

selbst wenn sie sich vom Numinosen, von der Frage nach Transzendenz umgetrieben zeigten, von der Institution in aller Regel nichts wissen. Schmied andererseits: „Muß es denn überhaupt anders sein?“

Daß ausgerechnet Vertreter der *Musik* das entspanntere Verhältnis zwischen Kirche und Kunst störten, war keine Überraschung. Auf keinem Gebiet – sieht man von der Architektur ab – sind Künstler und Kirchenleute so unmittelbar und alltäglich aufeinander angewiesen wie gerade auf diesem. Thomas Dieter Schlees Bemerkungen zum Verhältnis von Religion und Musik gerieten zuallererst zu einer Klage über Mißstände.

Schlee kritisierte, in der katholischen Kirche schein man aus Mangel an Bildungsinteresse den „autonomen Wert der hohen Kunst nicht zu erkennen“. Die Musik werde zum „Accessoire“ zur Liturgie. Dies stelle jedoch eine Erniedrigung der Kunst dar. In dem Maße, wie sich die Kirchen von den Künsten abwendeten, löse sich ein wesentlicher Aspekt ihrer Identität auf. Die Kunst könne ohne die Kirchen existieren, auch wenn sie es nicht wolle, die Kirche aber umgekehrt nicht

ohne die Kunst. Er beklagte in dem Zusammenhang auch das unzureichende Qualitätsbewußtsein in Bezug auf die liturgische Musik.

Hier partizipiert Kirche an dem schwierigen Verhältnis, das große Teile der Bevölkerung gerade mit der Gegenwartskunst haben und umgekehrt. Wenn in Berlin von „Demokratisierung“ der Kirche die Rede war, dann immer in einem negativen, problematischen Sinne. Bischof Lehmann nahm die Gemeinden insofern in Schutz, als er darauf hinwies, es mache einen erheblichen Unterschied, ob man ein Kunstwerk im Museum hin und wieder betrachte oder ob man täglich davor bete.

Trotz aller zwischen Kunst und Kirche, aber auch zwischen Religion und Kunst fortbestehender Verständigungsschwierigkeiten, in der Sache begründeter Fremdheiten und Distanzen – letztlich bestimmend blieb für den Kongreßverlauf eher die wiederholt geäußerte Vorstellung vom hohen Grad der Verwandtschaft der Anliegen von Religion und Künsten. Selbst wenn beide darin nicht aufgehen und sich dafür nicht funktionalisieren lassen, besäßen sie ein Wissen darüber,

wie alles auch *anders* sein könnte. Man muß dies nicht zeitpessimistisch oder gar antimodernistisch lesen. Gemeint war es eher im Sinne einer Zeitgenossenschaft von Künstlern und religiösen Menschen im Rahmen humaner Selbstreflexion, einer Art von *Koalition derjenigen, die sich um das Humanum sorgen*, die mehr Fragen haben als Antworten und sich zugleich an den Grenzen menschlicher Ausdrucks- und Sprachfähigkeit abarbeiten.

So entspannt sich jedoch das Verhältnis von Religion und Künsten in Berlin erwies, dem Gespräch haftete phasenweise eine gewisse *Künstlichkeit* an. Mancher Künstler war sich offenbar bis zuletzt nicht wirklich im klaren über seine Rolle in diesem Gespräch.

Hinzu kam eine von Teilnehmern registrierte Abgehobenheit vom Kunstbetrieb, zu der bereits das großbürgerlich-gediegene Ambiente des Japanisch-Deutschen Zentrums beitrug. Manchen Teilnehmer beschlich die Ahnung, eine größere Entschlossenheit, auch auf jüngere Künstler zuzugehen, hätte zwar die Sache, um die es ging, nicht leichter gemacht, wäre aber aus Gründen des Wirklichkeitsbezugs eher von Vorteil gewesen. K. N.

Strittige Voraussetzungen

Zur Diskussion über Todeszeitpunkt und Organtransplantation

Derzeit wird vom Bundesgesundheitsminister ein Organtransplantationsgesetz vorbereitet. Die in diesem Zusammenhang am meisten kontrovers diskutierten Themen sind der Todeszeitpunkt und die einzelnen Regelungsmodelle (Widerspruchslösung, Zustimmungslösung, Informationslösung). Der Mainzer Moraltheologe Johannes Reiter stellt im folgenden Beitrag die unterschiedlichen Positionen dar und unternimmt eine kritische Bewertung.

Im Streit um die Organtransplantation geht es längst nicht mehr nur um die einzelnen rechtlichen Regelungsmodelle (Zustimmungslösung, Widerspruchslösung oder Informationslösung), sondern um die *Grundvoraussetzung* der Transplantationsmedizin überhaupt, nämlich um den Hirntod. Früher wurde das Aufhören des Herzschlags mit dem Tod gleichgesetzt. In der alltäglichen medizinischen Praxis und bei den sogenannten Normalfällen des Todes (z. B. bei fort-

geschrittener Krankheit oder infolge hohen Alters) ist dies auch heute noch der Fall. Nachdem jedoch Möglichkeiten entwickelt worden sind, unter bestimmten Bedingungen die Herztätigkeit wieder in Gang zu bringen oder für Herzoperationen vorübergehend vollkommen stillzulegen, zeigt der Herztod nicht mehr in jeder Situation den Tod an. Dies war der sachliche Grund, die klassische Todesdefinition „Herztod“ durch „Hirntod“ zu ersetzen.

Obwohl der Begriff „Hirntod“ schon im Jahre 1800 geprägt wurde, dauerte es noch rund 150 Jahre, bis dieser Terminus durch die Entwicklung von Beatmungsgeräten für die medizinische Praxis relevant wurde (vgl. Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Bonn/Hannover 1990, 17). Die maßgebliche, damals von allen medizinischen Fachgesellschaften akzeptierte und auch von nichtmedizinischer Seite angenommene Definition des Hirntodes stammt von der Harvard Medical School aus dem Jahr 1968. Entsprechend dieser Definition wird das irreversible Koma gleichbedeutend mit dem Hirntod durch folgende Eigenschaften charakterisiert: Bewußtlosigkeit, Ausfall der Spontanatmung, Reflexlosigkeit, Nulllinien-EEG (vgl. H. K. Beecher et al., 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], 85–88). Mit der Definition der Harvard-Universität sollte zunächst die Grenze festgelegt werden, von der ab es nicht mehr menschenwürdig wäre, eine intensivmedizinische Behandlung fortzusetzen.

In Einzelheiten gilt das Harvard-Gutachten heute nicht nur in den USA als überholt. Von unterschiedlichen Gremien wurden die Erkenntnisse vertieft und weiter differenziert. Für die Bundesrepublik gelten die 1982 beschlossenen und 1986 sowie 1991 fortgeschriebenen Richtlinien der Bundesärztekammer, worin der Hirntod definiert wird „als Zustand des irreversiblen Erlöschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, bei einer durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltenen Herz-Kreislauffunktion“ (vgl. Kriterien des Hirntodes, in: Deutsches Ärzteblatt 88 [1991], B-2855–2860).

Wann ist der Mensch tot?

Der so definierte Hirntod als Kriterium für den Tod des Menschen wird inzwischen von einer wachsenden Gemeinde in Zweifel gezogen. In besonderer Weise wurde dies deutlich am sogenannten „Erlanger Baby“ (vgl. HK, Dezember 1992, 548 ff.). Als im Oktober 1992 die Ärzte der Erlanger Uniklinik bei der 18jährigen Marion Ploch den Hirntod feststellten, hätten auch die Geräte abgestellt werden können. Daß dies nicht geschehen ist, begründeten sie damit, daß dem vier Monate alten Baby im Körper der jungen Frau die Chance zum Leben gegeben werden sollte. Für viele stellte sich daraufhin die Frage: „Wie kann eine Schwangerschaft aufrechterhalten werden, wenn die Mutter tot ist?“ Genährt wird der Zweifel am Hirntod als Zeitpunkt für die Festlegung des menschlichen Todes auch von Hirnforschern selbst. Für den Bremer Professor *Gerhard Roth* und dessen Mitarbeiterin *Ursula Dicke* ist „das eindeutige Kriterium für den Eintritt des biologischen Todes der Stillstand des zellulären Stoffwechsels“ (vgl. dies., in: DIE ZEIT, 22.7.1994, 24). Dieser Stoffwechsel werde im menschlichen Körper durch die

gemeinsame Tätigkeit der Organe aufrechterhalten, zu denen auch das Gehirn gehöre. Der Körper bilde eine funktionale Einheit; dabei sei das Gehirn gegenüber den anderen Organen keineswegs „lebensmachend“.

Für die Bonner Neurochirurgen *Detlef B. Linke* und *Martin Kurthen* handelt es sich bei dem in Deutschland gültigen Ganzhirntodkriterium um eine pragmatische Übereinkunft, die in dieser Form keinerlei Anspruch auf ein schlüssiges Gesamtkonzept erheben könne. Mit der Einführung dieses Kriteriums habe sich ein grundlegender Wandel vollzogen, mit dem die Orientierung am leiblichen Lebendigkeit des Menschen verabschiedet worden sei (vgl. dies., in: *J. Hoff und J. in der Schmitten* [Hg.], Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium, Hamburg 1994, 82–94 und 255–269). Innerhalb der Kirche wird Kritik insbesondere von den beiden evangelischen Professoren *Hans Grewel* und *Klaus-Peter Jörns* geäußert, die sich vor allem gegen die Gleichsetzung von Hirntod und Tod des Menschen wenden und in der Organentnahme nach dem Eintritt des Hirntodes einen unzulässigen Eingriff in das Sterbgeschehen sehen (vgl. dies., in: *J. Hoff und J. in der Schmitten*, 332–349 und 350–384).

Der Theologe *Johannes Hoff* und der Mediziner *Jürgen in der Schmitten* heben beim Todesverständnis vor allem auf die Untrennbarkeit von Person und Leib ab. Sie gehen von einer systemtheoretischen Betrachtung aus und kommen zu dem Schluß, daß man zwar die Diagnose Hirntod richtig stellen könne, bestreiten aber, daß die Deutung dieser Diagnose als Tod des Menschen rechtmäßig ist. Organentnahme erfolgt ihrer Deutung nach nicht von Toten, sondern von Sterbenden im irreversiblen Koma, weshalb diese Kritiker die Organentnahme in diesem Zustand auch als Vivisektion (Sektion eines Lebenden) bezeichnen (vgl. a. a. O. 153–252).

Diesen zwar wenigen, aber nicht zu unterschlagenden Kritikerstimmen steht eine *große wissenschaftliche Mehrheit* gegenüber. So versucht der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in seiner Stellungnahme vom November 1993 erneut, den „endgültigen Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sichere Todeszeichen“ zu verdeutlichen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 90 [1993], B 2177–2179), und im September 1994 erklärten vier wichtige Deutsche Wissenschaftliche Gesellschaften (für Anästhesiologie und Intensivmedizin, für Neurochirurgie, für Neurologie, für Psychologie), daß ein Mensch dann tot sei, wenn seine Hirnfunktionen vollständig und unumkehrbar ausgefallen sind (vgl. Erklärung Deutscher Wissenschaftlicher Gesellschaften zum Tod durch völligen und endgültigen Hirnausfall [„Hirntod“], Düsseldorf; vgl. auch FAZ, 28.9.1994). Wie der Münchner Moralthologe *Johannes Gründel* feststellt, handelt es sich bei der Festlegung des Hirntodes als Kriterium für den Tod des Menschen um ein „Tatsachenurteil“, das „auf real vorliegenden und wissenschaftlich aufweisbaren anthropologischen Strukturen“ gründet, die von den hierfür zuständigen Fachleuten vorgelegt werden und solange auch Geltung beanspruchen können, als sie nicht widerlegt und durch neue

Kriterien ersetzt werden (vgl. Den Freiheitsraum des einzelnen respektieren, in: Kath. Korrespondenz Nr. 27, 5.7.1994, 2-5, hier 4).

Der Moralthologe wird bei seiner ethischen Beurteilung die divergierenden Ansichten zur Kenntnis nehmen und berücksichtigen müssen. Auch wenn er den wissenschaftlichen Streit auf der Sachebene nicht entscheiden kann, so wird er doch Gründe finden und nennen müssen, warum er der einen Position zugeneigt ist und die andere ablehnt.

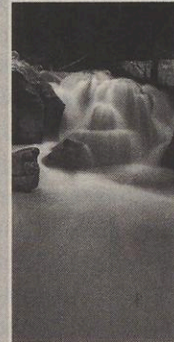
Es gibt nur einen Tod des Menschen

Zunächst gilt es, ein grundsätzliches Mißverständnis auszuräumen: Begriffe wie „Herztod“ oder „Hirntod“ können den falschen Eindruck erwecken, als gebe es mehrere Tode. Die Begriffe sind insbesondere deshalb falsch verständlich, weil sie in der Umgangssprache sowohl für die Todesursache als auch für den Tod selbst benutzt werden. Richtig wäre die Formulierung „Tod nach Herzstillstand“ bzw. „durch endgültigen Ausfall der gesamten Hirnfunktion“. Um Mißverständnisse auszuschließen, ist deshalb in den Bekanntmachungen der Bundesärztekammer und der Erklärung der Deutschen Wissenschaftlichen Gesellschaften auch nur von dem „einen Tod“ die Rede, für den es freilich verschiedene Ursachen, Eintrittsweisen, Zeichen und Nachweisverfahren gibt. Der vollständige und unumkehrbare Funktionsausfall des Gehirns ist für die Vertreter des Hirntodkriteriums lediglich ein weiteres Kriterium für denselben Sachverhalt Tod, der außerhalb der Intensivstation durch die herkömmlichen Kriterien des irreversiblen Herz-Kreislauf- und Atemstillstands angezeigt wird.

In unserer Kulturtradition wird unter dem Tod des Menschen schon immer das *Ende des Menschen als Lebewesen*, als Organismus in seiner Ganzheit verstanden. Dazu ist aber nicht der Tod eines jeden einzelnen Organs und jeder einzelnen Zelle erforderlich, diese können je nach Umständen verschieden lang überleben. Der Mensch ist also nicht erst tot, wenn er verwest oder verbrannt ist, sondern dann, wenn er für immer die Merkmale verloren hat, die ihn als Lebewesen kennzeichnen. Nun werden aber alle Lebensmerkmale, die ein höheres Lebewesen kennzeichnen, durch die Tätigkeit des *Gehirns* bewirkt. Wie die Deutschen Wissenschaftlichen Gesellschaften festhalten, bestimmt das Gehirn bei den entsprechend entwickelten Lebewesen das gesamte angeborene und erlernte, von inneren Antrieben ausgelöste und von außen veranlaßte Verhalten mit zielgerichteten Handlungen; es regelt die Fähigkeit zur Anpassung des Verhaltens an wechselnde Umweltbedingungen sowie die Steuerung und Abstimmung der Tätigkeiten einzelner Körperteile und ihrer Wechselbeziehungen. Dem Gehirn kommt also eine Zentralfunktion für den Gesamtorganismus zu. „Beim Menschen ist das Gehirn zudem die notwendige und unersetzliche körperliche Grundlage für das stofflich nicht faßbare Geistige. Wie auch immer der menschliche Geist, die mensch-

Der Meditations- führer

Meditieren – wie und wo –



Ein Führer
mit 500 Adressen
von Lehrern,
Häusern und Zentren

HERDER

NEU

224 S., Paperback,
DM 24,80 /öS 194,-
SFr 24.80
ISBN 3-451-23241-3

Alles über christliche und christlich geprägte Meditationspraktiken von namhaften Meditationslehrern erschlossen.

Welche Meditationspraktiken gibt es überhaupt? Welche ist für mich geeignet? Wo kann ich sie erlernen und einüben?

Das vorgestellte Spektrum reicht von den klassischen Exerzitien bis hin zu Zen und Yoga für Christen, Meditation in Verbindung mit Psychotherapie und meditativem Tanz.

In jeder Buchhandlung!

HERDER

liche Seele und die menschliche Person verstanden werden: Ein Mensch, dessen Gehirn abgestorben ist, kann nichts mehr aus seinem Inneren und aus seiner Umgebung empfinden, wahrnehmen, beobachten und beantworten, nichts mehr denken, nichts mehr entscheiden. Mit dem völligen und endgültigen Ausfall der Tätigkeit seines Gehirns hat der betroffene Mensch aufgehört, ein Lebewesen in körperlich-geistiger oder in leiblich-seelischer Einheit zu sein. Deshalb ist ein Mensch tot, dessen Gehirn völlig und endgültig ausgefallen ist“ (Deutsche Wissenschaftliche Gesellschaften, 1).

Das bislang in philosophischen und theologischen Diskursen behandelte *Verhältnis von Leib und Seele* ist somit auch ein zentrales Thema der Hirnforschung geworden (vgl. J. Fedrowitz, W. Matejovski, G. Kaiser [Hg.], *Neuroworlds. Gehirn – Geist – Kultur*, Frankfurt – New York 1994). Seelische Phänomene lassen sich bestimmten Mechanismen zuordnen, die sich im Gehirn vollziehen und somit an ein materielles Substrat gebunden sind. Die in diesem Zusammenhang vielfach vorgenommene Gleichsetzung von *Hirntod* und *Personaltod* ist jedoch irreführend. Beide Phänomene sind aufeinander bezogen, aber nicht identisch und gehören zwei verschiedenen Ebenen an: der medizinischen und der philosophischen. Dennoch läßt sich mit moralischer Sicherheit schließen, daß, wenn die Hirntodkriterien vorliegen, die Person tot ist; Leib und Seele haben sich getrennt. Auf diesen beiden unterschiedlichen Ebenen bewegt man sich auch, wenn man vom Tod als Prozeß und vom Tod als Ereignis spricht. Ein Prozeß ist der biologische Tod, wenn man darunter den Tod des ganzen Organismus versteht; ein Ereignis ist der philosophische und der theologische Tod, wenn man darunter die Trennung von Leib und Seele versteht (vgl. A. Sonnenfeld, *Wer oder was ist tot beim Hirntod? Der Hirntod in ethischer Perspektive*, in: *Forum Katholische Theologie* 10 [1994], 30–59, hier 39).

Die Einwände sind nicht stichhaltig

Zu den eingangs zitierten kritischen Stimmen kommen weitere hinzu, die hier zusammen mit den ersteren gebündelt und reflektiert werden. Bereits mit dem Aufkommen der Hirntoddefinition wurde der Einwand erhoben, sie laufe auf eine *Neudefinition des Todes* hinaus (z. B. Grewel, Jörns, Hoff/in der Schmitten). Dazu ist anzumerken, daß die Medizin den Tod als bereits eingetretenes Ereignis feststellt. Der Tod wird damit nicht von der Medizin definiert, wohl aber beschrieben und dokumentiert. Beim Hirntod handelt es sich wie beim Herztod um ein Kriterium für die Todesfeststellung und nicht um eine Definition des Todes. Der Tod ist in seinem Wesen durch das Hirntodkriterium nicht verändert worden, er bleibt immer derselbe, sowohl unter den klassischen als auch unter den neuen Kriterien; er wird also nicht neu definiert bzw. festgelegt, sondern lediglich neu festgestellt und benannt.

Mit dem Einwand von der Neudefinition des Todes ist oft

ein weiterer verbunden, der besagt, es handele sich beim Hirntodkriterium um eine *pragmatische Verabredung* (z. B. H. Jonas), um möglichst früh im Verlauf des Sterbevorgangs Organe für Transplantationen entnehmen zu können. Hierzu muß gesagt werden, daß Todeszeichen naturgegeben sind und daher naturwissenschaftlich nicht verabredet werden können. Die Richtigkeit oder Falschheit einer Sachaussage hängt von ihrer Überprüfbarkeit ab und nicht von den Beweggründen dessen, der sie ausspricht. Wenn aber ein Kriterium praktischen Interessen entgegenkommt, mindert dies seine Richtigkeit ebensowenig wie ein technisches Anwendungsinteresse die Richtigkeit einer wissenschaftlichen Theorie in Frage stellt.

Ein anderer Einwand hebt auf die *Symmetrie von Hirntod und Hirnleben* ab und lautet, die Anerkennung des Hirntodes als Tod des Menschen impliziere den Tod des Frühembryos, weil dieser noch kein Gehirn habe (z. B. Hoff/in der Schmitten). Dem ist entgegenzuhalten, daß die Definitionsmerkmale und Kriterien für das Lebensende nicht ohne weiteres auf dessen Beginn übertragen werden können. Beim Hirntod ist sowohl die tatsächliche als auch die potentielle (eventuell zukünftig wieder auflebende) Nutzungsfähigkeit erloschen. Bei der embryonalen Gehirnentwicklung besteht aber auch vor der tatsächlichen Nutzungsfähigkeit (Kapazität) eine potentielle Nutzungsfähigkeit, die mit der Befruchtung gegeben ist.

Ein weiterer Einwand lautet, mit der Differenzierung von Gehirntod und biologischem Organtod begünstige man einen *Dualismus*, der im Widerspruch zur Leib-Seele-Einheit des Menschen stehe (z. B. Grewel, Jörns, Hoff/in der Schmitten). Hier ist zu bedenken, daß das Hirntodkriterium von seiner ursprünglichen Intention her eine Grenze festlegen wollte, von der ab eine intensivmedizinische Behandlung nicht mehr angebracht ist. Eine solche pragmatisch entstandene Grenzaussage wird aber notwendig falsch, wenn man sie als eine Grundformel des Menschseins versteht und zum Ausgangspunkt einer anthropologischen Gesamtheorie macht. Sie setzt gerade eine solche voraus und ist deshalb auch nur auf dem Boden eines ganzheitlichen Menschenbildes richtig zu verstehen (so E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß*, Mainz 1993, 254).

Gewiß bezeichnen „Leib“ und „Seele“ verschiedene Dimensionen des Menschen, aber diese Dimensionen stehen in einer unlösbaren Einheit. Die Seele existiert nur, indem sie sich leiblich ausdrückt; es ist ihr Wesen, *forma corporis* zu sein. Der Leib hingegen ist nur dann Leib, wenn er von der Seele realisiert („informiert“) wird. Der Mensch ist Leib und Seele in einem; er ist verleiblichte Seele und durchseelter Leib. Von der Logik der Sache her, um die Konstante von den Variablen zu unterscheiden, ist jedoch eine Differenzierung zwischen Leib und Seele unverzichtbar. „Aber diese Dualität ist in der christlichen Überlieferung immer konsequenter ... so bedacht worden, daß sie nichts von Dualismus an sich trägt. Die Materie als solche kann nicht der Konstanten-Faktor im Menschen sein: Sie ist auch während des ir-

dischen Lebens in steter Umbildung begriffen... Im ständigen ‚Aufgeriebenwerden‘ des Leibes ist es doch der eine Mensch, der ganze Mensch, der auf die Ewigkeit zugeht und als Gottes Geschöpf im leibhaftigen Leben reift für das Schauen von Gottes Angesicht“ (J. Ratzinger, in: J. Auer und J. Ratzinger, Kleine katholische Dogmatik IX, Regensburg 1977, 133).

Bei der Organspende geht es um eine Güterabwägung

Bei einem Überblick über das Feld kirchlicher Lehräußerungen in den letzten Jahren finden sich explizite Äußerungen zum Hirntod weder von Päpsten noch von römischen Kongregationen. Wohl haben sowohl Pius XII. als auch Johannes Paul II. wiederholt zur metaphysischen Dimension des Todes als Trennung von Leib und Seele Stellung genommen. Für unser Thema erweist sich eine Antwort Pius XII. aus dem Jahre 1957, also rund zehn Jahre vor der Harvard-Definition, auf folgende ihm gestellte Frage als hilfreich: „Wenn der Blutkreislauf und das Leben eines durch eine zentrale Lähmung tief bewußtlosen Patienten nur noch durch die künstliche Atmung aufrechterhalten werden, ohne daß sich nach mehreren Tagen irgendwelche Besserung zeigt, in welchem Augenblick betrachtet dann die katholische Kirche diesen Patienten als ‚tot‘?“ In seiner sehr differenzierten Antwort betont der Papst zunächst, daß es Sache des Arztes sei, eine klare und präzise Definition des Todes und des Augenblicks des Todes des Patienten zu geben. Überlegungen allgemeiner Art, so fährt Pius XII. fort, ließen aber die Meinung zu, das menschliche Leben dauere so lange fort, als sich seine vitalen Funktionen – im Unterschied zu dem bloßen Leben der Organe – von sich aus oder auch mit Hilfe von künstlichen Mitteln bemerkbar machen (Utz-Groner, 5552 und 5553). Wenn der Papst hier zwischen zwei verschiedenen Lebensformen unterscheidet, dem menschlichen Leben und dem bloßen Leben der Organe, dann ist mit letzterem genau das gemeint, was die heutige medizinische Begrifflichkeit mit Hirntod bezeichnet. Für die Deutsche Bischofskonferenz bedeutet der Hirntod „ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen“ (vgl. Organtransplantationen, 18). Mit dieser Position trägt sie den Ergebnissen der modernen Anthropologie und Medizin Rechnung. Der vollständige und unumkehrbare Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen bedeutet demnach das Ende der irdischen Geschichte einer menschlichen Person in ihrer Leib-Seele-Einheit.

Nun läßt sich, wie Dieter Birnbacher zu Recht feststellt, von der „anthropologischen Akzeptabilität oder Nichtakzeptabilität des Hirntodkriteriums nicht unmittelbar auf die ethische Akzeptabilität oder Nichtakzeptabilität“ eines der gegenwärtig ebenfalls sehr kontrovers beurteilten Regelungsmodelle schließen (vgl. ders., in: J. Hoff u. J. in der Schmitten, 39). Die Ethik der Organspende ist vielmehr ein Abwägen zwischen der den Tod überdauernden Würde und dem Persönlich-

keitsrecht des Organspenders sowie der Pietät gegenüber dem Leichnam und dessen Integrität einerseits und der dringend benötigten Hilfe für den Organempfänger andererseits. Bei dieser Güterabwägung können die Pietät und Integrität zurücktreten gegenüber dem höheren Gut der Lebensrettung des Organempfängers, nicht jedoch gegenüber dem zu Lebzeiten eindeutig geäußerten Willen des Organspenders. Das zu schaffende Transplantationsgesetz muß eine gut austarierte und begründete Interessenabwägung formulieren, die den Sensibilitäten beider Seiten Rechnung trägt.

Nun scheint gerade die *Widerspruchslösung*, bei der Organe entnommen werden dürfen, wenn nicht ein ausdrücklicher Widerspruch des Verstorbenen vorliegt, das Persönlichkeitsrecht des Spenders nicht gebührend zu berücksichtigen: Das über den Tod hinausreichende Persönlichkeitsrecht verlangt, daß niemand gegen oder ohne seinen Willen mit einem Eingriff in seinen Leichnam rechnen muß. Auch kann niemandem zugemutet werden, seine ablehnende Haltung zur Organspende offenzulegen. Die Vermutung eines Einverständnisses, wenn nicht ausdrücklich widersprochen wird, ist unredlich und kommt meines Wissens in keinem anderen Rechtsbereich, außer im Handelsrecht, vor. Darüber hinaus scheint bei der Widerspruchslösung der einzelne vom Staat bzw. von der Gesellschaft vereinnahmt zu werden.

Als zweiter Weg für eine rechtliche Regelung gilt die *Zustimmungslösung*. Nach der Zustimmungslösung dürfen Organe nur entnommen werden, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten einer Entnahme zugestimmt hat oder die Angehörigen die Zustimmung dazu erteilen. Bei dieser Lösung wird das Persönlichkeitsrecht des Organspenders am entschiedensten gewahrt, insofern sie eine ausdrückliche Willenserklärung des Spenders voraussetzt und somit eine intensive Auseinandersetzung mit dem Problem der Organtransplantation impliziert. Wie die Erfahrung zeigt, werden aber mit der Zustimmungslösung zu wenig Organe gewonnen. Geht man von der grundsätzlichen ethischen Erlaubtheit und Wünschbarkeit der Organtransplantation aus, scheinen andere Lösungen – wie etwa die Informationslösung, die einen dritten Weg darstellt, – geeigneter.

Nach der *Informationslösung* dürfen Organe nur entnommen werden, wenn der Spender zu Lebzeiten eingewilligt hat, oder bei fehlendem, nicht feststellbarem oder unklarem Willen des Verstorbenen die Angehörigen über die beabsichtigte Organentnahme sowie über ihr Widerspruchsrecht informiert werden und nicht widersprechen. Bei dieser Lösung handelt es sich um einen ausgewogenen Ausgleich zwischen den Heilungsinteressen des Organempfängers und dem Persönlichkeitsrecht des verstorbenen Spenders: Dem Willen des Verstorbenen und dem der Angehörigen wird Rechnung getragen; das Totensorgerecht wird respektiert; die Familie wird in den Entscheidungsprozeß miteinbezogen; gerecht wird man auch der psychischen Situation der Angehörigen, die vielleicht lieber schweigen als zustimmen, – dies kann für die Angehörigen entlastend sein; mit dieser Regelung wird auch einer Vereinnahmung des einzelnen

durch die Gesellschaft entgegengetreten. Und schließlich wissen die medizinisch Tätigen, daß sie offen, transparent und rechtens handeln.

Nicht auf ein Gesetz verzichten

Seit der letzten Änderung des Grundgesetzes von 1994 liegt die Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der Organtransplantation nicht mehr bei den Ländern, sondern beim Bund. Federführend ist der Bundesgesundheitsminister. Bei dem zu schaffenden Transplantationsgesetz dürfte die Widerspruchslösung kaum Chancen haben. Dies zeigt nicht zuletzt das im vergangenen Sommer gescheiterte rheinland-pfälzische Gesetzgebungsverfahren. Die gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und der Evangelischen Kirche in Deutschland ist sowohl für eine Zustimmungs- als auch für eine Informationslösung offen (vgl. H. Schlögel, Organtransplantation, in: Stimmen der Zeit 212 [1994], 381), wobei die Erklärung vom Gesamttenor her aber eher der letzten zuneigt: In „Anlehnung an einige europäische Transplantationsgesetze (erscheint) ... eine Regelung möglich, daß eine Organentnahme zulässig ist, wenn die Angehörigen eines Verstorbenen, der sich nicht zur Organspende geäußert hat, über die beabsichtigte Organentnahme informiert werden und diesem Eingriff nicht widersprechen (vgl. 20).“

Wenn nun neuestens darauf hingewiesen wird, man solle auf jegliche gesetzliche Regelung verzichten (vgl. Rainer Flöhl, Besser kein Transplantationsgesetz, in FAZ, 11.01.1995), so ist dieser Vorschlag in mehrfacher Hinsicht kontraproduktiv. Die derzeitige deutsche Rechtslage wird von allen Beteiligten als höchst unbefriedigend empfunden. Wegen des Fehlens eines Transplantationsgesetzes werden die Fragen in diesem Bereich jetzt sehr umständlich unter Rückgriff auf allgemeine Rechtsgrundlagen beantwortet. Im Interesse der Rechtssicherheit ist dies langfristig nicht hinnehmbar. Zudem galt in der DDR seit 1975 die Widerspruchsregelung; ob diese Verordnung nach dem Einigungsvertrag von 1989 in den neuen Bundesländern weiter gilt, ist verfassungsrechtlich umstritten. Man sollte auch nicht verschweigen, daß die angestrebte rechtliche Regelung mit dem gesundheitspolitischen Ziel zusammenhängt, dringend benötigte Spenderorgane in ausreichendem Maß zur Verfügung zu haben. Wir stehen vor der Situation, daß wir in Deutschland dringend auf Organe angewiesen sind, die die Menschen in unserem Land nicht spenden wollen und die darum von unseren ausländischen Nachbarn bezogen werden müssen. Dieser Mangel erklärt sich u. a. daraus, daß unsere Gesellschaft den Umgang mit Toten und die Verwendung von Leichenteilen in der Medizin zunehmend kritisch beurteilt. Auch von daher ist es notwendig, daß ein gesellschaftlicher Konsens über diese Fragen gefunden und in einem Gesetz zum Ausdruck gebracht wird.

Johannes Reiter

„Die Kirche entwickelt heute neue Ämter“

Ein Gespräch mit dem Münchner Dogmatiker Peter Neuner

Der Priestermangel macht sich in Teilen der Weltkirche immer stärker bemerkbar. Gleichzeitig sind in den letzten Jahrzehnten neue pastorale Dienste von Laien entstanden. Was bedeutet diese Entwicklung für Verständnis und Praxis des Amtes in der katholischen Kirche? Braucht es neue Ämter? Darüber sprachen wir mit Professor Peter Neuner, Dogmatiker an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität München. Die Fragen stellte Ulrich Ruh.

HK: Herr Professor Neuner, beim Studententag der Deutschen Bischofskonferenz zum Thema Gemeindeleitung bei der Frühjahrsvollversammlung 1994 sprach Bischof Kasper von einem Dilemma, das sich für die Kirche in dieser Frage derzeit abzeichne. Aufgrund des Priestermangels würden pastorale Laienmitarbeiter zu De-facto-Gemeindeleitern gemacht, obwohl das eine erhebliche Gefahr für die sakramentale Grundstruktur der Kirche mit sich bringe. Gibt es einen Weg aus diesem Dilemma, der sowohl pastoral weiterführt wie theologisch verantwortbar ist?

Neuner: Man muß zunächst sehen, daß theologisch jedenfalls im deutschen Sprachraum seit dem Ende der siebziger Jahre und seit der Gemeinsamen Synode in Würzburg über die Zuordnung der Laien im hauptamtlichen pastoralen Dienst zum kirchlichen Amt nicht mehr sehr intensiv nachgedacht worden ist. Gleichzeitig hat aber die Beteiligung von Laien an Aufgaben, die herkömmlicherweise dem kirchlichen Amt vorbehalten waren, in geradezu dramatischer Weise zugenommen. Wenn ich mich in unseren Pfarreien umschaue, dann zeigt sich, daß die Seelsorge ohne die Dien-