

Hermann Eberhardt

Beobachtungen zur Frage der Organtransplantation  
(Skript von 1997/98)

Inhalt:

Annäherung über zeitliche Daten .....	2
Ethische Aspekte des Problems .....	3
Zum ersten:.....	3
Zum Zweiten: .....	4
Zum Dritten: .....	5
Kritische Sichtung des Argumentationsbestandes .....	7
Der Beziehungsaspekt als Möglichkeit der Öffnung der ethischen Debatte .....	10
Gesichtspunkte der Abwehr.....	13
Seelsorgerliche Gesichtspunkte im Zusammenhang von Organtransplantation .....	14
Hinzugezogene Literatur .....	18

### *Annäherung über zeitliche Daten*

1543	Vesalius, De humanis corpori fabricia – mit detaillierten anatomischen Darstellungen
1954	Erste erfolgreiche Nierentransplantation zwischen ein-eiigen Zwillingen (Murray und Merill)
1957	Ansprache von Papst Pius XII zu Fragen von Leben, Sterben und Behandlungsabbruch
1959	Mollaret und Goulon beschreiben erstmals das irreversible Koma („Coma Depassee“)
4.12.1967	erste Übertragung der Niere eines Verstorbenen erste Herzverpflanzung in Kapstadt
1968	Ad-hoc-Kommission der Harvard Medical School: Definition des Hirntodes („A Definition of Irreversible Coma“)
29.8.1975	Referentenentwurf eines Transplantationsgesetzes
1975	Verordnung zur Durchführung von Organtransplantationen in der DDR gem. Widerspruchslösung
Bis Ende 70er Jahre	Scheitern von zwei Gesetzentwürfen in der BRD
1982ff.	Wiss. Beirat der Bundesärztekammer „Kriterien des Hirntodes – Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes“. (Deutsches Ärzteblatt 79 Jg. S.45-55 Fortschreibung 1986 (D.Ä. 83 Jg. S.2940-2946) und 1991 (D.Ä. 88. Jg. S. B-2855-60), sowie 1993 (D.Ä. 90 Jg. B-2177-2179)
1987	Verhaltenskodex der Arbeitsgemeinschaft der west-deutschen Transplantationszentren
14.12.1989	Ansprache von Papst Johannes Paul II über Organtransplantation
Ende 80er Jahre	Mustergesetzentwurf über die Entnahme und Übertragung von Organen (bis 1994 noch nicht beschlossen)
1989	„Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens“. Gemeinsame Erklärung des Rates der EKID und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der ACK in der BRD und in Berlin(West), Gütersloh 1989
1990	„Organtransplantationen“. Gemeinsame Erklärung des Rates der EKID und der (römisch-katholischen) Deut-

	schen Bischofskonferenz, in: epd, Dokumentation. Ein Informationsdienst, Nr. 39 (1990), Themaheft 25 Seiten. = „Gemeinsame Texte 1“, Hannover/Bonn 1990
Okt./Nov. 1992	Erlanger Fall „hirntoter“ Schwangerschaft
1992	Pittsburgher Protokoll (USA) – erlaubt, Menschen für ‘tot’ zu erklären, die „wegen ihrer Lebensqualität angefragt haben, lebensverlängernde Maßnahmen abzubrechen“ (WUTTKE, 32, S.241) <sup>1</sup>
1994	Ergänzung Art 3 III GG „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“
27.10.94	Landessynode EKvW Plädoyer für die Zustimmungslösung. Hirntod als Zeitpunkt der Organentnahme nicht aber als Definition des Todes akzeptiert.
1997	Transplantationsgesetz BRD mit erweiterter Zustimmungslösung

### *Ethische Aspekte des Problems*

Die ethische Frage der Organtransplantation begegnet in mehrfacher Hinsicht:

1. als Problem offenbar unterschiedlichen Gewichtes je nach Bewußtseinslage und gemeinschaftlicher Relevanz.
2. als anthropologische Problemanzeige im Zusammenhang technologischer Entwicklung.
3. als Herausforderung theologischer Anthropologie im Zusammenhang der Entwicklung ethisch relevanter Grundaussagen zum Begriff des Menschen und des Lebens.

#### *Zum ersten:*

Erst Mitte unseres Jahrhunderts ist der Medizin im Zuge technologischer Entwicklung möglich, Organtransplantation, d.h. Verpflanzung lebenswichtiger Organe von einem Menschen in den anderen, vorzunehmen. 1954 erfolgt die erste Nierentransplantation. 1967 erfährt die Weltöffentlichkeit von der ersten Herzverpflanzung. Voraussetzung dafür ist natürlich eine Herzspende. Intensivmedizin kann ein Herz künstlich am Leben zu erhalten – die entsprechende Sauerstoffzufuhr geschieht über künstliche, von der Gehirnsteuerung unabhängige Beat-

---

<sup>1</sup> Siehe Literaturverzeichnis und die dort verwendeten Abkürzungen. Im folgenden erscheinen Literaturangaben in einfacher Klammer. Die Zahl vor der Seitenangabe bezeichnet den jeweiligen Titel).

mung –, während sich sein „Spender“ bereits in einem „irreversiblen Koma“ befindet, also keinerlei Lebenschancen mehr hat. Von dergestalt künstlich am Leben erhaltenen Menschen erfährt die Öffentlichkeit meist im Zusammenhang des Wunsches, die „Maschinen“ abzuschalten, damit der nur noch von Maschinen am Leben erhaltene Mensch endlich sterben kann.

Mit der ersten gelungenen Herzverpflanzung hat sich eine neue Perspektive des Umgangs mit Menschen im irreversiblen Koma aufgetan. In Harvard wird 1968 dafür eine praktische Formel gefunden. Man definiert Menschen in irreversiblen Koma als „Hirntote“ (Ausfall des Groß-, Zwischen- und Stammhirns – nach streng festgelegtem interessenunabhängigem Verfahren nachzuweisen – und setzt den Hirntod praktisch mit dem Tod des Menschen gleich. Mit dem Todesfall wird der Zugriff auf die noch intakten Organe des „Hirntoten“ zur Transplantation möglich, vorausgesetzt die Angehörigen, denen das Totensorgerecht obliegt, gestatten es. Genau genommen befindet man sich juristisch damit freilich in einer Grauzone. 1975 gibt es einen ersten Gesetzesentwurf. Der Regelungsbedarf ist aber offensichtlich nicht so dringend, daß es in den nächsten Jahren schon zu einem Gesetz käme. Erst Ende der 80er Jahre geht es hier weiter. Bis dahin reicht eine Ausarbeitung der Bundesärztekammer zum „Hirntodkonzept“ und ein von den inzwischen etablierten Deutschen Transplantationszentren entwickelter Verhaltenskodex als Absicherung. Zum Kodex gehört, daß die Konditionierung zur Explantation erst nach festgestelltem Hirntod erlaubt ist.

Die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin haben sich derweil kräftig erweitert, und der Bedarf an Transplantationsgut steigt entsprechend. In diesem Zusammenhang und angesichts eines neuen Mustergesetzesentwurfes zur Organtransplantation, gewinnen die Kirchlichen Stellungnahmen von 1989 und 1990 zum Thema natürlich besondere Bedeutung. Vor allem die Stellungnahme von 1990 alarmiert die Zeitgenossen. Sie enthält mit der Übernahme der gängigen medizinischen Hirntoddefinition eine Aussage über das menschliche Leben, die aus anthropologischer bzw. biblischer Sicht keineswegs selbstverständlich ist und zielt praktisch – Organspende wird ausdrücklich als Tat der Nächstenliebe deklariert – auf die sog. Informations- wenn nicht gar Widerspruchslösung (27, S. 259).

Ich stelle fest: Mehr als 20 Jahre wird Organtransplantation auf der Basis des Hirntodkonzeptes bereits praktiziert. Erst als die gesetzliche Regelung auf den Leib rückt und die Kirchen sich dazu (unbesehen im Sinne der Transplantationsmedizin) äußern, kommt die anthropologische/ethische Debatte entscheidend in Gang.

#### *Zum Zweiten:*

Offensichtlich begegnet in der umstrittenen Hirntoddefinition eine Differenzierung des Begriffs von Leben im Dienste bzw. in Folge neuer (technischer) medi-

zinischer Möglichkeiten. Solange die Hirntoddefinition lediglich dem Arzt zu entscheiden hilft, wann die Behandlung eines Menschen (d.h. lebenserhaltende Maßnahmen) abzubrechen ist, sichert sie einfach dessen Recht aufs Sterben. Hirntod als Voraussetzung einer Explantation von Organen hat dagegen nicht das unmittelbare Sterbenlassen zur Folge, sondern setzt ein zweifaches Todesverständnis, indem es den lebendigen Menschen mit seinen Gehirnfunktionen identifiziert und dem Tod dieses Menschen den Tod seines übrigen (vor der Organspende noch dazu besonders konditionierten) Leibes/Körpers nachordnet. Daß hier eine dichotomische Sicht zum Tragen kommt, ist offenkundig, ihr Dilemma ebenfalls. Für das normale, ganzheitliche Erleben gehören zum Tod das Gestorbensein und die Leiche.

Das Hirntodkonzept konstatiert den Todesfall, ohne daß da schon eine Leiche wäre. Daß Pathologen gegebenenfalls eine Obduktion der Leiche vornehmen, ist vertraut. Ist die Todesursache unklar, ist Obduktion sogar gesetzlich geboten. Nachdem sich der Glaubenssatz von der „leiblichen Auferstehung“ auch mit der Feuerbestattung vereinbaren läßt, wird kaum jemand den Auferstehungsleib von vollständiger Organausstattung der Leiche abhängig machen. Wie aber steht es mit der Explantation von Organen bei einem Menschen, der sein Sterben noch nicht vollendet hat? Die Organentnahme ist an einem Menschen vorgesehen, der noch (freilich außengesteuert) „atmet“. Die Lebenstüchtigkeit der zu explantierenden Organe hängt davon ab, daß ihr Spender sein Leben noch nicht „ausgehaucht“ hat. Nach der Hirntoddefinition gab er freilich schon „seinen Geist“ auf. Die Nulllinie der Gehirnströme zeigt es an. Andererseits schlägt das „Herz“. Totenblässe ist nicht wahrzunehmen, keine Todeskalte ist zu fühlen. Was/Wer ist der Mensch im Hirntodstadium? Für den Transplantationsmediziner ist er praktisch zu einer Organbank geworden.

#### *Zum Dritten:*

Daß die Bedingungen der Organtransplantation, genauer die Explantation von Organen aus einem noch nicht verstorbenen Menschen, auf Kritik stoßen, ist zu erwarten. Die Gehirntodkonzeption berührt das Menschenbild. Der Begriff des Lebens steht mit ihr in Frage. Selbst Mediziner bezweifeln die Schlüssigkeit des Hirntodkonzeptes. Geräte können nicht alles anzeigen, vor allem sei die Behauptung, mit dem Ende nachweisbarer Hirnfunktionen sei auch das Gesamt der Organisation des Leibeslebens am Ende, nicht überzeugend (In der SCHMITTEN, GEISLER). Theologen (GREWEL, HOFF, JÖRNS) reklamieren die leibhaftige oder auch psychosomatische Ganzheit des Menschen und klagen die Menschenwürde ein. Bezeichnenderweise führt dieses aber durchgehend nicht zu einer strikten Ablehnung von Organentnahme bei leibhaftigem Leben, sondern nur zu der Forderung der engen Zustimmungslösung. Einhellig wird der „Gehirntod“ als „point of no return“ angesehen. Der Menschenwürde entspricht – so die Argumentation

– die Unantastbarkeit des Leibes und die unvertretbare Selbstbestimmung über das Geschehen vordem totalen Erlöschen des Lebens. Nur der betroffene Mensch selbst dürfe entscheiden, ob sein Sterben aufgehoben werden und Eingriff in seinen Körper geschehen darf. Was er sich damit zwischen Leben und Tod noch an Leiden zuzieht, weiß niemand (Kübler-Ross schon in den 70er Jahren – vgl. 24, S.350). Daß Beschädigung des Leibes geschieht, kann ethisch hingenommen werden, solange es (als freiwilliges „Opfer“) zu Hilfe eines Mitmenschen (Organempfänger) geschieht. In jedem Fall bleibt auch der hirntote Mensch ungeteiltes leibhaftiges Subjekt. Nur er selbst ist befugt, seine Organe zur extrakorporalen Verwertung freizugeben. Alles andere läge auf der Ebene willkürlicher utilitaristischer Versächlichung des Menschen zum verfügbaren Objekt (vgl. 31. S.40 „Panwitz Blick“ nach Primo Levi – Vision von der „Körperkolonie“ Mensch 32, 242ff.) und widerspräche grundlegend sowohl der Gottgegebenheit menschlichen Leibes-Lebens (Schöpfung) als auch dem ethischen Axiom von der Achtung der Unantastbarkeit des Anderen als Konstitutum der Menschenwürde (HOFF, GERBER – nach E. Levinas).

Inzwischen hat sich der Gesetzgeber jedoch für die „erweiterte Zustimmungslösung“ entschieden. Nach ihr können auch nächste Angehörige – wie es bis dahin auch Praxis war – den Willen des Hirntoten verbindlich bezeugen. Den Kritikern des Hirntodkonzepts kann diese Entscheidung nicht passen. Auch verfassungsrechtlich ergeben sich Fragen. „Der sogenannte Hirntote“, bemerkt der Jurist Wolfram HÖFLING (13, S.84), „muß ... aus verfassungsrechtlicher Sicht als Lebender i. S. v. Art 2 II GG qualifiziert werden. Das Leben als Schutzgut der genannten Verfassungsbestimmung ist einschränkenden Wertungen schlechthin unzugänglich ... Mit der Verabsolutierung des Gehirns und seiner Stilisierung zum integrativen Ganzheitsorgan, das den Menschen schlechthin konstituieren soll, wird dieser verfassungsrechtliche Befund jedoch unterlaufen. Darin liegt zugleich eine Absage an das offene Menschenbild des Grundgesetzes, das als Verfassung des Menschen von dessen Unverfügbarkeit, Unabgeschlossenheit und Unbestimmtheit ausgeht. Sowohl der Menschenwürdesatz des Art. 1 I GG als auch die Garantie des menschlichen Lebens in Art. 2 II GG sperren sich gegen eine uniformierende Wesensbestimmung. Mit diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben unvereinbar ist eine Definition des Todes und damit des Menschen, welche den letzten Lebensvollzug als Lebensvollzug negiert.“

Folgt man HÖFLING, sind Parallelen zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs deutlich. Im Prinzip darf nach dem Urteil des BVerfG von 1975 „zwischen einzelnen Abschnitten des sich entwickelnden Lebens vor der Geburt oder zwischen ungeborenem und geborenem Leben ... kein Unterschied gemacht werden .... Der Lebensschutz der Leibesfrucht genießt grundsätzlich für die gesamte Dauer der

Schwangerschaft Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren.“<sup>2</sup> Entscheidet sich der Gesetzgeber dann gleichwohl für eine Fristenregelung bzw. Indikationslösung, läßt er damit Ausnahmen vom Prinzip zu.

Ich stelle fest: Nach dem Lebensbegriff unserer Verfassung beginnt (schutzwürdiges) menschliches Leben spätestens mit der Einnistung des befruchteten Eis in die Gebärmutter und niemand kann von seinen Anfängen behaupten, daß das eingenistete Ei schon ein sich selbst steuerndes Organsystem wäre. Das Ende menschlichen Lebens von der Funktionstüchtigkeit des Gehirns abhängig zu machen, entspricht folgerichtig genau so wenig den Verfassungsgegebenheiten. Die selbsteigene Einwilligung des Organgebers zur Explantation, kann von daher allenfalls als „Tötung auf Verlangen“ verstanden werden. Und dabei heiligt dann der Zweck des „Opfers“ zu Gunsten des Organempfängers die Mittel.

Muß sich theologische Anthropologie mit dieser Ansicht zufrieden geben? Die Bedingungen ethischen Urteils bleiben eng, solange es lediglich bei der Abwehr dichotomischer Sicht des Menschen und der Forderung ganzheitlicher Orientierung des Lebensbegriffs bleibt. Daß das Recht Ausnahmen vom Prinzip vorsieht, deutet auf Notwendigkeiten der Grenzüberschreitung; und das allgemeine Lebensgefühl kommt diesen Grenzüberschreitungen entgegen. Immer schon gibt es eine erfahrungsgestützte Unterscheidung von Qualitäten des Lebens. Ohne sie hätte das Hirntodkonzept mit seinen Konsequenzen keinerlei Erfolg haben bzw. Duldung erlangen können. Lebensnahe Ethik ist gefordert, hier genauer hinzuschauen.

### *Kritische Sichtung des Argumentationsbestandes*

„Anthropologisch und theologisch“, schreibt Hans GREWEL 1996 (10, S.66f.), „geht die Auseinandersetzung vor allem um die Zuordnung bzw. Trennung von Mensch und Person. Es ergibt ein anderes Menschenbild und andere Handlungsorientierungen, je nachdem, ob ein Mensch nur dann als Person anerkannt wird, wenn er bestimmte Funktionen (Gehirntätigkeit) und Fähigkeiten (Geist oder Bewußtsein) vorzeigen kann (bzw. andere ihm das zubilligen), oder ob sein Personsein darin gründet, daß er als Geschöpf Gottes ins Leben gerufen, gewissermaßen von Gottes liebenden Gedanken vorweg gedacht und gewollt ist – unabhängig von seiner Ausstattung mit Funktionen und Fähigkeiten. Dabei geht es nicht zuletzt um die Frage, ob der Schutz der Menschenrechte einem Menschen wirklich für die Dauer seiner ganzen Lebenszeit ... zugebilligt wird oder ob die Lebenszeit eines Menschen unterteilt wird in eine Zeit, da er Person ist, und eine Zeit, da er noch nicht oder nicht mehr Person ist, so daß der Schutz der „Menschen“-Rechte auf die Zeit seines Personseins reduziert wird und die Menschen-

---

<sup>2</sup> WAZ vom 26.2.1975.

Rechte in Person-Rechte umgewertet werden.“ Deutlich will GREWEL „Mensch“ und „Person“-begriff zusammenhalten. Im biblischen Schöpfungsgedanken sieht er das gewährleistet. Zugleich ist damit s. E. aber auch gegeben, daß ein explantativer Eingriff einer Mißachtung der Person gleichkommt und einem mechanistischen Menschenbild Tor und Tür öffnet. „Die Portionierung des menschlichen Lebens in eine menschliche und eine nach-menschliche Lebensphase setzt“ für GREWEL (9, S.110) „ein mechanistisches Menschenbild voraus“. „Einen lebenden Menschen als ‘so gut wie tot’ zu bewerten, ist“ für ihn (9, S.112) „in jedem Fall ein Schritt zur Euthanasie“.

Sicher verbindet sich für GREWEL mit „mechanistischem“ Menschenbild eine spezifisch objektivierende Auffassung. Doch erscheint sein dagegen gesetzter Schöpfungs-Lebensbegriff nicht minder objektivierend und statisch. Daß Menschen sich nach biblischem Zeugnis bereits als Lebende „wie ein Toter“ verstehen können (Ps 31,13), paßt nicht zu einem eindeutigen bzw. objektiven Todesbegriff. GREWELS Argumentation nach dem Entweder-Oder-Muster läßt keinen Zwischenraum und kennt keine Übergänge.

Martina PLIETH sieht (20, S.99) im Hirntodkonzept eine „hierarchisch gegliederte(n) Anthropologie“ realisiert, „in der grundsätzlich und vor allen Dingen auch wertmäßig zwischen Körper, Geist und Seele differenziert wird.“ Damit sei „solchen Tendenzen Tür und Tor geöffnet, die Menschsein quantifizieren und auch die Würde des Menschen aus seiner Funktions-, Leistungs- und Verdienstfähigkeit ableiten lehr(t)en“. Das widerspreche „der christlichen Überzeugung, daß es die Anerkennung des Menschen durch Gott als solche“ sei, die „den Menschen als Person“ mit der ihm eigenen „Personwürde“ konstituiere.

Zweierlei ist es, eine „hierarchisch gegliederte Anthropologie“ in frage zu stellen (die späten neutestamentlichen Briefe vertreten sie selbstverständlich) und aus ihr die „Quantifizierung“ des Menschen zu folgern. Sicher gründen die allgemeinen Menschenrechte im christlichen Traditionsgut. Doch der in der Verfassung dokumentierte Begriff der Menschenwürde ist eher allgemein humanistisch geprägt und hat heute sein Gewicht auch ohne schöpfungstheologische Herleitung. Jedenfalls kann es im allgemeinen ethischen Diskurs kaum genügen, die Personwürde abstrakt-objektiv aus der Anerkennung des Menschen durch Gott abzuleiten. Allgemein schlüssiger ist hier in jedem Fall die Herleitung der Menschenwürde aus der Goldenen Regel. Aus der Tatsache, daß Leben Leben-in-Beziehung ist, ergibt sich das Postulat der Menschenwürde mit den ihm folgenden Konkretionen.

Klaus-Peter JÖRNS und Wiltrud KERNSTOCK-JÖRNS konstatieren 1993 (14, S.125f.): „Für eine theologische Ethik ist diese Todesdefinition unannehmbar. ... Diese Hirntod-Praxis ist das Produkt eines neuen Dualismus, der Gehirn und Leib endlich voneinander trennt und das alte Begriffspaar Psyche und Soma in sich aufnehmen und überflüssig machen möchte. Vom Leben als psychosomatischer Ganzheit weiß dieser Dualismus schon nichts mehr. Seine gedankliche Basis hat er im modernen Utilitarismus. ... Gegen diesen Dualismus ist von der Schöpfungstheologie her entschieden zu protestieren.“

Die Argumentation von der Schöpfungstheologie her mündet, wie die Theologiegeschichte zeigt, keineswegs selbstverständlich in einer Überwindung des Dualismus (mit seiner klassischen Abwertung des Leibes). Vom biblischen Begriff der Seele her zu argumentieren, ist hier eindeutig ergiebiger. Auch will die Formel von der Ganzheit des Menschen nicht einfach statisch bzw. additorisch gehandhabt werden. Das Hirntodkriterium als Entscheidungskriterium gelten zu lassen, heißt nicht zwangsläufig von der Ganzheit des Menschen absehen. Unter Berücksichtigung des Lebenskontextes, kann in seiner Anerkennung mehr ganzheitliches Verständnis liegen als in einem auch den eindeutigen Zerfall der biologischen Organisation des Leibes (in der SCHMITTEN; HOFF) fordernden Verständnis des (menschlichen) Todes.

Am Schluß seines durchaus eindrücklichen Beitrags in WzM (Abdruck einer Rede von 1995), schreibt der Internist Linus GEISLER: „*Hirntote sind Sterbende, das heißt noch LEBENDE*: Sie sind keine Leichen und auch nicht ‘so gut wie tot’. Ihnen kommen alle Rechte Lebender zu. Niemand kann ihnen in ihrem Sterben den vollen Schutz ihrer Menschenwürde nehmen, ihr Anrecht auf körperliche Unversehrtheit. *Die Ethik der Würde hat hier den Vorrang vor der Ethik des Nutzens*. Ob ihr Sterben verlängert werden darf, um Organe zu entnehmen, die das Leiden anderer Menschen lindern oder deren Leben verlängern können, ist daher eine Entscheidung, die nur zu Lebzeiten und nach einem freien, gereiften Entschluß persönlich getroffen werden kann. Wer dürfte sich anmaßen, diese Entscheidung für einen anderen zu fällen?“ (6, S.223) Eindeutig plädiert GEISLER also für die enge Zustimmungslösung und begründet dieses auch (ebd. S.224) mit dem Ergebnis einer TED-Umfrage des WDR von 1995, in der nur ein Fünftel der Anrufer bereit war, die Explantationsentscheidung Angehörigen zu überlassen.

Klar, daß im abendländischen Kontext keiner „Ethik des Nutzens“ das Wort geredet werden kann. Niemals darf der Mensch einfach zum Vernutzungsobjekt werden. Auch ist der Hinweis auf die Fortschrittsfalle, in die jede auf Organtransplantation setzende Medizin gerät (6, S.216; 31, S.41; 32, S.243), ernst zu nehmen. Darüber hinaus dürfte sich Transplantationsmedizin angesichts ihres hohen Kostenaufwands [z.B. Lebertransplantationskosten im 1. Jahr 260.000 DM (1, S.17). Weitere Medikationskosten jährlich 36.500 DM (32, S.246)] für vergleichsweise wenige Nutznießer kaum als der Allgemeinheit nutzbringend erweisen. Aus der Ethik der Würde jedoch ohne Wenn und Aber die enge Zustimmungslösung zu folgern, erscheint mir nicht zwingend – es sei denn Würde und absolutes, unvertretbares Subjektsein gehörten unlösbar zusammen. Das Totensorgerecht sieht selbstverständlich vor, daß um den Gestorbenen auch Menschen sind, die sich um ihn kümmern. Wer die Sorge um seinen Leichnam anderen überlassen kann, verliert seine Würde nicht, wenn er seine Angehörigen auch hinsichtlich möglicher Explantation in seinem Sinne entscheiden läßt.

Das Stichwort vom „absoluten Subjektsein“ verdient noch besondere Aufmerksamkeit. Steile schöpfungstheologische Begründung der Menschenwürde setzt ein Verständnis vom Subjekt Mensch aus sich heraus, das mit der Abwehr jeglicher „Objektivierung“ des Menschen zugleich jede Möglichkeit verstellt, den Menschen auch als

Beziehungsobjekt zu sehen. Ich sehe die Argumentation damit – nun freilich aus entgegengesetzter Richtung – in die Falle der Subjekt-Objekt-Spaltung geraten.

In den von Johannes HOFF vorgetragenen Überlegungen zu „Achtung vor der Unverletzlichkeit des Anderen“ nach Emmanuel Levinas begegnen mir die Konsequenzen. HOFF erlaubt keine ethischen (Handlungs)Folgerungen aus Selbsteinsicht, sondern nur vom Anderen her. Nach ihm ist „ethische Verantwortung immer die Verantwortung gegenüber einem Anderen oder – christlich gesprochen – die Verantwortung gegenüber unserem Nächsten ... Wir dürfen uns nicht fragen: ‘Würde ich das mit mir selber machen lassen wollen? Wir müssen uns vielmehr fragen: Würde ich auch meinem Nächsten (meinem Sohn, meiner Mutter usw.) zumuten...“ (11, S.88).

Wie dieser Ansatz mit dem biblischen Liebesgebot oder der Goldenen Regel vereinbar sein soll, ist mir unerfindlich. Beide leben vom Rückschluß des Selbst auf den Anderen. Eindeutig im Widerspruch zu gängigen Erkenntnissen der Kommunikationswissenschaft (Appellseite einer Botschaft) und zu alltäglichen Erfahrungen finde ich HOFF, wenn er behauptet (11 ,S.89): „Es genügt nicht, etwas über meinen Zustand oder über den Zustand des Anderen auszusagen. Nur wenn ich mich an den Anderen wende, wenn ich ihm ins Gesicht sage, daß er etwas tun soll, wird er sich zu handeln verpflichtet fühlen.“ Natürlich sichert solch eine Behauptung das Subjekt vor jeglichem nicht von ihm selbst ausdrücklich autorisierten Zugriff durch einen Mitmenschen. Zugleich damit kann es aber auch keinen Barmherzigen Samariter mehr geben, der zupackt und hilft, wenn die Aufforderung zum Handeln nur nonverbal mit der Situation gegeben ist. Das „Individuum“ Mensch ist mit HOFFS Logik zwar gesichert, aber „Menschheit“ ist zugleich atomisiert. Der Menschheit zuzugehören bedeutet Sein in-Beziehung. Sein in-Beziehung heißt Existenz unter den Bedingungen der Subjekt-Objekt-Polarität. Schon in der Selbst-Beziehung bildet sich diese Polarität ab. Selbstreflexion gründet in ihr.

### *Der Beziehungsaspekt als Möglichkeit der Öffnung der ethischen Debatte*

Der biblische Schöpfungsbericht bezeichnet den Menschen Adam im Augenblick seiner Belebung durch Gottes Odem („neschamah“) als „lebendige Seele“ (‘nefesch haja‘). Wie die Untersuchung auch des neutestamentlichen Befundes zeigt, steht ‘nefesch’ wie ‘psyche’ dann sehr oft für das Wort „Leben“ oder auch für die lebendige „Person“ oder das menschliche „Ich“. Angelehnt an den ‘psyche’-Begriff könnte man demnach sagen, daß Anthropologie auf der Grundlage der Aussagen der Bibel original der „Biblischen „Psycho’-Logie“ entspricht, d.h. aus dem zu erheben ist, was in der Bibel zum Menschen als „Seele“ gesagt ist. Im einzelnen zu referieren, was eine eingehende Untersuchung der Biblischen Psychologie zutage fördert, kommt hier nicht in Frage. Folgendes läßt sich zusammenfassend sagen:

Nach biblischem Befund bestätigt sich die Rede von der Ganzheit des Menschen. Als „Seele“ lebt der Mensch in der und durch die lebendige(n) Korrespondenz

von – ich verwende jetzt vertraute Begriffe – „Geist“ und „Leib“. „Geist“ und „Leib“ repräsentieren gleichsam die Dimensionen der „Seele“. Leben vollzieht sich in der lebendigen Beziehung von „Geist“ und „Leib“. Dem entspricht in der metaphorischen Sprache der Bibel die Verwendung des Wortes „Herz“ als Lebenszentrale. Das Herz ist das „Organ“ der Mitte zwischen „Kopf (‘nous’) und „Bauch“ (‘splanchna’). Zur lebendigen Seele gehört das Bestimmtheit vom „Geist“ (‘pneuma’) ebenso wie die Leibhaftigkeit (‘sooma’). In seiner jeweils unverwechselbar individuellen Ausprägung repräsentiert der Leib die Individualität des Menschen. (Die leibunabhängige „unsterbliche Seele“ ist ein Abstraktum ohne individuelle Züge!) Entsprechend wird das Leben nach dem Tode als Leben im „geistlichen Leib“ vorgestellt – konstituiert durch Gottes Auferstehungsruf. D.h. Leben nach dem Tode gründet – wie das Leben der ersten Schöpfung – in Gottes Macht bzw. in lebendiger Beziehung zu Gott.

Leben lebt von lebendiger Beziehung. Kein Mensch existiert allein aus sich selbst. Der Begriff Mensch ist ein Abstraktum. Creatio continuata geschieht über die (leibhaftige) Verbindung von Mann und Frau. Aus Beziehung entsteht menschliches Leben, und in Beziehung entwickelt (Bedeutung der Primärbeziehungen!) und vollzieht es sich. Beziehungsstörung bzw. Mißachtung von Beziehung beeinträchtigt das Leben und bringt es an die Grenze. Im mehrdimensionalen Liebesgebot finden wir diese Gegebenheit wieder („Liebe“ ist wie „Sünde“ ein Beziehungsbegriff). Der jedem Menschen zukommende Zuspruch der Menschenwürde trägt dem Rechnung. Jeder Mensch hat Anspruch auf Achtung und soll vor Miß-Achtung bewahrt sein. Auch „Menschenwürde“ ist ein Beziehungsbegriff und greift bis in die Selbst-Beziehung des einzelnen Menschen hinein. Es hält schwer, die eigene Würde zu bewahren, wenn sie ringsum nicht geachtet wird. Es hält schwer, Würde zu realisieren, wenn sie nicht im Selbst geglaubt oder angenommen wird. Würde lebt in und von Beziehung. Von daher reicht es niemals aus, sie verbal zu deklarieren. Die Würde des unansehnlichen Behinderter werde ich gewahrt, wenn ich zu ihm Beziehung aufnehme und pflege. Von der Würde des hilflosen Sterbenden wissen Menschen-sohn/tochter/bruder/schwester/freund am ehesten, d.h. derjenige Mitmensch, der zu ihm Beziehung wahrnimmt, hat, oder pflegt. Wer mit dem anderen redet, d.h. zu ihm in Beziehung tritt, ist weniger geneigt, ihn wie einen Gegenstand zu behandeln. Dies bewahrt sich auch, wenn der Beziehungspartner nichtmenschlicher Natur ist (und macht es dem normalen Menschen sogar schwer, sich von vertrauten untauglich gewordenen Gegenständen zu trennen). Lebensgestaltend, -tüchtig und -fähig ist der Würdegedanke (nur) in-Beziehung.

Wir beschäftigen uns hier besonders mit dem Hirntod-Kriterium. Die letzten Ausführungen bringen etliche Gesichtspunkte hinzu. Eindeutig signalisiert die Nulllinie der Hirnströme, daß der betroffene Mensch seiner Selbst bzw. seines Leibes nicht mehr gestaltend oder reflektierend mächtig ist. Auch von sich aus

Beziehung zu anderen aufzunehmen, ist ihm nicht mehr möglich. Was er in Beziehung lebt, lebt er aus der Beziehung, die an ihn geknüpft ist bzw. herangetragen wird. Als Beziehungs*objekt* ist er (noch) Subjekt. Mit dem „Hirntoten“ identifiziert stelle ich mir diesen Zustand für mich bei jeder nennenswerten Lebensqualität und dem Tode gleich vor. Mit dem Angehörigen identifiziert, sehe ich eine ganze Skala von Zustandqualitäten. Wer mit der Intensivpflegesituation, der Begleitung von Sterbenden und dem Umgang mit Verstorbenen vertraut ist, kann hier etliche konkrete Einsichten zur Lebenssituation an der Grenze und um den Tod herum beibringen.

Auch der Tod ist als Beziehungsphänomen zu verstehen. Versteht man den Tod dergestalt, erscheint auch das Lebensende eines Menschen keineswegs allein vom physischen Todesdatum abhängig. (Einmal, nachts zu einem Sterbenden gerufen, saß ich zusammen mit seiner Frau an seinem Bett und erlebte mit ihr seinen letzten Atemzug. Nach einer mir angemessenen erscheinenden Zeit, wollte ich die immer noch laufende Infusion abstellen. Die Frau bat mich, es doch nicht zu tun. Nach einiger Zeit war sie dann damit einverstanden.) Abschied, d.h. Umwandlung der Beziehung von einem Lebenden zu einem Verstorbenen, kann längst vor dem Tode einsetzen, sich aber auch über Jahre nach dem Tod hinziehen (Beobachtungen zur „Trauerarbeit“). Natürlich spielt das Miterleben des letzten Atemzuges eine wichtige Rolle. Natürlich erschweren die Gegebenheiten der Intensivversorgung eines irreversibel komatösen Menschen die Realisation seines Zustandes. Atem und Herzschlag sind Ursignale des Lebens. Körperwärme ist beziehungsträchtig. Wer einen erkalteten Menschen streichelt, wird sich eher der Tatsache bewußt, daß die Beziehung zu ihm asymmetrisch wahrgenommen wird und nur noch von der eigenen Wärme bzw. den eigenen Impulsen lebt.

In Beziehung lebt der Mensch (nicht vom Brot allein!). Auch sein Tod bzw. die Todeskriterien bestimmen sich angemessen nicht abgesehen von Beziehung. Ist dieser Satz richtig, relativieren sich etliche Argumente gegen das Hirntodkriterium. Auch rückt mancher Streit ins Licht eines eigentlich nebensächlichen Prinzipienstreites. „Hirntod“ bedeutet in jedem Fall erloschene äußere (wahrnehmbare) Beziehungsfähigkeit des von ihm betroffenen Menschen. Fachleute mögen unterschiedlicher Meinung sein, wie weitgehend auch die Geist-Leib-Beziehung im „Hirntoten“ selbst erloschen ist, in keinem Fall reicht die wissenschaftliche Annahme noch vorhandener eigener Organisation des biologischen Systems zu mehr als zu Schattenvorstellungen; und sicher haben die Vorstellungen der vom Hirntodfall besonders betroffenen Beziehungspersonen hier das entscheidende Gewicht. Der „point of no return“ ist unbestreitbar. Was sich hier noch als Leben präsentiert, ist in seiner Abhängigkeit von Maschinen ein elender Zustand. Die Vorstellung, jetzt noch anderen Menschen durch eine Organspende dienlich sein zu können, bringt noch einen Sinn- oder auch Beziehungsaspekte in die Situation. Davor oder daneben kann aber ebensogut der Aspekt der (ungeteilten) Selbst-

Wahrung entscheidend sein. (Eine (Liebes)Pflicht zur Organspende kann es nicht geben!) Ist es richtig, daß Leben als Leben-in-Beziehung verstanden werden muß, dürfte es keinen Abstrich vom Prinzip der Menschenwürde bedeuten, auch diejenigen, die in enger (leibhaftiger) Beziehung zum „Hirntoten“ stehen (Angehörige, Lebensgefährten) an der Frage möglicher Organspende zu beteiligen.

Ist der Beziehungsaspekt gegenwärtig, zeichnet sich im Zusammenhang der Explantationspraxis zugleich der Konflikt deutlicher ab, dem das Pflegepersonal in besonderer Weise ausgeliefert ist. Wer pflegt, tritt in Beziehung. Mit der Diagnose Hirntod ist für die Angehörigen angesagt, ihre Beziehung zum davon Betroffenen neu zu konfigurieren bzw. in sich selbst zurückzunehmen. Dabei hilft ihnen sicher ein entsprechendes Abschiedsritual (Aussegnung). Auch ist gewiß, daß sie Ihren Toten allenfalls aufgebahrt wiedersehen. Für das Pflegepersonal geht indes im Explantationsfall die Arbeit weiter wie bisher, steht nun aber – für sie anschaulich – im völligen Gegensatz zu den *natürlichen* „Pflege“-zielen. Für sie dient ihre Liebesmüh nur noch abstrakt dem Leben. Im Regelfall kennen sie den Organempfänger nicht. Dementsprechend kann es auch keine Beziehungsbrücke von dem von ihnen Gepflegten her zum Organempfänger geben. Was sie am erklärten Organspender tun, zielt unausweichlich auf den Tod ihres Pflinglings und ist damit paradox. Ungeschminkt gesagt geht es in Ihrem Dienst praktisch darum, einen Menschen zur „Ausschlachtung“ zu präparieren. Wenn solcher Dienst aus betrieblichen Zwängen noch dazu führt, daß „die Versorgung lebender Patienten darüber vernachlässigt“ werden muß (21, S.29), zeigt sich die breite Kehrseite der Transplantationsmedizin.

### *Gesichtspunkte der Abwehr*

Transplantationsmedizin ist das Ergebnis moderner medizinischer Wissenschaft. Wissenschaft pflegt sich über Abstraktion. Nur in höchst abstraktem Sinne kann behauptet werden, daß die Transplantationsmedizin viel für die Menschheit auszurichten vermag, kann sie doch – bei erheblichem Verbrauch „finanzieller Ressourcen“ (1, S.17) – nur verhältnismäßig wenigen Menschen zugute kommen. Das Feuer der Debatte um die Organtransplantation nährt sich auch von der Tatsache, daß im Phänomen der Transplantationsmedizin sichtbar wird, wie weit sich der Mensch von den natürlichen Lebensgegebenheiten entfernen kann. (Der heftige Rückgriff auf den Schöpfungsgedanken und die Gottesgegebenheit des Lebens wird als Reaktion darauf verständlicher.) Die Grenzen menschlicher Endlichkeit beginnen mit den Grenzen des „Machbaren“ zu verschwimmen. Menschen, die sich zum Erhalt ihres Lebens das Organ eines anderen einpflanzen lassen, merken freilich auch, daß der eigene Leib (als Dimension der Seele) nicht dazu geschaffen ist, selbstverständlich Beziehung zu nichteigenen Ersatzorganen aufzunehmen und zu leben. Abstoßungsreaktionen müssen unterdrückt

werden. „Die schweren seelischen Komplikationen nach einer Organtransplantation“, schreibt JÖRNS (14, S.127), „werden zumeist verschwiegen. Dabei gehörte die vom funktionalistischen Denken verdrängte psychische Dimension in die ethische Beurteilung dieses Therapieverfahrens und natürlich auch in die Aufklärung der auf eine Organtransplantation Wartenden mit ihnen. Es gibt gute Gründe, anzunehmen, daß nicht nur die Abstoßungsreaktionen des Immunsystems gegen implantierte Organe als deutliche Warnsignale zu verstehen sind, sondern auch die postoperativ auftretenden seelischen Probleme.“

### *Seelsorgerliche Gesichtspunkte im Zusammenhang von Organtransplantation*

Organtransplantation als Möglichkeit ärztlichen Handelns bzw. Eingriffs in menschliches Leben zeitigt Probleme, die auch seelsorgerlich bedacht sein wollen. Im folgenden soll dies in Grundzügen geschehen.

1. Organtransplantation eröffnet Möglichkeiten medizinischen Wirkens, die den Rahmen traditionellen ärztlichen Handelns sprengen. Bisher bezog sich ärztliches Wirken jeweils nur auf den Patient, dem dadurch geholfen wurde. Lebenshilfe für einen Patienten durch Implantation eines Organs setzt jedoch voraus, daß da andererseits ein Mensch ist, dem das Organ entnommen wird. Diese Organentnahme bringt in jedem Fall eine Schädigung des Organspenders; meist besiegelt sie dessen Tod. D.h. der Arzt hat im Fall der Organtransplantation zwei Behandlungspartner, einen zur Rechten und einen zur Linken. Dem zur Rechten begegnet er – wie bisher – als Helfer; dem zur Linken wird er zwangsläufig zum Schädiger. Es liegt nahe, daß nicht jeder Arzt bereit ist, Patienten zur Linken anzunehmen. (Ärztlicher Eid nach D.Ä. 76 (1979), 2442: „...Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein ... Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen...“)
2. Natürlich sorgt das Verfassungsprinzip des Lebensschutzes dafür, daß der durch Explantation verursachte Schaden nicht die Qualität von Tötung oder gar Mord bekommen kann, versichert man sich vor dem entsprechenden Eingriff doch der irreversiblen Todesnähe des Organspenders. Gleichwohl bleibt ein Explantationseingriff eine Verletzung zumindest der leiblichen Integrität des Spenders. Auch sind in den Eingriff nicht nur der Organspender und der Arzt involviert, sondern auch die Angehörigen des Spenders, die dem Arzt zugeordneten Hilfskräfte (Pflegepersonal) und schließlich die Gesellschaft bzw. das Gemeinwesen. Seelsorge, die nicht nur individuelle Menschenschicksale, sondern auch die allgemeinen Lebensbedingungen im Blick hat, wird an den veränderten Gegebenheiten nicht vorbeisehen.

3. Den neuen Möglichkeiten ärztlicher Lebenshilfe („zur Rechten“) geht ein erweitertes Verständnis von Leben und Lebensmöglichkeiten zur Seite. Die Grenzen des (Über)Lebens sind nun nicht mehr eindeutig mit den Grenzen der Lebensleistung des eigenen Leibes bzw. seiner Organe (im Kontext überkommener medizinischer Unterstützung) identisch. Es gibt Organersatz nicht mehr nur im Zusammenhang völliger Abhängigkeit von Apparaturen. Bis dato konnten Ärzte lediglich anorganische „Ersatzteile“ inkorporieren (Zahnersatz, Gelenkprothesen, Herzklappen usw.). Jetzt erscheinen lebenstragende Organe (Herz, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse usw.) für sich ersetzbar. Offenkundig begegnet damit zugleich ein qualitativer Sprung in der Beziehung des Menschen zu seinem Körper/Leib. Leben erscheint nunmehr abgesehen von den eigenen leiblichen Bedingungen möglich. Persönliche Existenz erscheint loslösbar z.B. vom leibeigenen Herzen. Der Mensch kann seinen leiblichen Organismus als ein System zusammenwirkender Einzelteile verstehen, die im Prinzip je für sich ersetzbar erscheinen. Ein technisches Verständnis des Leibes greift Platz und verstellt den Blick für seelische Lebenszusammenhänge.
4. Den Leib und seine Organe zu vergegenständlichen, kommt uralter dichotomischer Sicht entgegen. Gewährleistete das dichotomische Muster unter den Bedingungen idealistischer Sicht (lediglich) abstrakt-geistigen Fortbestand („unsterbliche“, leibunabhängige Geist-„Seele“), so zeichnet sich nun gar leibhaftiges Fortleben über das natürliche Lebensmaß hinaus am Horizont ab. Dies geschieht freilich um den Preis völliger Auslieferung an die Dynamik materialistisch-objektivistischer Sicht. Der Mensch sieht sich als „Herr“ des Leibes und seiner Funktionstüchtigkeit, wird in seinem Lebensverständnis damit zugleich aber absolut abhängig von der (rechtzeitigen) Beschaffung von „Ersatzteilen“ – d.h. konkret: abhängig von den Ersatzteillieferanten (Organspender/Organbanken), abhängig von den Werkstattbedingungen (Transplantationszentren, Warteliste, Leben in Empfangsbereitschaft), abhängig von den Fachleuten der Ersatzteilmontage (Transplantationsteam) sowie der unumgänglich nachfolgenden Wartung (Nachbehandlung, Immunsuppression), und schließlich auch abhängig von der Finanzierung des höchst aufwendigen Gesamtunternehmens. Eines ist es, den Leib als „Bruder Esel“ (vgl. die Bileam-Geschichte 4.Mose 22ff.) zu verstehen, ein anderes ihn zu versachlichen und sich damit Sachzwängen auszuliefern.
5. Sicher gibt es seit Erfindung der Heilkunst Abhängigkeit des Heilungsbedürftigen von den Heilkundigen und ihren Mitteln. Daß dem qualitativen Sprung medizinisch-technischer Möglichkeiten ein mindestens ebensolcher Sprung in Abhängigkeiten entspricht, ist seelsorgerlich nicht zu übersehen. Ärzte entwickelten die Transplantationsmedizin. Sie erscheinen damit auch in erster Linie als ihre „Herren“. Herren kontrollieren sich am einfachsten

über die Vergegenwärtigung der Goldenen Regel (Mt 7,12). „Hand-auf-Herz“; möchte ich als Seelsorger den Organimplantateur unter vier Augen fragen, „wie weit wären Sie selbst in Kenntnis aller Umstände und Implikationen gegebenenfalls persönlich willens und bereit, den Part des Implantationspatienten zu übernehmen?“

6. Über den Zusammenhang von Faszination durch die Möglichkeit, Leben durch Organtransplantation zu verbessern oder zu verlängern, und den allgemeinen Umgang des heutigen Menschen mit Krankheit, Sterben und Tod wurde schon viel nachgedacht. Wer tagtäglich mit schwerkranken Menschen umgeht, sieht vor allem das Moment neuer Hoffnung. Transplantationsmedizin liefert Ärzten und Patienten in etlichen Fällen konkrete Hoffnung, wo bisher infauste Diagnose und Abschied vom Leben angesagt war und wo allenfalls noch unbestimmtes „Hoffen auf ein Wunder“ Platz hatte. Hoffnung bedeutet Lebenskraft im Angesicht lebensbedrohenden Schicksals. Hoffnung fahren zu lassen, ist schwere seelische Arbeit. Je weniger der Mensch sein leibhaftiges Leben in dieser Welt hoffend zu transzendieren vermag („Jenseitshoffnung“), desto eher ist er auf diesseitige Hoffnungen fixiert und bereit, sich ihnen hinzugeben bzw. an sie zu klammern. Auch der begleitende Seelsorger kann/wird sich gegebenenfalls der konkreten Hoffnung auf Lebenshilfe durch Implantation eines Ersatzorgans nicht einfach entziehen.
7. „Hoffen und Harren hält machen zum Narren“, sagt ein Sprichwort und gemahnt daran, daß Hoffnung sich nicht immer glücklich zur Menschenwürde fügt. Die mannigfachen Abhängigkeiten, in die an Organimplantation geknüpfte Hoffnungen praktisch führen, wollen seelsorgerlich besonders beachtet werden. Dabei kommen die Lebenspolarität von Freiheit und Schicksal und die Dialektik von Widerstand und Ergebung in den Blick. (Wer sein Schicksal auf sich nimmt, gewinnt Freiheit ihm gegenüber. Widerstand ist Ausdruck des Lebens; Ergebung in Gottes Fügung läßt Leben über dem Leben gewinnen.) Angesichts der Möglichkeit lebensrettender Organtransplantation ist Seelsorge in höherem Maße herausgefordert, das Wesen und die Implikationen menschlichen Hoffens durchzuarbeiten. Erfahrungsgemäß bleibt selbst bei unumstößlichen Todesschicksals diesseitige Hoffnung phasenweise lebendig („man muß doch hoffen“). Warten auf ein rettendes Organ kann die Seele zwischen Hoffnung und Enttäuschung („wieder kein Organ für mich“) zermürben. Wer in der Transplantationsklinik oder im Hotel nebenan abrufbereit auf sein Ersatzorgan wartet, könnte fast einen Seelsorger für sich allein brauchen (Bedeutung begleitender Angehöriger!).
8. Wird im Zusammenhang von Organtransplantation von seelsorgerlicher Hilfe gesprochen, denken Kliniker in erster Linie an Seelsorge, die hilft, seelische Komplikationen beim Organempfänger und seinen Angehörigen aufzufangen. Selbständige Seelsorge wird sich in jedem Fall aber auch für die

Möglichkeit des Ausstiegs aus der Transplantationsszene offen halten. Desgleichen kann Begleitung von Angehörigen potentieller Organspender nicht selbstverständlich heißen, der Organspende zuzuarbeiten.

9. Explantation von Organen hat eine andere Qualität als die Obduktion einer Leiche. Versorgung eines zur Explantation vorgesehenen Hirntoten ist etwas anderes als die abschiedliche Versorgung eines Verstorbenen. Zum Problem der pflegerischen Versorgung eines Hirntoten wurde oben schon einiges gesagt. Wer einen Explantationskandidaten „pflegt“, bedarf besonderer Begleitung seines paradoxen Tuns. Gegebenenfalls wird hier der Seelsorger zum Anwalt von Verweigerung.
10. Ein besonderes Problem seelengerechter Hilfe für Angehörige potentieller Organspender stellen die klinischen Zeitwänge dar. Für gelingenden Abschied sind Abschiedsworte sowie Begleitung bis zum letzten Atemzug und noch darüber hinaus (Totenwache) angezeigt. Der „ideale“ Explantationskandidat kommt indes ohne Vorwarnung ins irreversible Koma, und auf seine Angehörigen warten ungewöhnlich schwierige Abschiedsbedingungen. Seelsorgerliche Begleitung der Angehörigen von Explantationskandidaten kann bedeuten, dem Procedere der Mediziner im Wege zu stehen oder ihnen gar in den Arm zu fallen, wenn sie sich – wie die Mutter eines jugendlichen Organspenders (Lit. Nr. 8) eindrücklich bezeugt – im Eifer ihres Geschäfts nicht einmal an ihren eigenen Verhaltenskodex halten.
11. Vergegenwärtige ich mir als Kenner der Krankenhausseelsorge-Situation die besonderen Anforderungen, die sich für einen Seelsorger im Umfeld von Organexplantation ergeben, möchte ich den Seelsorger nicht ohne eine Institution im Hintergrund (krankenhausesinterne „Ethikkommission“ o. ä.) arbeiten sehen, die er im Konfliktfall anrufen kann.
12. Auch für Menschen nach gelungener Organimplantation empfiehlt sich eine Selbsthilfegruppe und Begleitung. Sie bleiben von weiterer medizinischer Betreuung abhängig und ihr Leben bleibt besonders gefährdet. Öfter ist seelische Nachsorge therapeutischer Qualität erforderlich.
13. Unabhängige Betrachtung bestätigt auch in seelsorgerlicher Hinsicht: Organtransplantation sprengt die vertrauten Maße der Menschen- oder Lebenssorge. Wer daneben sieht, wo alles Menschen unterversorgt sind, fragt zwangsläufig auch nach gerechtem Ausgleich.

## *Hinzugezogene Literatur*

### QUELLEN

(Abkürzung: Q I/II/III/IV)

- I DIAKONIE 6. Jg. H. 6, Stuttgart 1980, Thema: Ethik in der Medizin.
- II WEGE ZUM MENSCHEN 48. Jg. H. 4, Vandenhoeck Göttingen 1996, Wissenschaftlicher Fortschritt – normative Orientierung Beispiel: Organtransplantation.
- III LKA EKvW (Hrsg.): Materialien Reihe B Heft 10, Bechauf Bielefeld 1995, Transplantation: Spenden und Empfangen. Thesen, Texte und Anregungen für das Gespräch über Organtransplantation.
- IV LKA EKvW (Hrsg.): Materialien Reihe B Heft 11, Bechauf Bielefeld 1996, Ethische Herausforderungen der modernen Medizin und die Verantwortung der Christen. Eine Ausarbeitung der von der Kirchenleitung der EKvW eingesetzten Arbeitsgruppe „Ethik in der Medizin“.

### TITEL

(Zitatbelege im Text nach den entsprechenden Nummern):

1. ARBEITSGRUPPE ETHIK IN DER MEDIZIN – siehe Q IV.
2. ARBEITSKREIS ARZT UND SEELSORGER, Transplantation: Spenden und Empfangen. Keine Organspenden ohne Zustimmung! in: Q III, S.14-17.
3. ARBEITSKREIS NATURWISSENSCHAFT UND THEOLOGIE, Stellungnahme...zum Problem Organtransplantation und Gehirntod in: Q III, S.18-19.
4. BAHR, Friedemann: Die Organtransplantation – zwischen Ansprüchen und Widerspruch: aus medizinischer und klinischer Sicht, in: Q III, S.60-64.
5. BOCKENHEIMER-LUSIUS, Gisela, Organtransplantation – medizinische Informationen, in: Q II, S.203-210.
6. GEISLER, Linus S., Organtransplantation aus medizinischer Sicht. Ethische, gesundheitspolitische Fragestellungen und gesellschaftlicher Rahmen, in: Q II, S.221-224.
7. GERBER, Uwe, Organtransplantation: Argumente – Gegenargumente – Trends, in: Q II, S.188-203.
8. GREINERT, Renate, Organe geben – Organe nehmen. Beratung und Begleitung von Menschen, die in Organtransplantationen einbezogen sind, in: Q III, S.22-27.
9. GREWEL, Hans, Organtransplantation – Gesichtspunkte für eine christlich-ethische Entscheidungsfindung, in: Q III, S. 104-112.
10. GREWEL, Hans Organtransplantationen, in: Q IV, S.54-73.
11. HOFF, Johannes, Das „Hirntodkriterium“ und die Achtung vor der Unverletzlichkeit des Anderen, in: Q III, S.86-95.
12. HOFFMANN, Gerhardt, Über das Leben nach der Herztransplantation, in: Q II, S.247-253.
13. HÖFLING, Wolfram, Vom Ende menschlichen Lebens. Anmerkungen zum sog. Hirntod aus verfassungsrechtlicher Sicht, in: Q III, S.82-84.

14. JÖRNS/KERNSTOCK-JÖRNS, Klaus-Peter/Wiltrud, Thesen vom 30.6.1993 zur Ethik der Organtransplantation und zu einem Transplantationsgesetz, in: Q III, S.124-129.
15. LANDESSYNODE EKvW 1992, Ethik in der Medizin, in: Q III, S.119-120.
16. LANDESSYNODE EKvW 1994, Ethik in der Medizin, in: Q III, S.122f.
17. MOGGE-GROTJAHN, Hildegard, Die Befreiung der Moral aus den Experten-Ghettos. Zum gesellschaftlichen Kontext der Auseinandersetzungen um Organtransplantation, in: Q II, S.225-236.
18. NAGE/PICHLMAYR, Eckhard/Rudolf, „Transplantation – spenden und empfangen“ Medizinische Aspekte der Organtransplantation, in: Q III, S.44-51.
19. PLIETH, Martina, Literatur zum Thema ‘Organtransplantation’. Eine kommentierte Auswahl in: Q III, S.114-118.
20. PLIETH, Martina, Glücklich ist, wer vergißt, was noch nicht zu machen ist. Oder: von der Versachlichung des Menschen. Gedanken zum Thema Organtransplantation, in: Q III, S.96-103.
21. PUTZ, Brigitte, Organentnahmen – Organtransplantation, in: Q III, S.28-36.
22. SCHMITTEN, Jürgen in der, Kritik der Für-tot-Erklärung „Hirntoter“ Menschen, in: Q III, S.65-75.
23. SPITTLER, Johann Friedrich, Zum Tag der Organspende am 4.6.1994: Statement eines Neurologen, in: Q III, S.57-59.
24. SPÖHR, Manfred, Organtransplantation und Recht, in: Q I, S.346-355.
25. STRASSER, K., Die Feststellung des Todes, in: Q III, S.52-56.
26. Synode der EKD 1993, Grenzen der Medizin an den Grenzen des Lebens, in: Q III, S.121.
27. WEGENER, Hildburg, Eine mögliche Entscheidung oder die größere Liebe? Stellungnahmen der EKD zur Organtransplantation von 1989 bis 1995, in: Q II, S.254-263.
28. WEGENER, Hildburg, (Literaturberichte zum Thema Organtransplantation – 4 Titel), in: Q II, S.264-269.
29. WISS. BEIRAT DER BUNDESÄRZTEKAMMER 1993, Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion (Hirntod) als sicheres Todeszeichen, in: Q III, S.130-134.
30. WOLFLAST, Gabriele, Organtransplantation – gegenwärtige Rechtslage und Gesetzesentwürfe, in: Q III, S.76-81.
31. WUTTKE, Gisela, Transplantationsmedizin zwischen Ansprüchen und Begrenzung. Aus gesellschaftlicher und politischer Sicht, in: Q III, S.40-43.
32. WUTTKE, Gisela, Der ökonomische Aspekt der Organtransplantation: in: Q II, S.236-246.

