

## Organspende und Organtransplantation

Psychologische und theologisch-ethische Aspekte

In seinem Buch „Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin“ leitet der Dortmunder Professor für Wirtschafts- und Sozialstatistik Walter Krämer das Kapitel, in dem auch von der Organverpflanzung die Rede ist, mit folgenden Sätzen ein<sup>1</sup>: „Die moderne Medizin leidet nicht an ihren Mängeln. Sie kann nicht zuwenig, sondern zuviel. Sie krankt nicht an ihrem Versagen, sondern am Übermaß ihrer Macht. Ihre Krise ist kein Zeichen von Schwäche, sondern allein das Fieber eines nie dagewesenen technischen Erfolgs... Der moderne Arzt muß sich heute fühlen, wenn nicht wie Gott selbst, dann zumindest wie ein Erzengel. In seiner Macht stehen Leben und Tod. Er operiert ungeborene Säuglinge noch im Mutterleib, näht abgetrennte Arme und Beine wieder an, flickt Knochen, Adern, Sehnen und Nerven wieder zusammen, lehrt Taube wieder hören und Blinde wieder sehen und programmiert sogar verletzte Gehirne wieder neu. Diese Explosion des Machbaren wird nirgendwo so deutlich wie in der modernen Transplantationschirurgie. Die meisten von uns werden damit nie in ihrem Leben in Berührung kommen (einige vielleicht hinterher), aber als biotechnische Meisterleistung verdient sie nur Respekt.“

Trotz „biotechnischer Meisterleistung“ und „Respekt“ verraten die Sätze Krämers – wie auch seine weiteren Ausführungen – eine gute Portion Ironie, Unbehagen und Skepsis. Nun wird selbst der Statistiker Krämer nicht leugnen können, daß Organtransplantationen *menschliches Leid lindern* und in zahlreichen Fällen der letzte und verzweifelte Versuch sind, Menschenleben zu retten. In vielen Fällen bedürfen Patienten mit chronischem Nierenversagen einer Nierentransplantation; bei schweren Herz- und Leberschäden ist die Transplantation die einzige Überlebenschance. Die beglückenden Berichte von Menschen, die auf diese Art gerettet werden konnten, geben Zeugnis davon. Man wird aber auch nicht abstreiten können – und hierin ist Krämer durchaus recht zu geben –, daß die Möglichkeit, Organe von einem Menschen auf einen anderen zu übertragen, zu *Interessengegensätzen und Wertungswidersprüchen* führt sowie Fragen grundsätzlicher Art bezüglich unseres Umgangs mit Leben und Tod aufwirft. Hier ist die Stellungnahme der theologischen Ethik gefragt. Sie hat den Fortschritt zu Ende zu denken. Dabei ist sie kein Widerpart der Medizin, sondern beide, Medizin und Ethik, verbinden sich in ihrer Sorge um den Menschen.

## Psychologische Aspekte

Organtransplantation ist ein komplexes Geschehen. Einer besseren Transparenz wegen werden daher im folgenden die an der Transplantation beteiligten und die sie speziell betreffenden Aspekte und Probleme getrennt in den Blick genommen<sup>2</sup>.

### 1. Der Organspender

Der Entschluß zur Organspende und das Ausfüllen eines entsprechenden Ausweises ist etwas anderes als das Ausfüllen einer Spendenüberweisung für eine karitative Organisation<sup>3</sup>. Die Zurückhaltung vieler Menschen gegenüber einer definitiven Entscheidung zur Organspende gründet dabei weniger in mangelndem Helferwillen als vielmehr in psychologischen Hemmschwellen. Tiefverwurzelte Ängste sind hier mit im Spiel. Zunächst einmal die Scheu des Menschen, mit dem Tod konfrontiert zu werden, dann die Angst, vielleicht doch vorzeitig aufgegeben und zu früh für tot erklärt zu werden, um verpflanzbare Organe zu gewinnen. Viele lehnen einen postmortalen Eingriff in ihren Körper ab, weil sie äußerlich unversehrte bestattet werden wollen. Dann stellt sich für manchen gläubigen Menschen auch die Frage der Auferstehung, von der es in der Heiligen Schrift und im Glaubensbekenntnis heißt, daß sie eine Auferstehung des Fleisches sei. Und wie ist eine solche denk- und vorstellbar, wenn ein oder sogar mehrere Körperteile fehlen?

Bei der heute nur in sehr seltenen Fällen vorkommenden Lebendspende zwischen nahen Angehörigen kann ein großer Erwartungs- und Entscheidungsdruck von seiten der Familie ausgehen, die dem Spender eine freie Entscheidung seinerseits unmöglich macht. Beim Spender kann sich auch eine gewisse Unsicherheit bezüglich existentieller Folgen breitmachen. Eine eventuelle Abstoßung des gespendeten Organs kann von ihm als Zurückweisung und Vernichtung seines Einsatzes empfunden werden.

### 2. Der Organempfänger

Für viele ist der Empfang eines Organs eine Frage des Überlebens, aber auch des Lebendürfens. In der alten Bundesrepublik beispielsweise gibt es etwa 25 000 *Dialysepatienten*, und jedes Jahr werden etwa 2500 Menschen neu an die Dialyse angeschlossen. In früheren Jahren war die Grundstimmung dieser Patienten weitgehend resignativ, weil keine Alternative vorlag. Heute hoffen viele solcher Menschen auf eine ihre Lebensumstände entscheidend verändernde Nierentransplantation. Die Entbehrungen auf diesem Krankheitsfeld scheinen bei Kindern noch mehr als bei Erwachsenen von besonderer Härte: Statt sich in einem normalen Entwicklungsprozeß von Abhängigkeiten zu lösen, bleiben sie doppelt abhängig; statt des normalen körperlichen Wachstums bleiben sie kleinwüchsig

und wegen der Anämie auch weniger belastbar; die schulische und berufliche Ausbildung ist, wenn überhaupt möglich, wesentlich eingeschränkt; aus der ständigen Angst vor Zurückweisung werden keine Freundschaften geschlossen.

Besonders dramatisch stellt sich die Lage von Patienten (Kindern und Erwachsenen) mit *terminaler Leber- und Herzerkrankung* dar, da sie nur mit einem Spenderorgan weiterleben können. In vielen Fällen ist es ein Wettlauf mit dem Tod. Geschildert wird der Fall eines 34jährigen Patienten in der Universitätsklinik Tübingen. Matt, vom drohenden Tod gezeichnet, wartet er auf die rettende Leber. Neben ihm sitzt seine hochschwangere Frau. Sein einziger Wunsch: Er möchte noch sein Kind sehen. Leben erscheint hier wie ein Geschenk, und das nicht nur bildlich, sondern wirklich. Ein Mensch darf leben, weil ein gerade Verstorbener sein Organ geschenkt hat<sup>4</sup>.

Aber auch hier gilt es, die Kehrseite der Medaille zu beachten. Wenn der Empfänger die Zusage zur Transplantation bekommt, bleibt wenig Zeit, Emotionen zu äußern oder auch nur zuzulassen. Nach der Operation wartet er auf die beginnende Funktionstüchtigkeit des neuen Organs. Die *Angst vor der Abstoßreaktion* ist der Mittelpunkt seiner Gedanken. Bis sich die Funktionstüchtigkeit zeigt, überwiegt die Angst vor der existentiellen Bedrohung. Bei Abstoßreaktionen geschieht es nicht selten, daß der Patient die Schuld in seiner Person sucht und ein Gefühl des Versagens sich breitmacht; oft lebt er auch mit dem Empfinden, das letzte Geschenk eines jetzt Toten zurückzuweisen. Andererseits kann die Tatsache, daß dem schwerkranken und oft dem Tod geweihten Patienten „Leben des Spenders“ übertragen wurde, zu einer besonders intensiven und zugleich problemgeladenen Verbindung zwischen beiden führen. Spender und Empfänger, auch wenn keiner den anderen kennt, sind in gewisser Weise in einen „Kreislauf von Geben, Nehmen und Wiedergutmachen“ eingetreten, aus dem nur schwer auszubrechen ist<sup>5</sup>. Beim Empfänger kann es aufgrund dieser Tatsache zu einer Störung der Selbstentfaltung kommen oder diese sogar verhindert werden.

### 3. Die Angehörigen

Auch die Angehörigen, vor allem die des Spenders, befinden sich in einer extremen psychischen Verfassung. Ihre Situation ist eine andere als diejenige von Angehörigen eines chronisch Erkrankten, bei dem man sich doch auf einen in mehr oder weniger absehbarer Zeit eintretenden Tod einstellen konnte. Der plötzliche Tod des Organspenders, zumal er keine Erlösung von langem Leiden ist, bedeutet eine hohe emotionale Belastung für die Angehörigen. Verwirrend kommt noch das Bild des Hirntods hinzu mit den vordergründigen Lebenszeichen von Herzaktion und Körperwärme. Da Organentnahme immer ein Handeln unter Zeitdruck bedeutet, müssen sich die Angehörigen kurz nach der Todesnachricht zu einem Einverständnis entscheiden. Und bleibt nicht doch eine

Restangst, den Angehörigen zugunsten einer Organentnahme geopfert zu haben?

Auch die Angehörigen der anderen Seite, die des potentiellen Empfängers, befinden sich in einer besonderen psychischen Situation, die zum Teil mit Ängsten verbunden ist. Wie kann oder darf man sich verhalten, will man Trauer und Achtung vor dem Toten mit der Freude über die Lebensrettung in ein akzeptables Gleichgewicht bringen? Es ist auch denkbar, daß die Familie des Organspenders Kontakt zu dem Organempfänger – falls dieser nicht anonym bleibt – aufnimmt und familienähnliche Bande knüpft. Das Weiterleben des Organempfängers wird als Ersatz für den Tod des verstorbenen Familienmitglieds verstanden. In der Vorstellung der Angehörigen des Verstorbenen muß der jetzt Lebende in gewisser Weise die Stelle des Verstorbenen einnehmen, was wiederum mit bestimmten Erwartungen verbunden wird<sup>6</sup>.

#### *4. Das Personal auf der Intensivstation und im Operationssaal*

Auf der Intensivstation gehört der Tod zum Alltag. Der Tod, definiert als Herz-Kreislauf-Stillstand nach einem nicht mehr therapierbaren Multiorganversagen, ist für die Ärzte und das Pflegepersonal von zwingender Logik; er ist das sichtbare Ende. Der Hirntod ist zwar nicht weniger logisch, aber der Tod ist hier um Stunden länger präsent, und dies kann wiederum beim ärztlichen und pflegerischen Personal zu psychischen Belastungen führen. Einige hochbeanspruchende Fakten kommen hier gebündelt auf ein oft unter permanenter Arbeitsüberlastung stehendes Personal zu: die ersten Zeichen des Hirntods, die klinische und apparative Hirntoddiagnostik, die Diskussion über die Möglichkeit der Organentnahme, die Konditionierung für die Organentnahme, die Weiterführung der Maximaltherapie, der Umgang mit den Angehörigen.

Ähnlich dürften die emotionalen und psychischen Probleme beim Personal im Operationssaal selbst gelagert sein. Die Organtransplantation stellt sich ihnen dar als ein Eingriff an einem toten Menschen mit erkennbaren Vitalparametern, der mit der Einstellung der Beatmung und assoziiertem Kreislaufstillstand endet. Vom Personal auf der Intensivstation und im OP wird ein maximaler Einsatz bei fehlendem Erfolgserlebnis gefordert, denn bei der nachfolgenden Transplantation ist das Team ja ein anderes. Das Ziel ärztlichen und pflegenden Handelns, das Heilen von Krankheiten und Lindern von Leiden kann, wenn überhaupt, nur mittelbar erkannt werden. Daß hier dem Personal außergewöhnliche Kräfte und Motivationen abverlangt werden, ist unverkennbar<sup>7</sup>.

#### *5. Was ist zu tun?*

Es können an dieser Stelle nur einige Aspekte angedeutet werden. Es gibt keine Patentrezepte und auch keine Antworten, die alles glatt aufgehen lassen. Gefordert sind eine ständige Differenzierung und Korrektur. Es geht hier auch um

die Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen unseres Begreifens und Tuns. Organtransplantation, dies dürften die bisherigen Überlegungen deutlich gemacht haben, ist in vielfacher Hinsicht ein komplexes Geschehen, dem nicht einlinig, etwa nur durch die operativ-chirurgische Strategie, begegnet werden kann. Die Transplantationsmedizin muß – mehr und bewußter als bisher – auch den psychologischen Aspekten in ihren Behandlungs- und Nachsorgeplänen Rechnung tragen. Im Hinblick auf den *Patienten* ist dabei zu bedenken, daß jeder Organtransplantation eine Adaptionsphase folgt, in welcher der Patient lernen muß, mit dem fremden Organ zu leben. Es geht gleichsam um die psychische Einverleibung des neuen Organs, eventuell sogar um eine neue Identitätsfindung<sup>8</sup>. Hierbei können Störungen auftreten, die den Patienten dem Künstlichen und Fremden gegenüber instinktiv abwehrhaft reagieren lassen. Eine Transplantation ist nur dann voll geglückt, wenn der Empfänger nach der Transplantation ein mit sich selbst identisches Ich besitzt. Der Patient muß also auch den psychologischen Belastungen des Eingriffs gewachsen sein; seine Persönlichkeit muß mit in die Indikation eingehen.

Vom *Arzt* ist daher, mehr als bei anderen Therapieformen, eine hohe Sensibilität für den Patienten und seine einzigartige leidensgeschichtliche Situation gefordert. Psychologisch orientierte Gespräche sind schon im Vorfeld einer möglichen Transplantation zu führen und eventuelle Mißverständnisse auszuräumen. Nach der Organtransplantation müssen die behandelnden Ärzte durch einfühlsame Ermutigung dem Patienten helfen, mit der seelischen Belastung, mit dem Organ eines Verstorbenen zu leben, fertig zu werden. Die gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland macht ausdrücklich auf den psychologischen Aspekt aufmerksam, wenn es dort heißt: Es muß darauf geachtet werden, daß nicht nur biologisch das Leben verlängert, sondern dem Menschen eine reale Chance für gesundes Leben geboten wird. „Die neuen Organe sollen dem Leben neue Jahre schenken, die Jahre mit neuem Leben erfüllen helfen.“<sup>9</sup>

Im Hinblick auf das *Personal* gilt es, die hohe emotionale Belastung aufzufangen und wenigstens teilweise zu bewältigen<sup>10</sup>. Ungenügende Bewältigungsstrategien sind Verdrängung, Verleugnung, Aktivismus, Zynismus, Aggression und Rückzug auf das Sachlich-Technische. Zu den positiven Bewältigungsstrategien zählt das Gespräch zwischen Ärzten und Pflegekräften über das Erleben und Verarbeiten des gemeinsamen Handelns. Gegenseitige menschliche Anteilnahme und Kommunikation, die nicht an der beruflichen Arbeitsteilung zerfällt, können die jeweilige individuelle Belastung mindern. Zur Bewältigung des Geschehens tragen sicherlich auch die eigene Reflexion sowie das Teamgespräch über den Tod und über die Achtung der Menschenwürde bei. Wichtig erscheint darüber hinaus auch eine Rückmeldung des Transplantationsteams an das Explantationsteam über den Verlauf der Transplantation. Sicherlich gibt es hier noch wei-

tere Möglichkeiten zu entdecken, wie man den vielfältigen psychischen Belastungen begegnen und sie mildern kann.

Im Hinblick auf die *Angehörigen* gilt es, deren extreme emotionale Verfassung zu beachten und aufzufangen. Zunächst geht es darum, ihnen den Tod ihres Angehörigen mitzuteilen und sie an das Totenbett zu geleiten. Man wird ihnen dort (noch einmal) das Phänomen des Hirntods erläutern. Und erst dann, wenn alle den Tod erlebt und begriffen haben, wird man das Gespräch über eine eventuelle Organspende eröffnen. Auch hierfür gibt es kein Patentrezept. Das Gespräch, zu dem auf Wunsch der Angehörigen weitere Bezugspersonen hinzugezogen werden können, eventuell der Hausarzt und ein Seelsorger, sollte in einem geeigneten Raum ohne Zeitdruck und Störung geführt werden. In diesem Gespräch sollten alle Bemühungen zur Lebensrettung des Verstorbenen geschildert werden, damit auch nicht im entferntesten der Eindruck entstehen kann, daß dieser zugunsten einer Organentnahme geopfert worden sei. Des weiteren sollte der ausschließlich altruistische Aspekt der Organspende deutlich gemacht werden. Lassen die Angehörigen im Gespräch eine ablehnende Haltung erkennen, ist diese sofort zu respektieren. Auf keinen Fall darf ihnen eine Entscheidung abgerungen werden, zu der sie sich um seelischer Vorbehalte willen nicht imstande sehen. Für die Entscheidung der Angehörigen ist auch eine besondere Zusage über den pietätvollen Umgang mit dem Leichnam und eine Aussage über das unveränderte postoperative Äußere wichtig, nämlich daß der Leichnam keine Spuren einer Entstellung aufweist. Auch religiöse Fragen können bei dem Gespräch eine Rolle spielen; hier können auf Wunsch der Klinikseelsorger oder der Gemeindepfarrer beistehen. Wenn die Angehörigen dies möchten, sollten sie, ohne Verletzung der Anonymität, nach einer gewissen Zeit über den Verlauf der Transplantation unterrichtet werden. Den Angehörigen muß schließlich die Gelegenheit gegeben werden, sich in einer möglichst privaten Atmosphäre von ihrem Verstorbenen zu verabschieden<sup>11</sup>.

### Theologisch-ethische Aspekte

Die theologisch-ethische Reflexion soll in diesem Bereich auf die Beantwortung der Frage hinführen, ob Organtransplantationen dem Wesen des Menschen gerecht werden oder ihm widersprechen. Ziel dieser Reflexion ist es, die Humanität zu schützen<sup>12</sup>. Vor der Beantwortung der ethisch bedeutsamen Einzelfragen scheint daher eine kurze Besinnung auf die alles bewegende Grundfrage „Was ist der Mensch?“ geboten<sup>13</sup>. Denn zu Recht betont Karl Jaspers: „Das Bild vom Menschen, das wir für wahr halten, wird selbst ein Faktor unseres Lebens. Es entscheidet über die Weisen unseres Umgangs mit uns selbst und mit den Mitmenschen, über Lebensbestimmung und Wahl der Aufgaben.“<sup>14</sup>

### 1. Was ist der Mensch?

Von jeher hat der Mensch versucht, die Verborgenheit seines Daseins aufzuleuchten. Schon die frühesten religiösen und philosophischen Zeugnisse kreisen um die Deutung des menschlichen Lebens. „Nosce te ipsum – erkenne dich selbst!“ Mit diesen Worten charakterisiert Carl von Linné, der große Naturwissenschaftler, den „Homo sapiens“, den er in seinem Werk „Systema naturae“ (1735) an die Spitze aller Lebewesen stellt. Aber hat denn nicht der ungeheure Fortschritt der Neuzeit das Rätsel Mensch entziffert? Hierauf kann man mit der immer noch gültigen Feststellung Martin Heideggers antworten: „Keine Zeit hat so viel und so Mannigfaltiges vom Menschen gewußt wie die heutige... Aber keine Zeit wußte weniger, was der Mensch sei, als die heutige. Keiner Zeit ist der Mensch so fragwürdig geworden wie der unsrigen.“<sup>15</sup> Und man muß Bert Brecht in gewisser Weise recht geben, wenn er feststellt: „Es weiß seit langer Zeit niemand mehr – was der Mensch ist.“ Denn in der Gegenwart gehen die Meinungen über das Wesen des Menschen weit auseinander, da es verschiedene einflußreiche Weltanschauungen gibt, die ein je eigenes Grundverständnis vom Menschen haben<sup>16</sup>.

Auf die elementare Grundfrage „Was ist der Mensch?“ antworten *Christen* mit der Bibel des Alten und Neuen Testaments<sup>17</sup>: Der Mensch ist Gottes Geschöpf, als sein Ebenbild geschaffen, um in dieser Welt verantwortlich zu leben und in der Gemeinschaft mit den ihm verbundenen Menschen zu handeln. Dabei hat er sich dessen bewußt zu sein, daß sein Leben begrenzt ist, aber auf ein Ziel zuläuft, das der glaubende Mensch in der bergenden Liebe des barmherzigen Gottes vor sich sieht. Weil christliche Anthropologie den Menschen als Gottes Geschöpf begreift, ist die jedem Menschen entgegenzubringende Achtung insbesondere dann zu wahren, wenn er hilfsbedürftig ist, sich in Not befindet oder an das Ende seines Lebenswegs gelangt. Mit dem Tod setzt Gott, der das Leben geschaffen hat, unserem Leben Ende und Ziel. Indem der verstorbene Mensch bestattet wird, wird zurückgegeben, was Gott geschaffen hat. Im Glauben, daß Gott, der in so reicher Fülle Leben geschaffen hat, als der Schöpfer auch neu zu schaffen imstande ist, vertrauen Christen darauf, daß die verstorbenen Menschen nicht in ein dunkles Nichts fallen, sondern in Gottes Barmherzigkeit geborgen sind. Dieses biblisch begründete Verständnis vom Menschen gilt es im Blick zu halten, wenn im folgenden die konkreten ethischen Fragen der Organtransplantation erörtert werden.

### 2. Organspende von Lebenden

In der Regel werden heute Organe von Verstorbenen verwendet; dennoch hat die Transplantation von Organen lebender Spender noch gewisse Bedeutung, zum Beispiel bei Knochenmarks- oder Nierenspende innerhalb der Familie. Durch Übereinstimmung der Gewebeeigenschaften sind sehr gute Erfolgsaussichten ge-

geben. Hier stellt sich allerdings die Frage, ob die Verletzung und Verstümmelung durch die Organentnahme sittlich vertretbar ist. Im Licht des oben skizzierten Menschenbilds kann man sagen, daß eine Organspende dann unzulässig ist, wenn dadurch der Spender in seiner Selbstverwirklichung geschädigt wird. Das ist dann der Fall, wenn der Spender durch den Eingriff den Tod findet oder schwere gesundheitliche Schäden erleidet. In anderen Fällen kann eine solche Organspende aus Nächstenliebe eine „Großtat der Mitmenschlichkeit“ sein<sup>18</sup>. Ein solches „Werk der Übergebühr“, beziehungsweise eine solch heroische Tat, kann aber niemandem abverlangt werden. Grundvoraussetzung muß die freie Entscheidung des Spenders sein. Ob eine solche zwischen nahen Familienmitgliedern gegeben ist, ist zu prüfen. Kann der Spender hier die Lage überhaupt objektiv beurteilen und wie weit ist er dem Druck anderer Familienmitglieder ausgesetzt?

### 3. Organspende von Toten

Stellt jemand sein Organ nach seinem Tod zur Verfügung, handelt es sich um eine *freie Schenkung*, die im Sinn der Mitmenschlichkeit schon in sich selbst sinnvoll ist. Eine solche Handlung kann dem Sterben eine tiefere Bedeutung geben und eine letzte Besiegelung des Willens darstellen, für andere zu leben und zu sterben<sup>19</sup>. Da für die Organentnahme von einem Verstorbenen die schlechthinige Voraussetzung der Tod des Spenders ist, kommt der genauen Bestimmung des Todeseintritts eine wichtige Bedeutung zu. Denn einerseits muß ein Mensch, dem ein Organ entnommen werden soll, sicher tot sein, weil sonst die Entnahme einer Tötung gleichkäme; andererseits müssen die zu entnehmenden Organe noch überleben, weil sie sonst für eine Transplantation nicht mehr verwendbar sind. Nach allem, was wir heute wissen, darf angenommen werden, daß ein Mensch als ganzer tot ist, wenn der Gehirntod eingetreten ist<sup>20</sup>. Der *irreversible Funktionsausfall des Hirns* bewirkt nämlich, daß die Integration der leib-seelischen Einheit des Organismus aufhört und der Individualtod eintritt.

Dennoch ist es für manchen nicht leicht faßbar, daß, nachdem jahrhundertlang der Herztod als Ende des menschlichen Lebens angesehen wurde, nunmehr der Hirntod das entscheidende Kriterium sein soll. Und es ist kein Geringerer als Hans Jonas, der sich hier unter die Fragenden einreihet: Können wir sicher sein, „daß selbst ohne Gehirnfunktion der atmende Patient vollständig tot ist“? Und weiter fragt er: „Wer kann wissen, wenn jetzt das Seziermesser zu schneiden beginnt, ob nicht ein Schock, ein letztes Trauma einem nicht zerebralen, diffus ausgebreiteten Empfinden zugefügt wird, das noch leidensfähig ist und von uns selbst mit der organischen Funktion am Leben erhalten wird?“<sup>21</sup> In der gemeinsamen Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland heißt es dazu:

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

stiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgend etwas entscheiden. Nach dem Hirntod fehlt dem Menschen zugleich die integrierende Tätigkeit des Gehirns für die Lebensfähigkeit des Organismus: die Steuerung aller anderen Organe und die Zusammenfassung ihrer Tätigkeit zur übergeordneten Einheit des selbständigen Lebewesens, das mehr und etwas qualitativ anderes ist als eine bloße Summe seiner Teile. Hirntod bedeutet also etwas entscheidend anderes als nur eine bleibende Bewußtlosigkeit, die allein noch nicht den Tod des Menschen ausmacht.“<sup>22</sup> – Aus ausdrücklich theologischer Perspektive heißt es dann in der Gemeinsamen Erklärung weiter: „Vom christlichen Verständnis des Todes und vom Glauben an die Auferstehung der Toten kann auch die Organspende von Toten gewürdigt werden. Daß das irdische Leben eines Menschen unumkehrbar zu Ende ist, wird mit der Feststellung des Hirntodes zweifelsfrei erwiesen. Eine Rückkehr zum Leben ist dann auch durch ärztliche Kunst nicht mehr möglich. Wenn die unaufhebbare Trennung vom irdischen Leben eingetreten ist, können funktionsfähige Organe dem Leib entnommen und anderen schwerkranken Menschen eingepflanzt werden, um deren Leben zu retten und ihnen zur Gesundung oder Verbesserung der Lebensqualität zu helfen.“<sup>23</sup>

Auch die Organspende von Verstorbenen unterliegt der Freiwilligkeit. Sie bedarf der *Zustimmung* des Spenders zu seinen Lebzeiten, ansonsten der Angehörigen. Gegen den Willen des Verstorbenen oder seiner Angehörigen können Leichenteile nur entnommen werden, wenn dies zur Rettung oder Heilung eines Menschen zwingend geboten erscheint. Im Bereich des Rechts spricht man hier von einem *rechtfertigenden Notstand*<sup>24</sup>. Dieser setzt allerdings voraus, daß die Organentnahme aus dem Leichnam das einzige Mittel ist, um den lebensbedrohenden Zustand des Empfängers mit großer Wahrscheinlichkeit zu beseitigen. Dabei darf keine andere gleichwertige, erfolgversprechende Rettungsmöglichkeit für den Empfänger bestehen. Auch von ethischer Seite läßt sich ein solches Vorgehen rechtfertigen. Insofern der Leichnam in der Erde zerfällt oder vielleicht verbrannt wird, ist die Rettung oder Heilung eines Menschen ein höherwertiges Gut als der Wille des Verstorbenen oder seiner Angehörigen auf die Bestattung eines unversehrten Leichnams. Freilich muß dieser Fall des rechtfertigenden Notstands immer ein Ausnahmefall bleiben.

#### 4. Ungeklärte Fragen

Im Zusammenhang mit der Organtransplantation stellen sich noch eine Reihe von Fragen, die hier aus Raumgründen nicht behandelt werden können. Ich möchte von den bisher nicht erörterten Fragen aber wenigstens noch eine thematisieren.

Noch nicht ausdiskutiert zu sein scheint mir die Frage nach der Berechtigung der Transplantationsmedizin als einer aufwendigen Spitzentechnologie angesichts von *begrenzten Mitteln*<sup>25</sup>. Jürgen Dahl hat dies in seinem ebenso scharfsinnigen wie kritischen Essay: „Hat der Schwarze Kutscher recht?“<sup>26</sup> eindringlich dargestellt. Er zitiert den Chef der Düsseldorfer chirurgischen Universitätskli-

nik, der die Gründe nennt, weshalb in seiner Klinik bislang keine Herztransplantationen durchgeführt wurden, wie folgt:

Bei einer solchen Operation müsse der Arzt sich fragen lassen, ob der große „Einsatz von Personal, Material und Geld zu verantworten sei, wenn dem Prestige zuliebe, auch einmal ein Herz verpflanzt zu haben, mehrere auf der Warteliste stehende Patienten nicht operiert werden können, obgleich ihre Aussichten bei geringem Einsatz besser sind“. Der spektakuläre und vorzeigbare Erfolg, so Dahl, könne mit einem Versäumnis an anderer Stelle erkaufte sein. Der Wille zu heilender Tat, der Vorsatz fachlicher Karriere, ärztliche Hilfsbereitschaft und medizinischer Forschergeist müßten in ihren Verflechtungen immer undurchsichtig bleiben. Und eines Tages lasse sich die Hochleistungsmedizin nicht mehr bezahlen. Wer die Aus- und Einpflanzung von Organen propagiere und die Spendebereitschaft zu erhöhen trachte, wer die Sozialpflichtigkeit des Leichnams zum Gesetz erheben wolle, der müsse Finanzierungspläne vorlegen, die notwendigen Verzichte an anderer Stelle einfordern oder erklären, wie sich sonst die „Transplantationsflut“ bewältigen lasse. Ebenso wenig gelöst sieht Dahl die Frage nach der gerechten Verteilung der sich bietenden Möglichkeiten, nach der richtigen Auswahl der zu Begünstigten. Die Krankenkassenbeiträge aller Mitglieder der Solidargemeinschaft ermöglichten den Aufschwung der Transplantationsmedizin. Doch wenn diese ihren Höhepunkt erreicht habe und unbezahlbar werde, schlage die Stunde der Vermögenden. Neu und unerhört sei der Umstand, „daß durch die Transplantationschirurgie der Körper des Menschen zum Wertgegenstand“ werde – „nicht als lebender Pförtner oder Lehrer, sondern in der schlichten materiellen Form des wenigstens teilweise noch funktionsfähigen Organismus“. Die Gefahr der Kommerzialisierung drohe nun auch hier. Es könne noch keineswegs als ausgemacht gelten, was schwerer wiege: „Die geretteten Jahre der Operierten, oder die Summe dessen, was die Verdinglichung des menschlichen Leibes an Niederträchtigem und Anrüchigem, an Schädlichkeit und Unlauterkeit nach sich ziehen wird.“

Die Kritik von Dahl ist durchaus ernst zu nehmen. Eine Antwort könnte vielleicht in die Richtung gehen, daß man auch bedenken muß, daß eine Organtransplantation oft die letzte Möglichkeit ist, Menschenleben zu retten und Lebensqualität zurückzugewinnen. Dieser Faktor ist natürlich schwer in eine Kosten-Nutzen-Analyse einzubringen. Aber inzwischen stellen doch einige Transplantationen, zum Beispiel die der Niere, im Vergleich zu einer Langzeittherapie die kostengünstigere Lösung dar.

##### *5. Tod und Auferstehung in christlicher Sicht*

Die Antwort auf die wiederholt gestellte Frage nach dem Zusammenhang von Auferstehung und Unversehrtheit des Leibes verlangt eine kurze Reflexion über das Geschehen von Tod und Auferstehung<sup>27</sup>. Im dritten Glaubensartikel be-

kennt sich die Kirche zur „Auferstehung der Toten“. Die älteste Formulierung dieses Bekenntnisses lautete: „Ich glaube an die Auferstehung des Fleisches.“ Welches Licht fällt vom Glaubensbekenntnis zur Auferstehung des Fleisches bzw. der Toten auf das christliche Verständnis des Todes?

Die Medizin sagt uns nach ihrem gegenwärtigen Forschungsstand, daß der Hirntod als irreversibles Ende des menschlich-personalen Lebens angesehen werden kann. Theologisch bedeutet diese Erkenntnis, daß der Tod auf unterschiedliche Weise die wesenhafte Zweieinheit von Leib und Seele betrifft, aus welcher der Mensch besteht. Im Tod stirbt nicht nur der Leib des Menschen, sondern der Mensch. Der Tod ist das Ende des Pilgerstands des ganzen Menschen. Den Tod ganz ernst nehmen heißt aber nicht, daß Leib und Seele genau in der gleichen Weise vom Tod betroffen sein müßten. Der Leib zerfällt und wird wieder zu Staub, von dem der Mensch nach dem biblischen Schöpfungsbericht genommen ist (vgl. Gen 3, 19). Aber auch die Seele des Menschen, die Beziehungsfähigkeit und Geöffnetheit des menschlichen Geistes auf das Absolute hin – personal gesprochen: auf Gott hin – wird vom Tod zutiefst berührt. Denn der Tod ist das Ende des irdischen Lebens, des Pilgerstands, und deshalb auch das Ende der Entscheidungssituation des Menschen: „Es kommt die Nacht, in der niemand mehr etwas tun kann“ (Joh 9, 4).

Für den christlichen Glauben führt der Tod nicht ins Nichts hinein oder in eine häufige Wiederholung von Wiederverkörperungen der Seele, sondern wir können aus der Offenbarung sein Ziel angeben. Nach dem Abschiedsgebet Jesu heißt dieses Ziel: Dort sein, wo Jesus ist (vgl. Joh 17, 24). Die himmlische Herrlichkeit, in die Jesus uns durch Tod, Auferstehung und Himmelfahrt vorangegangen ist, ist auch unsere endgültige Heimat. Auf dieses Ziel müssen wir uns bereits in diesem Leben vorbereiten. Damit der Tod nicht völlig unverhofft über uns kommt, sollen wir jetzt schon leben „als Menschen, die vom Tod zum Leben gekommen sind“ (Röm 6, 13). Dieser Übergang vom Tod zum Leben hat sich sakramental in der Taufe ereignet, in der wir dem Tod und der Auferstehung Jesu gleichgestaltet worden sind. Dann ist die beste Vorbereitung auf den eigenen Tod ein Leben in entschiedenem Anschluß an Jesus Christus, der „der Weg, die Wahrheit und das Leben“ ist (Joh 14, 6).

„Wie der Übergang aus diesem Leben in Gottes Ewigkeit erfolgt, wissen wir letztlich nicht. Die Sterbeforschung gibt uns zwar wichtige Einblicke in den gesamt menschlichen Prozeß des Sterbens; doch der Zustand des Todes ist davon zu unterscheiden. Die Toten gehören einer anderen Ordnung an als die Lebenden.“<sup>28</sup> Der Glaube sagt uns, daß der Tod den Menschen nicht von Gott wegrißt, denn Gott ist „kein Gott von Toten, sondern von Lebenden; denn für ihn sind alle lebendig“ (Luk 20, 38). Das hat Gott bestätigt im großen Zeichen der Auferweckung Jesu von den Toten. Der Glaube an die Auferstehung Jesu von den Toten ist das sichere Fundament unseres Glaubens an die Auferstehung der

Toten. Besonders wichtig sind hier die klaren Aussagen des Apostels Paulus: „Wenn der Geist dessen in euch wohnt, der Jesus von den Toten auferweckt hat, dann wird er, der Christus Jesus von den Toten auferweckt hat, auch euren sterblichen Leib lebendig machen durch seinen Geist, der in euch wohnt“ (Röm 8, 11). Von einem anderen Ausgangspunkt kommt Paulus zu demselben Ergebnis: „Wenn es keine Auferstehung der Toten gibt, ist auch Christus nicht auferweckt worden... dann ist unsere Verkündigung leer und euer Glaube sinnlos... und ihr seid noch immer in euren Sünden; und auch die in Christus Entschlafenen sind dann verloren. Wenn wir unsere Hoffnung nur in diesem Leben auf Christus gesetzt haben, sind wir erbärmlicher daran als alle anderen Menschen. Nun aber ist Christus von den Toten auferweckt worden als der Erste der Entschlafenen“ (1 Kor 15, 13 f.; 17–20).

Das Bekenntnis zur Auferstehung der Toten meint nicht das Fortleben der vom menschlichen Leib getrennten Seele. Das Apostolische Glaubensbekenntnis spricht von der „Auferstehung des Fleisches“. Auferstehung bedeutet Verwandlung. Im Augenblick der Auferstehung wird unsere Leiblichkeit gänzlich neu. Auch hier gibt Paulus uns wichtige Hinweise: „Nun könnte einer fragen: Wie werden die Toten auferweckt, was für einen Leib werden sie haben? Was für eine törichte Frage! Auch das, was du säst, wird nicht lebendig, wenn es nicht stirbt. Und was du säst, hat noch nicht die Gestalt, die entstehen wird; es ist nur ein nacktes Samenkorn, zum Beispiel ein Weizenkorn oder ein anderes. Gott gibt ihm die Gestalt, die er vorgesehen hat, jedem Samen eine andere“ (1 Kor 15, 35–38). Die jenseitige Vollendung knüpft zwar an der irdischen Wirklichkeit an, ist aber ungeahnte Neuheit, für die wir nie die angemessenen Worte finden können, um diese Verwandlung auszudrücken: „So ist es auch mit der Auferstehung der Toten. Was gesät wird, ist verweslich, was auferweckt wird, unverweslich. Was gesät wird, ist armselig, was auferweckt wird, herrlich. Was gesät wird, ist schwach, was auferweckt wird, ist stark. Gesät wird ein irdischer Leib, auferweckt ein überirdischer Leib. Wenn es einen irdischen Leib gibt, gibt es auch einen überirdischen“ (1 Kor 15, 42 ff.). Leibliche Auferstehung bedeutet für Paulus „Geistleib“ (*soma pneumatikon*). Diese künftige Wirklichkeit können wir uns nicht ausmalen. Sie ist nicht einfachhin die Fortsetzung unseres irdischen Leibes, sondern eine unaussprechliche Wirklichkeit, die die irdische Leiblichkeit in eine neue Dimension überführt. Auch darauf weist Paulus hin: „Fleisch und Blut können das Reich Gottes nicht erben; das Vergängliche erbt nicht das Unvergängliche“ (1 Kor 15, 50). So tief auch die Verwandlung gehen mag, es handelt sich nicht um einen totalen Bruch zwischen irdischem Leben und jenseitiger Vollendung in der Auferstehung der Toten, sondern um die Verwandlung unseres jetzigen Lebens: „Denn dieses Vergängliche muß sich mit Unvergänglichkeit bekleiden und dieses Sterbliche mit Unsterblichkeit“ (1 Kor 15, 53)<sup>29</sup>.

In diesem Kontext eines theologischen Verständnisses des Todes und der Auf-

erstehung der Toten steht auch die Organspende von Toten. Für den Glauben an die Auferstehung des Fleisches beziehungsweise der Toten ist nicht die leibliche Unversehrtheit des Leichnams entscheidend. Das Verwesliche, was gesät wird, ist der irdische Leib als Realsymbol der ganzen Person mit ihrer Lebensgeschichte. Diese komplexe verwesliche Wirklichkeit, in der die Geistseele eine singuläre Stellung einnimmt, wird verwandelt in die Neuheit des „Geistleibes“. Von daher ist es verständlich und zutiefst human, daß der Leichnam mit aller Pietät und Würde behandelt und bestattet wird. Die Beerdigungsliturgie weist auf diese dem Leichnam geschuldete Pietät hin: „Dein Leib war Gottes Tempel. Der Herr schenke dir ewige Freude.“ Aber einzelne Organe können ihren Spender überdauern; sie sind nicht der Mensch selbst.

Im Glauben an die Auferstehung der Toten kann der Christ also ohne Bedenken seine Organe spenden, wenn die medizinischen Voraussetzungen zu einer Organentnahme gegeben sind. Die Auferweckung des Fleisches, beziehungsweise der Toten, ist Tat und Wunder Gottes. Sie setzt nicht das Vorhandensein eines materiellen Substrats (Leib oder Asche) voraus; Gott braucht kein menschliches Material. Grund für die Auferweckung der Toten ist die Treue Gottes und nicht der unversehrte Leichnam<sup>30</sup>.

### Zusammenfassung und Weiterführung

1. Die Transplantationsmedizin bietet vielen kranken Menschen lebensrettende Hilfe oder Linderung bei schweren Leiden. Sie verdient daher Unterstützung und Förderung durch die Gesellschaft.

2. Organtransplantationen stellen für alle Beteiligten (Spender, Empfänger, ärztliches und pflegerisches Personal) ein komplexes Geschehen mit einer hohen psychischen Belastung dar. Um diese Belastung einigermaßen erträglich zu gestalten, werden von allen Beteiligten unter anderem durchsichtige Verhältnisse, gegenseitiges Vertrauen und Ernstnehmen verlangt. Daneben sind spezifische Strategien zum Abbau der psychischen Belastungen erforderlich.

3. Die Gefahren und der Aufwand der Transplantationsmedizin erfordern in jedem Fall eine strenge Indikation. Für eine Organtransplantation kommen in Frage Patienten mit einer lebensbedrohenden Krankheit, die durch andere Heilmaßnahmen nicht behoben werden kann; zudem muß es sich für den Patienten um eine Verbesserung der Lebensbedingungen auf geraume Zeit hin handeln, und schließlich muß er den Belastungen des Eingriffs gewachsen sein. Stehen mehrere Patienten auf der Warteliste, ist nach folgenden Vorzugsregeln vorzugehen: Dringlichkeit, Erfolgsaussicht und Wartezeit. Niemals dürfen bei der Auswahl die Kategorien lebenswert und lebensunwert ins Spiel kommen.

4. Die immer erforderliche freie Einwilligung des lebenden Spenders verlangt

dessen uneingeschränkte Fähigkeit, die Tragweite des Eingriffs zu erkennen und den Willen danach zu bestimmen.

5. Der Verkauf von Organen um des Gewinns willen ist ein Verstoß gegen die Würde des Menschen. Hier instrumentalisiert der Mensch sich selbst; das heißt nach Immanuel Kant, sein Leib wird nur noch als Mittel und nicht auch als Zweck betrachtet. Ein noch so guter Zweck heiligt aber niemals die Mittel. Es ist auch zu fragen, ob beim Organhandel Freiwilligkeit vorliegt oder der Spender nicht doch unter (finanziellem) Druck steht und dabei die möglichen Spätfolgen nicht bedenkt. Im Fall des Organhandels erfolgt die Verteilung der Organe auch nicht mehr nach medizinischen, sondern nach finanziellen Kriterien. Reiche können sich Gesundheit kaufen, Arme müssen sterben. Arme und Mittellose würden schließlich auch dazu verführt, durch den Verkauf ihrer Organe ihre Gesundheit aufs Spiel zu setzen.

6. Die Organentnahme beim Toten bedarf der Einwilligung des Spenders zu Lebzeiten oder nach dessen Tod durch die Angehörigen, die das postmortale Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen wahrnehmen. Der sogenannte rechtfertigende Notstand muß Ausnahme bleiben.

7. Der Tod des Spenders (Tod des Gesamthirns) muß zweifelsfrei feststehen. Vom ethischen Standpunkt aus kann es im Einzelfall legitim sein, Atmung und Kreislauf weiter aufrechtzuerhalten, auch wenn dies einzig zum Zweck erfolgt, wichtige Organe über den Tod des Patienten hinaus transplantationsfähig zu erhalten.

8. Die Pietät gegenüber dem Verstorbenen, die sich in einem würdigen Umgang mit dem Leichnam und einer würdigen Bestattung zeigt, muß geachtet werden. Auch darf der Arzt den potentiellen Spender zu keiner Zeit als Objekt einer Transplantation sehen, sondern immer als Subjekt mit Recht auf Leben und ärztliche Hilfe. Wert und Würde der menschlichen Person dürfen nicht aus den Augen verloren werden.

9. Ihre ethische Rechtfertigung erhält die Organtransplantation aus der Lebensrettung eines anderen Menschen bzw. aus der Linderung von Leid und der Verbesserung von Lebensqualität. Hierbei ist davon auszugehen, daß der Körper des Menschen Gabe des Schöpfers ist (Röm 12, 1 ff.; 1 Kor 6, 19 f.); er ist nicht Selbstzweck, sondern Instrument des Dienstes und der Kommunikation mit anderen.

10. Das Gebot der Nächstenliebe kann (unter anderem) seinen Ausdruck darin finden, erforderlichenfalls Organe für eine Organtransplantation zur Verfügung zu stellen. Man muß aber auch die Entscheidung derer respektieren, die sich für eine solche „Großtat der Mitmenschlichkeit“ nicht zur Verfügung stellen.

ANMERKUNGEN

- <sup>1</sup> Frankfurt 1989, 40f. Vgl. auch Organspende. Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, hrsg. v. R. Greinert, G. Wuttke (Göttingen 1991).
- <sup>2</sup> Ich folge hier im wesentlichen H. Smit, Emotionen, Ängste, Hoffnungen. Probleme der Organspende, in: Dt. Krankenpflege-Zschr. 41 (1988) 483–485, u. M. Roes, S. Niemeyer, Organentnahme – Tabuthema? Symposium der Dt. Ges. f. Fachkrankenpflege (DFG) am 14. 11. 1987 in Berlin, ebd. 533–535. Vgl. auch Th. v. Uexküll, Psychosomatische Medizin (München 1990) 1177–1198.
- <sup>3</sup> Vgl. H. Grewel, Sind die anderen schuld, wenn ich sterben muß?, in: ders., Recht auf Leben. Dringende Fragen christlicher Ethik (Göttingen 1990) 178.
- <sup>4</sup> Den Fall schildert H. Smit (Anm. 2) 484.
- <sup>5</sup> Vgl. F. J. Illhardt, Medizinische Ethik (Berlin 1985) 66f.
- <sup>6</sup> Vgl. ebd. 67.
- <sup>7</sup> Vgl. H. Smit; M. Roes, S. Niemeyer (Anm. 2).
- <sup>8</sup> Vgl. H. Piechowiak, Eingriffe in menschliches Leben (Frankfurt 1987) 170f.
- <sup>9</sup> Organtransplantationen. Erklärung der Dt. Bischofskonferenz und des Rates der Ev. Kirche in Deutschland (Bonn, Hannover 1990) 9.
- <sup>10</sup> Vgl. A. Lüers-Wegstreiter, Heilen als Belastung. Psychologische Probleme bei Knochenmarktransplantationen, in: Ethische Probleme der modernen Medizin, hrsg. v. H. Piechowiak (Mainz 1985) 95–104.
- <sup>11</sup> Vgl. H. Smit (Anm. 2) 484f. und gem. Erkl. (Anm. 9) 24f.
- <sup>12</sup> Zu den theologisch-ethischen Aspekten vgl. v. a. die gem. Erkl. (Anm. 9), auch M. Honecker, Art. Organtransplantation. 2. Ethik, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht (Freiburg 1989) 762–767 (Lit.), K. Demmer, Leben in Menschenhand (Freiburg i. Ue. 1987) 128–133; A. Elsässer, Organspende – selbstverständliche Christenpflicht?, in: ThPQ 128 (1980) 231–245; zur Organtransplantation aus philosophischer Sicht vgl. den sehr lesenswerten Aufsatz von R. Löw, Die moralische Dimension von Organtransplantationen, in: Scheidewege 17 (1987/88) 16–48.
- <sup>13</sup> Vgl. G. Kraus, Blickpunkt Mensch (München 1983).
- <sup>14</sup> K. Jaspers, Der philosophische Glaube (München 1974) 50.
- <sup>15</sup> M. Heidegger, Kant und das Problem der Metaphysik (Frankfurt 1973) 203.
- <sup>16</sup> Vgl. G. Kraus (Anm. 13) 13.
- <sup>17</sup> Vgl. D. E. Lohse, Ethische Fragen der Organtransplantation (unveröffentl. Ms) 2.
- <sup>18</sup> Vgl. C. M. Genewein, P. Sporken, Menschlich pflegen (Düsseldorf 1981) 241.
- <sup>19</sup> Vgl. ebd. 242f.
- <sup>20</sup> Vgl. dazu J. Reiter, Der Tod des Menschen. Zu einem Papier des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer über „Kriterien des Hirntodes“, in dieser Zschr. 201 (1983) 61f.
- <sup>21</sup> H. Jonas, Technik, Medizin und Ethik (Frankfurt 1985) 222.
- <sup>22</sup> Gem. Erkl. (Anm. 9) 18.      <sup>23</sup> Ebd. 23.
- <sup>24</sup> Vgl. dazu etwa nur A. Laufs, Rechtsfragen der Organtransplantation, in: Rechtliche Fragen der Organtransplantation, hrsg. v. H.-D. Hiersche, G. Hirsch, T. G. Baumann (Berlin 1988) 57–74.
- <sup>25</sup> Vgl. A. Laufs, ebd. 60.      <sup>26</sup> In: Scheidewege 16 (1986/87) 168–186.
- <sup>27</sup> Ich folge hier im wesentlichen der gem. Erkl. (Anm. 9) 21–23 und M. Figura, Zum christlichen Verständnis des Todes und der Auferstehung der Toten (unveröffentl. Ms.).
- <sup>28</sup> Gem. Erkl. (Anm. 9) 22.      <sup>29</sup> Vgl. ebd. 23.
- <sup>30</sup> Vgl. M. Honecker, Freiheit, den Tod wahrzunehmen. Theologische Gedanken aus Anlaß der Organtransplantationen, in: ders., Aspekte und Probleme der Organverpflanzung (Neukirchen 1973) 200.