

Medizinisch-ethische Fragen zur Herztransplantation

Die bisher in Südafrika, Nordamerika und Indien durchgeführten sechs Herztransplantationen lösten in der ganzen Welt neben Anerkennung und Bewunderung vor der chirurgischen Leistung auch Zweifel, heftige Kritik und direkte Ablehnung aus. Beide Arten von Stellungnahmen waren nicht immer frei von irrationalen Faktoren, die oft den Blick auf die wirklichen medizinisch-ethischen Probleme verstellten.

Im Mittelpunkt der Kritik, die vor allem an den zwei Herzübertragungen des Kapstadter Chirurgen Christian Barnard geübt wurde, standen das Problem der Feststellung des Todesintritts wie das der immunologischen Abwehrreaktion des Empfängerorganismus. Beiden übergeordnet ist die allgemeine Frage, welchen ethischen Normen das ärztliche Handeln unterliegt. Den der Form nach wohl schärfsten Einwurf machte der deutsche Herzspezialist und Nobelpreisträger Werner Forßmann, Düsseldorf. Seiner Ansicht nach („Frankfurter Allgemeine Zeitung“, 3. 1. 68) sind „unsere Kenntnisse von der Immunbiologie überpflanzter Gewebe noch nicht ausgereift“. Daher würden sich die Abstoßungsvorgänge nicht so steuern lassen, wie dies bei einem so schwerwiegenden Eingriff in den Menschen erforderlich sei; damit aber werde das oberste Gebot der Chirurgie „nil nocere“ verletzt. Allerdings dürfte er mit dem Bild einer Operationsgruppe, welche „die mit dem Tod ringende junge Frau mit gezücktem Messer umsteht . . ., fiebernd vor Gier, ihren wehrlosen Körper auszuschlachten“ — die Diskussion unzweckmäßig in den Bereich irrationaler Reaktionen abgedrängt haben. Dennoch werfen seine weiteren Fragen sehr ernste, keineswegs bloß emotionale Probleme auf: Wo ist noch „Sicherheit vor Ehrgeiz und Willkür, Charakterschwäche und Ruhmsucht gewährleistet“? War der Vater von Denise Darvall, der ersten Herzspenderin, überhaupt geschäftsfähig, als er seine Einwilligung gab, da er doch unter einem schweren Schock stand? Wer — so fragt W. Forßmann weiter — „erhält das kostbare . . . Transplantat?“ Wer „am meisten zahlen kann oder derjenige, der die wirksamsten Beziehungen hat“ oder wer politisch „wichtig“ sei?

Es ist wohl anzunehmen, daß die scharfe Kritik Forßmanns und anderer Mediziner auch mit der durch Barnard und sein Ärzteteam geförderten reißerischen Berichterstattung in den Massenmedien zusammenhängt und durch den starken Drang Barnards zur Publizität mitbedingt ist, die ihn wohl in den Augen vieler disqualifizierten.

Zwischen Protest und Zustimmung

Eine mehr indirekte, aber sachlich nicht weniger scharfe Kritik übten der Neurologe Walter Bushart und der Anästhesist Peter Rittmeyer, als sie auf dem Nordwestdeutschen Internistenkongreß zur Frage des *Todesintritts* feststellten, daß die heutige Medizin noch nicht in der Lage sei, eine vorübergehende von einer endgültigen Hirnstillle exakt zu unterscheiden („Sonntagsblatt“, 11. 2. 68). Allerdings trifft diese Kritik nicht Ch. Barnard, da nicht er, sondern das die Spenderin behandelnde Ärzte-

team die Todesdiagnose stellte (Triumph der Herzchirurgie, hrsg. v. H. W. Franke, Kindler, München 1968, S. 396 ff.). Prof. R. Zenker erklärte auf einer Sitzung des Münchener Ärztevereins, daß man heute noch nicht mit einer Funktionstüchtigkeit eines übertragenen Herzens über einen längeren Zeitraum rechnen könne. Auf keinen Fall dürfe ein Organ einem Bewußtlosen entnommen werden. Auch ein Mensch, dessen Gehirnstromkurve die Null-Linie anzeige, sei noch ein Lebender, selbst wenn er sich im Sterben befinde („Sonntagsblatt“, 11. 2. 68).

Auch der sowjetische Gesundheitsminister B. Petrowski beschuldigte Ch. Barnard, er „experimentiere“ mit seinen Patienten, da das „Gesetz der Inkompatibilität“ noch nicht hinreichend erforscht sei („Trud“, 19. 1. 68). Der sowjetische Spezialist für Organverpflanzungen und Lehrer Barnards, W. P. Demichow, erklärte in einem Interview mit der „Literaturnaja Gaseta“ (1. 1. 68), selbstverständlich gebe es eine Gewebeschanke, doch nicht so, wie wir sie uns vorstellen. Sie sei viel eher ein kompliziertes Problem als ein unüberwindliches Hindernis. W. P. Demichow wies auf die Warnungen von Wissenschaftlern hin, die vor rund 10 Jahren behaupteten, daß eine übertragene Niere aus immunologischen Gründen nicht in den Empfängerorganismus einwachsen könne. Heute dagegen gebe es Hunderte von Menschen mit „fremden“ Nieren auf der Welt. Demichow hofft, daß das Experiment Ch. Barnards „die Grundlage für weitere ähnliche Operationen in größerem Umfang sein werde“.

Die schwersten Vorwürfe gegen Ch. Barnard kamen nach seiner eigenen Aussage („Der Spiegel“, 5. 2. 68) aus England, wo sich führende Chirurgen sogar geweigert hätten, mit ihm während seines Londoner Aufenthaltes zusammenzutreffen. Der kanadische Herzchirurg J. C. Callaghan von dem Alberta-Hospital der Universität von Edmonton, Erfinder des Herzschrittmachers, bezeichnete die Herztransplantation am Menschen als „verfrüht“; „solange wir Eiweiß und Zellen nicht typisieren können“, seien „technische Experimente an lebenden Menschen“ nicht berechtigt („International Herald Tribune“, 12. 1. 68). Gegenüber diesen Kritiken und Vorwürfen fehlt es jedoch nicht an ernst zu nehmenden Stimmen, welche die Herztransplantationen billigen und zu begründen suchen. H. Göden, Lehrbeauftragter für theologisch-naturwissenschaftliche Grenzfragen an der Bochumer Ruhruniversität, nannte die erste Operation Ch. Barnards einen „therapeutisch sinnvollen Fortschritt“ und sieht sie als „ein großes ärztliches Engagement“, das nicht aus einem „wütenden Ehrgeiz“ komme („Sonntagsblatt“, 21. 1. 68). Er weist vor allem auf geschichtlich ähnliche Fälle hin. So habe z. B. der Frankfurter Chirurg Ludwig Rehn bereits 1896 zum erstenmal — gegen den Protest der Fachwelt — eine Herzwunde erfolgreich genäht. In den folgenden zehn Jahren habe er von 124 Patienten 50,4% auf diese Weise gerettet. Der amerikanische Nierenspezialist F. Rapaport von der New York University School of Medicine zieht den Vergleich mit dem ersten Flugzeug, das man ebenfalls als „verfrüht“ bezeichnet habe, und macht auf die großen Erfolge bei Nierenverpflanzungen aufmerksam. So sei die Überlebensquote bei Nieren-

transplantationen zwischen nichtverwandten Personen in den letzten Jahren von 20% auf etwa 65% gestiegen. Auch sei die „erste gelungene Verpflanzung einer menschlichen Niere“ 1954 in Boston von der Weltpresse kaum beachtet worden, obwohl diese viel differenziertere Aufgaben habe, die noch weitgehend unbekannt seien. Warum habe niemand protestiert, als der Amerikaner N. Shumway Anfang November 1967 bereits eine Herztransplantation ankündigte? Barnard weist in seinem „Spiegel“-Interview darauf hin, daß keiner der britischen Wissenschaftler gegen die Ankündigung von Donald Longmore, er werde „demnächst Herz und Lunge überpflanzen“, Einspruch erhoben habe. So scheinen die Ursachen der zum Teil heftigen Reaktionen wie der allgemeinen Anteilnahme der Weltöffentlichkeit tiefer zu liegen. Immer noch ist das Herz Symbol für das Innerste im Menschen, das nicht ohne Protest entmythologisiert werden kann. Und wenn Barnard das Herz lediglich als Pumpe ansieht und als Naturwissenschaftler und Chirurg für dessen Symbolwert weniger empfänglich erscheint („von einem gewissen Punkt an wird man zum reinen Herzforscher“, vgl. *Triumph der Herzchirurgie*, a. a. O., S. 394), so darf man sich fragen, ob dies nur die Folge einer gewissen mit der Routine unvermeidlich verbundenen Abstumpfung ist oder ob mit dem übersehenen Symbolwert auch das Symbolisierte übersehen wird, der Mensch, den nicht nur eine Summe von Organen und das Zusammenspiel von Funktionen ausmachen, sondern der als unvertauschbare Person existiert. Zumindest die Gefahr scheint gegeben. So spielen in Anerkennung und Ablehnung emotionale und oft mit weltanschaulichen Positionen verknüpfte Faktoren hinein und verzerren leicht den objektiven Tatbestand.

Allgemeine Problematik der Organtransplantation

Prof. H. J. Bretschneider stellt in einem kurzen Überblick („Frankfurter Allgemeine Zeitung“, 24. 1. 68) die allgemeinen jeder Transplantation gemeinsamen Probleme zusammen: 1. das Problem der „chirurgischen Kontinuitätstrennung“ bei der Entnahme und das der Wiederherstellung der Kontinuität bei der Einpflanzung. Die chirurgisch-technischen Probleme seien hier, auch bei einer Herzverpflanzung, „weitgehend gelöst“. 2. Das Problem der „Resistenz“ des betreffenden Organs gegenüber einem völligen Ausfall der Blut- und Sauerstoffversorgung, die sog. Wiederbelebenszeit. Hier sei das Herz, nächst dem Gehirn, am anfälligsten. Unter normalen Umständen toleriere es eine Wiederbelebenszeit von höchstens fünf Minuten (gegenüber der körperwarmen Niere, welche eine Unterbrechung der Blutzirkulation bis zu zwei Stunden verträgt). 3. Das Problem der Erhaltung der Lebensfähigkeit des entnommenen Organs bis zu seiner Wiedereinpflanzung, die sog. „Organ- bzw. Gewebeskonservierung“. Durch besondere Verfahren (Abkühlung auf etwa 0–5° C, Aufbewahrung in reiner Sauerstoffatmosphäre unter Überdruck und Durchströmung mit Speziallösungen) können isolierte Organe länger am Leben erhalten werden, das Herz mit der zur Zeit besten Methode bis zu fünf Stunden. 4. Eine besondere Problematik bilde die immunologische Abwehrreaktion des Empfängerorganismus. Hier gehe es um die Steuerung der Abstoßungsvorgänge, wobei deren Intensität von besonderer Bedeutung sei. Diese hänge einmal von der allgemeinen „Gewebeähnlichkeit“ von Spender und Empfänger wie auch von der Art des übertragenen Gewebes bzw.

Organs ab. Zellarme Gewebe und Gewebe ohne Blutgefäße (z. B. Hornhaut oder reine Herzklappen-transplante) würden häufig weniger intensiv abgestoßen. Die heute verwandten Methoden der Bestimmung der Gewebeerträglichkeit untersuchen vor allem die weißen Blutkörperchen als Träger der „Anti-Körper“. Erst in jüngster Zeit ist es van Rood durch bestimmte Methoden gelungen, Gruppen von weißen Blutkörperchen, ähnlich den Blutgruppen, zu bestimmen. Damit ließen sich die Erfolgchancen einer Transplantation sicherer vorhersagen (J. J. van Rood, *The serological recognition of transplantation antigens in man*, zitiert bei W. Ruff, „*Stimmen der Zeit*“, März 1968, S. 155–164). J. Hamburger von der neurologischen Klinik der Medizinischen Fakultät Paris und Ch. Dubost von der herzchirurgischen Klinik nehmen an, daß das Mißlingen von Organverpflanzungen auf „antigenische Strukturunterschiede“ („*Le Monde*“, 17. 1. 68) zwischen Spender und Empfänger zurückzuführen sei, die man durch die alleinige Untersuchung der weißen Blutkörperchen nicht vorausbestimmen könne. „*International Herald Tribune*“ (12. 1. 68) berichtet, man arbeite zur Zeit noch an einem komplizierten Gewebetypisierungsverfahren. So habe z. B. F. Rapaport im Dezember 1967 zum erstenmal die Niere einer Leiche verpflanzt, wobei die Gewebeerträglichkeit von Spender und Empfänger vorher genau analysiert worden sei. R. Pichlmayr gibt in seinem Artikel *Immunsuppression und Organtransplantation* („*Münchener medizinische Wochenschrift*“, Jhg. 109, 3. 11. 67, S. 2277 bis 2283) als weitere Möglichkeit, die Immunreaktion zu beeinflussen, die „immunologische Toleranz“ an, die in einer „Täuschung des Wirtes“ bestehe. Das fremde Gewebe soll „als eigen“ betrachtet werden, und zwar über lange Zeit hinweg. Die hier liegenden Schwierigkeiten dürften „zumindest für den experimentellen Bereich in den nächsten Jahren“ überwunden sein (S. 2280).

Die Abstoßungsreaktion des Empfängerorganismus könne bei rechtzeitiger Erkenntnis durch immunsuppressive Maßnahmen (Bestrahlung, Verabreichung von Medikamenten, Injektion eines „Anti-Lymphozythenserums“) unterbunden werden. Allerdings würden sie die allgemeine Abwehrkraft des Organismus gegenüber Infektionen stark schwächen.

5. Als weitere Probleme der Organverpflanzung nennt H. J. Bretschneider die „Möglichkeiten zur Überbrückung eines Funktionsausfalls des übertragenen Organs“ (bei der Niere z. B. durch Anschluß an eine künstliche Niere), 6. die Zahl der möglichen Spender im Verhältnis zur Zahl der möglichen Empfänger sowie die Auswahl beider.

Wann ist der Mensch tot?

Innerhalb dieser allgemeinen Problematik einer Organtransplantation stellt sich nun bei einer Herzverpflanzung speziell das eigentliche medizinisch-ethisch ungelöste (oder unlösbare?) Problem, worauf sich die Diskussion weitgehend konzentriert hat: Wann tritt der Tod ein, und wann und mit welchen Kriterien läßt sich dies exakt nachweisen? In einem Interview mit der amerikanischen Fernsehgesellschaft CSB nannte Ch. Barnard die drei Kriterien, welche nach südafrikanischem Recht den Eintritt des Todes bedeuten: keine Reflexe (z. B. Pupillenreaktion auf Licht), keine Spontanatmung, keine spontane Herzaktivität (keine Herzströme über einen Zeitraum von 10 Minuten). Diese Kriterien erklärte Barnard in einem „Spiegel“-Interview (a. a. O.) für hinreichend, da

seiner Ansicht nach das Gehirn nach zehnminütiger Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr so sehr geschädigt sei, daß es sich nicht mehr erholen könne. Jedoch läßt sich bei diesem „zerebralen Tod“ mit maschineller Unterstützung die Herzstätigkeit noch längere Zeit (in einem Fall bis zu sieben, im zweiten bis zu drei Tagen) aufrechterhalten, wie H. Schneider, W. Maßhoff und G. A. Neuhaus von der Freien Universität Berlin in der Zeitschrift „Wiederbelebung und Organersatz“ (Bd. 4, Heft 2, 1967) berichten. In beiden Fällen hat die Autopsie des Gehirns eine „partielle ... Zersetzung des Gehirngewebes einschließlich Hirnstamm und Kleinhirn“ ergeben; außerdem ist es zu einer Verlagerung aufgelöster Gehirnteile in die Rückenmarkregion gekommen. Als Ursache dieser Veränderungen nimmt man „eine durch den Herzstillstand und den mit ihm verbundenen Sauerstoffmangel hervorgerufene schnelle Druckerhöhung im Gehirn“ an, die „schnell zu einem nicht mehr behebbaren zerebralen Zirkulationsstillstand“ führe. Dieser Stillstand im Gehirn, der sich mit Sicherheit nur durch eine Darstellung der Blutgefäße nachweisen lasse, beende also eigentlich das menschliche Leben.

Ebenso betonten W. Bushart und P. Rittmeyer (a. a. O.), daß die „Zeichen des Kreislaufstillstands ... nicht mehr gleichzusetzen“ seien mit dem Eintritt des Todes, da das Gehirn erst nach Ablauf von acht bis zehn Minuten nicht mehr wiederbelebbar sei. Auch die sog. Null-Linie in der Hirnstromkurve (EEG) sei noch kein eindeutiges Zeichen für einen irreparablen Hirnschaden. Erst drei Tage „Hirnstillheit“ oder die zum zweitenmal nach vorübergehender Hirntätigkeit im EEG wieder auftretende Null-Linie zeige an, daß keine Aussicht auf Wiederbelebung der Hirnfunktion bestehe. Auch die Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, daß eine Hirnstillheit von zwölf Stunden überschritten sein müsse, um den Tod feststellen zu können, wurden von ihnen als unzureichend bezeichnet. „Wir haben selbst nach zweitägiger elektrischer Stille im EEG eine vollständige Wiederherstellung gesehen und nach 24stündiger Pause ein Wiedereinsetzen der Spontanatmung“ (a. a. O.).

Wie soll sich der Arzt verhalten?

Hieraus ergibt sich für den Arzt das eigentliche Dilemma, das auch ein ethisches ist: Wenn Kreislauf und Atmung nach vorübergehendem Stillstand und vor Ablauf von sechs bis acht (acht bis zehn?) Minuten künstlich wieder in Gang gebracht werden können, eine tatsächliche Null-Linie in der EEG-Kurve jedoch nicht als vorübergehend oder endgültig qualifiziert werden kann, wie lange muß der Arzt den Kreislauf des Patienten noch künstlich aufrechterhalten, wenn der gleiche Patient möglicher Herzspender ist? Um Fehlurteile oder vorschnelle Entscheidungen nach Möglichkeit auszuschließen, schlagen J. Hamburger und Ch. Dubost vor, das Urteil über den Todeseintritt drei Ärzten, zwei von ihnen Spezialisten, anzuvertrauen, die jedoch nicht mit jenen identisch sein dürfen, welche die Herztransplantation vornehmen sollen („Le Monde“, 18. 1. 68). Zur ethischen Frage, wann eine Herztransplantation erlaubt sei, äußert sich der Moraltheologe G. Perico in seinem Artikel *Trapianto del Cuore* („Aggiornamenti sociali“, Februar 1968, S. 94 ff.). Die Erlaubtheit hänge ausschließlich von der Frage ab, ob der Patient wirklich *biologisch* (irreversibler oder totaler Gewebeerfall) und nicht nur *klinisch* tot sei. Die ent-

scheidende Frage laute, wann könne man sagen, daß die Wiederbelebungsversuche *zu spät* begonnen wurden: sechs bis acht oder acht bis zehn Minuten nach dem Herzstillstand? Die Todesdefinition selbst müsse die Ethik von der Medizin übernehmen. Erstere könne nur als Prinzip feststellen, daß der Arzt sich bei bereits begonnenem Zerfallsprozeß der Gehirnzellen dem „Patienten“ gegenüber wie einem „Leichnam“ verhalten dürfe. Er könne also die Wiederbelebungsversuche einstellen, unabhängig davon, ob eine Herztransplantation vorgesehen sei oder nicht.

Eine härtere Auffassung vertritt der Churer Moraltheologe A. Sustar in seinem Beitrag „Moraltheologische Fragen bei Herztransplantation“ („Schweizerische Kirchenzeitung“, 25. 1. 68). Ein Patient, der „klinisch zwar ‚gestorben‘“ sei, bei dem aber der „endgültige Tod noch nicht mit absoluter Sicherheit festgestellt“ werden könne, komme als Spender für eine Herztransplantation nicht in Frage.

Die zweite schwierige Frage, vor die sich der Arzt gestellt sieht, formuliert E. Tesson in seinem Artikel „Les greffes du coeur“ („Études“, März 1968, S. 322—328): Muß der Arzt alle verfügbaren Mittel (komplizierte, kostspielige Apparaturen, Zeit, Pflegepersonal, Ärzte) einsetzen, wenn der Patient nur noch wenige Minuten (Stunden, Monate) zu leben hat und sich nicht bei vollem Bewußtsein befindet? Oder wenn der gesamte „Apparat“ für weniger Schwerkranken mit besseren Heilungsaussichten benutzt werden könnte, die ohne Anwendung dieser Mittel u. U. sterben müßten? Nach Tesson ist diese Frage eine Gewissensfrage, die nur der entscheiden könne, der alle konkreten Gegebenheiten des Falles genau kenne. Er stellt jedoch zwei Richtlinien auf, die zu beachten sind: Der Arzt darf die Pflege des „Spenders“ nicht vernachlässigen, um seine „Chance“ im Interesse des „Empfängers“ zu forcieren. Der Patient muß wirklich tot sein, wenn man das Herz entnimmt. G. Perico dagegen betont (a. a. O.), daß die Pflicht des Arztes, sich für das Leben und die Gesundheit des Patienten einzusetzen, nicht unbegrenzt sei und nicht ohne weiteres die Anwendung außergewöhnlicher Mittel einschließe. Daher könne er aus Gründen der Güterabwägung vom Einsatz dieser Mittel absehen oder ihre Weiteranwendung einstellen. Das gleiche gelte nach Ansicht Pericos um so mehr, wenn der Patient möglicher Spender eines Herzens sei.

Nach Ansicht A. Sustars dagegen verlangt das ärztliche Ethos, daß einem Todkranken „mit allen zur Verfügung stehenden und sittlich erlaubten Mitteln“ geholfen werde. Sustar sieht darüber hinaus eine wesentliche Gefahr für das ärztliche Ethos darin, daß bei einer vorzunehmenden Herztransplantation sich diese Einstellung des Arztes zum Patienten ändern könnte, er also mehr als „Objekt“ für eine Herztransplantation denn als „Subjekt“ mit seinem „Recht auf Leben und auf ärztliche Hilfe“ betrachtet werde.

Wer soll das Herz erhalten?

Hinsichtlich des Empfängers ergeben sich in medizinischer bzw. ethischer Sicht zwei wesentliche Fragen: Wer soll das Transplantat erhalten? und: Wieweit müssen die medizinischen Forschungen bezüglich der immunologischen Abwehrreaktion fortgeschritten sein, um eine Übertragung wagen zu können? W. Ruff (a. a. O.) gibt drei Kriterien für die Auswahl des Empfängers einer Organ-

verpflanzung an: eine „lebenbedrohende“ Krankheit, die durch keine anderen Heilmittel behoben werden könne. Für eine Nierentransplantation kämen z. B. nur solche Kranke in Frage, welche die regelmäßige Anwendung einer künstlichen Niere aus physischen oder psychischen Gründen nicht vertragen. Zweitens müsse der körperliche und psychische Zustand des Empfängers die „Belastungen des operativen Eingriffs“ durchstehen können. Hierzu gehörten „ausreichende Intelligenz und Einsicht“ und der „Wille zur Gesundung“. Ruff gibt die in dieser Hinsicht seiner Meinung nach notwendige Altersgrenze mit 15 bis 55 Jahren an, die er jedoch nur als Zielwerte verstehen dürfte. Für den Empfänger des Transplantats müsse drittens die Aussicht auf eine „spürbare Verbesserung seiner Lebensbedingungen“ eine geraume Zeit hindurch bestehen. Bei Nierenverpflanzungen könne man trotz eines Restes von Unsicherheit eine solche Chance annehmen (vgl. auch J. J. Lynch, *Ethics of the Heart Transplant*, „America“, 10. 2. 68).

Auf die Frage, wem das Herz überpflanzt werden solle, wenn zwei Patienten, aber nur ein Transplantat vorhanden sei, antwortete Barnard in seinem Fernsehinterview mit Günter Gaus („Triumph der Herzchirurgie“, a. a. O.), dem, der es am nötigsten habe. Doch sei diese Frage seiner Meinung nach eine rein theoretische Frage, da es in der Praxis kaum vorkomme, daß zwei Patienten jeweils den gleichen Befund aufweisen würden. Dennoch ist dieser Fall nicht völlig auszuschließen und somit die ethische Frage, *wer* es denn am nötigsten habe, nicht ganz ohne Belang, da sie Aufschluß über die sozialen und ethischen Wertskalen des Arztes gibt. Barnard beantwortete diese Frage nach einigem Zögern damit, daß es richtig sei, jenen Menschen den Vorzug zu geben, die „verantwortungsbewußt“ sind und „größeren Wert für die Menschheit“ haben, „als Menschen bessere Vorbilder“ sind. Hier wird deutlich, daß diese Frage nur von den stets subjektiven Wertkriterien des behandelnden Arztes abhängt, die kaum eine einheitliche Entscheidung ermöglichen dürften.

Darf man am Menschen experimentieren?

Das zweite oben formulierte Problem läuft auf die Frage hinaus, darf man am Menschen experimentieren? Ruff deutet sie an, wenn er auf das Beispiel der Übertragung eines Schimpansenherzens in einen todkranken Patienten (am 23. 1. 1964 von J. D. Hardy durchgeführt) verweist — der kurz darauf starb —, und anschließend fragt: „War es nicht ein *medizinischer Versuch* am untauglichen Objekt, der allein im Interesse künftiger Patienten unternommen wurde?“ Ist dies — natürlich mit Einwilligung des Patienten — erlaubt? Muß nicht die Medizin, wenn sie sich nicht mit dem Erreichten zufriedengeben will, eine neue Behandlungsmethode auch einmal am Menschen „ausprobieren“? Müssen wirklich vorher alle Probleme (bei der Herztransplantation vor allem die immunologischen) geklärt sein? Wie weit müssen die Tierforschungen fortgeschritten sein, um den entscheidenden Schritt zum Menschen wagen zu können? Alle bisherigen Tierherzverpflanzungen wiesen eine Überlebenszeit von höchstens 18 Monaten auf. Darf bei diesen Ergebnissen und beim eingangs skizzierten Stand der Immunforschung eine Herzübertragung vorgenommen werden? Handelt es sich dann um ein *Experiment* am Menschen? E. Tesson bejaht diese Frage eindeutig, doch

kann seiner Ansicht nach nicht jedes Experiment am Menschen ausgeschlossen werden (a. a. O.). Barnard selbst unterscheidet zwischen „Behandlung“ („wenn wir über den weiteren Verlauf bestimmte Vorstellungen haben“) und „reinem Experiment“ („wenn das Ergebnis der Operation vollkommen unsicher ist“). Für ihn sei eine Herzverpflanzung kein Experiment (Triumph der Herzchirurgie, a. a. O., S. 386). Nach einer Erklärung der Nationalen Akademie der Wissenschaften der Vereinigten Staaten jedoch könnten Herztransplantationen noch nicht als „eine Form der Therapie“ angesehen werden. Sie befänden sich vielmehr noch in der „Phase des wissenschaftlichen Experimentierens, dessen langfristiger Ausgang noch ungewiß ist“ („International Herald Tribune“, 29. 2. 68).

V. Marozzi stellt für die sittliche Erlaubtheit der Übertragung die Bedingung, daß „begründete Hoffnung“ bestehen müsse, daß der Patient durch sie länger leben werde als ohne das eingepflanzte Herz (*Trapianto del cuore e problemi morali*, „La Civiltà Cattolica“, 17. 2. 68, S. 373). Nach Sustar (a. a. O.) kann selbstverständlich nicht jedes Risiko ausgeschlossen und im „Dienste der Forschung und des Fortschritts“ dürfe manche Gefahr in Kauf genommen werden. Doch: Wo liege die Grenze zwischen einem „verantwortungsbewußten und wissenschaftlich gesicherten Vorgehen“ und einem ans „Experimentieren grenzenden Eingriff“? Es dürfe aber bei einem mit Sicherheit Sterbenden auch „eine unsichere Methode“ angewandt werden, wenn kein anderer Ausweg offenbleibe.

Juristische Implikationen der Herztransplantation

Aus dieser Situation ergeben sich auch rechtliche bisher unbekannte Fragen. Darf z. B. ein Mensch, der sich in finanziell hoffnungsloser Lage befindet, sein Herz verkaufen? Wer entscheidet über die Durchführung der Operation, wenn der Patient bewußtlos, entscheidungsunfähig oder unmündig ist und keine nächsten Angehörigen vorhanden oder zu erreichen sind? Der einzelne Arzt? Eine Gruppe von Fachleuten? An welchen Kriterien hat sich eine solche Entscheidung auszurichten? Wie UPI (9. 3. 68) meldet, hat sich Ch. Barnard vor einem Unterausschuß des amerikanischen Senats gegen die Schaffung eines Gesetzes zur Kontrolle von Herzverpflanzungen gewandt. Die Entscheidung darüber müsse dem jeweiligen Arzt überlassen bleiben, da nur er „qualifiziert genug“ sei. Mit diesen und anderen rechtlich relevanten Fragen setzen sich bereits Rechtsspezialisten und Politiker in den Vereinigten Staaten auseinander. So erklärte der amerikanische Senator W. F. Mondale aus dem Staat Minnesota, er werde auf der nächsten Sitzung des Bundeskongresses die Einberufung einer nationalen Kommission zur Beurteilung der rechtlichen Implikationen von Organverpflanzungen vorschlagen („International Herald Tribune“, 13./14. 1. 68). In einigen Bundesstaaten werde verlangt, daß der Körper eines Sterbenden im Augenblick des Todes der alleinigen Verantwortlichkeit der nächsten Angehörigen unterstehe, die jeden Arzt rechtlich daran hindern könnten, den Leichnam zu berühren, selbst wenn der Verstorbene ihn vorher zu einer Herztransplantation ermächtigt haben sollte. Eine Gruppe von Juristen unter Prof. E. Blyth Stason von der Vanderbilt Law School arbeitet zur Zeit im Auftrag der Gouverneure der einzelnen Bundesstaaten einen Gesetzentwurf aus, der es jedem

Erwachsenen erlauben soll, jeden oder alle Teile seines Leibes zum Zeitpunkt des Todes der medizinischen Wissenschaft zu vermachen. Er sollte nur zuvor in Anwesenheit zweier Zeugen einen entsprechenden Text unterschreiben. Damit würde der Arzt jeder Furcht vor rechtlichen Repressalien seitens der Angehörigen des Verstorbenen enthoben sein.

Nach französischen Gesetzen können in dafür anerkannten Krankenhäusern Organe nach dem Tode des Patienten entnommen werden, wenn der Chefarzt dies im Interesse der Wissenschaft oder Therapeutik für geboten hält („Le Monde“, 17. 1. 68). J. Hamburger und Ch. Dubost schlagen vor, daß dem Arzt grundsätzlich die gesetzliche Möglichkeit gegeben werden solle, ohne vorherige Auseinandersetzung mit der Familie oder den Angehörigen des Toten eine allenfalls notwendige Organtransplantation vorzunehmen. Angehörige, die dies nicht

wünschten, müßten dies vorher zum Ausdruck bringen und in ihrem Wunsch respektiert werden.

Ein 22 Personen umfassender „Ausschuß für Medizin“ der Nationalen Akademie der Wissenschaften der USA hat, nach einer Meldung von AP (28. 2. 68), eine Erklärung ausgearbeitet, in der zur „Zurückhaltung bei weiteren Herztransplantationen“ geraten wird. Sie empfiehlt die Bildung von Gruppen medizinischer Fachleute, die über die Durchführung von Transplantationen entscheiden solle, unabhängig von den daran interessierten Chirurgen. Die rechtlichen Probleme dürften sich auch in dem Maße vereinfachen, als es der Medizin mit der Zeit gelingt, die entscheidenden Schwierigkeiten der Organtransplantation — Bestimmung des Todeseintritts beim Spender sowie die immunologische Abwehrreaktion im Empfängerorganismus — zu lösen. Dafür bestünden schon für die nähere Zukunft günstige Aussichten.

Vorschau auf die Vierte Vollversammlung des Weltrates der Kirchen

Das Generalsekretariat des Weltrates der Kirchen hat zwei bedeutende Veröffentlichungen zur Vorbereitung der Vierten Vollversammlung in Uppsala (4. bis 20 Juli 1968) vorgelegt, in denen das Generalthema „Siehe, ich mache alles neu!“ (Offb. 21, 5) zur Entfaltung kommt. Eine englische Broschüre, „From New Delhi to Uppsala“ (Genf 1968, 220 S.; ein sehr viel kürzeres illustriertes Vorbereitungsheft zum Gebrauch der Gemeinden liegt in deutscher Sprache vor: „Uppsala 1968“, 48 S.) gibt umfassende Informationen über die Tätigkeit des Generalsekretariates und der einzelnen Abteilungen und Kommissionen des Weltrates in den Jahren 1962 bis auf die Gegenwart mit einem sorgfältigen Index, der ein rasches Auffinden der Fülle der Themen erleichtert. Dies ist der „offizielle Bericht des Zentralkomitees“. Genau und gut gegliedert, zeigt er bis in die Motivationen hinein die Arbeit eines Zeitraums von fast sieben Jahren seit der Dritten Vollversammlung in Neu-Delhi (6. bis 19. Dezember 1961; vgl. die Berichte in Herder-Korrespondenz 16. Jhg., S. 186 f.; S. 234 f.; S. 280 f.). Er umschließt eine kirchengeschichtliche Epoche mit stürmischen Wendungen. In ihrer Mitte steht neben dem Beitritt fast aller orthodoxen Kirchen zum Weltrat das Zweite Vatikanische Konzil, die Hereinnahme der ökumenischen Beobachter in seine Arbeit, der Eintritt Roms in die Ökumenische Bewegung durch das Ökumenismusdekret vom 21. November 1964 und die Bildung der „Gemeinsamen Arbeitsgruppe“ des Sekretariats für die Einheit der Christen und des Generalsekretariates des Weltkirchenrates im Mai 1965, dazu die Aufnahme der römisch-katholischen Kontakte mit der Anglikanischen Kirche und einigen konfessionellen Weltbündeln.

Die letzte Vollversammlung dieser Art

Diese tiefgreifenden Veränderungen kommen deutlich zum Ausdruck in den hervorragenden Analysen über die Arbeit der Studienkommission (S. 48—79), sowohl bei Faith and Order wie bei „Kirche und Gesellschaft“, die beide die Aufträge von Neu-Delhi durchzuführen hatten und sich hiermit dem gesetzgebenden Gremium des Welt-

rates durchsichtig präsentieren, nicht ohne manche Aspekte, die zu Kritik Anlaß gegeben hatten, etwas gefälliger darzustellen. Jede weitere Beschäftigung mit der Sache wird sich an diesen authentischen Berichten orientieren müssen. Dasselbe gilt für den Bericht über die „Kommission der Kirchen für Internationale Angelegenheiten“ (CCIA) mit ihren wachsenden Kontakten zur päpstlichen Kommission *Justitia et Pax* (S. 136 f.). Beachtlich ist das Nachwort von Generalsekretär Blake mit einer Warnung vor „ökumenischen Romantikern“ und der schon auf dem 13. Deutschen Evangelischen Kirchentag vorgetragenen Überzeugung, alle Kirchen müßten lernen, mehr aufeinander zu hören, auch die römisch-katholische Kirche. Alle müßten ihren Triumphalismus ablegen, weil keine mehr allein das Wort Gottes vollständig und richtig hören und verkünden könne (S. 209). Der neue Leiter der Informationsabteilung des Weltrates der Kirchen, P. van den Heuvel, hat in einem Interview die Etappen der Entwicklung des Weltrates seit seiner Gründung im August 1948 in Amsterdam überblickt. Er hat zu den Aussichten und Schwierigkeiten der Vierten Vollversammlung, die anlässlich ihres 20jährigen Bestehens an einen Ursprungsort der Ökumenischen Bewegung zurückkehrt, den Sitz des Erzbischofs Nathan Söderblom, einen „persönlichen Wunsch“ ausgesprochen. Er sagte, „daß diese Vollversammlung die letzte ihrer Art sein möge“. Er hoffe, „daß die Kirchen bereit sind, über ein Konzil für die ganze Kirche nachzudenken“, d. h., daß künftig die im Ökumenischen Rat vereinten Kirchen „zusammen mit der römisch-katholischen Kirche und den konservativen evangelikalen Kirchen die Möglichkeit zu gemeinsamer Diskussion, gemeinsamen Studien und gemeinsamem Gottesdienst“ wahrnehmen werden (öpd, 8. 2. 68). Von einem gemeinsamen Zeugnis wagte er nicht zu sprechen. Vielleicht ist diese Perspektive zu idealistisch, doch sie bleibt bemerkenswert. Ob sie erfüllbar ist, hängt auch davon ab, was Uppsala mit seinem wiederum fast zu gehäuften Arbeitspensum erbringt. 15 offizielle Beobachter der römisch-katholischen Kirche werden sich daran beteiligen neben den über 700 Delegierten der 234 Mitgliedskirchen.