt.¹⁹⁴

Eine nüchterne Abwägung von Vor- und Nachteilen erfordert zunächst einmal eine klare Begriffsbestimmung dessen, was man unter „Organhandel“ versteht. Prinzipiell sind darunter viele verschiedene institutionelle Modelle vorstellbar. Um die Komplexität nicht unnötig zu erhöhen seien an dieser Stelle nur drei mögliche Modelle herausgegriffen:

1. Inländische Lebendspender dürften außer an Verwandte und ihnen Nahestehende auch an die Versichertengemeinschaft von gesetzlichen und privaten Krankenkassen eine Niere abgeben. Diese kämen nicht nur (wie bisher) für die beim Spender entstehenden Behandlungskosten auf, sondern würden zudem einen Kaufpreis für das Organ entrichten. Die Auswahl des Empfängers erfolgte wie bisher.
2. Inländische Lebendspender dürften eine Niere an inländische Käufer abgeben. Ein privatrechtlicher Kaufvertrag würde die Höhe des Preises regeln, den der Organempfänger entrichtet. Der Gesetzgeber müsste dabei regeln, ob die beim Spender bzw. Empfänger entstehenden Behandlungskosten von der Versichertengemeinschaft getragen werden.
3. Deutsche Transplantationszentren dürften ihren (inländischen oder ausländischen) Patienten Organe beliebiger Herkunft, die diese besorgt haben, transplantieren.

Die weitestgehende Liberalisierung - Modell drei - wird in der Öffentlichkeit vor allem mit dem Argument abgelehnt, die reichen Nationen würden damit die Bewohner armer Länder „schamlos ausbeuten“¹⁹⁵. Vertreter dieser Länder, wie z.B. Indiens, sehen dies jedoch ganz anders. So verteidigt etwa K.C. REDDY die Bezahlung von Nierenspendern in Indien mit dem Argument, dass Spender

¹⁹⁴ BREYER, F., Möglichkeiten und Grenzen des Marktes im Gesundheitswesen. Das Transplantationsgesetz aus ökonomischer Sicht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik. Wissenschaft, Kultur, Religion [ZME], 48(2002), 111-123; hier 199-121.

¹⁹⁵ Fälle, in denen genau dies geschehen zu sein scheint, schlagen dann auch in regelmäßigen Abständen in der Presse hohe Wellen. Vgl. etwa BERNDT, C., Der nette Vetter, in: Süddeutsche Zeitung [SZ], 15.01. 2002, 52-57.

und Empfänger mit dem Tauschgeschäft ihre gegenseitigen Bedürfnisse befriedigten.¹⁹⁶

Modell zwei wird wohl überwiegend mit dem Begriff „Organhandel“ in Verbindung gebracht. Vor allem stößt es wohl deshalb auf Ablehnung, weil die meisten Menschen eine Aversion gegen den Gedanken hegen, sich in unserer Gesellschaft nicht nur ein angenehmeres, sondern auch ein längeres Leben *kaufen* zu können. Diese Haltung – so BREYER – mag inkonsequent sein, da es viele andere Wege gibt, sich – zumindest im statistischen Sinne – ein längeres Leben zu kaufen, z.B. durch ein sichereres, aber teureres Auto oder ein Haus in einem Wohngebiet mit gesünderer Luft. Dennoch – so meint BREYER – kann diesem Ansatz Rechnung getragen werden, indem auf dieses Modell zugunsten des ersten verzichtet wird, bei dem Reichtum einem potentiellen Organempfänger keinen Vorteil verschafft.

Dennoch trifft auch dieses Modell verbreitet auf Vorbehalte. Die wichtigsten Argumente gegen den Ankauf von Nieren sind nach BREYER folgende:

1. Durch die Zahlung von Geld wird die intrinsische Motivation zur Spende geschwächt, so dass das Aufkommen an gespendeten Organen zurückgehen wird.

Diese Argumentation erscheint BREYER wenig überzeugend, da der Anteil jener Bürger, die einen Spenderausweis haben, schon jetzt äußerst gering ist. Die intrinsische Motivation kann demnach in der Meinung von BREYER faktisch nicht allzu stark sein.

2. Menschen müssen vor unüberlegten Handlungen, die sie später bereuen könnten, bewahrt werden. Insbesondere: Was geschieht, wenn die einzige noch verbliebene Niere ausfällt?

BREYER hält dagegen, dass der allgemeine Grundsatz, dass Menschen vor Handlungen bewahrt werden sollten, die sie bereuen könnten, weder einer freiheitlichen Gesellschaft angemessen noch in anderen Handlungsbereichen verwirklicht ist. Der Mensch trifft in seinem Leben eine Vielzahl irreversibler Entscheidungen, die er potentiell später bereut, von der Berufswahl über die Zeu-

¹⁹⁶ Vgl. REDDY, K.C., Organ Donation for Material Reward. An Indian View Point, in: Dohrmann, P./Henne-Bruns, D./Kremer, B. (Eds.), Surgical Efficiency and Economy, Proceedings of the 3rd World Congress, Stuttgart - New York 1997, 54-59.

gung von Kindern bis hin zur Vorsorge für sein Alter. Nirgendwo wendet die Gesellschaft hier Zwang an, um den mündigen Bürger vor sich selbst zu schützen, allenfalls – etwa bei der Pflicht zur Altersvorsorge – um ihn daran zu hindern, möglicherweise der Gesellschaft zur Last zu fallen. – Wenn man in diesem speziellen Fall ganz sichergehen will, dass der Nierenspender sich seine Entscheidung wohl überlegt hat, schlägt BREYER eine Frist zwischen der Anmeldung zur und der Durchführung der Explantation vor. Kritischer ist die Frage zu beurteilen, was die Gesellschaft tun sollte, um die Lebensgefahr im Falle des Versagens der verbleibenden Niere möglichst klein zu halten. Hier wäre es legitim zu fordern, dass Lebendspendern eine besonders hohe Priorität bei der Organzuteilung eingeräumt wird. Mit dieser Option befindet BREYER sich im Einklang mit dem von dem Philosophen H. KLIEMT propagierten *Reziprozitäts-Gedanken*.¹⁹⁷

3. Für Menschen in materieller Not wird Organverkauf zum Zwang. Daher ist die gebotene Freiwilligkeit nicht mehr gesichert.

Dieses Argument ist in einer Gesellschaft mit einem ausgedehnten sozialen Sicherheitsnetz nicht triftig. Da es für alle nicht Leistungsfähigen die Sozialhilfe gibt, ist niemand darauf angewiesen, eine Niere zu verkaufen, um sein Existenzminimum zu sichern.¹⁹⁸

Umgekehrt kann man fragen, wie „freiwillig“ eine Nierenspende etwa unter Verwandten ist, bei der der Spender keine Gegenleistung erhält. Die Tatsache, dass nach geltendem Recht¹⁹⁹ eine Ethikkommission in einem aufwendigen Verfahren die Freiwilligkeit feststellen muss, verbunden mit der Unmöglichkeit, von außen in die persönlichen Beziehungen zwischen Mitgliedern in einer Familie hineinzuschauen, zeigt vielmehr, dass die Freiwilligkeit gerade dort in Frage gestellt werden muss, wo es *keine* Gegenleistung gegeben hat.

4. Es ist unmoralisch, Menschen Geld dafür zu bieten, dass sie ihre körperliche Unversehrtheit opfern. Insbesondere führt eine solche Praxis immer

¹⁹⁷ Vgl. dazu auch Anm. 43.

¹⁹⁸ Auch zur Abtragung von Schulden wäre es heute, nach Einführung der Möglichkeit eines Privat-Konkurses, geradezu töricht, seine Niere zu verkaufen, da man damit nur seinen Gläubigern mehr Geld zukommen ließe.

¹⁹⁹ Vgl. §8 Abs. 3 TPG, a.a.O. (s. Anm. 84).

dazu, dass die ärmeren Bevölkerungsschichten auch noch ein größeres Risiko für Leib und Leben übernehmen.

Dieses Argument, das mit dem dritten eng verknüpft ist, gilt BREYER als lebensfremd. Er argumentiert, dass es auch in einer zivilisierten Gesellschaft zahlreiche Berufe gebe, deren Ausübung mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit verbunden sind, z.B. Bergmann, Soldat, Polizist oder Feuerwehrmann. In einer funktionierenden Marktwirtschaft sind die Einkommen in diesen Berufen höher als in anderen, weniger riskanten Berufen mit ansonsten vergleichbaren Voraussetzungen (wie z.B. die Dauer der Ausbildung). Umgekehrt – so BREYER – könne man es auch als unethisch kritisieren, wenn für die Übernahme eines besonderen Risikos keine „Gefahrenzulage“ gezahlt würde. Weiter sei zu bedenken, dass solche Berufe notwendig sind, um das Überleben und die Unversehrtheit anderer Menschen zu sichern. Deshalb auch käme niemand auf die Idee, die Ausübung gefährlicher Berufe zu verbieten. Die Analogie zur Nierenspende ist für BREYER offensichtlich: Auch sie ermöglicht es einem anderen Menschen zu überleben. Ein Verbot verhindere demnach einen für beide vorteilhaften Vertrag.

Der Beitrag von BREYER erscheint auf den ersten Blick vielleicht durchaus bedenkenswert. Besonders der von KLIEMT adaptierte Reziprozitäts-Gedanke überzeugt und weitet den Horizont der ansonsten doch eher sehr engstirnig und kurzsichtig geführten Organhandelsdebatte um einen innovativen Ansatz. Der sich durch die gesamte Argumentation BREYERS hindurchziehende materielle Aspekt des finanziellen Ausgleichs als Anreiz zur oder Entlohnung für eine Organspende jedoch hinterlässt einen nachhaltig negativen Beigeschmack, der den Menschen in seiner Bedürftigkeit zu einem Spekulationsobjekt der Gesunden degradiert und darin der ihm wesenseigenen Würde nicht gerecht wird.

II. Prinzipien medizinischer Ethik

Bevor diese Arbeit sich im folgenden Kapitel den ethischen Entwürfen der abrahamitischen Religionen und deren Position zu Organspende und Transplantation detailliert widmet, erscheint es vor dem Hintergrund der bisher entfaltenen medizinischen und juristischen Aspekte des Themas hilfreich und sinnvoll, sich an dieser Stelle nun in gebotener Kürze jener Prinzipien und Axiome zu vergewissern, die für eine *medizinisch motivierte* Ethik konstitutiv sind.²⁰⁰

Weil die abendländische Ethik eindeutig und nachhaltig von christlichem Gedankengut mitgeprägt wurde, kann in diesem Kontext nicht darauf verzichtet werden, bereits schon hier zugleich auch die spezielle Perspektive der christlichen Medizinethik zu beleuchten und einfließen zu lassen.²⁰¹

Dieser eher *humanistisch-christlich* geprägte und orientierte Standpunkt soll dabei auch als Vergleichsparameter für die späterhin noch im einzelnen darzustellenden religiös motivierten Überzeugungen des Judentums, des Christentums und des Islam dienen.

1. Bioethik: Anmerkungen zu einem ‚neuen‘ Terminus

Vor allem im angelsächsischen Sprachraum ist es in den vergangenen zwanzig Jahren zu einem intensiven Gespräch zwischen *philosophischer Ethik* und *me-*

²⁰⁰ Vgl. dazu HONNEFELDER, L., Einführung in die Grundlagen der medizinischen Ethik, in: ders./Rager, G., *Ärztliches Urteilen und Handeln*, Frankfurt/Main – Leipzig 1994, 135-190, bes. 185-190; IRRGANG, B., *Grundriss der medizinischen Ethik*, München 1995; MARQUARD, O., *Drei Phasen der medizinischen Debatte [Drei Phasen]*, in: ders./Staudinger, H. (Hrsg.), *Anfang und Ende des menschlichen Lebens. Medizinethische Probleme*, München 1987, 111-115.

²⁰¹ Wie die Geschichtsschreibung dokumentiert, standen Religion und Medizin bei den meisten Völkern und zu den verschiedensten Zeiten in einem auffallend engen Verhältnis zueinander. Der ägyptische Medizingott Imhotep zu Beginn der Medizingeschichte, das biblische „Ich bin der Gott, dein Heiler“, die griechischen Priester und Tempel des Aeskulap, der Aufstieg des Christentums als „heilender Glaube“, Kosmas und Damian als heilige Schutzpatrone der Ärzte, die „klösterliche Medizin“, die rabbinischen Ärzte im Mittelalter; all diese sind nur wenige Ausprägungsformen dieses Verhältnisses zwischen Religion und Medizin in früheren Zeiten. – Vgl. dazu JAKOBOVITS, I., *Jewish Medical Ethics*, New York 1975, XXXI. - Auch heute noch stehen Religion und Medizin in einem engeren Verhältnis zueinander als dies mancher glauben möchte. Religiöse Gefühle sind bei medizinischen Fragestellungen nicht zu unterschätzende Parameter in den jeweiligen Entscheidungsprozessen. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn es sich um Fragen im Zusammenhang mit Leben und Tod handelt.

dizinischer Wissenschaft gekommen. Dies führte dazu, die philosophische Ethik aus dem *Ghetto der Metaethik* zu befreien und die medizinische Ethik – traditionell verstanden als Standesethos von Ärzten und Pflegepersonal – in den umfassenderen Horizont einer *Ethik des Lebens* zu transponieren, in dem auch Fragen der Allokation begrenzter medizinischer Ressourcen oder der modernen Biotechniken Raum haben. Der wissenschaftliche Einsatz in den USA in diesem Bereich ist enorm. Eigene Institute – so etwa das HASTINGDS CENTER, das KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS an der Georgetown University in Washington, das MEDICAL COLLEGE OF WISCONSIN, das CENTER FOR BIOETHICS der University of Pennsylvania usw. – forschen und publizieren seit Jahren in diesem Bereich.²⁰²

Im deutschen Sprachraum ist der Terminus „Bioethik“ inzwischen zwar auch eingebürgert²⁰³, konnte jedoch den Namen „medizinische Ethik“ nicht verdrängen. Allerdings ist auch bei uns ein Wandel zu bemerken: Vor Jahren noch pflegte die philosophische Ethik sich kaum in die Niederungen der Alltagsprobleme im Bereich der Medizin zu begeben. Sie hatte dieses Feld weithin der *Moraltheologie* überlassen.²⁰⁴ Das aber hat sich zwischenzeitlich geändert. Die Diskussion ist dadurch breiter und bunter geworden. Die Moraltheologie hat neben der Medizin eine neue Gesprächs- und Diskussionspartnerin gewonnen, was ihr selbst nur förderlich sein kann.

In der neueren medizinischen Ethik hat sich gegenüber dem *individualethischen Ansatz* der klassischen Moraltheologie die Perspektive erweitert: Neben der *individuellen Dimension* der Verantwortung für Leben, Gesundheit und menschenwürdiges Sterben wird die *gesellschaftlich-soziale und institutionelle Dimension medizinischen Handelns* bis hin zu globalen Aufgaben thematisiert, wie etwa jene des weltweiten Kampfes gegen Seuchen und die medizinische Unterversorgung in den Entwicklungsländern.

²⁰² Vgl. etwa den Sammelband von SASS, H.-M. (Hrsg.), *Bioethik in den USA. Methoden – Themen – Positionen*, Berlin 1988; vgl. ferner WALTERS, A.O. (Ed.), *Bibliography of Bioethics*, from Vol. 10, Washington 1984ff.

²⁰³ Das dreibändige „Lexikon der Bioethik“ (KORFF, W. (Hrsg.), Gütersloh 1988) ist dafür ein Beleg. Das ältere amerikanische Pendant trägt den Titel „Encyclopedia of Bioethics“ (REICH, W.T. (Ed.), New York 1978ff.).

²⁰⁴ Vgl. dazu etwa MARQUARD, O., *Drei Phasen*, a.a.O. (s. Anm. 200), 111-115, hier 111: „Die Hauptentwicklung der philosophischen Ethik innerhalb der letzten 200 Jahre ist die Bewegung weg vom Konkreten.“

2. Ontologische Prinzipien

2.1 Grundlegendes Prinzip: Menschenwürde

Wie Protokolle von Ethikkommissionen²⁰⁵ belegen, gewinnt die Menschenwürde in der medizinischen Ethik zunehmend an Bedeutung. In der ethischen Diskussion stellt sie eine Art *BasiskonSENS* dar.²⁰⁶ Obwohl der Begriff selbst noch keine lange Geschichte aufweist, reichen dessen Inhalte weit zurück:

CICERO verstand unter der Würde einer Person einen hervorgehobenen Platz in der Gesellschaft, an welchem dem Menschen im Unterschied zu anderen Lebewesen eine bestimmte Würde zukommt.²⁰⁷ Dieser Gedanke erreicht bei IMMANUEL KANT in der Formulierung seines *Kategorischen Imperativs*, nach dem der Mensch um seiner selbst willen geachtet werden soll, seinen Höhepunkt²⁰⁸, bevor FRIEDRICH NIETZSCHE den Begriff einzig für den Ausdruck der Eitelkeit des Menschen disqualifizierte. Nach den faschistoiden Entgleisungen des Nationalsozialismus fand eine Rückbesinnung auf den ursprünglichen Wert der Menschenwürde statt, deren Inhalt auch Einzug in das *Verfassungsrecht*²⁰⁹ hielt.

Zum Wesen der Menschenwürde gehört es nun, sie als Ausdruck für Sittlichkeit und Freiheit des Menschen nicht gruppenspezifisch, kulturabhängig, religiös oder ideologisch zu reduzieren²¹⁰, sondern sie als Voraussetzung sittlichen Handelns offen zu halten. Als für alle Menschen gültiger und verbindlicher Konsensbegriff soll die Menschenwürde als die Grundlage schlechthin erkennbar

²⁰⁵ Vgl. IRRGANG, B., Sittliche Bewertungskriterien der Humangenetik [Sittliche Bewertungskriterien], in: StZ 209(1991), 239-253, hier 242.

²⁰⁶ Vgl. REUTER, H.-R. (Hrsg.), Bioethik und Menschenwürde, Münstersche theologische Vorträge, Bd. 4, Münster u.a. 2002; vgl. auch KRESS, H./KAATSCH, H.-J. (Hrsg.), Menschenwürde, Medizin und Bioethik, Münster 2000.

²⁰⁷ Vgl. REITER, J., Menschliche Würde und christliche Verantwortung. Bedenkliches zu Technik, Ethik, Politik [Menschliche Würde], Kevelaer 1989, 49f.; vgl. auch EIBACH, U., Experimentierfeld: Werdendes Leben. Eine ethische Orientierung [Experimentierfeld], Göttingen 1983, 147.

²⁰⁸ Vgl. IRRGANG, B., Sittliche Bewertungskriterien, a.a.O., 242; s. auch Anm. 419.

²⁰⁹ Vgl. Art. 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland, in: HESSELBERGER, D., Das Grundgesetz. Kommentar für die politische Bildung, Neuwied – Frankfurt/Main⁶ 1990, 59ff.

²¹⁰ Vgl. IRRGANG, B., Sittliche Bewertungskriterien, a.a.O. (s. Anm. 205), 242.

werden, die die Gesellschaft als human und pluralistisch determiniert²¹¹ und damit für alle politisch-gesellschaftlichen Ordnungen konstitutiv bleibt.²¹²

Wenn im Kontext der Medizin über Menschenwürde reflektiert wird, gilt es zu bedenken, dass sich der *Sozialstatus* eines Menschen durch die Krankheit, aufgrund derer er sich in die Abhängigkeit von der Medizin und seiner Vertreter begibt, verändert. Bei der Bekämpfung der Krankheiten ist der Mensch stets in seinem organischen Leiden und in seinem Beziehungsgeflecht innerhalb der Gesellschaft zu sehen, was die Achtsamkeit vor seiner Person noch einmal in besonderer Weise herausfordert.²¹³

Argumentationen mit dem Hinweis auf die Menschenwürde sind beliebt, aber zugleich auch problematisch. Häufig sind sie ein grundsätzlicher Ausdruck dafür, dass eine bestimmte Verhaltensweise für moralisch falsch gehalten und als solche abgelehnt wird.

Wer etwa gegen die Leihmutterschaft einwendet, sie verstoße gegen die Menschenwürde, muss sich zugleich auch fragen lassen: Wessen Würde wird dadurch verletzt – die der Leihmutter, die der genetischen Mutter oder die des Kindes? Wenn die Würde der Leihmutter verletzt wird, worin besteht diese dann? Dass sie für diesen neunmonatigen Dienst eine Belohnung nimmt? Doch wenn sie dadurch einem kinderlosen Ehepaar zu einem Kind verhilft, darf sie für diesen Dienst kein Entgelt nehmen? Dann müssten wohl auch die Ärzte auf ein Honorar verzichten! Wird die Würde der genetischen Mutter verletzt? Worin besteht die Verletzung? Oder die des Kindes? Kann die Tatsache, dass es von einer Frau ausgetragen und geboren wird, die nicht seine genetische Mutter ist, seine Würde verletzen – zumal die genetische Mutter es gar nicht empfangen und austragen konnte?

²¹¹ Vgl. SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), *Christliche Verantwortung in veränderter Welt* [Christliche Verantwortung], in: *Die Deutschen Bischöfe*, Heft 46(1990), Bonn, 27.09. 1990, 7f.

²¹² Vgl. REITER, J., *Menschliche Würde*, a.a.O. (s. Anm. 207), 47f.

²¹³ Vgl. MALHERBE, J.F., *Medizinische Ethik*, Würzburg 1990, 84ff.

Diese pointierten Fragen verdeutlichen, dass der Hinweis auf die Menschenwürde allein zur Begründung eines ethischen Urteils, wie etwa der Ablehnung der Leihmutterschaft, nicht ausreicht.²¹⁴

Rechtlich verboten ist die Leihmutterschaft, weil die Aufspaltung zwischen biologischer und sozialer Mutterschaft dem Kindeswohl nicht förderlich ist. Das aber impliziert empirische Sachverhalte und deren *Wertung*, die sich aus dem Begriff der Menschenwürde *per se* nicht ableiten lassen.

2.1.1 Philosophisch

2.1.1.1 „Preis“ und „Würde“

IMMANUEL KANT differenziert in seinem philosophischen Denken zwischen „Preis“ und „Würde“:

„Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als *Äquivalent*, gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein *Äquivalent* verstattet, das hat eine Würde.“²¹⁵

An gleicher Stelle erläutert KANT:

„... das aber, was die Bedingung ausmacht, unter der allein etwas Zweck an sich selbst sein kann, hat nicht bloß einen relativen Wert, d.i. einen Preis, sondern einen inneren Wert, d.i. eine Würde.“²¹⁶

„Würde bezeichnet in diesem Kontext einen Wert, dem der Mensch unbedingt verpflichtet ist, der – weil gegen nichts aufzuwiegen – auch nicht gegen etwas

²¹⁴ Vgl. kritisch in bezug auf medizinethische Fragen SASS, H.-M., Ethische Expertise und Güterabwägung, in: ders./Viefhues, H. (Hrsg.), Güterabwägung in der Medizin. Ethische und ärztliche Probleme, Berlin u.a. 1991, 116-136, bes. 119 u. 123.

²¹⁵ KANT, I., Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, in: Königlich preußische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Kant's gesammelte Schriften, Bd. IV [GMS], Berlin 1911, 434.

²¹⁶ Ebd., 435.

anderes ausgetauscht werden kann. Andere Güter bzw. Werte haben unter Umständen ein Äquivalent: den Theaterbesuch kann ich dem Besuch eines Restaurants vorziehen, dem Kauf eines Mantels den einer Jacke etc. Aber der Mensch kann nicht sagen: Treue in der Liebe mag gut und schön sein, aber ich ziehe ihr als Äquivalent die Abwechslung vor. Mit anderen Worten: *für moralisches Verhalten gibt es kein Äquivalent*. Allerdings kann moralisches Verhalten durchaus etwas kosten, im Falle des Martyriums sogar das eigene Leben. Aber das Leben als Preis zählt eben weniger als die Treue zur eigenen Gewissensüberzeugung.

Der Mensch unterscheidet sich durch seine *Moralfähigkeit* von allen anderen Lebewesen. Er allein vermag sich Zwecke zu setzen, er allein kann sie mit anderen abstimmen. Als moralfähiges Wesen ist der Mensch Person, d.h. *Selbstzweck*. Allerdings kann der Mensch seine Freiheit missbrauchen. Er kann darin so entarten, wie kein anderes Lebewesen je entarten kann. Er kann eine Bestialität erreichen, derer kein Tier je fähig wäre. Dennoch verliert der Mensch nicht seine Würde, auch wenn er sich selbst entstellt und seiner Würdigkeit verlustig geht.

Die Würde ist also *unverlierbar*. Verlierbar aber ist die Möglichkeit, diese Würde darzustellen. Das zu verhindern ist unter anderem Ziel der *Menschenrechte*.²¹⁷

2.1.1.2 Menschenwürde und Liebesgebot

Dem Menschen kommt Würde aufgrund seines Menschseins zu und nicht erst aufgrund einer moralisch guten Gesinnung, also der seinsollenden Ausübung seiner Moralfähigkeit. Andernfalls wären nur die moralisch guten Menschen in ihrer Menschenwürde zu achten, die Sünder aber nicht. Das Gebot „du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst“²¹⁸ fordert aber gleiche, unparteiische

²¹⁷ Vgl. BAUMGARTNER, H.M./HONNEFELDER, L./WICKLER, W./WILDFEUER, A.C., Menschenwürde und Lebensschutz: Philosophische Aspekte, in: Rager, G. (Hrsg.), Beginn, Personlichkeit und Würde des Menschen, Freiburg – München 1997, 161-242.

²¹⁸ Mt 22, 39 parr. – Die Bibel wird zitiert nach DESSLER, A./VÖGLE, A./NÜTZEL, J.M. (Hrsg.), Neue Jerusalem Bibel. Einheitsübersetzung. Mit dem Kommentar der Jerusalem Bibel, Freiburg – Basel – Wien³ 1985.

Liebe. Dem Menschen kommt also Würde zu, insofern er der Moral fähig ist, theologisch: insofern er „Hörer des Wortes“ ist. Bei KANT heißt es:

„Also ist die Sittlichkeit und die Menschheit, sofern sie derselben fähig ist, dasjenige, was allein Würde hat.“²¹⁹

Bezüglich dieser Fähigkeit und der in ihr gründenden Würde sind die Menschen gleich, denn es geht nicht um die individuelle Würde des einzelnen. Und diese Würde, die auch *Selbstzwecklichkeit* genannt werden kann, ist Voraussetzung des Liebesgebotes.

Folgende Forderungen ergeben sich daraus:

- *Alle Menschen als meinesgleichen anzuerkennen (=ethischer Universalismus).*
- *Die Menschen nicht nur um meinetwillen, sondern um ihretwillen zu lieben. Das schließt auch die Liebe zum Feind ein, dem Selbstzwecklichkeit zukommt, auch wenn er mir Unrecht zufügt.*
- *Der Vorrang des Menschen vor aller nichtrationalen Kreatur, die nicht „der Sittlichkeit fähig“ ist.*
- *Die Legitimität der Selbstliebe, insofern sie die „Menschheit“ in der eigenen Person achtet.*

Das die Würde des Menschen in seiner Moralfähigkeit gründet, bedeutet nicht, für die Würde des Menschen sei es gleichgültig, ob jemand Gerechter oder Sünder ist. Denn der Sünder handelt gegen seine Würde. In diesem Sinne ist es der Mensch selber, der zunächst und vor allem seine eigene Würde aufs Spiel setzt.

2.1.2 Theologisch

Weil die abendländische Ethik eindeutig und nachhaltig von christlichem Gedankengut mitgeprägt wurde, kann an dieser Stelle nicht darauf verzichtet wer-

²¹⁹ Ebd.

den, die theologische Perspektive der Menschenwürde zu beleuchten und einfließen zu lassen.

Theologisch gründet die Würde des Menschen in seiner *Gottebenbildlichkeit*²²⁰, mittels dieser – auch als Geschöpf – durch die Möglichkeit der Welt-Mitgestaltung zu Gottes Partner wird. Ebenso rekurriert die Menschenwürde auf die *Inkarnation des Gottessohnes* Jesus Christus, durch die der Mensch die Erlösung als Rechtfertigung erhalten hat²²¹, die ihn nicht einzig in Leistung und Aktivität determiniert sein lässt und schließlich auf den *Vollendungszustand*, durch den der Mensch als ein Zur-Vollkommenheit-Berufener qualifiziert ist.²²² Gerade der *eschatologische* Aspekt, verbunden mit dem *soteriologischen* und *schöpfungstheologischen*, unterstreicht die *Transzendenz* der Würde des Menschen²²³, die ausschließlich auf diese Weise ein Geschenk sein kann.

Als ein bedingt freies Wesen erfährt sich der Mensch auf ein Letztes und Absolutes verwiesen, woraus sich seine personale Würde ableitet, die der Mitmensch unbedingt als Selbstzweck zu achten hat und ihn niemals als Mittel verzwecken darf.²²⁴

Was also philosophisch Menschenwürde heißt, findet theologisch seine sachliche Entsprechung in der Gottebenbildlichkeit. Falsch wäre es – wie es häufig geschieht – , für die Begründung der Menschenwürde *exklusiv* auf theologischen Argumenten zu bestehen.²²⁵ Damit erweist sich auch die Moralthologie

²²⁰ Vgl. REITER, J., Menschliche Würde, a.a.O. (s. Anm. 207), 54; vgl. auch SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), Christliche Verantwortung, a.a.O. (s. Anm. 211), 7f.

²²¹ Vgl. REITER, J., ebd., 54f. - Diese vorwiegend auf Gen 1 basierende theologische Argumentation durch den christologischen Hinweis, in Jesus Christus sei der Mensch bedingungslos angenommen, zu ergänzen, ist zweifelsohne auf der spirituell-pastoralpsychologischen Ebene von immenser Tragweite, befördert allerdings in der reinen *Sache* keinen sonderlichen Erkenntniszuwachs. – Vgl. dazu ANSELM, R., Die Würde des gerechtfertigten Menschen. Zur Hermeneutik des Menschenwürdearguments aus der Perspektive der evangelischen Ethik [Die Würde des gerechtfertigten Menschen], in: Zeitschrift für evangelische Ethik [ZEE] 43(1999), 123-136, 125ff; vgl. auch BOSSHARD, ST.N./HÖVER, G./SCHULTE, R./WALDENFELS, H., Menschenwürde und Lebensschutz: Theologische Aspekte, in: Rager, G. (Hrsg.), Beginn, Personalität und Würde des Menschen, Freiburg – München 1997, 243-329.

²²² Vgl. REITER, J., Menschliche Würde, a.a.O. (s. Anm. 207), 54.

²²³ Ebd.; vgl. auch EIBACH, U., Experimentierfeld, a.a.O. (s. Anm. 207), 44ff.

²²⁴ Vgl. FURGER, F., Einführung in die Moralthologie, Darmstadt 1988, 38.

²²⁵ Diese Auffassung vertritt auch ANSELM, R., Die Würde des gerechtfertigten Menschen, a.a.O. (s. Anm. 221), 125: „... theologische Ethik kann und darf für sich nicht in Anspruch nehmen, die Menschenwürde exklusiv zu begründen – das würde sowohl der Verwendung wie auch dem Anspruch des Menschenwürdegedankens widersprechen.“ - Die gegenwärtige Diskussion um ein gemeinsames Weltethos verdeutlicht, wie aktuell und auch brisant die Frage ist,

selbst einen guten Dienst: In dem verständlichen Bestreben, die unentbehrliche Relevanz des Glaubens in diesen Fragen zu demonstrieren, beansprucht man argumentative Exklusivrechte, die dann von anderen, die den Glauben nicht teilen, als religiöse Sondermeinung abgetan wird.

Unbesehen davon bleibt es richtig: Christlicher Glaube lässt es nicht zu, dass dem Menschen erst nachträglich von Menschen und den von ihnen geschaffenen Institutionen die Menschenwürde zuerkannt wird. Sie ist vielmehr vorgängig zu jeder menschlichen Setzung anzuerkennen, weil sie dem Menschen als seinem Bild und Gleichnis von Gott, dem Schöpfer, selbst gewährt ist. Religiös-philosophisch ergibt sich daraus das Postulat, dass „Ehrfurcht und Schauern“ wieder zu lernen sind, um den Menschen vor Irrwegen seiner Macht zu schützen. Die Ehrfurcht enthüllt das „Heilige“, d.h. das unter keinen Umständen zu Verletzende, damit die Gegenwart nicht um der Zukunft willen geschändet werde.²²⁶

2.1.3 Menschenwürde und menschliches Wohlergehen

Gerade für eine medizinische Ethik ist der Zusammenhang zwischen *sittlicher Würde* und *Wohlergehen* bedeutsam.²²⁷ Es lässt sich formulieren, dass der Mensch die Würde des anderen dann achtet, wenn er ihn nicht zu einem unmoralischen Verhalten verführt. Das ist jedoch zunächst eine negative Aussage. Wie also kann der Mensch der Würde des anderen positiv entsprechen? Als

ob die Menschenrechte etwa nur innerhalb eines Kulturkreises gelten oder ob sie nicht doch auch einen Anspruch formulieren, der allen Kulturen und Religionen zugemutet werden kann. In Auseinandersetzung mit dem ethischen Relativismus und dem geschichtlichen Denken zeigt der katholische Moraltheologe EBERHARD SCHOCKENHOFF, wie sich die *universale Geltung fundamentaler Normen* begründen lässt, die die *Mindestvoraussetzungen des Menschseins* schützen. Im Dialog mit den beiden wichtigsten Ansätzen der gegenwärtigen Moraltheologie, der *autonomen Moral* und der *teleologischen Ethik*, legt SCHOCKENHOFF eine neue *theologisch-ethische Theorie des Naturrechts* vor. Naturrechtliche und Menschenrechtliche Forderungen formulieren – so SCHOCKENHOFF – ein *unverzichtbares Minimum*, während die biblische Ethik (Dekalog und Bergpredigt) und das Hochethos der Weltreligionen einen Weg zum *umfassenden Gelingen* des Lebens aufzeigen. – Vgl. dazu SCHOCKENHOFF, E., *Naturrecht und Menschenwürde. Universale Ethik in einer geschichtlichen Welt*, Mainz 1996.

²²⁶ Vgl. dazu JONAS, H., *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Frankfurt/Main 1979, 392f.

²²⁷ Vgl. WOLBERT, W., *Der Mensch als Mittel und Zweck*, Münster 1987, 54-62.

Ausgangspunkt kann die philosophische Behauptung dienen, Zweck eines jeden Menschen sei sein Wohlergehen. KANT fasst dies unter dem Begriff der Glückseligkeit zusammen. Diesen Zweck respektiert ein Mensch, wenn er einem anderen keinen Schaden zufügt, es sei denn, es gebe einen Grund dafür, etwa um noch größeren Schaden von ihm fernzuhalten. Das aber ist wiederum eine negative Bestimmung. Positiv lautet sie: Der Mensch suche nach Möglichkeit das Wohlergehen des anderen zu fördern. Damit achtet er ihn in seiner Würde als Mensch. Daraus kann nun aber nicht geschlossen werden, dass der Mensch nach Möglichkeit *jeden* Wunsch nach Wohlergehen eines anderen seinerseits zu fördern habe. Es muss sich nicht nur um einen *faktischen*, sondern auch um einen *gerechtfertigten* Wunsch handeln. Wenn die Verpflichtung, das Wohl eines anderen oder der anderen im Maße des mir Möglichen zu fördern, mit der Würde des Menschen verbunden ist, dann meint „*Würde*“ oder „*Selbstzwecklichkeit*“ in diesem Zusammenhang nicht Bezug zur *Moralität*, d.h. Moralfähigkeit des anderen, sondern Bezug auf den Anspruch auf ein ‚menschenswürdiges Leben‘, auf Wohlergehen. WOLBERT stellt die unterschiedlichen Aspekte schematisch wie folgt dar:

		1. im positiven Sinn: Ermahnung und Aufforderung zur Selbstvervollkommnung
<i>Moralität</i> als Zweck	<	2. im negativen Sinn: Absage an Unmoral und an Verführung dazu
		3. im positiven Sinn: Wohl tun
<i>Wohlergehen</i> als Zweck	<	4. im negativen Sinn: nicht Übel tun

Zusammenfassend formuliert WOLBERT:

„Wenn jeder Mensch Zweck an sich selbst ist, ist jeder um seiner selbst willen zu achten und zu lieben. Damit ist ein grundlegendes, aber nicht zureichendes Kriterium des sittlich Richtigen gewonnen. Wenn jeder Mensch aufgrund seiner Würde verdient, dass es ihm gut geht, zählt

das Wohl jedes Menschen; mein Wohl ist nicht wichtiger und nicht unwichtiger als das jedes anderen.“²²⁸

Dies ist eine andere Formulierung des Gebotes der Nächstenliebe.

2.1.4 Notwendiges, aber kein hinreichendes Kriterium

BRUNO SCHÜLLER²²⁹ wie auch seine Schüler ROLF GINTERS²³⁰ und WERNER WOLBERT²³¹ sehen im Prinzip der Selbstzwecklichkeit bzw. der Menschenwürde ein *notwendiges, aber kein hinreichendes* Kriterium zur Bestimmung des sittlich Richtigen. Wenn KANT in seiner Selbstzweckformel bestimmt, man dürfe einen anderen Menschen niemals nur als *Mittel* gebrauchen, so mag diese deontische Aussage zu der Annahme verleiten, damit werde ein Kriterium angegeben, in welchen Fällen ich einen anderen Menschen als bloßes Mittel gebrauche. Bei näherem Zusehen wird die Sache allerdings komplexer. Im Kontext der Erörterung der „vollkommenen Pflichten gegen sich selbst“ wertet KANT die Selbsttötung („Selbstentleibung“) aufgrund der Bedingung, dass das Leben nur noch von Übel sei, folgendermaßen:

„Wenn er, um einem beschwerlichen Zustande zu entfliehen, sich selbst zerstört, so bedient er sich einer Person, bloß als eines *Mittels*, zur Erhaltung eines erträglichen Zustandes bis zum Ende seines Lebens. Der Mensch ist aber keine Sache, mithin nicht etwas, dass *bloß* als Mittel gebraucht werden kann, sondern muss bei allen seinen Handlungen jederzeit als Zweck an sich selbst betrachtet werden.“²³²

Zur Begründung führt KANT an:

²²⁸ WOLBERT, W., a.a.O. (s. Anm. 227), 61.

²²⁹ SCHÜLLER, B., Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moralthologie, Düsseldorf³ 1987, 321-336.

²³⁰ GINTERS, R., Werte und Normen: Einführung in die philosophische und theologische Ethik, Göttingen u.a. 1982, 116-147.

²³¹ WOLBERT, W., a.a.O. (s. Anm. 227), bes. 63-83.

²³² KANT, I., GMS IV, 429.

„Der Persönlichkeit kann der Mensch sich selbst nicht entäußern, solange von Pflichten die Rede ist, folglich so lange er lebt, und es ist ein Widerspruch, die Befugnis zu haben, sich aller Verbindlichkeit zu entziehen.“²³³

Weil der Mensch unter der sittlichen Forderung steht und darum weiß, darf er sich ihr durch Selbsttötung nicht eigenmächtig entziehen. Dennoch ist es nicht so einfach zu bestimmen, was KANT hier unter „Mittel“ versteht. Entgegen unserem Sprachgebrauch bezieht sich „Mittel“ auf den Menschen als *Person* und nicht auf den *Leib*. Denn durch die Selbsttötung gibt der Sich-Suizidierende einem nicht-sittlichen Übel den Vorrang vor dem sittlichen Übel (sich der moralischen Bestimmung zu entziehen).

Das Beispiel der Selbsttötung dient KANT also eindeutig zur Explikation des *Kategorischen Imperativs*. KANT wird aber nicht sagen, dass auch das freiwillige Martyrium eines Menschen in gleicher Weise zu beurteilen sei. Das Kriterium der Unterscheidung liefert also nicht die *Handlung* ‚Selbsttötung‘, sondern die *Gesinnung*, welche die entsprechende Handlung motiviert. Faktisch wird also nicht die sittliche Richtigkeit der Selbsttötung bewertet, sondern die sittliche Schlechtigkeit der *Gesinnung* konstatiert. Allerdings lässt sich insofern ein notwendiges Kriterium für die Bestimmung sittlicher Richtigkeit gewinnen, als ein außersittlicher Wert niemals einem sittlichen vorgezogen werden darf.

Damit wird deutlich: Die Berufung auf die Menschenwürde trägt insofern etwas für die Bestimmung des sittlich Richtigen aus, als ein nicht-sittlicher Wert in keinem Falle einem sittlichen – also der Würde der Person – vorgezogen werden darf. Wo es sich aber um eine Entscheidung zwischen außersittlichen Werten handelt, kann der Hinweis auf die Menschenwürde kein hinreichendes Kriterium sein.

Wenn z.B. ein Patient einen Arzt aufsucht, damit dieser etwas gegen seinen Heuschnupfen unternahme, benutzt der Patient dann den Arzt als bloßes *Mittel* und verletzt ihn damit in seiner Selbstzwecklichkeit, seiner Würde? – Bei der Erörterung dieses oder vergleichbarer Beispiele, ist es zunächst wichtig, einen *deskriptiven* Gebrauch des Wortes „Mittel“ von einem *wertenden* Gebrauch zu

²³³ KANT, I., Die Metaphysik der Sitten, in: Königlich preußische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Kant's gesammelte Schriften, Bd. VI [MS VI], Berlin 1914, 422.

unterscheiden. Wird „Mittel“ in einem wertenden Sinn verwendet, dann ist die Frage nach der sittlichen Erlaubtheit bereits beantwortet, wenn auch noch nicht begründet. Wie sich aus diesem Beispiel ergibt, ist es aber nicht von vornherein sittlich falsch, jemanden im deskriptiven Sinne als Mittel zu gebrauchen. Das gilt für alle Fälle, in denen wir uns verschiedener Personen oder Personengruppen aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz bedienen – angefangen vom Verkäufer bis hin zum Opernsänger. Denn jemand in diesem Sinne als ‚Mittel‘ gebrauchen, lässt weder auf eine moralisch schlechte Gesinnung noch auf sittliche Falschheit schließen.

An einem weiteren Beispiel sei das Gemeinte nochmals verdeutlicht. Angenommen jemand habe SARS und er werde vom Gesundheitsamt auf eine Quarantänestation überwiesen, damit andere nicht angesteckt werden können. Nehmen wir weiter an, der Patient weigert sich, der Anweisung des Gesundheitsamtes Folge zu leisten. Er begründet dies mit dem Hinweis, er fühle sich durch diese Maßnahme in seiner Personwürde verletzt, da er zum Mittel degradiert werde, andere nicht anzustecken. Mit welchen Gründen könnte dem Patienten nun erklärt werden, warum diese Maßnahme sowohl sinnvoll ist, um andere vor Ansteckung zu schützen, wie auch, dass er damit zwar in seiner Handlungsfreiheit eingeschränkt wird, dies aber kein Eingriff in seine Personwürde ist?

- (1) In vielen Fällen ist es sittlich bedeutsam, ob eine Maßnahme mit Zustimmung des Betroffenen oder gegen seinen Willen durchgeführt wird. Dennoch kann die Zustimmung des Betroffenen allein kein Kriterium für die Richtigkeit einer Handlungsweise sein.
- (2) Die Maßnahme der Einweisung in eine Quarantänestation betrifft ein außermoralisches Gut, die Bewegungsfreiheit. Im Beispiel steht das Gut der Bewegungsfreiheit eines Menschen in Konkurrenz zum Gut der Gesundheit Dritter, das andernfalls gefährdet wäre. In der Regel wird wohl jeder urteilen, dass in einem solchen Falle das Gut der Gesundheit Dritter Vorrang genießt vor dem Gut der Bewegungsfreiheit.
- (3) Auffallend ist, dass für diese Weise der Argumentation die Personwürde nicht unmittelbar in Anspruch genommen zu werden braucht. Sie wird

erst relevant, wenn zwar Frau X bei SARS in eine Quarantänestation eingewiesen wird, Herr Y aber nicht – und das einzig aus dem Grund, dass Herr Y Bankdirektor, Frau X Reinigungsfrau ist. In diesem Falle läge ein Verstoß gegen das Prinzip der Unparteilichkeit vor, denn es ist nicht einzusehen, warum Herr Y die Gesundheit Dritter nicht ebenso gefährdet wie Frau X. Doch aus dem Prinzip der Unparteilichkeit ergibt sich nicht, welche Maßnahme bei Ansteckungsgefahr sittlich richtig ist. Das Prinzip besagt lediglich, dass zwischen Frau X und Herrn Y keine Unterschiede in der Behandlung gemacht werden dürfen.

2.1.5 Konsequenzen für Organspende und Transplantation

Eine der intensivsten und sehr kontrovers geführten Diskussionen im Bereich der Medizinethik in den letzten Jahren galt der Frage der Organtransplantationen, genauer: dem Hirntodkriterium als Voraussetzung für eine Organentnahme. Auch hier wird die Menschenwürde mit dem Bestreben verbunden, das unvollkommene, fragile, sogar das sich unmittelbar im Sterbeprozess befindliche Leben zu schützen.

Aus den Überlegungen zur Menschenwürde ergibt sich für die Organspende und Transplantation konkret, dass ihre Bestimmungen der Festschreibung durch das Grundgesetz standhalten sowie der transzendenten Dimension des Menschen entsprechen müssen. Ebenso muss der einzelne bemüht sein, diesem Wert der Menschenwürde zu verwirklichen, was sich z.B. in einer persönlichen Entscheidung zur Organspende äußern kann, die so dem Prinzip der Mitmenschlichkeit folgt.²³⁴

Nach Auffassung des BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS endet „... die in Art. 1 Abs. 1 GG der staatlichen Gewalt auferlegte Verpflichtung, dem einzelnen Schutz gegen Angriffe auf seine Menschenwürde zu gewähren, nicht mit dem Tode“²³⁵. Diese Ansicht hat auch ihren Niederschlag in den entsprechenden

²³⁴ Vgl. KELLER, R., Probleme der Organtransplantation, in: ZEE 23(1973), 144-154, hier 153.

²³⁵ BUNDESVERFASSUNGSGERICHT (Hrsg.), BVerfGE 30, 173 (194).

Passagen des TRANSPLANTATIONSGESETZES (TPG) gefunden. Das jetzt geltende Recht stellt den Körper eines Verstorbenen und seine Würde unter den ausdrücklichen Schutz des Staates.²³⁶

Hinsichtlich der Organexplantation von Verstorbenen ist zu betonen, dass zur Menschenwürde auch die Anerkennung der symbolischen Präsenz der Person gehört, der der Leichnam zu Lebzeiten als Körper diente: Er repräsentiert auch noch über den Tod hinaus die Persönlichkeit des Verstorbenen. Diese symbolische Sichtweise gilt es anzuerkennen, wenn der Mensch nicht in die Bestimmung seines ‚Marktwertes‘ als ‚Organersatzteillager‘ degradiert werden soll.²³⁷

Dem kommerziellen Ansinnen begegnet auch DÜRIG in seinem Kommentar zum Grundgesetz, indem er auf KANT rekurriert:

„Die Menschenwürde ist getroffen, wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird.“²³⁸

Es entspricht unserem kulturellen Selbstverständnis, die postulierte Menschenwürde auch auf die Verstorbenen zu transferieren.²³⁹ Dies zeigt sich auch besonders in dem Zustand, in dem der Leichnam nach erfolgter Explantation der Bestattung übergeben wird.²⁴⁰ Ein Organhandel in jedweder Form verbietet sich hier per se.

Die hier versuchte Darstellung von Inhalt und Anspruch des Begriffs der Menschenwürde sollte zugleich der irrigen Annahme die Basis entziehen, die Menschenwürde werde häufig lediglich als Ersatzargument bzw. Floskel und Worthülle verwandt, um unbequeme Sachfragen menschlichen Miteinanders dogmatisch zu lösen, indem das, „was im Moment widerstrebt, für menschenun-

²³⁶ TPG, a.a.O. (s. Anm. 84), §6 Abs. 1 u. 2.

²³⁷ Vgl. SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ, KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94), 19.

²³⁸ DÜRIG, G., Grundgesetzkommentar zu Art. 1 Abs. 1 Randnummer 28, in: Maunz, Th./Dürig, G./Herzog, R., Grundgesetz-Kommentar, Bd. 1, München 1990.

²³⁹ Vgl. HIERSCHE, H.-D. u.a. (Hrsg.), Rechtliche Fragen der Organtransplantation. 3. Einbecker Workshop der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht [Rechtliche Fragen], in: Schriftenreihe Medizinrecht, 25./26. Juni 1988, Berlin – Heidelberg – New York u.a. 1990, 94; vgl. auch SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ, KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94), 18.

²⁴⁰ Vgl. HIERSCHE, H.-D., Rechtliche Fragen, a.a.O. (s. Anm. 239), 95f.

würdig²⁴¹ erklärt werde. Sich jedoch vom gesamten Argument der Menschenwürde allein aufgrund einer möglichen inflationären Verwendung absolut zu distanzieren, würde jede Sachdiskussion nivellieren und den Wesenskern jeder seriösen medizinischen Ethik verleugnen.

2.2 Das Totalitätsprinzip und seine Korrektur

Die katholische Moralthologie ging für lange Zeit von einer naturrechtlich begründeten Integritätsvorstellung aus und leitete daraus das Verstümmelungsverbot ab: Jeder Eingriff in die Integrität des menschlichen Körpers ist untersagt, es sei denn, er dient dem Wohl des ganzen Organismus, wie z.B. die Amputation eines Raucherbeines.

Aufgrund dieses Prinzips wurde noch im Jahre 1954 die Tat einer italienischen Mutter als Verstümmelung gewertet, die ihrem kranken Kind eine ihrer Nieren spendete. Erst nach zehnjähriger Diskussion kam der Münchener Moralthologe RICHARD EGENTER²⁴² zu einer anderen Auffassung: Die natürliche Solidarität zwischen den Menschen wird durch Jesus Christus in unüberbietbarer Weise intensiviert, so dass im Mitvollzug seiner Liebe zu den Menschen jemand nicht nur berechtigt ist, sondern sich verpflichtet fühlen kann, ein Zwillingsorgan wie etwa die Niere zugunsten eines anderen zu opfern.

EGENTER und andere versuchten, das sogenannte Totalitätsprinzip auf die moralische und soziale Einheit aller Menschen hin zu erweitern, um damit dem Vorwurf der Selbstverstümmelung zu entgehen.

Nach dem so revidierten moraltheologisch motivierten Totalitätsprinzip dürfen Teile des Organismus zur Erhaltung des größeren Ganzen geopfert werden, selbst dann, wenn das Ganze dadurch geschädigt wird.²⁴³ Das Prinzip der Totalität geht dabei vom *naturgegebenen* Verhältnis eines Körperteils zum ganzen

²⁴¹ Vgl. ebd.

²⁴² Vgl. hierzu EGENTER, R., Die Organtransplantation im Lichte der biblischen Ethik [Organtransplantation], in: Böckle, F./Gröner, J.F. (Hrsg.), Moral zwischen Anspruch und Verantwortung. Festschrift für W. Schölgen, Düsseldorf 1964, 142-153.

²⁴³ Vgl. FURGER, F., Ethik der Lebensbereiche. Entscheidungshilfen [Ethik], Freiburg – Basel – Wien 1984, 34.

Körper aus: das Teil ist um des Ganzen, des Totum willen da.²⁴⁴ Aus dieser Position resultiert auch die Erlaubnis, menschliche Organe zu entfernen bzw. Körperfunktionen zu unterdrücken zum Nutzen der Gesundheit des Menschen: Aus gleichem Grunde darf z.B. auch eine bösartige Geschwulst operiert werden.²⁴⁵

Vom physischen Organismus wurde dieses Recht auf den psychisch-neurologischen Bereich übertragen, wie die Erlaubtheit neurochirurgischer Eingriffe belegt.²⁴⁶ Hingegen verbietet sich der Transfer auf die moralische Gemeinschaft eines ganzen Volkes.²⁴⁷ Eine Einstellung etwa nach der Devise „Recht ist, was dem Volke nützt“ entspräche einem *funktionalen Wahrheitsverständnis*²⁴⁸ und würde den Menschen instrumentalisieren, was – wie bereits dargelegt – seiner Menschenwürde widerstrebt.

Besonders akut wird die Ausweitung des Totalitätsprinzips im Kontext der Diskussion um die Erlaubtheit der Organtransplantation dort, wo die Expansion auf die soziale Gesamtheit von untereinander verbundenen Menschen wie etwa Familienangehörige bzw. Verwandte bei Lebendspende unumgänglich wird und ein Schaden des Spenders nicht immer auszuschließen ist.²⁴⁹ Mit der Überprüfung der möglichen Schädigungen muss zugleich auch die Möglichkeit der Ausdehnung des Totalitätsprinzips auf die soziale Gesamtheit einer Realitätskontrolle unterzogen werden. Um Missbräuchen zu wehren, sind dabei sowohl physische als auch psychische Beeinträchtigungen sensibel und kritisch in den Blick zu nehmen. In diesem Kontext ist dann auch nach der Grenzziehung der Beeinträchtigung zu fragen, die keinesfalls fließend oder gar der Beliebigkeit preis gegeben sein darf.²⁵⁰ Auf jeden Fall muss unbedingt jeglicher moralischer Druck im Sinne einer *Erbringschuld* für die soziale Gemeinschaft, in der der potentielle Spender lebt, vermieden werden.²⁵¹

²⁴⁴ Vgl. ZIEGLER, J.G., Ärztliche Ethik (Organverpflanzung) – Anfragen an die Moraltheologie. Zwei Antworten, in: Theologie und Glaube 71(1981), 317-340, hier 325.

²⁴⁵ Vgl. ebd.

²⁴⁶ Vgl. ebd.

²⁴⁷ Vgl. ebd.

²⁴⁸ Vgl. ebd.

²⁴⁹ Vgl. FURGER, F., Ethik, a.a.O. (s. Anm. 243), 143.

²⁵⁰ Vgl. ebd., 34.

²⁵¹ In diese äußerst komplexe Problematik ragt auch die Diskussion um den Organhandel hinein. - Vgl. dazu den entsprechenden Abschnitt im ersten Kapitel dieser Arbeit, 90ff.

Bei Anwendung des Totalitätsprinzips verbietet sich eine *Hierarchisierung* von Leben zu Leben, z.B. aufgrund von Alter, sozialer Stellung oder ökonomischem bzw. gesellschaftlichem Nutzen einer Person. Um eben eine solche Hierarchisierung zu vermeiden, muss die Ausdehnung des Totalitätsprinzips auf die soziale Komponente mit äußerster Vorsicht beobachtet werden, auch und gerade im Kontext akuter Organknappheit. Eine andere Wertung ist dagegen erlaubt bei der Explantation von Organen Verstorbener, da sich hier nicht mehr Leben und Leben, sondern Tod und Leben gegenüberstehen.

Abschließend sei auch noch die *altruistische* Komponente des Totalitätsprinzips bedacht, die sich aus humanitären bzw. christlichen Motiven heraus zur Begründung der Organspende anbietet.²⁵² Aufgrund des *Hauptgebotes der Liebe* mag diese Haltung sittlich angeraten sein, jedoch muss in jedem Falle ihre absolute Freiwilligkeit gewährleistet sein, so dass sich eine Anordnung oder Verfügung per se verbietet, da sie geeignet ist, den möglichen Spender – vielleicht auch religiös motiviert – unter moralischen Druck zu setzen.

An dieser Stelle sei betont, dass der Mensch, auch nicht um des Dienstes am Mitmenschen willen, nicht einfach frei über sein Leben und seinen Körper verfügen kann und darf, sondern dass ihm die ethische Pflicht zur Selbsterhaltung sogar aufgegeben ist.²⁵³ Diese verbietet ihm auch, lebensnotwendige Organe – wie z.B. das Herz – für einen todkranken Empfänger zu spenden. Ein lebender

²⁵² Vgl. hierzu auch in diesem Kapitel den Abschnitt 2.1.1.2, Menschenwürde und Liebesgebot, 101f. sowie den Abschnitt 2.1.3, Menschenwürde und menschliches Wohlergehen, 104ff. – Die Legitimität der Organspende wurde häufig auch christologisch begründet: Danach vermag der Glaube den anderen nicht nur als einen fremden Organismus zu sehen, sondern als *alter ego*, mit dem der Mensch in Christus verbunden ist (vgl. dazu z.B. EGENTER, R., *Organtransplantation*, a.a.O. (s. Anm. 242); ELSÄSSER, A., *Organspende – freiwillige oder staatlich verordnete Hilfsbereitschaft. Ethische Überlegungen zu einem gesellschaftspolitisch drängenden Problem*, in: Franz, A. (Hrsg.), *Glauben – Wissen – Handeln. Beiträge aus Theologie, Philosophie und Naturwissenschaft zu Grundfragen christlicher Existenz. Festschrift für Ph. Kaiser, Würzburg 1994*, 325-338). Seither werten beide Kirchen die Organspende als einen Akt der Nächstenliebe und als Zeichen der Solidarität mit Kranken und Behinderten (vgl. dazu ausführlich weiter unten im dritten Kapitel dieser Arbeit – Teil B, Abschnitt 2.3 - die Darstellung der ökumenischen Position, 204ff.). An dieser Stelle sei allerdings angemerkt, dass auch diese Argumentationsweise nicht unproblematisch ist, denn die Rede vom *alter ego* könnte das Missverständnis provozieren, es gebe doch so etwas wie einen Anspruch auf das Organ des anderen. Dieser Hinweis hat reale Hintergründe: Vor allem in den USA gibt es immer wieder Bestrebungen, für bestimmte Fälle aus der *Freiwilligkeit* der Spende eine *Pflicht* zu machen. Die Verweigerung einer Knochenmarkspende bei nahen Verwandten erfüllte dann den Tatbestand unterlassener Hilfeleistung.

²⁵³ Vgl. FURGER, F., *Ethik*, a.a.O. (s. Anm. 243), 143.

Spender darf somit nur in die Explantation von Sicht-Regenerierenden-Körpersubstanzen bzw. eines paarigen Organs einwilligen.

3. Anwendungsprinzipien

3.1 „Prima-facie“-Prinzipien

Bei den sogenannten „*prima-facie*“-Prinzipien²⁵⁴ handelt es sich um *moralische Forderungen, die in der Regel gelten, aber nicht ausnahmslos*, denn sie können mit anderen Forderungen kollidieren, so dass in solchen Fällen eine Güterabwägung notwendig ist. So soll bereits nach HIPPOKRATES der Arzt niemandem schaden (*nil nocere*). Aber er wird natürlich oft gezwungen sein, negative Nebenwirkungen bei seinen Interventionen in Kauf zu nehmen. Folglich kann das Schadensprinzip keine uneingeschränkte Geltung beanspruchen.

Die folgenden Prinzipien medizinethischen Handelns folgen keiner inneren Systematik. Deshalb soll auch nicht der Versuch unternommen werden, sie einer systematischen Ordnung zu integrieren.

3.1.1 *Voluntas aegroti suprema lex*

Dieses Prinzip ist eine andere Formulierung für das Prinzip der Menschenwürde²⁵⁵ und steht als solches hier an erster Stelle. HONNEFELDER²⁵⁶ nennt es „*personale Vollzugsregel*“:

„Diejenigen Handlungen und Regeln haben den unbedingten Vorzug, die das sittliche Subjektsein selbst, d.h. die Fähigkeit zur Selbstbestimmung des Handelns durch Vernunft sichern.“²⁵⁷

²⁵⁴ Der von BEAUCHAMP, T.L./CHILDRESS, J.F., *Principles of Bioethics*, New York –Oxford⁴ 1994, ausgearbeitete Entwurf firmiert in der Literatur unter dem Titel „Four Principles Approach“: Selbstbestimmung (autonomy), Nichtschadensprinzip (*non maleficence*), Fürsorgeprinzip (*beneficence*) und Gerechtigkeit (*justice*). Der Ausdruck „prima facie Prinzipien“ stammt von ROSS, W.D., *The Right and the Good*, Oxford 1930. – Zur Herleitung und Theorie der sogenannten *Vorzugsregeln* siehe auch im B-Teil des dritten Kapitels dieser Arbeit den Abschnitt 1.4, Die Liebe als Gesinnung und Tat, 170ff.

²⁵⁵ Vgl. u.a. PIEPER, A., Artikel „Autonomie“, in: Korff, W. (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 1988, Bd.1, 289-293.

²⁵⁶ HONNEFELDER, L., Einführung in die Grundlagen der medizinischen Ethik, a.a.O. (s. Anm. 200), 158.

Im Kontext der Medizinethik will dieses Prinzip die Entscheidungsfreiheit und Subjektivität des Patienten vor paternalistisch bevormundender Fürsorge der Ärzte und des medizinischen Betreuungspersonals sichern und zugleich verdeutlichen, dass der Patient nicht einfach Objekt medizinischer Betreuung ist. Das *Recht auf Selbstbestimmung* reicht nach amerikanischen Medizinethikern so weit, wie es nicht durch das gleiche Recht anderer begrenzt ist, und in dieser Reichweite vom Arzt Beachtung verlangt. In diesen Zusammenhang gehören auch Überlegungen des Umgangs des Kranken mit seiner Krankheit (*coping*) und die Einwilligung des Patienten in Therapievorschläge (*compliance*) sowie die Einwilligung des Patienten bei wichtigen medizinischen Eingriffen (*informed consent*²⁵⁸).

Gegen ein allzu individualistisches und patientenlastiges Verständnis der Autonomie plädieren EDMUND PELLEGRINO u.a. für eine Balance zwischen Selbstbestimmung des Patienten und Fürsorgepflicht des Arztes.²⁵⁹ Selbstverständlich wird es in Notsituationen, die die Entscheidungskompetenz des Patienten unter Umständen stark einschränken, für den Arzt oder das Ärzteteam notwendig sein, die Zustimmung zu einer dringlichen Behandlung einfach zu prasumieren. Anders allerdings liegt der Fall, wenn es etwa um Versuche und Forschungen an Patienten geht, die zu einer informierten Zustimmung nicht in der Lage sind. Hier können die Ärzte eine Zustimmung nicht ohne weiteres unterstellen.

Aber auch der Arzt verdient in seinem Selbstbestimmungsrecht anerkannt zu werden. Er darf deshalb nicht zu Maßnahmen gezwungen werden, die seiner Gewissensuberzeugung widersprechen – etwa Einwilligung und Durchführung einer Abtreibung. Mediziner und Pflegepersonal sind nicht einfach Bedienstete, die gegen ein bestimmtes Salär einen vom Patienten verlangten Service zu gewährleisten haben.

²⁵⁷ Ebd.

²⁵⁸ Vgl. dazu SCHROEDER-KURTH, T., Der „informed consent“ und die Menschenwürde. Eine Problemanzeige zur Konvention des Europarates über Menschenrechte und Biomedizin, in: ZEE 43(1999), 149-163.

²⁵⁹ Vgl. PELLEGRINO, E./THOMASMA, D.C., For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care, New York 1988.

Im Kontext der Organspende und Transplantation greift das Prinzip „*voluntas aegroti suprema lex*“ dahingehend, dass die Entscheidungsfreiheit und Subjektivität des einzelnen für oder gegen eine Organspende zu Lebzeiten oder nach seinem Tod zu gewährleisten und zu respektieren ist. Das *Voluntas*-Prinzip stößt dort an seine Grenze, wo ein organbedürftiger Patient für sein eigenes Wohlergehen eines Spenderorgans bedarf, die Erfüllung dieses Desiderates jedoch von der Bereitschaft eines anderen bzw. der medizinisch-technischen Realisierbarkeit abhängt.

3.1.2 Nil nocere – bonum facere

Der Patient, der bei Krankheit einen Arzt zu Hilfe ruft, muss nicht nur davon ausgehen, dass dieser über das nötige Können verfügt, um seine Krankheit zu heilen oder ihm zumindest Linderung seiner Leiden zu verschaffen, er muss auch darauf vertrauen können, dass der Arzt sein medizinisches Können zu keinem anderen Ziel als zur Heilung einsetzt.

Es handelt sich bei dem Schadensverbot insofern um eine *prima facie* Norm, als es kaum einen medizinischen Eingriff gibt, der nicht ein gewisses Risiko, einen Nebeneffekt oder tatsächlichen Schaden für den Patienten mit sich bringt. Deshalb ist es sinnvoll, dem abgrenzenden Schadensverbot das Gebot des Heilens (*bonum facere*) an die Seite zu stellen, denn der Arzt hat in bestimmten Fällen zwischen *Hilfsgebot* und *Schadensverbot* abzuwägen: Wieweit dürfen zur Erreichung des Zieles der Heilung, der Linderung und des Wohlbefindens Risiken oder Schäden in Kauf genommen werden?

Das *nil nocere* – zunächst eine Leerformel – gewinnt moralische Dringlichkeit angesichts der Tatsache, dass ärztlichem Handeln stets das Moment der Irreversibilität innewohnt: Ein entnommenes Organ mag zwar unter Umständen durch ein anderes ersetzt werden können, aber es ist und bleibt ein körperfremdes Organ. Dabei ist zu beachten, dass gerade ärztliches Handeln vielfach unter einem Zeitdruck steht. Auch eine unterlassene Maßnahme kann unter

Umständen nicht einfach zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden, weil es dann buchstäblich dafür zu spät ist.

Zum *nil nocere* gehören aber nicht nur Sachverhalte, die das unmittelbare leibliche und seelische Wohl des Patienten betreffen, sondern auch Fragen des Schutzes seiner Intimsphäre. Zu Konflikten kann es kommen, wenn z.B. der Arzt aufgrund gesetzlicher Regelung ansteckende Krankheiten melden muss (vgl. etwa die Diskussion um die Meldepflicht von AIDS).

Das ärztliche Hilfsgebot kann in Konflikt mit sozialer Verträglichkeit kommen, wenn sehr aufwendige Therapieverfahren die finanziellen Möglichkeiten des Solidarsystems der Krankenversicherung stark belastet.

Angewandt auf das Praxisfeld von Organspende und Transplantation bedeutet das Prinzip des „*nil nocere – bonum facere*“, dass die behandelnden Ärzte sich hinsichtlich Schwerstkranker, die final potentielle Spender sein könnten, zunächst immer mit ihrer ganzen fachlichen Kompetenz für die Rettung des Lebens engagieren und nicht etwa die Einleitung des Todes intendieren, bei Lebendspendern intensive Aufklärungsarbeit über mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Spätfolgen leisten und bei Organempfängern in deren physischer und psychischer Vorbereitung auf die Transplantation sowie bei der Erhebung der Parameter zur Kompatibilität des zu implantierenden Organs höchste Sorgfalt walten lassen und unnötige Belastungen vermeiden. Auch die Wahrung der Intimsphäre eines Hirntoten, die Achtung vor seiner Würde, ihm also weiterhin als personales Subjekt zu begegnen und nicht etwa zum Objekt medizinischen Könnens zu degradieren, entsprechen dem Prinzip des „*nil nocere – bonum facere*“.

3.1.3 Salus aegroti suprema lex

Dass das *Wohl des Kranken* bei allem ärztlichen Bemühen stets den Vorrang vor anderen Gesichtspunkten hat, lässt sich als *Vorzugsregel* interpretieren: Unter sonst gleichen Bedingungen verdient jene therapeutische Maßnahme den Vorzug, die das Wohl des Patienten am besten fördert. Inhaltlich deckt sich die-

ses Prinzip weitgehend mit dem *bonum facere*. Dringlichkeit erhält dieses prima-facie-Prinzip durch die Tatsache, dass ärztliches Handeln nicht selten von vitaler Bedeutung für den Patienten ist, auch wenn es nicht unmittelbar um Leben oder Tod geht.

3.1.4 Gerechtigkeit

Dieses Prinzip verlangt eine soziale Kontextualisierung. Die enormen technischen Fortschritte in den Bereichen der Forschung, der Diagnose wie der Therapie insinuieren eine Verlagerung der Verantwortung für die Gesundheit auf die Medizin. Gesundheit scheint zu einem herstellbaren Gut zu werden, auf das man bei entsprechender Leistung einen Anspruch hat. Aus diesem Grunde scheint es dringlich, auf die besondere Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit aufmerksam zu machen und vor der Illusion zu warnen, Gesundheit sei lediglich ein käufliches Gut. Erwartungen dieser Art überfordern sowohl das medizinische Personal wie auch die sozialen Institutionen des Gesundheitswesens.

Außerdem handelt es sich auch um eine Frage der Gerechtigkeit, insofern auch das Gut ‚Gesundheit‘ zu den knappen Gütern gehört und in bezug auf die Verfügbarkeit der Mittel gerecht verteilt sein will. Es geht dabei konkret um eine *gerechte Verteilung der Zulassungschancen zu den Leistungen des Gesundheitssystems*.

Welchen Kriterien hat eine gerechte Verteilung der medizinischen Ressourcen zu folgen? Das utilitaristische *Prinzip der Nützlichkeit* geht davon aus, dass im Konfliktfalle jenen intensivmedizinische Hilfe zuteil werden soll, die für die Wohlfahrt einer Gesellschaft von großer Bedeutung sind. Also sollten im Falle einer Seuche Ärzte mit Priorität behandelt werden, weil sie allein in der Lage sind, eine Seuche zu bekämpfen.

Das *Prinzip der Gleichheit* bindet die medizinische Leistungszuteilung an die chronologische Reihenfolge der Bedarfsanmeldung. Das ist die alltägliche Praxis. Allerdings scheint das Gleichheitsprinzip in jenen Fällen nicht einschlägig

zu sein, in denen die Dringlichkeit der Hilfe Vorrang haben muss vor chronologischer Reihenfolge. Ähnliches gilt auch für das Kriterium der *Erfolgsaussicht*. Für den Augenblick bleibt festzuhalten, dass im Kontext der Allokationsproblematik und der durch sie evozierten Güterabwägung die Zuteilungspriorität nach unterschiedlichen Kriterien zu erfolgen hat. Das Gleichheitskriterium allein reicht nicht aus.²⁶⁰

3.2 Tutorismus

Das Moralprinzip des Tutorismus besagt, dass in einer Verhaltensalternative das *Tun* geboten ist und nicht das Unterlassen, wobei dann jeweils die *sichere Lösung* zu wählen ist. Die Sicherheit wird dabei an der Fähigkeit zur Garantie des Rechtsschutzes gemessen:

„Je mehr der Akzent auf das leitende Anliegen des Schutzes gelegt wird, um so dringlicher erscheint eine Rehabilitierung des Tutorismus.“²⁶¹

Bezogen auf die Fragestellung der Organspende und Transplantation bedeutet das, dass niemand die Integrität der Person verletzen darf, wie auch bereits das Prinzip der unantastbaren Menschenwürde betont. Bei der Explantation von Verstorbenen greift der Tutorismus mit der Sicherheit der Todesfeststellung. Dabei können Hirntod und allgemeiner Kreislaufstillstand, besonders bei Unfallopfern, in Diskrepanz zueinander stehen. In diesem Fall leitet sich die Permission zur Handlung (der Explantation) von der Funktionstüchtigkeit der Organe ab, welche nur deren Qualität im Blick hat, nicht automatisch jedoch auch die Würde der Person.

In der Transplantationsmedizin hat der Tutorismus seine Ausprägung in der Entwicklung zweier Lösungsmodelle erfahren: die sogenannte *Zustimmungslö-*

²⁶⁰ Vgl. dazu auch die Konkretionen zur Allokation von Spenderorganen im ersten Kapitel dieser Arbeit, Abschnitt 6.2, 80ff.

²⁶¹ DEMMER, K., *Leben in Menschenhand. Grundlagen des Bioethischen Gesprächs*, in: *Studien zur theologischen Ethik*, Freiburg 1987, 57.

sung, die als Spenderfreundlich einzustufen ist, und die *Widerspruchslösung*, die vor allem dem Empfänger zugute kommt und die Intention verfolgt, dem aktuellen Organmangel entgegenzuwirken.²⁶²

In der Variante der spenderfreundlichen *Zustimmungslösung* lässt sich das Prinzip des Tutorismus stets realisieren, da die Zustimmung zur Organentnahme nach dem Tode jederzeit abrufbar ist und die Nichtvorlage einer solchen Zustimmung (praemortal durch den Spender selbst oder aber postmortal durch seine Angehörigen) die Explantation in jedem Falle verbietet. Sich diesem Prinzip derart unterzuordnen würde allerdings bedeuten, dass menschliches, wohlmöglich rettbares, Leben gegen die Willenserklärung eines zwischenzeitlich Verstorbenen steht.

In dieser Güterabwägung ist auch die empfängerfreundliche *Widerspruchslösung* näher zu untersuchen. Hier hat das menschliche Leben per definitionem eindeutige Priorität vor der Willenserklärung. Ihre Grenze mag die Widerspruchslösung im Versäumnis des *formulierten* Widerspruchs bei einem Verstorbenen finden, jedoch wird damit der prinzipielle Vorrang des menschlichen Lebens nicht verletzt. Der Tutorismus wird damit in der Variante der Widerspruchslösung *ad absurdum* geführt, da die Möglichkeit einer versäumten Willenserklärung *immer* in Betracht gezogen werden muss. Um das Prinzip des Tutorismus hier gelten zu lassen, müsste man folglich bei jeder nicht eindeutig vorliegenden explizit persönlichen Willenserklärung des Spenders Zurückhaltung in der Explantation üben, was die Widerspruchslösung als solche aushöhlte. Das Prinzip des Tutorismus ist somit für die Widerspruchslösung nicht haltbar, da das Prinzip des sicheren Weges, den Willen des verstorbenen Spenders zu respektieren, hier nicht mit der notwendigen absoluten Sicherheit gewährleistet ist.

²⁶² Vgl. dazu im ersten Kapitel dieser Arbeit die Abschnitte 5.1.1, Die Widerspruchslösung, 71; vgl. auch 5.1.2, Die Zustimmungslösung, ebd.

3.3. Moralische Prinzipien ‚zweiter Ordnung‘

Es gibt moralische Forderungen, die in erster Linie das richtige *Handeln* zum Gegenstand haben. Davon zu unterscheiden, wenn auch nicht strikt zu trennen, sind moralische Forderungen, die vor allem das *handelnde Subjekt*, seine *Haltungen und Charaktereigenschaften* betreffen.²⁶³ Um diesen Unterschied zu markieren, werden sie hier Prinzipien „zweiter Ordnung“ genannt. Hierzu gehören z.B. *Wahrhaftigkeit* am Krankenbett, *Schweigepflicht*, *Vertrauenswürdigkeit*.

Wahrhaftigkeit lässt sich nicht einfach in fixe Handlungsregeln übersetzen, denn es kann durchaus geboten sein, einem Kranken in einer bestimmten Situation nicht die ganze Wahrheit über seine Situation zu sagen, ohne dass dadurch die Haltung der Wahrhaftigkeit verletzt würde. Auch Vertrauenswürdigkeit kann ganz unterschiedliche konkrete Forderungen nach sich ziehen. Wesentlich ist, dass nicht einfach von einer bestimmten guten Charaktereigenschaft auf richtiges Handeln geschlossen werden kann bzw. von richtigem Handeln auf eine entsprechend gute Charaktereigenschaft. Aber es kann sehr wohl gesagt werden, dass der wahrhaftige Mensch in der Regel niemanden täuschen wird oder dass der vertrauenswürdige Mensch nicht einfach Geheimnisse ausplaudert etc. Die Schweigepflicht wurde hier unter die Prinzipien zweiter Ordnung eingereiht, weil dies in der einschlägigen Literatur oft geschieht. Korrekt ist das eigentlich nicht, insofern es sich bei der Schweigepflicht nicht einfach um eine Haltung oder Charaktereigenschaft handelt, sondern um eine institutionell geregelte Pflicht. Verschwiegenheit wäre die korrespondierende Haltung.

Dass es dringlich ist, nicht nur bestimmten Pflichten nachzukommen – wie etwa der Pflicht zur Aufklärung oder zur Wahrheit am Krankenbett – zeigt sich darin, dass ein restlos aufgeklärter Patient, der außerdem auf sein Selbstbestimmungsrecht pocht, in informierte Isolation und Ausgesetztheit geraten kann. Wahrhaftigkeit als Haltung des Arztes bedeutet in diesem Kontext: Er ist fähig, dem Patienten in angemessener Weise zu sagen, wie es um ihn steht und welche medizinischen Maßnahmen zu ergreifen sind. Er wird dabei sowohl charak-

²⁶³ In den USA wird in diesem Zusammenhang als Ergänzung einer Prinzipienethik eine Handlungs- bzw. eine Tugendethik verlangt. Von feministischer Seite wird als Alternative eine „ethics of care“ gefordert. – Vgl dazu z.B. BEAUCHAMP, T.L./CHILDRESS, *Principles of Bioethics*, a.a.O. (s. Anm. 254).

teristische Eigenheiten des Patienten berücksichtigen wie auch sein soziales Umfeld, soweit er davon Kenntnis hat, mit in Erwägung ziehen. Unerbetene Informationen können zu einer Art fahrlässiger Verletzung des psychischen Gleichgewichts des Patienten führen.

Im Zusammenhang von Organspende und Transplantation besteht z.B. ein wesentliches moralisches Prinzip ‚zweiter Ordnung‘ sicherlich in der *Sensibilität* und *Empathiefähigkeit* bezüglich der Begleitung der Angehörigen eines Hirntoten, der entweder zu Lebzeiten selbst seine Spendebereitschaft erklärt hat, oder mehr noch, wenn die Entscheidung bei den Angehörigen liegt. Die begleitenden Ärzte und Pflegekräfte erweisen die Qualität und Glaubhaftigkeit ihrer Sensibilität und Empathiefähigkeit darin, dass sie zuhörend wahrnehmen, verstehend vermitteln und vor allem jeglichen Anschein vermeiden, zur Entscheidung für eine Organspende manipulieren zu wollen. Auch die *Wahrung der Anonymität* eines Spenders nach dessen Tode gegenüber dem Empfänger sei hier als ein weiteres moralisches Prinzip ‚zweiter Ordnung‘ genannt.

III. Organspende und Transplantation in der Ethik der abrahamitischen Religionen

A. Judentum

1. Grundzüge jüdischer Ethik

Das Problem, die Grundzüge der jüdischen Ethik zu beschreiben, besteht darin, dass es das Judentum an und für sich gar nicht gibt. Immer schon war das Judentum in verschiedene religiöse Strömungen und Richtungen geteilt: Es gab ein westliches (*palästinensisches*) und ein östliches (*babylonisches*) Judentum. Zur Zeit Jesu gab es die Religionsparteien der *Pharisäer*, der *Saduzäer* und der *Essener*. Es gab und gibt bis heute unterschiedliche rabbinische Schulen. Neben den Juden im Lande Israel gab und gibt es die Juden in der Diaspora. Juden lebten und leben unter christlicher und islamischer Vorherrschaft.

Jede dieser Facetten des Judentums hat ihre Eigenheiten bezüglich der Lebensweise, Gottesdienstordnung, Spiritualität, aber auch im juristischen Bereich und schließlich in vielen Details der Lebensgestaltung, welche unmittelbar jenen Bereich der Ethik betreffen.

Gegenwärtig existiert nicht nur ein lebendiges Judentum in Israel, sondern auch ein reichhaltiges jüdisches Leben in den USA, wo das Judentum regelrecht konfessionell organisiert ist: Es gibt „*orthodoxe*“ oder „*traditionstreue*“ Juden, es gibt „*Conservative Jews*“, es gibt Reformjuden („*Progressive Jews*“) und schließlich die „*Reconstructionists*“. – Eine fast unübersehbare Vielfalt von der sich sagen lässt, das wirklich Konstante und Feststehende in der jüdischen Geschichte seien die große Uneinheitlichkeit und der beeindruckende Reichtum an Variationen.²⁶⁴

²⁶⁴ Zur Vielfalt des modernen Judentums vgl. HERTZBERG, A., *Judaismus – Die Grundlagen der jüdischen Religion*, Hamburg 1996, 373-383. – Zur folgenden Darstellung der Grundzüge jüdischer Ethik vgl. FABER, H., „Mache seinen Willen zu deinem Willen...“ Grundzüge jüdischer Ethik [Grundzüge jüdischer Ethik], in: Zager, W. (Hrsg.), *Ethik in den Weltreligionen: Judentum – Christentum – Islam*, Neukirchen-Vluyn 2002, 21-68.

1.1 Der Traktat „Pirke Avot“

Angesichts der vielfältigen Lebensformen und religiösen Praktiken im Judentum ist es deshalb notwendig, eine Basis zu suchen, von der aus etwas für die große Breite des Judentums Gültiges gesagt werden kann. Als Ausgangspunkt bietet sich der Traktat „*Pirke Avot*“²⁶⁵ aus der rabbinischen Literatur an.

Der Traktat *Pirke Avot* findet sich in der *Mischna*²⁶⁶, der ersten *autoritativen Sammlung* von Gesetzen, Lebensregeln und religiösen Vorschriften des nachbiblischen Judentums, die zugleich auch als eine Art Kodex des jüdischen Rechts und des frühjüdischen Religionsgesetzes gilt. Dieses Werk bringt das Welt- und Wirklichkeitsverständnis des rabbinischen Judentums am Ende des zweiten Jahrhunderts zum Ausdruck und ist demnach für alle, die sich um eine tiefgreifende Kenntnis des antiken Judentums bemühen, von grundlegender Bedeutung. Innerhalb der *Mischna* nimmt der Traktat *Pirke Avot* insofern eine Sonderstellung ein, als er kein religionsgesetzliches Material enthält, sondern als eine Sammlung moralischer Maximen und rabbinisch-weisheitlicher Lebensregeln anzusehen ist.

Ein Kernzitat aus diesem grundlegenden Text lautet:

„Mache Seinen Willen zu deinem Willen, damit er deinen Willen zu seinem Willen mache. (...) Verzichte auf deinen Willen Seinem Willen gegenüber, damit er die anderen auf ihren Willen deinem Willen gegenüber verzichten lasse.“²⁶⁷

²⁶⁵ Der Titel dieses Traktates wird meist mit „Sprüche der Väter“ übersetzt. In der Tat handelt es sich bei diesen „Sprüchen“ um kurze Sentenzen, die gewissermaßen eine Fortsetzung der alttestamentlichen Spruchweisheit darstellen. - Textausgabe: MARTI, K./BEER, G., ‘*Abôt* (Väter). Text, Übersetzung und Erklärung. Nebst einem textkritischen Anhang [‘*Abôt*], in: Beer, G./Holtzmann, O. (Hrsg.), *Die Mischna*, IV. Seder. Neziqin, 9. Traktat, Gießen 1927.

²⁶⁶ Die *Mischna* ist nach thematischen und sachlichen Gesichtspunkten geordnet und in 63 Traktate sehr unterschiedlicher Länge eingeteilt, von denen einer der Traktat *Pirke Avot* ist. Gewissermaßen als zweite normative Schrift wurde die *Mischna* der Bibel zur Seite gestellt und ganz wie diese in den rabbinischen Schulen des Westens (Palästina) und des Ostens (Babylonien) studiert, erläutert und kommentiert. Aus diesem Prozess des Studierens, Interpretierens und Kommentierens entstanden die beiden *Talmudim* (Singular: Talmud), Jerusalemer Talmud und der Babylonische Talmud, welche beide die *Mischna* zur Grundlage haben. – Vgl. dazu MAYER, G., Art. *Mischna*, in: *Theologische Realenzyklopädie* [TRE], Bd. 23, Berlin – New York 1994, 13-18.

²⁶⁷ Vgl. MARTI, K./BEER, G., ‘*Abôt*, a.a.O. (s. Anm. 265), II 4a.

Beim ersten Hören mag das fast nach einem Tauschgeschäft klingen: Der Mensch leistet Gott Gehorsam, damit Gott ihm dann auch gewogen ist und ihm einmal eine Bitte erfüllt. Es geht jedoch um etwas anderes: Gott tritt dem Menschen „als der Gebietende“ gegenüber, „als der Sprechende, Richtende, Gerechte; er (sc. der Mensch) erfährt, wie Gott die sittliche Tat von ihm verlangt, das Gebot vor ihn hinstellt, damit er es erfülle. (...) Der Gott der schaffenden, schenkenden Liebe ist zugleich der heilige, sittliche Wille, er ist der Gott des Gebotes, der Gott der fordernden Gerechtigkeit.“²⁶⁸ Und diese Gerechtigkeit „stellt die unbedingte Pflicht in das Leben des Menschen hinein“²⁶⁹.

Hier, in Gottes Willenskundgabe, erfährt der Mensch, wie er handeln soll. Wenn der Mensch sich Gott zuwendet, seinen Willen hört und ihn in freier Willensentscheidung zu seinem eigenen Willen macht, wird der Mensch zu Gottes Mitarbeiter in der Welt. Somit tritt der Mensch in den Bund Gottes.²⁷⁰

Gott ist demnach ein redender, begehrender, wollender Gott. Sein Wille ist die Grundlage für ein sittliches Leben. Für die Mischnatradition findet sich der Wille Gottes in der *Tora*²⁷¹, also in Gottes Weisung. Deshalb auch ist der Mensch zum Studium der Tora verpflichtet. Alles ist in der Tora enthalten. Sie ist ein „unerschöpfliches Schatzkästlein, das dir Antwort auf alle kleinen und großen Fragen des Lebens gibt“²⁷². Die Konsequenz dieser Position lautet also, dass die Tora auch für alle ethischen Probleme Lösungen bereithält.

²⁶⁸ FRIEDLÄNDER, A.H./KLAPPERT, B. (Hrsg.), Baeck, L., Das Wesen des Judentums, Leo Baeck Werke, Bd. 1, Gütersloh 1998, 151.

²⁶⁹ Ebd.

²⁷⁰ Der Mensch dient Gott nicht durch „dienen und sich bücken“. Dies sind bezeichnenderweise in der Bibel Ausdrücke, die im Zusammenhang mit dem Götzendienst gebraucht werden. Vielmehr dient der Mensch Gott, „indem er (...) ‚ein Helfer Gottes im Werke der Schöpfung‘ wird“. – Vgl. ebd., 154f.

²⁷¹ Weil die Tora eine so zentrale Rolle spielt, ist es nötig, den Begriff „Tora“ genauer zu klären. Bei dem Wort „Tora“ handelt es sich zunächst einmal um einen rein bibelkundlichen Begriff, der die fünf Bücher Mose bezeichnet, die mit den Termini Genesis, Exodus, Levitikus, Numeri und Deuteronomium betitelt sind. Sie enthalten Gesetze und Vorschriften für die unterschiedlichsten Lebensbereiche. Die gerade in theologischer Literatur immer wieder zu findende Übersetzung „Gesetz“ für den Begriff „Tora“ trifft den Sinn und Gehalt dieses hebräischen Wortes nur unvollkommen und ist zudem missverständlich. Dies gilt insbesondere dann, wenn er im christlichen Kontext als Gegenbegriff zu „Evangelium“ verwendet wird. Allzuschnell entstehen dann Assoziationen wie: das Judentum sei eine Gesetzesreligion und das Gesetz sei durch das Evangelium abgelöst worden. – Vgl. dazu RENDTORFF, R., Das Alte Testament. Eine Einführung, Neukirchen-Vluyn 1983, 139f.

²⁷² MARTI, K./BEER, G., 'Abôt, a.a.O. (s. Anm. 265), 156.

1.2 Ethische Weisungen nach dem Traktat „Pirke Avot“

Aus den Vätersprüchen im Traktat *Pirke Avot* geht hervor, dass jüdische Frömmigkeit eine eminent praktische Angelegenheit ist. Der Ausspruch von Rabbi SCHIMON HAZADDIK ist dafür repräsentativ:

„Auf drei Dingen steht die Welt: auf der Tora, auf dem Gottesdienst und auf der Liebestätigkeit.“²⁷³

Das Wort „Liebestätigkeit“ bezeichnet in diesem Kontext nicht allein das Geben von Almosen und die Erfüllung jener von der Tora auferlegten Pflichten insgesamt, sondern auch die „*Werke der Barmherzigkeit*“, wie Krankenbesuch, Gastfreundschaft, Tröstung im Leid und die Sorge für ein würdiges Begräbnis der Verstorbenen. Demnach geht es hier auch um Dinge, die nicht allein mit Geld zu erledigen sind, sondern die persönlichen Dienst und Einsatz erfordern. Alle diese Haltungen werden der Tora als gleichberechtigt zur Seite gestellt.

Das Studium der Tora weckt das Gewissen des Menschen und schärft seinen Blick. Deswegen auch ist dieses Studium unerlässlich für alle, die nach Gottes Lehre leben wollen. Gewissermaßen stellt es die *Conditio sine qua non* für ein Leben in Frömmigkeit dar.

1.3 Das Judentum – eine Religion der Tat

Das Judentum ist in besonderem Maße eine Religion der *Tat*. Von jeher gilt gerade das Tun als ein wesentliches Charakteristikum der jüdischen Frömmigkeit. Der jüdische Philosoph MOSES MENDELSON (1729-1786) etablierte die Unterscheidung zwischen „*Orthodoxie*“ und „*Orthopraxie*“²⁷⁴. Nach seiner Wahr-

²⁷³ Ebd., I 2.

²⁷⁴ MENDELSON, M., Jerusalem oder über religiöse Macht und Judentum, Berlin 1783 = GS. Jubiläumsausg., Bd. 8: Schriften zum Judentum II, bearb. v. Altmann, A., Stuttgart – Bad Cannstatt 1983, 99-208. – Vgl. dazu auch JOSPE, A., Moses Mendelsohn (1729-1786), in: Noveck, S. (Hrsg.), Große Gestalten des Judentums, Bd. II, Zürich 1972, 7-35, hier 25-30; SAMUEL-

nehmung gestaltet sich christliche Frömmigkeit eher als „Ortho-Doxie“, also Rechtgläubigkeit, die sich am rechten Bekenntnis oder Dogma orientiert. Jüdische Frömmigkeit dagegen sei ihrem Wesen nach „Ortho-Praxie“, rechtes Handeln. Wahre Frömmigkeit zeigt sich für MENDELSON in der Erfüllung der Gebote Gottes, insbesondere der ethischen.

„Religiös“ oder „fromm“ sein bedeutet für die Juden „ethisch“ zu handeln. Das eine ist nicht vom anderen zu trennen. Die beiden jüdischen Theologen PRAGER und TELUSHKIN formulieren: „Ein Jude ist nicht ‚religiös‘, wenn er nicht die jüdischen Gesetze der Ethik und des Gutseins befolgt.“²⁷⁵ Dazu zählen die zwischenmenschlich geltenden, interindividuellen Gebote ebenso wie die *Kaschrut*, die rituellen Speisegesetze, und auch die sehr allgemein gefassten Regeln wie etwa das Gebot der Nächstenliebe, das bereits in der Tora zu finden ist²⁷⁶. Das jüdische Religionsgesetz ist erfüllt von der Sorge für die Armen. Es will den Menschen zur *Wohltätigkeit* anhalten und appelliert an seine Nachsichtigkeit.

Basis der gesamten jüdischen Ethik ist das Wort Gottes. Daraus resultiert, dass es für traditionelle Juden nicht statthaft ist, die Gebote hierarchisch zu ordnen oder auch nach der Relevanz einer bestimmten in der Tora enthaltenen Vorschrift zu fragen. Alle Gebote gelten als von Gott gegeben und lassen seinen Willen erkennen. Wie jedoch ist im Einzelfall zu ermitteln, was in einer konkreten Situation geboten oder verboten ist? Einzelne Gebote sind in der jüdischen Bibel selbst fixiert, weiter in der Mischna, dem grundlegenden Werk der rabbinischen Literatur, und schließlich auch in den aus rabbinischer Zeit stammenden Kommentaren und Interpretationen der legislativen Texte der Heiligen Schrift. An dieser Stelle nun gilt es, den Begriff der „*Halacha*“ einzuführen und zu erläutern.

SON, N.M., *Moderne jüdische Philosophie. Eine Einführung*, Reinbeck b. Hamburg 1995, 165-174.

²⁷⁵ PRAGER, D./TELUSHKIN, J., *Judentum heute. Neun Fragen an eine Weltreligion*, Gütersloh 1993, 61.

²⁷⁶ Vgl. Lev 19, 18.

1.3.1 Der Begriff der „Halacha“

Der Begriff „*Halacha*“ leitet sich ab von der Verbwurzel „*halach*“ („gehen, „wandeln“) und meint zunächst den Akt des Gehens, dann ganz allgemein die Lebensführung, den „*Lebenswandel*“. „Halacha“ bezeichnet die feststehende Norm, Regel, Satzung, das einzelne Gebot der ursprünglich mündlichen und später schriftlich fixierten jüdischen Überlieferung. Die Halacha ist jener Teil des Talmuds, der die rabbinischen Schuldiskussionen und die daraus abgeleiteten verbindlichen Regeln für den Alltag formuliert. Es geht hier also um das jeweils treffende Gebot für die je konkrete Lebenssituation, die Einzelschrift. „Halacha“ meint dabei nicht nur das einzelne Gebot, den einzelnen Paragraphen oder Rechtssatz, sondern ist zugleich auch die umfassende Bezeichnung für das gesamte *System von Regeln*, Normen, Vorschriften und Gesetzen, die das Leben der Juden regeln und ihm sein spezifisches Profil verleihen.²⁷⁷

In der Halacha differenziert das klassische Judentum nicht zwischen privater und öffentlicher oder politischer und religiös-kultischer Sphäre. Weil der Anspruch Gottes den ganzen Menschen betrifft, kann kein Lebensbereich davon ausgenommen werden. Es liegt im Selbstverständnis der Halacha begründet, dass sie als Gesamtsystem das Recht, den Kult und die Moral umfasst, gerade aber bei der Moral nicht das theoretisch Allgemeine, das Gesinnungsmäßige betrifft, sondern die zahlreichen Einzelbestimmungen, die nicht dem individuellen Ermessen des Einzelnen überlassen sind.²⁷⁸

Die Bedeutung des Wortes „Halacha“ ist noch umfassender: Auch Entscheidungen eines einzelnen Rabbis, so sie in einer Sammlung oder einem Kompendium zusammengetragen sind, werden als Halacha (Plural: Halachot) bezeichnet. Bei diesem Vorgehen bleibt nicht aus, dass sich Entscheidungen einzelner Gelehrter hinsichtlich eines konkreten Problems widersprechen, was je-

²⁷⁷ Dabei macht es prinzipiell keinen Unterschied, ob es sich um Zeremonialgesetze oder Gottesdienstordnungen, um soziale Gesetze oder Reinheitsvorschriften, um diätetische Regeln (wie etwa das Verbot bestimmter Speisen) oder um strafrechtliche Bestimmungen handelt.

²⁷⁸ Vgl. FUCHS, H., Art. Halacha, in: Herlitz, G./Kirschner, B. (Hrsg.), Jüdisches Lexikon [JL], Bd. 2, Berlin 1927 (Nachdr. Königstein/Ts. 1982), 1350-1357, hier bes. 1350f.; JAKOBS, L., Art. Halacha, in: TRE, Bd. 14, Berlin – New York 1985, 384-388; SIGAL, PH./MAYER, G., Halaká und Leben, in: Mayer, G. (Hrsg.), Das Judentum, Stuttgart u.a. 1994, 73-123; HERRMANN, K., Art. Halakha, in: Die Religion in Geschichte und Gesellschaft⁴ [RGG], Bd. 3, Tübingen 2000, 1386-1388.

doch nicht als unüberwindliches Problem gewertet wird: Eine Halacha ist gültig an dem Ort, an dem der betreffende Gelehrte lebt. Der lokale Brauch (hebr.: *minhag*) hat absoluten Vorrang. Es gilt: „Brauch bricht Gesetz.“ Jedoch kann auch eine Gelehrtenschule entscheiden, was in einer bestimmten Region gelten soll. Ohne Begründung durch die HI. Schrift oder durch schriftgelehrte Diskussion darf eine Halacha niemals durchgesetzt werden. Dies hat zur Konsequenz, dass eine Vorschrift, die als Halacha manifestiert werden soll, entweder biblisch untermauert und damit als „schriftgemäß“ erwiesen werden muss, oder aber ihre Gültigkeit auf rational-argumentativer Ebene plausibel zu machen hat.²⁷⁹

Inbegriff für die zahlreichen Detailvorschriften ist die Zahl 613, welche mit der Anzahl der Anordnungen in der Tora korrespondiert. Die Zahl 613 hat hierbei symbolische Bedeutung: Sie bringt zum Ausdruck, dass der Mensch mit allen Teilen seines Körpers jeden Tag unter dem Anspruch Gottes an ihn steht.²⁸⁰

Weil die Rabbinen die Meinung vertraten, eine falsch verstandene „Besinnung auf das Wesentliche“ könne die jüdische Religion nur verwässern, kennt das Judentum, anders als etwa das Christentum, *keine* sogenannten *Hauptgebote*. Aus eben diesem Grunde negierten die Rabbiner die exponierte Stellung des Dekaloges z.B. indem sie dessen traditionelle Rezitation im Morgengebet strichen. Die Gleichsetzung der Tora mit dem Naturgesetz erschien ihnen als extrem riskant, weil damit in letzter Konsequenz die Tora überflüssig würde und der Mensch allein aufgrund seiner eigenen Erkenntnis und nicht mehr durch das offenbarte göttliche Wort der Tora auf Gottes Gebot kommen könnte. Ebenso problematisch erschien es, den immer wieder aufkommenden Versuchen nachzugehen, die Gebote der Tora begründen und plausibel machen zu wollen.²⁸¹

²⁷⁹ Vgl. FUCHS, H., Art. Halacha, a.a.O. (s. Anm. 278), 1351; s. insgesamt auch JACOBS, L./DEVRIES, B., Art. Halakhah, in: Klatzkin, J./Ellbogen, J., *Encyclopaedia Judaica* [EJ] Bd. 7, Jerusalem 1971, 1156-1166.

²⁸⁰ Nach Rabbi SIMLAI gibt es 613 Vorschriften in der schriftlichen Tora: 365 Verbote, so viele, wie das Sonnenjahr Tage hat, und 248 Gebote, so viele, wie der Mensch nach jüdischer Vorstellung Körperteile hat (vgl. Mak 23b-24a). – Vgl. dazu STEMBERGER, G., *Jüdische Religion*, in: Beck'sche Reihe, Bd. 2003), München³ 1999, 57f.

²⁸¹ Vgl. ebd., 59-61.

1.4 Frömmigkeit als Nachahmung Gottes

Wenn Gott, wie er es im Buch Levitikus immer wieder tut, zu seinem Volk Israel sagt: „Ihr sollt heilig sein, denn ich, der Ewige, euer Gott, bin heilig“²⁸², dann ist dies nichts anderes als ein Aufruf zur Nachahmung Gottes, zur *imitatio Dei*. Das Wesen Gottes offenbart sich immer wieder in der Tora selbst. Exodus z.B., das zweite Buch des Pentateuch, beschreibt, wie Gott auf dem Berg Sinai in einer Wolke zu Mose herabsteigt und an dessen Angesicht vorüberzieht, wobei er spricht:

„Der Ewige, der Ewige, Gott, barmherzig und gnädig und geduldig und von großer Gnade und Treue, der Tausenden die Gnade bewahrt und Missetat vergibt, und die Übertretung und Sünde ...“²⁸³

Diesem sich so mitteilenden Gott soll der Mensch es gleich tun. Auch er soll barmherzig, gnädig und gütig sein sowie Geduld für seine Mitmenschen aufbringen.

In seinem Werk „Mikrokosmos“ entwirft der jüdische Neuplatoniker JOSEF IBN ZADDIK (gest. 1149) ein System der Philosophie, welches Naturlehre und Psychologie ebenso integriert wie Gotteslehre, Eschatologie und Ethik. Nach ZADDIK hat Gott die Welt aus reiner Güte erschaffen: Gott „braucht“ die Welt nicht, weil er in sich selbstgenügsam ist. Jedoch: ausgehend vom Wirken Gottes in der Welt vermag der Mensch sich die *Attribute Gottes* zu erschließen. So ergibt sich etwa für ZADDIK aus der nach seiner Wahrnehmung vollkommenen Welt das Attribut der Weisheit Gottes. Ebenso erfährt der Mensch Gott als gütig und barmherzig. Diese Wesensbestimmung Gottes soll nach ZADDIK den Menschen zur „Nachahmung des göttlichen Willens“ animieren. Auf diese Weise werden im Ansatz von ZADDIK die Attribute Gottes „zu Vorbildern und Mustern

²⁸² Lev 19, 2; vgl. auch ebd., 11, 44f; 20, 7.26; 21, 8.

²⁸³ Ex 34, 6f.

sittlichen Handelns und ihre Erkenntnis führt aus dem theoretischen ins ethische Gebiet hinüber.²⁸⁴

Nach der Überzeugung von ZADDIK ist der Mensch erschaffen worden, um die übersinnliche Welt zu erkennen. Eben diese Erkenntnis gilt ihm als Voraussetzung für das rechte Tun, welches den Menschen zur ewigen Seligkeit gelangen lässt. Die *Gotteserkenntnis* stellt für ZADDIK die höchste Form der Erkenntnis dar. Sie erfährt ihre Vollendung darin, dass der Mensch Gott als den wahrhaft Guten erfährt und daraufhin bestrebt ist, die Wege eben dieses Gottes zu beschreiten. – Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der religionsphilosophische Entwurf von ZADDIK die Gotteserkenntnis *ethisiert*.²⁸⁵

Ein vergleichbarer Ansatz ist auch bei MOSES MAIMONIDES (1135-1204), dem wohl einflussreichsten jüdischen Philosophen des Mittelalters, zu finden. MAIMONIDES gilt als der wichtigste Vertreter einer aristotelisch geprägten jüdischen Theologie. In seinem religionsphilosophischen Hauptwerk „*More Nevucim*“ („Führer der Verirrten“)²⁸⁶ zählt er die Stufen menschlicher Vollkommenheit auf und beschreibt als deren höchste die Erkenntnis Gottes. Das Wesen der Gotteserkenntnis besteht für MAIMONIDES darin, „dass wir das sittliche Wirken Gottes begreifen“. Diese Erkenntnis soll den Menschen hinführen zum Tun des Guten. Damit vollzieht sich ein Transfer vom allein Theoretischen ins Ethische. Ethische Erkenntnis ist das Höchste, was ein Mensch erreichen kann. Die Erkenntnis des göttlichen Wirkens wird für ihn zum Vorbild der Sittlichkeit.²⁸⁷

Der Philosoph SALOMO FORMSTECHE (1808-1889), ein Vertreter des Reformjudentums, versteht seine jüdische Religion als geoffenbarte Religion des Geistes, als ethischen Monotheismus. Für FORMSTECHE ist Gott ein ethisches Wesen, welches nicht der Welt bedarf, sondern sie vielmehr in absoluter Freiheit erschaffen hat. Die Religion des Geistes erhebt den Menschen über die Natur. Dadurch wird der Geist des Menschen frei zur sittlichen Bestimmung.

²⁸⁴ Vgl. GUTTMANN, J., Die Philosophie des Judentums (Geschichte der Philosophie in Einzeldarstellungen, Abt. I: Das Weltbild der Primitiven und die Philosophie des Morgenlandes, Bd. 3) [Die Philosophie des Judentums], München 1933, 133-135.

²⁸⁵ Vgl. ebd., 135.

²⁸⁶ BEN MAIMON, M., Führer der Unschlüssigen. Übers. u. Kommentar v. Weiß, A. Mit einer Einleitung v. Maier, J., in: Philosophische Bibliothek [PhB] 184a-c, Hamburg² 1995.

²⁸⁷ Vgl. GUTTMANN, J., Die Philosophie des Judentums, a.a.O., 200.

Der Auftrag des Menschen besteht nun darin, „wie Gott zu werden“. Für FORM-
STECHER sind alle Kategorien der Religion des Geistes ethisch.²⁸⁸

1.5 Gott als Partner der Taten des Menschen

Einer der herausragenden jüdischen Ethiker der Gegenwart, der aus Polen stammende Philosoph ABRAHAM JOSHUA HESCHEL (1907-1973) plädiert in seinem Hauptwerk „God in Search of Man“²⁸⁹ dafür, nicht allein die berühmte ethische Frage zu stellen, die KANT seinerzeit formuliert hat – „Was muss ich tun?“ -, sondern meta-ethisch und damit radikaler zu fragen: „Mit welchem Recht handle ich eigentlich?“ Diese Frage konfrontiert mit dem Anspruch der Hl. Schrift: „Die Erde ist des Herrn, und Gott ist auf der Suche nach dem Menschen.“²⁹⁰

In seinem Entwurf setzt HESCHEL dabei an, dass Gott den Menschen vertraut und ihnen Macht über die Erde gegeben hat, sie aber haben Gott betrogen und die Macht missbraucht. Dennoch vertraut Gott den Menschen weiterhin. Gott gab den Menschen ihre Freiheit, aber er möchte Anteil daran haben. „Er wartet darauf, in unsere Taten einzutreten durch unsere Treue zu seinem Gesetz.“ So kann Gott zum „Partner unserer Taten werden“²⁹¹. Somit haben Gott und der Mensch eine gemeinsame Aufgabe und gegenseitige Verantwortung. Die religiöse Pflicht, im Judentum *Mizwa* genannt, ist ein Akt, den Gott und Menschen gemeinsam tun. Sie ist Pflicht des Juden und zugleich auch Selbstverpflichtung Gottes:

„Wer eine gute Tat tut, kann unmöglich einsam sein oder sich allein fühlen. Wer eine Mizwa erfüllt, wird zum Mitarbeiter Gottes, tritt ein in die Gemeinschaft derer, die seinen Willen tun.“²⁹²

²⁸⁸ Vgl. ebd., 324. – S. dazu FORMSTECHER, S., Die Religion des Geistes. Eine wissenschaftliche Darstellung des Judentums, Frankfurt/Main 1841 (Nachdr. New York 1980).

²⁸⁹ HESCHEL, A.J., God in Search of Man. A Philosophy of Judaism, New York 1955. – Im folgenden wird zitiert nach der dt. Übers.: Gott sucht den Menschen. Eine Philosophie des Judentums, Neukirchen-Vluyn 1980.

²⁹⁰ Ebd., 220f.

²⁹¹ Ebd., 221.

²⁹² Ebd., 222.

Nach HESCHEL ist das Tun des Menschen göttlich. Die frommen Taten, die sogenannten *Mizwot*, ahmen Gott nach (*imitatio Dei*), mehr noch: sie selbst repräsentieren das Göttliche in der Welt. „Die Mizwot sind vom Wesen Gottes, sie sind mehr als bloße Übereinstimmung weltlichen Tuns mit Seinem Willen.“²⁹³

Der Mensch wird dadurch geheiligt, dass er Gottes Mizwot erfüllt. Was der Mensch dazu im einzelnen tun muss, steht in Lev 19, 3-18: Er muss Vater und Mutter ehren, den Sabbat halten, sich nicht den Götzen zuwenden, nicht betrügen oder lügen, dem Tauben nicht fluchen, dem Blinden keinen Stolperstein in den Weg legen, keine Ungerechtigkeit begehen, nicht tatenlos zusehen, wenn der Nächste in Gefahr ist, nicht hassen, sich nicht rächen, nicht nachtragend sein, den Nächsten lieben wie sich selbst. – In den Taten der Menschen soll sich also die unendliche Liebe Gottes widerspiegeln.²⁹⁴ Nach HESCHEL ist der Mensch in seinen Taten „Echo auf Gottes heimlichen Gesang“:

„(...) Man kann kein anderes Bild des Allerhöchsten anfertigen als nur dies eine: unser eigenes Leben als Abbild seines Willens. (...) Wir sind seine Stellvertreter, wenn wir Leiden lindern und Freude bringen.“²⁹⁵

Mittels seiner Taten also repräsentiert der Mensch Gott in der Welt. – Wie weit entfernt sind diese Gedankengänge HESCHELS von dem Zerrbild einer starren Gesetzesreligion, welche die drückende Last eines Gesetzes – ausgedrückt in einer Unzahl von religiösen Pflichten (*Mizwot*) – dem Menschen auferlegt.²⁹⁶ Mit all seinen theologischen Reflexionen bewegt sich HESCHEL auf biblischem Boden. In seiner „Ethik des Alten Testaments“ hat VAN OYEN dargelegt, dass das schlechthin „Neue“ des Alten Testaments darin besteht, das es im Verkehr zwischen Gott und Mensch den *Mitmenschen* entdeckt hat.²⁹⁷ Der Bundesgedanke – Israel wird erwählt zu Gottes Eigentum und ausgesondert – ist *das*

²⁹³ Ebd., 223.

²⁹⁴ Vgl. ebd., 224.

²⁹⁵ Ebd., 225.

²⁹⁶ Vgl. dazu FABER, H., Grundzüge jüdischer Ethik, a.a.O. (s. Anm. 264), 48.

²⁹⁷ Vgl. VAN OYEN, H., Ethik des Alten Testaments, in: ders., Geschichte der Ethik, Bd. 2, Gütersloh 1967, 10.

Fundament des gesamten alttestamentlichen Ethos. Dieses ist „*Erwählungs-ethos*“ und darin gleichzeitig „*Nachahmung Gottes*“.²⁹⁸

1.6 Das Ethos der Barmherzigkeit

Die alttestamentlichen Schutzbestimmungen für Arme und Schwache haben ihren Wurzelgrund in der *Barmherzigkeit* Gottes. Er ist der Rechtsschützer der Schwachen in der Gesellschaft. Eine bloße Legitimation des Ethos aus der Gesellschaft greift zu kurz und versagt:

„Gott als der Barmherzige begründet ein Ethos der Solidarität und der Barmherzigkeit mit dem Schwachen der Gesellschaft.“²⁹⁹

Gott reagiert auf das Böse, die menschliche Gewalt, eben nicht mit Gegengewalt, sondern er überwindet vielmehr das Böse des Menschen aus *Mitleid*. Indem Gott sich so verhält, entwirft er ein Handlungsmodell, welches die Qualität eines Vorbildes für den Umgang des Menschen mit seinesgleichen trägt: Dadurch, dass Gott sich selbst überwindet und den Zorn besiegt, offenbart er sich als derjenige, der nicht primitiv auf das Böse der Menschen reagiert, sondern sich gerade hier als vom Menschen unabhängig erweist. Auf diese Weise gibt Gott dem Menschen seine *Freiheit zum Guten* zurück.³⁰⁰

Gerade die Fürsorge für die Armen wird im Alten Testament heilsgeschichtlich begründet:

„Die Fremdlinge sollst du nicht bedrängen und nicht bedrücken, denn ihr selbst seid Fremdlinge im Lande Ägypten gewesen.“³⁰¹

²⁹⁸ Vgl. ebd., 45.

²⁹⁹ OTTO, E., Theologische Ethik des Alten Testaments, in: Kittel, G. (Hrsg.), fortges. v. Friedrich, G., Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament [ThW] Bd. 3, 2, Stuttgart u.a. 1994, 85.

³⁰⁰ Ebd., 111.

³⁰¹ Ex 20, 2.

Der Fremde wird hier parallelisiert mit Israel in Ägypten – und eben deswegen wird die Herausführung der Israeliten aus Ägypten zum Begründungszusammenhang für den Schutz, den der freie Israelit dem Fremden in Israel gewähren soll. Durch sein Verhalten also soll Israel *dem* entsprechen, was es selbst als rettende Tat seines Gottes erfahren hat.

Das befreiende Handeln Gottes ruft nach seiner Entsprechung im menschlichen Verhalten. Der jüdische Theologe FACKENHEIM entfaltet, wie eng Gott und der Mensch einander angenähert werden, wenn ein Mensch eine gute Tat ausführt, eine *Mizwe* erfüllt. Die Erfüllung einer *Mizwe* ist für FACKENHEIM die Quintessenz jüdischer Ethik schlechthin. Für das schwer zu übersetzende Wort „*mizwe*“ findet er eine sehr einleuchtende Umschreibung:

„Vielleicht ist die beste Übersetzung die, dass eine *mizwe* tun heißt, sich wie ein Mensch zu verhalten. (...) Vielleicht kann man es nur mit einem Beispiel sagen, und das bestmögliche Beispiel ist dieses: Gott selbst verhält sich wie ein Mensch, wenn er Witwen und Waisen liebt.“³⁰²

Demnach gilt die Liebe zu jenen Menschen, die auf die Verliererseite des Lebens abgeschoben werden, wie etwa Witwen und Waisen, als *das* Kriterium für das Menschsein. FACKENHEIM formuliert pointiert, dass Fremde, Waisen und Witwen die „Trinität der Verlierer“³⁰³ bilden. Nach FACKENHEIM ist die „Überzeugung, dass Gott aus Verlierern Gewinner macht, Teil des Glaubens des Judentums“³⁰⁴.

Offensichtlich aber hat Gott nicht alle Verlierer zu Gewinnern gemacht. Immer noch leben Erniedrigte, Verachtete, Verlierer in der Welt. FACKENHEIM entgegnet darauf, *dies* eben sei der Auftrag der Menschen, gerade jene zu kurz Gekommenen zu lieben, ihre Lage konkret zu optimieren. Gemäß dem vielfach zitierten rabbinischen Ausspruch „wer nur *ein* Menschenleben rettet, wird so angesehen, als ob er die ganze Welt gerettet habe“, gilt es für Juden als unbe-

³⁰² FACKENHEIM, E.L., Was ist Judentum? Eine Deutung für die Gegenwart [Übers. Der amerik. Ausgabe: What is Judaism? An Interpretation for the Present Age, New York 1987]. Mit vier Ansprachen an Auditorien in Deutschland [Was ist Judentum], Berlin 1999, 143.

³⁰³ Ebd., 144. – Gott holt die Bedürftigen aus dem Schmutz und erhöht sie zu Fürsten (vgl. 1 Sam 2, 8); er holt die Niedrigen aus dem Staub und setzt die Bedürftigen auf Fürstenthronen (vgl. Ps 113, 7f.).

³⁰⁴ FACKENHEIM, E.L., Was ist Judentum, a.a.O., 144.

dingte religiöse Verpflichtung, jeden Menschen, auch den scheinbar geringsten, als unersetzlich und einmalig anzusehen. Darin besteht die Quintessenz und letztgültige moralische Bedingung der ganzen Menschheit, wie das Judentum sie sieht. Wegen der Hoffnung, dass am Ende aller Tage selbst der Ärmste und Elendste der Menschen nicht vergessen sein wird, gilt es, sich mit ganzer Kraft für den Schutz und die Rettung menschlichen Lebens zu engagieren.³⁰⁵

Dabei wird die Sorge für Witwen, Waisen und Fremde noch um jene für die Armen erweitert. Das der Aspekt der Wohltätigkeit in der jüdischen Ethik eine zentrale Rolle spielt findet seinen besonderen Ausdruck in der Religionsphilosophie des Mittelalters, die sehr bemüht war, das Postulat der Wohltätigkeit zu konkretisieren. So unterscheidet z.B. der bereits erwähnte Philosoph MAIMONIDES nicht weniger als acht verschiedene Arten von Mildtätigkeit. Das, was heute „Hilfe zur Selbsthilfe“ genannt wird, steht bei MAIMONIDES ganz oben. Hierin zeigt sich auch ein Charakteristikum der klassischen jüdischen Sozialethik: In der Absicht, den Menschen zu helfen, auf eigenen Beinen zu stehen, durchbricht sie sowohl kapitalistische wie auch sozialistische Schemata.³⁰⁶

In der rabbinischen Tradition bezeugt die Tora an ihrem Anfang und Ende jeweils einen Akt der Barmherzigkeit Gottes: Am Anfang der Tora wird berichtet, dass Gott für Adam und Eva Kleider fertigt und sie ihnen anzieht.³⁰⁷ Am Ende der Tora begräbt Gott den verstorbenen Mose in den Gefilden Moabs.³⁰⁸ Indem Gott hier Adam und Eva hilft, obwohl sie weder zu den Armen, den Unterdrückten oder Verlierern zählen, wird für die rabbinische Tradition und damit für die jüdische Ethik verbindlich deutlich, dass der Mensch die Werke seiner Barmherzigkeit nicht allein auf Arme, Witwen, Waisen und Fremde begrenzen darf, sondern sie uneingeschränkt allen zuteil werden zu lassen soll.³⁰⁹ An dieser Stelle gerät der Aspekt der „Gerechtigkeit“ in den Blick.

³⁰⁵ Ebd.; siehe auch Anm. 336.

³⁰⁶ Ebd., 146f.

³⁰⁷ Vgl. Gen 3, 21.

³⁰⁸ Vgl. Dtn 34, 6.

³⁰⁹ Vgl. FACKENHEIM, E.L., Was ist Judentum?, a.a.O. (s. Anm. 302), 147.

1.7 Liebe und Gerechtigkeit

Nach einem in dem bereits erwähnten Traktat Pirke Avot verzeichneten Wort des Rabbi SCHIMON BEN GAMLIEL ist das Recht einer jener drei Pfeiler, auf denen die Welt ruht:

„Auf drei Dingen beruht der Bestand der Welt: auf dem Recht, auf der Wahrheit und auf dem Frieden.“³¹⁰

Für Christen seltsam anmutend wird die Liebe hier nicht explizit aufgeführt, ihre Notwendigkeit jedoch wird auch im Judentum nicht bezweifelt, denn Gerechtigkeit, die nicht aus Liebe hervorgeht, würde die Welt zerstören. Für den Bereich des Glaubens bedeutet das: Die Menschen könnten vor Gott nicht bestehen, wenn in Gottes Verhalten gegenüber den Menschen nicht Gerechtigkeit mit Liebe verbunden wäre. Die Existenz zweier Gottesnamen in der Tora, nämlich *Elohim* und *Jahwe*, interpretiert die rabbinische Tradition dahingehend, dass diese beiden Begriffe die zwei unterschiedlichen Wesenszüge Gottes offenbaren: Gerechtigkeit und Gnade bzw. Liebe.³¹¹

Auf dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen zur jüdischen Ethik lässt sich die jüdische Moral als eine *Ethik der Antwort* charakterisieren: Gott spricht den Menschen an und dieser kann ihm gehorchen oder sich verweigern. Gott fordert seinerseits vom Menschen Recht und Gerechtigkeit. Er offenbart seine Tora und richtet das Verhalten der Menschen. Jedoch: Wie richtet Gott, welchen Lohn erhält der Mensch für seinen Gehorsam, für die Erfüllung der ihm auferlegten Mizwot, und was ist – als Kehrseite – die Strafe für seinen Ungehorsam und seine Sünden?

Die ‚theologische Meisterfrage‘, wie die Allmacht Gottes einerseits und die Willensfreiheit des Menschen andererseits zusammenpassen, löst der Gelehrte Rabbi AKIBA durch die Feststellung des Tatbestandes, dass Gott dem Menschen die absolute Handlungsfreiheit lässt, aber ihn mit Güte richten wird. Als Konsequenz daraus ergibt sich für AKIBA die Weisung, dass der Mensch der

³¹⁰ MARTI, K./BEER, G., 'Abôṭ, a.a.O. (s. Anm. 265), 147.

³¹¹ Vgl. URBACH, E.E., *The Sages. Their Concepts and Beliefs*, Bd. 1 u. Bd. 2, Jerusalem 1975, 37 u. 701.

Willenskundgebung Gottes mit vertrauensvollem Gehorsam begegnen soll. Dabei möge der Mensch sich zugleich auch vor Augen halten, dass sein momentanes Leben nicht einzig und endgültig ist.³¹²

Im Diesseits hat der Mensch die Gelegenheit, sich auf das Jenseits vorzubereiten. Das bedeutet: Er muss sich in diesem Leben bewähren. Das Diesseits ist die Welt der Aktivität. Hier gilt es, etwas zu tun. Die zukünftige Welt bringt Lohn, Ruhe, Genuss. Jeder Egoismus aber, der von vornherein allein auf den verdienten Lohn spekuliert, ist deplaziert. Ein markanter Spruch des Rabbi JOCHANAN BEN SAKKAI ermahnt dazu, sich nichts auf seine Leistungen einzubilden:

„Wenn du die Tora in reichem Maße gehalten hast, dann halte dir nichts darauf zugute, denn dazu bist du geschaffen.“³¹³

Für Arroganz oder Selbstruhm ist demnach kein Platz. Selbst wer die Tora minutiös befolgt, erfüllt nur seine Pflicht und entspricht seiner Bestimmung. An dieser Stelle zeigt sich erneut, wie problematisch es ist, etwa von einer „Lohnmoral“ des Judentums oder dem „Verdienstdenken“ in der jüdischen Religion zu sprechen. Eine Handlung, mag sie auch noch so edel und hilfreich sein, mag sie auch noch so viel Selbstüberwindung voraussetzen, ist nach jüdischem Verständnis völlig nutzlos, wenn die rechte innere Einstellung dazu fehlt, die *kawwana*, womit ein weiterer wichtiger Begriff aus der jüdischen Ethik genannt ist.³¹⁴ Das Entscheidende ist das Herz. Alle Gebote zielen auf die Liebe.

Jüdische Observanz vollzieht sich auf zwei Ebenen: In der Form sichtbarer, äußerer Akte, die vom Körper ausgeführt werden (*Handlungsethik*), und sodann aus seelischen Akten (*Gesinnungsethik*). Deshalb bedarf es im Judentum einerseits eines festen Modells für das Handeln, andererseits aber auch der ebenso wichtigen *inneren Hingabe*. Für diese innere Ausrichtung kennt die jüdische Ethik keine detaillierten Gesetze.

³¹² Vgl. dazu MARTI, K./BEER, G., 'Abôt, a.a.O. (s. Anm. 265), 82f.

³¹³ Ebd., II 8b.

³¹⁴ Unter *kawwana* versteht das Judentum die „gerichtete Absicht“ oder auch die Ausrichtung des Willens, die ein Gebet oder irgendeine religiöse Handlung, die Erfüllung einer *Mizwa*, begleitet und ihnen erst den rechten Sinn gibt. – Vgl. dazu MÜLLER, E., Art. *Kawwana*, in: JL Bd. 3, Berlin 1927 (Nachdr. Königstein/Ts. 1982), 639.

Für den mittelalterlichen jüdischen Philosophen BACHAJA BEN JOSEF IBN PAKUDA (spätes 11. Jhrdt.) beinhaltet die Tora einerseits Vorschriften für das äußere Tun und Lassen des Menschen, andererseits solche für sein inneres Verhalten. Dabei kommt den inneren Pflichten, den sogenannten *Chovot ha-Levavot* oder „Herzspflichten“ die entscheidende Aufgabe zu, denn nur durch ihre Erfüllung erhalten die äußeren Pflichten, die Pflichten der Glieder ihren Wert. Die Herzspflichten bilden somit die Intention der äußeren Pflichten.

Weil es BACHAJA um die Frömmigkeit als innere Einstellung ging, war ihm daran gelegen, zu den zahlreichen rabbinischen Kompendien eine Art Gegengewicht zu schaffen, das ein profiliertes Konzept der jüdischen Ethik entfaltet – eben das „Buch der Herzspflichten“. Als innere Pflichten, die jeder, der dazu in der Lage ist, erfassen muss, führt BACHAJA der Reihe nach auf: 1. Erkenntnis der Einheit Gottes, 2. Betrachtung der Welt als Schöpfung, 3. Gehorsam gegenüber Gott, 4. Gottvertrauen, 5. Aufrichtigkeit allen Tuns (Bezug aller Taten auf Gott), 6. Demut, 7. Umkehr, 8. Gewissensprüfung, 9. Askese und 10. Liebe zu Gott.³¹⁵

Jüdische Ethik wendet sich immer an das Herz des Menschen, womit in der hebräischen Bibel synonym das Innerste des Menschen gemeint ist. ABRAHAM JOSHUA HESCHEL schreibt dazu:

„Es gibt kein Judentum ohne Furcht und Liebe, ohne Staunen und Ehrfurcht, ohne Glauben und tiefstes Beteiligtsein, ohne Wissen und Verstehen. ‚Gott fordert das Herz‘ ...“³¹⁶

Deshalb ist es eine grobe Verkürzung, wenn behauptet wird, das Judentum fordere lediglich die bloß äußerliche Betrachtung der Gesetze, Regeln, und Zeremonien. Sinn allen Tuns ist es, die Seele zu verwandeln, oder, wie HESCHEL es formuliert: „Wir müssen lernen, mit dem, was wir tun, eins zu werden.“³¹⁷ Um es theologisch zu sagen: Es gibt im Judentum kein *opus operatum*, kein aus sich selbst, aus dem bloßen Vollzug heraus wirkendes Werk; oder in der ex-

³¹⁵ BAHYE, B.-Y., *The Book of Direction to the Duties of the Heart*. Introduction, translation and notes by Menahem Mansoor, London 1973.

³¹⁶ HESCHEL, A.J., *Gott sucht den Menschen*, a.a.O. (s. Anm. 289), 239.

³¹⁷ Ebd., 240.

pressiven Sprache HESCHELS: „Das Judentum hat kein Interesse an Automaten.“³¹⁸

³¹⁸ Ebd., 239.

2. Spezielle Aspekte jüdischer Medizinethik

Der Entwicklungsprozess immer neuer Errungenschaften geht derart rasch vor sich, dass die Menschheit im Grunde gar keine Zeit hat, darüber zu reflektieren, ob denn auch alles „gut“ und „richtig“ ist, was als sogenannter Fortschritt verkauft und plötzlich machbar wird. In solch einer schnelllebigen Welt kann es nicht falsch sein, sich an einem Wertesystem zu orientieren, welches unabhängig von der Zeit an seinen Grundsätzen festhält, sich aber dennoch dem Fortschritt zu stellen vermag. Darin besteht der besondere Beitrag der Religionen, wie z.B. auch des Judentums. Die jüdische Medizinethik stellt ein solches Wertesystem dar, das auf oft erstaunliche Weise, abgeleitet aus den alten Quellen der Tora und des Talmud, modernste Probleme zu behandeln versucht.³¹⁹

Die *jüdische Medizinethik* lässt sich definieren als das System jener grundlegenden Prinzipien, die im Judentum das Praktizieren von Medizin überhaupt legitimieren. Es handelt sich dabei um ein ethisches System, welches auf einer mehrere tausend Jahre alten Tradition beruht, und das grundlegendste Prinzipien wie den unantastbaren Wert menschlichen Lebens sowie dessen Heiligkeit, die ärztliche Verpflichtung, den Kranken zu heilen und die Verpflichtung des Patienten, nach Heilung zu suchen, beinhaltet.³²⁰ Aus der Perspektive der jüdischen Religion versucht die jüdische Medizinethik die in der heutigen Zeit ständig wachsenden, vielschichtigen ethischen Probleme der modernen Medi-

³¹⁹ Es gibt eine lange Tradition und eine ansehnliche Literatur jüdischer Erörterungen zu moralischen Fragen der Medizin. Die moderne Ära der jüdischen Medizinethik begann mit dem 1959 erstmals erschienenen Buch des damaligen Oberrabbiners von Großbritannien und Experten auf dem Gebiet der jüdischen Medizinethik, Rabbiner Lord IMMANUEL JAKOBOVITS, *Jewish Medical Ethics*. Das Buch des Baseler Mediziners YVES NORDMANN, *Zwischen Leben und Tod* (s. Anm. 87) aus dem Jahre 2000 ist das erste deutschsprachige Buch über jüdische Medizinethik. In seiner sehr guten Darstellung vermittelt NORDMANN eine Reihe grundlegender Aspekte der jüdischen Medizinethik. Mit seiner Thematik füllt das Buch eine empfindliche Lücke im deutschsprachigen Schrifttum. – Einen guten Überblick zur aktuellen medizinethischen Diskussion in Israel bietet auch das Referat der Professorin der HADASSAH MEDICAL SCHOOL an der HEBRÄISCHEN UNIVERSITÄT VON JERUSALEM, PROF. DR. FRANCESCA LEVI-SCHAFFER; s. hierzu LEVI-SCHAFFER, F., *Bioethical Discussion in Israel*, http://www.medizinethik.ch/publik/bioethical_discussion.htm.

³²⁰ Vgl. dazu ROSNER, F., *Das menschliche Leben hat einen unantastbaren Wert*, Interview mit Fred Rosner in: *Jüdische Rundschau Maccabia*, 18.01. 1996, 5.

zin zu lösen. In Abgrenzung zur allgemeinen Medizinethik lassen sich mindestens drei Charakteristika jüdischer Medizinethik benennen.³²¹

1. Die Qualität der Problemkomplexe:

Zu all den Problemkomplexen der allgemeinen Medizinethik, wie z.B. die Arzt-Patienten-Beziehung, die ärztliche Schweigepflicht, das allfällige Vorenthalten von Informationen, die Haltung gegenüber der Familie des Patienten, die Problematik der begrenzten medizinischen Ressourcen, die biomedizinische Forschung an Tieren, die Problematik der Abtreibung oder der künstlichen Befruchtung, die Fragen im Kontext der Organtransplantation etc., bezieht die jüdische Medizinethik ihren eigenen Standpunkt. Zusätzlich aber muss sie sich noch mit weiteren, spezifisch „jüdischen“ Fragestellungen auseinandersetzen, die *halachisch* von Bedeutung sind, wie etwa z.B. die Problematik einer medizinischen Behandlung am *Schabbat*, dem Ruhetag der Juden, oder am *Jom Kippur*, dem höchsten jüdischen Feiertag, aber auch mit der Frage nach der *Kaschrut*³²² von gewissen Medikamenten usw.

2. Die Konsequenz einer allfälligen Entscheidung:

Anders als die allgemeine, säkulare Medizinethik, die pluralistisch orientiert ist und als solche normalerweise nicht auf absolute, normative Entscheidungen zielt, basiert die jüdische Medizinethik im wesentlichen auf einer *exakten halachischen*³²³ *Auseinandersetzung* mit den diversen Problemen. Die durch die Halacha in diesen Fragen präsentierte Lösung ist deshalb genauso verbindlich, wie wenn es um andere halachische Fragen aus anderen Lebensbereichen gehen würde.

3. Die Methodik der Analyse:

Wie gerade dargestellt beruht die jüdische Medizinethik auf eingehenden Analysen der Halacha. Im Unterschied dazu basiert die säkulare Medizinethik sehr häufig auf einer philosophischen Analyse der Problemfelder. Die Verschiedenartigkeit dieser beiden Ansätze hat auch Konsequenzen für die Art und Weise

³²¹ Vgl. STEINBERG, A., What is Jewish Medical Ethics, in: ASSIA, A Journal of Jewish Medical Ethics 1, 1(1988), 2-4.

³²² Der Begriff „*Kaschrut*“ bezieht sich auf die speziellen Speisevorschriften, die dem jüdischen Volk vorgeschrieben wurden. – Vgl. auch in diesem Kapitel den Abschnitt A 1.3, Das Judentum – eine Religion der Tat, 127f.

³²³ Vgl. dazu in diesem Kapitel den Abschnitt A 1.3.1, Der Begriff der „Halacha“, 129f.

der Problemlösung. Die Gemeinsamkeit zwischen der nicht religiös motivierten und der medizinischen Ethik besteht dabei darin, dass im Interesse der Lösung aktueller medizinischer Probleme beide um die Anwendung genereller Theorien und Prinzipien bemüht sind. Der Unterschied zwischen den beiden Positionen ist jedoch in den entsprechenden Autoritätsquellen zu sehen, auf die sie sich berufen. Die nicht religiös motivierte Medizinethik basiert auf Theorien, die sich aus menschlichem Denken und den jeweils verschiedenen Auffassungen darüber entwickelt haben. Demgegenüber resultiert jüdische Medizinethik im wesentlichen auf der *Tora*, die gemäß jüdischer Tradition *göttlichen* Ursprungs ist, und auf deren Interpretation, wie sie von den Weisen des Talmuds verstanden und angewandt worden ist und sich in einer direkten Linie der Tradition bis in die heutige Zeit erhalten hat.

Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass jüdische Medizinethik ein *normatives halachisches Benehmen* vermittelt, welches verbindlich ist. Infolgedessen ist es nach der Denkweise der jüdischen Medizinethik nicht möglich, moralische Probleme der Medizin auf der Basis von persönlichen Gefühlen und Wertvorstellungen zu lösen. Vielmehr bedarf es der eingehenden Analyse eines kompetenten Rabbiners, dessen Entscheidung dann zu respektieren ist.

Dabei ist eine schlichte Vertrautheit des Rabbiners mit den Quellen der Halacha allein keinesfalls schon ausreichend. Vielmehr gilt es, in jedem spezifischen Fall die jeweiligen Umstände in die Überlegungen mit einzubeziehen und von Fall zu Fall zu entscheiden. Denn: obschon gewisse feste Regeln bestehen, kann in einem spezifischen Fall dennoch anders entschieden werden, wenn dies ein in diesen Sachfragen kompetenter Rabbiner für richtig befindet.³²⁴

³²⁴ Vgl. ebd.

2.1 Die Heiligkeit menschlichen Lebens

Im jüdischen Glauben besitzt menschliches Leben Heiligkeit sowie absoluten, unantastbaren und unendlichen Wert.³²⁵ Einer der fundamentalsten Aspekte der jüdischen Glaubenswelt besteht darin, dass der Mensch nach dem Ebenbild Gottes geschaffen wurde.³²⁶ Die Heiligkeit, die der Mensch dadurch besitzt, wird ausdrücklich betont und begründet durch den Vers:

„Da formte Gott, der Herr, den Menschen aus Erde vom Ackerboden und blies in seine Nase den Lebensatem. So wurde der Mensch zu einem lebendigen Wesen.“³²⁷

Für das Judentum beschreiben diese Worte das Geheimnis des Lebens ebenso wie dessen Heiligkeit. Der „Sohar“³²⁸ interpretiert diesen Vers dahingehend, dass Gott einen Teil seiner selbst in den Menschen eingehaucht habe, womit die Seele des Menschen als göttliches Prinzip zu betrachten sei. Somit wirkt in einem jeden menschlichen Leben etwas Göttliches. Das Leben wird zur wertvollsten Gabe Gottes an den Menschen, dessen Auftrag darin besteht, nach Heiligkeit zu streben.³²⁹

2.2 Der unendliche Wert menschlichen Lebens

Aus jüdischer Sicht stellt der unendliche Wert menschlichen Lebens eine unabdingbare Voraussetzung für eine moralisch hochstehende Gesellschaft dar. Der ehemalige Oberrabbiner von Großbritannien und ausgewiesene Experte auf dem Gebiet der jüdischen Medizinethik, Rabbiner Lord IMMANUEL JAKOBO-

³²⁵ Vgl. hierzu TENDLER, M.D., *Medical Ethics. A Compendium of Jewish moral, ethical and religious principles in medical practice*, New York 1975. – Vgl. auch im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 4.4.2.2, (Hirntod als Todeskriterium) – Jüdisch, 48f.

³²⁶ Vgl. Gen 1, 27: „Gott schuf also den Menschen nach seinem Abbild; als Abbild Gottes schuf er ihn. ...“

³²⁷ Gen 2, 7.

³²⁸ Der „Sohar“, das „Buch des Glanzes“, gilt als das Hauptwerk der jüdischen Mystik.

³²⁹ Vgl. Lev 19, 2: „... Seid heilig, denn ich, der Herr, euer Gott, bin heilig.“

VITS, fokussiert dieses Prinzip treffend und reflektiert darin zugleich die drohenden Konsequenzen bei dessen Nichtbeachtung:

Weil auch der Bruchteil einer Unendlichkeit eine Unendlichkeit ist, besitzt jeder Moment menschlichen Lebens den gleichen, unendlichen Wert. Auf der Basis der Anerkennung dieser Überzeugung ist es demnach unmöglich, dass z.B. eine Person, die nur noch wenige Stunden zu leben hat, weniger Wert besitzt, als ein Mensch, der aller Voraussicht nach noch 70 Jahre leben wird. Ansonsten würde der unendliche Wert menschlichen Lebens seinen absoluten Charakter verlieren und zu nachgeordneten Kategorien wie etwa der Lebenserwartung, dem Gesundheitszustand, der Intelligenz oder auch dem bloßen Nutzwert für die Gesellschaft in Relation gesetzt werden.

Um das in sich eigentlich Unmögliche - über den „Wert“ eines Menschen zu befinden – zu tun, könnten dann beliebige, willkürlich gewählte Kriterien herangezogen werden. In Konsequenz dessen sieht JAKOBOVITS den Menschen zum Beurteilungsobjekt irgendwelcher Skalen degradiert, die aufgrund vorher definierter Kriterien über seinen „Wert“ urteilen würden.

Eine derartige Reduktion des menschlichen Wertes vom Absoluten ins Relative würde jedoch die wesentliche und als solche explizite Gleichheit der Rechte aller Menschen aufheben. Die Folge wäre eine Einteilung der Menschen in höhere und tiefere Klassen, in Menschen, die einen größeren Anspruch auf Leben haben und solche, die keine Lebensberechtigung mehr besitzen.³³⁰

Weil dieses System der Selektion massiv an jenes Gebaren des Nationalsozialismus im Holocaust erinnert, darf es nicht verwundern, wenn der berühmte israelische Philosoph JESHAJAHU LEIBOWITZ demzufolge resümiert: „Die Frage, ob ein Leben lebenswert ist, darf es nicht geben.“³³¹

³³⁰ Vgl. hierzu JAKOBOVITS, I., Medical Experimentation on Humans in Jewish Law, in: Rosner, F./Bleich, J.D. (Ed.), Jewish Bioethics, New York 1979, 377-383; vgl. auch BREITOWITZ, Y.A., How A Rabbi Decides A Medical Halacha Issue. Synopsis of Presentation Conference on Jewish Medical Ethics San Francisco, CA February 18-20, 1996, <http://www.jlaw.co./Articles/decide.html>.

³³¹ Vgl. LEIBOWITZ, J./SCHASHAR, M., Gespräche über Gott und die Welt, Frankfurt/Main – Leipzig 1994.

2.3 Die Rettung menschlichen Lebens als oberstes Gebot

Aus der Prämisse der Heiligkeit und des unendlichen Wertes menschlichen Lebens ergeben sich für das Judentum zahlreiche lebenspraktische Konsequenzen: Wenn es z.B. um die Rettung menschlichen Lebens geht, gestattet die Halacha praktisch das Ignorieren aller Ge- und Verbote der Tora. Dieses Prinzip erfährt seine Legitimation durch einen Vers des Buches Levitikus, in dem es heißt: „... und durch sie [die Gesetze] sollst du leben.“³³² Dazu kommentiert der Talmud:

„Die Verpflichtung, ein [menschliches] Leben zu retten, überwiegt alle anderen Gesetze der Tora, da im Vers steht: ‚und durch sie [die Gesetze] sollst du *leben*‘, und nicht: ‚durch sie [sollst du] sterben.“³³³

In der Denkweise der jüdischen Medizinethik lassen sich häufiger Situationen entdecken, in denen ein bestimmtes Verhalten oder eine bestimmte Handlung eigentlich verboten wäre, wenn nicht die Rettung menschlichen Lebens im Vordergrund stehen würde. Zu dieser maßgeblichen Grundregel, dass im Interesse der Rettung menschlichen Lebens alle Gesetze der Tora unberücksichtigt gelassen werden dürfen, existieren jedoch drei wichtige *Ausnahmen*: Götzendienst, Unzucht und Mord.³³⁴ Diese Kapitalverbrechen dürfen selbst dann nicht begangen werden, wenn dadurch menschliches Leben gerettet werden könnte. Auch hier existiert eine Ausnahme, die das Verbot des Mordes betrifft: Wenn es sich um Notwehr gegen einen potentiellen Mörder handelt, so ist es legitim, den Aggressor zu töten, um sich selbst oder andere, die in unmittelbarer Gefahr stehen, zu retten.³³⁵

Eine jüdische Weisheit, die den absoluten Wert menschlichen Lebens nochmals verdeutlicht, soll am Ende dieser hinführenden Darstellung jüdischer Medizin-

³³² Lev 18, 5.

³³³ Joma, 85a, Übersetzung bei NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), 34. – Als autorisierte Übersetzung des gesamten Talmud sei hingewiesen auf GOLDSCHMIDT, L. (Übers.), Der Babylonische Talmud. Nach der ersten zensurfreien Ausgabe unter Berücksichtigung der neueren Ausgaben und handschriftlichen Materials neu übertragen durch Lazarus Goldschmidt, Berlin o.J.

³³⁴ Vgl. ebd., 82b; s. auch die Talmudtraktate Pessachim, 25a-b und Sanhedrin, 74a.

³³⁵ Vgl. Mischna Sanhedrin, 8: 7; Talmudtraktat Joma, 82a.

ethik stehen. Im Talmudtraktat Sanhedrin ist die im Judentum vielfach zitierte Textpassage zu finden:

„Aus diesem Grund wurde der Mensch einzeln erschaffen: Um dich zu lehren, dass derjenige, der ein Leben von Israel zerstört, von der Schrift so betrachtet wird, als ob er eine ganze Welt zerstört und derjenige, der ein Leben von Israel rettet, von der Schrift so betrachtet wird, als ob er eine ganze Welt gerettet hätte.“³³⁶

³³⁶ Sanhedrin, 37a, Übersetzung von NORDMANN, Y. (s. dazu Anm. 329).

3. Organspende und Transplantation im Judentum

Grundsätzlich sei zunächst daran erinnert, dass innerhalb des komplexen Interaktionsnetzes der Transplantationsmedizin drei Subjektgruppen eine besondere Relevanz besitzen: Die Organspender, die Ärzteschaft und die Organempfänger. Fragen, wie sie sich in diesem Kontext auf dem Hintergrund der Halacha ergeben, lauten dann etwa, ob es aus jüdischer Perspektive überhaupt legitim sei, sich einer Organtransplantation zu unterziehen, ob ein Chirurg, der ein vitales Herz explantiert, aus halachischer Sicht nicht zum Mörder wird und ob es vom Standpunkt des Judentums aus überhaupt erlaubt ist, ein Organ zu spenden. Grundsätzlich gilt es dabei zwischen Lebend- und Totenspende zu differenzieren.³³⁷

3.1 Lebendspende

Wie die Ausführungen zur speziellen jüdischen Medizinethik gerade mehrfach verdeutlicht haben, gilt nach jüdischer Glaubensüberzeugung das *Leben des Menschen als Geschenk Gottes*. Weil der Mensch sich also nicht selber verdankt, „gehört“ er sich auch nicht selbst. Demnach ist auch der Körper des Menschen letztlich Eigentum Gottes und dem Menschen lediglich für die Zeit seines Daseins in der Welt „geliehen“. In Folge dessen ist es aus der Perspektive der Halacha dem Menschen grundsätzlich untersagt, frei über seinen Körper zu verfügen³³⁸, sich willentlich Verletzungen zuzufügen oder auch sich freiwillig in eine Gefahr zu begeben.³³⁹

Angesichts solcher restriktiven Prämissen entsteht die Frage, ob ein Mensch nach den Prinzipien der Halacha überhaupt ein Recht besitzt, „seine“ Organe

³³⁷ Die anschließende Darstellung zu „Organspende und Transplantation im Judentum“ folgt im wesentlichen der entsprechenden Dokumentation des Baseler Mediziners YVES NORDMANN. – Vgl. entspr. NORDMANN, Y., *Zwischen Leben und Tod*, a.a.O. (s. Anm. 87), 62-71.

³³⁸ Quellenübersicht bei SCHOSTAK, Z., *Is there Patient Autonomy in Halacha*, in: ASSIA, A *Journal of Jewish Medical Ethics* 2, 2 (1995), 22-27.

³³⁹ Dieses Verbot wird abgeleitet von Dtn 4, 15; Quellenübersicht bei WEINER, Y., *Ye Shall Surely Heal [Ye Shall]*, Jerusalem 1995, 162ff.

zu spenden. In der Darstellung spezieller Aspekte der jüdischen Medizinethik wurde eben bereits dargelegt, dass es die Halacha für den Fall der Rettung menschlichen Lebens durchaus zulässt, alle Ge- und Verbote der Tora zu relativieren. Zur Legitimation dieses Standpunktes wird zusätzlich ein Vers aus dem Pentateuch zitiert, in dem es heißt: „Stehe nicht still beim Blute deines Nächsten.“³⁴⁰

Aus diesem Satz leitet der Talmud die Pflicht ab, das Leben eines Menschen, welches sich in Gefahr befindet, zu retten.³⁴¹ Rekurrierend auf diese Talmudstelle formulierte bereits der im 12. Jahrhundert lebende Rabbi, Philosoph und Arzt MAIMONIDES folgende eindeutige Weisung:

„Jeder, der einem anderen das Leben retten kann und dies nicht tut, übertritt das Verbot: ‚Stehe nicht still beim Blute deines Nächsten.‘ Jemand, der seinen Freund im Meer ertrinken sieht, oder Diebe, die sich ihm nähern, oder ein wildes Tier, das ihn angreift, und er kann ihn retten oder andere bezahlen, ihn zu retten, und er tut dies nicht (...) jemand, der so handelt, übertritt das obenstehende Verbot.“³⁴²

In zwei Fällen ist die Halacha eindeutig: Ist das Leben von A in Gefahr und kann B ihn retten, ohne dabei selbst sein Leben zu gefährden, so ist er zu dieser Rettungsaktion verpflichtet. Kann B dagegen A nur dann retten, wenn er sein eigenes Leben dafür einsetzt, so ist B dies untersagt.³⁴³ Weniger eindeutig stellt sich die Situation dar, wenn B das Leben von A nur dann zu retten vermag, indem er ein begrenztes Risiko, das jedoch nicht unbedingt als lebensbedrohlich zu werten ist, auf sich nehmen muss.³⁴⁴ Diese Problematik wurde immer wieder von jüdischen Lehrautoritäten diskutiert. Viele Rabbiner sind dabei zu dem Ergebnis gelangt, dass die Rettung menschlichen Lebens als eine *Pflicht* zu betrachten sei, zu deren Erfüllung der Mensch gewisse Risiken auf sich nehmen kann, ja sogar auf sich nehmen muss, sofern sich diese in einem

³⁴⁰ Lev 19, 16.

³⁴¹ Vgl. den Talmudtraktat Sanhedrin, 73a.

³⁴² MAIMONIDES, M., Mischne Torah, Rotseach Uschmiras Nefesch, 1, 14 – übersetzt und zitiert bei NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), 62.

³⁴³ Vgl. hierzu HALPERIN, M., Organ Transplants from Living Donors [Organ Transplants], in: ASSIA, A Journal of Jewish Medical Ethics 2, 1 (1991), 29-37.

³⁴⁴ Vgl. WEINER, Y., Ye Shall, a.a.O. (s. Anm. 339), 135ff.

„vernünftigen“ Rahmen halten.³⁴⁵ Dafür jedoch, was der Begriff „vernünftiges Risiko“ genau meint, existiert keine exakte Definition.³⁴⁶ So vertritt z.B. der Rabbiner KARO (15. Jhrdt.) die Meinung, das Risiko, einen anderen zu retten dürfe nur dann eingegangen werden, wenn mehr „Sicherheit“ als „Wahrscheinlichkeit“ besteht, dass die Rettungsaktion auch gelingen und das eigene Leben somit nicht geopfert wird.³⁴⁷

Bezogen auf die Organtransplantation und speziell auf die Lebendspende sind sich viele rabbinische Autoritäten darin einig, dass hinsichtlich einer *Blut-, Haut- oder Knochenmarkspende* keine allzu großen Probleme bestehen, weil sich hier das Risiko für den Spender unter normalen Bedingungen in dem postulierten „vernünftigen Rahmen“ bewegt.³⁴⁸ Weil mittlerweile auch bei *Nierenlebendtransplantationen* kein allzu großes Risiko für den Spender existiert³⁴⁹, vertreten zahlreiche Gelehrte die Meinung, dass auch eine Nierenlebendspende halachisch grundsätzlich akzeptiert werden kann. Rabbi ELIESER JEHUDA WALDENBERG allerdings schränkt ein, dies könne lediglich dann gelten, wenn ein Ärzteteam bestätigen kann, dass mit der Organentnahme für den Spender tatsächlich keine relevante Lebensgefahr verbunden ist. Zudem muss gleichfalls gewährleistet sein, dass der Spender nicht durch moralischen Druck zur Einwilligung in die Organentnahme genötigt worden ist.³⁵⁰

Eine ähnlich lautende und in sich doch noch weitere Einschränkung zur Lebendspende postulierte Landesrabbiner JOEL BERGER als Sprecher der RABBINERKONFERENZ IN DEUTSCHLAND in seiner Stellungnahme zu Todeszeitpunkt und Organentnahme vor dem GESUNDHEITSAUSSCHUSS DER BUNDESTAGES im Jahr 2000:

³⁴⁵ Vgl. hierzu NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), 63.

³⁴⁶ Vgl. HALPERIN, M., Organ Transplants, a.a.O. (s. Anm. 343), 31.

³⁴⁷ Vgl. hierzu NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), 63.

³⁴⁸ Entsprechende Übersichten dazu liefern HALPERIN, M., Organ Transplants, a.a.O. (s. Anm. 342) sowie auch WEINER, Y., Ye Shall, a.a.O. (s. Anm. 339), 135ff.

³⁴⁹ Abgesehen vom akuten Risiko während der Operation und dem Langzeitrisko zur Entwicklung eines Nierentumors oder einer Niereninsuffizienz der kontralateralen Niere. Vgl. dazu DURST, A., An Overview on Organ Transplantation, in: ASSIA, A Journal of Jewish Medical Ethics and Halacha 3(1997), 7-10.

³⁵⁰ Vgl. hierzu NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), 63f.

„Bedenken haben wir, was die Transplantation von sich nicht regenerierenden Organen von lebenden Menschen betrifft. Die Entfernung einer Niere bei einem lebenden Menschen darf zum Beispiel nur vorgenommen werden, wenn die Gefahr für den Spender sehr gering ist und die Notwendigkeit der Transplantation für den Empfänger lebenswichtig ist. Den gleichen Eingriff lehnen die Gelehrten ab, wenn es sich lediglich um die Erhöhung der Lebensqualität des Empfängers handelt.“³⁵¹

Zur Frage der Lebendspende im Judentum kann zusammenfassend festgehalten werden, dass ein großer Teil der rabbinischen Autoritäten diese erlaubt, sie jedoch *nicht als Pflicht* betrachtet, selbst wenn damit das Leben eines Menschen gerettet werden kann.³⁵² Eine Lebendspende ist als *Akt der Nächstenliebe* auf höchstem Niveau zu werten³⁵³, wie es im Buch Levitikus heißt: „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst.“³⁵⁴

3.2 Totenspende

Im Kontext der Totenspende stellt die halachische Definition des Todes ein äußerst komplexes Problem dar.³⁵⁵ Weil heute der Großteil der Organentnahmen bei sogenannten „hirntoten“ Patienten vorgenommen wird, ist dieser Aspekt besonders virulent. Der Jude FRED ROSNER, Professor für innere Medizin an der MOUNT SINAI SCHOOL OF MEDICINE in New York und Mitglied zahlreicher Ethikkommissionen formulierte in einem Interview:

³⁵¹ BERGER, J., Den Hirntod kennt die Halacha nicht, a.a.O. (s. Anm. 92), Abs. Siebtens.

³⁵² Vgl. ROSNER, F., Jewish Perspectives on Death and Dying [Jewish Perspectives], in: AS-SIA, A Journal of Jewish Medical Ethics 2(1991), 38-45.

³⁵³ Vgl. LEVIN, F., Halacha, Medical Science and Technology [Halacha], New York – Jerusalem 1987.

³⁵⁴ Lev 19, 18. – Vgl. hierzu auch BLEICH, J.D., Judaism and Healing, New York 1981.

³⁵⁵ Zur Definition des Todes und der Akzeptanz des Hirntodkonzeptes im Judentum siehe im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 4.4.2.2, 48f.; s. hierzu auch NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), 73-116.

„Im jüdischen Gesetz ist jeglicher Versuch, das Leben abzukürzen, inakzeptabel – und sei es auch nur um wenige Minuten. Das Leben ist heilig und muss seinen Lauf nehmen, bis es auf natürliche Weise erlischt.“³⁵⁶

Landesrabbiner JOEL BERGER formuliert den Standpunkt der RABBINER-KONFERENZ IN DEUTSCHLAND, deren Sprecher er ist, folgendermaßen:

„Die meisten rabbinischen Autoritäten sehen das Opfer des eigenen Lebens, wie im Falle der Organtransplantation (die den Tod des Organspenders voraussetzt), als Selbstmord an, selbst wenn es freiwillig und gewollt ist. Selbstmord aber gilt nach dem jüdischen Gesetz als verwerflich. Nichts darf geschehen, was das Leben um eine einzige Sekunde verkürzen könnte, um dadurch das Leben eines anderen zu retten.

Zur Frage: Wann ist der Mensch tot, gibt die Halacha zwei Definitionen: Aussetzen der Atemtätigkeit und Aussetzen des Pulsschlages. Dem Gehirntod wird in der Halacha keinerlei Bedeutung zugemessen. Hingegen sind selbst ungesteuerte Reflexe des autonomen Nervensystems als Leben zu werten.“³⁵⁷

„(...) Transplantation von Organen von toten Menschen setzt eine Obduktion voraus. Diese ist erlaubt, wenn ein anderes Leben dadurch gerettet werden kann.“³⁵⁸

„Jede Transplantation dieser (*sc. lebenswichtiger ;erg. durch Th.H.*) Organe, solange das Herz funktioniert, bedeutet einen doppelten Mord: Mord des Spenders – denn gemäß unserer Definition lebt er noch – sowie des Empfängers – denn die Entfernung seiner noch funktionierenden Organe, auch wenn sie kurz vor dem Stillstand stünden, bedeutet Mord.“³⁵⁹

Bezüglich der Transplantationsthematik birgt dieses im Talmud gründende Gesetz ein hohes Konfliktpotential. Während die Partei der eher konservativ eingestellten Juden den Hirntod noch als Teil des Lebens ansehen und sich ihnen damit jegliche Organentnahme verbietet, verstehen andere den Hirntod als tat-

³⁵⁶ ROSNER, F., Der Talmud und der Transplanteur. Fred Rosner im Gespräch mit Friedrich Hansen, in: Die Zeit, 26.05. 1995.

³⁵⁷ DERS., ebd., Abs. Dritzens und Fünftens.

³⁵⁸ BERGER, J., Den Hirntod kennt die Halacha nicht, a.a.O. (s. Anm. 92), Abs. Siebtens.

³⁵⁹ DERS., ebd., Abs. Zehntens. – Daher rät BERGER „allen unseren Gemeindemitgliedern, denen es um die Halacha, die jüdische Tradition und den Erhalt der eigenen Unversehrtheit geht, stets eine schriftliche Erklärung bei sich zu tragen und im Krankenhaus sofort darauf aufmerksam zu machen, dass man kein Organspender ist und auch eine Obduktion ablehnt.“ (BERGER, J., zitiert in: Jüdische Allgemeine, Auf Herz und Nieren, a.a.O. (s. Anm. 93). – Soweit der Rat des Rabbiners. Wie jüdische „Laien“, vor die Frage gestellt, Organe zu spenden, entscheiden würden, dokumentiert eine nichtrepräsentative Umfrage unter Juden in Deutschland. Der Tenor der dort wiedergegebenen Meinungen ist überwiegend positiv; vgl. dazu JÜDISCHE ALLGEMEINE, Auf Herz und Nieren, a.a.O. (s. Anm. 93).

sächlichen Tod des Menschen und akzeptieren ihn als Zeitpunkt einer möglichen Organentnahme. Aufgrund dieser divergierenden religiösen Positionen konnte bislang innerhalb der jüdischen Glaubensgemeinschaften – vor allem in Israel selbst – noch keine einheitliche Regelung zum Thema „Hirntod“ erzielt werden.³⁶⁰ Auf dem Hintergrund der Erklärung von Landesrabbiner BERGER in seiner Eigenschaft als Sprecher der DEUTSCHEN RABBINERKONFERENZ sind nach jüdischem Glauben auch in Deutschland Organspenden, wie sie im DEUTSCHEN TRANSPLANTATIONSGESETZ beschrieben werden, nicht gestattet.

3.2.1 Halachische Grundprinzipien im Umgang mit dem Toten

Nach jüdischem Glauben bleibt der menschliche Körper auch über dessen Tod hinaus *Eigentum Gottes*. Aus dieser Überzeugung resultieren *vier wesentliche Prinzipien*, die einen Eingriff an der Leiche, sei es zu wissenschaftlichen Zwecken (Autopsie) oder zu Zwecken einer Organtransplantation, grundsätzlich verbieten:³⁶¹

1. Das Verbot, eine Leiche zu verstümmeln und zu entweihen.³⁶²

³⁶⁰ Führende Rabbiner, darunter auch die israelischen Oberrabbiner FEINSTEIN und TENDLER sowie die Mehrzahl der amerikanischen Juden gelten als Befürworter des Hirnstammtod-Konzeptes, wonach Organentnahmen und Transplantationen erlaubt sind. – Vgl. hierzu auch TENDLER, M.D., *Jewish Law and Time of Death*, in: JAMA 240(1978), 109; DERS./M.D./ROSNER, F., *Rabbi Moshe Feinstein and Brain Death*, in: Le'ela, März 1996, 30-35. - Die engagierte Diskussion über die unterschiedliche Interpretation des Talmud hinsichtlich der Transplantationsmedizin entfachte bereits 1967 angesichts der weltweit ersten Herztransplantation von Mensch zu Mensch, denn sowohl BARNARDS erster Patient, LOUIS WASHKANSKY als auch sein zweiter Patient, DR. PHILIP BLAIBERG, waren Juden. Aufgrund des Anratens des britischen Oberrabbiners JAKOBOVITS (s. Anm. 319) wartete BARNARD dann auch beim ersten herztransplantierten Patienten solange mit der Organentnahme, bis selbst das Herz der bereits hirntoten Spenderin aufhörte zu schlagen.

³⁶¹ Vgl. ROSNER, F., *Modern Medicine and Jewish Ethics* [Modern Medicine], New York 1986, 280ff; RABINOVITCH, N.L., *What is the Halacha for Organ Transplants?*, in: Carmell, A./Domb, C. (Eds.), *Challenge*, Jerusalem – New York 1978, 482-491; s. hierzu auch SUNDERBRINK, J./WEBER, S., *„Jüdisches Leben – jüdischer Alltag – Krankheit, Sterben Tod: Heutige Probleme – Transplantation und Autopsie, eine Artikelreihe*, <http://www.talmud.de/artikel/cholim-probleme.htm>.

³⁶² Alle vier Prinzipien basieren auf Dtn 21, 22f; weitere Quellen für die Prinzipien bietet NORDMANN, Y., *Zwischen Leben und Tod*, a.a.O. (s. Anm. 87), 65, s. dort die Anm. 147-151.

2. Das Verbot, Nutzen oder Profit aus einer Leiche zu ziehen.
3. Die Verpflichtung, eine Leiche möglichst rasch beizusetzen.³⁶³
4. Die Verpflichtung, einen Körper in seiner Integrität zu beerdigen.

Angesichts eines derartigen Prinzipienkanons erscheint der Eingriff an einer Leiche zu Transplantationszwecken aus jüdischer Sicht unmöglich. Allerdings gilt es, in diesem Kontext erneut jenes bereits erwähnte wichtige Konzept zu berücksichtigen, wonach es im Falle der Rettung menschlichen Lebens erlaubt ist, alle Ge- und Verbote der Tora beiseite zu schieben. Demnach besteht trotz der vier genannten Prinzipien die Möglichkeit, einem Verstorbenen Organe zu entnehmen. Als Voraussetzung dafür gilt natürlich, dass dank der entnommenen Organe tatsächlich menschliches Leben gerettet werden kann und der Spender zum Zeitpunkt der Organentnahme tatsächlich bereits verstorben war.³⁶⁴

In diesem Zusammenhang sind *drei wesentliche Prämissen* zu bedenken:

1. „*Lefanenu*“ (hebr., wörtlich: das „vor uns präsent sein“)³⁶⁵: Dieser Grundsatz fordert das Vorhandensein einer konkreten Zielperson, d.h. das der Patient, der von der Organentnahme profitieren wird, bekannt sein muss.³⁶⁶ Auf diese Weise soll gewährleistet sein, tatsächlich dem Gebot der Lebensrettung zu entsprechen und durch den an sich verbotenen Eingriff an dem Toten wirklich menschliches Leben zu retten. Im Zeitalter der Organknappheit und der zentral organisierten Allokation der Spenderorgane wurde dieses *Postulat der „physischen Präsenz“* des Empfängers allerdings aufgegeben, zumal gegenwärtig keine Zweifel mehr daran bestehen, dass gespendete Organe auch tatsächlich wieder implantiert werden. Als Konsens vieler zeitgenössischer Rabbiner gilt deshalb auch, dass der Organempfänger dann als „*lefanenu*“, als „anwesend“

³⁶³ Basierend auf Dtn 22, 23.

³⁶⁴ Vgl. NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), 65.

³⁶⁵ Der Begriff „*lefanenu*“ wurde von Rabbi LANDAU bereits im 18. Jhrdt. im Rahmen eines Responsums zur Frage der Autopsie geprägt. Vgl. dazu auch NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), Anm. 152.

³⁶⁶ Vgl. ROSNER, F., Jewish Perspectives, a.a.O. (s. Anm. 352), 285.

gesehen werden kann, wenn dieser im zentralen Empfängerregister verzeichnet ist.³⁶⁷

2. Die *Wahrscheinlichkeit*, dass der potentielle Empfänger mittels der beabsichtigten Transplantation tatsächlich gerettet werden kann, muss objektiv eine bestimmte Größe erreichen. Diese ist abhängig vom Fortschritt der Transplantationstechniken und gilt grundsätzlich dann als erreicht, wenn die Erfolgswahrscheinlichkeit bei mehr als 50% liegt.³⁶⁸

3. Als weitere Voraussetzung ist nach jüdischer Glaubensüberzeugung die *ausdrückliche Einwilligung* eines potentiellen Organspenders, entweder persönlich zu Lebzeiten oder aber posthum durch dessen nächste Verwandte, unbedingt notwendig.³⁶⁹ Demnach ist die sogenannte *Widerspruchslösung*³⁷⁰, wie sie in einigen Ländern und in der Schweiz in manchen Kantonen praktiziert wird, aus jüdischer Perspektive inakzeptabel.

Im folgenden sollen nun exemplarisch die Transplantationen von drei unterschiedlichen Organen näher vorgestellt werden, bei denen sich die spezielle Problematik der jüdischen Medizinethik noch einmal besonders deutlich zeigt. Es handelt sich hierbei um die Hornhaut-, die Nieren- und die Herztransplantation.

3.2.2 Hornhauttransplantation

Die Transplantation der *Cornea* ist heute eine der am meisten praktizierten Organtransplantationen überhaupt. Die umfangreiche rabbinische Literatur zu dieser Thematik gilt allgemein als richtungsweisend für die Annäherung an die Problematik anderer Organspenden von Verstorbenen.³⁷¹

³⁶⁷ Vgl. ebd. - Eine Übersicht zur Genese der diesbezüglichen rabbinischen Lehrmeinung bietet JAKOBOVITS, I., *Jewish Medical Ethics*, New York 1975, 285, Anm. 123.

³⁶⁸ Vgl. JAKOBOVITS, I., ebd., 289ff.; WEINER, Y., *Ye Shall*, a.a.O. (s. Anm. 339), 69.

³⁶⁹ Vgl. dazu NORDMANN, Y., *Zwischen Leben und Tod*, a.a.O. (s. Anm. 87), Anm. 156.

³⁷⁰ In der Schweiz gilt die Widerspruchslösung in den Kantonen Bern, Luzern und Genf. - Vgl. dazu auch im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 5.1.1, Die Widerspruchslösung, 71; s. auch KARL, CHR., *Todesbegriff und Organtransplantation*, Wien 1995, 87ff.; SCHÖNING, R., *Rechtliche Aspekte der Organtransplantation*, Diss., Zürich 1996, 338.

³⁷¹ Vgl. hierzu ROSNER, F., *Jewish Perspectives*, a.a.O. (s. Anm. 352), 283.

Im Kontext der Hornhauttransplantation besteht eine wesentliche Frage darin, ob es sich bei der Cornea um ein Gewebe handelt, bei dessen Funktionsausfall tatsächlich das Leben des Betroffenen bedroht ist. Schon im Jahre 1955 ging der ehemalige israelische Oberrabbiner JEHUDA UNTERMANN dieser Frage nach und kam zu dem Resultat, dass dies zutreffe: Wenn ein Mensch *beidseitig* von einer schweren *Katarakt* (grauer Star) betroffen sei, so bestehe insofern Lebensgefahr, da ein Blinder gefährliche Hindernisse und sonstige Gefahren nicht erkennen könne. Darüber hinaus erörterte UNTERMANN das Problem, wie die Situation bei einem Menschen mit nur *einseitiger Katarakt* zu werten sei, da in diesem Fall das Prinzip von der Rettung menschlichen Lebens als oberstes Gebot nicht mehr greife, weil eben das Leben des Betroffenen nicht unmittelbar in Gefahr sei. UNTERMANN'S argumentative Position dazu war folgende: Die oben genannten *vier Prinzipien*, die grundsätzlich gegen eine Organentnahme bei Toten sprechen³⁷², würden im Fall der Hornhauttransplantation nicht zur Geltung kommen. *Erstens* könne nicht von einer tatsächlichen „*Entweihung*“ des Toten die Rede sein, zumal die Cornea explantiert werden könne, ohne dabei eine bleibende Wunde zurückzulassen. Da die Augenlider bei einem Verstorbenen geschlossen seien, bliebe das Fehlen der Cornea an dem Toten auch unbemerkt. *Zweitens* würde in diesem Fall *kein Profit* aus der Leiche gezogen, da es sich bei der Hornhaut um *epidermales Gewebe* handle. Das Verbot mit dem Profit bezieht sich in der Einschätzung von UNTERMANN lediglich auf „*fleischiges Material*“, nicht aber auf „*Haut*“. Dies sei bereits in klassischen Quellen rabbinischer Autoritäten des Mittelalters dargelegt worden.³⁷³ *Drittens* sei die Cornea ein derart kleines Organ, dass sie auch bei einer allfälligen operativen Entnahme nicht mitbegraben werden müsse³⁷⁴, d.h. durch das Fehlen der Cornea sei die geforderte *Integrität* des Körpers nicht beeinträchtigt. Schließlich komme noch hinzu, dass der Erfolg einer derartigen Operation prak-

³⁷² Vgl. hierzu den vorherigen Abschnitt 3.2.1, Halachische Grundprinzipien im Umgang mit dem Toten, 154ff.

³⁷³ Vgl. LEVIN, F., Halacha, a.a.O. (s. Anm. 353), 75.

³⁷⁴ Wie beispielsweise auch entfernte *Tonsillen* nicht aufbewahrt und dann mit der Leiche begraben werden müssen.

tisch gesichert sei. – Aus all diesem Gründen – so Rabbi UNTERMANN – sei auch eine einseitige Hornhauttransplantation erlaubt.³⁷⁵

Diese *permissive Haltung* UNTERMANNS zur Corneatransplantation fand bei manchen rabbinischen Autoritäten Zustimmung. Andere hingegen übten Kritik, besonders gegenüber der von UNTERMANN propagierten Erlaubtheit einer Transplantation bei nur einseitiger Erblindung, und vertraten den Standpunkt, Hornhauttransplantationen ausschließlich nur bei beidseitig erblindeten Menschen zu gestatten.³⁷⁶

3.2.3 Nierentransplantation

Die im Kontext der Totenspende diskutierten halachischen Grundprinzipien besitzen auch für den Fall einer Nierentransplantation Gültigkeit. Wenn bei einem Menschen Nierenversagen diagnostiziert ist und sich giftige Produkte im Körper ansammeln, so sind sich in der Darstellung von NORDMANN³⁷⁷ die rabbinischen Autoritäten einig, dass hier Lebensgefahr für den Patienten besteht und die Explantation einer Niere bei einem Toten zulässig ist, um sein Leben zu retten.³⁷⁸

In der rabbinischen Diskussion um das Für und Wider der Nierentransplantation stellt der Aspekt der Lebensqualität ein weiteres Kriterium dar. Im Normalfall ist die Transplantation einer Niere nicht von absoluter Notwendigkeit, da eine nicht mehr gut funktionierende Niere z.B. auch durch das Dialyseverfahren über einen längeren Zeitraum hindurch künstlich „ersetzt“ werden kann. Allerdings genießt nach NORDMANN³⁷⁹ eine definitive Heilung gegenüber einer längeren Behandlung, die immer auch weitere Gefahren beinhaltet, eindeutigen Vorrang.³⁸⁰

³⁷⁵ Vgl. hierzu NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), 67f.

³⁷⁶ Vgl. hierzu ebd., 68, s. ebd. auch Anm. 163f.

³⁷⁷ Vgl. ebd., 68.

³⁷⁸ Vgl. hierzu ROSNER, F., Jewish Perspectives, a.a.O. (s. Anm. 352), 286.

³⁷⁹ Vgl. NORDMANN, Y., Zwischen Leben und Tod, a.a.O. (s. Anm. 87), 68.

³⁸⁰ Vgl. hierzu BLEICH, J.D., Judaism and Healing, New York 1981, 129; HERRING, B., Jewish Ethics and Halachah for our Time, New York 1989, 93.

3.2.4 Herztransplantation

Bei der intendierten Spende oder Transplantation eines Herzens sind aufgrund der komplexen jüdischen Position zur Definition des Todes zusätzliche Probleme zu reflektieren. Dies liegt darin begründet, dass ein Herz möglichst zu einem Zeitpunkt entnommen werden sollte, zu dem es noch schlägt. Während bei der Explantation einer Niere noch eine gewisse Ischämiezeit zu tolerieren ist, bevor das Organ aufgrund von Sauerstoffmangel Schaden nimmt, so gilt dies für das Herz nur sehr bedingt, da es auf eine Unterversorgung mit Sauerstoff um ein vielfaches empfindlicher reagiert und infolgedessen auch schneller Schaden nimmt.

Angesichts dieser Fakten wird das Herz bei einem „Hirntoten“ in der Regel bereits dann entnommen, wenn es noch schlägt und der mittels der Methoden der Intensivmedizin unterstützte Kreislauf noch funktioniert. Wie bereits dargestellt setzt die *klassisch-halachische Definition des Todes* jedoch das endgültige Ausbleiben des Herzschlages voraus.³⁸¹ Danach ist aus jüdischer Sicht die Entnahme eines lebenswichtigen Organs bei einem Spender nur und erst dann erlaubt, wenn dieser verstorben ist. Für das ärztliche Handeln ergibt sich daraus das strikte Verbot, den Tod eines potentiellen Spenders nicht zu beschleunigen oder diesen frühzeitig für tot zu erklären, selbst wenn dadurch das Leben eines anderen Menschen gerettet werden könnte.

Ein weiterer Problemkomplex besteht in der „metaphorische“ Bedeutung des Herzens: Bezüglich der Auffassung, dass im Herzen der Sitz des Lebens zu finden und deshalb ohne Herz kein Leben möglich sei, gilt in der halachischen Diskussion immer wieder jener Fall aus dem Ende des 17. Jhrdts. als klassisch, bei dem ein Huhn geschächtet wurde und Zeugen anschließend festgestellt haben wollen, dass es kein Herz besaß. Daraufhin stellte sich die Frage, ob ein solches Huhn trotzdem als *koscher*³⁸² angesehen werden könne.³⁸³ Zu diesem Problem vertraten zwei prominente europäische Rabbiner diametral unterschiedliche Positionen:

³⁸¹ Vgl. dazu im ersten Kapitel den Abschnitt 4.4.2.2, (Hirntod als Todeskriterium) - Jüdisch, 48f.

³⁸² D.h. den jüdischen Speisevorschriften entsprechend; vgl. dazu Lev 11 u. 14.

³⁸³ Vgl. Rosner, F., *Modern Medicine*, a.a.O. (s. Anm. 361), 266.

Die eine Sichtweise wurde vertreten durch den damaligen Rabbiner von Amsterdam, Rabbi ZVI ASCHKENAZI (CHACHAM ZVI, 1660-1718). Er erklärte das Huhn für kosher, da ein Leben ohne Herz schlichtweg unrealistisch sei und berief sich dabei auf den *Sohar*³⁸⁴, in dem es schließlich schon heiße, dass ein Leben ohne Herz auch nicht für einen Moment möglich sei. Die Lösung des spitzfindigen Problems sah der Rabbi in der nicht minder sophistischen Idee, dass wohl eine Katze nach dem Aufschneiden des Huhns unbemerkt das Herz verspiesen haben müsse.

Die gegenteilige Meinung vertrat der damalige Prager Rabbiner, Rabbi JONATHAN EIBESCHTZ (1690-1764). Er war davon überzeugt, das Huhn nicht als kosher betrachten zu können und den Zeugen Glauben schenken zu müssen, dass das Huhn tatsächlich ohne „Herz“ gelebt hatte. Zur Untermauerung der Glaubwürdigkeit seiner Sichtweise führte er Berichte von Prager Medizinern an, die ihm versichert hätten, dass die Funktionen des Herzens an unüblicher Stelle auch durch ein anderes Organ übernommen werden könnten. Ein Huhn jedoch, bei dem das Herz nicht an der richtigen Stelle lokalisiert sei, könne nicht als kosher gelten.

Mit NORDMANN kann resümiert werden, dass diese zunächst doch sehr philistrs und theoretisch anmutende Diskussion über das „Huhn ohne Herz“ im Kontext der Frage nach dem jüdischen Standpunkt zur Herztransplantation dahingehend aktuelle Aussagekraft und Relevanz erlangt, als sich doch die Positionen jener beiden Rabbiner in dieser Streitfrage rein theoretisch auf die Problematik der Herztransplantation übertragen ließe: Nach Rabbi EIBESCHTZ wäre demnach ein Mensch ohne Herz, aber mit künstlich erhaltener Herzfunktion (z.B. während des Organaustausches), als *lebend* zu betrachten, während nach Rabbi CHACHAM ZVI ein Leben ohne *eigenes* Herz grundsätzlich nicht möglich wäre.³⁸⁵

Wie NORDMANN referiert, hat das Ringen um eine probate Position des Judentums zur Herztransplantation noch weitere spekulative Erwägungen hervor gebracht: Wird der Arzt z.B. zum Mörder, wenn er das alte Herz des Empfn-

³⁸⁴ Vgl. Anm. 328; *Sohar*, Sidra Pinchas, 221b; s. dazu MÜLLER, E., *Der Sohar*, München 1993.

³⁸⁵ Vgl. NORDMANN, Y., *Zwischen Leben und Tod*, a.a.O. (s. Anm. 87), 70.

gers entfernt, weil er dann doch – wenn auch nur für kurze Zeit – seinen Patienten tötet und ein solcher Akt dem Grundauftrag ärztlichen Handelns widerstrebt. Oder weiter: Welchen Status genießt der „leblose“ Patient bis zu jenem Zeitpunkt, an dem ihm das neue Herz implantiert wird? Hat er juristisch als tot zu gelten und muss in Konsequenz dessen seine Frau als Witwe betrachtet werden? Wird etwa nach der Operation eine erneute Heirat notwendig?³⁸⁶

Aller Theorie dieser Frage zum Trotz wurden sie heftig diskutiert, wobei letztlich doch die Logik gesiegt hat. Demnach kann eine Person nicht als tot betrachtet werden, nur weil sie einige Zeit ohne „Herz“ gelebt hat.³⁸⁷

Viele rabbinische Autoritäten sind sich darüber einig, dass Herztransplantationen generell erlaubt sind, natürlich immer unter der Voraussetzung, dass der Tod des Spenders nach den halachischen Kriterien mit Sicherheit festgestellt worden ist.³⁸⁸ Andere Kapazitäten wiederum stehen der Transplantation von Herzen allgemein kritisch gegenüber, da sie darin eine Einmischung in den göttlichen Schöpfungsplan sehen.³⁸⁹ Diese Argumentation lässt sich jedoch nicht aufrechterhalten, da ansonsten alle ärztlichen Handlungen als solche Einmischungen zu gelten hätten.

3.3 Zusammenfassung

Die Problematik der Organspende stellt sich im Judentum äußerst komplex dar. Als Resümee kann festgehalten werden, dass im Judentum eine grundsätzliche Akzeptanz gegenüber Organtransplantationen besteht. Diverse rabbinische Autoritäten werten die Organspende als „Akt der Nächstenliebe auf höchstem Niveau“. Allgemeiner Konsens besteht über die Erlaubtheit der Transplantation von sich regenerierenden Substanzen vom lebenden Menschen, wie z.B. Blut-

³⁸⁶ Vgl. ebd.

³⁸⁷ Vgl. ROSENFELD, A., in: Tradition 9(1967), 82-94; REGENSBURG, C.D., in: Halacha Urefuah 2(1981), 3-8.

³⁸⁸ Eine entsprechende Übersicht ist z.B. zu finden bei ROSNER, F., Jewish Perspectives, a.a.O. (s. Anm. 352), 289. - Vgl. hierzu auch im ersten Kapitel den Abschnitt 4.4.2.2, (Hirntod als Todeskriterium) - Jüdisch, 48f.

³⁸⁹ Vgl. etwa WOSNER, S., Heart Transplants, in: Roodyn, P. (Ed.), Pathways in Medicine, New York 1995, 96-102.

spenden, Haut- und Knochenmarktransplantate. Auch die Lebendspende einer Niere ist mit dem jüdischen Glauben zu vereinbaren, allerdings nur, wenn die Gefahr für den Spender sehr gering und die Transplantation für den Empfänger lebensrettend ist, sie also nicht „nur“ der besseren Lebensqualität dient.

Weil im Hinblick auf die Todesdefinition aus jüdischer Sicht immer noch Differenzen zwischen den Positionen verschiedener rabbinischer Strömungen bestehen, sind Leichenspenden von „Hirntoten“ weiterhin äußerst umstritten. Als Minimalkonsens gilt die Erlaubtheit der Hornhauttransplantation von einem Toten.

Angesichts dieser Komplexität der Thematik sollten und können deshalb im Bereich des Judentums Entscheidungen immer nur im Einzelfall getroffen werden. Dabei besteht die idealtypische Bewältigung der Konfliktsituation darin, dass ein in Fragen der medizinischen Ethik kompetenter Rabbi in die Diskussion involviert und die ganze Angelegenheit im Vorfeld einer beabsichtigten Transplantation mit den nächsten Angehörigen sowie fachkundigen Ärzten ausführlich und hinreichend reflektiert wird.

Diese Regelung wirft doch einige Fragen auf: Was etwa ist zu tun, wenn in dem akuten Fall einer lebenswichtigen Transplantation nicht gleich der postulierte kompetente Rabbi greifbar ist? Die Tatsache, dass die Halachot, die Entscheidungen eines Rabbiners oder einer Rabbinerschule nur regionale Gültigkeit haben und auch Organtransplantationen von Fall zu Fall entschieden werden sollen, lässt die Betroffenen zum einen sehr stark von der fundamentalistischen oder liberaleren Gesinnung des zuständigen Rabbiners abhängig sein, was diesem wiederum wegen der ihm zugestandenen Autorität eine hohe Einzelverantwortung überträgt, und kann zugleich zu einer zeitlichen Verzögerung der im Extremfall durch die medizinischen Kriterien ohnehin schon engen Zeitplanung der Transplantation führen und somit eine potentielle Lebenschance des Empfängers massiv gefährden oder gar unmöglich machen.

Weil die DEUTSCHE RABBINERKONFERENZ mit ihrem Sprecher JOEL BERGER den Hirntod nicht als Todeskriterium anerkennt, sind für Juden in Deutschland strenggenommen Organspenden, wie sie das deutsche TRANSPLANTATIONSGESETZ vorsieht, nach ihrem Glauben nicht erlaubt.

B. Christentum

1. Grundzüge christlicher Ethik

1.1 Der Mensch als zur Selbstgestaltung berufenes Geschöpf

Die seit der Frühzeit abendländischer Geistigkeit lebendige Forderung "Erkenne dich selbst" führt den Menschen zu einer Selbsterkenntnis seines eigenen Wesens als einer leib-geistigen und sozial-gemeinschaftsbezogenen Existenz. Innerhalb und trotz zahlreicher ihn bestimmender materieller wie sozialer Vorgegebenheiten erweist sich dieser Imperativ zugleich als der ureigene Auftrag des Menschen, den er in Freiheit gestalten soll. Dieser, wie ihn KARL JASPER nannte „philosophische Glaube“ an Freiheit und Lebenssinn ist dem Menschen trotz aller Erfahrung seiner eigenen Endlichkeit in Sterblichkeit wie auch schuldigem Ungenügen zumeist so eindrücklich, dass er sich zu *mitmenschlicher Selbstgestaltung* herausgefordert und sich also ethisch in Pflicht genommen sieht.

Mit dieser des Menschen eigenen Überlegung entstammenden Einsicht korrespondiert auch das *biblisch-christliche Menschenbild*, wie es in der Form der Schöpfungsgeschichte ausgedrückt ist: Adam, der Mensch, von Gott als sein Ebenbild aus der Erde geschaffen und durch seinen Geist ins Leben gerufen, ist bei aller ihm anvertrauten Gestaltung der übrigen Schöpfung derart auf mitmenschliche Partnerschaft hin angelegt, dass er erst vollendet ist, als ihm die ihm gleiche Eva beigezelt wird. Zwar zerstören in der Erzählung der Schöpfungsgeschichte die maßlose Selbstüberheblichkeit, selber sein zu wollen wie Gott, und Kains tödliche Missachtung seines Bruders Abel diese Harmonie. Dennoch führen diese ursündigen Frevel nicht zur totalen Zerstörung des Menschen.³⁹⁰ Vielmehr wird der Mensch durch Gottes Erbarmen aus der Unheilssituation der Sünde in eine *Heilsgeschichte* gerufen, die in der Menschwerdung Gottes in Jesus, dem Christus, der Vollendung wahren Menschseins, gipfelt.

³⁹⁰ Vgl. dazu Gen 1-4.

In diesem christlichen Horizont bedeutet daher Eigengestaltung menschlicher Existenz *Nachfolge Christi* als ein Sich-Einlassen auf ihn als das Vorbild schlechthin: Es bedeutet Gestaltung des Lebens in Mitmenschlichkeit nach Jesu dem „Willen des Vaters“ entsprechenden Botschaft, die sich im Doppelgebot der umfassenden Gottes- und Nächstenliebe bündelt.³⁹¹

Christliche Ethik meint daher nichts anderes als die Reflexion darüber, wie diese grundlegende Zielsetzung für die Gestaltung des menschlichen Lebens in Gemeinschaft in den konkreten Lebenswirklichkeiten von Welt und Gesellschaft umgesetzt und verwirklicht werden kann. Daher versteht es sich von allein, dass mit dem im Evangelium postulierten Liebesgebot in keiner Weise eine wenn auch noch so ideale, aber dem Menschen gleichsam doch von oben und außen auferlegte Lebensorientierung übertragen ist, sondern erst so seine ihm eigensten Dimensionen als eines durch und durch auf mitmenschliche Partnerschaft und Gemeinschaft angelegten Wesens zur Entfaltung kommen: Nicht eine Heteronomie, die sich lediglich als eine Art unerbittliche Pflicht „deontologisch“ anbietet, sondern vielmehr eine von Gott seinem ebenbildlichen Geschöpf zugesagte und ermöglichte Eigenbestimmung (eine sogenannte „*theonome Autonomie*“) bestimmt hier „teleologisch“ die zielgerichtete Tat-Antwort des Menschen auf den ihn in Jesus Christus personal ansprechenden und zielsetzenden Anruf Gottes.³⁹²

1.2 Die personale Antwort im Gewissensentscheid

Die christliche Morallehre bezeichnet die sittliche Fähigkeit des Menschen zum freien und verantworteten Entscheiden als „*Gewissen*“ und meint damit ebenso die aus der gesamten personalen Entwicklung eines Menschen gewachsene Anlage wie auch den damit nach „bestem Wissen und Gewissen“ gesetzten, je individuellen Tatentscheid. So kann etwa differenziert werden zwischen einem sich an die Umgebungsbedingungen möglichst anpassenden *Harmoniegewis-*

³⁹¹ Zum Doppelgebot der Liebe siehe auch den übernächsten Abschnitt 1.3, Das Doppelgebot der Liebe, 166ff.

³⁹² Vgl. FURGER, F., Ethik, a.a.O. (s. Anm. 243), 16.

sen oder auch einem besonders weisungstreuen *Autoritätsgewissen*, wie es besonders den noch heranwachsenden Menschen prägt, und dieses noch unvollständige Stadium abgrenzen vom anzustrebenden *eigenverantwortlichen Gewissen*, das so auch den im vollen Sinn personalen Gewissensentscheid als je eigene Antwort auf den Anruf und den Anspruch Gottes zu setzen vermag.

Ein so definierter Gewissensentscheid meint dann alles andere als einen lediglich momentaner Gefühlsregung oder gar beliebiger Willkür entspringenden Handlungsvollzug. Vielmehr geht es dabei um die prinzipielle Bereitschaft, das eigene Tun und Lassen als sittliches, also vor letzten Zielsetzungen zu verantwortendes zu verstehen, d.h. christlich gesprochen, es unter *Gottes Willen* zu stellen. Da diese Grundentscheidung jedoch je nach kulturellen, gesellschaftlichen und geschichtlichen Umständen – wie besonders nach den je andersartigen individuellen Charaktereigenschaften eines Menschen keinesfalls einheitliche Verwirklichungsformen haben kann, muss sie sich in einer diese subjektiv persönlichen wie objektiv situativen Eigenheiten würdigenden *Vorentscheidung* konkretisieren, um dann von dort aus zielgerichtet die notwendigen konkreten Tatentscheide setzen zu können.

So wird etwa die Entscheidung für eine Organspende auf der Ebene der *Grundentscheidung* auch die Dimension des mitmenschlichen Dienstes und nicht allein den Aspekt der persönlichen Lebenserfüllung mitbedenken, um sie dann in Abwägung der eigenen Möglichkeiten wie auch der konkreten gesellschaftlichen Situation als möglichen eigenen Weg zu erkennen. Erst daraus können sich dann die unmittelbaren und individuellen Entscheidungsschritte ergeben.

Das Selbstverständnis christlicher Ethik besteht deshalb nicht darin, in die Intimität der je persönlichen Entscheidungsantwort einzudringen. Ihr Auftrag ist vielmehr der stets neue Hinweis auf die für eine volle Menschwerdung unerlässliche Notwendigkeit solcher Entscheidungen wie zugleich auch die nüchterne Hilfe bei den konkreten Vorabklärungen hinsichtlich eines solchen Engagements mit allen damit verbundenen Risiken in geduldig kritischem Rat wie in der meditativen Abklärung.

Das Wesen der christlichen Ethik manifestiert sich demnach darin, durch das Angebot von Stärkung und Klärung zur letztlich dann doch in eigener Verantwortung zu fällenden Entscheidung einen Beitrag zu einer sicheren und verantworteten Entscheidungsfindung zu leisten. Besonders wichtig dabei ist, dass sie – reflektiert und systematisch aufgearbeitet – konkrete Erfahrungen mit menschlich-mitmenschlich geglückten Entscheidungen als *Bemessungsgrundlagen* (sogenannte „Normen“) für das Entscheiden auf Zukunft hin anzubieten vermag.

Unter solchen Axiomen sind sittliche Normen dann auch in keiner Weise als repressiver Apparat von belastenden Vorschriften und Regeln zu verstehen, sondern als eigentliche, der eigenen Klärung dienliche und so auch existentiell entlastende Entscheidungshilfen. Die Funktion erfüllen sie um so mehr, als die Erfahrung immer wieder lehrt, wie der Mensch trotz redlichen Bemühens um eine alle Elemente einer Entscheidungssituation berücksichtigendes Gewissensurteil sich aus ungenügender Kenntnis der Lage, wenn nicht sogar aus unbewusst vorgefassten Meinungen, täuschen kann. Besonders hier jedoch vermögen die an analogen Situationen gemachten und jetzt zu Verhaltensnormen verdichteten Erfahrungen anderer vor Irrtum und Fehlentscheid zu bewahren. Wo der Mensch tatsächlich nach bestem Wissen aus seiner Gewissenseinsicht heraus handelt, da agiert er zwar stets auch sittlich gut. Von „bestem Wissen und Gewissen“ jedoch kann erst dort die Rede sein, wo auch solche mitmenschliche sittliche Erfahrungen mitberücksichtigt werden.³⁹³

1.3 Das Doppelgebot der Liebe

Wenn mit dem Neuen Testament angenommen wird, das Doppelgebot der *Gottes- und Nächstenliebe*³⁹⁴ begreife alle sittlichen Forderungen in sich, von de-

³⁹³ Vgl. FURGER, F., Ethik, a.a.O. (s. Anm. 243), 16ff.

³⁹⁴ Vgl. dazu Mt 22, 37-39.

nen der Mensch je betroffen werden könne, so besteht darüber unter Christen allgemeines Einverständnis.³⁹⁵

Die Begründung des Gebotes der *Gottesliebe* lautet in der katholischen Moraltheologie schlicht so: Gott ist deshalb über alles zu lieben, weil er der über alles Gute und darum auch der über alles Liebenswürdige (*amabilis et amandus*) ist. Also, dass Gott zu lieben ist und *wie* er zu lieben ist, in welcher Art und in welchem Maße, beides wird von der Gutheit Gottes her begründet.

Weil die Theologen die *Nächstenliebe* als inneres Moment der Liebe zu Gott verstehen, sind sie bestrebt aufzuzeigen, wieso die Liebe zu Gott notwendigerweise auch die Liebe zum Nächsten in sich einschließt, inwiefern der Nächste „aus Liebe zu Gott“ oder „um Gottes willen“ zu lieben ist. Die Argumentation verläuft häufig folgendermaßen: Wer Gott wahrhaft liebt, der könne nicht umhin, auch all jene zu lieben, die Gott selbst liebt. Gott liebt aber jeden Menschen, also fordere die Liebe zu Gott notwendig auch die Liebe zum Nächsten. Bisweilen wird auch ausgeführt, wer Gott um dessen göttlicher Gutheit willen liebt, beziehe sich eben dadurch auch auf all das, was an der Gutheit Gottes teilhabe. Als Bild und Gleichnis des Schöpfers habe aber der Mensch teil an der Gutheit Gottes. Also komme es ihm auch zu, „um Gottes willen“ geliebt zu werden. Zusammenfassend kann gesagt werden: Als Person, als Ebenbild Gottes, besitzt der Mensch eine besondere Würde, ist er *Selbstwert* und *Selbstzweck*. Darum kommt es ihm auch zu, als Selbstwert, d.h. um seiner selbst willen, geliebt und geachtet zu werden.

Dass der Mensch und *wie* er zu lieben ist – als Selbstwert -, wird beides von der *Personwürde* des Menschen her begründet. Das Wort „Personwürde“ meint dabei die der Person als solcher eigene Gutheit. Ihre Besonderheit wird darin ersichtlich, dass sie, aufgrund ihres Selbstwertes und Selbstzweckes, nicht nur

³⁹⁵ Mancher mag heutzutage hier den Einwand formulieren: Allein durch (christlichen) Glauben könne der Mensch vor Gott als seinen Schöpfer gebracht sein, aufgefordert, ihn aus ganzem Herzen und ganzer Seele zu lieben. Mithin lasse sich zumindest das Gebot der Gottesliebe nicht durch ein bloßes Vernunftargument als berechtigt aufweisen. Man könnte sich gegen diesen Einwand auf das erste Kapitel des Römerbriefes berufen und geltend machen, es sei keineswegs eine ausgemachte Sache, dass der Mensch nur durch (christlichen) Glauben seines Gottesverhältnisses inne werde.

von Nutzen für andere, sondern an sich und aus sich heraus selbst gut und liebenswürdig ist.³⁹⁶

Ein Blick auf die theologische Argumentation, warum auch der *Feind*³⁹⁷ und der *Sünder* zu lieben seien, lässt die bisherige Begründungsweise noch deutlicher werden. Als Feind wird zunächst derjenige definiert, der einem übel wolle und darauf aus sei, einem zu schaden. Daraufhin charakterisieren einige Theologen die Feindesliebe als die reinste Form der Nächstenliebe. Während die Freundschaft leicht mit selbstsüchtigen Motiven vermischt sein könne, sei allein der wirklich Selbstlose imstande, auch seinen Feind zu lieben. Damit geben sie zugleich den Grund an, warum die Nächstenliebe, wenn sie im sittlichen Sinne wahrhaftig sein will, auch die Feindesliebe in sich einschließt. Wollte man den anderen nur lieben, insoweit er einem wohl will, nützt und angenehm ist, so würde man eben dadurch zu verstehen geben, dass man den anderen nicht um seiner selbst willen liebt, nicht als einen „Selbstwert“ und einen „Zweck an sich selbst“, sondern nur um des Nutzens und Wohlbefindens willen, dass man ihm bereits verdankt oder noch von ihm erwarten darf. – Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nur eine Liebe, die gleichermaßen Freund und Feind umgreift, jene Nächstenliebe sein kann, wie sie sittlich gefordert ist. Für das Gebot der Feindesliebe braucht es demnach keine andere Begründung als jene für das Gebot der Nächstenliebe im ganzen.

Eine Schwierigkeit allerdings bleibt noch zu lösen: Wenn der Feind definiert ist als einer, der einem aus sittlich schlechter Gesinnung übel will, dann bedeutet die Liebe zum Feind zugleich die *Liebe zum Sünder*. Nun scheint die Sünde gerade darin ihr Unwesen zu haben, dass sie den innersten Selbstwert des Menschen in einem gewissen Sinn zerstört. Wie aber lässt sich dennoch eine Liebe zum Sünder sittlich rechtfertigen? Berühmt ist jene Unterscheidung, mit welcher der Kirchenvater AUGUSTINUS das Problem zu lösen versucht:

³⁹⁶ Zu den Begriffen „Selbstwert“, „Selbstzweck“ und „Personwürde“ siehe im zweiten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 2.1, Grundlegendes Prinzip: Menschenwürde, 98ff.

³⁹⁷ Vgl. dazu Mt 5, 43-48.

„Man soll keinen Sünder lieben, insofern er Sünder ist; doch soll man um Gottes willen jeden Menschen lieben, insofern er Mensch ist.“³⁹⁸

Es kann bezweifelt werden, ob diese Unterscheidung tatsächlich die gesuchte Klarheit verschafft, denn Sünder ist jemand nur, insofern er sich selbst als freies Subjekt entschlossen mit der Sünde identifiziert. Die Liebe zum Sünder aber meint gerade auch den *Menschen* als eine Person, als freies Subjekt. Die Theologie führt einen leicht verständlichen Grund dafür an, warum auch die Liebe zum Sünder sittlich gefordert sein muss: Auch der Sünder sei nach wie vor zur Gemeinschaft mit Gott gerufen. Er kann also, wenn er nur die ihm angebotene Vergebung ergreift, seine sittlich verfehlte Vergangenheit desavouieren, sich von ihr befreien lassen, hinein in ein neues Leben. Um dieser ihm weiterhin eröffneten Zukunft willen ist auch der Sünder unbedingt zu lieben. Die Liebe zum Sünder ist demnach so etwas wie eine Liebe auf Hoffnung hin.³⁹⁹

Als Resümee zum Doppelgebot der Liebe kann ausgesagt werden, dass es ein einziger Grundsatz ist, mit dessen Hilfe die Moraltheologie aufweist, warum Gott und der Nächste, der Freund, Feind und auch Sünder zu lieben sind. Mit BRUNO SCHÜLLER lässt sich dieser Grundsatz in folgende Formel fassen:

„Die Liebe des Menschen hat ihren verbindlichen Maßstab an der Gutheit oder am Wert dessen, worauf sie sich jeweils bezieht, mag das eine wirkliche, schon im Dasein befindliche Gutheit sein oder eine nur mögliche, erst noch zu erwartende und zu erhoffende Gutheit.“⁴⁰⁰

Gerade dieser Grundsatz vom Doppelgebot der Liebe ist es, weswegen von der *normativen Ethik* der katholischen Tradition gesagt werden kann, sie sei ihrem Wesen nach eine *teleologische Ethik*: Der Begriff des Guten oder des Wertes liegt dem Begriff des Sollens voraus wie der Grund dem Begründeten.

³⁹⁸ AUGUSTINUS, *De Doctrina Christiana*, lib. I cap.28; zitiert bei SCHÜLLER, B., *Begründung sittlicher Urteile*, a.a.O. (s. Anm. 229), 64.

³⁹⁹ Vgl. dazu ebd., 61-67.

⁴⁰⁰ Ebd., 65.

1.4 Die Liebe als Gesinnung und Tat

Das Doppelgebot der Liebe ist für Christen in erster Linie in seinem zweiten Teil problematisch, denn es stellt sich dort die Frage, wie denn das sittlich geforderte Grundverhältnis des Menschen zu seinen Mitmenschen und zur Welt zu bestimmen ist.

Die Liebe zum Nächsten ist zunächst und vor allem als ein *Wohlwollen* (lat. *benevolentia*) zu charakterisieren. Den Nächsten zu lieben bedeutet dann, gegen ihn „herzlich gesinnt“⁴⁰¹ zu sein, darauf bedacht zu sein, dass es dem anderen gut gehe, sich zu freuen mit dem, der sich freut, und mit dem Weinenden zu weinen.⁴⁰² Liebe als Wohlwollen übersetzt sich jedoch auch kraft der ihr eigenen Logik notwendigerweise in ein *Wohl tun* (lat. *beneficentia*). Die Übersetzung der wohlwollenden Liebe in Wohltaten ist nach SCHÜLLER⁴⁰³ von zwei Bedingungen abhängig: Zunächst muss der Wohlwollende in der Lage sein, d.h. die Macht haben, für das Wohl dessen, den er liebt, etwas Wirksames tun zu können. Wer selbst mittellos ist kann in der Regel einem anderen Armen nicht zu Wohlstand verhelfen. Des weiteren muss derjenige, dem das Wohlwollen entgegengebracht wird, in irgendeiner Weise darauf angewiesen sein, dass ein anderer sich seiner annimmt. Wer bereits wohl situiert ist, hat es nicht nötig, dass ihm ein anderer, der ihm wohlgesonnen ist, das zum Leben Notwendige verschafft. – Angesichts dieser Bedingungen wird deutlich, dass die Liebe als Tat also an Grenzen stößt, welche die Liebe als Gesinnung des Wohlwollens nicht kennt.

Dieser Sachverhalt verbietet es, Liebe als *Gesinnung* ohne weiteres in der Liebe als *Tat* für den anderen aufgehen zu lassen, so als ob allein die Tat zähle und die Gesinnung lediglich der Beweggrund zur Tat sei.⁴⁰⁴ Es ist nicht möglich

⁴⁰¹ Röm 12, 10.

⁴⁰² Röm 12, 15.

⁴⁰³ Vgl. hierzu SCHÜLLER, B., Begründung sittlicher Urteile, a.a.O. (s. Anm. 229), 68.

⁴⁰⁴ Zuweilen ist zu lesen und zu hören, die besondere Liebe der Kirche und des Christen habe den Armen, Entrechteten und Unterdrückten zu gelten. Im allgemeinen ist dem sicherlich auch zuzustimmen. Dennoch muss bemerkt werden, dass diese Ausdrucksweise irreführend ist. Den Entrechteten und Unterdrückten muss die besondere Sorge des Christen gelten. Er muss für sie mehr als für andere tätig werden und wirken, jedoch im Grunde doch nur deswegen, weil die Entrechteten und Unterdrückten darauf in einer Weise angewiesen sind, wie es nicht der Fall wäre, wenn ihnen Recht und Freiheit anerkannter Besitz wären. Die Wurzel des Übels liegt hier

zu sagen, je bedürftiger ein Mensch sei, um so größer sei die Liebe als Wohlwollen, die man ihm schulde. Ansonsten wohnte der Liebe eine selbstzerstörerische Kraft inne: sie würde sich genau in jenem Maße verringern, wie es ihr gelingen sollte, etwa Unrecht und Unterdrückung aus der Welt zu schaffen. Weil eine derartige Vorstellung jedoch absurd ist, gilt, dass die Liebe als Gesinnung nicht einfach mit der Liebe als Tat gleichzusetzen ist.

Von der Liebe als Tat sind solche Handlungen zu unterscheiden, die anderen lediglich zu verstehen geben wollen, wie man zu ihnen steht. So spricht z.B. jemand einem anderen seine Anerkennung aus, lässt ihn wissen, dass er ihn schätzt, sich über seine Erfolge freut. Solche Handlungen differenziert SCHÜLLER näherhin als *Ausdruckshandlungen*.⁴⁰⁵ Sie verfolgen nicht den Zweck, dem anderen aus irgendeiner konkreten Not zu helfen oder ihm sonst einen Dienst zu leisten. Sicherlich geben die *Taten* der Liebe durchweg auch der *Haltung* der Liebe Ausdruck. Dennoch ist es wichtig, Gesinnung und Tat voneinander zu unterscheiden. Es gehört zur Grundsituation des Menschen, dass er sich immer wieder in Situationen erlebt, in denen ihm nichts mehr zum Wohl eines anderen zu tun bleibt. Selten deswegen, weil er schon alles Nötige getan hat, jedoch häufig, weil es nicht mehr in seiner Macht steht, das Nötige zu tun. Das Erleben von Angehörigen am Krankenbett ist dafür ein eindrückliches Beispiel. Der Mensch jedoch ist mit der von ihm geforderten Liebe nicht zu Ende, wo er erkennen muss, dass er mit seinem Tun am Ende ist. Diese Tatsache charakterisiert nicht nur die Grundsituation des Menschen, sondern zieht zugleich auch die Frage nach sich, was die Liebe zum Nächsten an Taten fordert.

Die Antwort darauf setzt ein Urteil darüber voraus, worin letztlich das Wohl des Mitmenschen besteht, d.h. was für ihn von Wert oder von Übel ist. Wie gerade die Tätigkeit des Arztes sehr anschaulich macht, kann einem anderen oft nur dadurch eine Wohltat erwiesen werden, dass ihm zugleich ein Übel angetan wird, seine Gesundheit z.B. nur wiederhergestellt werden kann, indem ihm kurz-

mehr in der defizitären *Gesinnung*. Vorschnelle Taten, wohlmöglich auch zur Beruhigung des Gewissens, entbehren nicht eines gewissen Zynismus, da sie die Situation zwar nach außen retuschieren, zugleich aber nichts dafür tun, die Bedürftigen aus der Rolle des Objekts in jene des Subjekts zu überführen und damit wirklich in Liebe ihrer Würde zu entsprechen.

⁴⁰⁵ Vgl. hierzu SCHÜLLER, B., Begründung sittlicher Urteile, a.a.O. (s. Anm. 229), 69.

fristig das Übel des Schmerzes zugefügt wird.⁴⁰⁶ In einem solchen Fall konkurrieren zwei Werte miteinander. Indem der eine verwirklicht wird, muss der andere unverwirklicht bleiben. In dem Urteil darüber, welcher Wert vor dem anderen den Vorrang beansprucht, kristallisiert sich bereits die typische Grundsituation des Menschen heraus: Als endliches Wesen besitzt der Mensch nur begrenzte Möglichkeiten. Daher ist er genötigt, unter den sich ihm jeweils anbietenden Wirkungsmöglichkeiten eine Wahl zu treffen. Weil der Mensch ja zum Wohl der anderen wirken will, wird er keine Willkür walten lassen, sondern seine Vorzugswahl an dem Wohl der anderen orientieren. Es gilt, jene Handlung zu wählen, die dem anderen am meisten zugute kommt. Deshalb ist die Unterscheidung zwischen wichtig und wichtiger, zwischen dringlich und weniger dringlich, zwischen besser, gut und weniger gut ebenso notwendig, wie die Erfassung von Vorzugsgesetzen zwischen den miteinander konkurrierenden Werten. Diese Gesetze sind der Maßstab für die Richtigkeit oder auch Falschheit einer Handlung.⁴⁰⁷

Im Alltag hat der Mensch nicht ständig zwischen konkurrierenden Werten zu wählen, zumal er von Kind auf in eine Gesellschaft hineinwächst, die durch jene in ihr geltenden sittlichen und rechtlichen Regeln sowie durch Institutionen wie Familie, Kirche und Staat mehr oder minder konkrete Schemata für die Lösung von Wertkonkurrenzen bereithält. Diese sittlichen und rechtlichen Regeln sind der Notwendigkeit entwachsen, unter alternativen Handlungsmöglichkeiten die jeweils vorrangige zu bestimmen. Bei der Normenbegründung in der katholischen Moralthologie spielt diese Tatsache eine wichtige Rolle.⁴⁰⁸

⁴⁰⁶ Vgl. hierzu auch im zweiten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 3.1.2, Nil nocere – bonum facere, 117f.

⁴⁰⁷ Vgl. dazu SCHÜLLER, B., Begründung sittlicher Urteile, a.a.O. (s. Anm. 229), 69ff. – Zu den Vorzugsregeln beachte ebenso im zweiten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 3.1, „Prima-facie“-Prinzipien, 115ff.

⁴⁰⁸ Einige Philosophen benennen den Sachverhalt der Wertekonkurrenz auch mit dem mehrdeutigen Wort „*Pflichtenkollision*“, weil die Konkurrenz von Werten immer zugleich auch eine Kollision entsprechender Forderungen an den Menschen darstellt. Werden diese Forderungen näherhin als „Pflichten“ bezeichnet, kann nach SCHÜLLER auch von einer Pflichtenkollision gesprochen werden. Der Auftrag des Menschen besteht dann darin, unter den kollidierenden Pflichten die jeweils vorrangige zu bestimmen. – Vgl. hierzu SCHÜLLER, B., a.a.O. (s. Anm. 229), 71.

1.5. Nächstenliebe und Selbstliebe

Ausgehend von dem Axiom, dass es für jeden auch sein eigenes Wohl gibt, stellt sich die Frage, ob das neutestamentliche Gebot der Nächstenliebe meine, jeder solle allein das Wohl der anderen, nicht jedoch sein eigenes Wohl zum Objekt seiner tätigen Sorge machen, jeder habe also sein eigenes Wohl immer vor dem Wohl der anderen zurückzustellen.

Wenn dem tatsächlich so wäre, so würde das Gebot der Nächstenliebe bereits in sich selbst eine *Vorzugsregel* darstellen, welche dem Wohl der anderen grundsätzlich den Vorrang vor dem eigenen Wohl zugestehen würde. Der Apostel PAULUS zumindest scheint das Liebesgebot eben so zu interpretieren: Er postuliert, niemand solle das seine, sondern jeder das Wohl des anderen suchen⁴⁰⁹ und definiert die Liebe grundsätzlich als solche, die nicht das Ihre sucht⁴¹⁰. Angesichts dessen wirkt es fast schon schockierend, wenn Handbücher der katholischen Moraltheologie formulieren:

„Die Selbstliebe geht dem Range und der Pflicht nach der Nächstenliebe voran.“⁴¹¹

Liebe wird hier als die tätige Sorge für das Wohl verstanden und der Vorrang der Selbstliebe soll nur gelten, wenn man selbst und der andere auf gleichartige Güter in gleicher Weise angewiesen ist. Demnach wäre die entsprechende Vorzugsregel präzise folgendermaßen zu formulieren:

„Ceteris paribus hat man seinem eigenen Wohl den Vorrang zu geben vor dem Wohl der anderen.“⁴¹²

Zur Begründung wird zuerst das Gebot der Nächstenliebe selbst – in seiner aus Lev 19, 18 übernommenen Fassung – ins Feld geführt:

„Du sollst deinen Nächsten lieben, wie dich selbst!“

⁴⁰⁹ Vgl. hierzu 1 Kor 10, 24; vgl. auch Phil 2, 4.

⁴¹⁰ Vgl. hierzu 1 Kor 13, 5.

⁴¹¹ MAUSBACH, J./ERMECKE, G., *Katholische Moraltheologie*, Bd. 2, Münster 1959, 134.

⁴¹² So resümiert SCHÜLLER, B., *Begründung sittlicher Urteile*, a.a.O. (s. Anm. 229), 79.

Allerdings handelt es sich bei dem Verständnis, die Selbstliebe werde hier als *Maßstab* für die Nächstenliebe hingestellt, um eine Fehlinterpretation. Richtig verstanden meint Lev 19, 18 jedoch vielmehr: Du sollst mit deiner Liebe zum Nächsten nicht im mindesten hinter deiner Selbstliebe zurückbleiben.

Ein zweites häufig angeführtes Argument lautet:

„*Natürlicherweise* neigt der Mensch dazu, sich selbst mehr zu lieben als seinen Nächsten; diese natürliche Neigung kann nicht (sittlich) ungeordnet sein, da sie vom Schöpfer der Natur (dem Menschen) eingegeben ist.“⁴¹³

Hier wird jedoch die sittliche Normativität eines empirischen Faktums behauptet, was logisch unzulässig ist und deshalb auch das Argument nicht stichhaltig sein lässt.

Die traditionelle Moraltheologie führt noch einen scheinbar triftigeren Grund für die Gültigkeit der so anstößig klingenden Vorzugsregel an:

„Bezüglich des *Seelenheils*, des wesentlichen Objekts der Caritas, besteht die Pflicht, die eigene Person der des Mitmenschen vorzuziehen.“⁴¹⁴

Wie auch immer die Situationen aussehen mögen, die als Beispiel für einen derartigen Konflikt zwischen dem eigenen Wohl und dem des anderen gelten könnten, deren ethische Interpretation muss falsch sein, weil die Moralität zweier Menschen nicht derart miteinander in Konkurrenz treten kann. Biblisch formuliert heißt das: Das Unheil oder Verderben des einen Menschen kann in keinem Fall die notwendige Bedingung für das Heil oder die Rettung eines anderen Menschen sein.

Neuere katholische Exegeten rücken entschieden von der Auffassung der traditionellen Moraltheologie ab. Es besteht der Eindruck, dass bei ihnen Nächstenliebe und Selbstliebe in einem Konkurrenzverhältnis zueinander stehen: Je größer die Nächstenliebe, desto geringer die Selbstliebe, und umgekehrt. Eine sittlich legitime Selbstliebe anzuerkennen bedeutete demnach, Abstriche zu ma-

⁴¹³ MERKELBACH, B.H., *Summa Theologiae Moralis*, Vol. I, Brugis¹¹ 1962, 695; übersetzt u. zitiert bei SCHÜLLER, B., *Begründung sittlicher Urteile*, a.a.O. (s. Anm. 229), 80.

⁴¹⁴ MAUSBACH, J./ERMECKE, G., *Katholische Moraltheologie*, a.a.O. (s. Anm. 411), 135.

chen an der Forderung radikaler Liebe zum Nächsten, so wie Jesus selbst sie gestellt hat. Daraus ergibt sich allerdings die Frage, wie denn dann in Lev 19, 18 der verkürzte Vergleichssatz „wie dich selbst“ zu lesen sei. Die betreffenden Exegeten interpretieren ihn folgendermaßen: Du sollst deinen Nächsten lieben, wie du dich selbst faktisch immer schon liebst. So schreibt z.B. SCHMID:

„Das Maß und die Norm der Nächstenliebe (...) ist die von *Natur* im Menschen liegende Selbstliebe.“⁴¹⁵

Eine „von Natur“ im Menschen liegende Selbstliebe aber ist eine Liebe, zu der sich der Mensch nicht erst frei entschließen braucht, weil sie einfach faktisch in ihm lebendig ist. Wie aber kann das Faktische Maßstab für sittliche Richtigkeit sein?

Es ist nicht einzusehen, warum Nächstenliebe und Selbstliebe miteinander in Konkurrenz stehen sollen. Mit der Liebe verhält es sich eben gerade nicht wie mit einer Summe Geld, von der jeder einzelne um so weniger erhält, je größer die Zahl der Personen ist, unter denen sie verteilt wird. Darin auch liegt der Grund, warum die Selbstliebe in keinerlei Weise die Nächstenliebe zu beeinträchtigen braucht.

Die Kontroverse über das Verhältnis von Nächstenliebe und Selbstliebe leidet darunter, dass für gewöhnlich nicht deutlich genug zwischen der Liebe als *Wohl-Wollen* und der Liebe als *Wohl-Tat* differenziert wird. Der Arzt z.B. widmet seine Zeit den Kranken und nicht den Gesunden. Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, er liebe allein die Kranken und nicht die Gesunden. Oder: Wer selber von Medizin nichts versteht, wird die Behandlung eines kranken Angehörigen dem Arzt überlassen und sich hüten, die Behandlung selbst zu übernehmen. Dadurch bekundet er aber keineswegs eine geringere Liebe zum Kranken, als sie der Arzt hat. – Es ist also offensichtlich die Liebe als Wohl-Tat, die darüber entscheidet, wer für wessen Wohl zu sorgen hat. Sollte demnach jemand für sich zu dem Urteil kommen, er habe in dieser oder jener Hinsicht zuerst für sich selbst zu sorgen und erst in zweiter Linie für andere, so braucht

⁴¹⁵ SCHMID, J., Das Evangelium nach Markus, in: Wikenhauser, A./Kuss, O. (Hrsg.), Regensburger Neues Testament [RNT], Bd. 2, Regensburg⁴ 1958, 230.

dies keineswegs zu bedeuten, er nehme sein eigenes Wohl wichtiger als das Wohl der anderen. Es ist nicht möglich, seine sittlichen Entscheidungen vollends anderen zu überlassen. Entweder macht der Mensch selber von seiner Freiheit Gebrauch oder aber er verfügt über keine Freiheit. Alles also, was durch diese Tatsachen dem einzelnen an primärer Verantwortung für seine eigene Person zugewiesen wird, hat nichts zutun mit einer Selbstliebe, die der Nächstenliebe irgendwie ihren Rang streitig machte.⁴¹⁶

Alles aber, was Selbstliebe heißt, ist für viele moralisch suspekt und nimmt sich gegenüber der Nächstenliebe sehr unvorteilhaft aus. Manche evangelische Theologen sind sogar der Meinung, eine sittlich geforderte Selbstliebe sei so etwas wie ein hölzernes Eisen, eine sündige Grundeinstellung, von der absurderweise erklärt wird, sie sei – in gewissen Grenzen – sittlich zulässig.⁴¹⁷ Deshalb empfiehlt es sich, der Frage nachzugehen, was es, sittlich gesehen, mit der Selbstliebe auf sich hat.

Zweifellos wird das Wort „*Selbstliebe*“ in Theologie, Ethik und Umgangssprache häufig auch als negatives Wertungswort verwendet, indem ihm dieselbe Bedeutung gegeben wird wie den Wörtern „Selbstsucht“, „Eigensucht“ und „Egoismus“. Wenn überhaupt etwas „Selbstsucht“ genannt zu werden verdient, so ist es sicher die Haltung dessen, der sich entschlossen hat, sein eigenes Wohl und Wehe zum ausschließlichen Bestimmungsgrund all seines praktischen Urteilens und Handelns zu machen. Eine derartige Selbstsucht oder Selbstliebe ist charakterisiert in dem durch den Kirchenlehrer BONAVENTURA geprägten Begriff des „*homo incurvatus super seipsum*“⁴¹⁸.

Angenommen jedoch, jemand begreife das Gebot der *Nächstenliebe* als eine *Regel der Unparteilichkeit*, so dass er es derart liest, wie es zu Anfang dieses Abschnittes vorgeschlagen wurde: Du sollst mit deiner Liebe zum Nächsten nicht im mindesten hinter deiner Selbstliebe zurückbleiben; der Nächste ist deinesgleichen; also darf dir dein eigenes Wohl nicht wichtiger sein als das Wohl der anderen. Wer nach dieser Maxime lebt, der hat dann auch auf sein eigenes

⁴¹⁶ Vgl. dazu SCHÜLLER, B., Begründung sittlicher Urteile, a.a.O. (s. Anm. 229), 83.

⁴¹⁷ Vgl. dazu etwa SÖE, N.H., Christliche Ethik, München³ 1965, 136-140; differenzierter EIBACH, U., Medizin und Menschenwürde, Wuppertal 1976, 170ff.

⁴¹⁸ Zu diesem Ausdruck vgl. KAUP, J. (Hrsg.), Bonaventura, Itinerarium Mentis in Deum. Eingeleitet, übersetzt und erläutert von Julian Kaup, München 1961, 60 u. 172.

Wohl bedacht zu sein, was sinnvollerweise „Selbstliebe“ genannt werden kann. Solche Selbstliebe (2) ist wesentlich unterschieden von der Selbstliebe (1) des „*homo incurvatus*“. Während die letztere sich eine absolute Sonderstellung zuspricht, alle übrigen Menschen allein danach beurteilt, ob sie ihm und nur ihm von Nutzen oder Nachteil sind, sich selbst als den einzigen *Selbstzweck* versteht, zudem sich alle übrigen Menschen wie bloße *Mittel* verhalten sollen, reiht jener, der nach der Maxime der Unparteilichkeit handelt, sich selbst in die Zahl seiner Mitmenschen ein. Er beansprucht keinerlei Sonderstellung und entspricht darin KANTS *Kategorischem Imperativ*⁴¹⁹. Unbestreitbar ist: Die Selbstliebe(1) des „*homo incurvatus*“ unterscheidet sich von der Selbstliebe (2) dessen, der die Regel der Unparteilichkeit zu seiner Handlungsmaxime macht, in derart wesentlichen Momenten, dass es logisch unzulässig ist, von der sittlichen Verwerflichkeit der Selbstliebe (1) auf eine sittliche Verwerflichkeit der Selbstliebe (2) zu schließen.

Für jemanden, der den Standpunkt vertritt, die Liebe habe ihren verbindlichen Maßstab an der Gutheit dessen, auf den sie sich bezieht, ist ein Gebot der Nächstenliebe mit einem gleichzeitigen Verbot der Selbstliebe unvereinbar. Der Nächste ist Person, Selbstwert und Selbstzweck, Bild und Gleichnis Gottes. Das ist der Grund, warum der andere um seiner selbst willen zu lieben ist. Nun ist jeder auch selbst Person, Selbstwert und Selbstzweck.⁴²⁰ Wie das der Grund dafür ist, dass die anderen ihn zu lieben haben, so muss das auch für ihn selbst Grund sein, dass er sich selbst lieben soll. Trotzdem ist nicht von der Hand zu weisen, dass das Wort „Liebe“ in manchem Kontext eine intentionale Beziehung meint, welche sinnvollerweise nur zum anderen als dem anderen bestehen kann, so dass damit dann das Wort „Selbstliebe“ definitionsgemäß etwas Verkehrtes und Sinnwidriges bezeichnet. Diese Konnotation hat das Wort „Liebe“ jedoch nicht, wenn mit der traditionellen Moraltheologie ausgesagt wird, die „Selbstliebe“ fordere, dass der Mensch für seine Gesundheit Sorge, seine Talente nicht brach liegen lasse, sein Leben nicht leichtfertig aufs Spiel setze usw.

⁴¹⁹ „Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in der eigenen Person als auch in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ – Zitiert bei SCHÜLLER, B., Begründung sittlicher Urteile, a.a.O. (s. Anm. 229), 85.

⁴²⁰ Zu den Begriffen „Selbstwert“ und „Selbstzweck“ s. auch im zweiten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 2.1, Grundlegendes Prinzip: Menschenwürde, bes. 102ff.

„Liebe“ meint dann vielmehr eine positive Stellungnahme, ein Anerkennen, Bejahen und Wertschätzen. Diese Einsicht kann am ehesten bewirken, das jenes mit der Selbstliebe (2) Gemeinte nicht weiterhin moralisch suspekt bleibt. Mit SCHÜLLER kann ausgesagt werden, dass derartige *Selbstliebe die innere Voraussetzung* für alle Dankbarkeit gegenüber denen darstellt, die einem Gutes getan haben.⁴²¹

Als Fazit dieser Überlegungen zur Nächsten- und Selbstliebe kann folgendes festgehalten werden: Wenn der Grundsatz, die Liebe des Menschen habe ihren verbindlichen Maßstab an der Gutheit dessen, worauf sie sich bezieht, anerkannt wird, dann ist Lev 19, 18 als Aufforderung zur Unparteilichkeit zu lesen. Es gilt dann: Der Mensch kann mit seiner Liebe zum Nächsten nicht im mindesten hinter seiner Selbstliebe zurückbleiben. Der Mensch darf seiner eigenen Person keinerlei Sonderstellung einräumen, sondern soll sich einreihen unter allen anderen Menschen. Wo es um das eigene Wohl geht, sind keine anderen Maßstäbe anzulegen als dort, wo es um das Wohl der anderen geht. Es gilt dem zuerst beizustehen, der mehr als andere auf diesen Beistand angewiesen ist. Der einzelne hat jene Aufgaben zu übernehmen, für die er besser als andere qualifiziert ist. In manchen Lebensbereichen jedoch ist jeder nur selbst oder zumindest besser als alle anderen dazu geeignet, für sein eigenes Wohl zu sorgen. Darin sind vorrangige Pflichten für die eigene Person begründet, was aber nicht das geringste mit einem Mehr an Selbstliebe gegenüber der Nächstenliebe zu schaffen hat.

Es mag ungewöhnlich sein, das Gebot der Nächstenliebe im Sinne einer Aufforderung zur Unparteilichkeit auszulegen. Zur weiteren Entfaltung dieses Gedankens bietet sich die sogenannte „Goldene Regel“ an.

⁴²¹ Vgl. hierzu SCHÜLLER, B., Begründung sittlicher Urteile, a.a.O. (s. Anm. 229), 84ff.

1.6 Die „Goldene Regel“

Als fundamentalster normativer Bemessungsgrund für wahre Menschlichkeit erweist sich die im Ethos praktisch aller Völker irgendwie formulierte sogenannte „Goldene Regel“, wie sie sich auch, und zwar hier in der besonders anspruchsvollen positiven Form, im Evangelium findet:

„Alles, was ihr wollt, dass euch die Menschen tun, das sollt auch ihr ihnen tun.“⁴²²

Die Gültigkeit der Goldenen Regel kann in differenzierten Stufen begründet werden. So lässt sie sich grundsätzlich als *hypothetischer Imperativ* deuten, als eine auf Erfahrung begründete Aussage über die Art und Weise, wie Menschen zu behandeln sind, um sie zu einem Verhalten zu veranlassen, das man ausschließlich in seinem eigenen Interesse wünscht.⁴²³ Eine weitere Argumentation basiert auf dem *Gleichheitsprinzip*: „Die anderen sind deinesgleichen; sie sind Menschen wie du. Darum sollst du sie so behandeln, wie du von ihnen behandelt werden willst.“⁴²⁴ Vor dem Hintergrund der Gleichheit aller Menschen erhebt diese Sichtweise die Goldene Regel zu einer *sittlichen Weisung*. Übersetzt in eine *normative* Redeweise lautet die Goldene Regel: „Behandle die anderen so, wie nach deiner Überzeugung die anderen dich zu behandeln sittlich verpflichtet sind.“

Allerdings lassen sich problemlos Beispiele benennen, die gegen die Berechtigung dieses Anspruches sprechen. So sind z.B. die Pflichten des Arztes gegenüber seinem Patienten nicht automatisch auch die Pflichten des Patienten gegenüber seinem Arzt. Was der Reiche dem Armen schuldet, ist nicht dasselbe, was der Arme dem Reichen schuldet. Diese Tatsache widerlegt nicht etwa die Goldene Regel, sondern beweist vielmehr, dass es eine Fehleinschätzung ist, die Goldene Regel als Aufforderung zu strenger Gegenseitigkeit in menschlichen Beziehungen zu verstehen.⁴²⁵

⁴²² Mt 7,12.

⁴²³ Vgl. hierzu SCHÜLLER, B., Begründung sittlicher Urteile, a.a.O. (s. Anm. 229), 89.

⁴²⁴ Vgl. ebd., 89f.

⁴²⁵ Vgl. ebd., 90.

Aus der Tatsache, dass alle Menschen (als Personen) füreinander ihresgleichen sind, ergibt sich die Forderung: Du sollst an dich selbst genau dieselben sittlichen Maßstäbe anlegen, die du auch an andere anlegst. Damit ist nicht behauptet, das Verhalten der Menschen zueinander entspreche allein dann der sittlichen Forderung, wenn es streng reziprok ist. Angenommen ein Arzt habe einem Patienten deswegen zu helfen, weil er in der Lage ist, genau die Hilfe zu leisten, derer der Patient bedarf und von ihm erwartet. Eben diese Gründe verdeutlichen auch, warum der Patient in der Regel nicht zum selben Verhalten gegenüber dem Arzt verpflichtet sein kann. Der Arzt hat die geforderte Hilfe nicht nötig, und sollte er sie doch benötigen, so kann sein Patient, falls er zufällig nicht auch Arzt ist, sie ihm gar nicht leisten. Die Goldene Regel fordert also kein Verhalten auf Gegenseitigkeit, sondern die Handlungsmaxime der *Unparteilichkeit*, die jeglichen Egoismus ausschließt.⁴²⁶

Für eine Interpretation des Gebotes der Nächstenliebe durch die Goldene Regel bedeutet dies: Die sittlich geforderte Liebe zum Nächsten ist eine unparteiische Liebe. Jene von der Goldenen Regel postulierte Unparteilichkeit stellt die exakte Antithese zu der im vorigen Kapitel beschriebenen *Selbstsucht* dar. Sie verbietet es dem Menschen, seiner eigenen Person nur deswegen, weil es die eigene Person ist, eine Sonderstellung gegenüber anderen einzuräumen. Sie macht es jedem zur Pflicht, sich selbst um keinen Deut für wichtiger zu nehmen als andere Menschen. Wer sich die Goldene Regel zur Handlungsmaxime macht, lässt also grundsätzlich die Selbstsucht hinter sich und entschließt sich zu einer Liebe, die ihr Gesetz allein an der Gutheit dessen hat, dem sie sich jeweils zuwendet.

Damit wird zugleich auch eine ganz wesentliche Grenze der positiven Definition der Goldenen Regel deutlich: Bezogen auf das Anwendungsbeispiel der Transplantationsmedizin könnte sich ansonsten letztlich der Wunsch des Empfängers an den Spender überdimensionieren, ohne den Grundgehalt dieses ontologischen Prinzips zu verletzen. Zu dem Zweck, die benötigten Organe im optimalen Zustand explantieren zu können, wäre auf der Basis einer selbstsüchtigen Motivation die Argumentation für eine „optimale“ Todesdefinition vorstellbar.

⁴²⁶ Vgl. hierzu ebd., 91.

Eine solche Forderung würde jedoch das Verbot der Instrumentalisierung des Menschen aufgrund der ihm eigenen Würde verletzen.⁴²⁷

Der Selbstsüchtige verwendet bei seinem Rasonnement stets einen Grundsatz, in dem die Individualbegriffe „ich“ und „mein“ die Schlüsselrolle spielen. Eine behauptete sittliche Pflicht oder Erlaubnis jedoch lässt sich nicht mit einem Satz oder Grundsatz begründen, in dem ein Individualbegriff vorkommt. Der Selbstsüchtige ist also prinzipiell nicht in der Lage, sein Verhalten sittlich zu rechtfertigen. Als Aufforderung zur Unparteilichkeit muss die Goldene Regel demzufolge auf dem *Prinzip der Universalität* aufbauen: Nur universale Sätze, in denen kein Individualbegriff vorkommt, können als normative Prämisse in einer ethischen Argumentation fungieren.

Von alters her definiert die Theologie die Sünde unter anderem als Hinwendung des Menschen zum Mitgeschöpf, so als wäre dieses Gott. An einem Mitgeschöpf jedoch ist nichts völlig einzig und unvergleichlich (wie es dem Wesen Gottes eigen ist) außer seiner Individualität. Indem nun die Goldene Regel Individualität rein als solche nicht als sittliche Rechtfertigung eines Verhaltens zulässt, verbietet sie dem Menschen, sich selbst oder irgendeinen anderen Menschen absolut zu setzen. Dies alles kann jedoch nicht daran hindern, trotzdem Bedenken dagegen zu haben, die Individualität eines Menschen rundweg aus den Gründen, die eine sittliche Forderung inhaltlich bestimmen, auszuschließen. Auch in sich selbst muss Individualität ein Positives und Gutes sein. Demnach muss auch die Individualität die richtige Liebe des Menschen bestimmen, wenn tatsächlich der Grundsatz zutreffen soll, die Liebe des Menschen als eines freien Wesens habe ihren Maßstab an der Gutheit dessen, dem sie gilt.

Wenn die Goldene Regel in diesem Sinne als universaler Satz verstanden wird, bedeutet dies für das Anwendungsbeispiel der Organtransplantation folgendes: Als universales Prinzip nimmt die Goldene Regel nicht allein die Situation des Organempfängers, sondern aller Beteiligten in den Blick, was die mögliche individuelle oder selbstsüchtige Handlungsmaxime relativiert und den

⁴²⁷ Vgl. hierzu JONAS, H., *Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt/Main 1987, 130; vgl. auch PIECHOWIAK, H. (Hrsg.), *Ethische Probleme der modernen Medizin*, Mainz 1985, 109f; s. dazu besonders auch im zweiten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 2.1.4, *Notwendiges, aber kein hinreichendes Kriterium*, 106ff.

Grundsatz der Gleichheit aller Menschen als soziale Komponente betont. Bei der positiven Formulierung dieses Prinzips liegen Gefahren sicherlich in der Forderung nach ständiger physischer Erneuerung und der damit verbundenen Vision von der Unsterblichkeit des Menschen.⁴²⁸

Unter Berücksichtigung der stets notwendigen Verantwortung für den einzelnen, die Gesellschaft und Gesellschaften sowie die Umwelt, lässt sich das Prinzip der Goldenen Regel nach JONAS und EIBACH folgendermaßen modifizieren:

„Handle so, dass die Folgen deiner Handlung nicht die Möglichkeit menschlichen Lebens und seiner Umwelt in Gegenwart und Zukunft zerstören oder auch nur gefährden oder mindern können.“⁴²⁹

Wer die Goldene Regel in ihrer biblischen Fassung liest⁴³⁰, wird nicht unmittelbar auf den Gedanken kommen, sie sei auch geeignet, einige wichtige Einsichten über das sittlich richtige Verhältnis des Menschen zu Gott zu vermitteln. Das Neue Testament kennt jedoch sehr wohl eine Art, wie der Mensch sich in seinem Verhältnis zu Gott an der Goldenen Regel prüfen lassen muss. Wer Gott um Vergebung seiner Schuld bittet, der kann das Erbetene nur dann erlangen, wenn er seinerseits all denen vergibt, die sich an ihm schuldig gemacht haben. Dies genau ist der Sinn der fünften Vaterunserbitte wie auch des Gleichnisses vom unbarmherzigen Knecht⁴³¹. Indem der Knecht des Gleichnisses für sich selbst Barmherzigkeit erbittet und annimmt, zugleich jedoch nicht willens ist, seinem Mitknecht Barmherzigkeit zu gewähren, macht er deutlich, dass er nach dem Grundsatz verfährt: mir und nur mir soll vergeben, mir und nur mir soll Gutes getan werden, nicht den anderen. In diesem Grundsatz spricht sich jene

⁴²⁸ Vgl. hierzu FURGER, F., Ethik, a.a.O. (s. Anm. 243), 116; vgl. auch KELLER, R., Probleme der Organtransplantation, a.a.O. (s. Anm. 234), 151ff. - Zugunsten einer postulierten Überlebenstechnik des Organismus würde damit jedoch die Ganzheitlichkeit des Menschen, zu der auch seine Sterblichkeit zählt, preisgegeben. Die Medizin mit ihren technischen Fähigkeiten würde zum Garanten dieser Ideologie. Der Tod wäre konsequenterweise dann lediglich eine „Panne“ aufgrund unzureichender Technik bzw. mangelnder Kunst und würde mögliche Forderungen nach Schadensersatz nach sich ziehen. Das damit auch das Prinzip der Menschenwürde fundamental erschüttert wird, liegt auf der Hand.

⁴²⁹ Zitiert nach REITER, J./THEILE, U. (Hrsg.), Gentechnik und Moral. Beiträge zu einer Ethik des Ungeborenen, Mainz 1985, 153.

⁴³⁰ Vgl. Anm. 422.

⁴³¹ Mt 18, 21-35.

Selbstsucht aus, die antithetisch zur Unparteilichkeit der Goldenen Regel steht. Im Vaterunser folgt der Bitte um Vergebung eine Art Versicherung der Bittenden: Wir vergeben auch unseren Schuldigern. Im Licht der Goldenen Regel nimmt sich das so aus, als ob die Bittenden dadurch die sittliche Aufrichtigkeit ihrer Bitte bekunden wollten: Wir bitten um etwas, was wir selber, von anderen darum gebeten, auch gewähren. Soweit sie das dann auch tatsächlich vollziehen, erweisen sie, dass ihre Bitte an Gott nicht irgendeiner Selbstsucht entspringt.⁴³²

Auf eine Darstellung spezieller Aspekte einer christlichen Medizinethik soll an dieser Stelle verzichtet werden, da diese bereits im zweiten Kapitel dieser Arbeit unter den Prinzipien medizinischer Ethik mitbehandelt wurden.⁴³³

⁴³² Vgl. hierzu SCHÜLLER, B., Begründung sittlicher Urteile, a.a.O. (s. Anm. 229), 99ff.

⁴³³ Vgl. dazu das zweite Kapitel dieser Arbeit, Prinzipien medizinischer Ethik, 96-123.

2. Organspende und Transplantation im Christentum

2.1 Der katholische Standpunkt

Heil und Heilung gehören nach biblischer und außerbiblischer Überlieferung zusammen.⁴³⁴ Darum auch hat die Kirche in ihrer Geschichte nicht nur das Evangelium gepredigt, sondern immer auch die Heilkunst und das Krankenhauswesen gefördert und unterhält bis heute viele Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Entsprechend haben Kirche und Theologie die ärztlichen Bemühungen um das Wohl der Menschen stets mit besonderer Aufmerksamkeit begleitet.

Dabei sind die schwierigsten Fragen jene geblieben, wie Krankheit und Sterblichkeit zu verstehen sind; ob der Mensch alles, was er in bester Absicht zu tun vermag, auch vollziehen darf, ohne dabei die ihm von Gott verliehene Würde zu verletzen. All diese Fragen haben eine neue Brisanz erhalten, seit Abtreibung, aktive Sterbehilfe und auch Organtransplantation in die öffentliche Debatte gekommen sind. Bei Abtreibung und aktiver Sterbehilfe geht es um menschliche Eingriffe in das Leben. Bei der Organtransplantation geht es darum, ob die medizinisch-technische Möglichkeit, Organe zu verpflanzen, als Heilverfahren akzeptiert und eventuell auch mit einer eigenen Organspende unterstützt wird.

Bei der Suche nach einer Antwort dürfen medizinische Fortschritte nicht für sich betrachtet werden und nicht allein die Argumente liefern. Weil nach christlichem Glauben Gott der Schöpfer ist, kann und darf der Christ nicht selbstherrlich mit dem Leben umgehen. Angesichts der rasanten Entwicklung der medizinischen Forschung auch auf dem Gebiet der Transplantation⁴³⁵ erinnerte deshalb wohl auch Papst PIUS XII. bereits am 14.09. 1952 in einer Ansprache an die Teilnehmer des ersten INTERNATIONALEN KONGRESSES FÜR HISTOPATHOLOGIE DES NERVENSYSTEMS in Rom daran, dass der Mensch keinerlei Verfügungsrecht über das Leben, auch nicht sein eigenes, hat:

⁴³⁴ Vgl. Mk 2, 1-12: Jesus bringt Heil, indem er Sünden vergibt und Kranke heilt.

⁴³⁵ Vgl. hierzu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 2, Historische Entwicklung der Transplantationsmedizin, 16-24, hier bes. 20.

„Zunächst muss vorausgesetzt werden, dass der Arzt gegen den Willen des Patienten keine Anordnung treffen und keinen Eingriff vornehmen darf. Denn der Arzt hat über den Patienten nur soviel Vollmacht und Verfügungsrecht, als der Patient ihm gibt, sei es ausdrücklich, sei es einschließlic und stillschweigend. Der Patient aber kann nicht mehr Verfügungsrecht geben, als er selbst besitzt. (...) Was aber den Patienten betrifft, so ist er nicht unbeschränkter Herr über sich, über seinen Leib und seinen Geist. Er kann also erlaubterweise nicht verfügen, wie ihm beliebt. Auch das Motiv, aus dem er handelt, ist für sich allein nicht genügend und bestimmend.“⁴³⁶

Nur zwei Jahre später, am 30.09. 1954, im Geiste des schon im vorherigen Zitat angeklungenen und damals noch uneingeschränkt gültigen Selbstverstümmelungsverbotes sowie eventuell auch unter dem Eindruck der damals in Italien gerade vieldiskutierten Lebendnierenspende einer Mutter an ihr Kind⁴³⁷, fordert der gleiche Papst dringend angemessene Regeln für die Organspende:

„Hinsichtlich der Wegnahme von Teilen des Körpers eines Verstorbenen zu therapeutischen Zwecken darf man dem Arzt nicht gestatten, den Leichnam nach Gutdünken zu behandeln. Es ist Sache der öffentlichen Gewalt, angemessene Regeln dafür aufzustellen. Aber auch sie darf nicht nach Gutdünken verfahren.“⁴³⁸

Der 1993 erschienene KATECHISMUS DER KATHOLISCHEN KIRCHE formuliert seinen Standpunkt zur Organspende – im Kontext seiner Ausführungen zu den Zehn Geboten unter dem Gebot „Du sollst nicht töten“ - zunächst etwas umständlich in Gestalt einer Negativdefinition und legt die Zustimmung des Spenders bzw. seiner Vertreter als absolute Voraussetzung fest, ohne dabei näher zwischen Lebend- und Totenspende zu differenzieren. Vor dem Hintergrund, dass dieser Katechismus sich als weltweit verbindlicher Tugendkodex versteht und die Zustimmung zur Totenspende keineswegs in allen Ländern

⁴³⁶ PIUS XII., Ansprache an die Teilnehmer des ersten Internationalen Kongresses für Histopathologie des Nervensystems in Rom, 14.09. 1952, Nr. 11f, in: St. Lukas-Institut für ärztliche Anthropologie e.V. Münster (Hrsg.), Köln o.J.

⁴³⁷ Vgl. dazu auch im zweiten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 2.2, Das Totalitätsprinzip und seine Korrektur, 111f., bes. 111.

⁴³⁸ PIUS XII., Richtlinien über die ärztliche Moral, zitiert in: Utz, A.F./Groner, J.F., Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius XII., Freiburg/Schweiz 1961, Nr. 5369.

gilt⁴³⁹, ist dies erstaunlich, unterstreicht zugleich jedoch die christliche Überzeugung von der Würde, dem Selbstwert und Selbstzweck des Menschen.⁴⁴⁰ Im zweiten Teil begrüßt der WELTKATECHISMUS die *Lebendspende* paariger Organe, knüpft diese zugleich aber auch an die medizinisch-ethische Verhältnismäßigkeit der Mittel:

„Organverpflanzung ist sittlich unannehmbar, wenn der Spender oder die für ihn Verantwortlichen nicht in vollem Wissen ihre Zustimmung gegeben haben. Sie entspricht hingegen dem sittlichen Gesetz und kann sogar verdienstvoll sein, wenn die physischen und psychischen Gefahren und Risiken, die der Spender eingeht, dem Nutzen, der beim Empfänger zu erwarten ist, entsprechen. Die Invalidität oder den Tod eines Menschen direkt herbeizuführen, ist selbst dann sittlich unzulässig, wenn es dazu dient, den Tod anderer Menschen hinauszuzögern.“⁴⁴¹

Die Erlaubtheit und den sittlichen Wert der *Totenspende* verhandelt der WELTKATECHISMUS im Rahmen seiner Ausführungen zur Achtung der Toten und verbindet damit gleichzeitig ein eindeutiges Votum gegen jeglichen *Organhandel*⁴⁴²:

„Die unentgeltliche Organspende nach dem Tode ist erlaubt und kann verdienstvoll sein.“⁴⁴³

Der 1995 von der DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ herausgegebene KATHOLISCHE ERWACHSENENKATECHISMUS knüpft in seiner Stellungnahme zur Organspende an die Kernaussage des WELTKATECHISMUS, dass die Spende von Organen „verdienstvoll“ sein kann, an:

„In den weiten Bereich des Dienstes am Leben gehört auch die Möglichkeit, durch Übertragung von Gewebe und Organen anderen Menschen die Wiederherstellung der Gesundheit zu ermöglichen oder ihr Leben zu retten.“⁴⁴⁴

⁴³⁹ Vgl. dazu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 5.1, Systeme der Einwilligung zur Organspende, 70ff.

⁴⁴⁰ Vgl. hierzu im zweiten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 2.1, Grundlegendes Prinzip: Menschenwürde, 98ff.

⁴⁴¹ Ecclesia Catholica: Katechismus der Katholischen Kirche [KKK], München – Wien u.a. 1993, Art. 2296.

⁴⁴² Vgl. hierzu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 7, Organhandel, 80ff.

⁴⁴³ KKK, a.a.O. (s. Anm. 441), Art. 2301.

Die Aussagen des KATHOLISCHEN ERWACHSENENKATECHISMUS können gleichsam als ein Kommentar zum WELTKATECHISMUS gelesen werden, weil hier - zunächst zur *Lebend-*, anschließend zur *Totenspende* – die im WELTKATECHISMUS grundgelegten ethischen und praktischen Rahmenbedingungen konkretisiert und entfaltet werden. Dabei zeugt die Position des KATHOLISCHEN ERWACHSENENKATECHISMUS von einem sensiblen Problembewusstsein für jene Empfindungen und Fragen, die im Umfeld einer Transplantation entstehen. Die Lebendspende versteht der ERWACHSENENKATECHISMUS als „seltenen Grenzfall unter dem Gesichtspunkt eines außergewöhnlichen persönlichen Opfers“⁴⁴⁵ und zieht einen entsprechend engen Rahmen für ihre ethische Vertretbarkeit. Als Grundvoraussetzung zur Lebendspende gelten dem ERWACHSENENKATECHISMUS das Motiv der Nächstenliebe und die absolute Freiwilligkeit des Spenders:

„Eine Lebendspende ist ethisch allenfalls vertretbar, wenn es sich um Organe handelt, die, wie zum Beispiel die Niere, doppelt vorhanden sind. Außerdem kommt sie nur in Betracht, wenn das Leben und die Gesundheit des Spenders mit Sicherheit nicht gefährdet sind und mit Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass der Spender auch sonst keinen substantiellen oder irreparablen Schaden für das eigene Leben, die eigene Gesundheit oder seine Arbeitsfähigkeit davonträgt. Auf der anderen Seite muss für den Empfänger eine begründete Hoffnung bestehen, dass sein Leben durch die Organspende verlängert oder sein Gesundheitszustand nachhaltig verbessert werden kann. Schließlich muss die Organtransplantation die einzige Möglichkeit zur Rettung des Lebens des Empfängers sein. Eine weitere Voraussetzung ist, dass das Motiv der Spende die Liebe zum Nächsten ist und der Spender seine Einwilligung in voller Freiheit und nach reiflicher Überlegung und umfassender Aufklärung getroffen hat. Heute wird in der Medizin weithin auf Organverpflanzung von lebenden Spendern verzichtet. Sie kann nur in seltenen Grenzfällen unter dem Gesichtspunkt eines außergewöhnlichen Opfers in Betracht kommen. Zu einem solchen Opfer darf niemand durch moralischen Druck veranlasst werden.“⁴⁴⁶

Wie bereits in der gemeinsamen ERKLÄRUNG DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ UND DES RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN

⁴⁴⁴ DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), Katholischer Erwachsenenkatechismus, Bd. 2, „Leben aus dem Glauben“ [Katholischer Erwachsenenkatechismus], Freiburg – Basel – Wien 1995, 314.

⁴⁴⁵ Ebd., 315.

⁴⁴⁶ Ebd.

DEUTSCHLAND⁴⁴⁷ zur Organtransplantation aus dem Jahre 1990 betont auch der KATHOLISCHE ERWACHSENENKATECHISMUS seine uneingeschränkte Akzeptanz des *Hirntodkonzeptes*:

„Bei vielen Menschen bestehen tiefsitzende Ängste und Vorbehalte dagegen, nach dem Tod als Organspender zu dienen oder diese Entscheidung für einen verstorbenen Angehörigen zu übernehmen. Manche meinen, die Ehrfurcht vor dem toten Leib verbiete einen Eingriff in die körperliche Integrität des Verstorbenen. Andere befürchten, man könne als sterbenskranker Mensch vorschnell für tot erklärt werden. (...) Viele setzen an die Stelle der früheren Todesdefinition (klinischer Tod) die Definition des „Hirntodes“. Dieser besteht im vollständigen und unwiderruflichen Zusammenbruch der Gesamtfunktion des Gehirns. Die Feststellung des Hirntodes ist ein sicheres Anzeichen dafür, dass der Zerfall des ganzmenschlichen Lebens nicht mehr umkehrbar ist. Es ist von diesem Zeitpunkt an vertretbar, Organe für eine Organverpflanzung zu entnehmen.“⁴⁴⁸

Abschließend bezieht der KATHOLISCHE ERWACHSENENKATECHISMUS deutlich Position gegen jeglichen Missbrauch gespendeter Organe wie etwa durch den Handel mit ihnen:

„Staatliche Regelungen und ärztliche Richtlinien sollen dazu beitragen, dass Missbrauch verhindert wird, zum Beispiel auch, dass Organe von lebenden wie von verstorbenen Menschen grundsätzlich nicht verkauft oder gekauft werden dürfen.“⁴⁴⁹

Als umfassende Quelle für die Rezension von Organspende und Transplantation durch das katholische Lehramt erweist sich die von Papst JOHANNES PAUL II. am 29.08. 2000 in Rom vor den Ärzten des 18. KONGRESSES DER INTERNATIONALEN TRANSPLANTATIONSGESELLSCHAFT (ca. 4.000 Teilnehmer) gehaltene Ansprache, die eine ausführliche Zusammenschau der Stellungnahmen des amtierenden Papstes zu wesentlichen Aspekten der Transplantationsmedizin ermöglicht.

Zu Beginn seiner Rede hebt JOHANNES PAUL II. seine hohe *Wertschätzung* der Organspende und Transplantation als einen „Weg zur Pflege einer echten

⁴⁴⁷ Vgl. hierzu Anm. 94.

⁴⁴⁸ DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), *Katholischer Erwachsenenkatechismus*, a.a.O. (s. Anm. 444), 316.

⁴⁴⁹ Ebd.

Kultur des Lebens“⁴⁵⁰ hervor, der die Kirche in ihrem Ziel, dem vollständigen Wohlergehen des Menschen zu dienen, unterstützt:

„Mit Rücksicht auf die Wissenschaft und vor allem in Achtung vor dem Gesetz Gottes hat die Kirche kein anderes Ziel, als das vollständige Wohlergehen der menschlichen Person. Transplantate sind ein großer Schritt vorwärts im Dienste der Wissenschaft am Menschen und nicht wenige Menschen verdanken heute ihr Leben einer Organtransplantation. In zunehmendem Maße hat die Technik der Transplantationen sich als geeignetes Mittel erwiesen, um das oberste Ziel aller Medizin zu erreichen: Den Dienst am menschlichen Leben. Aus diesem Grund habe ich in der Enzyklika *Evangelium Vitae* vorgeschlagen, dass ein Weg zu einer echten Kultur des Lebens „in der Spende von Organen besteht, in einer ethisch akzeptablen Weise durchgeführt und mit der Absicht, den Kranken, die oft keine andere Hoffnung haben, eine Aussicht auf Gesundheit und sogar auf das Leben selbst zu bieten“ (Nr. 86)⁴⁵¹.“⁴⁵²

Bei aller Anerkennung mahnt der Papst auch zur Achtung der *ethischen Grenzen*:

Wie bei allem menschlichen Fortschritt bietet dieses spezielle Feld der medizinischen Wissenschaft bei aller Hoffnung auf Gesundheit und Leben, die es für so viele darstellt, auch gewisse bedenkliche Folgen, die im Licht einer kritischen anthropologischen und ethischen Überlegung untersucht werden müssen. Auch in diesem Bereich der medizinischen Wissenschaft muss die Verteidigung und die Förderung des vollständigen Wohles der menschlichen Person das grundsätzliche Kriterium sein, in dem wir diese einzigartige uns eigene Würde bewahren kraft unserer Menschlichkeit. Folglich ist es selbstverständlich, dass jedes medizinische Handeln an der menschlichen Person seine Grenzen hat: Nicht nur die Grenzen des technisch Machbaren, sondern auch die Grenzen, die der Respekt vor dem menschlichen Leben selbst vorgibt, so wie es in seiner Ganzheit zu verstehen ist: „Was technisch machbar ist, ist nicht alleine aus diesem Grund moralisch zulässig.“ (Kongregation für die Doktrin des Glaubens, *Donum Vitae*, 4)⁴⁵³.“⁴⁵⁴

⁴⁵⁰ JOHANNES PAUL II., Ansprache vor den Ärzten des 18. Kongresses der Internationalen Transplantationsgesellschaft in Rom, 29.08. 2000 [Ansprache], <http://www.rwth-aachen.de/aft/aktuell.html>, 1.

⁴⁵¹ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), ENZYKLIKA EVANGELIUM VITAE von Papst Johannes Paul II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, in: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Bd. 120, 25. März 1995, Bonn⁵ 2001, Nr. 86.

⁴⁵² JOHANNES PAUL II., Ansprache, 1.

⁴⁵³ Vgl. SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), Instruktion DONUM VITAE der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung [Donum vitae], in: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Bd. 74, 10. März 1987, Bonn⁵ 2000, 11f.

Ausdrücklich betont JOHANNES PAUL II. die besondere *Würde*, die der Organspende als einem „aufrichtigen Akt der Liebe“⁴⁵⁵ innewohnt. In Konsequenz dessen verurteilt er jegliche Handlungsweisen – wie z.B. den Organhandel - , die der Würde des Menschen zuwiderlaufen, weil sie seinen Körper zum bloßen Objekt degradieren, und wiederholt in diesem Zusammenhang sowohl das dringende Postulat des WELTKATECHISMUS nach einer „aufgeklärten Zustimmung“ als auch die Bedingung, dass die Spende nichtpaariger Organe ausschließlich nach sicherem Eintritt des Todes sittlich erlaubt ist:

„Zunächst muss betont werden, wie ich bei einem anderen Anlass angemerkt habe, dass jede Organtransplantation ihren Ursprung in einer Entscheidung von hohem ethischen Wert hat: „Die Entscheidung, ohne Gegenleistung einen Teil des eigenen Körpers zu spenden, für die Gesundheit und das Wohlergehen einer anderen Person“ (Grußwort an die Teilnehmer eines Organtransplantations-Kongresses, 20.06. 1991, Nr. 3). Genau hier liegt die Würde dieser Geste, die einem aufrichtigen Akt der Liebe entspricht. Es geht nicht schlicht darum, etwas fortzugeben, das uns gehört, sondern etwas von uns selbst zu geben, denn „kraft seiner starken Verbindung mit einer geistigen Seele kann der menschliche Körper nicht als ein bloßer Komplex von Geweben, Organen und Funktionen betrachtet werden (...) Vielmehr ist er ein wesentlicher Bestandteil der Person, die sich durch ihn offenbart und ausdrückt“ (Kongregation für die Doktrin des Glaubens, *Donum Vitae*, 3)⁴⁵⁶.

Folglich muss jede Handlungsweise, die darauf abzielt, menschliche Organe zu vermarkten oder sie als Objekt von Tausch oder Handel zu betrachten, als moralisch unannehmbar betrachtet werden, denn, den Körper als „Objekt“ zu benutzen, bedeutet, die Würde der menschlichen Person zu verletzen.

Dieser erste Punkt hat eine unmittelbare Auswirkung von großer ethischer Tragweite: Die Notwendigkeit, einer „aufgeklärten Zustimmung“. Die menschliche „Glaubwürdigkeit“ einer so entscheidenden Geste macht es erforderlich, dass der Einzelne angemessen über den betreffenden Vorgang aufgeklärt wird, so dass er in die Lage versetzt wird, in freier und gewissenhafter Weise über Zustimmung oder Ablehnung zu entscheiden. Das Einverständnis von Angehörigen hat seine eigene ethische Gültigkeit, wenn von Seiten des Spenders keine Entscheidung vorliegt. Selbstverständlich sollte von den Empfängern gespendeter Organe ein vergleichbares Einverständnis abgegeben werden.

Die Anerkennung der einzigartigen Würde der menschlichen Person hat eine weitere grundlegende Konsequenz: Lebenswichtige Organe, die im Körper nur einzeln vorkommen, dürfen

⁴⁵⁴ JOHANNES PAUL II., *Ansprache*, a.a.O. (s. Anm. 449), 1.

⁴⁵⁵ Ebd., 2.

⁴⁵⁶ Vgl. SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), *Donum vitae*, a.a.O. (s. Anm. 452), 10.

ausschließlich nach dem Tod entfernt werden, d.h. aus dem Körper von jemandem, der mit Sicherheit tot ist. Diese Forderung ist selbstverständlich, denn anders zu handeln würde bedeuten, beim Zugriff auf seine Organe vorsätzlich den Tod des Spenders herbeizuführen.“⁴⁵⁷

Mit dieser Bemerkung leitet der Papst über zur Problematik der *Todesfeststellung*, einer der am meisten erörterten Streitfragen der aktuellen Bioethik. Angesichts der auch in der Theologie sehr engagiert geführten Diskussion um das Hirntodkonzept⁴⁵⁸ ist es um so bemerkenswerter, mit welcher Deutlichkeit JOHANNES PAUL II. hier Stellung bezieht. Für ihn ist der Hirntod als Todeszeitpunkt dann akzeptabel, wenn die Verantwortlichen ihn nicht etwa pauschal, sondern für jeden zu entscheidenden Einzelfall neu als verlässliche Basis ihres ethischen Urteils, das einer Sicherheit bedarf, anwenden. Die so gewonnene moralische Überzeugung gilt dem Papst als notwendiges und hinreichendes Kriterium für ein ethisch korrektes Handeln:

„Es kann hier gesagt werden, dass das in letzter Zeit akzeptierte Kriterium zur Todesfeststellung, nämlich das vollständige und endgültige Erlöschen aller Hirnaktivität, wenn es streng angewandt wird, nicht mit den wesentlichen Elementen einer fundierten Anthropologie in Konflikt zu stehen scheint. Deshalb kann ein im Gesundheitswesen für die Feststellung des Todes Verantwortlicher diese Kriterien in jedem Einzelfall als Grundlage anwenden, um einen Grad der Sicherheit in der ethischen Beurteilung zu erlangen, den die Morallehre als „moralische Überzeugung“ beschreibt. Diese moralische Überzeugung wird als notwendige und hinreichende Grundlage für ein ethisch korrektes Handeln angesehen. Ausschließlich in den Fällen, in denen eine solche Gewissheit besteht und in denen der Spender oder seine rechtmäßigen Vertreter bereits ein „informiertes Einverständnis“ gegeben haben, ist es moralisch richtig, die technischen Abläufe einzuleiten, die für die Entnahme von Organen für die Transplantation notwendig sind.“⁴⁵⁹

Anschließend plädiert JOHANNES PAUL II. für die *Allokation* gespendeter Organe nach einem an immunologischen und klinischen Faktoren orientiertem Gerechtigkeitsprinzip:

⁴⁵⁷ JOHANNES PAUL II., Ansprache, a.a.O. (s. Anm. 449), 2.

⁴⁵⁸ Vgl. hierzu im ersten Kapitel dieser Arbeit die Abschnitte 4.4.2 u. 4.4.2.3 (Hirntod als Todeskriterium) – Christlich, 46 u. 50ff.

⁴⁵⁹ JOHANNES PAUL II., Ansprache, a.a.O. (s. Anm. 449), 3.

„Vom moralischen Standpunkt aus betrachtet, fordert ein einleuchtendes Gerechtigkeitsprinzip, dass die Kriterien zur Zuordnung gespendeter Organe in keiner Weise „diskriminierend“ sein sollten (z.B. auf der Grundlage von Alter, Geschlecht, Rasse, Religion, Sozialstatus usw.) und auch nicht am „Nutzwert“ orientiert (z.B. nach Arbeitsfähigkeit, gesellschaftlicher Nützlichkeit usw.). Statt dessen sollte die Entscheidung darüber, wer vorrangig ein Transplantat bekommt, auf der Grundlage immunologischer und klinischer Faktoren erfolgen. Jedes andere Kriterium würde sich als völlig willkürlich und subjektiv erweisen und würde dabei scheitern, den ureigenen Wert jedes Menschen an sich zu erkennen, ein Wert, der unabhängig ist von allen äußeren Bedingungen.“⁴⁶⁰

Am Ende seiner Ansprache äußert sich der Papst schließlich noch zu möglichen alternativen Lösungen für das Problem, menschliche Organe zur Transplantation zu finden, und spricht sich in diesem Kontext explizit gegen das Klonen und die Forschung an embryonalen Stammzellen aus. Das Axiom seines Urteils ist auch hier wieder die menschliche Würde:

„Ein Ansatz, noch immer in einem sehr experimentellen Stadium, sind Xenotransplantationen, d.h. Transplantate von Lebewesen einer anderen Spezies.

Ich möchte nicht im Detail die Probleme erörtern, die mit dieser Form der Operation verbunden sind. Ich möchte lediglich daran erinnern, dass bereits 1956 Papst Pius XII. die Frage nach ihrer Rechtmäßigkeit gestellt hat. Dabei kommentierte er die wissenschaftliche Möglichkeit, Augenhornhäute tierischen Ursprungs auf den Menschen zu transplantieren, die seinerzeit vorausgesagt wurde. Seine Antwort belehrt uns auch heute noch: Grundsätzlich darf, so seine Stellungnahme, damit eine Xenotransplantation erlaubt ist, das transplantierte Organ nicht die Unversehrtheit der psychologischen oder genetischen Identität des Empfängers beeinträchtigen. Ferner muss eine bewiesene biologische Aussicht auf einen Transplantationserfolg vorliegen und der Empfänger darf nicht einem übermäßigen Risiko ausgesetzt werden (Grußwort an die italienische Gesellschaft für Augenhornhaut-Spender und an Augenärzte und Praktiker, 14.05.1956).

Zusammenfassend möchte ich meiner Hoffnung Ausdruck geben, dass durch die Arbeit von so vielen selbstlosen und hoch qualifizierten Menschen die wissenschaftliche und technologische Forschung im Bereich der Transplantation weiter fortschreiten wird und sich erweitert um Versuche mit neuen Therapien, die Organtransplantationen ersetzen können, so wie es aktuelle Entwicklungen im Bereich der Prothetik zu versprechen scheinen. In allen Fällen müssen Methoden vermieden werden, die die Würde und den Wert der menschlichen Person nicht respektieren. Ich denke hier im besonderen an Versuche, Menschen zu klonen, um Organe für die

⁴⁶⁰ Ebd.

Transplantation zu gewinnen: Diese Techniken, soweit sie die Manipulation und Zerstörung menschlicher Embryos beinhalten, sind moralisch unannehmbar, selbst wenn das angestrebte Ziel als solches gut ist. Die Wissenschaft selbst tendiert zu anderen Formen von Therapiemaßnahmen, die nicht das Klonen oder die Nutzung von Embryonalzellen beinhalten, sondern von Stammzellen, die beim Erwachsenen gewonnen werden. Dies ist die Richtung, der Forschung folgen muss, wenn sie den Respekt vor der Würde eines jeden menschlichen Lebewesens wünscht, selbst im Stadium eines Embryo.⁴⁶¹

2.2 Die protestantische Position

Wie der nächste Abschnitt noch ausführlich zeigen wird, besteht zwischen den beiden großen christlichen Kirchen in Deutschland hinsichtlich der Organspende und Transplantation eine grundsätzliche Übereinstimmung. Auch aus protestantischer Perspektive gilt die Organtransplantation als solche zunächst als ethisch legitim, da sie dem Leben dient. Anders jedoch als bei der katholischen Sichtweise kann der Standpunkt der evangelischen Kirche keineswegs homogen dargestellt werden. Dieses Phänomen liegt im Selbstverständnis sowie in der Verfasstheit des Protestantismus begründet: Weil nach lutherischer Überzeugung jeder Getaufte in theologischen Fragen prinzipiell selber als urteilsfähig gilt und auch aufgrund ihrer *synodalen Amtsstruktur* kennt die evangelische Kirche – anders als die zentralistisch strukturierte katholische Kirche – kein durch Papst oder Bischöfe repräsentiertes absolutes Lehramt, dass per definitionem für alle Gläubigen richtungsweisende Erklärungen und Dokumente verfasst.

Für das Thema der Organspende und Transplantation ergibt sich aus diesem Selbstverständnis die doch sehr bemerkenswerte und zumindest auch fragwürdige Konsequenz, dass, obwohl 1990 eine gemeinsame ERKLÄRUNG DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ UND DES RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND zur Organtransplantation⁴⁶² immerhin auch vom damaligen Vorsitzenden des RATES DER EVANGELISCHEN KIR-

⁴⁶¹ Ebd., 3f.

⁴⁶² SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94).

CHE IN DEUTSCHLAND, Bischof MARTIN KRUSE unterzeichnet und publiziert wurde, in den Jahren nach der gemeinsamen Erklärung von 1990 – angesichts der aktuellen Diskussion um das dann 1997 verabschiedete TRANSPLANTATIONSGESETZ - einzelne Arbeitskreise Positionen formuliert und Synoden Beschlüsse gefasst haben, die eindeutig von diesem Dokument abweichen und auch noch im jüngster Zeit durch offizielle Vertreter der evangelischen Kirche wiederholt wurden.

Die Differenzen zur gemeinsamen Erklärung von 1990 konzentrieren sich im wesentlichen auf zwei Aspekte, den *exakten Geltungsbereich der Zustimmungslösung* und die *Bedeutung des Hirntodes* als Voraussetzung für die Explantation von Organen.

So hält z.B. der ARBEITSKREIS ARZT UND SEELSORGER AN DER EV. AKADEMIE ISERLOHN in seiner Erklärung vom Herbst 1993 ausschließlich eine Lösung für ethisch vertretbar, die allein auf der Zustimmung des Betroffenen fußt, und stützt sich dabei auf die im Grundgesetz Art. 1 geschützte Würde des Menschen und auf die christliche Überzeugung, dass der Mensch ein Geschöpf Gottes ist:

„Nur durch die Zustimmungslösung bleibt das Selbstbestimmungsrecht als ein wesentlicher Bestandteil der Würde des Menschen gesetzlich gewahrt. Die Würde des Menschen geht im Sterben nicht verloren und überdauert den Tod. Ohne die Einwilligung des Betroffenen selbst, die nicht durch eine Zustimmung von Angehörigen zu ersetzen ist, würde der Gesetzgeber in dessen ganz persönliche Entscheidungsfreiheit eingreifen oder seine im Grundgesetz ausdrücklich geschützte körperliche Unversehrtheit verletzen.

Für uns Christen ist der Leib des Menschen eine Gabe von Gott, die von ihm im Tode wieder zurückgenommen und in der Auferstehung verwandelt wird. Damit ist jedem Menschen ganz persönlich und einmalig die Aufgabe gestellt, sein Leben, zu dem auch das Sterben gehört, verantwortlich vor Gott zu gestalten. Die Entscheidung vor Gott für die Organspende oder gegen eine Organentnahme kann von einem anderen nicht stellvertretend übernommen werden. Dies kommt auch in dem Bedeutungsgehalt des Wortes „Spende“ zum Ausdruck, da Spenden ein freiwilliges Gebenwollen voraussetzt. Bei fehlender Zustimmung kann man nicht von einer Organspende, sondern nur von einer Organentnahme sprechen.“⁴⁶³

⁴⁶³ TRANSPLANTATION: SPENDEN UND EMPFANGEN. Keine Organspende ohne Zustimmung! Erklärung des Arbeitskreises Arzt und Seelsorger an der Ev. Akademie Iserlohn zum geplanten Transplantationsgesetz, unterstützt vom Arbeitskreis Naturwissenschaft und Theolo-

Seine Argumentation für eine *enge Zustimmungslösung* erweitert der ARBEITSKREIS ARZT UND SEELSORGER noch um den Hinweis, dass ein aufgrund unmittelbar persönlicher Entscheidung gespendetes Organ für den Empfänger besser zu akzeptieren sei als ein nur mittelbar durch die Verfügung von Angehörigen entnommenes Organ:

„Für den Empfänger eines Organs bietet allein die Zustimmungslösung die Sicherheit, dass das übertragene Organ nicht gegen den Willen des hirntoten Menschen entnommen wurde, sondern eine wirkliche, weil selbstbestimmte Spende ist. Diese Gewissheit ist eine wichtige Voraussetzung dafür, das fremde Organ annehmen und allmählich in die neu gestaltete Ganzheit seines Leibes integrieren zu können. Bei diesem Prozess ist eine Begleitung des Empfängers erfahrungsgemäß wichtig und hilfreich.“⁴⁶⁴

Fast gleichlautend, nur knapper, formuliert auch die WESTFÄLISCHE LANDESSYNODE in ihrem Beschluss vom 27.10. 1994:

„Die freie, selbstverantwortete Entscheidung ist Ausdruck der auch im Grundgesetz geschützten Würde des Menschen. Sie wurzelt in der Anerkennung des Menschen als Geschöpf Gottes. Die Einwilligung der Organgeberin oder des Organgebers ist darum unersetzbare Bedingung in einer gesetzlichen Regelung der Organtransplantation. Diese Bestimmung hilft auch der Organempfängerin oder dem Organempfänger, das freiwillig gegebene Organ anzunehmen.“⁴⁶⁵

In seiner Einschätzung des damals gerade vom Deutschen Bundestag verabschiedeten TRANSPLANTATIONSGESETZES erklärt der Vizepräsident des KIRCHENAMTES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND, Dr. HERRMANN BARTH:

„Das Transplantationsgesetz schafft die Möglichkeit, dass auch nächste Angehörige in Übereinstimmung mit dem mutmaßlichen Willen eines Organspenders die Zustimmung zur Organent-

gie an der Ev. Akademie Iserlohn, vom Herbst 1993, zitiert in: HELD, W. (Hrsg.) im Auftrage des Landeskirchenamtes von Westfalen, Materialien für den Dienst in der Evangelischen Kirche von Westfalen, Reihe B: Gemeindegliederung, Heft 10: Transplantation: Spenden und Empfangen. Thesen, Texte und Anregungen für das Gespräch über Organtransplantation [Transplantation], Bielefeld 1995, 14f.

⁴⁶⁴ Ebd., 16.

⁴⁶⁵ SYNODE DER EV. KIRCHE VON WESTFALEN, Beschluss zur Organtransplantation vom 27.10. 1994, zitiert in: Held, W. (Hrsg.), Transplantation, a.a.O. (s. Anm. 463), 122.

nahme geben können. Damit bleibt eine Kluft zu der Überzeugung derer, die jede Organentnahme an die persönliche Zustimmung des Organspenders selbst binden wollten. Diese Kluft lässt sich um so leichter ertragen, je mehr unter den Bürgerinnen und Bürgern die Bereitschaft wächst und gefördert wird, bereits zu Lebzeiten eine Verfügung über die Bereitschaft zur Spende der eigenen Organe zu treffen. Organspende ist für Christen keine Bringschuld. Aber die Evangelische Kirche in Deutschland hat seit 1989 in mehreren Äußerungen bekräftigt, dass die Organspende eine Tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus sein kann. Sie wird sich auch weiterhin dafür einsetzen, die Bereitschaft zur Organspende zu wecken und zu stärken.“⁴⁶⁶

Diesen Standpunkt referiert und bekräftigt nochmals das Ratsmitglied der EVANGELISCHEN KIRCHE DEUTSCHLANDS [EKD] und zugleich der Landesbischof von Berlin, Dr. WOLFGANG HUBER in einem Vortrag vom 11.09. 2001:

„Wenn die Freigabe der eigenen Organe zur Transplantation als Verfügung des Menschen über sich selbst verstanden wird, kann sie im Grunde nur auf der Basis freier Zustimmung erfolgen. (...) Dem hat das deutsche Transplantationsgesetz von 1997 Rechnung getragen, obgleich es sich nicht kompromisslos an eine enge Zustimmungslösung gebunden hat, die eine Organentnahme nur dann ermöglichen würde, wenn eine ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen für den Fall seines Todes vorläge. (...) Organentnahme kann eine Tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus sein. Aber sie ist keine Bringschuld. Die Kirche setzt sich dafür ein, die Bereitschaft zur Organspende zu wecken und zu stärken; aber sie wertet diejenigen nicht moralisch ab, die sich nicht für die Organspende entscheiden.“⁴⁶⁷

Versöhnlicher hingegen klingt die Beurteilung der im TRANSPLANTATIONSGESETZ verankerten erweiterten Zustimmungslösung⁴⁶⁸ im EVANGELISCHEN ERWACHSENENKATECHISMUS:

„Diese Zustimmung kann zuerst und vor allem nur jeder für sich geben. Die jetzt gefundene rechtliche Regelung trägt dem Rechnung. Sie versucht aber auch, einen Ausgleich mit dem Lebensinteresse potentieller Organempfänger zu schaffen, wenn in begründeten Ausnahmefäl-

⁴⁶⁶ PRESSESTELLE DER EKD (Hrsg.), Organtransplantationen. Erklärung des Vizepräsidenten des Kirchenamtes der Evangelischen Kirche in Deutschland, Dr. Hermann Barth, zu dem vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Transplantationsgesetz [Organtransplantationen], <http://www.ekd.de/EKD-Texte/organ/transplantation2.html>, 1f.

⁴⁶⁷ HUBER, W., Was ist vertretbar? Ethische Probleme der Organtransplantation, in: http://www.ekd.de/vortraege/154_vortraege_huber_010911.html, 3.

⁴⁶⁸ Vgl. hierzu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 5.1.2, Die Zustimmungslösung, 71f.

len eine fehlende Zustimmung des Organspenders durch die Zustimmung der Angehörigen ersetzt werden kann.“⁴⁶⁹

Es ist auffallend, dass alle hier angeführten Stellungnahmen im Kontext ihres Plädoyers für eine enge Zustimmungslösung, unterschiedlich deutlich aber ausnahmslos, die Notwendigkeit sehen, sich gegen eine zu *einseitige*, weil moralisierende und darin manipulative ethische *Beurteilung der Organspende als einzig adäquates christliches Handeln* abgrenzen zu müssen, wie sie sie meinen aus der gemeinsamen Erklärung herauslesen zu können.⁴⁷⁰

Nicht nur BARTH und HUBER negieren auf dem Hintergrund dieses Empfindens die „*Bringschuld*“ der Organspende für Christen, wobei HUBER noch ausdrücklich betont, dass „die Kirche“ diejenigen nicht moralisch abwertet, die sich nicht für die Organspende entscheiden.⁴⁷¹ Sehr entschieden und deutlich distanzieren sich auch die bereits zitierte ERKLÄRUNG DES ARBEITSKREISES ARZT UND SEELSORGER AN DER EV. AKADEMIE ISERLOHN sowie die SYNODE DER EV. KIRCHE VON WESTFALEN:

„Die Einseitige Bewertung der Organspende als einzig angemessenem christlichen Verhalten, wie sie aus der „Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Ev. Kirche in Deutschland“ von 1990 abgeleitet werden kann, ist von uns nicht nachvollziehbar und erscheint uns dringend korrekturbedürftig. Denn eine Ablehnung der Organspende ist gleichermaßen aus der vor Gott verantworteten Entscheidung ableitbar, über den von ihm empfangenen Leib nicht

⁴⁶⁹ KIEßLING, M. u.a. (Hrsg.) im Auftrag der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands [VELKD], Evangelischer Erwachsenenkatechismus, Gütersloh⁷ 2001, 797.

⁴⁷⁰ Da leider keine der vorgefundenen Quelle sich in ihrer Kritik dezidiert auf eine bestimmte Textpassage der gemeinsamen Erklärung bezieht, kann nur vermutet werden, das evtl. folgende Passage am Ende des Dokumentes Anlass zur Abgrenzung gegeben hat: „*Wir wissen, dass unser Leben Gottes Geschenk ist, das er uns anvertraut hat, um ihm die Ehre zu geben und anderen Menschen zu helfen. Diese Bestimmung unseres Lebens gilt bis zum Sterben, ja möglicherweise über den Tod hinaus. Denn irdisches Leben schwerkranker Menschen kann gerettet werden, wenn einem soeben Verstorbenen lebensfähige Organe entnommen werden dürfen, um sie zu transplantieren. Wer darum für den Fall des eigenen Todes die Einwilligung zur Entnahme von Organen gibt, handelt ethisch verantwortlich, denn dadurch kann anderen Menschen geholfen werden, deren Leben aufs höchste belastet und gefährdet ist. Angehörige, die die Einwilligung zur Organentnahme geben, machen sich nicht eines Mangels an Pietät gegenüber dem Verstorbenen schuldig. Sie handeln ethisch verantwortlich, weil sie ungeachtet des von ihnen empfundenen Schmerzes im Sinne des Verstorbenen entscheiden, anderen Menschen beizustehen und durch Organspende Leben zu retten.*“ (SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94), 26).

⁴⁷¹ Vgl. hierzu die mit den Anm. 466 u. 467 gekennzeichneten Zitate.

verfügen zu dürfen. Eine – wie auch immer – von außen kommende Verpflichtung zur Spende oder gar ein Anspruch auf Spenden kann es nicht geben.⁴⁷²

„Die neuere kontroverse medizinethische und theologische Diskussion hat gezeigt, dass die gemeinsame Erklärung „Organtransplantationen“ des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz von 1990 der Problemlage nicht mehr gerecht wird. (...) Für Christinnen und Christen ist sowohl die Zustimmung zur Organtransplantation als auch die Ablehnung eine ethisch verantwortbare Möglichkeit. Die jeweilige Entscheidung ist zu respektieren.“⁴⁷³

Als zweite Besonderheit der protestantischen Sicht auf das Phänomen der Organspende und Transplantation ist die *Position zum Hirntod als Kriterium für den Tod des Menschen* zu nennen. Obwohl die gemeinsame ERKLÄRUNG DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ UND DES RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND zur Organtransplantation sich auf die Formel „Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen“⁴⁷⁴ verständigte, Hirntod und Herztod demnach als gleichwertige Momente des Todes anerkannt werden, und auch der EVANGELISCHE ERWACHSENENKATECHISMUS den Hirntod als Todeskriterium befürwortet⁴⁷⁵, erkennen

⁴⁷² TRANSPLANTATION: SPENDEN UND EMPFANGEN. Keine Organspende ohne Zustimmung! Erklärung des Arbeitskreises Arzt und Seelsorger an der Ev. Akademie Iserlohn zum geplanten Transplantationsgesetz, unterstützt vom Arbeitskreis Naturwissenschaft und Theologie an der Ev. Akademie Iserlohn, vom Herbst 1993, zitiert in: HELD, W. (Hrsg.) im Auftrage des Landeskirchenamtes von Westfalen, Transplantation, a.a.O. (s. Anm. 463), 15.

⁴⁷³ SYNODE DER EV. KIRCHE VON WESTFALEN, Beschluss zur Organtransplantation vom 27.10. 1994, zitiert in: Held, W. (Hrsg.), Transplantation, a.a.O. (s. Anm. 463), 122. – Es sei an dieser Stelle der Hinweis erlaubt, dass die Verantwortlichen der letzten beiden Zitate beim genaueren Studium der gemeinsamen Erklärung durchaus hätten feststellen können, dass diese ihrem Postulat keineswegs entgegensteht: „Kein Mensch ist zu einer Gewebe- oder Organspende verpflichtet und darf deshalb auch nicht dazu gedrängt werden. Die Entscheidung über eine Lebendspende seiner Organe kann nur der einzelne persönlich treffen.“ (SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94), 15).

⁴⁷⁴ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94), 18.

⁴⁷⁵ So formuliert die fünfte Auflage des EVANGELISCHE ERWACHSENENKATECHISMUS noch sehr allgemein: „Nach medizinischem Verständnis ist der Tod dann eingetreten, wenn eine Gehirnfunktion nicht mehr feststellbar ist (klinischer Tod). Dieses schließt die künstliche Aufrechterhaltung anderer Körperfunktionen nicht aus. Nach Eintreten des Hirntodes ist es angezeigt, die lebenserhaltenden Systeme abzuschalten.“ (KIEßLING, M. u.a. (Hrsg.) im Auftrag der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands [VELKD], Evangelischer Erwachsenenkatechismus, Gütersloh⁵ 1989, 1330f.) – Die aktuelle Ausgabe des EVANGELISCHEN ERWACHSENENKATECHISMUS bietet ihrem Leser mittlerweile deutlich mehr medizinische Hintergründe zum Sterbeprozess: „Der Vorgang des Sterbens (Agonie) lässt sich sche-

z.B. Stellungnahmen und Beschlüsse aus dem Bereich der WESTFÄLISCHEN LANDESKIRCHE eben darin ein Problem und plädieren für eine vermeintlich differenziertere Sicht des Sachverhaltes.

Der Kernkonflikt besteht dabei darin, dass einerseits zwar der gesicherte Befund des Hirntodes als *Zeitpunkt* für die Organentnahme durchaus Akzeptanz erfährt, andererseits jedoch zugleich die Anerkennung des in sich untrüglichen Todeszeichens des Hirntodes als Tod der menschlichen *Person* schlechthin entschieden abgelehnt wird. So erklärt der ARBEITSKREIS ARZT UND SEELSORGER AN DER EVANGELISCHEN AKADEMIE ISERLOHN:

„(...) wir müssen davon ausgehen, das ein hirntoter Mensch mit Sicherheit stirbt, aber noch nicht tot ist. Insofern wird ein Mensch im Sterben aufgehalten, wenn seine Vitalfunktionen – unter Umständen über längere Zeit – mit dem Ziel einer Organentnahme künstlich aufrechterhalten werden. Dies gebietet einen besonders respektvollen Umgang mit dem hirntoten Organspender.“⁴⁷⁶

In Sorge darum, das damals in Vorbereitung befindliche TRANSPLANTATIONSGESETZ könne den Hirntod ohne weiteres mit dem Tod der menschlichen Person gleichsetzen oder überhaupt eine Todesdefinition festlegen, verabschiedete die WESTFÄLISCHE LANDESSYNODE 1994 den Beschluss:

matisch in mehrere Abschnitte einteilen, die unterschiedlich schnell aufeinander folgen: Eingeleitet wird der Übergang vom Leben zum Sterben mit einer akuten Krise, z.B. des Ausfalls einer Organfunktion (Leber, Niere) oder durch einen Atemstillstand. Der akuten Krise folgt die finale Krise mit vollständiger Aufhebung aller Körperregulationen. Sie ist gekennzeichnet durch den Herzstillstand, im Volksmund auch als „Scheintod“ bezeichnet. In dieser Phase sind Wiederbelebensmaßnahmen möglich, allerdings nur bis zu dem etwa 7-10 Minuten später eintretenden Hirntod, d.h. der irreversiblen Zerstörung von Groß- und Kleinhirn sowie dem Hirnstamm. Der Organtod des Gehirns wird dann zum Kriterium des Individualtodes, wenn unter Reanimationsbedingungen das Herz weiterschlägt und wichtige regulierende Körperfunktionen maschinell ersetzt werden, das Gehirn als integrierendes Steuerungszentrum jedoch unwiederbringlich ausgefallen ist. Personales Leben, bei dem die einzelnen Körperfunktionen geregelt ineinander greifen, ist nun nicht mehr möglich.“ (a.a.O. (s. Anm. 469), 789).

⁴⁷⁶ TRANSPLANTATION: SPENDEN UND EMPFANGEN. Keine Organspende ohne Zustimmung! Erklärung des Arbeitskreises Arzt und Seelsorger an der Ev. Akademie Iserlohn zum geplanten Transplantationsgesetz, unterstützt vom Arbeitskreis Naturwissenschaft und Theologie an der Ev. Akademie Iserlohn, vom Herbst 1993, zitiert in: HELD, W. (Hrsg.) im Auftrage des Landeskirchenamtes von Westfalen, Transplantation, a.a.O. (s. Anm. 463), 15. – Der hier geforderte „respektvolle Umgang“ mit dem hirntoten Organspender kann allerdings nicht davon abhängig sein, ob der Mensch noch lebt oder bereits verstorben ist. Der Respekt gebührt dem Spender vielmehr zu jeder Zeit aufgrund seiner Würde als Mensch!

„Der gesicherte Befund des vollständigen und unumkehrbaren Erlöschenseins der gesamten Hirntätigkeit (Hirntod) ist außer bei „Lebendspende“ die Grundvoraussetzung für eine Organentnahme. Seine Bedeutung als Tod des Menschen ist aber aus anthropologischen und theologischen Gründen umstritten. Deshalb kann zwar der gesicherte Befund Hirntod als Zeitpunkt für die Organentnahme akzeptiert werden. Er darf aber nicht als Definition des Todes (Tod des Menschen) im Gesetz festgeschrieben werden.“⁴⁷⁷

Vermutlich aus der Befürchtung, eine Definition des Hirntodes als eigentlicher Todeszeitpunkt eines Menschen könnte von dem Interesse geleitet sein, einen möglichst schnellen Zugriff auf dessen Organe bekommen zu wollen und damit zu einer *Instrumentalisierung*, d.h. Entwürdigung des Menschen in seiner Integrität führen, bezog eine Gruppe von Krankenhauseelsorgern 1994 die Position:

„Die Definition des Hirntodes als Tod des Menschen, über dessen Leib verfügt werden kann, vergisst die Ganzheitlichkeit menschlichen Lebens.“⁴⁷⁸

Mit der in diesem wie auch schon am Ende des vorherigen Zitates artikulierten Sorge um eine Definition des Hirntodes als Tod des Menschen schlechthin klingt zumindest indirekt eine Distanzierung der hier zitierten Gremien von jener in der gemeinsamen ERKLÄRUNG DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ UND DES RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND zur Organtransplantation geprägten Formel „Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen“ an, zumal das Mitschwingen einer gewissen definitorischen Konnotation in dieser Formulierung nicht zu leugnen ist. Angesichts dessen und auch im Hinblick auf das damals in Planung befindliche TRANSPLANTATIONSGESETZ ist der Hinweis auf die Gefahr einer derartigen Definition und jenen mit ihr verbundenen möglichen negativen Intentionen als Wahrnehmung einer ethischen Pflicht geboten und nachvollziehbar. Hinsichtlich der gemeinsamen ERKLÄRUNG DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ UND DES RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND aller-

⁴⁷⁷ SYNODE DER EV. KIRCHE VON WESTFALEN, Beschluss zur Organtransplantation vom 27.10. 1994, zitiert in: Held, W. (Hrsg.), Transplantation, a.a.O. (s. Anm. 463), 122.

⁴⁷⁸ Stellungnahme einer Gruppe von 34 Krankenhauseelsorgern innerhalb der Evangelischen Kirche von Westfalen vom 11.05. 1994, zitiert in: HELD, W. (Hrsg.) im Auftrage des Landeskirchenamtes von Westfalen, Transplantation, a.a.O. (s. Anm. 463), 135.

dings scheint diese Sorge unbegründet, da diese selbst den Hirntod keineswegs als *Todesdefinition* versteht, sondern ihn vielmehr als „Nachweis eines *bestehenden Sachverhalts*“ begreift, der „keine Beurteilung eines erst künftigen Krankheitsverlauf, keine bloß rechtliche Todeserklärung“⁴⁷⁹, etwa zum Zweck der möglichst schnellen Organentnahme, ist.⁴⁸⁰ Der Nachweis des Hirntodes ist in sich ein hochgradig sensibler Akt, der niemals isoliert als rein medizinischer Sachverhalt behandelt werden kann, sondern dem immer auch die Qualität eines sittlichen Urteils über den Wert und die Würde des Menschen anhaftet. Bei allem Engagement gegen eine Instrumentalisierung des Menschen aber darf es dennoch nicht zu der verkürzten Sicht kommen, die eine Festlegung des Hirntodes von vornherein als entwürdigende Definition beargwöhnt, besonders wenn sie nachweislich auf der Basis einer christlichen Ethik getroffen wird.

Der mit den hier zitierten Äußerungen skizzierte Konflikt lässt noch weitere Rückschlüsse auf seine möglichen Ursachen zu. Als ein Verstehenshintergrund für die Nichtakzeptanz des Hirntodes als Tod der menschlichen Person schlechthin kann gelten, dass gerade in den Reihen der protestantischen Diskussion um die Organtransplantation einige Vertreter besonderen Wert darauf legen, die Frage offen zu halten, in welchem Sinne von einem Menschen gesagt werden kann er sei tot, wenn bei einer beabsichtigten Organentnahme auch nach Eintreten des Hirntodes die Herzkreislauffunktionen aufrechterhalten werden, Herz und Kreislauf also noch aktiv sind.⁴⁸¹

Ein krampfhaftes Festhalten an dieser Frage setzt – bewusst oder unbewusst – negative Assoziationen von der Manipulation an noch Lebenden frei und zeichnet damit ein Zerrbild, das in die Irre führt und keineswegs zu einer notwendig realistischen und daraus erwachsenden konstruktiven Sicht des Problems bei-

⁴⁷⁹ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94), 17.

⁴⁸⁰ Auch das TRANSPLANTATIONSGESETZ von 1997 hat darauf verzichtet, den Hirntod ohne weiteres mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen oder überhaupt eine Todesdefinition vorzulegen. Vielmehr wird die Todesdefinition an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis gebunden. Damit wird der Vorläufigkeit wissenschaftlicher Erkenntnis Rechnung getragen; die Offenheit für bessere wissenschaftliche Einsicht wird in die rechtliche Regelung integriert. – Vgl. dazu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 5.2, Das deutsche Transplantationsgesetz, 72ff.

⁴⁸¹ Vgl. hierzu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 4.4.2.3, (Hirntod als Todeskriterium) - Christlich, 50ff.

trägt. Da mit dem als irreversibler Zerstörung von Groß- und Kleinhirn sowie dem Hirnstamm definierten Hirntod die einzelnen menschlichen Organe – bis eben auf das Gehirn – zwar noch *biologisch* funktionsfähig sind (Herzschlag, Lungenfunktion, Stoffwechsel und Funktion der inneren Organe weiter fortbestehen), jedoch der menschliche Organismus automatisch jegliches Potential verliert, die einzelnen Körperfunktionen aus eigener Kraft zu regeln; im Falle einer beabsichtigten Transplantation das Herz also allein unter den Bedingungen der Intensivmedizin weiter zu schlagen vermag und alle wesentlichen regulierenden Körperfunktionen vollkommen maschinell ersetzt werden müssen; personales Leben, bei dem die Körperfunktionen geregelt ineinander greifen nicht mehr möglich ist, kann es nicht mehr länger eine wirkliche Frage sein, ob der Organtod des Gehirns ein Kriterium für den Individualtod ist, sondern muss konsequenterweise in Anbetracht der Realität als solches akzeptiert werden.⁴⁸² Eine Argumentation, die trotz alledem weiterhin mit der „offenen Frage“ agiert, kann nur als Fehlinterpretation oder Missachtung der Realitäten gesehen werden.

Besonders die Stellungnahme des ARBEITSKREISES ARZT UND SEELSORGER AN DER EV. AKADEMIE ISERLOHN verdeutlicht, dass die große Bedeutung, die der *Prozesshaftigkeit* menschlichen Sterbens als Ausdruck und Teil seiner Würde beigemessen wird, eine weitere Schwierigkeit für die protestantische Akzeptanz des Hirntodes als Tod der menschlichen Person schlechthin darstellt:

„(...) wir müssen davon ausgehen, das ein hirntoter Mensch mit Sicherheit stirbt, aber noch nicht tot ist. Insofern wird ein Mensch im Sterben aufgehalten, wenn seine Vitalfunktionen – unter Umständen über längere Zeit – mit dem Ziel einer Organentnahme künstlich aufrechterhalten werden.“⁴⁸³

⁴⁸² Vgl. hierzu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 4.4.3, Bedeutung des Hirntod-Konzeptes, 55ff.

⁴⁸³ TRANSPLANTATION: SPENDEN UND EMPFANGEN. Keine Organspende ohne Zustimmung! Erklärung des Arbeitskreises Arzt und Seelsorger an der Ev. Akademie Iserlohn zum geplanten Transplantationsgesetz, unterstützt vom Arbeitskreis Naturwissenschaft und Theologie an der Ev. Akademie Iserlohn, vom Herbst 1993, zitiert in: HELD, W. (Hrsg.) im Auftrage des Landeskirchenamtes von Westfalen, Transplantation, a.a.O. (s. Anm. 463), 15.

Das Problem besteht darin, dass in der Gewichtung der verschiedenen Sterbephasen nicht hinreichend zwischen dem Sterben des menschlichen *Organismus* und dem Sterben des Menschen als *Person* differenziert wird. Im Sterbeprozess des menschlichen *Organismus* stellt der Hirntod in der Tat lediglich eine Phase unter mehreren dar: Der Körper als Organismus stirbt über den Hirntod hinaus noch weiter ab und zerfällt nach und nach. Wenn jedoch vom Hirntod als dem Tod der menschlichen *Person* die Rede ist, dann handelt es sich beim Hirntod um die *entscheidende* Phase mit der größten Veränderung, weil mit dem Hirntod das an die Hirnfunktion und das Bewusstsein geknüpfte *personale Leben* beendet ist und damit das Sterben des Menschen als *Person* seinen irreversiblen und endgültigen Punkt erreicht hat.

Auch der EVANGELISCHE ERWACHSENENKATECHISMUS sorgt diesbezüglich eher für Verwirrung als denn für Klärung: Einerseits durchaus bemüht um eine schlüssige Herleitung des Hirntodes als eine Phase des *natürlichen* Sterbeprozesses sowie seiner Bedeutung als Kriterium für den Individualtod⁴⁸⁴, charakterisiert das gleiche Werk nur eine (!) Seite weiter den Hirntod jedoch als „kein natürliches Phänomen“, das ein „künstlich herbeigeführter Zustand“ ist.⁴⁸⁵ Nach den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Möglichkeiten kann der Hirntod als mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit empirisch verifizierbare *natürliche* Erscheinung angesehen werden. „*Künstlich*“ ist vielmehr jener Zustand zu nennen, in dem der Verstorbene bis zur Explantation der Organe notwendigerweise gehalten werden muss.

Die Darstellung der protestantischen Position hat gezeigt, dass neben dem vordergründig betrachteten und im folgenden auch näherhin zu referierenden Konsens mit der katholischen Perspektive der Organtransplantation auch einige spannende Unterschiede existieren, die ein Spiegelbild der jeweiligen strukturellen Verfasstheit beider Kirchen darstellen und zugleich Zeugnis geben vom beiderseitigen Ringen um eine fundierte und authentische ethische Position, in welcher der Mensch mit seiner Würde als Geschöpf Gottes im Mittelpunkt steht.

⁴⁸⁴ Vgl. hierzu Anm. 475.

⁴⁸⁵ KIEßLING, M. u.a. (Hrsg.) im Auftrag der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands [VELKD], Evangelischer Erwachsenenkatechismus, Gütersloh⁷ 2001, 790.

2.3 Die ökumenische Sicht

Im Jahr 1988 haben die DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ und der RAT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND eine Arbeitsgruppe zu Fragen der Gewebe- und Organtransplantationen eingesetzt. Dieses Thema wird bereits kurz behandelt in der GEMEINSAMEN ERKLÄRUNG DES RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (EKD) UND DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ IN VERBINDUNG MIT DEN ÜBRIGEN MITGLIEDS- UND GASTKIRCHEN DER ARBEITSGEMEINSCHAFT CHRISTLICHER KIRCHEN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND UND BERLIN (WEST)⁴⁸⁶: Gott ist ein Freund des Lebens⁴⁸⁷, die 1989 erschienen ist. Nur ein Jahr später widmeten die DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ und der RAT DER EKD mit ihrer in dieser Arbeit schon mehrfach erwähnten GEMEINSAMEN ERKLÄRUNG „Organtransplantationen“ den damit verbundenen medizinischen und ethischen Fragestellungen besondere und umfassende Aufmerksamkeit.

Seinen Beitrag zur Organtransplantation aus dem Jahre 1991 leitet der Salzburger Moralthologe WERNER WOLBERT recht optimistisch ein:

„Von den verschiedenen Fragen medizinischer Ethik scheint die Organtransplantation, mindestens sofern es sich um die Transplantatentnahme von einem Toten handelt, kein aktueller

⁴⁸⁶ Die „übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)“ waren damals: der Bund Evangelisch-Freikirchlicher Gemeinden in Deutschland, der Bund Freier evangelischer Gemeinden in Deutschland, der Christliche Gemeinschaftsverband Mühlheim/Ruhr GmbH, die Evangelisch-altreformierte Kirche in Niedersachsen, die Evangelisch-methodistische Kirche, die Europäisch-Festländische Brüder-Unität (Herrnhuter Brüdergemeinde), die Heilsarmee in Deutschland, die Religiöse Gesellschaft der Freunde (Quäker), die Selbständige Evangelisch-Lutherische Kirche, die Vereinigung der Deutschen Mennonitengemeinden, die Griechisch-Orthodoxe Metropolie von Deutschland, das Katholische Bistum der Altkatholiken in Deutschland und die Syrisch-Orthodoxe Kirche von Antiochien in der BRD.

⁴⁸⁷ KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND/SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West), Trier – Gütersloh 1989, 102-105.

Streitpunkt zu sein. Dass die Niere eines Verstorbenen einem Lebenden, der ihrer bedarf, zur Verfügung gestellt wird, mag als selbstverständlicher Liebesdienst erscheinen.⁴⁸⁸

Allerdings relativiert WOLBERT seine optimistische Einschätzung der damaligen Diskussionslage mit dem warnenden Hinweis von HANS JONAS:

„Der Patient muss unbedingt sicher sein, dass sein Arzt nicht sein Henker wird und keine Definition ihn ermächtigt, es zu werden. Sein Recht zu dieser Sicherheit ist unbedingt; und ebenso unbedingt ist ein Recht auf seinen eigenen Leib mit all seinen Organen. Unbedingte Achtung dieses Rechtes verletzt kein anderes Recht. Denn niemand hat ein Recht auf eines anderen Leib.“⁴⁸⁹

⁴⁸⁸ WOLBERT, W., Ein Recht auf den Leib des anderen? Zu einigen Fragen der Organtransplantation, in: StZ 209(1991), 331-344.

⁴⁸⁹ JONAS, H., Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, in: ders., Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis der Verantwortung, Frankfurt/Main 1985, 219-241, bes. 223. – In diesem Zitat klingt nochmals der vornehmlich auf protestantischer Seite artikulierte und im vorherigen Abschnitt dargestellte Vorbehalt gegenüber einer möglichen Festlegung des Hirntodes als Todesdefinition an. HANS JONAS gilt als einer der Hauptverfechter dieses Standpunktes (vgl. dazu auch im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 4.4.2.3, (Hirntod als Todeskriterium) - Christlich, 50ff.).

Die lebhaft und engagiert geführte Diskussion um die Organtransplantation hat sowohl in der katholischen wie in der evangelischen Theologie eine nur schwer zu überschauende Fülle von wissenschaftlichen Publikationen hervorgebracht, deren kritische Durchsicht und Würdigung den Rahmen dieser Arbeit absolut sprengen würde. Dennoch soll an dieser Stelle nicht darauf verzichtet werden, über die in dieser Arbeit bereits erwähnte und verwendete Literatur hinaus zumindest eine kleine Auswahl grundlegender und richtungsweisender Monographien und Aufsätze zum Thema aufzuführen: ACH, J.S./ANDERHEIDEN, M./QUANTE, M., Ethik der Organtransplantation, Erlangen 2000; DAHL, J., Hat der schwarze Kurscher recht? – Organtransplantation und die Folgen, in: Scheidewege. Jahresschrift für skeptisches Denken 16(1986/87), 168-186; GREWEL, H., Organtransplantation, in: Held, W. (Hrsg.) im Auftrage des Landeskirchenamtes von Westfalen, Materialien für den Dienst in der Evangelischen Landeskirche von Westfalen, Reihe B: Gemeindeforschung, Heft 11: Ethische Herausforderungen der modernen Medizin und die Verantwortung des Christen, 54-73; GRÜNDEL, J., Moralthologische Überlegungen zur Organ- und Herztransplantation und zum ärztlichen Ethos, in: Schlesisches Priesterjahrbuch 7(1969), 169-185; HERBST, M., „Spenden und Empfangen“. Seelsorgerliche Überlegungen zum Thema der Organtransplantation, in: Axt-Piscalar, Chr. u.a. (Hrsg.), Kerygma und Dogma. Zeitschrift für theologische Forschung und kirchliche Lehre [KuD] 45(1999), 207-269; JÖRNS, K.P., Gibt es ein Recht auf Organtransplantation? – Ein theologischer Diskurs, Göttingen 1993; DERS., Organtransplantation: eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung, in: ders. u.a. (Hrsg.), Berliner Theologische Zeitschrift 9(1992), 15-39; NIEMANN, U., Bioethische Aspekte der Organtransplantation nach der Diskussion über den „Paradigmenwechsel“ in Naturwissenschaft und Medizin“, in: Gesellschaft Gesundheit und Forschung e.V. [GG+F] (Hrsg.), Ethik und Organtransplantation. Beiträge zu einer aktuellen Diskussion, Frankfurt/Main 1989, 47-62; RINNERHALER, A., Organtransplantation – ethische Beurteilung und rechtliche Normierung, in: Haering, St. (Hrsg.), Gnade und Recht: Beiträge aus Ethik, Moralthologie und Kirchenrecht. Festschrift für Gerhard Holotik zur Vollendung des 60. Lebensjahres, Frankfurt/Main u.a. 1999, 171-206; SCHLÖGEL, H., Organtransplantation, in: StZ 212(1994), 376-382; SCHWEMMER, O., Ethische Probleme der Organtransplantationsmedizin, in: Beckmann, J.P. (Hrsg.), Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik, Berlin – New York 1996, 355-396; VIEFHUES, H., Ethische Probleme der Transplantation. Die ethische Bewer-

Die gemeinsame ERKLÄRUNG DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ UND DES RATES DER EKD teilt nicht nur diesen Grundsatz, dass es weder seitens des Staates noch seitens des Kranken einen Rechtsanspruch auf das Organ eines Toten oder gar eines Lebenden gibt, sondern formuliert darüber hinaus schon zu Beginn der ERKLÄRUNG – gleichsam als deren „Präambel“ – einen umfangreichen Katalog wesentlicher ethischer wie auch psychologischer Aspekte und Postulate:

„Auf Seiten des Empfängers ist der zu erwartende Nutzen gegen den möglichen Schaden abzuwägen. Transplantationen sollten Leben erhalten, verlängern und verbessern; sie können bestimmte Leiden verringern und bestimmte Erkrankungen heilen. Niemand hat (...) einen Anspruch auf Körperteile eines lebenden oder toten Mitmenschen. Kranke dürfen jedoch zu ihrer Behandlung freiwillig gespendete Gewebe und Organe als Geschenk von anderen annehmen; sie müssen aber auch wissen, dass nicht alle Transplantationen gelingen. Der Empfänger eines Organs braucht keine Änderung seines Wesens zu befürchten, kann aber zuweilen bedenken, dass er das Organ eines anderen, meistens eines Verstorbenen Menschen in sich trägt.

Auf Seiten des Spenders bestehen neben medizinischen und rechtlichen auch ethische Grenzen der Organentnahme. Ein lebender Spender darf mit einer Organspende nicht seinen Tod herbeiführen. Er darf also nur ein paariges Organ (z.B. eine Niere) spenden, von unpaarigen Organen und Geweben nur Teile. Ganze lebensnotwendige Organe dürfen überhaupt nur von Toten entnommen werden.

Die medizinisch utopische Verpflanzung des Gehirns verbietet sich ethisch, weil mit diesem Organ die persönlichkeitsbestimmenden Merkmale verbunden sind. Die Übertragung bestimmter Gehirnzellen von Embryonen auf Parkinsonkranke ist solange abzulehnen, wie sie eine Abtreibung voraussetzt. Die Transplantation von Keimdrüsen ist abzulehnen, da sie in die genetische Individualität des Menschen eingreift. Organentnahmen bei Anenzephalen (d.h. Neugeborenen ohne Großhirn) ohne Hirntodfeststellung sind auch ethisch nicht zu vertreten.

Kein Lebender darf aus irgendeinem Grund zu einer Organspende genötigt werden. Eine Organspende aus ökonomischen Motiven ist ebenso wie der Organhandel ethisch nicht vertretbar. Der Verkauf eigener Organe ist ein Verstoß gegen die Würde des Menschen.

Handelt es sich um einen toten Spender, so gebührt dem Leichnam respektvolle Behandlung und dem Willen des Verstorbenen besondere Beachtung. Wer sich zu Lebzeiten zur Organ-

tung des Körpers und seiner Teile, in: Gesellschaft Gesundheit und Forschung e.V. [GG+F] (Hrsg.), Ethik und Organtransplantation. Beiträge zu einer aktuellen Diskussion, Frankfurt/Main 1989, 63-81; ZIEGLER, J.G., Moraltheologische Kriterien für eine gesetzliche Regelung der Organtransplantation, in: Trierer Theologische Zeitschrift [TThZ] 89(1980), 35-49; DERS., Moraltheologische Überlegungen zur Organtransplantation, in: TThZ 77(1968), 153-174.

spende nach seinem Tod äußert, nimmt seinen Angehörigen die zuweilen schmerzliche Last einer Entscheidung ab und erspart ihnen die Not von Mutmaßungen über seinen Willen.

Die Ärzte und ihre Mitarbeiter tragen nicht nur für die Durchführung und die Weiterentwicklung der Transplantation Verantwortung. Sie sind vielmehr durch die Hoffnung und das Vertrauen der Kranken gerade bei unsicheren Erfolgsaussichten zu einer besonders gewissenhaften Prüfung verpflichtet, ob und inwieweit die angestrebte Transplantation helfen wird. Die Entscheidung muss stets beim Kranken und seinen Angehörigen bleiben, dem Arzt obliegt es, dabei zu helfen.⁴⁹⁰

Insgesamt sehen die christlichen Kirchen in der Organspende eine Möglichkeit, über den Tod hinaus Nächstenliebe zu praktizieren.⁴⁹¹ Deshalb auch stellt die ERKLÄRUNG unmissverständlich fest:

„Aus christlicher Sicht gibt es keinen grundsätzlichen Einwand gegen eine freiwillige Organspende. (...) Nach christlichem Verständnis ist das Leben und damit der Leib ein Geschenk des Schöpfers, über das der Mensch nicht nach Belieben verfügen, das er aber nach sorgfältiger Gewissensprüfung aus Liebe zum Nächsten einsetzen darf.“⁴⁹²

2.3.1 Lebendspende

Wie die bisherigen Zitate aus der ERKLÄRUNG deutlich belegen, gibt es aus christlicher Sicht keinen Einwand gegen eine freiwillige Organspende, vorausgesetzt es handelt sich dabei um ein Zwillingsorgan (z.B. eine Niere), um Teile von Organen (wie etwa der Leber oder der Bauchspeicheldrüse) oder um regenerierbares Gewebe (wie Knochenmark).

Unter dem Aspekt der ethischen Beurteilung allerdings darf nicht übersehen werden, dass z.B. die Spende einer Niere der Mutter zugunsten ihres kranken Kindes ein großes Opfer darstellt, denn für den Rest ihres Lebens muss sie fortan mit einer Beeinträchtigung ihrer Gesundheit und Vitalität rechnen. Wohl

⁴⁹⁰ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 94), 8.

⁴⁹¹ Vgl. ebd., 5.

⁴⁹² Ebd., 16.

auch deshalb weist die ERKLÄRUNG hinsichtlich der Verantwortbarkeit einer Lebendspende ausdrücklich auf die medizinischen und rechtlichen Grenzen der Organentnahme bei Lebenden hin.⁴⁹³

Natürlich ließe sich einwenden, dass der Christ nach dem Evangelium sogar sein Leben für andere hingeben soll.⁴⁹⁴ Demgegenüber stelle die Spende eines Organs ein weitaus geringeres Opfer dar. Es gilt jedoch, hier genauer hinzusehen: Wer sich in einem heroischen Willensakt für die Hingabe des eigenen Lebens entschließt, der braucht sich selber über die weiteren Konsequenzen seiner Tat keine Gedanken mehr zu machen. Die Mutter jedoch, die eine ihrer Nieren spendet, muss fortan ihr Leben lang die Folgen ihres Entschlusses tragen. Es dürfte wohl unmittelbar einsichtig sein, dass nicht per se einfach von jeder Mutter, die ein nierenkrankes Kind hat, eine solche Tat verlangt werden kann. Manche Mütter oder auch Zwillingsgeschwister, die potentielle Spender sein können, würden aufgrund ihrer physischen oder psychischen Konstitution unter Umständen an den Folgen zerbrechen.

Im Interesse eines tieferen Verständnisses der ethischen Position der ERKLÄRUNG ist an dieser Stelle eine kurze *moraltheologische Zwischenüberlegung* einzufügen: Gibt es eine strikte Entsprechung zwischen moralischen Pflichten und Rechten oder sieht sich der Handelnde moralischen Pflichten gegenüber, auf deren Erfüllung niemand einen Rechtsanspruch hat? Traditionell wird diese Frage im Kontext der Unterscheidung zwischen *vollkommenen* und *unvollkommenen* Pflichten behandelt, wobei den vollkommenen Pflichten stets Rechte korrespondieren, den unvollkommenen Pflichten aber nicht.

Dementsprechend dürfte die Forderung, ein Organ zu spenden, allenfalls – wenn überhaupt – zu den unvollkommenen Pflichten zählen. Das schließt nicht aus, dass sich eine Mutter oder ein Zwillingsgeschwister persönlich sehr wohl zu einer solchen Tat verpflichtet fühlen kann. Eine allgemeine moralische Forderung jedoch, die für alle in vergleichbarer oder ähnlicher Situation verbindlich ist, lässt sich daraus nicht ableiten. Kennzeichen solcher Taten sind: Demjenigen, der sich nicht dazu entschließen kann, dürfen deswegen auch keine moralischen Vorhaltungen gemacht werden. Deshalb betont auch die ERKLÄRUNG

⁴⁹³ Vgl. dazu ebd., 12ff.

⁴⁹⁴ Vgl. etwa Joh 15, 13.

der beiden Kirchenleitungen gleich an zwei Stellen des Dokuments sehr profiliert:

„Kein Lebender darf aus irgendeinem Grund zu einer Organspende genötigt werden.“⁴⁹⁵

„Kein Mensch ist zu einer Gewebe- oder Organspende verpflichtet und darf deshalb auch nicht dazu gedrängt werden.“⁴⁹⁶

In diesem Zusammenhang gerät ein Problem in den Blick, das nicht nur psychologischer Natur ist: Die ERKLÄRUNG fordert das Bewusstsein dafür ein, dass die Lebendspende auf der Beziehungsebene zwischen Spender und Empfänger ein hochgradiges Konfliktpotential in sich birgt:

„Es muss auch beachtet werden, dass sich zwischen Spender und Empfänger keine problembeladene Beziehung entwickelt (Abhängigkeit, unangemessene Dankbarkeit, Schuldgefühle).“⁴⁹⁷

Es kann sein, dass z.B. eine Mutter in Konfliktsituationen dem Kind vorwirft, was sie alles für sein Leben und Überleben geopfert habe. Könnte es nicht sein, dass ein solches Kind irgendwann die gespendete Niere nicht mehr haben möchte, weil sie inzwischen zur moralischen Folter wurde?

Bei der Lebendspende ist in Bezug auf die Freiwilligkeit noch eine Präzisierung notwendig: In den USA wurde einem geistig behinderten Kind, das selbst zu einer Entscheidung nicht fähig war, eine Niere zugunsten des kranken Bruders entnommen. Die Begründung dafür lautete: Der Verlust einer Niere sei für das geistig behinderte Kind weniger gravierend als der Verlust des Lebens des Bruders. Bei Handlungen jedoch, die wenn überhaupt – wie eben für die Lebendspende hergeleitet – eine unvollkommene moralische Pflicht darstellen, dürfen bei geistig behinderten oder unmündigen Kindern die Eltern oder Vormünder keine Zustimmung zu einem solchen Verzicht geben. Diese Position vertritt auch die gemeinsame ERKLÄRUNG:

⁴⁹⁵ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantation, a.a.O. (s. Anm. 94), 8.

⁴⁹⁶ Ebd., 15.

⁴⁹⁷ Ebd., 16.

„Die Einsichts- und damit Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen und geistig Behinderten in eine Lebendspende von Organen wird wegen der Tragweite des Eingriffs überwiegend verneint. Diese Frage stellt sich vor allem bei – medizinisch aussichtsreichen – Transplantationen zwischen Geschwistern, besonders eineiigen Zwillingen. Wegen des unlösbaren Interessenkonfliktes wird überwiegend die Auffassung vertreten, dass eine Einwilligung durch die Sorgeberechtigten nicht möglich ist.“⁴⁹⁸

Die Spende von Knochenmark allerdings ist aufgrund seiner Fähigkeit zur Regeneration juristisch wie moralisch anders zu bewerten. Dem stimmt auch die ERKLÄRUNG zu:

„Anders ist die Spende von Knochenmark zu beurteilen, die aus medizinischen Gründen vorwiegend zwischen nahen Verwandten in Betracht kommt. Sie ist ein weitgehend ungefährlicher Eingriff, der keine bleibenden Auswirkungen und Gefahren hat, da das Knochenmark sich regeneriert. In eine Knochenmarkspende können daher die Sorgeberechtigten einwilligen, wenn die Gefahr für die Gesundheit des eigenen Kindes verhältnismäßig gering und auf der anderen Seite die Rettung des kranken Geschwisters zu erhoffen ist.“⁴⁹⁹

2.3.2 Totenspende

Auch wenn es auf den ersten Blick so scheint, ist die Bereitschaft, im Falle des eigenen Ablebens Organspender zu sein, nicht vergleichbar mit dem Entschluss zu einer Lebendspende. Die heftige Diskussion um die sogenannte Hirntoddefinition⁵⁰⁰ und die Debatte um die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung⁵⁰¹ sind markante Kennzeichen für die besondere Problematik im Bereich der Transplantatentnahme bei Toten. Zum Zeitpunkt der Abfassung der ERKLÄRUNG im Jahre 1990 bestand noch keine explizite rechtliche Grundlage weder für die Lebendspende noch für die Organentnahme von toten Spendern. Sie wurde erst Jahre später mit dem 1997 verabschiedeten TRANSPLANTATI-

⁴⁹⁸ Ebd., 13.

⁴⁹⁹ Ebd., 14.

⁵⁰⁰ Vgl. hierzu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 4.4.2.3, (Hirntod als Todeskriterium) - Christlich, 50ff; beachte dazu auch in diesem Kapitel den Abschnitt 2.2, Die protestantische Perspektive, hier bes. 198ff.

⁵⁰¹ Vgl. dazu im ersten Kapitel den Abschnitt 5.2, Das deutsche Transplantationsgesetz, 72ff.

ONGESETZ verfasst. Deshalb auch rekuriert die ERKLÄRUNG ausschließlich auf das im GRUNDGESETZ verankerte *postmortale Persönlichkeitsrecht*.

„Auch die Organentnahme von Toten bedarf einer Rechtfertigung. Der Leichnam, in dem der Eigenwert und die Würde des Menschen nachwirken, ist durch das den Tod überdauernde sog. postmortale Persönlichkeitsrecht aus Artikel 2 Abs. 2 Grundgesetz geschützt. Ein Eingriff in den Leichnam ist daher nur dann zulässig, wenn er gerechtfertigt ist. Als Rechtfertigungsgrund für die Organentnahme kommen nach derzeit geltendem Recht die vom Spender selbst zu Lebzeiten oder nach seinem Tod durch seine Angehörigen erteilte Einwilligung in Betracht sowie der Notstand.

Aus dem postmortalen Persönlichkeitsrecht folgt, dass der noch Lebende sein Selbstbestimmungsrecht über den Tod hinaus ausüben, also verbindlich festlegen kann, was mit seinem Körper nach dem Tode geschehen soll. Der zu Lebzeiten geäußerte Wille des Verstorbenen, sei es eine Organspendeerklärung oder ein Widerspruch, ist deshalb stets zu respektieren.⁵⁰²

Nach geltendem Recht wird ein Organ nicht gegen den Willen des Betroffenen bzw. seiner Angehörigen entnommen. Selbst dort, wo die sogenannte *Widerspruchslösung*⁵⁰³ praktiziert wird, wo also die Zustimmung bis zum Erweis des Gegenteils präsumiert wird, wird die Organentnahme nicht einfach erzwungen. Auch wenn es für einen Verstorbenen objektiv keinen Unterschied macht, ob er z.B. mit ein oder zwei Nieren zu Staub wird, erübrigt sich dennoch jegliche Erhebung eines etwaigen Rechtsanspruchs auf Organentnahme bei Toten, selbst wenn die Spende eines Organs für den Spender faktisch keinen Verzicht bedeutet. Auf der Basis des postmortalen Persönlichkeitsrechts wird plausibel, warum sich die Praxis – falls vom möglichen Spender kein gegenteiliger Beschluss bekannt ist – auf das Einverständnis bzw. den Widerspruch der Angehörigen stützt, die im Sinne des *Totensorgerechts* allerdings im Sinne des Verstorbenen zu entscheiden haben. Diese Auffassung teilt auch die ERKLÄRUNG:

⁵⁰² SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantation, a.a.O. (s. Anm. 94), 18f.

⁵⁰³ Vgl. hierzu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 5.1.1, Die Widerspruchslösung, 71.

„Fehlt es an einer ausdrücklichen Zustimmung des Verstorbenen, so können seine nächsten Angehörigen für ihn in die Organentnahme einwilligen. Den Angehörigen steht das Totensorge-recht zu, sie sind damit gewissermaßen Treuhänder des postmortalen Persönlichkeitsrechts des Verstorbenen, Sachwalter seiner Interessen. Sie sollen daher nicht ihre eigene Einstellung zur Organspende zum Ausdruck bringen, sondern dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zur Geltung verhelfen. Die Angehörigen haben also kein Einspruchsrecht gegenüber einer vom verstorbenen Spender zu Lebzeiten erklärten Zustimmung.“⁵⁰⁴

Unter dieser Rücksicht drängt sich jedoch die ethische Frage auf, ob nicht eventuell – jenseits der konkreten Form der rechtlichen Regelungen – sogar eine moralische Verpflichtung besteht, die Bereitschaft zur Organspende nach dem Ableben zu erklären. Existiert nicht unter Umständen eine *strenge Pflicht* zur Hilfeleistung?

Wie schon im Kontext der ethischen Beurteilung der Lebendspende gilt es auch hier zu differenzieren: Pflichten zur Hilfeleistung bestehen stets dann, wenn eine klare Zuordnung vorliegt, wem eine bestimmte Leistung zukommen soll. So gibt es z.B. zwar eine *allgemeine* moralische Pflicht, gegen den Hunger in der Welt zu kämpfen, aber eine *strenge* moralische Pflicht kann nur gegenüber dem Hungernden bestehen, der in akuter Not an meine Tür klopft. Ein anderes Beispiel: Es besteht die Pflicht zur Hilfeleistung bei Verkehrsunfällen. Das bedeutet aber nicht, dass der einzelne jeweils die Unfallmeldungen an die Polizei abzu-hören habe, um so dann an Ort und Stelle Erste Hilfe leisten zu können. Wer sich jedoch an einem Unfallort befindet, ist strikt zur Hilfeleistung im Rahmen seiner Möglichkeiten verpflichtet.

Weil eine klare Zuordnung zu einer bestimmten bedürftigen Person im Fall der Transplantatentnahme bei Toten in der Regel nicht der Fall ist, liegt damit nach der vorherigen Definition moralisch auch kein akuter Notfall vor und es kann nicht von einer *strengen* Pflicht zur postmortalen Organspende gesprochen werden.

Für die Diskussion und Meinungsbildung ist die ERKLÄRUNG nicht zuletzt dadurch wertvoll, dass sie neben den grundsätzlichen Themen auch ethische

⁵⁰⁴ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantation, a.a.O. (s. Anm. 94), 19f.

Grenzfragen reflektiert. Rechtlich umstritten ist der Fall eines akuten Notfalls. Für diese Situation eines Notstandes zieht die ERKLÄRUNG die Möglichkeit in Betracht, dass eine Organentnahme gerechtfertigt sein kann. Auch wenn die deutsche Rechtsordnung von sogenannten postmortalen Persönlichkeitsrechten ausgeht, so wiegt das Interesse des Verunfallten am eigenen Überleben schwerer als der Respekt vor dem fortwirkenden Persönlichkeitsrecht des Toten:

„Umstritten ist, ob und unter welchen Umständen eine Organentnahme durch Notstand gerechtfertigt sein kann. Der Notstand beruht auf dem Prinzip der Interessenabwägung: zugunsten der Rettung des höherrangigen Rechtsgutes darf in ein anderes Rechtsgut eingegriffen werden, wenn kein anderes Mittel zur Abwendung der Gefahr besteht. Die Interessenabwägung gilt bei Transplantationsfällen als unproblematisch. Den Interessen des Organempfängers am Weiterleben und erst recht am Überleben ist, bei allem Respekt vor dem fortwirkenden Persönlichkeitsrecht des Toten, Vorrang einzuräumen. Bei einer beabsichtigten Herz- oder Leberverpflanzung liegt jedenfalls meist auch eine Notstandslage vor, denn in diesen Fällen besteht für den Organempfänger fast immer eine akute und nicht anders abwendbare Lebensgefahr.“⁵⁰⁵

Im Hinblick auf die Möglichkeit einer expliziten Willenskundgebung, dass im Todesfalle keine Organentnahme zu geschehen habe, und auch bezüglich der Situation, dass eine Einwilligung der Angehörigen aufgrund widriger Umstände nicht einzuholen ist, lässt die ERKLÄRUNG eine deutliche eigene Position vermissen und beschränkt sich darauf, den mehrheitlichen Standpunkt zu referieren:

„Ungeklärt und streitig ist aber vor allem, ob die Rechtfertigung durch Notstand auch dann eingreifen kann, wenn ein Widerspruch des Verstorbenen oder seiner Angehörigen vorliegt. Dies wird überwiegend verneint, nicht nur, weil damit die Ausnahme, für die der Notstand gedacht ist, praktisch zur Regel würde, sondern auch weil niemand unter Missachtung seines ausgeübten Selbstbestimmungsrechts zur mitmenschlichen Solidarität gezwungen werden darf. Ist dagegen eine Einwilligung der Angehörigen nicht zu erlangen, weil diese nicht ermittelt oder trotz aller Bemühungen nicht erreicht werden können, so ist nach verbreiteter Auffassung in der juristischen Literatur eine Rechtfertigung durch Notstand zu bejahen.“⁵⁰⁶

⁵⁰⁵ Ebd.

⁵⁰⁶ Ebd., 20.

Nach der ethischen Beurteilung der ERKLÄRUNG haben folgende moralische Regeln in jedem Falle zu gelten:

„Die Organentnahme von Verstorbenen ist der Lebendspende eindeutig vorzuziehen, da hierbei niemand eine Beeinträchtigung seiner Gesundheit oder gar eine Gefährdung seines Lebens auf sich nehmen muss.

Die Pietät vor dem menschlichen Leichnam und die Achtung vor den Gefühlen der Angehörigen muss gewahrt bleiben. Der menschliche Leichnam war zu Lebzeiten Träger der menschlichen Person. Deshalb verbietet sich seine respektlose Behandlung.

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.“⁵⁰⁷

Im Interesse der christlichen Ethik müssen nach der ERKLÄRUNG für die Transplantatentnahme bei Toten folgende Bedingungen erfüllt sein:

„Die Möglichkeit einer Organentnahme darf die Bemühungen um das Leben des Spenders und seine Behandlung nicht behindern oder einschränken.

Der Tod des Spenders muss vor der Explantation zweifelsfrei feststehen.

Die rechtliche Voraussetzung der Explantation muss erfüllt sein. Der Eingriff muss die Würde des Verstorbenen achten und darf die Empfindungen von Angehörigen nicht leichtfertig verletzen.

Die Organe müssen nach sachlich und ethisch vertretbaren Regeln verteilt werden.

Eine sachgemäße Explantation von Geweben und Organen verletzt weder die Würde des Verstorbenen noch die Ruhe der Toten.“⁵⁰⁸

Ein aussagestarkes Credo formuliert die ERKLÄRUNG mit ihrer Einordnung der Organtransplantation in das christliche Verständnis von Leben und Tod:

„Vom christlichen Verständnis des Todes und vom Glauben an die Auferstehung kann auch die Organspende von Toten gewürdigt werden. Dass das irdische Leben eines Menschen unumkehrbar zu Ende ist, wird mit der Feststellung des Hirntodes zweifelsfrei erwiesen. Eine Rückkehr zum Leben ist dann auch durch ärztliche Kunst nicht mehr möglich. Wenn die unaufhebbarere Trennung vom irdischen Leben eingetreten ist, können funktionsfähige Organe dem Leib entnommen und anderen schwerkranken Menschen eingepflanzt werden, um deren Leben zu

⁵⁰⁷ Ebd., 20f.

⁵⁰⁸ Ebd., 21.

retten und ihnen zur Gesundung oder Verbesserung der Lebensqualität zu helfen. So verständlich es auch sein mag, dass mancherlei gefühlsmäßige Vorbehalte gegen die Entnahme von Organen eines Hirntoten bestehen, so wissen wir doch, dass bei unserem Tod mit unserem Leib auch unsere körperlichen Organe alsbald zunichte werden. Nicht an der Unversehrtheit des Leichnams hängt die Erwartung der Auferstehung der Toten und des ewigen Lebens, sondern der Glaube vertraut darauf, dass der gnädige Gott aus dem Tod zum Leben auferweckt.⁵⁰⁹

Die ERKLÄRUNG schließt mit der Folgerung und Empfehlung:

„Wer darum für den Fall des eigenen Todes die Einwilligung zur Entnahme von Organen gibt, handelt ethisch verantwortlich, denn dadurch kann anderen Menschen geholfen werden, deren Leben aufs höchste belastet oder gefährdet ist. Angehörige, die die Einwilligung zur Organtransplantation geben, machen sich nicht eines Mangels an Pietät gegenüber dem Verstorbenen schuldig. Sie handeln ethisch verantwortlich, weil sie ungeachtet des von ihnen empfundenen Schmerzes im Sinne des Verstorbenen entscheiden, anderen Menschen beizustehen und durch Organspende Leben zu retten. (...) Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten!⁵¹⁰

2.4 Die orthodoxe Perspektive

Eine Darstellung der orthodoxen Position zur Organspende und Transplantation gestaltet sich aus zwei Gründen als sehr schwierig. Wie schon bei der Vorstellung des jüdischen oder protestantischen Standpunktes deutlich geworden, besteht auch hinsichtlich der Orthodoxie das Problem, dass es die orthodoxe Kirche als homogene Größe nicht gibt. Vielmehr besteht sie aus zahlreichen Schwesterkirchen (griechisch, russisch, serbisch, syrisch, armenisch, koptisch, äthiopisch usw.)⁵¹¹, die sich in ihrer Bereitschaft zum theologischen Dialog mit anderen christlichen Kirchen und ihrer Öffnung zur modernen Welt teilweise

⁵⁰⁹ Ebd., 23.

⁵¹⁰ Ebd., 26.

⁵¹¹ Eine kurze Übersicht der orthodoxen Schwesterkirchen bietet die Website der KOMMISSION DER ORTHODOXEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (KOKID) unter dem Stichwort „Weltkirche“: <http://www.kokid.de>.

doch sehr unterscheiden. Als weitere Schwierigkeit stellte sich im Rahmen der Recherche die Unzugänglichkeit expliziter lehramtlicher Stellungnahmen von Bischöfen oder Synoden einzelner orthodoxer Kirchen als Quellen für eine detaillierte Analyse dar.⁵¹²

Der im folgenden dennoch unternommene Versuch einer Darstellung der orthodoxen Position zur Organtransplantation referiert deshalb die Perspektive des Vorsitzenden der KOMMISSION DER ORTHODOXEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (KOKID) und als Experten der orthodoxen Theologie sowie Kenner der orthodoxen Kirchenlandschaft ausgewiesenen Prof. Dr. Dr. ANASTASIOS KALLIS.⁵¹³

Die Basis der orthodoxen Sichtweise von Organspende und Transplantation bildet das *Gebot der Liebe zum Nächsten*. Die theologische Überzeugung, im Nächsten Christus selbst zu dienen sowie das Verständnis der Spende als konkretes Zeugnis für den Sieg des Lebens über den Tod, stellen wesentliche Grundpfeiler dar:

⁵¹² Als einzige ‚konkrete‘ Stellungnahme konnte die Recherche den Standpunkt des griechisch-orthodoxen Erzbischofs von Athen, CHRISTODOULOS PARASKEVAIDIS, eruieren. Im Kontext einer kurzen Pressemitteilung „Griechische Orthodoxie zu Klonen, Organverpflanzung und Euthanasie“ ist zu lesen: „Die Orthodoxie von Griechenland hat als erste ihrer Schwesterkirchen eine Stellungnahme zu den heißen Eisen des Klonens, der Organverpflanzung und Euthanasie abgegeben. Während das Klonen und die Sterbehilfe bei Menschen grundsätzlich abzulehnen seien, könnten Organe wirklich toter Mitmenschen ohne theologisches Bedenken verpflanzt werden, erklärte der neue Erzbischof Christodoulos. Organspenden von Lebenden jedoch würden einem „internationalen Geschäft zu Lasten der Ärmsten der Armen“ Tür und Tor öffnen.“ (REFORMIERTE PRESSE, Griechische Orthodoxie zu Klonen, Organverpflanzung und Euthanasie, 20.07. 1998, <http://www.ref.ch/rna/meldungen/1201.htm>) Auch wenn aus dieser Nachricht eine deutlich positive Einstellung des Erzbischofs zur Totenspende erkennbar ist, so erscheint die hier vorgenommene pauschale und plakative Gleichsetzung der Lebendspende mit dem Organhandel doch als sehr undifferenzierte, suggestive und darin auch polemisierende Sicht auf das Thema und hinterlässt zumindest die Frage, ob der Erzbischof seine Position tatsächlich so pointiert formuliert hat, oder ob sie lediglich im Interesse der Medien so verkürzt wiedergegeben wurde. Leider blieb der Versuch, diese Unsicherheit durch eine vor drei Monaten persönlich an den Erzbischof von Athen gerichteten Bitte um den originalen Wortlaut seiner Stellungnahme zu klären, bis zum Abschluss dieser Arbeit unbeantwortet. Da die vorliegende Arbeit sich im Interesse der Wissenschaft zur höchstmöglichen Objektivität verpflichtet fühlt und die in der Pressemitteilung wiedergegebene Meinung nicht eindeutig als originäres Zitat zu identifizieren ist, soll und kann sie hier im Rahmen der Darstellung der orthodoxen Position zur Organtransplantation nicht weiter ins Gewicht fallen.

Von PROF. DR. DR. ANASTASIOS KALLIS bekam ich den wertvollen Hinweis, dass die griechisch-orthodoxe Kirche auf ihrer letzten Synode im Jahre 2002 ein Positionspapier zur Frage der Organspende verabschiedet haben soll. Eine Anfrage um den Text dieser Erklärung an das entsprechende SYNODALKOMITEE FÜR BIOETHIK DER HEILIGEN SYNODE VON ATHEN blieb leider ebenfalls ohne Ergebnis.

⁵¹³ Vgl. dazu KALLIS, A., Das hätte ich gerne gewusst. 100 Fragen an einen orthodoxen Theologen, in: ders. (Hrsg.), *Orthodoxe Perspektiven*, Bd. 3, Münster 2003, 278-280.

„Die Liebe zum Leben und zum Mitmenschen bedingt den uneigennütigen, persönlichen Einsatz zur Erhaltung des Lebens und Besserung seiner Qualität. Diesem Hauptgebot der Liebe und dem Bewusstsein, im Nächsten Christus selbst zu sehen (Mk 9, 37), entspringt die Überzeugung, dass die Organspende eine Tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus ist. Das bedeutet nicht, dass der Empfänger wertvoller ist als der Spender, zumal im Fall seines Todes, sondern dass Geben und Nehmen hier ein geistiger Vorgang der Beziehung zwischen Spender und Empfänger ist, bei dem das Wort Jesu gilt: „Geben ist seliger als nehmen“ (Apg 20, 35). Mit der Organspende leistet der Mensch einen Beitrag zum Sieg des Lebens über den Tod, der durch den eingetretenen Tod eines Menschen besiegt wird.“⁵¹⁴

Als unumstößliche Bedingung für die Akzeptanz und Erlaubtheit der Organtransplantation gilt der orthodoxen Kirche nach KALLIS der unbedingte Respekt vor der *Würde des Menschen* und in Konsequenz dessen die *Freiheit der Entscheidung* und die *Fürsorgepflicht der Medizin* zum Schutz des Lebens:

„Der humanitäre Einsatz zu Lebzeiten, die sogenannte Lebendspende bei zweipaarigen Organen, oder nach dem Tod, die Einwilligung zur Organentnahme nach dem Tod, bedingt, dass die Würde des Menschen, die mit seinem Tod nicht erlischt, beachtet wird, demzufolge die Organspende eine bewusste, freie Entscheidung des Spenders sein muss, bei der er davon ausgehen kann, dass die Medizin ihrer Fürsorgepflicht zum Schutz des Lebens, nicht nur des Empfängers, sondern auch des Spenders treu bleibt.“⁵¹⁵

In der Einschätzung von KALLIS bezieht die orthodoxe Kirche auch hinsichtlich der drohenden Gefahr einer *Kommerzialisierung* der Transplantation eine spezifisch christliche Position:

„Ein menschengerechter Umgang mit dem Toten erlaubt es schließlich nicht, dass aus kommerziellen Gründen der Leichnam zu einem Ersatzteillager in der Art eines ausgemusterten Fahrzeuges degradiert wird, denn zumindest für die Menschen, mit denen er in Gemeinschaft lebte, ist der regungslose Leib der sinnlich wahrnehmbare Hinweis auf die fortdauernde Gemeinschaft in der Hoffnung der Auferstehung. (...)

Die Kommerzialisierung der Transplantation bzw. der Organhandel bringt die Menschheit aus dem Gleichgewicht, wenn das Überleben finanzkräftiger Patienten zu Lasten hilfsbedürftiger Menschen geschieht, die Organe, einen Teil ihrer selbst, verkaufen, damit sie Überleben oder

⁵¹⁴ Ebd., 278.

⁵¹⁵ Ebd.

einen bescheidenen Anteil am Wohlstand der Organempfänger bekommen, wie die „Hunde, die von den Brosamen [essen], die vom Tisch ihres Herrn fallen“ (Mt 15, 27).⁵¹⁶

Die *Verwendung embryonaler Stammzellen* als mögliche „Alternativen“ zur Organtransplantation zeichnet KALLIS aus der Perspektive der Orthodoxie als Schreckensvision, die wegen der ihr inhärenten Versuchung zur Negation der Sterblichkeit abzulehnen ist:

„Noch mehr Entsetzen ruft die Perspektive hervor, mit Hilfe menschlicher Embryonen Anthropoiden zu züchten, Menschen ohne Kopf, um nach Bedarf Organe zur Transplantation zu entnehmen. Dies würde die Menschen auch in die Versuchung führen, ihr Leben verlängern zu wollen, indem sie alte, verbrauchte Organe durch neue ersetzen, d.h. die Endlichkeit des biologischen Lebens ablehnen. Die Diskussion um den Import embryonaler Stammzellen hat eine Horrorvision veranschaulicht und die Frage der Achtung vor der Würde des menschlichen Lebens in das Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit wachgerufen.“⁵¹⁷

Sehr engagiert vertritt KALLIS das orthodoxe Plädoyer für eine Entscheidung zur postmortalen Spende bereits zu *Lebzeiten* und deren Verständnis als Chance zur persönlichen Auseinandersetzung mit der *eigenen Sterblichkeit* sowie als Ausdruck der *Geschenkhaftigkeit* des Lebens durch Gott. In Konsequenz dessen betont KALLIS an dieser Stelle die orthodoxe Distanzierung vom Fehlverständnis der Organspende als Rechtfertigungsgrund für die *Euthanasie*:

„In Anbetracht vor der Würde des Heimgegangenen dürfte die Entscheidung zur Organspende den Angehörigen schwerer fallen als dem direkt Betroffenen, der daher zu Lebzeiten entscheiden und gegebenenfalls einen Organspendeausweis haben sollte. Dies würde bedeuten, dass der Mensch sich mit dem unausweichlichen Weggang aus dem irdischen Leben auseinandersetzt und seine Liebesentscheidung für das Leben eines anderen Menschen durch seine Organspende selbst trifft, in dem Bewusstsein, dass Gott der Spender des Lebens ist. Deswegen kann die Organspende die Euthanasie nicht rechtfertigen, indem die Entscheidung, aus dem Leben zu scheiden zugunsten eines anderen, dessen Fortleben von der Implantation eines neuen Organs abhängt, als ein in Freiheit getroffener Einsatz für das Leben hingestellt wird.“⁵¹⁸

⁵¹⁶ Ebd., 279.

⁵¹⁷ Ebd., 279f.

⁵¹⁸ Ebd.

Die von KALLIS in seiner Darstellung referierte orthodoxe Position zum *Hirntodkriterium* beeindruckt zum einen durch die Anerkennung der eigenen Kompetenzgrenzen und zum anderen durch die Beurteilung des Hirntodkriteriums als theologische und pastorale Hilfe zur Befreiung des möglichen postmortalen Spenders aus archaischen Denkmustern:

„Die Frage schließlich nach den Kriterien für die Feststellung des Todes fällt nicht in den Bereich der Theologie, sondern der Medizin, deren Erkenntnissen der Gesetzgeber Rechnung tragen muss. Ohne den Versuch der Einmischung in die Zuständigkeit der medizinischen Wissenschaft wagen zu wollen, scheint mir der Hirntod als irreversibler Tod des Menschen und damit als Grundlage für eine Organspende auch aus theologischen und pädagogisch-pastoralen Gründen hilfreich für die Entscheidung des Spenders, der archaischen, sentimentalen Vorstellungen nicht erliegt, dass etwa das Herz der Kern seiner Existenz ist, eine Art Sitz der Seele, oder sein Leib im ganzen ihre Wohnung, demzufolge durch die Entnahme eines Organs, das um der Transplantation willen am Leben erhalten wird, die Seele gewissermaßen eines Teils ihrer Wohnstätte beraubt wird. Der Entscheidende macht sich schließlich frei von der dualistischen Betrachtung des Menschen, der doch eine Einheit von Sichtbarem und Unsichtbarem ist. Obschon die Pietät kein theologisch-rationaler Grund gegen die Organentnahme und –verpflanzung darstellt, darf sie doch nicht verurteilt werden, wenn sie Vorbehalte hervorruft, die keiner Instanz gegenüber begründet werden müssen.“⁵¹⁹

2.5 Die Sichtweise der Zeugen Jehovas

Weltweit gibt es mehr als vier Millionen Zeugen Jehovas. Wenn man einem Querschnitt der Gesamtbevölkerung die Frage vorlegt, was sie über den Glauben der Zeugen Jehovas wissen, so lautet gewöhnlich die am häufigsten gegebene Antwort, dass diese die *Bluttransfusion* ablehnen. Bei genauerem Hinsehen jedoch stellt sich dieser Sachverhalt keineswegs so eindeutig dar. Selbst viele Mitglieder sind der festen Überzeugung, dass ihre Organisation in ihren Lehren bezüglich der Blutfrage und damit verwandter Themen - wie etwa auch der Organspende und Transplantation – Beständigkeit gezeigt hat, und sind

⁵¹⁹ Ebd., 280.

sich dessen nicht bewusst, welche Veränderungen und vor allem Schwankungen die Einstellung zu diesem Fragekomplex erfahren hat.⁵²⁰

Im folgenden soll nun mit Hilfe einer gestrafften Chronologie die Entwicklung des Themas der Blutfrage und der mit ihr verbundenen Themen nachgezeichnet werden. Um dabei die Verwirrung zu begrenzen, sei der historischen Übersicht die gegenwärtige Position der Zeugen Jehovas gegenüber Blut und Blutbestandteilen vorangestellt:

Zulässig (d.h. abhängig vom persönlichen Gewissen) ist die Verwendung von Albumin, Immunglobulinen usw., Faktor VIII- und IX- Präparaten für Bluter sowie Seren mit „winzigen Blutbestandteilen“. Als erlaubt gilt auch die Ableitung und Behandlung von Blut in Dialyse-, Herz-Lungen- usw. –Maschinen, wobei diese Maschinen für die Dauer der Behandlung am jeweiligen Patienten angeschlossenen bleiben müssen und kein Fremdblut enthalten dürfen. Dieses Verfahren wird akzeptiert, weil es als eine Art Verlängerung des menschlichen Kreislaufs interpretiert wird. Auch Organ- und Gewebetransplantationen sind als persönliche Gewissensentscheidung gestattet.⁵²¹

Verboten (d.h. unabhängig vom persönlichen Gewissen) ist die Annahme von Vollblut, Plasma, roter (Erythrozyten) oder weißer (Leukozyten) Blutkörperchen,

⁵²⁰ Die in diesem Abschnitt verarbeiteten Informationen basieren auf einer im Internet gefundenen, sehr fundierten und umfangreichen Analyse der Problematik von MICHAEL FRY, Blut, Medizin und Zeugen Jehovas [Blut], <http://www.infolink-net.de/docs/blut/blut003.htm>. - Leider verzichtet der Autor auf nähere Angaben zu seiner Person, so dass unklar bleibt, ob es sich bei ihm eventuell sogar um ein (ehemaliges) Mitglied der Zeugen Jehovas handelt, was die Aussagekraft der Untersuchung aufgrund der ihr in diesem Falle inhärenten Authentizität verstärken würde. Die einem aus dem Artikel von FRY entgegenkommende ausgezeichnete Kenntnis der Materie wie auch seine Vertrautheit mit den (Denk)-Strukturen der Organisation, verbunden mit einer beeindruckenden Sicherheit in der Einordnung einzelner Entwicklungen und vor allem die biographische Notiz zu Beginn seiner Darstellung („*Ursprünglich forschte ich nach und trug dieses Material zusammen und schrieb es, um einem Zeugen [Jehovas] zu erklären, warum ich im Falle meiner Kinder die Erlaubnis zur Transfusion geben würde, weil es mir am ratsamsten erschiene, wenn ich die potentiellen Risiken und Vorteile gehört und abgewogen hätte. (...) Die Nachforschungen haben mir (auf traurige Weise) die Augen geöffnet.*“) legen zumindest die Vermutung nahe, dass es sich beim Autor um ein (ehemaliges) Mitglied der Zeugen Jehovas handelt.

⁵²¹ Es wurden bereits auch Transplantationen von Herz, Leber und Niere an Zeugen Jehovas vorgenommen. - Vgl. dazu COMO, A.F./LAKS, H./STEVENSON, L.W./CLARK, S./DRINKWATER, C., Heart transplantation in a Jehovah's Witness, in: J Heart Transplant 5(1986), 175-177; KAUFMAN, D.B./SUTHERLAND, D.E./FRYD, D.S./ASCHER, N.L./SIMMONS, R.L./NAJARIAN, J.S., A single-center experience of renal transplantation in thirteen Jehovah's Witnesses, in: Transplantation 45(1988), 1045-1049.

Blutplättchen (Thrombozyten), gelagertem Blut (Konserven) einschließlich des eigenen.

Die Zeugen Jehovas gründen ihren gegenwärtigen Standpunkt hauptsächlich auf den apostolischen Entscheid des *Bluttabus* in der Apostelgeschichte.⁵²² In dieser Passage ist die Rede davon, sich gewisser Dinge zu enthalten, darunter des Essens von Blut. Für C.T. RUSSELL allerdings, den Gründer der Zeugen Jehovas, war die Enthaltung von Blut nie so relevant. Ihm war sie keineswegs Kriterium für das wahre Christsein, sondern lediglich ein Zugeständnis an dessen jüdische Wurzeln.⁵²³

1945, nachdem Transfusionen bereits seit mehr als zwanzig Jahren Bestandteil der medizinischen Praxis waren und 1937 die erste große Blutbank in Chicago eröffnet hatte, publizierten die Zeugen Jehovas erstmals ihre Haltung zu Bluttransfusionen. Im WATCHTOWER vom 01. Juli 1945 hieß es, dass „Bluttransfusionen heidnisch und gottentehrend“ seien. Alles Blut, Blutprodukte und -bestandteile waren in diese Regelung eingeschlossen.⁵²⁴

Die Zeitschrift „AWAKE!“ der Zeugen Jehovas vom 22. Dezember 1949 enthielt einen Artikel mit dem Titel „Ersatzteile für deinen Körper“ und erklärte darin *Organtransplantationen* für zulässig. Blut, hieß es, war verkehrt, doch Organ- und Knochentransplantationen galten als „Wunder der modernen Chirurgie“.⁵²⁵

Der WACHTTURM vom 15. November 1958 setzt sich mit der Frage auseinander, ob die Injektion von Seren wie z.B. dem Diphtherie-Antitoxin oder von Blutbestandteilen wie dem Gammaglobulin, um das Immunsystem zu stärken, dasselbe sei, als Blut zu trinken oder eine Blut- oder Blutplasmatransfusion zu erhalten. Die Frage wird mit der Begründung verneint, es handle sich dabei um zwei verschiedene Kategorien: Weil der Vorbehalt nur Blut als „*Nahrungsmittel*“ gelte, sei es verboten, Blut als „*Nahrung*“ in sich aufzunehmen. Die Injektion von Antikörpern oder von Blutbestandteilen, damit der Körper selbst solche An-

⁵²² Vgl. dazu Apg 15, 29.

⁵²³ Vgl. FRY, M., Blut, a.a.O. (s. Anm. 520), 4; vgl. dazu auch WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY (Ed.), WATCHTOWER, Brooklyn – New York, 14(1909), 437.

⁵²⁴ Vgl. FRY, M., Blut, a.a.O. (s. Anm. 520), 6; vgl. auch WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY (Ed.), Watchtower, Brooklyn – New York, 50(1945), 198-201.

⁵²⁵ Vgl. FRY, M., Blut, a.a.O. (s. Anm. 520), 6; vgl. auch WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY (Ed.), Awake!, 22.12. 1945, Brooklyn – New York, 1945.

tikörper produzieren könne, sei nicht dasselbe, wie Blut einzunehmen, ob oral oder per Transfusion, damit es als Nahrungsmittel die Körperkräfte stärke.⁵²⁶ Gott habe zwar Dinge wie Impfungen für den Menschen nicht vorgesehen, aber sie scheinen in dem Blutverbot nicht enthalten zu sein. Daher sei es eine Frage der *persönlichen Gewissensentscheidung*.⁵²⁷ Diese Position blieb nur für zwei Jahre, bis 1960, gültig.

1960 wird der Standpunkt vertreten, entsprechend der Methode, welche die Bibel für den Umgang mit Blut vorschreibe, müsse das Blut, das einem Körper entnommen werde, auf die Erde gegossen und mit Staub bedeckt werden.⁵²⁸ Das Leben sei in dem Blut und daher gelte das Blut vor Gott als heilig. Deshalb sei auch eine Entnahme, Lagerung und spätere Rückführung in denselben Körper eine Verletzung biblischer Grundsätze.⁵²⁹

Von 1961 an werden Blut- oder Blutprodukttransfusionen mit einem *Gemeinschaftsentzug* geahndet.⁵³⁰ Im gleichen Jahr werden *Organspenden nach dem Tod* zur Frage des persönlichen Gewissens deklariert: Weil sie keine biblischen Grundsätze berühren, müsse jeder für sich selbst entscheiden und niemand dürfe einen anderen dafür kritisieren.⁵³¹

Der WACHTTURM vom 01. Dezember 1961 vertritt die erstaunliche Ansicht, dass mit einer Transfusion auch Persönlichkeitsmerkmale übertragen werden können. Weil z.B. der Impuls, einen Suizid oder Mord zu begehen oder zu stehen, im Blut sei, könne er auf eine andere Person, die eine Bluttransfusion an-

⁵²⁶ Es ist interessant, dass hier der Hauptgrund für die Ablehnung von Transfusionen genannt wird: Sie sei dasselbe, wie Blut zu essen, es als Nahrungsmittel aufzunehmen. FRY weist darauf hin, dass neben der Redewendung „Leben stärken“ noch eine andere Formulierung, die später von der Organisation aufgebracht wurde und die gegenwärtig in diesem Kontext vorgezogen wird, die der „Lebenserhaltung“ ist. – Vgl. FRY, M., Blut, a.a.O. (s. Anm. 520), 6.

⁵²⁷ Vgl. dazu WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Der Wachturm verkündet Jehovas Königreich [Der Wachturm], Selters/Tanus, 51(1958), 703.

⁵²⁸ Vgl. hierzu Lev 17, 13f.

⁵²⁹ Vgl. dazu WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Der Wachturm, a.a.O. (s. Anm. 526), 53(1960), 13-30.

⁵³⁰ Vgl. dazu ebd., 82(1961), 190f. [Der Sprung in der Nummerierung der Jahrgänge (von 53(1960) auf 82(1961) resultiert vermutlich aus der Übernahme der Zählung der englischsprachigen Ausgabe ab 1961.].

⁵³¹ Vgl. ebd., 435f.

nimmt, übertragen werden. Es finde also eine „*Persönlichkeitstransfusion*“ statt.⁵³²

Im Jahre 1963 vollzieht sich eine Verschärfung der Sichtweise: Jetzt wird jeder Blutbestandteil als „Nahrungsmittel“ angesehen und darf infolgedessen bei keiner medizinischen Behandlung verwendet werden. Seren sind deswegen wieder unzulässig. Die entsprechende Argumentation lautet, der biblische Grundsatz⁵³³ umfasse nicht nur Vollblut, sondern alles aus Blut Gewonnene, das benutzt wird, Leben zu erhalten oder zu stärken.⁵³⁴

Vier Jahre später – 1967 – kommt es zu einem weiteren unglaublichen Rückschritt: *Organtransplantationen* werden nun als *Kannibalismus* gewertet. Hinter dieser Auffassung steht folgender Gedankengang:

Bei einem abgestorbenen oder kranken Organ werde die Gesundheit normalerweise dadurch wieder hergestellt, dass ein Körper Nährstoffe zu sich nimmt. Der Körper gebrauche die Nahrung, um das Organ wiederherzustellen oder zu heilen und die Zellen allmählich zu ersetzen. Wenn Wissenschaftler zu dem Schluss kommen, dass dieser Prozess nicht mehr funktioniere, schlagen sie vor, das Organ zu entnehmen und direkt durch ein Organ eines anderen Menschen zu ersetzen. Das aber sei ein Kurzschluss. Wer sich solch einer Operation unterziehe, „ernähre“ sich vom Fleisch anderer Menschen. Das sei kannibalisch. Als Gott den Menschen erlaubte, Tierfleisch zu essen, gab er ihnen nicht auch die Erlaubnis, zu versuchen, ihr Leben zu verlängern, indem sie in kannibalischer Weise menschliches Fleisch in sich aufnahmen, ob nun zerkaut oder als ganze Organe oder Körperteile von anderen.⁵³⁵

⁵³² Vgl. dazu FRY, M., Blut, a.a.O. (s. Anm. 520), 7; vgl. auch WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Der Wachturm, a.a.O. (s. Anm. 526), 82(1961), 724f.

⁵³³ Als Bezugspunkt ist hier Apg 15, 29 gemeint.

⁵³⁴ Man vergleiche diesen Standpunkt mit der Aussage von 1958, nur fünf Jahre zuvor. Impfstoffe aus Blut scheinen nach der Überzeugung der Organisation angesichts von Krankheiten nicht zu stärken, denn sie sind weiterhin zulässig. Seren sind es nicht. - Vgl. hierzu WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Der Wachturm, a.a.O. (s. Anm. 526), 84(1963), 316.

⁵³⁵ Vgl. dazu FRY, M., Blut, a.a.O. (s. Anm. 520), 8f.; vgl. auch WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Der Wachturm, a.a.O. (s. Anm. 526), 88(1967), 702.

Was Gott erlaubt hatte, hat die Organisation jetzt klar und deutlich definiert. Was sechs Jahre lang seit 1961 als persönliche Gewissensfrage zulässig war, ist jetzt Kannibalismus.

Im WACHTTURM vom 01. Juni 1971 erschien ein Artikel⁵³⁶, der (ungeachtet der medizinischen Meinung) den Standpunkt vertrat, das *Herz* sei mehr als eine Blutpumpe. Es sei vielmehr durch Endungen sensorischer Nerven mit dem Gehirn verbunden und eigentlich jenes Organ, in dem Affekte, Beweggründe, Wünsche und Emotionen buchstäblich geformt würden. Natürlich würde eine Organtransplantation auch diese Emotionen usw. mit übertragen.⁵³⁷

1974 vollzieht sich eine teilweise Wendung: Einige *Seren*, obwohl aus Blut gewonnen, gelten nun wieder – entgegen der Meinung von 1963 – als Gewissenssache und sind damit bedingt zulässig. Es wird die Ansicht vertreten, anders als Impfstoffe enthielten *Seren* lediglich einen *Blutbestandteil*. Ein Serum sei allein dann akzeptabel, wenn es nur einen „winzigen Bestandteil Blutes“ enthielt. Es wird empfohlen, sich mit Lob und Verurteilung zurückzuhalten, wo es um das Gewissen des einzelnen gehe, aber man dränge doch alle, ein reines Gewissen vor Gott zu behalten und nie willentlich sein Wort zu missachten. – das liest sich zwar so, als könne der Zeuge Jehovas tatsächlich nach seinem Gewissen entscheiden, im Grunde soll er aber doch wohl eher ablehnen als annehmen. Wichtig jedoch: Ein Zeuge Jehovas, der Serum annimmt, würde nicht mehr aus der Gemeinschaft ausgeschlossen.⁵³⁸

In der Organisation der Zeugen Jehovas befanden sich *Bluter* lange Zeit in einer prekären Situation.⁵³⁹ Gerinnungsfaktoren wie z.B. Faktor VIII- (und IX-) Präparate konnten ihr Leben deutlich verlängern. MICHAEL FRY verweist in seiner Analyse der Blutfrage auf die Leistung des ehemaligen Mitgliedes RAYMOND FRANZ hin, der in seinem Buch „Der Gewissenskonflikt“⁵⁴⁰ aufdeckte,

⁵³⁶ Vgl. WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), *Der Wachturm*, a.a.O. (s. Anm. 526), 92(1971), 326-331.

⁵³⁷ Vgl. ebd., bes. 327f.

⁵³⁸ Vgl. dazu FRY, M., *Blut*, a.a.O. (s. Anm. 520), 9.; vgl. auch WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), *Der Wachturm*, a.a.O. (s. Anm. 526), 94(1974), 541f.

⁵³⁹ In den 1940er Jahren z.B. betrug die durchschnittliche Lebensdauer eines Blutlers weniger als 17 Jahre.

⁵⁴⁰ FRANZ, R., *Der Gewissenskonflikt*, München 1991.

dass die Gesellschaft der Zeugen Jehovas keine eigene Position zu diesen Blutbestandteilen bezog, als diese auf den Markt kamen:

„Wenn aber Bluter die Weltzentrale der Organisation anschrieben oder anriefen, sagte man ihnen, einmal den Bestandteil zu nehmen sei zulässig, aber ihn mehr als einmal nehmen, hieße sich von Blut „ernähren“, und das sei falsch. Die Vorgehensweise wurde vermutlich irgendwann Anfang der 1970er Jahre geändert, offiziell allerdings erst im Juli 1975. (...) Eine Sitzung der leitenden Körperschaft am 11. Juni 1975 machte den Wechsel offiziell, und danach wurden Nachfragende informiert, eine Faktor VIII-Behandlung sei zulässig (oder zumindest dem eigenen Gewissen überlassen). Doch es war erst später, 1978, dass man es offiziell als nicht verboten veröffentlichte. Da waren also wenigstens drei Jahre, (...), in denen ein hämophiler Zeuge [Jehovas; erg. durch Th.H.] an die Weltzentrale von „Gottes einziger sichtbarer Organisation auf Erden“ schreiben oder dort anrufen musste, um herauszufinden, ob Faktor VIII sein Leben retten durfte. Man hat es als nicht wichtig genug angesehen, darüber etwas zu veröffentlichen.“⁵⁴¹

Im gleichen Jahr wiederholte der WACHTTURM den Gedanken, durch Organ- wie durch Bluttransfusionen könnte auch eine *Persönlichkeitstransplantation* stattfinden. Dazu wurde auf das Beispiel eines Nierentransplantierten hingewiesen, der nach der Operation ebenso aggressiv wurde wie sein Organspender. Der Artikel räumt ein, dass das Problem ganz oder teilweise eine Einstellungs-sache sein könnte, findet es aber doch interessant, da die Bibel die Nieren mit dem Gefühl verbindet.⁵⁴²

Eine neue Broschüre - „JEHOVAS ZEUGEN UND DIE BLUTFRAGE“⁵⁴³ – bringt 1977 weitere Rückschritte mit sich: Abgesehen von religiösen Zweifeln an der Sache werden *Bluttransfusionen jetzt als Organtransplantationen* verstanden, deren Transplantat sich bestenfalls nur teilweise mit dem körpereigenen Blut vertrage.⁵⁴⁴ Weil Organtransplantationen bis dahin noch nicht zulässig sind, wird so der Verbotscharakter der Bluttransfusion potenziert.

Wo *Kinder* betroffen sind, so argumentiert die Broschüre, müsse den Eltern erlaubt sein, die Transplantation für ihre Kinder abzulehnen. In der Broschüre

⁵⁴¹ FRY, M., Blut, a.a.O. (s. Anm. 520), 9f.

⁵⁴² Vgl. ebd., 10; vgl. auch WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Der Wachturm, a.a.O. (s. Anm. 526), 95(1975), 733. – Bei den Bibelstellen, auf die hier rekurriert wird, handelt es sich wohl um Ps 7, 10 und Ps 26, 2.

⁵⁴³ WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Jehovas Zeugen und die Blutfrage, Selters/Taunus 1977.

⁵⁴⁴ Vgl. ebd., 41.

heißt es dazu, ob man denn annehmen wolle, dass die Gerichte den Kindern eine andere Religion zuweisen wollten als die der Eltern, wenn Statistiken zeigen, dass die überwältigende Mehrzahl der Kinder tatsächlich in derselben Religion aufwächst und ihr folgt.⁵⁴⁵

Wie bereits erwähnt⁵⁴⁶ wurde 1978 die Einstellung der Zeugen Jehovas gegenüber *Seren* freundlicher. Seruminjektionen zur Abwehr einer Krankheit gelten jetzt nicht mehr unbedingt als verkehrt. Sie stellen eine „graue Zone“ dar. Nach Ansicht der Zeugen Jehovas wird mit diesen Injektionen angesichts einer Krankheit offenbar kein „Leben erhalten“. In dem nachstehend zitierten Artikel wird (gedruckt und jetzt veröffentlicht) Blutern auch zugestanden, Faktor VIII-Präparate mehr als einmal zu nehmen:

„Wie verhält es sich aber, wenn sich jemand zur Abwehr einer Krankheit (...) Seruminjektionen geben lässt? Diese Frage fällt in eine „graue Zone“. (...) Wir (die Organisation) vertreten daher den Standpunkt, dass jeder einzelne diese Frage für sich selbst entscheiden muss. Wir ermuntern alle, danach zu streben, ein reines Gewissen zu bewahren, und sich von Gottes Rat, der in seinem Wort zu finden ist, leiten zu lassen.“⁵⁴⁷

1980 vollzieht sich eine weitere Positionsänderung, zurück zur Haltung von vor 1967: *Organ- und Gewebetransplantationen* sind nun (wieder) Gewissenssache. Im WACHTTURM vom 15. Juni 1980 ist zu lesen:

„Selbstverständlich gibt es in der Frage der Organverpflanzung unterschiedliche persönliche Ansichten und vom Gewissen bestimmte Empfindungen. (...) Die Bibel verbietet zwar ausdrücklich die Aufnahme von Blut, nicht aber die Aufnahme von menschlichem Gewebe. Daher muss jeder, der in dieser Frage eine Entscheidung zu treffen hat, sorgfältig und gebetsvoll die Fakto-

⁵⁴⁵ Vgl. ebd., 35. – FRY kommentiert dazu: „In dem Artikel werden zwei Dinge nicht erwähnt. Erstens, die Zeugen verbringen viel Zeit damit, andere zum Wechsel ihrer Religion zu veranlassen, und sie behaupten, dass sie damit großen Erfolg hätten. Zweitens, die Zeugen haben eine hohe Fluktuationsrate (mehr als 250.000 Personen haben in den USA die Religion allein in den Jahren von 1976 bis 1978 verlassen) und eine signifikante Anzahl ihrer Kinder verlassen die Religion, wenn sie erwachsen werden. Jeder Zeuge weiß, dass das stimmt.“ (FRY, M., Blut, a.a.O. (s. Anm. 520), 10.).

⁵⁴⁶ Siehe oben die Ausführungen zu 1975, 224f.

⁵⁴⁷ WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Der Wachturm, a.a.O. (s. Anm. 526), 98(1978), 31.

ren abwägen und dann nach seinem Gewissen entscheiden, was er vor Gott tun oder nicht tun kann.“⁵⁴⁸

Erst drei Jahre zuvor (1977) hatte man Bluttransfusionen abgelehnt, weil sie Organtransplantationen seien! 13 Jahre zuvor (1967) wurden Transplantationen noch als Kannibalismus angesehen!

Mittlerweile hatten die Zeugen Jehovas Hunderte von *Krankenhausverbindungskomitees* eingerichtet, um besonders in Notfällen Konflikten bei der Blutfrage zuvorzukommen. Die Wurzeln dieses Konzeptes liegen in den frühen 1970er Jahren in Kanada. Die Idee besteht darin, systematisch an alle Krankenhäuser heranzutreten und den Standpunkt der Zeugen Jehovas zu erklären. Es werden Listen mit sympathisierenden Chirurgen und Ärzten angelegt sowie Unterlagen über blutlose Behandlungsmethoden geführt. FRY berichtet weiter:

„Die Komitees versuchen, Ärzte und Sozialdienste zu umgehen, damit Kinder nicht unter gerichtliche Vormundschaft gestellt werden, wenn die Eltern Blut für das Kind ablehnen. Gewöhnlich versuchen sie zuerst, eine blutlose Operation, vielleicht an einem anderen Ort zu arrangieren, fast mit Sicherheit mit Verzögerung und vermehrtem medizinischem Risiko. Manchmal schalten sich die Verbindungskomitees selbst in einen Rechtsfall ein und bekämpfen Versuche von Ärzten und Sozialdiensten, das Kind zeitweilig aus der Obhut der Eltern zu nehmen, um ihm eine Transfusion zu geben.“⁵⁴⁹

Die Zeitschrift „ERWACHET!“ vom 22. September 1982 führt für die Mitglieder der Zeugen Jehovas den unterscheidenden Sprachgebrauch der Organisation von *Haupt- und Nebenbestandteilen* (oder Fraktionen) des Blutes ein und demonstriert damit, was zulässig ist und was nicht. *Nebenbestandteile sind zulässig, Hauptbestandteile verboten*. Die so vorgenommene Einteilung hat bis heute Gültigkeit und wurde zu Beginn dieses Abschnittes bereits vorgestellt. Zur Erinnerung sei sie hier noch einmal zusammengefasst wiederholt:

Nebenbestandteil = zulässig (d.h. abhängig vom persönlichen Gewissen): Albumin, Immunglobulinseren, Faktor VIII- und IX-Präparate für Bluter, Ableitung

⁵⁴⁸ Ebd., 100(1980), 31.

⁵⁴⁹ FRY, M., Blut, a.a.O. (s. Anm. 520), 11.

und Behandlung von Blut in Dialyse-, Herz-Lungen- usw. Maschinen (solange sie nicht mit Fremdblut arbeiten), Organ- und Gewebespenden.

Hauptbestandteil = unzulässig (unabhängig vom persönlichen Gewissen): Vollblut, Plasma, Erythrozyten oder Leukozyten, Thrombozyten, gelagertes Blut – auch das eigene.⁵⁵⁰

Zur Orientierung: Nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis besteht Blut aus 54% Plasma, 45% Erythrozyten, 0,17% Blutplättchen und 0,1% Leukozyten. Das Plasma enthält alle komplexen Proteine, Albumin, Gerinnungsfaktoren und Immunglobuline, Fibrinogene usw.

FRY kommentiert den Kodex mit einem nicht zu überhörenden süffisanten Unterton:

„Es ist (...) interessant, sich die sogenannten Haupt- und Nebenbestandteile näher anzusehen. Viele Ärzte haben darauf hingewiesen, dass Plasma (nicht zulässig) aus etwa 93% Wasser besteht. Die anderen 7% sind das Albumin, die Globuline und Gerinnungsfaktoren usw., die alle zulässig sind. Macht es [das Plasma; erg. durch Th.H.] zu etwas Verbotenem? (...)“

Weiße Blutkörperchen oder Leukozyten (nicht zulässig) machen nur 0,1% des Blutes aus. Viel mehr Leukozyten befinden sich in Körperorganen (Transplantationen sind zulässig) und der Muttermilch. Brusternährung ist (dankenswerterweise) noch nicht kritisiert worden.

Albumin, Immunglobulin und Gammaglobulin (alle zulässig) erfordern die Spende von buchstäblich Litern von Blut zur Herstellung einer Dosis. Ausgedehnte Blutbanken werden benutzt, um all dies Blut und die Bestandteile zu lagern und zu verarbeiten [obwohl die Lagerung von Blut im Verständnis der Zeugen Jehovas doch eigentlich ein Verstoß gegen die biblische Anweisung bedeutet; erg. durch Th.H.].⁵⁵¹

Der WACHTTURM vom 15. Mai 1984 bezieht noch einmal Position zu *Knochenmarktransplantationen*. Auch sie werden anscheinend wieder als Gewissenssache eingestuft. Argumentativ wird dabei eine Verbindung zwischen

⁵⁵⁰ Ebd., 12; vgl. dazu WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), *Erwachtet!*, Wiesbaden, 32(1982), 252-256. – Auf die Frage, warum nicht alles Blut und die Blutprodukte verboten sind, wird oft das Argument angeführt, dass bei Präparaten usw. lediglich *kleine Mengen* Blut ins Spiel kommen, so dass deren Annahme oder Verwendung zur „Gewissenssache“ wird. Darum auch lässt ein Zeuge Jehovas einen *Bluttest* zu, mit dem normalerweise die verkehrte Praxis verbunden ist, Blut zu lagern, statt es „auszugießen“. Warum? Wer entscheidet? Was genau ist eine „kleine Menge“ – 5ml, 10ml, 200ml? Und wie oft kann jemand diese „kleine Menge“ erhalten?

⁵⁵¹ FRY, M., *Blut*, a.a.O. (s. Anm. 520), 12.

menschlichem Knochenmark und dem Essen von Mark hergestellt. Letzteres gilt als erlaubt.⁵⁵² Bluttransfusionen jedoch sind regelmäßig mit dem Essen von Blut gleichgesetzt – als „Ernährung“ verstanden – und auf dieser Basis ausgeschlossen worden.

All diese ständig sich ändernden Regeln und grundlosen Unterschiede entbehren jeglicher Logik und sind deshalb mehr als suspekt.

1990 veröffentlichten die Zeugen Jehovas eine neue Broschüre mit dem Titel „Wie kann Blut dein Leben retten?“⁵⁵³ Sie präsentiert viele Gefahren und Risiken, die mit Bluttransfusionen verbunden sind. Viele Zitate aus medizinischen Quellen werden vorgebracht. Doch auch hier wird der Leser nur einseitig informiert.

Bei allem Bemühen und Ringen der Zeugen Jehovas um eine klare Positionierung zur Blutfrage und zur Organtransplantation manifestiert sich doch der Eindruck, dass die komplizierten Kriterien dafür, was zulässig ist und was nicht, den ‚einfachen‘ Zeugen Jehovas überfordern. Es ist gut und schön, dass die Entscheidung über zulässige Verwendungen von Blut sowie die Organtransplantation in den Bereich des persönlichen Gewissens gestellt werden. Allerdings bleibt unbeantwortet, wie ein ‚durchschnittlicher‘ Zeuge Jehovas sein Gewissen gebrauchen soll, um zu unterscheiden, ob er eine Komponente aus einem Komplex von aus Blut gewonnenen Produkten ablehnen oder annehmen soll, zumal er doch in der Regel kein Mediziner oder Wissenschaftler ist und ihm aufgrund dessen die für eine wirkliche Entscheidung notwendige Fachkompetenz eher fehlen dürfte.

⁵⁵² Vgl. ebd.; vgl. auch WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Der Wachturm, a.a.O. (s. Anm. 526), 104(1984), 31.

⁵⁵³ WACHTTURM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Wie kann Blut dein Leben retten?, Selters/Taunus 1990.

C. Islam

1. Grundzüge islamischer Ethik

1.1 Ethik, Religion und Gesetz

Im Unterschied zu den Griechen hat der Islam keine Philosophie des Guten entwickelt, die rational zu begründen vermag, warum einzelne Verhaltensweisen als angemessen oder ideal zu beurteilen sind. Deshalb kennt der Islam eine Ethik im eigentlichen Sinne nicht.⁵⁵⁴

Nach islamischem Glauben hat Allah dem Menschen im KORAN⁵⁵⁵ eine Lebensordnung gegeben, deren Weisungen ihn befähigen, sein Leben nach Gottes Willen auszurichten.⁵⁵⁶ Als Orientierungshilfe für ein Gott wohlgefälliges Leben haben die Muslime neben dem Koran die Berichte über das beispielhafte Handeln des Propheten Mohammed und seine Entscheidungen in vielen Fragen des Lebens der ersten Gemeinde sowie Erzählungen über das vorbildliche Tun bei den Gefährten des Propheten. Diese Berichte und Erzählungen vermitteln eine Richtung, wie die Grundregeln des Koran anzuwenden sind. Sie werden als verbindliche Tradition („SUNNA“) angesehen und gelten als zweite Quelle für die orthodoxe Lehre und das rechte Handeln der Muslime. Hinzu kommt schließlich noch das kanonische Recht des Islam, die „SCHARIA“, wel-

⁵⁵⁴ Vgl. hierzu ANTES, P., „Ethik“ im Islam [Ethik], in: Ratschow, C.H. (Hrsg.), Ethik der Religionen. Ein Handbuch: Primitive, Hinduismus, Buddhismus, Islam, Stuttgart – Berlin – Köln Mainz 1980, 177-225, bes. 195.

⁵⁵⁵ Das Wort „Koran“, arab. *qur'an*, bedeutet: Lesung, Rezitation, und zwar eines heiligen Textes. Mit dem Verb *qura'a* beginnt der älteste Text, den Mohammed als Offenbarung vortrug. Ursprünglich wurde jede Offenbarung, die Mohammed zu einer bestimmten Zeit vortrug, *Qur'an* genannt. Es gab also viele *Qur'ane*. Diese wurden von einigen Anhängern Mohammeds, die gerade anwesend waren, aufgeschrieben und gesammelt. Um die Offenbarungstradition zu sichern, ließ im Jahre 653, d.h. 21 Jahre nach Mohammeds Tod, Kalif Osman einen Korantext zusammenstellen, der alle als echt anerkannten Texte enthielt, bestehend aus 114 Kapiteln, die als „Suren“ bezeichnet werden. – Vgl. dazu LUTHERISCHES KIRCHENAMT DER VEREINIGTEN EVANGELISCH-LUTHERISCHEN KIRCHE DEUTSCHLANDS/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Was jeder vom Islam wissen muss, Gütersloh⁵ 1996, 21f.

⁵⁵⁶ Dies hat auch zur Konsequenz, dass dem Islam die Idee der Menschenrechte – verstanden als autonom begründete Rechte des Menschen – fremd sind. – Vgl. dazu HOMANN, M.W., Der Islam im 3. Jahrtausend. Eine Religion im Aufbruch, Kreuzlingen – München 2000, 91-106.

che die Rechtspraxis der ersten Jahrhunderte islamischen Gemeindelebens enthält und den menschlichen Lebensvollzug oft bis in die kleinsten Einzelheiten normiert.⁵⁵⁷

In seinen Quellen und in seiner Glaubenslehre spricht der Islam der Moral einen sehr hohen Stellenwert zu. Der Prophet Mohammed sagt: „Ich wurde bloß entsandt, um den edlen Charakter zu vervollkommen.“ Sein Charakter ist eine seiner höchsten Auszeichnungen, die Anlass zu seinem Lob im KORAN geben: „(...) denn du bist von hoher, erhabener Natur.“⁵⁵⁸ Charakter und Glaube sind im Islam nicht zu trennen. Sie sind ohne einander nicht existent.⁵⁵⁹

Verschiedene Texte des KORAN weisen einen engen Zusammenhang zwischen menschlichem Verhalten und Glauben auf:

„Hast du den gesehen, der das zukünftige Gericht leugnet? Dieser verstößt die Waise und spornt niemanden an, den Armen zu speisen. Wehe denen, welche zwar beten, aber nachlässig beim Gebete sind und nur gesehen sein wollen und die, welche dem Notleidenden die Zuflucht (Almosen) versagen.“⁵⁶⁰

Den Ungläubigen überführt sein Verhalten zum Nächsten. Ein weiterer Text spricht von demjenigen, der am Jüngsten Tag in die Hölle gelangt:

„(...) weil er nicht an Allah, den Großen, glaubte und sich nicht um die Speisung der Armen kümmerte.“⁵⁶¹

Ein weiterer Text thematisiert die Mäßigung als Verhaltensgebot:

⁵⁵⁷ Vgl. dazu ZAGER, W., Hingabe an Gottes Willen. Ethik im Islam [Hingabe], in: ders. (Hrsg.), Ethik in den Weltreligionen: Judentum – Christentum – Islam, Neukirchen-Vluyn 2002, 69-94; vgl. auch LUTHERISCHES KIRCHENAMT DER VEREINIGTEN EVANGELISCH-LUTHERISCHEN KIRCHE DEUTSCHLANDS/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Was jeder vom Islam wissen muss, Gütersloh⁵ 1996, 35; KHOURY, A.Th., Das islamische Rechtssystem, in: ders./Heine, P./Oebbecke, J., Handbuch Recht und Kultur des Islams in der deutschen Gesellschaft. Probleme im Alltag – Hintergründe – Antworten, Gütersloh 2000, 37-53; SCHALL, A., Art. Islam I. Religionsgeschichtlich, in: TRE, Bd. 16, Berlin – New York 1987, 315-336, bes. 334.

⁵⁵⁸ Sure 68, 5. - Der Koran wird zitiert nach DER KORAN. Das Heilige Buch des Islam. Nach der Übertragung von I. Ullmann neu bearbeitet von L.W. Winter, München⁷ 1979.

⁵⁵⁹ Vgl. hierzu ELYAS, N., Moral aus der Sicht der Weltreligion Islam [Moral]. Vortrag im Rahmen der Hochschultage zum Thema „Moral und Weltreligionen“ an der Humboldt-Universität Berlin, 24.-25. November 1999, <http://islam.de/?site=zmd/publikationen/docs&di=v11>, 2.

⁵⁶⁰ Sure 107, 3-8.

⁵⁶¹ Sure 69, 4.

„Wahrlich, der Mensch ist ein ungeduldiges Geschöpf. (...) Nur die Betenden machen eine Ausnahme, welche streng auf das Gebet halten und die gehörig und billig von ihrem Vermögen schenken: dem Bettler, und dem es Scham verbietet, zu fordern, und die aufrichtig an den Tag des Gerichtes glauben (...) und die sich aller fleischlichen Lust enthalten, mit Ausnahme ihrer Frauen und Sklavinnen (...), nur die, welche außer diesen noch mehr begehren, sind Übertreter -, und die, welche das ihnen Anvertraute und die Verträge in Treue halten, und jene, die aufrichtig sind in ihrem Zeugnis und sorgfältig die Gebräuche ihres Gebetes beobachten.“⁵⁶²

Auf diese Weise wird der Zusammenhang zwischen Glaube und Ethik, zwischen Glaube und Verhalten im Diesseits hergestellt.

Die Aufforderungen des Islam zielen nicht auf die Vervollkommnung des Einzelnen – unabhängig von seinen Mitmenschen. Vielmehr wird stets auf das gute Zusammenleben, die Gemeinschaft intendiert – islamisch: die *umma*, die „Gemeinde Gottes“. Damit ist die Gesamtheit der Muslime angesprochen, die sich untereinander als Brüder verstehen und begegnen sollen.⁵⁶³ Weil der Islam keine Unterscheidung zwischen Weltlichem und Geistlichem kennt, gehören für den KORAN Frömmigkeit und soziale Verantwortung untrennbar zusammen, die letztere ist geradezu ein Teil derselben. Eindeutig beschreibt der KORAN die Frömmigkeit, sprich das Gute, das Moralische, das Ethische, in einem Vers:

„Die Gerechtigkeit besteht nicht darin, dass ihr das Antlitz (beim Gebet) nach Osten oder Westen richtet, sondern jener ist gerecht, der an Allah glaubt und an den Jüngsten Tag und an die Engel und an die Schrift und die Propheten; der voll Liebe von seinem Vermögen gibt: den Verwandten, Waisen und Armen und den Pilgern, überhaupt jedem, der darum bittet; der Gefangene löst, das Gebet verrichtet, Almosen spendet; der an geschlossenen Verträgen festhält; der geduldig Not und Unglück und standhaft die Schrecken des Krieges erträgt. Dieser ist gerecht: Er ist wahrhaftig gottesfürchtig.“⁵⁶⁴

Die Güte besteht demnach im zwischenmenschlichen Verhalten, in der Fürsorge füreinander. Was einen Muslimen ausmacht, definiert der Prophet Mohammed mit den Worten: „Der Muslim ist derjenige, vor dessen Hand und Zunge die

⁵⁶² Sure 70, 20. 23-27; 30-35.

⁵⁶³ Vgl. ANTES, P., Ethik, a.a.O. (s. Anm. 554), 207.

⁵⁶⁴ Sure 2, 178.

Menschen in Sicherheit sind.“ Er charakterisiert den Gläubigen: „Der Gläubige ist derjenige, vor dem die Menschen in Sicherheit sind.“ ELYAS resümiert:

„Moral im Islam ist eingebettet im Kontext des Theologischen und Gottesdienstlichen und ist Teil der gesamten islamischen Lehre. Sie ist kein selbstständiger Teil für sich, der im Widerspruch zur Lehre stehen kann. Als genuiner Teil der Offenbarung steht die Moral im Islam auf der anderen Seite nicht im Widerspruch zur Vernunft. Sie ist – getrennt von der Vernunft – nicht zu verstehen. Sie ist nicht der Vernunft entsprungen; sie ist Gottes Offenbarung und Gottes Weisung.“⁵⁶⁵

1.2 Das Menschenbild

Der Islam besitzt ein sehr konkret gefasstes Menschenbild und ist bestrebt, den in KORAN, SUNNA und SCHARIA festgelegten Moralkodex ins Leben zu transponieren, um so einen Menschen zu schaffen, der seine Existenz nach diesen Vorschriften ausrichtet. Ein entsprechender Text im Koran, der das Menschenbild im Islam veranschaulicht, befindet sich in der Sure 25:

„Diener des Allbarmherzigen sind die, welche demütig auf der Erde wandeln und, wenn die Unwissenden (die Götzendiener) zu ihnen sprechen, nur „Friede“ antworten und die des Nachts hingeworfen und stehend ihren Herrn anbeten und sagen: „O Herr, wende die Strafe der Hölle von uns ab; denn ihre Pein dauert ewig, und der Aufenthalt und Zustand dort ist ein elender“; ferner die, welche beim Almosengeben weder verschwenderisch noch geizig sind, sondern zwischen beiden die richtige Mitte halten, und die neben Allah nicht noch einen anderen Gott anrufen und die Menschen, welche Allah zu töten verboten hat, nur wegen einer gerechten Ursache um das Leben bringen und die keine Hurerei treiben; denn wer solches tut, den trifft die Strafe seiner Missetat. Verdoppelt wird ihm die Strafe am Tage seiner Auferstehung und ewig, mit Schande bedeckt, soll er in der Hölle verharren, mit Ausnahme dessen, welcher bereut, gläubig wird und gute Werke verrichtet. Solchen wird Allah ihre bösen Handlungen zum Guten wandeln; denn Allah ist verzeihend und barmherzig. Wer bereut und gute Werke verrichtet, dessen Bekehrung zu Allah ist für eine aufrichtige zu halten. Diese geben kein falsches Zeugnis und weichen unanständigen Reden auf schickliche Weise aus (und meiden Unschickliches und gehen vorbei – sehen sie solches); sie fallen auch nicht hin, als wären sie taub und

⁵⁶⁵ ELYAS, N., Moral, a.a.O. (s. Anm. 559), 3.

blind, wenn die Zeichen ihres Herrn erwähnt werden. Sie sprechen vielmehr: „O Herr, lass unsere Frauen und Kinder solche sein, dass sie Freude unseren Augen gewähren, und mache uns den Frommen zum musterhaften Vorbilde“.⁵⁶⁶

Diese Verse benennen grundsätzliche Aspekte der Moral, welche die moralische Gestalt des Menschen prägen. Neben der Rede vom Frieden und vom Maßhalten, wird hier zugleich auch das Gebot des Nichttötens sowie das Verbot der Unzucht und der Falschaussage thematisiert. Gleichzeitig werden noch Glaube und Gottesdienst angesprochen. Mit dem Blick auf diejenigen, die sich angesichts der Verse aus der Offenbarung selbstkritisch fragen, was diese Verse zu bedeuten haben und wie sie anzuwenden sind, wird zugleich auf die Interpretationsmöglichkeit der islamischen Quellen hingewiesen.

Dem KORAN zufolge erwartet Gott von den Menschen, dass sie ihn in seiner Größe und Erhabenheit anerkennen und sich ihm vollständig hingeben. Islam bedeutet so Selbstausslieferung und Dienst. Zugleich jedoch ist darin die Verheißung enthalten, dass der Mensch durch solche Hingabe den ihm von Gott zugewiesenen Platz und so Frieden findet.⁵⁶⁷

1.3 Offenbarung und Vernunft

1.3.1 Quellen der Moral

Als Quelle der Moral im Islam gelten nach der gängigen Meinung der islamischen Gelehrten sowohl die *Offenbarung* als auch die *Vernunft*. Die islamische Theologie lehrt: Die *Offenbarung* ist die Weisung Allahs. Im Grunde wäre der Mensch, wie er am Ursprung seiner Schöpfung war – ohne negative äußere Einflüsse – fähig, mittels seiner *Vernunft* das Gute und das Böse zu erkennen und so vernunftbegabt das eine zu tun und das andere zu lassen. Es blieb jedoch nicht bei diesem idealen Schöpfungszustand des Menschen. Innere Trie-

⁵⁶⁶ Sure 25, 64-75.

⁵⁶⁷ Vgl. hierzu ELYAS, N., Moral, a.a.O. (s. Anm. 559), 3f; vgl. auch ZAGER, W., Hingabe, a.a.O. (s. Anm. 557), 71f.

be und gesellschaftliche Einflüsse provozierten eine negative Entwicklung der ursprünglich optimalen Befindlichkeit des Menschen, so dass die Notwendigkeit besteht, durch die *Offenbarung* den Menschen nicht nur die Existenz Gottes, sondern auch die Prinzipien der Moral immer wieder ins Bewusstsein zu rufen. Diese Überzeugung und die Ermahnung der Offenbarung stellt für Muslime die Quelle dar, wenn sie von der Moral aus islamischer Perspektive sprechen. Sie ist für sie ebenso verpflichtend wie die anderen Vorschriften im KORAN oder in der SUNNA:

„(...) Nun ist euch ein Licht und eine deutliche Schrift von Allah zugekommen. Hierdurch wird Allah die, welche nach seinem Wohlgefallen streben, auf den Weg des Friedens leiten und sie aus der Finsternis in das Licht nach seinem Willen führen und ihnen den rechten Weg weisen.“⁵⁶⁸

Durch die Offenbarung wird der Mensch demnach auch in seinem ethisch-moralischen Lebensbereich aus den Schattenseiten seines Wesens in das göttliche Licht gebracht und auf den Pfad der Tugend geleitet.⁵⁶⁹

1.3.2 Glaube oder Vernunft?

Der aus eigener Entscheidung und Überzeugung frei gewählte Weg des Glaubens verpflichtet Muslime nicht nur zum Gottesdienst, sondern auch zur Beachtung der von Gott gesetzten moralischen Grenzen. Was motiviert einen praktizierenden Muslim, sich an diese Vorschriften zu halten? Ist es „blinde“ *Frömmigkeit* oder „reine“ *Vernunft*? Der Idealfall gestaltet sich nach islamischer Überzeugung folgendermaßen: Die Vernunft führt den Menschen hin zum Islam. Der Islam seinerseits schützt die Vernunft des Menschen in den von Gott festgelegten Grenzen und hält den Menschen zugleich dazu an, den eigenen Verstand und die eigene Vernunft weiter dafür einzusetzen, um nach der Logik – selbst in den offenbarten Vorschriften – zu forschen. Verstand und Vernunft

⁵⁶⁸ Sure 5, 16f.

⁵⁶⁹ Vgl. ELYAS, N., Moral, a.a.O. (s. Anm. 559), 5.

sind also herausgefordert, nach den Gründen der Verbote zu forschen, wobei diese ohnehin bei den meisten Verboten auf der Hand liegen:

„Sprich: „Kommt heran, ich will euch vorlesen, was euch geboten und verboten ist: Ihr sollt keine Götzen neben ihm haben; euren Eltern sollt ihr Gutes tun; ihr sollt eure Kinder nicht aus Furcht vor Armut töten, denn wir wollen schon für euch und für sie Sorge tragen; ihr sollt euch nicht den schändlichen Verbrechen nähern, weder öffentlich noch geheim. Ihr sollt nach göttlichem Verbot keinen töten, da Allah das Leben unverletzlich machte, außer wenn es die Gerechtigkeit fordert; dies hat euch Allah geboten. Ob ihr diese Lehre begreift? Kommt auch dem Vermögen der Waisen nicht zu nahe, ihr müsst es denn vergrößern wollen, bis sie mündig geworden sind. Gebraucht nur richtiges Maß und richtige Waage. Wir legen einer Seele nicht mehr auf, als sie zu tragen vermag. In euren richterlichen Urteilsprüchen seid gerecht, sei es auch gegen euren nächsten Verwandten, und haltet treulich am Bündnis Allahs fest. Dies hat Allah geboten, mögt ihr dessen eingedenk sein.“⁵⁷⁰

Grund eines jeden Verbotes ist also offene oder verborgene Schändlichkeit. Die Aufgabe des Menschen besteht nun darin, den verborgenen Grund dieser Schändlichkeit zu erkennen, denn Gott hat nicht die Absicht, ihm ohne Grund eine unnötige Last aufzubürden.⁵⁷¹

1.3.3 Grundsatz: Alles, was moralisch ist, ist auch erlaubt

Eine wesentliche Grundregel der islamischen Lehre lautet: „Alles, was nicht ausdrücklich verboten wurde, gilt als erlaubt.“ Ein weiteres Prinzip legt fest, dass das durch Gott Erlaubte von niemandem wieder verboten werden darf:

“Sprich: „Wer hätte Zierrat an der Kleidung vor Allah verboten, die er ja für seine Diener geschaffen hat? Und wer die guten Dinge, die er zur Nahrung bestimmte?“ Sprich: „Diese Dinge

⁵⁷⁰ Sure 6, 152f. – In Sure 17, 22-39 findet sich ein den „Zehn Geboten“ des Alten Testaments vergleichbarer Pflichtenkodex, der in zwölf Artikeln alle bisherigen Vorschriften zusammenfasst und die meisten noch näher erläutert und begründet; vgl. dazu ZAGER, W., Hingabe, a.a.O. (s. Anm. 557), 75ff.

⁵⁷¹ Vgl. ELYAS, N., Moral, a.a.O. (s. Anm. 559), 6.

sind für die, welche in diesem Leben glauben, besonders für die, welche an den Tag der Auferstehung glauben.“ So machen wir einem verständigen Volk unsere Zeichen deutlich.⁵⁷²

Nach islamischer Lehre hat Gott dem Menschen sowohl die Weisung zum Guten wie auch die Sicht des Bösen eingegeben. Deshalb existiert in der Seele eines jeden Menschen zugleich die Tendenz zum Guten und zum Bösen. Der Mensch besitzt die Fähigkeit, beides zu erkennen. Der Auftrag des Muslimen besteht nun darin, die moralischen Grundsätze aus den islamischen Quellen zu entdecken, zu interpretieren und seiner Zeit entsprechend anzuwenden.

Dennoch: Nach muslimischer Theologie reicht die Vernunft allein nicht aus für die Erkenntnis und das Tun des ethisch Richtigen. Wie bereits erwähnt, liegt das Übel im Verlust der ursprünglichen Unbedarftheit des Menschen: Wenn nicht die negativen Einflüsse der Umwelt gewesen wären, gäbe es nicht die triebhaften Neigungen der Seele und der menschlichen Existenz, und die Vernunft wäre aus sich selbst imstande, das Ethische zu erkennen. Zu den negativen Einflüssen und Neigungen bezieht der Islam die Position:

„Richtete sich die Wahrheit nach ihren Lüsten, so müssten die Himmel und die Erde, und was darin ist, zugrunde gehen. Wir haben ihnen nun eine Ermahnung (den Koran) gegeben; aber sie wenden sich von ihrer Ermahnung weg.“⁵⁷³

DR. NADEEM ELYAS sieht in diesen negative Neigungen des Menschen das Potential, dass sie die Gesamtheit der Menschheit ausblenden und hedonistisch nur noch den Vorteil einer exklusiven Gruppe bzw. einer bestimmten Generation verfolgen. Im Selbstverständnis des Islam greifen an eben dieser Stelle die Religion und ihre Quellen als Korrektiv und Regulativ ein. ELYAS schreibt:

„Sollte die heute so verstandene, die heute so gelebte und angewandte Moral im Widerspruch zu den gesagten Grundsätzen stehen, so müssen die Grundsätze, die in der Offenbarung der Religion uns zuteil geworden sind, diese ethische Schieflage regulativ bearbeiten und korrektiv verbessern. Eine Korrektur in umgekehrter Richtung wäre eine Verfälschung des menschlichen

⁵⁷² Sure 7, 33.

⁵⁷³ Sure 23, 72.

ursprünglichen Zustandes, eine Ablehnung der göttlichen Weisung, eine Vorgehensweise, die so von den Muslimen nicht akzeptiert wird.⁵⁷⁴

1.4 Ziele der Moral

Der Islam versteht die Aufgabe der Moral darin, die Erfüllung der fünf moralischen Prioritäten des Islam zu ermöglichen. Dies ist nicht nur das definierte Ziel der islamischen Morallehre, sondern zugleich das generelle Ziel aller Vorschriften im Islam, der gesamten islamischen SCHARIA.

Die *fünf Prioritäten* sind: Schutz des Lebens, Schutz des Glaubens, Schutz des Verstandes, Schutz der Ehre und Schutz des Vermögens.

Mittels der Festschreibung einzelner moralischer Grundsätze soll der Schutz dieser fünf Bereiche sichergestellt werden. Viele Vorschriften betreffen den Schutz des Lebens: Verbot des Tötens, Verbot von Terrorismus, Verfolgung und Gewalttätigkeit. Zum Schutz des Verstandes zählt das Alkoholverbot und das Verbot aller berauschenden Mittel. Unter den Schutz der Ehre fallen das Unzuchtverbot und sämtliche Vorschriften, die das Familienrecht berühren. Dabei beschränkt sich der Islam nicht nur auf das jeweilige Hauptziel, z.B. das Verbot des Tötens, sondern er untersagt alles, was dazu führen könnte.

Mit dem Schutz der fünf Prioritäten intendiert der Islam letztlich die Setzung einer vernünftigen Grenze zur Wahrung der Ehre und der Würde des Menschen.⁵⁷⁵

1.5 Ethik und Wissenschaft

Innerhalb der islamischen Theologie besitzt das *Wissen* einen hohen Stellenwert als Bewertungsmaßstab. Als höchstes Ziel des Wissens gilt dabei die Erkenntnis der Schöpfung, um dadurch zu ihrem Schöpfer selbst zu gelangen, ihn an-

⁵⁷⁴ ELYAS, N., *Moral*, a.a.O. (s. Anm. 559), 7.

⁵⁷⁵ Vgl. ebd., 7f.

zuerkennen und ihm zu dienen. Anders als etwa die Tierwelt und die übrige Schöpfung, die Gott seinen Gesetzmäßigkeiten unterworfen hat, und die ihm ohne eigenen freien Willen dienen, soll der Mensch Gott aus eigener Kraft erkennen, und nach eigenem freien Willen dienen. Das Medium dazu besteht im Wissen, welches jeder Mensch durch seinen ihm von Gott verliehenen Verstand erreichen soll. Im Diesseits hat der Mensch von Gott her die Freiheit, seinem Schöpfer zu dienen, oder aber auch ihn zu verleugnen.

Mit Hilfe des Wissens soll der Mensch im Rahmen der ihm von Gott gesetzten Grenzen „sein diesseitiges Leben besser genießen, mehr Wohlstand im gebotenen Rahmen erreichen und bessere Lebensbedingungen für sich und die anderen Geschöpfe schaffen. Durch sein Wissen soll der Mensch die Geheimnisse der Schöpfung entdecken, sie zu seinen Gunsten und zum Wohle der ihm dienstbargemachten Welt verwenden“⁵⁷⁶.

In dieser Grundhaltung begegnet der Islam auch der modernen Wissenschaft. ELYAS schreibt dazu:

„Manche Religionen setzen der heutigen Wissenschaft unüberwindliche Barrieren und Hemmnisse. Der Islam behandelt das Thema aus einer ganz anderen Perspektive, die durch ein aufgeschlossenes, ja immer schon aufgeklärtes Verhältnis gekennzeichnet ist, wie die jahrhundertlange Geschichte des Islam beweist. Ein offenes, aufgeschlossenes Verhältnis bedeutet jedoch nicht, dass dieses Verhältnis unkritisch ist, oder das der Islam der Wissenschaft keinerlei Grenzen setzt.“⁵⁷⁷

Im moralischen System des Islam sind auch der Wissenschaft – wie jeder anderen, dem Menschen von Gott verliehenen Freiheit – Grenzen gesetzt, deren Missachtung sowohl ein weltliches wie auch ein religiöses Vergehen darstellt. Die spezifischen Grenzen der Wissenschaft fasst ELYAS in acht Punkten zusammen⁵⁷⁸:

1. „Die Wissenschaft muss bei ihrer Forschung und Anwendung die Würde der Menschen schützen und respektieren:

⁵⁷⁶ Ebd., 9; vgl. ebd., 8f.

⁵⁷⁷ Ebd., 9.

⁵⁷⁸ Ebd., 9f.

„Und wir haben doch die Kinder Adams mit großen Vorzügen ehrenvoll ausgezeichnet, indem wir ihnen ihre Bedürfnisse zu Land und zu Wasser zuführten und sie mit allem Guten versorgten, und wir haben sie so vor manchen übrigen Geschöpfen bevorzugt.“⁵⁷⁹

2. Die Würde aller Geschöpfe muss bei Forschung und Anwendung der Wissenschaft beachtet werden:

„Dieses Volk gleicht dem Getier auf der Erde und den Vögeln, die mit ihren Flügeln sich fortbewegen, die nicht Gemeinschaft wären, gleich euch.“⁵⁸⁰

3. Die Wissenschaft darf kein Mittel der Vernichtung in der Welt sein und keine solchen Mittel herstellen:

„Richtet kein Verderben auf Erden an, da sie gebessert worden ist, (...).“⁵⁸¹

4. Die Gebote der Moral und der Barmherzigkeit dürfen zu keiner Zeit und in keinem Bereich missachtet werden.
5. Die Wissenschaft darf das Wesen der Schöpfung nicht ändern. Sie darf weder eine gesamte Art auslöschen, noch sie so manipulieren, dass das ursprünglich von Gott erschaffene Wesen nicht wieder zu erkennen ist. Dies wird im KORAN als Anstiftung des Satans zu Ungehorsam und Anmaßung gegenüber Gott bezeichnet.
6. Die Wissenschaft darf sich nicht anmaßen, das Wesen Gottes erforschen zu wollen, wohl aber die Zeichen seiner Existenz, seiner Schöpfung und seiner Gesetzmäßigkeiten, die er in der Natur festgelegt hat.
7. Das Wissen ist ein Allgemeingut. Seine Ergebnisse dürfen nicht von einem Volk, einer Gruppe oder von Einzelnen vereinnahmt und der Gesamtheit der Menschen vorenthalten werden. Die Errungenschaften der Wissenschaft dürfen niemandem vorenthalten werden, da sie allen Menschen von Gott offengelegt wurden. Die Wissenschaftler und Entdecker sind von Gott bestimmte Mittler. Der Gesandte Gottes [Mohammed; erg. durch Th.H.] warnte diejenigen, die nach Wissen gefragt, dieses verschweigen.
8. Die Risiken der Forschung müssen kalkulierbar sein und in einem vernünftigen Verhältnis zu dem Nutzen stehen. Der islamische Grundsatz lautet: Die Abwendung von Schäden hat Vorrang vor der Suche nach Nutzen.“

⁵⁷⁹ Sure 17, 71.

⁵⁸⁰ Sure 6, 39.

⁵⁸¹ Sure 7, 57.

Im Kontext der Determinierung ethischer Grenzen aktueller medizinethischer Probleme wie z.B. der Familienplanung, der Euthanasie, der Hirntoddiagnostik und auch bei der Organtransplantation kommen diese Regel zur konkreten Anwendung. Die Darstellung der islamischen Position zu Organspende und Transplantation im übernächsten Abschnitt wird veranschaulichen, wie die aus den islamischen Quellen tradierte Moral eine zeit- und bedarfsgerechte Hermeneutik erfährt.

2. Medizinethik aus islamischer Sicht

Wie bereits im Juden- und Christentum⁵⁸² basiert auch die islamische Medizinethik auf den Prinzipien der *Heiligkeit* menschlichen Lebens und dem Schutz seiner Werte, indem das jeweils kleinere Übel gewählt wird. Leben wird im Islam grundsätzlich verstanden als eine kostbare Gabe Gottes: Weil der Mensch sein Leben weder selbst geschaffen hat, noch dessen Besitzer ist, hat er auch nicht die absolute Macht darüber. In einem Vortrag über die islamische Perspektive zur Medizinethik verwendet der islamische Arzt SHAHID ATHAR das Bild:

„For our soul and spirit to live in our body for a certain period can be compared to living in a beautiful, leased apartment or house. The only thing which the landlord would like the tenant to do is to live with certain rules and regulations and do things to improve upon the apartment or house rather than destroy it. We have a duty to preserve our life and to use it for glory and pleasure in the service of God as the quality of life would permit.“⁵⁸³

Das leitende Prinzip islamischer Medizinethik, welches sowohl im KORAN als auch in der TORAH erwähnt wird, ist: „Wenn jemand *ein* Leben gerettet hat, wird es sein, als hätte er das Leben der *ganzen* Menschheit gerettet.“ Die Frage, mit der medizinische Ethik im Kontext von Lebensrettung konfrontiert ist, besteht für ATHAR darin, zu welchem Preis und mehr noch unter welchem Vorzeichen dieses Engagement für das Leben geschieht.

Für den muslimischen Arzt SHAHID ATHAR spielt die *Religion* des Patienten wie auch des ihn behandelnden Arztes eine entscheidende Rolle: Wenn der Arzt - so ATHAR - die Religion seines Patienten kennt und versteht, kann er ihm auf einer dichteren Kommunikationsebene begegnen, ihn in seiner Entscheidungsfindung für mögliche Therapiekonzepte begleiten und seiner religiösen Überzeugung entsprechend behandeln. Das Kranksein provoziert oft im Patienten Fragen über sich selbst und seine Zukunft und bringe ihn näher zu

⁵⁸² Vgl. dazu in diesem Kapitel der vorliegenden Arbeit, Teil A, Abschnitt 1., Grundzüge jüdischer Ethik, 124ff. wie auch Teil B, Abschnitt 1., Grundzüge christlicher Ethik, 163ff.

⁵⁸³ ATHAR, S., Islamic Medical Ethics – Some Questions and Concerns [Islamic]. Presented at “Islam in America Conference”, DePaul University, Chicago, September 29, 1995, <http://islam-usa.com/e3.html>, 1.

Gott, egal, in welcher Distanz er auch vor der Erkrankung gelebt haben mag. Viele Patienten, so ATHAR, erleben in ihrer Krankheit ein spirituelles Wachstum und entdeckten am Ende oft ihre Religiosität neu. Für ATHAR ist klar, dass die religiöse Überzeugung des Arztes seine Behandlungsoptionen gegenüber dem Patienten beeinflusst: Ein muslimischer Arzt z.B., der sich dem Prinzip verpflichtet weiß, dass der Mensch kein Recht hat, sein Leben selbst zu beenden, wird niemals einer Euthanasie zustimmen.⁵⁸⁴

Der islamische Grundsatz, zu verbieten, was falsch ist, und zu genießen, was gut ist, gilt ATHAR als Illustration des medizinethischen Prinzips der *Wohltätigkeit*: Das Wissen um die medizinischen Möglichkeiten und seine fachliche Kompetenz verpflichten den muslimischen Arzt dazu, seiner medizinischen Verantwortung auf der Basis seiner moralischen Überzeugung uneingeschränkt nachzukommen. Das bedeutet konkret, dem Patienten nichts vorzuenthalten, wessen er bedarf oder worauf er einen Anspruch hat, und vor allem in der Allokation knapper gesundheitsfördernder Ressourcen höchstmögliche *Gerechtigkeit* walten zu lassen.⁵⁸⁵

⁵⁸⁴ Vgl. hierzu ATHAR, S., *Islamic*, a.a.O. (s. Anm. 583), 1. – Charakter und Glaube sind in der Überzeugung des Islam untrennbar miteinander verbunden; vgl. dazu in diesem Kapitel der vorliegenden Arbeit, Teil C, Abschnitt 1.1, Ethik, Religion und Gesetz, 230ff.

⁵⁸⁵ Vgl. hierzu ATHAR, S., *Islamic*, a.a.O. (s. Anm. 583), 2.

3. Organspende und Transplantation im Islam

3.1 Die sunnitische Position

Für die SCHARIA, das religiöse islamische Recht, gehört der Schutz der körperlichen Unversehrtheit, die sogenannte *Kārma*, aller Muslime nicht nur zu den wesentlichen Aufgaben und Zielen der gesamten Rechtsordnung. Der schariatrechtliche *Kārma*-Schutz ist eines der ganz wichtigen Rechtsprinzipien, wenn nicht *das* zentrale Prinzip, das dem gesamten System des islamischen Rechts zugrunde liegt.

Hinsichtlich nicht nur der arabischen Sprache, sondern auch der durch die spezifische Begrifflichkeit der islamischen Jurisprudenz bedingten – zumindest für den in beiden weniger bewanderten deutschen Leser bestehenden – Verständnisschwierigkeiten, soll im folgenden kurz der Zugang zum islamischen Recht und dem ihm zugrunde liegenden Verständnis des Schutzes der körperlichen Unversehrtheit des Menschen erleichtert werden.

Auch wenn der Schutz der körperlichen Unversehrtheit nach islamischer Rechtsauffassung zu den Wohltaten gehört, die Gott seinen Dienern erweist, ist damit noch wenig darüber ausgesagt, welcher für den Muslim erkennbaren Mittel und Wege sich die göttliche Weisheit bedient, um diese Absicht zu realisieren. Im Rahmen der SCHARIA geschieht dies hauptsächlich durch Gebote und Verbote, aber auch durch Empfehlung oder Missbilligung bezüglich des richtigen Verhaltens der Muslime. Letztere haben sich darüber in den heiligen Quellen (KORAN und SUNNA) zu informieren. Nicht gerade selten sieht sich der gläubige Muslim – bei Fehlen einer einschlägigen Regelung durch die SCHARIA – vor die Qual der Wahl gestellt, wenn er eine verantwortungsbewusste Entscheidung zu fällen hat. Kein Wunder, dass er sich in Zweifelsfragen – sei es im Alltag, sei es in besonderen Lebenslagen – gern des Rates eines Gottesgelehrten bedient. Eine solche Auskunft wird ihm auf schriftliche Anfrage durch den *Mufti* in Form eines FATWA gewährt, d.h. in einer gutachterlichen Stellungnahme, an der er sein Verhalten ausrichten kann, aber nicht muss. Derartige FATWAS sind infolgedessen in tatsächlicher wie in rechtlicher Hinsicht eine

wichtige Informationsquelle auch für den Wissenschaftler, wenn es darum geht, zu erkennen, wie das religiöse islamische Recht den Schutz der körperlichen Unversehrtheit unter dem Aspekt der Organtransplantation gewährleistet und sicherstellt.

Gegenstand der vorliegenden Darstellung sind arabischsprachige *sunnitische*⁵⁸⁶ FATWAS zur Frage des schariatrechtlichen *Karma*-Schutzes bezüglich der Organspende und Transplantation, und zwar vor allem solche aus Ägypten, Saudi-Arabien, Kuwait, Qatar, Syrien und dem Libanon. Der Kontakt zur FATWA-Praxis der Muftis wird dadurch gewahrt, dass die schariatrechtlichen Fragestellungen so aufgenommen werden, wie sie in der normativ schon vorgeprägten Wirklichkeit des islamischen Rechts tatsächlich gestellt wurden. Die Darstellung konzentriert sich im wesentlichen auf FATWAS des 20. Jhrdts., hauptsächlich auf diejenigen der Gegenwart, d.h. auf solche aus den letzten Jahrzehnten. Diese Eingrenzung resultiert zum einen aus der noch relativ jungen Fragestellung der Organtransplantation. Zum anderen liegt die Begrenzung in der Rechtsordnung der SCHARIA selbst begründet, die sich ihrem Selbstverständnis nach vor allem an den heiligen Texten (KORAN und SUNNA) orientiert und sich ständig auf die tradierten Grundlagen des Islam rückbezieht. Für das Verständnis der Stellungnahmen der Muftis ist vor allem darauf zu achten, in welche der insgesamt fünf schariatrechtlichen Kategorien der von ihnen erteilte Ratschlag einzuordnen ist. Dies ist deswegen wichtig, weil an der Einstufung und Eigenart der von ihnen ausgesprochenen Handlungsempfehlungen ablesbar ist, mit welchen Folgen seines Handelns der gläubige Muslim im Diesseits und/oder im Jenseits zu rechnen hat. Die Einstufung differenziert zwischen „geboten“, „empfehlenswert“, „freigestellt“, „missbilligt, tadelnswert“ und „verboten“.⁵⁸⁷

Obwohl Blut im Islam im allgemeinen für unrein gehalten wird, billigten muslimische Rechtsgelehrte im 20. Jhrdt. auch Bluttransfusionen. Unabhängig von ih-

⁵⁸⁶ Siehe Anm. 102.

⁵⁸⁷ Dies ermöglicht vor allem gegenüber etwaigen Neuerungen in der praktischen Lebensführung, die sich ja besonders in den Bereichen der Medizin und des Rechts häufig ereignen, eine sehr flexible und elastische Reaktionsweise. Vor allem die Zwischenstufen von „empfehlenswert“ und „missbilligt, tadelnswert“ ermöglichen dem gläubigen Muslim wie dem Mufti Reaktionsweisen, bei denen nicht gleich mit den äußersten Reaktionsweisen der Verletzung eines Gebotes bzw. Verbotes zu rechnen ist.

rer Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Rechtsschulen berufen sich die meisten muslimischen Gottesgelehrten und Juristen auf das Prinzip der Priorität der Rettung menschlichen Lebens vor allen Überlegungen. Neben Hornhauttransplantationen von Freiwilligen, die sich damit einverstanden erklärten, nach ihrem *Tod* zu spenden, sanktionierte schon 1959 der Großmufti von Ägypten, Scheich HASAN MA'MUM auch solche von Leichen, deren Identität nicht mehr festzustellen ist.⁵⁸⁸ Sein Nachfolger, Scheich HURAI, erweiterte dieses FATWA im Jahre 1966 auf andere Organe.

Die Pflicht, Leben zu retten, veranlasste das AMT FÜR RELIGIÖSE ANGELEGENHEITEN IN DER TÜRKEI bereits 1968 zu einem Erlass über Organspenden. Damit wird eine Organspende gestattet, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, die Gesundung des Empfängers wahrscheinlich ist, es sich um kein illegales Organ handelt, das Herz des Organspenders bei der Entnahme nicht mehr geschlagen hat, und zuguterletzt wenn die Erlaubnis der Spender oder ihrer Angehörigen zur Entnahme geklärt ist.⁵⁸⁹

Scheich CHATIR, der Großmufti von Ägypten im Jahre 1973, veröffentlichte ein weiteres FATWA, nach dem es erlaubt ist, die Haut von nichtidentifizierten Leichen zu medizinischen Zwecken zu verwenden.

Der Großmufti DSCHADU-L-HAQ billigte Organspenden von *Lebenden*, solange diese dadurch keinen Schaden erleiden und ihre Spende ein freiwilliges Geschenk ist, das sie dem Empfänger in gutem Glauben um Gottes und um der Sorge um die Menschheit willen machen. Ebenso stimmte er der Organexplantation aus *Verstorbenen* zu, unter der Bedingung, dass ein entsprechendes legales Testament oder aber zumindest die Zustimmung der Angehörigen vorlie-

⁵⁸⁸ Die hier verarbeiteten Informationen sind entnommen INSTITUT FÜR INFORMATION ÜBER ISLAM UND DIALOG [INID] E.V. (Hrsg.), Art. Organtransplantationen [Organtransplantationen], in: Die Fontäne. Populäre, pädagogische und wissenschaftliche Vierteljahrszeitschrift, <http://www.fontaene.de/archiv/nr-9/organtransplantationen04.htm>, bes. 5f; vgl. dazu auch KRAWIETZ, B., Die +@rma, a.a.O. (s. Anm. 103), 169-202. – Da in der recherchierten Literatur weder eine deutsch- noch englischsprachige Übersetzung der FATWAS angegeben wurde, muss die vorliegende Arbeit leider auf Zitate aus den Fatwas, auf die sich die Darstellung bezieht, verzichten und kann aus gleichem Grunde auch keine detaillierten Quellenangaben zu den FATWAS anbieten. Die verwendete Sekundärliteratur wirkt jedoch hinreichend objektiv, so dass der Rückgriff und Bezug auf sie vertretbar erscheint.

⁵⁸⁹ Vgl. hierzu GÜNTEMÜR-RODLER, A., Organspende, in: Westdeutscher Rundfunk [WDR] (Hrsg.), Redaktion Babylon, Sendung vom 02.12. 2000, 10.00 – 11.00 Uhr, Manuskript, o.O. u. o.J.

ge. Im Falle von nicht-identifizierten Verstorbenen solle vor der Organentnahme eine Genehmigung des Magistrates eingeholt werden.

Das saudi-arabische Groß-Ulema⁵⁹⁰-FATWA Nr. 99 von 1982 beschäftigte sich mit dem Thema der *Selbsttransplantationen*, die einstimmig sanktioniert wurden. Per Mehrheitsbeschluss erlaubte dieses FATWA außerdem sowohl Organspenden von *Lebenden als auch von Verstorbenen*, sofern ein legales Testament existiere oder die Angehörigen ihre Zustimmung gegeben hätten. Ein entsprechendes Gesetz in Kuwait wiederholte 1983 die vorangegangenen FATWAS und wies drauf hin, dass ein lebender Spender über achtzehn Jahre alt sein sollte, damit dessen Einwilligung auch eine juristische Grundlage besitze.

In keiner der bisherigen FATWAS wurde der *Gehirntod* thematisiert. Erst die ZWEITE INTERNATIONALE KONFERENZ ISLAMISCHER RECHTSGELEHRTER 1985 in Djidda/Saudi-Arabien diskutierte dieses Thema. Weil neue Forschungsergebnisse abgewartet und die Meinungen weiterer Experten eingeholt werden sollten, wurde die Entscheidung vertagt. Auf der 1986 in Amman/Jordanien abgehaltenen DRITTEN INTERNATIONALEN KONFERENZ ISLAMISCHER RECHTSGELEHRTER wurde von der Mehrheit die sogenannte „Resolution Nr. 5“ verabschiedet, die *Gehirn- und Herztod bzw. Atemtod einander gleichsetzt*. Nach strenger islamischer Lehre gelte ein Mensch dann als Tod, wenn seine Seele aus dem Körper entwichen ist. Weil der genaue Zeitpunkt dieses Entweichens jedoch nicht exakt bestimmt werden könne, müsse man sich an die äußeren Zeichen halten.⁵⁹¹ Dieses Dekret aus dem Jahre 1986 bereitete seinerzeit der Expansion von Organtransplantationsprojekten in der islamischen Welt den Weg. Sowohl in Saudi-Arabien als auch in Kuwait wurden Kampagnen gestartet, die Organspenden von Hirntoten unterstützten.⁵⁹² Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl von Hirntoten in der Golfregion besonders hoch ist. Zurückzuführen ist dieser Umstand vor allem auf eine ausgesprochen hohe Rate von Verkehrsunfällen. Während einerseits versucht wurde, dieser

⁵⁹⁰ Arabisch-türkischer Terminus (Plural) für islamische Rechts- und Religionsgelehrte.

⁵⁹¹ Vgl. hierzu auch die Ausführungen im ersten Kapitel dieser Arbeit, Abschnitt 4.4.2.4, (Hirntod als Todeskriterium) - Islamisch, 53ff.

⁵⁹² Vgl. dazu KRAWIETZ, B., Die + ūrma, a.a.O. (s. Anm. 103), 169-175.

traurigen Realität durch strengere Verkehrsregeln zu begegnen, wurde andererseits beschlossen, die Organe Betroffener zum Wohle kranker Menschen zu verwenden.⁵⁹³

Die KONFERENZ DER RECHTSGELEHRTEN DER ISLAMISCHEN LIGA im Dezember 1987 in Mekka verabschiedete in ihrer zehnten Sitzung ein Dekret, das sich der Resolution von 1986 nicht anschloss, sondern vielmehr den *Unterschied zwischen Herz- und Hirntod* betonte. Dieses Dokument formuliert außerdem die Position, dass der Hirntod nicht als tatsächlicher Tod betrachtet werden könne. Alle vorausgegangenen FATWAS zum Thema Organtransplantation wurden jedoch auch hier bestätigt. – Die Medien widmeten diesem Dekret seinerzeit nur wenig Aufmerksamkeit. Auch die amtlichen Einrichtungen in Saudi-Arabien ignorierten es weitgehend. Ohne Intervention seitens der Rechtsgelehrten wurden auch weiterhin Herz- und Nierentransplantate von Hirntoten verwendet.

Das detaillierteste FATWA zum Thema Organspende und Transplantation formulierte die VIERTE INTERNATIONALE KONFERENZ ISLAMISCHER RECHTSGELEHRTER im Februar 1988 in Djidda/Saudi-Arabien mit ihrer sogenannten „Resolution Nr. 1“. Alle bisherigen FATWAS wurden darin bestätigt. Neu war die eindeutige Ablehnung jeglicher Form von *Organhandel* und die nachdrückliche Betonung des *Prinzips der Selbstlosigkeit*.

Auf dem Hintergrund dieser FATWA-Genese und explizit auf der Basis der Arbeitsvorlagen und Beschlüsse der ISLAMISCHEN WELTLIGA (einer internationalen Versammlung für islamisches Rechtswesen) in Mekka vom 19. bis 28. 01. 1985, der ISLAMISCHEN ORGANISATION FÜR MEDIZINWISSENSCHAFT in Kuwait (sechstes und achtes Seminar für Medizin und islamisches Rechtswesen, 23.10. 1989 und 22. bis 24.05. 1995) sowie des WHO-REGIONAL OFFICE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN (mit seiner Arbeitsvorlage des Leiters der Fakultätsabteilung „Vergleichendes islamisches Rechtswesen“ der Universität von Kuwait, Prof. Dr. M.N. Yasien), fasst der Vorsitzende des ZENTRALRATES DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND [ZMD], DR. NADEEM ELYAS die zeitgenössische islamische Position der *sunnitischen* Rechtsschulen zur Organ-

⁵⁹³ Vgl. hierzu INSTITUT FÜR INFORMATION ÜBER ISLAM UND DIALOG [INID] E.V. (Hrsg.), Organtransplantationen, a.a.O. (s. Anm. 588), 6.

transplantation bei der Anhörung vor dem GESUNDHEITSAUSSCHUSS DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES am 28.06. 1995 zu den Themen Hirntod und Organverpflanzung zusammen.⁵⁹⁴

Nach der Klärung der theologischen Grundlage zur Hirntodfrage und ihrer Bewertung im Islam⁵⁹⁵ benennt ELYAS die *theologische Grundlage* zum Thema Organverpflanzung. Die Akzeptanz der Organtransplantation als „lobenswerte Handlung und wohltätige Hilfeleistung“ ist dabei an die Achtung der Menschenwürde sowie die Berücksichtigung einiger spezifisch islamischer Vorschriften gebunden:

„Die Entnahme eines Organs aus dem Körper eines Menschen und seine Verpflanzung in den Körper eines anderen Menschen ist eine erlaubte lobenswerte Handlung und wohltätige Hilfeleistung, die unter Berücksichtigung folgender Einzelheiten den islamischen Vorschriften und der Menschenwürde nicht widerspricht.“⁵⁹⁶

Aus medizinischer Sicht muss für den ZMD sowohl bei der Lebend- wie auch bei der Totenspende folgende Prämisse erfüllt sein:

„Die Organverpflanzung muss die einzig mögliche medizinische Behandlungsmaßnahme für den Empfänger sein.“⁵⁹⁷

Hinsichtlich der besonderen Situation der *Lebendspende* postuliert ELYAS:

„Der Erfolg bei beiden Operationen, sowohl der Entnahme als auch der Einpflanzung, muss für gewöhnlich oder in den meisten Fällen gesichert sein.

Die Organentnahme darf beim Spender nicht zu einer Schädigung führen, die den normalen Lebensablauf stört, da der islamische Grundsatz lautet: „Ein Schaden darf nicht durch einen anderen Schaden gleichen oder größeren Ausmaßes behoben werden.“ Der Spender würde sich in diesem Fall sonst selbst ins Verderben stürzen, was islamisch nicht erlaubt ist.“⁵⁹⁸

⁵⁹⁴ ZENTRALRAT DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Dr. Nadeem Elyas, Stellungnahme, a.a.O. (s. Anm. 106), 5-8.

⁵⁹⁵ Bezüglich der speziellen Position des ZMD zum Hirntod beachte im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 4.4.2.4, (Hirntod als Todeskriterium) - Islamisch, 53ff.

⁵⁹⁶ ZENTRALRAT DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Dr. Nadeem Elyas, Stellungnahme, a.a.O. (s. Anm. 106), 5.

⁵⁹⁷ Ebd.

⁵⁹⁸ Ebd.

Damit ist die Lebendspende lebenswichtiger Organe wie Leber, Lungen und Herz ausgeschlossen, die Spende regenerierbarer Gewebe und Substanzen (wie Knochenmark und Blut) sowie paariger Organe (z.B. Niere) hingegen erlaubt.

Auch wenn die Lebendspende im Islam grundsätzlich toleriert wird, gilt sie letztlich doch nur als Ausnahme. Bemerkenswert ist die absolute Priorität, welche - nach dem ZMD – die *Totenspende* im Islam gegenüber der Lebendspende genießt. Organspenden von Lebenden sind allein dann legitim, wenn nicht die Alternative der Totenspende gegeben ist:

„Sollte der Schaden beim Empfänger durch eine Organspende von einem Verstorbenen bzw. durch tierisches Material oder technische Mittel zu beheben sein, ist die Organspende von einem lebenden Menschen nicht erlaubt.“⁵⁹⁹

Interessant ist, dass der ZMD als einzige der abrahamitischen Religionen auch einen expliziten Standpunkt zum Aspekt der *Religionszugehörigkeit potentieller Organspender und –empfänger* formuliert. Die diesbezüglich eingenommene Position überrascht durch ihre Weite und Toleranz⁶⁰⁰:

„Da jedem Menschen von Gott Ehre erwiesen und Würde verliehen wurde, können islamisch gesehen Muslime, Anhänger anderer Offenbarungsreligionen und Nichtgläubige unabhängig von ihrer weltanschaulichen Überzeugung sowohl als Organspender als auch als –empfänger akzeptiert werden. Lediglich rechtskräftig zum Tode verurteilte Personen kommen als Organempfänger nicht in Frage.“⁶⁰¹

Unter Berufung auf die Menschenwürde und dem ausdrücklichen Hinweis auf die Gefahr der Ausnutzung der materiellen Not der Menschen in den Entwicklungsländern lehnt ELYAS als Sprecher des ZMD den *Organhandel* rigoros ab. Das Zugeständnis materieller Zuwendungen und nicht auf kommerzieller Basis

⁵⁹⁹ Ebd., 6.

⁶⁰⁰ ELYAS vertritt hier zunächst den liberaleren Standpunkt der Sunniten (vgl. Anm. 102). Zur diesbezüglich fundamentalistischeren Position der Schiiten (vgl. Anm. 102) siehe den folgenden Abschnitt 3.2, Die schiitische Perspektive, 253ff.

⁶⁰¹ ZENTRALRAT DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Dr. Nadeem Elyas, Stellungnahme, a.a.O. (s. Anm. 106), 6.

beruhender Entschädigungen mag auf die dem Islam innewohnende orientalische Mentalität zurückzuführen sein:

„Kauf und Verkauf von menschlichen Organen sowie sonstiger Organhandel widerspricht der Menschenwürde und ist verboten. Materielle Zuwendungen und sonstige freiwillige nicht auf kommerzieller Basis beruhende Entschädigungen sind erlaubt.“⁶⁰²

„Die Transplantation nach Deutschland vermittelter Organe ist nur dann vertretbar, wenn bei ihrer Gewinnung im Ausland die hier geltenden und von uns erwähnten moralischen und ethischen Aspekte beachtet werden. Auf keinen Fall darf Deutschland zu einem Markt für illegal erworbene oder unter wirtschaftlichen Zwängen erkaufte Organe werden. Besonders hier gilt es, die Würde des Menschen in den ärmsten Ländern unserer gemeinsamen Völkerfamilie zu schützen.“⁶⁰³

Hinsichtlich der *Freiwilligkeit* und der Spende durch *Kinder* oder *unmündige Personen* vertritt ELYAS für die Muslime in Deutschland folgende Ansicht:

„Die Abgabe des Organs muss vom Spender freiwillig und nicht unter Zwang erfolgen. Bei Kindern und entmündigten Personen genügt die Zustimmung der Erziehungsberechtigten bzw. des Vormundes nicht, da dies zu einer Entwürdigung und Schädigung der beaufsichtigten Person führt.“⁶⁰⁴

Als unbedingte Voraussetzung für die Organentnahme bei Verstorbenen gilt dem ZMD die *ausdrückliche Zustimmung des Spenders zu Lebzeiten*. Der Frage der *Einbeziehung von Angehörigen* in die Entscheidung über eine Organentnahme widmet sich die Stellungnahme von ELYAS besonders detailliert:

„Nach unserer religiösen Auffassung soll eine Organentnahme nach dem Tode nur zulässig sein, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten persönlich und ausdrücklich seine Zustimmung dazu gegeben hatte. Die schriftliche Dokumentation dieses Willens ist sicherlich angebracht. Unbedingt erforderlich wird sie in den Fällen sein, wo keine Angehörigen vorhanden bzw. erreichbar sind.

⁶⁰² Ebd.

⁶⁰³ Ebd., 8.

⁶⁰⁴ Ebd.

Der ausdrückliche Wille des Verstorbenen soll Vorrang haben. Sollten die Angehörigen einen Widerruf dieses Willens in Erfahrung gebracht haben, so sollen sie als Rechtsvertreter des Verstorbenen gelten und den letzten Willen zur Durchführung bringen.

Bei widersprüchlichen Aussagen und Willensbekundungen soll auf eine Organentnahme verzichtet werden.

In den Fällen, wo der Wille des Verstorbenen nicht bekannt ist, sollen die Angehörigen eigenständiges Entscheidungsrecht haben.⁶⁰⁵

Im Hinblick auf die zum Zeitpunkt seiner Stellungnahme noch offene und ange-regt diskutierte Frage, welches System der Einwilligung zur Organspende (Wi-derpruchslösung versus Zustimmungslösung) in das in Vorbereitung befindli-che deutsche TRANSPLANTATIONSGESETZ Eingang finden sollte⁶⁰⁶, plädiert der ZMD eindeutig für die *erweiterte Zustimmungslösung*:

„Wir sind der Meinung, dass durch verstärkte Aufklärung und vermehrte Information der Anteil der potentiellen Organspender vergrößert werden kann. Auf keinen Fall darf versucht werden, den Mangel an Aufklärung durch verschärfte Gesetze zu korrigieren. Besonders wegen der Sensibilität und Komplexität dieses Problems sollte seine Lösung auf der Grundlage der Mündigkeit der Bürgerinnen und Bürger und auf ihrer Freiwilligkeit basieren.

Der Engpass, der als Auswirkung der engen Zustimmungslösung zu befürchten ist, soll, falls diese zur Grundlage des neuen Gesetzes wird, durch verstärkte Aufklärung vermieden werden. Jede Art der Verpflichtung zur Willensbekundung halten wir für unpraktisch, da die meisten Unentschlossenen sich gegen eine Organentnahme entscheiden würden. Sinnvoller und libera-ler ist es, die freiwillige Entscheidung und Beurkundung zu erleichtern und vermehrt anzubieten. Auch bei der erweiterten Zustimmungslösung bleiben die o.g. Maßnahmen, nämlich die Aufklä-rungspflicht und die Motivierung zur freiwilligen Entscheidung, unabdingbar.“⁶⁰⁷

Die aus der hier versuchten Darstellung der islamisch-sunnitischen Position zur Organspende und Transplantation sich abzeichnende große Übereinstimmung mit dem deutschen TRANSPLANTATIONSGESETZ tritt noch einmal deutlich zutage in einer Würdigung dieses Gesetzes durch eine Pressemitteilung des

⁶⁰⁵ Ebd., 7.

⁶⁰⁶ Vgl. dazu im ersten Kapitel dieser Arbeit die Abschnitte 5.1, Systeme der Einwilligung zur Organspende, 70ff. und 5.2, Das deutsche Transplantationsgesetz, 72ff.

⁶⁰⁷ ZENTRALRAT DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Dr. Nadeem Elyas, Stellung-nahme, a.a.O. (s. Anm. 106), 7f.

ZMD. Diese Stellungnahme sei abschließend als Zusammenfassung des sunnischen Standpunktes zitiert:

„Der Zentralrat der Muslime in Deutschland begrüßt das Transplantationsgesetz, das der Deutsche Bundestag verabschiedet hat. An der Vorbereitung dieser Regelung war auch der ZMD bei mehreren Anhörungen beteiligt.

Die Festlegung des Hirntodes als Todeskriterium entspricht unserer Empfehlung und deckt sich mit der Meinung der meisten islamischen Gelehrten. Diese Regelung schützt die Würde der Verstorbenen und gibt sowohl den Angehörigen als auch dem medizinischen Personal fassbare gesetzliche Sicherheit.

Die Einbeziehung der Angehörigen in den Entscheidungsprozess halten auch wir für unerlässlich. Wir hoffen, dass mit dieser neuen gesetzlichen Regelung der bedrohliche Engpass bei der Organtransplantation überwunden wird.

Aus islamischer Sicht gilt die Organspende als eine hochangesehene und verdienstvolle Tat, die dem Gottesdienst nahe kommt.

Der Großmufti von Ägypten⁶⁰⁸ hat vor kurzem seine sterbliche Hülle für Zwecke der Organverpflanzung vermacht. Der Zentralrat wird sich dafür einsetzen, dass auch hier lebende Muslime diesem Beispiel folgen. Durch diese Bemühung hoffen wir dazu beizutragen, dass die Not vieler Leidender in unserem Land gemindert wird.“⁶⁰⁹

3.2 Die schiitische Perspektive

In seiner bereits zitierten Stellungnahme weist ELYAS darauf hin, dass die *schiitische* Rechtsschule⁶¹⁰ durch zwei wesentliche Einschränkungen von dem sunnitischen Konsens zur Organspende und Transplantation abweicht: Schiiten dürfen ihre Organe postmortal ausschließlich nur einem anderen Muslim spenden. Organe empfangen dürfen sie dagegen auch von Andersgläubigen:

⁶⁰⁸ Auch wenn die hier zitierte Pressemitteilung in der Quelle nicht datiert ist, lässt sie sich doch wohl dem unmittelbaren Zeitraum direkt nach der Verabschiedung des deutschen TRANSPLANTATIONSGESETZES, sprich der Zeit Ende 1997 bzw. Anfang 1998 zuordnen. Bei dem von ELYAS erwähnten Großmufti von Ägypten dürfte es sich demnach um NASR FARID WASSSEL handeln. Er wurde am 10.03. 2002 von seinem Nachfolger AHMAD MUHAMMAD AL TAYIB abgelöst.

⁶⁰⁹ ZENTRALRAT DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Art. Organverpflanzung und Hirntod, in: ZMD/Publikationen, <http://www.islam.de/?site=zmd/publikationen/docs&di=pm10>.

⁶¹⁰ Vgl. hierzu Anm. 102. – Gegenüber den Sunniten mit ca. drei Millionen Mitgliedern in Deutschland stellt die Gruppe der Schiiten mit lediglich ca. 100.000 Anhängern eher eine Minderheit dar.

„Eine Organentnahme von einem toten Muslim ist verboten. Sie darf nur erfolgen, wenn sie für die Lebenserhaltung eines anderen Muslims notwendig ist.

Dem Muslim ist der Empfang von anderen muslimischen oder nicht-muslimischen Spendern, sowie die Verwendung von tierischem und technischem Material als Implantate erlaubt.“⁶¹¹

Bei objektiver Betrachtung wirft eine derartige Einstellung doch Fragen auf. Da in der einschlägigen Literatur keine Begründung dieser Regelung zu finden war, können lediglich Mutmaßungen über mögliche Motive angestrengt werden.

So könnte es sein, dass aus dem schiitischen Selbstverständnis der alleinigen Rechtgläubigkeit des Islam das Gebot erwächst, die aus der Rechtgläubigkeit resultierende Reinheit, die nicht nur den Geist oder die Seele, sondern auch den Körper durchdringt und somit heiligt (und zwar über den leiblichen Tod hinaus) nicht durch die Weitergabe von Organen an Ungläubige, sprich Unreine zu riskieren. Ein weiteres Motiv könnte darin liegen, mittels der Verweigerung von Hilfeleistung gegenüber Andersgläubigen, die in den Augen der Schiiten ausnahmslos alle als Ungläubige gelten, die Ausbreitung oder weitere Existenz des vermeintlichen Unglaubens so eindämmen zu wollen.

Das jedoch andererseits die Annahme von Organen Andersgläubiger gestattet ist, könnte seine Ursache zum einen in einem ausgeprägten Selbsterhaltungstrieb haben, oder zum anderen in der zugegebenermaßen sehr spekulativen Überzeugung begründet sein, dass die Organe von Andersgläubigen durch ihr Weiterleben als nur ein kleiner Teil in einem ansonsten reinen und rechtgläubigen Schiiten gereinigt, geläutert würden und als solche dem Schiiten nichts anhaben können. Wenn dem aber so wäre, stellte sich im Umkehrschluss wiederum die Frage, warum dann nicht auch die Spende „muslimischer“ Organe an Andersgläubige aus der Perspektive der Schiiten nicht auch als „indirekte Mission“ für die eigene Überzeugung aufgefasst wird.

Bei allen Versuchen des Verstehens bleibt der Eindruck eines deutlichen Ungleichgewichtes: Die schiitische Haltung zur Organtransplantation ist nicht recht nachvollziehbar, zumal sie mit dem Rücken zu grundlegenden Kategorien aufgeklärten Denkens wie den Prinzipien der Solidarität und Subsidiarität den Mus-

⁶¹¹ ZENTRALRAT DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Dr. Nadeem Elyas, Stellungnahme, a.a.O. (s. Anm. 106), 6.

limen exklusiv und fundamentalistisch-elitär in jedem Fall ihren Vorteil sichert, und damit den Wirkungskreis der Nächstenliebe, als jener dem Glauben wesenseigenen und gebotenen Liebesantwort des Menschen auf die seinerseits erfahrene grenzenlose Liebe Gottes, doch befremdend eng zieht.

3.3 Zusammenfassung

Der Islam erlaubt die Lebend- und Totenspende von Organen, wenn sie die einzig mögliche lebensrettende Therapie für den Organempfänger darstellt. Voraussetzung ist auch hier wie im deutschen Transplantationsgesetz: Der Tod des Menschen und die ausdrückliche Zustimmung des Spenders oder aber seiner Angehörigen. Sunniten und Schiiten unterscheiden sich in der praktischen Konsequenz jedoch erheblich: Während die Sunniten (in Deutschland ca. drei Millionen) auch bei Nicht-Muslimen als Spender wie als Empfänger in Frage kommen können, dürfen die Schiiten (in Deutschland ca. 100.000) ihre Organe nur einem anderen Muslim spenden. Organe empfangen dürfen sie dagegen auch von Andersgläubigen. Unabhängig von der sunnitischen oder schiitischen Rechtsschule sind Kinder und entmündigte Personen im Islam grundsätzlich von der Organspende ausgenommen. Die Zustimmung der Erziehungsberechtigten oder des Vormundes reicht hier nicht aus.

IV. Resümee und Ausblick

Die Zusammenschau der in lehramtlichen Dokumenten und Stellungnahmen vertretenen ethischen Positionen des Judentums, des Christentums und des Islam zur Organspende und Transplantation hat gezeigt, dass die religiös motivierte Medizinethik ein System darstellt, welches aus der Perspektive der jeweiligen Religion die gegenwärtig ständig wachsenden, vielschichtigen ethischen Probleme der modernen Medizin zu lösen versucht.

Der Entwicklungsprozess immer neuer Errungenschaften geht derart rasch voran, dass die Menschheit im Grunde genommen gar keine Zeit hat, darüber zu reflektieren, ob denn auch alles „gut“ und „richtig“ ist, was als sogenannter Fortschritt angeboten und realisierbar wird. In einer derartig schnelllebigen Welt kann es nicht verkehrt, sondern vielmehr hilfreich sein, sich an einem Wertesystem zu orientieren, das unabhängig von zeitlichen Strömungen und Entwicklungen an seinen Grundsätzen festhält, sich aber dennoch auch den aus dem permanenten Fortschritt resultierenden Herausforderungen zu stellen vermag. Die Medizinethik der abrahamitischen Religionen stellt ein solches Wertesystem dar, das, abgeleitet aus alten Quellen, oft auf erstaunliche Weise modernste Fragestellungen und Probleme zu lösen im Stande ist.

Bei aller Individualität in der Argumentation lässt sich doch für alle drei untersuchten Religionen grundsätzlich eine große Übereinstimmung hinsichtlich der fundamentalen moralischen Prinzipien der *Würde und des Wertes menschlichen Lebens*, das aufgrund seiner *Gottebenbildlichkeit* den Charakter der Heiligkeit trägt und dem als solchem mit Ehrfurcht zu begegnen ist, sowie der *Nächstenliebe* und *Solidarisierung* mit Kranken konstatieren. Es gilt festzuhalten, dass der Respekt vor der Würde der menschlichen Person in allen Phasen ihrer Existenz und auch noch im Tod sowie die Kultur des Helfens zwei zusammengehörige Wesenszüge des Menschenbildes sind, welches in der Tradition der abrahamitischen Religionen wurzelt und in das kulturelle Paradigma der Menschheitsfamilie Eingang gefunden hat. Wie dieses Paradigma angesichts einer in der Gesellschaft zunehmend wahrnehmbaren Tendenz zur Egozentrik und zum Hedonismus bewahrt und weiterentwickelt werden kann, damit der

Einzelne letztendlich nicht zum bloßen Objekt und „Ersatzteillager“ für seine Mitmenschen degradiert wird, ist sicherlich ein Schlüsselthema aktueller Diskussionen, gerade auch zur Ethik der biomedizinischen Forschung und auch besonders für den Umgang mit der Organtransplantation in der Vielfalt ihrer Aspekte.

Inhaltlich besteht zwischen den drei abrahamitischen Religionen ein klarer Konsens für eine gerechte *Allokation* vorhandener Spenderorgane sowie für die Einbeziehung der Angehörigen bei der Entscheidung über eine Totenspende im Sinne einer erweiterten Zustimmungslösung, wie sie im deutschen TRANSPLANTATIONSGESETZ geregelt ist.

Einhellig ist auch das gemeinsame Insistieren auf eine höchstmögliche *Erfolgsicherheit* einer beabsichtigten Ex- bzw. Implantation von Organen lebender oder auch toter Spender, um so der Gefahr eines unverantwortlichen Experimentierens und des Missbrauchs entgegenzuwirken.

Ebenso besteht Einigkeit auch in einem entschiedenen Votum gegen jegliche Form von *Organhandel* wie auch die Zurückweisung einer Entscheidungskompetenz von Eltern oder Vormündern bezüglich einer *Lebendspende* von *Kindern* oder *unmündigen Personen*. Im Islam gilt dies darüber hinaus auch uneingeschränkt für die *Totenspende*. Wenn bei einem potentiellen verstorbenen Organspender keine eindeutige Erklärung für oder gegen eine Spende vorliegt, seine Angehörigen jedoch nicht bekannt oder nicht erreichbar sind, so gilt im Judentum und Christentum für diese Situation der Grundsatz, dass im *Notfall* eine Organentnahme erlaubt ist, wohingegen der Islam diese Frage negativ entscheidet.

Alle drei abrahamitischen Religionen plädieren auch eindeutig für eine absolute *Priorität der Totenspende* vor der Lebendspende. Das Judentum toleriert die Lebendspende nur für den Fall der akuten Lebensgefahr des Empfängers und nicht, wenn sie allein zur Steigerung seiner Lebensqualität vollzogen wird. Im Islam gilt die Lebendspende lediglich als Ausweichmöglichkeit, wenn sichergestellt ist, dass kein Organ eines Verstorbenen zur Verfügung steht.

Während Christentum und Islam den *Hirntod* grundsätzlich als Tod des Menschen und damit als Zeitpunkt für eine mögliche Organentnahme akzeptieren,

sind im Judentum bezüglich der *Todesdefinition* und hinsichtlich der Anerkennung des *Hirntodkonzeptes* durchaus deutliche Unterschiede zu verzeichnen: Weil konservative Juden den Hirntod nicht als Todeskriterium anerkennen, sind Organspenden, wie im deutschen TRANSPLANTATIONSGESETZ beschrieben, nach ihrem Glauben nicht erlaubt.

Im Islam unterscheiden sich SUNNITEN und SCHIITEN in der praktischen Konsequenz erheblich: Während die SUNNITEN (in Deutschland ca. drei Millionen) auch bei Nicht-Muslimen als Spender wie als Empfänger in Frage kommen können, dürfen die SCHIITEN (in Deutschland ca. 100.000) ihre Organe nur einem anderen Muslim spenden. Organe empfangen dürfen sie dagegen auch von Andersgläubigen.

Es bleibt weiterhin eine Frage, ob hinsichtlich des Aufkommens menschlicher Spenderorgane tatsächlich bereits alle Möglichkeiten hinreichend ausgeschöpft sind. Angesichts der Tatsache, dass weniger als ein fünftel der deutschen Bevölkerung Besitzer eines Organspendeausweises ist und im Jahr 2000 lediglich 3% der de facto zugestimmten Organspenden auf der Grundlage des dokumentierten Willens mittels eines Spenderausweises geschahen⁶¹², erscheint eine Steigerung der postmortalen Spende z.B. durch gezielte öffentlichkeitswirksame Maßnahmen zumindest vorstellbar.

Möglich und wünschenswert wäre auch eine Überarbeitung jener Regelung des deutschen TRANSPLANTATIONSGESETZES, die besagt, dass die Lebendspende von Organen nur unter sich verwandtschaftlich oder persönlich nahestehenden Personen erlaubt ist. Die altruistische Spende nicht lebensnotwendiger, weil paarweise vorhandener Organe wie etwa der Niere durch eine nicht verwandte oder nahestehende Person oder auch die Form der *Cross-Over-Lebendspende*⁶¹³ ist damit verboten. Als Begründung dieses Verbotes wird angeführt, dass etwa die Entnahme einer solchen Niere für den Spender ein nicht geringes Risiko darstelle und der Spender deshalb vor etwaigen Gesundheitsschäden zu schützen ist. Darüber hinaus soll diese Regelung der Verhinderung des Organhandels dienen. Nach Meinung von Juristen ist diese Regelung mit

⁶¹² Vgl. hierzu im ersten Kapitel dieser Arbeit den Abschnitt 3, Die aktuelle Situation der Organspende, 25ff, bes. 30.

⁶¹³ Vgl. hierzu ebd. den Abschnitt 5.2.1, Die Problematik der Cross-Over-Lebendspende, 75ff.

dem deutschen Rechtssystem nicht wirklich nachvollziehbar, zumal die Freiwilligkeit einer solchen Spende und der Verzicht auf eine Bezahlung sogar leichter zu kontrollieren wären als dies bei einander nahestehenden Personen der Fall sein mag. Ob es ein zu hoher Preis für die Bereitstellung von größeren Zahlen menschlicher Transplantate ist, freiwilligen Spendern ein höheres Maß an Selbstverantwortung zuzugestehen, bleibt dahingestellt. Angesichts der langwierigen Diskussion um die Transplantationsgesetzgebung scheint es jedoch zweifelhaft, ob seitens des deutschen Gesetzgebers diesbezüglich in nächster Zukunft eine Öffnung erwartet werden kann. Unabhängig davon wäre eine lebendige Diskussion der entsprechenden Fragen innerhalb und unterhalb der abrahamitischen Religionen sehr zu begrüßen, da eine solche nicht nur das Bewusstsein für diese Problematik offen halten würde, sondern durch das Einbringen der je eigenen wie auch der gemeinsamen ethischen Positionen zugleich den Weg zu einer ethisch verantwortlichen Liberalisierung des TRANSPLANTATIONSGESETZES bereiten könnte.

In ihrem jeweiligen religiös-geistesgeschichtlichen Kontext sind die Argumentationen der verschiedenen Ansätze durchaus stringent. In der Realität einer multikulturellen Gesellschaft wie etwa Deutschland birgt die Begegnung der verschiedenen ethischen Positionen einiges Konfliktpotential, das es in Zukunft zu lösen gilt. Die Spannungen zwischen den abrahamitischen Religionen, in unseren Tagen besonders virulent zwischen Juden und Muslimen im Nahen Osten, führen auf erschreckende Weise vor Augen, was passiert, wenn Glaube, der zum Leben und zur Liebe befreien soll, durch blinden Fanatismus zur Waffe der Gewalt und des Hasses pervertiert wird: Fast 2.500 Palästinenser und Juden sind in den vergangenen zweieinhalb Jahren der Intifada oft durch grausame Selbstmordattentate und Vergeltungen in der Spirale der Gewalt getötet worden. Manchmal aber schenken sich die verfeindeten Nachbarn auch Leben. So berichtete die SÜDDEUTSCHE ZEITUNG vom 27. Dezember 2002⁶¹⁴ von dem Palästinensermädchen Jasmin aus den Westjordanland, das die Niere des 19-jährigen Juden Jonathan, der bei dem Selbstmordattentat eines Palästinensers

⁶¹⁴ SCHMITZ, Th., Ein palästinensisches Mädchen und ein getöteter Jude: „Uns war egal, wer Jonathans Organe erhält.“, in: SZ, 27.12. 2002, zitiert in: <http://www.israel-nachrichten.de/insel/organspende.htm>, 1-6.

in Tel Aviv am 19. September 2002 ums Leben kam, erhalten hatte, weil die Eltern des getöteten Jungen jenseits aller Ressentiments und im Wissen, dass sie mit ihrem Einverständnis zur Explantation keinerlei Einfluss darauf haben werden, wer die Organe ihres Sohnes bekommen wird, allein das Ziel hatten, bei all der sie umgebenden Gewalt ein Zeichen für das Leben zu setzen. Ein Hoffnungsschimmer. Die Zeitung zitiert den Bruder des ermordeten jüdischen Jungen:

„Uns war egal, wer Jonathans Organe erhält, (...), Hauptsache es hilft, Leben zu retten. Im Nahen Osten liegen Leben und Tod so nah beieinander. Dass eine Palästinenserin nun die Niere meines Bruders trägt, zeigt doch nur, wie sinnlos die Intifada ist.“⁶¹⁵

Über den Vater des palästinensischen Mädchens schreibt der Artikel:

„Er sagt, er verabscheue Menschen, die sich in die Luft sprengten. Mit dem Islam habe dies nichts zu tun. Und Arafat habe sein Volk betrogen. „Wir sind Brüder“, sagt Fuad Abu Ramila, der seine Stimme senkt, wenn er gegen Arafat spricht, „wir haben denselben Stammvater Abraham, wir sollten in Frieden zusammen leben“.“⁶¹⁶

Trotz jeder Kontroverse muss die Menschheit auf eine *gemeinsame Basis* zusteuern und sich aus allen Richtungen an einem Punkt treffen. Diese Ebene könnte z.B. das Forum des WELTETHOS sein, wie es der katholische Theologe HANS KÜNG mit seiner entsprechenden Initiative seit Beginn der 90-er Jahre des letzten Jahrhunderts intendiert. In der nicht zuletzt durch sein Engagement entstandenen „DECLARATION TOWARD A GLOBAL ETHIC“ des „PARLAMENTES DER WELTRELIGIONEN“ vom 4. September 1993 heißt es:

„Mit Weltethos meinen wir keine neue Weltideologie, auch keine einheitliche Weltreligion jenseits aller bestehenden Religionen, erst recht nicht die Herrschaft einer Religion über alle anderen. Mit Weltethos meinen wir einen Grundkonsens bezüglich bestehender verbindender Werte, unverrückbarer Maßstäbe und persönlicher Grundhaltungen. Ohne einen Grundkonsens im

⁶¹⁵ Ebd., 4.

⁶¹⁶ Ebd., 5.

Ethos droht jeder Gemeinschaft früher oder später das Chaos oder eine Diktatur und einzelne Menschen werden verzweifeln.⁶¹⁷

Die themenbezogene Zusammenkunft der abrahamitischen Religionen zu Fragen der Organspende und Transplantation könnte ein sinn- und hoffnungstiftender Fokus für den Weltethos sein, der durch die Rückbesinnung auf die eigene Ethik in der jeweiligen Weltanschauung und Religion zueinander führt und so am Beispiel der Organtransplantation die Idee des Weltethos wie in einem Brennglas verdichtet.

Die abrahamitischen Religionen mögen manchen als sehr strenge, mit zahlreichen Vorschriften und Maßregeln versehene Weltanschauungen erscheinen, die in ihrer theoretischen Vollkommenheit kaum erfüllen sind. Wer sich jedoch näher mit ihnen beschäftigt, dem kann deutlich werden, wie notwendig diese Vorgaben und wie vernünftig diese Grenzen für die Menschheit sind. Er kann erkennen, dass die Einhaltung dieser ethischen Prinzipien nicht lästig ist, und dass die gesetzten Abgrenzungen Sicherheit und Befreiung intendieren und nicht etwa ein Gängelband aus Bevormundung und Bedrängnis sein wollen. Ist es nicht letztendlich sogar so, dass der Mensch immer wieder die Herausforderung braucht, um so das Beste aus seinen Fähigkeiten herauszuholen? Braucht der Mensch nicht eigentlich immer auch ein höheres Ideal – wie im Kontext der Organspende und Transplantation die Prinzipien der Ehrfurcht vor dem Leben und der Solidarität – um so wenigstens das Mittelmaß oder das Minimum zu erreichen?

Die Sinnkrise der postmodernen Welt in der wir leben besteht zu einem nicht unerheblichen Teil auch darin, dass die meisten ethischen Konzepte der Ge-

⁶¹⁷ KÜNG, H./KUSCHEL, K.-J. (Hrsg.), Erklärung zum Weltethos. Die Deklaration des Parlamentes der Weltreligionen, München – Zürich 1993, 24. – Nach dem Vorsitzenden des Zentralrates der Muslime in Deutschland [ZMD], N. ELYAS, nimmt der Islam eine eher kritische Haltung gegenüber der Idee des Weltethos ein, die bemerkenswerterweise mit eben jenen Bedenken argumentiert, welche die ERKLÄRUNG ZUM WELTETHOS auszuräumen versucht. ELYAS referiert die islamische Skepsis, die er im übrigen nicht teilt: „Grund für diese Haltung ist, dass man in der Formulierung des Weltethos eine Reduzierung des Ethos auf das Minimum sieht. (...), dass der Islam und jede Religion es aber nicht nötig hat, sich auf ein Minimum zu reduzieren, (...) Bei vielen bleibt (...) der Eindruck bestehen, hier wird ein Gegenpart der Religion konstruiert, eine Quasi-Religion gegründet, hier wird versucht. Den Religionen ihr Hauptanliegen abzunehmen, nämlich die Menschen die ethische Grundlage ihres Daseins zu lehren.“ (ELYAS, N., Moral, a.a.O. (s. Anm. 559), 13.

genwart allein die *Vernunft* als Handlungsgrund akzeptieren und propagieren. Wie aber schon die Christen der frühen Kirche verstanden, bedarf es im tiefsten des *Glaubens*, um tatsächlich zu erkennen und mehr noch zu tun, was gut und richtig ist. Nicht zuletzt durch die Religion vermag die Menschheit die moralische Orientierung zu bewahren und zu gestalten, die sie zum richtigen ethischen Verhalten verpflichtet und sie zu dessen Erfüllung drängt.

Religion und Medizin standen und stehen auch heute noch in einem engeren Verhältnis zueinander als dies mancher glauben möchte.⁶¹⁸ Religiöse Gefühle sind bei medizinischen Fragestellungen nicht zu unterschätzende Parameter in den jeweiligen Entscheidungsprozessen. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn es sich – wie bei der Organtransplantation – um Fragen im Zusammenhang mit Leben und Tod handelt.

Die Grenzen der Medizin werden in Zukunft wohl immer weiter gesteckt werden. Angesichts dessen tut die Medizin gut daran, den Kontakt zu den Religionen jener Menschen, denen sie dient, nicht zu verlieren und ihre religiös motivierte Ethik zu achten. Die (abrahamitischen) Religionen sind herausgefordert, den Dialog mit der modernen Medizin zu pflegen, sich über neue Entwicklungen zu informieren und diese auf dem Hintergrund ihrer ethischen Prinzipien zu analysieren. Dann werden sie auch in der Lage sein, ihren Gläubigen bei neuen Fragestellungen sinn- und hoffnungsstiftende Handlungskonzepte anzubieten, die dem Wohlergehen des Einzelnen wie auch der Gesellschaft dienen.

⁶¹⁸ Vgl. dazu Anm. 201.

Literaturverzeichnis

- ACH, J.S./ANDERHEIDEN, M./QUANTE, M., Ethik der Organtransplantation, Erlangen 2000.
- AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, A Definition of Irreversible Coma, in: Journal of the American Medical Association [JAMA] 205(1968), 85-88.
- AL-DAQR, N.M.N., Brain Death. Between Medicine and Islam, Damaskus 1997.
- ALVARREZ-RODRIGUEZ, J./DEL-BARRIO-YESA, R./NAVARRO-IZQUIERDO, A., Legal aspects of Non-heart-beating Donors: The Madrid Solution, in: Transplant.Proceed 27(1995), 2933-2934.
- ANAISE, D./RAPAPORT, F.T., Use of Nonheart-beating Cadaver Donors in Clinical Organ Transplantation – Logistics, Ethics, and Legal Considerations, in: Transplant.Proceed 25(1993), 2153-2155.
- ANGSTWURM, H., Brain Death as Death of a Human Being: A Matter of Image of Man, in: Land, W./Dossetor, J.B. (Eds.), Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce, Berlin-Heidelberg 1991, 241-244.
- ANSELM, R., Die Würde des gerechtfertigten Menschen. Zur Hermeneutik des Menschenwürdearguments aus der Perspektive der evangelischen Ethik, in: Zeitschrift für evangelische Ethik [ZEE] 43(1999), 123-136.
- ANTES, P., „Ethik“ im Islam, in: Ratschow, C.H. (Hrsg.), Ethik der Religionen. Ein Handbuch: Primitive, Hinduismus, Buddhismus, Islam, Stuttgart – Berlin – Köln Mainz 1980, 177-225.
- ARBEITSKREIS ORGANSPENDE [AKOS] (Hrsg.), Pressemitteilung vom 09.04.2000, <http://www.wernerschell.de/Aktuelles/april00.htm>.
- ATHAR, S., Islamic Medical Ethics – Some Questions and Concerns [Islamic]. Presented at “Islam in America Conference”, DePaul University, Chicago, September 29, 1995, <http://islam-usa.com/e3.html>.
- BAHYE, B.-Y., The Book of Direktion to the Duties of the Heart. Introduction, translation and notes by Menahem Mansoor, London 1973.
- BAUMGARTNER, H.M./HONNEFELDER, L./WICKLER, W./WILDFEUER, A.C., Menschenwürde und Lebensschutz: Philosophische Aspekte, in: Rager, G. (Hrsg.), Beginn, Personalität und Würde des Menschen, Freiburg – München 1997, 161-242.
- BAVASTRO, P. (Hrsg.), Organspende – der umkämpfte Tod. Gewissensentscheidung angesichts des Sterbens, Stuttgart 1995.
- DERS., Organtransplantation und das Hirnversagen. Eine phänomenologische Betrachtung im Hinblick auf Mensch und Person, in: Evangelische Landeskirche in Baden (Hrsg.), Beiträge Pädagogischer Arbeit, Heft IV(1999), 1-40.

- BEAUCHAMP, T.L./CHILDRESS, J.F., Principles of Biomedical Ethics, New York – Oxford⁴ 1994.
- BEN MAIMON, M., Führer der Unschlüssigen. Übers. u. Kommentar v. Weiß, A. Mit einer Einleitung v. Maier, J., in: Philosophische Bibliothek [PhB] 184a-c, Hamburg² 1995.
- BERGER, J., Den Hirntod kennt die Halacha nicht. Was sagt das Judentum zu Todeszeitpunkt und Organentnahme? Auszüge aus der Stellungnahme von Landesrabbiner Joel Berger als Sprecher der Rabbinerkonferenz in Deutschland vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages, in: Jüdische Allgemeine. Wochenzeitung für Politik, Kultur, Religion und jüdisches Leben [Jüdische Allgemeine], 08.11. 2001, <http://www.juedische-allgemeine.de/start/religion-00588.html>.
- BERNDT, C., Der nette Vetter, in: Süddeutsche Zeitung [SZ], 15.01. 2002, 52-57.
- BERNSTEIN, I.M. a.o., Material Brain Death and Prolonged Fetal Survival, in: Obstet.Gynecol. 146(1989), 434-437.
- BLEICH, J.D., Judaism and Healing, New York 1981.
- BOSSHARD, ST.N./HÖVER, G./SCHULTE, R./WALDENFELS, H., Menschenwürde und Lebensschutz: Theologische Aspekte, in: Rager, G. (Hrsg.), Beginn, Personalität und Würde des Menschen, Freiburg – München 1997, 243-329.
- BREITOWITZ, Y.A., How A Rabbi Decides A Medical Halacha Issue. Synopsis of Presentation, Conference on Jewish Medical Ethics San Francisco, CA February 18-20, 1996, <http://www.jlaw.co./Articles/decide.html>.
- DERS., The Brain Death Controversy in Jewish Law, <http://www.jlaw.com/Articles/brain.html>.
- BRENT, L., A History of Transplantation Immunology, San Diego 1997, 138-169.
- BREYER, F., Möglichkeiten und Grenzen des Marktes im Gesundheitswesen. Das Transplantationsgesetz aus ökonomischer Sicht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik. Wissenschaft, Kultur, Religion [ZME] 48(2002), 111-123.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.), Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes, in: Dtsch.Ärzteblatt 79(1982), 45-55; 83(1987), 2940-2946; 88(1991), 2855-2860; 94(1997), 1032-1039; 95(1998), 1861-1868.
- DIES. (Hrsg.), Organentnahme nach Herzstillstand („Non heart-beating donor“), in: Dtsch.Ärzteblatt 95(1998), 2511.
- DIES. (Hrsg.), Richtlinien für die Transplantation außerhalb des ET-Bereichs postmortal entnommener Organe in Deutschland, in: Dtsch.Ärzteblatt 97(2000), 2766.
- BUNDESGESETZESBLATT (Hrsg.) [BGBl], Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen [Transplantationsgesetz – TPG]. Vom 05.November 1997, Jg. 1997, Teil I Nr. 74, 11.11.1997, 2631-2639.
- BUNDESGESETZESBLATT [BGBl.] (Hrsg.), Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen [StZG – Stammzellgesetz]. Vom 28.Juli 2002, Jg. 2002, Teil I Nr. 42, 29.06. 2002, 2277.

- DASS. (Hrsg.), Verordnung über die zentrale Ethik-Kommission für Stammzellenforschung und über die zuständige Behörde nach dem Stammzellgesetz [ZESV – ZES-Verordnung]. Vom 18. Juli 2002, Jg. 2002, Teil I Nr. 49, 23.07. 2002, 2663.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.), Das Transplantationsgesetz, Bonn 1998.
- BUNDESVERFASSUNGSGERICHT (Hrsg.), BVerfGE 30, 173 (194).
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDEITLICHE AUFKLÄRUNG [BZGA] (Hrsg.), Wie ein zweites Leben, Köln 2000.
- CARREL, A., The operative technique for vascular anastomoses and transplantation of viscera, in: Lyon med. 98(1902), 859.
- DERS./GUTHRIE, C.C., The Transplantation of Veins and Organs, in: AmMed 10(1906), 1101f.
- COMO, A.F./LAKS, H./STEVENSON, L.W./CLARK, S./DRINKWATER, C., Heart transplantation in a Jehovah's Witness, in: J Heart Transplant 5(1986), 175-177.
- DAEMEN, J.W. H.C./KOOISTRA, G./WINJEN R.M.H./YIN, M./HEINEMAN, E., Nonheart-Beating Donors: the Maastricht Experience, in: Terasaki, P.I., Cecka, J.M. (Eds.), Clinical Transplants 1994, ch.28, Los Angeles (CA) 1994, 303-316.
- DAHL, J., Hat der schwarze Kurscher recht? – Organtransplantation und die Folgen, in: Scheidewege. Jahresschrift für skeptisches Denken 16(1986/87), 168-186.
- DEISSLER, A./VÖGLE, A./NÜTZEL, J.M. (Hrsg.), Neue Jerusalem Bibel. Einheitsübersetzung. Mit dem Kommentar der Jerusalem Bibel, Freiburg – Basel – Wien³ 1985.
- DEMME, K., Leben in Menschenhand. Grundlagen des Bioethischen Gesprächs, in: Studien zur theologischen Ethik, Freiburg 1987.
- DER SPIEGEL 7(1999), 143.
- DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), Katholischer Erwachsenenkatechismus, Bd. 2, „Leben aus dem Glauben“, Freiburg – Basel – Wien 1995.
- DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION [DSO] (Hrsg.), Organspende und Transplantation in Deutschland, Neu-Isenburg 2000.
- DIES. (Hrsg.), Organspende, eine gemeinsame Aufgabe, Neu-Isenburg, o.J.
- DIES. (Hrsg.), Pressemitteilung vom 10.02.2003, <http://www.dso-organspende.de>.
- DE VITA, M.A./SNYDER, J.V., Development of the University of Pittsburgh Medical Center Policy for the Care of Terminally Ill Patients Who May Become Organ Donors after Death Following the Removal of Life Support, in: Kennedy Inst.Ethics J. 3(1993), 131-143.
- DRINGENBERG, U. (Hrsg.), Organtransplantation, ein praktischer Leitfaden für den Operationssaal, Bern 1992.
- DUMOULIN, J.-F., Organtransplantation in der Schweiz. Das Recht am Scheideweg zwischen Leben und Tod, Bern 1998.
- DURST, A., An Overview on Organ Transplantation, in: ASSIA, A Journal of Jewish Medical Ethics and Halacha 3(1997), 7-10.
- ECCLESIA CATHOLICA: Katechismus der Katholischen Kirche [KKK], München – Wien u.a. 1993.

- EGENTER, R., Die Organtransplantation im Lichte der biblischen Ethik, in: Böckle, F./Groner, J.F. (Hrsg.), Moral zwischen Anspruch und Verantwortung. Festschrift für W. Schölgen, Düsseldorf 1964, 142-153.
- EIBACH, U., Experimentierfeld: Werdendes Leben. Eine ethische Orientierung, Göttingen 1983.
- DERS., Medizin und Menschenwürde, Wuppertal 1976.
- ELSÄSSER, A., Organspende – freiwillige oder staatlich verordnete Hilfsbereitschaft. Ethische Überlegungen zu einem gesellschaftspolitisch drängenden Problem, in: Franz, A. (Hrsg.), Glauben – Wissen – Handeln. Beiträge aus Theologie, Philosophie und Naturwissenschaft zu Grundfragen christlicher Existenz. Festschrift für Ph. Kaiser, Würzburg 1994, 325-338.
- ELYAS, N., Moral aus der Sicht der Weltreligion Islam. Vortrag im Rahmen der Hochschultage zum Thema „Moral und Weltreligionen“ an der Humboldt-Universität Berlin, 24.-25. November 1999, <http://islam.de/?site=zmd/publikationen/docs&di=v11>.
- EMMRICH, M., Der schändliche Kannibalismus, Frankfurter Rundschau vom 10.05.1994.
- FABER, H., „Mache seinen Willen zu deinem Willen...“ Grundzüge jüdischer Ethik, in: Zager, W. (Hrsg.), Ethik in den Weltreligionen: Judentum – Christentum - Islam, Neukirchen-Vluyn 2002, 21-68.
- FISCHER-FRÖHLICH, C.L./WEHRLE, A., Leitfaden Organspende, Edition Deutsche Stiftung Organtransplantation, Neu-Isenburg 1998.
- FORMSTECHE, S., Die Religion des Geistes. Eine wissenschaftliche Darstellung des Judentums, Frankfurt/Main 1841 (Nachdr. New York 1980).
- FORSA, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH (Hrsg. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Die Organspendebereitschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, Berlin 14.10. 1999 und 24.11. 2000, o.O. u.o. J.
- FRANZ, R., Der Gewissenskonflikt, München 1991.
- FRIEDLÄNDER, A.H./KLAPPERT, B. (Hrsg.), Baeck, L., Das Wesen des Judentums, Leo Baeck Werke, Bd. 1, Gütersloh 1998.
- FRY, M., Blut, Medizin und Zeugen Jehovas, <http://www.infolink-net.de/docs/blut/blut003.htm>.
- FUCHS, H., Art. Halacha, in: Herlitz, G./Kirschner, B. (Hrsg.), Jüdisches Lexikon [JL] Bd. 2, Berlin 1927 (Nachdr. Königstein/Ts. 1982), 1350-1357.
- FURGER, F., Einführung in die Moralthologie, Darmstadt 1988.
- DERS., Ethik der Lebensbereiche. Entscheidungshilfen, Freiburg – Basel – Wien 1984.
- GINTERS, R., Werte und Normen: Einführung in die philosophische und theologische Ethik, Göttingen u.a. 1982, 116-147.
- GOLD, S./SCHULZ, K.-H./KOCH, U., Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 13, Köln 2001.

- GOLDSCHMIDT, L. (Übers.), Der Babylonische Talmud. Nach der ersten zensurfreien Ausgabe unter Berücksichtigung der neueren Ausgaben und handschriftlichen Materials neu übertragen durch Lazarus Goldschmidt, Berlin o.J.
- GREINER, W., Organverteilungssysteme im Transplantationswesen aus ökonomischer Sicht, in: Ethik Med 10(1998), 64-73.
- GREWEL, H., Organtransplantation, in: Held, W. (Hrsg) im Auftrage des Landeskirchenamtes von Westfalen, Materialien für den Dienst in der Evangelischen Landeskirche von Westfalen, Reihe B: Gemeindegemeinschaft, Heft 11: Ethische Herausforderungen der modernen Medizin und die Verantwortung des Christen, 54-73.
- GRÜNDEL, J., Moralthologische Überlegungen zur Organ- und Herztransplantation und zum ärztlichen Ethos, in: Schlesisches Priesterjahrbuch 7(1969), 169-185.
- DERS., Theological Aspects of Brain Death with Regard to the Death of a Person, in: Land, W./Dosssetor, J.B. (Eds.), Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce, Berlin - Heidelberg 1991, 245-248.
- GÜNTEMÜR-RODLER, A., Organspende, in: Westdeutscher Rundfunk [WDR] (Hrsg.), Redaktion Babylon, Sendung vom 02.12. 2000, 10.00 – 11.00 Uhr, Manuskript, o.O. u. o.J.
- GUTTMANN, J., Die Philosophie des Judentums (Geschichte der Philosophie in Einzeldarstellungen, Abt. I: Das Weltbild der Primitiven und die Philosophie des Morgenlandes, Bd. 3), München 1933.
- HAEFFNER, G., Hirntod und Organtransplantation, in: Stimmen der Zeit. Katholische Monatschrift für das Geistesleben der Gegenwart [StZ] 214(1996), 807-817.
- HAMMER, C., Immunreaktion und Immunsuppression bei Transplantationspatienten, in: Intensiv 3(1995), 16.
- HAMILTON, D., Kidney transplantation: A History, in: Morris, P. (Ed.), Kidney transplantation: principles and practice, Philadelphia 1988.
- HANIEL, A., Organe um jeden Preis?, Zur Frage der Alternativen der postmortalen Organspende, in: ZEE 44(2000), 269-284; http://www.theologie.uni-halle.de/inst/systheo/zee/Dok_4_00_a.htm.
- HARDY, J.D./CHAVES, C.M./KURRUS, F.D./NEELEY, W.A./ERASLAN, S./TURNER, M.D., Heart transplantation in man: development studies and a report of a case, in: JAMA 188(1964), 1132-1140.
- HELD, W. (Hrsg.) im Auftrage des Landeskirchenamtes von Westfalen, Materialien für den Dienst in der Evangelischen Kirche von Westfalen, Reihe B: Gemeindegemeinschaft, Heft 10: Transplantation: Spenden und Empfangen. Thesen, Texte und Anregungen für das Gespräch über Organtransplantation, Bielefeld 1995.
- HERBST, M., „Spenden und Empfangen“. Seelsorgerliche Überlegungen zum Thema der Organtransplantation, in: Axt-Piscalar, Chr. u.a. (Hrsg.), Kerygma und Dogma. Zeitschrift für theologische Forschung und kirchliche Lehre [KuD] 45(1999), 207-269.
- HERRING, B., Jewish Ethics and Halachah for our Time, New York 1989.

- HERRMANN, K., Art. Halakha, in: Die Religion in Geschichte und Gesellschaft⁴ [RGG] Bd. 3, Tübingen 2000, 1386-1388.
- HERTZBERG, A., Judaismus – Die Grundlagen der jüdischen Religion, Hamburg 1996.
- HESCHEL, A.J., God in Search of Man. A Philosophy of Judaism, New York 1955 (dt. Übers.: Gott sucht den Menschen. Eine Philosophie des Judentums, Neukirchen-Vluyn 1980.).
- HESSELBERGER, D., Das Grundgesetz. Kommentar für die politische Bildung, Neuwied – Frankfurt/Main⁶ 1990.
- HIERSCHKE, H.-D. u.a. (Hrsg.), Rechtliche Fragen der Organtransplantation. 3. Einbecker Workshop der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht, in: Schriftenreihe Medizinrecht, 25./26. Juni 1988, Berlin – Heidelberg – New York u.a. 1990.
- HOERSTER, N., Definition des Todes und Organtransplantation, in: Universitas. Orientierung in der Wissenschaft. Zeitschrift für interdisziplinäre Wissenschaft [UNIVA] 52(1997), 42-52.
- HOFF, J./IN DER SCHMITTEN, J., Kritik der Hirntod-Konzeption. Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium, in: dies. (Hrsg.), Wann ist der Mensch tot?, Reinbek b. Hamburg 1994, 153-252.
- HOFMANN, M.W., Der Islam im 3. Jahrtausend. Eine Religion im Aufbruch, Kreuzlingen – München 2000.
- HÖGLINGER, G./KLEINERT, S. (Hrsg.), Hirntod und Organtransplantation, Berlin - New York 1998.
- HONNEFELDER, L., Einführung in die Grundlagen der medizinischen Ethik, in: ders./Rager, G., Ärztliches Urteilen und Handeln, Frankfurt/Main – Leipzig 1994, 135-190.
- HUBER, W., Was ist vertretbar? Ethische Probleme der Organtransplantation, in: http://www.ekd.de/vortraege/154_vortraege_huber_010911.html.
- HUNTINGTON, S.P., Der Kampf der Kulturen. Die Neugestaltung der Weltpolitik im 21. Jahrhundert, Berlin 1998.
- INSTITUT FÜR INFORMATION ÜBER ISLAM UND DIALOG [INID] E.V. (Hrsg.), Art. Organtransplantationen, in: Die Fontäne. Populäre, pädagogische und wissenschaftliche Vierteljahrszeitschrift, <http://www.fontaene.de/archiv/nr-9/organtransplantationen04.htm>.
- INTERPHARMA (Hrsg.), Dokumentation Transplantationsmedizin, <http://www.interpharma.ch/themen/tpmed/archiv/dok/TXDokMedizin.html>.
- IRRGANG, B., Grundriss der medizinischen Ethik, München 1995.
- DERS., Sittliche Bewertungskriterien der Humangenetik [Sittliche Bewertungskriterien], in: StZ 209(1991), 239-253.
- JAKOBOVITS, I., Jewish Medical Ethics, New York 1975.
- DERS., Medical Experimentation on Humans in Jewish Law, in: Rosner, F./Bleich, J.D. (Ed.), Jewish Bioethics, New York 1979, 377-383.
- JAKOBS, L., Art. Halacha, in: Theologische Realenzyklopädie [TRE] Bd. 14, Berlin – New York 1985, 384-388.

- DERS./DEVRIES, B., Art. Halakhah, in: Klatzkin, J./Ellbogen, J., Encyclopaedia Judaica [EJ] Bd. 7, Jerusalem 1971, 1156-1166.
- JÖRNS, K.P., Gibt es ein Recht auf Organtransplantation? – Ein theologischer Diskurs, Göttingen 1993.
- DERS., Organtransplantation: eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung, in: ders. u.a. (Hrsg.), Berliner Theologische Zeitschrift 9(1992), 15-39.
- JOHANNES PAUL II., Ansprache vor den Ärzten des 18. Kongresses der Internationalen Transplantationsgesellschaft in Rom, 29.08. 2000, <http://www.rwth-aachen.de/aft/aktuell.html>.
- JONAS, H., Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, in: ders., Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt/Main² 1987, 219-241.
- DERS., Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation, Frankfurt/Main 1979.
- JOSPE, A., Moses Mendelsohn (1729-1786), in: Noveck, S. (Hrsg.), Große Gestalten des Judentums, Bd. II, Zürich 1972, 7-35.
- JÜDISCHE ALLGEMEINE, Auf Herz und Nieren. Organspende Ja oder nein? Eine nichtrepräsentative Umfrage unter Juden in Deutschland, 08.11. 2001, <http://www.juedische-allgemeine.de/tools/lese/religion-00585.htm>.
- KAHAN, B.D., Pien Ch'iao, the legendary exchange of hearts, traditional chinese medicine, and the modern era of Cyclosporine, in: Transplant Proc 20-2, Suppl. 2(1988), 3.
- KALLIS, A., Das hätte ich gerne gewusst. 100 Fragen an einen orthodoxen Theologen, in: ders. (Hrsg.), Orthodoxe Perspektiven, Bd. 3, Münster 2003.
- KANT, I., Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, in: Königlich preußische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Kant's gesammelte Schriften, Bd. IV [GMS], Berlin 1911.
- DERS., Die Metaphysik der Sitten, in: Königlich preußische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Kant's gesammelte Schriften, Bd. VI [MS VI], Berlin 1914.
- KARL, CHR., Todesbegriff und Organtransplantation, Wien 1995.
- KAUFMAN, D.B./SUTHERLAND, D.E./FRYD, D.S./ASCHER, N.L./SIMMONS, R.L./NAJARIAN, J.S., A single-center experience of renal transplantation in thirteen Jehovah's Witnesses, in: Transplantation 45(1988), 1045-1049.
- KAUP, J. (Hrsg.), Bonaventura, Itinerarium Mentis in Deum. Eingeleitet, übersetzt und erläutert von Julian Kaup, München 1961.
- KELLER, R., Probleme der Organtransplantation, in: ZEE 23(1973), 144-154.
- KHOURY, A.Th., Das islamische Rechtssystem, in: ders./Heine, P./Oebbecke, J., Handbuch Recht und Kultur des Islams in der deutschen Gesellschaft. Probleme im Alltag – Hintergründe – Antworten, Gütersloh 2000, 37-53.
- KIEßLING, M. u.a. (Hrsg.) im Auftrag der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands [VELKD], Evangelischer Erwachsenenkatechismus, Gütersloh⁷ 2001.

- KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND/SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West), Trier – Gütersloh 1989.
- DIES. (Hrsg.), Xenotransplantation. Eine Hilfe zur ethischen Urteilsbildung, in: Gemeinsame Texte, Heft 13, Hannover - Bonn 1998.
- KIRSTE, G./MÜHLBACHER, F./THIE, G./SCHREIBER, H.L., Rechtliche Voraussetzungen und klinische Erfahrungen der Cross-Over-Lebendspende-Transplantation, in: Lison, A.-E. (Hrsg.), 10. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft, Heidelberg, 22. – 24. November 2001, Transplantationsmedizin Supplement 2001, Lengerich u.a. 2001, 6.
- KOMMISSION DER ORTHODOXEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (KOKID), Stichwort „Weltkirche“, <http://www.kokid.de>.
- DER KORAN. Das Heilige Buch des Islam. Nach der Übertragung von I. Ullmann neu bearbeitet von L.W. Winter, München⁷ 1979.
- KORFF, W. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Gütersloh 1988.
- KOOSTRA, G., The Asystolic, or Non-heartbeating, Donor, in: Transplant 63(1997), 917-921.
- KRAWIETZ, B., Grundlagen und Grenzen einer Hirntodkonzeption im Islam, in: Schlich, Th./Wiesemann, C. (Hrsg.), Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt/Main 2001, 239-256.
- DIES., Die +Ørma. Schariatrechtlicher Schutz vor Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit nach arabischen Fatwas des 20. Jahrhunderts, Berlin 1991.
- KRESS, H./KAATSCH, H.-J. (Hrsg.), Menschenwürde, Medizin und Bioethik, Münster 2000.
- KÜNG, H., Geleitwort zur Ausstellung „Weltreligionen – Weltfrieden – Weltethos“, in: Stiftung Weltethos für interkulturelle und interreligiöse Forschung, Bildung und Begegnung (Hrsg.), Begleitheft zur Ausstellung „Weltreligionen – Weltfrieden – Weltethos“, Tübingen 2000, 3.
- DERS./KUSCHEL, K.-J. (Hrsg.), Erklärung zum Weltethos. Die Deklaration des Parlamentes der Weltreligionen, München – Zürich 1993.
- KURTHEN, M./LINKE, D.B., Vom Hirntod zum Teilhirntod, in: Hoff, J./in der Schmitten, J. (Hrsg.), Wann ist der Mensch tot?, Reinbek b. Hamburg 1994, 82-94.
- LAND, W. (Hrsg.), Transplantationschirurgie, in: Gschnitzer, F. u.a. (Hrsg.), Chirurgische Operationslehre/Breitner, Bd. 12, München u.a.² 1996.
- LANDSTEINER, K., Über Agglutinationserscheinungen normalen menschlichen Blutes, Wien 1901.

- LAWLER, R.H./WEST, J.W./McNULTY, P.H./CLANCY, E.J./MURPHY, R.P., Homotransplantation of the kidney in the human, in: JAMA 144(1950), 844.
- LEHMANN, K., Auf ein Wort. „Hirntod“ – Reales Zeichen des Todes, in: ZME 34(1997), 77f.
- LEIBOWITZ, J./SCHASHAR, M., Gespräche über Gott und die Welt, Frankfurt/Main – Leipzig 1994.
- LEVIN, F., Halacha, Medical Science and Technology, New York – Jerusalem 1987.
- LEVI-SCHAFFER, F., Bioethical Discussion in Israel, http://www.medizin-ethik.ch/publik/bioethical_discussion.htm.
- LUTHERISCHES KIRCHENAMT DER VEREINIGTEN EVANGELISCH-LUTHERISCHEN KIRCHE DEUTSCHLANDS/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Was jeder vom Islam wissen muss, Gütersloh⁵ 1996.
- MAKOWKA, L. (Hrsg.), Handbook of Organtransplantation, Georgetown 1991.
- MALHERBE, J.F., Medizinische Ethik, Würzburg 1990.
- MARGREITER, R., Organentnahme – Logistisches und technisches Know-how, in: Viszeralchirurgie 34(1999), 285.
- MARQUARD, O., Drei Phasen der medizinischen Debatte, in: ders./Staudinger, H. (Hrsg.), Anfang und Ende des menschlichen Lebens. Medizinethische Probleme, München 1987, 111-115.
- MARTI, K./BEER, G., 'Abôt (Väter). Text, Übersetzung und Erklärung. Nebst einem textkritischen Anhang, in: Beer, G./Holtzmann, O. (Hrsg.), Die Mischna, IV. Seder. Neziqin, 9. Traktat, Gießen 1927.
- MAUNZ, TH./DÜRIG, G./HERZOG, R., Grundgesetz-Kommentar, Bd. 1, München 1990.
- MAUSBACH, J./ERMECKE, G., Katholische Moraltheologie, Bd. 2, Münster 1959.
- MAYER, G., Art. Mischna, in: TRE Bd. 23, Berlin – New York 1994, 13-18.
- MELCHERS, H. u. E., Das große Buch der Heiligen. Geschichte und Legende im Jahreslauf, München¹¹ 1978.
- MENDELSON, M., Jerusalem oder über religiöse Macht und Judentum, Berlin 1783 = GS. Jubiläumsausgg., Bd. 8: Schriften zum Judentum II, bearb. V. Altmann, A., Stuttgart – Bad Cannstatt 1983.
- MERKELBACH, B.H., Summa Theologiae Moralis, Vol. I, Brugis¹¹ 1962.
- MICHAELI, D., Discontinuation of Ventilation after Brain Steam Death. Jewish Accept Brain Steam Death, in: Brit.Med.J. 319 (1999), 1367.
- MOLLARET, P./GOULON, M., Le Coma Depassé, in: Rev. Neurol. 101(1959), 5-15.
- MONTGOMERY, F.U., Ethik und Altruismus – oder wie vertragen sich feste Grenzen und individuelles Leid?. Zur Problematik der Cross-Over-Lebendspenden im Transplantationsgesetz, <http://www.montgomery.de/texte/2001/crossover.html>.
- MÜLLER, E., Art. Kawwana, in: JL Bd. 3, Berlin 1927 (Nachdr. Königstein/Ts. 1982), 639.
- DERS., Der Sohar, München 1993.

- MURRAY, J.E., Human organ transplantation: background and consequences, in: Science 256(1992), 141.
- DERS./MERRILL, J.P./HARRISON, J.H., Renal homotransplantation in identical twins, in: Surg. Forum 6(1955), 432.
- NIEMANN, U., Bioethische Aspekte der Organtransplantation nach der Diskussion über den „Paradigmenwechsel“ in Naturwissenschaft und Medizin“, in: Gesellschaft Gesundheit und Forschung e.V. [GG+F] (Hrsg.), Ethik und Organtransplantation. Beiträge zu einer aktuellen Diskussion, Frankfurt/Main 1989, 47-62.
- NORDMANN, Y., Definition des Todes und Hirntod aus Sicht der jüdischen Medizinethik, in: Schlich, Th./Wiesemann, C. (Hrsg.), Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt/Main 2001, 257-275.
- DERS., Ist das Hirntodkonzept vertretbar – Eine medizinische ethische Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung der halachischen Perspektive, Dissertation, Basel 2000.
- DERS., Zwischen Leben und Tod – Aspekte der jüdischen Medizinethik, Bern 1999.
- ODUNCU, F., Hirntod – Tod des Menschen?, in: StZ 215(1997), 678-690.
- OECD (Ed.), OECD Policy Considerations on International Issues in Transplantation Biotechnology Including the Use of Non-Human Cells, Tissues and Organs. Results of the Conference “International Issues in Transplantation Biotechnology Including the Use of Non-Human Cells, Tissues and Organs”, New York City, 18.-20. 03. 1998, Paris 1998.
- OTTO, E., Theologische Ethik des Alten Testaments, in: Kittel, G. (Hrsg.), fortges. v. Friedrich, G., Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament [ThW] Bd. 3, 2, Stuttgart u.a. 1994.
- PELLEGRINO, E./THOMASMA, D.C., For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care, New York 1988.
- PERNICK, M.S., Back from the Grave: Recurring Controversies over Defining and Diagnosing Death in History, in: Zaner, R.M. (Hrsg.), Death: Beyond Whole-Brain Criteria, Dordrecht – Boston - London 1988, 17-75.
- PFITZMANN, R. u.a. (Hrsg.), Organtransplantation. Transplantation thorakaler und abdominal-er Organe, Berlin 2001.
- PIECHOWIAK, H. (Hrsg.), Ethische Probleme der modernen Medizin, Mainz 1985.
- PIEPER, A., Artikel “Autonomie”, in: Korff, W. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Gütersloh 1988, Bd.1, 289-293.
- PIUS XII., Ansprache an die Teilnehmer des ersten Internationalen Kongresses für Histopathologie des Nervensystems in Rom, 14.09. 1952, Nr. 11f, in: St. Lukas-Institut für ärztliche Anthropologie e.V. Münster (Hrsg.), Köln o.J.
- DERS., Richtlinien über die ärztliche Moral, zitiert in: Utz, A.F./Groner, J.F., Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius XII., Freiburg/Schweiz 1961, Nr. 5369.

- PRAGER, D./TELUSHKIN, J., Judentum heute. Neun Fragen an eine Weltreligion, Gütersloh 1993.
- PRESSESTELLE DER EKD (Hrsg.), Organtransplantationen. Erklärung des Vizepräsidenten des Kirchenamtes der Evangelischen Kirche in Deutschland, Dr. Hermann Barth, zu dem vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Transplantationsgesetz, <http://www.ekd.de/EKD-Texte/organ/transplantation2.html>.
- PRIEN, T., Organerhaltende Therapie beim hirntoten Organspender, in: Lawin, P. (Hrsg.), Praxis der Intensivtherapie, Stuttgart – New - York⁶ 1994, 1134.
- RABINOVITCH, N.L., What is the Halacha for Organ Transplants?, in: Carmell, A./Domb, C. (Eds.), Challenge, Jerusalem – New York 1978, 482-491.
- RAPPAPORT, H./RAPPAPORT, I.T., Principles and Concepts of Brain Death and Organ Donation: the Jewish Perspektive, in: Child's Nerv. Syst. 14(1998), 381.
- REDDY, K.C., Organ Donation for Material Reward. An Indian View Point, in: Dohrmann, P./Hene-Bruns, D./Kremer, B. (Eds.), Surgical Efficiency and Economy, Proceedings of the 3rd World Congress, Stuttgart - New York 1997, 54-59.
- REFORMIERTE PRESSE, Griechische Orthodoxie zu Klonen, Organverpflanzung und Euthanasie, 20.07. 1998, <http://www.ref.ch/rna/meldungen/1201.htm>.
- REGENSBERG, C.D., in: Halacha Urefuah 2(1981), 3-8.
- REICH, W.T. (Ed.), Encyclopedia of Bioethics, New York 1978ff.
- REITER, J., Menschliche Würde und christliche Verantwortung. Bedenkliches zu Technik, Ethik, Politik, Kevelaer 1989.
- DERS./THEILE, U. (Hrsg.), Gentechnik und Moral. Beiträge zu einer Ethik des Ungeborenen, Mainz 1985.
- RELIGIONSWISSENSCHAFTLICHER MEDIEN UND INFORMATIONSDIENST E.V. [REMI] (Hrsg.), http://www.uni-leipzig.de/~religion/remid_info_zahlen.htm.
- RENDTORFF, R., Das Alte Testament. Eine Einführung, Neukirchen-Vluyn 1983.
- REUTER, H.-R. (Hrsg.), Bioethik und Menschenwürde, Münstersche theologische Vorträge, Bd. 4, Münster u.a. 2002.
- RINNERHALER, A., Organtransplantation – ethische Beurteilung und rechtliche Normierung, in: Haering, St. (Hrsg.), Gnade und Recht: Beiträge aus Ethik, Moraltheologie und Kirchenrecht. Festschrift für Gerhard Holotik zur Vollendung des 60. Lebensjahres, Frankfurt/Main u.a. 1999, 171-206.
- RISPLER-CHAIM, V., Islamic Medical Ethics in the Twentieth Century, Leiden 1993.
- RÖMELT, J., Hirntod und Organspende. Ethische Probleme der Transplantationsmedizin, in: ZME 43(1997), 3-16.
- ROSENFELD, A., in: Tradition 9(1967), 82-94.
- ROSNER, F., Das menschliche Leben hat einen unantastbaren Wert, Interview mit Fred Rosner in: Jüdische Rundschau Maccabia, 18.01. 1996, 5.

- DERS., Der Talmud und der Transplanteur. Fred Rosner im Gespräch mit Friedrich Hansen, in: Die Zeit, 26.05. 1995.
- DERS., Jewish Perspectives on Death and Dying, in: ASSIA, A Journal of Jewish Medical Ethics 2(1991), 38-45.
- DERS., Modern Medicine and Jewish Ethics, New York 1986.
- ROSS, W.D., The Right and the Good, Oxford 1930.
- SAINIO, K., Are Non-heart-beating Donors Really Dead?, in: Ann.Med. 29(1997), 473-475.
- SAMUELSON, N.M., Moderne jüdische Philosophie. Eine Einführung, Reinbeck b. Hamburg 1995.
- SASS, H.-M., Ethische Expertise und Güterabwägung, in: ders./Viefhues, H. (Hrsg.), Güterabwägung in der Medizin. Ethische und ärztliche Probleme, Berlin u.a. 1991, 116-136.
- DERS. (Hrsg.), Bioethik in den USA. Methoden – Themen – Positionen, Berlin 1988.
- DERS., Philosophical Arguments in Accepting Brain Death Criteria, in: Land, W./Dossetor, J.B. (Eds.), Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce, Berlin - Heidelberg 1991, 249-258.
- SCHALL, A., Art. Islam I. Religionsgeschichtlich, in: TRE, Bd. 16, Berlin – New York 1987, 315-336.
- SCHLAKE, H.-P./ROOSEN, K. (Hrsg.), Der Hirntod als der Tod des Menschen, Edition Deutsche Stiftung Organtransplantation, Neu-Isenburg² 2001.
- SCHLICH, Th., Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880-1930), Frankfurt/Main 1998.
- DERS., Transplantation. Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung, München 1998.
- DERS./WIESEMANN, C. (Hrsg.), Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt/Main 2001.
- SCHLÖGEL, H., Organtransplantation, in: StZ 212(1994), 376-382.
- SCHMID, J., Das Evangelium nach Markus, in: Wikenhauser, A./Kuss, O. (Hrsg.), Regensburger Neues Testament, Bd. 2, Regensburg⁴ 1958.
- SCHMITZ, Th., Ein palästinensisches Mädchen und ein getöteter Jude: „Uns war egal, wer Jonathans Organe erhält.“, in: Süddeutsche Zeitung [SZ], 27.12. 2002, zitiert in: <http://www.israel-nachrichten.de/insel/organspende.htm>, 1-6.
- SCHOCKENHOFF, E., Naturrecht und Menschenwürde. Universale Ethik in einer geschichtlichen Welt, Mainz 1996.
- SCHÖNING, R., Rechtliche Aspekte der Organtransplantation, Diss., Zürich 1996.
- SCHOSTAK, Z., Is there Patient Autonomy in Halacha, in: ASSIA, A Journal of Jewish Medical Ethics 2, 2 (1995), 22-27.
- SCHREIBER, H.-L., „Lange Phase der Rechtsundeutlichkeit geht zu Ende“. Das Transplantationsgesetz aus der Sicht eines Rechtswissenschaftlers, in: Deutsche Stiftung Organtransplantation [DSO] (Hrsg.), Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung

- von Organen (Transplantationsgesetz). Der Gesetzestext mit Stellungnahmen von Experten und Betroffenen, Neu-Isenburg, o.J., 20-23.
- SCHÜLLER, B., Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moralphilosophie, Düsseldorf³ 1987.
- SCHWEMMER, O., Ethische Probleme der Organtransplantationsmedizin, in: Beckmann, J.P. (Hrsg.), Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik, Berlin – New York 1996, 355-396.
- SCHWERD, W., Kurzgefasstes Lehrbuch der Rechtsmedizin, Köln-Lövenich 1979.
- SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.), Christliche Verantwortung in veränderter Welt, in: Die Deutschen Bischöfe, Heft 46(1990), Bonn, 27.09. 1990.
- DASS. (Hrsg.), ENZYKLIKA EVANGELIUM VITAE von Papst Johannes Paul II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, in: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Bd. 120, 25. März 1995, Bonn⁵ 2001.
- DASS., (Hrsg.), Instruktion DONUM VITAE der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, in: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Bd. 74, 10. März 1987, Bonn⁵ 2000.
- SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (Hrsg.), Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, in: Gemeinsame Texte, Heft 1, Bonn - Hannover 1990.
- SELBSTHILFE LEBERTRANSPLANTIERTER DEUTSCHLAND E.V. (Hrsg.), <http://www.lebertransplantation.de/lsgnrw010131.htm>.
- SHAW, B.W. JR., Conflict of Interest in the Procurement of Organs from Cadavers Following Withdrawal of Life Support, in: Kennedy Inst.Ethics J. 3(1993), 179-187.
- SIEGMUND-SCHULTZE, N., Hintergrund. Ist die Cross-Over-Lebendspende ein klassisches Tauschgeschäft?, in: Ärztezeitung online (Hrsg.), Update 20.12. 2002, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/12/19/230a0203.asp?cat=/medizin/transpl.../niere>.
- SIGAL, PH./MAYER, G., Halaká und Leben, in: Mayer, G. (Hrsg.), Das Judentum, Stuttgart u.a. 1994, 73-123.
- SÖE, N.H., Christliche Ethik, München³ 1965.
- SPIELMAN, B./Mc CARTHY, C.S., Beyond Pittsburgh: Protocols for Controlled Non-heart Beating Cadaver Organ Recovery, in: Kennedy Inst.Ethics 5(1995), 323-333.
- SPIKE, J., Brain Death, Pregnancy ,and Posthumous Motherhood, in: J.Clin.Ethics 10 (1999), 57-65.
- STEINBERG, A., What is Jewish Medical Ethics, in: ASSIA, A Journal of Jewish Medical Ethics 1, 1(1988), 2-4.
- STEMBERGER, G., Jüdische Religion, in: Beck'sche Reihe, Bd. 2003), München³ 1999.

- SUNDERBRINK, J./WEBER, S., Jüdisches Leben – jüdischer Alltag – Krankheit, Sterben Tod: Heutige Probleme – Transplantation und Autopsie, eine Artikelreihe, <http://www.talmud.de/artikel/cholim-probleme.htm>.
- SYED, J., Islamic Views on Organ Donation, in: J.Transplant Coordination 8 (1998), 157-163.
- TENDLER, M.D., Jewish Law and Time of Death, in: JAMA 240(1978), 109.
- DERS., Medical Ethics. A Compendium of Jewish moral, ethical and religious principles in medical practice, New York 1975.
- DERS./M.D./ROSNER, F., Rabbi Moshe Feinstein and Brain Death, in: Le'ela, März 1996, 30-35.
- THE MUSLIM LAW (SHARIAH) COUNCIL (Ed.), The Muslim Law (Shariah) Council and Organ Transplants, in: Acc.Emerg.Nurs, 4(1996), 73-75.
- TÖLLNER, R., Illustrierte Geschichte der Medizin, Salzburg 1990.
- TPI-NEWSBOX-TRANSPLANTATION (Hrsg.), http://www.tpiweb.com/NewsBox/NBA_Transplantation.html.
- UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER (Ed.), Policy for the Management of Terminally Ill Patients Who May Become Organ Donors after Death, Pittsburgh April 2, 1992.
- URBACH, E.E., The Sages. Their Concepts and Beliefs, Bd. 1 u. Bd. 2, Jerusalem 1975.
- VAN OYEN, H., Ethik des Alten Testaments, in: ders., Geschichte der Ethik, Bd. 2, Gütersloh 1967.
- VIEFHUES, H., Ethische Probleme der Transplantation. Die ethische Bewertung des Körpers und seiner Teile, in: Gesellschaft Gesundheit und Forschung e.V. [GG+F] (Hrsg.), Ethik und Organtransplantation. Beiträge zu einer aktuellen Diskussion, Frankfurt/Main 1989, 63-81.
- VOLLMANN, J., Todeskriterien und Interessen bei der Organentnahme, in: EthikMed 8(1996), 114-124.
- WACHTTUM, BIBEL UND TRAKTATGESELLSCHAFT, DEUTSCHER ZWEIG (Hrsg.), Erwachet!, Wiesbaden, 32(1982), 252-256.
- DIES. (Hrsg.), Jehovas Zeugen und die Blutfrage, Selters/Taunus 1977.
- DIES. (Hrsg.), Der Wachturm verkündet Jehovas Königreich, Selters/Taunus, 51(1958), 703; 53(1960), 13-30; 82(1961), 190f, 435f, 724f; 84(1963), 316; 88(1967), 702; 92(1971), 326-331; 94(1974), 541f; 95(1975), 733; 98(1978), 31; 100(1980), 31; 104(1984), 31.
- DIES. (Hrsg.), Wie kann Blut dein Leben retten?, Selters/Taunus 1990.
- WAGNER, E., Geschichtlicher Abriss der Organtransplantation, in: Pichelmayer, R. (Hrsg.), Transplantationschirurgie, Berlin u.a. 1981.
- WAGNER, W., Zur Bedeutung des Hirntodes als Todeszeichen, in: ZME 44(1998), 57-65.
- WALTERS, A.O. (Ed.), Bibliography of Bioethics, from Vol. 10, Washington 1984ff.
- WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY (Ed.), Awake!, 22.12. 1945, Brooklyn – New York, 1945.

- DIES. (Ed.), Watchtower, Brooklyn – New York, 14(1909), 437; 50(1945), 198-201.
- WEINER, Y., Ye Shall Surely Heal, Jerusalem 1995.
- WELS, K./MALE, D., Transplantation und Abstoßung, in: Roitt, I.M. u.a. (Hrsg.), Kurzes Lehrbuch der Immunologie, Stuttgart – New York 1996, 317.
- WOLBERT, W., Ein Recht auf den Leib des anderen? Zu einigen Fragen der Organtransplantation, in: StZ 209(1991), 331-344.
- DERS., Der Mensch als Mittel und Zweck, Münster 1987.
- DERS., Wann ist der Mensch ein Mensch? Zur Frage nach Beginn und Ende personalen Lebens, in: Moraltheologisches Jahrbuch, Bd. 1, Mainz 1989, 15-33.
- DERS., Zur neueren Diskussion über den Hirntod, in: Akademie für Ethik der Medizin (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Organ für Ethik in der Medizin [EthikMed] 8(1996), 6-18.
- WONIGEIT, K., Immunsuppression bei Organtransplantation, in: Internist 37(1996), 229.
- WOSNER, S., Heart Transplants, in: Roodyn, P. (Ed.), Pathways in Medicine, New York 1995, 96-102.
- ZAGER, W., Hingabe an Gottes Willen. Ethik im Islam, in: ders. (Hrsg.), Ethik in den Weltreligionen: Judentum – Christentum - Islam, Neukirchen-Vluyn 2002, 69-94.
- ZENTRALRAT DER MUSLIME IN DEUTSCHLAND [ZMD] (Hrsg.), Dr. Nadeem Elyas, Stellungnahme bei der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 28.06. 1995 zu den Themen Hirntod und Organverpflanzung, Köln 1995.
- DERS. (Hrsg.), Art. Organverpflanzung und Hirntod, in: ZMD/Publikationen, <http://www.islam.de/?site=zmd/publikationen/docs&di=pm10>.
- ZIEGLER, J.G., Ärztliche Ethik (Organverpflanzung) – Anfragen an die Moralthologie. Zwei Antworten, in: Theologie und Glaube 71(1981), 317-340.
- DERS., Moralthologische Kriterien für eine gesetzliche Regelung der Organtransplantation, in: Trierer Theologische Zeitschrift [TThZ] 89(1980), 35-49.
- DERS., Moralthologische Überlegungen zur Organtransplantation, in: TThZ 77(1968), 153-174.

Danksagung

Für die Überlassung des Themas dieser Dissertation danke ich Herrn Prof. Dr. med. Claus Spieker. Bei Herrn Prof. Dr. phil. nat. Reinhold Eberhard Zimmermann bedanke ich mich herzlich für seine fortwährende Ermutigung, Unterstützung und Betreuung. Mein herzlicher Dank gilt ebenso auch Herrn Privatdozent Dr. med. Karl-Heinz Dietl, der mich an seiner langjährigen Erfahrung in der Transplantationsmedizin teilhaben ließ, mir wertvolle Anregungen und Hinweise gab und mir Verstehenshilfen aus seiner Perspektive anbot.

Ich danke auch meinem Bischof Dr. Reinhard Lettmann, der mir den nötigen Freiraum für diese Dissertation gewährt hat.

Danken möchte ich schließlich auch meiner Mutter und Sr. M. Beata Wörmann sowie all jenen, die mich während des Schreibens dieser Arbeit – jeder auf seine ganz persönliche Weise – getragen haben, denen es durch ihr interessiertes Nachfragen immer wieder gelungen ist, meine Motivation auch und gerade in Durststrecken wach zu halten.