

Der Leib als Gabe – die Gabe des Leibes

Theologisch-ethische Überlegungen zur Transplantationsmedizin¹

«Der Leib ist [...] für den Herrn, und der Herr für den Leib.»

1Kor 6,13b

«Dort wo es die Gabe gibt, gibt es die Zeit.»

Jaques Derrida²

1. Alles geben?

«Du bekommst alles von mir. Ich auch von dir?» – Das ist nicht das enthusiastische Bekenntnis eines Liebhabers verbunden mit der unterschwellig besorgten Rückfrage an die Geliebte. Vielmehr stammt das Zitat aus einer Kampagne, mit der Prominente für die Organspende werben.³ Es geht um sehr viel – folgt man dem Werbeslogan: um nicht weniger als «alles». Und weil Prominente dem Publikum «alles» in Aussicht stellen, muss man schon ein hartgesottener Antimoralist oder Zyniker sein, um dem suggestiven Druck zu widerstehen, selbst auch «alles» für die Prominenz geben zu wollen. Ein moralisches Unwohlsein im Angesicht des prominenten spendenwilligen Gegenübers ist dabei durchaus einkalkuliert, denn der Organmangel ist gross und die Spendenbereitschaft nach den letzten Organvergabe-skandalen stark eingebrochen.⁴ Die Soziologin Mona Motakef beobachtet: «Durch die Aufklärung über die Organspende soll eine Ausweitung von Transplantationen erreicht werden. Als Aufklärung deklariert wird hierbei die moralische Erhöhung einer Organspende. Über die Organspende aufzuklären heisst demnach sie mit einer guten und an Gemeinschaft orientierten Tat gleichzusetzen.»⁵ Die Kampagnen folgen der simplen Logik: «Wer sich mit der Organspende *richtig* auseinandersetzt und sich darüber aufklären lässt, der wird sie befürworten».⁶ Kritisch bemerkt der Medizinethiker Giovanni Maio: «So verbirgt sich hinter der gesamten Debatte nichts anderes als ein unausgesprochener, aber immer mitschwingender moralischer Appell, im Sinne dessen, dass Menschen in Rechtfertigungsnot gebracht werden, wenn sie gegen die Spende sind. Gegen die Spende sein, käme einer moralischen Kapitulation gleich. Wie wenn man nicht bereit wäre, für die Dritte Welt zu spenden. So wird am

¹ Vortrag anlässlich der Gemeindeabende 2014 der Kirchgemeinde Melchnau «An der Grenze des Lebens», Melchnau 19. November 2014.

² Jacques Derrida, Falschgeld. Zeit geben I, München 1993, 59.

³ <http://www.flairberlin.de/events/pro/organspende.php> (18.11.2014).

⁴ So bemerkt Swisstransplant, Q3 2014 Kennzahlen zur Organspende und Organtransplantation in der Schweiz per 30. September 2014 (2), zur aktuellen Entwicklung: «Das dritte Quartal 2014 zählte lediglich 24 postmortale Organspender. Im September wurde gar nur ein einziger Organspender erfasst – ein trauriger Negativrekord. Gesamthaft waren es in diesem Jahr somit 92 Organspender, wovon 12 nach Herz-Kreislaufstillstand (DCD-Spender). [...] Die SwissPOD Halbjahreszahlen (am Ende der Präsentation angefügt) zeigen, dass die Spendeeffizienz zwar tendenziell besser wird. Die Ablehnungsrate hingegen stieg auf knapp 60 Prozent.»

⁵ Mona Motakef, Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende, Bielefeld 2011, 12f.

⁶ Motakef, Körper, a.a.O., 13.

Ende zwar von Freiwilligkeit gesprochen, aber im Grunde wird ganz subtil eine latente moralische Verpflichtung zur Freiwilligkeit eingeführt.»⁷

Debatten, die im Blick auf die eigenen Interessen zwischen moralischen und unmoralischen Haltungen oder gar Menschen unterscheiden, sind stets hochproblematisch, aber machen immerhin deutlich: Es geht darin nicht nur um sehr viel, sondern auch um äusserst schwierige Entscheidungen. Deshalb werden sie derart moralisch aufgeladen. Im Folgenden möchte ich dieser hoch sensiblen und konfliktreichen Suche nach ethischen Antworten auf die Organspende ein Stück weit nachgehen. Dabei setze ich voraus: Befürworterinnen und Gegner der Organspende haben sachlich bedenkenswerte und moralisch gute Gründe für ihre gegenteiligen Überzeugungen. Das gilt in gleicher Weise für diejenigen, die einer Organtransplantation zustimmen und die eine solche Option für sich ablehnen. Der Organspenderausweis und die Haltung zur Organspende taugen grundsätzlich nicht für einen Moralitäts-Check.

2 Aktuelle Herausforderungen der Transplantationsmedizin

Worin bestehen die ethischen Herausforderungen der Transplantationsmedizin? Bevor ich mich dieser Frage zuwende, einige knappe begriffliche und sachliche Vorklärungen und Eingrenzungen. Zunächst ein medizinischer Blick auf die möglichen Körperspenden:⁸

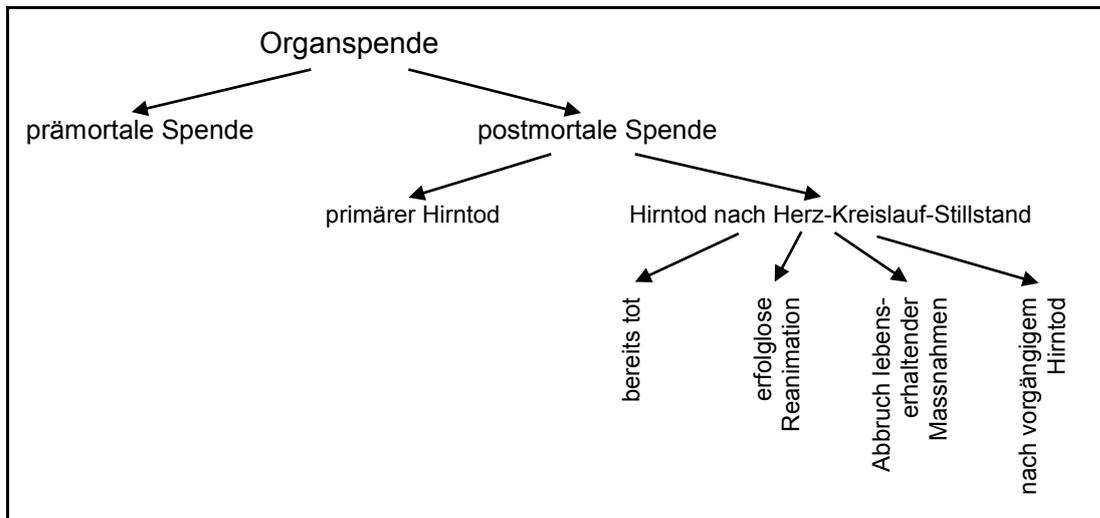
		Explantation von ...	
		vitalem organischem Material z.B. nicht-paarige Organe Herz, Leber, Pankreas	nicht-vitalem organischen Material z.B. paarige Organe Niere, Lunge; Blut, Knochenmark, Augenhornhaut
Spender/in	leben- dig	prämortale Transplantation (Lebendspende)	
	verboten: verursacht den Tod des/r Spenders/in	erlaubt	
tot	postmortale Transplantation (Todspende)		
	erlaubt	erlaubt	

Welche Organe, Gewebe, Zellen gespendet werden dürfen, hängt davon ab, ob die spendenwillige Person lebt oder – zumindest im medizinischen Sinne – als tot gilt. Hinter den Unterscheidungen steckt die einfache Faustregel: Erlaubt sind alle Körperspenden, die nicht den Tod der Spenderin *verursachen*. Die explantierte Person muss entweder schon tot sein oder anschliessend ohne gesundheitlich gravierende Einschränkungen weiterleben können.

⁷ Giovanni Maio, Von der Gabe zur Bürgerpflicht? Zur gesetzlichen Regelung der Organspende, in: Herder Korrespondenz 66/2012, 303–307 (304).

⁸ Die folgende Grafik orientiert sich an Christian Erk, Das Eigentliche des Todes. Ein Beitrag zur Be-Lebung der Debatte über Hirntod und Transplantation, in: Ethik Med 26/2014, 121–135 (123).

Entsprechend verboten ist die Entnahme von Organen und Körpermaterial, deren Explantation zum Tod des Spenders führen würde.⁹



In der ethischen Transplantationsdiskussion stehen vor allem die medizinisch für tot erklärten Spenderinnen und Spender im Zentrum. Dabei können grob zwei Todesarten unterschieden werden: der Hirntod durch eine primäre Hirnschädigung und der Tod durch einen anhaltenden Herz-Kreislauf-Stillstand (Non-Heart-Beating, auch «sekundärer Hirntod» genannt).¹⁰ Die letzte Gruppe wird wiederum noch einmal – nach der sogenannten «Maastricht Klassifikation»¹¹ – in vier Kategorien unterteilt: Kategorie 1: «Tod bereits eingetreten bei Ankunft im Spital»; Kategorie 2: «Tod nach erfolgloser Reanimation»; Kategorie 3: «Tod nach Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen» und Kategorie 4: «Kreislaufstillstand bei vorgängigem Hirntod».¹² Bei der dritten Kategorie, dem absichtlichen Abbruch lebenserhaltender Massnahmen wird von einem «kontrolliertem» Herzkreislaufstillstand gesprochen, bei den anderen drei Kategorien von einem «unkontrollierten» Herzkreislaufstillstand.

⁹ Die folgende Grafik ist entnommen SEK, Organspende. Ein Akt der Barmherzigkeit und keine Pflicht. Antwort des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes zur Änderung des Bundesgesetzes über die Transplantation von Organen, Geweben Zellen (Transplantationsgesetz), Bern 2011, 4..

¹⁰ Davon kategorisch zu unterscheiden ist die jüngste Diskussion um den Herzstillstand als *alternatives* Todeskriterium, vgl. die spektakulären Fälle der Herzexplantationen an drei Neugeborenen mit schwersten Hirnschädigungen in den USA: Mark M. Boucek et al., Pediatric Heart Transplantation after Declaration of Cardiocirculatory Death, in: N Engl J Med 2008; 359, 709–714 sowie den Kommentar von Robert M. Veatch, Donating Hearts after Cardiac Death – Reversing the Irreversible, in: N Engl J Med 2008; 359, 672–673. Kann ein Herz, das den Tod eines Menschen verursacht hat, weil es in seinem Körper unwiderruflich zum Stillstand gekommen ist, in dem Körper eines anderen Menschen wieder schlagen? Es sind nur zwei Fälle bekannt, in denen ein Herz nach Herzstillstand einem anderen Menschen implantiert wurde, der eine ist die weltweit erste Herztransplantation von Christiaan Barnard am 3. Dezember 2007 in Kapstadt.

¹¹ Zur Entstehung vgl. Gauke Kootstra, History of non-heart-beating donation, in: David Talbot/Anthony D'Alessandro (Hg.), Organ Donation and Transplantation after Cardiac Death, Oxford 2009, 1–6.

¹² Zit n. SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation. Revisionsentwurf, Basel o.J., 12.

Im Kern kreist die Transplantationsdiskussion um zwei grosse und teilweise heftig umstrittene Themen: einerseits die permanente Organknappheit,¹³ andererseits die medizinische Kriterien zur Feststellung des Todes. Beide Probleme bestehen natürlich nicht unabhängig voneinander, wie die Diskussion um die sogenannte Non-Heart-Beating-Spende in der Schweiz zeigt. Obwohl der Organmangel in den Medien auf die Frage nach der individuellen Spendenbereitschaft reduziert wird, sind die Ursachen weitaus komplexer. Denn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Organe lässt sich sowohl medizinisch als auch politisch-rechtlich steuern.¹⁴ Die Medizin entwickelt Kriterien, die eine Person genügen muss, um als Organspenderin in Frage zu kommen. Engere oder weitere Kriterien beeinflussen die Anzahl potentieller Spenderinnen und Spender. Die Politik fragt nach den rechtlichen Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit einer Person ihre Organe entnommen werden dürfen. Auch sie kann den Spenderkreis durch die Art und Weise der rechtlichen Regelung der Transplantationsmedizin beeinflussen. Zunächst einige Bemerkungen zum politischen und medizinischen Umgang mit Organknappheit.

2.1 Organknappheit

Im Blick auf eine Überwindung der notorischen Organknappheit werden vor allem drei Strategien diskutiert: a) die medizinische Ausweitung der postmortalen Organspenden auf Menschen mit sekundärer Hirntod Diagnose, b) die medizinisch-rechtliche Ausdehnung des Spenderkreises auf Personen, deren Einwilligung nur stellvertretend vorliegt und c) die politische Ersetzung der (erweiterten) Zustimmung- durch die Widerspruchslösung.

Zu den häufigen Irrtümern in den Diskussionen über die Transplantationsmedizin gehört die Verwechslung von medizinischen und politischen Entscheidungen.¹⁵ So ist es zwar eine medizinischer Vorgang, einer Person ein Organ zu entnehmen und einer anderen Person einzupflanzen. Aber wer als Kandidatin für die eine oder andere Person in Frage kommt, bestimmt längst nicht nur die Medizin. Ein Blick in die Geschichte der Transplantationsmedizin in der Schweiz und ihrer rechtlichen Regelungen zeigt, dass zwar nicht alle genannten Szenarien heute angewendet werden, dass aber alle drei Strategien in der Vergangenheit verfolgt wurden. Die Transplantationszentren in Genf und Zürich haben vor Einführung des bundeseinheitlichen Transplantationsgesetzes (TxP) in einzelnen Fällen auch Organe von Menschen nach sekundärem Hirntod verpflanzt und tun es heute wieder.¹⁶ Die Möglichkeit einer stellvertretenden Zustimmung zur Organspende ist sowohl im TxP als auch in den heute geltenden SAMW-Richtlinien vorgesehen. Die Widerspruchslösung wurde vor der Einfüh-

¹³ Gemäss Jahresbericht Swisstransplant 2013 ist die Zahl der Menschen auf Wartelisten für eine Organtransplantation kontinuierlich angestiegen: zwischen 2005 und 2013 hat sich die Anzahl von 683 auf 1'274 Personen beinahe verdoppelt. 2013 wurden die Organe von 110 verstorbenen Spendern sowie 12 Donors after Cardiac Death und 114 Lebendspendern, davon 109 Nierenspendern, transplantiert.

¹⁴ Einen knappen problemorientierten Überblick bietet hier die Studie Nationaler Ethikrat, Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland. Stellungnahme, Berlin 2007, 27ff.

¹⁵ Vgl. die schon klassische Untersuchung von Volker H. Schmidt, Politik der Organverteilung. Eine Untersuchung über Empfängerenauswahl in der Transplantationsmedizin, Baden-Baden 1996.

¹⁶ Laut Swisstransplant Jahresbericht waren es 12 Spender im Jahr 2013.

rung des bundeseinheitlichen TxP in 10 Kantonen praktiziert.¹⁷ *Alle drei Verfahren wurden also bereits in der Schweiz angewandt, ohne dass sie Anlass für öffentliche Kontroversen boten.*

So ist es eine *politisch-rechtliche* Entscheidung, dass in der Schweiz nur Menschen als Organspender in Frage kommen, die entweder selbst einer Spende ausdrücklich zustimmen oder deren Angehörige dies stellvertretend tun, sofern die Haltung der fraglichen Person unbekannt ist. Diese sogenannte *erweiterte Zustimmungslösung* wird auch im Ausland, etwa in Deutschland, Grossbritannien und Dänemark praktiziert.

Viele Staaten gehen aber wegen der Organknappheit einen umgekehrten Weg: Sie betrachten grundsätzlich jeden Menschen als Organspender, es sei denn, jemand lehnt die Spende seiner Organe ausdrücklich ab. Diese sogenannte *Widerspruchslösung* – für die sich etwa der Ständerat Felix Gutzwiller einsetzt und die vor Einführung des TxP den meisten kantonalen Regelungen zugrunde lag – kommt in Belgien, Finnland, Italien, Luxemburg, Österreich, Portugal, Slowenien, Spanien, Tschechien und Ungarn zur Anwendung. Tatsächlich werden in Ländern mit Widerspruchsregelung mehr Organe gespendet¹⁸ Aber kann man ethisch eine allgemeine Pflicht zur Organspende begründen, von der nur abweichen kann, wer das explizit geltend macht?¹⁹

Ebenfalls *politisch-rechtlich* ist die Entscheidung, auch die Organe eines Menschen, der sich nicht explizit geäußert hat, zu explantieren, wenn die Angehörigen stattdessen einem solchen Eingriff zugestimmt haben (deshalb *erweiterte* Zustimmung). Hier stellen sich alle Anfragen und Probleme, die auch bei anderen Formen stellvertretenden Handelns aufbrechen: Ist die Entscheidung tatsächlich im Sinne der Person, über die entschieden wird? Kann überprüft werden, ob die Einschätzung wirklich zutrifft? Und wie kann eine aussenstehende Person feststellen, ob die Angehörigen tatsächlich – unter Absehung eigener Interessen – im Sinne des Sterbenden oder Verstorbenen entschieden haben?²⁰

2.2 Non-Heart-Beating-Donor

Die *medizinische Antwort* auf die Organknappheit lautet, neben Verstorbenen mit der Diagnose «primärer Hirntod» auch auf Verstorbene nach sekundärem Hirntod als Organspender

¹⁷ Vgl. NZZ v. 13.09.2001: Widerspruchslösung: Appenzell AI und AR, Freiburg, Graubünden, Luzern, Nidwalden, St. Gallen, Thurgau, Waadt, Wallis, Zürich; Informationslösung: Aargau, Bern, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Genf, Neuenburg und erweiterte Zustimmungslösung: Jura, Obwalden, Solothurn, Tessin, Uri.

¹⁸ Vgl. im Jahr 2009: Schweiz: 13,2 pro Mio. Einw.; Deutschland: 14,6; Österreich: 25,4 und Spanien: 34,4.

¹⁹ Vgl. dazu kritisch Johannes Fischer, Erklären, widersprechen oder schweigen? Wie die Organspende geregelt werden muss, damit die Menschenwürde gewahrt bleibt, in: *zeitzeichen* 11/2011, 8–11; Kai Haucke, Organspende und Entscheidungspflicht. Eine skeptische Kritik, in: *EthikMed online*, 26. Mai 2014 (DOI 10.1007/s00481-014-0306-8); vgl. auch Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK), Zur Widerspruchslösung im Bereich der Organspende. Ethische Erwägungen. Stellungnahme Nr. 19/2012, Bern 2012.

²⁰ Zum Problem stellvertretender Entscheidungen vgl. einführend Ulrich Eibach, Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie, in: *ZME* 43/1997, 215–231; Theda Rehbock, Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik medizin(ethischer) Grundbegriffe, in: *EthikMed* 14/2002, 131–150; Timm Schramme, Bioethik, Frankfurt/M. 2002, 21–48; Claudia Wiesemann/Alfred Simon (Hg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*, Münster 2013.

zurückzugreifen. Damit steht die Transplantationsmedizin allerdings vor einer hohen biochemischen Hürde: Mit dem endgültigen Zusammenbruch des Herz-Kreislauf-Systems setzt unmittelbar der Prozess des kompletten Absterbens von Zellen und Gewebe ein, von dem auch die potentiellen Transplantate betroffen sind. Um die Zerstörung des wertvollen Körpermaterials und zu verhindern, sollten aus medizinischer Sicht bereits vor dem Tod der Spenderin oder des Spenders «vorbereitende medizinische Massnahmen»²¹ zur Konservierung der Organe ergriffen werden, um ihre Funktionsfähigkeit zu erhalten.²² Daraus resultieren zwei wesentliche ethische Probleme:

Das erste ethische Dilemma besteht zwischen a) der Forderung nach einem würdevollen Sterbeprozess bis zum Tod und einem pietätvollen Umgang mit dem Toten und b) der Pflicht zu einer sachgerechten und sorgfältigen Versorgung der knappen, lebensrettenden Spenderorgane. Das Problem kann auch als Konflikt zwischen den berechtigten Interessen des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen einerseits und den allzu verständlichen Interessen der schwerstkranken, auf das Transplantat wartenden Person andererseits beschrieben werden.

Das zweite ethische Problem besteht darin, dass zwischen a) den Gründen für den Abbruch einer Therapie oder lebenserhaltender Massnahmen und b) dem Anliegen der Organgewinnung nicht immer deutlich unterschieden werden kann. Lässt man die Patientin sterben, weil die Fortsetzung medizinischer Interventionen für sie zweck- und sinnlos geworden ist? Oder lässt man die Patientin sterben, weil eine andere Patientin mit Urgent-Status auf ein Organ wartet? Ist die erste Patientin *Zweck* des medizinischen Handelns oder nur *Mittel* zum Zweck der medizinischen Rettung der anderen Patientin?

Es geht um die Frage nach einem würdigen Umgang mit sterbenden Organspenderinnen und -spendern vor dem Hintergrund der lebensbedrohlichen Situation Dritter. Dagegen könnte eingewendet werden: Was hat die Lebensgefahr des einen Patienten mit dem würdevollen Sterben eines anderen zu tun? Schliesslich sterben in Spitälern ständig Menschen und das auch gleichzeitig. Offensichtlich rückt der Spenderausweis seine sterbende Besitzerin in ein besonderes Verhältnis zum Schicksal der in Lebensgefahr befindlichen Patientin. Unterstellen wir, dass sich beide nicht kennen, sich niemals begegnet sind und deshalb keine etwas mit der lebensbedrohlichen oder aussichtslosen Lage der jeweils anderen zu tun hat. Trotzdem scheint eine Beziehung zwischen beiden zu bestehen, eine Verbindung von geradezu existenziellem Ausmass. Intuitiv drängt sich die Überlegung auf, dass das Weiterleben der sterbenden Patientin der lebensbedrohlich erkrankten Patientin das Leben kosten könnte. Dagegen würde der Tod der sterbenden Patientin ihrer Mitpatientin höchstwahrscheinlich das Leben retten. Natürlich könnte die sterbende Patientin die lebensbedrohlich erkrankte überleben, aber nur um kurze Zeit später selbst zu sterben. Anstelle zweier Toter würde der

²¹ Vgl. Olivier Guillod/Mélanie Mader, Vorbereitende medizinische Massnahmen im Hinblick auf eine Organentnahme. Rechtsgutachten zu verschiedenen Fragen im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, März 2010.

²² Zu den jüngsten Entwicklungen auf dem Gebiet vgl. C. Moers/H.G.D. Leuvenink/R.J. Ploeg, Donation after cardiac death: evaluation of revisiting an important donor source, in: *Nephrol Dial Transplant* 25/2010, 666–673.

Tod der sterbenden Patientin den Weg freimachen, um die Lebensgefahr der anderen Patientin abzuwenden. In diesem Fall gäbe es nur eine Tote und ein gerettetes Leben.

Die Überlegungen sind verführerisch und naheliegend. Im Alltag nehmen wir ständig solche Güterabwägungen vor. Aber dürfen wir in dieser Weise ein Leben gegen das andere aufrechnen? Darf die sterbende Patientin für den medizinischen Zweck, die lebensbedrohlich erkrankte Person zu therapieren, medizinisch und/oder moralisch in die Pflicht genommen werden? Ist es überhaupt erlaubt, jemanden sterben zu lassen, um das Leben einer anderen Person zu retten?

2.3 Tote Spender für lebende Organe

Ungeachtet der wenigen Non-Heart-Beating-Spenden steht und fällt die Herz-, Lungen- oder Pankreas-Transplantation mit dem Hirntod-Kriterium. Nach dem 1968 von der Harvard Medical School entwickelten Konzept wird unter dem Hirntod das irreversible Ende aller Hirnfunktionen verstanden.²³ Aus *klinischer* Sicht gibt es nur einen Tod: den Tod als Folge eines totalen Ausfalls aller Hirnfunktionen.²⁴ Entsprechend formuliert das schweizerische Transplantationsgesetz in Art. 9 Abs. 1: «Der Mensch ist tot, wenn die Funktionen seines Hirns einschliesslich des Hirnstamms irreversibel ausgefallen sind.» Die Definition war zwar seit ihrer Einführung umstritten, aber ihre einfache Formulierung und Überprüfbarkeit und damit ihre hohe Praktikabilität haben – bisher – alle Zweifel weit überwogen. Zudem entspricht das Kriterium unseren gegenwärtigen, neurophysiologisch geprägten Überzeugungen von der konstitutiven und integralen Funktion des Gehirns und des hierarchischen Vorrangs der Bedeutung des Gehirns gegenüber allen anderen Organen für das Leben.

Bereits seit längerem wird in der medizinischen Fachliteratur über physiologische Reaktionen von Hirntoten bei der Organentnahme berichtet.²⁵ Zahlreiche Studien belegen basale körperliche Regungen, wie Verdauung, Wachstum, geschlechtliche Reifung bei Kindern oder Aufrechterhalten der Körpertemperatur und tiefe Schmerzreflexe bei Hirntoten.²⁶ Bekanntlich können hirntote Schwangere auch gesunde Kinder gebären. Zusätzlich haben neue neurologische Erkenntnisse zum Locked-in- und Super-Locked-in-Syndrom die Plausibilität und Eindeutigkeit der klinischen Hirntod-Charakteristika in Frage gestellt. Deshalb forderte der US-amerikanische President's Council on Bioethics bereits im Dezember 2008 in seinem White Paper zum Todeszeitpunkt eine neue Diskussion über das Hirntod-Konzept.²⁷ Der Council

²³ Vgl. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, in: JAMA 205/1968, No. 6, 337–340.

²⁴ Vgl. kurz und knapp Rudolf Ritz, «Hirntod» oder «Herztod»? in: Schweiz Med Forum 2004;4, 69.

²⁵ Bereits Hans-Joachim Gamm et al., Hemodynamic responses to noxious stimuli in brain-dead organ donors, in: Intensive Care Medicine, 18/1992, 8, 493ff., haben den signifikanten Anstieg von Blutdruck, Herzfrequenz sowie der Konzentrationen von Noradrenalin, Dopamin und Adrenalin bei der Organentnahme bei zwei von 30 als hirntot diagnostizierten Organspenderinnen und -spendern festgestellt.

²⁶ Vgl. Stephan Sahm, Hora Incerta. Zur neuen Rechtfertigung des Hirntods als Zeichen des Todes durch das President' Council on Bioethics, in: ZME 58/2012, 173–182 (177f.) und Deutscher Ethikrat (DER), Hirntod und Organentnahme. Gibt es neue Erkenntnisse zum Ende des menschlichen Lebens. Forum Bioethik, 21. März 2012, Berlin 2012; vgl. auch O. Hoffmann/F. Masuhr, Zugang zur Hirntoddiagnostik, in: Nervenarzt 2014, 1–9 (DOI 10.1007/s00115-014-4171-y).

²⁷ President's Council on Bioethics, Controversies in the determination of death. A. White Paper, Washington, D.C. 2008.

selbst spricht sich gegen die Gleichsetzung von Hirntod und Tod aus, weil das integrierte Funktionieren des Körpers nicht kausal mit bestimmten Hirnfunktionen verbunden sei. «Das Gehirn sei *nicht* der Integrator der verschiedenen Körperfunktionen; vielmehr sei die Integration eine emergente Eigenschaft des ganzen Organismus.»²⁸ Anders formuliert: «Die für ein Todeskriterium behauptete schnelle, umfassende körperliche Desintegration findet» – entgegen der dem Hirntodkonzept zugrunde liegenden Hypothese – «nicht statt».²⁹

Unbequeme Fragen drängen sich auf: Sind Hirntote tot oder lebendig, am Leben erhaltene Tote oder für tot erklärte Lebende? Sind sie leibliche Personen oder nur menschliche Körper, die uns zweifellos Lebenden in verblüffender Weise ähnlich sind? Eines steht fest: Die Hirntoten sind nicht so tot, wie lange Zeit von der Medizin mehrheitlich angenommen oder aus pragmatischen Gründen unterstellt wurde. Freilich haben Swisstransplant und die Transplantationszentren wenig oder gar kein Interesse, diese Befunde öffentlich zu diskutieren.

Anders reagierte der US-amerikanische President's Council. Er schlug aufgrund der Befunde eine wegweisende Neubegründung der Hirntodkriteriums vor. Die Kernaussage lautet: Der Organismus als Ganzes kann nur existieren, wenn er in der Lage sei, seine «fundamental work» zu leisten.³⁰ Als solche basalen Lebensäusserungen werden genannt: 1. die Offenheit gegenüber der Welt, d.h. das Vermögen, Signale aus der Umwelt wahrzunehmen; 2. die Fähigkeit, auf die Umwelt einzuwirken und ihr selektiv das für den Organismus notwendige zu entnehmen und 3. das basale Gefühl des Bedarfs, das den Organismus zur Befriedigung seiner Bedürfnisse nötigt. Eine besondere Bedeutung misst die Kommission der Atmung zu. «Das Bedürfnis zu atmen, der *Lufthunger*, und die Fähigkeit ihrer Steuerung, die an das Atemzentrum im Gehirn gebunden ist, werden als ein wesentliches Merkmal des Lebens gedeutet. [...] Wenn keine Zeichen eines Bewusstseins vorhanden sind, wenn eine spontane Atmung nicht mehr möglich ist und wenn nach klinischem Urteil der Zustand irreversibel ist, dann sei ein lebender Organismus nicht mehr vorhanden, mithin die Person tot.»³¹

Unabhängig davon, wie die neuen medizinischen Erkenntnisse und die funktionale Begründung des Hirntodkonzepts beurteilt werden, kommt man um drei Einsichten nicht herum: 1. Die Unterscheidung zwischen Leben und Tod ist nicht so einfach, wie medizinische Kriterien suggerieren. 2. Das Hirntod-Kriterium – auch in der modifizierten Form – ist eine medizinische Norm und keine Definition des Todes. Die existenzielle Frage nach Leben und Tod gehört nicht in die Medizin, sondern als metaphysisch-ontologisches Problem in den Bereich von Philosophie und Theologie. 3. Auch wenn juristisch ausser Frage steht, dass eine Person tot sein muss, bevor ihr überlebensnotwendige Organe entnommen werden, konfrontiert

²⁸ Sabine Müller, Wie tot sind Hirn-Tote? Alte Frage – neue Antworten, in: APuZ 20–21/2011, 3–9 (7).

²⁹ Peter Dabrock, Tot oder lebendig, in: zeitzeichen 12/2011, 14f. (14); vgl. Ruth Denkhäus/ders., Grauzonen zwischen Leben und Tod. Ein Plädoyer für mehr Ehrlichkeit in der Debatte um das Hirntod-Kriterium, in: ZME 58/2012, 135–148.

³⁰ Vgl. President's Council, Controversies, a.a.O., 90f.: «Such a patient has lost – and lost irreversibly – a fundamental openness to the surrounding environment as well as the capacity and drive to act on this environment on his or her own behalf. As described in Chapter Four, a living organism engages in self-sustaining, need-driven activities critical to and constitutive of its commerce with the surrounding world. These activities are authentic signs of active and ongoing life. When these signs are absent, and these activities have ceased, then a judgment that the organism as a whole has died can be made with confidence.»

³¹ Sahn, Hora, a.a.O., 178.

uns die moderne Hochleistungsmedizin mit einer dritten Kategorie zwischen den legalen Kategorien «lebendig» und «tot»: der Kategorie des Hirntoten «als den unumkehrbar Sterbenden».³² Hirntote sind in mancher Hinsicht wie Lebende in anderer Hinsicht eher wie Tote: «man kann ihnen [nicht mehr] Freude bereiten, man kann mit ihnen nicht mehr kommunizieren und ihnen keine Zukunft bieten oder vorenthalten. Insofern gleichen sie schon den Toten. Aber man kann sie immer noch liebevoll oder lieblos behandeln, anständig oder unanständig, respektvoll oder achtlos, und zwar in deutlich höherem Masse als jede Leiche. Hierin gleichen sie eher ihren schwerkranken Mitpatienten auf der Intensivstation.»³³ Die Transplantationsmedizin in der Schweiz trägt diesem Sonderstatus Rechnung, indem sie Hirntote ausschliesslich unter Narkose explantiert (und dokumentiert damit, dass sie doch nicht so genau weiss, wie tot die Hirntoten auf dem OP-Tisch eigentlich sind). In dem ethischen Zwischenleben kann man sich zweifellos pragmatisch erfolgreich einrichten. Allerdings besteht der Preis in dem Verlust einer klaren und robusten Abgrenzung gegenüber anderen «Formen nicht bewussten personalen Lebens» (Michael Quante), die vor möglichen transplantationsmedizinischen Begehrlichkeiten sicher geschützt sein sollten. Kurz und knapp: Die Transplantation von vitalen Organen (Herz, Leber, Pankreas) verlangt eine weitaus grössere ethische Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Verantwortung als bisher. Hier muss die gängige medizinisch-technologisch-ökonomisch orientierte Transplantationspolitik, die ungeklärte (und vielleicht unklärbare) normative Fragen als medizinische Tatsachen verkauft, noch viel dazulernen. Das gilt umso mehr, als «die Akzeptanz der Organspende wesentlich darauf [beruht ...], dass es Organe Verstorbener sind, die gespendet werden, und nicht die Organe von solchen, die durch die Spende zu Tode gebracht werden».³⁴

3. Gerechte Verteilung

Aber selbst wenn alle Fragen für mögliche Organspenderinnen und -spender geklärt wären, sind die ethischen Probleme noch lange nicht vom Tisch. Zu den Gründungsproblemen der modernen Medizinethik gehört die Frage nach der gerechten Verteilung knapper Gesundheitsgüter und medizinischer Leistungen. Gemäss Art. 16 TxG erlässt der Bund die Verteilungskriterien. Nach der grundsätzlichen Feststellung der Nichtdiskriminierung und Gleichbehandlung, sowie dem Hinweis, dass «grundsätzlich kein Anspruch auf die Zuteilung eines Organs besteht» (Art. 17 Abs. 4 TxG) werden in Art. 18 TxG vier Kriterien genannt: 1. die medizinische Dringlichkeit, 2. der medizinische Nutzen; 3. die Wartezeit und 4. die Chancengleichheit für Patientinnen und Patienten mit ungünstigen physiologischen Merkmalen und entsprechender Seltenheit eines passenden Spenderorganes. Im zweiten Kapitel der Organzuteilungsverordnung über Zuteilungskriterien und -prioritäten werden die Reihenfolge und Anwendung der Kriterien für jedes Transplantationsorgan und die anzuwendenden Entscheidungsroutinen bei mehreren Patienten mit gleicher Einstufung resp. Indikation festgelegt. Was auf den ersten Blick als eindeutiger Massstab erscheint, zeigt sich bei genauerem Hinsehen in verschiedener Hinsicht als sehr interpretationsoffen und -bedürftig. Es ginge zu

³² Dabrock, Tot, a.a.O., 15.

³³ Ralf Stoecker, Vortrag, in: DER, Hirntod, a.a.O., 17–21 (21).

³⁴ Michael Quante, Vortrag, in: DER, Hirntod, a.a.O., 21–26 (23).

weit, die einzelnen Kriterien auf ihre Trennschärfe hin abzuklopfen. Ich möchte stattdessen auf den oben erwähnten Konflikt zwischen der sterbenden, aber noch nicht toten Organspenderin und der in Lebensgefahr befindlichen Patientin zurückkommen. Bereits oben habe ich kurz auf die intuitive Frage nach der Effektivität hingewiesen, die natürlich auch bei Dringlichkeits- und Nutzenüberlegungen eine wichtige Rolle spielt. Hinzu kommt die komplexe Frage, was es braucht, um auf eine Warteliste für ein Organ zu kommen und wer darüber nach welchen Kriterien entscheidet, ob man drauf bleibt oder wieder herunter fällt.

Ich möchte Ihnen an einem kleinen Gedankenexperiment des Philosophen Gilbert Harman lediglich die Komplexität gerechtigkeithethischer Verteilungsprobleme vor Augen führen. Stellen Sie sich vor, «Sie sind Notfallarzt im Krankenhaus; es werden sechs Unfallopfer eingeliefert. Alle sechs schweben in Lebensgefahr, aber einer ist in einem sehr viel schlechteren Zustand als die anderen. Sie können diese Person gerade mit Mühe retten wenn Sie ihr alle Mittel und Kräfte zuwenden und die anderen sterben lassen. Andererseits können Sie die fünf retten, wenn Sie bereit sind, den am schwersten Verletzten zu ignorieren.»³⁵ Wie würden Sie entscheiden? Harman antwortet: «Wenn man vor die Wahl gestellt wird, entweder fünf Menschen am Leben und einen sterben zu lassen, oder fünf Menschen sterben und einen am Leben zu lassen, soll man sich immer dafür entscheiden, dass fünf Menschen am Leben bleiben und einer stirbt, und nicht umgekehrt.»³⁶ Ich denke, Sie würden alle dieser Antwort zustimmen. Aber warum? Die unmittelbar naheliegende Begründung lautet: Weil das die effizienteste Lösung ist, die den meisten Betroffenen nützt. Die medizinischen Ressourcen werden effizienter genutzt, wenn damit fünf Personen gerettet werden können und nicht nur eine.

Behalten Sie diese Begründung bitte einen Augenblick im Kopf und stellen sich nun die folgende Situation vor: «Sie haben fünf Patienten im Krankenhaus, die im Sterben liegen, und jeder von ihnen braucht ein bestimmtes Organ. Der eine benötigt eine Niere, ein anderer eine Lunge, ein dritter ein Herz usw.» In Zimmer 306 liegt eine gesunde Person, die sich wegen einer Routineuntersuchung im Krankenhaus aufhält. «Sie haben ihre Untersuchungsergebnisse gesehen und wissen daher, dass sie vollkommen gesund ist und die richtige Gewebeverträglichkeit mit den fünf anderen Patienten aufweist. Wenn Sie nichts tun, wird sie ohne Zwischenfall überleben; die anderen Patienten werden jedoch sterben. Die anderen fünf Patienten lassen sich nur retten, wenn der Person in Zimmer 306 die Organe entfernt und verteilt werden. In diesem Fall hätte man einen Toten, aber fünf Gerettete.»³⁷ Sie hätten das gleiche Ergebnis wie im ersten Beispiel, aber würden Sie deshalb auch so entscheiden? Wohl kaum. Ganz offensichtlich passt das Effizienzkriterium hier nicht.

Aber Sie könnten Ihre Entscheidung beim ersten Beispiel – also die fünf auf Kosten des am schwersten Verletzten zu retten – auch damit begründen, dass sie auf die Ausnahmesituation verweisen, die eine tragische Entscheidung unumgänglich macht. Weil alle Menschen einem Unglück gegenüber gleich ohnmächtig dastehen, gibt es keine rationalen Gründe, Verteilungsregeln, die grundsätzlich alle Betroffenen gleich behandeln, zu widersprechen.

³⁵ Gilbert Harman, *Das Wesen der Moral*, Frankfurt/M. 1981, 13f.

³⁶ Ebd.

³⁷ Ebd.

Dieser Gedanke der Gleichbehandlung liegt auch den eben genannten Organverteilungskriterien zugrunde. Aber geht diese Rechnung auf?

Der amerikanische Ethiker John Taureck³⁸ hat schon in den 1970er Jahren auf einen kategorischen Denkfehler in der Verteilungsdiskussion aufmerksam gemacht. Wir beobachten Betroffene immer aus der Vogelperspektive anstatt uns in jeden einzelnen hineinzusetzen. Er behauptet: Das Motiv, einen Menschen zu retten besteht nicht in der Rettung eines Menschen und möglichst vieler Menschen, sondern darin, dass es *für diesen Menschen selbst* wertvoll ist, gerettet zu werden. «It is the loss to the individual that matters [...], not the loss of the individual».³⁹ Die grössere Zahl der Überlebenden sei als ethisches Argument völlig unbrauchbar. Denn Verluste, die nicht für die Person selbst bestehen, seien ethisch irrelevant. «Die Summe der Verluste ist dann niemandes Verlust. Niemand stirbt fünf Mal, wenn fünf Menschen sterben. Weit und breit gibt es nur einzelne Menschen, die um ihr einzelnes Leben fürchten.»⁴⁰ Der Wert des eigenen Lebens lässt sich nicht verrechnen mit dem Leben anderer. Es ist eben mein einziges Leben, ich habe nicht das Leben der anderen. In diesem Sinne hat jedes eigene Leben einen absoluten Wert und ist in einem existenziell-ontologischen Sinn exklusiv gegenüber jedem anderen Leben.

Diese Überlegung Taurecks bringt die Verteilungslogik des TxP natürlich nicht zu Fall, aber mutet uns ein Nachdenken über ihre Voraussetzungen zu. Denn die medizinischen und formalen Kriterien unterstellen ganz selbstverständlich die Vergleichbarkeit von individuellen Lebensschicksalen. Aber die an der Gleichbehandlung orientierten Verteilungskriterien haben allein schon deshalb ein Gerechtigkeitsproblem, weil weder Menschen noch ihre Biographien noch ihre Lebensbedingungen jemals gleich sind. Auch für die Transplantationsmedizin gilt der alte griechische und römische Grundsatz (Platon, Aristoteles, Cicero, Ulpian: *suum cuique*), dass nur Gleiches gleich verteilt, Ungleiches aber ungleich verteilt werden muss. Vor dem Hintergrund dieser Einsicht ginge es darum, die am geringsten gewichteten Kriterien der Warteliste und Chancengleichheit genauer anzusehen.

4. Gabe – Spende – moralische Bürgerpflicht

Schon lange haben wir uns an die Transplantationsmedizin gewöhnt. Sie rettet Leben, wenn anderes Leben zu Ende geht. Sie schenkt (neues? erneutes? erneuertes?) Leben, indem sie anderes Leben zu Ende gehen lässt oder mit dessen Ende kalkuliert oder es sogar beschleunigt. Mit der Implantation von Organen eines Menschen in den Körper eines anderen verbinden sich komplexe Intuitionen, Vorstellungen, Ängste und Zweifel, die unabhängig von den grossen Erfolgen in diesem Medizinbereich bestehen. Es gibt inzwischen eine Fülle berührender, anregender und auch verstörender Literatur über das Leben mit dem Körperteil

³⁸ John Taureck, Should the Numbers Count?, in: Philosophy & Public Affairs 6/1977, 295–316.

³⁹ Taureck, zit n. Weyma Lübbe, Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit: zwei ethische Gebote? Eine Grundlagenreflexion, in: Bettina Schöne-Seifert/Alena M. Buyx/Johann S. Ach (Hg.), Gerech behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn 2006, 17–30 (21).

⁴⁰ Lübbe, Wirtschaftlichkeit, a.a.O., 21.

einer oder eines anderen.⁴¹ Bemerkenswerterweise spielt die Organtransplantation in der christlichen Theologie und Ethik keine nennenswerte Rolle. Die einschlägigen Texte behandeln seelsorgerliche und ethische Fragen im Blick auf den Umgang mit den verschiedenen Betroffenengruppen oder diskutieren dogmatisch die Kontroverse um Ganztod- und Seelenwanderungsthese vor dem Hintergrund des Hirntodkriteriums. Auch kirchliche Positionen und Verlautbarungen zeigen eine besonnene und positive Haltung gegenüber der Organspende und -transplantation.⁴² Gibt es dann überhaupt theologische Anfragen und Probleme?

Auf zwei Aspekte möchte ich abschliessend zumindest kurz hinweisen: 1. die biblisch-theologische Vorstellung von der leiblichen Einheit von Körper, Seele und Geist und 2. die Moral der Gabe. Die Transplantationsmedizin operiert mit einem stillschweigenden Dualismus von Körper und Leib. Nur so kann der Forderung nach Schutz der leiblichen Integrität von Hirntoten bei der Explantation ihrer Organe entsprochen werden. Genau besehen wird nicht etwas geschützt, sondern der Eingriff zur Organentnahme als für die leibliche Integrität des Explantierten unerheblich behauptet. Darüber wäre natürlich ausführlicher zu diskutieren. Aus theologischer Sicht könnte – zugegeben etwas befremdlich klingend, aber durchaus spannend – gefragt werden: Wo ist eigentlich der *Deus incarnatus* – «der offenbart wurde im Fleisch» (1Tim 3,16) – etwa in einem Herz, das der gestorbenen Person explantiert, während des Transports tiefgekühlt wurde und das, nach erfolgreicher Implantation nun in einem anderen Körper schlägt und einen anderen Menschen am Leben erhält? Es wäre nun ein Missverständnis, diese Frage ethisch zu lesen, denn es handelt sich um eine theologische, genauer christologische Frage mit einer eschatologischen Pointe. Christinnen und Christen wissen, dass «das, was ist, nicht alles ist» (Jürgen Ebach). Der irdische Leib ist nicht der auferstandene Leib und gleichzeitig nicht unabhängig von diesem. Der Erlanger Theologe Wolfgang Schoberth versteht den Zusammenhang so: «Der Körper ist die irdische Gestalt des menschlichen Leibes. [...] Der Mensch in seinen Empfindungen, in seinem Denken, in seinem Handeln und seinem Sprechen, in seinem Lachen und Weinen, ist der ganze Mensch. Aber diese Dimensionen des Menschseins [gehen nicht in Raum und Zeit auf]. Was derart nicht an die Zeit gebunden ist, aber wohl in der Zeit geschieht, muss im Tod nicht enden. Die biblische Rede vom Menschen [...] verweist auf die Dimensionen leibhaftigen Lebens, die die materielle Welt nicht erfassen. [...] Weil Leib das In-der-Welt-Sein des Menschen bezeichnet, ist Auferstehung immer im Kontext der neuen Schöpfung zu denken, die die alte nicht vernichtet, sondern vollendet. Das, was von einem Menschen bleibt, bestimmt in dieser Perspektive auch sein irdisches Leben. Gerade weil der Mensch in seiner Körperlichkeit nicht aufgeht, bedarf es der Aufmerksamkeit auf sein leibliches Sein.»⁴³ Die leibhaftige Dimension des Lebens – die nach christlichem Verständnis in der leibhaftigen Neuschöp-

⁴¹ Vgl. Irmela Marei Krüger-Fürhoff, Vernetzte Körper. Zur Poetik der Transplantation, in: Jürgen Barkhoff/Hartmut Böhme/Jeanne Riou (Hg.), Netzwerke. Eine Kulturtechnik der Moderne, Köln 2004, 107–126; dies., Verpflanzungsgebiete. Wissenskulturen und Poetik der Transplantation, München 2012.

⁴² Vgl. SEK, SEK, Organspende, a.a.O.; DBK/EKD, Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Bonn, Hannover 1990; Evangelische Landeskirche in Baden, Organtransplantation. Fragen und Impulse für eine persönliche Entscheidung, Karlsruhe 2014; Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern, leben und sterben im Herrn. Handreichung zur Organspende und Organtransplantation, München 2014.

⁴³ Wolfgang Schoberth, Einführung in die theologische Anthropologie, Darmstadt 2006, 148f.

fung – über den Tod hinausgeht, gilt auch für Hirntote, die ihre Organe zur Verfügung stellen. Auch der Leib eines Hirntoten ist und bleibt beseelter Leib, eben so lange, bis dieser Mensch ganz tot ist.⁴⁴

Der zweite Aspekt, der Moral der Gabe, schliesst an die anfänglichen Bemerkungen zur Moralisierung der Organspende-Kampagnen an. Aus christlicher Sicht muss eine solche Moral entschieden zurückgewiesen werden. Es gibt keine moralische Pflicht zur Organspende und erst recht keine politisch verordnete, weil weder Staat noch Mitmenschen einen Anspruch oder ein Anrecht auf meinen Leib haben oder geltend machen können. Aus biblisch-christlicher Sicht besteht die einzige Perspektive, aus der eine Organspende in den Blick kommen kann, in dem Nächstenliebe-Gebot Jesu, als Ausdruck der Gottesliebe. Die Eigenart dieser Liebe besteht darin, was Simone Weil als das ins Leere hinein Lieben beschrieben hat.⁴⁵ Organspende ist ein Akt der Nächstenliebe. Niemals wird die Spenderin oder der Spender wissen, welchen Menschen sie oder er einst vielleicht das Leben retten wird. Die Gabe ist Gabe, weil sie weder mit Dank noch mit vergeltender Anerkennung rechnet – mehr noch: Gabe ist Geheimnis, weil sie über jeden materiellen, ideellen oder moralischen Tausch erhaben ist.

Aus theologischer Sicht lässt sich aber noch weiterfragen nach dem Subjekt der Gabe: Wer ist es eigentlich, die oder der gibt? Sind tatsächlich wir selbst die Gebenden? Und ist das, was wir geben, ein Teil von uns? Natürlich steht im Spenderausweis *mein* Name und *ich* erkläre mit *meiner* Unterschrift *meine* Zustimmung zur Explantation *meiner* Organe. Das häufige «mein» ist einer juristischen Betrachtung geschuldet und gilt dem Schutz vor einer Instrumentalisierung der Menschen als Organspender wider Willen. Jenseits einer rechtlichen Sicht lässt sich das «mein» allerdings hinterfragen. Denn diesem «mein» stellt sich die schlichte Tatsache in den Weg, dass aus *meinem Herz* vielleicht einmal *sein* oder *ihr Herz* wird. Eine fremde Person wird dann *mein Herz* selbst «mein Herz» nennen und dabei vielleicht – wie zur Bestätigung – die Hand auf ihre linke Brust legen, um das rhythmische Schlagen ihres Herzens zu spüren. Die Gabe sperrt sich offensichtlich gegen unsere üblichen Aufteilungen der Dinge in *mein*, *dein* und *ihr/sein*. Die Organgabe ist eben kein Geschenk. Denn das Buch, das jemand seiner Freundin schenkt, ist dann zwar *ihr* Buch, bleibt aber unabhängig davon immer *sein* Geschenk. Die Organgabe verliert dagegen ihre Herkunftsadresse, sobald sie mit dem Leib der oder des Empfängers verwächst. Die Lebendorganspende ist buchstäblich die absenderlose Gabe, *die* Gabe und nicht *meine*, *ihre* oder *seine* Gabe.

In gewisser Weise beinhaltet die Transplantationsmedizin eine radikale ökonomische Kritik der Besitzverhältnisse. Das «mein» deklariert nicht das Eigentumsverhältnis des Organs,

⁴⁴ Vgl. dazu Kirsten Huxel, Das Hirntodkriterium und die theologischen Folgerungen, in: Frank Vogelsang/Christian Hoppe (Hg.), Die Seele und der Tod. Was sagt die Hirnforschung? II. Forum Neuroethik. Dokumentation und Tagung 18. und 19. Januar 2008. Evangelische Akademie im Rheinland, Bon 2008, 87–102; dies., Unsterblichkeit der Seele versus Ganztodthese? - Ein Grundproblem christlicher Eschatologie in ökumenischer Perspektive, in: NZSTh 4872006, 341-366.

⁴⁵ Vgl. Simone Weil, Das Unglück und die Gottesliebe, München 1953, 115: «Die Seele muss fortfahren ins Leere hinein zu lieben, oder zumindest lieben zu wollen, sei es auch nur mit dem winzigsten Teil ihrer selbst.»

sondern den Leib, mit dem es verwachsen – in den es eingefleischt, inkarniert – ist. Der Identitätsstatus der Körpergabe lässt sich nur schwer begrifflich fassen und erinnert an die ebenfalls irritierende Einsicht des französischen Dichters Arthur Rimbaud «*Ich ist ein anderer.*»⁴⁶ Aber wer ist der andere? Oder vielleicht angemessener vor dem Hintergrund der Rimbaud-Lektüre von Emmanuel Levinas: Welchem anderen verdanke ich mich?

Auf diese Frage gibt es eine unübersehbare Fülle philosophischer und auch theologischer Reflexionen, aber auch eine beeindruckend knappe und klare Antwort in der fulminanten Eingangsfrage und -antwort des Heidelberger Katechismus. Sie lauten: «*Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben? Dass ich mit Leib und Seele im Leben und im Sterben nicht mir, sondern meinem getreuen Heiland Jesus Christus gehöre.*»⁴⁷ Wenn ich nicht mir selbst gehöre, sondern Jesus Christus, dann wäre es immerhin möglich, dass es Gott selbst ist, der gibt, was in mir ist, aber ich nicht bin und mir nicht gehört. Das Verblüffende an dieser Überlegung besteht nicht zuletzt darin, dass das transplantierte Herz der geretteten Patientin am Ende vielleicht doch nicht so fremd ist, wie unsere üblichen Unterscheidungen zwischen *mein* und *dein* suggerieren.

Prof. Dr. Frank Mathwig
Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund
frank.mathwig@sek.ch

⁴⁶ Arthur Rimbaud, Brief an Paul Demeny, 15. Mai 1871, in: ders., *Sämtliche Werke*, Frankfurt/M., Leipzig 1991, 395. Vgl. dazu die Fragen von Emanuel Levinas, *Ohne Identität*, in: ders., *Humanismus des anderen Menschen*, Hamburg 1989, 85-104 (92): «Ist es sicher, dass die Formulierung von Rimbaud: «*Ich ist ein anderer*» nur Veränderung, Entfremdung, Verrat seiner selbst, Fremdheit gegenüber sich selbst und Unterwerfung unter dieses Fremde bedeutet? Ist es sicher, dass nicht schon die demütigste Erfahrung desjenigen, der sich an die Stelle des anderen setzt – das heisst, sich wegen des Übels oder des Schmerzes des Anderen anklagt –, dass also diese Erfahrung nicht vom höchsten Sinn beseelt wird, den die Wendung «*ich ist ein anderer*» haben kann?»

⁴⁷ Zit. n. Georg Plasger/Matthias Freudenberg (Hg.), *Reformierte Bekenntnisschriften. Eine Auswahl von den Anfängen bis zur Gegenwart*, Göttingen 2005, 154.